

Ausschussvorlage SIA 20/64 – öffentlich –

Stellungnahmen der Anzuhörenden zur mündlichen Anhörung

Gesetzentwurf

Landesregierung

Gesetz zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung und des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Hessen sowie zur Anpassung weiterer Rechtsvorschriften

– Drucks. [20/6367](#) –

1. Hausärzterverband Hessen	S. 1
2. Vorstand Ärztenetz Rhein-Main / Weiterbündungsverbund Allgemeinmedizin Rhein-Main	S. 4
3. Klinikverbund Hessen e.V.	S. 8
4. Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.	S. 12
5. Sozialverband VdK Hessen-Thüringen	S. 14
6. Landesverband der Privatkliniken in Hessen e.V.	S. 16
7. Philipps-Universität Marburg, Justus-Liebig-Universität, Gießen, Goethe-Universität Frankfurt gemeinsame Stellungnahme	S. 20
Unaufgefordert eingegangene Stellungnahme	
8. Psychotherapeutenkammer Hessen	S. 32

Stellungnahme zum Entwurf des Gesetzes zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung und des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Hessen (GHVOG)

1. Vorbemerkung

Der Hausärzteverband Hessen begrüßt die Gesetzesinitiative zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung und des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Hessen (GHVOG) als eine weitere Maßnahme zur Verbesserung der ambulanten Versorgung in strukturschwachen und ländlichen Regionen. Es ist positiv zu bewerten, dass das Ministerium für Soziales und Integration die hausärztliche Versorgung auf dem Land langfristig sichern und zukunftsfest machen will.

Auch wir verfolgen mit Sorge, dass von rund 4.500 niedergelassenen Hausärztinnen und Hausärzten fast 60% das 60. Lebensjahr überschritten haben und demnächst altersbedingt aus der Versorgung ausscheiden. Von den heute etwa 2.100 Hausärztinnen und Hausärzten, die eher in den ländlichen Regionen Hessens tätig sind, werden nach einer Prognose der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KVH) im Jahr 2030 voraussichtlich noch etwa 1.150 auf dem Land tätig sein. Das bedeutet einen hohen Nachfolgebedarf von etwa 50 Prozent bei der Gruppe der Hausärztinnen und Hausärzte alleine im ländlichen Raum.

Wir stellen zudem fest, dass viele unserer Kolleginnen und Kollegen nicht nur auf Grund der Pandemielage an der Belastungsgrenze und teilweise darüber hinaus arbeiten, weil keine junge Nachfolgerin oder kein junger Nachfolger die hausärztliche Praxis übernehmen möchte und die Kolleginnen und Kollegen aber auch ihre Patientinnen und Patienten nicht im Stich lassen möchten.

Die hier vom Gesetzgeber gewählte Lösung - die Einführung einer Landarztquote - begrüßen wir. Wir möchten aber darauf hinweisen, dass nach unserer Auffassung die Landarztquote nur ein weiterer Mosaikstein im Ganzen sein kann, da sie nicht sofort sondern wegen der Dauer der hausärztlichen Aus- und Weiterbildung wahrscheinlich erst in zehn Jahren ihre Wirkung entfaltet.

Der Gesetzgeber wählt den richtigen Ansatzpunkt: Das Medizinstudium. Grundlage ist der Masterplan Medizinstudium 2020. Im Masterplan finden sich aber auch noch weitere sehr gute Ansatzpunkte, die dringend umgesetzt werden sollten, um das Fach Allgemeinmedizin auch an Universitäten hervorzuheben. Beispielsweise sieht der Masterplan vor, dass das Fach Allgemeinmedizin Prüfungsfach wird. Das wäre ein großer Gewinn, weil Studierende so in einem sehr frühen Stadium ihrer universitären Ausbildung an das Fach Allgemeinmedizin herangeführt werden würden. In diesem Zusammenhang plädieren wir für eine Einbindung der Hausärztinnen und Hausärzte: die praktische Tätigkeit in einer Hausarztpraxis verbunden mit dem vielseitigen Aufgabenspektrum, insbesondere in einer Landarztpraxis, sollten Studierende frühzeitig kennenlernen. Der praktische Ausbildungsteil sollte noch viel verstärkter im Studium abgebildet werden.

Auch die Änderung des Zulassungsverfahrens zum Medizinstudium könnte eine wirksame Maßnahme sein, die Allgemeinmedizin zu fördern. Gerade für das Fach Allgemeinmedizin kann nicht nur die Abiturnote ausschlaggebend sein, denn in diesem Bereich kommt es auf die persönliche Eignung des zukünftigen Hausarztes an. Empathie und Sozialkompetenzen sind hier gefordert.

Daher ist es unsere Empfehlung, den Masterplan Medizinstudium 2020 mit Unterstützung des Landes Hessen bei der Reformierung der Approbationsordnung zeitnah umzusetzen. Das insbesondere vor dem Hintergrund seitens der Länder im Bundesrat (Entschließung DR 318/21) aufgeworfenen Finanzierungsfragen. Gerade vor dem hier diskutierten Hintergrund des in naher Zukunft bestehenden erhöhten Bedarfs an jungen Hausärztinnen und Hausärzten darf die Reformierung der Approbationsordnung nicht weiter ins Stocken geraten.

2. Stellungnahme

Das Gesetz dient unter anderem der Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in unterversorgten und von Unterversorgung bedrohten Gebieten des Landes Hessen und der Sicherung des ärztlichen Nachwuchses im öffentlichen Gesundheitsdienst. Das ist grundsätzlich zu begrüßen. Näher wird hier auf die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung eingegangen.

1. Im Wege der Vorabquote im Rahmen nach Art. 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Staatsvertrages über die Einrichtung einer gemeinsamen Einrichtung für Hochschulzulassung können Bewerberinnen und Bewerber zum Studiengang Medizin an hessischen Universitäten zugelassen werden, wenn sie sich verpflichten, (1.) unverzüglich nach Erhalt der Approbation eine Weiterbildung im Gebiet Allgemeinmedizin oder Kinder- und Jugendmedizin in Hessen zu absolvieren und (2.) unverzüglich nach Abschluss der Weiterbildung eine vertragsärztliche Tätigkeit im hausärztlichen Versorgungsbereich in Hessen aufzunehmen und für die Dauer von zehn Jahren in den Gebieten auszuüben, für die ein besonderer öffentlicher Bedarf nach § 3 dieses Gesetzes festgestellt wurde.

Grundsätzlich begrüßen wir die Landarztquote. Wie oben erwähnt, kann sie aber nur ein Baustein im Ganzen sein. Nichtsdestotrotz sind wir uns der Risiken einer Landarztquote bewusst: Die durchschnittliche Dauer eines Medizinstudiums beträgt sechs Jahre, hinzu kommen weitere fünf Jahre Weiterbildung zum Facharzt. Die Landarztquote wird daher frühestens in elf Jahren greifen.

Auch ist problematisch, ob Medizinstudierende bereits zu Beginn ihres Studiums in der Lage sind, das große Gebiet des ärztlichen Berufes zu überschauen und so eine für sie vernünftige und über die lange Zeit tragfähige Wahl treffen können.

Dennoch sehen auch wir, ob der Alltagsstruktur der Hausärztinnen und Hausärzte in Hessen, die Notwendigkeit einer Landarztquote. In Ländern, in denen die Landarztquote bereits eingeführt wurde, zeigte sich ein hohes Interesse der Studierenden an dieser Zulassungsmöglichkeit. Teilweise haben sich bis zu drei Studierende auf einen Platz über die Landarztquote beworben.

2. Durch die Vertragsstrafe wird der Druck auf den Studienanfänger aufrechterhalten, sich nach seinem Studium zum Hausarzt weiterzubilden und entsprechend der Vereinbarung sich in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten ländlichen Regionen niederzulassen. Tatsächlich erscheint dies die einzige sinnvolle Möglichkeit zu sein, dass Medizinstudierende, die über die Landarztquote zum Medizinstudium

zugelassen wurden, sich auch als Hausarzt in Regionen mit besonderem Bedarf niederlassen.

Allerdings birgt auch diese Regelung Risiken: Bessergestellte Studierende könnten sich nach ihrem Studium freikaufen und entsprechend eine andere Facharztrichtung als die Allgemeinmedizin einschlagen.

Zwar sieht das Gesetz eine Härtefallklausel vor, die aber restriktiv auszulegen ist. Ausdrücklich werden besondere soziale, gesundheitliche oder familiäre Gründe genannt, die eine besondere Härte eintreten lassen könnten. Um noch einmal den Blick auf die Zeitspanne zu richten: Bis zum ausgebildeten Allgemeinmediziner werden ca. elf Jahre vergehen, danach soll er sich weitere zehn Jahre in einer Region niederlassen, die unterversorgt bzw. drohend unterversorgt ist. Ausschlaggebend ist somit eine Zeitspanne von mindestens 20 Jahren, über die ein junger Mensch zu Beginn seines Studiums entscheiden soll. Es erscheint zumindest fraglich, ob junge Menschen sich diese Zeitspanne seriös überschauen können.

Alternativ und als weniger einschneidende Maßnahme könnte eine Abstufung der Vertragsstrafe in Betracht gezogen werden. Kommt ein Medizinstudierender seinen Verpflichtungen nicht nach, ist eine Strafe in Höhe von 250.000 € fällig, bricht er beispielsweise nach fünf Jahren ab, dann eine in Höhe von 125.000 €. Dies könnte insbesondere bei den zukünftig Studierenden als ein weniger großes Wagnis interpretiert werden und zu einer Nachwuchsgewinnung beitragen.

3. Das strukturierte Auswahlverfahren begrüßen wir, dieses sollte auch in die allgemeine Zulassung zum Medizinstudium implementiert werden. Ebenfalls begrüßt werden die Schwerpunktcurricula zur Vorbereitung auf eine hausärztliche Tätigkeit und die Möglichkeit der Stipendien.
4. Das Gesetz soll 31. Dezember 2028 außer Kraft treten, es wird nach dem sieben Jahre Geltung haben. Es ist sehr wahrscheinlich, dass die vom Gesetz angepeilten Ziele zu diesem Zeitpunkt nicht erfüllt sein werden, weil die Ausbildung der durch dieses Gesetz zugelassenen Studierenden nicht abgeschlossen sein wird. Zwar soll ein Bericht der Landregierung an den Landtag bis Ende 2024 erfolgen, entscheidende Ergebnisse werden zu diesem Zeitpunkt nach hiesiger Einschätzung nicht vorliegen können.

Wir schlagen daher vor, die Zeitspanne der Geltung dieses Gesetzes deutlich zu verlängern.

Weiterbundesverbund
Allgemeinmedizin Rhein-Main
Dr. med. Armin Schütz
Schulstraße 70
65474 Bischofsheim

Bischofsheim, 7.11.2021

Sozial- und Integrationspolitischer Ausschuss des Hessischen Landtages
z. H. Frau A. Bartl
Schlossplatz 1-3
65183 Wiesbaden

Sehr geehrte Frau Bartl,

wir haben den Gesetzesentwurf zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung und des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Hessen der Landesregierung zur Landarztquote zur Kenntnis genommen und möchten als in der Weiterbildung zur Allgemeinmedizin seit langem tätigen Ärzte (zur Zeit 2 Ärztinnen in Weiterbildung), aber auch von der Entwicklung betroffenen Ärzte, Stellung dazu nehmen.

Wir können Ihnen bei der dem Entwurf zugrunde liegenden Analyse nur zustimmen. Schon jetzt sind viele hausärztliche (KV) Arztsitze auch im Rhein-Main Gebiet nicht besetzt, in unserem Planungsbereich (Rüsselsheim) sind es aktuell 19,5 Sitze. Zudem wird bei geänderter Work-Life-Balance mit einem höheren Anteil in Teilzeit und Anstellung arbeitender Ärzt-innen die Nachbesetzungsquote höher als 1:1 liegen.

Wir wissen, dass viele andere Bundesländer versuchen, dieser Entwicklung mit der Einführungen einer Landarztquote, die meist 5-7% der vorhandenen Studienplätze betrifft, entgegen zu wirken.

Wir finden aber, dass dies ein ungeeignetes Instrument ist; kein 18-jähriger Abiturient kann sich die Tätigkeit eines Landarztes vorstellen. Die Abiturnote kann sicher gut den Studienerfolg vorhersagen, aber bei hausärztlich tätigen Landärzten sind ganz andere Skills wie Empathie und Soziale Kompetenz aber auch Führungskompetenz etc. notwendig.

Aus diesem Grund sollten die Universitäten auch eigene Auswahlverfahren (60%) durchführen, meist ist aber doch die Abiturdurchschnittsnote das Entscheidungskriterium.

Wir befürchten, dass mit der Landarztquote zwar motivierte, aber nicht geeignete Bewerber zugelassen werden, da sich aus unserer Erfahrung die Eignung erst stufenweise über die Blockpraktika „Allgemeinmedizin“ und das PJ-Tertial Allgemeinmedizin und schlussendlich in der Weiterbildung Allgemeinmedizin erkennen lässt. Trotz unserer Bemühungen auf jeder dieser Ebenen (wir sind auch Ausbildungspraxis der Uni Mainz) kann man die notwendigen Skills nicht trainieren, Voraussetzung ist eine entsprechende Persönlichkeit.

Wir befürchten weiterhin, dass mit Einführung der Landarztquote diese Kollegen deutlich abhängiger von Entscheidungen der Krankenkasse, KV bzw. Politik werden, da sie ja den Vertrag erfüllen müssen. Es wird eine ärztliche 2 Klassengesellschaft entstehen („Looser – Ärzte“).

Zudem wird das Interesse der Beteiligten, den Beruf attraktiver zu gestalten, verloren gehen.

Wir können verstehen, dass das Land auf den anstehenden Strukturwandel reagieren muss. Wir glauben aber, dass die Einführungen einer Landarztquote das ungeeignete Instrument dafür ist.

Eine umfassendere Änderung des Studiums, wie dies in den Empfehlungen zum Masterplan Medizinstudium 2020 der Expertenkommission beschrieben wurde, wäre dafür besser geeignet: mit einer kompetenzorientierten Neustrukturierung und deutlich mehr allgemeinmedizinischen Ausbildungsanteilen.

Zudem sollte in Verbindung mit der KVH die schon vorhandene Niederlassungsförderung fortgeführt werden; zusätzlich wäre eine bessere Unterstützung zur Bildung von Berufsausübungsgemeinschaften hilfreich.

Wenn man die Kollegen am Ende der Weiterbildung fragt, was sie davon abhält sich niederzulassen, dann ist das zu allererst das Damoklesschwert der Regressandrohung. Dies ist einer der Hauptgründe für den Verbleib in der Klinik bzw. für die Anstellung.

Weitere Hemmschuhe für die Niederlassung sind die ausufernde Belastung (zeitlich und finanziell) für die zum Teil sinnfreie Digitalisierung (eAU können von Krankenkassen nicht bearbeitet werden; Konnektoren fallen laufend aus), Hygienemanagement (Corona-Pandemie), den Aufbau eines Qualitätsmanagements, der Praxisführung (Mitarbeiterverwaltung, MFA Ausbildung). Damit hatten potentiellen Nachfolger nie zu tun und fühlen sich überfordert.

Zu allerletzt: durch die Einführung einer Landarztquote wird kein zusätzlicher Studienplatz geschaffen, d. h. die Kollegen werden in anderen Bereichen fehlen.

Vielleicht sollte durch eine bessere Betreuung die Drop-Out-Quote während und nach dem Studium (PJ-ler als billige Hilfskräfte der Kliniken, insbesondere in der Chirurgie: „Maul halten und Haken halten“) gesenkt werden, dies mag auch ein Zeichen fehlender Wertschätzung sein.

Mit weiterem Ausbau der vorhandenen Strukturen, insbesondere des Kompetenzzentrums Allgemeinmedizin sollten die Ärzte die zusätzlich für die Niederlassung notwendigen Kompetenzen (Betriebsführung, Hygiene, Mitarbeiterführung, Ausbilder, IT, etc.) erhalten.

Ich bin gerne bereit, Ihre Fragen zu beantworten bzw. weitere Erklärungen zu geben, in unserer Praxis haben wir bisher 6 Kollegen weitergebildet und werden dies auch weiter tun.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Armin Schütz

Vorstand Ärztenetz Rhein-Main
Weiterbündungsverbund Allgemeinmedizin Rhein-Main
Internist, Palliativmedizin, Notfallmedizin, Sportmedizin, Geriatrie
Schulstraße 70
65474 Bischofsheim

Weiterbundesverbund
Allgemeinmedizin Rhein-Main
Dr. med. Armin Schütz
Schulstraße 70
65474 Bischofsheim

Bischofsheim, 13.11.2021

Sozial- und Integrationspolitischer Ausschuss des Hessischen Landtages
z. H. Frau A. Bartl
Schlossplatz 1-3

65183 Wiesbaden

Sehr geehrte Frau Bartl,

wir haben als Weiterbildner für Allgemeinmedizin im Ärztenetz Rhein-Main mögliche Auswahlkriterien für Bewerber der geplanten Landarztquote entwickelt.

Neben den schon beschriebenen Berufsausbildungen in sozialen Bereichen halten wir gesellschaftliches Engagement neben der Ausbildung, der Schule oder dem Studium als Kriterium für deutlich wichtiger, da sich darin eine hohe intrinsische Motivation, breites Interesse und ein gutes Zeitmanagement erkennen lässt.

Inhaltlich könnte dies Engagement als z.B. Trainer in Sportvereinen oder Tätigkeit in Naturschutzverbänden wie Nabu bzw. BUND bzw. in kirchlichen Institutionen, Pfadfinder aber auch Dritt-Welt-Aktionen, Flüchtlingshilfe oder politisches Engagement auch als z.B. Schulsprecher o.ä. sein. Ein solche Tätigkeit führt zudem auch zu einer entsprechenden lokalen Bindung.

Darüber hinaus würden wir nach einer ersten Auswahl die Bewerber in einem mehrtägigen Praktikum ähnlich wie dem Blockpraktikum Allgemeinmedizin kennenlernen wollen. Wir glauben, dass sich das Interesse für den Beruf (insbesondere als Landarzt) aber auch Softskills wie kommunikative Fähigkeit und Empathie ähnlich wie bei den fortgeschrittenen Studenten erkennen lässt.

Ich bin gerne bereit, Ihre Fragen zu beantworten bzw. weitere Erklärungen zu geben, in unserer Praxis haben wir bisher 6 Kollegen weitergebildet und über 60 Blockpraktikumsstudenten der Uni Mainz betreut.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Armin Schütz
Vorstand Ärztenetz Rhein-Main
Weiterbundesverbund Allgemeinmedizin Rhein-Main
Internist, Palliativmedizin, Notfallmedizin, Sportmedizin, Geriatrie
Schulstraße 70
65474 Bischofsheim

Klinikverbund Hessen e.V. | Forsthausstraße 1-3 | 35578 Wetzlar
Gesundheitsausschuss des Hessischen Landtags

Reinhard Schaffert
Geschäftsführer

Telefon: +49 171 99 53 045
r.schaffert@klinikverbund-hessen.de

Geschäftsstelle

Forsthausstraße 1-3
35578 Wetzlar

Telefon: +49 6441 897 43 41
gf@klinikverbund-hessen.de
www.klinikverbund-hessen.de

Wetzlar, 3. November 2021

Stellungnahme zum Entwurf des Gesetzes zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Hessen sowie zur Anpassung weiterer Rechtsvorschriften

Sehr geehrte Damen und Herren,

gerne nimmt der Klinikverbund Hessen e. V. die Gelegenheit zur Stellungnahme im Rahmen der Anhörung des Sozial- und Integrationspolitischen Ausschusses des Hessischen Landtags zu dem Gesetzentwurf der Landesregierung für ein *Gesetz zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Hessen sowie zur Anpassung weiterer Rechtsvorschriften* –Drucksache 20/6367 – wahr. Im Vorfeld der mündlichen Anhörung erhalten Sie hiermit unsere schriftliche Stellungnahme:

Artikel 1: Gesetz zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Hessen

Allgemein

Grundsätzlich begrüßt der Klinikverbund Hessen e. V. Maßnahmen, die zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung und des öffentlichen Gesundheitsdienstes beitragen. Denn eine Unterversorgung im hausärztlichen Bereich wirkt sich auch auf die Kliniken z. B. durch erhöhte Inanspruchnahme der Notaufnahmen oder Verzögerung der Einweisung bei indizierter stationärer Behandlung nachteilig aus. Auch auf einen ausreichend besetzten öffentlichen Gesundheitsdienst sind die Krankenhäuser angewiesen.

Hinsichtlich des mit dem Gesetzentwurf eingeführten Modells, die Vergabe von Studienplätzen mit einer vertraglichen Verpflichtung zur anschließenden hausärztlichen Tätigkeit bzw. Tätigkeit im öffentlichen Gesundheitsdienst zu verknüpfen, gibt es allerdings aus unserer Sicht im Wesentlichen zwei allgemeine Anmerkungen:

1. Ein Bedarf an Fachärztinnen und -ärzten besteht in absehbarer Zeit nicht nur in der Hausarztversorgung oder dem ÖGD, sondern ist auch – vor allem in ländlichen Regionen – in den Krankenhäusern zu erwarten bzw. teilweise bereits Realität. Die Festlegung der Studierenden auf eine Tätigkeit im hausärztlichen Bereich oder dem ÖGD bei unveränderter Anzahl von Studienplätzen entzieht daher den Krankenhäusern potenzielle Nachwuchskräfte und führt zu einem verschärften Wettbewerb der Kliniken um die verbleibenden Absolventinnen und Absolventen.

Gleichzeitig bilden die Krankenhäuser die zukünftigen Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin bzw. Öffentliches Gesundheitswesen in den klinischen Fächern aus, ohne sie später selbst als Fachärzte weiterbeschäftigen zu können.

Grundsätzlich und unabhängig von der Regelung des Gesetzentwurfes ist es aus Sicht des Klinikverbunds Hessen e. V. daher erforderlich, die Anzahl der Studien- und Weiterbildungsplätze insgesamt zu erhöhen. Die Landesregierung wird gebeten, im Rahmen ihrer Möglichkeiten darauf hinzuwirken.

2. Der Langzeiterfolg einer solchen Studienvertragsregelung ist nach unserer Ansicht kritisch zu bewerten. Der Zeitraum vom Studienbeginn bis zum Abschluss der Weiterbildung beträgt mindestens 8 Jahre, realistischerweise – unter anderem durch die inzwischen oft praktizierte Weiterbildung in Teilzeit – eher 10 bis 12 Jahre. Eine Zeitbegrenzung für Studium und Weiterbildung sieht der Gesetzentwurf nicht vor, so dass der Abschluss auch noch länger dauern kann. Für den heute absehbare Mangel stehen die für das Gesetz infrage kommenden Studierenden noch nicht zur Verfügung.

Zudem fällt Studium und Weiterbildung bei den meisten Menschen in einen Lebensabschnitt, der oft mit Veränderungen der Lebenssituation – wie Partnerschaft und Familiengründung – verbunden ist. Ob dann am Ende der Weiterbildung in vielen Fällen noch ausreichend Motivation und Mobilität besteht, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten, erscheint fraglich.

Es sollte daher eine realistische Abwägung zwischen dem Aufwand einer solchen gesetzlichen Regelung und dem zu erwartenden Erfolg vorgenommen werden.

Artikel 2 Änderung des Heilberufsgesetzes

Zu Nr. 7: Änderung § 29 Abs. 5 Satz 1 und 2 Heilberufsgesetz

Die Änderung im Sinne der Ermöglichung einer Weiterbildung im ambulanten Bereich in Teilzeit mit einem Viertel der Wochenarbeitszeit einer Vollzeitstelle entspricht der Regelung der Musterweiterbildungsordnung. Dies ermöglicht sicher eine bessere Berücksichtigung besonderer Lebensumstände und der Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Gleichwohl kann hinterfragt werden, ob dies einer qualifizierten fachlichen Weiterbildung sowohl im Hinblick auf die entsprechende Verlängerung der Weiterbildungsdauer als auch bezüglich der Vermittlung der Weiterbildungsinhalte dienlich ist.

Artikel 3 Änderung des Hessischen Krankenhausgesetzes 2011

Zu Nr. 2: Änderung § 3 Abs. 1 HKHG

Nach der derzeitigen Rechtslage und im Hinblick auf beihilfe-, vergabe- und EU-rechtliche Vorgaben erscheint dem Klinikverbund Hessen e. V. die Ausdehnung der Gewährleistung der Krankenhausversorgung auf Sonderstatusstädte, in denen ein Krankenhaus betrieben wird, sinnvoll, um eine Gleichstellung zu



anderen kommunalen Trägern sowie die Wettbewerbsfähigkeit gegenüber privaten oder freigemeinnützigen Trägern zu erreichen.

Zugleich wird zu bedenken gegeben:

1. Die Notwendigkeit der finanziellen Unterstützung eines Krankenhauses durch dessen Träger ist ein Symptom einer unzureichenden Krankenhausfinanzierung. Dies gilt aus Sicht des Klinikverbundes Hessen sowohl im investiven Bereich mit Zuständigkeit des Landes als auch bei den Vergütungen durch die Krankenkassen für die Versorgung der Patientinnen und Patienten im Rahmen des bundesweiten Entgeltsystems. Beide Finanzierungsanteile müssen derart ausgestaltet sein, dass ein Krankenhaus unabhängig von der Größe und ohne Notwendigkeit einer ständigen Leistungsausweitung auskömmlich finanziert ist. Dies ist aktuell nicht der Fall. Einerseits zwingen fehlende Investitionsmittel die Krankenhäuser dazu, betriebliche Erlöse für notwendige Investitionen zu verwenden. Andererseits brechen gerade in der aktuellen Situation die Erlöse ein, da die zugrundeliegenden Leistungen aufgrund der Pandemie nicht mehr im gleichen Umfang erbracht werden können und zudem einer Leistungsausweitung auch ohne Pandemie Grenzen gesetzt sind. Zusätzlicher finanzieller Druck entsteht durch das Einsparverhalten der Krankenkassen sowie die inzwischen regelmäßigen politisch motivierten systemfremden Manipulationen des Entgeltsystems.

Die zusätzliche Finanzierung der Krankenhäuser durch die Träger – bei kommunalen Trägern mithin durch die Steuerzahler – kann keine Lösung sein, sondern stützt die Mängel der regulären Finanzierung.

2. Die Sicherstellung der Krankenhausversorgung durch Städte und Landkreise ist verhältnismäßig kleinteilig und wird der heutigen Versorgungssituation und -notwendigkeit nicht mehr gerecht. In der aktuellen Debatte um die Krankenhausstrukturen wird eine abgestimmte und abgestufte Versorgung gefordert. Einzelne Landkreise und Städte können nicht alleine die gesamte medizinische Versorgung ihrer Bürger gewährleisten. Vielmehr ist eine überregionale Abstimmung des jeweils geeigneten Leistungsspektrums und für bestimmte Leistungen eine abgestufte Zentralisierung erforderlich. Hierfür muss zukünftig ein gesetzlicher Rahmen geschaffen werden.

Zu Nr. 4: Änderung § 12 HKHG

Die Einführung der Verpflichtung zur Vorsorge einer datenschutzgerechten Sicherung der (Patienten-)Daten im Fall einer Schließung oder Insolvenz des Krankenhauses wird grundsätzlich unterstützt. Allerdings ist die Finanzierung der dazu notwendigen Maßnahmen und des auch nach der Schließung erforderlichen Weiterbetriebs des entsprechenden Datenarchivs völlig ungeklärt. Die Krankenhäuser müssen diesen Aufwand und die dafür erforderlichen Rückstellungen aus ihren Erlösen erwirtschaften, was angesichts der oben bereits geschilderten prekären Finanzsituation nicht realistisch erscheint. Daher fordert der Klinikverbund Hessen e. V. eine angemessene Förderung dieser Maßnahmen.

Zu Nr. 7: Änderung § 22 Abs. 5 HKHG

Buchstabe a:

Die Möglichkeit, Pauschalfördermittel auch für die mit dem KHZG eingeführten und in § 14a Abs. 2 KHG genannten Tatbestände verwenden zu können, ist aus Sicht des Klinikverbunds Hessen nicht nur sinnvoll, sondern zwingend erforderlich, da die Krankenhäuser entsprechende Maßnahmen auch unabhängig von der konkreten KHZG-Fördersumme umsetzen müssen.



Davon unberührt bleibt die grundsätzliche Kritik an der im Verhältnis zu den notwendigen Investitionen insgesamt unzureichenden Investitionsförderung nach dem KHG sowie an der Tatsache, dass das Land Hessen – im Gegensatz zu einigen anderen Ländern – lediglich die Hälfte der notwendigen Eigenmittel für die durch das KHZG geförderten Maßnahmen übernimmt.

Buchstabe b:

Grundsätzlich wird die Privilegierung von Krankenhausverbänden im Rahmen der Krankenhausförderung unterstützt. Zur konkreten Umsetzung im Gesetzentwurf haben wir jedoch zwei Anmerkungen:

1. Der in § 22 Abs. 5 Satz 1 (neue Fassung) genannte Stichtag 01.01.2000 weicht vom bisher in § 22 Abs. 5 Satz 1 (alte Fassung) genannten Stichtag 31.12.1993 ab. Ein nachvollziehbarer sachlicher Grund hierfür ist uns nicht ersichtlich. Damit werden Krankenhausverbände von der Privilegierung ausgeschlossen, die sich zwischen dem 01.01.1994 und dem 31.12.1999 gegründet haben, obwohl sie den genannten Kriterien entsprechen und damit bereits seit langem zu den in der Begründung genannten Zielen beitragen. Aus Sicht des Klinikverbands Hessen ist daher der Stichtag in § 22 Abs. 5 Satz 1 HKHG entsprechend der alten Fassung mit „nach dem 31. Dezember 1993“ oder „ab dem 01. Januar 1994“ zu fassen.
2. Ausweislich der Begründung ist das eigentliche Ziel dieser Regelung die Förderung einer qualitativ hochwertigen und wirtschaftlichen Krankenhausversorgung, für die eine Verbundbildung als vorteilhaft angesehen wird. Ein gesellschaftsrechtlicher Verbund ist allerdings für dieses Ziel weder eine Garantie noch zwingend Voraussetzung. Wichtiger ist aus Sicht des Klinikverbands Hessen eine Abstimmung der Versorgung und entsprechender Leistungen zwischen Krankenhäusern und anderen Leistungserbringern mit einer Abstufung je nach Kompetenz und Leistungsfähigkeit. Kriterien für eine derart abgestimmte und abgestufte regionale Versorgung als gesetzliche Voraussetzung für eine bevorzugte Förderung würde entsprechende Maßnahmen auch über Trägergrenzen und Sektorengrenzen hinweg begünstigen und gleichzeitig die kartellrechtliche Problematik weitgehend umgehen.

Mit freundlichen Grüßen,



Reinhard Schaffert



Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. · Postfach 2170 · 65011 Wiesbaden

Hessischer Landtag
z. Hd. Herrn Moritz Promny
Schlossplatz 1-3
65183 Wiesbaden

**Deutsche Gesellschaft
für Innere Medizin**

Geschäftsstelle Wiesbaden
Irenenstraße 1 · 65189 Wiesbaden

Tel.: 0611 2058040-0 · Fax: 0611 2058040-46
E-Mail: info@dgim.de
Internet: www.dgim.de

Dependance Berlin
Oranienburger Str. 22 · 10178 Berlin
Tel.: 030 24625900 · Fax 030 24625905

Wiesbaden, 11.11.2021

Stellungnahme zu dem Gesetzentwurf der Landesregierung für ein Gesetz zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung und des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Hessen sowie zur Anpassung weiterer Rechtsvorschriften (Bezugnehmend auf die Stellungnahme des BDI und der DGIM zum Kabinettsentwurf für ein Gesetz zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung und des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Hessen (GHVÖG) vom 15.07.2021)

Sehr geehrter Herr Promny, sehr geehrte Damen und Herren,

hausärztlich tätige Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin übernehmen etwa ein Drittel der hausärztlichen Versorgung Erwachsener in Hessen, mit deutlich steigender Tendenz (Hessenweit 2.698 Allgemeinmediziner, 1.183 Hausärztliche Internisten, Stand 31.12.2020 Bundesarztregister).

Internistinnen und Internisten sind in der Hausarztpraxis in Pflichten und Abrechnungsmodalitäten den Fachärztinnen und Fachärzten für Allgemeinmedizin gleichgestellt. Die Weiterbildung in der Inneren Medizin ist vielfältig und anspruchsvoll und wird in besonderem Maße den komplexen Krankheitsbildern einer älter werdenden Gesellschaft in der ambulanten Versorgung gerecht. Die erlangten medizinischen Fähigkeiten entsprechen in Teilen denen niedergelassener Fachinternistinnen und Fachinternisten und werden in die hausärztliche Versorgung eingebracht.

Im Gesetzentwurf der Landesregierung für ein Gesetz zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung und des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Hessen (GHVÖG) Druck 20/6367 vom 11.09.2021 wird in § 2 Zulassungsvoraussetzungen Nr.1 **lediglich die Weiterbildung im Gebiet Allgemeinmedizin oder Kinder- und Jugendmedizin verpflichtend erwähnt. In diesem Fall hätten Bewerberinnen und Bewerber nicht die Möglichkeit, eine Weiterbildung im Gebiet Innere Medizin zu absolvieren, obwohl dieses Fachgebiet ca. ein Drittel der heutigen Hausärztinnen und Hausärzte hervorbringt.** Das kann so nicht gemeint sein.

Es ist daher eine zwingende Notwendigkeit, die **Weiterbildung Innere Medizin** in diesen Passus mit aufzunehmen (Bsp. „unverzüglich nach Erhalt der Approbation eine Weiterbildung im Gebiet Allgemeinmedizin, Innere Medizin oder Kinder- und Jugendmedizin in Hessen zu absolvieren“).

Dies entspricht der jetzigen und zukünftigen hausärztlichen Versorgungssituation und stellt die erforderliche Gleichbehandlung von Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern und hausärztlich tätigen Internistinnen und Internisten in der hausärztlichen Versorgung her.

Auf die große Zahl der hausärztlichen Internistinnen und Internisten in diesem Gesetz zu verzichten, würde den beabsichtigten Erfolg des Gesetzes gefährden.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. med. Markus M. Lerch
DGIM Vorsitzender



Prof. Dr. med. Georg Ertl
DGIM Generalsekretär



Dr. med. Marcel Schorlepp
Vorsitzender der AG Hausärztliche Internisten in der DGIM

SOZIALVERBAND

VdK

HESSEN-THÜRINGEN



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

Hessischer Landtag

Per E-Mail:
a.bartl@ltg.hessen.de
m.sadkowiak@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, 12.11.2021

Stellungnahme zum Entwurf des Gesetzes zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung und des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Hessen, Drucksache 20/6367

Sehr geehrter Herr Promny,

vorab bedanken wir uns bei Ihnen für die Möglichkeit eine Stellungnahme zum Entwurf des Gesetzes zur Sicherung der landärztlichen Versorgung abgeben zu dürfen.

Grundsätzlich begrüßt der VdK Hessen-Thüringen die Einführung von „Vorabquoten“.

Die aktuelle Corona-Pandemie hat gezeigt, wie wichtig der öffentliche Gesundheitsdienst ist. Auch im Bereich der Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung ist die Vorabquote zu begrüßen.

Einige Bundesländer, wie Nordrhein-Westfalen und Bayern, haben bereits eine „Landarztquote“ eingeführt und das Angebot wird erfolgreich angenommen.

Der vorliegende Gesetzentwurf sieht mit der Einführung der Quote neue Zulassungsvoraussetzungen bzw. ein neues Auswahlverfahren vor. Der Sozialverband VdK begrüßt dies 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.

Auch die Möglichkeit Studierenden die Teilnahme an einem Schwerpunktcurriculum zur Vorbereitung auf eine hausärztliche Tätigkeit zu geben, wird, wie auch die Förderung von Studierenden durch ein Stipendium und die damit verbundene Bezuschussung, durch einen Festbetrag sehr begrüßt und kann einen Anreiz schaffen, die landärztliche Versorgung sicherzustellen.

Jedoch möchten wir darauf hinweisen, dass die Einführung einer Landarztquote nur ein Ansatz für die Behebung des hausärztlichen Mangels ist. Um mehr junge Menschen dazu zu bewegen, sich als Hausarzt auf dem Land niederzulassen, müssen sowohl die Tätigkeit als auch die Rahmenbedingungen attraktiver werden.

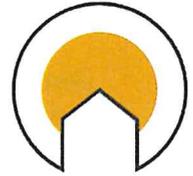
Der VdK Hessen-Thüringen regt daher an, dass das Land Hessen folgende Maßnahmen unterstützt und fördert:

- **Entlastung der Hausärzte durch Gemeindefachkräften in Hessen:** Um Ärzte in ländlichen Regionen zu entlasten, können Gemeindefachkräften 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. In Thüringen wird seit einigen Jahren das Projekt TeleDoc Plus erfolgreich eingesetzt. Hierbei besucht eine Praxisassistentin die Patienten zuhause und der Arzt kann bei Bedarf per Video zugeschaltet werden.
- **Auf- und Ausbau Medizinischer Versorgungszentren:** Durch die Gründung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) können Lücken in der haus- und fachärztlichen Versorgung vermieden werden. So können unbesetzte Arztsitze von der Kassenärztlichen Vereinigung erworben und zu attraktiven Arbeitsbedingungen angeboten werden. Die Vorteile eines MVZ bestehen unter anderem in der Interdisziplinarität sowie der Möglichkeit, Zweigpraxen in Regionen zu eröffnen, wo eine ärztliche Unterversorgung droht. Zudem wünschen sich junge Ärztinnen und Ärzte zunehmend eine Tätigkeit in einem Angestelltenverhältnis, was die Attraktivität des Arztberufs auch in ländlichen Regionen fördert.
- **Regionale Vermittlungsprogramme:** Neben MVZs sind regionale Programme zur Begleitung und Förderung von jungen Ärztinnen und Ärzten insbesondere im Bereich der Allgemeinmedizin aufzubauen. Landkreise können hier durch Vermittlungsangebote und Hospitationsmöglichkeiten selbst aktiv werden, wie die positiven Erfahrungen mit der Hausarztakademie im Landkreis Hersfeld-Rotenburg oder der Landpartie Werra-Meißner-Kreis zeigen.
- **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.
- **Verbesserung der Infrastruktur:** Regionale Herausforderungen wie fehlende Kinderbetreuung- oder Einkaufsmöglichkeiten können dabei durch eine verbesserte Infrastruktur überwunden werden. Auch eine gute soziale und kulturelle Infrastruktur motiviert Ärzte, sich in ländlichen Regionen niederzulassen.

Mit freundlichen Grüßen



Paul Weimann
Landesvorsitzender



Landesverband der Privatkliniken in Hessen e.V. | Zeil 127 | 60313 Frankfurt

An den
Sozial- und Integrationspolitischen
Ausschuss des Hessischen Landtags
Schlossplatz 1-3
65183 Wiesbaden

Landesverband
der Privatkliniken
in Hessen e.V.

1. Vorsitzender
Georg Freund
2. Vorsitzender:
Dr. Florian Brandt

Geschäftsführerin
Aguedita Afemann

Telefon 069-59779303
a.afemann@vdpk.de
www.vdpk.de

Postanschrift
Postfach 60 05 67
60335 Frankfurt

Büroadresse
c/o WorkRepublic
Zeil 127
60313 Frankfurt

Bankverbindung
IBAN DE28 5108 0060
0012 5751 00
BIC: DRESDEFF510

Amtsgericht
Frankfurt: VR 16717

Frankfurt a.M., 18.11.2021

Stellungnahme

Gesetz zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung und des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Hessen sowie zur Anpassung weiterer Rechtsvorschriften – Drucks. 20/6367

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank, dass Sie uns die Möglichkeit einräumen, eine Stellungnahme zu den geplanten gesetzlichen Änderungen abzugeben. Wir möchten uns zum geplanten Gesetz zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung und des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Hessen äußern sowie zu den geplanten Änderungen im Hessischen Krankenhausgesetz.

A) Betrifft Änderung des Hessischen Krankenhausgesetzes 2011

Nr. 2 Änderung in §3 Abs. 1 – Sonderstatus-Städte

Wir lehnen die Änderung ab, weil damit eine dritte Säule der Krankenhausfinanzierung ausgeweitet und zementiert wird – nämlich die der Defizitfinanzierung.

Mit der neuen Regelung sollen beihilferechtliche Hindernisse für die Kommunen beseitigt werden. Dies führt zu einer Benachteiligung der privaten und freigemeinnützigen Träger im Wettbewerb. Denn die Defizitfinanzierung kommt quasi einem Bestandsschutz gleich und führt dazu, dass notwendige Strukturreformen zum Wohle der Patienten nur sehr verzögert oder nur einseitig durch ausschließlich private oder freigemeinnützige Träger und deren Kliniken stattfinden. Eine solche Vorgehensweise würde die Bemühungen um eine geordnete, strukturierte und an Qualitätszielen orientierte Versorgung diametral zuwiderlaufen. Es gilt auch hier, das Gebot der Trägervielfalt zu beachten. Dieses ist nicht nur im Hessischen Krankenhausgesetz (§1 Abs. 3 HKHG 2011) verankert, sondern auch im Krankenhausfinanzierungsgesetz (§1 Abs. 2 S.1 KHG).

Ein Markt, unterschiedliche Träger, gleiche Rahmenbedingungen

Alle Krankenhäuser - gleich welcher Trägerschaft - agieren auf einem Markt. Sie haben die gleichen Rechte und Pflichten. So ist auch die Krankenhausfinanzierung für alle einheitlich geregelt. In Deutschland stützt sich diese auf zwei Säulen: die Investitionsfinanzierung durch die Länder und die Finanzierung der Betriebskosten durch die Krankenkassen. Damit folgt die Krankenhausfinanzierung dem Prinzip der *dualen Finanzierung*. Eine dritte Säule (der *Defizitfinanzierung*) für kommunale Träger ist explizit nicht vorgesehen und damit systemwidrig. Die beiden Säulen der dualen Finan-

zierung müssen auskömmlich ausgestaltet werden und unabhängig von der Trägerstruktur allen Kliniken zur Verfügung gestellt werden.

Eigenverantwortlich wirtschaftende Krankenhäuser

In Hessen gibt es einige Häuser in kommunaler Trägerschaft, die ohne die jährlichen Zuwendungen aus dem kommunalen Haushalt nicht überlebensfähig wären. Hier stellt sich die Frage, ob es sich bei den Häusern tatsächlich noch um *eigenverantwortlich wirtschaftende* Krankenhäuser im Sinne des §1 Abs. 1 HKHG 2011 handelt.

Die Gründe, weshalb Krankenhäuser defizitär sind, sind vielfältig. Allerdings steht außer Frage, dass ein Hauptgrund darin liegt, dass die Länder seit vielen Jahren ihrer Investitionsverpflichtung nicht ausreichend nachkommen, so dass Kliniken notwendige Investitionen aus dem laufenden Betrieb erwirtschaften müssen. Jedoch sehen sich dieser Herausforderung die Kliniken aller Trägergruppen gegenüber.

Des Weiteren hat sich gezeigt, dass das DRG-System Vorhaltekosten nicht ausreichend abbildet. Das Problem ist auf bundespolitischer Ebene im Zuge der Pandemie erkannt worden und es besteht weitestgehend Konsens, dass Vorhaltekosten nicht mehr fallbezogen, sondern pauschal vergütet werden sollten. Es ist zu hoffen, dass die neue Bundesregierung hierfür kurzfristig die notwendigen gesetzlichen Anpassungen auf den Weg bringt, die allen Trägern zu Gute kommen.

Bleibt also noch die Frage, weshalb es den privaten Trägern scheinbar besser gelingt, mit den wirtschaftlich schwierigen Rahmenbedingungen zurechtzukommen? Ein Grund hierfür ist sicherlich, dass der bereits erwähnte *Bestandsschutz* fehlt. Daraus resultiert eine hohe Veränderungsbereitschaft, um dem Versorgungsauftrag gerecht zu werden. Die Veränderungsbereitschaft manifestiert sich in Form von Prozessverbesserungen oder auch sinnvollen Erweiterungen des Leistungsspektrums und/oder dem Eingehen von Kooperationen innerhalb des eigenen Klinikverbundes oder mit anderen externen Partnern. Die kommunalen defizitären Häuser müssen sich daher die Frage gefallen lassen, weshalb es ihnen nicht gelingt, sich an die aktuellen Rahmenbedingungen anzupassen, um aus eigener Kraft im Wettbewerb zu bestehen.

Verbundstrukturen stärken

Hessen hatte mit dem Konzept der Förderung von Verbundstrukturen 2012/13 wichtige Impulse für die Erhaltung von Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft gesetzt. Was ist daraus geworden? Haben die Ideen in der Praxis im ausreichenden Maße Einzug erhalten? Gibt es zwischen den kommunalen Trägern im Land ein gemeinsames Commitment, abgestufte Behandlungsangebote zu etablieren oder überwiegt der Wettbewerbsgedanke innerhalb der kommunalen Trägerschaft?

Der über Jahre stattfindende Defizitausgleich – ob beihilfewidrig oder nicht - benachteiligt nicht nur die freigemeinnützigen und privaten Träger, sondern hemmt auch notwendige Reformen in der Gesundheitsversorgung, von denen beispielsweise auch die kommunalen Großkrankenhäuser profitieren könnten.

Finanzielle und personelle Ressourcen sind begrenzt, so dass das Gebot der Stunde einmal mehr *Kooperation* lautet, um der hessischen Bevölkerung in Stadt und Land eine qualitativ hochwertige und abgestufte Versorgung zu bieten. Wir begrüßen daher ausdrücklich, dass Verbundstrukturen weiterhin vom Land gefördert werden. Wir regen jedoch an, den *Punkt Nr. 7 b § 22 Abs. 5 Nr. 1* HKHG 2011 nochmal zu prüfen, denn durch die Änderung der ursprünglichen Frist (31.12.1993) auf jetzt den 1. Januar 2000 könnten Verbünde das Nachsehen haben, die sich ggf. vorher gebildet haben. Eine sachliche Begründung für die nun vorgeschlagene Verschiebung der Frist ist nicht ersichtlich und damit unseres Erachtens sachwidrig. Sie würde damit bestehende Verbünde (gegründet zwischen 1993 und 2000) ungerechtfertigt und nicht nachvollziehbar benachteiligen und im Ergebnis möglicherweise dazu führen, dass

sich in dieser Zeit konstituierte Verbände auflösen und neu finden müssten. Dafür ist kein Argument ersichtlich und eine derartige Entwicklung liefe der Intention des Gesetzes zuwider. Die Frist war im Übrigen bereits Gegenstand in den parlamentarischen Beratungen 2018 (Siehe hierzu: Drucksache 19/147 – Änderungsantrag CDU/Bündnis 90 DIE GRÜNEN).

Abschließend schlagen wir vor, die Idee eines Krankenhausgipfels, von dem in der parlamentarischen Debatte ab und an zu hören war, 2022 umzusetzen, jedoch unter Einbezug aller Akteure im hessischen Gesundheitswesen. Denn die Zukunft ist *sektorfrei*. Lassen Sie uns ein gemeinsames Zielbild für die Gesundheitsversorgung 2030 entwerfen - als Gestalter und nicht als Getriebene.

Die Hessische Krankenhausgesellschaft, bei der wir als Verband auch Mitglied sind, hat kürzlich ein Thesenpapier zur Neuorganisation der Gesundheitsstrukturen an die Fraktionen des Hessischen Landtags verschickt. Die darin skizzierten Handlungsfelder können als Anregung dienen, wie die Gesundheitsversorgung von morgen in Hessen aussehen kann.

B) Gesetz zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung und des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Hessen

Es ist zu begrüßen, dass das Land Wege sucht, die hausärztliche Versorgung in unterversorgten und von Unterversorgung bedrohten Gebieten zu sichern. Nachvollziehbar erscheinen auch die Bemühungen um den ärztlichen Nachwuchs im öffentlichen Gesundheitsdienst. Der vorgeschlagene Gesetzesentwurf kann jedoch nur *ein* Baustein in der Nachwuchsgewinnung sein.

Unklar bleibt, wie viele Studienplätze konkret für die Sicherung der hausärztlichen Versorgung und des öffentlichen Gesundheitsdienstes pro Jahr zur Verfügung stehen. Wichtig wäre, dass diese Plätze *zusätzlich* zu der bereits bestehenden Zahl an Studienplätzen geschaffen werden, damit am Ende des Tages nicht ärztliches Personal im stationären oder sonstigen (fachärztlichen) niedergelassenen Bereich fehlt. Lediglich eine Umverteilung der Studienplätze wird dem künftigen Bedarf im ärztlichen Dienst nicht gerecht werden.

Der Gesetzesentwurf führt in § 2 Nr. 1 lediglich die Weiterbildungen im Gebiet der Allgemeinmedizin und Kinder- und Jugendmedizin auf. Vor dem Hintergrund, dass rund ein Drittel der hessischen Hausärzte über eine Weiterbildung im Gebiet der Inneren Medizin verfügen, sollte überlegt werden, ob diese Weiterbildungsmöglichkeit nicht noch ergänzt werden sollte.

Lange Vertragsbindung und hohe Vertragsstrafe

Obgleich der Blick in andere Bundesländer (z.B. NRW) zeigt, dass eine lange Vertragsbindung und eine hohe Vertragsstrafe Bewerber nicht abschreckt, sich für die Studienplätze zu bewerben, bleibt abzuwarten, wie viele Teilnehmer am Ende des Tages tatsächlich ihre vertraglichen Verpflichtungen in Gänze erfüllen werden. Weiß man tatsächlich schon vor der ersten Vorlesung, was einen im Medizinstudium erwartet und wie vielfältig die Berufswege als Arzt sein können? Auch in den Krankenhäusern zeigt sich immer wieder, dass Assistenzärzte im Laufe ihrer Facharztausbildung einen anderen Interessenschwerpunkt herausbilden und die Fachrichtung wechseln.

In den Gesetzen der anderen Bundesländer lässt sich aus den öffentlich-rechtlichen Verträgen entnehmen, dass die zehnjährige Tätigkeit auch als angestellter Arzt in einer Vertragsarztpraxis erfolgen kann und die eigene Niederlassung somit nicht die einzige Option nach Ende der Facharztausbildung ist. Ggf. sollte dies im vorliegenden Gesetzesentwurf (§ 2 Nr. 2) noch ergänzt werden bzw. klargestellt werden, dass eine vertragsärztliche Tätigkeit im hausärztlichen Versorgungsbereich auch eine ange-

stellte Tätigkeit umfassen kann. Schließlich steigt die Zahl der Ärzte, die eine Festanstellung der Niederlassung vorziehen.

Außerkräftsetzen & Bindung öffentlich-rechtlicher Vertrag

Sollte das Gesetz noch 2021/22 in Kraft treten, startet der erste Jahrgang Studierender nach diesem Gesetz frühestens 2022/23. Die Regelstudienzeit in Medizin beträgt 12 Semester, das bedeutet, dass Gesetz tritt außer Kraft (31.12.2028) wenn die ersten ihr Studium beendet haben. Ist das gewollt? Endet dann automatisch auch der öffentlich-rechtliche Vertrag?

Unterversorgung schon heute begegnen

Bis die ersten Jahrgänge in die Niederlassung wechseln, wird ein Jahrzehnt vergehen. Wie die Gesundheitsversorgung in den 2030er Jahren organisiert sein wird, kann heute noch niemand beantworten. Wahrscheinlich scheint, dass sich der Trend zur Digitalisierung weiter fortsetzen wird. Wie wird dies die wohnortnahe Versorgung verändern?

In dem Jahrzehnt, das vor uns liegt, sollte sich das Land dafür einsetzen, dass Krankenhäuser – vor allem im ländlichen Raum – für die ambulante Leistungserbringung weiter geöffnet werden oder auch intersektorale Gesundheitszentren entstehen. Beides kann Unterversorgung entgegenwirken und intersektorale Gesundheitszentren können zudem Zukunftsmodelle für ländliche Krankenhäuser sein.

Öffentlicher Gesundheitsdienst

Im Bereich des öffentlichen Gesundheitsdienstes zeigt die Diskussion auf Bundes- und Landesebene, dass die Gewinnung von Nachwuchskräften oft am Gehalt scheitert. Insofern sollte zuvorderst an dieser Stellschraube gedreht werden, um bereits vor 2030 genügend ärztliche Nachwuchskräfte für die Gesundheitsämter in Stadt und Land zu sichern.

Mit freundlichen Grüßen

Georg M. Freund
Vorsitzender

Aguedita Afemann
Landesgeschäftsführerin

Goethe-Universität Frankfurt am Main
Institut für Allgemeinmedizin · Theodor-Stern-Kai 7 · 60590 Frankfurt

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 zu dem Gesetzentwurf für ein Gesetz zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Hessen sowie zur Anpassung weiterer Rechtsvorschriften – Drucksache 20/6367

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

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

Als Vertreterinnen und Vertreter der drei hessischen Fachbereiche für Medizin in Gießen, Frankfurt und Marburg begrüßen wir sehr die Initiative der hessischen Landesregierung, die hausärztliche Versorgung und den öffentlichen Gesundheitsdienst in Hessen über eine zielgerichtete Ausbildung zu stärken.

Die vorliegende Stellungnahme ist eine konsentiertere Fassung der drei hessischen Dekanate der Fachbereiche Medizin sowie der jeweiligen allgemeinmedizinischen bzw. hausärztlichen Institute und Abteilungen.

Zunächst werden **aus unserer Sicht vier besonders relevante Punkte** aufgeführt, an denen wir konkreten Erörterungs- bzw. Ergänzungsbedarf identifiziert haben. Im Anschluss folgt die Auflistung von weiteren Veränderungen, die wir darüber hinaus ebenfalls empfehlen.

Datum: 16.11.2021

Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main

Studiendekan Klinik Fachbereich
Medizin: Prof. Dr. med. Udo Rolle

Institut für Allgemeinmedizin

Direktor: Prof. Dr. med.
Ferdinand M. Gerlach, MPH

Ansprechpartnerin:
Dr. med. Sandra Herkelmann

Tel.: 069/6301-5687
Fax: 069/6301-6428

E-Mail: herkelmann@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

Justus-Liebig-Universität Gießen

Studiendekan Fachbereich Medizin:
Prof. Dr. med. Dieter Körholz

Institut für Hausärztliche Medizin

Leiter: Prof. Dr. med. Joachim
Kreuder

Tel.: 0641/99-45901
Fax: 0641/99-45909

E-Mail: joachim.g.kreuder@paediat.med.uni-giessen.de

Philipps-Universität Marburg

Studiendekanin Fachbereich Medizin und
Leiterin der Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin:

Prof. Dr. med. Annette Becker,
MPH

Tel: 06421/5864049
Fax: 06421/5861548

E-Mail: annette.becker@staff.uni-marburg.de

1. Verpflichtende Teilnahme am jeweiligen Schwerpunktcurriculum (§ 8 Schwerpunktcurriculum, ebenso Begründung zu § 8)

Empfehlung zu § 8:

Wir empfehlen explizit eine **verpflichtende Teilnahme am jeweiligen Schwerpunktcurriculum** für alle Studierenden der Landarzt- und der ÖGD-Quote.

- **Satz 1** („Die hessischen Fachbereiche für Medizin bieten den Studierenden die Teilnahme an einem Schwerpunktcurriculum zur Vorbereitung auf eine hausärztliche Tätigkeit oder eine Tätigkeit im öffentlichen Gesundheitswesen an.“) sollte **ersetzt werden** durch folgende Formulierung: *„Die Studierenden nehmen zur Vorbereitung auf eine hausärztliche Tätigkeit oder eine Tätigkeit im öffentlichen Gesundheitswesen verpflichtend an dem jeweiligen Schwerpunktcurriculum teil, welches seitens der Universitäten angeboten wird.“*
- Bei Aufnahme der oben vorgeschlagenen Formulierung kann **Satz 3** („Die hessischen Fachbereiche für Medizin können in ihren Studienordnungen festlegen, dass Studierende, die nach § 2 zum Studium der Medizin an hessischen Universitäten zugelassen wurden, bestimmte praktische Abschnitte des Studiums, die in einem engen inhaltlichen Bezug zur hausärztlichen Versorgung stehen, in Gebieten nach § 3 Abs. 1 absolvieren.“) **entfernt** werden, da er inhaltlich in der unsererseits vorgeschlagenen oben stehenden Formulierung zur verpflichtenden Teilnahme am Schwerpunktcurriculum enthalten ist.
- **Satz 2** („Das Nähere regeln die Studienordnungen der Universitäten.“) sollte weiterhin **beibehalten** werden.

Formulierungsvorschlag zu § 8:

- **§ 8 Schwerpunktcurriculum** lautet unserer Empfehlung demnach:
„Die Studierenden nehmen zur Vorbereitung auf eine hausärztliche Tätigkeit oder eine Tätigkeit im öffentlichen Gesundheitswesen verpflichtend an dem jeweiligen Schwerpunktcurriculum teil, welches seitens der Universitäten angeboten wird. Das Nähere regeln die Studienordnungen der Universitäten.“

Begründung:

Wir begrüßen, dass in **§ 8 Schwerpunktcurriculum, Satz 3** unser Vorschlag aufgenommen wurde, dass die hessischen Fachbereiche für Medizin in ihren Studienordnungen festlegen können, dass Studierende, die nach § 2 zum Studium der Medizin an hessischen Universitäten zugelassen wurden, bestimmte praktische Abschnitte des Studiums, die in einem engen inhaltlichen Bezug zur hausärztlichen Versorgung stehen, in Gebieten nach § 3 Absatz 1 absolvieren.

Wir empfehlen allerdings weiterhin explizit eine **verpflichtende Teilnahme am jeweiligen Schwerpunktcurriculum** für alle Studierenden der Landarzt- und der ÖGD-Quote. Diese Verpflichtung muss in dem ohnehin zu schließenden öffentlich-rechtlichen Vertrag nach § 2 und

§ 4 enthalten sein. Aus hiesiger Sicht erscheint die Aufnahme der verpflichtenden Teilnahme am Schwerpunktcurriculum in den öffentlich-rechtlichen Vertrag sachgerecht, da dort alle weiteren Verpflichtungen der Studierenden nach dieser Quote geregelt werden. Dies über die jeweiligen Studienordnungen abzubilden, erscheint nicht sachgerecht, da die Studienordnungen keine expliziten Regelungen für Studierende nach einzelnen Zulassungsquoten enthalten. Wir empfehlen die Supervision der Einhaltung dieser Verpflichtung und das Angebot des Curriculums zu trennen. So liegt die Bereitstellung der Schwerpunktcurricula bei den Universitäten, die Kontrollfunktion bei der zuständigen Stelle nach § 10.

Ein begleitendes, von den Universitäten angebotenes Schwerpunktcurriculum sehen wir sowohl für Studierende der Landarzt- als auch der ÖGD-Quote aus mehreren Gründen als wichtig an:

- Besonders hervorzuheben ist die **Identitätsstiftung** durch die longitudinale Begleitung der Studierenden (durch Mentoren/innen, im „Klassenverband“), da diese die Wahrscheinlichkeit eines **Verbleibs** im entsprechenden Fachgebiet erhöhen und die **Studienabbruch-Quote reduzieren** kann.
- Seitens der Hochschulen ist uns wichtig, die Studierenden, die sich für eine Dauer von insgesamt ca. 20 Jahren vertraglich binden, auf ihrem Weg sowohl speziell inhaltlich als auch persönlich-psychologisch zu **begleiten** und bestmöglich auf ihre Tätigkeit **vorzubereiten**. Eine frühzeitige Vernetzung und Verzahnung der Aus- und Weiterbildung ist ein prägendes Element des „hessischen Wegs“, genauso wie das standortübergreifende Auswahlverfahren und das Schwerpunktcurriculum, und sollte grundsätzlich auch den Studierenden der ÖGD-Quote im Sinne der Gleichbehandlung offenstehen.
- Insbesondere zu Beginn des Studiums fällt es unserer Erfahrung nach Erstsemester-Studierenden im Rahmen eines Anpassungsprozesses schwer, sich eigeninitiativ für ein longitudinales, mehrsemestriges Programm zu entscheiden. Ebenso ist von einer/einem Studierenden im ersten Semester nicht zu erwarten, zu erfassen, wie wichtig die Teilnahme an diesem Schwerpunktcurriculum für die weitere berufliche Vorbereitung sein wird. Da jedoch bei den Studierenden der beiden Quoten vertraglich festgelegt ist, dass diese definitiv für eine lange Zeit in die entsprechenden ärztlichen Tätigkeiten gehen werden, sollte stringenter Weise ebenso die Begleitung und Vorbereitung vertraglich verpflichtend festgelegt werden. Um die Teilnahme der Studierenden am „hessischen Weg“, der gemäß unseren Recherchen in dieser Form bundesweit herausragend ist, zu sichern, ist aus unserer Sicht eine verpflichtende Teilnahme am Schwerpunktcurriculum unabdingbar. Die Etablierung dieser Verpflichtung geht über das Regelwerk der Studienordnungen hinaus, so dass eine in diesem Gesetz verankerte Grundlage notwendig erscheint.
- Diese Punkte sowie die kurz-, mittel- und langfristig beabsichtigte bzw. notwendige Stärkung des Fachgebietes öffentliches Gesundheitswesen (Public Health) an den Hochschulen sprechen für die Implementierung eines Schwerpunktcurriculums auch für die Studierenden der ÖGD-Quote.

2. Prozess- und Ergebnisevaluation: Gesetzliche Legitimation sowie verpflichtende Teilnahme (§ 12 Berichtspflicht, ebenso Begründung zu § 12)

Empfehlungen zu § 12:

- Wir empfehlen die Herstellung einer gesetzlichen Legitimation der Evaluation. Hierzu regen wir die Erweiterung bzw. Umbenennung von „**§ 12 Berichtspflicht**“ durch **Hinzufügen** der Formulierung „**und Evaluation**“ an. Außerdem sollte Satz 1 **ergänzt** werden durch die Formulierung „**und Wirksamkeit** (dieses Gesetzes)“. Desweiteren sollte nach Satz 1 folgende **Formulierung eingefügt** werden: *„Zu diesem Zweck sind wissenschaftlich fundiert Daten durch die beteiligten Universitäten zu erheben, die eine Bewertung der Umsetzung und Wirksamkeit dieses Gesetzes ermöglichen.“* (in Anlehnung an das Landarztgesetz Sachsen-Anhalts, LAAG LSA, § 9 Evaluation, [https://www.landesrecht.sachsen-anhalt.de/perma?j=LArztG_ST ! 1](https://www.landesrecht.sachsen-anhalt.de/perma?j=LArztG_ST!1))
- Wir empfehlen daneben ausdrücklich eine Verpflichtung zur Teilnahme an der Prozess- und Ergebnisevaluation durch **Ergänzung** von § 12 um Satz 3 unseres im folgenden aufgeführten Formulierungsvorschlags: *„Zu dieser Zielerreichung verpflichten sich [...]“*. Die Zuständigkeit der Überwachung bzw. Entscheidung hinsichtlich Vertragsverletzungen sollte der zuständigen Stelle gemäß § 10 obliegen. Daher raten wir zu einer **Ergänzung** von § 12 um Satz 4 und Satz 5 unseres im folgenden dargestellten Formulierungsvorschlags: *„Die Überwachung bzw. Entscheidung, ob eine Vertragsverletzung vorliegt [...]. Die beteiligten Universitäten melden hierzu [...]“*.

Formulierungsvorschlag zu § 12:

- **„§ 12 Berichtspflicht und Evaluation**

Die Landesregierung berichtet dem Landtag bis zum 31. Dezember 2024 und sodann alle drei Jahre über die Erfahrungen bei der Umsetzung **und Wirksamkeit** dieses Gesetzes. *Zu diesem Zweck sind wissenschaftlich fundiert Daten durch die beteiligten Universitäten zu erheben, die eine Bewertung der Umsetzung und Wirksamkeit dieses Gesetzes ermöglichen. Zu dieser Zielerreichung verpflichten sich die Studierenden beider Vorabquoten, über die Dauer des gesamten öffentlich-rechtlichen Vertrages hinweg, an den durch die Universitäten durchzuführenden wissenschaftlichen Prozess- und Ergebnisevaluationen der Landarzt- und ÖGD-Quote mitzuwirken und entsprechende Daten zur Verfügung zu stellen.*

Die Überwachung bzw. Entscheidung, ob eine Vertragsverletzung vorliegt, obliegt dem HLPUG. Die beteiligten Universitäten melden hierzu dem HLPUG anhand eines abgestimmten Verfahrens den Rücklauf der Evaluationen.“

Begründung:

Zur Überprüfung der **Wirksamkeit** der Landarzt- und ÖGD-Quote ist eine wissenschaftliche Prozess- und Ergebnisevaluation durch die Universitäten unabdingbar. Nur so kann systematisch die Praktikabilität und Qualität der Umsetzung sowie – etwa durch langfristige Verbleibstudien – auch die eigentliche **Zielerreichung** festgestellt werden. Die konsequente Evaluation ermöglicht außerdem, im weiteren Prozess die Qualität des Auswahlverfahrens und des Begleitprogramms, der „hessische Weg“, im Studium und in der Weiterbildung zu optimieren und somit zu einer **erfolgreichen Umsetzung des Gesetzes** beizutragen.

- Es herrscht großes wissenschaftliches Interesse anderer Bundesländer an unserem Evaluationskonzept (Modul III des „hessischen Wegs“), so dass Hessen diesbezüglich – ebenso wie mit der Etablierung des Schwerpunktcurriculums – bundesweit eine Pionierstellung einnehmen könnte. Zum gegenwärtigen Konzeptionsstand des Evaluationsmoduls sehen wir uns mit ersten Hindernissen aufgrund der in Deutschland besonders restriktiv ausgelegten EU-Datenschutzgrundverordnung konfrontiert, wenn es beispielsweise darum geht, wichtige unabhängige Variablen zur Evaluation des Auswahlverfahrens zu erheben. Diese Hindernisse könnten – wie in der DSGVO als Recht der Nationalstaaten ausdrücklich vorgesehen – durch eine entsprechende Legitimation im Rahmen dieses Gesetzes beseitigt werden.
- Des Weiteren ist für eine valide und nutzbare Datenerhebung über einen so langen Zeitraum (mindestens im Rahmen der Vertragslaufzeit) eine Verpflichtung zur Teilnahme an der Prozess- und Ergebnisevaluation notwendig: Bewerber/innen (Studierende bis hin zu Fachärzten/innen), die über die Landarzt- und ÖGD-Quote zugelassen werden, sollten sich daher vertraglich zur Mitwirkung an der Evaluation von Bewerbungsbeginn bis Vertragsende verpflichten und den beteiligten Universitäten geeignete Informationen bzw. Daten (etwa über die Aufnahme einer Tätigkeit im ländlichen Raum oder in einem Gesundheitsamt), die für eine wissenschaftliche Evaluation notwendig sind, zur Verfügung stellen.
- Über das Vorliegen einer Vertragsverletzung sollte die zuständige Stelle gemäß § 10 entscheiden. Die Universitäten erklären sich selbstverständlich bereit, anhand eines mit dem HLPUG abgestimmten Verfahrens (Format, Frequenz), diesem regelmäßig Informationen zu den Rückläufen der Evaluation zu übermitteln.

3. Trennung von Supervision und Durchführung des Auswahlverfahrens Stufe 2 (§ 7 Bewerbungs- und Auswahlverfahren, ebenso Begründung zu § 7)

Empfehlungen zu § 7:

- Wir empfehlen eine Trennung der *Supervision* des Auswahlverfahrens (Rolle der Auswahlkommission) von der *Durchführung* des Auswahlverfahrens Stufe 2 (Rolle der Universitäten). In Absatz (2) Satz 3 sollte demnach der Begriff „Durchführung“ durch den Begriff „*Aufsicht*“ ersetzt werden.

- Die Universitäten sollten regelmäßig als inhaltlich-konzeptionelle und organisatorische Institutionen für die *Durchführung* des Auswahlverfahrens der Stufe 2 zuständig sein. In Absatz (4) Satz 4 sollte daher der Begriff „**kann**“ durch den Begriff „**wird**“ ersetzt werden.

Formulierungsvorschläge zu § 7:

- **Absatz (2) Satz 3:** „Die zuständige Stelle setzt zur **Aufsicht** des in den Abs. 3 bis 5 aufgeführten Auswahlverfahrens und zur Vorbereitung der Auswahlentscheidung eine mit mindestens drei fachkundigen Personen besetzte Auswahlkommission ein.“
- **Absatz (4) Satz 4:** „Die Auswahlkommission **wird** die zweite Stufe des Auswahlverfahrens auf ein Gremium der beteiligten Universitäten delegieren.“

Begründung:

- Wir empfehlen aus juristischen und inhaltlichen Gründen eine Trennung der *Supervision* des Auswahlverfahrens Stufe 2 von der *Durchführung*. Die Rolle der Auswahlkommission sehen wir als *Aufsichts- und Kontrollgremium*: Sie prüft das Prüfungskonzept von Stufe 2, überwacht das Auswahlverfahren, überprüft z. B., ob das Auswahlverfahren Stufe 2 formal korrekt durchgeführt wurde, kann dementsprechend punktuell an Auswahlterminen beobachtend teilnehmen, prüft und klärt Einsprüche/strittige Fälle, benennt die Juroren/innen (auf Vorschlag).
- Die Universitäten wiederum sollten aus wissenschaftlicher Sicht regelmäßig und nicht nur im Sonderfall, wie es die aktuelle Formulierung im Gesetzestext (§ 7 Absatz 4 Satz 4) nahelegt, als inhaltlich-konzeptionelle und organisatorische Institutionen für die Durchführung des Auswahlverfahrens der Stufe 2 zuständig sein. Neben der Konzeptentwicklung des Auswahlverfahrens Stufe 2 und die Durchführungsorganisation zählen hierzu die Schulung der Juroren/innen bzw. der Simulationspatienten/innen sowie die Evaluation, um das Auswahlverfahren Stufe 2 an die wissenschaftlichen Erkenntnisse anpassen zu können. Die Universitäten sollten hinsichtlich der Juroren/innen vorschlagsberechtigt sein.

Wir begrüßen, dass in Absatz (4) Satz 1, ebenso wie in der entsprechenden Begründung, unseren Empfehlungen hinsichtlich der offeneren Formulierungen gefolgt wurde, z. B. „zweite Stufe des Auswahlverfahrens“ anstatt „Auswahlgespräche“ sowie „andere Verfahren“, um die Anwendung jeweils wissenschaftlich fundierter und der (praktisch) am besten geeigneten Verfahren zu ermöglichen.

Wir gestatten uns hier darauf hinzuweisen, dass eine **Ausführungsverordnung** zeitnah erfolgen muss, damit eine rechtssichere Durchführung der Auswahlgespräche gewährleistet werden kann. Dies sollte insbesondere aufgrund des hohen Klagedrucks in den humanmedizinischen Studiengängen zügig erfolgen, da mit Klagen unterlegener Studienplatzbewerber/innen definitiv zu rechnen ist.

4. Hinzunahme der Hochschulzugangsberechtigung in die Auswahlkriterien (§ 7 Bewerbungs- und Auswahlverfahren, ebenso Begründung zu § 7) sowie weitere Empfehlungen zu § 7

- **Absatz (3), Aufzählung:**

Empfehlung:

Explizite Empfehlung der **Hinzunahme der Hochschulzugangsberechtigung (HZB)** in die Auswahlkriterien des Auswahlverfahrens Stufe 1, zusätzlich zu den bisher im GHVÖG-E aufgeführten Kriterien (fachspezifischer Studieneignungstest, Berufsausbildung und Berufstätigkeit in einem Gesundheitsberuf bzw. Tätigkeit in einem Ehrenamt, welche über die fachspezifische Eignung Aufschluss geben können).

Formulierungsvorschlag:

„Auf der ersten Stufe des Auswahlverfahrens nach Abs. 2 wird eine Rangfolge anhand der folgenden Auswahlkriterien gebildet: **1. der in der Hochschulzugangsberechtigung ausgewiesenen Qualifikation**“

Begründung:

- Die HZB erlaubt die Abbildung einer longitudinalen kognitiven Aussage mit hoher Prognosekraft des Studienerfolgs (im Vergleich zu rein punktuellen Studierfähigkeitstest an einem einzelnen Tag).
- Wir empfehlen eine Gewichtung der HZB von ca. 20%. Eine Überbewertung der HZB wird vermieden durch Kombination mit dem Studierfähigkeitstest, welche gemeinsam die beste prädiktive Aussagekraft zum kognitiven Studienerfolg haben.
- Einer etwaigen Stigmatisierung durch den Eindruck eines „Medizinstudiums light“, welches durch eine vollkommen fehlende Berücksichtigung der HZB entstehen könnte, wird entgegengewirkt.
- Die Rechtssicherheit würde bei Verzicht auf die HZB reduziert.
- Eine Überbewertung des (dennoch wichtigen) Kriteriums Berufserfahrung kann hierdurch vermieden werden.
- Die Vergleichbarkeit wird durch die HZB verbessert durch Bewertung mittels Prozenträngen (in Bezug auf bundeslandweites Notenspektrum).

- **Ebenfalls Absatz (3), Aufzählung, unter 2.:**

Empfehlung:

Unter der Aufzählung bei 2. sollte der Begriff „**abgeschlossenen**“ gestrichen werden.

Formulierungsvorschlag:

„**einer Berufsausbildung** in einem Gesundheitsberuf, die über die fachspezifische Eignung Aufschluss geben kann“.

Begründung:

Wir empfehlen die Anrechnung einer Berufsausbildung ab einer Dauer von mindestens einem Jahr, um auch die Bewerber/innen einzubeziehen, die die Berufsausbildung z. B. zu Gunsten des Studiums vorzeitig beenden.

- **Absatz (4):**

Nach Satz 3 empfehlen wir das Einfügen folgenden **Formulierungsvorschlags:** „Die Einladungen erfolgen nach Maßgabe der nach Abs. 3 gebildeten Rangfolge der Bewerberinnen und Bewerber. *Alle Bewerberinnen und Bewerber des letzten berechtigten Ranges werden zum Auswahlverfahren Stufe 2 eingeladen.*“

Begründung:

Analog zur detaillierten Beschreibung des Vorgehens zur Rangfolge nach dem Auswahlverfahren Stufe 2 (laut § 7 Abs. 5) empfehlen wir dies ebenso für diesen Punkt zum Vorgehen bei Rangleichheit vor Stufe 2.

- **Absatz (3), Aufzählung, Punkt 4:**

Empfehlung:

Aufnahme des untenstehenden Formulierungsvorschlags zur Angleichung an das Gesetz über die Zulassung zum Hochschulstudium in Hessen.

Formulierungsvorschlag:

„4. besondere Vorbildungen, praktische Tätigkeiten, insbesondere Freiwilligendienste, außerschulische Leistungen oder Qualifikationen, die über die fachspezifische Eignung Auskunft geben können.“

Begründung:

Die Formulierung „Ehrenamt“ berücksichtigt keine Freiwilligendienste oder relevante praktische Tätigkeiten.

Weitere Empfehlungen

5. Fokussierung auf die Weiterbildung in den Fächern „Allgemeinmedizin“ sowie „Kinder- und Jugendmedizin“ (§ 2 Zulassungsvoraussetzungen)

Die Studiendekanate und Institute bzw. Abteilungen für hausärztliche Medizin bzw. Allgemeinmedizin begrüßen die bisher im Entwurf des GHVÖG aufgeführte Fokussierung auf eine Weiterbildung in den Fächern „Allgemeinmedizin“ sowie „Kinder- und Jugendmedizin“. Diese beiden, jeweils gezielt auf die gesamte fachliche Breite der hausärztlichen Tätigkeit vorbereitenden, Facharztweiterbildungen stellen zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen in unterversorgten und von Unterversorgung bedrohten ländlichen Gebieten eine sinnvolle Notwendigkeit dar.

Begründung: Die Facharztweiterbildung „Allgemeinmedizin“ beinhaltet neben einem stationären Weiterbildungsabschnitt in Innerer Medizin zusätzlich und obligatorisch auch einen ambulanten Weiterbildungsabschnitt von mindestens 24 Monaten in einer allgemeinmedizinischen Praxis sowie in einem weiteren Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung und – ebenfalls obligatorisch – eine Weiterbildung im Bereich der psychosomatischen Grundversorgung. Durch die so zu durchlaufenden Weiterbildungsabschnitte wird zum einen die notwendige fachliche Breite sichergestellt, zum anderen können somit frühzeitig Kompetenzen in der hausärztlichen Primärversorgung, etwa auch im Rahmen von Hausbesuchen oder in Pflegeheimen, erworben werden.

Gerade in ländlichen Bereichen, in denen die Distanzen zu spezialisierten Fachärzten/innen größer sind, werden hausärztliche Grundversorger/innen benötigt, die auf die gesamte Breite der Versorgungsaufgaben vorbereitet sind und schon in ihrer Weiterbildung spezifische Erfahrungen in der vertragsärztlichen Praxis sammeln.

Die u. a. von Dr. Bartelt während der ersten Lesung im Landtag geäußerte Erwägung, im Rahmen der auf 65 Plätze begrenzten Landarztquote, auch eine Weiterbildung von Fachärzten/innen für Innere Medizin zu ermöglichen, wäre hingegen gleich aus mehreren Gründen nicht zielführend:

- Das Fachgebiet Innere Medizin ist im Gegensatz zur Allgemeinmedizin und Pädiatrie kein Mangelfach. Im Gegenteil: Die Abschlüsse im Fach Innere Medizin machen ohnehin bereits den mit Abstand größten Anteil unter allen Fachdisziplinen aus (2020 zum Beispiel 2.149 Abschlüsse), wobei ein sehr starker Trend zur Subspezialisierung (von der Angiologie oder Gastroenterologie über die Kardiologie bis zur Rheumatologie) zu erkennen ist.
- Das Fachgebiet Innere Medizin umfasst nur ca. 30 % aller Patientenanliegen in typischen hausärztlichen Praxen und ist damit für eine umfassende hausärztliche Versorgung insbesondere im ländlichen Bereich fachlich deutlich zu schmal. 70 % der Beratungsanlässe liegen außerhalb des Fachgebiets Innere Medizin. Darunter wichtige Patientenanliegen wie Beschwerden des Bewegungsapparats, kleine Wunden oder die psychosomatische Grundversorgung sowie zahlreiche Anliegen aus „kleinen“ Fächern wie HNO, Dermatologie etc.
- Fachärzte/innen für Innere Medizin können ihre gesamte Weiterbildung ausschließlich in Kliniken, auf zudem zunehmend hochspezialisierten Stationen, absolvieren und sind damit zwangsläufig wenig auf die hausärztliche Tätigkeit in vertragsärztlichen Praxen, insbesondere im ländlichen Raum vorbereitet. Ein Facharzt für Innere Medizin, der in seiner gesamten Weiterbildung keinen einzigen Tag in einer vertragsärztlichen Praxis verbringen muss, ist auf die Herausforderungen hausärztlicher Praxistätigkeit, speziell im ländlichen Raum, völlig unzureichend vorbereitet.
- Zahlreiche, für die hausärztliche Tätigkeit wichtige Kompetenzen bzw. Tätigkeiten sind nicht (!) Teil der Facharztweiterbildung im Fach Innere Medizin, so u. a. Früherkennungsuntersuchungen, Impfungen, Hausbesuche, Pflegeheimversorgung etc.

- Fachärzte/innen für Innere Medizin, die regelhaft nur in Kliniken weitergebildet werden, erleiden daher bei Niederlassung in einer hausärztlichen Praxis regelhaft einen sogenannten „Praxischock“ und müssen sich erst durch jahrelanges „learning by doing“ langsam an die besonderen Bedingungen der hausärztlichen Versorgung gewöhnen bzw. anpassen. Im Rahmen der hier vorgesehenen Verpflichtung zur langjährigen Tätigkeit im ländlichen Raum wird damit das Risiko von Überforderungserlebnissen oder auch Abbrüchen erhöht und die Wahrscheinlichkeit eines langfristigen Verbleibs der Ärzte/innen im ländlichen Raum unnötig reduziert.
- Die Tatsache, dass in Deutschland Fachärzte/innen für Innere Medizin auch an der hausärztlichen Versorgung nach Sozialgesetzbuch V teilnehmen, ist bei internationaler Betrachtung ohnehin ein einzigartiger Sonderfall. International gelten nur breit weitergebildete, auf die allgemeinmedizinische Versorgung spezialisierte (!) „General Practitioner“ oder Family Doctors“ als ausreichend qualifiziert.

6. § 3 Besonderer Bedarf in der hausärztlichen Versorgung

- **Absatz (2), Satz 1:**

Empfehlung:

Explizite Benennung eines Zeitraumes, in dem die Bedarfsfeststellung erfolgt durch Ergänzung der Formulierung „*alle zwei Jahre*“.

Formulierungsvorschlag:

„Zur Einschätzung des zukünftigen besonderen öffentlichen Bedarfs nach Abs. 1 erfolgt *alle zwei Jahre* eine Überprüfung der Entwicklung der hausärztlichen Versorgung durch das für die Heil- und Fachberufe des Gesundheitswesens zuständige Ministerium unter Berücksichtigung der Prognoseberechnungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen.“

Begründung:

Während der Gültigkeitsdauer des Gesetzes sollten mindestens zwei Bedarfseinschätzungen erfolgen – dies sollte konkret benannt werden, um diese zu gewährleisten.

7. § 5 Besonderer öffentlicher Bedarf im öffentlichen Gesundheitswesen

- **Absatz (2), Satz 1:**

Empfehlung:

Explizite Benennung eines Zeitraumes, in dem die Bedarfsfeststellung erfolgt durch Ergänzung der Formulierung „*alle zwei Jahre*“.

Formulierungsvorschlag:

„Der Hessische Städtetag, der Hessische Städte- und Gemeindebund sowie der Hessische Landkreistag stellen gemeinsam mit dem Landesverband Hessen des Bundesverbandes der

Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes *alle zwei Jahre* einen besonderen öffentlichen Bedarf nach Abs. 1 fest.“

Begründung:

Wie oben: Während der Gültigkeitsdauer des Gesetzes sollten mindestens zwei Bedarfseinschätzungen erfolgen – dies sollte konkret benannt werden, um diese zu gewährleisten.

- **Absatz (3), Satz 1 sowie Absatz (4), Satz 1:**

Empfehlung:

In Absatz (3) Satz 1 Ersetzen der Formulierung „bis vier Wochen vor Ende des Sommersemesters“ durch die Formulierung „in dem vorgesehenen Zeitraum der zwei Jahre“. In Absatz (4), Satz 1 Ersetzen der Formulierung „jeweils zu Beginn des Sommersemesters“ durch die Formulierung „nach Ablauf der zwei Jahre“.

Formulierungsvorschläge:

(3) „Erfolgt *in dem vorgesehenen Zeitraum der zwei Jahre* keine Feststellung nach Abs. 2, so entscheidet die zuständige Stelle im Benehmen mit den in Abs. 2 genannten Verbänden über die Feststellung des besonderen öffentlichen Bedarfs nach Abs. 1.“

(4) „Zur Ermittlung des besonderen öffentlichen Bedarfs nach Abs. 1 stellt die Landesärztekammer Hessen den in Abs. 2 genannten Verbänden und der zuständigen Stelle *nach Ablauf der zwei Jahre* Daten über die Anzahl, Stellenanteile, Fachrichtungen und das Alter der Ärztinnen und Ärzte in den jeweiligen Gesundheitsämtern zur Verfügung.“

Begründung:

Am Standort Gießen erfolgen zum Sommer- und Wintersemester Zulassungen zum Medizinstudium. Der Bezug zum Sommersemester scheint nur die Zulassung zum Wintersemester zu berücksichtigen. Mit der oben empfohlenen Festschreibung der Zeitpunkte für die Bedarfschätzung, ist die konkrete Benennung des Zeitpunktes in Absatz (3) und (4) nicht mehr notwendig.

8. § 6 Vertragsstrafe

Empfehlung:

Staffelung der Vertragsstrafe durch Hinzufügen der Formulierung „bis zu“ in Absatz 1, Satz 1.

Formulierungsvorschlag:

„Bewerberinnen und Bewerber verpflichten sich in einem öffentlich-rechtlichen Vertrag mit dem Land Hessen zu einer Vertragsstrafe in Höhe von *bis zu* 250.000 Euro für den Fall, dass sie einer ihrer Verpflichtungen nach § 2 Nr. 1 und 2 oder § 4 Nr. 1 und 2 nicht oder nicht vollumfänglich nachkommen.“

Begründung:

Um eine Verhältnismäßigkeit herzustellen, empfehlen wir eine Staffelung der Vertragsstrafe je nach Zeitpunkt der Nicht-Erfüllung des Vertrages. Hierzu haben wir innerhalb der Verordnung eine tabellarische Abstufung vorgeschlagen (wie u.a. auch in Rheinland-Pfalz praktiziert).

9. Allgemeine Anmerkung

Wir erlauben uns an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass der Name „Landarztquote“ keine genderneutrale Benennung ist. Wir empfehlen deshalb von einer „Landquote“ oder einer „Quote für die ländliche Versorgung“ zu sprechen.

Sollten Sie Interesse an einem vertiefenden Austausch oder Rückfragen haben, steht Ihnen Fr. Dr. Herkelmann gerne als direkte Ansprechpartnerin zu Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. med. Annette Becker, MPH

Studiendekanin des Fachbereichs Medizin
Leiterin der Abteilung Allgemeinmedizin,
präventive und rehabilitative Medizin
Philipps-Universität Marburg



Prof. Dr. med. Dieter Körholz

Studiendekan des Fachbereichs Medizin
Justus-Liebig-Universität Gießen



Prof. Dr. med. Udo Rolle

Studiendekan Klinik des Fachbereichs Medizin
Goethe-Universität Frankfurt am Main



Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, MPH

Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin
Goethe-Universität Frankfurt am Main



Prof. Dr. med. Joachim Kreuder

Leiter des Instituts für Hausärztliche Medizin
Justus-Liebig-Universität Gießen



PSYCHOTHERAPEUTEN
KAMMER HESSEN

PTK Hessen | Frankfurter Straße 8 | 65189 Wiesbaden

Hessischer Landtag
Schlossplatz 1-3
65183 Wiesbaden

Geschäftsstelle
Frankfurter Straße 8, 65189 Wiesbaden
Fon 0611. 531 68-0
Fax 0611. 531 68-29
Mail post@ptk-hessen.de
Web www.ptk-hessen.de

Wiesbaden, den 17.11.2021

Öffentliche Anhörung zum Gesetz zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Hessen sowie zur Anpassung weiterer Rechtsvorschriften
Drucksache 20/6367

Sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete des Hessischen Landtages,

im vorbezeichneten Gesetzgebungsverfahren nutzen wir als Psychotherapeutenkammer Hessen gerne die Möglichkeit der schriftlichen Stellungnahme zur geplanten Änderung des Heilberufsgesetzes.

In Artikel 2 enthält der Gesetzentwurf Regelungen, die den ausdrücklichen Wunsch der hessischen Psychotherapeut*innen wiedergeben.

1. Aufnahme des Berufes „Psychotherapeut*in“ in das Heilberufsgesetz

Der vorliegende Entwurf nimmt den seit 01.09.2020 bestehenden akademischen Heilberuf des*r „Psychotherapeut*in“ in den Anwendungsbereich des hessischen Heilberufsgesetzes auf. Dies ist unverzichtbar, um die Berufsausübung im Sinne eines effektiven Patientenschutzes zu regeln. Während die Berufsausübung der Psychologischen Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen durch das Heilberufsgesetz und sich darauf stützende Satzungsregelungen (z.B. der Berufsordnung) geregelt ist, trifft dies bislang auf das neue Berufsbild, welches durch die bundesgesetzlich im Psychotherapeutengesetz (PsychThG) umgesetzte Ausbildungsreform geschaffen wurde, nicht zu.

Nur durch die vorgesehene landesgesetzliche Regelung im Heilberufsgesetz können satzungsrechtlicher Regelungen geschaffen werden, die die Weiterbildung der Berufsangehörigen normiert oder die konkret in der heilkundlichen Tätigkeit zu beachtenden Pflichten durch die Berufsordnung festlegen.

Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten
und für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten Hessen

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Präsidentin: Dr. Heike Winter
Vizepräsidentin: Else Döring
Geschäftsführer: Olaf Diederichs

Mitglieder des Vorstands:
Karl-Wilhelm Höffler, Prof. Dr. Rudolf Stark,
Sabine Wald, Dr. Maria Weigel, Birgit Wiesemüller

Nassauische Sparkasse
IBAN DE86 5105 0015 0277 0003 60
BIC NASSDE55XXX

Dabei ist zu berücksichtigen, dass die gesetzliche Grundlage dringend umgesetzt werden muss, um die untergesetzlichen Regelungen fristgerecht schaffen zu können. Bereits im vergangenen Jahr haben private Universitäten erstmals Masterstudiengänge angeboten, die zur Approbation als „Psychotherapeut*in“ im Sinne der reformierten Ausbildung führen werden. Absolvent*innen dieser Studiengänge werden also in knapp zwei Jahren eine Weiterbildung beginnen wollen, um eine vertragspsychotherapeutisch zugelassene Praxis eröffnen zu können. Es ist jedoch weiter davon auszugehen, dass erste Interessent*innen bereits kurzfristig durch Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse auf die Psychotherapeutenkammer zukommen und die Weiterbildung beginnen wollen, so dass die Kammern bereits jetzt unter erheblichem Zeitdruck stehen, um die notwendigen Voraussetzungen dafür zu schaffen – sowohl normativ als auch administrativ.

Weitere Verzögerungen werden also unmittelbare Auswirkungen auf die berufliche Perspektive der Berufsangehörigen haben!

2. „Psychotherapeutenkammer Hessen“, Artikel 2 Ziffer 2ff.

Die Psychotherapeutenkammer Hessen begrüßt, dass durch die Novellierung der Kammername in „Psychotherapeutenkammer Hessen“ geändert wird!

Bereits seit vielen Jahren verwendet unsere Kammer die entsprechende Bezeichnung als sog. Wort-Bild-Marke mit dem ausdrücklichen Einverständnis der Rechtsaufsichtsbehörde. Dies bedeutet, dass sich bei Verabschiedung des Gesetzesentwurfes der Außenauftritt der Psychotherapeutenkammer überhaupt nicht ändert.

Überdies ist seit dem 01.09.2020 ist das reformierte Psychotherapeutengesetz in Kraft, welches in § 1 Absatz 1 die Berufsbezeichnung abschließend regelt. Dort heißt es:

„(1) Wer die Psychotherapie unter der Berufsbezeichnung „Psychotherapeutin“ oder „Psychotherapeut“ ausüben will, bedarf der Approbation als „Psychotherapeutin“ oder „Psychotherapeut“. ... Die Bezeichnung „Psychotherapeutin“ oder „Psychotherapeut“ darf ... von anderen Personen als Ärztinnen und Ärzten, Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nicht geführt werden. Ärztinnen und Ärzte können dabei den Zusatz „ärztliche“ oder „ärztlicher“ verwenden.“

Dies bedeutet, dass alle Mitglieder der Kammer die Berufsbezeichnung „Psychotherapeutin“ bzw. „Psychotherapeut“ führen dürfen und vormals unterschiedliche Bezeichnungen nun zu einem einheitlichen Begriff zusammengeführt wurden. Es ist aus unserer Sicht eine Selbstverständlichkeit, dass eine Selbstverwaltungskörperschaft die Berufsbezeichnung der durch sie vertretenen Mitglieder im Namen trägt! Anderslautende Wortschöpfungen, wie sie teilweise in der Diskussion zu hören waren, können nur als Ausdruck fehlender Sachkenntnis oder wahlweise als Ausweis einer kaum erträglichen Überheblichkeit gewertet werden.

Gründe der Namensklarheit stehen der geplanten Änderung nicht entgegen. Ärzt*innen, die psychotherapeutisch tätig sind, dürfen den Zusatz „ärztlich“ führen und somit ihre Grundqualifikation ankündigen. In mehreren Bundesländern lautet die Kammerbezeichnung bereits „Psychotherapeutenkammer“, ohne dass es hierdurch zu Fehlvorstellungen oder anderen Problemen gekommen wäre (vgl. § 5 Abs. 1 HKG Nds).

3. Weiterbildung in Teilzeit-Beschäftigungsverhältnissen, Artikel 2 Ziff. 7

Die vorgesehene Möglichkeit, Weiterbildungen zum*r Fachpsychotherapeut*in im ambulanten Teil der Weiterbildung in einer Teilzeitanstellung mit einem Viertel der Wochenstunden einer Vollzeittätigkeit zu absolvieren, entspricht den Regelungen der Muster-Weiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) und den Bedürfnissen, die an eine moderne psychotherapeutische Weiterbildung zu stellen sind.

Ein Ziel dieser Regelung ist die bessere Vereinbarkeit von Familie und psychotherapeutischer Weiterbildung in Berufstätigkeit, sowie auch die Vereinbarkeit von wissenschaftlicher Qualifizierung und psychotherapeutischer Weiterbildung. So soll auch bspw. in Eltern- oder Pflegezeiten oder auch parallel zu einem Promotionsverfahren die Weiterbildung vorangetrieben werden können. Eine qualitativ hochwertige Weiterbildung ist nicht grundsätzlich davon abhängig, dass sie in Vollzeittätigkeit ausgeübt wird. So könnte auch eine ambulante Langzeittherapie in einer Weiterbildungsstätte über eine Teilzeitanstellung beendet werden, während mit einer halbtätigen Beschäftigung in einer anderen ambulanten Weiterbildungsstätte begonnen wird. Dies würde nicht nur für Patient*innen potentiell problematische Therapeutenwechsel vermeiden, sondern auch den Abschluss einer Psychotherapie im Interesse eines vollständigen Therapieverlaufes im Rahmen der Weiterbildung ermöglichen.

Soweit die Vorschriften des Heilberufsgesetzes in die Berufsausübungsfreiheit approbierter Berufsangehöriger eingreifen, müssen diese sich an dem Grundrecht der Berufsfreiheit des Artikel 12 GG messen lassen. Fraglich ist insoweit, ob die restriktiven Vorgaben einer Vollzeittätigkeit und einer nur ausnahmsweise zulässigen halbtätigen Weiterbildung verhältnismäßig sind. Die Regelungen müssten erforderlich sein, um das gesetzgeberische Ziel einer qualitativ hochwertigen Weiterbildung zu erreichen. Mit anderen Worten: Ein geringerer Tätigkeitsumfang dürfte nicht ausreichen, um die erforderliche Qualität in der Weiterbildung zu erreichen.

Mit Blick auf die Heilberufe- und Kammergesetze anderer Bundesländer bestehen hieran begründete Zweifel, da diese bereits Weiterbildungen mit einem deutlich geringeren Stundenumfang ermöglichen, ohne dass es zu belegbaren Qualitätsverlusten gekommen wäre (vgl. Art. 30 Abs. 5 HKaG Bayern).

Auch nach der vorgeschlagenen Regelung bleibt die jeweilige Heilberufekammer über die Festlegungen der Weiterbildungsordnung befugt und verpflichtet, abweichende Regelungen zu treffen, um zu besorgende Qualitätsverluste in der Weiterbildung abzuwenden. § 29 Abs. 5 Satz 4 sieht dazu vor: „Niveau und Qualität der Weiterbildung müssen den Anforderungen an eine ganztätige Weiterbildung entsprechen“.

Abschließend bitten wir um eine zeitnahe Verabschiedung des vorgelegten Gesetzentwurfes, um eine Weiterbildungsordnung für die nach neuem Recht approbierten Psychotherapeut*innen verabschieden und mit der Umsetzung beginnen zu können.

Mit freundlichem Gruß



Dr. Heike Winter
Präsidentin



Else Döring
Vizepräsidentin