

## Gesetzentwurf

der Landesregierung

### Landesgesetz zur Sicherstellung der ärztlichen Grundversorgung in Rheinland-Pfalz

#### A. Problem und Regelungsbedürfnis

Auch wenn die ambulante ärztliche Versorgung in Rheinland-Pfalz derzeit flächendeckend gewährleistet ist, ist festzustellen, dass die Nachbesetzung, insbesondere von Hausarztsitzen in ländlichen Regionen, zunehmend schwieriger wird. In den kommenden Jahren scheiden viele Hausärztinnen und Hausärzte altersbedingt aus der Versorgung aus. 39 v. H. der Hausärztinnen und Hausärzte sind bereits mindestens 60 Jahre alt. Weitere 20 v. H. sind zwischen 55 und 59 Jahren alt. Das mittlere Alter liegt bei 57 Jahren. Gleichzeitig rücken im Verhältnis zu den zu erwartenden Abgängen zu wenige junge Ärztinnen und Ärzte nach, die in der hausärztlichen Versorgung tätig sein möchten. Während die Zahl der Allgemeinmediziner beziehungsweise Hausärzte aufgrund der vorgenannten Erwägungen stagniert, nimmt die Zahl der Behandlungsfälle und der Behandlungsbedarf insgesamt stetig zu, sodass eine potenzielle Mehrbelastung der derzeitig tätigen Hausärztinnen und Hausärzte wahrscheinlich ist. Dagegen verringert sich das verfügbare Arbeitsvolumen durch den häufigen Wunsch junger Ärztinnen und Ärzte nach einer Tätigkeit in Teilzeit. Trotz der auf Bundes- und Landesebene ergriffenen vielfältigen Maßnahmen ist daher ein Nachbesetzungsbedarf vor allem im ländlichen Raum für die Zukunft nicht auszuschließen. Daher steht die Politik in der Verantwortung, weitere Maßnahmen zu treffen, die jungen, an einer Landarztztätigkeit interessierten Menschen, die Möglichkeit eines Studiums der Medizin eröffnet und sie im Anschluss an das Studium auch tatsächlich für eine Tätigkeit in ländlichen Regionen gewinnt.

In den letzten Jahren hat sich darüber hinaus der Ärztemangel im öffentlichen Gesundheitsdienst in Rheinland-Pfalz weiter verschärft. Derzeit sind etwa 12 v. H. der Arztstellen in Rheinland-Pfalz – wie auch bundesweit – nicht besetzt. Damit ist eine Gefährdung der Daseinsvorsorge der Bevölkerung verbunden. Gerade Personengruppen, die sich in einer Notlage befinden, wie beispielsweise psychisch kranke Menschen, finden nicht mehr flächendeckend eine adäquate Unterstützung in ihrem Landkreis vor. Schon jetzt ist festzustellen, dass die Nachbesetzung vakant werdender Amtsarztstellen mit qualifiziertem Personal flächendeckend nicht mehr gewährleistet ist. Einige Stellen bleiben bis zu zwei Jahre unbesetzt. In den kommenden zehn Jahren scheiden zwei Drittel der Amtsärztinnen und Amtsärzte beziehungsweise ihre Stellvertreterinnen und Stellvertreter altersbedingt aus dem Dienst aus. Dies entspricht bei 24 Landkreisen 32 nachzubesetzenden Amtsarztsitzen. Es ist daher zu erwarten, dass der Ärztemangel in den Gesundheitsämtern dadurch noch schwieriger wird. Zwar liegt die Personalhoheit der seit 1997 kommunalisierten Gesundheitsämter bei den Landkreisen. Es bedarf aber übergeordneter Maßnahmen, um die weitreichenden Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zu bewältigen.

#### B. Lösung

Eine Maßnahme stellt die sogenannte Landarztquote dar. Der Weg zur Einführung der Landarztquote wurde am 31. März 2017 durch die Beschlussfassung des „Masterplans Medizinstudium 2020“, dort Maßnahme 37, geebnet. Im Wege einer Vorabquote, entsprechend des Staatsvertrags über die Errichtung einer gemeinsamen Ein-

richtung für die Hochschulzulassung (GVBl. 2019, S. 347, BS Anhang I 145), wird ein Kontingent von 6,3 v. H. aller in Rheinland-Pfalz zur Verfügung stehenden Medizinstudienplätze vorab für Studienbewerberinnen und -bewerber reserviert, die ein besonderes Interesse an der landärztlichen Tätigkeit bekunden. Für die Einräumung dieses Studienplatzes gehen die Bewerberinnen und Bewerber die Verpflichtung ein, sich nach Abschluss ihres Studiums in der Fachrichtung Allgemeinmedizin weiterzubilden und nach Erlangen ihres Facharztstitels eine hausärztliche Tätigkeit in einem sogenannten unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Gebiet für einen Zeitraum von zehn Jahren aufzunehmen.

Auch im Öffentlichen Gesundheitsdienst ist eine Vorabquote eine geeignete Maßnahme. Hier wird ein Kontingent von 1,5 v. H. aller in Rheinland-Pfalz zur Verfügung stehenden Studienplätze der Medizin vorab für Studienbewerberinnen und -bewerber reserviert, die sich verpflichten, nach Abschluss des Studiums in der Fachrichtung öffentliches Gesundheitswesen beziehungsweise je nach besonderem öffentlichen Bedarf auch in einer anderen, im Öffentlichen Gesundheitsdienst relevanten, Fachrichtung eine Weiterbildung aufzunehmen und nach Erlangen der Facharztanerkennung eine ärztliche Tätigkeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst eines unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Landkreises für einen Zeitraum von zehn Jahren aufzunehmen.

Die Maßnahme der Einführung einer Landarztquote und einer Quote für den Öffentlichen Gesundheitsdienst wird dazu führen, dass ein Teil aller rheinland-pfälzischen Medizinstudentinnen und -studenten später für einen nicht unbeachtlichen Zeitraum als Hausärztinnen und Hausärzte oder im Öffentlichen Gesundheitsdienst unter Berücksichtigung der Versorgungssituation tätig sein wird. Dies ist ein wirksames Mittel, um den erwarteten Landarztmangel und den Mangel an Ärztinnen und Ärzten im Öffentlichen Gesundheitsdienst zu bekämpfen.

### **C. Alternativen**

Keine.

### **D. Kosten**

Durch die Umsetzung und Durchführung der beiden Vorabquoten entsteht ein Mehraufwand für die Entwicklung eines elektronischen Bewerbungsverfahrens zur Auswahl der Bewerberinnen und Bewerber, die Erteilung von Ablehnungsbescheiden durch die zuständige Stelle und das sich daran gegebenenfalls anschließende Widerspruchsverfahren, der sich derzeit nicht konkret beziffern lässt. Die Finanzierung erfolgt im Rahmen zur Verfügung stehender Stellen und Haushaltsmittel des Einzelplans 06.

### **E. Zuständigkeit**

Federführend ist das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie.

**Die Ministerpräsidentin des Landes Rheinland-Pfalz**  
Mainz, den 13. August 2019

An den  
Herrn Präsidenten  
des Landtags Rheinland-Pfalz

55116 Mainz

**Entwurf eines Landesgesetzes zur Sicherstellung der ärztlichen Grundversorgung in Rheinland-Pfalz**

Als Anlage übersende ich Ihnen den von der Landesregierung beschlossenen Gesetzentwurf.

Ich bitte Sie, die Regierungsvorlage dem Landtag zur Beratung und Beschlussfassung vorzulegen.

Federführend ist die Ministerin für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie.

Malu Dreyer

**Landesgesetz  
zur Sicherstellung der ärztlichen Grundversorgung  
in Rheinland-Pfalz**

Der Landtag Rheinland-Pfalz hat das folgende Gesetz beschlossen:

**Artikel 1  
Landesgesetz  
zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung  
in ländlichen Regionen des Landes Rheinland-Pfalz**

**§ 1  
Zielsetzung**

Dieses Gesetz dient der Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in unterversorgten und von Unterversorgung bedrohten Gebieten im Land Rheinland-Pfalz.

**§ 2  
Zulassungsvoraussetzungen**

(1) 6,3 v. H. der Bewerberinnen und Bewerber für den Studiengang Medizin im Land Rheinland-Pfalz können im Rahmen der Vorabquote gemäß Artikel 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 des Staatsvertrags über die Errichtung einer gemeinsamen Einrichtung für Hochschulzulassung, (GVBl. 2009 S. 347, BS Anhang I 145) in der jeweils geltenden Fassung, zum Studium der Medizin zugelassen werden, wenn sie

1. ihre besondere fachliche und persönliche Eignung zur hausärztlichen Tätigkeit in einem strukturierten Auswahlverfahren gegenüber der zuständigen Stelle nach Maßgabe der Regelungen des § 5 und der aufgrund des § 6 getroffenen Regelungen nachgewiesen haben und
2. sich durch den Abschluss eines öffentlich-rechtlichen Vertrags dem Land Rheinland-Pfalz gegenüber verpflichten haben,
  - a) unverzüglich nach Erhalt der Approbation eine Weiterbildung in der Facharzttrichtung Allgemeinmedizin zu absolvieren und
  - b) nach Abschluss der Weiterbildung eine vertragsärztliche Tätigkeit aufzunehmen und für die Dauer von zehn Jahren in den Gebieten auszuüben, für die das Land Rheinland-Pfalz unter Mitwirkung der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz einen besonderen öffentlichen Bedarf nach § 3 festgestellt hat.

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

## § 3

## Besonderer öffentlicher Bedarf

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

## § 4

## Vertragsstrafe

(1) Bewerberinnen und Bewerber verpflichten sich in einem öffentlich-rechtlichen Vertrag zu einer Vertragsstrafe in Höhe von bis zu 250 000 Euro, wenn sie einer ihrer Verpflichtungen gemäß § 2 Abs. 1 Nr. 2 nicht oder nicht unverzüglich nachkommen.

(2) Ausnahmsweise befreit die zuständige Stelle auf Antrag die Bewerberinnen und Bewerber ganz oder teilweise von der Zahlung der Vertragsstrafe nach Absatz 1, wenn ansonsten eine besondere Härte eintreten würde. Eine besondere Härte liegt vor, wenn in der Person liegende besondere soziale, gesundheitliche oder familiäre Gründe die Erfüllung der Verpflichtung unzumutbar machen.

(3) Die zuständige Stelle kann auf Antrag bei der Erfüllung der Verpflichtungen gemäß § 2 Abs. 1 Nr. 2 einen Aufschub gewähren.

## § 5

## Bewerbungs- und Auswahlverfahren

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

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

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

(4) Bei der Auswahl berücksichtigt die zuständige Stelle

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

## § 6

## Verordnungsermächtigung

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

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

## § 7

## Berichtspflicht

Die Landesregierung berichtet dem Landtag bis zum 31. Dezember 2021 und sodann fortlaufend alle zwei Jahre über die Erfahrungen mit diesem Gesetz.

**Artikel 2****Landesgesetz zur Sicherstellung des ärztlichen Nachwuchses im Öffentlichen Gesundheitsdienst in Rheinland-Pfalz**

## § 1

## Zielsetzung

Dieses Gesetz dient der Sicherstellung des ärztlichen Nachwuchses im Öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Rheinland-Pfalz.

## § 2

## Zulassungsvoraussetzungen

(1) 1,5 v. H. der Bewerberinnen und Bewerber für den Studiengang Medizin im Land Rheinland-Pfalz können im Rahmen der Vorabquote gemäß Artikel 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 des Staatsvertrags über die Errichtung einer gemeinsamen Einrichtung für Hochschulzulassung, (GVBl. 2009, S. 347, BS Anhang I 145) in der jeweils geltenden Fassung, zum Studium der Medizin zugelassen werden.

(2) Bewerberinnen und Bewerber nach Absatz 1 werden zugelassen, wenn sie:

1. ihre besondere fachliche und persönliche Eignung zur ärztlichen Tätigkeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst in einem strukturierten Auswahlverfahren gegenüber der zuständigen Stelle nach Maßgabe der Regelungen des § 5 und der aufgrund des § 6 getroffenen Regelungen nachgewiesen haben und
2. sich durch den Abschluss eines öffentlich-rechtlichen Vertrags dem Land Rheinland-Pfalz gegenüber verpflichtet haben,
  - a) unverzüglich nach Erhalt der Approbation eine Weiterbildung in der Facharzttrichtung öffentliches Gesundheitswesen oder optional, sofern hierfür zum Zeitpunkt

der Approbation ein besonderer öffentlicher Bedarf nach § 3 festgestellt wurde, in einer anderen Facharzt-richtung zu absolvieren und

- b) nach Abschluss der Weiterbildung eine Tätigkeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst in Rheinland-Pfalz für die Dauer von zehn Jahren aufzunehmen und in einem Landkreis auszuüben, für den ein besonderer öffentlicher Bedarf nach § 3 zum Zeitpunkt der Facharztanerkennung festgestellt wurde.

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

### § 3

#### Besonderer öffentlicher Bedarf

(1) Der Landkreistag Rheinland-Pfalz legt gemeinsam mit dem Landesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes Rheinland-Pfalz jährlich, jeweils zum Ende des Sommersemesters, den besonderen öffentlichen Bedarf im Sinne des § 2 Abs. 2 Nr. 2 fest.

(2) Können der Landkreistag Rheinland-Pfalz und der Landesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes Rheinland-Pfalz bis vier Wochen vor Ende des jeweiligen Sommersemesters den besonderen öffentlichen Bedarf nicht festlegen, so entscheidet die zuständige Stelle unter Mitwirkung des Landkreistages und des Landesverbands der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes über die Festlegung des besonderen öffentlichen Bedarfs.

(3) Der besondere öffentliche Bedarf nach § 2 Abs. 2 Nr. 2 Buchst. a liegt vor, wenn Sachgründe den Schluss nahelegen, dass in dem genannten Landkreis die entsprechende Facharzt-richtung in den kommenden fünf Jahren voraussichtlich benötigt werden wird. Der besondere öffentliche Bedarf nach § 2 Abs. 2 Nr. 2 Buchst. b liegt vor, wenn eine personelle Unterbesetzung von Fachärztinnen und Fachärzten in den Landkreisen droht.

(4) Zur Ermittlung des besonderen öffentlichen Bedarfs stellt die Landesärztekammer Rheinland-Pfalz dem Landkreistag Rheinland-Pfalz und dem Landesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes Rheinland-Pfalz jeweils zu Beginn des Sommersemesters Daten über die Anzahl, Stellenanteile, Fachrichtungen, Alter und Geschlecht der Ärztinnen und Ärzte in den jeweiligen Gesundheitsämtern zur Verfügung.

### § 4

#### Vertragsstrafe

(1) Bewerberinnen und Bewerber verpflichten sich in einem öffentlich-rechtlichen Vertrag zu einer Vertragsstrafe in Höhe von bis zu 250 000 Euro, wenn sie einer ihrer Verpflichtungen gemäß § 2 Abs. 2 Nr. 2 nicht oder nicht unverzüglich nachkommen.

(2) Ausnahmsweise befreit die zuständige Stelle auf Antrag die Bewerberinnen und Bewerber ganz oder teilweise von der Zahlung der Vertragsstrafe nach Absatz 1, wenn ansonsten eine besondere Härte eintreten würde. Eine besondere Härte

liegt vor, wenn in der Person liegende besondere soziale, gesundheitliche oder familiäre Gründe die Erfüllung der Verpflichtung unzumutbar machen.

(3) Die zuständige Stelle kann auf Antrag bei der Erfüllung der Verpflichtungen gemäß § 2 Abs. 2 Nr. 2 einen Aufschub gewähren.

#### § 5

##### Bewerbungs- und Auswahlverfahren

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

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

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

(4) Bei der Auswahl berücksichtigt die zuständige Stelle

1. das Ergebnis eines fachspezifischen Studierfähigkeitstests,
2. die Art und Dauer einer einschlägigen Berufsausbildung, Berufstätigkeit, praktischen oder ehrenamtlichen Tätigkeit, die über die besondere Eignung für den Studiengang Medizin im Hinblick auf die spätere Tätigkeit im öffentlichen Gesundheitsdienst Aufschluss geben können,
3. die in der Hochschulzugangsberechtigung ausgewiesene Qualifikation und
4. ein strukturiertes, persönliches Auswahlgespräch.

Dabei ist sicherzustellen, dass keinem der Kriterien nach Satz 1 Nr. 1 bis 4 ein wesentlich überwiegender Einfluss zukommt.

#### § 6

##### Verordnungsermächtigung

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

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



§ 7  
Berichtspflicht

Die Landesregierung berichtet dem Landtag bis zum 31. Dezember 2021 und sodann fortlaufend alle fünf Jahre über die Erfahrungen mit diesem Gesetz.

**Artikel 3**  
**Inkrafttreten**

Dieses Gesetz tritt am Tage nach der Verkündung in Kraft.

## Begründung

### A. Allgemeiner Teil

Seit Mitte des ersten Jahrzehnts des 21. Jahrhunderts zeichnet sich eine generell stagnierende Entwicklung in der hausärztlichen beziehungsweise allgemeinmedizinischen Versorgung ab. Besonders betroffen sind hiervon die ländlichen Regionen. Der Vergleich von flächenmäßig kleinen Bundesländern, insbesondere den Stadtstaaten, zu größeren Flächenländern indiziert bereits ein Gefälle zwischen Ballungszentren und Flächenregionen. Während ein Arzt oder eine Ärztin in Hamburg 150, in Bremen 175 und in Berlin 187 Patientinnen und Patienten versorgt, versorgt ein Arzt oder eine Ärztin in Niedersachsen 261, in Sachsen-Anhalt 262 und in Brandenburg 276 Patientinnen und Patienten. Zudem besteht auch innerhalb der Flächenländer eine deutliche Diskrepanz zwischen urbanen und ruralen Regionen. Während die ärztliche Tätigkeit beziehungsweise die Niederlassung in Städten und Ballungsräumen durch ein breites Angebot an attraktivitätssteigernden Möglichkeiten immer lukrativer wird, kommen ländliche Regionen aufgrund eines geringeren Ausmaßes an Anreizen immer seltener als mögliches Tätigkeits- beziehungsweise Niederlassungsgebiet für junge Ärztinnen und Ärzte in Betracht.

Erschwerend kommt hinzu, dass sich innerhalb der Berufsgruppe der Mediziner immer weniger Ärztinnen und Ärzte für die Fachrichtung der Allgemeinmedizin entscheiden und somit rein personell ein Engpass für das Tätigkeitsfeld der hausärztlichen Versorgung prognostiziert werden kann.

Flankiert werden diese Probleme durch das stetig zunehmende Durchschnittsalter der Hausärztinnen und Hausärzte, insbesondere in ländlichen Regionen, die zudem infolge des mangelnden Interesses an der Fachrichtung der Allgemeinmedizin unter den Studienabsolventen vor das Problem gestellt sind, eine Nachbesetzung für ihre Praxis zu finden.

In diesem Zusammenhang spielt auch der demografische Wandel eine Rolle. Die durchschnittliche Zahl der Behandlungsfälle der Patientinnen und Patienten nimmt stetig zu, während die Zahl der Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin stagniert. Daraus resultiert eine Mehrbelastung der derzeitigen Hausärztinnen und Hausärzte im ländlichen Raum beziehungsweise der gegebenenfalls an einer landärztlichen Tätigkeit interessierten Studienabsolventinnen und Studienabsolventen. Insbesondere für die Studienabsolventinnen und Studienabsolventen, die noch vor der Wahl einer Fachausrichtung stehen, ist die erwartete Mehrbelastung eher abträglich für eine Attraktivität der landärztlichen beziehungsweise hausärztlichen Tätigkeit.

Daher wird mittel- und langfristig ein gravierender Nachbesetzungsbedarf im ländlichen Raum prognostiziert. Die Politik steht hierbei in der Verantwortung, attraktivitätssteigernde Maßnahmen zu treffen, um diesem Landarztmangel entgegenzuwirken und die Hausärzteschaft an die ländlichen Regionen zu binden.

Eine solche Maßnahme stellt die Landarztquote als Teil der sogenannten Landarztzoffensive dar. Im Wege einer Vorabquote im Sinne des Artikel 9 Abs. 1 Nr. 2 des Staatsvertrags

über die Errichtung einer gemeinsamen Einrichtung für Hochschulzulassung (GVBl. 2009, S. 347; BS Anhang I 145) wird ein Kontingent von 6,3 v. H. aller im Geltungsbereich des Landes Rheinland-Pfalz zur Verfügung stehenden Medizinstudienplätze vorab für Studienbewerberinnen und -bewerber reserviert, die ein besonderes Interesse an der landärztlichen Tätigkeit bekunden. Sie gehen für die Einräumung dieses Studienplatzes die Verpflichtung ein, sich nach Abschluss ihres Studiums in der Fachrichtung Allgemeinmedizin weiterzubilden und nach Erlangen ihrer Facharztanerkennung eine hausärztliche Tätigkeit in einem sogenannten unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Gebiet für einen Zeitraum von zehn Jahren aufzunehmen. Dies entspricht pro Semester rund 13 Studienplätzen.

Insoweit ist die Landarztquote ein wirksamer Ansatzpunkt, der zur Bekämpfung des drohenden Nachbesetzungsbedarfs beiträgt. Denn das Studium der Medizin erfreut sich größter Beliebtheit.

Folglich findet eine strenge Auswahl der Studienplatzbewerberinnen und -bewerber statt, wobei regelmäßig diejenigen mit sehr guten bis guten Abiturnoten auch tatsächlich zeitnah einen Studienplatz erhalten, während Bewerberinnen und Bewerber mit nicht überdurchschnittlich guten Abiturleistungen auf eine Wartezeit verwiesen werden. Da aber die Abiturnote allenfalls ein Indikator und kein Garant für einen guten Arzt oder eine gute Ärztin darstellt, ist es zweckdienlich, auch auf andere, für die ärztliche Tätigkeit wichtige, Faktoren abzustellen. Diese werden im Wege der Einführung der Landarztquote berücksichtigt, sodass die Landarztquote gerade keine „Alternativroute zum Medizinstudium“ für „schlechtere Kandidatinnen und Kandidaten“ darstellt.

Durch die Verpflichtungen der späteren Studienabsolventinnen und -absolventen werden allein durch die Maßnahme der Landarztquote pro Semester 6,3 v. H. aller rheinland-pfälzischen Medizinstudentinnen und -studenten später für einen beträchtlichen Zeitraum als Hausärztinnen und Hausärzte in ländlichen Regionen tätig sein.

Der öffentliche Gesundheitsdienst nimmt im Gesundheitswesen eine starke Rolle ein, die sich vom Gesundheitsschutz der Bevölkerung, der Gesundheitsförderung und Prävention bis zur Mitwirkung an der Gesundheitsversorgung erstreckt. Er zeichnet sich durch sein professionelles Netzwerk zu allen Gesundheitsbereichen aus.

Die Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes haben sich mit den Weiterentwicklungen in der Medizin und den gesellschaftlichen Veränderungen in den letzten Jahrzehnten ständig gewandelt. Sie sind dabei nicht nur umfangreicher sondern auch vielfältiger geworden. Mit der Kommunalisierung der Gesundheitsämter in Rheinland-Pfalz durch das Landesgesetz über die Eingliederung der Gesundheitsämter in die Kreisverwaltungen vom 17. November 1998 (GVBl. S. 485), zuletzt geändert durch Gesetz vom 18. Juni 2013 (GVBl. S. 157), BS 2120-2, sind den Gesundheitsämtern zahlreiche Aufgaben übertragen worden, die kompetentes und fachkundiges Personal erfordern.

Dies wird gerade auch in Krisensituationen und besonderen Herausforderungen deutlich, wie zum Beispiel

- beim Auftreten von drohenden großen Seuchenlagen (Influenzapandemie 2009/2010, EHEC-Epidemie 2011, Ebola oder ein Fall einer Lassainfektion),
- bei der Verbesserung der Krankenhaushygiene,
- bei der Überwachung der Aufbereitung von Medizinprodukten,
- beim Impfwesen und Schutz der Kindergesundheit und
- der gesundheitlichen Versorgung (und gesetzlich vorgeschriebenen Erstuntersuchung und Impfung) von Flüchtlingen.

Der in Deutschland insgesamt vorherrschende Ärztemangel schlägt sich auch in der Nachwuchsgewinnung im Öffentlichen Gesundheitsdienst nieder. Dabei tritt eine ärztliche Tätigkeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst im Wesentlichen in Konkurrenz mit einer Anstellung im stationären oder ambulanten Bereich.

In den letzten Jahren hat sich der Ärztemangel im Öffentlichen Gesundheitsdienst in Rheinland-Pfalz weiter verschärft. Derzeit sind ungefähr 150 Arztstellen in Rheinland-Pfalz – wie auch bundesweit – nicht besetzt. In Rheinland-Pfalz entspricht dies in etwa 12 v. H. Einige Stellen bleiben bis zu zwei Jahre unbesetzt. Zum Teil konnte der Mangel an ärztlichem Personal vorübergehend in Amtshilfe durch andere Gesundheitsämter übernommen werden. In jedem Fall führt der Ärztemangel im Öffentlichen Gesundheitsdienst dazu, dass die Daseinsvorsorge der Bevölkerung gefährdet ist. Auch Personengruppen, die sich in einer Notlage befinden, wie beispielsweise psychisch kranke Menschen, finden nicht mehr flächendeckend eine adäquate Unterstützung in ihrem Landkreis vor.

Schon jetzt ist festzustellen, dass die Nachbesetzung vakant werdender Amtsarztstellen mit qualifiziertem Personal flächendeckend nicht mehr gewährleistet ist. In den kommenden zehn Jahren scheiden zwei Drittel der Amtsärztinnen und Amtsärzte beziehungsweise ihre Stellvertreterinnen und Stellvertreter altersbedingt aus dem Dienst aus. Dies entspricht bei 24 Landkreisen 32 nachzubesetzenden Amtsarztstellen. Es ist zu erwarten, dass die Situation des Ärztemangels in den Gesundheitsämtern dadurch noch schwieriger wird.

Die personelle Ausstattung und die Wieder- und Nachbesetzung des Personals der freiwerdenden Arztstellen in den Gesundheitsämtern obliegt dabei den kommunalen Gebietskörperschaften als Träger und Dienstherren der Gesundheitsämter.

Das Land Rheinland-Pfalz, das mit dem Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung die obere und mit dem fachlich zuständigen Gesundheitsministerium die oberste Gesundheitsbehörde als Teil des Öffentlichen Gesundheitsdienstes innehat, unterstützt die kommunalen Gebietskörperschaften mit landesweiten Maßnahmen, die die Möglichkeiten der einzelnen Landkreise übersteigen. Dabei soll das Landesgesetz zur Sicherung des ärztlichen Nachwuchses im Öffentlichen Gesundheitsdienst in Rheinland-Pfalz den Landkreisen helfen, rechtzeitig neue Fachärztinnen und Fachärzte für die Gesundheitsämter zur Wahrnehmung ihrer vielfältigen öffentlichen Aufgaben im Rahmen der Daseinsvorsorge zu gewinnen.

Eine Maßnahme im Öffentlichen Gesundheitsdienst stellt die Vorabquote für den Öffentlichen Gesundheitsdienst dar. Ein Kontingent von 1,5 v. H. aller in Rheinland-Pfalz zur Verfügung stehenden Medizinstudienplätze wird vorab für diejenigen Studienbewerberinnen und -bewerber reserviert, die ein besonderes Interesse an einer ärztlichen Tätigkeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst bekunden, sich für die Einräumung dieses Studienplatzes nach Abschluss ihres Studiums in der Fachrichtung öffentliches Gesundheitswesen beziehungsweise je nach Bedarf auch in einer anderen im Öffentlichen Gesundheitsdienst relevanten Fachrichtung weiterbilden und sich nach Erlangen ihrer Facharztanerkennung zur Aufnahme einer ärztlichen Tätigkeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst eines unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Landkreises für einen Zeitraum von zehn Jahren verpflichten. Dies entspricht bei einer Studienplatzzahl von rund 200 verfügbaren Medizinstudienplätzen pro Semester drei Studienplätzen im Wege der Vorabquote für den Öffentlichen Gesundheitsdienst.

Insgesamt sind die Landarztquote und die Vorabquote für den Öffentlichen Gesundheitsdienst ein wirksamer Ansatzpunkt, der zur Bekämpfung des befürchteten Landarztmangels und des Mangels an Ärztinnen und Ärzten im Öffentlichen Gesundheitsdienst beiträgt.

#### Finanzielle Auswirkungen

Durch die Umsetzung und Durchführung der beiden Vorabquoten entsteht ein finanzieller Mehraufwand für die Entwicklung einer Software zur Auswahl der Bewerberinnen und Bewerber im Wege eines elektronischen Bewerbungsverfahrens, die Erteilung von Ablehnungsbescheiden durch die zuständige Stelle und das sich daran gegebenenfalls anschließende Widerspruchsverfahren, der sich derzeit nicht konkret beziffern lässt. Die Finanzierung erfolgt im Rahmen zur Verfügung stehender Stellen und Haushaltsmittel des Einzelplans 06.

#### Gesetzesfolgenabschätzung

Das Gesetz stellt eine Maßnahme des als „Landarzt-Offensive“ bezeichneten Maßnahmenbündels zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in ländlichen Regionen dar und trägt in seiner Funktions- und Wirkungsweise effektiv dazu bei, dem befürchteten Landarztmangel beziehungsweise der drohenden hausärztlichen Unterversorgung in ländlichen Regionen mittel- und langfristig entgegenzuwirken.

Die Vorabquote für den Öffentlichen Gesundheitsdienst stellt eine Maßnahme der Initiative zur Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Rheinland-Pfalz dar. Sie trägt dazu bei, den ärztlichen Nachwuchs im Öffentlichen Gesundheitsdienst, vor allem in den kommunalisierten Gesundheitsämtern, langfristig sicherzustellen. Ohne das Gesetz würde eine wichtige Maßnahme zur Sicherung des ärztlichen Nachwuchses in den Gesundheitsämtern ausbleiben und es wäre zu befürchten, dass die Gesundheitsämter langfristig ihren vielfältigen Aufgaben nicht mehr oder nicht mehr in qualifizierter Weise nachgehen könnten. Die Gesundheitsämter tragen maßgeblich zur medizinischen Daseinsvorsorge der Bevölkerung und zur Bewältigung gesundheitlicher Krisensituationen bei.

**Auswirkungen auf Familien und Kinder**

Das Gesetz wirkt sich durch die Bekämpfung des drohenden Landarztmangels und der Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Gebieten mittel- bis langfristig positiv auf die Lebensqualität von Familien und Kindern im ländlichen Raum aus.

Das Gesetz stellt die qualifizierte Aufgabenwahrnehmung in den Gesundheitsämtern vor Ort sicher. Zu den Aufgaben gehören insbesondere die Präventionsmaßnahmen, wie das Einladungs- und Erinnerungswesen zu den Vorsorgeuntersuchungen im Kindesalter nach dem Landesgesetz zum Schutz von Kindeswohl und Kindesgesundheit vom 7. März 2008 (GVBl. S. 52), zuletzt geändert durch Gesetz vom 19. Dezember 2018 (GVBl. S. 448), BS 216-6, die Schuleingangsuntersuchung und die Impfberatung bei Eintritt in Kindergarten und Schule. Der Öffentliche Gesundheitsdienst dient auch der Gesunderhaltung von Kindern in Gemeinschaftseinrichtungen und ihren Familienangehörigen, zum Beispiel in Ausbruchssituationen oder im Hinblick auf hygienische Aspekte.

**Demografischer Wandel**

Der vorliegende Gesetzentwurf berücksichtigt die Bevölkerungs- und Altersentwicklung. Die demografische Entwicklung ist eine der entscheidenden Einflussfaktoren auf die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsdienstleistungen, insbesondere in ländlichen Regionen. Eine Bevölkerungsstruktur in der die Fallzahl der Behandlungsfälle stetig zunimmt, wird auch einen steigenden Bedarf an professionellen Gesundheitsdienstleistungen auslösen. Betroffen hiervon ist vor allem auch der Bedarf an einer flächendeckenden hausärztlichen Versorgung in ländlichen Gebieten.

Der demografische Wandel bedingt darüber hinaus eine Zunahme von alten und pflegebedürftigen Personen, die in Alters- und Pflegeeinrichtungen sowie durch ambulante Pflegedienste betreut werden.

Hier trägt eine qualifizierte Aufgabenwahrnehmung der Gesundheitsämter zum Wohle der älteren Menschen bei, indem die Umsetzung bestehender Hygienevorgaben überwacht und eingefordert wird.

**Gender-Mainstreaming**

Das Gesetz hat keine Auswirkung auf die spezifische Lebenssituation von Frauen und Männern.

**Mittelstandsverträglichkeit**

Das Gesetz hat nach Prüfung keine Relevanz für die mittelständische Wirtschaft.

**Ergebnis der Ressortbeteiligung/externe Anhörung**

Die Ressorts erhielten Gelegenheit zur Stellungnahme zu dem Entwurf des Landesgesetzes zur Sicherstellung der ärztlichen Grundversorgung in Rheinland-Pfalz. Die Änderungsvorschläge des Ministeriums der Finanzen und des Ministeriums für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur wurden aufgegriffen und umgesetzt.

Das Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung, die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz, die Landesärztekammer Rheinland-Pfalz, die Johannes Gutenberg-

Universität Mainz, die Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, der Hausärzterverband Rheinland-Pfalz e. V., der Landkreistag Rheinland-Pfalz, der Städtetag Rheinland-Pfalz, der Gemeinde- und Städtebund Rheinland-Pfalz und die Stiftung für Hochschulzulassung erhielten Gelegenheit zur Stellungnahme im Wege der externen Anhörung. Keine Rückmeldung erfolgte vom Städtetag Rheinland-Pfalz, dem Gemeinde- und Städtebund Rheinland-Pfalz und der Stiftung für Hochschulzulassung.

Umgesetzt wurde der Vorschlag der Johannes Gutenberg-Universität Mainz und der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, den Begriff „Test für medizinische Studiengänge“ durch den Begriff „fachspezifischer Studierfähigkeitstest“ zu ersetzen.

Auch wenn zurzeit faktisch nur der Test für medizinische Studiengänge in Betracht kommt, so ist die vorgeschlagene Formulierung dennoch weiter gefasst und lässt damit zukünftig eine Berücksichtigung etwaiger anderer Tests zu.

Der Vorschlag der Kassenärztlichen Vereinigung, in sprachlicher Hinsicht von „Nachbesetzungsbedarf“ zu sprechen, wurde umgesetzt, da es den Kern der Problematik genauer beschreibt.

Der Vorschlag der Kassenärztlichen Vereinigung, eine sprachliche Anpassung des § 3 vorzunehmen, wurde umgesetzt, da er in fachlicher Hinsicht der Klarstellung dient und etwaige Rechtsunsicherheiten eindämmt.

Ansonsten wurden die Änderungsvorschläge und Kritikpunkte nicht aufgegriffen. Insbesondere die grundsätzlichen Bedenken der jeweiligen externen Stellen, vor allem zur Rechtmäßigkeit der Landarztquote insgesamt, dem Verpflichtungscharakter und der Vertragsstrafe, wurden bereits durch ein Rechtsgutachten zur Recht- und Verfassungsmäßigkeit der Landarztquote aus dem Jahr 2015 dahingehend geklärt, dass eine solche Einführung grundsätzlich verfassungsrechtlich möglich sei. Im Übrigen sind die bisherigen Formulierungen und Regelungen hinreichend dazu geeignet, Rechtsklarheit zu schaffen, weshalb weitere Änderungsvorschläge oder Kritikpunkte der jeweiligen externen Stellen nicht aufzugreifen waren.

**B. Zu den einzelnen Bestimmungen****Zu Artikel 1****Zu § 1 – Zielsetzung**

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

**Zu § 2 – Zulassung**

§ 2 dieses Gesetzes stellt die erforderliche gesetzliche Grundlage für die Einführung einer sogenannten Landarztquote in Rheinland-Pfalz dar. Der Paragraph sieht vor, dass Studienbewerberinnen und -bewerber über eine Vorabquote im Sinne des Staatsvertrags über die Errichtung einer gemeinsamen Einrichtung für Hochschulzulassung für das Studium der Medizin zugelassen werden können, wenn sie sich verpflichten, nach ihrem Studium und einer entsprechenden einschlägigen Weiterbildung auf dem Fachgebiet der Allgemeinmedizin zehn Jahre in einem unterversorgten oder von Unter-

versorgung bedrohten Gebiet tätig zu werden. Die Feststellung, welche Gebiete hiervon betroffen sind, trifft das Land Rheinland-Pfalz unter Mitwirkung der für die Bedarfsplanung zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz.

#### Zu § 3 – Besonderer öffentlicher Bedarf

§ 3 dieses Gesetzes definiert, wann und unter welchen Voraussetzungen von einem besonderen öffentlichen Bedarf im Sinne des Gesetzes ausgegangen werden kann. Auf Grundlage des voraussichtlichen Nachbesetzungsbedarfs muss ein dringender Handlungsbedarf aufgezeigt werden. Ländliche und strukturschwache Räume werden hiervon aller Wahrscheinlichkeit nach besonders betroffen sein. Im Zusammenwirken mit der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz wird das Land Rheinland-Pfalz regelmäßig den Bedarf an Hausärztinnen und Hausärzten überprüfen, um hierdurch eine den tatsächlichen Gegebenheiten vor Ort entsprechende Bedarfsplanung durchführen zu können.

#### Zu § 4 – Vertragsstrafe

§ 4 dieses Gesetzes stellt die gesetzliche Grundlage für die Vereinbarung einer Vertragsstrafe dar. Studienplätze nach diesem Gesetz werden nur an Bewerberinnen und Bewerber vergeben, die sich zuvor verpflichten, eine entsprechende einschlägige Weiterbildung in der Fachrichtung Allgemeinmedizin zu absolvieren und für zehn Jahre eine hausärztliche Tätigkeit in unterversorgten und von Unterversorgung bedrohten Gebieten auszuüben. Zur Absicherung der Verpflichtung ist eine Vertragsstrafe in Höhe von bis zu 250 000 Euro vorgesehen. Die Höhe der Vertragsstrafe richtet sich nach den Kosten eines Medizinstudiums an öffentlichen Hochschulen sowie nach den Verdienstmöglichkeiten einer Ärztin oder eines Arztes mit entsprechendem Facharztstitel. Die Vertragsstrafe zielt maßgeblich auf die Durchsetzung der Verpflichtung ab, um die Rechtfertigung der Privilegierung gegenüber den anderen Bewerberinnen und Bewerbern zu gewährleisten.

Für die Rechtmäßigkeit der Festsetzung der Vertragsstrafe ist insbesondere erforderlich, dass sie auch dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit Rechnung trägt. Dies geschieht in zweierlei Hinsicht. Die Formulierung „bis zu“ eröffnet hinsichtlich der Festsetzung der Vertragsstrafe im konkreten Einzelfall die Möglichkeit einer nach Abschnitten gestaffelten Festsetzung der Vertragsstrafe. Da die Verpflichtung zur Zahlung der Vertragsstrafe die Bewerberin oder den Bewerber auch nicht generell in eine wirtschaftliche, soziale oder sonstige existenzielle Bedrängnis bringen darf, ist in Absatz 2 eine Härtefallregelung vorgesehen. Allgemeinen verwaltungsrechtlichen Grundsätzen entsprechend, ist diese als Ausnahmetatbestand restriktiv auszulegen und nur bei existenziellen Notlagen anwendbar, was durch Absatz 2 Satz 1 verdeutlicht wird.

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

§ 5 regelt das Bewerbungs- und Auswahlverfahren durch die zuständige Stelle. § 5 Abs. 2 stellt deklaratorisch fest, dass eine Mehrfachzulassung auf andere Quoten, inklusive der Hauptquote, nicht zulässig ist.

Falls die Anzahl der Bewerberinnen und Bewerber die Zahl der zur Verfügung stehenden Studienplätze aufgrund der Quote gemäß § 2 Abs. 1 Satz 1 dieses Gesetzes übersteigt, treffen die Absätze 3 und 4 grundlegende Aussagen zum Auswahlverfahren. Im Rahmen der Auswahlentscheidung werden

die fachliche und persönliche Eignung zum Absolvieren eines Studiums der Medizin und der späteren Ausübung der hausärztlichen Tätigkeit überprüft. Bereits bei der Zulassung zum Studium soll auch die fachliche und persönliche Eignung berücksichtigt werden. Dem wird durch die Einföhrung von Auswahlkriterien Rechnung getragen, die auf die Hinterfragung dieser persönlichen Eignung ausgelegt sind. Um dem Bestimmtheitsgrundsatz hinreichend Rechnung zu tragen, sind die im Wege des Auswahlverfahrens zu berücksichtigenden Auswahlkriterien bereits abstrakt im Landesgesetz aufgeföhrt. Diese Aufzählung ist abschließend, um hierdurch ein Kriterienerfindungsrecht der zuständigen Stelle auszuschließen. Die Regelungen zur näheren Konkretisierung der Auswahlkriterien und ihrer Gewichtung werden gemäß § 6 in die Rechtsverordnung überföhrt.

#### Zu § 6 – Verordnungsermächtigung

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

#### Zu § 7 Berichtspflicht

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

#### Zu Artikel 2

##### Zu § 1 – Zielsetzung

Das Gesetz dient dazu, den ärztlichen Nachwuchs im Öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Rheinland-Pfalz sicherzustellen.

##### Zu § 2 – Zulassungsvoraussetzungen

In Absatz 1 wird die erforderliche gesetzliche Grundlage für die Einföhrung einer Vorabquote für den Öffentlichen Gesundheitsdienst dargestellt und der Umfang der für hierfür zur Verfügung stehenden Medizinstudienplätze in Rheinland-Pfalz geregelt.

In Absatz 2 wird unter Nummer 1 festgelegt, dass sich Studienbewerberinnen und -bewerber fachlich und persönlich für eine ärztliche Tätigkeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst eignen müssen, um einen Studienplatz über die Vorabquote für den Öffentlichen Gesundheitsdienst zu erhalten. Dazu müssen die Studienbewerberinnen und -bewerber den unter Nummer 2 geregelten öffentlich-rechtlichen Vertrag mit dem Land Rheinland-Pfalz abschließen.

Dieser enthält Regelungen im Hinblick auf die spätere Facharztweiterbildung (§ 2 Abs. 2 Nr. 2 Buchst. a) und die sich anschließende verpflichtende zehnjährige Tätigkeit im

Öffentlichen Gesundheitsdienst (§ 2 Abs. 2 Nr. 2 Buchst. b), entsprechend dem besonderen öffentlichen Bedarf nach § 3.

#### Zu § 3 – Besonderer öffentlicher Bedarf

Absatz 1 regelt, durch wen und zu welchem Zeitpunkt der besondere öffentliche Bedarf festgelegt wird.

Absatz 2 legt das Verfahren fest, falls sich einen Monat vor Ende des Sommersemesters abzeichnet, dass der besondere öffentliche Bedarf nicht fristgerecht festgestellt werden kann.

In Absatz 3 werden die Inhalte des besonderen öffentlichen Bedarfs festgelegt, die sich aus dem Bedarf an Fachrichtungen und den zu besetzenden Stellen in den jeweils unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Landkreisen ergeben.

Absatz 4 regelt, dass die Landesärztekammer Rheinland-Pfalz die Datengrundlage zur Ermittlung des besonderen öffentlichen Bedarfs liefert, da sie die einzige Stelle ist, die über diese Daten rheinland-pfalzweit verfügt.

#### Zu § 4 – Vertragsstrafe

In Absatz 1 wird die bei Nichteinhaltung des öffentlich-rechtlichen Vertrags mit dem Land Rheinland-Pfalz maximale Höhe der zu zahlenden Vertragsstrafe festgelegt. Die Höhe der Vertragsstrafe richtet sich nach den Kosten eines Studiums der Medizin an öffentlichen Hochschulen sowie nach den Verdienstmöglichkeiten einer Ärztin oder eines Arztes mit entsprechendem Facharztstitel. 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.

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 1 verdeutlicht wird. Absatz 3 ermöglicht es der zuständigen Stelle, einen Aufschub bei der Erfüllung der vertraglichen Verpflichtungen zu gewähren.

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

§ 5 regelt das Bewerbungs- und Auswahlverfahren durch die zuständige Stelle. § 5 Abs. 2 stellt deklaratorisch fest, dass eine Mehrfachzulassung auf andere Quoten, inklusive der Hauptquote, nicht zulässig ist. Falls die Anzahl der Bewerberinnen und Bewerber die Zahl der zur Verfügung stehenden Studienplätze aufgrund der Quote gemäß § 2 Abs. 1 dieses Gesetzes übersteigt, treffen die Absätze 3 und 4 grundlegende Aussagen zum Auswahlverfahren. Im Rahmen der Auswahlentscheidung wird die fachliche und persönliche Eignung berücksichtigt. Dem wird durch die Einführung von Auswahlkriterien Rechnung getragen, die auf die Hinterfragung dieser persönlichen Eignung ausgelegt sind. Um dem Bestimmtheitsgrundsatz hinreichend Rechnung zu tragen, sind die im Wege des Auswahlverfahrens zu berücksichtigenden Auswahlkriterien bereits abstrakt im Landesgesetz aufgeführt. Diese Aufzählung ist abschließend, um hierdurch ein Kriterienerfindungsrecht der zuständigen Stelle auszuschließen. Die Regelungen zur näheren Konkretisierung der Auswahlkriterien und ihrer Gewichtung werden gemäß § 6 in die Rechtsverordnung überführt.

#### Zu § 6 – Verordnungsermächtigung

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

#### Zu § 7 – Berichtspflicht

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

#### Zu Artikel 3

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten dieses Gesetzes.