

Ausschussdrucksache
(12.11.2025)

Inhalt

Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes MV

-

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**

Fragenkatalog

1. Wie bewerten Sie den Gesetzentwurf grundsätzlich?

Die Weiterentwicklung des Landarztgesetzes von 2020 ist wichtig, denn die Sicherung der zukünftigen Versorgung gerade im ländlichen Mecklenburg-Vorpommern steht auf dem Spiel. Hier braucht es aktive Maßnahmen, um die strukturellen Defizite der Aus-/Fortbildung auszugleichen. Positiv ist zu sehen, dass mit dem Landarztgesetz ein Signal gesetzt wurde, die Versorgung im ländlichen Raum in den Vordergrund zu stellen.

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

Die Handlungsbedarfe beziehen sich einerseits auf das Assessment selbst und andererseits auf die fehlende Betreuung im weiteren Verlauf des Studiums an den beiden Universitäten.

Die bisherige Durchführung des Assessments durch die Universitäten und die KV MV hat sich bewährt. Wie das Sozialministerium diese Aufgaben inkl. erweiterter Berufsgruppen bewerkstelligen will, erschließt sich uns nicht. Wir wären für eine Fortsetzung des bisherigen Verfahrens.

Daher wäre im §7 Abs.2 eine Änderung wie folgt wünschenswert:

(2) Die besondere persönliche Eignung nach § 3 Absatz 2 Nummer 2 ist in einem Auswahlverfahren nachzuweisen. Das Auswahlverfahren wird von dem für Gesundheit zuständigen Ministerium, unter Beteiligung der KV-MV, der Universitäten Rostock und Greifswald und der zahnärztlichen KV-MV durchgeführt.

Außerdem in §4 ein neuer Absatz eingefügt wird:

Die Betreuung der Studierenden im Rahmen Landarztprogramms erfolgt durch das Ministerium für Gesundheit unter Einbindung der Institute / Abteilungen für Allgemeinmedizin der Universitäten Rostock und Greifswald. Das Ministerium stellt hierfür die notwendigen personellen und finanziellen Mittel zur Verfügung.

Dazu gehören insbesondere:

- Mentoring-Programme,
- zusätzliche praxisnahe Seminare mit Bezug zur Allgemeinmedizin,
- Projekte zur frühzeitigen und kontinuierlichen Vernetzung mit hausärztlicher Versorgung im ländlichen Raum,
- frühzeitiger Kontakt zu wichtigen Organisationen der Allgemeinmedizin: z. B. Institute für Allgemeinmedizin, Hausärztinnen- und Hausärzteverband, DEGAM und Kompetenzzentren Weiterbildung.

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?

Die Zielsetzung des Gesetzes, wie in §1 beschrieben, ist sicher richtig, allerdings sind sowohl die Ziele als auch die geplante Durchführung äußerst ambitioniert. Die Organisation des Assessments erfolgte bisher durch die KV MV und den beiden Universitäten mit Hilfe von vielen hausärztlichen Juroren.

Zur Verbesserung der Versorgung in MV kann das Gesetz frühestens in einigen Jahren beitragen. Es wäre aus unserer Sicht daher zusätzlich nötig, weitere Maßnahmen flankierend zu starten. Dazu zählt insbesondere die Betreuung von Studenten während des Studiums und für den realistischen Einblick in heutige Arbeitsrealität. Das Humanmedizinstudium spielt sich bis auch wenige Ausnahmen an den

Universitätsklinik ab, die jedoch nur einen sehr eingeschränkten Bereich der medizinischen Versorgung darstellen.

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

Aus unserer Sicht wäre die reine Anzahl der Medizinstudienplätze von ca. 400 / Jahr für unser Land ausreichend, sofern mehr Studenten die Hürde des Physikums nehmen würden und im weiteren Verlauf in unserem Bundesland in der direkten Patientenversorgung tätig wären. Leider scheiden viele auf dem langen Weg bis zum Facharzt aus, indem sie sich in andere Bundesländer oder in Berufe ohne direkte Patientenversorgung verabschieden.

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

Das Landarztgesetz hat Maßstäbe gesetzt. Die Ausweitung auf Zahnärzte, Pharmazeuten, Gebietsärzte und Ärzte des ÖGD ist nachvollziehbar, wird aber wie unter 3.) beschrieben, nicht unmittelbare, sofortige Verbesserungen bringen.

6. Welche Maßnahmen wären darüber hinaus noch notwendig?

Frühzeitige Kontakte während des Studiums mit dem ambulanten Versorgungsebene aber auch mit Nicht-Universitären Kliniken mit intensiver persönlicher Betreuung kann die Bereitschaft erhöhen, sich später in MV niederzulassen. Insofern wäre das geplante ambulante Quartal im PJ in der Reform des Medizinstudium 2020 sehr hilfreich. Flankierende Betreuungsangebote während des Studiums, regelmäßige Praktika in ländlichen Praxen und Verbundweiterbildungen bzw. Praxisnetze sind die idealen Maßnahmen. Weiterhin können sowohl Hilfen hinsichtlich der Mobilität als auch das Vorhandensein von Vor-Ort Strukturen hilfreich sein. Für den Abschluss als Facharzt sind hingegen Weiterbildungsverbünde im gesamten Land das geeignetste Mittel, um jungen, noch nicht festgelegten Menschen einen konkreten Ort zu bieten.

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?

Die Höhe scheint angemessen und ist sicher für viele Interessenten bindend. Öffentlich getätigte Aussagen über den juristischen Bestand der Vertragsstrafe fördern in diesem Zusammenhang sicher nicht die Zuversicht in die Umsetzbarkeit.

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?

Der Platz für ein Studium über dieses neue Landarztgesetz geht mit der Verpflichtung einher. Eine Konsequenz (Strafe) bei Nichtbefolgung sollte es schon geben, wobei sicher immer persönliche Ausnahmen existieren werden.

9. Fragen zu § 3 (1) Studienplätze: Dem Land M-V sollen laut Gesetzentwurf zwar im Rahmen der Vorabquote für den besonderen öffentlichen Bedarf (nach diesem Gesetzentwurf) 8,6 % der Studienplätze im Studiengang Zahnmedizin und 9,5% der Studienplätze im Studiengang Pharmazie zur Verfügung stehen. Wie bewerten Sie getroffenen Regelungen zu den Vorabquoten für den besonderen öffentlichen Bedarf? Sind die Höhe der Vorabquoten in Prozent ausreichend? Sind Vorabquoten für den besonderen öffentlichen Bedarf überhaupt die Lösung für das Problem der medizinischen Unterversorgung der Bevölkerung in M-V sein? Kritischer gefragt: Welchen faktischen Mehrwehrt haben diese geplanten Vorabquoten für den besonderen öffentlichen Bedarf, obwohl dadurch die Gesamtzahl an Studienplätzen in den Studiengängen Zahnmedizin und Pharmazie faktisch nicht größer werden,

sondern gleichbleiben (da nur eine begrenzte, feste Zahl an Studienplätzen in diesen Studiengängen zur Verfügung stehen)?

Keine Aussage.

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?

Das Gesetz hat durch den zeitlichen Versatz aus unserer Sicht keine direkte Auswirkung auf die Notfallversorgung im Sinne des Rettungsdienstes. Die Versorgung von akuten medizinischen Behandlungsfällen erfolgt in den Praxen des Landes und zu Unzeiten im Kassenärztlichen Bereitschaftsdienst. Für letzteren sind die 43 Bereitschaftsdienstbereiche und 14 BD Praxen flächendeckend im Land verteilt.

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?

Das Landarztgesetz trägt in einigen Jahren zur Unterstützung der Versorgung des ländlichen Raumes bei. Dabei ist häufig zu beobachten, dass der erste Kontakt und das Kennenlernen einer neuen Berufsumgebung für die meisten Ärztinnen und Ärzte entscheidend sind. Die Wahrscheinlichkeit nach 10 Jahren die Praxis zu verlassen ist nach unserer Einschätzung eher gering. Ein großer Unterschied spielt hierbei natürlich der Unterschied zwischen Angestelltensein bzw. eigener Niederlassung.

12. Bekanntermaßen machen Online-Shop-Apotheken auch den stationären Apotheken in M-V Konkurrenz. Hätte dieses geplante Gesetz irgendwelche Auswirkungen auf diese Situation bzw. würden stationäre Apotheken in Zukunft ggf. vielleicht dadurch sogar gestärkt und wären besser gegen Online-Shop-Apotheken gewappnet?

Keine Antwort

13. Wie bewerten Sie die Wirksamkeit solcher Verpflichtungsmodelle für den zahnärztlichen Bereich?

Keine Antwort

14. Welche Anreizmechanismen wären Ihrer Einschätzung nach nachhaltiger, um junge Zahnärztinnen und Zahnärzte langfristig für den ländlichen Raum zu gewinnen?

Keine Antwort

15. Welche strukturellen Maßnahmen – etwa Praxisnetzwerke, interdisziplinäre Gesundheitszentren oder kooperative Praxisformen – halten Sie für geeignet, um zahnärztliche Versorgung im ländlichen Raum dauerhaft zu sichern?

Keine Antwort

16. Der Gesetzentwurf definiert Unterversorgung bislang nach arztbezogenen Kapazitäten und regionalen Quoten. Wie sollte aus Sicht der Zahnärztekammer eine bedarfsgerechte Planung speziell für die Zahnmedizin erfolgen, um regionale Unterschiede und Versorgungslücken präziser abzubilden? Welche Kriterien oder Indikatoren wären dafür notwendig?

Keine Antwort

