

Schriften zum Gesundheitsrecht

Band 46

Die Landarztquote

Verfassungsrechtliche Zulässigkeit
und rechtliche Ausgestaltung

Von

Mario Martini

Jan Ziekow



Duncker & Humblot · Berlin

MARIO MARTINI / JAN ZIEKOW

Die Landarztquote

Schriften zum Gesundheitsrecht

Band 46

Herausgegeben von Professor Dr. Helge Sodan,
Freie Universität Berlin,
Direktor des Deutschen Instituts für Gesundheitsrecht (DIGR)
Präsident des Verfassungsgerichtshofes des Landes Berlin a.D.

Die Landarztquote

Verfassungsrechtliche Zulässigkeit
und rechtliche Ausgestaltung

Von

Mario Martini

Jan Ziekow



Duncker & Humblot · Berlin

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in
der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten
sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Alle Rechte vorbehalten

© 2017 Duncker & Humblot GmbH, Berlin

Fremddatenübernahme: Konrad Tritsch GmbH, Ochsenfurt

Druck: CPI buch.bücher.de gmbh, Birkach

Printed in Germany

ISSN 1614-1385

ISBN 978-3-428-15050-2 (Print)

ISBN 978-3-428-55050-0 (E-Book)

ISBN 978-3-428-85050-1 (Print & E-Book)

Gedruckt auf alterungsbeständigem (säurefreiem) Papier
entsprechend ISO 9706 ☼

Internet: <http://www.duncker-humblot.de>

Vorwort

Die ärztliche Versorgung Deutschlands genießt – auch im internationalen Vergleich – einen sehr guten Ruf. In jüngerer Zeit droht sie sich jedoch zu einem Sorgenkind zu entwickeln – nicht wegen einer generell nachlassenden Leistungsqualität, sondern mit Blick auf die flächendeckende Absicherung des Qualitätsniveaus in ländlichen Regionen.

Um die besten Lösungskonzepte ist eine intensive Diskussion entbrannt. Zu dem Arsenal der Ideen gehört auch eine sog. Landarztquote. Sie soll solchen Studienplatzbewerbern, die sich zu einer ärztlichen Tätigkeit als Allgemeinmediziner auf dem Land verpflichten, einen privilegierten Zugang zu dem zulassungsbeschränkten Studienfach gewähren. Der Koalitionsvertrag der 18. Legislaturperiode zieht diese Maßnahme als politische Gestaltungsoption in Betracht.

Ob eine Landarztquote rechtlich zulässig ist, entzweite bislang die Geister. Um die Frage zu klären, hatte das Bundesministerium für Gesundheit im Sommer 2015 ein Rechtsgutachten öffentlich ausgeschrieben. Die Autoren haben in diesem Verfahren den Zuschlag erhalten. Die wesentlichen Ergebnisse des Gutachtens wollen sie der Öffentlichkeit – in aktualisierter Form – zugänglich machen. Sie möchten damit dazu beitragen, den inhaltlichen Diskurs zu befruchten, und ihre Kernthese zur Diskussion stellen: Die Landarztquote ist weniger eine Frage des rechtlichen Könnens als des politischen Wollens.

Die Gutachter haben das Werk gemeinsam verfasst, sind im Hinblick auf die Vielzahl der Fragen aber entlang der Trennlinie „verfassungsrechtliche Zulässigkeit“ („Ob“) und „rechtliche Ausgestaltung“ („Wie“) arbeitsteilig vorgegangen. Der Fragen des „Ob“ hat sich der Autor Martini angenommen (A.–D., S. 15–139), der Fragen des „Wie“ der Autor Ziekow (E., S. 140–200).

Die Autoren danken Frau Dr. Antje Beppel und Herrn Ralf Suhr vom Bundesministerium für Gesundheit für die angenehme Zusammenarbeit sowie ihren wissenschaftlichen Mitarbeitern, allen voran Dr. Florian Ammerich, Michael Kolain, Jan Mysegedas, Michael Wenzel und Quirin Weinzierl, für die Unterstützung.

Speyer, im August 2016

Prof. Dr. *Mario Martini*
Prof. Dr. Dr. h. c. (NUM) *Jan Ziekow*

Inhaltsverzeichnis

A. Flächendeckende ärztliche Versorgung auf dem Land als Herausforderung und Gestaltungsauftrag	15
I. Empirischer Befund	16
II. Ursachenanalyse	19
1. Urbanisierung	19
2. Demographischer Wandel	19
3. Wirtschaftliche und gesellschaftliche Entwicklungen	21
a) Nachfrage nach ärztlichen Leistungen	21
b) Veränderungen in der Ärzteschaft	21
III. Politische Pläne zur Sicherung einer flächendeckenden ärztlichen Versorgung auf dem Land	22
1. Überlegungen im Koalitionsvertrag für die 18. Legislaturperiode	23
2. Inhalt des Konzepts einer Landarztquote	24
3. Reaktionen der politischen Stakeholder	25
IV. Rechtlicher Status quo des Auswahlverfahrens zum Medizinstudium	27
1. Normativer Rahmen	28
2. Struktur des Vergabeverfahrens	28
a) Vorabquote (§ 32 Abs. 2 HRG)	28
b) Abiturnote und Wartezeit (§ 32 Abs. 3 Nr. 1 und 2 HRG)	29
c) Auswahlverfahren der Hochschulen (§ 32 Abs. 3 Nr. 3 HRG)	29
3. Normative Anknüpfungspunkte einer Privilegierung von Bewerbern, die eine Verpflichtungserklärung abgeben	30
a) Berücksichtigung im Auswahlverfahren (§ 32 Abs. 3 Nr. 3 HRG)	30
b) Vorabquote (§ 32 Abs. 2 S. 1 Nr. 2 HRG)	30
V. Überblick über den Gang der Darstellung	32
1. Zugang zum Medizinstudium	32
2. Auswirkungen auf die Berufsausübung	33
3. Einfachgesetzliche Ausgestaltung	33

B. Die Verpflichtungserklärung als Auswahlkriterium im Zulassungsverfahren . . .	34
I. Föderale Regelungskompetenz für die Berücksichtigung einer Verpflichtungserklärung als Landarzt im Zulassungsverfahren	34
1. Überblick über die Verteilung der Kompetenzen zwischen Bund und Ländern	34
2. Regelungskompetenz für die Hochschulzulassung	35
a) Grundsatz: Konkurrierende Kompetenz des Bundes nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 33 GG	35
aa) Normrationalität	36
bb) Rechtsfolgen	36
b) Abweichungsbefugnis der Länder	37
aa) Abweichungskompetenz nach Art. 72 Abs. 3 S. 1 Nr. 6 GG	37
bb) (Keine) Bestandskompetenz des Bundes nach Art. 125b Abs. 1 S. 1 u. 2 GG	38
cc) Selbstbindung der Länder durch den Staatsvertrag	39
(1) Verfassungsrechtliche Verankerung in der Pflicht zu bundesfreundlichem Verhalten?	39
(2) Bindungsreichweite des Staatsvertrages	40
3. Die Verpflichtungserklärung zwischen Ausübung der Heilberufe und Hochschulzulassung	42
a) Kompetenz der Länder für das Ausübungsrecht der Heilberufe	42
b) Zuordnung der Regelungskompetenz für die Verpflichtungserklärung	42
4. Zwischenergebnis	43
II. Vereinbarkeit einer Landarztquote mit dem Schutzgehalt des derivativen Teilhaberechts aus Art. 12 Abs. 1 i. V. m. Art. 3 Abs. 1 GG	44
1. Herleitung und Inhalt des verfassungsrechtlichen Teilhaberechts	44
a) Teilhaberechtliches Kapazitätsausschöpfungsgebot	46
b) Gebot objektiv sachgerechter und individuell zumutbarer Auswahlkriterien	46
2. Sachgerechtigkeit und Zumutbarkeit des Auswahlkriteriums „Verpflichtungserklärung“	48
a) Leistungsgesichtspunkte und soziale Kompetenzen als Gegenstand der Auswahlentscheidung	48
b) Verfassungsrechtliche Grenzen bedarfslenkender Zuteilungsziele	49
c) Verhältnismäßigkeit einer Auswahl nach dem Bedarfslenkungsziel „flächendeckende Ärzteversorgung auf dem Land“	51
aa) Erforderlichkeit	52
(1) Vergütungsanreize und Stipendien für (angehende) Landärzte	53
(a) Bestehende gesetzliche Regelungen im SGB V, die finanzielle Anreize setzen, sich in unterversorgten Gebieten niederzulassen	53
(aa) Stipendien	55
(bb) Vergütungsanreize und vergleichbare Maßnahmen	56

(b)	Bewertung des Wirkungspotenzials	57
(aa)	Finanzielle Anreize zur Niederlassung	57
(α)	Empirischer Befund	58
(β)	Zwischenergebnis	59
(bb)	Stipendienprogramm	60
(cc)	Zwischenergebnis	63
(2)	Verbesserung der Arbeits- und Lebensbedingungen für Ärzte in unterversorgten Regionen	64
(a)	Starthilfen bei der Niederlassung	64
(b)	Stärkung ärztlicher Kooperationsmöglichkeiten	65
(aa)	Medizinische Versorgungszentren	66
(bb)	Gemeinschaftspraxen	67
(cc)	Zweigpraxen	67
(dd)	Praxis- und Arztnetze und sonstige regionale Zusammenschlüsse	68
(c)	Bewertung des Wirksamkeitspotenzials	68
(3)	Anwerbung ausländischer Ärzte	70
(a)	Sprachliche Barrieren	71
(b)	Fachliches Anforderungsniveau	72
(c)	Räumliche Niederlassungsbeschränkung durch Verpflichtungserklärung	72
(d)	Zwischenergebnis	74
(4)	Erhöhung der Gesamtstudierendenanzahl	74
(5)	(Stärkere) Limitierung der Zulassung in Ballungsräumen	76
(a)	Milderes Mittel; Einordnung in die Stufenlehre	77
(b)	Gleiche Eignung?	78
(6)	Zuweisung von Vertragsarztsitzen in unterversorgte Gebiete	79
(7)	Pflichtjahr im ländlichen Raum für Jungmediziner; Patenschaftsprogramme	80
(8)	Einbeziehung weiterer Akteure in die gesundheitliche, insbesondere ärztliche Versorgung	82
(a)	Ärztliches Personal in Krankenhäusern	82
(b)	Nichtärztliches Gesundheitspersonal	83
(c)	Ausbaumöglichkeiten de lege ferenda, Wirkungspotenzial	84
(9)	Telemedizin	85
(a)	Potenzial	85
(b)	Gesetzgeberische Initiativen	86
(c)	Wirkungsgrenzen	87
(10)	Zwischenfazit	88
bb)	Angemessenheit	90
(1)	Wirksamer Sanktionsmechanismus	91

(2) Mindestanforderungen an die fachliche Qualität der Bewerber . . .	91
(3) Quantitative Begrenzung der Zulassung auf der Grundlage einer Verpflichtungserklärung	92
cc) Verfassungsgerechte Auswahlkriterien für die Zulassung auf der Grundlage einer Verpflichtungserklärung im Falle eines Bewerber- überhangs	93
(1) Formale Auswahlkriterien	94
(2) Wertungsorientierte Auswahl-, insbesondere Leistungskriterien	95
III. Verfassungsrechtlicher Schutz der Hochschulautonomie (Art. 5 Abs. 3 GG)	97
1. Verfassungsrechtliche Ausgangslage	98
2. Schlussfolgerungen	99
IV. Vereinbarkeit einer Landarztquote mit Art. 18 Abs. 1 i. V. m.	
Art. 21 Abs. 1 AEUV	100
1. Diskriminierung im Anwendungsbereich der Verträge?	101
a) Charakteristika mittelbarer Diskriminierung	101
b) Diskriminierungscharakter nachgelagerter Ansässigkeitserfordernisse? . . .	102
2. Rechtfertigung einer potenziellen Diskriminierung	104
a) Grund des Allgemeininteresses; Nachweis einer Gefährdung der öffentli- chen Gesundheit	104
b) Geeignetheit zur Beseitigung der Gefährdung	105
c) Erforderlichkeit zur Beseitigung der Gefährdung	106
d) Angemessenheit zur Beseitigung der Gefährdung	106
V. Zwischenergebnis	107
C. Die Verpflichtungserklärung als (Selbst-)Beschränkung der Wahl des späteren Arbeitsplatzes	110
I. Art. 12 Abs. 1 GG	110
1. Schutzbereich	110
2. Eingriff	111
a) Anforderungen an einen grundrechtlichen Eingriff – die Verpflichtungser- klärung: ein Anwendungsfall des „volenti non fit iniuria“?	111
aa) Eingriffsbegriff	112
bb) Dispositionsbefugnis und rechtliche Bindungen des Staates	112
cc) Besonderheiten einer coactus volui-Situation	114
b) Berufsregelnde Tendenz	117
3. Rechtfertigung	117
a) Formelle Verfassungsmäßigkeit, insbesondere Gesetzgebungskompetenz	118

b) Materielle Verfassungsmäßigkeit	118
aa) Legitimer Zweck und Einordnung der Landarztquote in die Eingriffsstufen	118
bb) Geeignetheit	119
cc) Erforderlichkeit	119
(1) Konnex zur Auswahlregelung	120
(2) Belastungswirkungen der Verpflichtungserklärung	121
(a) Anknüpfung an die Herkunft des Bewerbers als milderer Mittel?	122
(b) Einordnung in die Stufenlehre; Ausgestaltung der Verpflichtungserklärung	123
(aa) Verpflichtungsdauer	123
(bb) Determinierung des Tätigkeitsortes	123
dd) Angemessenheit	124
(1) Schwere des Eingriffs und seine strukturellen Entscheidungsbedingungen	124
(2) Wichtigkeit des Zwecks	126
(3) Abwägung	126
(4) Zwischenergebnis	129
II. Art. 11 Abs. 1 GG	129
1. Schutzbereich und Verhältnis zu Art. 12 Abs. 1 GG	129
a) Auswirkungen der Arbeitsplatz- auf die Wohnortwahl	130
b) Thematische Abgrenzung der Schutzbereiche	130
2. Eingriff	132
3. Ergebnis	133
III. Art. 2 Abs. 1 GG	133
IV. Art. 49 Abs. 1 AEUV	133
1. Gewährleistungsgehalt	134
2. Beschränkung	134
3. Rechtfertigung	135
D. Einfachgesetzliche Zulässigkeit der Modelle de lege lata	137
I. Modell „Vorabquote“	137
II. Modell „Auswahl durch die zuständige Hochschule“	138
E. Rechtliche Ausgestaltung des Modells einer Landarztquote de lege ferenda	140
I. Die Verpflichtungserklärung als sicherndes Instrument	140
1. Grundrechte der eine Verpflichtungserklärung abgebenden Bewerber	141

2. Bestimmung des Regelungsregimes	141
3. Referenzsysteme	143
a) Übernahme von Ausbildungs- bzw. Studienkosten durch private Unternehmen	143
aa) Ausgestaltung	143
(1) Allgemeine Grundmuster	144
(2) Von Krankenhausträgern aufgelegte Stipendienprogramme	145
bb) Rechtliche Bewertungen	147
(1) In einer Vielzahl von Fällen verwendete Regelungen	147
(2) Einzelvertragliche Abreden	151
b) Übernahme von Ausbildungs- bzw. Studienkosten durch öffentliche Stellen	154
aa) Ausgestaltung	154
(1) Medizinstudium	154
(2) Andere Ausbildungen oder Studien	154
bb) Rechtliche Bewertungen	155
c) Vorabquoten für eine spätere Tätigkeit im öffentlichen Gesundheitsdienst	158
aa) Ausgestaltung und Ergebnisse	158
(1) Verwendung einer Vorabquote in den Ländern und Ausgestaltung	158
(a) Baden-Württemberg	159
(b) Bayern	159
(c) Hessen	160
(d) Nordrhein-Westfalen	161
(e) Rheinland-Pfalz	161
(f) Saarland	162
(2) Zulassungszahlen	162
bb) Rechtliche Bewertungen	162
d) Vorabquote für eine spätere Tätigkeit im Sanitätsoffiziersdienst der Bundeswehr	164
aa) Ausgestaltung	164
bb) Rechtliche Bewertungen	165
e) Durch öffentliche Stellen vergebene Stipendien für das Medizinstudium mit Verpflichtung des Geförderten, später in einer unterversorgten Region tätig zu werden	171
4. Rechtliche Möglichkeiten und Grenzen denkbarer Inhalte einer Verpflichtungserklärung	174
a) Zusammenfassung der leitenden rechtlichen Maßstäbe	175
b) Zentrale Eckpunkte und Instrumente	175
aa) Zulässige Dauer der Verpflichtung zur Tätigkeit in ärztlich unterversorgten Gebieten	175

bb)	Bestimmung von Gebieten mit ärztlicher Unterversorgung	176
(1)	Feststellung der Unterversorgung nach § 100 Abs. 1 SGB V als Anknüpfungspunkt	176
(2)	Einbeziehbarkeit individueller Präferenzen	182
cc)	Möglichkeit zur vorzeitigen Beendigung des Verpflichtungsverhältnisses	185
dd)	Instrumente	187
(1)	Ausgleichszahlung	187
(2)	Vertragsstrafe	189
(a)	Denkbarer Maximalbetrag als Ausgangswert	190
(b)	Überprüfung am Maßstab des Gebots der Verhältnismäßigkeit	191
(3)	Versagung eines Vertragsarztsitzes in Ballungsgebieten	193
(4)	Verweigerung bzw. Entzug der Approbation	194
(5)	Zusammenfassung und Muster einer Verpflichtungserklärung	195
II.	Zuständige Stelle	196
1.	Stiftung für Hochschulzulassung	196
2.	Hochschulen	197
3.	Andere Stelle	199
4.	Zwischenfazit	200
F.	Zusammenfassung	201
I.	Empirischer Befund und politische Pläne	201
II.	Gesetzgebungskompetenz	201
III.	Vereinbarkeit mit den Grundrechten	202
1.	Grundrechte konkurrierender, verdrängter Bewerber	202
a)	Erforderlichkeit	203
b)	Angemessenheit	204
2.	Autonomie der Hochschulen	204
3.	Grundrechte der sich zur Landarztztätigkeit verpflichtenden Bewerber	205
IV.	Vereinbarkeit mit den Grundfreiheiten	205
V.	Einfachgesetzliche Ausgestaltung der Modelle	206
VI.	Die Verpflichtungserklärung als sicherndes Instrument	207
1.	Handlungsform	207
2.	Gewichtung der konkurrierenden Interessen	207
3.	Determinierung des Ortes der Niederlassung	207
4.	Bindungsdauer	209

5. Sicherungsinstrumente, insbesondere Höhe der Vertragsstrafe	209
6. Wesentliche Elemente einer Verpflichtungserklärung	210
VII. Zuständige Stelle	211
Literaturverzeichnis	212

A. Flächendeckende ärztliche Versorgung auf dem Land als Herausforderung und Gestaltungsauftrag

Mit der Gesundheit verhält es sich bekanntlich wie mit dem Salz: Man bemerkt es erst, wenn es fehlt. Ähnliches gilt für die flächendeckende ärztliche Versorgung der Bevölkerung – mit einem Unterschied: Wird ihr Fehlen diagnostiziert, sind die Folgen regelmäßig nur schwer korrigierbar.

Eine flächendeckende medizinische Versorgung ist einer der Stützpfeiler der Leistungs- und Innovationsfähigkeit eines Gemeinwesens. Allen Bürgern ein wohnortnahes Angebot medizinischer Leistungen zu gewährleisten, gehört daher zu den vordringlichsten Aufgaben eines modernen Staates.

Das Grundgesetz verleiht zwar keinen absoluten *Anspruch auf Gesundheit*. Der *Zugang* zu einer menschenwürdigen Gesundheitsversorgung ist aber integraler Bestandteil der staatlichen Schutzpflicht für die körperliche Unversehrtheit der Bürger (Art. 1 Abs. 1 S. 2 i. V. m. Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG) sowie ein Kernelement des Sozialstaates. Das Sozialstaatsprinzip bürdet dem Staat namentlich die Verpflichtung auf, dem Einzelnen „Schutz der sozialen Existenz vor den Wechselfällen des Lebens“¹ zu gewährleisten und die tatsächlichen Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass der Einzelne von seinen Freiheitsrechten Gebrauch machen kann. Dazu gehört auch, eine annähernd gleiche, quantitativ und qualitativ hinreichende medizinische Versorgung für Krankheitsfälle sicherzustellen; Chancengerechtigkeit impliziert insbesondere auch Mindestanforderungen an den Zugang zu medizinischen Leistungen in der Fläche.

Auch in prosperierenden Volkswirtschaften ist eine qualitativ hochwertige ärztliche Versorgung in ländlich geprägten Regionen keineswegs eine Selbstverständlichkeit. Im Gegenteil: Sie wächst sich zu einer immer größeren Herausforderung aus. In Deutschland wird sie – glaubt man den Prognosen – allen Entscheidungsträgern einen gesundheitspolitischen Kraftakt abverlangen.

¹ BVerfGE 28, S. 324 (348).

I. Empirischer Befund

In absoluten Zahlen gemessen gibt es in der Bundesrepublik gegenwärtig keinen allgemeinen Ärztemangel.² Der mittlere hausärztliche Versorgungsgrad beträgt in Deutschland 108,6 %;³ die Zahl der praktizierenden Ärzte ist so hoch wie nie zuvor. Waren im Jahr 1990 noch ca. 240.000 Ärzte tätig, sind es heute rund 371.000.⁴

Die medizinische Versorgung der Deutschen ist aber zunehmend von einer regional heterogenen Verteilung der praktizierenden Ärzte gekennzeichnet. Es gibt bereits heute über- und unterversorgte Gebiete.⁵ Am dichtesten ist die Versorgung in den Stadtstaaten: In Hamburg kamen Ende 2015 auf einen Arzt rechnerisch 141 Einwohner, in Bremen 169 und in Berlin 161. In Niedersachsen und Sachsen-Anhalt versorgt ein Arzt demgegenüber 249 Einwohner; in Brandenburg sind es 259.⁶ Je ländlicher die Gebiete geprägt sind, umso eher verschlechtert sich die Versorgungssituation strukturell.⁷

Zwar lässt sich auch innerhalb von Ballungsräumen eine inhomogene Ärzteverteilung beobachten; auch dort sind Versorgungsengpässe zu befürchten.⁸ Allerdings gibt die ungleiche Niederlassungsdichte der Ärzte zwischen Ballungsräumen und ländlichen Regionen weitaus größeren Anlass zur Sorge – gerade mit Blick auf das Bedürfnis, eine ausreichende medizinische Versorgung auch in der Zukunft sicherzustellen.⁹ Von den 63 Planungsbereichen, für die im Jahr 2013 eine haus- oder fachärztliche Unterversorgung bzw. drohende Unterversorgung festgestellt worden

² Siehe auch *Bauer-Schade*, Die flächendeckende vertragsärztliche Versorgung, 2013, S. 236; *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen*, Gutachten 2014, 2014, S. 362, Rn. 452. Zu steigenden Arztzahlen, auf Basis von Daten der BÄK, siehe auch *Adler/von dem Knesebeck*, Bundesgesundheitsblatt 2011, S. 228 (229 f.).

³ *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen* (Fn. 2), S. 358, Rn. 448.

⁴ *Bundesärztekammer*, Ärztestatistik 2015: Medizinischer Versorgungsbedarf steigt schneller als die Zahl der Ärzte, Tabelle 1.

⁵ Dazu etwa *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen* (Fn. 2), S. 349 ff., Rn. 441 ff. und S. 369, Rn. 461; *Kühl*, Sicherstellung ambulanter medizinischer Versorgung in ländlichen Regionen, 2012, S. 21 f.; zum gesetzlichen System der Feststellung von Über- und Unterversorgungen *dies.*, a. a. O., S. 72 ff.; *Heun*, VSSR 33 (2015), S. 215 (215). Die Situation stellt sich in anderen OECD-Staaten ähnlich dar, vgl. dazu *Simoens*, *Australian Journal for Rural Health* 2004, S. 104 m. w. N. in den Endnoten 2–5, 10 f.

⁶ *Bundesärztekammer* (Fn. 4), Abbildung 2.

⁷ *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen* (Fn. 2), S. 345, Rn. 437.

⁸ *Blickle/Polke-Majewski/Stahnke et al.*, Geld zieht Ärzte an, *Zeit Online* vom 23. 7. 2015.

⁹ Vgl. *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen* (Fn. 2), S. 345, Rn. 437 mit Fn. 344.

ist, lagen 54 in ländlichen, insbesondere strukturschwachen Regionen – das sind über 85 %.¹⁰

Ohne ein politisches Gegensteuern wird sich die Schere zwischen der gesundheitsinfrastrukturellen Entwicklung ländlicher und städtischer Regionen in den nächsten Jahren immer weiter öffnen. Mittel- bis langfristig beschwört das die Gefahr einer chronischen medizinischen Unterversorgung ganzer Landstriche herauf.¹¹ Erste Vorboten einer solchen Entwicklung zeichnen sich schon heute auch in der (ihrer Natur nach subjektiv gefärbten) Wahrnehmung der Bevölkerung ab: 20 % der Deutschen beklagen in Befragungen, es gebe in Wohnortnähe nicht genügend Ärzte.¹² In den neuen Bundesländern liegt diese Zahl noch deutlich höher: 39 % diagnostizieren dort einen Mangel an Hausärzten in ihrem räumlichen Umfeld.

Der sich abzeichnende Ärztemangel auf dem Land betrifft vor allem die Gruppe der Hausärzte. Ihnen kommt im deutschen Gesundheitssystem eine zentrale Koordinierungs- und Lotsenfunktion zu. Im Verhältnis zum gesellschaftlichen Bedarf entscheiden sich gegenwärtig zu wenige Mediziner für eine Ausbildung und Niederlassung als Facharzt für Allgemeinmedizin oder Facharzt für Allgemeinmedizin und Innere Medizin.¹³

Um die Lücke zu schließen, müsste ungefähr ein Drittel der jährlich rund 10.000 Absolventen des Medizinstudiums im hausärztlichen Versorgungsbereich tätig werden. In den Jahren 2008 bis 2012 haben sich tatsächlich aber lediglich ca. 900 Fachärzte für Allgemeinmedizin, also 9 % eines Jahrgangs, niedergelassen (hinzu kommen 630 hausärztlich tätige Internisten). Schon heute sind insgesamt 1.000 bis 2.600 der einschlägigen Stellen unbesetzt.¹⁴

¹⁰ *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen* (Fn. 2), S. 561, Rn. 651.

¹¹ Vgl. *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen* (Fn. 2), S. 345, Rn. 437 mit Fn. 344. Der Sachverständigenrat empfiehlt eine „ständige Überprüfung“ der Versorgungssituation (*ders.*, a.a.O., S. 363, Rn. 452).

¹² Gar 40 % der Bevölkerung sehen diesen Befund im Hinblick auf Fachärzte verwirklicht, *Müller*, Doktor Google und Mister Freizeit, FAZ vom 26. 8. 2015, S. 4 unter Berufung auf eine Erhebung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter 6.000 Versicherten. Diese subjektive Wahrnehmung kontrastiert allerdings mit der objektiven Versorgungsdichte: Der Versorgungsgrad für die allgemeine fachärztliche Versorgung liegt im Durchschnitt bei 145 % – bei freilich je nach Facharztgruppe und Region sehr unterschiedlicher Ausprägung, *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen* (Fn. 2), S. 361 f., Rn. 451.

¹³ Siehe *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen* (Fn. 2), S. 383, Rn. 473. Vgl. auch *Anonymous*, Ländliche Regionen ärztlich unterversorgt, FAZ online vom 26. 6. 2015. Eine Studie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ermittelte zudem, dass 51,2 % der Medizinstudenten eine Niederlassung als Hausarzt ablehnen, *Jacob/Kopp/Schultz*, Berufsmonitoring Medizinstudenten 2014, 2015, S. 45.

¹⁴ Die Zahlen variieren: So gehen die gesetzlichen Krankenkassen lediglich von 1.000 unbesetzten Stellen aus, während die Kassenärztliche Bundesvereinigung prognostiziert, dass 2.600 Stellen unbesetzt sein werden, vgl. *Bohsem*, Die Kehrseite des Spezialistentums, SZ.de vom 27. 2. 2014.