



HESSISCHER LANDTAG

11. 02. 2020

Plenum

Gesetzentwurf

Fraktion der SPD

Gesetz zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Hessen

A. Problem

Die Gewährleistung einer wohnortnahen hausärztlichen Versorgung der Menschen in ländlichen Regionen in Hessen wird zunehmend schwieriger. Der demografische Wandel, die Zunahme chronischer Erkrankungen bei einem Teil der immer älter werdenden Bevölkerung, der Fachkräftemangel im medizinischen und auch im pflegerischen Bereich und die Schnittstellenprobleme zwischen den einzelnen Versorgungssektoren stellen das Gesundheitssystem gerade in einem Flächenland wie Hessen vor große Herausforderungen.

Nach Beschluss des Landesauschusses vom 23.05.2019 mit Arztstand vom 01.03.2019 und Einwohnerzahlen vom 31.12.2017 gab es in Hessen 223,5 freie Hausarztsitze. Infolge der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie, der aktuellen Arztzahlen vom 01.09.2019 sowie der aktuellen Einwohnerzahlen vom 31.12.2018 würde die Zahl aktuell auf 299 freie Hausarztsitze steigen. Auch wenn die ambulante ärztliche Versorgung in Hessen derzeit flächendeckend gewährleistet ist, ist festzustellen, dass die Nachbesetzung, insbesondere von Hausarztsitzen in ländlichen Regionen, zunehmend schwieriger wird. In den kommenden Jahren scheiden viele Hausärztinnen und Hausärzte altersbedingt aus der Versorgung aus. Das mittlere Alter der niedergelassenen Vertragsärzte liegt bei 56 Jahren, fast 15 % sind älter als 65 Jahre. Gleichzeitig rücken im Verhältnis zu den zu erwartenden Abgängen zu wenige junge Ärztinnen und Ärzte nach, die in der hausärztlichen Versorgung tätig sein möchten. Während die Zahl der Allgemeinmediziner beziehungsweise Hausärzte aufgrund der vorgenannten Erwägungen stagniert, nehmen die Zahl der Behandlungsfälle und der Behandlungsbedarf insgesamt stetig zu, sodass eine potenzielle Mehrbelastung der derzeitigen Hausärztinnen und Hausärzte wahrscheinlich ist. Dagegen verringert sich das verfügbare Arbeitsvolumen durch den häufigen Wunsch junger Ärztinnen und Ärzte nach einer Tätigkeit in Teilzeit. Trotz der auf Bundes- und Landesebene ergriffenen vielfältigen Maßnahmen ist daher ein Nachbesetzungsbedarf vor allem im ländlichen Raum für die Zukunft nicht auszuschließen.

Daher steht die Politik in der Verantwortung, weitere Maßnahmen zu treffen, die jungen, an einer Landarztztätigkeit interessierten Menschen die Möglichkeit eines Studiums der Medizin eröffnet und sie im Anschluss an das Studium auch tatsächlich für eine Tätigkeit in ländlichen Regionen gewinnt.

B. Lösung

Eine Maßnahme stellt die sogenannte Landarztquote dar. Der Weg zur Einführung der Landarztquote wurde am 31. März 2017 durch die Beschlussfassung des von der Bundesregierung beschlossenen „Masterplans Medizinstudium 2020“, dort Maßnahme 37, geebnet. Im Wege einer Vorabquote, entsprechend dem Staatsvertrag über die Errichtung einer gemeinsamen Einrichtung für die Hochschulzulassung (Gesetz vom 30.10.2019, GVBl. Nr.21, S. 290-305), wird ein Kontingent von 10 % aller in Hessen zur Verfügung stehenden Medizinstudienplätze vorab für Studienbewerberinnen und -bewerber reserviert, die ein besonderes Interesse an der landärztlichen Tätigkeit bekunden.

Für die Einräumung dieses Studienplatzes 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 sogenannten unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Gebiet für einen Zeitraum von zehn Jahren aufzunehmen. Die Maßnahme der Einführung einer gesetzlichen Landarztquote wird dazu führen, dass ein Teil aller hessischen Medizinstudentinnen und -studenten später für einen nicht unbeachtlichen Zeitraum als Hausärztinnen und Hausärzte unter Berücksichtigung der Versorgungssituation tätig sein wird. Dies ist ein wirksames Mittel, um den erwarteten Landarztmangel zu bekämpfen.

C. Befristung

Keine.

D. Alternativen

Keine.

E. Finanzielle Auswirkungen

Durch die Umsetzung und Durchführung der beiden Vorabquoten entsteht ein Mehraufwand für die Entwicklung eines elektronischen Bewerbungsverfahrens zur Auswahl der Bewerberinnen und Bewerber, die Erteilung von Ablehnungsbescheiden, der sich derzeit nicht konkret beziffern lässt. Die Finanzierung erfolgt im Rahmen zur Verfügung stehender Stellen und Haushaltsmittel des Einzelplans 08.

Der Landtag wolle das folgende Gesetz beschließen:

**Gesetz
zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Hessen**

Vom

§ 1
Zielsetzung

Dieses Gesetz dient der Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in unterversorgten und von Unterversorgung bedrohten Gebieten in Hessen.

§ 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.

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

§ 3
Besonderer öffentlicher Bedarf

Ein besonderer öffentlicher Bedarf im Sinne des § 2 Abs. 1 Nr. 2 Buchst. b besteht, wenn Sachgründe den Schluss nahelegen, dass in den dort genannten Gebieten aktuell oder in den kommenden zwei Jahren eine wohnortnahe hausärztliche Versorgung der Bevölkerung aufgrund bereits bestehender oder zu erwartender Entwicklungen nicht oder nur eingeschränkt sichergestellt werden kann.

§ 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.

(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.

§ 5
Bewerbungs- und Auswahlverfahren

(1) Wer über eine Hochschulzugangsberechtigung für den Studiengang Medizin verfügt, ist bewerbungsberechtigt. Bewerbungen sind schriftlich bei der zuständigen Stelle einzureichen.

(2) Wer einen Studienplatz aufgrund der Quote gemäß § 2 Abs. 1 erhält, kann nicht nach anderen Bestimmungen zum Studium der Medizin zugelassen werden.

(3) Sofern die Zahl der Bewerberinnen und Bewerber die Zahl der Studienplätze, die aufgrund der Quote gemäß § 2 Abs. 1 für das jeweilige Semester zur Verfügung stehen, übersteigt, findet eine Auswahl der Bewerberinnen und Bewerber durch die zuständige Stelle statt.

(4) Bei der Auswahl berücksichtigt die zuständige Stelle

1. das Ergebnis eines fachspezifischen Studierfähigkeitstests,
2. die Art und Dauer einer einschlägigen Berufsausbildung, Berufstätigkeit, praktischen oder ehrenamtlichen Tätigkeit, die über die besondere Eignung für den Studiengang Medizin Aufschluss geben können,
3. die in der Hochschulzugangsberechtigung ausgewiesene Qualifikation und
4. ein strukturiertes, persönliches Auswahlgespräch. Dabei ist sicherzustellen, dass keinem der Kriterien nach Satz 1 Nr. 1 bis 4 ein wesentlich überwiegender Einfluss zukommt.

§ 6

Verordnungsermächtigung

Das für die gesundheitlichen Angelegenheiten zuständige Ministerium wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem für das Hochschulwesen zuständigen Ministerium durch Rechtsverordnung

1. das Nähere zu bestimmen über
 - a) den Abschluss des öffentlich-rechtlichen Vertrags,
 - b) die Verpflichtungen der Bewerberinnen und Bewerber gegenüber dem Land Hessen einschließlich ihrer Durchsetzung gemäß § 2 Abs. 1 Nr. 2, Abs. 2,
 - c) die Bedarfsfeststellung gemäß § 3,
 - d) die Vertragsstrafe einschließlich ihrer Durchsetzung gemäß § 4,
 - e) die Rückzahlungsmodalitäten der Vertragsstrafe nach § 4,
 - f) das Bewerbungs- und Auswahlverfahren gemäß § 5 einschließlich der Gewichtung der Auswahlkriterien und
 - g) den Nachteilsausgleich für Menschen mit Behinderung im Auswahlverfahren,
2. die zuständige Stelle im Sinne dieses Gesetzes zu bestimmen.

§ 7

Berichtspflicht

Die Landesregierung berichtet dem Landtag bis zum 31. Dezember 2023 und sodann fortlaufend alle zwei Jahre über die Erfahrungen mit diesem Gesetz.

§ 8

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Begründung

A. Allgemeines

Seit Mitte des ersten Jahrzehnts des 21. Jahrhunderts zeichnet sich eine generell stagnierende Entwicklung in der hausärztlichen beziehungsweise allgemeinmedizinischen Versorgung ab. Besonders betroffen sind hiervon die ländlichen Regionen. Der Vergleich von flächenmäßig kleinen Bundesländern, insbesondere den Stadtstaaten, zu größeren Flächenländern indiziert bereits ein Gefälle zwischen Ballungszentren und Flächenregionen. Während ein Arzt oder eine Ärztin in Hamburg 150, in Bremen 175 und in Berlin 187 Patientinnen und Patienten versorgt, versorgt ein Arzt oder eine Ärztin in Niedersachsen 261, in Sachsen-Anhalt 262 und in Brandenburg 276 Patientinnen und Patienten. Zudem besteht auch innerhalb der Flächenländer eine deutliche Diskrepanz zwischen urbanen und ruralen Regionen. Während die ärztliche Tätigkeit beziehungsweise

die Niederlassung in Städten und Ballungsräumen durch ein breites Angebot an attraktivitätssteigernden Möglichkeiten immer lukrativer wird, kommen ländliche Regionen aufgrund eines geringeren Ausmaßes an Anreizen immer seltener als mögliches Tätigkeits- beziehungsweise Niederlassungsgebiet für junge Ärztinnen und Ärzte in Betracht. Erschwerend kommt hinzu, dass sich innerhalb der Berufsgruppe der Mediziner immer weniger Ärztinnen und Ärzte für die Fachrichtung der Allgemeinmedizin entscheiden und somit rein personell ein Engpass für das Tätigkeitsfeld der hausärztlichen Versorgung prognostiziert werden kann.

Flankiert werden diese Probleme durch das stetig zunehmende Durchschnittsalter der Hausärztinnen und Hausärzte, insbesondere in ländlichen Regionen, die zudem infolge des mangelnden Interesses an der Fachrichtung der Allgemeinmedizin unter den Studienabsolventen vor das Problem gestellt sind, eine Nachbesetzung für ihre Praxis zu finden. In diesem Zusammenhang spielt auch der demografische Wandel eine Rolle. Die durchschnittliche Zahl der Behandlungsfälle der Patientinnen und Patienten nimmt stetig zu, während die Zahl der Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin stagniert. Daraus resultiert eine Mehrbelastung der derzeitigen Hausärztinnen und Hausärzte im ländlichen Raum beziehungsweise der gegebenenfalls an einer landärztlichen Tätigkeit interessierten Studienabsolventinnen und Studienabsolventen. Insbesondere für die Studienabsolventinnen und Studienabsolventen, die noch vor der Wahl einer Fachausrichtung stehen, ist die erwartete Mehrbelastung eher abträglich für eine Attraktivität der landärztlichen beziehungsweise hausärztlichen Tätigkeit. Daher wird mittel- und langfristig ein gravierender Nachbesetzungsbedarf im ländlichen Raum prognostiziert. Die Politik steht hierbei in der Verantwortung, attraktivitätssteigernde Maßnahmen zu treffen, um diesem Landarztmangel entgegenzuwirken und die Hausärzteschaft an die ländlichen Regionen zu binden. Eine solche Maßnahme stellt die Landarztquote dar. Im Wege einer Vorabquote im Sinne des Art. 9 Abs. 1 Nr. 2 des Staatsvertrags 10 über die Errichtung einer gemeinsamen Einrichtung für Hochschulzulassung (Gesetz vom 30.10.2019, GVBl. Nr. 21 S. 290-305) wird ein Kontingent von 10 % aller im Geltungsbereich des Landes Hessen zur Verfügung stehenden Medizinstudienplätze vorab für Studienbewerberinnen und -bewerber reserviert, die ein besonderes Interesse an der landärztlichen Tätigkeit bekunden. Sie gehen für die Einräumung dieses Studienplatzes die Verpflichtung ein, sich nach Abschluss ihres Studiums in der Fachrichtung Allgemeinmedizin weiterzubilden und nach Erlangen ihrer Facharztanerkennung eine hausärztliche Tätigkeit in einem sogenannten unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Gebiet für einen Zeitraum von zehn Jahren aufzunehmen. Insoweit ist die Landarztquote ein wirksamer Ansatzpunkt, der zur Bekämpfung des drohenden Nachbesetzungsbedarfs beiträgt. Denn das Studium der Medizin erfreut sich größter Beliebtheit. Folglich findet eine strenge Auswahl der Studienplatzbewerberinnen und -bewerber statt, wobei regelmäßig diejenigen mit sehr guten bis guten Abiturnoten auch tatsächlich zeitnah einen Studienplatz erhalten, während Bewerberinnen und Bewerber mit nicht überdurchschnittlich guten Abiturleistungen auf eine Wartezeit verwiesen werden. Da aber die Abiturnote allenfalls ein Indikator und kein Garant für einen guten Arzt oder eine gute Ärztin darstellt, ist es zweckdienlich, auch auf andere, für die ärztliche Tätigkeit wichtige, Faktoren abzustellen. Diese werden im Wege der Einführung der Landarztquote berücksichtigt, sodass die Landarztquote gerade keine „Alternativroute zum Medizinstudium“ für „schlechtere Kandidatinnen und Kandidaten“ darstellt. Durch die Verpflichtungen der späteren Studienabsolventinnen und -absolventen werden allein durch die Maßnahme der Landarztquote pro Semester 10 % aller hessischen Medizinstudentinnen und -studenten später für einen beträchtlichen Zeitraum als Hausärztinnen und Hausärzte in ländlichen Regionen tätig sein.

B. Zu den Einzelvorschriften

Zu § 1 – Zielsetzung

Das Gesetz dient dazu, die hausärztliche Versorgung in Hessen in den Gebieten zu sichern, die unterversorgt oder von Unterversorgung bedroht sind.

Zu § 2 – Zulassung

§ 2 dieses Gesetzes stellt die erforderliche gesetzliche Grundlage für die Einführung einer sogenannten Landarztquote in Hessen dar. Der Paragraph sieht vor, dass Studienbewerberinnen und -bewerber über eine Vorabquote im Sinne des Staatsvertrags über die Errichtung einer gemeinsamen Einrichtung für Hochschulzulassung 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 zehn Jahre in einem unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Gebiet tätig zu werden. Die Feststellung, welche Gebiete hiervon betroffen sind, trifft das Land Hessen unter Mitwirkung der für die Bedarfsplanung zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung Hessen.

Zu § 3 – Besonderer öffentlicher Bedarf

§ 3 dieses Gesetzes definiert, wann und unter welchen Voraussetzungen von einem besonderen öffentlichen Bedarf im Sinne des Gesetzes ausgegangen werden kann. Auf Grundlage des voraussetzungsbedingten Nachbesetzungsbedarfs muss ein dringender Handlungsbedarf aufgezeigt werden. Ländliche und strukturschwache Räume werden hiervon aller Wahrscheinlichkeit nach besonders betroffen sein. Im Zusammenwirken mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen wird das Land

Hessen regelmäßig den Bedarf an Hausärztinnen und Hausärzten überprüfen, um hierdurch eine den tatsächlichen Gegebenheiten vor Ort entsprechende Bedarfsplanung durchführen zu können.

Zu § 4 – Vertragsstrafe

§ 4 dieses Gesetzes stellt die gesetzliche Grundlage für die Vereinbarung einer Vertragsstrafe dar. Studienplätze nach diesem Gesetz werden nur an Bewerberinnen und Bewerber vergeben, die sich zuvor verpflichten, eine entsprechende einschlägige Weiterbildung in der Fachrichtung Allgemeinmedizin zu absolvieren und für zehn Jahre eine hausärztliche Tätigkeit in unterversorgten und von Unterversorgung bedrohten Gebieten auszuüben. Zur Absicherung der Verpflichtung ist eine Vertragsstrafe in Höhe von bis zu 250.000 € vorgesehen. Die Höhe der Vertragsstrafe richtet sich nach den Kosten eines Medizinstudiums an öffentlichen Hochschulen sowie nach den Verdienstmöglichkeiten einer Ärztin oder eines Arztes mit entsprechendem Facharzttitel. Die Vertragsstrafe zielt maßgeblich auf die Durchsetzung der Verpflichtung ab, um die Rechtfertigung der Privilegierung gegenüber den anderen Bewerberinnen und Bewerbern zu gewährleisten. Für die Rechtmäßigkeit der Festsetzung der Vertragsstrafe ist insbesondere erforderlich, dass sie auch dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit Rechnung trägt. Dies geschieht in zweierlei Hinsicht. Die Formulierung „bis zu“ eröffnet hinsichtlich der Festsetzung der Vertragsstrafe im konkreten Einzelfall die Möglichkeit einer nach Abschnitten gestaffelten Festsetzung der Vertragsstrafe. Da die Verpflichtung zur Zahlung der Vertragsstrafe die Bewerberin oder den Bewerber auch nicht generell in eine wirtschaftliche, soziale oder sonstige existenzielle Bedrängnis bringen darf, ist in Abs. 2 eine Härtefallregelung vorgesehen. Allgemeinen verwaltungsrechtlichen Grundsätzen entsprechend, ist diese als Ausnahmetatbestand restriktiv auszulegen und nur bei existenziellen Notlagen anwendbar, was durch Abs. 2 Satz 1 verdeutlicht wird.

Zu § 5 – Bewerbungs- und Auswahlverfahren

§ 5 regelt das Bewerbungs- und Auswahlverfahren durch die zuständige Stelle. § 5 Abs. 2 stellt deklaratorisch fest, dass eine Mehrfachzulassung auf andere Quoten, inklusive der Hauptquote, nicht zulässig ist. Falls die Anzahl der Bewerberinnen und Bewerber die Zahl der zur Verfügung stehenden Studienplätze aufgrund der Quote gemäß § 2 Abs. 1 Satz 1 dieses Gesetzes übersteigt, treffen die Abs. 3 und 4 grundlegende Aussagen zum Auswahlverfahren. Im Rahmen der Auswahlentscheidung werden die fachliche und persönliche Eignung zum Absolvieren eines Studiums der Medizin und der späteren Ausübung der hausärztlichen Tätigkeit überprüft. Bereits bei der Zulassung zum Studium soll auch die fachliche und persönliche Eignung berücksichtigt werden. Dem wird durch die Einführung von Auswahlkriterien Rechnung getragen, die auf die Hinterfragung dieser persönlichen Eignung ausgelegt sind. Um dem Bestimmtheitsgrundsatz hinreichend Rechnung zu tragen, sind die im Wege des Auswahlverfahrens zu berücksichtigenden Auswahlkriterien bereits abstrakt im Landesgesetz aufgeführt. Diese Aufzählung ist abschließend, um hierdurch ein Kriterienfindungsrecht der zuständigen Stelle auszuschließen. Die Regelungen zur näheren Konkretisierung der Auswahlkriterien und ihrer Gewichtung werden in eine Rechtsverordnung überführt.

Zu § 6 – Verordnungsermächtigung

In § 6 ist normiert, dass das für die gesundheitlichen Angelegenheiten zuständige Ministerium im Einvernehmen mit dem für das Hochschulwesen zuständigen Ministerium in einer Rechtsverordnung die nähere Ausgestaltung zum weiteren Verfahren (zu dem Abschluss des öffentlich-rechtlichen Vertrags, zu den Verpflichtungen gegenüber dem Land und ihrer Durchsetzung, zur Vertragsstrafe, zur Bedarfsfeststellung zum Bewerbungs- und zum Auswahlverfahren) regelt. Auch die Konkretisierung der Auswahlkriterien und ihre Gewichtung sind von der Verordnungsermächtigung umfasst. Die Verordnungsermächtigung erstreckt sich auch auf das Festlegen der zuständigen Stelle im Sinne dieses Gesetzes.

Zu § 7 – Berichtspflicht

Um erste Auswirkungen des Gesetzes überprüfen zu können, wird ein Bericht an den Landtag bis zum 31. Dezember 2021 und sodann fortlaufend alle zwei Jahre erfolgen. Zu diesem Zeitpunkt werden bereits Auswahlverfahren durchgeführt worden sein.

Zu § 8 – Inkrafttreten

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten dieses Gesetzes.

Wiesbaden, 11. Februar 2020

Die Fraktionsvorsitzende:
Nancy Faeser