

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung

1. Ausgangslage

Seit einigen Jahren zeichnet sich in Baden-Württemberg eine stagnierende Entwicklung in der hausärztlichen bzw. allgemeinmedizinischen Versorgung ab, die sich besonders in den ländlichen Regionen des Landes zeigt. Insofern ist mittlerweile ein entsprechend ausgeprägtes Gefälle zwischen den Ballungsräumen und ländlichen Gebieten mit weiteren Wegen zur nächsten hausärztlichen bzw. allgemeinmedizinischen Praxis zu erkennen. Auch wenn mittlerweile in vereinzelt mittelgroßen und großen Städten des Landes die Versorgungssituation mit Hausärztinnen und -ärzten zurückgeht, ist sie im Vergleich zu ländlich gelegenen Gemeinden noch verhältnismäßig gut und in vertretbarer Entfernung gut erreichbar.

Nach dem aktuellen Stand der Bedarfsplanung zur Versorgungssituation sind von 103 bereits 47 Planungsbereiche (Mittelbereiche) in Höhe eines Versorgungsgrades von weniger als 100 Prozent versorgt (Stand: 6. Juli 2020). Von den 56 Mittelbereichen mit einem Versorgungsgrad von über 100 Prozent sind aktuell 22 Mittelbereiche mit einem rechnerischen Versorgungsgrad von mehr als 110 Prozent gesperrt.

Derzeit sind in der hausärztlichen Versorgung (nach Köpfen gerechnet) 7.088 Hausärztinnen und -ärzte tätig (Quelle: Versorgungsbericht 2019, KVBW). Dies entspricht Versorgungsanteilen von 6.676 Vollzeitäquivalenten. Von den 7.088 Hausärztinnen und -ärzten sind Stand 2019 insgesamt 36 Prozent 60 Jahre und älter. Die Altersgruppe 60 bis 64 Jahre zählt 1.158 Ärztinnen und Ärzte und die Altersgruppe 65 bis 94 zählt 1.406 Ärztinnen und Ärzte.

Die Entwicklung der „Kopffzahlen“ im Vergleich zu den „Versorgungsanteilen“ bei den Hausärztinnen und -ärzten stellt sich wie folgt dar: Waren im Jahr 2013 insgesamt 7.122 Ärztinnen und Ärzte in der hausärztlichen Versorgung mit einem Versorgungsanteil in Höhe von 6.886 Vollzeitstellen tätig, sind es in 2019 immerhin noch 7.088 Ärztinnen und

Ärzte (-34), aber nur noch in Höhe eines Versorgungsanteils von 6.676 (-210). Eine Zulassung oder Anstellung in Vollzeit wird in der Bedarfsplanung mit einem Versorgungsanteil von 1,0 berücksichtigt.

Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) rechnet damit, dass in den kommenden fünf Jahren in Baden-Württemberg 1.600 Hausärztinnen und -ärzte in den Ruhestand gehen und 1.000 bis 1.200 junge Medizinerinnen und Mediziner nachrücken werden. Die sich damit abzeichnende Lücke zwischen Praxisaufgaben und Praxisübernahmen beträgt somit 400 bis 600 Ärztinnen und Ärzte in fünf Jahren. Bezogen auf die o.g. Gesamtzahl der Hausärztinnen und -ärzte würden somit in diesem Zeitraum zwischen 5,6 und 8,4 Prozent der Arztsitze nicht nachbesetzt werden. Dieser Trend setzt sich nach heutigem Stand über diesen Zeitraum hinaus fort. Bezogen auf den ländlichen Raum ist zudem zu beachten, dass die dort liegenden Gemeinden und Regionen aufgrund eines geringeren Ausmaßes an Anreizen seltener als Tätigkeits- oder Niederlassungsorte für junge Ärztinnen und Ärzte in Betracht kommen. Städte und andere Ballungsräume schneiden durch ein breites Angebot mit attraktivitätssteigernden Möglichkeiten in der Gesamtschau besser ab. Hinzu kommt, dass erst in den letzten Jahren die Zahlen der fachärztlichen Weiterbildung in der Allgemeinmedizin wieder moderat ansteigen. Damit allein kann aber die Lücke der in Ruhestand gehenden Hausärztinnen und -ärzten nicht geschlossen werden, insbesondere dann, wenn sich der Trend des Rückgangs der Versorgungsanteile fortsetzt.

Flankierend spielt für die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung auch der demografische Wandel eine Rolle. Mit zunehmendem Lebensalter und den steigenden Zahlen einer älter werdenden Gesellschaft nimmt auch die durchschnittliche Zahl der Behandlungsfälle der Patientinnen und Patienten zu. Zusammen mit der stagnierenden Zahl der Fachärztinnen und -ärzten in der Allgemeinmedizin bzw. den abnehmenden Versorgungsanteilen resultiert daraus eine Mehrbelastung der derzeit tätigen Ärztinnen und Ärzten in der hausärztlichen Versorgung im ländlichen Raum sowie der ggf. an einer landärztlichen Tätigkeit interessierten Studienabsolventinnen und -absolventen, die sich grundsätzlich eine hausärztliche Tätigkeit vorstellen können. Die zu erwartende Mehrbelastung wirkt zurzeit allerdings wenig attraktiv.

Vor dem Hintergrund dieser Entwicklungen und der gegenwärtigen Versorgungslage prognostiziert die KVBW mittel- bis langfristig einen gravierenden Nachbesetzungsbedarf im ländlichen Raum. Die Landesregierung sieht daher den Bedarf, attraktivitätssteigernde Maßnahmen zu ergreifen, um diesem Landärztemangel entgegen zu wirken und in Zukunft

Hausärztinnen und -ärzte für die Versorgung im ländlichen Raum zu gewinnen und vor allem zu binden.

Mit dem Förderprogramm ‚Landärzte‘ unterstützt zum Beispiel das Ministerium für Soziales und Integration seit 2012 die Verbesserung der ambulanten hausärztlichen Versorgung im ländlichen Raum. Bis Sommer 2020 konnten insgesamt in über 150 Fällen Zuwendungen in einem Gesamtvolumen in Höhe von mehr als 3 Mio. Euro beschieden werden. Die Nachfrage nach diesem Förderprogramm ist positiv und steigt jährlich an. Gleichwohl kann diese Form der Unterstützung nicht alleine die vorstehend beschriebenen Lücken in der Versorgung schließen.

Das Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst unterstützt die Stärkung der Allgemeinmedizin in Forschung und Lehre und erweitert mit der Akademisierung von Gesundheitsfachberufen das Fachkräftepotenzial in allen Regionen des Landes. Ein wesentlicher zusätzlicher Beitrag ist der Ausbau der Studienplatzkapazitäten Humanmedizin um 10 Prozent. Dies entspricht 150 Studienanfängerplätzen. Der Ausbau der Medizinstudienplätze wird mit einer inhaltlichen Weiterentwicklung des Medizinstudiums verbunden und verfolgt hierzu als vorrangige Ziele:

- die Umsetzung des von Bund und Ländern beschlossenen Masterplans 2020 für das Medizinstudium,
- die Qualifizierung und Motivation junger Medizinerinnen und Mediziner für eine ärztliche Tätigkeit in ländlichen Regionen,
- die Studierenden frühzeitig vertraut zu machen mit innovativen Versorgungsstrukturen und Konzepten sowie mit der Nutzung digitaler Medien und
- den Studierenden zu verdeutlichen, wie wichtig eine interprofessionelle Zusammenarbeit und eine enge Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Sektoren ist.

Eine weitere Maßnahme stellt die Landarztquote dar, um die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung im ländlichen Raum zu unterstützen. Im Wege einer Vorabquote nach Artikel 9 Absatz 1 Nummer 2 des Staatsvertrags über die Hochschulzulassung (Staatsvertrag) vom 4. April 2019 (GBl. S. 405, 412) werden im Rahmen des zulassungsrechtlich Möglichen 75 Studienplätze aller im Geltungsbereich des Landes Baden-Württemberg zur Verfügung stehenden Medizinstudienplätze vorab für Studienbewerberinnen und -bewerber reserviert, die sich verpflichten, nach Abschluss des Studiums in der Facharzttrichtung

Allgemeinmedizin weiterzubilden und nach Erlangen der Facharztanerkennung eine hausärztliche Tätigkeit in einen sogenannten Bedarfsgebiet für einen Zeitraum von zehn Jahren aufzunehmen.

2. Ziel

Die Landesregierung sieht in der Maßnahme „Landarztquote“ einen wichtigen Beitrag dafür, mittel- bis langfristig die Bekämpfung eines drohenden Landärztemangels in der hausärztlichen Grundversorgung zu unterstützen.

Es ist zu erwarten, dass viele dieser Ärztinnen und Ärzte auch nach Ablauf der Verpflichtungszeit von zehn Jahren weiterhin an dem Praxisort tätig bleiben werden, da sie sich dann bereits über einen längeren Zeitraum etabliert haben. Insofern sieht die Landesregierung darin ein wirksames Mittel, einem Landarztmangel entgegen zu wirken und die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung nachhaltig zu unterstützen.

II. Inhalt

Die Landesregierung hat als Maßnahme zur Unterstützung der Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in besonderen Bedarfsgebieten im ländlichen Raum beschlossen, dass im Rahmen der hochschulzulassungsrechtlichen Möglichkeiten, 75 Studienplätze der Humanmedizin für Bewerberinnen und Bewerber vorgehalten werden, die sich verpflichten, nach Abschluss des Studiums zehn Jahre als Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner in einem hausärztlich unterversorgten Gebiet tätig zu sein.

Der Gesetzentwurf sieht die erforderlichen Vorschriften für eine Verpflichtung von Bewerberinnen und Bewerbern vor, nach Abschluss des Medizinstudiums zehn Jahre als Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner in einem hausärztlich unterversorgten Gebiet tätig zu sein. Im Falle einer Verpflichtung kann eine Zulassung über eine Vorabquote für den öffentlichen Bedarf nach Artikel 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Staatsvertrags über die Hochschulzulassung erfolgen. Aufgrund dieser Regelung wird entsprechend der Vorschrift für den Sanitätsoffiziersdienst der Bundeswehr rechtzeitig in der Hochschulzulassungsverordnung die Landarztquote als Vorabquote eingerichtet. Die genaue Höhe der

Vorabquote im Rahmen der bis zu 75 Studienplätzen ist aus verfassungsrechtlichen Gründen abhängig vom prognostizierten Bedarfs an hausärztlicher Versorgung in den ländlichen Regionen.

Für die Umsetzung der Verpflichtung bedarf es der notwendigen Rechtsgrundlagen für das gesamte Verfahrensmanagement von der Bewerbung, Auswahl und Verpflichtung zur späteren hausärztlichen Tätigkeit im ländlichen Raum, über eine Begleitung und Beratung der Verpflichteten bis hin zur Überwachung der späteren Erfüllung der vertraglichen Verpflichtung und ggf. deren Nachverfolgung. Zudem ist die Einrichtung einer zuständigen Stelle, die diese Aufgaben wahrnimmt, erforderlich.

Vor diesem Hintergrund enthält das vorliegende Gesetz entsprechende Regelungen sowie Verordnungsermächtigungen zu den folgenden Punkten:

- Voraussetzungen für die Verpflichtung und Zulassung, einschließlich der Verpflichtungserklärung,
- Festlegung und Prognose des öffentlichen Bedarfs Bedarfs für die Landarzt-Vorabquote,
- Bewerbungs- und Auswahlverfahren, einschließlich der Auswahlkriterien,
- zuständige Stelle.
- finanzielle Auswirkungen auf den Landeshaushalt

Das Nähere zu den gesetzlichen Festlegungen soll in einer Rechtsverordnung geregelt werden.

III. Alternativen

Keine.

Um den Erhalt einer guten und wohnortnahen hausärztlichen Grundversorgung im ländlichen Raum mittels einer Landarztquote zu unterstützen, sind gesetzliche Regelungen notwendig. Die Ermöglichung einer Verpflichtung zu einer hausärztlichen Tätigkeit auf dem Land bedarf einer gesetzlichen Grundlage. Der Staatsvertrag über die Hochschulzulassung eröffnet den Ländern die Möglichkeit der Einführung einer entsprechenden Vorabquote durch Landesrecht. Bei der Vergabe von Studienplätzen handelt es sich in besonderem Maße um grundrechtsrelevante Entscheidungen. Insbesondere greift das Verfahren zur

Verpflichtung zu einer späteren hausärztlichen Tätigkeit in die Freiheit der Berufswahl gemäß Artikel 12 Absatz 1 des Grundgesetzes (GG), das Gleichbehandlungsgebot (Teilhabengebot) gemäß Artikel 3 Absatz 1 GG sowie in die Allgemeine Handlungsfreiheit gemäß Artikel 2 Absatz 1 GG ein. Ein derartiger Eingriff ist nur durch oder aufgrund eines Gesetzes gerechtfertigt. Wesentliche, für die Grundrechtsverwirklichung maßgebliche, Regelungen sind durch den parlamentarischen Gesetzgeber selbst zu treffen. Insbesondere die Auswahlkriterien müssen ihrer Art nach bestimmt werden, ebenso müssen die Grundsätze der Verpflichtung und ihrer Durchsetzung gesetzlich geregelt werden. Konkretisierende Regelungen zum Verfahren können in einer Rechtsverordnung geregelt werden, soweit in einer Ermächtigung hierzu die wesentlichen Inhalte bestimmt werden.

IV. Finanzielle Auswirkungen

Mit der Einführung und Umsetzung einer Landarztquote entstehen dem Land Baden-Württemberg entsprechende Mehrbelastungen im Zuge der Durchführung des Bewerbungs- und Auswahlverfahrens einschließlich der vertraglichen Verpflichtung bis hin zur Nachverfolgung, der Administration und auch eines Monitorings der Verpflichteten sowie der Schaffung der nötigen Verwaltungsstruktur der zuständigen Stelle. Ein Monitoring beinhaltet die regelmäßige Prüfung von Nachweisen über den ordnungsgemäßen Fortschritt des Studiums, der Weiterbildung sowie die anschließende Niederlassung über zehn Jahre (Einhaltung der Verpflichtungserklärungen). Zudem prüft und entscheidet die zuständige Stelle über Härtefälle im Zusammenhang mit der Einhaltung der Verpflichtungserklärungen. Für die Entwicklung einer Konzeption für die rechtssichere Durchführung der Auswahlgespräche und die anschließende Schulung der die Gespräche durchführenden Personen fallen zudem weitere Kosten an.

V. Erfüllungsaufwand

1. Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Für die Bürgerinnen und Bürger, hier den Bewerberinnen und Bewerbern, entsteht ein geringfügiger, nicht bezifferbarer Erfüllungsaufwand im Rahmen Einholung von Informationen sowie der Bewerbung um die Zulassung zum Medizinstudium im Wege der Vorabquote.

2. Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Für die Wirtschaft ist von keinem Erfüllungsaufwand auszugehen.

3. Erfüllungsaufwand für die Verwaltung

Durch die Einführung eines neuen, bisher nicht vorhandenen Verwaltungsbereichs zur Umsetzung der Maßnahmen im Zuge der Vergabe von Studienplätzen im Wege der Vorabquote und der Überwachung und Begleitung der Einhaltung der Verpflichtungserklärung sowie des Vollzugs von etwaigen Sanktionen (Vertragsstrafen) entstehen der zuständigen Stelle Mehrausgaben. Zu den neuen Verwaltungsaufgaben zählen Bearbeitung der Bewerbungen, Durchführung eines Auswahlverfahrens, Abschluss eines öffentlich-rechtlichen Vertrags, Überwachung der Einhaltung der Verpflichtungserklärung, ggf. Vollzug von Sanktionen (Einforderung der Vertragsstrafen) und Bereitstellen von Informationen zum Auswahlverfahren im Zuge der Vorabquote und zur Verpflichtung. Diese Aufgaben werden dem Grunde nach durch dieses Gesetz vorgegeben. In einer Verordnung werden diese neuen Aufgaben konkretisiert.

Für Personal- und Sachmittel im Zusammenhang mit der Einführung dieser Landarzt-Vorabquote entstehen folgende Aufwendungen: Für die Übernahme des Auswahlverfahrens und der administrativen Aufgaben bei der Umsetzung der Landarztquote durch die zuständige Stelle werden zwei VZÄ (Leitung und Stellvertretung, Referententätigkeit, höherer Dienst), fünf VZÄ (Sachbearbeitung, gehobener Dienst) und zwei VZÄ (Unterstützung/Assistenz, mittlerer/vergleichbarer Dienst) geplant. Im Ministerium für Soziales und Integration und im Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst muss mit jeweils 0,5 VZÄ (höherer Dienst) gerechnet werden. Auf Seiten der Fakultäten entsteht ein Aufwand für die administrative Begleitung der ausgewählten Studierenden und die Abstimmung mit den mit der Landarztquote befassten Stellen (insgesamt 1,25 VZÄ, Sachbearbeitung).

Weitere Kosten entstehen für die Einrichtung entsprechender Internetseiten, inklusive einer Bewerbungsplattform. Die Internetseiten des Ministeriums für Soziales und Integrationen wie auch des Ministeriums für Wissenschaft, Forschung und Kunst sind bei den Bürgerinnen und Bürgern sowie Studieninteressierten bekannt. Sogenannte „Unterseiten“ können

dem Grunde nach den vorhandenen Homepage-Angeboten (unter Einbeziehung der Angebote der BITBW) hinzugefügt werden. Die initiale Klärung des Auftrages mit der BITBW läuft aktuell.

Im Rahmen des Auswahlverfahrens und der Durchführung von Auswahlgesprächen sollte eine Beteiligung von Vertretungen aus Wissenschaft und insbesondere der Lehre sowie aus der (haus-)ärztlichen Versorgungspraxis vorgesehen werden. Im Rahmen von Auswahlgesprächen oder Multiple-Mini-Interviews könnten unter Hinzuziehung auch von Praktikerinnen und Praktikern die notwendigen Studienerfolgsprognosen wie auch die sozialen und kommunikativen Kompetenzen für eine spätere hausärztliche Tätigkeit erhoben werden. Sowohl im Vorfeld als auch in der Zukunft bedarf es der Unterstützung aus Forschung und Lehre, insbesondere der Bereiche mit Erfahrung in der Hochschulzulassung, bei der Ausarbeitung des passenden Auswahlverfahrens und der Auswahlkriterien sowie der fortlaufenden Schulung der Praktikerinnen und Praktiker im Zusammenhang mit der Teilnahme an Auswahlgesprächen und Multiple-Mini-Interviews. Hierbei entsteht zur Etablierung der Strukturen ein einmaliger Finanzierungsbedarf und in der Folge laufende Aufwendungen für Nachjustierungen, Weiterentwicklung und Schulungen sowie der Durchführung der Verfahren. Außerdem sind Mittel für die Nutzung des Tests für Medizinische Studiengänge oder ggf. die Entwicklung eines anderen Studieneignungstests erforderlich. Hinzu kommen ggf. weitere Mittelbedarfe für die Unterstützung der Hochschulen bei der Auswahl in zurzeit nicht bezifferbarer Höhe.

Die Bereitstellung der erforderlichen Haushaltsmittel erfolgt im Rahmen des Verfahrens der Haushaltsaufstellung.

VI. Nachhaltigkeitscheck

Das Gesetz zur Unterstützung der Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Bereichen des öffentlichen Bedarfs in Baden-Württemberg wirkt sich nachhaltig und gewollt auf das Wohl und die Zufriedenheit aus. Es formuliert als konkretes Ziel und Gesetzeszweck die Unterstützung bei der Sicherstellung der hausärztlichen Grundversorgung der Bürgerinnen und Bürger in den ländlichen Regionen des Landes. Die Gesetzesregelungen dienen somit der Gesundheitsförderung, -prävention und -versorgung und tragen zur wohnortnahen hausärztlichen Versorgung bei.

Ebenso berücksichtigt dieses Gesetz die Bevölkerungs- und Altersentwicklung (Demografischer Wandel). Die demografische Entwicklung begründet einen zusätzlichen Bedarf an hausärztlicher Versorgung, insbesondere in den ländlichen Regionen, in denen ein höheres Durchschnittsalter anzunehmen ist, als in den Ballungsräumen. Mit steigendem Lebensalter nimmt die Fallzahl der Behandlungsfälle stetig zu, so dass es für diese Personkreise zu einem steigenden Bedarf an professionellen Gesundheitsdienstleistungen kommt. Vor allem die ländlichen Regionen sind von diesem Bedarf einer flächendeckenden und wohnortnahen Versorgung betroffen. Mit der der Landarztquote unter Einhaltung der Verpflichtungserklärung kann dem Landarztmangel und dem demografisch bedingten erhöhten Behandlungsbedarf der älteren Bevölkerung in ländlichen Gemeinden entgegen gewirkt werden.

VII. Sonstige Kosten

Kosten, die über die aufgeführten Ausgaben und den genannten Erfüllungsaufwand hinausgehen, entstehen durch den Gesetzentwurf nicht.

B. Einzelbegründung

Zu § 1 – Ziel des Gesetzes

Das Gesetz dient der Unterstützung der Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Baden-Württemberg. Insbesondere in Gebieten, die unterversorgt sind oder von Unterversorgung bedroht sind, soll über die Landarztquote mittel- bis langfristig eine wohnortnahe Grundversorgung sichergestellt werden.

Zu § 2 – Voraussetzungen für die Zulassung

Artikel 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Staatsvertrags über die Hochschulzulassung ermöglicht es, Studienplätze für Bewerberinnen und Bewerber vorzubehalten, die sich aufgrund entsprechender Vorschriften verpflichtet haben, ihren Beruf in Bereichen des öffentlichen Bedarfs auszuüben (Vorabquote für den öffentlichen Bedarf). Das Gesetz enthält die hierfür maßgeblichen Vorschriften. Die Quote selbst wird dagegen nicht im vorliegenden Gesetz, sondern in der Hochschulzulassungsverordnung geregelt. Nach Artikel 9 Absatz 2 Satz 1 des Staatsvertrags werden die Quoten für die Studienplätze je Studienort gebildet, wobei je gebildeter Quote mindestens ein Studienplatz zur Verfügung zu stellen ist.

§ 2 sieht vor, dass Bewerberinnen und Bewerber über eine Vorabquote für den Studiengang Medizin zugelassen werden können, wenn Studienplätze zur Verfügung stehen und sie sich verpflichten, nach ihrem erfolgreichen Studium und einer fachärztlichen zur hausärztlichen Tätigkeit berechtigenden Weiterbildung verpflichtet, in Baden-Württemberg für einen Zeitraum von zehn Jahren in einem Bedarfsgebiet nach § 3 hausärztlich tätig zu werden. Diese in § 2 geregelte rechtliche Verpflichtung ist die Voraussetzung für die Zulassung zum Medizinstudium im Zentralen Vergabeverfahren über eine Vorabquote für den öffentlichen Bedarf nach dem Staatsvertrag über die Hochschulzulassung. Eine Verpflichtung und damit auch eine Zulassung im jeweiligen Vergabeverfahren setzen stets voraus, dass Studienplätze im Rahmen der Vorabquote zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung (sog. Landarztquote) zur Verfügung stehen, mithin ein Bedarf nach § 3 festgestellt wurde.

Die Nummern 1 und 2 regeln den Inhalt der Verpflichtung, die über einen öffentlichen-rechtlichen Vertrag erfolgen soll. Danach besteht die Verpflichtung, nach erfolgreichem

Studium in Baden-Württemberg eine Weiterbildung als Facharzt für Allgemeinmedizin oder Facharzt für Innere Medizin (ohne Schwerpunkt) oder einer sonstigen fachärztlichen Weiterbildung, die zur Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Absatz 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) berechtigt, zu durchlaufen und anschließend zehn Jahre ausschließlich in baden-württembergischen Bedarfsgebieten nach § 3 hausärztlich tätig zu werden.

Die Weiterbildung nach Nummer 1 soll überwiegend in Baden-Württemberg stattfinden, die Absolvierung einzelner Stationen außerhalb des Landes ist allerdings nicht schädlich, wenn die Facharztanerkennung am Ende durch die Landesärztekammer BW erfolgt.

Die hausärztliche Tätigkeit nach Nummer 2 kann nach erfolgreicher Facharzt-Weiterbildung sowohl in der freiberuflichen Niederlassung als auch als angestellte Ärztin oder angestellter Arzt ausgeübt werden, wobei sich der Umfang der Tätigkeit hierbei nach den jeweils gültigen Vorgaben zur Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit im Rahmen einer Niederlassung bzw. Anstellung richtet.

Die Bindungsdauer von zehn Jahren orientiert sich an der Regelung für Sanitätsoffiziere der Bundeswehr und der Rechtsprechung zur zulässigen Dauer der Verpflichtung für den öffentlichen Gesundheitsdienst. Die Einhaltung der vorstehenden Verpflichtungen wird mittels eines öffentlich-rechtlichen Vertrag und der Vereinbarung einer Vertragsstrafe gemäß § 4 abgesichert.

Zu § 3 – Besonderer öffentlicher Bedarf, Bedarfsgebiet

Bedarfsgebiete sind die nach § 100 Absatz 1 Satz 1 SGB V für die hausärztliche Versorgung in Baden-Württemberg festgestellten Gebiete, die nach den Vorgaben der Bedarfsplanung entweder unterversorgt oder von Unterversorgung bedroht sind. Nach der gegenwärtigen und prognostizierten Versorgungslage dürften solche Gebiete mit einem besonderen öffentlichen Bedarf überwiegend im ländlichen Raum liegen, da es dort schon heute vereinzelt Lücken in der hausärztlichen Versorgung gibt. Die Feststellungen einer Unterversorgung oder einer drohenden Unterversorgung sind gleichwohl nicht auf Gebiete im ländlichen Raum beschränkbar.

Das spätere Einsatzgebiet der künftigen Hausärztinnen und -ärzte steht zu Beginn der Verpflichtung der Bewerberinnen und Bewerber aufgrund der zeitlichen Differenz des Zeitpunkts der Aufnahme der hausärztlichen Tätigkeit nach Abschluss der fachärztlichen Weiterbildung noch nicht fest. Aus verfassungsrechtlichen Gründen muss das Einsatzgebiet aber soweit wie möglich eingrenzbar sein. Daher wird auf die Entscheidungen des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen nach § 100 Absatz 1 Satz 1 SGB V verwiesen, der die Unterversorgung oder die drohende Unterversorgung feststellen muss. Bei entsprechender Feststellung ist der besondere öffentliche Versorgungsbedarf im Sinne der Landarztquote zu bejahen. Maßgeblicher Zeitpunkt für das Vorliegen eines Bedarfsgebietes bei der Erfüllung der Verpflichtung nach § 2 ist dabei jeweils die Aufnahme der hausärztlichen Tätigkeit.

Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Baden-Württemberg prüft zur Vorbereitung seiner Sitzungen, die dreimal jährlich stattfinden, die Versorgungssituation im Land und entscheidet, ob eine Unterversorgung oder drohende Unterversorgung vorliegt. Trifft der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen entsprechende Beschlüsse zu Unterversorgung oder drohender Unterversorgung, werden diese erst mit der Nichtbeanstandung des Ministeriums für Soziales und Integration wirksam. Die geltenden Beschlüsse und Feststellungen zur Versorgungssituation sind auf der Website der Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg einsehbar.

Die genaue Höhe der Vorabquote im Rahmen der bis zu 75 Studienplätzen ist aus verfassungsrechtlichen Gründen regelmäßig zu ermitteln und richtet sich nach dem prognostizierten Bedarf an hausärztlicher Versorgung in den ländlichen Regionen. Aus verfassungsrechtlichen Gründen ist die Prognoseentscheidung regelmäßig zu überprüfen.

Zu § 4 – Vertragsstrafe und Fälligkeit

In Absatz 1 wird die bei Nichteinhaltung des öffentlich-rechtlichen Vertrags mit dem Land Baden-Württemberg maximale Höhe der zu zahlenden Vertragsstrafe festgelegt. Die Höhe der Vertragsstrafe richtet sich nach den Kosten eines Medizinstudiums an öffentlichen Hochschulen sowie nach den Verdienstmöglichkeiten einer oder eines approbierten und weitergebildeten Ärztin oder Arztes. Die Vertragsstrafe zielt maßgeblich auf die Durchsetzung der Verpflichtung ab, um die Rechtfertigung der Privilegierung gegenüber den weiteren Bewerberinnen und Bewerbern zu gewährleisten.

Für die Rechtmäßigkeit der Festsetzung der Vertragsstrafe ist insbesondere erforderlich, dass sie auch dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit Rechnung trägt. Die Formulierung „bis zu“ eröffnet hinsichtlich der Festsetzung der Vertragsstrafe im konkreten Einzelfall die Möglichkeit einer nach Abschnitten gestaffelten Festsetzung der Vertragsstrafe. Das Nähere hierzu regelt die Verordnung nach § 6.

In Absatz 2 ist eine Härtefallregelung vorgesehen. Allgemeinen verwaltungsrechtlichen Grundsätzen entsprechend, ist diese als Ausnahmetatbestand restriktiv auszulegen und nur bei existentiellen Notlagen anwendbar, was durch Satz 2 verdeutlicht wird. Absatz 2 ermöglicht es zudem der zuständigen Stelle, einen Aufschub bei der Erfüllung der vertraglichen Verpflichtungen zu gewähren. Im Rahmen der Härtefallprüfung nach Absatz 2 können beispielsweise Weiterbildungszeiten in einem unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Gebiet Vertragsstrafen-mildernd berücksichtigt werden.

Zu § 5 – Bewerbungs- und Auswahlverfahren

§ 5 schafft die Grundlage für das Bewerbungs- und zweistufige Auswahlverfahren, das dem Abschluss einer Verpflichtung nach § 2 vorangeht. Es wird durch die zuständige Stelle durchgeführt, die nach Absatz 2 durch eine fachkundig besetzte Auswahlkommission unterstützt wird.

Die zuständige Stelle hat der Stiftung für Hochschulzulassung diejenigen Personen, die ausgewählt wurden und sich dem Land gegenüber nach § 2 verpflichtet haben, für die Zulassung über die Vorabquote bis zum Bewerbungsschluss des jeweiligen Zentralen Vergabeverfahrens zu melden. Das in § 5 geregelte Bewerbungs- und Auswahlverfahren ist daher – entsprechend der Auswahl für den Sanitätsoffiziersdienst bei der Bundeswehr – der Vergabe der Studienplätze im Zentralen Vergabeverfahren vorgelagert. Entsprechend frühzeitig, etwa im März eines Jahres, ist das Auswahlverfahren zu beginnen.

Da nur an einer baden-württembergischen Medizinischen Fakultät mit dem Medizinstudium auch im Sommersemester begonnen werden kann, ist vorgesehen, auf die Landarztquote jährlich entfallene Studienplätze nur zum Wintersemester zu vergeben. Die maßgebenden Fristen für den Beginn und der konkrete Ablauf des Bewerbungs- und Auswahlverfahren sind im Rahmen der Verordnung zu diesem Gesetz zu regeln, vgl. hierzu § 6.

Da die Quoten für die Studienplätze je Studienort gebildet werden, müssen die Bewerberinnen und Bewerber ihre bevorzugten Studienorte angeben. Eine Zulassung über die Landarztquote setzt eine Hochschulzugangsberechtigung für den Studiengang Medizin voraus.

Im Rahmen eines zweistufigen Verfahrens wird die Auswahlentscheidung aufgrund der Eignung für das Studium und der sich anschließenden hausärztlichen Tätigkeit (im Bedarfsgebiet) getroffen. Das Auswahlverfahren orientiert sich an den Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts in seinem Urteil vom 19. Dezember 2017 (sog. „NC-Urteil-III“), wonach die Studienplatzvergabe vorrangig eignungsorientiert zu erfolgen hat.

Die Auswahlkriterien werden unter Berücksichtigung des verfassungsrechtlichen Bestimmtheitsgebots und des Wesentlichkeitsgrundsatzes in den Absätzen 3 und 4 ihrer Art nach abstrakt gesetzlich festgelegt. Zu den Auswahlkriterien gehören auf der ersten Stufe das Ergebnis eines fachspezifischen Studieneignungstests, das Vorliegen einer Berufsausbildung in einem Gesundheitsberuf, die Berufstätigkeit in diesem Beruf sowie die Ableistung eines Freiwilligendienstes oder Ehrenamtes in einer Einrichtung der Gesundheitspflege oder im Sanitäts- oder Rettungsdienst. Das Nähere hierzu regelt die Verordnung nach § 6.

Auf der zweiten Stufe erfolgt ein persönliches, strukturiertes und standardisiertes mündliches Verfahren, das sowohl Elemente des klassischen Interviews als auch situativer Verfahren, sog. Multipler Mini-Interviews, enthalten kann. Damit werden auch soziale und kommunikative Kompetenzen etwa im Umgang mit Patienten, die gerade für eine hausärztliche Tätigkeit erforderlich sind, einbezogen. Im Auswahlverfahren ist auch die Motivation für die Tätigkeit als Hausärztin oder Hausarzt in einem Bedarfsgebiet zu überprüfen. Zur Güte und Validität der Auswahlkriterien nach derzeitigem Erkenntnistand wird auf die Begründung zu dem Gesetz zu dem Staatsvertrag über die Hochschulzulassung und zur Änderung des Hochschulzulassungsgesetzes (LT-Drucksache 16/ 6536, S. 54 und 89 ff.) verwiesen.

Die Durchschnittsnote der Hochschulzugangsberechtigung selbst ist kein Auswahlkriterium, aber Zugangsberechtigung. Die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts und die wissenschaftlichen Erkenntnisse zu schulnotenunabhängigen Auswahlkriterien, insbesondere zu standardisierten und strukturierten Studieneignungstests (vgl. auch hierzu

LT-Drucksache 16/ 6536, S. 54 und 89 ff.), lassen es zu, die Studieneignung vorrangig über ein entsprechendes Testverfahren zu ermitteln. Die Verwendung der Abiturnote auch bei der Auswahl hätte überdies zur Folge, dass sie entweder nur mit völlig untergeordnetem Gewicht berücksichtigt werden könnte oder aber zur Herstellung der Vergleichbarkeit der Abiturnoten unter den Ländern mit einem Ausgleichsmechanismus versehen werden müsste.

Auf der zweiten Stufe des Auswahlverfahrens finden Auswahlgespräche oder andere mündliche Verfahren, jeweils einzeln oder in Kombination, statt (Absatz 4 Satz 1). An den Auswahlgesprächen nehmen diejenigen Bewerberinnen und Bewerber teil, die sich in der ersten Stufe des Auswahlverfahrens qualifiziert haben.

Aus Gründen der Chancengerechtigkeit werden mindestens doppelt so viele Bewerberinnen und Bewerber eingeladen, wie Studienplätze in der Vorabquote zur Verfügung stehen. Die Bewertung des mündlichen Verfahrens soll nach einer Punkteskala erfolgen, auf deren Grundlage eine Rangfolge der Bewerberinnen und Bewerber erstellt wird. Das Nähere zur Punkteskala, zur Gewichtung der Auswahlkriterien nach den Absätzen 3 und 4 sowie zur Erstellung einer Rangfolge beziehungsweise Rangliste regelt die Verordnung nach § 6.

Zu § 6 Verordnungsermächtigung

In § 6 ist normiert, dass das für die Gesundheit zuständige Ministerium im Einvernehmen mit dem für das Hochschulwesen zuständigen Wissenschaftsministerium, dem Innenministerium und dem Finanzministerium in einer Rechtsverordnung die nähere Ausgestaltung zum Bewerbungs- und Auswahlverfahren, einschließlich der Festlegung des Studieneignungstests, der Gewichtung der Auswahlkriterien sowie die Bestimmung der erfassten Gesundheitsberufe und ehrenamtlichen Tätigkeiten und Reihung der Studienorte, zu dem Abschluss des öffentlich-rechtlichen Vertrags, insbesondere zum Inhalt und zum Zeitpunkt des Abschlusses, zu den Verpflichtungen des Landes und der Bewerberinnen und Bewerber gegenüber dem Land und ihrer Durchsetzung, zur Vertragsstrafe, zur Bedarfsfeststellung (z. B. zur Berücksichtigung der Feststellungen des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen nach § 100 Absatz 1 SGB V, zum Turnus dieser Feststellungen) regelt. Auch die Konkretisierung der Auswahlkriterien und ihre Gewichtung sind von der Verord-

nungsermächtigung umfasst. Hinsichtlich des Bewerbungsverfahrens werden in der Verordnung auch die Details zu den einzureichenden Unterlagen, der Form und den entsprechenden Abläufen festgelegt.

Mit der Rechtsverordnung erhalten die ermächtigten Ministerien die notwendige Flexibilität, in Folge von Praxiserfahrungen aus dem Verwaltungsverfahren Anpassungen vornehmen zu können. Gleichzeitig bestimmt der Landesgesetzgeber hinreichend den Rechtsrahmen für die Inhalte der Rechtsverordnung. Über die festgelegten Inhalte der Rechtsverordnung hinausgehende Änderungen bei der Umsetzung der Landarztquote bedürfen gleichwohl einer entsprechenden Rechtssetzung durch den Landesgesetzgeber.

Die Verordnungsermächtigung erstreckt sich auch auf das Festlegen der zuständigen Stelle im Sinne dieses Gesetzes.

Zu § 7 Berichtspflicht

Die Landesregierung überprüft die Erfahrungen mit der Umsetzung der Vorabquote sowie die Auswirkungen des Gesetzes und unterrichtet den Landtag über die Ergebnisse zum Ende eines Erfahrungszeitraums von zwei Jahren nach Inkrafttreten dieses Gesetzes.

Zu § 8 Inkrafttreten

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten dieses Gesetzes.