

Ausschussdrucksache
(12.11.2025)

Inhalt

BARMER

-

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**

Anhörung des Sozialausschusses 19.11.2025

Entwurf eines Gesetzes zur Begegnung der medizinischen Unterversorgung oder drohenden Unterversorgung in ländlichen oder strukturschwachen Regionen im Land Mecklenburg-Vorpommern

- Drucksache 8/5318 -

Beantwortung der Fragen

BARMER Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern

1. Wie bewerten Sie den Gesetzentwurf grundsätzlich?

Die BertelsmannStiftung und das BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung (bifg) haben sich in der Studie “Hausärztliche Versorgung der Zukunft” mit dem Thema beschäftigt und u.a. eine Befragung von Hausärzten und Ärzten in Weiterbildung (ÄiW) durchgeführt. Dabei wurden folgende Ergebnisse ermittelt, die nach unserer Einschätzung auch auf Zahnärzte und Pharmazeuten zum Teil übertragen werden könnten.

Aufgrund der Alterung der Bevölkerung steigt unter sonst gleichen Bedingungen der Anteil chronisch erkrankter Menschen an der Gesamtbevölkerung und entsprechend wächst der Bedarf an ambulant tätigem medizinischem Fachpersonal, dass diese Menschen versorgt. Auch wenn man die Bedingungen variiert, kommt es in vielen realistischen Szenarien zu einem erhöhten Bedarf für die Bevölkerung.

Diesen Bedarf sicherzustellen, wird, vor allem in ländlichen Regionen und angesichts des bevorstehenden Renteneintritts der Babyboomer-Generation, schwierig. Gerade weil die geburtenstarken Jahrgänge 1956 bis 1964 in den Jahren 2022 bis 2031 die gesetzliche Regelaltersgrenze erreichen, ist eine vorausschauende Personalplanung in der medizinischen Versorgung wichtig, um Engpässe zu vermeiden.

Hinzu kommt, dass in Zukunft die Teilzeitquote in der hausärztlichen Versorgung weiter steigen wird, wie eine Befragung des Nachwuchses zeigt: Nur noch vier von zehn befragten Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung (ÄiW), wollen langfristig Vollzeit arbeiten – in der derzeitigen

Hausärzteschaft ist die Vollzeitquote doppelt so hoch. Zudem wollen vier von zehn befragten ÄiW langfristig angestellt arbeiten. Aktuell sind weniger als drei von zehn Hausärztinnen und Hausärzten als Angestellte tätig.

Beide Trends bedeuten, dass die nachrückende Generation in der hausärztlichen Versorgung in weiten Teilen mit einer deutlich geringeren Wochenarbeitszeit tätig sein wird als die in Ruhestand gehende Generation. Das heißt: Selbst, wenn es gelingen sollte, alle Hausarztsitze nachzubeseetzen, die wegen der „Ruhestandswelle“ in den nächsten Jahren frei werden – die hausärztlichen Versorgungskapazitäten würden aufgrund des Arbeitszeiteffektes dennoch schrumpfen.

Vor diesem Hintergrund war es schon 2020 richtig, das Landarztgesetz MV zu verabschieden. Mit dem jetzt vorliegenden Gesetzentwurf wird das Ziel verfolgt, die Gewinnung von Absolventinnen und Absolventen der Humanmedizin, Zahnmedizin oder Pharmazie für eine Tätigkeit in Mecklenburg-Vorpommern zu stärken. Auch wenn die oben genannten Entwicklungen in erster Linie auf die hausärztliche Versorgung abzielen, ist davon auszugehen, dass für die anderen Versorgungsberufe eine ähnliche Entwicklung prognostiziert werden kann.

Der vorliegende Gesetzentwurf ist daher aus unserer Sicht ein sehr guter Ansatz, um den Herausforderungen in der Versorgung langfristig zu begegnen. Die Planung der Versorgung muss daher heute mit Blick auf eine nahe Zukunft gestaltet werden, um den Entwicklungen nicht hinterher zu laufen und Fehlsteuerung zu vermeiden. Der Gesetzentwurf kann jedoch nur ein Baustein in einem Gesamtkonzept sein.

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

Das BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung hat im Zusammenhang mit der oben erwähnten Studie ermittelt, dass eine (bundesweite) Umverteilung des hausärztlichen Nachwuchses von 3% eine

Unterversorgung verhindern könnte. Daher kann die Intention des Gesetzentwurfes nur begrüßt werden.

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?

Er ist auf jeden Fall geeignet, um die Versorgungssituation langfristig zu verbessern.

6. Welche Maßnahmen wären darüber hinaus noch notwendig?

Aus unserer Sicht ist die frühzeitige Bindung der Studierenden an das Land ein sehr gewichtiger Aspekt. Die oben schon erwähnte Studie hat dazu festgestellt: „Den entscheidenden Ausschlag für die Entscheidung „Stadt oder Land“ gibt aber möglicherweise ein ganz anderes Kriterium – nämlich der Bezug zum ländlichen Raum. Die Hausärzte-schaft wie auch die ÄiW wurden nach zwei Bezugspunkten zum ländlichen Raum gefragt: Ob sie von ihrer Kindheit bis zum Studienbeginn ein oder mehrere Jahre in einer eher ländlich geprägten Region gelebt haben, und ob sie im Rahmen ihres Studiums (oder ihrer Facharztwei-terbildung) eine oder mehrere Stationen in einer eher ländlichen Region hatten. Diese Angaben, in Bezug zur aktuellen Praxis gesetzt, ergeben ein eindeutiges Bild: Von den Personen mit beiden Bezugspunkten hat sich ein rund drei- bis fünfmal so hoher Anteil für eine Praxis bzw. Weiterbildungspraxis im ländlichen Raum entschieden wie von denjenigen ohne Bezugspunkt.“

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?

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 Mehrwert 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)?

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?

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?

Zwischen Beginn und Abschluss des Medizinstudiums mit der Facharztprüfung liegen durchschnittlich 12 Jahre. Wenn die 10 Jahre

Praxistätigkeit in MV hinzugerechnet werden, sind wir im Jahre 2048. Hier ist eine Prognose aus heutiger Sicht sehr schwierig. Nach einer Analyse des BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung ist die langfristige Entwicklung der Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern jedoch nach einer Projektion eher optimistisch, weil wir jetzt vom demografischen Wandel besonders stark betroffen sind und es perspektivisch besser wird.

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?

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

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

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

siehe Frage 1

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?
