

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](#) –

21. Hessischer Landkreistag	S. 692
22. Hessische Krankenhausgesellschaft e.V.	S. 694
23. Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten e.V. (BDI)	S. 698
24. Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Hessen e.V.	S. 703
25. Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)	S. 706
26. Verband der Krankenhausdirektoren Deutschland e.V.	S. 708
27. Landesärztekammer Hessen	S. 710
28. Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V. (bvmd)	S. 716
29. Weiterbildungsverbund Allgemeinmedizin in Nordhessen	S. 724
30. Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak	S. 725
31. Evangelisches Büro Hessen	S. 727

Unaufgefordert eingegangene Stellungnahmen

32. Kommissariat der Katholischen Bischöfe im Lande Hessen	S. 729
--	--------



Hessischer
Landkreistag

Hessischer Landkreistag · Frankfurter Str. 2 · 65189 Wiesbaden

Sozial- und Integrationspolitischer Ausschuss
des Hessischen Landtags
Schlossplatz 1-3
65183 Wiesbaden

Per E-Mail an m.sadkowiak@ltg.hessen.de und a.bartl@ltg.hessen.de

Frankfurter Str. 2
65189 Wiesbaden

Telefon (0611) 17 06 - 0
Durchwahl (0611) 17 06- 16

Telefax-Zentrale (0611) 17 06- 27
PC-Fax-Zentrale (0611) 900 297-70
PC-Fax-direkt (0611) 900 297-71

e-mail-Zentrale: info@hlt.de
e-mail-direkt: Hilligardt@hlt.de
www.HLT.de

Datum: 18.11.2021

Az. : Hi/re/500.01

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

– Drucks. 20/6367 –

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit Schreiben vom 25. Oktober 2021 baten Sie um eine 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. Dem kommen wir hiermit gerne nach.

Der Gesundheitsausschuss des Hessischen Landkreistages hat sich in seiner Sitzung am 4. November 2021 hierzu beraten. Zudem haben wir die 21 hessischen Landkreise um Stellungnahme gebeten.

Wir gehen im Folgenden im Einzelnen auf die Gesetze ein.

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

Zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung und der Zukunft des Öffentlichen Gesundheitsdienstes ist die Einführung einer Vorabquote bei der Zulassung der Bewerberinnen und Bewerber für ein Studium der Medizin an hessischen Universitäten von großer Bedeutung. Dies wird daher ausdrücklich begrüßt.

Es gibt allerdings nach wie vor einige offene Fragestellungen zu dem Gesetzentwurf aus Sicht der hessischen Landkreise:

- Nach welchen Kriterien erfolgt die Verteilung der Ärztinnen und Ärzte bzw. Studierenden auf die einzelnen Regionen?
- Ein Medizinstudium dauert rund 10 Jahre. Wird dies bei der Beurteilung des Bedarfs in der Zukunft ausreichend berücksichtigt und werden in diesem längeren Zeitraum auch die weiteren Entwicklungen in der hausärztlichen Versorgung und im Öffentlichen Gesundheitsdienst einbezogen?
- Bestehen bereits Richtlinien oder Vorstellungen des Landes Hessen zu den vorgesehenen Stipendien?

Irritierend ist, dass bei der Feststellung einer Unterbesetzung mit Fachärztinnen und Fachärzten im ÖGD auf Daten der Landesärztekammer zurückgegriffen werden soll. Aktuell sollen im Rahmen der Umsetzung des Paktes für den ÖGD für jedes Gesundheitsamt ein Konzept zum Personalaufwuchs erarbeitet werden. Von daher erschließt sich nicht, dass nicht zumindest zusätzlich auch diese Daten in die Entscheidung einfließen können.

Änderung des Heilberufsgesetzes

Hierzu wurden uns aus den 21 hessischen Landkreisen keine Anmerkungen vorgebracht.

Änderung des Hessischen Krankenhausgesetzes 2011

Hier verweisen wir vollumfänglich auf die Stellungnahme des Klinikverbundes Hessen im aktuellen Gesetzgebungsverfahren, der wir uns vollumfänglich anschließen

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Jan Hilligardt
Geschäftsführender Direktor

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

Hessischer Landtag
Der Vorsitzende des Sozial- und Integrations-
politischen Ausschusses
z.H. Herrn Maximilian Sadkowiak
Schlossplatz 1-3
65183 Wiesbaden

Geschäftsbereich: Politik
Susanne Schober i. V.

Frankfurter Str. 10 - 14
65760 Eschborn

Tel.: 06196 4099-61
Fax: 06196 4099-99

mail@hkg-online.de
www.hkg-online.de

Vorab per E-Mail: m.sadkowiak@ltg.hessen.de

Ihr Zeichen

Ihre Nachricht vom

Unser Zeichen
II – SCH 21a.21

Datum
19.11.2021

Öffentliche mündliche 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 (GHVÖG) sowie zur Anpassung weiterer Rechtsvorschriften – Drucks. 20/6367 -

Sehr geehrter Herr Sadkowiak,
sehr geehrte Damen und Herren,

unter Bezugnahme auf Ihr Einladungsschreiben vom 25. Oktober 2021 möchten wir Ihnen gerne nachfolgend – zur Vorbereitung der mündlichen Anhörung am Donnerstag, den 25. November 2021 – die schriftliche Stellungnahme der Hessischen Krankenhausgesellschaft, als Vertreterin der hessischen Krankenhäuser, zu dem GHVÖG sowie zur Anpassung weiterer Rechtsvorschriften zukommen lassen. Haben Sie besten Dank für Möglichkeit zur Äußerung.

• **GHVÖG**

Im Rahmen unserer Stellungnahme zur Anhörung zum Entwurf des GHVÖG vom 16. Juli 2021 hatten wir bereits ausgeführt, dass wir die Initiative seitens des Landes zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung in unterversorgten und von Unterversorgung bedrohten Gebieten sowie des ärztlichen Nachwuchses im öffentlichen Gesundheitsdienst grundsätzlich begrüßen. Bedenken hatten wir hinsichtlich der sehr langen Bindungsfrist der Bewerberinnen und Bewerber von 10 Jahren geäußert (vgl. § 4 Ziffer 2 des Gesetzentwurfs), insbesondere verbunden mit der sehr

hohen Vertragsstrafe (vgl. § 6 des Gesetzentwurfs). Diese Bedenken halten wir weiter aufrecht. Wir sehen die Regelung unter verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten als problematisch. Überdies dürften gerade diese beiden Aspekte der langen Bindungsdauer wie auch hohen Vertragsstrafe die Entscheidung angehender Medizinstudentinnen und -studenten deutlich mindern, von dem Angebot der Initiative Gebrauch zu machen. Nach unserer Erfahrung entspricht es nicht der Lebenswirklichkeit angehender Medizinstudenten, am Anfang des Studiums einen unveränderlichen Plan für ihre berufliche Zukunft zu haben, vielmehr wird oft durch Neugier und Faszination die Orientierung hin zu einem bestimmten Facharzt erst im Studium, im praktischen Jahr oder durch die klinische Tätigkeit als Assistenzarzt entdeckt. Das Gesetz sollte nicht den Anreiz schaffen, dass angehende Medizinstudenten die Scheuklappen für anderes/neues aufsetzen und stur und unbeirrt die früh getroffene und später möglicherweise bereute oder als falsch empfundene Entscheidung umsetzen „müssen“.

Des Weiteren hatten wir darauf hingewiesen, dass wir die Gefahr sehen, dass es durch die Gesetzesinitiative nur zu einer Umverteilung des bereits jetzt schon bestehenden (Fach-) Ärztemangels kommt und dadurch im Krankenhaussektor in Zukunft noch weniger Ärzte zur Verfügung stehen werden. Daher muss die Einführung des Gesetzes gleichzeitig mit einer adäquaten *Erhöhung* der Medizinstudienplätze in Hessen einhergehen.

Hingewiesen sei an dieser Stelle auch auf die aus unserer Sicht problematische Zeitachse. Auch bei einer kurzfristigen Verabschiedung dieses Gesetzes sind frühestens die Medizinstudierenden, die im Wintersemester 2022/2023 ihr Studium beginnen, vom Geltungsbereich umfasst. Statistisch dauert ein Medizinstudium mehr als 6 Jahre, danach beginnt die ärztliche Weiterbildung. Mit einem „sichtbaren“ Erfolg der zusätzlich zu schaffenden Studienplätze ist also frühestens 2028/2029 zu rechnen. Angesichts der dynamischen Veränderungen in der Gesundheitslandschaft („Sektorenfreie Versorgung“) sowie der Debatte um (notwendige) Strukturveränderungen kommt daher diese Initiative möglicherweise für die heute intendierte Verbesserung zu spät. Daher muss dieses Gesetz durch weitere Maßnahmen für einen effizienten Einsatz der ärztlichen Ressourcen flankiert werden.

- **Änderungen des Heilberufsgesetzes**

Hinsichtlich der geplanten Änderungen des Heilberufsgesetzes durch Art. 2 des GHVÖG möchten wir lediglich anmerken, dass wir uns grundsätzlich für eine Flexibilisierung der Weiterbildung in Teilzeit aussprechen, um die Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu fördern. Gleichzeitig weisen wir darauf hin, dass die Weiterbildung in Teilzeit dabei in einem gewissen zeitlich begrenzten Rahmen abgeschlossen werden können muss.

- **Änderungen des Hessischen Krankenhausgesetzes**

Durch das GHVÖG soll auch das Hessische Krankenhausgesetz 2011 eine Änderung erfahren (vgl. Art. 3 GHVÖG).

Die datenschutzrechtliche Regelung in § 12 Absatz 5 des Entwurfs zum Hessischen Krankenhausgesetz sehen wir als unkritisch an.

In der Formulierung in § 22 Absatz 5 des Gesetzentwurfs zum Hessischen Krankenhausgesetz wird eine zehnjährige Erhöhung der Investitionsbewertungsrelationen für Verbundkrankenhäuser vorgesehen. Dies halten wir für einen sehr guten Ansatz, da einerseits die Lücke der notwendigen Investitionsmittel weiter geschlossen wird und andererseits die Motivation, sich in Verbänden zusammen zu schließen, weiter hochgehalten wird. Wir interpretieren den Gesetzestext dergestalt, dass die zehnjährige Erhöhung für Verbundkrankenhäuser *zusätzlich* (also „add-on“ zu den sonstigen Fördermitteln) ausgeschüttet werden soll und sich somit die geplante Gesamtförderung um diesen Betrag erhöht, es sich mithin nicht um eine reine Umverteilung (zu Lasten der Nicht-Verbund-Kliniken) handelt.

Einwände bestehen unsererseits hinsichtlich des geänderten Datums „ab dem 1. Januar 2000“. In der bisherigen Fassung des § 22 Absatz 5 Ziffer 1 des Hessischen Krankenhausgesetzes 2011 wurden noch Krankenhäuser privilegiert, die sich „nach dem 31. Dezember 1993 mit einem oder mehreren Krankenhäusern zu einem gemeinsamen Krankenhaus oder einem Verbund zusammengeschlossen haben oder einem bestehenden Verbund beigetreten sind“. Dieses Datum sollte beibehalten werden, damit auch jene Verbände, die sich vor dem 01. Januar 2000 gegründet haben, weiterhin umfasst sind.

Hinsichtlich § 22 Absatz 5 Ziffer 2 des Gesetzentwurfs zum Hessischen Krankenhausgesetz sehen wir die Gefahr einer Wettbewerbsverzerrung für Krankenhäuser mit anderen Trägerschaften als Kommunen bzw. kreisfreien Städten und Landkreisen. Die Hessische Krankenhausgesellschaft spricht sich wiederholt für den Erhalt der Trägervielfalt bzw. Trägerpluralität aus (gesetzlich hinterlegt etwa in § 1 Abs 2 Satz 1 KHG sowie §1 Abs 3 HKHG), um auch künftig einen fairen Wettbewerb auf dem Krankenhausmarkt zu gestalten. Strukturveränderungen, Digitalisierung und Nachhaltigkeit sind durch Fördermittel/-maßnahmen für *alle* Krankenhäuser (und damit unabhängig von der Trägergruppen) *gleichermaßen nachhaltig zu finanzieren*.

Die seit Jahren bestehende (und weitestgehend unbestrittene) Unterfinanzierung der zweiten Säule, nämlich der „Investitionen über Landesfördermittel“ (im Prinzip der dualen Finanzierung von Krankenhäusern werden die Betriebskosten durch die Kostenträger, die Investitionen indes durch Fördermittel der Länder finanziert) darf nicht durch Zuschussmöglichkeiten von anderen öffentlichen Strukturen (kreisfreien Städten, Kommunen...) kompensiert werden (müssen). Es bedarf *gleicher Rahmenbedingungen für alle Trägergruppen*.

Die aktuell von Seiten vieler Kommunen gewährten Zuschüsse zur Beseitigung von finanziellen Defiziten kommunaler Krankenhäuser dürfen nicht zum Dauerzustand oder landesgesetzlich legitimiert werden, sie bleiben wettbewerbsverzerrend und systemwidrig, weil es eine dritte Säule der Krankenhausversorgung („Defizitausgleich“ durch öffentliche Träger für deren eigene Kliniken) nicht gibt. Das systemwidrige Stopfen möglicher Finanzlöcher von Kliniken in öffentlicher Trägerschaft belastet die Haushalte der Kommunen, Landkreise und Städte gleichermaßen und führt zu einem Ungleichgewicht unter den verschiedenen Trägergruppen, ohne das eigentliche Problem zu lösen. Eine notwendige und geordnete Strukturreform wird durch den so

ermöglichten „Bestandsschutz“ öffentlicher Häuser deutlich erschwert. Qualitäts- und Patientenorientierung müssen die führenden Kriterien einer geordneten Strukturreform sein, welche nicht durch systemwidrige Zuschüsse ausgehebelt werden können.

Es bedarf keiner Subventionen, sondern neben einer auskömmlichen Krankenhausfinanzierung vor allem einer adäquaten Bereitstellung von Investitionsmitteln durch das Land und den Mut zu echten und geordneten Strukturveränderungen unter fairen Wettbewerbsbedingungen aus Fluss der Trägervielfalt.

Die Klarstellung in § 23 Absatz 2 des Gesetzentwurfs, dass die Jahrespauschale auch für die förderfähigen Kosten von Vorhaben nach dem Krankenhauszukunftsfonds verwendet werden kann, halten wir für außerordentlich begrüßenswert. Diese Regelung schafft Klarheit.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, consisting of several vertical strokes on the left and a horizontal stroke that curves upwards on the right.

Prof. Dr. Steffen Gramminger

-Geschäftsführender Direktor-

Stellungnahme des Berufsverbandes Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI)

– im Einvernehmen mit dem Bundesverband
Hausärztlicher Internisten e.V. (BHI) –



zum **Gesetzentwurf** für ein Gesetz zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung
und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Hessen sowie zur Anpassung weiterer
Rechtsvorschriften (Drucksache 20/6367)

Wiesbaden, den 19.11.2021

Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten e.V. (BDI)

Schöne Aussicht 5 · 65193 Wiesbaden
Tel.: 0611. 18133-0 · Fax: 0611. 18133-50
info@bdi.de

Präsidium

Christine Neumann-Grutzeck (Präsidentin)
Dr. med. Norbert Smetak (1. Vizepräsident und Schatzmeister)
PD Dr. med. Kevin Schulte (2. Vizepräsident)

Geschäftsführung

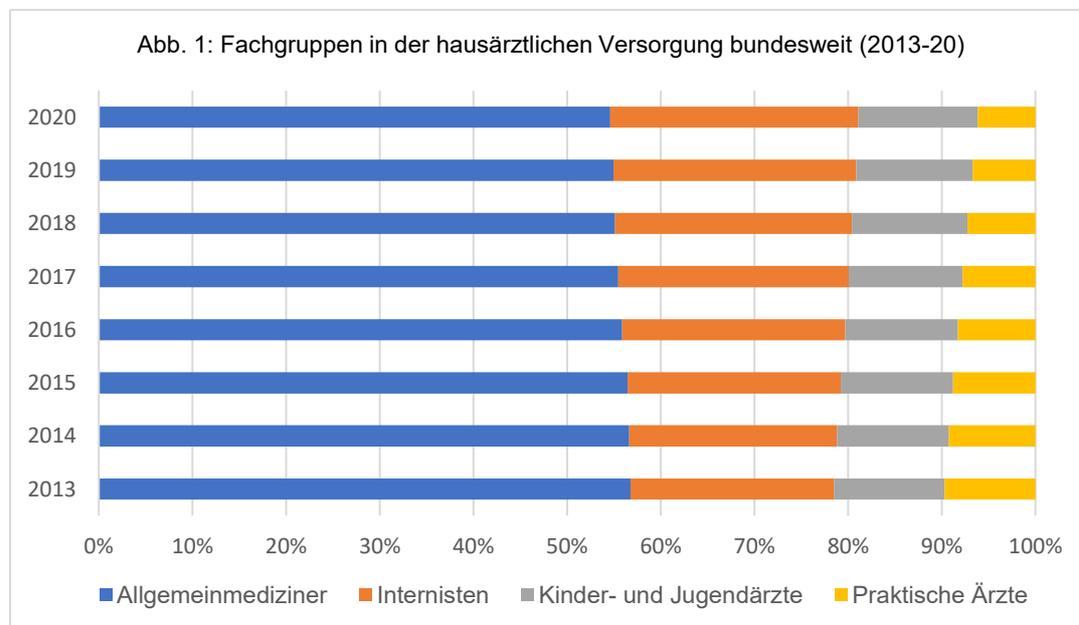
Tilo Radau (Geschäftsführer)
Bastian Schroeder (Stellvertretender Geschäftsführer)

I. Vorbemerkungen

Mit dem demografischen Wandel und der Zunahme chronischer Erkrankungen in einer älter werdenden Gesellschaft steigt der Bedarf nach einer wohnortnahen Versorgung und Betreuung der Patientinnen und Patienten. Besonders im ländlichen Raum gestaltet sich die hausärztliche Versorgung jedoch zunehmend schwieriger. Während die Anzahl der Patientinnen und Patienten steigt, nimmt die Zahl der Hausärztinnen und Hausärzte kontinuierlich ab. Prognosen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) aus dem Jahr 2016 zeigen, dass es im Jahr 2030 bundesweit fast 10.000 Hausärzte weniger geben wird als noch im Jahr 2014.¹ Eine Simulation, die das IGES Institut kürzlich im Auftrag der Robert-Bosch-Stiftung durchgeführt hat, bestätigt diese Zahlen. Die Wissenschaftler rechnen damit, dass 2035 aufgrund des Hausärztemangels ein Fünftel aller Landkreise in Deutschland hausärztlich unterversorgt sein werden.² Allein in Hessen sind laut der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen aktuell 268 Hausarztstze unbesetzt.

Gründe für den Hausärztemangel

Der Hausärztemangel hat sowohl strukturelle als auch politische Gründe. Nach § 73 Abs. 1a SGB V nehmen neben Fachärzten für Allgemeinmedizin auch Fachärzte für Innere Medizin (ohne Schwerpunkt) sowie Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin an der hausärztlichen Versorgung teil. Fachgruppenübergreifend sind aktuell ein Drittel aller Hausärztinnen und -ärzte älter als 60 Jahre.³ Sie scheiden in den kommenden Jahren altersbedingt aus der Versorgung aus. Im Verhältnis zu den feststehenden Abgängen gibt es jedoch zu wenige Nachwuchsmediziner, die sich für eine hausärztliche Berufslaufbahn entscheiden. Dabei zeigt eine differenzierte Analyse der Hausarztzahlen, dass einzelne Fachgruppen – bundesweit wie in Hessen – sich durchaus positiv entwickeln (s. Abbildungen 1 und 2).

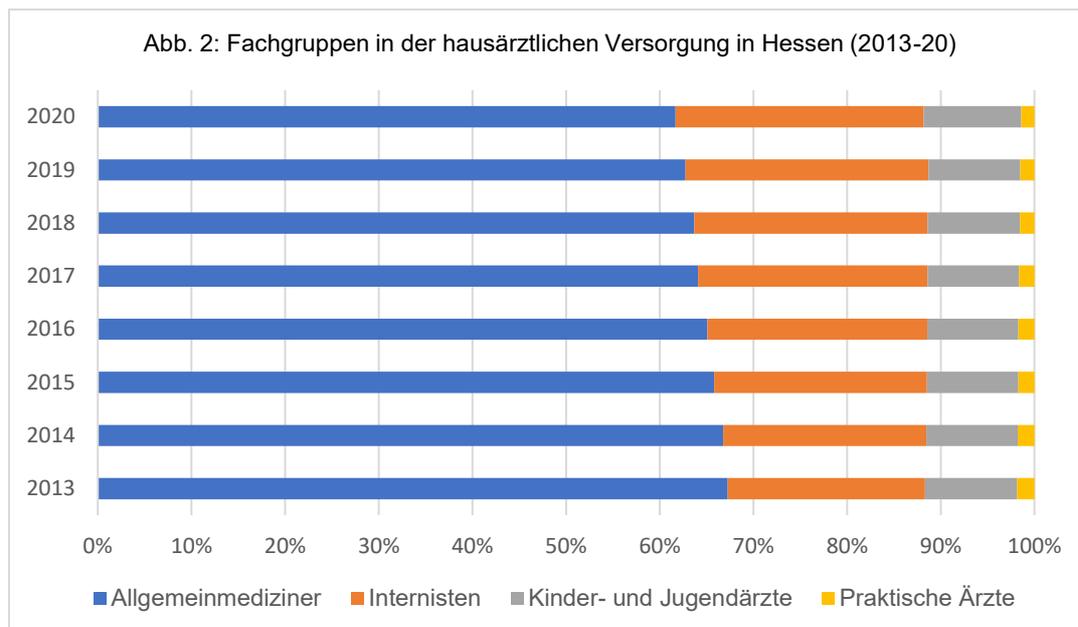


Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung, Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister 2013-2020

¹ Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung, „Deutschlandweite Projektion 2030 – Arztzahlentwicklung in Deutschland“ (Stand 05.10.2016).

² Vgl. Robert-Bosch-Stiftung, „Gesundheitszentren für Deutschland. Wie ein Neustart in der Primärversorgung gelingen kann“, Stuttgart, Mai 2021, S. 41.

³ Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung, „Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister“ (Stand 31.12.2019).



Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Hessen (Stand 31.12.2020)

Fachärzte für Allgemeinmedizin sind weiterhin die größte Gruppe innerhalb der Hausärzteschaft (Bund 55% / Hessen 61%). Im Verhältnis zu Fachärzten für Innere Medizin ohne Schwerpunkt im hausärztlichen Versorgungsbereich (Bund 26% / Hessen 27%) und Kinder- und Jugendärzten (Bund 13% / Hessen 10%) nimmt ihr Anteil aber kontinuierlich ab. Bei den Weiterbildungsabschlüssen verzeichnen die Allgemeinmediziner trotz aller Fördermaßnahmen nicht ausreichend Zuwächse, um die Zahl derer, die altersbedingt aus dem Beruf ausscheiden, auszugleichen. Die Innere Medizin (ohne Schwerpunkt) ist hingegen ungebrochen das Fachgebiet mit den meisten Weiterbildungsabschlüssen. Das hat positive Auswirkungen auf den hausärztlichen Versorgungsbereich: immer mehr Internistinnen und Internisten entscheiden sich für eine Tätigkeit als Hausarzt. Seit 2013 ist die Zahl der hausärztlichen Internisten bundesweit um 25 Prozent – in Hessen sogar um 28 Prozent – gestiegen. **Mittlerweile machen Internisten und Kinder- und Jugendärzte fast vierzig Prozent aller Hausärztinnen und Hausärzte aus. Entsprechend bieten diese beiden Fachgruppen auch großes Potential, Versorgungsengpässe abzubauen und zu vermeiden.**

Zusätzlich zur demografischen Entwicklung ist der hausärztliche Versorgungsbereich auch überproportional stark von dem allgemeinen Trend betroffen, dass die Niederlassung für viele junge Ärztinnen und Ärzte kein attraktives Arbeitsmodell mehr darstellt. Anstatt sich eigenunternehmerisch als Praxisinhaber unter Übernahme eines vollen Versorgungsauftrages niederzulassen, nehmen Teilzeitmodelle und die Arbeit in Anstellung deutlich zu. Dabei ist vor allem in ländlichen Regionen die hausärztliche Einzelpraxis nach wie vor die dominierende Versorgungsform. Hinzu kommt, dass der ländliche Raum auch aufgrund fehlender Infrastrukturangebote im Gegensatz zu Städten und Ballungsräumen als mögliches Tätigkeits- beziehungsweise Niederlassungsgebiet immer seltener in Betracht kommt. **Aus Sicht des Berufsverbandes Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI) muss die Landarztquote deshalb zwingend mit Maßnahmen flankiert werden, die diese grundsätzlichen Probleme gleichermaßen beseitigen.**

Politik und Selbstverwaltung haben in den letzten Jahren mit einer Vielzahl von Maßnahmen versucht, dem Hausärztemangel entgegenzuwirken: von finanziellen Anreizen zur Niederlassung in unterversorgten Gebieten und der Flexibilisierung von Beschäftigungsverhältnissen,

beinhalteten diese in erster Linie Maßnahmen zur Stärkung der Allgemeinmedizin in der Aus- und Weiterbildung. Diese Maßnahmen von Bund und Ländern, die in ihrer Konzeption „hausärztliche Versorgung“ als exklusive Aufgabe der Fachärztinnen und -ärzte für Allgemeinmedizin verstehen, sind nicht immer konsistent, denn sie widersprechen sowohl dem Ziel, die hausärztliche Versorgung zu stärken, als auch den Vorgaben des SGB V. Ebenso wenig spiegeln sie die Versorgungsrealität in Deutschland angemessen wider. Das gilt auch für den vorliegenden Gesetzentwurf. Indem Fachärztinnen und -ärzte für Innere Medizin (ohne Schwerpunkt) bei der Konzeption von Lösungsstrategien nicht einbezogen werden, ruft die Politik vorhandene ärztliche Ressourcen nicht umfassend ab. Die gewünschten Effekte für die Sicherstellung der Patientenversorgung werden häufig nicht erreicht.

Aus Sicht des BDI kann der drohende Versorgungsmangel nicht allein von Allgemeinmedizinern behoben werden. Eine flächendeckende Patientenversorgung kann nur gemeinsam von Allgemeinmedizinern, Internisten (ohne Schwerpunkt) sowie Kinder- und Jugendärzten sichergestellt werden. **Der BDI wirbt deshalb dafür, alle drei Fachgruppen gleichermaßen in Förderprogramme einzubeziehen, um bestmögliche Effekte für die Versorgung zu erzielen.**

Versorgungsqualität sicherstellen

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

Landarztquote versorgungsnah gestalten

Im Hinblick auf die Entwicklung der Arztzahlen im hausärztlichen Versorgungsbereich wirbt der BDI mit Nachdruck dafür, alle Fachgruppen, die § 73 Abs. 1a (SGB V) an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, gleichberechtigt in die Vorabquote einzubeziehen. **Der BDI schlägt vor, die Landarztquote in Hessen in Anlehnung an die Landarztquoten in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern und Nordrhein-Westfalen zu konzipieren.** Alle drei Bundesländer haben ihre Landarztquoten entsprechend der Vorgaben im Sozialgesetzbuch gestaltet. Bewerberinnen und Bewerber, die sich im Rahmen der Landarztquote für den Studiengang Humanmedizin an den Hochschulen in der Trägerschaft des Landes Hessen bewerben, erhielten somit die Wahlmöglichkeit, ihre Weiterbildung nach Erhalt der Approbation entweder im Fach Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendmedizin oder Innere Medizin (ohne Schwerpunkt) zu absolvieren. Damit würde aus Sicht des BDI den Studierenden mehr Raum für die persönliche Entwicklung gegeben und die Attraktivität des Versorgungsbereiches deutlich gesteigert. **Der BDI steht dem Land Hessen bei der Umsetzung einer entsprechenden Landarztquote als Partner – z.B. bei der Durchführung der Auswahlgespräche – gerne zur Verfügung.**

II. Maßnahmen des Gesetzentwurfes im Einzelnen

Artikel 1

Gesetz zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Hessen (GHVÖG)

§ 2 Zulassungsvoraussetzungen

In § 2 regelt der Gesetzentwurf die Zulassungsvoraussetzungen. Gemäß § 2 Abs. 1 Nr. 1 müssen Bewerberinnen und Bewerber, die sich im Rahmen der Vorabquote für den Studiengang Humanmedizin an den Hochschulen in der Trägerschaft des Landes Hessen bewerben, sich rechtlich verpflichten, nach Erhalt der Approbation ihre Weiterbildung im Gebiet Allgemeinmedizin oder Kinder- und Jugendmedizin in Hessen zu absolvieren.

BDI:

Die aktuelle Regelung sieht entgegen der Feststellung im Begründungstext, dass Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin, für Innere Medizin und Kinder- und Jugendmedizin die hausärztliche Versorgung sicherstellen, keine Einbindung des Fachgebietes Innere Medizin vor. Bewerberinnen und Bewerber haben damit nicht die Möglichkeit, eine Weiterbildung im Gebiet Innere Medizin (ohne Schwerpunkt) zu absolvieren, obwohl Internistinnen und Internisten die zweitgrößte Fachgruppe in der hausärztlichen Versorgung darstellen.

§ 2 Abs. 1 Nr. 1 steht damit im direkten Widerspruch zu § 73 Abs. 1a SGB V. Zudem spiegelt die aktuelle Regelung die Versorgungsrealität in Deutschland nicht angemessen wider. Die Attraktivität des hausärztlichen Versorgungsbereiches in seiner gesamten Vielfalt wird dadurch nicht abgebildet.

Der BDI schlägt vor, § 2 Abs. 1 Nr. 1 wie folgt zu ändern:

1. *unverzüglich nach Erhalt der Approbation eine Weiterbildung im Gebiet Allgemeinmedizin, Innere Medizin (ohne Schwerpunkt) oder Kinder- und Jugendmedizin in Hessen zu absolvieren und*



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

Stellungnahme

19.11.2021

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

Nicht nur die Corona-Pandemie hat gezeigt, wie wichtig Ärztinnen und Ärzte für ein funktionierendes Gesundheitswesen und damit für unser gesamtes gesellschaftliches medizinisches und pflegerisches Versorgungssystem sind. Die konsequente ärztliche Nachwuchsförderung und bessere Ausbildungsbedingungen gehören deshalb dringend auf die politischen Agenden von Bund und Ländern.

Daher begrüßt die Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Hessen e. V. ausdrücklich die aktuelle Gesetzesinitiative zur Förderung der Hausärztlichen Versorgung, gerade auch im ländlichen Gebiet, sowie die Nachwuchsförderung und Sicherstellung von Ärztinnen und Ärzten im Bereich des Öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Nach den Daten der Bundesärztekammer, aus April 2021, stieg zwar die Zahl der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte (+1,7%) sowie die der Facharztanerkennungen (+0,6%), jedoch fiel der Zuwachs deutlich geringer aus als in den Vorjahren. Bei den jungen Ärztinnen und Ärzten aus dem Inland, die sich erstmalig bei einer (Landes-)Ärztekammer anmeldeten, verzeichnet die Statistik sogar einen Rückgang um 1,1 Prozent.

Mit Besorgnis stellen wir fest, dass sich der aktuelle, prospektiv- negative Trend, gestützt durch die Negativprognose der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KVH) weiter fortschreiben wird. Bis zum Jahr 2030 wird sich demzufolge ein Nachfolgebedarf an Ärztinnen und Ärzten um 50%, alleine im ländlichen Raum verzeichnen lassen.

Das Land Hessen hat hierauf bereits durch zahlreiche Modellprojekte und Fördermaßnahmen reagiert. Beispielweise sollen durch Honorarumsatzgarantien, Erstattung von verschiedenartigen Sachausgaben sowie die Übernahme von Umzugs- und Kinderbetreuungskosten eine Ansiedelung von Fachärztinnen und Fachärzten im ländlichen Gebiet gefördert und sichergestellt werden. Die hier genannten beispielhaften Anreizmodelle sind zu begrüßen, allerdings zukünftig noch weiter auszubauen.

Sorge bereitet weiterhin die Entwicklung des Altersdurchschnitts der deutschen Ärzteschaft. So bestätigen die aktuell erfassten Zahlen der Bundesärztekammer aus Dezember 2020 die Tendenz zur Stagnation des Anteils der Ärztinnen und Ärzte unter 35 Jahre (19,1%; Vorjahr: 18,9%). So ist auch der Anteil der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte, die das 60. Lebensjahr bereits vollendet haben, kontinuierlich angestiegen. Knapp 34.000 Ärzte (8,2% aller berufstätigen Ärzte; Vorjahr: 8,0%) erreichten bereits das 66. Lebensjahr und somit das Renteneintrittsalter. Weitere knapp 52.000 berufstätige Ärzte (12,6% aller berufstätigen Ärzte; Vorjahr: 12,2%) sind zwischen 60 und 65 Jahre alt.

Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31.12.2020 (bundesärztekammer.de)

1

Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Hessen e. V.

Luisenstraße 26 | 65185 Wiesbaden | Telefon 0611 30814-34 | Fax 0611 30814-74
Pax-Bank | IBAN: DE85 3706 0193 4002 0790 09 | BIC: GENODED1PAX

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



Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Hessen e. V.

Der Anteil der Ärzte, die sich mittlerweile im Ruhestand befinden, stieg im Vergleich zum Vorjahr um vier Prozent an.

Als Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Hessen e. V. vertreten wir die sozialpolitischen Interessen unsere Leistungserbringer für die Bereiche der ambulanten und stationären Altenhilfe sowie für die solitären und integrierten Tagespflegeeinrichtungen. Bei näherer Betrachtung der besorgniserregenderen Datenlage ist heute schon zu befürchten, dass mittel- langfristig mit einer massiven medizinischen Unterversorgung im ländlichen Bereich und im Bereich des Öffentlichen Gesundheitswesens unsere Patienten*innen, Klient*innen und Bewohner*innen zu rechnen ist. Der Finanzierungs- und Kostendruck, nicht nur in Hessischen Kliniken und Gesundheitsdienstleistern ist seit vielen Jahren extrem angespannt. Die Akteure in der akut stationären sowie auch in der medizinisch- ambulanten Versorgung versuchen täglich eine Balance zwischen dauerhaft bestehendem Personalmangel und ökonomisch getriebenen Interessen zu finden, um diese zu harmonisieren.

So sind wir der Auffassung, dass jede Form der ambulanten Behandlung gefördert und ausgebaut werden muss. Gut verzahnte ambulante Versorgungsstrukturen dienen der Vermeidung von primärerer Fehlbelegung, reduzieren unnötige Drehtüreffekte und entlasten damit das ohnehin schon angeschlagene deutsche Gesundheitssystem.

Heute mehr denn je, hat die medizinische Versorgung vor Ort durch Fachärztinnen und Fachärzte unserer Auffassung nach einem immens hohen Stellenwert in der ambulanten Akut- und Langzeitbehandlung der Menschen. Diese zu stabilisieren und zu optimieren, sehen wir als dringend gebotenen landes- und bundespolitischen Auftrag.

Die aktuelle Situation der medizinischen Versorgung in unseren Einrichtungen stellt sich teilweise heute schon als äußerst angespannt dar. Die Suche nach ortsnaher medizinischer Versorgung gestaltete sich zu oft wenig reibungslos. Dies führt in der Folge zu Versorgungslücken und – Brüchen, welche einen reibungslosen pflegerischen Ablauf stören oder gar verhindern. Schon heute ist es oft mit großer Anstrengung verbunden, für unsere Bewohner*innen in der stationären Langzeitpflege eine hausärztliche Versorgung zu organisieren. Dies ist immer häufiger nur durch das besondere Engagement von bereits deutlich überlasteten Hausarzt*innen gewährleistet. Umso wichtiger bewerten wir daher die Initiativen zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Hessen.

Eine zeitnahe und qualitativ hochwertige medizinische und therapeutische Versorgung, auch im Hinblick auf umzusetzende Präventionsmaßnahmen bedürfen einer quantitativen, flächendeckenden Ärztekompetenz in ländlichen Gebieten sowie im Öffentlichen Gesundheitsdienst.

Die im Gesetzentwurf geplanten Zulassungsvoraussetzungen für Medizinstudierende sind unserer Auffassung nach zielführend und folgerichtig beschrieben. Die Schaffung von Anreizmodellen durch Stipendienvergaben und einer parallelen Verpflichtung nach einem erfolgreichen Abschluss im Fach der Humanmedizin zukünftig als Facharzt/ Fachärztin für die Bereiche der Allgemeinmedizin oder der Kinder und Jugendmedizin tätig zu werden, ist zu unterstützen. Gleiches sehen wir für den Bereich des Öffentlichen Gesundheitsdienstes geboten und im Gesetzesentwurf berücksichtigt. Die zielgerichtete Nachwuchsförderung wird zukünftig der einzige Weg sein, um einer chronischen medizinischen Unterversorgung entgegenzuwirken.

Michael Schmidt

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



Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Hessen e. V.

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

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

DIE VERBÄNDE DER KRANKENKASSEN IN HESSEN

vdek, Walter-Kolb-Str. 9-11, 60594 Frankfurt

Hessischer Landtag
Der Vorsitzende
des Sozial- und Integrationspolitischen Ausschusses
Herrn Moritz Promny
Schlossplatz 1-3
65183 Wiesbaden

AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen

BKK Landesverband Süd

IKK classic
Landesvertragspolitik Süd

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

KNAPPSCHAFT
Regionaldirektion Frankfurt

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

19.11.2021

Öffentliche mündliche Anhörung des Sozial- und Integrationspolitischen Ausschusses des Hessischen Landtages zu dem Gesetzentwurf der Landesregierung für ein Gesetz zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung und des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Hessen sowie zur Anpassung weiterer Rechtsvorschriften – Drucks. 20/6367-

- hier: Stellungnahme der Verbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen in Hessen

Sehr geehrter Herr Promny,

vielen Dank für Ihre Anfrage vom 25.10.2021. Die Verbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen in Hessen nehmen zum o.g. Gesetzentwurf wie folgt Stellung:

Zu 1.

Die Verbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen in Hessen begrüßen die Zielrichtung des Gesetzentwurfes, eine Stärkung der hausärztlichen und der kinder- und jugendärztlichen Versorgung sowie des Öffentlichen Gesundheitsdienstes durch die Setzung von Anreizen für Studierende, in einem der genannten Bereiche tätig zu werden, anzustreben. Das Gesetz kann damit im Bereich der Förderung der Niederlassung in den beiden genannten Fachgruppen eine sinnvolle Ergänzung der seit Jahren bestehenden Niederlassungsförderung der KV Hessen gemeinsamen mit den Verbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen in Hessen durch Bereitstellung von Finanzmitteln aus dem Strukturfonds gemäß § 105 Abs. 1a SGB V sein. Aufgrund der naturgemäß langen Vorlaufzeit für die im Gesetz geplanten Maßnahmen ist eine tiefergehende Bewertung für die Verbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen in Hessen zum jetzigen Zeitpunkt nur in Ansätzen möglich. Es wird daher angeregt, die geplanten Maßnahmen auch im Hinblick auf § 12 (Berichtspflicht) des Gesetzentwurfes einer kontinuierlichen Evaluierung zu unterziehen.

Bezüglich der Förderung von Niederlassungen von Haus- und Kinder- und Jugendärzten im ländlichen Raum bestehen in anderen Bundesländern bereits ähnliche Instrumente, die sich unter der Überschrift Landarztquote subsummieren lassen. Auch dort wird im Rahmen von Vorabquoten ein gewisser Umfang an Studienplätzen „reserviert“ und mittels modifizierter Vergabekriterien vergeben. Ebenfalls sind dort Vertragsstrafen vorgesehen, soweit sich die Absolventen

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

später für einen anderen beruflichen Weg entscheiden. Für Hessen ist zusätzlich die Anwendung dieser Systematik auf den Nachwuchs für den ÖGD geplant. Diese Vorabvergabe aufgrund eindeutiger und versorgungspolitisch angemessener Kriterien ist zu begrüßen. Bedenken bestehen aus hiesiger Sicht allerdings bez. der Ausgestaltung der Vertragsstrafen. In der Fachdiskussion wird dazu häufig angeführt, dass damit auch Studierende bevorzugt werden könnten, deren familiärer Hintergrund es erlaubt, später die vorgesehenen Vertragsstrafen zu begleichen. Hier wird demnach grundsätzlich ein Missbrauchspotential gesehen. Die Verbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen in Hessen gehen davon aus, dass es aus anderen Bundesländern bereits Erfahrungen gibt, in welchem Umfang die Instrumente insg. genutzt und ggf. auch mit welcher Quote bereits Vertragsstrafen angefallen sind. Derartige Informationen sind aus der Begründung des Gesetzentwurfs nicht ersichtlich, sollten jedoch nach diesseitiger Auffassung in den Gesetzgebungsprozess vor Verabschiedung einfließen.

Zu 2.

Die Änderung des Heilberufsgesetzes vollzieht - soweit erkennbar - Änderungen nach, die sich durch das Psychotherapeutengesetz (PsychThG) ergeben. Die Verbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen in Hessen bewerten die vorgesehenen Änderungen als sachgerecht.

Zu 3.

Aus Sicht der Verbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen in Hessen ist die Erweiterung der finanziellen Unterstützung von Sonderstatusstädten beim Betrieb von Krankenhäusern grundsätzlich begrüßenswert, da sich das Land damit an diesem Punkt zu seiner finanziellen Verantwortung im Rahmen der dualen Finanzierung der Krankenhausversorgung bekennt. Auch der besondere Fokus auf die Förderung von Verbundstrukturen wird grundsätzlich begrüßt. Die Mittel sollten jedoch ausschließlich für auch künftig bedarfsnotwendige Strukturen gewährt werden. Einer Zementierung der reformbedürftigen Krankenhauslandschaft in Hessen durch Aufrechterhaltung von qualitativ und wirtschaftlich nicht tragfähigen Strukturen können die Verbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen in Hessen dagegen nicht zustimmen.

Die datenschutzrechtlich motivierten Regelungen für den Fall der Schließung eines Krankenhauses erscheinen sachgerecht.

Die Verbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen in Hessen bedanken sich für die Möglichkeit, auch im Rahmen der mündlichen Anhörung gehört zu werden. Diese Möglichkeit werden wir gerne wahrnehmen und behalten uns weiteren Sachvortrag vor.

Bei Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Claudia Ackermann

für die Verbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen in Hessen



Verband der
Krankenhausdirektoren
Deutschlands e.V.
Landesgruppe Hessen

Hubert Connemann
Landesvorsitzender

VKD LG Hessen · Hubert Connemann · Über der Lahn 5 · 65549 Limburg

Hessischer Landtag
Sozial- und integrationspolitischer Ausschuss
z.Hd. Maximilian Sadkowiak
Schlossplatz 1-3
65183 Wiesbaden
m.sadkowiak@ltg.hessen.de
m.mueller@ltg.hessen.de

Telefon 06431 997150
Telefax 06431 99716150
E-Mail hubert.connemann@dicv-limburg.de
Internet www.vkd-online.de

Unser Zeichen hc/ar
Datum 19. November 2021

Positionierung und Stellungnahme zu dem Gesetzentwurf der Landesregierung für ein Gesetz zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung und des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Hessen (GHVÖG) sowie zur Anpassung weiterer Rechtsvorschriften – Drucks. 20/6367

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

vielen Dank, dass Sie der Landesgruppe Hessen im Verband der Krankenhausdirektoren Deutschland e.V. (VKD) die Gelegenheit einräumen, zu dem Gesetzesentwurf für ein Gesetz zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Hessen schriftlich und mündlich Stellung nehmen zu dürfen.

Der VKD Hessen begrüßt die dem vorgelegten Gesetzesentwurf zugrundeliegende grundsätzliche Idee, die (haus-)ärztliche Versorgung in den unterversorgten und von Unterversorgung bedrohten Gebieten in Hessen zu stärken, in dem mehr Studienplätze zur Verfügung gestellt werden. Der hier zur Beratung anstehende Entwurf ist u.E. geeignet, dieser Herausforderung zu begegnen. Es ist jedoch bereits an dieser Stelle zu konstatieren, dass zur Lösung die Gesamtsituation in der medizinischen (Basis-)Versorgung zu betrachten ist.

Wir sind uns darin einig, dass zur Sicherstellung einer flächendeckenden Gesundheitsversorgung ein deutlicher Anreiz für Medizinstudenten und an der Medizin interessierte (vor dem Studium stehende) Menschen, an der hausärztlichen Versorgung teilzunehmen, gesetzt werden muss. Dazu bedarf es u.E. das Setzen von motivierenden Anreizen, die u.a. auch in der Attraktivitätssteigerung des Landarztberufes liegen müssen. Das pressen in ein Korsett und zugleich Strafandrohung ist dabei sicherlich nicht das probate Mittel.

Allgemein bekannt ist, dass Geld nur ein kurzzeitig wirkender Motivator ist. Demnach müssen andere Faktoren betrachtet und bespielt werden, die zu einer nachhaltigen Veränderung bei den Medizinstudenten/-interessierte führen. Dabei ist auch zu beachten, dass die heute angestoßenen Aktivitäten sich frühestens in ca. 10 Jahren bemerkbar machen. War der frühere Landarzt eher ein „Einzelkämpfer“ ist die heutige Generation als „Teamplayer“ bekannt. Hieß bislang die Devise „Ich lebe, um zu arbeiten!“ heißt es heute „Ich arbeite, um zu leben!“.

Zugleich darf der medizinische und technische Fortschritt nicht außer Acht gelassen werden, so auch die Veränderungen in Gesellschaft, Demographie und Epidemiologie. War Telemedizin bis vor Kurzem ein vorsichtig zu pflegendes Pflänzchen, ist es heute fast zum Standard geworden.

Musste man vor einigen Jahren bei einer Appendektomie noch mehrere Wochen stationär behandelt werden, so wird diese Behandlung heute kurzzeitstationär durchgeführt. Die Entwicklungen in der Medizin schreiten massiv voran – was wird uns die Forschung und Entwicklung noch alles bescheren?

Uns verbindet die gemeinsame Sorge, auch in naher Zukunft in Hessen eine flächendeckende Gesundheitsbasisversorgung als eine Aufgabe der Daseinsvorsorge sicherzustellen. Lassen Sie uns darüber gemeinsam ins Gespräch kommen, wie mit neuen sektorenfreien Konzepten die flächendeckende Sicherstellung und zugleich die Attraktivität des „Landarztberufes“ entwickelt werden kann.

Mit der Hessischen Krankenhausgesellschaft sind wir uns darin einig, dass die durch dieses Gesetz gewünschte Erhöhung des ärztlichen Personals im landärztlichen Bereich in der Konsequenz nicht dazu führen darf, dass es zu einer ärztlichen Unterversorgung im stationären Bereich kommt.

Wir begrüßen ausdrücklich die Überlegung, Verbundkrankenhäuser durch eine zehnjährige Erhöhung der Investitionsbewertungsrelationen motivierend zu fördern. Den formulierten Gesetzestext dürfen wir so verstehen, dass die zehnjährige Erhöhung für Verbundkrankenhäuser zusätzlich ausgeschüttet werden soll und sich somit die geplante Gesamtförderung um diesen Betrag erhöht. Eine reine Umverteilung zu Lasten der Nicht-Verbund-Kliniken lehnen wir ausdrücklich ab.

Hinsichtlich § 22 Abs. 5 Ziff. 2 des Gesetzentwurfs zum Hessischen Krankenhausgesetz sehen wir die Gefahr einer erheblichen und kritisch zu bewertenden Wettbewerbsverzerrung für Krankenhäuser mit anderen Trägerschaften als Gebietskörperschaften, wie kreisfreie Städte, Landkreise und anderer Kommunen. Es bedarf keiner Subventionen, sondern neben einer auskömmlichen Betriebskostenfinanzierung vor allem einer adäquaten Bereitstellung von Investitionsmitteln durch das Land und den Mut zu echten und geordneten Strukturveränderungen unter fairen Wettbewerbsbedingungen. Die in § 1 Abs. 2 Satz 1 KHG sowie § 1 Abs. 3 HKHG gesetzlich normierte Trägervielfalt bzw. Trägerpluralität, ist kein Selbstzweck – sie fördert den Wettbewerb um die besten Lösungen und Qualitäten. Es bedarf letztendlich gleicher Rahmenbedingungen für alle Trägergruppen.

Gewährte Kommunalzuschüsse zur Beseitigung finanzieller Defizite kommunaler Krankenhäuser dürfen 1. nicht zum Dauerzustand und 2. landesgesetzlich nicht legitimiert werden. Sie wirken wettbewerbsverzerrend und sind nicht systemkonform. Das systemwidrige Stopfen möglicher Finanzlöcher von Kliniken in öffentlicher Trägerschaft belastet nicht nur die Kommunalhaushalte, sie lösen zugleich auch nicht das Grundproblem einer auskömmlichen Betriebskostenfinanzierung, im Gegenteil. Qualitäts- und Patientenorientierung müssen die führenden Kriterien einer geordneten Strukturreform sein!

Sehr geehrte Damen und Herren, wir danken für die Möglichkeit, zu diesem Gesetzesentwurf Stellung nehmen zu dürfen und freuen uns, wenn Sie unsere Anregungen in Ihren weiteren Überlegungen berücksichtigen. An der Anhörung wird voraussichtlich Hubert Connemann als Vorsitzender der VKD Landesgruppe Hessen teilnehmen.

Für weitere Beratungen stehen wir gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Hubert Connemann
Landesvorsitzender



Landesärztekammer Hessen

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Landesärztekammer Hessen, Hanauer Landstr. 152, 60314 Frankfurt a. M.

Per E-Mail an:

a.bartl@ltg.hessen.de;

m.sadkowiak@ltg.hessen.de;

Hessischer Landtag

Sozial- und Integrationspolitischer Ausschuss

Herrn Maximilian Sadowiak

Schlossplatz 1-3

65183 Wiesbaden

- Präsident -

Hanauer Landstr. 152 - 60314 Frankfurt am Main

Postfach 60 05 66 - 60335 Frankfurt am Main

Telefon: (069) 97672 - 0 Durchwahl - 113/ - 163

Telefax: (069) 97672 - 169

E-Mail: rechtsabteilung@laekh.de

Internet: www.laekh.de

Ihr Zeichen

Unser Zeichen:

R1928/2021

Datum:

19. November 2021

Hier: Gesetz zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung und des öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie zur Anpassung weiterer Rechtsvorschriften

Sehr geehrter Herr Sadkowiak,

für die Gelegenheit zur Stellungnahme zum Gesetz zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung und des öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie zur Anpassung weiterer Rechtsvorschriften bedanke ich mich seitens der Landesärztekammer Hessen und werde gerne Stellung beziehen.

Zu den Änderungen im Einzelnen:

Artikel 1

Grundsätzlich begrüßt die Landesärztekammer Hessen die Intention dieses Gesetzes zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung in unterversorgten und von Unterversorgung bedrohten Gebieten und zur Sicherung des ärztlichen Nachwuchses im öffentlichen Gesundheitsdienst.

Gleichwohl hält die Landesärztekammer Hessen die in dem Entwurf vorgesehenen Maßnahmen für nicht geeignet, um dieses Ziel zu erreichen.

Die Landesärztekammer Hessen hat bereits mehrfach verdeutlicht, dass es in Hessen eine zu geringe Zahl an Studienplätzen für Humanmedizin gibt.

Die Einführung der im Gesetzentwurf beschriebenen Vorabquote kommt einer Verknappung der Studienplätze ohne feste Verpflichtung für eines der begünstigten Fachgebiete gleich und wird daher von der Landesärztekammer Hessen abgelehnt.

Anstelle einer Vorabquote fordert die Landesärztekammer Hessen zusätzliche Studienplätze für die hausärztliche Versorgungsebene und zur Sicherung des ärztlichen Nachwuchses im öffentlichen Gesundheitsdienst.

Die Landesärztekammer Hessen unterstützt die in § 8 vorgesehene Schaffung spezifischer Schwerpunktcurricula für alle Studierenden Hessens, die ein besonderes Interesse für die hausärztliche Versorgung in ländlichen Gebieten oder an einer Tätigkeit im öffentlichen Gesundheitswesen haben.

Um die Versorgungssituation der Patienten in Hessen zu verbessern, bedarf es einer hausärztlichen Versorgungssicherheit.

In Anbetracht des drohenden Hausärztemangels sollten auch die hausärztlichen Internisten mit einbezogen werden, zumal sich diese dann schon während ihrer Weiterbildung für ihre hausärztlichen Aufgaben breit weiterbilden können.

Daher sollen Studierende, die sich verpflichten, nach Abschluss des Studiums eine Weiterbildung im Gebiet Innere Medizin zu absolvieren und sich dann als hausärztliche Internisten in den beschriebenen Regionen niederzulassen, unter den identischen Prämissen wie Allgemeinärzte und Pädiater ausgewählt und gefördert werden.

Artikel 2

1) § 1 Abs. 1 S.1 - „Psychotherapeutenkammer Hessen“

Die Landesärztekammer Hessen spricht sich vehement gegen die Änderung des Namens der Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten Hessen (LPPKJP) in „Psychotherapeutenkammer Hessen“ aus.

Das Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung hat zwar die Approbation zum „Psychotherapeuten“ neu geschaffen. Die LPPKJP hat jedoch als Mitglieder – und dies wohl auch die nächsten Jahre - noch gar keine approbierten „Psychotherapeuten“ im Sinne des PsychThG in der Fassung ab dem 1. September 2020.

In der LPPKJP sind zwei Berufsgruppen organisiert, deren uneinheitliche Qualifikationen historisch begründet sind.

Bis zur Psychotherapiereform im Jahr 1999 erfolgte die Berufsausübung der Kammermitglieder auf Grundlage einer Heilpraktikererlaubnis. Dies bedeutet, dass bis 1999 die Psychologischen Psychotherapeuten ein Psychologiestudium, die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ein Pädagogik- oder Psychologiestudium absolvieren und anschließend lediglich eine Unbedenklichkeitsprüfung vor dem Gesundheitsamt ablegen mussten, um heilkundliche Psychotherapie ausüben zu dürfen.

Seit 1999 ist weiterhin ein Psychologiestudium (für die Psychologischen Psychotherapeuten) oder eine Pädagogikstudium (für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) Voraussetzung, um die 3-jährige Berufsausbildung zum Psychologischen Psycho-

therapeuten bzw. zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten absolvieren zu können.

Bereits zum jetzigen Zeitpunkt weisen die Kammermitglieder daher insgesamt vier unterschiedliche Qualifikationen auf.

Nach § 26 PsychThG in der Fassung ab dem 1. September 2020 führen Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die eine Approbation nach dem Psychotherapeutengesetz in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung besitzen, weiterhin ihre jeweilige Berufsbezeichnung und dürfen die Psychotherapie nach § 1 Absatz 2 ausüben.

Aufgrund der 12-jährigen Übergangsfrist des neuen PsychThG bleiben die Qualifikationen „Psychologische Psychotherapeutin“ bzw. „Psychologischer Psychotherapeut“ und „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin“ bzw. „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut“ sogar weiterhin erwerbbar.

Erst mit dem ab dem 1. September 2020 startenden Studium zum „Psychotherapeuten“ wird in fünf bis sechs Jahren noch eine fünfte Qualifikation hinzukommen, die dann zum Erwerb der Approbation „Psychotherapeut“ und die ersten Kammermitglieder der LPPKJP mit der neuen Berufsbezeichnung „Psychotherapeut“ führt.

Die insgesamt fünf Qualifikationen der Mitglieder der LPPKJP reichen also von einer Unbedenklichkeitsbescheinigung des Gesundheitsamtes für einen Pädagogen bis hin zu einem akademischen Studium, das die erforderliche praktische Studienzeit vermissen lässt.

Bisher war die Unterscheidung mit Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichentherapeuten hinreichend transparent, sodass die Patienten sich einen Eindruck über die Qualifikation ihres Behandlers machen konnten. Um dies auch zukünftig zu gewähren, gerade in Abgrenzung zu Fachärzten der Landesärztekammer Hessen und der Einhaltung des Facharztstandards, wird daher zumindest angeregt, den Namen der bisherigen LPPKJP so klarstellend auszurichten, dass nicht der Eindruck entsteht, er bestehe ausschließlich aus denjenigen, die bislang nicht Kammermitglieder sind: „Approbierten Psychotherapeuten“.

Ein künftiger nicht verwechslungsfähiger Name der jetzigen LPPKJP könnte deshalb sein:

„Landeskammer der nicht-ärztlichen Psychotherapeuten Hessen“

Diese Namensgebung entspricht auch der Regelung des § 1 Abs. 1 S. 3 PsychTHG. Nach dieser Vorschrift dürfen, neben den verschiedentlich qualifizierten Mitgliedern des LPPKJP, auch Ärztinnen und Ärzte die Bezeichnung „Psychotherapeutin“ bzw. „Psychotherapeut“ führen. Daher ist die Landesärztekammer Hessen mit über 39.000 Mitgliedern die hessische Heilberufekammer mit den meisten Berufsträgern, die zur Führung der Bezeichnung „Psychotherapeutin“ bzw. „Psychotherapeut“ nach dem PsychTHG berechtigt wären. Dem stehen rund 6.000 Mitglieder der LPPKJP gegenüber.

In diesem Zusammenhang ist auch zu bedenken, dass nach der geplanten Änderung des § 1 Satz 1 Nr. 5 die 39.000 Mitglieder der Landesärztekammer Hessen berechtigt wären, ebenfalls Mitglied der LPPKJP zu werden, sofern die Bezeichnung „Psychotherapeutin“ bzw. „Psychotherapeut“ geführt werden würde.

2) § 29 Abs. 5 – Weiterbildung in Teilzeit von 25%

Die Änderung des § 29 Abs. 5 Satz 1 und 2 bezieht sich auf § 9 Abs. 3 der (Muster-) Weiterbildungsordnung des 38. Deutschen Psychotherapeutentages vom 24. April 2021, in dem es heißt:

„Erfolgt die Weiterbildung in Teilzeit, muss die Tätigkeit in der stationären und institutionellen Weiterbildung mindestens die Hälfte der üblichen Wochenstunden einer Vollzeittätigkeit betragen. In der ambulanten Weiterbildung muss jede einzelne Teilzeittätigkeit mindestens ein Viertel der üblichen Wochenstunden einer Vollzeittätigkeit betragen. Der Gesamtumfang der Weiterbildung muss einer vollzeitigen Weiterbildung entsprechen. Niveau und Qualität der Weiterbildung müssen den Anforderungen an eine ganztägige Weiterbildung entsprechen.“

Es erschließt sich bereits nicht, was eine „institutionelle Weiterbildung“ ist. Offenbar ist eine Weiterbildung gemeint, die bei institutionellen Trägern stattfindet, was aber beim verwendeten Terminus nicht zum Ausdruck kommt. Weiterbildung findet in Einrichtungen der Patientenversorgung statt, in denen die Patienten entweder stationär, vor- oder nachstationär oder ambulant versorgt werden. Für die Weiterbildung der dort tätigen Ärztinnen und Ärzte bzw. Personen mit einer Approbation im Bereich der Psychotherapie ist es dabei unerheblich, in welcher Trägerstruktur die Versorgung erfolgt. Die Unterscheidung danach, ob der Träger eine Institution oder eine Arztpraxis ist, stellt kein sachgerechtes Unterscheidungskriterium dar, sodass die beabsichtigte Regelung wegen Verstoßes gegen Art. 3 Abs. 1 GG verfassungswidrig ist.

Ein sachlicher Grund für eine Unterscheidung der Weiterbildung im ambulanten und stationären Bereich (25% bzw. 50%) ist offensichtlich nicht erkennbar. Die Anforderung an die Berufstätigkeit, d. h. der Präsenz, von Weiterzubildenden muss daher auch aus fachlicher Perspektive in beiden Versorgungsbereichen gleich geregelt werden.

Zudem würde die Umsetzung des § 9 Abs. 3 S. 3 MWBO BTPK im Heilberufsgesetz gegen die EU-Verhältnismäßigkeitsrichtlinie verstoßen.

Soweit in der Gesetzesbegründung darauf verwiesen wird, dass nach der Muster-Weiterbildungsordnung bei „Psychotherapeut*innen“ eine ambulante psychotherapeutische Weiterbildung in Teilzeit mindestens ein Viertel der üblichen Wochenstunden betragen kann und daraus ein Änderungsbedarf der aktuellen Regelung hergeleitet wird, ist zu berücksichtigen, dass sich die jeweiligen Weiterbildungsordnungen grundsätzlich an den Vorgaben der jeweiligen Heilberufsgesetze der Länder auszurichten haben – nicht umgekehrt. Insofern sollte sich der Gesetzgeber primär an Art. 22, lit. a, 25 Abs. 3 Satz 1 der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (EU-Berufsanerkennungsrichtlinie) ausrichten.

Weiterbildung bedeutet nach Art. 25 Abs. 3 der EU-Berufsanerkennungsrichtlinie, dass die sich in Weiterbildung befindliche Person sich voll auf die Weiterbildung zu konzentrieren hat und eine entsprechende berufliche Verdichtungsphase haben muss. Es ist sowohl rechtlich als auch qualitativ keine Weiterbildung, wenn man nur ein Viertel der vollen Arbeitszeit der Weiterbildung widmet.

Nicht umsonst findet sich auch in dem erst kürzlich eingeführten § 7a Berufsbildungsgesetz (BBiG) die Regelung, dass selbst bei einem nicht akademischen Ausbildungsberuf (u.a. MFA) eine 50% Ausbildungszeit nicht unterschritten werden darf.

Ärztlichen und psychotherapeutischen Berufsbildern ist gemein, dass neben den Mindestanforderungen an die Berufsausübung auch die zusammenhängende zeitliche Erfahrung für die Qualität und Patientensicherheit nicht unbedeutend ist. Es ist fernliegend, dass mit einem Zeitaufwand von 9,5 Stunden (bei einer Vollzeittätigkeit von 38 Wochenstunden) in allen Bereichen der Weiterbildung die Anforderungen an die Weiterbildungsinhalte und an eine hochwertige Patientenversorgung erfüllt werden können. Niveau und Qualität einer Weiterbildung ist nur gewährleistet, wenn sich der Weiterzubildende in einer „Verdichtungsphase“ dem Ausbildungsziel widmet. Dies kommt in den erwähnten Bestimmungen der Berufsanerkennungsrichtlinie deutlich zum Ausdruck.

Insofern ist nicht erkennbar, dass fachliche Überlegungen einen Mindestumfang von 25 % einer Vollzeittätigkeit als Mindestzeit für die ambulante Weiterbildung zugrunde liegen. Eine Tätigkeit von nur 25 % steht nach unserer, mittlerweile jahrzehntelangen Erfahrung im Bereich der Weiterbildung einer strukturierten, auf ein definiertes Ausbildungsziel ausgerichteten Weiterbildung grundsätzlich entgegen.

Die in dem Gesetzesentwurf in § 29 Abs. 5 Satz 3 vorgesehene Forderung, dass „Niveau und Qualität der Weiterbildung müssen den Anforderungen eine ganztätigen Weiterbildung entsprechen“, ist daher aus Sicht der hessischen Ärzteschaft nicht realistisch.

In der Gesetzesbegründung wird dargestellt, dass die vorgeschlagene Regelung zur Teilzeitweiterbildung im Umfang eines Viertels der üblichen Wochenstunden verschiedene Lebenskonzepte, wie z. B. Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie die Möglichkeit berücksichtigt, gleichzeitig das Erreichen des Weiterbildungsziels zu sichern. Die Förderung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie ist nachvollziehbar. Auch die hessische Ärzteschaft hat das Thema der Vereinbarkeit von beruflicher Tätigkeit mit privaten Interessen bereits intensiv diskutiert. Diesbezügliche Regelungen müssen aber im Lichte der Weiterbildungsqualität sowie einer verantwortungsvollen ärztlichen Tätigkeit und der Patientensicherheit gesehen werden. Bei Bildungsgängen im Gesundheitswesen ist nach der Rechtsprechung stets die Schutzpflicht des Staates für die zukünftigen Patientinnen und Patienten zu berücksichtigen.

Die Landesärztekammer Hessen rät deshalb von der Umsetzung einer 25% Regelung im Heilberufsgesetz bereits vom Grunde her ab.

Soweit die LPPKJP auf eine solche Regelung nicht verzichten will, sollte sie zumindest aus dem allgemeinen Teil der Weiterbildung im Heilberufsgesetz ausbezogen werden und im Besonderen Teil der Weiterbildung der LPPKJP untergebracht werden.

Artikel 3

Die Landesärztekammer Hessen begrüßt die Regelung des neuen § 12 Abs. 5 Hessisches Krankenhausgesetz ausdrücklich.

Gerne steht Ihnen die Landesärztekammer Hessen für weitere Fragen zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'E. Pinkowski'.

Dr. med. Edgar Pinkowski
Präsident



**Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V.
Fachschaften der Medizinischen Fakultäten Hessens**

Stellungnahme

**Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung der hausärztlichen
Versorgung und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes**

Wiesbaden und Berlin, 19. November 2021

Sehr geehrte Mitglieder des Sozial- und Integrationspolitischen Ausschusses,

als Fachschaften der medizinischen Fakultäten des Landes Hessen und als Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V. (bvmd) nehmen wir, wie erbeten, Stellung zum vorliegenden Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Hessen.

Grundsätzlich stellt der vorliegende Gesetzesentwurf aus Sicht der Studierenden **keinen geeigneten Ansatz zur Lösung des Kapazitätsproblems** in der ländlichen Primärversorgung und im Öffentlichen Gesundheitsdienst dar. Als Ärzt:innen von morgen möchten wir eindringlich vor der Einführung solcher Quoten warnen. Es besteht die reale Gefahr, dass der konstruktive und lösungsorientierte Diskurs nachhaltig geschwächt wird. Anstelle einer Landarzt- und ÖGD-Quote möchten wir mit Ihnen in eine rational geführte Debatte über die konkrete Umsetzung einer zukunftsorientierten Stärkung des ÖGD und der hausärztlichen Medizin eintreten. Sollte dieses Gesetzesvorhaben dennoch fortgeführt werden, finden Sie untenstehend unsere konstruktive Stellungnahme zum geplanten Gesetzesvorhaben.

- **Die Quote setzt zum falschen Zeitpunkt an.** Selbst wenn eine Zulassungsquote unmittelbar wirksam würde, wären die Effekte erst in 10-15 Jahren zu spüren, da für Studium und Facharztausbildung ein entsprechender Zeitraum benötigt wird. Die Personalnotlage besteht aber nicht in 15 Jahren, sondern jetzt – und bedarf deshalb deutlich schneller wirksame Lösungen.
- **Die Quote konterkariert die Versuche, ein positives Berufsbild zu etablieren.** Die Personalnotlage und die scheinbare Unattraktivität im ländlichen Raum ist keine physikalische Gesetzmäßigkeit, sondern eine Problematik, die durch die jahrelange Vernachlässigung der Strukturen in der ländlichen Medizin und im ÖGD entstand. Erfreulich ist, dass jüngst mit Maßnahmen wie dem Pakt für den ÖGD oder der Aufwertung der Allgemeinmedizin in der Medizinischen Ausbildung Ansätze verfolgt werden, diesen Trend umzukehren. Das Potential dafür besteht: Bereits jetzt sind 35% aller Medizinstudierenden, also mehr als jede:r Dritte, an der Arbeit in der Allgemeinmedizin interessiert und 24% an der Arbeit im ÖGD. (1) Die Einführung einer

bvmd-Geschäftsstelle

Robert-Koch-Platz 7

10115 Berlin

Telefon +49 (30) 95590585

Fax +49 (30) 9560020-6

Home bvmd.de

E-Mail buero@bvmd.de

Für Rückfragen

Tobias Henke | Ko Zae-Young

Email politik@bvmd.de

Phone +49 (0) 176 70951216

+49 (0) 1577 6796053

Europäische Integration
Famulaturaustausch

Forschungsaustausch
Gesundheitspolitik
Projektwesen

Medizin und Menschenrechte
Medizinische Ausbildung
Training

Public Health
Sexualität und Prävention

Die bvmd ist auf internationaler Ebene Teil der IFMSA- und EMSA-Netzwerke



Quote torpediert die Ansätze, die Primärversorgung in einem berechtigt positiveren Licht zu präsentieren. Eine Quote erweckt den Eindruck, die landärztliche Tätigkeit sei so unattraktiv, dass nur noch Zwangsmaßnahmen helfen. Dadurch besteht mittelfristig die Gefahr, dass eine Zulassungsquote im Gegenteil zu einem Attraktivitätswahrnehmungsverlust führt.

- **Die Quote stellt einen unverhältnismäßigen Eingriff in die Berufsfreiheit junger Menschen dar.** Zu Beginn des Studiums haben nur sehr wenige Studierende eine beständige Vorstellung davon, welchen Fachbereich und welche Art der Berufsausübung sie zukünftig realisieren möchten. Das Medizinstudium wird als „knappes Gut“ genutzt, um Bewerbende zu dem Zugeständnis einer beruflichen Verpflichtung zu zwingen. Die Entscheidung für ein Studium über die Zulassungsquote würde für junge Menschen bedeuten, sich für einen längeren Zeitraum beruflich zu binden, als man bisher gelebt hat. Oftmals ist zu Beginn des Studiums kaum abschätzen, wie man am Ende tatsächlich tätig werden will.
- **Die Quote ist sozialpolitisch im hohen Maße ungerecht.** Für Studierende aus finanziell gut situierten Hintergründen entstünde die Möglichkeit, sich nach Abschluss des Studiums durch das Zahlen einer Vertragsstrafe aus der Verpflichtung freizukaufen und in der Folge den Arztberuf frei auszuüben. Dieses Szenario, das die Studienplatzchancen von der eigenen Finanzkraft abhängig macht, konterkariert Bemühungen der Bildungsgerechtigkeit und wird von den Studierenden daher klar abgelehnt. Darüber hinaus ergibt sich aus dieser Problemlage, dass keine Planungssicherheit besteht, da nicht sicher mit den Ärzt:innen aus der Quote gerechnet werden kann. Auch muss davon ausgegangen werden, dass Quotenabsolvent:innen über den Klageweg oder durch besondere Härten aus der Tätigkeit ausscheiden.
- **Nicht jeder Mangel ist durch eine Quote zu lösen.** Neben der in einigen Ländern etablierten Landarztquote würde eine ÖGD-Quote bereits die zweite Studienplatzquotierung darstellen. Daher besteht die ernsthafte Sorge, dass zukünftig jeder aufkommende Mangel in einem ärztlichen Versorgungsfeld durch eine Quote gelöst würde, anstatt den Mangel ursächlich zu beheben. Die bvmd zeigte mehrfach anhand der Landarztquote auf, dass der beste Weg, einen Berufszweignachhaltig aufzuwerten, die Verbesserung von Lehre und Arbeitsbedingungen sind (2).

Sollte sich der Gesetzgeber trotz dessen für eine Fortführung des Gesetzgebungsverfahrens entscheiden, müssen aus Sicht der Studierenden an einigen Stellen noch Anpassungen am Gesetzestext vorgenommen werden. Im Folgenden finden Sie daher Änderungsvorschläge und jeweilig die Begründung dazu.



zu § 2 Nummer 1

„unverzüglich nach Erhalt der Approbation eine Weiterbildung im Gebiet Allgemeinmedizin, **Innere Medizin** oder Kinder- und Jugendmedizin in Hessen zu absolvieren und [...]“

Die hausärztliche Versorgung (Primärversorgung) ist in § 73 Absatz 1a SGB V normiert. Danach nehmen neben Allgemeinmediziner:innen und Pädiater:innen auch Internist:innen ohne Schwerpunktbezeichnung an der hausärztlichen Versorgung teil. Im Sinne der größtmöglichen Wahlfreiheit für Studierende und der Schaffung motivierender Arbeitsbedingungen sollte daher die Innere Medizin als Weiterbildungsfach aufgenommen werden.

Darüber hinaus kollidiert die Benennung „unverzüglich“ mit der Realität des Medizinstudiums. In vielen Fällen wird eine Facharztweiterbildung erst einige Monate nach Erlangung der Approbation abgeschlossen, etwa weil eine Promotion noch beendet werden muss. Dies stellt dann auch nicht unbedingt einen Härtefall nach § 6 Absatz 2 dar. Daher wäre zur Schaffung einer Rechtssicherheit die Klarstellung in der Gesetzesbegründung, dass Verzögerungen bspw. zur Erlangung einer Promotion, zum Beenden eines Auslandsaufenthaltes oder zum Herstellen einer familiären Situation, die eine Weiterbildung ermöglicht, nicht als schuldhaftes Zögern im Sinne dieses Gesetzes gelten, zu empfehlen. Gleiches gilt für § 2 Nummer 2 und § 4 Nummer 1 und 2.

zu § 2 Nummer 2

„unverzüglich nach Abschluss der Weiterbildung eine vertragsärztliche Tätigkeit im hausärztlichen Versorgungsbereich in Hessen aufzunehmen und für die Dauer von **sechs** Jahren in den Gebieten auszuüben, für die ein besonderer öffentlicher Bedarf nach § 3 festgestellt wurde.“

Die Länge der verpflichtenden Tätigkeit ist unverhältnismäßig lang gewählt und verpflichtet Betroffene zu einem Gesamtzeitraum von 21 – 25 Jahren. Da die Studierenden allerdings die Intention des Gesetzgebers kennen, schlagen sie einen Gesamtverpflichtungszeitraum von 17 Jahren, äquivalent zur Verpflichtung für Studierende der Humanmedizin bei der Bundeswehr, vor. Daraus ergibt sich ein Verpflichtungszeitraum von sechs Jahren nach Ende der Weiterbildung. Die Verkürzung des Zeitraumes führt überdies zu einer früheren aktiven Entscheidung für die hausärztliche Tätigkeit und damit für eine langfristige Sicherung und Planbarkeit der Versorgung. Diese zusätzlichen Jahre fallen zudem in den Zeitraum der Familienplanung vieler moderner Familien. Eine verlängerte fehlende Mobilität stellt für diese Personengruppe eine zusätzliche Härte dar.

zu § 3 Absatz 1 i.V.m. § 2 Satz 1

Die Verknüpfung des besonderen öffentlichen Bedarfes mit § 100 SGB V erscheint sinnvoll und ist ein erprobtes Normkonstrukt in anderen Ländern, die ähnliche Gesetze eingeführt haben. Anzumerken ist, dass die Feststellung der



Unterversorgung nach § 100 SGB V selbst noch keinen hinreichend prognostischen Faktor hat. Dem soll mit § 3 Absatz 2 zwar Abhilfe geschaffen werden, allerdings verweist § 2 Satz 1 auf den besonderen öffentlichen Bedarf selbst, und nicht auf die Prognose aus § 3 Absatz 2 – sodass bei einer dynamischen Bedarfsentwicklung der Fall eintreten könnte, dass quotierte Studienplätze vergeben werden, obwohl prognostisch in 10-15 Jahren kein besonderer öffentlicher Bedarf mehr bestehen wird – oder umgekehrt.

zu § 4 Nummer 2

„unverzüglich nach Abschluss der Weiterbildung eine Tätigkeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Hessen für die Dauer von **sechs** Jahren aufzunehmen und in einem Landkreis oder einer kreisfreien Stadt auszuüben, für den oder die ein besonderer öffentlicher Bedarf nach § 5 festgestellt wurde.“

Analog zu Kommentar zu § 2 Nummer 2

zu § 5 Absatz 3

Es erscheint unklar, warum die Entscheidung über die Feststellung des besonderen öffentlichen Bedarfes an das Landesprüfungsamt übergehen soll, wenn die Gremien nach § 5 Absatz 2 nicht fristgerecht einen besonderen öffentlichen Bedarf feststellen. Die vorbeugende Schaffung einer Ausnahmemöglichkeit für den Fall, dass die o.g. Gremien ihren Pflichten nach § 5 Absatz 2 nicht fristgerecht nachkommen, wird von den Studierenden nicht als zielführend angesehen.

zu § 6 Absatz 1

„Bewerberinnen und Bewerber verpflichten sich in einem öffentlich-rechtlichen Vertrag mit dem Land Hessen zu einer Vertragsstrafe in Höhe von **bis zu 125 000** 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.“

Die Vertragsstrafe in Höhe von 250 000 Euro ist in Anbetracht vergangener Präzedenzfälle, bei denen Absolvierende des Medizinstudiums der Bundeswehr ihre Verpflichtung vorzeitig und einseitig aufkündigten, zu hoch angesetzt. Die vorgeschlagene Summe orientiert sich an der höchstrichterlichen Rechtsprechung des BVerwG von 2017 (Urteil vom 12.04.2017 - BVerwG 2 C 14.16)

Wichtig wäre außerdem, die zu zahlende Vertragsstrafe als Maximalbetrag und nicht als Festbetrag zu normieren. Dies ermöglicht die differenzierte Strafbelegung – wer sechs Monate vor Ende der verpflichtenden Berufstätigkeit aus dieser ausscheidet, muss niedriger taxiert werden als jemand, der:die kurz nach Studienabschluss den Vertrag verlässt.

zu § 7 Absatz 3

Der Ausschluss des Auswahlkriteriums der Hochschulzugangsberechtigung (HZB) erscheint insofern problematisch, als dass diese einen der wenigen validen



Prädiktoren für den Studienerfolg darstellt (3) (4). Die völlige Herausnahme dieses Kriteriums aus dem Auswahlprozess kann diskutiert werden, da mit ihr statistisch eine höhere Studienabbruchsquote einhergeht und dadurch der Versorgungsengpass bestehen bleibt. Daher regen die Studierenden an, die Durchschnittsnote der HZB mit geringem Gewicht als Auswahlkriterium einzubringen.

zu § 7 Absatz 4

„Auf der zweiten Stufe des Auswahlverfahrens nach Abs. 2 finden unter Einbeziehung von Vertreterinnen und Vertretern der hessischen Fachbereiche für Medizin **strukturierte Eignungstests** oder andere Verfahren jeweils [...]“

Der Anspruch an das Auswahlverfahren, der in § 7 Absatz 5 Satz 1 formuliert ist, sollte sich durch die klare Benennung eben jener strukturierter und standardisierter Auswahlverfahren in der Formulierung von § 7 Absatz 4 widerspiegeln.

Mündliche Auswahlverfahren sind in ihrer Eignung zur Auswahl Studierender umstritten. Hintergrund ist, dass die subjektive Wahrnehmung der Interviewer*innen durch unbewusste Biases die Chancengleichheit der Bewerber*innen mindert. Es besteht das Risiko, dass vermehrt hellhäutige, hochdeutsch sprechende Bewerbende über diesen Auswahlprozess zugelassen und damit Kinder aus städtischen Akademikerfamilien bevorzugt werden. Dies steht überdies im Kontrast dazu, dass der einzige bisher wissenschaftlich erfasste Prädiktor für eine spätere Tätigkeit im ländlichen Raum ein ländlicher Hintergrund der Bewerbenden ist, der als Strukturelement in Rahmen des Auswahlverfahren jedoch verfassungsrechtlichen Bedenken begegnen würde (3). Auch sind mündliche Auswahlverfahren verfassungsrechtlich umstritten, da ebendiese nachgewiesene Diskriminierung dem Gleichheitsgrundsatz insofern nicht gerecht wird, dass Kriterien, auch ungewollt, eine Entscheidungsgrundlage darstellen, die nicht der Auswahl nach Eignung dienen. (BVerfGE 147, 253 (Rn. 195))

Um diesen Kritikpunkten zu begegnen, schlagen wir insbesondere in Vorausschau auf die ausdefinierende Rechtsverordnung nach § 11 vor, den gesetzgeberischen Rahmen neben dem Strukturierungsanspruch offen zu halten, sodass strukturierte Testtypen zur Erfassung nicht-kognitiver Eigenschaften ermöglicht werden, die besser wissenschaftlich begleitet und qualitätsgesichert werden können. Beispielhaft genannt seien die im Ausland, aber auch an einigen inländischen Universitätsstandorten durchgeführten und im Rahmen der Landarztquote Baden-Württemberg geplanten Multiplen Mini Interviews (4). Dabei muss stets sichergestellt werden, dass die Interviewenden im Vorfeld bezüglich kognitiver Biases geschult werden, um deren Effekt zu vermindern (5). Im Rahmen des bundesweiten Forschungsvorhabens „stav – Studierendenauswahl-Verbund“ werden Zulassungstests zurzeit weiterentwickelt. Diese Ergebnisse sollten ohne weitere Änderung dieses Gesetzes in das Auswahlverfahren einfließen können.

Da auch diese Formate noch wissenschaftlichen Entwicklungsbedarf insbesondere hinsichtlich der vorherzusagenden Outcome-Kriterien aufweisen, sollte die Gewichtung im Auswahlverfahren insgesamt nicht höher als 30% sein.



zu § 7 Absatz 5

(5) Die Auswahlkriterien und Verfahren nach den Abs. 3 und 4 sind in standardisierter, strukturierter und qualitätsgesicherter Weise transparent anzuwenden **und regelmäßig zu evaluieren**. Deren Bewertung erfolgt nach einem Punktesystem, auf dessen Grundlage jeweils eine Rangfolge der Bewerberinnen und Bewerber gebildet wird.“

Zum Zwecke der Qualitätssicherung ist eine Evaluation der Auswahlkriterien und des Verfahrens in regelmäßigen, definierten Abständen notwendig. Das zeigen insbesondere Erfahrungen aus anderen Bundesländern, die so die in den ersten Auswahlverfahren aufgetretenen Dissonanzen strukturiert analysieren konnten.

zu § 7 Absatz 6

Personen, die nach § 2 oder § 4 zum Studium der Medizin an hessischen Universitäten **eingeschrieben sind**, können nicht nach anderen Bestimmungen zum Studium der Medizin zugelassen werden.

Die Zulassung im Verfahren des vorliegenden Gesetzentwurfes stellt eine relevante Einschränkung des Rechts auf freie Berufsausübung (Artikel 12 GG) und andere Grundrechte dar. Es ist daher staatliche Aufgabe, diesen Eingriff auf ein nötiges Mindestmaß zu reduzieren. Dieser Anspruch wird konterkariert, wenn Studienanwärter:innen zum Zeitpunkt der Zulassung bereits verwehrt wird, am regulären Auswahlverfahren zum Medizinstudium teilzunehmen. Aus diesem Grund schlagen die Studierenden vor, eine Zweitzulassungsbeschränkung erst ab dem Zeitpunkt der Immatrikulation wirksam werden zu lassen. Dieser Vorschlag ist insbesondere angemessen, da zur zweiten Stufe des Auswahlverfahrens nach § 7 Absatz 4 doppelt so viele Anwärter:innen eingeladen werden können, wie letztlich ausgewählt werden.

zu § 8

Die Studierenden begrüßen die didaktische Begleitung mittels Schwerpunktcurriculum in einer Form, die als fakultatives Angebot gedacht ist und so bedarfsorientiert wahrgenommen werden kann. Sofern dies nicht ohnehin angedacht ist, möchten die Studierenden anregen, dieses Curriculum allen interessierten Studierenden der Humanmedizin anzubieten und nicht auf die Studierenden der Landarztquote zu begrenzen. Das würde einer Abgrenzung der Studierenden die über die Quote reduzieren und eventuell sogar zu einem "pull in" Effekt führen.

zu § 9

“Die zuständige Stelle kann **soll** Studierende, die einen öffentlich-rechtlichen Vertrag nach § 2 oder § 4 abgeschlossen haben, mit einem Festbetrag in Form eines zweckgebundenen Zuschusses fördern.“

Studienanfänger:innen benötigen bereits zum Zeitpunkt ihrer Bewerbung die Sicherheit, ob sie sich auf einen studienunterstützenden Zuschuss verlassen können. Es ist zu erwarten, dass Studierende dieser Quote in ihrer Lebensplanung bereits



weiter fortgeschritten sind und einen höheren Aufwand zur Bewältigung des anspruchsvollen Studiums aufwenden müssen, gleichzeitig aber noch seltener auf die Leistungen des Bundesausbildungsförderungsgesetzes (vgl. § 10 BAföG) zurückgreifen können. Die zeitlichen Verpflichtungen im Rahmen des Wahlcurriculums erschweren darüber hinaus die Aufnahme von Nebentätigkeiten zur Lebensfinanzierung und gefährden damit den Studienerfolg. Im Rahmen der Verhältnismäßigkeit der langen Verpflichtung innerhalb dieser öffentlich-rechtlichen Verträge ist eine „Soll-Bestimmung“ angebracht. Es ist sinnvoll, dass Näheres über eine Rechtsverordnung geregelt wird, die generelle Bereitstellung eines Zuschusses gehört allerdings nicht dazu und bedarf aufgrund der erheblichen Finanzwirkung parlamentarischer Regulation.

zu § 11

Da die nachfolgende Rechtsverordnung wesentliche Detailregelungen zur Ausgestaltung der Vorabquoten enthalten werden, drängen die Studierenden darauf, dass auch bei der Erstellung dieser eine ordnungsgemäße Verbändeanhörung stattfinden muss.

Die Studierendenvertretungen betonen abschließend, dass der vorgesehene Gesetzesentwurf kein geeignetes, erforderliches und angemessenes Instrument zur Sicherstellung des ärztlichen Nachwuchses im Öffentlichen Gesundheitsdienst ist. Stattdessen stehen mildere Mittel zur Verfügung, insbesondere im Rahmen der Ärztlichen Ausbildung. So setzt der aktuelle Referentenentwurf der Approbationsordnung für Ärztinnen (ÄApprO) und Ärzte die entsprechenden Maßnahmen aus dem Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst zielführend um. Mit Beschluss durch den Bundesrat stünde es allen, vor allem aber den interessierten Studierenden, offen, im Rahmen von Famulaturen und dem für die Berufswahl entscheidenden Praktischen Jahr mit dem ÖGD in Berührung zu kommen und entsprechend positive Erfahrungen zu sammeln. Eine zügige Beschlussfassung im Bundesrat und Umsetzung der neuen ÄApprO ist im Sinne des im vorliegenden Entwurf formulierten Zieles das zielführendere und erfolversprechendere Mittel.

Die Fachschaften der Medizinischen Fakultäten Frankfurt, Gießen und Marburg, sowie die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. freuen sich auf einen weiterhin konstruktiven Austausch und verbleiben

mit freundlichen Grüßen

Die Fachschaft der Medizinischen Fakultät Frankfurt
Die Fachschaft der Medizinischen Fakultät Marburg
Die Fachschaft der Medizinischen Fakultät Gießen
Die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V.



Literaturverzeichnis

1. **KBV.** Berufsmonitoring Medizinstudierende 2018. *Kassenärztliche Bundesvereinigung*. [Online] 11. September 2018. [Zitat vom: 18. November 2021.] Seite 41, Tabelle 18 und Seite 54, Tabelle 30. https://www.kbv.de/media/sp/Berufsmonitoring_Medizinstudierende_2018.pdf.
2. **bvmd.** Wie können wir Ärzt*innen motivieren, als Landärzt*in zu arbeiten? - Strategien zur Begegnung des Haus- und Landärztemangels. *Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland*. [Online] 30. Juni 2018. [Zitat vom: 4. November 2020.] https://www.bvmd.de/fileadmin/redaktion/Grundsatzentscheidung_2018-06_Zukunft_der_Prim%C3%A4rversorgung_-_Land%C3%A4rztemangel.pdf.
3. **Kadmon, G., Resch, F., Duelli, R. & Kadmon, M.** Predictive value of the school-leaving grade and prognosis of different admission groups for academic performance and continuity in the medical course - a longitudinal study. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*. 2014, 31.
4. **Trapmann, S., Hell, B., Weigand, S. & Schuler, H.** Die Validität von Schulnoten zur Vorhersage des Studienerfolgs - eine Metaanalyse. *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie*. 2007, 21.
5. **Walker, Judith H, et al.** Rural origin plus a rural clinical school placement is a significant predictor of medical students' intentions to practice rurally: a multi-university study. *Rural Remote Health*. 2012, 12. PMID: 22239835.
6. **Breil, Simon M, et al.** Construct validity of multiple mini interviews - Investigating the role of stations, skills, and raters using Bayesian G-theory. *Medical Teacher*. 2020, 42. DOI: 10.1080/0142159X.2019.1670337.
7. **Hertel-Waszak, A, et al.** Steigerung von Interrater-Reliabilitäten im Münsteraner Studierfähigkeitstest. *Institut für Ausbildung und Studienangelegenheiten, Medizinische Fakultät, Westfälische Wilhelms-Universität Münster*. [Online] 2017. [Zitat vom: 11. November 2020.] <http://gma2017.uni-muenster.de/wp-content/uploads/2017/11/Steigerung-von-Interrater-Reliabilit%C3%A4ten-im-M%C3%BCnsteraner-Studierf%C3%A4higkeitstest.pdf>.

Stellungnahme des Weiterbildungsverbands Allgemeinmedizin in Nordhessen (WIN)

zum

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

Der Weiterbildungsverbund Allgemeinmedizin in Nordhessen (WIN) begrüßt die Gesetzgebungsinitiative der Hessischen Landesregierung zur Sicherung der zukünftigen hausärztlichen Versorgung sowie der Sicherung der Funktion des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) ausdrücklich.

Insbesondere die demographische Entwicklung in Hessen als auch die derzeit bevorzugte berufliche Orientierung von Ärztinnen und Ärzten hin in urbane Regionen anstelle von ländlichen Regionen führen zu einer zunehmenden regionalen hausärztlichen Unterversorgung. Auch im Bereich des Öffentlichen Gesundheitsdienstes ist zukünftig mit einer Verschärfung des Mangels an Fachärzten zu rechnen.

Die Vergabe von Studienplätzen für Humanmedizin in Hessen an geeignete Bewerberinnen und Bewerber, die sich im Gegenzug für eine spätere hausärztliche Tätigkeit in unterversorgten Gebieten oder eine Tätigkeit im ÖGD verpflichten, ist eine besonders geeignete Maßnahme, dem Problem des spezifischen Ärztemangels entgegenzuwirken.

Die geplante Vorabquote von 6,5% der Studienplätze für die Hausärztliche Versorgung sowie von 1,3% für den ÖGD, somit insgesamt 7,8% ist dabei allerdings nicht ausreichend, um den zukünftigen Bedarf an Ärztinnen und Ärzten in den genannten Bereichen annähernd zu decken. Auch wenn es hier Beschränkungen aufgrund des Staatsvertrags geben mag, so wäre eine durchaus höhere Quote wünschenswert.

Weiterhin erscheint es besonders wichtig, sich bei der Festlegung des Kriteriums der drohenden Unterversorgung nicht starr am aktuellen Versorgungsgrad zu orientieren, sondern vor allem die zu erwartende künftige Entwicklung des regionalen Versorgungsgrads zu berücksichtigen. Auch Regionen, in denen derzeit noch eine ausreichende Versorgung vorhanden ist, können in wenigen Jahren zu Problemfällen werden.

Zusammenfassend sind wir der Auffassung, dass diese Gesetzesinitiative einen wichtigen Baustein zur Sicherung der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung darstellen kann.

Von: [Dr.Nowak](#)
An: [Bartl, Andrea \(HLT\)](#); [Sadkowiak, Maximilian \(HLT\)](#)
Cc: [Ravensburg, Claudia \(HLT\)](#); [Sommer, Dr. Daniela \(HLT\)](#)
Betreff: Mündliche Anhörung im Hessischen Landtag am 25.11.2021 zu einem Gesetzentwurf zur hausärztlichen Versorgung
Datum: Sonntag, 21. November 2021 21:32:44
Dringlichkeit: Hoch

Sehr geehrter Herr Vorsitzender Promny,
sehr geehrte Frau Bartl,
sehr geehrter Herr Sadkowiak,

zunächst darf ich um Ihr Verständnis bitten, dass meine Stellungnahme erst jetzt erfolgt.
Gleichzeitig muss ich
Ihnen mitteilen, dass ich an der persönlichen Anhörung am 25. November aus beruflichen
Gründen leider nicht teilnehmen kann.

Hier meine Stellungnahme, die bei der Anhörung vorgelesen werden darf:

Sehr geehrte Damen und Herren,

zunächst besten Dank, dass Sie mich zur Anhörung des Sozial- und Integrationspolitischen
Ausschusses des Hessischen
Landtags zu dem Gesetzentwurf zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung (Drucks. 20/6367)
anhören.

Als seinerzeit betroffenes „Landei“ war es mir wegen des Numerus clausus gleich nach dem
Abitur nicht möglich Medizin
zu studieren, so dass ich erst auf Umwegen nach 6 Jahren einen Studienplatz in Medizin erhielt.
Durch meine berufspolitische
Tätigkeiten beim Marburger Bund und der Ärztekammer auf lokaler bis hin zur Bundesebene
habe ich zwischenzeitlich alle Nuancen
kennengelernt und kann mich bei dieser Thematik somit kompetent einbringen. Während
meiner Weiterbildungszeit konnte ich
insgesamt 3 Facharzttitle erwerben, u. a. den Facharzt für Allgemeinmedizin.

Bereits jetzt besteht ein erheblicher Mangel an Hausärzten (m/w/d) im ländlichen Bereich, so
auch in Waldeck-Frankenberg und Marburg-Biedenkopf,
der sich durch die Altersstruktur der Niedergelassenen in den nächsten Jahre noch verstärken
wird. Etliche Hausarztsitze, auch in den Mittelzentren,
können nicht mehr besetzt werden. Seit Jahren durchgeführte Programme wie „Landarzt
werden der Wirtschaftsförderung Waldeck-Frankenberg“
haben zwar Preise gewonnen, jedoch konnten sie keinen Arzt (m/w/d) aufs Land locken. Auch
finanzielle Anreize brachten und bringen keinen
Großstädter auf das flache Land.

Betrachtet man geschichtlich die Entwicklung der Arztpraxen in unserer Gegend muss man
feststellen, dass die Ärzte ihre „Wurzeln“ bei uns auf dem
Lande haben bzw. ein Partner/eine Partnerin von hier kommt. Es gibt alt eingesessene
Ärztegenerationen, die seit Jahren ihre Praxen an ihre Kinder

„weitergegeben“ haben und so eine kontinuierliche Versorgung gewährleisten. Nur haben diese Kinder leider nicht immer die erforderliche Abiturnote.
Gleichzeitig ist festzustellen, dass ein Einser-Kandidat nicht unbedingt der bessere Arzt (m/w/d) sein wird.

Ich kenne über 10 Abiturienten (m/w/d) aus dem Frankenger Land, die geeignet sind und sehr gerne Medizin studieren würden, jedoch nicht über den erforderlichen Numerus clausus, der sehr nahe an 1,0 liegt, verfügen und folglich vorerst leer ausgehen. Diese haben sich für ein Freiwilliges Soziales Jahr (FSJ) im medizinischen Bereich entschieden und sind insbesondere im Rettungsdienst tätig. Durch meine enge Verbundenheit zum Rettungsdienst als Betriebsarzt und Leitender Notarzt des Landkreises Waldeck-Frankenberg sehe ich mit welchem Elan und Interesse sie bei der Sache sind und einen einfühlsamen und kompetenten Umgang mit den Patienten (m/w/d) haben. Ich halte alle geeignet, gute Ärzte (m/w/d) zu werden.

Ich bitte die Abgeordneten (m/w/d) dem Gesetzentwurf zu zustimmen, um die hausärztliche Versorgung auf dem Lande zu sichern.
Besten Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

gez. Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak

Facharzt für Allgemeinmedizin
Facharzt für Arbeitsmedizin, Flugmedizin
Facharzt für Innere Medizin, Notfallmedizin
Bahnhofstr. 26
D-35066 Frankenberg
Tel. +49 6451 25607
Fax +49 6451 25603
Dr.Nowak@praxis-fkb.de

EVANGELISCHES BÜRO HESSEN
AM SITZ DER LANDESREGIERUNG

Ev. Kirche in Hessen und Nassau Ev. Kirche von Kurhessen-Waldeck Ev. Kirche im Rheinland Diakonie Hessen

An den Vorsitzenden
des Sozial- Integrationspolitischen Ausschusses
MdL Moritz Promny
Hessischer Landtag
Schlossplatz 1-3

65183 Wiesbaden

22. November 2021

Öffentliche mündliche 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 – Drucks. 20/6367 – Ihr Schreiben vom 25. Oktober 2021

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

wir danken herzlich, zu oben genanntem Gesetzentwurf im Rahmen der öffentlichen mündlichen Anhörung eine Stellungnahme abgeben zu können.

Bereits im Sommer hatten die Evangelischen Kirchen im Rahmen der Regierungsanhörung die dem vorgelegten Gesetzentwurf zugrundeliegende grundsätzliche Idee begrüßt, die (haus-)ärztliche Versorgung in den unterversorgten Gebieten in Hessen, insbesondere im Ländlichen Raum, zu stärken.

Die Evangelischen Kirchen unterstützen den Gesetzesentwurf dahingehend, dass zur Sicherstellung einer flächendeckenden Gesundheitsversorgung ein deutlicher Anreiz für Medizinstudierende und an einem am Medizinstudium interessierte Personen

gesetzt werden muss. Motivierende Anreize und die Attraktivitätssteigerung des Landarztberufs sind dabei probate Mittel. Allerdings hinterfragen die Evangelischen Kirchen, ob die Androhung einer Vertragsstrafe in Höhe von € 250.000,00 ein angemessenes Mittel ist.

Hinsichtlich § 22 Abs. 5 Ziff. 2 des Gesetzentwurfs zum Hessischen Krankenhausgesetz sehen die Evangelischen Kirchen die Gefahr einer erheblichen und kritisch zu bewertenden Wettbewerbsverzerrung für Krankenhäuser mit anderen Trägerschaften als Gebietskörperschaften, wie kreisfreie Städte, Landkreise und anderer Kommunen. Es bedarf letztendlich gleicher Rahmenbedingungen für alle Trägergruppen.

Darüber hinaus verweisen die Evangelischen Kirchen auf die Stellungnahme der Liga der Freien Wohlfahrtspflege vom 19.11.2021 und unterstützen die dort genannten Punkte.

Wir freuen uns, wenn unsere Anregungen Berücksichtigung finden und verbleiben

mit freundlichen Grüßen aus dem Evangelischen Büro



PfarrerIn Clarissa Graz
Vertretung der Diakonie Hessen

Anlage:

- Stellungnahme der Liga der Freien Wohlfahrtspflege vom 19.11.2021

Kommissariat der Katholischen Bischöfe im Lande Hessen

per E-Mail

An den Vorsitzenden des
Sozial- und Integrationspolitischen Ausschusses
Herrn Moritz Promny

19. November 2021
Az. 9.5.2. / KI-fe

Öffentliche mündliche 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 – Drucks. 20/6367 –

Ihr Schreiben vom 25. Oktober 2021

Aktenzeichen: I 2. 11

Sehr geehrter Herr Promny,
sehr geehrte Damen und Herren,

zur o.g. Anhörung sind wir nicht geladen worden. Da wir jedoch schon im Sommer im Rahmen der Anhörung zu diesem Gesetz eine Stellungnahme abgegeben haben, möchten wir auch hier eine schriftliche Stellungnahme abgeben.

Wir begrüßen die dem vorgelegten Gesetzesentwurf zugrundeliegende grundsätzliche Idee, die (haus-)ärztliche Versorgung in den unterversorgten bedrohten Gebieten in Hessen zu stärken. Wir sind uns darin einig, dass zur Sicherstellung einer flächendeckenden Gesundheitsversorgung ein deutlicher Anreiz für Medizinstudierende und an der Medizin interessierte (vor dem Studium stehende) Personen, an der hausärztlichen Versorgung teilzunehmen, gesetzt werden muss. Motivierende Anreize und die Attraktivitätssteigerung des Landarztberufes sind dabei probate Mittel.

Wir hinterfragen aber, ob die Androhung einer Vertragsstrafe in Höhe von € 250.000,00 ein angemessenes Mittel ist. Auch ist zu bedenken, dass die Entwicklung der Medizin massiv voranschreitet und die Forschung und Entwicklung in zehn Jahren ganz neue Perspektiven eröffnen kann.

All dieses muss bedacht werden, wenn eine Erhöhung der hausärztlichen Versorgung auf dem Land angestrebt werden soll.

Hinsichtlich § 22 Abs. 5 Ziff. 2 des Gesetzentwurfs zum Hessischen Krankenhausgesetz sehen wir die Gefahr einer erheblichen und kritisch zu bewertenden Wettbewerbsverzerrung für Krankenhäuser mit anderen Trägerschaften als Gebietskörperschaften, wie kreisfreie Städte, Landkreise und anderer Kommunen. Es bedarf letztendliche gleicher Rahmenbedingungen für alle Trägergruppen. Insoweit verweisen wir auf die Stellungnahme des VKD LG Hessen vom 19. November 2021.

Wir freuen uns wenn unsere Anregungen Berücksichtigung finden und verbleiben

mit freundlichen Grüßen

i. A.



Rechtsanwältin Prof. Dr. Magdalene Kläver

- Justiziarin des Kommissariats -