

**Stellungnahmen der Anzuhörenden**  
**Sozial- und Integrationspolitischer Ausschuss**  
**Sitzung am 04.06.2020:**

**Gesetzentwurf**  
**Fraktion der SPD**  
**Gesetz zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in**  
**Hessen**  
**– Drucks. [20/2356](#) –**

1.	Stadt Frankenu	S. 1
2.	Kassenärztliche Vereinigung Hessen	S. 2
3.	Sozialverband VdK Hessen-Thüringen	S. 9
4.	Verbände der Krankenkassen Hessen e. V. (VDEK)	S. 11
5.	Goethe-Universität Frankfurt am Main, FB 16 Medizin, Prof. Dr. Udo Rolle	S. 14
6.	Berufsverband Deutscher Internisten e. V.	S. 18
7.	Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Hessen e. V.	S. 26
8.	Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland	S. 28
9.	Hartmannbund, Landesverband Hessen	S. 32
10.	Philipps-Universität Marburg, FB 20 Medizin, Prof. Dr. Annette Becker	S. 35
11.	Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e. V.	S. 39
12.	Justus-Liebig-Universität Gießen, FB 11 Medizin, Dekan Prof. Dr. Wolfgang Weidner	S. 56
13.	Hessische Krankenhausgesellschaft e. V.	S. 62

Die ärztliche Versorgung im ländlichen Raum erfährt, wie in dem Gesetzesentwurf beschrieben, bei der Wiederbesetzung von Arztpraxen die größten Probleme. Daher begrüße ich es ausdrücklich, dass Studentinnen und Studenten, die sich für den ländlichen Raum begeistern oder begeistern lassen, bei der Vergabe der Studienplätze bevorzugt werden sollen. Ob eine Quote von 10 % der Studienplätze als ausreichend erscheint, mag ich nicht einschätzen zu können.

Der ländliche Raum benötigt im Bereich der Gesundheitsversorgung ebenso Investitionsförderungen. Insbesondere als ländliche Flächenkommune erhoffen wir uns, neben den Hilfestellungen im Bereich Personal auch Hilfestellungen für „kommunale“ Gesundheitshäuser/Ärztelhäuser/etc.! Praxisübergaben scheitern oftmals wegen der Bausubstanz und dem Einrichtungsstand oder weil sie schlichtweg in dem privaten Wohnhaus untergebracht sind. Wir haben Rückmeldungen erhalten, dass sich Medizinstudenten für ihren Berufseinstieg nicht vorstellen können sich gleich mit dem Bau einer Praxis beschäftigen zu müssen, was sehr unterschiedliche Ursachen hat.

Fazit: Ja, der Gesetzentwurf geht in die richtige Richtung.

Herzliche Grüße

Björn Brede

-----  
Björn Brede  
Bürgermeister der Nationalparkstadt Frankenau

KV HESSEN | Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt

Hessischer Landtag  
Der Vorsitzende des Sozial- und  
Integrationspolitischen Ausschusses  
Postfach 3240  
65022 Wiesbaden

**KV** | KASSENÄRZTLICHE  
VEREINIGUNG  
HESSEN

**Öffentliche Anhörung des Sozial- und Integrationspolitischen  
Ausschusses des Hessischen Landtags zu dem Gesetzentwurf der  
Fraktion der SPD für ein Gesetz zur Sicherstellung der hausärztlichen  
Versorgung in Hessen – Drucks. 20/2356**

28.04.2020

Sehr geehrter Herr Promny,  
sehr geehrte Damen und Herren,

Vorstand

vielen Dank für die Gelegenheit, zum Gesetzentwurf der Fraktion der SPD für ein Gesetz zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Hessen Stellung zu nehmen. Diese Möglichkeit ergreifen wir mit den folgenden Anmerkungen zum Entwurf gerne.

Frank Dastych | Eckhard Starke  
Tel 069 24741-6981  
Fax 069 24741-68822  
vorstandsbuero@kvhessen.de

Wir begrüßen es sehr, dass sich der Hessische Landtag mit dem Thema der hausärztlichen Versorgung und deren zukünftiger Sicherung befasst. Dies ist ein Thema, das auch bei der Betrachtung der bundesweiten Entwicklungen und insbesondere der Einführung von Landarztquoten in mehreren Bundesländern auch in Hessen auf jeden Fall diskutiert werden muss. Wir werten den Gesetzentwurf aber in erster Linie als ein Diskussionspapier, auf dessen Grundlage dieses wichtige Thema in Hessen andiskutiert werden könnte.

Ihr Zeichen: I A 2.17  
Ihre Nachricht vom: 31.03.2020  
Unsere Zeichen: MV  
Aktenzeichen: GF50/K/20/420

Wir möchten aber nachdrücklich darauf hinweisen, dass eine Landarztquote erst in ungefähr 15 Jahren Wirkung zeigen kann und wird. Bei einem idealen Verlauf von Studium und Facharztweiterbildung vergehen 12 bis 15 Jahre, bis der Medizinstudent, der sich heute zur Niederlassung als „Landarzt“ verpflichtet, in der Lage ist, seine hausärztliche Tätigkeit überhaupt aufzunehmen. Deswegen ersetzt die Diskussion um eine Landarztquote nicht die Sachdiskussion um kurz- und mittelfristige Maßnahmen. Wir können definitiv nicht so lange warten, bis die mit der Landarztquote gewonnenen Allgemeinmediziner ihre hausärztliche Tätigkeit aufnehmen. Insbesondere erleben wir in der aktuellen Situation, wie wichtig eine qualitativ gute und flächendeckende Versorgung der COVID-19-Patienten ist.

Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt  
Postfach 15 02 04 | 60062 Frankfurt  
www.kvhessen.de

Zudem kann die mit dem Gesetzentwurf vorgesehene Landarztquote das zukünftige Versorgungsproblem nicht lösen, denn die Zahl der für die

zukünftigen „Landärzte“ vorgesehenen Studienplätze ist zu gering, um den zukünftigen Bedarf zu decken.

Zunächst ist zwar festzustellen, dass die Zahl der Medizinstudienplätze in Hessen leicht über dem Durchschnitt liegt. Im Vergleich der Bundesländer liegt Hessen mit einem Studienplatz je 7522 Einwohner auf Platz 7. Das beste Verhältnis weist das Saarland mit dem Verhältnis 1:3525, das schlechteste Verhältnis Rheinland-Pfalz mit 1:18.999. Bremen und Brandenburg bieten darüber hinaus derzeit überhaupt keine Studienplätze für das Studienfach Medizin an.

Auch die Gesamtzahl der Studienplätze in Deutschland ist längst nicht ausreichend, um den gesamten zukünftigen Bedarf in Krankenhäusern und in der ambulanten Versorgung zu decken. Wir erachten hier ein durchschnittliches Verhältnis auf der Bundesebene von 1:6500 für erforderlich. Denn außer Acht lassen darf man keinesfalls, dass weitere Effekte eintreten, bzw. schon eingetreten sind, die die Zahl der Studienplätze und die Verfügbarkeit der Absolventen für die Patientenversorgung verzerren. Wir können nicht mehr davon ausgehen, dass ein Absolvent einen vollen Arztsitz ausfüllt. Schon heute haben wir viele Fälle, in denen Ärzte nur noch einen halben Sitz wahrnehmen, also sich zu zweit einen Sitz teilen. Die Gründe hierfür sind vielfältig, zu denken ist nur an die Begriffspaare Anstellung – Selbständigkeit oder Teilzeit – Vollzeit. Bei der Entscheidung über die Art und den Umfang der ärztlichen Tätigkeit spielt selbstverständlich die Vereinbarkeit von Familie und Beruf eine große Rolle ebenso wie die Infrastruktur des Niederlassungsortes. Junge Familien haben ein großes Interesse an einer funktionierenden Infrastruktur, auch auf dem Land müssen die Entwicklungschancen der Kinder mit der Verfügbarkeit von Kindergarten- und Schulplätzen, auch erreichbaren weiterführenden Schulen, ebenso gegeben sein wie ein kulturelles Angebot, ein funktionierender öffentlicher Personennahverkehr und auch lokale Einkaufsmöglichkeiten und sonstige Versorgungsangebote.

Entgegen der Annahme des Gesetzentwurfs, dass es einer Landarztquote für die hausärztliche Versorgung bedarf, benötigen wir Maßnahmen, die die ärztliche Grundversorgung insgesamt und nicht nur auf dem Land im Blick haben. Denn inzwischen zeigt sich auch in den Mittel- oder Oberzentren ein zunehmender Bedarf an Hausärzten und, ebenso wie im ländlichen Raum, bis hin zu den Mittelzentren an grundversorgenden Fachärzten wie beispielsweise Kinder- und Jugendärzten, Urologen oder auch Hals-, Nasen-Ohrenärzten. Deswegen ist unseres Erachtens keine Landarztquote, sondern eine Hessenquote für die genannten Fachgebiete erforderlich, die das gerade geschilderte Problem anpackt.

Lassen Sie uns in diesem Kontext nochmals auf das Studienplatzangebot für das Fach Medizin zurückkommen. Wir haben bereits dargestellt, dass zwei Bundesländer gar keine Medizinstudienplätze anbieten. Von den verbleibenden 14 Bundesländern haben bisher acht Bundesländer eine

Landarztquote eingeführt, von denen wiederum fünf Bundesländer ein schlechteres Verhältnis Studienplatz je Einwohner haben als Hessen und davon drei Bundesländern, nämlich Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen und Rheinland-Pfalz, sogar unter dem Bundesdurchschnitt liegen. Mit der Landarztquote werden dann wieder Medizinstudierende der weiteren Grundversorgung entzogen. Konsequenz wäre es, der Einführung einer Landarztquote zusätzliche, neue Studienplätze gegenüber zu stellen. Nach unserem Kenntnisstand hat dies bislang nur Baden-Württemberg als einziges Bundesland umgesetzt.

Bevor wir auf die einzelnen Regelungen des Gesetzentwurfs eingehen, möchten wir nochmals daran appellieren, die Entwicklung der Versorgung in ganz Hessen zu betrachten. Bereits jetzt ist absehbar, dass es zu einem Mangel in der ärztlichen Grundversorgung im haus- und fachärztlichen Bereich auch in Mittelzentren kommen wird, auch wenn er sich derzeit schwerpunktmäßig in der hausärztlichen Versorgung zeigt. Nach der jüngsten Anpassung der Bedarfsplanung sind gerade in Hessen nur noch 15 hausärztliche Mittelbereiche von 67 gesperrt, in den restlichen 52 Mittelbereichen sind somit freie Arztstühle vorhanden, die nachbesetzt werden können, auch wenn noch keine Unterversorgung besteht. Weder eine Beschränkung auf den ländlichen Raum noch auf die hausärztliche Versorgung halten wir für zielführend.

### **zu § 1: Zielsetzung**

Wie bereits ausführlich in unseren Eingangserwägungen dargestellt, halten wir es für falsch, nur auf die hausärztliche Versorgung abzustellen. Auch in den grundversorgenden Facharzttrichtungen erwarten wir eine gleichartige Verschlechterung der Versorgungssituation, so dass bereits jetzt auch die grundversorgenden Fachärzte in die Betrachtung mit einbezogen werden müssen.

### **zu § 2: Zulassungsvoraussetzungen**

§ 2 Abs. 1 Nr. 1 sieht vor, den Studienplatzbewerber einem strukturierten Auswahlverfahren zu unterziehen, in dem er seine persönliche und fachliche Eignung zur hausärztlichen Tätigkeit darlegen muss. Diese Begrifflichkeiten sind u.E. zu weit gefasst und kaum greifbar. Wichtig wäre, dass das strukturierte Auswahlverfahren die Ergebnisqualität im Blick hat, es also tatsächlich dazu führt, dass der Studienplatzbewerber für den Hausarztberuf geeignet ist. Uns ist aber derzeit kein solches Auswahlverfahren bekannt, das valide zu einem solchen Ergebnis führt. Auch die Kriterien der fachlichen und persönlichen Eignung sind so abstrakt gefasst, dass das Auswahlverfahren u.E. weder eine strukturierte noch eine valide Auswahl erlaubt.

Selbst wenn das Auswahlverfahren zu einem zunächst guten Ergebnis führen sollte, sind die Bedingungen, die an den Studienplatzbewerber gestellt

werden, einerseits ebenfalls wieder zu unbestimmt und grenzen andererseits, leider muss man dies so direkt sagen, an den Rand der Absurdität.

Nach § 2 Abs. 1 Ziff. 2 a) verpflichtet sich der Studienplatzbewerber, unverzüglich nach Erhalt der Approbation eine Weiterbildung in der Fachrichtung Allgemeinmedizin zu absolvieren. Unverzüglich bedeutet in der juristischen Sprache „ohne schuldhaftes Zögern“, aber ab wann ist das Zögern schuldhaft? Verpflichtet sich der Studienplatzbewerber, jegliche verfügbare Weiterbildungsstelle anzunehmen? Oder darf er dennoch eine Präferenz im ländlichen Bereich haben und sich seine Weiterbildungsstelle selbst aussuchen? Muss er eine Weiterbildungsstelle annehmen, obwohl er im Bewerbungsgespräch vielleicht den Eindruck hat, dass die Zusammenarbeit mit dem Weiterbilder nicht funktionieren wird. Wenn das Warten auf eine passende Weiterbildungsstelle zulässig sein soll, darf der Arzt in der Wartezeit anderweitig arbeiten, zum Beispiel im Krankenhaus? Darf er möglicherweise auch eine Weiterbildung in einem anderen Fachgebiet beginnen, die auf die allgemeinmedizinische Weiterbildung angerechnet wird? Zu denken wäre hier beispielsweise an Weiterbildungen in der Kinder- und Jugendmedizin oder der Orthopädie. Darf eine approbierte Ärztin, die sich als Studienbewerber zur Aufnahme hausärztlichen Tätigkeit verpflichtet hat, während der Weiterbildung in Elternzeit gehen? Oder die Annahme einer Weiterbildungsstelle zeitlich verzögern, weil sie schwanger wird und zunächst ihr Kind auf die Welt bringen und erst einmal in Elternzeit gehen möchte? Muss also auf die Elternzeit verzichtet werden?

Die Verpflichtung nach § 2 Abs. 1 Ziff. 2 b) geht über die Unbestimmtheit der Ziffer 1 sogar hinaus. Wir halten es für absurd und lebensfremd, dass ein Studienplatzbewerber schon genau weiß, dass der Hausarztberuf im ländlichen Raum seine Bestimmung ist und er diese Bestimmung auch für eine nicht unerhebliche Zeit leben wird. Das Medizinstudium dauert regelmäßig sechs Jahre, die Weiterbildung weitere fünf Jahre. Nimmt man einige grundversorgende Facharzttrichtungen hinzu, kann die Weiterbildungszeit auch sechs Jahre betragen. Durchschnittlich dauert beides zusammen sogar 1 bis 2 Jahre länger. Wir sprechen also von mindestens 12 oder 13 Jahren Ausbildungszeit, zu denen zehn weitere Jahre der „Landarztztätigkeit“ kommen würden. Der Studienplatzbewerber legt sich also für die nächsten ungefähr 23 Jahre fest. Wir halten es für nahezu unmöglich, dass ein unter 20jähriger oder eine unter 20jährige bereits bei der Bewerbung um einen Studienplatz genau weiß, dass die hausärztliche Tätigkeit auf dem Land seine bzw. ihre Berufung ist, ohne die erste medizinische Vorlesung gehört und Berührungspunkte mit der Medizin als Studienfach oder gar in der praktischen Tätigkeit gehabt zu haben. Sinnvoller wäre wiederum, generell die medizinische Grundversorgung der Bevölkerung zu adressieren und das Medizinstudium an sich zu fördern. Die Fokussierung auf die ärztliche Tätigkeit in einer grundversorgenden Fachrichtung (Allgemeinmedizin oder die grundversorgenden Facharztgruppen) in Hessen auf dem Land sowie in Unter- oder Mittelzentren dürfte die Interessenlage von ca. 90% der Medizinstudierenden erfassen. Eine detailliertere Festlegung kann

und darf man u.E. von einem Studienplatzbewerber nicht erwarten. Zudem sollte eine Anerkennung einer bereits in diesem Bereich erfolgte ambulante Weiterbildung auf den Verpflichtungszeitraum erfolgen.

### zu § 3: Besonderer öffentlicher Bedarf

§ 3 versucht, einen besonderen öffentlich Bedarf wiederum mit Hilfe unbestimmter Begriffe zu definieren. Welche Sachgründe sollen herangezogen werden, um den Schluss nahezulegen, dass die – ebenfalls nicht näher beschriebenen bestehenden oder zu erwartenden Entwicklungen – die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung gefährden? Ebenfalls einer Erläuterung bedürfte die „eingeschränkte Sicherstellung“. Wir möchten darauf hinweisen, dass es mit der Bedarfsplanung ein bundesweit gültiges, in den meisten Fällen wirksames Instrument für die Analyse der Versorgungssituation und notwendige Anpassung gibt. Warum nun ein hessisches Gesetz neue Kriterien zur Bestimmung der Versorgungssituation einführen will, die zudem unklar und eher der politischen Beliebigkeit anheimgestellt sind, entzieht sich unserem Verständnis.

### zu § 4: Vertragsstrafe

Die nach § 4 vorgesehene Vertragsstrafe halten wir für unangemessen. Wie bereits dargestellt, halten wir es für unwahrscheinlich, dass sich ein Studienplatzbewerber bereits auf die hausärztliche Tätigkeit im ländlichen Hessen festlegen kann. Wenn sich nun aber ein Bewerber zunächst einmal ernsthaft interessiert, wird ihn die angedrohte Strafe mit hoher Wahrscheinlichkeit abschrecken. Diejenigen, die in einer Strafe in Höhe von 250.000 € keinen Hinderungsgrund sehen, können sich auch ein Studium an einer elitären, privaten Universität im Ausland leisten und daher von dem Angebot eines in einem gesonderten Auswahlverfahren zur Verfügung gestellten Studienplatzes mit engen Fußfesseln für das nächste Vierteljahrhundert seines Lebens mit großer Wahrscheinlichkeit Abstand nehmen.

Dies gilt u.E. auch unter der Ausnahmeregelung des Abs. 2. Denn auch hier stellt sich die Frage, wo die Unzumutbarkeit anfängt. Was sind familiäre Gründe? Was sind soziale Gründe? Fällt darunter schon die ehrenamtliche Trainertätigkeit im Sportverein, die aufgrund des mit der „Landarztztätigkeit“ verbundenen Ortswechsels aufgegeben werden müsste? Oder die ehrenamtliche Tätigkeit im Altenpflegeheim oder Hospiz? Zählt zu den familiären Gründen schon der berufsbedingte Wegzug des Lebenspartners, dem man folgen möchte? Oder müsste die Beziehung dann schon in Form der Ehe oder einer eingetragenen Lebenspartnerschaft in rechtliche Bahnen gelenkt worden sein? Oder zählt zu den familiären Gründen erst die Pflegebedürftigkeit eines Elternteils? Wir halten die Ausnahmeregelung für in der Realität nicht anwendbar, und selbst eine nach § 6 geplante Rechtsverordnung kann die Begrifflichkeiten nicht eindeutig präzisieren.

Nicht berücksichtigt ist zudem die Frage, wie ein nicht freiwilliger Abbruch des Studiums behandelt wird. Was passiert, wenn ein Medizinstudent sein Studium mangels schlechter Leistungen nicht beendet. Muss er eine Vertragsstrafe befürchten, weil er durchs Physikum gefallen ist? Auch hier zeigt sich, dass der Gesetzentwurf an der Realität vorbeigeht und Lücken aufweist.

### zu § 5: Bewerbungs- und Auswahlverfahren

An dieser Stelle wiederholen wir unsere Kritik zu § 2 Abs. 1, die hier ebenfalls zutrifft. Während § 2 Abs. 1 (und auch § 5 Abs. 4 Ziff. 4) vom strukturierten Auswahlverfahren spricht, regelt § 5 Abs. 4 Ziff. 1 einen fachspezifischen Studierfähigkeitstest. Wie soll dieser Test aussehen? Soll es der sog. Mediziner-Test sein? Oder ein eigens für das hessische Auswahlverfahren neu entwickelter Test? Auch hier stellt sich wieder die Frage, welches Ergebnis der Test haben soll. Denn auch der Mediziner-Test sagt nichts darüber aus, ob der Studienplatzbewerber die persönliche und fachliche Eignung mitbringt, ein guter (Haus-)Arzt zu werden. Er lässt allenfalls Aussagen zur Lern- und Studierfähigkeit des Bewerbers zu, letztlich also ob er den intellektuellen Anforderungen eines Medizinstudiums gewachsen ist. Hieraus aber Schlüsse für die Eignung als Landarzt zu ziehen, geht über die Aussagefähigkeit eines solchen Test weit hinaus. Denn der Hausarzt muss beispielsweise neben dem medizinischen Sachverstand auch ein erhebliches Maß an Empathie mitbringen und, ganz im Gegensatz beispielsweise zum Pathologen, eng und direkt mit Menschen arbeiten wollen.

Die unter Ziff. 2 genannten Kriterien sind ebenfalls wenig aussagekräftig. Während der Rückgriff auf eine einschlägige Berufsausbildung oder Berufstätigkeit noch nachvollziehbar erscheint, kommen bei einschlägigen ehrenamtlichen Tätigkeiten oder Praktika doch erhebliche Zweifel auf. Soll der Erste-Hilfe-Kurs, der zur Erlangung des Führerscheins notwendig ist, schon als einschlägiges Praktikum gewertet werden? Vermutlich nicht, aber würde eine Tätigkeit bei der Jugendfeuerwehr schon Berücksichtigung finden?

Zudem stellt sich die Frage nach der Gewichtung. Wir verstehen das Ziel, möglichst geeignete Kandidaten zu finden und Kriterien für ihre Auswahl aufzustellen. Die Kriterien der Ziffern 2 und 4 sind aber wertlos, wenn der Studienplatzbewerber das Medizinstudium nicht bewältigt. Leider zeigt sich auch immer wieder, dass die Abiturnote und damit das in Ziffer 3 genannte Kriterium die einzig messbare Größe ist, die eine Einschätzung über die Bewältigung des Medizinstudiums, also die Studierfähigkeit zulässt. Leider ist es so, dass Medizinstudierende mit Abiturnoten jenseits der 2,0 erheblich häufiger das Studium abbrechen als Studierende mit einem besseren Abitur. Das ändert wohl auch ein Auswahlverfahren nicht.

Insgesamt halten wir den vorliegenden Gesetzentwurf für untauglich, um langfristig Versorgungsprobleme in der haus- und fachärztlichen Grundversorgung zu lösen. Viel wichtiger wäre es, die Allgemeinmedizin und die

grundversorgenden Facharzttrichtungen schon im Studium hervorzuheben und auch in der Weiterbildung stärker hervorzuheben.

Nicht mit dem Versprechen auf den einfacheren Zugang zum Studium in Kombination mit einem vertraglich vereinbarten Zwang lassen sich zukünftige Haus- und Fachärzte für die Versorgung gewinnen, sondern durch Motivation und Werbung im frühen Stadium.

Sollte man dann zusätzlich ein Gesetz über eine Hessenquote anstreben, die wir ja grundsätzlich im Kontext mit anderen Bundesländern befürworten, enthält unser Schreiben neben der Kritik ja auch vielfältige Hinweise für eine dann sachgerechte Ausgestaltung.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Dastych', written in a cursive style.

Frank Dastych  
Vorstandsvorsitzender

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Eckhard', written in a cursive style.

Dr. med. Eckhard  
Stellv. Vorstandsvorsitzender



Sozialverband VdK Hessen-Thüringen e. V., Gärtnerweg 3 · 60322 Frankfurt/M.

Hessischer Landtag

Per E-Mail:  
m.sadkowiak.ltg.hessen.de und  
m.mueller@ltg.hessen.de

### Landesgeschäftsstelle

Gärtnerweg 3  
60322 Frankfurt am Main  
Telefon: 069 714002-0

### Paul Weimann Landesvorsitzender

Ihre Ansprechpartnerin:  
Esther Wörz  
Telefon: 069 714002-17  
Telefax: 069 714002-22  
E-Mail: esther.woerz@vdk.de

Frankfurt, 07.05.2020

## Stellungnahme zum Gesetzentwurf der SPD-Fraktion zum Gesetz zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Hessen

Sehr geehrter Herr Promny,

wir bedanken uns für die Möglichkeit, eine Stellungnahme zum Entwurf für ein Gesetz zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung einbringen zu dürfen.

Grundsätzlich begrüßt der VdK Hessen-Thüringen die Einführung einer „Landarztquote“, um die hausärztliche Versorgung in Hessen zu sichern.

Die Landesregierung hatte die Einführung einer solchen Quote bereits im Koalitionsvertrag angekündigt, aber bisher nicht umgesetzt. Einige Bundesländer, wie beispielsweise Nordrhein-Westfalen, haben eine „Landarztquote“ bereits eingeführt.

Der vorliegende Gesetzentwurf sieht mit der Einführung der Quote neue Zulassungsvoraussetzungen bzw. ein neues Auswahlverfahren vor. Der VdK begrüßt dieses sehr. Damit würde eine langjährige Forderung, dass es bei der Vergabe von Medizinstudienplätzen nicht vornehmlich auf den Notendurchschnitt ankommen darf, sondern auch andere Kriterien entscheidend sein müssen, etwa die persönliche Eignung für den Beruf des Arztes einschließlich vorheriger Berufserfahrung, umgesetzt werden.

Wir möchten jedoch darauf hinweisen, dass die Einführung einer Landarztquote nicht der einzige Weg sein kann, um das Problem des Hausärztemangels auf dem Land zu bekämpfen. Vielmehr braucht es kommunale Anreizprogramme zur Förderung der Niederlassung von Ärzten auf dem Land. Regionale Herausforderungen wie fehlende Kinderbetreuungs- oder Einkaufsmöglichkeiten können dabei durch eine verbesserte Infrastruktur überwunden werden. Finanzielle Anreize, aber auch eine gute soziale und kulturelle Infrastruktur motivieren Ärzte, sich in ländlichen Regionen niederzulassen. Die Akteure vor Ort – zum Beispiel Bürgermeister und Landräte – müssen stärker in die Verantwortung genommen werden, um entsprechende Infrastrukturen zu schaffen.

Im Zuge dieser Stellungnahme fordert der VdK Hessen-Thüringen weitere Maßnahmen, die die Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum sicherstellen könnten:

- **Entlastung der Hausärzte durch Gemeindeschwestern in Hessen:** Um Ärzte in ländlichen Regionen zu entlasten, können Gemeindeschwestern im Rahmen von

Hausbesuchen einen Teil der medizinischen Versorgung übernehmen, etwa nicht-ärztliche Aufgaben wie die Kontrolle von Blutdruck und Blutwerten sowie deren digitale Übermittlung an den Arzt, Wundversorgung und Medikamentengabe vor Ort.

- **Ausgewogene Verteilung von Arztsitzen:** Eine ausgewogene Verteilung von Arztsitzen ist wichtig, um auch auf dem Land und in entlegenen Gebieten Lücken in der Gesundheitsversorgung zu vermeiden und Patienten lange Wege zum Arzt zu ersparen.
- **Regeln zur Wirtschaftlichkeitsprüfung bei der Verordnung von Arzneimitteln verbessern:** Drohende Regressforderungen halten viele junge Mediziner davon ab, sich im ländlichen Bereich mit einer erhöhten Anzahl älterer Menschen, die mehr Medikamente benötigen, niederzulassen. Die Budgetierung der Arzneimittelkosten von Hausärzten durch die Kassenärztliche Vereinigungen bei teuren Medikamenten wie beispielsweise zur Behandlung von Parkinson, stellt im Übrigen auch eine hohe und vermeidbare Mehrbelastung der schwerkranken und oft nicht mobilen Patienten dar, die auch nach gut eingestellter Dauermedikation oftmals lediglich zur Verschreibung ihrer Medikamente ihren Facharzt in der Stadt aufsuchen müssen.

Wir bitten Sie unsere Änderungsvorschläge zu beachten.

Mit freundlichen Grüßen



Paul Weimann  
Landesvorsitzender

# DIE VERBÄNDE DER KRANKENKASSEN IN HESSEN

Hessischer Landtag  
Sozial- und Integrationspolitischer Ausschuss  
Der Vorsitzende  
Herrn Moritz Promny  
Schlossplatz 1-3  
65183 Wiesbaden

AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen

BKK Landesverband Süd

IKK classic  
Landesvertragspolitik Hessen

Sozialversicherung für Landwirtschaft,  
Forsten und Gartenbau (SVLFG)  
als Landwirtschaftliche Krankenkasse

KNAPPSCHAFT  
Regionaldirektion Frankfurt

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) \*)  
- Landesvertretung Hessen

07.05.2020

**Gesetzentwurf der Fraktion der SPD für ein Gesetz zur Sicherstellung der haus-  
ärztlichen Versorgung in Hessen - Drucks. 20/2356 - Ihr Schreiben vom  
31.03.2020, Aktenzeichen: I A 2.17**

**- Stellungnahme der Verbände der Krankenkassen u. der Ersatzkassen in Hessen**

Sehr geehrter Herr Vorsitzender,  
sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete,

wir beziehen uns auf Ihr o.g. Schreiben, mit dem Sie die Gelegenheit zu einer schriftlichen Stellungnahme geben.

Die Verbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen in Hessen begrüßen es, in den Prozess eingebunden zu sein, und nehmen zu den wesentlichen Inhalten des Gesetzentwurfes wie folgt Stellung:

Der Gesetzentwurf geht zurück auf den am 31.03.2017 durch die Beschlussfassung des von der Bundesregierung beschlossenen „Masterplans Medizinstudium 2020“, dort Maßnahme 37, und konkretisiert die Rahmenbedingungen zur Einführung der „Landarztquote“ für das Land Hessen.

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass 10 Prozent aller in Hessen zur Verfügung stehenden Medizinstudienplätze vorab für Studienbewerberinnen und -bewerber reserviert werden, die ein besonderes Interesse an der landärztlichen Tätigkeit bekunden. Dafür gehen die Bewerberinnen und Bewerber die Verpflichtung ein, sich nach Abschluss ihres Studiums in der Fachrichtung Allgemeinmedizin weiterzubilden und nach Erlangen ihres Facharztstitels eine hausärztliche Tätigkeit in einem unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Gebiet für einen Zeitraum von zehn Jahren aufzunehmen.

Die flächendeckende hausärztliche Versorgung ist ein wesentlicher Eckpfeiler des deutschen Gesundheitswesens. Sie muss als Basisversorgung in städtischen und ländlichen Regionen zur Verfügung stehen und übernimmt in einer stärker fragmentierten und spezialisierten Versorgungslandschaft eine wichtige Koordinierungsfunktion. Gut qualifizierte Hausärzte können dazu beitragen, die Inanspruchnahme von Fachärzten und stationären Einrichtungen zu verringern.

\*) als gemeinsamer Bevollmächtigter gem. § 212 Abs. 5 Satz 6 ff. SGB V für die Ersatzkassen

### Gesamtbewertung zum Gesetzentwurf:

Die Verbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen in Hessen bewerten das Vorhaben insgesamt grundsätzlich positiv, da zukünftig auftretende Versorgungsprobleme nur mit einer ausreichenden Zahl von Medizinstudienplätzen in der Gegenwart vermieden werden können. Aus Sicht der Verbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen in Hessen müssen daher für zukünftige Hausärzte - wie in dem Gesetzentwurf aufgezeigt - alternative Zugangsmöglichkeiten zum Medizinstudium in Betracht gezogen werden.

Insbesondere einzelne Vorschriften bewerten die Verbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen in Hessen außerdem wie folgt:

#### Zu § 2. Zulassungsvoraussetzungen

§ 2 sieht vor, dass Studienbewerberinnen und -bewerber über eine Vorabquote für das Studium der Medizin zugelassen werden können, wenn sie sich verpflichten, nach ihrem Studium und einer entsprechenden einschlägigen Weiterbildung auf dem Fachgebiet der Allgemeinmedizin tätig zu werden. Dies kann dazu beitragen, dass sich Studierende frühzeitig dafür entscheiden, nach Abschluss ihres Studiums eine hausärztliche Tätigkeit auszuüben, und wird insofern positiv bewertet.

#### Zu §§ 2 Abs. 1 Nr. 2 b), 3. Zulassungsvoraussetzungen bei besonderem öffentlichem Bedarf

Laut Gesetzentwurf sollen Studierende, die einen entsprechenden öffentlich-rechtlichen Vertrag mit dem Land Hessen geschlossen haben, in Gebieten mit einem besonderen öffentlichen Bedarf ihre vertragsärztliche Tätigkeit aufnehmen. Bei der Feststellung eines besonderen öffentlichen Bedarfs durch das Land Hessen wirkt alleine die Kassenärztlichen Vereinigung Hessen mit. Da die originäre Entscheidungshoheit für die Feststellung von Unterversorgung oder von Unterversorgung bedrohter Gebiete gemäß § 100 Abs. 1 S. 1 SGB V beim Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen liegt, sollte an dieser Stelle auch die Mitwirkung des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, alternativ zusätzlich die der gesetzlichen Krankenversicherung in dem Gesetzentwurf berücksichtigt werden.

#### Zu § 5. Bewerbungs- und Auswahlverfahren

§ 5 regelt insgesamt das Bewerbungs- und Auswahlverfahren. Die Finanzierung erfolgt aus Haushaltsmitteln. Sowohl die Verfahrensregelungen als auch die Finanzierungszuordnung wird von den Verbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen in Hessen ebenfalls uneingeschränkt begrüßt.

#### Zu § 7. Berichtspflicht

Die Verbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen in Hessen weisen ergänzend darauf hin, dass im Entwurf des § 7 eine erstmalige Berichtspflicht an den Landtag über die Erfahrungen mit dem Gesetz bis zum 31.12.2023 geregelt wird. In der Begründung zu § 7 wird hierfür der 31.12.2021 genannt. Hier sollte eine Harmonisierung der Frist erfolgen.

Die Verbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen in Hessen bitten Sie, die vorstehenden Hinweise und Vorschläge zu berücksichtigen, und stehen bei Rückfragen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Claudia Ackermann

Fachbereich Medizin - Theodor-Stern-Kai 7 - 60590 Frankfurt

### Hessischer Landtag

z. Hd. Herrn Moritz Promny  
Vorsitzender des Sozial- und Integrationspolitischen  
Ausschusses  
Postfach 3240  
65022 Wiesbaden

### Stellungnahme zur Anhörung des Sozial- und Integrationspolitischen Ausschusses des Hessischen Landtags zu dem Gesetzentwurf der Fraktion der SPD für ein Gesetz zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Hessen - Drucksache 20/2356

Sehr geehrter Herr Promny,  
sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete,

zu o.g. Gesetzentwurf nehmen wir wie folgt Stellung.

Der Fachbereich Medizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main und hier insbesondere auch das Institut für Allgemeinmedizin sprechen sich einvernehmlich und in aller Deutlichkeit gegen die Einführung einer „klassischen“ Landarztquote, wie sie von der SPD-Fraktion im o.g. Gesetzentwurf vorgeschlagen wird, aus. Vielmehr plädieren wir dringend für einen „hessischen Weg“ im Sinne der Etablierung eines inhaltlich profilierten Schwerpunktcurriculums.

#### Vier Argumente gegen eine „klassische“ Landarztquote:

1. Sehr junge Menschen, zumeist 17- bis 19-Jährige Schüler/innen, müssen sich für eine Dauer von ca. 24 Jahren (mind. 6 Jahre Ausbildung plus durchschnittlich 8 Jahre Weiterbildung<sup>1</sup> plus 10 Jahre Tätigkeit in einer unterversorgten Region) zu einer Tätigkeit als Landarzt/ärztin verpflichten, die sie in ihrer Ausprägung und Tragweite nicht ausreichend beurteilen können. Selbst Studierende der Bundeswehr werden nur für 17 Jahre verpflichtet. Aufgrund der sich daraus zwangsläufig ergebenden lebenspraktischen Unwägbarkeiten und der rechtlichen Unsicherheit sind spätere Abbrüche (ähnlich wie schon bisher bei Bundeswehrquoten oder den bundesweit wieder verlassenen Zulassungsquoten für den Öffentlichen Gesundheitsdienst) wahrscheinlich.

<sup>1</sup> Die Mindestweiterbildungsdauer für eine/n Facharzt/ärztin für Allgemeinmedizin beträgt fünf Jahre. Empirische Ergebnisse zeigen aber, dass die tatsächliche durchschnittliche Weiterbildungsdauer (u.a. wegen Teilzeittätigkeit, Elternzeit etc.) bei ca. acht Jahren liegt.

### Der Dekan

Prof. Dr. med. Stefan Zeuzem

Dekan@kgu.de

Bearbeiter: Dr. Barbara Wicht  
Tel.: 069/6301-6010  
Fax: 069/6301-5922  
E-Mail: Barbara.Wicht@kgu.de

Aktenzeichen:  
(in der Antwort bitte angeben)

8. Mai 2020

**Assistentin des Dekans**  
Tel.: 069/6301-6010

**Dekanatsleitung**  
Tel.: 069/6301-83860

**Sekretariat Dekanatsleitung**  
Tel.: 069/6301-7602

**Finanzen und Controlling**  
Tel.: 069/6301-3909, -7346, -87868

**Bauangelegenheiten**  
Tel.: 069/6301-7262

**Berufungen**  
Tel.: 069/6301-87887

**Apl-Professuren**  
Tel.: 069/6301-86020, -3974, -7004

**Habilitationen**  
Tel.: 069/6301-7602

**Studiendekanatsleitung**  
Tel.: 069/6301-7344, -83618

**Zulassung, Lehrevaluation**  
Tel.: 069/6301-5686, -83618

**Vorklinischer Studienabschnitt**  
Tel.: 069/6301-7238, -7877, -83618

**Klinischer Studienabschnitt**  
Tel.: 069/6301-7601, -6209, -80289

**Praktisches Jahr**  
Tel.: 069/6301-83170, -83618

**Koordination Zahnmedizin**  
Tel.: 069/6301-86366, -83618

**Koordination Medizintechnik**  
Tel.: 069/6301-7289, -80289

**Internationale Angelegenheiten**  
Tel.: 069/6301-6209, -7004

**Prüfungsverwaltung**  
Tel.: 069/6301-5681, -6324

**Lern- und psychologische Beratung**  
Tel.: 069/6301-80025

**Forschungsreferat**  
Tel.: 069/6301-86020, -3974, -7004

**Promotionen**  
Tel.: 069/6301-6779

**IT-Angelegenheiten**  
Tel.: 069/6301-5685

**Raumvergabe**  
Tel.: 069/6301-7289

**Medientechnik**  
Tel.: 069/6301-5892

**Sprechstunden**  
Siehe [www.med.uni-frankfurt.de](http://www.med.uni-frankfurt.de)

2. Wird (wie jetzt in NRW und anderen Bundesländern) eine Konventionalstrafe von 250.000 € bei Nichtantritt einer Tätigkeit in einer unterversorgten Region vereinbart, bekommen Medizinstudienplätze in Deutschland erstmals einen „Preis“ und werden „käuflich“. Vermögende Eltern können dann zum Beispiel erwägen, ob sie ihre Kinder zum Studium ins Ausland schicken, teure Anwaltskanzleien beauftragen, die einen Studienplatz einklagen oder ob sie das gut kalkulierbare „Risiko“ einer späteren Ausgleichszahlung eingehen.

3. Die ärztliche Tätigkeit im ländlichen Raum wird durch eine klassische Landarztquote desavouiert. Es wird demonstriert, dass die Tätigkeit von Landärzten/innen offiziell so unattraktiv ist, dass bedauernswerte Studienbewerber/innen mit schlecht(er)en Schulnoten sich einer solchen „Zwangsverschickung“ aussetzen müssen, um auf diese Weise einen begehrten Studienplatz zu erhalten. Schüler/innen mit guten Abiturnoten haben hingegen etwas „Besseres“ verdient und „dürfen“ in der Stadt arbeiten. Damit wird ein Negativ-Image erzeugt bzw. zementiert, das der dringend notwendigen Attraktivitätssteigerung diametral entgegenläuft.

4. Bei einem möglichen Start der Landarztquote zum WS 2021/2022 dauert es bis ca. 2035 bis der/die erste „Landarztquoten-Hausarzt/ärztin“ faktisch in Hessen tätig wird. Erst dann wird sich herausstellen, ob bzw. inwieweit das Modell tatsächlich funktioniert. Ansätze im Studium, vor allem freiwillige „Landarzt-Tracks“, die auf eine besondere Attraktivität der Angebote und die positive, intrinsische Motivation von Studierenden setzen sowie nahtlos mit einer Weiterbildungsrotation verbunden werden, sind schneller sowie gezielter wirksam und werden durch die Ergebnisse wissenschaftlicher Evaluationen aus anderen Ländern unterstützt.

Aus den genannten Gründen schlagen wir im Einklang mit den universitären Fachvertretern für Allgemeinmedizin in Hessen statt einer „klassischen Landarztquote“ einen „hessischen Weg“ vor, der folgende Eckpunkte adressiert:

- zielgerichtete Auswahl intrinsisch motivierter Bewerber/innen unter Berücksichtigung von positiven Prädiktoren für eine spätere Tätigkeit im ländlichen Raum
- Etablierung eines wissenschaftlich fundierten, spezifischen Schwerpunktcurriculums („Landarzt-Track“) sowohl für alle Studierende, die (sofern diese in Hessen eingeführt wird) über die Landarztquote aufgenommen werden, als auch für „reguläre“ Studierende mit einem besonderen Interesse für die hausärztliche Versorgung in ländlichen Gebieten
- inhaltlicher Fokus des Programms auf wissenschaftsgetriebene und praxisnahe Ausbildung in Form eines Schwerpunktcurriculums, das Longitudinalpraktika sowie Mentoringprogramme umfasst
- ggf. Einbeziehung weiterer grundversorgender (Mangel-)Fächer wie Kinderheilkunde, Frauenheilkunde und Augenheilkunde
- Einbettung des Schwerpunktcurriculums in ländliche Regionen und Anbindung an ärztliche Weiterbildung über das auch durch das HMSI unterstützte Kompetenzzentrum Weiterbildung Hessen

- hessenweite digitale Vernetzung, unterstützt durch Unterrichtsräume mit Konferenzschaltung (virtual classrooms), die dezentrale und dabei qualitativ hochwertige Unterrichtsformate auch in ländlichen Regionen ermöglichen
- wissenschaftliche Evaluation bis hin zu Langzeit-Verbleibstudien
- ausreichende und langfristig sichergestellte finanzielle Mittel, die nicht aus dem hessischen Hochschulpakt entnommen werden dürfen, um die skizzierten Maßnahmen zielgerichtet und vor allem nachhaltig umsetzen zu können.

Ähnliche umfassende und curricular verankerte Lehrangebote, wie hier dargestellt, existieren in anderen Ländern bereits seit Jahrzehnten [1-3]. Entsprechende Langzeitevaluationen zeigen, dass Absolventen/innen von freiwilligen Landarztprogrammen sich nicht nur häufiger im ländlichen Raum niederlassen [4, 5], sondern auch noch Jahrzehnte später häufiger dort tätig sind, als Studienabgänger/innen, die zuvor eine reguläre Aus- und Weiterbildung durchlaufen haben [6].

Erste Schwerpunktprogramme aus Deutschland, wie etwa die „Landpartie 2.0“ in Frankfurt oder das „Curriculum Primärversorgung“ in Marburg können aufgrund zu kurzer Laufzeiten zwar noch keine Langzeiteffekte nachweisen, belegen jedoch: 1.) eine sehr hohe Programmmzufriedenheit unter den teilnehmenden Studierenden 2.) dass das Fach Allgemeinmedizin als erste Karriereoption bestärkt wird 3.) das Vorhandensein intrinsisch motivierter Medizinstudierender sowie 4.) die Machbarkeit von Schwerpunktcurricula [7-9].

Der daher dringend empfohlene „hessische Weg“ stellt somit einen wissenschaftlich fundierten Ansatz dar, „Landarztquoten-Studierende“ sowie weitere interessierte „Regel-Studierende“ sowohl fachlich als auch emotional bestmöglich auf eine hausärztliche Tätigkeit in ländlichen Regionen vorzubereiten. Der quantitative und qualitative Neuaufbau bzw. Ausbau bestehender Schwerpunktprogramme an den medizinischen Fakultäten in Frankfurt, Gießen und Marburg bietet dafür – auskömmliche finanzielle Ressourcen vorausgesetzt – beste Voraussetzungen.

Hessen benötigt und verdient bestens qualifizierte sowie langfristig motivierte Hausärzte/innen. Zwangsmaßnahmen ohne jedes inhaltliche Konzept sind dafür ungeeignet.

Mit besten Grüßen



Prof. Dr. Stefan Zeuzem  
(Dekan)



Prof. Dr. Udo Rolle  
(Studiendekan Klinik)



Prof. Dr.  
Ferdinand M. Gerlach,  
MPH  
(Direktor des Instituts für  
Allgemeinmedizin)

## Literaturverzeichnis

- [1] Rabinowitz HK, Diamond JJ, Markham FW, Wortman JR.: Medical school programs to increase the rural physician supply: a systematic review and projected impact of widespread replication. *Acad Med* 2008; 83: 235–243. DOI: 10.1097/ACM.0b013e318163789b.
- [2] Krupa LK, Chan BT. Canadian rural family medicine training programs: growth and variation in recruitment. *Can Family Physician*. 2005; 51: 852–53.
- [3] Eley DS, Synnott R, Baker PG, Chater AB. A decade of Australian rural clinical school graduates – where are they and why? *Rural and Remote Health*. 2012; 12: 1937.
- [4] Rabinowitz HK, Petterson S, Boulger JG, Hunsaker ML, Diamond JJ, Markham FW. et al.: Medical School Rural Programs: a comparison with international medical graduates in addressing state-level rural family physician and primary care supply. *Acad Med* 2012; 87 (4): 488–492. DOI: 10.1097/ACM.0b013e3182488b19.
- [5] Phillips J, Short W, Fahey C, Mavis B.: Thirty Years Training Rural Physicians: Outcomes From the Michigan State University College of Human Medicine Rural Physician Program. *Acad Med* 2016; 91 (1): 113-119. DOI: 10.1097/ACM.0000000000000885.
- [6] Rabinowitz HK, Diamond JJ, Markham FW, Santana AJ: Retention of rural family physicians after 20-25 years: outcomes of a comprehensive medical school rural program. *J Am Board Fam Med* 2013; 26 (1): 24–27. DOI: 10.3122/jabfm.2013.01.120122
- [7] Seeger L, Becker N, Ravens-Taeuber G, Sennekamp M, Gerlach FM. "Landpartie 2.0" – Conceptual development and implementation of a longitudinal priority program to promote family medicine in rural areas. *GMS J Med Educ*. 2020;37(3):Doc29. DOI: 10.3205/zma001322, URN: urn:nbn:de:0183-zma0013225
- [8] Samos FA, Heise M, Fuchs S, Mittmann S, Bauer A, Klement A. A pilot phase evaluation of the elective general practice class: results of student surveys of the first two years. *GMS J Med Educ*. 2017;34(1):Doc4. DOI: 10.3205/zma001081
- [9] Deutsch T, Hönigschmid P, Frese T, Sandholzer H. Early community-based family practice elective positively influences medical students' career considerations - a pre-post-comparison. *BMC Fam Pract*. 2013;14:24. DOI: 10.1186/1471-2296-14-24

## Stellungnahme

### des Berufsverbandes Deutscher Internisten e.V. (BDI)

zum **Gesetzentwurf** der Fraktion der SPD für ein Gesetz zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Hessen vom 11.02.2020 (Drucksache 20/2356)

Wiesbaden, den 12.5.2020

#### Kontakt:

#### **Berufsverband Deutscher Internisten e.V. (BDI)**

Haus der Internisten, Schöne Aussicht 5, 65193 Wiesbaden

Telefon: +49 611 18133-0 | Fax: +49 611 18133-50

E-Mail: [info@bdi.de](mailto:info@bdi.de)

Präsidium: Prof. Dr. med. Hans Martin Hoffmeister (Präsident), Christine Neumann-Grutzeck (1. Vizepräsidentin), Dr. med. Ivo Grebe (2. Vizepräsident und Schatzmeister)

Geschäftsführung: Tilo Radau (Geschäftsführer), Bastian Schroeder (Stv. Geschäftsführer)

## I. Vorbemerkungen

---

Die hausärztliche Versorgung der Bevölkerung – besonders im ländlichen Raum – gestaltet sich zunehmend schwieriger. Mit dem demografischen Wandel und der Zunahme chronischer Erkrankungen in einer älter werdenden Gesellschaft steigt auch der Bedarf nach einer wohnortnahen Versorgung und Betreuung der Patientinnen und Patienten. Gleichzeitig nimmt die Zahl der Hausärztinnen und Hausärzte kontinuierlich ab. Laut einer Prognose der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) wird es im Jahr 2030 bundesweit fast 10.000 Hausärzte weniger geben als noch im Jahr 2014.<sup>1</sup>

Nach § 73 Abs. 1a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) nehmen neben Allgemeinmedizinerinnen auch Internisten (ohne Schwerpunkt) sowie Kinder- und Jugendärzte an der hausärztlichen Versorgung teil. Fachgruppenübergreifend sind aktuell ein Drittel der Hausärztinnen und -ärzte älter als 60 Jahre.<sup>2</sup> Sie scheiden in den kommenden Jahren altersbedingt aus der Versorgung aus. Im Verhältnis zu den feststehenden Abgängen rücken jedoch zu wenige junge Ärztinnen und Ärzte nach, die in der hausärztlichen Versorgung tätig sein möchten. In der Folge können viele Hausarztstühle heute schon nicht nachbesetzt werden.

### Versorgungsengpässe vermeiden

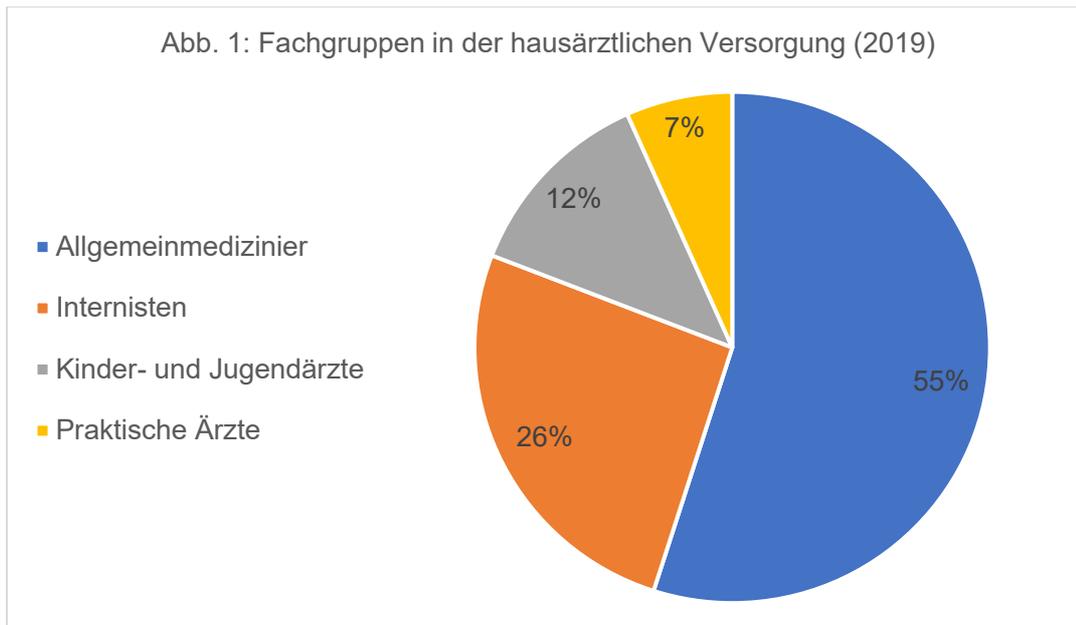
Der Nachwuchsmangel hat sowohl strukturelle als auch politische Gründe. Der hausärztliche Versorgungsbereich ist überproportional stark von dem allgemeinen Trend betroffen, dass die Niederlassung – konkret die Selbständigkeit in einer Einzelpraxis – für viele junge Ärztinnen und Ärzte kein attraktives Arbeitsmodell mehr darstellt. Besonders in ländlichen Regionen ist die hausärztliche Einzelpraxis jedoch nach wie vor die dominante Versorgungsform. Hinzu kommt, dass der ländliche Raum auch aufgrund fehlender Infrastrukturangebote im Gegensatz zu Städten und Ballungsräumen als mögliches Tätigkeits- beziehungsweise Niederlassungsgebiet immer seltener in Betracht kommt. Aus Sicht des Berufsverbandes Deutscher Internisten (BDI) muss die Landarztquote deshalb zwingend mit Maßnahmen flankiert werden, die diese grundsätzlichen Probleme gleichermaßen adressieren.

Erschwerend kommt hinzu, dass sowohl Teile der Politik als auch der Selbstverwaltung die hausärztliche Versorgung weiterhin als exklusive Aufgabe der Allgemeinmedizin begreifen. Das entspricht jedoch weder den Vorgaben des SGB V, noch spiegelt es die Versorgungsrealität in Deutschland angemessen wider. Fachärzte für Innere Medizin (ohne Schwerpunkt) sowie Kinder- und Jugendärzte machen mittlerweile fast vierzig Prozent der Hausärzte aus (s. Abbildung 1).

---

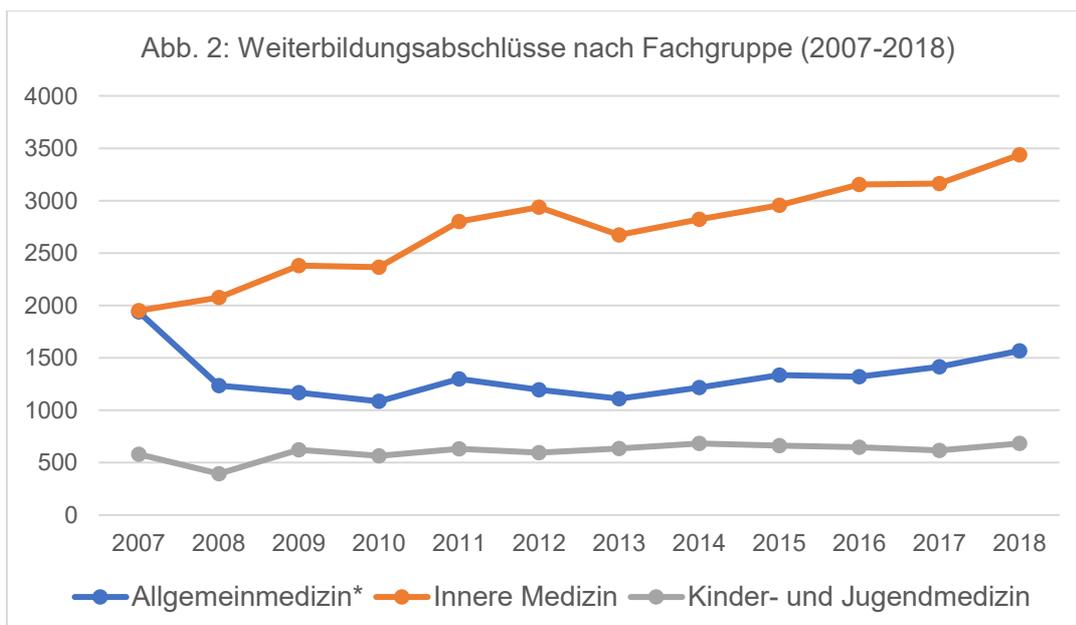
<sup>1</sup> Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung, „Deutschlandweite Projektion 2030 – Arztlageentwicklung in Deutschland“ (Stand 05.10.2016).

<sup>2</sup> Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung, „Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister“ (Stand 31.12.2019).

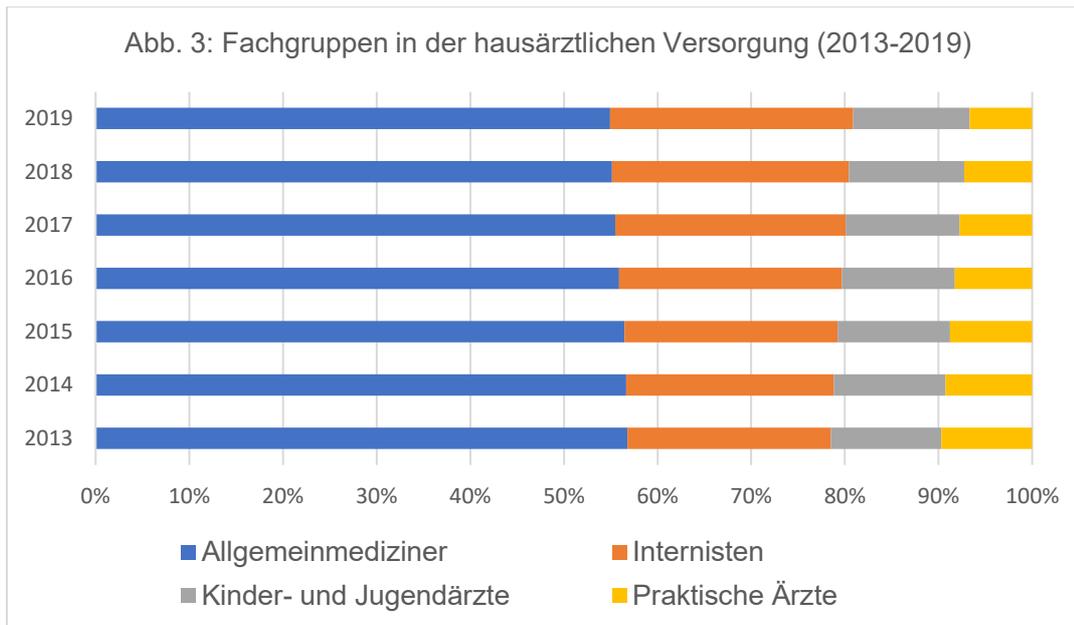


Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung, Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, Stand 31.12.2019

Zwar sind Allgemeinmediziner weiterhin die größte Gruppe innerhalb der Hausärzteschaft, jedoch nimmt ihr Anteil im Verhältnis zu den anderen Fachgruppen kontinuierlich ab. Bei den Weiterbildungsabschlüssen verzeichnen die Allgemeinmediziner kaum nennenswerte Zuwächse, um die Zahl derer, die altersbedingt aus dem Beruf ausscheiden, aufzufangen. Die Innere Medizin hingegen erfreut sich weiterhin großer Beliebtheit. Infolgedessen entscheiden sich auch immer mehr Internisten für eine Tätigkeit im hausärztlichen Versorgungsbereich. Seit 2013 ist der Zahl der hausärztlichen Internisten um mehr als 20 Prozent gestiegen (s. Abbildungen 2 und 3). Der BDI geht davon aus, dass dieser positive Trend gemessen an den absoluten Zahlen noch deutlich verstärkt würde, wenn Internistinnen und Internisten als gleichberechtigte Fachgruppe in der hausärztlichen Versorgung anerkannt und gefördert würden.



Quelle: Ärztestatistik der Bundesärztekammer / \*Die Anzahl der Abschlüsse „Allgemeinmedizin“ enthält auch den damals bestehenden Weiterbildungsabschluss „Innere Medizin und Allgemeinmedizin“



Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung, Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister 2013-2019

Bislang werden Internisten und Kinderärzte bei der Konzeption von Lösungsstrategien jedoch häufig nicht einbezogen. Die Förderprogramme von Bund und Ländern zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung richten sich in der Regel ausschließlich an (angehende) Fachärzte für Allgemeinmedizin. Darin besteht auch die große Schwäche des „Masterplan Medizinstudium 2020“. Das sorgt für eine unnötige Verknappung bereits vorhandener ärztlicher Ressourcen. Die gewünschten Effekte für die Sicherstellung der Patientenversorgung werden nicht erreicht.

### Versorgungsqualität sicherstellen

Internistinnen und Internisten sind auch qualitativ eine notwendige Fachgruppe in der hausärztlichen Versorgung. Die Komplexität medizinischer Abläufe, die speziellen Probleme im höheren Lebensalter sowie die zunehmende Multimorbidität der Patienten haben die Qualifikationsanforderung an die hausärztliche Tätigkeit in den letzten Jahren verändert. Inhaltlich geht es weitgehend um Führung und Betreuung von Patienten mit chronischen und komplexen Krankheitsbildern. Dies ist gemäß ihrer Weiterbildung die originäre Aufgabe von Internistinnen und Internisten. Mehr als 80 Prozent aller akuten und chronischen Erkrankungen, die in der hausärztlichen Praxis behandelt werden, haben einen internistischen Bezug (z.B. Diabetes mellitus, Rheuma usw.). Auch die überwiegende Anzahl der Notfälle in Deutschland sind internistischer Natur (z.B. Herzinfarkt, Luftnot usw.). Insofern ist der Facharzt für Innere Medizin auch der geeignete Facharzt, diese Notfälle zu erkennen.

Aus Sicht des BDI kann der drohende Versorgungsmangel nicht allein von Allgemeinmedizinern behoben werden. Eine flächendeckende Patientenversorgung kann nur gemeinsam von Allgemeinmedizinern, Internisten (ohne Schwerpunkt) sowie Kinder- und Jugendärzten sichergestellt werden.

### Landarztquote – grundsätzliche Überlegungen

Der BDI sieht die Einführung einer Landarztquote kritisch. Die Landarztquote ist kein geeignetes Instrument, bereits bestehende Versorgungsengpässe im hausärztlichen Bereich kurz- und mittelfristig zu beseitigen.

Mit der Verpflichtung von Medizinstudentinnen und -studenten setzt die Landarztquote grundsätzlich zum falschen Zeitpunkt an. Von Beginn des Studiums bis zur Beendigung der Weiterbildung vergehen im Schnitt 12-15 Jahre. Die gewünschten Effekte für die Versorgung werden im Optimalfall deshalb frühestens ab 2033 schrittweise eintreten. Um zeitnah Verbesserungen in der Versorgung herbeizuführen, müssen vorhandene Ressourcen deshalb besser mobilisiert werden. Aus Sicht des BDI wäre die Ausweitung der ambulanten Weiterbildungsförderung nach § 75a Abs. 1 SGB V auf alle Facharztgruppen, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, eine sinnvolle ad hoc Maßnahme, um die positive Nachbesetzungsquote bei den hausärztlichen Internisten zu erhöhen und damit den gesamten Versorgungsbereich zu entlasten.

Darüber hinaus haben die wenigsten jungen Menschen zu Beginn des Medizinstudiums eine Vorstellung, in welchem Fachgebiet oder Versorgungsbereich sie später tätig sein wollen. Diese konkreten Vorstellungen und Präferenzen entwickeln sich in der Regel erst im Verlauf des Studiums. Das Studium muss den Studentinnen und Studenten deshalb unvoreingenommen das Fach Humanmedizin in seiner gesamten Breite vermitteln. Die Landarztquote nimmt den Studierenden diese Entwicklungsmöglichkeiten und vermischt sozialrechtliche Vorgaben mit Ausbildungsinhalten. Weit- aus sinnvoller wäre es, Studierende in fortgeschrittenen Studienabschnitten, die bereits ernsthaftes Interesse am hausärztlichen Versorgungsbereich beziehungsweise einer Tätigkeit auf dem Land zeigen, mit strukturierten und guten Lehrangeboten in diesem Bereich anzusprechen. Dazu gehört nach Meinung des BDI auch, Studierende über die fachliche Vielfalt im hausärztlichen Bereich – das heißt Allgemeinmedizin, Innere Medizin und Kinder- und Jugendmedizin – umfassend aufzuklären.

Die Vermischung der Versorgungssituation mit der Zulassung zum Studium birgt zudem die Gefahr, dass Bewerberinnen und Bewerber die Quote nutzen, um überhaupt erst die Möglichkeit zu erhalten, einen Medizinstudienplatz zu bekommen. Damit steht die Zulassung zum Studium über dem genuine Interesse, später als Hausärztin oder Hausarzt in einem unterversorgten Gebiet tätig zu sein. Zudem wird mit der Einführung der Landarztquote ein Studienplatz erstmalig käuflich. Auf den ersten Blick erscheint die Vertragsstrafe in Höhe von 250.000 € zwar hoch. Gerade für Studentinnen und Studenten mit ausreichend finanziellen Mitteln bietet sich jedoch die Möglichkeit, sich nach Erhalt der Approbation aus der verpflichtenden Tätigkeit als Hausarzt herauszukaufen. Der BDI sieht darin eine Verletzung einer sozialverträglichen Chancengleichheit.

Schließlich konterkariert die Quote Versuche, ein positives Berufsbild zu vermitteln und verstärkt den Eindruck, die hausärztliche Tätigkeit sei so unattraktiv, dass nur noch Zwangsmaßnahmen helfen. Aus Sicht des BDI ist die Bereitschaft junger Ärztinnen und Ärzte, in den hausärztlichen Versorgungsbereich zu gehen, weiterhin ausreichend vorhanden. Die steigenden Zahlen der hausärztlichen Internisten untermauern diese Wahrnehmung.

Die Zurückhaltung, im ländlichen Raum tätig zu werden, ist kein grundsätzliches Problem des hausärztlichen Versorgungsbereiches. Sowohl die ambulante fachärztliche als auch die stationäre Versorgung auf dem Land sind ebenfalls gefährdet. Es bedarf deshalb vielmehr Lösungsansätze und Maßnahmen, die Lebens- und Arbeitsbedingungen in ländlichen Regionen wieder attraktiver machen.

Darüber hinaus verschärft die Landarztquote den Ärztemangel in anderen Versorgungsbereichen, wenn Studienplatzkapazitäten nicht ausgebaut werden. Eine Vorabquote sorgt lediglich für eine Verschiebung innerhalb der Ärzteschaft. Der BDI fordert das Land Hessen deshalb mit Nachdruck

auf, die Studienplätze im Fach Humanmedizin mindestens in dem Maße der geplanten Landarztquote auszubauen.

### **Landarztquote versorgungsnah gestalten**

Sollte der Hessische Landtag ungeachtet der Kritik an der Landarztquote festhalten, warnt der BDI im Hinblick auf die Entwicklung der Arztzahlen im hausärztlichen Versorgungsbereich mit Nachdruck davor, die Landarztquote in Hessen als exklusives Förderprogramm für die Allgemeinmedizin zu konzipieren. Vielmehr sollten alle Fachgruppen, die § 73 Abs. 1a (SGB V) an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, gleichberechtigt in die Maßnahme einbezogen werden.

Der BDI schlägt sodann vor, die Landarztquote in Hessen in Anlehnung an die Landarztquoten in Bayern und Nordrhein-Westfalen zu konzipieren. Beide Bundesländer haben ihre Landarztquoten entsprechend der Vorgaben im Sozialgesetzbuch gestaltet. Bewerberinnen und Bewerber, die sich im Rahmen der Landarztquote für den Studiengang Humanmedizin an den Hochschulen in der Trägerschaft des Landes Hessen bewerben, erhielten somit die Wahlmöglichkeit, ihre Weiterbildung nach Erhalt der Approbation entweder im Fach Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendmedizin oder Innere Medizin (ohne Schwerpunkt) zu absolvieren. Damit würde aus Sicht des BDI den Studierenden mehr Raum für die persönliche Entwicklung gegeben und die Attraktivität des Versorgungsgebietes deutlich gesteigert.

Der BDI steht dem Land Hessen bei der Umsetzung einer entsprechenden Landarztquote als Partner – z.B. bei der Durchführung der Auswahlgespräche – gerne zur Verfügung.

## II. Maßnahmen des Arbeitsentwurfes im Einzelnen

---

### Zulassungsvoraussetzungen

In § 2 regelt der Gesetzgeber die Zulassungsvoraussetzungen. Gemäß § 2 Abs. 1 Nr. 2a müssen Bewerberinnen und Bewerber, die sich im Rahmen der sogenannten Landarztquote für den Studiengang Humanmedizin an den Hochschulen in der Trägerschaft des Landes Hessen bewerben, sich rechtlich verpflichten, nach Erhalt der Approbation ihre Weiterbildung in der Facharzttrichtung Allgemeinmedizin zu absolvieren.

#### **BDI:**

Die aktuelle Regelung sieht keine Einbindung der Fächer Innere Medizin sowie Kinder- und Jugendmedizin vor. Bewerberinnen und Bewerber haben damit nicht die Möglichkeit, ihre Weiterbildung in der Facharzttrichtung Innere Medizin (ohne Schwerpunkt) oder Kinder- und Jugendmedizin zu absolvieren, obwohl diese Fachgruppen gleichermaßen an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen. § 2 Abs. 1 Nr. 2a steht damit im direkten Widerspruch zum SGB V.

Zudem spiegelt die exklusive Verpflichtung der Bewerberinnen und Bewerber auf eine Weiterbildung in der Facharzttrichtung Allgemeinmedizin die Versorgungsrealität in Deutschland nicht angemessen wider. Die Attraktivität des hausärztlichen Versorgungsbereiches wird dadurch geschmälert.

Der BDI lehnt die Regelung gemäß § 2 Abs. 1 Nr. 2a Gesetzentwurf zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Hessen ab und schlägt folgende Änderungen vor:

§ 2 Abs. 1 Nr. 2a wird wie folgt geändert:

*unverzüglich nach Erhalt der Approbation eine fachärztliche Weiterbildung zu absolvieren, die nach § 73 Absatz 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 17. August 2017 (BGBl. I S. 3214) geändert worden ist, zur Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung berechtigt, und*

### Bewerbungs- und Auswahlverfahren

In § 5 regelt das Gesetz das Bewerbungs- und Auswahlverfahren. Gemäß § 5 Abs. 3 findet eine Auswahl der Bewerberinnen und Bewerber nur dann statt, wenn die Anzahl der Bewerberinnen und Bewerber die Zahl der verfügbaren Studienplätze im Rahmen der Landarztquote gemäß § 2 Abs. 1 übersteigt.

#### **BDI:**

Mit der angestrebten Regelung erfolgt keine besondere Eignungsprüfung, sofern die Anzahl der Bewerberinnen und Bewerber die vorgesehene Studienkapazität nach § 2 Abs. 1 nicht übersteigt. Eine umfassende Eignungsprüfung greift damit erst, wenn die Anzahl der Bewerbungen für die

verfügbaren Studienplätze überschritten wird. Eine Zuteilung von Studienplätzen nach § 2 Abs. 1 ohne Auswahlprüfung kann jedoch nicht im Sinne der Qualität sein und muss nachgebessert werden.

Der BDI lehnt die Regelungen gemäß § 5 Abs. 3 Gesetzesentwurf zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Hessen ab und schlägt folgende Änderung vor:

*§ 5 Abs. 3 wird wie folgt geändert:*

*Zur Auswahl der Bewerberinnen und Bewerber auf die Studienplätze, die aufgrund der Quote gemäß § 2 Abs. 1 für das jeweilige Semester zur Verfügung stehen, findet ein entsprechendes Auswahlverfahren durch die zuständige Stelle statt.*

# Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Hessen e. V.

Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Hessen e. V. • Luisenstraße 26 • 65185 Wiesbaden

Hessischer Landtag  
Bereich Ausschussgeschäftsführung  
Plenardokumentation  
Schlossplatz 1-3  
65183 Wiesbaden

15. Mai 2020

## Stellungnahme zum Gesetzentwurf zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Hessen

### Ihr Schreiben vom 31.03.2020

Sehr geehrter Herr Promny,  
sehr geehrte Damen und Herren,

die Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Hessen e. V. bedankt sich für die Möglichkeit zur Abgabe einer Stellungnahme zum Gesetzentwurf zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Hessen (Drucksache 20/2356).

Die im Gesetzentwurf formulierte Analyse der Ausgangssituation samt perspektivischer Entwicklung teilen wir. Die Ursachen dieser Entwicklung sind vielfältig, die angenommenen Attraktivitätsargumente sind nur einige von vielen mehr.

Mit einer sog. „Vorabquote“ soll ein Kontingent von 10 % aller im Geltungsbereich des Landes Hessen zur Verfügung stehenden Medizinstudienplätze vorab für Studienbewerberinnen und -bewerber reserviert werden, die ein besonderes Interesse an der landärztlichen Tätigkeit bekunden.

Die angestrebte Regelung zielt jenseits der Abiturbestenquote auf Bewerberinnen und Bewerber mit nicht überdurchschnittlich guten Abiturleistungen, die im regulären Bewerbungsverfahren auf eine Wartezeit verwiesen werden.

Mit der Einräumung eines Studienplatzes auf Basis der Vorabquote geht die Verpflichtung einher, sich nach Abschluss des Studiums in der Fachrichtung Allgemeinmedizin weiterzubilden und nach Erlangen der Facharztanerkennung eine hausärztliche Tätigkeit in einem sogenannten unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Gebiet in Hessen für einen Zeitraum von zehn Jahren aufzunehmen. Diese Verpflichtung wird mit einer an Studienkosten und Verdienstmöglichkeiten orientierten Vertragsstrafe abgesichert.

Die Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Hessen e. V. befürwortet das Gesetzesvorhaben.



Landesverband  
der Jüdischen  
Gemeinden in  
Hessen K. d. ö. R.

Liga der  
Freien Wohlfahrtspflege  
in Hessen e. V.

Luisenstraße 26  
65185 Wiesbaden

Fon: 0611/30814-34  
Fax: 0611/30814-74

info@liga-hessen.de  
www.liga-hessen.de

# Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Hessen e. V.

Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Hessen e. V. • Luisenstraße 26 • 65185 Wiesbaden

Wir bedanken uns für die Beachtung unserer Anmerkungen und bitten um entsprechende Berücksichtigung

Mit freundlichen Grüßen

Michael Schmidt  
Vorsitzender des Liga-Arbeitskreises  
„Gesundheit, Pflege und Senioren“

*Die Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Hessen e. V. ist der Zusammenschluss der sechs hessischen Wohlfahrtsverbände. Sie vertritt die Interessen der hilfebedürftigen und benachteiligten Menschen gegenüber der Politik ebenso, wie die Interessen ihrer Mitgliedsverbände. Mit ca. 7.300 Einrichtungen und Diensten sind die Mitgliedsverbände ein bedeutender Faktor für die Menschen, für eine soziale Infrastruktur und für die Wirtschaft in Hessen.*

*Nah an den Menschen und ihren Bedürfnissen wissen die rund 113.000 beruflich Beschäftigten und rund 160.000 ehrenamtlichen Mitarbeiter\*innen in Pflegeeinrichtungen, Behinderteneinrichtungen, Werkstätten, Tagesstätten, Bildungsstätten, Beratungsstellen, in den Frühförderstellen, ambulanten Diensten und anderen Einrichtungen um die sozialen Belange und die realen Rahmenbedingungen in Hessen. Diese Kenntnisse bringt die Liga in die politischen Gespräche auf Landesebene und mit Verhandlungspartnern und Kostenträgern ein.*



Landesverband  
der Jüdischen  
Gemeinden in  
Hessen K. d. ö. R.

Liga der  
Freien Wohlfahrtspflege  
in Hessen e. V.

Luisenstraße 26  
65185 Wiesbaden

Fon: 0611/30814-34

Fax: 0611/30814-74

info@liga-hessen.de

www.liga-hessen.de



## Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Hessen

**Frankfurt, Gießen, Berlin den 13.05.2020**

Die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd) nimmt gemeinsam mit den medizinischen Fachschaften der Universitäten Frankfurt, Gießen und Marburg als demokratisch legitimierte Interessenvertretung der Medizinstudierenden Hessens zum Entwurf eines Gesetzes zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Hessen Stellung.

Grundsätzlich ist zu begrüßen, dass sich der Landtag Hessen mit der Stärkung der hausärztlichen Versorgung beschäftigt. Die von der SPD im Entwurf geforderte "Landarztquote" in der Zulassung zum Medizinstudium sehen wir als angehende Ärzt\_innen jedoch nicht als zielführende Maßnahme an. Der Gesetzesentwurf wird so das Bild der landärztlichen Primärversorgung nachhaltig negativ prägen und die derzeitigen Ansätze eines erfolgreichen und lösungsorientierten Kurses konterkarieren.

Die Gemeinden in Hessen haben Hausärztinnen und Hausärzte verdient, die mit Leidenschaft ihren Beruf ausüben, sich mit dem Land identifizieren und eine enge Beziehung zu den Menschen vor Ort aufbauen und langfristig bleiben.

Dieses Ziel lässt sich mit der vorgeschlagenen Landarztquote aus folgenden Gründen nicht erreichen:

- **Die Quote setzt zum falschen Zeitpunkt an und adressiert die falsche Gruppe.**

Bei einer Studienzeit von fünf bis sechs Jahren und einer Zeit der Facharztweiterbildung von sechs bis sieben Jahren benötigt die Quote mindestens elf Jahre, bis die erste Kohorte in der medizinischen Versorgung zur Verfügung steht. Statt Studierende anzusprechen, die im fortgeschrittenen Studium oder zu Beginn der Weiterbildung bereits Interesse an hausärztlicher Tätigkeit auf dem Land entwickelt haben, setzt die Landarztquote auf eine unselektierte Gruppe. Eine Umfrage unter knapp 14.000 Medizinstudierenden konnte bereits zeigen, dass sich ein anwachsender Teil der Medizinstudierenden (Berufsmonitoring 2018, 42,5% der Befragten)<sup>12</sup> vorstellen kann, später in der hausärztlichen Versorgung tätig zu werden - diese Bereitschaft der aktuell Studierenden muss gefördert werden.

<sup>1</sup> <https://www.kbv.de/html/5724.php>

<sup>2</sup> [https://www.kbv.de/media/sp/Berufsmonitoring\\_Medizinstudierende\\_2018.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/Berufsmonitoring_Medizinstudierende_2018.pdf)

### **bvmd-Geschäftsstelle**

Robert-Koch-Platz 7  
10115 Berlin

Phone +49 (30) 95590585  
Fax +49 (30) 9560020-6  
Home bvmd.de  
Email [verwaltung@bvmd.de](mailto:verwaltung@bvmd.de)

### **Für die Presse**

Tim Schwarz  
Email [pr@bvmd.de](mailto:pr@bvmd.de)

### **Vorstand**

Aurica Ritter	(Präsidentin)
Martin J. Gavrysh	(Externes)
Kilian Zuber	(Finanzen)
Matthias Kaufmann	(Fundraising)
Lucas Thieme	(Internationales)
Anna Hofmann	(Internes)
Tim Schwarz	(PR)

Die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland ist ein eingetragener Verein (Vereinsregister Aachen VR 4336). Sitz und Gerichtsstand sind Aachen.

Europäische Integration  
Famulaturaustausch

Forschungsaustausch  
Gesundheitspolitik  
Projektwesen

Medizin und Menschenrechte  
Medizinische Ausbildung  
Training

Public Health  
Sexualität und Prävention

Die Entscheidung für die spätere Facharztweiterbildung fällt dabei eher spät und vor allem während des Studiums.<sup>3</sup> Die Landarztquote allerdings adressiert die Bewerbenden auf das Medizinstudium, die von dieser Entscheidung noch weit entfernt sind. Auf Medizinstudienplätze gibt es sehr viel mehr Bewerbungen als verfügbare Plätze. Durch die Aussicht auf eine Zulassung zum Studium durch die Landarztquote verpflichten sich Bewerbende vorzeitig für einen Tätigkeitsbereich, ohne den sonst üblichen Weg des Kennenlernens der Fächer durchlaufen zu haben, wodurch die Landarztquote unweigerlich instrumentalisiert und zweckentfremdet wird. Dies trifft vor allem auch auf das durch die SPD vorgeschlagene Konzept des Zulassungsverfahrens zur Landarztquote in Hessen zu: Hier werden vor allem Bewerbende mit abgeschlossener Berufsausbildung bevorteilt, die bereits am längsten auf einen Studienplatz warten und u.U. schon mehrere Absagen erhalten haben. Der Hauptfokus dieser Gruppe liegt in der Regel darauf, überhaupt einen Studienplatz zu erhalten. Eine differenzierte Zukunftsplanung, die auch eine fundierte Wahl des Weiterbildungsfaches und -bereiches einschließt, rückt dabei in den Hintergrund. Eine nachhaltige Motivation, langfristig engagiert im willkürlich zugeteilten Bereich tätig zu bleiben, ist so nicht gesichert. Eine Vermischung von Zulassung und Versorgungspolitik sollte vermieden werden. Auswahlgespräche stellen zudem kein faires Zulassungskriterium dar und weisen einen Mangel an Objektivität auf.<sup>4</sup>

• **Versuche, ein positives Berufsbild zu vermitteln werden konterkariert und erneut der Eindruck erweckt, dass die landärztliche Versorgung so unattraktiv ist, dass nur noch Zwangsmaßnahmen helfen.**

Nach gezielten Warnungen im letzten Jahrzehnt, politische Veränderungen herbeizuführen, mussten die Akteure, wie beispielsweise die Kassenärztlichen Vereinigungen feststellen, dass zahlreiche Studierende und junge Ärztinnen und Ärzte aufgrund der kontinuierlich negativen Berichterstattung unnötig abgeschreckt werden, eine landärztliche Tätigkeit aufzunehmen. Konzepte während des Studiums, wie etwa Mentoring-Programme oder das Programm "Landpartie 2.0" in Frankfurt, das Schwerpunktcurriculum Primärärztliche Versorgung in Marburg und sowie die Stipendienprogramme verschiedener Landkreise und der Kassenärztlichen Vereinigung in Verbindung mit innovativen Lehrkonzepten können dagegen ein positives Berufsbild vermitteln und effektiver, frühzeitiger und vor allem nachhaltiger als eine Zulassungsquote greifen.

Hier sei darauf hingewiesen, dass die Primärversorgung auch durch hausärztlich tätige Internist\*innen und Pädiater\*innen gewährleistet wird - ein alleiniger

<sup>3</sup> [https://www.kbv.de/media/sp/2019\\_01\\_Pr\\_sentation\\_Berufsmonitor\\_Medizinstudierende\\_bvmd.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/2019_01_Pr_sentation_Berufsmonitor_Medizinstudierende_bvmd.pdf)

<sup>4</sup> <https://www.springermedizin.de/wer-wird-ein-guter-arzt/8011120>

Fokus auf die Weiterbildung in Allgemeinmedizin spiegelt nicht die reale Versorgungssituation wider, gerade da auch in anderen medizinischen Disziplinen eine Unterversorgung droht.

- **Die Bildungsgerechtigkeit ist gefährdet.**

Eine Landarztquote mit der Möglichkeit, sich von der Verpflichtung nach dem Studium durch die Zahlung einer Vertragsstrafe "freizukaufen" ist in unseren Augen sozialpolitisch in hohem Maße ungerecht. Bewerbende, die sich nicht für eine Tätigkeit auf dem Land interessieren, aber über einen finanziell besseren Hintergrund verfügen, haben somit deutliche Vorteile in der Zulassung gegenüber finanziell schlechter gestellten Bewerbenden. Es sollte nicht möglich sein, sich (indirekt) einen Medizinstudienplatz an einer staatlichen Universität "kaufen" zu können.

### **Nachhaltige und langfristige Ansätze zur primärärztlichen Versorgung**

Den politischen Willen, nachhaltige ärztliche Versorgung auf dem Land sicherzustellen bewerten wir grundsätzlich positiv und sehen es als Möglichkeit an, langfristige Verbesserungen zu erwirken.

Alternative Lösungskonzepte, wie etwa kürzlich von der Landesregierung in Schleswig-Holstein vorgeschlagen,<sup>5</sup> sollten in ihrer Vielfalt und vor allem gemeinsam weiter verfolgt werden. Interdisziplinäre und interprofessionelle Gesundheitszentren sind zum Beispiel ein begrüßenswerter Ansatz, er muss allerdings mit der Stärkung des öffentlichen Gesundheitswesens und den Bestrebungen zu kommunalen Gesundheitsregionen verbunden und gemeinsam (weiter-)entwickelt werden. Dabei müssen auch digitale Versorgungsaspekte wie Telemedizin oder Apps berücksichtigt werden.

Die Stärkung allgemeinmedizinischer Inhalte in der curricularen Lehre über alle Fächer und Semester hinweg sollte auf jeden Fall zusätzlich zu den bereits genannten fakultativen Angeboten ebenso weiter verfolgt werden. Der Fokus muss dabei auch auf allgemeinmedizinischen Konzepten wie Familienmedizin oder Niederlassungs-Skills liegen.

Ebenso wichtig ist eine qualitativ hochwertige Ausbildung im Praktischen Jahr (PJ), da das Fach des Wahlterials im PJ den stärksten Prädiktor für die spätere Tätigkeit darstellt.<sup>6</sup> Dies ist durch gutes Teaching mit ausreichend Personal sowie attraktiven Lehrkonzepten wie interprofessionellen Ausbildungsstationen oder -praxen realisierbar. Die Attraktivität des Landes Hessens, der ländlichen

<sup>5</sup> <http://www.landtag.ltsh.de/infothek/wahl19/umdrucke/03400/umdruck-19-03425.pdf>

<sup>6</sup> [https://www.online-zfa.de/fileadmin/user\\_upload/Hefearchiv/ZFA/article/2013/11/4E4D44DD-32C2-4E01-8C10-57D586C31922/4E4D44DD32C24E018C1057D586C31922\\_boehme\\_allgemeinmedizin\\_im\\_praktischen\\_jahr\\_1\\_original.pdf](https://www.online-zfa.de/fileadmin/user_upload/Hefearchiv/ZFA/article/2013/11/4E4D44DD-32C2-4E01-8C10-57D586C31922/4E4D44DD32C24E018C1057D586C31922_boehme_allgemeinmedizin_im_praktischen_jahr_1_original.pdf)



Umgebung sowie der am Ende des Studiums gering nachgefragten Fachgebiete kann so gestärkt werden.

Anreize für die Entscheidung des ärztlichen Tätigkeitsfeldes sind zusätzlich auch finanzielle Rahmenbedingungen, Karrierechancen, Forschungs- und Gestaltungsmöglichkeiten, eine ausgewogene Work-Life-Balance sowie generell Wertschätzung und Respekt. Diese Aspekte müssen durch die Gesetzgeber bei der Erstellung von Versorgungskonzepten in jedem Fall mit berücksichtigt werden, genauso wie Wege, den ländlichen Raum als solchen für junge Menschen attraktiver zu gestalten. Wir verweisen diesbezüglich auch auf das Positionspapier der bvmd zur Zukunft der Primärversorgung.<sup>7</sup>

An dieser Stelle möchten wir abschließend anmerken, dass sowohl die Landesärztekammer<sup>8</sup> und Kassenärztliche Vereinigung<sup>9</sup> in Hessen als auch die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin<sup>10</sup> als Vertreter der schon in der Versorgung tätigen Ärzt\_innen sich der Positionierung gegen die Landarztquote angeschlossen haben.

In persönlicher Korrespondenz und der angekündigten Anhörung vor dem Sozial- und Integrationspolitischen Ausschuss gehen wir gerne näher auf unsere Punkte und weitere Fragen ein.

Mit freundlichen Grüßen,



Fachschaft Medizin Frankfurt



Fachschaft Medizin Gießen



bvmd e.V.

<sup>7</sup> [https://www.bvmd.de/fileadmin/redaktion/Grundsatzentscheidung\\_2018-06\\_Zukunft\\_der\\_Pr%C3%A4rversorgung\\_-\\_Land%C3%A4rztemangel.pdf](https://www.bvmd.de/fileadmin/redaktion/Grundsatzentscheidung_2018-06_Zukunft_der_Pr%C3%A4rversorgung_-_Land%C3%A4rztemangel.pdf)

<sup>8</sup> <https://www.laekh.de/presse/pressemitteilungen-archiv/pressemitteilungen-archiv-2019/6255-pm-2019-08-13-mehr-medizinstudienplaetze>

<sup>9</sup> <https://www.fr.de/rhein-main/kampf-aerztemangel-hessen-12912715.html>

<sup>10</sup> <https://www.allgemeinarzt-online.de/1588246/a/ein-gluecksfall-1791305>



## Stellungnahme Gesetzentwurf „Gesetz zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Hessen“

### Vorwort

Wir bedanken uns für die Möglichkeit einer Stellungnahme, die wir hiermit sehr gerne wahrnehmen. Der Hartmannbund (HB) sieht den Gesetzentwurf zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Bereichen des besonderen öffentlichen Bedarfs des Bundeslandes Hessen als eine weitere Maßnahme zur Verbesserung der ambulanten Versorgung in strukturschwachen und ländlichen Regionen mit Bedenken entgegen und appelliert an eine umfangreichere Reform des Zulassungsverfahrens.

So sieht der HB in der Sicherstellung der wohnortnahen hausärztlichen Versorgung und damit einhergehenden Bekämpfung des drohenden Ärztemangels auf dem Land ebenfalls eine große Herausforderung des Gesundheitssystems.

Die Einführung einer Landarztquote kann nach unserer Auffassung nur ein ergänzender Vorschlag sein, um die vertragsärztliche Versorgung in der Fläche sicherzustellen.

Grundlage für die Umstrukturierung bildet der Masterplan Medizinstudium 2020. Der Masterplan beinhaltet konkrete Ausgangspunkte, welche die Spezialisierung zur Allgemeinmedizin für die Wahl der Studierenden attraktiver machen und sie an die praktische Tätigkeit in einer Hausarztpraxis, insbesondere in einer Landarztpraxis, heranführen. Gerade hier darf nicht allein die Abiturnote ausschlaggebend sein, gleichermaßen sind Fähigkeiten wie Empathie und Sozialkompetenz zur persönlichen Eignung als Hausarzt nötig.

Eine zeitnahe Umsetzung des Masterplans Medizinstudium 2020 mit allen Aspekten wird deshalb empfohlen.

---

### § 2 Zulassungsvoraussetzungen

- *(1) Bewerberinnen und Bewerber im Studiengang Medizin an den Hochschulen in der Trägerschaft des Landes können im Rahmen der Vorabquote gemäß Art. 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 des Staatsvertrages über die Hochschulzulassung, in der jeweils geltenden Fassung, zum Studium der Medizin zugelassen werden, wenn sie 1. ihre besondere fachliche und persönliche Eignung zur hausärztlichen Tätigkeit in einem strukturierten Auswahlverfahren gegenüber der zuständigen Stelle nach Maßgabe der Regelungen des § 5 und der aufgrund des § 6 getroffenen Regelungen nachgewiesen haben und 2. sich durch den Abschluss eines öffentlich-rechtlichen Vertrags dem Land Hessen gegenüber verpflichtet haben, a) unverzüglich nach Erhalt der Approbation eine Weiterbildung in der Facharzttrichtung Allgemeinmedizin zu absolvieren und b) nach Abschluss der Weiterbildung eine vertragsärztliche Tätigkeit aufzunehmen und für die Dauer von zehn Jahren in den Gebieten auszuüben, für die das Land Hessen unter Mitwirkung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen einen besonderen öffentlichen Bedarf nach § 3 festgestellt hat.*

Grundsätzlich ist die Landarztquotenregelung zu begrüßen, auch wenn die damit verbundenen Risiken und Probleme nicht zu unterschätzen sind.



Mit Beginn des Studiums bis zum Ende der Facharztqualifikation vergehen ca. 12 Jahre. Ärztinnen und Ärzte, welche mittels Landarztquote ihre Approbation erlangen, stehen somit erst in einigen Jahren für den Einsatz in der Primärversorgung in strukturschwachen Regionen zur Verfügung. Es ist zu beachten, dass sich ein ohnehin kritischer Ärztemangel bis zum Greifen der Maßnahmen sicherlich verschärft.

Problematisch ist auch die Festlegung der Fachrichtung mit Beginn des Studiums, welche die freie Berufsausübung sowie die freiheitliche Gesellschaftsordnung einschränkt, zumal sich erfahrungsgemäß präferierte Tätigkeitsfelder und Interessen erst im Laufe des Studiums herauskristallisieren.

- *(2) Die Einhaltung der Verpflichtungen nach Abs. 1 Nr. 2 wird mit einer Vertragsstrafe nach Maßgabe des § 4 abgesichert.*

#### § 4 Vertragsstrafe

- *(1) Bewerberinnen und Bewerber verpflichten sich in einem öffentlich-rechtlichen Vertrag zu einer Vertragsstrafe in Höhe von bis zu 250 000 Euro, wenn sie einer ihrer Verpflichtungen gemäß § 2 Abs. 1 Nr. 2 nicht oder nicht unverzüglich nachkommen.*

Zudem sehen wir eine akute Gefahr der Degradierung jener Studentinnen und Studenten, die ihre Immatrikulation durch die Landarztquote erhalten, zu „Medizinern zweiter Klasse“, zumal die bei Vertragsbruch erhobene Geldstrafe von bis zu 250.000 € die Möglichkeit eines „Erwerbens“ des Studienplatzes nicht ausschließt. Studierende können sich nach Erhalt des Studienplatzes durch Konventionalstrafen von ihren Verpflichtungen „freikaufen“. Die Quotenregelung widerspricht deshalb den Grundsätzen der sozialen Gleichstellung.

- *(2) Ausnahmsweise befreit die zuständige Stelle auf Antrag die Bewerberinnen und Bewerber ganz oder teilweise von der Zahlung der Vertragsstrafe nach Abs. 1, wenn ansonsten eine besondere Härte eintreten würde. Eine besondere Härte liegt vor, wenn in der Person liegende besondere soziale, gesundheitliche oder familiäre Gründe die Erfüllung der Verpflichtung unzumutbar machen. (3) Die zuständige Stelle kann auf Antrag bei der Erfüllung der Verpflichtungen gemäß § 2 Abs. 1 Nr. 2 einen Aufschub gewähren.*

Die im Gesetz genannte Härtefallklausel ist eine restriktive Exegese der Bedingungen. Die ausdrückliche Nennung besonderer sozialer, gesundheitlicher oder familiärer Gründe, die eine besondere Härte vorliegen lassen, sind im Einzelfall zu prüfen.

Der vertraglich verpflichtende Zeitraum von über 20 Jahren ist sehr lang, trotzdem müssen die jungen Menschen bereits zu Beginn ihres Studiums diesbezüglich eine Entscheidung treffen.

Eine weniger einschneidende Option wäre eine Abstaffelung der Vertragsstrafe, welche sich in Form einer Reduzierung der Strafe, je nach Abbruchzeitpunkt, widerspiegelt. Dies könnte zusätzlich zu einer Nachwuchsgewinnung beitragen.

Die angestrebte Erhöhung der Studienplätze sowie eine generelle Aufwertung in der Reputation für die Allgemeinmedizin und die hausärztliche Versorgung im Besonderen erachten wir aber nicht als ausreichend, insbesondere da wir mit der Landarztquote lediglich das Engagement jener Studenten, die zur Erfüllung ihres Berufswunsches die Restriktionen der Quotenregelung hinnehmen, ausgenutzt sehen. Da zur Bekämpfung sog. Push-Faktoren (fehlende Infrastruktur, Netzausbau, fehlende Kinderbetreuung, fehlende Kulturstätten etc.) in den betroffenen Gebieten zudem weitgehendere Reformen nötig wären, müssen neben der Zulassung zum Medizinstudium zusätzliche Anreize geschaffen werden. Als erstrebenswert evaluieren wir hierbei (neben finanziellen Anreizen) vor allem ein durchgehendes Mentoring während des Studiums, um den Erfolg der Maßnahme zusätzlich zu sichern.



Das Gesetz zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Hessen, mit Bezug auf die Landarztquote bei der Vergabe der Studienplätze der Medizin, wird kombiniert mit dem Masterplan 2020 sicherlich zu einer Entspannung der Lage beitragen. Trotzdem kann die Landarztquote nur das Ultima Ratio bei der Bekämpfung des Landarztmangels sein. Dabei sollte die oberste Priorität vor allem in der Steigerung der Attraktivität von Arbeits- und Lebensbedingungen in unterversorgten Regionen liegen. Einzelne Aspekte die zu besseren Bedingungen für die Ärzteschaft führen sind hierbei sicherlich die verringerte Verwaltungsarbeit und eine verbesserte Vergütung der Hausarztbesuche sowie eine positive Darstellung des Berufsfeldes.

24.04.2020 Jeannette Hristov

Philipps-Universität – Fachbereich Medizin – 35032 Marburg

Fachbereich Medizin

Der Dekan

**Prof. Dr. H. Schäfer**

Tel.: +49 6421 / 58 – 66200 / – 66201  
 Fax: +49 6421 / 58 – 61548  
 E-Mail: dekanat.medizin@uni-marburg.de  
 Vorz.: Frau Simon/Frau Koch  
 Tel.: +49 6421 / 58 – 66201  
 Fax: +49 6421 / 58 – 61548  
 E-Mail: dekanat.medizin@uni-marburg.de  
 Anschrift: Baldingerstraße  
 35032 Marburg  
 Web: www.uni-marburg.de/fb20  
 Az.: D=Hess.Landtag-Herr Promny  
 Bearb.:

Marburg, den 15.05.2020

**Hessischer Landtag**

z. Hd. Herrn Moritz Promny, MdL  
 Vorsitzender des Sozial-  
 und Integrationspolitischen Ausschusses  
 Postfach 3240  
 65022 Wiesbaden

**Stellungnahme zur Anhörung des Sozial- und Integrationspolitischen Ausschusses des Hessischen  
 Landtags zu dem Gesetzentwurf der Fraktion der SPD für ein  
 Gesetz zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Hessen -  
 Drucksache 20/2356**

Sehr geehrter Herr Promny,  
 sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete,

zu o.g. Gesetzentwurf nehmen wir wie folgt Stellung.

Als Vertreter des Fachbereichs Medizin der Philipps-Universität Marburg sowie der Abteilung  
 Allgemeinmedizin, präventive und rehabilitative Medizin begrüßen wir sehr die Initiative der hessischen  
 Landesregierung, die hausärztliche Versorgung der Menschen im ländlichen Raum über eine zielgerichtete  
 Ausbildung zu stärken.

Allerdings haben wir erhebliche Bedenken zur „Landarztquote“:

1. Ob die Einführung einer „Landarztquote“ den erhofften Erfolg bringt, ist unklar.
2. Bisher fehlt eine solide Planung und Begründung zur quantitativen Festlegung der Quote, die die durch Quote und Verpflichtungsdauer (abzüglich Freikauf) erzielten „Landarztjahre“ abschätzt und dem Bedarf gegenüberstellt.
3. Die Zulassung zum Medizinstudium nach erklärter Landarztbereitschaft birgt Gefahren, auch solche, die dem Ziel einer verbesserten Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen direkt entgegenlaufen. Sie kann Vorurteilen gegenüber zukünftigen Landärztinnen/Landärzten Vorschub leisten, einer Zwei-Klassen-Ausbildung den Weg ebnen und wohlhabende Studierende bevorzugen, die auf diese Weise einen Studienplatz erhalten und sich später wieder „freikaufen“ können. Eine eingegangene Landarztverpflichtung kann die Motivation und Zuwendung bei der Berufsausübung und damit letztlich die Versorgungsqualität tangieren.

Internationale Erfahrungen zeigen, dass die Motivation von Studierenden für eine spätere Tätigkeit in  
 ländlichen Gebieten signifikant korreliert mit einer ländlichen Herkunft der Studierenden und einer

kontinuierlichen gezielten Ausbildung durch entsprechende Curricula an ländlichen Standorten. (Walker et al. 2012; Budhathoki et al. 2017)

- Vor diesem Hintergrund sollte als Alternative zur Landarztquote erwogen werden, einen Anteil der Studienplätze an Studierende aus der Region zu vergeben. Innerhalb dieser Gruppe kann die Auswahl zur Zulassung nach den gleichen Kriterien wie außerhalb dieser Subgruppe erfolgen.
- Über ein zielgerichtetes Ausbildungsangebot sollten positive Anreize für den Verbleib in einer ländlichen Region geschaffen werden.

Sollte eine politische Entscheidung für die „Landarztquote“ getroffen wird, empfehlen wir

- a) eine solide Planung der Quote (als Zahl) und der Verpflichtungsdauer auf der Basis von Bedarfsanalysen unter Einbeziehung der zu erwartenden Freikaufseffekte.
- b) Vorkehrungen zu treffen, um den o.g. Gefahren zu begegnen. In diesem Kontext ist auch die Frage der Verpflichtungsdauer und deren Auswirkung auf die Motivation der Berufsausübung zu analysieren.
- c) eine Spezifizierung von § 4 Abs. 2 - Härtefallregelung bei Vertragsstrafe: Wir warnen davor, eine derart unbestimmte Formulierung zu wählen. Es ist verständlich und notwendig von der Vertragsstrafe in Einzelfällen abzusehen, aber gerade die besondere Härte bei familiären Gründen könnte zu einer hohen Anzahl an Härtefallanträgen führen. Es wäre wünschenswert, wenn der Gesetzestext an dieser Stelle konkretisiert würde.
- d) die Universitäten in die Lage zu versetzen und zu verpflichten, gezielte Ausbildungsangebote für diese Studierenden in das Curriculum zu integrieren.

Die Abteilung Allgemeinmedizin, präventive und rehabilitative Medizin des Fachbereichs Medizin an der Philipps Universität Marburg hat langjährige Erfahrung in der Begleitung von Studierenden, die eine primärärztliche Versorgung anstreben. Seit 2013 wird hier das „Schwerpunktcurriculum Primärversorgung“ angeboten. Basierend auf diesen Erfahrungen und der internationalen Literatur sind wir überzeugt, dass zusätzliche Maßnahmen in Forschung und Lehre wie Seminare, Praktika, Journal Clubs und Mentoring im Rahmen der Primärversorgung einerseits identitätsbildend wirken und andererseits die Studierenden maßgeblich in ihrer Berufswahl prägen. Mit der klinischen Ausbildung sollte ein entsprechendes Curriculum Forschungskompetenzen vermitteln, um positive Effekte nicht nur für die unmittelbare Patientenversorgung, sondern auch für die zielgerichtete Weiterentwicklung in der Gesundheitsforschung in der Region zu erzielen.

Die allgemeinmedizinischen Abteilungen der hessischen Universitäten haben sich auf einen gemeinsamen hessischen Weg verständigt, der sowohl die inhaltlich fachliche Begleitung der Studierenden, die Identitätsbildung einer solchen Gruppe, die regionale Einbettung sowie die Evaluation beinhaltet. Wichtige Eckpunkte hierbei sind

- Die Einbindung der Universitäten zur standortspezifischen Auswahl der Bewerberinnen/Bewerber im Rahmen der Landarztquote
- Die inhaltliche Ausgestaltung eines spezifischen Angebotes für die Studierenden in Form von Schwerpunktcurricula, Mentoring und Longitudinalpraktika über die Abteilungen für Allgemeinmedizin
- Die Ausbildung der Studierenden in enger Anbindung an hausärztliche Praxen in ländlichen Regionen
- Die Einbindung weiterer primärversorgender Fachgruppen, wie Kinderärztinnen/Kinderärzte, Hautärztinnen/Hautärzte und andere.
- Die Berücksichtigung von spezifischen Forschungsthemen (Versorgungsforschung, klinische Studien) im Curriculum
- Die wissenschaftliche Evaluation des Programms
- Die Einbettung der Schwerpunktcurricula in die Region und deren Anbindung an die ärztliche Weiterbildung über die Kompetenzzentren Allgemeinmedizin

Über einen solchen „hessischen Weg“ kann der Übergang von der Ausbildung in das Praktische Jahr und später in die Weiterbildung Allgemeinmedizin entsprechend einer Lernschleife aufgebaut und organisatorisch sichergestellt werden. Die allgemeinmedizinischen Abteilungen der Universitäten Frankfurt und Marburg verantworten seit langem auch die allgemeinmedizinische Weiterbildung und erste Auswertungen zeigen hessenweit positive Konsequenzen. Die Verbindung von Aus- und Weiterbildung ist ein wichtiger Prädiktor für die spätere Tätigkeit der Ärzte und Ärztinnen in ländlichen Regionen. (Eley et al. 2012)

In keinem Fall dürfen Studierende, die über die Landarztquote zugelassen werden, als Studierende zweiter Klasse gesehen werden, die „nur“ über die Quote ohne außergewöhnliche Abiturergebnisse aufgenommen wurden. Das auszuarbeitende Programm muss in seiner Attraktivität hervorstechen und einen bundesweiten Ruf erlangen, der die Landarztquote zukünftig unnötig werden lässt. Eine entsprechende Ausgestaltung des hessischen Weges setzt die Bereitstellung der nötigen Finanzen durch das Land Hessen voraus.

Der Campus Marburg Fulda bietet über die Kooperation von Klinikum Fulda, Hochschule Fulda, hausärztlichen Praxen und der Universität Marburg eine hervorragende Basis zukünftige Ärztinnen und Ärzte auf die interprofessionelle Versorgung chronisch kranker Menschen in der Region vorzubereiten und mit der Ausbildung professionelle und soziale Netzwerke zu knüpfen, die die Entscheidung zu spätere Niederlassung maßgeblich beeinflussen werden. Die Partner auf dem Campus Marburg Fulda sind in die Planungen eingetreten und gut darauf vorbereitet, diesen Weg strukturiert aufzusetzen und zu begleiten.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Helmut Schäfer  
Dekan des Fachbereich Medizin

Prof. Dr. Annette Becker  
Studiendekanin  
Leiterin der Abteilung Allgemeinmedizin,  
präventive und rehabilitative Medizin

### Literaturverzeichnis

- Budhathoki, Shyam Sundar; Zwanikken, Prisca A. C.; Pokharel, Paras K.; Scherpbier, Albert J. (2017): Factors influencing medical students' motivation to practise in rural areas in low-income and middle-income countries: a systematic review. In: *BMJ Open* 7 (2), e013501. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-013501.
- Eley, Diann S.; Synnott, Robyn; Baker, Peter G.; Chater, Alan B. (2012): A decade of Australian Rural Clinical School graduates—where are they and why? In: *Rural and remote health* 12, S. 1937.
- Walker, Judith H.; Dewitt, Dawn E.; Pallant, Julie F.; Cunningham, Christine E. (2012): Rural origin plus a rural clinical school placement is a significant predictor of medical students' intentions to practice rurally: a multi-university study. In: *Rural and remote health* 12, S. 1908.

# Stellungnahme

## des Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa) vom 14.05.2020

zum **Gesetzentwurf** der Fraktion der SPD für ein Gesetz zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Hessen vom 11.02.2020 (Drucksache 20/2356)

### Kontakt:

#### **Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa)**

Postfach 12 11 47, 10605 Berlin  
Telefon: +49 30 – 40 00 96 31, Fax: +49 30 40 00 96 32  
E-Mail: [info@spifa.de](mailto:info@spifa.de)  
Registergericht: Amtsgericht Charlottenburg, Registernummer: VR 29131 B

Vorstand: Dr. med. Dirk Heinrich (Vorstandsvorsitzender), Dr. med. Axel Schroeder, Dr. med. Christian Albring, Dr. med. Hans-Friedrich Spies, Dr. med. Helmut Weinhart  
Ehrenpräsident: Dr. med. Andreas Köhler  
Hauptgeschäftsführer: RA Lars. F. Lindemann

## Ordentliche Mitglieder des SpiFa

Akkreditierte Labore in der Medizin e.V. (ALM)



Bundesverband Ambulantes Operieren e.V.  
(BAO)



Berufsverband Deutscher Anästhesisten e.V.  
(BDA)



Bundesverband der Belegärzte e.V. (BdB)



Berufsverband Deutscher Internisten e.V. (BDI)



Berufsverband Deutscher Neurochirurgen e.V.  
(BDNC)



Berufsverband Deutscher Nuklearmediziner e.V.  
(BDNukl)



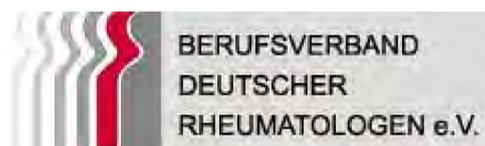
Bundesverband der Pneumologen e.V. (BdP)



Bundesverband Psychosomatische Medizin und  
Ärztliche Psychotherapie e.V. (BDPM)



Berufsverband Deutscher Rheumatologen e.V.  
(BDRh)



Berufsverband Niedergelassener Chirurgen e.V.  
(BNC)



Berufsverband Niedergelassener Gastroentero-  
logen Deutschlands e.V. (bng)



Berufsverband Niedergelassener Gynäkologi-  
scher Onkologen in Deutschland e.V. (BNGO)



Berufsverband der Niedergelassenen Hämatolo-  
gen und Onkologen in Deutschland e.V. (BNHO)



Bundesverband Reproduktionsmedizinischer  
Zentren Deutschlands e.V. (BRZ)



Deutscher Berufsverband der Hals-Nasen-Ohrenärzte e.V. (BVHNO)



Berufsverband der Augenärzte Deutschlands  
e.V. (BVA)



Berufsverband der Deutschen Dermatologen  
e.V. (BVDD)



Berufsverband der Deutschen Urologen e.V.  
(BvDU)



Berufsverband Deutscher Humangenetiker e.V.  
(BVDH)



Berufsverband der Frauenärzte e.V. (BVF)



Bundesverband Niedergelassener Diabetologen  
e.V. (BVND)



Bundesverband Niedergelassener Kardiologen  
e.V. (BNK)



Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie  
e.V. (BVOU)



Berufsverband der Rehabilitationsärzte  
Deutschlands e.V. (BVPRM)



Deutscher Berufsverband der Fachärzte für  
Phoniatrie und Pädaudiologie e.V. (DBVPP)



Deutscher Facharztverband e.V. (DFV)



Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und  
Gesichtschirurgie e.V. (DGMKG)



Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen e.V.  
(DGPRÄC)



## Assoziierte Mitglieder

MEDI GENO Deutschland e.V. (MEDI)



NAV-Virchow-Bund – Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V. (NAV)



Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen e.V. (PVS Verband)



## INHALT

I. Vorbemerkungen.....	7
II. Maßnahmen des Arbeitsentwurfes im Einzelnen .....	14

## I. Vorbemerkungen

---

Die hausärztliche Versorgung der Bevölkerung – besonders im ländlichen Raum – gestaltet sich zunehmend schwieriger. Mit dem demografischen Wandel und der Zunahme chronischer Erkrankungen in einer älter werdenden Gesellschaft steigt auch der Bedarf nach einer wohnortnahen Versorgung und Betreuung der Patientinnen und Patienten. Gleichzeitig nimmt die Zahl der Hausärztinnen und Hausärzte kontinuierlich ab. Laut einer Prognose der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) wird es im Jahr 2030 bundesweit fast 10.000 Hausärzte weniger geben als noch im Jahr 2014.<sup>1</sup>

Nach § 73 Abs. 1a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) nehmen neben Allgemeinmedizinern auch Internisten (ohne Schwerpunkt) sowie Kinder- und Jugendärzte an der hausärztlichen Versorgung teil. Fachgruppenübergreifend sind aktuell ein Drittel der Hausärztinnen und -ärzte älter als 60 Jahre.<sup>2</sup> Sie scheiden in den kommenden Jahren altersbedingt aus der Versorgung aus. Im Verhältnis zu den zu erwartenden Abgängen rücken jedoch zu wenige junge Ärztinnen und Ärzte nach, die in der hausärztlichen Versorgung tätig sein möchten. In der Folge können viele Hausarztstühle heute schon nicht nachbesetzt werden.

### **Versorgungsengpässe vermeiden**

Der Nachwuchsmangel hat sowohl strukturelle als auch politische Gründe. Der hausärztliche Versorgungsbereich ist überproportional stark von dem allgemeinen Trend betroffen, dass die Niederlassung – konkret die Selbständigkeit in einer Einzelpraxis – für viele junge Ärztinnen und Ärzte kein attraktives Arbeitsmodell mehr darstellt. Besonders in ländlichen Regionen ist die hausärztliche Einzelpraxis jedoch nach wie vor die dominante Versorgungsform. Hinzu kommt, dass der ländliche Raum auch aufgrund fehlender Infrastrukturangebote im Gegensatz zu Städten und Ballungsräumen als mögliches Tätigkeits- beziehungsweise Niederlassungsgebiet immer seltener in Betracht kommt. Aus Sicht des Spitzenverbandes Fachärzte Deutschlands (SpiFa e.V.) muss die Landarztquote deshalb zwingend mit Maßnahmen flankiert werden, die diese grundsätzlichen Probleme gleichermaßen adressieren.

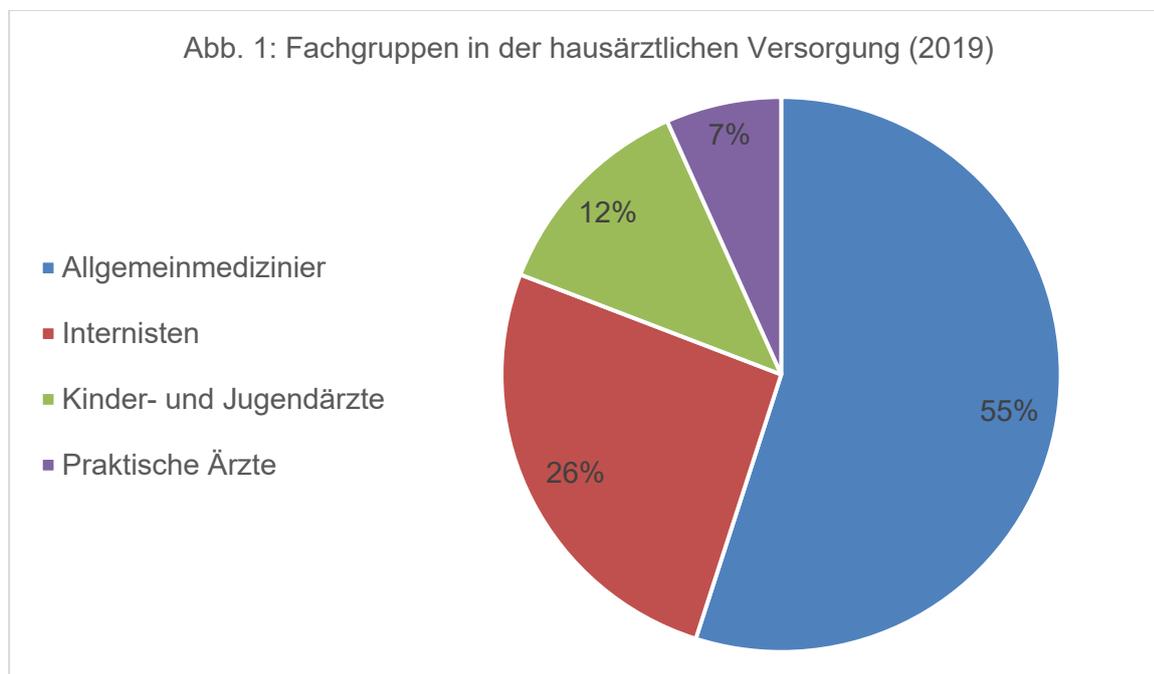
Erschwerend kommt hinzu, dass sowohl Teile der Politik als auch der Selbstverwaltung die hausärztliche Versorgung weiterhin als exklusive Aufgabe der Allgemeinmedizin begreifen. Das entspricht jedoch weder den Vorgaben des SGB V, noch spiegelt es die Versorgungsrealität in Deutschland angemessen wider. Fachärzte für Innere Medizin (ohne Schwerpunkt) sowie Kinder- und Jugendärzte machen mittlerweile fast vierzig Prozent der Hausärzte aus (s. Abbildung 1).

---

<sup>1</sup> Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung, „Deutschlandweite Projektion 2030 – Arztlageentwicklung in Deutschland“ (Stand 05.10.2016).

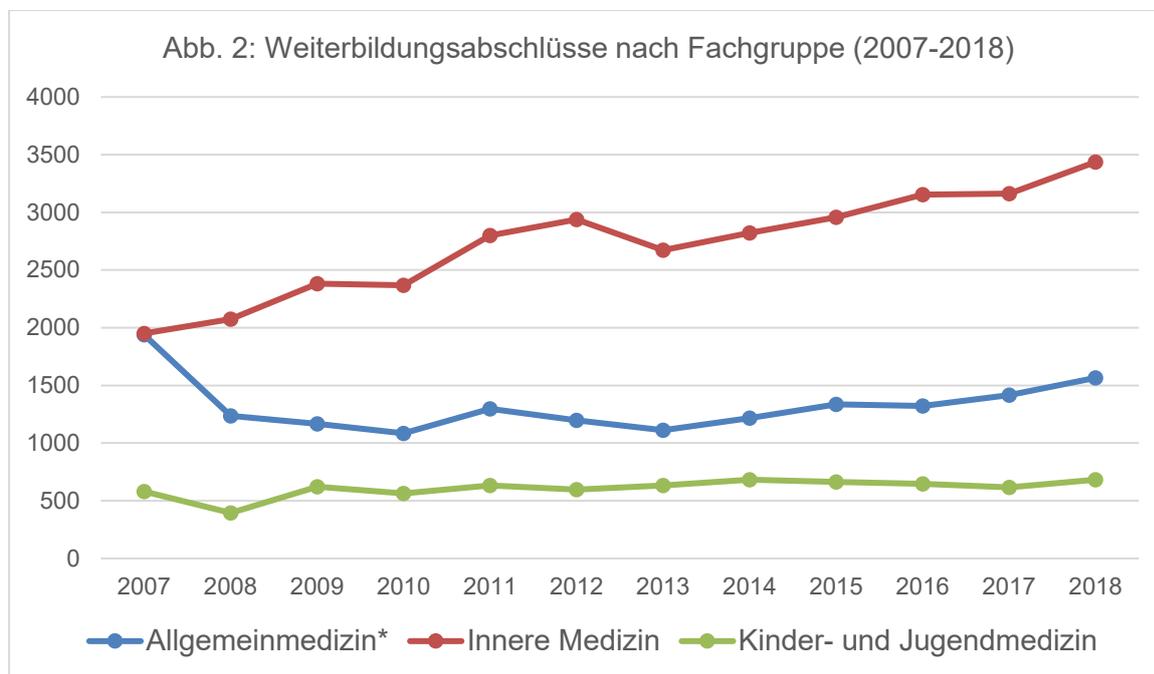
<sup>2</sup> Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung, „Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister“ (Stand 31.12.2019).

Abb. 1: Fachgruppen in der hausärztlichen Versorgung (2019)



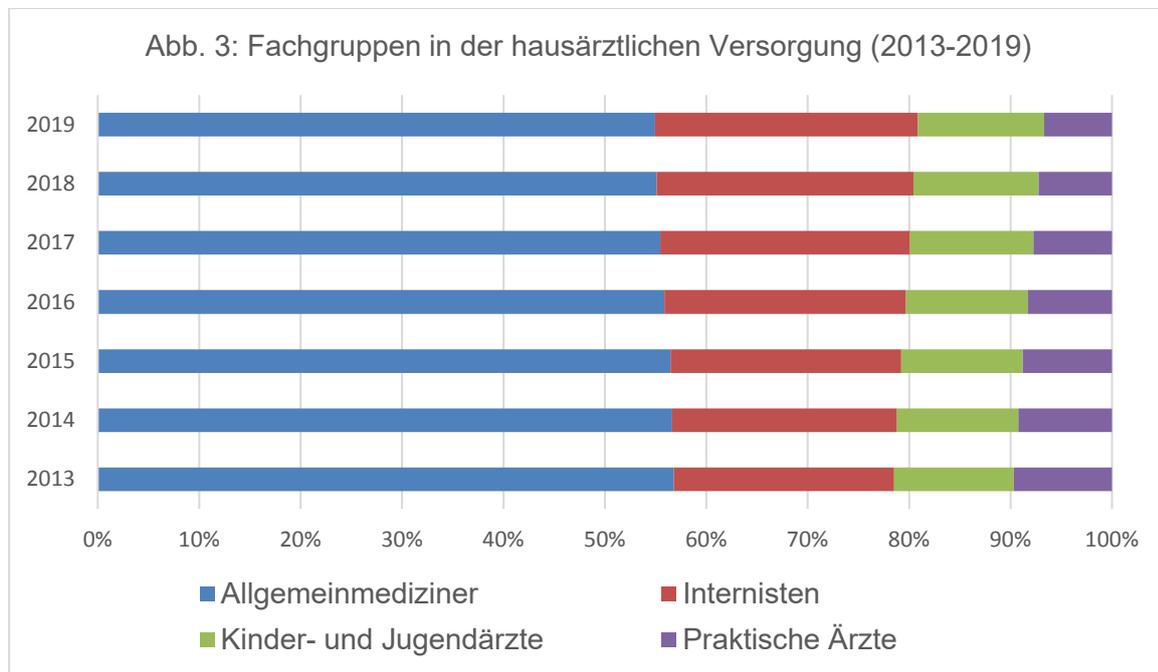
Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung, Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, Stand 31.12.2019

Fachärzte für Allgemeinmedizin sind zwar weiterhin die größte Gruppe innerhalb der Hausärzteschaft. Ihr Anteil nimmt im Verhältnis zu den anderen Fachgruppen jedoch ab, weil sich nicht ausreichend Ärztinnen und Ärzte für eine Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin entscheiden, um die Zahl derer, die altersbedingt aus dem Beruf ausscheiden, aufzufangen. Die Innere Medizin hingegen erfreut sich weiterhin großer Beliebtheit (s. Abbildung 2).



Quelle: Ärztestatistik der Bundesärztekammer / \*Die Anzahl der Abschlüsse „Allgemeinmedizin“ enthält auch den damals bestehenden Weiterbildungsabschluss „Innere Medizin und Allgemeinmedizin“

Infolgedessen entscheiden sich auch immer mehr Internisten für eine Tätigkeit im hausärztlichen Versorgungsbereich. Seit 2013 ist der Zahl der hausärztlichen Internisten um mehr als 20 Prozent gestiegen (s. Abbildung 3). Der SpiFa e.V. geht davon aus, dass dieser positive Trend gemessen an den absoluten Zahlen noch deutlich verstärkt würde, wenn Internistinnen und Internisten als gleichberechtigte Fachgruppe in der hausärztlichen Versorgung anerkannt und gefördert würden.



Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung, Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister 2013-2019

Bislang werden Internisten und Kinderärzte bei der Konzeption von Lösungsstrategien jedoch häufig nicht einbezogen. Die Förderprogramme von Bund und Ländern zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung richten sich in der Regel ausschließlich an (angehende) Fachärzte für Allgemeinmedizin. Darin besteht auch die große Schwäche des Masterplan Medizinstudium 2020. Das sorgt für eine unnötige Verknappung bereits vorhandener ärztlicher Ressourcen. Die gewünschten Effekte für die Sicherstellung der Patientenversorgung werden nicht erreicht.

### Versorgungsqualität sicherstellen

Internistinnen und Internisten sind auch qualitativ eine notwendige Fachgruppe in der hausärztlichen Versorgung. Die Komplexität medizinischer Abläufe, die speziellen Probleme im höheren Lebensalter sowie die zunehmende Multimorbidität der Patienten haben die Qualifikationsanforderung an die hausärztliche Tätigkeit in den letzten Jahren verändert. Inhaltlich geht es weitgehend um Führung und Betreuung von Patienten mit chronischen und komplexen Krankheitsbildern. Dies ist gemäß ihrer Weiterbildung die originäre Aufgabe von Internistinnen und Internisten. Mehr als 80 Prozent aller akuten und chronischen Erkrankungen, die in der hausärztlichen Praxis behandelt werden, haben einen internistischen Bezug (z.B. Diabetes mellitus, Rheuma usw.). Auch die überwiegende Anzahl der Notfälle in Deutschland sind internistischer Natur (z.B. Herzinfarkt, Luftnot usw.). Insofern ist der Facharzt für Innere Medizin auch der geeignete Facharzt, diese Notfälle zu erkennen.

Aus Sicht des SpiFa e.V. kann der drohende Versorgungsmangel nicht allein von Allgemeinmedizinern behoben werden. Eine flächendeckende Patientenversorgung kann nur gemeinsam von Allgemeinmedizinern, Internisten (ohne Schwerpunkt) sowie Kinder- und Jugendärzten sichergestellt werden.

### **Landarztquote – grundsätzliche Überlegungen**

Der SpiFa e.V. sieht die Einführung einer Landarztquote kritisch. Die Landarztquote ist kein geeignetes Instrument, bereits bestehende Versorgungsengpässe im hausärztlichen Bereich kurz- und mittelfristig zu beseitigen.

Mit der Verpflichtung von Medizinstudentinnen und -studenten setzt die Landarztquote grundsätzlich zum falschen Zeitpunkt an. Von Beginn des Studiums bis zur Beendigung der Weiterbildung vergehen im Schnitt 12-15 Jahre. Die gewünschten Effekte für die Versorgung werden im Optimalfall deshalb frühestens ab 2033 schrittweise eintreten. Um zeitnah Verbesserungen in der Versorgung herbeizuführen, müssen vorhandene Ressourcen deshalb besser mobilisiert werden. Aus Sicht des SpiFa e.V. wäre die Ausweitung der ambulanten Weiterbildungsförderung nach § 75a Abs. 1 SGB V auf alle Facharztgruppen, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, eine sinnvolle ad hoc Maßnahme, um die positive Nachbesetzungsquote bei den hausärztlichen Internisten zu erhöhen und damit den gesamten Versorgungsbereich zu entlasten.

Darüber hinaus haben die wenigsten jungen Menschen zu Beginn des Medizinstudiums eine Vorstellung, in welchem Fachgebiet oder Versorgungsbereich sie später tätig sein wollen. Diese konkreten Vorstellungen und Präferenzen entwickeln sich in der Regel erst im Verlauf des Studiums. Das Studium muss den Studentinnen und Studenten deshalb unvoreingenommen das Fach Humanmedizin in seiner gesamten Breite vermitteln. Die Landarztquote nimmt den Studierenden diese Entwicklungsmöglichkeiten und vermischt sozialrechtliche Vorgaben mit Ausbildungsinhalten. Weitaus sinnvoller wäre es, Studierende in fortgeschrittenen Studienabschnitten, die bereits ernsthaftes Interesse am hausärztlichen Versorgungsbereich beziehungsweise einer Tätigkeit auf dem Land zeigen, mit strukturierten und guten Lehrangeboten in diesem Bereich anzusprechen. Dazu gehört nach Meinung des SpiFa e.V. auch, Studierende über die fachliche Vielfalt – d.h. Allgemeinmedizin, Innere Medizin und Kinder- und Jugendmedizin – im hausärztlichen Bereich umfassend aufzuklären.

Die Vermischung der Versorgungssituation mit der Zulassung zum Studium birgt zudem die Gefahr, dass Bewerberinnen und Bewerber die Quote nutzen, um überhaupt erst die Möglichkeit zu erhalten, einen Medizinstudienplatz zu bekommen. Damit steht die Zulassung zum Studium über dem genuinen Interesse, später als Hausärztin oder Hausarzt in einem unterversorgten Gebiet tätig zu sein. Zudem wird mit der Einführung der Landarztquote ein Studienplatz erstmalig käuflich. Auf den ersten Blick erscheint die Vertragsstrafe in Höhe von 250.000 € zwar hoch. Gerade für Studentinnen und Studenten mit ausreichend finanziellen Mitteln bietet sich jedoch die Möglichkeit, sich nach Erhalt der Approbation aus der

verpflichtenden Tätigkeit als Hausarzt herauszukaufen. Der SpiFa e.V. sieht darin eine Verletzung einer sozialverträglichen Chancengleichheit.

Schließlich konterkariert die Quote Versuche, ein positives Berufsbild zu vermitteln und verstärkt den Eindruck, die ärztliche Tätigkeit auf dem Land sei so unattraktiv, dass nur noch Zwangsmaßnahmen helfen. Aus Sicht des SpiFa e.V. ist die Bereitschaft junger Ärztinnen und Ärzte, in den hausärztlichen Versorgungsbereich zu gehen, weiterhin ausreichend vorhanden. Die steigenden Zahlen der hausärztlichen Internisten untermauern diese Wahrnehmung.

Die Bereitschaft, im ländlichen Raum tätig zu werden, ist kein grundsätzliches Problem des hausärztlichen Versorgungsbereiches. Sowohl die ambulante fachärztliche als auch die stationäre Versorgung auf dem Land ist ebenfalls gefährdet. Es bedarf deshalb vielmehr Lösungsansätze und Maßnahmen, die Lebens- und Arbeitsbedingungen in ländlichen Regionen wieder attraktiver machen.

Darüber hinaus verschärft die Landarztquote den Ärztemangel in anderen Versorgungsbereichen, wenn Studienplatzkapazitäten nicht ausgebaut werden. Eine Vorabquote sorgt lediglich für eine Verschiebung innerhalb der Ärzteschaft. Der SpiFa e.V. fordert das Land Hessen deshalb mit Nachdruck auf, die Studienplätze im Fach Humanmedizin mindestens in dem Maße der geplanten Landarztquote auszubauen.

### **Landarztquote versorgungsnah gestalten**

Sollte der Hessische Landtag ungeachtet der Kritik an der Landarztquote festhalten, warnt der SpiFa e.V. im Hinblick auf die Entwicklung der Arztzahlen im hausärztlichen Versorgungsbereich mit Nachdruck davor, die Landarztquote in Hessen als exklusives Förderprogramm für die Allgemeinmedizin zu konzipieren. Vielmehr sollten alle Fachgruppen, die § 73 Abs. 1a (SGB V) an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, gleichberechtigt in die Maßnahme einbezogen werden.

Der SpiFa e.V. schlägt sodann vor, die Landarztquote in Hessen in Anlehnung an die Landarztquoten in Bayern und Nordrhein-Westfalen zu konzipieren. Beide Bundesländer haben ihre Landarztquoten entsprechend der Vorgaben im Sozialgesetzbuch gestaltet. Bewerberinnen und Bewerber, die sich im Rahmen der Landarztquote für den Studiengang Humanmedizin an den Hochschulen in der Trägerschaft des Landes Hessen bewerben, erhielten somit die Wahlmöglichkeit, ihre Weiterbildung nach Erhalt der Approbation entweder im Fach Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendmedizin oder Innere Medizin (ohne Schwerpunkt) zu absolvieren. Damit würde aus Sicht des SpiFa e.V. den Studierenden mehr Raum für die persönliche Entwicklung gegeben und die Attraktivität des Versorgungsbereiches deutlich gesteigert.

Der SpiFa e.V. steht dem Land Hessen bei der Umsetzung einer entsprechenden Landarztquote als Partner – z.B. bei der Durchführung der Auswahlgespräche – gerne zur Verfügung.

Grundsätzlich ist anzumerken, dass eine flächendeckende Grundversorgung von Haus- und Fachärzten nur durch eine bundeseinheitliche Regelung sichergestellt werden kann, die den Bereich der Grundversorgung durch Fachärzte für Allgemeinmedizin und weitere fachärztliche Gebiete fördert. Dies kann beispielsweise durch die Herausnahme der relevanten Betreuung- und Koordinationsleistungen sowie die Leistungen, die mit der pauschalierten fachärztlichen Grundvergütung belegt sind, aus der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) und Überführung in die Extrabudgetäre Gesamtvergütung (EGV) geschehen. Dabei werden feste Preise ohne Mengenbegrenzung vereinbart, um effiziente Anreize zu setzen und eine nachhaltige Stärkung der haus- und fachärztlichen Grundversorgungsleistungen zu realisieren.

## II. Maßnahmen des Arbeitsentwurfes im Einzelnen

---

### Zulassungsvoraussetzungen

In § 2 regelt der Gesetzgeber die Zulassungsvoraussetzungen. Gemäß § 2 Abs. 1 Nr. 2a müssen Bewerberinnen und Bewerber, die sich im Rahmen der sogenannten Landarztquote für den Studiengang Humanmedizin an den Hochschulen in der Trägerschaft des Landes Hessen bewerben, sich rechtlich verpflichten, nach Erhalt der Approbation ihre Weiterbildung in der Facharzttrichtung Allgemeinmedizin zu absolvieren.

### **SpiFa:**

Die aktuelle Regelung sieht keine Einbindung der Fächer Innere Medizin sowie Kinder- und Jugendmedizin vor. Bewerberinnen und Bewerber haben damit nicht die Möglichkeit, ihre Weiterbildung in der Facharzttrichtung Innere Medizin (ohne Schwerpunkt) oder Kinder- und Jugendmedizin zu absolvieren, obwohl diese Fachgruppen gleichermaßen an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen. § 2 Abs. 1 Nr. 2a steht damit im direkten Widerspruch zum SGB V.

Zudem spiegelt die exklusive Verpflichtung der Bewerberinnen und Bewerber auf eine Weiterbildung in der Facharzttrichtung Allgemeinmedizin die Versorgungsrealität in Deutschland nicht angemessen wider. Die Attraktivität des hausärztlichen Versorgungsbereiches wird dadurch geschmälert.

Der SpiFa e.V. lehnt die Regelung gemäß § 2 Abs. 1 Nr. 2a Gesetzentwurf zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Hessen ab und schlägt folgende Änderungen vor:

§ 2 Abs. 1 Nr. 2a wird wie folgt geändert:

*unverzüglich nach Erhalt der Approbation eine fachärztliche Weiterbildung zu absolvieren, die nach § 73 Absatz 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 17. August 2017 (BGBl. I S. 3214) geändert worden ist, zur Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung berechtigt, und*

## **Bewerbungs- und Auswahlverfahren**

In § 5 regelt das Gesetz das Bewerbungs- und Auswahlverfahren. Gemäß § 5 Abs. 3 findet eine Auswahl der Bewerberinnen und Bewerber nur dann statt, wenn die Anzahl der Bewerberinnen und Bewerber die Zahl der verfügbaren Studienplätze im Rahmen der Landarztquote gemäß § 2 Abs. 1 übersteigt.

### **SpiFa e.V.:**

Mit der angestrebten Regelung erfolgt keine besondere Eignungsprüfung, sofern die Anzahl der Bewerberinnen und Bewerber die vorgesehene Studienkapazität nach § 2 Abs. 1 nicht übersteigt. Eine umfassende Eignungsprüfung greift damit erst, wenn die Anzahl der Bewerbungen für die verfügbaren Studienplätze überschritten wird. Eine Zuteilung von Studienplätzen nach § 2 Abs. 1 ohne Auswahlprüfung kann jedoch nicht im Sinne der Qualität sein und muss nachgebessert werden.

Der SpiFa e.V. lehnt die Regelungen gemäß § 5 Abs. 3 Gesetzesentwurf zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Hessen ab und schlägt folgende Änderung vor:

*§ 5 Abs. 3 wird wie folgt geändert:*

*Zur Auswahl der Bewerberinnen und Bewerber auf die Studienplätze, die aufgrund der Quote gemäß § 2 Abs. 1 für das jeweilige Semester zur Verfügung stehen, findet ein entsprechendes Auswahlverfahren durch die zuständige Stelle statt.*

### **Der Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa) setzt sich zusammen aus:**

**Ordentliche Mitglieder:** Akkreditierte Labore in der Medizin e.V (ALM), Bundesverband Ambulantes Operieren e.V. (BAO), Berufsverband Deutscher Anästhesisten e.V. (BDA), Bundesverband der Belegärzte e.V. (BdB), Berufsverband Deutscher Internisten e.V. (BDI), Bundesverband Niedergelassener Kardiologen e.V. (BNK), Bundesverband Reproduktionsmedizinischer Zentren Deutschlands e.V. (BRZ), Berufsverband der Augenärzte Deutschlands e.V. (BVA), Berufsverband Niedergelassener Chirurgen e.V. (BNC), Berufsverband der Deutschen Dermatologen e.V. (BVDD), Berufsverband Deutscher Humangenetiker e.V. (BVDH), Berufsverband der Deutschen Urologen e.V. (BVDU), Bundesverband Niedergelassener Diabetologen e.V. (BVND), Berufsverband der Frauenärzte e.V. (BVF), Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e.V. (bng), Berufsverband der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland e.V. (BNHO), Deutscher Berufsverband der Hals-Nasen-Ohrenärzte e.V. (BVHNO), Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (BVOU), Bundesverband der Pneumologen e.V. (BdP), Bundesverband für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (BDPM), Berufsverband der Rehabilitationsärzte Deutschlands e.V. (BVPRM), Berufsverband Deutscher Rheumatologen e.V. (BDRh), Deutscher Facharztverband e.V. (DFV), Deutscher Berufsverband der Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V. (DBVPP), Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie e.V. (DGMKG), Berufsverband Niedergelassener Gynäkologischer Onkologen in Deutschland e.V. (BNGO), Berufsverband Deutscher Nuklearmediziner e.V. (BDNukl), Berufsverband Deutscher Neurochirurgen e.V. (BDNC), Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen e. V. (DGPRÄC).

**Assoziierte Mitglieder:** MEDI GENO Deutschland e.V. (MEDI), Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V. (NAV-Virchow-Bund), Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen e.V. (PVS Verband).



**Stellungnahme Prof. Dr. W. Weidner**

**(Dekan Fachbereich Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen)**

**Bezug: Gesetzentwurf zur Sicherstellung der hausärztlichen  
Versorgung in Hessen**

**„JLU-Konzept (Campus Gießen/Campus Kerckhoff)“  
zur Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten in der ländlichen Region**

Datum: 14.05.2020

Ansprechpartnerin: Frau Cornelia Scheld  
Sekretariat des Dekans des Fachbereichs Medizin  
der Justus-Liebig-Universität Gießen  
Medizinisches Lehrzentrum  
Lehrgebäude und Dekanat, Seltersberg  
Klinikstraße 29 (Raum 129)  
35392 Gießen  
Tel.: +49 (0)641-99-48013  
Fax: +49 (0)641-99-48009  
E-Mail: [Dekanat@fb11.uni-giessen.de](mailto:Dekanat@fb11.uni-giessen.de)

Sehr geehrter Herr Vorsitzende,  
meine Damen und Herren,

a) Ausgangslage

Die JLU Gießen und ihr Fachbereich Medizin sehen die Bekämpfung des Ärztemangels in ländlichen Regionen als eine der großen Herausforderungen des Gesundheitswesens an. Dabei ist insbesondere die ländliche Nachbesetzung entsprechender Hausarztsitze schwierig.

Nachfolgend möchten wir Gründe benennen, dass zukünftigen Ärztinnen und Ärzten eine landärztliche Tätigkeit als Hausarzt in der ländlichen Region nicht attraktiv erscheint.

Folgende medizinische und strukturelle Punkte sollen hier angesprochen werden:

- Die Notwendigkeit der Alleinentscheidung in der medizinischen Notfall-Situation (z.B. kein Konsil möglich, nicht ausreichende digitale Beratung). Dies ist eine Situation, die in der Weiterbildung nicht auftritt.
- Die evtl. fehlende Expertise für lebensbedrohliche Krankheiten durch eine nicht ausreichende Ausbildung während des Medizinstudiums bzw. mangelhafter Weiterbildung (z.B. bei kardiovaskulären und neurovaskulären Notfällen, Krebserkrankungen, rheumatischen Erkrankungen, Diabetes mellitus, Depressionen und anderen psychischen Erkrankungen, etc.).
- Eine mangelnde Fort- und Weiterbildungsmöglichkeit mit regelmäßiger Rotation in kooperierenden Kliniken mit gesicherter Vertretungsmöglichkeit.
- Eine fehlende digitale Netzwerkstruktur (Telemedizin, Digitalpaten) für o.g. klinische Fragen.
- Die fehlende Partizipationsmöglichkeit an wissenschaftlichen Projekten im Rahmen der Versorgungsforschung.

Aufgrund dieser Situation hat die Bundesärztekammer als einen Lösungsansatz den Aufwuchs an Studienplätze eingefordert, der eine besondere Präferenz für Studienplätze in der Allgemeinmedizin mit einem abgestimmten Ausbildungskonzept vorsieht. Derzeit wird von einer Quotierung für Landärzte ausgegangen. In diesem Zusammenhang verweisen wir auch auf den Antrag der Allgemein- und Primärärztlichen Institute der Goethe-Universität Frankfurt, der JLU Gießen und Philipps-Universität Marburg zur Etablierung eines hessischen Schwerpunktcurriculums („Landarzttrack“) für alle Studierende (Landarztquote – der hessische Weg).

Aus Sicht der JLU kann die Einführung einer festen Landarztquote nur ein ergänzendes Instrument für die langfristige Verbesserung der hausärztlichen Versorgung in ländlichen Regionen sein. Grundsätzlich sind wir überzeugt, dass ein strukturiertes Ausbildungskonzept in Lehre und Forschung verbunden mit standardisierten Möglichkeiten der Weiterbildung angeboten werden muss, damit berufsbeginnende Mediziner\*innen im Anschluss an das Studium mit allgemeinmedizinischem Schwerpunkt auf

eine strukturierte Weiterbildung mit Ausrichtung auf eine primärärztliche Tätigkeit (Allgemeinmedizin, Pädiater, hausärztlich tätiger Internist) setzen können.

**Hier setzt das JLU-Konzept<sup>1</sup> (Campus Gießen/Campus Kerckhoff) eines 3-jährigen Pilotprojektes an, das in den nächsten 3 Jahren durch zusätzliche Landesmittel unterstützt wird.**

#### b) Lösung

An der JLU setzen wir bereits während der Ausbildung auf die Einbindung von Studierenden in unsere regionalen Netzwerke an Standorten im ländlichen Raum. Durch den sogenannten (und in vielen anderen Bereichen durch entsprechende Absolventenstudien empirisch nachgewiesenen) „Klebeeffekt“ sollen zukünftige Ärztinnen und Ärzte bereits frühzeitig an die Region gebunden werden. Entscheidend hierfür ist, dass die JLU Gießen und ihr Fachbereich Medizin bereits 2018 einen Campus Kerckhoff am Kerckhoff-Klinikum Bad Nauheim eingerichtet hat. Zum einen bietet diese Kooperation vielfältige und bereits intensiv genutzte Verbindungen in die überwiegend ländliche Umgebung, zum anderen ermöglicht diese eine Ergänzung des Lehr- und Forschungsportfolios der JLU, durch Bereiche, die in Bad Nauheim zusätzlich angeboten werden (z.B. Kardiologie, Kardiochirurgie, Rheumatologie und physikalische Medizin, Diabetes mellitus). Diese bilden mit den Gießener Schwerpunkten Herzmedizin, Lungenerkrankungen, Onkologie, Pädiatrie, Infektionsmedizin, Psychische Erkrankungen etc. die gesamte Palette der bekannten, für die hausärztliche Tätigkeit besonders wichtigen Volkskrankheiten ab.

Darüber hinaus verfügt die JLU Gießen und ihr Fachbereich Medizin über ein umfangreiches Netzwerk von regionalen Lehrkrankenhäusern und Schwerpunktpraxen, das vom Studiendekanat und dem Institut für Primärärztliche Versorgung und Hausärztliche Medizin des Fachbereichs Medizin der JLU Gießen koordiniert und proaktiv genutzt wird, um im Anschluss an das Studium an der JLU eine strukturierte Facharztausbildung der Allgemeinmedizin innerhalb dieses Netzwerks zu fördern. Die bereits im Studium aufgebaute Bindung zur Region wird hiermit weiter gefestigt, mit dem Ziel, junge Medizinerinnen und Mediziner letztlich langfristig in der Region zu halten. Ein überwiegend klinisches Netzwerk besteht auch am Kerckhoff-Klinikum.

Das Institut für medizinische Informatik (IMI) des FB Medizin hat eine eigene datenschutzkonforme Videokonferenzlösung am Fachbereich Medizin etabliert, die für die Ausbildung in unterschiedlichsten Lehrformen (z.B. am Krankenbett oder in der Praxis) genutzt werden kann.

Das Kompetenzzentrum für Telemedizin und eHealth Hessen (HSMI gefördert), das von der JLU und THM geführt wird, berät hessenweit Praxen im ländlichen Raum in der Digitalisierung. Dabei soll zukünftig ein gemeinschaftliches Konzept zur inhaltlichen Neuausrichtung und Weiterentwicklung mit dem Schwerpunkt, die landärztliche Versorgung digital zu unterstützen, etabliert werden.

---

<sup>1</sup> Schreiben von Herrn Prof. J. Mukherjee (Präsident JLU) an Frau Staatsministerin A. Dorn, HMWK, vom 20.05.2019

Welche Vorteile bietet dieses abgestimmte Konzept für Lehre und Forschung und klinische Ausbildung für Studierende und Weiterbildung angehender Ärzte\*innen im regionalen Verbund Mittelhessen:

- An der JLU Gießen ist bereits jetzt nach den Vorgaben des noch nicht umgesetzten Masterplans Medizinstudium 2020 ein Lehrkonzept – Primärärztliche, Hausärztliche und Allgemeinmedizinische Medizin - für das Studium etabliert worden. Dieses wird longitudinal mit Beginn in der Vorklinik bis in die Klinik u.a. unter Einbeziehung von Lehrbeauftragten (niedergelassenen Allgemeinärzte) realisiert. In diesem Zusammenhang wird noch einmal auf die o.g. Initiative zu einem Schwerpunktcurriculum („Landarzttrack“) aller hessischen Institute für Allgemeinmedizin und Primärärztliche Versorgung verwiesen.
- Eine Besonderheit dieses Konzeptes ist, dass die hausärztliche Tätigkeit auf dem Land nicht nur dem Arzt für Allgemeinmedizin vorbehalten sein soll, sondern das auch praktisch tätige Kinderärzte (Abdeckung der Kinder- und Jugendmedizin) und allgemeinmedizinisch praktizierende Internisten (Abdeckung unterschiedlichster Organsysteme wie Herz-Kreislauf, Magendarmtrakt, Stoffwechsel) landärztlich arbeiten könnten.
- Alle Studierende werden mit Beginn des Studienantrittes digital geschult. Derzeit wird mehr als 80 % der medizinischen Inhalte am FB Medizin digital angeboten. Telemedizinische Instrumente sind mit der THM (Telkos, Videokonferenzen, digitaler Unterricht in Kleingruppen mit Übertragung) etabliert worden (s.o). Darüber hinaus sollen im beantragten „Digitalen Netzwerk Landarzt in Hessen“ (mit HMWK) an allen hessischen Medizin-Standorten spezielle Unterrichtsräume mit digitalen Konferenzmöglichkeiten, auch für den Standort Campus Kerckhoff, eingerichtet werden.
- Inhaltlich bietet die Zusammenarbeit mit der Kerckhoff-Klinik Bad Nauheim eine vertiefte studentische Ausbildung für Krankheitsbilder an, die landärztlich von besonderer Tragweite sind: Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems (mit 37 % derzeit Haupttodesursache in Deutschland), Krankheiten des Atmungssystems (mit 7,3 % ansteigende Todesrate – Covid), Volkskrankheiten wie Diabetes mellitus und metabolische Störungen sowie rheumatische Erkrankungen. Der Gießener Campus würde die besondere Expertise in der Onkologie (Erwachsenen- und Kinderonkologie) beisteuern und andere Bereiche abdecken können (u.a. neuropsychiatrische Erkrankungen u.a. Demenz, spezielle pädiatrische Erkrankungen, Infektionserkrankungen mit Impfprophylaxe, Grundlagen der Infektionsepidemiologie mit Hospitalinfektionen, virale „Emergency“ Infektionen).
- Ein Erfolg dieser inhaltlichen und strukturellen Überlegungen ist unabdingbar damit verbunden, interessierten Studierenden nach Erlangung der Approbation die Möglichkeit zu eröffnen, bei bereits aus dem Studium bekannten beteiligten klinischen Partnern (UKGM, Kerckhoff-Klinik, Lehrkrankenhäuser, Praxisnetzwerke) eine gesicherte, strukturierte Weiterbildung mit Ausrichtung für eine landärztliche Tätigkeit beginnen zu können. Dies beinhaltet die zur Verfügung Stellung von Weiterbildungsplätzen mit einem entsprechenden Rotationssystem in der Region sowie die Sicherstellung des Übergangs zwischen Krankenhaus-Abteilungen und Ausbildungspraxen. Eine anhaltende Einbindung in die digitalen Netzwerke muss gesichert sein, diese mit dem Ziel insbesondere telemedizinisch in der Tätigkeit als Landarzt weiterarbeiten zu können. Eine entspre-

chende Absprache wurde bereits mit der Ärztlichen Direktion des UKGM und des Kerckhoff-Klinikums getroffen.

- Gemeinsam mit dem Institut für primärärztliche Versorgung und hausärztliche Medizin am Fachbereich Medizin der JLU soll unter Nutzung der Forschungsstrukturen des Campus Gießen/Kerckhoff die gesundheitliche Versorgungsforschung über ein Netzwerk von Lehr- und Forschungspraxen regional in der ländlichen Region aufgebaut werden. Studierende sollen frühzeitig, evtl. auch im Rahmen eines Promotionsprojektes an Forschungsthemen herangeführt werden, um dann auch als Landarzt in enger Kooperation mit dem FB Medizin an gesundheitlicher Versorgungsforschung auf dem Boden evidenzbasierter Medizin mit zu arbeiten. Die o.g. digitalen Instrumente befördern diese Zielsetzung.

Fazit:

Zusammenfassend setzt das entsprechende Ausbildungs- und Weiterbildungsprogramm - Landarzt Bad Nauheim/Gießen - auf eine Vernetzung der studentischen Ausbildung mit Fokus auf eine allgemeinmedizinische Tätigkeit und eine entsprechende klinische Weiterbildung an den genannten regionalen Standorten und Netzwerken. Für die Lehre wird das Institut für Primärärztliche Versorgung in Gießen in Abstimmung mit den anderen allgemeinärztlichen Standorten (s.o.) das bereits vorliegende Schwerpunktprogramm vom 1.-10. Semester organisieren. In der Kooperation mit der THM ist eine begleitende Integration von eHealth-Modulen und telemedizinischen Instrumenten vorgesehen. Dieses Konzept ist aus unserer Sicht geeignet, die persönliche Identifikation von zukünftigen Ärztinnen und Ärzten in der Region zu befördern.

#### c) Befristung

Dieses geschilderte Projekt Landarzt Bad Nauheim/Gießen wird im Rahmen eines Pilotprojektes gemeinsam von der JLU Gießen mit ihrem Fachbereich Medizin und dem Campus Kerckhoff in Kooperation mit der THM bis 2023 umgesetzt werden. Klinische Partner sind das UKGM und das Kerckhoff-Klinikum. Zentral steuernd sind das Dekanat des Fachbereichs Medizin, das Institut für Primärärztliche Versorgung und Hausärztliche Medizin der JLU Gießen, das Dekanat des Fachbereichs Gesundheit der THM, der Ärztliche Direktor der UKGM GmbH – Standort Gießen sowie die Ärztliche Geschäftsführung des Kerckhoff-Klinikums Bad Nauheim.

#### d) Finanzielle Auswirkungen

Erste Vorstellungen zu einem konkreten Finanzierungsbedarf sind bereits entwickelt und umfassen insbesondere eine personelle Unterstützung für die Träger der studentischen Ausbildung an den verschiedenen Standorten. Weiter ist darauf hinzuweisen, dass für die Einrichtung von Ausbildungsplätzen für die Hausärztliche Medizin Zuwendungen der regionalen Kassenärztlichen Vereinigung angekündigt worden sind.

Das Pilotprojekt der JLU Gießen und ihres Fachbereichs Medizin, wird im Rahmen der Strukturbeihilfe Kerckhoff - Sonderzuwendung Institutionalierungsbeihilfe Kerckhoff - für die Jahre 2021-2023 landesseitig unterstützt

Mit freundlichen Grüßen

Ihr

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Wolfgang Weidner', is displayed on a light green rectangular background.

Prof. Dr. W. Weidner

Dekan FB Medizin

Hessische Krankenhausgesellschaft e.V. | Frankfurter Str. 10 - 14 | 65760 Eschborn

Hessischer Landtag  
Sozial- und integrationspolitischer Ausschuss  
z.Hd. Maximilian Sadkowiak  
Schlossplatz 1-3  
65183 Wiesbaden

Per E-Mail an [m.sadkowiak@ltg.hessen.de](mailto:m.sadkowiak@ltg.hessen.de) und  
[m.mueller@ltg.hessen.de](mailto:m.mueller@ltg.hessen.de)

Der Präsident

Dr. Christian Höftberger

Frankfurter Str. 10 - 14  
65760 Eschborn

Tel.: 06196 4099-58

Fax: 06196 4099-99

[mail@hkg-online.de](mailto:mail@hkg-online.de)

[www.hkg-online.de](http://www.hkg-online.de)

Ihr Zeichen  
I A 2.17

Ihre Nachricht vom  
31.03.2020

Unser Zeichen  
CH/SG

Datum  
15. Mai 2020

**Betreff: Stellungnahme zu dem Gesetzesentwurf der Fraktion der SPD für ein Gesetz zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Hessen – Drucks. 20/2356**

Sehr geehrter Herr Promny, sehr geehrter Herr Sadkowiak,  
sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank, dass Sie der Hessischen Krankenhausgesellschaft Gelegenheit geben, zu dem Gesetzesentwurf für ein Gesetz zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Hessen schriftlich und mündlich Stellung nehmen zu dürfen.

Die Hessische Krankenhausgesellschaft begrüßt die dem vorgelegten Gesetzesentwurf zugrundeliegende Idee, die (haus-) ärztliche Versorgung in den von unterversorgten bedrohten Gebieten in Hessen zu stärken, in dem **mehr Studienplätze** zur Verfügung gestellt werden.

Der vorgelegte Entwurf kann dazu einen Beitrag leisten, die Situation der hausärztlichen Versorgung zu verbessern, bleibt aber nach unserer Auffassung als singuläre Maßnahme hinter der eigentlichen Herausforderung zurück. Wir skizzieren dazu kurz unsere Überlegungen:

Die Versorgung der Menschen in Hessen in der Fläche Hessens erfordert einen deutlichen Anreiz für Medizinstudenten und an der Medizin interessierte (vor dem Studium stehende) Menschen, an der hausärztlichen Versorgung teilzunehmen. Derzeit erleben wir flächendeckend einen zu geringen Anreiz an dieser Tätigkeit bzw. keine ausgeprägte Attraktivität dieses Berufsstands verglichen etwa mit der fachinternistischen Ausbildung und beispielsweise der Niederlassung als Facharzt für Kardiologie.

Als Krankenhäuser sind wir in der **Facharztweiterbildung** engagiert und erleben häufig, dass es im Laufe der mehrjährigen Assistenzarztzeit an unseren Kliniken zu einer Verschiebung der Berufsziele (statt initial beispielsweise Hausarzt dann Facharzt X, oder statt Berufszielwunsch Facharzt Y dann Facharzt Z) kommt. Aus unserer Sicht ist es daher lebensfremd, zusätzliche (real, hier eigentlich nur ausgeführt: vorab vergebene) Studienplätze auf die in diesem Gesetzesentwurf angedachte (letztlich: strafbewährte) Weise zuzuordnen. Nach unserer Wahrnehmung ist die Lebenswirklichkeit angehender Medizinstudenten vielfältig und ist vor Beginn des Studiums die Fokussierung auf ein Gebiet noch nicht klar und vor allem nicht „unveränderlich“ ausgeprägt. Erst während der Studiums bzw. nach der Approbation im Rahmen der Fachweiterbildung in Klinik und Praxen reift und prägt sich bei vielen die endgültige Fokussierung aus.

Ein weiterer genereller Punkt ist aus unserer Sicht – ohne uns hierzu vertiefte Expertise anmaßen zu wollen – die (europarechtlich gebotene) **Unvereinbarkeit einer solchen Regelung mit der Freizügigkeit als Arbeitnehmer bzw. mit der Berufsausübungsfreiheit**. Aus den Erfahrungen in unseren Krankenhäusern zur **Beschränkungen der Rückforderbarkeit** von Aus- bzw. Weiterbildungskosten (deutliche Limitierung durch die Rechtsprechung – s. etwa auch die stRspr zur Pilotenausbildung – im Hinblick auf zeitliche Bindungen und bereits bei deutlich geringen Kosten) schlussfolgern wir, dass die hier angedachten maximal als Vertragsstrafe zurück zu fordernden Summen niemals einbringlich gemacht werden können. Daran dürfte nach hiesiger Einschätzung auch ein öffentlich-rechtlicher Vertrag nichts ändern.

Hinzu kommt, dass es auch andere (medizinferne bzw. jedenfalls nicht kurative) Berufsausübungen von Absolventen des Medizinstudium gibt, die zu keinen Rückforderungen verpflichten (in Behörden, in der Beratung oder etwa in der Forschung usw.). Das könnte unter Gleichheitsgrundsätzen problematisiert werden, weil sich diese Branchen regelhaft auch nicht (direkt) an der Finanzierung dieser Studienplätze beteiligen.

Wir bitten schließlich zu bedenken, dass die **Wirkung** des vorliegenden Gesetzesentwurfs erst **mit deutlich über 10 Jahren Verzögerung** (Studium und daran anschließende Weiterbildung) sichtbar werden würden. Das halten wir vor dem Hintergrund der sich aktuell andeutenden Veränderungen in der Gesundheitsversorgung für problematisch. Wir vermögen nicht abzuschätzen, ob es in mehr als einer Dekade eine der heutigen Bedarfsplanung vergleichbare Regelung der KV Hessen gibt, die Regionen (§2 Abs 2 lit. b des vorliegenden Entwurfs spricht von „Gebieten“) mit Unterversorgung ausweist. Es könnte zum einen sein, dass sich in diesem Zeitraum bisherige Krankenversorgungsstrukturen auf der einen Seite und die (bisherige) ambulante Schiene der Ärzte der Kassenärztlichen Vereinigung deutlich angenähert haben, es z.B. „fluide“ Modelle gibt bzw. die (bisher recht starren) Grenzen zwischen den (Finanzierungs-)Systemen gebrochen sind. Das könnte aus unserer Sicht etwa durch eine veränderte (KV-interne) Planung erfolgen, wie auch dadurch, dass sich Teile der bisherigen stationären Medizin

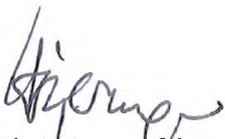
„ambulantisieren“. Eine weitere (Sub-) Spezialisierung der Medizin könnte ebenso wie (politisch gewünschte) telemedizinische Services Bedarfe völlig anders dimensionieren und damit zur Folge haben, dass sich die heutige Bedeutung der hausärztlichen Versorgung verändert. Ob dann also noch die Intention des hier vorliegenden Gesetzesentwurfs erreicht werden kann (oder – dann – noch gerechtfertigt erscheint), ist aus unserer heutigen Sicht fraglich.

Abschließend erlauben wir uns nochmals den wichtigsten Hinweis, dass die durch das Gesetz gewünschte Erhöhung des ärztlichen Personals im ambulante/hausärztlichen Bereich in der Konsequenz nicht dazu führen darf, dass es zu einer **ärztlichen Unterversorgung im stationären Bereich** kommt. Daher muss unseres Erachtens **insgesamt die Anzahl der Medizinstudienplätze entsprechend erhöht** werden. Sollte dies nicht erfolgen, würde sich die verbesserte hausärztliche Versorgung zu Lasten der Krankenhäuser bzw. der stationären Versorgung bzw. möglicherweise auch der fachärztlichen Versorgung in der Niederlassung erkaufen. Das würde einen negativen Kreislauf in Gang setzen.

Sehr geehrte Damen und Herren, wir danken für die Möglichkeit, zu diesem Gesetzesentwurf Stellung nehmen zu können und freuen uns, wenn Sie unsere Anregungen in Ihren weiteren Überlegungen berücksichtigen.

Für weitere Beratungen stehen wir gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Christian Höftberger  
Präsident



Prof. Dr. Steffen Gramminger  
Geschäftsführender Direktor