

Ausschussdrucksache
(14.11.2025)

Inhalt

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen

-

Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung im SozA
zu dem Gesetzentwurf der Landesregierung

**Entwurf eines Gesetzes zur Begegnung der medizinischen Unterversorgung
oder drohenden Unterversorgung in ländlichen
oder strukturschwachen Regionen im Land Mecklenburg-Vorpommern,
Drs. 8/5318**

1. Wie bewerten Sie den Gesetzentwurf grundsätzlich?

Der BVKJ e.V. begrüßt die Initiative des Gesetzentwurfs. Bereits heute reißen große Lücken in der fachärztlichen Basisversorgung auf, so auch in der Kinder- und Jugendmedizin. Beispielhaft seien der südöstliche Teil des Landkreises Ludwigslust Parchim oder der nordöstliche Teil des Landkreises Mecklenburgische Seenplatte genannt, in denen der Weg zum basisversorgenden Kinder- und Jugendarzt nicht selten 60km für eine Strecke überschreitet. Insofern ist das Ansinnen des Gesetzentwurfes als positiv zu bewerten.

2. Welche konkreten Handlungsbedarfe sehen Sie? Welche konkreten Änderungsvorschläge haben Sie für den Gesetzentwurf?

3. Wie bewerten Sie den Gesetzentwurf in Bezug auf seine Zielsetzung und welche konkreten Änderungsbedarfe sehen Sie bei diesem sowie in Bezug auf bundesrechtliche Regelungen

4. Bräuchte es aus Ihrer Sicht parallel auch eine Erhöhung der Landarztquote bzw. der Studienplätze?

5. Ist der Gesetzentwurf eine angemessene Lösung, um die Versorgungssituation zukünftig zu verbessern bzw. zu sichern?

6. Welche Maßnahmen wären darüber hinaus noch notwendig?

Im Gesetzentwurf wird richtig festgestellt, dass ein deutlich zu hoher Teil von Absolventinnen und Absolventen nach dem Studium das Land verlassen. Es ist bekannt, dass Landeskinder der Versorgung in höherem Maße zur Verfügung stehen als diejenigen, die aus anderen Bundesländern zum Studieren nach MV kommen. Mithin ist ein rechtssicheres Auswahlverfahren zu schaffen, das eine generelle Landeskinderquote statt einer Landarztquote innehat. Dieses soll sich an den jeweiligen Bedarfen orientieren. Zwingend notwendig ist die Auflösung der festen Verknüpfung mit der verpflichtenden Weiterbildung in Allgemeinmedizin. Die Stellen sollen vielmehr quotiert verteilt werden und sich an den von der KV ausgewiesenen Unterversorgungen oder drohenden Unterversorgungen in bestimmten Gebieten orientieren. Insofern ist nach entsprechender Unterversorgungslage auch eine generelle Erhöhung der Landeskinderquote denkbar und wünschenswert.

Eine Auswahl der entsprechenden Fachrichtung sollte im Verlauf des Studiums möglich sein, da vor Beginn des Studiums eine lebenslang bindende Berufswahl rational nicht möglich ist. Es ist vor dem Studium nicht klar, ob der Bewerber/die Bewerberin medizinisch fachlich oder emotional tauglich für eine bestimmte Fachrichtung ist. Eine entsprechende Neigung kann erst durch die Teilnahme an Famulaturen oder dem Praktischen Jahr festgestellt werden.

Eine pauschale Erhöhung der Studienplatzanzahl sieht der BVKJ e.V. in diesem Zusammenhang nicht als notwendig an.

Als essenziell sieht der BVKJ e.V. jedoch eine Verbundweiterbildung unter zwingend zu absolvierenden Abschnitten in der ambulanten Versorgung der entsprechenden Fächer an. Ein im Gesetz verankertes „sollte soweit möglich“ reicht hier nicht aus. Es ist weder eine tragfähige Formulierung zur Entsendung von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung aus Einrichtungen der Maximalversorgung in peripher tätige Praxen, noch ist es ein gutes

Argument, um auf Bundesebene die längst überfällige Zuordnung der Kinder- und Jugendmedizin zur uneingeschränkten Weiterbildungsförderung analog der Allgemeinmedizin voranzubringen. Dies genau würde zum einen der Würdigung der Kinder- und Jugendmedizin als Allgemeinmedizin der Unter-18-Jährigen gerecht und entlastet gleichzeitig den Fördertopf der Fachärztinnen und Fachärzte.

Grundsätzlich ist zudem eine Landesbeteiligung an der fachübergreifenden Weiterbildungsförderung zu fordern, da mittelfristig nur so eine ausreichende ambulante Weiterbildung stattfinden kann. Es würden zusätzliche Ausbildungskapazitäten generiert und gerade in den sehr kleinen Fächern, wie Augenheilkunde oder Dermatologie überhaupt Kapazitäten geschaffen, die Fachärztinnen oder -ärzte für die zukünftige ambulante Versorgung zur Verfügung stellen.

Erst die Kolleginnen und Kollegen, über die Landarztquote hinaus, die in einer im ländlichen Raum tätigen Praxis, ihre Weiterbildung absolviert haben, werden auch Interesse an einer dortigen Tätigkeit finden und langfristig für die Versorgung in strukturschwachen Bereichen zur Verfügung stehen.

7. Wie beurteilen Sie die in § 5 Vertrag (1) Nr. 3 vorgesehene Vertragsstrafe i.H.v. 250.000 €? Ist diese (so in ihrem verfassten Wortlaut) vorgesehen Regelung überhaupt notwendig? Ist die Höhe der Vertragsstrafe angemessen oder ggf. zu hoch oder ggf. zu niedrig?

8. Wirkt diese Regelung samt hoher Vertragsstrafe ggf. nicht eher abschreckend auf potentielle Interessenten bzw. Bewerber, sodass das eigentliche Ziel (wie z.b. mehr Bewerber, bessere medizinische Versorgung der Bevölkerung) dieses Gesetzes in der Konsequenz verfehlt würde?

Eine Vertragsstrafe ist grundsätzlich legitim und zielführend. Sie kann natürlich bei der angegebenen Höhe auf Bewerberinnen und Bewerber, die soeben die Schule beendet haben und noch nie eigenes Geld verdient haben, abschreckend wirken. Dennoch ist die Höhe angesichts des geförderten Studienplatzes gerechtfertigt. Sinnvoll ist eine Abstufung nach geleisteter Tätigkeit in Jahren in dem zugeordneten Tätigkeitsbereich. Dies könnte Bedenken bei den Bewerbern ausräumen und schafft eventuell notwendige Flexibilität, im Verlauf doch Fachrichtung oder Tätigkeitsort zu wechseln.

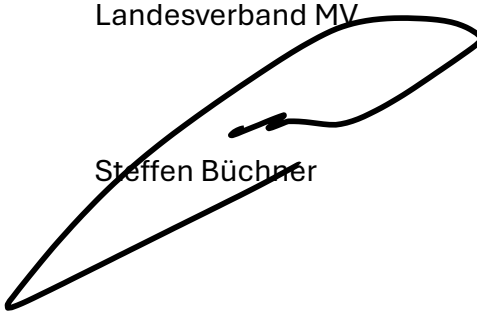
10. Wirkt sich dieses Gesetz ggf. auch auf die Notfallversorgung in M-V aus? Wenn ja, wie würde bzw. könnte es ggf. zu einer besseren Notfallversorgung in M-V beitragen? Wenn nein, welche Regelungen fehlten hierfür oder müssten im Gesetzentwurf ggf. geändert werden?

Wenn unterversorgte Bereiche regelhaft mit fachärztlichen Kolleginnen und Kollegen besetzt werden, wird dies die regionale Notfallversorgung grundsätzlich stärken. Im Zuge sektorenverbindender Tätigkeiten ist auch eine Notdiensttätigkeit niedergelassener Kolleginnen und Kollegen in kleineren örtlichen Kliniken denkbar. Dies hätte dann ggf. auch positive Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit der entsprechenden Kliniken. Für eine effektive Notfallversorgung gilt es aber zuallererst, die Patientensteuerung im System zu optimieren und auch weitere Tools, wie die Telemedizin in Betracht zu ziehen. Dies sollte aber gesondert diskutiert werden.

11. Welchen langfristigen Mehrwert liefert dieses Gesetz hinsichtlich der medizinischen Versorgung im Land in unterversorgten und von Unterversorgung bedrohten ländlichen oder strukturschwachen Gebieten, wenn zwar approbierte ärztliche, zahnärztliche und pharmazeutische Nachwuchskräfte für den Öffentlichen Gesundheitsdienst in M-V gefördert und unterstützt würden, diese Nachwuchskräfte aber nach 10 Jahren (damit die Vertragsstrafe nicht fällig wird) das Land M-V ggf. doch dann wieder verlassen?

Natürlich kann das Gesetz niemanden zur lebenslangen Tätigkeit in einem Bereich zwingen. Dennoch wissen wir, dass die Familienbildung und das Sesshaftwerden am Ende des Studiums und in der frühen Facharztweiterbildung stattfinden. Eine 10-jährige Tätigkeit verankert Menschen in einer Region, sodass anzunehmen ist, dass der Großteil der per Gesetz dorthin geloteten Kolleginnen und Kollegen auch weiterhin dort tätig sein wird.

Im Namen des Vorstandes des BVKJ e.V.
Landesverband MV



Steffen Büchner