

**Stellungnahme des  
Deutschen Hausärzteverbandes  
Landesverband Baden-Württemberg e. V. zum**

**Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Sicherstellung der  
hausärztlichen Versorgung in Bereichen des öffentlichen Bedarfs in  
Baden-Württemberg  
(Landarztgesetz Baden-Württemberg)**

Stuttgart, 21. Oktober 2020

## 1. Grundlegendes

Der Hausärzteverband Baden-Württemberg spricht der Landesregierung seinen Dank für die Auseinandersetzung mit dem Thema der hausärztlichen Versorgung aus. Ein bereits existierender Bedarf von mehr als 600 Hausärztinnen und Hausärzten führt in der Gesundheitsversorgung Baden-Württembergs zu großen Lücken, die es zu schließen gilt. Hierbei stellt für uns die Auseinandersetzung mit Studium und Weiterbildung im Bereich der Hausarztmedizin eine wichtige Maßnahme dar, weshalb wir diesen Ansatz grundsätzlich unterstützen.

Die Attraktivität der selbstständigen, freiberuflichen hausärztlichen Tätigkeit, die das hausärztliche Bild mit einer zuverlässigen Arzt-Patienten-Beziehung geprägt hat, ist durch die aktuellen Rahmenbedingungen der hausärztlichen Tätigkeit massiv bedroht und befindet sich in einer Transformation, die es kurz-, mittel- und langfristig zu gestalten gilt. Hierbei ist es aus unserer Sicht existenziell, unsere Freiberuflichkeit vor renditeorientierten Einflüssen zu schützen und die hochwertige hausärztliche Gesundheitsversorgung nachhaltig zu stärken.

Die von Ihnen präferierte und beschlossene Einführung einer sog. Landarztquote, halten wir als langfristige Maßnahme in Bezug auf diese Zielsetzung für problematisch und möchten unsere Bedenken zum Ausdruck bringen.

Zunächst handelt es sich um den Begriff des Landarztes selbst. Dieser fokussiert nicht nur auf die Hausarztmedizin, da der Begriff des Arztes allgemein sowohl Haus- als auch Fachärzte impliziert. Zum anderen vermittelt er einen anachronistischen Blick auf die derzeitige, reale hausärztliche Versorgung. Hausärztinnen und Hausärzte, egal in welcher Region Baden-Württembergs sie tätig sind, befassen sich mit unterschiedlichen regionalen Gegebenheiten, die aber nicht allein auf rurale bzw. urbane Strukturen begrenzt werden können. Zudem übersieht der Begriff die bestehende hausärztliche Bedarfslage, die sich nicht nur im ländlichen Raum, sondern vielmehr auch bereits jetzt schon in städtischen Regionen Baden-Württembergs (vgl. Stuttgart) abzeichnet. Eine Festlegung auf den Begriff des Landarztes ist daher aus unserer Sicht irreführend und vermittelt nicht die Intention des Gesetzgebers, gezielt die hausärztliche Versorgung auf die Bedarfslage des Landes (vgl. §§1,3) anzupassen. Wir sprechen uns daher **grundsätzlich gegen die Bezeichnung „Landarzt“** aus.

Die Maßnahme einer Quotierung bei der Studienplatzvergabe kann, wenn überhaupt, aus unserer Sicht nur einen langfristigen Ansatz darstellen, wie der hausärztlichen Versorgungssituation Baden-Württembergs sowie den bereits existierenden Versorgungsproblemen begegnet werden kann. Studium und Facharztweiterbildung in der Allgemeinmedizin dauern mindestens 11 Jahre, oft bis zu 16 Jahre (vgl. van den Bussche 2019). Die Festlegung einer Quote und die gesicherte Erweiterung um jährlich 75 Studienplätze im Bereich der Hausarztmedizin wird frühestens in 11 bis 16 Jahren, d. h. langfristig, erste Auswirkungen zeigen. Berücksichtigt man dabei aber die bereits mehr als 600 fehlenden Hausärztinnen und Hausärzte sowie deren immense Steigerung aufgrund der Altersstruktur der Hausärztinnen und Hausärzte in den kommenden Jahren, kann die festgelegte Größenordnung der Studienabgänger den Bedarf nicht ansatzweise decken. Aus unserer Sicht sind hierfür **grundsätzliche Überlegungen zur Steuerung der Weiterbildungen** der einzelnen Fachrichtungen an den Empfehlungen des Gutachtens des Sachverständigenrates (2009) sowie damit einhergehend an den realen Versorgungsbedarfen der Bevölkerung auszurichten.

Die für die Umsetzung dieses Gesetzes geplanten initial notwendigen ca. 1,8 Mio. € sowie die für den Erhalt des Prozesses weiteren Kosten sehen wir, bezogen auf den Outcome und die Effektivität der Verwendung der Gelder, kritisch. Die für uns notwendige Attraktivitätssteigerung des Berufsbildes Hausarzt erfolgt damit in keiner Weise, wenn nicht gar eine Imageschädigung aufgrund der Auswahlkriterien der Studienplatzbewerber bewirkt wird. Zudem beruht die Nachhaltigkeit dieser Maßnahme allein auf der Erfüllung der Vertragsverpflichtung, für zehn Jahre als Hausarzt in der jeweiligen Region tätig zu sein. **Überzeugende Argumente und Steigerungen der Zufriedenheit in der Ausübung der Tätigkeit als Hausarzt fehlen**, sodass diese Aspekte in jedem Fall von der nachfolgenden Regierung nachzubessern sind. Bei nach wie vor mehrfach höherer Zahl an Bewerberinnen und Bewerbern für den Studienplatz Medizin ist eine missbräuchliche Nutzung dieses Studienplatzangebots nicht auszuschließen.

## 2. Stellungnahme im Einzelnen

### Zu § 2 Voraussetzungen für die Zulassung und Verpflichtung

#### a. Beabsichtigte Neuregelung

Geregelt werden soll, wer eine Zulassung im Sinne dieses Gesetzes erhält sowie die Unverzögerlichkeit des Verlaufs von Studium, Weiterbildung und Berufsausübung.

#### b. Stellungnahme des Hausärzterverbandes Baden-Württemberg

Die langen Bildungszeiten in der Hausarztmedizin von mind. elf und durchschnittlichen 16 Jahren erlauben lediglich eine geringe Planbarkeit der Berufswege im hausärztlichen Bereich. Individuelle Entscheidungen bleiben unberücksichtigt und sind aufgrund vertraglicher Pflichterfüllungen im Zeitraum von 26 Jahren extrem eingeschränkt. Die mit der Landarztquote notwendige Festlegung der Studierenden zu Beginn ihres Studiums auf eine spätere hausärztliche Tätigkeit ist aus unserer Sicht unrealistisch und bildet nicht die heutige Lebensrealität ab, in der mehr als 20 % der Studierenden ihr Studium an einer Universität abbrechen (Deutsches Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung 2020), und Wohnortwechsel die Normalität darstellen. Eine spätere Festlegung auf den hausärztlichen Bereich und damit eine Quotierung zu einem späteren Zeitpunkt im Verlauf von Studium bzw. Weiterbildung würde eine bessere Planbarkeit und realistischere Umsetzung der Hausarztztätigkeit ermöglichen, wenngleich die Umsetzung damit, entgegen dem vorgesehenen Gesetzentwurf, anders erfolgen müsste.

### Zu § 4 Vertragsstrafe und Fälligkeit

#### c. Beabsichtigte Neuregelung

Geregelt werden soll die Nichterfüllung der Vertragspflicht.

#### d. Stellungnahme des Hausärzterverbandes Baden-Württemberg

Die finanziellen Auswirkung bei Nichterfüllung ist eine abschreckende Drohung, die mit einer Höhe von bis zu 250.000,- € sehr hoch bemessen ist und fast den Gesamtpreis eines Studiums in der Humanmedizin umfasst. Die konkrete Ausgestaltung der Vertragsstrafen bei Nichterfüllung ergibt sich in einer zum Gesetz angelehnten Verordnung, sodass die Staffelung hier noch nicht beurteilbar ist.

Eine Differenzierung in soziale, gesundheitliche und familiäre Gründe zur Beurteilung lässt das Ansinnen vermuten, dass sowohl Überschuldung, Krankheitsphasen als auch Zeiten des Mutterschutzes und der Elternzeit abgebildet werden sollen. Fraglich erscheint aus unserer Sicht, ob mit sozialen und/oder familiären Gründen auch z. B. Pflegezeiten für Familienmitglieder, d. h. nicht in der Person liegende Gründe abgedeckt werden, die bei einem Vertragsverpflichtungszeitraum von ca. 26 Jahren einbezogen werden sollten.

Aus vorherigen Regelungen zur Verpflichtung der Tätigkeit als Arzt ist uns bekannt, dass gerichtliche Verfahren gegen eine Pflichtumsetzung möglich sind und in der Vergangenheit auch erfolgreich waren. Inwiefern daher Vertragsstrafen später überhaupt durchsetzbar sind, bleibt fraglich. Dies zeigt auch eine deutlich sozial inkompatible Komponente der Landarztquote, nämlich die Möglichkeit, sich nach dem Studium aus der Verpflichtung „freizukaufen“. Für betuchte Studierende bzw. deren Erziehungsberechtigte ist es gleichgültig, ob sie 250.000 Euro für ein Medizinstudium im Ausland oder für die „Ablösung“ der Verpflichtung bezahlen.

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

a. Beabsichtigte Neuregelung

Geregelt werden soll das Auswahlverfahren und die Auswahlentscheidung der Bewerberinnen und Bewerber, die nach diesem Gesetz berücksichtigt werden sollen.

b. Stellungnahme des Hausärzterverbandes Baden-Württemberg

Zu Absatz 1:

Im Sinne der gleichmäßigen Verteilung der Studierenden nach diesem Gesetz ist sowohl die Verteilung der Studierenden in Bezug auf die spätere hausärztliche Tätigkeit in den unterschiedlichen unterversorgten und/oder von Unterversorgung bedrohten Regionen Baden-Württembergs als auch auf eine adäquate Verteilung der Studierenden auf die unterschiedlichen Studienstandorte Baden-Württembergs zu achten.

Zu Absatz 2:

Die Auswahlkommission, die sich aus mindestens drei Personen zusammensetzt, ist nicht genauer spezifiziert. Unerlässlich ist hierbei die hausärztliche Perspektive, die

es bei der Besetzung dieses Gremiums einzubeziehen gilt. Die Festlegung der Personen der Auswahlkommission erscheint uns nicht in einer Verordnung regelungswürdig, sondern sollte vielmehr in diesem Gesetz verankert sein. Die hausärztliche Expertise der Personen in der Auswahlkommission sollte daher bereits hier Eingang finden.

Zu Absatz 3:

Mit Einführung der Quotierung wird eine Studienplatzvergabe an Personen eingeführt, die über das herkömmliche Verfahren keinen Studienplatz in der Humanmedizin erhalten hätten. Es wird damit suggeriert, dass allein die Hausarztmedizin weniger Grundfähigkeiten benötigt als andere fachärztliche Disziplinen. Die Hausarztmedizin ist eine hochspezialisierte und komplexe Fachrichtung, die besondere Kompetenzen nach DQR nicht nur im Bereich der personalen Kompetenzen (Sozialkompetenz und Selbstständigkeit) benötigt, sondern insbesondere auch der Fachkompetenzen (Wissen und Fertigkeiten) voraussetzt, die in der Bewertung des Umfangs und der Qualität an Fachkompetenzen mit denen der anderen Fachdisziplinen äquivalent sind.

Die Einführung einer Quote suggeriert eine geringere Qualifikation von zukünftigen Hausärzten und bedeutet daher eine offene Stigmatisierung der Hausarztmedizin, die deren Reputation und Attraktivität massiv schädigen kann. Durch diese weitere Verringerung von Attraktivität und Ansehen ist zu befürchten, dass sich das Interesse zukünftiger Studierender an der Hausarztmedizin weiter verringert. Der Einbezug weiterer Kriterien für die Vergabe von Humanmedizin-Studienplätzen allgemein sehen wir dabei grundsätzlich als Vorteil für alle medizinischen Fachrichtungen an, da er eine Möglichkeit bieten könnte, die Ausprägung personaler Kompetenzen als wichtiges Eignungskriterium für alle zukünftigen Mediziner zu erfassen und zu berücksichtigen. Aufwand und Nutzen dieser Auswahl müsste natürlich gegeneinander abgewogen werden. Eine alleinige Umsetzung für den Bereich der Hausarztmedizin lehnen wir allerdings ab.

Die Gewichtung der Auswahlkriterien kann auf Basis dieses Gesetzes nicht beurteilt werden, da die Rangfolge und das Punktsystem der Kriterien in einer nachfolgenden Verordnung geregelt werden.

Mit diesem Gesetz wird versucht, eine Mischung aus formalen, non-formalen und informellen Kompetenzen abzubilden, auf denen die Entscheidung zur Auswahl der

Bewerberinnen und Bewerber basiert. Diese Durchmischung erscheint aus unserer Sicht etwas haltlos, kann aber abschließend erst auf Grundlage des folgenden Punktesystems bewertet werden. Der grundsätzliche Einbezug sozialer Aspekte bei der Auswahl wird dabei positiv bewertet. Inwieweit jedoch ein Bundesfreiwilligendienst außerhalb des Gesundheitssystems als Grundlage für ein Humanmedizinstudium beitragen kann, bleibt aus unserer Sicht fragwürdig.