

Landtagswahl Rheinland-Pfalz: Auftakt zum Superwahljahr 2021



In der Steinhalle des Landesmuseums hat das Plenum während der Sanierungsarbeiten des Landtagsgebäudes getagt.



Foto: Landtag RLP/K. Benz

Der Landtag Rheinland-Pfalz hat seinen Hauptsitz im historischen Mainzer Deutschhaus.

Am 14. März 2021 ist es soweit: Die Rheinland-Pfälzer wählen einen neuen Landtag und bestimmen somit, wer die nächsten fünf Jahre ihre politische Vertretung auf Landesebene übernimmt.

Das laufende Jahr gilt bundesweit als Super-Wahljahr. In weiteren fünf Ländern (Baden-Württemberg, Sachsen-Anhalt, Berlin, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen) entscheiden die Bürgerinnen und Bürger über neue Parlamente. Außerdem gibt es Kommunalwahlen in Hessen und Niedersachsen. Drei der sechs Landtagswahlen finden vor der Bundestagswahl im September statt und gelten somit auch als Stimmungstests. Rheinland-Pfalz macht zeitgleich mit Baden-Württemberg den Auftakt.

In der nun auslaufenden Amtszeit hat sich der rheinland-pfälzische Landtag mit seinen 101 Abgeordneten wie folgt zusammengesetzt: SPD 39 Sitze, CDU 35 Sitze, AfD vierzehn Sitze, FDP sieben Sitze und Bündnis 90/Die Grünen sechs Sitze. Von den 101 Abgeordneten war rund ein Drittel weiblich und zwei Drittel männlich.

Bei der Landtagswahl bewerben sich in Rheinland-Pfalz laut Landeswahlausschuss zwölf Parteien und eine Wählervereinigung. Gewählt wird in 52 Wahlkreisen. Neben den im Landtag vertretenen Parteien sind dies: Die Linke, die Freien Wähler, die Piratenpartei, die Ökologisch-Demokratische Partei (ÖDP), Die Partei (Partei für Arbeit, Rechtsstaat, Tierschutz, Elitenförderung und basisdemokratische Initiative), die Tierschutzpartei und Volt Deutschland. Außerdem tritt die Klimaliste e.V. an.

Gewählt wird in Rheinland-Pfalz nach den Grundsätzen einer mit einer Personenwahl verbundenen Verhältniswahl. Die etwa 3,1 Millionen Wahlberechtigten haben somit zwei Stimmen: die Wahlkreisstimme, mit der ein Direktkandidat gewählt wird, und die Landesstimme, mit der man eine Partei wählt. Den Einzug in den Landtag schafft eine Partei nur, wenn sie mindestens fünf Prozent aller Stimmen bekommt.

Was macht der Landtag?

Die Mitglieder des Landtags wählen den Ministerpräsidenten oder die Ministerpräsidentin. Der Landtag ist das oberste Organ der politischen Willensbildung im Land. Seine wichtigsten Aufgaben sind:

- die öffentliche Diskussion der unterschiedlichen Interessen der Bevölkerung
- die Wahl der Ministerpräsidentin oder des Ministerpräsidenten und die Bestätigung der Landesregierung
- die parlamentarische Kontrolle der Landesregierung und der ihr nachgeordneten Verwaltung
- die Festlegung des Landeshaushalts und die Landesgesetzgebung.

Der Landtag ist im Deutschhaus in Mainz untergebracht. Das Gebäude des Landtags wird seit 2016 saniert; in diesem Jahr soll es fertiggestellt sein. Seit es in den Jahren 1950/51 nach den Zerstörungen des Zweiten Weltkriegs als Sitz des Landtags Rheinland-Pfalz wiederaufgebaut wurde, ist das Haus nicht grundlegend saniert worden. Während der Sanierungsarbeiten tagte das Plenum zunächst in der Steinhalle des Landesmuseums und während der Corona-Zeiten in der Rheingoldhalle.

Einmal im Monat kommt der Landtag zwei oder drei Tage im Plenum zusammen, um Gesetze und Anträge zu beraten und zu beschließen, aktuelle Themen zu erörtern und Fragen an die Regierung zu stellen. Die wichtigsten Gebiete, auf denen das Land Gesetze erlassen kann, sind: Polizei, Bildung, Kultur, Rundfunk, Recht der Kommunen (Gemeinden, Städte und Landkreise) und Organisation der Verwaltung.

In der Zeit zwischen den Plenarsitzungen tagen die Ausschüsse. Vorstand und Ältestenrat sind die Leitungsgremien des Landtags. Sie bereiten den Arbeitsplan des Landtags, die Tagesordnung und den Ablauf der Plenarsitzungen vor.

Der Landtagspräsident verwaltet die gesamten wirtschaftlichen Angelegenheiten des Landtags nach Maßgabe des Landeshaushaltsgesetzes. Er ernennt und entlässt im Benehmen mit dem Vorstand alle Bediensteten des Landtags und führt über sie die Dienstaufsicht. Er vertritt das Land in allen Angelegenheiten seiner Verwaltung. Er übt das Hausrecht und die Polizeigewalt im Landtagsgebäude aus.

Welche Aufgaben haben die Fraktionen?

Abgeordnete, die der gleichen Partei angehören, bilden eine Fraktion und sind somit die politischen Gliederungen des Landtags. Im Landtag sind in der fünfjährigen 17. Wahlperiode fünf Fraktionen vertreten gewesen. Sie wirken insbesondere durch die Koordination der parlamentarischen



Foto: Landtag RLP/K. Benz

Die Landesflagge

Die Landesflagge wurde 1948 festgelegt und zeigt die Farben Schwarz-Rot-Gold. In ihrem Obereck befindet sich das mit einer goldenen Weinlaubkrone bekrönte Landeswappen.

Die Farben lassen sich einerseits aus den Farben des Landeswappens herleiten. Zum anderen kennzeichnen sie das Land Rheinland-Pfalz als Bundesland und erinnern zugleich daran, dass die demokratische Tradition der deutschen Farben nach dem Hambacher Fest 1832 von hier aus ihren Aufschwung nahm.

Im Landeswappen befinden sich folgende Symbole: das rote Kreuz in Silber ist das Wappen des Erzbistums und Kurfürstentums Trier; das weiße Rad auf rotem Grund vertritt das Erzbistum und Kurfürstentum Mainz; der goldene Löwe mit roter Krone steht für das Gebiet von der Pfalz und die goldene Krone aus Wein-Blättern für die Demokratie. (eb)

Tätigkeit an der Erfüllung der Aufgaben des Landtags mit. Sie entscheiden, wer für die Fraktion in welchem Ausschuss sitzt und machen Personalvorschläge bei Wahlen. In den wöchentlichen Fraktionssitzungen und in Arbeitskreisen entwickeln die Fraktionsmitglieder gemeinsam parlamentarische Initiativen und stimmen sie aufeinander ab, bereiten die Plenar- und Ausschusssitzungen vor und legen fest, wer im Parlament für die Fraktion redet und wie abgestimmt wird.

Wie arbeiten die Ausschüsse?

Im Unterschied zum Plenum ist in den Ausschüssen jeweils nur ein Teil der Abgeordneten vertreten. Jeder Ausschuss ist für ein bestimmtes Sachthema oder eine bestimmte Aufgabe zuständig. Die Ausschüsse sind somit kleine, spezialisierte Arbeitsgremien, in denen die Abgeordneten die Detailarbeit leisten und Empfehlungen für das Plenum erarbeiten.

Derzeit gibt es 16 Ausschüsse – unter anderem auch einen Ausschuss für Gesundheit, Pflege und Demografie. Er kontrolliert innerhalb seines Aufgabenbereichs das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie und berät die Gesetzentwürfe und Anträge aus diesem Bereich. Zu seinen Themen gehören insbesondere die Gesundheitspolitik einschließlich der Gesundheitsförderung, der öffentlichen Gesundheitsdienst und die Seuchenbekämpfung, die Pflegepolitik und die Pflegeversicherung, die Heil- und Pflegeberufe, das Krankenhauswesen (Krankenhausrecht, Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung), die psychiatrische Versorgung, das Arzneimittel- und Apothekenwesen, der Katastrophenschutz und die zivile Verteidigung im Gesundheitswesen sowie Grundsatzfragen des demografischen Wandels.

Die Staatskanzlei

Als „Schaltzentrale“ der Regierungspolitik ist die Staatskanzlei aktiv. Sie koordiniert die Arbeit der gesamten Landesregierung und unterstützt die Ministerpräsidentin oder den Ministerpräsidenten bei der Erfüllung der Aufgaben. Der Ministerrat tagt wöchentlich in der Staatskanzlei.

Große Vorhaben koordinieren die Staatskanzlei und die Ministerien vorab über die politische Planung. Für aktuelle Fragestellungen hat die Ministerpräsident*in für jedes Ministerium eine Verbindungsperson. Diese sogenannten Spiegelreferent*innen beraten sie fachlich, bereiten Sitzungen vor oder organisieren Termine.

Außerdem pflegt die Staatskanzlei Kontakte mit anderen Bundesländern, mit dem Bund und mit der Europäischen Union. Zur Abstimmung der politischen Positionen mit den anderen Bundesländern gibt es seit 1954 die Konferenz der Regierungschef*innen der Länder, die Ministerpräsidentenkonferenz.

Wahlanalyse 2016

Bei der letzten Landtagswahl im Jahr 2016 lag die Wahlbeteiligung bei 70,4 Prozent und somit um 8,6 Prozentpunkte höher als bei der Landtagswahl 2011. Am höchsten war die Wahlbeteiligung bislang im Jahr 1983 mit 90,4 Prozent.

Auswertungen der Repräsentativen-Wahlstatistik lassen Rückschlüsse auf die Wähler*innen zu. Hierfür sind bei der Landtagswahl im März 2016 an Wählerinnen und Wähler in 189 ausgewählten Stimmbezirken Stimmzettel mit einer Markierung zu Geschlecht und Geburtsjahr ausgegeben worden. Mithilfe der gekennzeichneten Stimmzettel konnten Erkenntnisse über das geschlechts- und altersspezifische Wählerverhalten gewonnen werden. Die Ergebnisse sind im Statistischen Monatsheft Rheinland-Pfalz 09/2016 nachzulesen.

Die Staatskanzlei Rheinland-Pfalz ist die oberste Landesbehörde: Sie ist die Regierungszentrale, koordiniert die Arbeit der gesamten Landesregierung und unterstützt die Ministerpräsidentin oder den Ministerpräsidenten bei der Erfüllung der Aufgaben.



Foto: Engelmohr

So gibt es beispielsweise Unterschiede zwischen den Geschlechtern bei der Wahlbeteiligung: Es gibt einen Vorsprung der Männer gegenüber den Frauen, der sich bei der Landtagswahl 2016 auf einen Prozentpunkt belief. Von ihrem Recht auf Stimmabgabe machten 70 Prozent der stimmberechtigten Frauen und 71 Prozent der stimmberechtigten Männer Gebrauch.

Das altersspezifische Wahlinteresse zeigt nach Angaben der Repräsentativen-Wahlstatistik bisher bei allen Wahlen ein sehr ähnliches Muster: Bei den jungen Wählerinnen und Wählern sei das Interesse an der Stimmabgabe deutlich geringer als bei den älteren. Die 21- bis 24-Jährigen hätten stets die geringste Wahlbeteiligung; sie liege noch unter der Beteiligung der Erstwählerinnen und -wähler zwischen 18 und 20 Jahren. Bei den Stimmberechtigten ab 25 Jahren nehme das Wahlinteresse zunächst stetig zu, erreiche in der Altersgruppe der 60- bis 69-Jährigen ein Maximum und nehme dann bei den betagteren Menschen über 70 Jahren wieder ab.

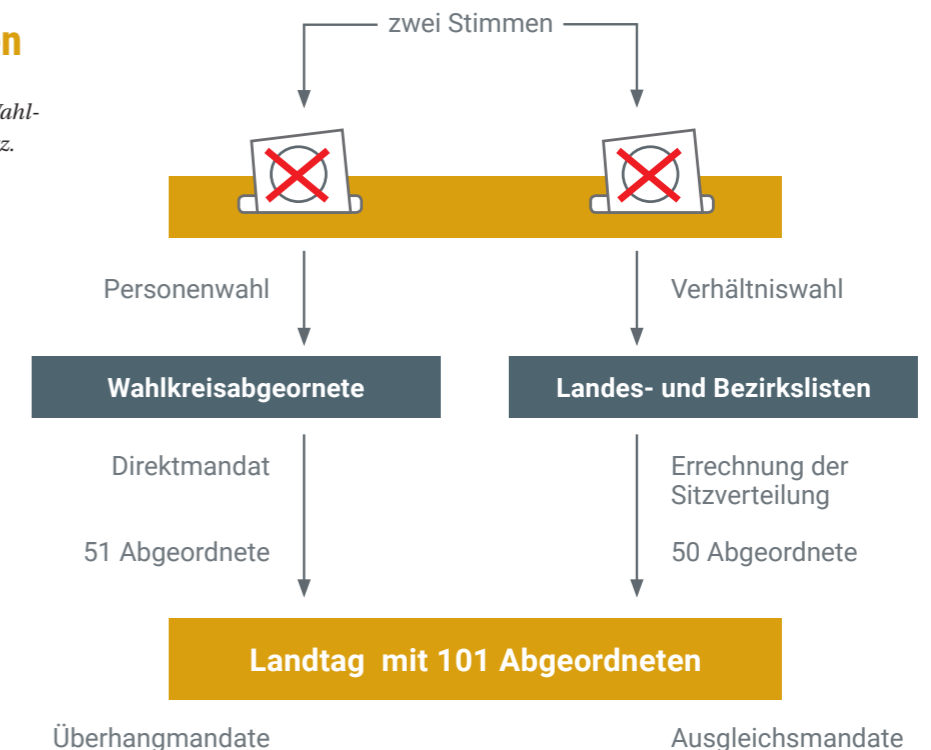
Was steht in den Wahlprogrammen 2021 zum Thema Gesundheit?

Bei den Wahlprogrammen der Parteien, die derzeit im Landtag vertreten sind, nimmt für die diesjährige Landtagswahl das Thema Gesundheit breiten Raum ein. Das Ärzteblatt Rheinland-Pfalz hat die Wahlprogramme durchleuchtet und mit Wahlprüfsteinen nachgehakt. Die zum Teil redaktionell gekürzten Antworten der Parteien hierzu gibt's zum Nachlesen in der nachfolgenden Zusammenfassung. Die ungekürzten Langfassungen der Antworten stehen auf unserer Internetseite (www.laek-rlp.de) bereit.

Ines Engelmohr

Das Wahlverfahren

Rechtliche Grundlage für das Wahlsystem ist das Landeswahlgesetz.



Quelle: Landtag Rheinland-Pfalz

DAS THEMA GESUNDHEIT SPIELT IN DEN WAHLPROGRAMMEN EINE GROSSE ROLLE

In den Wahlprogrammen der Parteien, die derzeit im Landtag vertreten sind, steht für die diesjährige Landtagswahl das Thema Gesundheit ausführlich auf den Agenden. Das Ärzteblatt Rheinland-Pfalz hat mit 16 Wahlprüfsteinen bei SPD, Bündnis 90/Die Grünen, CDU, FDP und AfD nachgefragt, um Details zu erfahren, die in den Wahlprogrammen meist nicht thematisiert sind. Die Antworten der angefrag-

ten Parteien waren zum Teil so umfangreich, dass sie nicht komplett im Ärzteblatt abgebildet werden können. Deshalb sind sie im folgenden Überblick zum Teil redaktionell gekürzt worden. Die ungekürzten Langfassungen der Antworten stehen auf unserer Internetseite (www.laek-rlp.de) zum Nachlesen bereit.

NACHGEFRAGT: die Wahlprüfsteine

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?

SPD

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 zehn Prozent 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 zum Beispiel eine feste Quote von Studienplätzen an Bewerberinnen und Bewerber, die sich verpflichten, in unterversorgten Regionen („Landarztquote“) oder im öffentlichen Gesundheitsdienst tätig zu werden.

DIE GRÜNEN

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.

CDU

Stellt man die aktuellen Studienanfängerzahlen in Rheinland-Pfalz (451/Jahr) dem deutschlandweiten Gesamtangebot an Studienplätzen (11.145 lt. MFT) gegenüber, entspricht dies einem prozentualen Anteil von 4,04 Prozent. Vergleichsweise weist der „Königsteiner Schlüssel“ für Ländervergleiche einen Prozentwert von 4,82 für Rheinland-Pfalz aus. Das heißt: Rheinland-Pfalz bildet rund 20 Prozent 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 ersten Fachsemester der Humanmedizin von 407/a in 2020 auf 451/a in 2021 erhöht worden. Die reale Jahreskapazität im klinischen Teil liegt aber bei 244/a (bezogen auf 1.260 Betten der Universitätsmedizin in 2019). Die Differenz von 207/a sind im Prinzip Teilstudienplätze, die per Dekret des Ministeriums als Vollstudienplätze ausgewiesen werden. Das heißt: Wir haben zurzeit 621 Studierende zu viel im klinischen Abschnitt, die nicht auskömmlich ausfinanziert sind und die prinzipiell keine vorgabengerechte Ausbildung erhalten.

Jegliche Erhöhung der Studierendenzahlen setzt neben der Verfügbarkeit vorklinischer und klinischer Räumlichkeiten für die Lehre und Ausbildungskapazität eine auskömmliche Finanzierung voraus, die über den Landesführungsbetrag sichergestellt werden. An der Universitätsmedizin ist für den klinischen Teil bereits mit den derzeitigen angebotenen Plätzen das Maximum erreicht. Wir müssen zu einem gemeinsamen Konzept zur Ausbildung der Studierenden nach dem Physikum mit anderen Standorten und nicht nur Trier kommen.

FDP

Innerhalb der letzten Legislaturperiode hat Rheinland-Pfalz die Medizinstudienplätze leicht erhöht. Mit der Einführung der Landarztinitiative 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. Für die Zukunft muss natürlich eine Evaluierung dessen und eine notwendige Anpassung erfolgen. Weiter erfolgt eine Regionalisierung in der Ausbildung durch regionale Lehrkrankenhäuser. Ein für uns wichtiges Thema, weil dadurch Ärzte für eine Region gebunden und gewonnen werden können. Dennoch müssen weiter, und gerade wegen der medizinischen Versorgung in der Fläche, die Medizinstudienplätze der Realität angepasst werden.

AfD

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 fünften Semester ausgebildet werden? Bedeutet dies auch eine Erhöhung der bislang vorhandenen Studienplätze?

SPD

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 erschwerten Rahmenbedingungen sehr vielversprechend mit Studierenden im zehnten Fachsemester gestartet. Wie geplant, soll im Wintersemester 2021/2022 ein Start mit Studierenden im neunten Fachsemester folgen. Über einen weiteren Ausbau wird dann auf der Basis einer Evaluierung entschieden werden.

DIE GRÜNEN

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 angebo-

ten 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.

CDU

Die gegenwärtige Planung sieht einen Ausbau auf das neunte und zehnte Fachsemester für je 30 Studierende pro Semester vor. Ein Ausbau, der den gesamten klinischen Studienabschnitt (ab dem fünften Fachsemester) inkludiert, ist bisher nicht geplant. Logistische Problematik ist das „Zufüttern“ klinisch-theoretischer Studieninhalte von Mainz aus. Die Ausbildung weiterer Studierender, beziehungsweise 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.

FDP

Wir 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.

AfD

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. →



Spitzenkandidatin der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD) ist Malu Dreyer.



Foto: SPD

che 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.

AfD

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.

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

SPD

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

DIE GRÜNEN

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

CDU

Koblenz ist sehr gut für einen weiteren Standort im klinischen Bereich geeignet und motiviert. Es ist gut erreichbar und vernetzt. 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“ klinisch-theoretischer Studieninhalte von Mainz aus.

FDP

Wir stehen zur Weiterentwicklung der regionalisierten Ausbildung. Deshalb wäre es grundsätzlich eine Diskussionswert, weitere Standorte zu finden. Wir möchten auch die Diskussion über Bildung von Lehrkrankenhäusern in der Flä-

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

SPD

Im zweiten Nachtragshaushalt 2020 sind für die Jahre 2021 bis 2023 insgesamt 45 Millionen Euro zusätzlicher Mittel für die Universitätsmedizin vorgesehen, damit sie wichtige Projekte wie zum Beispiel die Anhebung der Studienplatzkapazitäten trotz der Belastungen der Pandemie durchführen kann. Zehn Millionen Euro davon sind zusätzliche Investitionsmittel. Hinzu kommt ein im Haushalt 2021 um fünf Millionen 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 – sind absehbar und deren Finanzierung muss von den Ländern mit dem Bund geklärt werden.

DIE GRÜNEN

Wir werden uns auch in Zukunft dafür einsetzen, dass die Mittel für Forschung und Lehre kontinuierlich erhöht werden. Im Haushalt 2021 sind zusätzliche fünf 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.

CDU

Die Landesregierung wird jeden Studienplatz mit mindestens circa 33.400 Euro/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 Millionen Euro jährlich bereitstellen und somit beispielsweise 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 Universitätsmedizin auch gebäudetechnisch zukunftssicher aufzustellen. Hierfür wird eine von der CDU geführte Landesregierung mindestens 1,5 Milliarden Euro in den nächsten zehn Jahren zur Verfügung stellen.

Es ist ein zusätzlicher Betrag zur Finanzierung der aktuellen Studierendenzahlen in Höhe von rund 16 Millionen Euro 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.

FDP

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.

AfD

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 Landshaushalt Steuergelder umzuschichten, zu priorisieren, damit eine auf dem neuen wissenschaftlichen Stand ausgebildete Ärzteschaft eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung der Bevölkerung aufrechterhalten 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:

5.a
Wie sehen Sie die Verschiebung der mündlichen Prüfung vom vierten ins sechste Semester mit einer gleichzeitigen Ausweitung der Prüfung?

DIE GRÜNEN

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

CDU

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 es 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.

AfD

Die schriftliche Prüfung nach dem vierten Semester entspricht dem früheren Physikikum und wird von uns weiter als sinnvoll erachtet. Die geplante mündlich-praktische Prüfung (OSCE) nach dem sechsten Semester ergibt dann Sinn, wenn die Lehrinhalte zwischen dem vierten bis sechsten 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. →

b **5.b**
Wie beurteilen Sie die Ausweitung der Prüfung am Ende des Medizinstudiums?

DIE GRÜNEN

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.

CDU

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 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 (zum Beispiel Prüfer, (Schauspiel-)Patienten, Vertreter der Gesundheitsberufe, Räumlichkeiten) bei den LPA liegt.

AfD

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

c **5.c**
Ist die geplante verpflichtende wissenschaftliche Arbeit, die während des Studiums angefertigt werden muss, sinnvoll? Und woher sollen die hierfür notwendigen Betreuungskräfte rekrutiert werden?

DIE GRÜNEN

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.

CDU

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

AfD

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.

d **5.d**
Wie bewerten Sie die im Praktischen Jahr vorgesehene interprofessionelle Bewertung der Medizinstudierenden durch Pflegekräfte?

DIE GRÜNEN

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.

CDU

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.

AfD

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.

e **5.e**
Ist es Ihrer Ansicht nach gut, dass Studiengänge für Pflege und/oder Hebammen auf das Medizinstudium angerechnet werden können?

DIE GRÜNEN

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.

CDU

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

AfD

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

f **5.f**
Wie soll die Umsetzung der geplanten reformierten Approbationsordnung finanziert werden?

DIE GRÜNEN

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.

CDU

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 fünf Prozent des Landesführungsbetrags (entspricht



Anne Spiegel tritt als Spitzenkandidatin der Grünen an.

Foto: Steven Luedtke

fünf Millionen 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 sechs bis elf Prozent 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.

AfD

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.

SPD (1 Antwort für den gesamten Fragenkomplex 5)

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 gegebenenfalls Schwerpunkte setzt und vor allem auch, wie sich der Bund an dieser weit reichenden Reform finanziell beteiligt.

FDP (1 Antwort für den gesamten Fragenkomplex 5)

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 essenziell für die medizinische Tätigkeit. Als negativ zu bewerten ist, dass immer mehr Lernstoff in die Ausbildung aufgenommen werden soll, um die wissen-

schaftliche 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. Letztendlich stellt sich auch die Frage, wie Betreuer für solche Arbeiten gefunden und finanziert werden. Dafür liegt noch kein schlüssiges Konzept vor. Daher setzen wir uns dafür ein, dass der Referentenentwurf entsprechend der Realität und den Bedürfnissen angepasst wird.

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

SPD

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 zum Beispiel die Förderung der Allgemeinmedizin im Praktischen Jahr sowie Neuniederlassungen oder Praxisübernahmen in Förderregionen, Wiedereinstiegsurse 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.

DIE GRÜNEN

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.

CDU

Gemäß Masterplan 2020 wird die Allgemeinmedizin zum longitudinalen Ausbildungsinhalt aufgewertet und soll entsprechend laut 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.

Zu den Maßnahmen zur Studierenerweiterung müssen neue Arbeitsmodelle erdacht werden. Zwar ist die Medizin zunehmend weiblich geworden, jedoch muss 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 beispielsweise mit den Tarifparteien zu klären. Eine finanzielle Unterstützung zur Umsetzung der geeigneten Maßnahmen vor Ort ist hierfür erforderlich.

FDP

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. Zum anderen wollen wir, 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. 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 wir 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.

AfD

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?

SPD

Mit unserem „Masterplan 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 Ärztegenossenschaften ausgeweitet. 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.



Für die Christlich Demokratische Union Deutschlands (CDU) tritt Christian Baldauf als Spitzenkandidat an.



Foto: Tobias Koch

DIE GRÜNEN

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 (zum Beispiel 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 gründen wollen, Modellprojekte unterstützen und Gründungen von vertragsärztlichen Praxiskliniken fördern.

FDP

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 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



Freie Demokraten

Landesverband Rheinland-Pfalz **FDP**

Die Freien Demokraten (FDP) gehen mit Daniela Schmitt als Spitzenkandidatin in den Wahlkampf.



Foto:FDP

telemedizinische Anwendungen finanziell gefördert werden. Dennoch darf es nicht soweit kommen, dass die Technik besser finanziert wird als die Ärzteschaft selbst.

AfD

Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, flächendeckenden medizinischen Versorgung durch massive Erhöhung der vorhandenen Medizinstudienplätze. Zudem ist Stärkung der ländlichen Infrastrukturen Voraussetzung für ein Interesse der jungen Ärzte, hier überhaupt arbeiten zu wollen.

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.

Zur Förderung der Niederlassung in ländlichen Räumen sind unter anderem folgende Maßnahmen geeignet: finanzielle und organisatorische Niederlassungshilfen für junge Ärzte - dazu gehört insbesondere die Bereitstellung vergünstigter Praxisräume; Beendigung der Deckelung im Abrechnungssystem; 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; Bereitstellung gering verzinslicher Studiendarlehen für Medizinstudenten, die mit einer (auch anteiligen) Berufstätigkeit in unterversorgten Landkreisen sukzessive erlassen werden; 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.

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

SPD

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.

DIE GRÜNEN

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.

FDP

Wir 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.

AfD

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.

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?

SPD

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

DIE GRÜNEN

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.

FDP

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 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 Ärzten kann dem Wandel der Gesellschaft entsprochen werden. Es gibt die Praxisinhaber und die angestellten Ärzte.

Wir 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. Besonders die demografische Entwicklung und die Zunahme des Anteils älterer Menschen erfordert ein gutes Angebot.

AfD

Aufgrund der zunehmenden Zahl ambulant durchgeführter operativer Eingriffe kann die Förderung sogenannter Praxiskliniken 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 bei.

10. Wie werden Sie die Krankenhauslandschaft zukunfts fest gestalten?

SPD

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 Krankenhausinvestitionsprogramm sowie im 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 etwa 37 Millionen Euro auf 198 Millionen Euro erhöht. Hinzu kommen 200 Millionen Euro, im Wesentlichen für den Ausbau der Digitalisierung, aus dem Krankenhauszukunftsgesetz des Bundes, von denen das Land Rheinland-Pfalz weitere 50 Millionen Euro finanziert.

DIE GRÜNEN

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.

CDU

Die Landesregierung muss ihren gesetzlich vorgeschriebenen Anteil an den Krankenhausinvestitionen erfüllen. Um dies zu tun und die entstandenen Mängel zu beseitigen, werden die Investitionsförderungen um 100 Millionen Euro erhöht. Die Krankenhausedichte ist aber nicht nur eine finanzielle, sondern auch eine inhaltliche Herausforderung. Qualifizierte Ärzte fehlen in der Hausarztversorgung und im stationären Bereich. Somit sollten beispielsweise Schwerpunkthäuser entstehen, die eine hohe Expertise in speziellen Fachrichtungen nachweisen. Um diese Häuser für Fach- und Assistenzärzte interessant zu machen, sollte man bei der Weiterbildung in Abstimmung mit der Landesärztekammer beispielsweise diskutieren, ob nicht ein Teil der Facharztausbildung in diesen Häusern absolviert werden muss. Andere Länder in und außerhalb der EU sind uns hier voraus – wie 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.

FDP

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.

AfD

Zukunftsfeste Gestaltung der Krankenhauslandschaft kann nur mit ausreichend vielen Ärzten gelingen. 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 auszurichten und nicht ausschließlich nach der Kosten-Nutzen-Bilanz.

Krankenhäuser der Grundversorgung müssen in der Fläche durch bedarfsgerechte Investitionskostenförderungen erhalten bleiben, ergänzt durch Praxiskliniken.

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

SPD

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.

DIE GRÜNEN

Wir wollen das aktuelle 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 Fehlanreizen entgegengewirkt. Dafür soll sich das Land bei der Selbstverwaltung und auf Bundesebene stark machen. Maximalversorger wie zum Beispiel die Universitätsmedizin 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.

CDU

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.

FDP

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. 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.

AfD

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 Privatkliniken zu den Gewinnern gehören.

Der Ausstieg aus dem DRG-System ist mit der Ausgliederung der Pflege durch das „Pflegepersonal-Stärkungsgesetz“ 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, zu 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; die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses.



12. Wie stehen Sie zum Thema Substitution ärztlicher Leistungen?

SPD

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.

DIE GRÜNEN

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.

CDU

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 Arztassistenten sind 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 Seiten in medizinischen,



13

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

SPD

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 einzu beziehen.

DIE GRÜNEN

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.

FDP

Wir wollen die Freien Berufe stärken und erhalten. Denn die Herausforderungen sind immens. 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 sind Partner der Freien Berufe.

AfD

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.

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.

FDP

Substitution ärztlicher Leistung steht für uns 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 in die ländlichen Regionen begeben. Lediglich die Unterstützung oder Delegation durch Ärzte, unter deren Kontrolle, können in diversen Situationen hilfreich sein. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn sogenannte Tele-VERAs in einem Seniorenheim die Anamnese durchführen und an den Arzt in die Praxis übermitteln.

AfD

Die Substitution ärztlicher Leistungen wird in erster Linie die hausärztliche Versorgung betreffen. Die mögliche Verlagerung der Arztstätigkeit 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.

14

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

SPD

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. Bedeutend war dabei auch die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes. Ein wichtiger Aspekt der Berufsstände war, die Altersvorsorge ihrer Mitglieder den eigenen Bedürfnissen anpassen und selbst verwalten zu 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 Eigentumsschutz des Art. 14 Abs. 1 GG in den Versorgungswerken aufgebauten Leistungsansprüche voll erfüllen.

DIE GRÜNEN

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. Aufgrund §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.

FDP

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

AfD

Als Öffentlich-Rechtliche Pflichtversicherung 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. 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

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

SPD

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.



DIE GRÜNEN

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. Ergänzend soll eine Landesgesundheitskonferenz auf Landesebene koordinierende Aufgaben übernehmen.

Das gemeinsame Landesgremium nach § 90a SGB V wollen wir stärken. Wir wollen regionale Modellprojekte zur sektorübergreifenden Versorgung anstoßen – zunächst insbesondere in unterversorgten Regionen. Wir wollen unsere Anliegen für eine bessere Gesundheitsversorgung deshalb in einem neuen Landes-Gesundheitsgesetz bündeln. 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.

CDU

Die Ausfinanzierung der Universitätsmedizin in Investitionen, Forschung und Lehre ist die Grundlage für einen erfolgreichen Gesundheitsstandort Rheinland-Pfalz. 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. Ausgründungen aus der Universitätsmedizin müssen unterstützt und erleichtert werden, so dass ein medical valley entstehen kann. Die Ansiedlung eines Helmholtz-Zentrums für Altersforschung wäre ein großer Gewinn für den Gesundheitsstandort und natürlich müssen Digitalisierung und Förderung der Biotechnologie zwingend vorangetrieben werden.

FDP

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. 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 Künstliche Intelligenz helfen, frühzeitig mögliche Krankheiten zu erkennen und mögliche Behandlungsrichtungen vorschlagen.

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, aber auch die soziale Kompetenz erbracht werden. Menschen verbinden sich mit ihrem Hausarzt oder ihrer Hausärztin. 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.

AfD

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 anbelangt, 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 Forschung und Entwicklung 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

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

SPD

Nach unserem Willen 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 unserer Sicht müssen die Einnahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung unabhängiger werden von Konjunktur und dem Faktor Arbeit. Die Bürgerversicherung erweitert die Finanzbasis der Kassen.

DIE GRÜNEN

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.

FDP

Wir 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. Ebenso muss es Rückwege aus der PKV in die GKV geben. In beiden Systemen gibt es Reformbedarf. Es muss auch 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. Vor allem ist der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich, auf dessen Basis die Verteilung der Gelder aus dem Gesundheitsfonds an die einzelnen Krankenkassen vorgenommen wird, auf eine manipulations sichere Basis zu stellen.

AfD

GKV-Versicherte profitieren von einem innovativen medizinischen Fortschritt hauptsächlich aufgrund einer jährlich mehr als zwölf Milliarden 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 neue Verfahren, Techniken und in den medizinischen Fortschritt wäre nicht mehr gegeben. Es macht daher Sinn, die bisherige duale Struktur der Krankenversicherung zu erhalten.

Ines Engelmohr