

Kommissionsdrucksache

05.10.2020

Inhalt

Fragenkatalog und Stellungnahmen der Vertreter des ambulanten Sektors (TOP 1 der 6. Sitzung) vom 30.09.2020

hier:

- Kassenärztliche Vereinigung
- Kassenzahnärztliche Vereinigung
- Dr. med. Andreas Oling
- Dr. med. dent. Alexander Kuhr
- Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern
- Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern
- Apothekerkammer Mecklenburg-Vorpommern

Fragenkatalog

A. Grundsatzfragen / Detailfragen

A.1 Grundsatzfragen

1. Wie beurteilen Sie die aktuelle Gesundheitsversorgung in Mecklenburg-Vorpommern mit Blick auf die ärztliche und zahnärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich?
2. Welche Probleme sind zu benennen (bitte auch in ihrer Wertigkeit bzw. Dringlichkeit ihrer Lösung) und vor welchen Herausforderungen sehen Sie die Gesundheitsversorgung in M-V?
3. Welche Kriterien bestimmen aus Ihrer Sicht die Qualität einer medizinischen Versorgung der Bevölkerung von Mecklenburg-Vorpommern?
4. Die Vorhaltung einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung ist ein komplexer Vorgang und muss eng mit allen Beteiligten der Politik, Leistungserbringer und Kostenträger abgestimmt werden. Die Leistungen welcher Fachabteilungen sollten Ihrer Meinung nach flächendeckend vorgehalten werden? Welche Leistungen sollten Ihrer Meinung nach in spezialisierten Zentren bzw. konzentriert angeboten werden?
5. Wie beurteilen Sie die Medikamentenversorgung im Flächenland MV?
6. Wo liegen aus Ihrer Sicht Probleme in folgenden Bereichen und was wird zu deren Behebung getan? (bitte stationär, ambulant und Schnittstellen sowie städtisch und ländlich geprägte Versorgungsräume)
 - Kinder- und Jugendmedizin
 - Geriatrische Versorgung
 - Palliativ- und schmerzmedizinische Versorgung
 - psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung
 - Anschlussheilbehandlungen und Rehabilitation
 - Versorgung seltener Erkrankungen
 - Gendermedizin
 - Medizinische Versorgung von Migrant/innen
 - Barrierefreiheit im Gesundheitswesen
 - Erreichbarkeit von Haus- und Fachärzten sowie weiteren Behandlern in der Fläche
 - Medikamentenversorgung

Orientieren sich die o. g. Bereiche ausreichend an den Bedürfnissen der Patient/innen? Wenn ja, bitte begründen. Wenn nein, was kann getan werden? Wie können in den o. g. Bereichen zukünftig Verbesserungen erreicht werden? Welche Konzepte gibt es und wurden diese mit den Patientenorganisationen abgestimmt?

7. Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären Bereichen der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern, welche Probleme sehen Sie und welche Lösungsvorschläge hätten Sie?
8. Inwieweit teilen Sie die Auffassung (aus dem Einsetzungsbeschluss), wonach eine bedarfsgerechte, gute und erreichbare Gesundheitsversorgung als elementarer Bestandteil der öffentlichen Daseinsvorsorge zu betrachten ist?
9. Was leitet sich daraus aus Ihrer Sicht ab?
10. Welche Empfehlungen des GBA zur medizinischen Versorgung bewerten Sie kritisch und welche alternativen Vorschläge haben Sie?
11. Welches Potenzial gibt es aus Ihrer Sicht im Zusammenspiel von Landespolitik, Krankenhausgesellschaft, Krankenkassen, Kassenärztlicher Vereinigung und Ärztekammer, um den Gesundheitsstandort Mecklenburg-Vorpommern weiter zu stärken und insbesondere für Fachkräfte deutlich attraktiver zu machen?

A.2 Detailfragen

I. Stationäre Versorgung

1. Halten Sie die stationäre Versorgung in M-V von der Anzahl der Krankenhäuser und Krankenhausbetten für ausreichend?
2. Könnte aus Ihrer Sicht die Versorgung auch mit weniger Krankenhäusern sichergestellt werden?
3. Sehen Sie perspektivisch eine noch stärkere Verzahnung zwischen stationärer Leistung und ambulantem Leistungsangebot?
4. Wie beurteilen Sie die Ausstattung der Krankenhäuser mit Fachärzten? Wie schätzen Sie das Ressourcenpotenzial der Krankenhäuser zur Unterstützung der niedergelassenen Ärzte bei der ambulanten (spezial-)fachärztlichen Versorgung ein?

II. Ambulantisierung

1. Welches Potential für die weitere Ambulantisierung bei stationären Behandlungen sehen Sie generell bzw. spezifisch in Mecklenburg-Vorpommern?
2. Sollten grundsätzlich noch stärker ambulante Versorgungsangebote am Standort eines Krankenhauses – Stichwort Gemeindegesundheitszentren – geschaffen werden? Welche Vor- bzw. Nachteile sehen Sie?

III. Ambulante Versorgung

1. Geben Sie einen Überblick über die Zahl der niedergelassenen Ärzte nach Fachrichtung in M-V heute und im Vergleich vor 5 und 10 Jahren. Welche

wesentlichen Veränderungen gab es? Was sind die Ursachen für diese Veränderungen?

2. Sollten grundsätzlich noch stärker ambulante Versorgungsangebote am Standort eines Krankenhauses – Stichwort Gemeindegesundheitszentren - geschaffen werden? Welche Vor- bzw. Nachteile sehen Sie?
3. Welche Möglichkeiten sehen Sie, die stationären Diagnostikmöglichkeiten auch für den ambulanten Bereich zur Verfügung zu stellen?
4. Wie kann die starre Trennung von ambulanter ärztlicher Versorgung und Krankenhausversorgung durchbrochen werden?
5. Welche Maßnahmen zur Sicherstellung der Medikamentenversorgung sollten ergriffen werden?
6. Wie viele Patienten in Prozent suchen auch bei Bagatellerkrankungen trotz vorhandenem ambulanten Bereitschaftsdienst ein Krankenhaus zur Behandlung auf? Was sind die Gründe für dieses Verhalten?
7. Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen Haus- und Fachärzten? Sehen Sie hier Potenziale mit Blick z.B. auf die Arzneimittelsicherheit oder die Vermeidung von Doppeluntersuchungen und welche Maßnahmen werden ggf. zur Verbesserung ergriffen?
8. Deutschland verzeichnet fast 20 Arzt-Patient-Kontakte je Einwohner und Jahr allein bei ambulanten Praxisärzten. Das ist im internationalen Vergleich ein auffällig hoher Wert ohne erkennbaren medizinischen Zusatznutzen. Wie ist dies aus Ihrer Sicht zu erklären und welche Maßnahmen werden ergriffen, um die Kontakte mit Blick auf die begrenzten ärztlichen Ressourcen auf ein notwendiges Maß beschränken? Welche Rolle spielen hierbei die hohe Anzahl an (routinemäßigen) Wiedereinbestellungen in Facharztpraxen? Ließen sich fachärztliche Terminvereinbarungen im nennenswerten Umfang vermeiden, wenn die Kooperation zwischen Haus- und Facharzt optimiert werden würde?
9. Wäre ein Primärarztsystem besser geeignet um die Patienten effizienter durch das Gesundheitswesen zu steuern oder befürworten Sie den derzeit praktizierten Facharzt-Zugang ohne notwendiges Überweisungsverfahren?
10. Ist Ihnen bekannt, dass Facharzttermine in vielen Bereichen trotz Dringlichkeitsvermerk und Terminservicestelle oft nicht zeitnah möglich sind? Welche Konzepte gibt es?
11. Ist bekannt, dass z. B. im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung ggf. nach einem Ersttermin Monate vergehen, bis ein ambulanter Therapieplatz realisiert wird? Welche Handlungsempfehlungen gibt es?
12. Um die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten, hat der Gesetzgeber den Kassenärztlichen Vereinigungen und Kommunen das Recht eingeräumt, Eigeneinrichtungen mit angestellten Ärzten zu betreiben. Wurde von dieser Möglichkeit in M-V bereits Gebrauch gemacht? Welche

Erfahrungen wurden hierbei ggf. gemacht und welche weiteren Planungen sind diesbezüglich vorgesehen?

13. Welche Bedeutung haben gegenwärtig Krankenhausapotheken und Online-Apotheken bei der Medikamentenversorgung in M-V und bundesweit? Welche Entwicklung und welche Probleme sehen Sie?
14. Wie kann aus Sicht der Apothekerkammer unter Berücksichtigung der Faktoren Fachkräftemangel, Überalterung und demografische Entwicklung die flächendeckende Arzneimittelversorgung sichergestellt werden? Welchen Beitrag können telepharmazeutische Angebote, Botendienste und der Versandhandel zur Sicherstellung der Arzneimittelversorgung leisten?
15. Ist eine flächendeckende Versorgung mit barrierefreien Apotheken gegeben? (Berollbarkeit, Kontraste, Piktogramme, Informationen in einfacher Sprache, ect.)
16. Bieten die Apotheken flächendeckend Lieferdienste an, damit Patient*innen nicht mehrfach wegen eines Rezeptes die Apotheke (ggf. im nächsten Ort) aufsuchen müssen? Gilt dies auch für Notdienste?
17. Welche Hilfen/Ansprechpartner für Patient/innen gibt es in MV bei Verdacht auf fehlerhafte Medikation? Wie werden diese kommuniziert und evaluiert?
18. Welche Beratungs- und Informationsdienste können die Apotheken den Patient*innen telefonisch oder über das Internet anbieten?
19. Der BARMER-Arzneimittelreport 2020 hat aufgezeigt, dass die Versorgung über die Sektorengrenzen hinweg nicht gut organisiert ist. Besonders gefährdet sind dabei Polypharmazie-Patienten. Welche Maßnahmen zur Sicherstellung der Arzneimitteltherapiesicherheit an der Schnittstelle ambulant/stationär sollten aus Sicht der Apothekerkammer ergriffen werden?
20. Durch das Masernschutzgesetz werden Modellvorhaben zum Impfen in Apotheken ermöglicht. Welche Möglichkeiten werden vor diesem Hintergrund gesehen die Apotheker stärker in die Versorgung einzubinden?
21. Welche Weiterbildungsmaßnahmen braucht das medizinische und pflegerische Personal im Hinblick auf Verständlichkeit und Patientenorientierung in der Kommunikation?
22. Der Gesetzgeber hat mit im Jahr 2007 mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz die Zulassungsbeschränkungen im vertragszahnärztlichen Bereich aufgegeben. Wie beurteilen Sie die Entwicklung der Niederlassungsverteilung in ländlichen Regionen im Vergleich zu den Städten? Zum einen in der allgemein Zahnärztlichen Versorgung und zum anderen in der kieferorthopädischen Versorgung seit der Aufgabe der Zulassungsbeschränkungen? Würden Sie die Einführung von Zulassungsbeschränkungen begrüßen? Wenn, nein warum nicht?

23. Die Bundeszahnärztekammer hat gefordert, das Aufkaufen von Zahnarztpraxen durch Fremdkapitalgeber wie Private-Equity-Fonds zu stoppen. Begründet wird dies mit nachteiligen Auswirkungen auf die zahnärztliche Versorgung in ländlichen Regionen. Kann die fremdkapitalgestützte Gründung von MVZ mit angestellten Zahnärzten gerade für die ländlichen Regionen nicht auch eine Chance auf dauerhafte Versorgungssicherheit sein?

IV. Sektorenübergreifende Versorgung

1. Welche Herausforderungen existieren bei der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit? Was hindert aus heutiger Sicht daran, gemeinsame sektorenübergreifende Strukturen zu etablieren und wie könnten neue Lösungswege aussehen? Wie lassen sich mögliche Probleme perspektivisch lösen?
2. Welche sektorübergreifenden Maßnahmen wären notwendig, um in Flächenlandregionen, gemeinsam mit allen verfügbaren Ressourcen, den ambulanten und stationären Versorgungsbedarf zu sichern?

V. Rehabilitation / Krankenhausnachversorgung

1. Wie beurteilen Sie das aktuelle Entlass-Management der Krankenhäuser und Reha-Einrichtungen in Mecklenburg-Vorpommern, welchen Handlungsbedarf und welche Herausforderungen sehen Sie?
2. Wie beurteilen Sie die Kapazitäten von Rehaeinrichtungen/ Pflegeeinrichtungen und häuslicher Krankenpflege zur Nachversorgung von operativen Eingriffen oder Regelversorgung bei medizinischer Indikation/ chronischen Erkrankungen? Welche Herausforderungen sind Ihnen dabei bekannt. Welche Patientengruppen und Diagnosen/Krankheitsbilder sind besonders betroffen?

VI. Rettungsdienst

1. Wie beurteilen Sie die notfallmedizinische Versorgung im Land und welchen Handlungsbedarf sehen Sie?
2. Wie beurteilen Sie die Struktur und den Umfang des derzeit organisierten Bereitschaftsdienstes der niedergelassenen Ärzte?
3. Wie beurteilen Sie die Ausstattung des Rettungsdienstes, welche Herausforderungen und Probleme sehen Sie?
4. Wie beurteilen Sie den gegenwärtigen Stand der Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzt*innen und den Rettungsdiensten im Land und welchen Handlungsbedarf sehen Sie?
5. Wie kann verhindert werden, dass Patientinnen und Patienten, die vom kassenärztlichen Bereitschaftsdienst versorgt werden könnten, in die Notaufnahmen der Krankenhäuser gehen?

6. Inwieweit würden Sie die Einrichtung einer einheitlichen Rufnummer für den kassenärztlichen Bereitschaftsdienst und den Rettungsdienst befürworten oder welche Argumente sprechen eher gegen eine solche Lösung?

VII. Öffentlicher Gesundheitsdienst

Es ist bekannt, dass trotz der Regelungen im KiföG M-V weiterhin nicht in allen Kitas die Zähne geputzt werden, da die Träger die Regelungen sehr weit auslegen. Sollte aus Ihrer Sicht die tägliche Zahnpflege in den Kitas verbindlich sein? Welche Maßnahmen schlagen Sie ggf. dem Land vor, um die Verbindlichkeit der täglichen Zahnpflege in den Einrichtungen zu erhöhen?

VIII. Patientenorientierung

1. Wie wird die Patientenvertretung bei der stationären Versorgung berücksichtigt? Welche Verbesserungspotentiale sehen Sie?
2. Welche Beschwerdemöglichkeiten haben Patientinnen bzw. Patienten? Wie werden diese Beschwerden ausgewertet und transparent gemacht?
3. Welche Hilfen/Ansprechpartner für Patient/innen gibt es bei Verdacht auf fehlerhafte Behandlung? Wie werden diese kommuniziert und evaluiert?
4. Ist Ihnen die Bandbreite der vorhandenen Patientenorganisationen im Land bekannt?
5. Mit welchen Organisationen wird im Sinne der Patient/innen zusammengearbeitet? Wo besteht der Wunsch nach weiteren Kontakten?
6. Wie kann aus Ihrer Sicht eine Verbesserung der Zusammenarbeit mit den Patientenorganisationen und deren Dachverband, der SELBSTHILFE MV erreicht werden?
7. Welche Konzepte gibt es, um Patient/innen und medizinisches Personal im Versorgungsalltag auf Augenhöhe zu bringen? Gibt es dazu Gespräche mit Patientenorganisationen? Welche Erfahrungen gibt es im Land und aus anderen (Bundes)Ländern?
8. Welche Hilfen/Ansprechpartner für Patient/innen gibt es in MV bei Verdacht auf fehlerhafte Behandlung? Wie werden diese kommuniziert und evaluiert?
9. Ist Ihnen das bundesweite Aktionsbündnis Patientensicherheit bekannt? Wie können die dort erarbeiteten Empfehlungen in MV genutzt werden?
10. Wie unterstützt die KV MV die Arbeit der ehrenamtlichen Patientenvertreter/innen seit Beginn ihrer Arbeit im Jahr 2004?
11. Wie unterstützt die KV MV die Koordinierungsstelle der Patientenvertretung in MV, die seit 2004 ehrenamtlich beim Dachverband SELBSTHILFE MV erfolgt?

12. Welche Veränderungen müsste es aus Sicht der KV MV geben, um eine Patientenvertretung auf Augenhöhe mit den anderen Beteiligten in den Gremien der Selbstverwaltung zu ermöglichen?
13. Welche Verbesserungen sind geplant und sind diese mit den maßgeblichen Organisationen zur Interessenvertretung von Patient/innen bzw. der Koordinierungsstelle im Land abgestimmt?
14. In welchen Bereichen beziehen Sie das Wissen der Patientenorganisationen und ihres Dachverbandes ein? Wo nicht? Welche Veränderungen strebt die KV MV an?
15. Welcher Faktoren bedarf es aus Ihrer Sicht, um den Letter of Intent zwischen der KV MV und der SELBSTHILFE MV zur Verbesserung der Barrierefreiheit in der ambulanten medizinischen Versorgung zum Erfolg zu führen?
16. Welche Konzepte gibt es, um Patient/innen und medizinisches Personal im Versorgungsalltag auf Augenhöhe zu bringen? Gibt es dazu Gespräche mit Patientenorganisationen? Welche Erfahrungen sind Ihnen dazu aus anderen (Bundes)Ländern bekannt?
17. Welche Entwicklung sieht die KV MV auf dem Weg zu mehr Patientenorientierung im Gesundheitswesen?

IX. Finanzierung / Vergütung

1. Wie beurteilen Sie das Finanzierungssystem vor dem Hintergrund einer bedarfsorientierten medizinischen Versorgung auch in der Fläche? Sehen Sie Fehlanreize?
2. Wie bewerten Sie die Zweiteilung der medizinischen Versorgung in Deutschland aufgrund der Unterteilung in privat und gesetzlich Versicherte und die sich daraus ergebenden unterschiedlichen Honorarkataloge?
3. Wie bewerten Sie die Vielfalt der Krankenkassenlandschaft und den begonnenen Prozess der Konzentration und Reduzierung dieser?
4. Welchen prozentualen Anteil des BIP halten Sie Ausgaben für die medizinische Versorgung der Bevölkerung für sinnvoll und anstrebenswert (Bitte unterteilen in: Gesamt und ggf. anteilig in Stationäre Versorgung, Ambulante Versorgung und Zahnmedizinische Versorgung)?
5. Wie stehen Sie zur Zweiteilung der medizinischen Versorgung in Deutschland aufgrund der Unterteilung in privat und gesetzlich Versicherte und den sich daraus ergebenden unterschiedlichen Honorarkatalogen?
6. Wie stehen Sie zur Vielfalt der Krankenkassenlandschaft?

X. Telemedizin / Datenschutz

1. Wie beurteilen sie den gegenwärtigen Einsatz der Telemedizin? Welche Probleme und Verbesserungsmöglichkeiten sehen Sie?
2. Wie beurteilen Sie die Verknüpfung der IT-Struktur zwischen dem ambulanten und stationären Sektor? Was müsste verbessert werden?
3. Welche infrastrukturellen und organisatorischen Voraussetzungen werden für einen realistischen, flächendeckenden Einsatz von Telemedizin benötigt?
4. Welche Chancen und Risiken sehen Sie im Einsatz der Telemedizin im Allgemeinen sowie im Flächenland Mecklenburg-Vorpommern im Besonderen?
5. Telemedizinische Angebote wie Videosprechstunden für Patientinnen und Patienten bieten zur Überbrückung der vergleichsweise weiten Wege im Flächenland M-V neue Chancen, um bspw. bei Verlaufskontrollen oder Bagatellerkrankungen Praxisbesuche zu vermeiden. In diesem Markt werben neue – ausschließlich telemedizinisch tätige - Anbieter um die Patientinnen und Patienten, bspw. die TeleClinic mit Sitz in München. Wie beurteilen Sie diese Entwicklung? Betrachten Sie die neuen kommerziellen Anbieter als Konkurrenz oder als sinnvolle Angebotsergänzung und Entlastung für die niedergelassenen Ärzte?
6. Vergleichsweise spät hat die Landesärztekammer M-V Ende 2019 den Weg für die ausschließliche Fernbehandlung freigemacht. Ärztinnen und Ärzte bieten sich nun neue Möglichkeiten, bspw. bei der Gestaltung effizienterer Arbeitsabläufe. Mit welchen Maßnahmen und Angeboten der Ärztekammer und/oder der Kassenärztlichen Vereinigung werden die Ärztinnen und Ärzte auf die neuen Herausforderungen und Chancen vorbereitet und unterstützt?
7. Welche Konzepte existieren, um Telemedizin zu einer breiteren Anwendung zu bringen? Welche Maßnahmen werden ergriffen, um umfassenden Datenschutz zu gewährleisten und so Vertrauen bei den Patient/innen zu schaffen, solche Angebote anzunehmen?
8. Ist die Zusammenarbeit mit dem Landesdatenschutzbeauftragten im Bereich der gesundheitlichen Versorgung gegeben? Wenn ja, in welcher Form? Wenn nein, welcher Expertise bedienen Sie sich?
9. Durch welche Maßnahmen können Sie darauf hinwirken, dass die von Experten bemängelte Datensicherheit in Praxen, angefangen beim Tresen mitten im Wartezimmer bis hin zur von außen angreifbaren IT-Struktur zukünftig flächendeckend sichergestellt wird?

XI. Fachkräfte/ Personalressourcen

1. Wie beurteilen Sie die aktuelle Fachkräftesituation in Ihrem Bereich, welche Über- bzw. Unterversorgung sehen Sie aktuell und künftig?
2. Welchen Handlungsbedarf sehen Sie und inwieweit sind die Initiativen der Landesregierung in Bezug auf Fachkräftegewinnung von Ärzten und Fachkräften in den nichtakademischen Gesundheitsberufen aus Ihrer Sicht ausreichend oder könnten bzw. müssten in welcher Art und Weise verstärkt bzw. erweitert werden?
3. Welche Gründe sind Ihnen bekannt, weswegen junge Ärzt*innen bzw. Pharmazeut*innen eine Niederlassung in M-V nicht anstreben oder sich Schulabgänger*innen in den nichtakademischen Gesundheitsberufen in anderen Bundesländern ausbilden lassen und nicht in unserem Bundesland verbleiben?
4. Wie bewerten Sie die sogenannte doppelte Facharztstruktur im Gesundheitssystem der Bundesrepublik Deutschland?
5. Die Personalsituation im Land verschärft sich zusehends. Welche Maßnahmen der Politik halten Sie für geeignet um diesem Problem zu begegnen?
6. Welche Maßnahmen werden ergriffen um dem demographischen Wandel bei den niedergelassenen Zahnärzten zu begegnen? Welche Konzepte sind in Arbeit und welche werden bereits mit Blick auf den Sicherstellungsauftrag umgesetzt? Gibt es einen regelhaften Austausch zwischen KZV MV und KV MV, um von Erfahrungen zu profitieren? Welche Aktivitäten erfolgen bei oder mit den in MV ansässigen Universitäten, um die Attraktivität einer Niederlassung ggf. gemeinsam mit den Kommunen und dem Land in MV zu erhöhen? Welche Maßnahmen wurden mit den Kommunen/Landkreisen ergriffen, um die Attraktivität von Niederlassungen in ländlichen Regionen zu erhöhen?
7. Welche Aktivitäten seitens der ZÄK MV werden berufspolitisch umgesetzt, um die Attraktivität des Zahnarztberufs zu erhöhen? Es studieren vermehrt Frauen Zahnmedizin, die eher in Anstellungsverhältnissen anstelle einer Selbständigkeit als Zahnärztinnen tätig werden. Welche Maßnahmen sind geplant, um die Niederlassung für Frauen attraktiver zu machen, ggf. die Anzahl der niederlassungswilligen Studierenden zu erhöhen?
8. Halten Sie das Ausbildungsangebot in M-V im Bereich Medizin/ Zahnmedizin für ausreichend?
9. Sind Ihnen Gründe bekannt, warum viele Medizinstudenten nach Ihrer Ausbildung nicht in unserem Bundesland verbleiben?

10. Die Facharztausbildung erfolgt entsprechend des Weiterbildungskataloges für das entsprechende Fach. Dieser Katalog wird von den Landesärztekammern festgelegt und orientiert sich an der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer. Wie beurteilen Sie die Bedingungen in M-V aus Sicht von jungen Ärztinnen und Ärzte in Bezug auf Inhalte, Dauer und Organisation der Weiterbildung, insbesondere im Hinblick auf die Konkurrenzsituation mit anderen Bundesländern beim Werben um junge Ärztinnen und Ärzte? Welche Gründe sprechen gegen eine bundesweite Vereinheitlichung der Weiterbildungskataloge?
11. Ist es zielführend, eine doppelte Facharztstruktur dauerhaft beizubehalten? Welche Möglichkeiten sehen sie für eine bessere und bedarfsorientierte Durchlässigkeit beim Zulassungs-/Ermächtigungsverfahren für Krankenhausärzte?
12. Neben der ärztlichen wird auch die Sicherstellung der zahnärztlichen Versorgung im ländlichen Raum zunehmend zum Problem. Welche (gemeinsamen) Maßnahmen ergreifen Zahnärztekammer und Kassenzahnärztliche Vereinigung beim Werben um den Zahnärztenachwuchs? Inwiefern wird hierbei bspw. auf den Einsatz neuer sozialer Medien gesetzt?
13. Zum siebten Mal in Folge hat die Bundesagentur für Arbeit den Apothekenberuf als Engpassberuf eingestuft. Welche Maßnahmen ergreift die Apothekerkammer beim Werben um den Berufsnachwuchs?

XII. Pandemie und Folgerungen

1. Welche beruflichen Erfahrungen haben Sie in den Zeiten der Corona-Pandemie gemacht und welche beruflichen Schlussfolgerungen ziehen Sie persönlich?
2. Nach ca. einem Jahr der Versorgung in der Corona-Pandemie lassen sich neue Rückschlüsse auf Versorgungsstrukturen ziehen.
 1. Welche Entwicklungen sehen Sie als besonders positiv?
 2. Welche Entwicklungen sehen Sie als besondere Belastung?
 3. Welche Neuerungen wollen Sie über das Ende der Pandemie hinaus beibehalten?
3. Welche Handlungsbedarfe in Bezug auf die Corona-Pandemie sehen Sie nach wie vor in M-V und bundesweit?
4. Welche Konzepte gibt es, um zukünftig im Pandemiefall die Versorgung der Patient/innen sicherzustellen? Wurden die Patientenorganisationen bzw. ihre aktuellen Erfahrungen in deren Entwicklung einbezogen?

B. Gesamteinschätzung/ Bewertung

1. Wie beurteilen Sie allgemein die aktuelle medizinische Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern in Qualität und Quantität (ambulant und stationär)? Welche Probleme und Ursachen sind zu benennen (bitte auch in ihrer Wertigkeit bzw. Dringlichkeit ihrer Lösung) und welche Auswirkungen haben diese Mängel auf die Patientenversorgung. Mit welchen Maßnahmen können die Mängel beseitigt werden? Welche Herausforderungen werden für die Zukunft gesehen?
2. Wie wird die flächendeckende Versorgung definiert? Gibt es gegenwärtig unterversorgte bzw. überversorgte Regionen?

C. Zukunftsansätze

1. Wie kann eine flächendeckend vernetzte, wohnortnahe ärztliche Versorgung sowie bedarfsgerechte Medikamentenversorgung sichergestellt werden?
2. Wie werden sich die Versorgungsschwerpunkte in den kommenden zehn Jahren verschieben? Was ist aus Ihrer Sicht notwendig, um eine bedarfsgerechte und flächendeckende Versorgung in Zukunft sicherzustellen?
3. Was müsste verändert werden, damit die heute sektorale Bedarfsplanung in eine Versorgungsplanung im integrierten Sinne mit den Kernelementen der kleinräumigen (deutlich kleiner als die Landkreisgrenzen), sektorenübergreifenden sowie morbiditätsorientierten Planung überführt werden kann? Ist ein solcher Ansatz in überschaubaren Zeiträumen überhaupt realisierbar?
4. Wie kann die Zusammenarbeit mit dem Bund, den Kommunen, den Kassen, der KV, der Krankenhausgesellschaft und den Vertretern der Pflege sowie Vertreter/innen der maßgeblichen Patientenorganisationen in verbindlicher, ergebnisorientierter Weise sichergestellt werden?
5. Welche Formen mobiler Angebote der ärztlichen Betreuung und der Medikamentenverteilung sind organisierbar und finanzierbar?

A. Grundsatzfragen / Detailfragen

Zusammenfassung und Fazit

Zur Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung in M-V sind aus Sicht der KVMV folgende zukünftige Punkte umzusetzen:

1. **Regionaler Handlungsspielraum zur Gestaltung** für die verantwortliche Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen im Land muss erhalten und - soweit es die Ersatz,- Betriebs- und Innungskrankenkassen betrifft - wieder hergestellt werden. Dazu gehört auch die Übernahme der Rechtsaufsicht vom Bundesamt für die Sozialversicherung in Bonn für diese Kassen durch das zuständige Ministerium in M-V, um die Handlungsfähigkeit der Landespolitik zu stärken.
2. Die **Förderung des ärztlichen Nachwuchses** muss intensiviert werden. Die Förderprogramme der KVMV und Kassen müssen weitergeführt und ausgebaut werden. Das Land muss sich stärker einbringen. Mit dem Landarztgesetz wurde ein erster Schritt getan, weitere müssen folgen. Schwerpunkt muss die Förderung von Haus- und grundversorgenden Fachärzten in der Fläche sein.
3. Berücksichtigung der strukturellen Veränderungen in der Ärzteschaft durch **Umwandlung von Niederlassungen in Anstellungen** und des damit verbundenen Rückgangs an ärztlicher Arbeitszeit. Dazu ist die Anzahl der Studienplätze für Humanmedizin an den beiden Universitäten in den kommenden 5 Jahren schrittweise um 50 % zu erhöhen und Maßnahmen zu entwickeln, um die Absolventen zur Facharztausbildung im Land zu halten.
4. **Reduzierung von bürokratischen Vorgaben** mit dem Ziel der Erhaltung von ärztlicher Arbeitszeit für die Patienten. Hier sind insbesondere Vorgaben des Datenschutzes, der Hygiene, des Arbeitsschutzes den Belangen der Praxen anzupassen.
5. **Digitalisierung darf kein Selbstzweck oder politisches Aushängeschild sein**, sondern muss mit Mehrwerten für die ärztliche Tätigkeit in der Praxis und der Versorgung des Patienten umgesetzt werden. Alle digitalen Anwendungen müssen vor der Einführung einen Praxistest erfolgreich absolvieren. Praxen sind kein Testfeld für unausgereifte Hard- und Software. Dazu muss auch der zusätzliche Aufwand finanziert werden.
6. **Ärztliche Zulassungen sind keine Handelsware** und Spekulationsobjekte für Kapitalinvestoren. Dazu muss die Vergabe von Zulassungen reformiert werden. Die Zulassung muss wieder an den Arzt gebunden werden.
7. Die Politik muss die Frage beantworten, wieviel medizinische Versorgung will sich unsere Gesellschaft zukünftig leisten? **Rationierung darf nicht zu Lasten der Arzt-Patienten-Beziehung erfolgen**. Soweit es bei den begrenzten Kapazitäten im Gesundheitssystem bleibt, ist für die Steuerung der Inanspruchnahme durch die Versicherten eine sozial angemessene und zweckmäßige Patientensteuerung einzuführen.

Die Erläuterung und Begründung der einzelnen Forderungen erfolgt unter A.1.

A.1 Grundsatzfragen

1. Wie beurteilen Sie die aktuelle Gesundheitsversorgung in Mecklenburg-Vorpommern mit Blick auf die ärztliche und zahnärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich?
2. Welche Probleme sind zu benennen (bitte auch in ihrer Wertigkeit bzw. Dringlichkeit ihrer Lösung) und vor welchen Herausforderungen sehen Sie die Gesundheitsversorgung in M-V?

Die Fragen 1 und 2 werden im Zusammenhang beantwortet. Die Antworten umfassen auch die damit in Verbindung stehenden nachfolgenden Fragestellungen.

1. Situation in der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung in M-V

Die ambulante vertragsärztliche Versorgung in M-V wird mit Stand 18.09.2020 (31.12.2014) durch 1.286 (1.287) Hausärzte (Fachärzte für Allgemeinmedizin, hausärztliche Internisten und Kinderärzte), 1.379 (1.267) Fachärzte und 422 (290) Psychotherapeuten (PT) sichergestellt. Davon sind derzeit 388 (206) Vertragsärzte/-PT in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und 284 (185) Vertragsärzte/-PT in niedergelassenen Praxen in Form einer Anstellung tätig. Das sind insgesamt 672 Vertragsärzte/-PT und entspricht einem Anteil von rund 21,8 % an allen Vertragsärzten/-PT. In den beiden vorangegangenen Jahren lag der Anteil noch bei 19,9 % (2018) bzw. 21,3 % (2019). Die Anstellung erfolgt dabei in Voll- oder Teilzeit. Die durchschnittliche Wochenarbeitszeit liegt bei ca. 26 Stunden. Es gibt zahlreiche weitere Formen, in denen Ärzte oder Psychotherapeuten ambulant tätig sind. Die häufigste Tätigkeitsform ist noch immer die Einzelpraxis. Derzeit arbeiten 1.875 Ärzte in einer Praxis. Daneben gibt es 235 Berufsausübungsgemeinschaften, in denen insgesamt 523 Ärzte tätig sind. Zudem hat die KVMV 142 Genehmigungen für zugelassene Vertragsärzte zum Betrieb von Zweigpraxen erteilt.

Darüber hinaus nehmen 244 Krankenhausärzte und zehn Institute im Wege einer Ermächtigung an der ambulanten Versorgung teil. Diese bedarfsabhängigen Ermächtigungen werden durch den Zulassungsausschuss nach § 116 SGB V und §§ 31, 31a Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) aufgrund von qualitativen und/oder quantitativen Gründen erteilt. Daneben gibt es bedarfsunabhängige Ermächtigungen wie beispielsweise der beiden Hochschulambulanzen und der 25 Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA).

Insgesamt sind danach 3.326 Haus-, Fachärzte und Psychotherapeuten in der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung in M-V tätig. Sie werden durch ihre medizinischen Fachangestellten (MFA) unterstützt. Wir gehen davon aus, dass derzeit ca. 10.000 MFA in den Praxen in M-V tätig sind. Davon sind 349 als nichtärztliche Praxisassistenten (NäPa) im hausärztlichen Bereich und 28 NäPa im fachärztlichen Bereich qualifiziert, die im Auftrag des Arztes diesen bei der Versorgung z. B. in der Häuslichkeit unterstützen können.

Insgesamt wurden im Jahr 2019 ca. 13 Mio. Behandlungsfälle (BHF) in M-V durch die Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten versorgt. Ein Behandlungsfall

umfasst die Versorgung eines Patienten bei einem Arzt in einem Quartal, unabhängig davon wie oft der Patient diesen Arzt aufsucht (persönliche Arzt-Patienten-Kontakte). Bei 1,46 Mio. GKV-Versicherten bedeutet dies, dass jeder GKV-Versicherte in M-V 8,9 Behandlungsfälle auslöst. Der Bundesdurchschnitt liegt bei 7,6 BHF je GKV-Versichertem, d.h. in M-V liegt die Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen ca. 16% über dem Bundesdurchschnitt.

Die vertragsärztliche Versorgung außerhalb der Sprechstunden erfolgt im Rahmen des flächendeckenden Bereitschaftsdienstes (BD) entweder als aufsuchender Fahrdienst oder in einer BD-Praxis. In M-V gibt es derzeit 62 BD-Bereiche sowie 9 allgemeine ärztliche und 2 weitere kinderärztliche BD-Praxen. Patienten können den BD über die bundeseinheitliche Rufnummer 116117 erreichen. Im Jahr 2019 wurden in M-V insgesamt 1 Mio. Anrufe angenommen.

Coronapandemie 2020

Mit Beginn der Pandemie Anfang März in M-V war der Erhalt der ambulanten medizinischen Versorgung durch die Praxen der Vertragsärzte das vorrangige Ziel. Hierzu zählt in M-V aufgrund der deutlich höheren Morbidität der Bevölkerung gegenüber dem übrigen Bundesgebiet insbesondere die Versorgung von vielen chronisch erkrankten Patienten. Der hohe Anteil von Patienten mit Diabetes Typ II, Herz-Kreislauferkrankungen, rheumatischen Erkrankungen und Neubildungen erfordert eine hohe Versorgungintensität durch die Vertragsärzte. Dazu war es notwendig die Praxen mit persönlicher Schutzausrüstung (PSA) auszustatten. In einer Situation in der die bisherigen Bezugsquellen nicht oder kaum lieferfähig waren verbunden mit einer inflationären Preisentwicklung, hat der Bund die Belieferung mit PSA angekündigt. Leider erfolgten die ersten Lieferungen spät und unzureichend, so dass die KVMV übergangsweise selbst PSA bestellt und ausgeliefert hat. Die erste Belieferung der Praxen konnte deshalb bereits im März 2020 erfolgen, die Bundeslieferungen in nennenswerten Umfang erfolgten erst Ende April. Insgesamt wurden bis Juni 2020 800.000 Atemschutzmasken, 1,9 Mio. Mund-Nasen-Schutz, 12.000 Liter Desinfektionsmittel sowie Schutzkittel, Einweghandschuhe, Brillen und Visiere an Vertragsärzte ausgeliefert.

Im Ergebnis blieb die ambulante medizinische Versorgung in M-V stabil und leistungsfähig. So wurden im 1. Quartal 2020 insgesamt 3,2 Mio. BHF abgerechnet, das ist lediglich ein Rückgang von etwa 3 % gegenüber dem Vorjahresquartal 1/2019.

Die Vertragsärzte haben die Abläufe in ihren Praxen weitgehend selbstständig auf die veränderten Bedingungen umgestellt. Beispiele dafür sind spezielle Infektionssprechstunden, die Einrichtung von A- und B- Teams in größeren Praxen oder die räumliche Trennung von Infektpatienten. Unterstützt wurde diese organisatorischen Maßnahmen der Praxen durch die z. B. zeitweise von der KVMV in Abstimmung mit den Krankenkassen veranlassten Öffnungen für ärztliche Leistungen per Video und Telefon.

Im Ergebnis konnten 6 von 7 an Covid-19 erkrankte Patienten in Deutschland ambulant versorgt werden, weil anders als in Italien eine breit ausgebaute haus- und fachärztliche Versorgung vorhanden ist. Das verschaffte auch den Krankenhäusern die notwendige Zeit, sich auf die Versorgung schwerer Verläufe vorzubereiten.

Probleme bei der Bewältigung der Pandemie bereiten geteilte Zuständigkeiten zwischen dem Land und den Landkreisen, sowie bürokratische Vorgaben. So existieren allein bei der Testung auf Sars2-Cov2 mindestens 6 verschiedene Abrechnungsverfahren für die PCR-Testung, die durch den Bund und die Länder eingeführt wurden.

2. Probleme und Regelungsbedarf

2.1. Haus- und fachärztlicher Nachwuchs

Das Bundesland Mecklenburg-Vorpommern ist besonders stark vom demografischen Wandel und der damit einhergehenden Überalterung der Bevölkerung betroffen. Die zunehmende Morbidität der Patienten erhöht die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen. Aber auch die Ärzte, welche in M-V die Behandlung dieser Patienten übernehmen sollen, werden immer älter. Aktuell sind 29 Prozent der Hausärzte (ohne Pädiater) 60 Jahre oder älter. Das durchschnittliche Alter der Facharztgruppe der Allgemeinmediziner und Praktischen Ärzte liegt derzeit bei ca. 54 Jahren und bei den hausärztlich tätigen Internisten bei ca. 53 Jahren. Eine ähnliche Altersverteilung zeigt sich auch bei den ambulant tätigen Fachärzten in M-V. Von ihnen sind 24 Prozent 60 Jahre oder älter. Aktuell sind die Fachärzte (einschließlich Pädiater) und Psychotherapeuten durchschnittlich ca. 53 Jahre alt.

Die gesetzliche Bedarfsplanung (laut Beschlussfassung des Landesausschusses vom 11.6.2020) weist in Mecklenburg-Vorpommern insgesamt 104,5 offene Hausarztstellen aus. Von 27 Planungsbereichen sind 15 von einer sogenannten in absehbarer Zeit drohenden Unterversorgung im hausärztlichen Bereich betroffen. In den kommenden fünf Jahren werden voraussichtlich 250 Hausärzte aus Altersgründen Nachfolger für ihre Praxen benötigen. Handlungsbedarf gibt es auch im fachärztlichen Versorgungsbereich, etwa bei Kinderärzten, Augenärzten, Neurologen/Psychiatern oder Hautärzten.

Die Weiterbildung zum Facharzt umfasst nach Abschluss des Medizinstudiums in der Regel einen Zeitraum von weiteren fünf Jahren, in denen verschiedene Abschnitte im Krankenhaus und in den Praxen absolviert werden müssen. Diese sind Voraussetzung für die Prüfung zum Facharzt und für eine anschließende Niederlassung in der vertragsärztlichen Versorgung.

Förderung von Ärzten in Weiterbildung für das Fach Allgemeinmedizin

Derzeit haben 231 ambulant tätige Hausärzte (Fachärzte für Allgemeinmedizin und hausärztlich tätige Internisten) eine Weiterbildungsbefugnis in M-V. Damit stehen derzeit ausreichende Kapazitäten zur Verfügung, um die ambulanten allgemeinmedizinischen Ausbildungsabschnitte für Ärzte in Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin betreuen zu können.

Für die Gewährleistung der gemäß Weiterbildungsordnung erforderlichen stationären Ausbildungsabschnitte im Fach Allgemeinmedizin hat die KVMV im Rahmen der Verbundweiterbildung Vereinbarungen mit allen großen Krankenhäusern des Landes geschlossen. Insgesamt 20 Kliniken mit 64 Rotationsstellen stehen für die Facharztausbildung Allgemeinmedizin im Land zur Verfügung. Diese beschränkte

Anzahl stellt sich zunehmend als Engpass dar, weil entsprechend der Festlegungen der Ärztekammer M-V zunächst die klinischen Abschnitte der Weiterbildungsordnung absolviert werden müssen. Eine eigens in der KVMV eingerichtete Koordinierungsstelle organisiert eine möglichst kontinuierliche und wartezeitenfreie Weiterbildung zwischen den einzelnen Ausbildungsabschnitten der jungen Ärzte.

Gemeinsam mit den Kliniken und der Krankenhausgesellschaft M-V arbeitet die KVMV daran, die Zahl der stationären Weiterbildungsstellen je nach Bedarf weiter auszubauen. Waren im Jahr 2010 noch insgesamt 137¹ Ärzte in Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin in M-V, so sind es im Jahr 2018 bereits 196.

Durch eine Stiftung der KVMV wurde im Jahr 2006 der erste Lehrstuhl für Allgemeinmedizin an der Universität Rostock in M-V errichtet und ab 2009 mit dem jetzigen Amtsinhaber besetzt. Das Land M-V folgte im Jahr 2011 mit der Errichtung eines weiteren Lehrstuhles für Allgemeinmedizin an der Universität Greifswald. Eine weitere Verbesserung in der Weiterbildung zum Allgemeinmediziner brachte im Mai 2016 die Gründung eines landesweiten Kompetenzzentrums Allgemeinmedizin. Die Finanzierung erfolgte zunächst durch das Land M-V, die AOK Nordost und die KVMV paritätisch, seit Juli 2017 ist das Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin nach der bundesgesetzlichen Grundlage des § 75a SGB V anerkannt und wird entsprechend gefördert. Neben den Universitäten und der KVMV sind nun auch die Ärztekammer M-V und die Landeskrankenhausgesellschaft M-V Kooperationspartner. Mit Weiterbildungstagen wird sowohl die medizinisch-fachliche als auch die organisatorisch-administrative Qualifikation der Ärzte in Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin gefördert. Ein Mentoring-Programm sorgt dafür, dass die Nachwuchsmediziner während ihrer Weiterbildungszeit trotz wechselnder Weiterbildungsstätten immer einen erfahrenen Ansprechpartner an ihrer Seite haben. 94 Ärzte in Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin haben 2018 an acht Weiterbildungstagen in Schwerin, Rostock, Greifswald, Gnoien und Ueckermünde teilgenommen, um fit für die Praxis zu werden. Zudem führt das Kompetenzzentrum Facharztsimulationsprüfungen und Sonographie-Kurse mit den angehenden Hausärzten durch. Insgesamt 36 weiterbildende oder weiterbildungsinteressierte Fachärzte haben sich dazu schulen lassen, um eine hohe Qualität der Weiterbildung zu gewährleisten.

Das Land M-V besitzt mit zwei Universitäten ein erhebliches Potential für die Gewinnung des medizinischen Nachwuchses. Dieses muss zukünftig noch besser genutzt werden. Studien und Umfragen belegen, dass aus M-V stammende Studierende überwiegend wieder hier tätig werden und einen Beitrag zur medizinischen Versorgung leisten. Deshalb sollte zukünftig ein signifikanter Anteil der Studienplätze für Studierende vorgehalten werden, die später auch in M-V als Arzt arbeiten wollen.

Förderung von Medizinstudierenden

Seit dem 1. Januar 2019 können Medizinstudierende, die außerhalb der Universitätsstädte des Landes ihr Praktisches Jahr bei einem niedergelassenen Hausarzt in M-V absolvieren, eine Förderung von 400 Euro pro Monat erhalten. Dieser Lenkungszuschlag kann bis zu 16 Wochen gewährt werden. Die finanzielle

¹ Ärzte in Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin, die sich in stationären und ambulanten Abschnitten befinden.

Unterstützung von Medizinstudierenden mit 100 Euro pro Monat (als Basissatz) bei der Absolvierung des Praktischen Jahrs in einer Hausarztpraxis in M-V bleibt weiterhin bestehen.

Die Landesregierung M-V gewährt ab 01.04.2019 den Lenkungszuschlag und Basissatz in gleicher Höhe für Medizinstudierende bei Absolvierung des Praktischen Jahres in M-V. Somit ist eine Förderung von bis zu 1.000€ je Monat im Praktischen Jahr für max. 4 Monate möglich.

Förderung von Ärzten in Weiterbildung der fachärztlichen Grundversorgung

Seit Oktober 2016 können grundversorgende Fachrichtungen, z. B. Augenheilkunde, Chirurgie, Dermatologie, Gynäkologie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde oder Kinder- und Jugendmedizin in der Weiterbildung zum Facharzt gefördert werden. Im Jahr 2018 wurden nach Maßgabe der Bundesvereinbarung zur Förderung der Weiterbildung (§ 75a SGB V) insgesamt 22 Ärzte in Weiterbildung in der fachärztlichen Grundversorgung in M-V unterstützt.

Förderung von Ärzten in Weiterbildung der Kinder- und Jugendmedizin

Auf die flächendeckende und wohnortnahe medizinische Versorgung der Kinder und Jugendlichen im Land muss sich ein besonderes Augenmerk richten. Deshalb haben die KVMV und die AOK Nordost einen Vertrag zur Förderung der ambulanten Weiterbildung speziell für dieses Fachgebiet abgeschlossen. Die Vereinbarung sieht vor, dass niedergelassene Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, die einen Arzt in Weiterbildung ihres Fachgebietes anstellen, einen Zuschuss zu den Gehaltskosten von monatlich 4.800 Euro für bis zu 24 Monate erhalten können. Auch der Erwerb von Schwerpunktbezeichnungen (z. B. Kardiologie, Rheumatologie, Endokrinologie/Diabetologie) und Zusatz-Weiterbildungen in der Kinder- und Jugendmedizin (z. B. Allergologie, Palliativmedizin) sind förderfähig. Seit 2016 wurden insgesamt 29 Weiterbildungsstellen im Fachgebiet Kinder- und Jugendmedizin im Land auf diesem Weg gefördert. Die KVMV und die AOK Nordost tragen jeweils zur Hälfte die Kosten. Diese Stellen stehen zusätzlich zu den gemäß Bundesvereinbarung (nach § 75a Abs. 7 SGB V) förderfähigen Stellen der fachärztlichen Grundversorgung zur Verfügung: Zu den 17 geförderten Weiterbildungsstellen aus dem Sondervertrag der KVMV und AOK Nordost kommen im Jahr 2018 sechs geförderte Weiterbildungsstellen für Kinder- und Jugendmedizin gemäß Bundesvereinbarung (nach § 75a Abs. 7 SGB V) hinzu. So wurden 2018 insgesamt 23 Ärzte in Weiterbildung für Kinder- und Jugendmedizin im Land gefördert.

Neuentwickelte Strukturförderungen 2018

Die KVMV hat im Jahr 2018 das Förderprogramm weiter ausgebaut. Für die Gewinnung einer größeren Anzahl von Ärzten, die sich an der Ausbildung des Nachwuchses beteiligen, wird bei Erhalt der hierfür notwendigen Weiterbildungsbefugnis einmalig eine Aufwandspauschale von 1.000 Euro an die Haus- oder Fachärzte gezahlt. Um jungen Ärzten die Angst vor der Niederlassung zu nehmen, können sie an einem Mentoringprogramm teilnehmen. Erfahrene Hausärzte und grundversorgende Fachärzte stehen dabei als Mentoren für die jungen Ärzte am

Beginn ihrer Niederlassung zur Verfügung. Über einen Zeitraum von fünf Tagen sind zudem auch Hospitationen für interessierte Fachärzte aus dem nicht-hausärztlichen Bereich möglich, die sich mit dem Gedanken einer Niederlassung tragen und sich über grundsätzliche Fragen der Niederlassung und dem Praxisbetrieb bei Ärzten direkt informieren möchten. In Anbetracht der demografischen Entwicklung und dem Wunsch vieler Menschen, bei schweren und unheilbaren Erkrankungen in der Häuslichkeit ärztlich betreut zu werden, erhalten Haus- und Grundversorgenden Fachärzte für die Aufwendungen zum Erhalt der Qualifikation zur Teilnahme an der palliativmedizinischen Versorgung im Rahmen der gesetzlich vorgeschriebenen 40-Stunden-Weiterbildung eine Aufwandsentschädigung von 1.000 Euro. Die Mittel für diese Förderungen werden aus dem sogenannten Strukturfonds bereitgestellt, der paritätisch von den Krankenkassen und der KVMV finanziert wird.

Außerdem hat im Oktober 2018 die Auftaktveranstaltung einer neuen Initiative der KVMV unter dem Motto „Landpartie“ stattgefunden. Hierbei besuchen Studenten und Weiterbildungsassistenten, die an der späteren hausärztlichen Tätigkeit auf dem Lande interessiert sind, gemeinsam mit Vorstandsmitgliedern der KVMV während einer Busfahrt durch ländliche Regionen von MV verschiedene Praxen niedergelassener Ärzte, regionale Krankenhäuser und bekommen die Region von Kommunalpolitikern und den Ärzten vor Ort vorgestellt. Gleichzeitig erhalten sie von den Ärzten, die z. B. an einer Anstellung, Weiterbildung oder Praxisabgabe interessiert sind, Exposés ihrer Praxen und können mit diesen vor Ort sprechen.

Investitions- und Gehaltskostenzuschüsse

Wollen sich Hausärzte in von medizinischer Unterversorgung bedrohten Gebieten niederlassen, können sie bereits seit 2008 einen Investitionskostenzuschuss für eine Praxiseröffnung in M-V erhalten. Der pro Praxisgründung oder -übernahme in medizinisch unterversorgten Gebieten zur Verfügung stehende mögliche Höchstbetrag beläuft sich auf 75.000 Euro. In Gebieten mit drohender Unterversorgung ist eine Förderung zwischen 25.000 und 50.000 Euro möglich. Damit soll der Anreiz einer Niederlassung in diesen Gebieten verstärkt werden. Wenn niederlassungswillige Ärzte in Vorbereitung auf eine spätere Praxisübernahme in drohend unterversorgten Regionen zuvor in der zu übernehmenden Praxis angestellt werden, können zudem Gehaltskostenzuschüsse von 2.000 Euro pro Monat für längstens 12 Monate gewährt werden. Darüber hinaus wird die Gründung von Außenstellen/Zweigpraxen mit bis zu 20.000 Euro und die Anstellung eines Arztes ebenfalls mit bis zu 20.000 Euro gefördert. Auch Umzugs- oder Kinderbetreuungskosten können im Interesse der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung übernommen werden.

Zudem wird die Förderung der Sicherstellung der fachärztlichen Grundversorgung weiter ausgebaut. Hier ist die Ausschreibung von besonderen lokalen und/oder medizinisch-fachlichen Versorgungsbedürfnissen mit einer Förderung verbunden. Bereitgestellt werden diese Gelder ebenfalls aus dem Strukturfonds.

Allein durch die verschiedenen Maßnahmen der Investitionskostenzuschüsse konnten seit 2008 insgesamt 184 Ärzte/Praxen in M-V mit mehr als 7,2 Millionen Euro gefördert werden. 2018 haben 18 Ärzte/Praxen eine Förderung von nahezu 750.000 Euro in Anspruch genommen. Für das Jahr 2019 stehen zirka 1,3 Millionen Euro zur Verfügung.

Bereits vor mehr als 15 Jahren wurden die ersten Fördermaßnahmen durch die KVMV auf den Weg gebracht. Aktuell gibt es einen umfangreichen Katalog von Fördermaßnahmen (Anlage), der konsequent weiter ausgebaut wird. Für Ärzte, die an einer ambulanten Tätigkeit interessiert sind, hält die KVMV zudem ein speziell auf ihre Bedürfnisse abgestimmtes Beratungs- und Informationsangebot bereit. Dieses reicht von einer individuellen Niederlassungsberatung im Haus der KVMV bis hin zu regelmäßigen Seminaren für Praxisgründer an wechselnden Veranstaltungsorten in M-V. Schließlich steht die KVMV in engem Kontakt und Austausch mit Vertretern von Gemeinden und Kreisen, um gemeinsam besondere Versorgungs- und Praxiskonzepte zu entwickeln, die den Einstieg in die vertragsärztliche Niederlassung erleichtern sollen. Dies reicht von der Hilfe bei der Kinderbetreuung und Wohnraumsuche bis hin zur Bereitstellung modern eingerichteter Praxisräumlichkeiten.

Landarztgesetz M-V

Zu Beginn dieses Jahres ist in MV das Gesetz zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Bereichen mit besonderem öffentlichen Bedarf (Landarztgesetz / LAG M-V) in Kraft getreten, das dem Ärztemangel in der allgemeinmedizinischen Versorgung insbesondere in den ländlichen Regionen entgegen wirken soll. Die KVMV übernimmt bei der Durchführung und Umsetzung des Landarztgesetzes die zentralen Aufgaben der zuständigen Stelle. Erstmals zum Wintersemester 2021 werden in Mecklenburg-Vorpommern rund 32 der etwa 400 jährlich vorgesehenen Studienplätze für Humanmedizin im Rahmen eines komplexen Auswahlverfahrens an Bewerber vergeben, die nach ihrem Studium für einen längeren Zeitraum an der hausärztlichen Versorgung in unterversorgten bzw. von Unterversorgung bedrohten ländlichen Regionen unseres Bundeslandes teilnehmen wollen. Durch das Landarztgesetz sollen Bewerber für das Medizinstudium gewonnen werden, die im regulären Zulassungsverfahren möglicherweise keinen Studienplatz erhalten haben, sich aber aufgrund ihrer ausgeprägten sozialkommunikativen Kompetenzen und fachspezifischen persönlichen Befähigung für eine langfristige hausärztliche Tätigkeit besonders eignen.

2.2. Gesetzliche Bedarfsplanung

Die gesetzliche Bedarfsplanung wurde in den 1990er Jahren vom Gesetzgeber, also der Bundesregierung, ursprünglich eingeführt, um die Anzahl der niedergelassenen Ärzte zu begrenzen (siehe DtschBT_Gesundheitssektor_51Bedarfsplanung_2001.pdf, Antwort zur Frage Nr. 51, Drucksache 14/6249). Dabei wurde dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 9 SGB V die Aufgabe zugewiesen, nähere Vorgaben in einer Bedarfsplanungsrichtlinie als untergesetzliche Norm zu regeln, welche u. a. die Vergabe von Versorgungsaufträgen im ambulanten Bereich und damit die Niederlassung bzw. Anstellung als Vertragsarzt bzw. -psychotherapeut steuert. Nach der Richtlinie werden Verhältniszahlen für die näher genannten Facharztgruppen anhand von Arzt-Einwohnerzahlen vorgegeben, die darüber entscheiden, ob und in welchem Umfang im jeweiligen Planungsbereich für die entsprechende Facharztgruppe weitere Zulassungs- bzw. Anstellungsmöglichkeiten (Versorgungsaufträge) bestehen oder der Planungsbereich insoweit gesperrt ist. In gesperrten Planungsbereichen besteht dann nur noch die Möglichkeit, aufgrund von

Sonderbedarfskriterien oder im Wege eines sogenannten Job-Sharings vertragsärztlich tätig zu werden. Ärzte oder Psychotherapeuten, die in einem gesperrten Planungsbereich tätig sind, aber auf ihren Versorgungsauftrag zugunsten eines Nachfolgers verzichten wollen, können einen Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens stellen, über den nach Aspekten der Versorgungsrelevanz entschieden wird. Die Nachfolgezulassung richtet sich bei mehreren geeigneten Bewerbern unter anderem danach, welcher Arzt sich am geeignetsten erweist, die bisherige Praxisstruktur fortzuführen. Bei Anstellungen wird der bedarfsplanungsrelevante Versorgungsauftrag nach dem Stundenumfang ermittelt, wobei sich rechnerisch ein viertel Versorgungsauftrag bei bis zu 10 h pro Woche ergibt, der sich dann in Zehnerschritten um jeweils einen weiteren Viertel Versorgungsauftrag erhöht (bis zu 20 h/Wo. = 0,5 / bis zu 30 h/Wo. = 0,75 / über 30 h/Wo. = 1,0 Versorgungsauftrag). Nicht selten werden von den Zulassungsgremien Anstellungsgenehmigungen insbesondere in MVZ erteilt, bei denen der Stundenumfang 11, 21 oder 31 h wöchentlich beträgt. Der bedarfsplanungsrelevante Versorgungsauftrag wird in diesen Fällen mit 36 h pro Monat und bei Vollzeittätigkeit sogar noch weniger ausgefüllt, was zu erheblichen Verwerfungen bei der Deckung des tatsächlichen Bedarfs führt.

Die Bedarfsplanung ist bis heute bis auf wenige Details kaum angepasst worden. Sie soll mit der Begrenzung der Anzahl der Ärzte und Psychotherapeuten eine an der Bevölkerungsdichte orientierte gleichmäßige Verteilung der ambulant tätigen Ärzte und Psychotherapeuten sichern. Diese 30 Jahre alten, rein statistischen Maßstäbe der Bedarfsplanung, anhand derer sich die sogenannte Über- und Unterversorgung bemisst, sind offensichtlich ungeeignet, um die tatsächlich notwendige medizinische Versorgung abzubilden und können nicht als Grundlage zur Ermittlung des realen medizinischen Bedarfes der Bevölkerung dienen. Dies zeigt sich in M-V eindrucksvoll. Die KVMV fordert deshalb seit Jahren den Gesetzgeber auf, diese Regelung zu überdenken und im Dialog mit den Regionen zu überarbeiten. Dabei wäre es wichtig, neben der oben genannten Zunahme an angestellten Ärzten auch die Morbidität (Krankheitslast) der Bevölkerung in die Bedarfsplanung als Faktoren einzubeziehen. Außerdem bildet die derzeitige Bedarfsplanung in keiner Weise die fortschreitende Ambulantisierung der Medizin ab. Denn immer mehr medizinische Leistungen werden vom stationären in den ambulanten Bereich verlagert und führen hier zu einem höheren Bedarf.

2.3. Bürokratie

Allein diese Aktivitäten der KVMV und der Krankenkassen werden allerdings nicht ausreichen, um zukünftig die ambulante Versorgung weiterhin auf hohem Niveau sicherzustellen. Hierzu sind Maßnahmen des Gesetzgebers und auch der Landespolitik notwendig. So hat etwa eine bundesweite Befragung angestellter Ärzte im ambulanten Sektor, vorgestellt von der Universität Trier im Oktober 2017, verschiedene Gründe aufgezeigt, weshalb sich angestellte Ärzte gegen eine Niederlassung entscheiden. 68 Prozent der Befragten führte die Befürchtung vor wirtschaftlichen Zwängen, 67 Prozent vor Bürokratie/Verwaltungsaufwand und 55 Prozent vor einem hohen Investitionsrisiko an. An vierter Stelle steht das Regressrisiko. Zukünftig wird es zwingend notwendig sein den bürokratischen Aufwand in den Praxen zu senken um die ärztliche Arbeitszeit für den Patienten nicht weiter zu reduzieren und die Rahmenbedingungen der ärztlichen Tätigkeit so zu gestalten, dass die Attraktivität der Niederlassung wieder gesteigert wird.

Es folgen konkrete Beispiele zur Ausweitung der Bürokratie in den letzten Jahren ohne Mehrwert für die ambulante medizinische Versorgung:

2.3.1. Einrichtung und Betrieb von Terminservicestellen (TSS)

Von den knapp 4.900 in der TSS im Jahr 2019 eingegangenen Vermittlungswünschen erfüllte nur jeder siebte Anrufer die gesetzlichen Vorgaben für eine Vermittlung an einen Haus-, Facharzt oder Psychotherapeuten.

Vorrangig nachgefragt wurden Termine in den Fachgebieten Nervenheilkunde, Psychotherapie, Augenheilkunde und Dermatologie vor allem in den großen Städten. Bei der Suche von Patienten nach einem Behandlungstermin bei einem Facharzt für Nervenheilkunde waren die regionalen Schwerpunkte neben den Städten die Planungsbereiche Bad Doberan, Schwerin/ Wismar/Nordwestmecklenburg und Neubrandenburg/Mecklenburg-Strelitz. Es ist festzustellen, dass die Terminnachfragen und -vermittlungen vor allem in den Regionen stattfinden, die nach der gesetzlichen Bedarfsplanung als überversorgt gelten. Diese Diskrepanz zwischen theoretischer, gesetzlich definierter Überversorgung und realen Versorgungsbedarfen zeigt anschaulich, dass die gesetzlichen Vorgaben zur Bedarfsplanung kaum ein geeignetes Instrument sind, um den tatsächlichen Versorgungsbedarf verlässlich einzuschätzen.

Die geringe Nachfrage in der TSS hängt unter anderem mit dem seit Jahren in MV praktizierten und bewährten A- und B-Überweisungsverfahren zusammen. Dieses von Ärzten entwickelte und von der KVMV im Land flächendeckend umgesetzte Verfahren sorgt dafür, dass die wirklich aus medizinischer Sicht dringlich zu behandelnden Patienten schneller und effektiver als in der vom Gesetzgeber vorgegebenen Vier-Wochen-Frist ambulant versorgt werden können. Bei diesem Verfahren bewertet immer der behandelnde Arzt nach der Untersuchung des Patienten die medizinische Dringlichkeit einer Behandlung bei einem anderen Facharzt. Dieser übernimmt dann die weitere Betreuung des Patienten entweder innerhalb eines Werktages (A-Überweisung) oder innerhalb einer Woche (B-Überweisung). Leider haben alle Krankenkassen bis auf die AOK Nordost die A/B-Verträge im Verlauf des Jahres 2019 nach Aufforderung durch das Bundesamt für Soziale Sicherung (Bundesversicherungsamt) wegen der Regelungen im Terminservice- und Versorgungsgesetz aus dem Hause von Herrn Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) gekündigt. Fest steht heute schon, die neuen gesetzlichen Regelungen können nicht annähernd die sehr erfolgreichen und unbürokratischen A/B-Überweisungen ersetzen. So konnten durch die TSS im Jahr 2019 lediglich 1.052 Termine fristgemäß nach Gesetz, also innerhalb von vier Wochen, vermittelt werden. Im gleichen Zeitraum wurden dagegen trotz Kündigung der Verträge zirka 43.000 Patienten durch A/B-Überweisungen erfolgreich, schneller und vor allem mit ärztlichem Sachverstand in die Weiterbehandlung vermittelt. Einmal mehr hat sich gezeigt, dass funktionierende regionale Lösungen den zentralen und bürokratischen Vorgaben des Gesetzgebers und seiner Rechtsaufsichten überlegen sind.

Notwendig ist es, dass Krankenkassen und KV wieder den gesetzlichen Handlungsspielraum erhalten um regionale Besonderheiten in Versorgungslösungen zu erproben und soweit erfolgreich dauerhaft umsetzen zu können. Mit den derzeitigen gesetzlichen Vorgaben ist dies nicht gegeben. So fehlen insbesondere

Rechtsgrundlagen für vertragliche Lösungen, welche die Krankenkassen für ihre Versicherten schließen können, um diese z. B. bei akuten Erkrankungen (s. o. Überweisungsverfahren) ohne langwierige Beitrittserklärungen der Versicherten einsetzen zu können.

2.3.2. Einführung der Telematik (TI)

Die Einführung der Telematik Infrastruktur ist in Mecklenburg-Vorpommern für die Vertragsärzte durch eine Vielzahl von Informationsmaterialien, Schulungen und Vorträge durch die KVMV begleitet worden.

Die Ausstattungs- und Nutzungsquote liegt im Bereich der KVMV mit 95,4% weit über dem Bundesdurchschnitt.

Zu einem Problem für die Vertragsärzte werden zunehmend der teilweise schlechte Service der Ausrüsterfirmen, sowie die hohen, selbst zu tragenden Kosten bei Geräteausfällen nach der Garantiezeit. Darüber beherrschen wenige Anbieter von Praxissoftware den deutschen Markt und setzen dieses in entsprechende monopolistische Preisstrategien gegenüber den Ärzten um.

Der einzige, bisher verfügbare Dienst, das Versichertenstammdatenmanagement (VSDM), hat für Patienten und Ärzte nicht nur keinen Nutzen, sondern behindert und verzögert bestehende Arbeitsabläufe.

Neue Anwendungen z. B. zum elektronischen Arztbrief werden durch die Praxiscomputeranbieter häufig erst mit deutlicher Verspätung und unausgereift bereitgestellt. Diese Anwendungen würden jedoch nur einen Mehrwert bringen, wenn sie ausgereift sind und in sämtlichen Praxen zeitgleich funktionieren. In der jetzigen Form führen sie nur zu zunehmender Frustration und ablehnender Haltung in der Ärzteschaft. Eine über Wochen andauernde zentrale Störung in der TI (der „Datenautobahn“) hat zu erheblichen Einschränkungen im Praxisbetrieb geführt und die Akzeptanz nicht erhöht.

Auch die kommenden Anwendungen wie das elektronische Rezept (eRezept), die elektr. Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) und die elektronische Patientenakte (ePA) bringen in der geplanten Form einen deutlichen Mehraufwand für die Ärzte ohne entsprechenden Mehrwert.

So müssen eRezept und eAU für eine nichtbekannte Übergangszeit sowohl elektronisch als auch weiterhin per Papier erstellt und vorgehalten werden. Dazu kommt eine anachronistische Signaturvorgabe mit einem x-Stelligen PIN je ausgestellter Bescheinigung durch den Arzt. Die späte und unzureichende Reaktion der zuständigen Gematik auf der Bundesebene, einer Gesellschaft deren Mehrheitsteilhaber das BMG ist, auf die jüngsten Ausfälle der TI lässt zudem das Vertrauen in die Verfügbarkeit auf Seiten der Ärzte sinken. Die Ausstellung von Rezepten und AU-Bescheinigungen ist notwendiger Alltag in den Praxen und kann nicht von der Funktion der TI abhängig sein. Wenn die TI nicht zu 100 Prozent verfügbar ist, müssen dauerhaft notwendige Ersatzverfahren vorgehalten werden.

Nach dem Willen des Gesetzgebers soll zukünftig jeder GKV-Versicherte einen Anspruch auf eine ePA haben. Argumentiert wird hier mit der Vermeidung von

Doppeluntersuchungen und Verbesserung der Transparenz erfolgter Untersuchungen und Behandlungen.

Vertragsärzte werden zur Information des Versicherten und Befüllung der ePA gesetzlich verpflichtet. Jedoch entscheidet nicht der Arzt sondern der Versicherte über die Verfügbarkeit der Informationen für andere Ärzte. Damit entsteht zunächst ein zusätzlicher Aufwand beim Arzt. Die Möglichkeit der Einschränkung der Verfügbarkeit der in der ePA gespeicherten Informationen durch den Versicherten führt aber dazu, dass seitens der weiterbehandelnden Ärzte immer von einer Unvollständigkeit ausgegangen werden muss. Im Zweifel wird der Arzt z. B. die vor Einleitung einer Behandlung notwendigen Untersuchungen nochmals durchführen bzw. veranlassen. Das ist keine Verbesserung gegenüber dem heutigen Zustand. Um für den Arzt einen tatsächlichen Mehrwert im praktischen Alltag zu erhalten müssen die Informationen vollständig und belastbar sein, genau daran mangelt es bei der ePA.

2.3.3. Datenschutz

Die Gesundheitsdaten sind eine besondere Kategorie personenbezogener Daten, deren Schutz zuletzt durch die Umsetzung der Datenschutzgrundverordnung und der entsprechenden Änderungen des Bundesdatenschutzgesetzes verschärft wurde. Damit verbunden sind umfangreiche Informations-, Organisations- und Rechenschaftspflichten, die von den Ärzten zu beachten sind, jedoch kaum noch überschaut werden können, zumal noch immer Schwierigkeiten in der Rechtsauslegung bestehen, die selbst unter geschulten Datenschutzexperten zu Diskussionen führen. Zunehmend machen die Patienten auch von ihrem Auskunftsrecht nach Art. 15 DSGVO Gebrauch, dem die Ärzte binnen vorgegebener Fristen und zudem kostenfrei nachzukommen haben. Insgesamt werden den Ärzten dadurch weitere administrative Aufgaben überantwortet, für die weder ein finanzieller Ausgleich erfolgt, noch ausreichend Kapazitäten vorhanden sind. Der KVMV ist dadurch ein weiteres Feld für individuelle Beratungen und praxisnahe Umsetzungsempfehlungen eröffnet worden. Darüber hinaus hat die KVMV gemeinsam mit Vertretern des Landesdatenschutzbeauftragten eine Vielzahl an Informationsveranstaltungen durchgeführt. Gleichwohl bleibt der bürokratische Aufwand in den Praxen aufgrund der Umsetzung der Datenschutzbedingungen unverändert hoch.

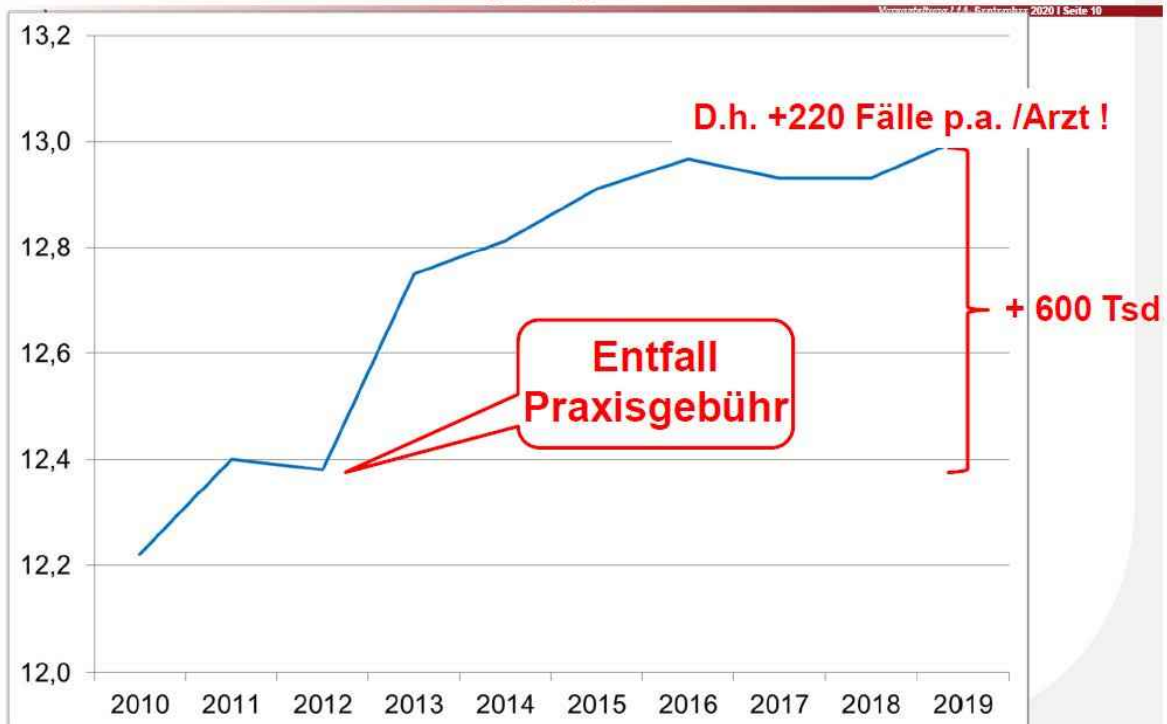
Die KVMV setzt sich deshalb für eine bürokratiearme und praktikable Umsetzung der Richtlinie nach § 75b SGB V ein. Es werden hierdurch die technisch-organisatorischen Maßnahmen im Sinne von Artikel 23 der DSGVO standardisiert. Dringend erforderlich ist eine Finanzierung der entsprechenden Anforderungen, die bisher ungeklärt ist und eine für Ärzte verständliche und umsetzbare Richtlinie.

2.4. Veränderung der Inanspruchnahme

Darüber hinaus ist eine zunehmende Belastung der Praxen durch ständig steigende Patientenzahlen seit Entfall der Praxisgebühr festzustellen. 2018 stieg die Zahl der von den Haus-, Fachärzten und Psychotherapeuten versorgten Fälle in M-V auf ca. 13 Mio. an. Das ist eine enorme Belastung der Ärzte und Psychotherapeuten, auch weil deren Anzahl insgesamt etwa gleich geblieben ist. Dies gilt insbesondere auch für die Inanspruchnahme außerhalb der Praxisöffnungszeiten, also nachts, an Wochenenden, Feiertagen etc. Hier sind viele Fälle tatsächlich nicht akut behandlungsbedürftig und führen zu überfüllten Praxen und Notfallambulanzen sowie zu langen Wartezeiten auch für die tatsächlich hilfebedürftigen Patienten.

Ausgangspunkt dieser Entwicklung ist der Entfall der Praxisgebühr im Jahr 2013

Entwicklung von Patientenzahlen in der ambulanten Versorgung 2010-2019



Die Inanspruchnahme muss wieder den begrenzten Kapazitäten im ambulanten und stationären Bereich angepasst werden, damit auch in Zukunft Patienten in medizinischen Notsituationen schnell versorgt werden können.

2.5. Veränderung der Arztstruktur

Betrachtet man die Entwicklung der Versorgungsstrukturen, so ist festzustellen, dass der Anteil der angestellten Ärzte und Psychotherapeuten auf ca. 22 Prozent angestiegen ist. Allein im Zeitraum 2012 bis 2016 wurden ca. 180 Arztsitze von niedergelassenen Ärzten in Form von Anstellungen überwiegend in Medizinische Versorgungszentren (MVZ) eingebracht. Im Vergleich zu den übernommenen Arztsitzen werden in MVZ jedoch signifikant weniger Patienten versorgt. Während

niedergelassene Ärzte in M-V im Durchschnitt 52 h/Woche² in der Praxis tätig sind, ist die Tätigkeit angestellter Ärzte durch das Arbeitszeitgesetz reglementiert. Bei einer Umwandlung in eine Anstellung sinkt der Tätigkeitsumfang auf 40 h/Woche. Das ist bereits ein Rückgang von ca. 25%. Dazu kommt, dass die überwiegende Zahl der Anstellungen in Teilzeit bei ca. 26 h /Woche erfolgen. Damit ergibt sich ein Rückgang an ärztlicher Arbeitszeit von ca. 50%. Das bedeutet, um den gleichen Umfang an ambulanter Versorgung sicherzustellen, sind für einen niedergelassenen Arzt zwei angestellte Ärzte notwendig.

2.6. Veränderung der Versorgungsstrukturen

Bei der Umwandlung von Arztsitzen in Anstellungen wird eine gesetzliche Regelung genutzt, die die Übernahme von Zulassungen durch MVZ-Betreiber gegen Anstellung der betreffenden Ärzte ermöglicht (Verzicht auf Zulassung zugunsten einer Anstellung). Nach der Beendigung dieser Anstellungen verbleiben die Zulassungen im MVZ und können von diesem nachbesetzt werden. Eine Übernahme dieser Zulassungen, z. B. durch im MVZ angestellte Ärzte, ist unter der aktuellen Gesetzgebung nur mit Zustimmung des MVZ möglich.

Wir sehen diese Entwicklung sehr kritisch. Das deshalb, weil sich in M-V bereits die überwiegende Anzahl der Krankenhäuser in der Hand privater Klinikketten befindet und dementsprechend hoch auch der Anteil der MVZ in Trägerschaft von Krankenhäusern, Kapitalgesellschaften, Universitäten oder anderen nichtärztlichen Trägern ist. Von insgesamt 78 MVZ mit 411 Ärzten in M-V befinden sich 53 MVZ mit 295 Ärzten in diesen Trägerschaften (Stand: 5. August 2020). Von diesen MVZ befinden sich 27 in der Trägerschaft von Klinikkonzernen wie z. B. Helios, Asklepios, AMEOS, Sana und weiterer regionaler Krankenhäuser. Weitere elf befinden sich in der Trägerschaft der Universitäten Rostock und Greifswald. Hinzu kommen 13 weitere MVZ in der Hand von bundes- bzw. weltweit tätigen Kapitalgesellschaften (Diaverum, Fresenius und ISG Intermed) und anderer nichtärztlicher Träger. Es ist festzustellen, dass insbesondere in Städten wie Rostock oder Wismar gehäuft ärztliche Zulassungen von MVZ Trägern aufgekauft werden. So befinden sich in Rostock von ca. 590 vertragsärztlichen Zulassungen bereits 74 in den MVZ der Universität oder von Kapitalgesellschaften. Die ambulante Dialyseversorgung in Rostock wird bereits komplett durch MVZ des Trägers Nephrocare, einer Tochter des Fresenius Konzerns (www.nephrocare.de/ueber-uns.html), durchgeführt. In Wismar besitzt z. B. das Sana HANSE-Klinikum Wismar derzeit insgesamt 14,5 Versorgungsaufträge verteilt auf 20 angestellte Ärzte. Zum Vergleich, im Jahr 2013 waren es acht Versorgungsaufträge verteilt auf elf angestellte Ärzte. Hier gehen die Vielfalt und der Wettbewerb in der ambulanten Versorgung verloren.

Darüber hinaus werden die Steuerungsmöglichkeiten durch den Zulassungsausschuss der Ärzte und Krankenkassen (ZA) im Lande unterlaufen. Hier wäre z. B. die vorrangige Besetzung von Hausarztsitzen mit Fachärzten für Allgemeinmedizin oder auch die Berücksichtigung von Menschen mit Behinderung zu nennen, die durch den ZA im Falle des Verzichts gegen Anstellung nicht mehr vorgenommen werden können. Darüber hinaus kann bei der Nachbesetzung von fachinternistischen Zulassungen nicht mehr Einfluss auf die fachgleiche Besetzung genommen werden. Das kann dazu führen, dass z. B. ein Rheumatologe durch einen

² Zentralinstitut regionaler Zipp-Bericht 2016 für MV

Gastroenterologen oder Kardiologen ersetzt wird. Gleiches gilt auch für die bedarfsplanungsrechtliche Fachgruppe der Nervenärzte. Hier kommen für die Nachbesetzung sowohl Fachärzte für Neurologie als auch Psychotherapie neben den Nervenärzten in Frage.

Ein weiteres Problem ist die hohe Fluktuation der angestellten MVZ-Ärzte. Für die Patienten, die in einem MVZ behandelt werden, bedeutet dies, dass sie nicht mehr konstant von ihrem Arzt des Vertrauens wie in der Praxis eines niedergelassenen Arztes, sondern von zum Teil verschiedenen Ärzten betreut werden. Darüber hinaus bleibt nach unseren Beobachtungen die Effizienz hinter denen einer inhabergeführten Praxis zurück. Die Auswirkungen dieser Entwicklungen sind offensichtlich: zunehmende Wartezeiten, Beschwerden von Patienten, Hilferufe von Kommunen und Überlastung von Ärzten bis zum Burnout.

Der Gesetzgeber hat auf diese Entwicklungen bisher nicht reagiert, hier sind sowohl die bisherige Bedarfsplanung als auch die zur Verfügung stehenden Ressourcen weiterzuentwickeln bzw. anzupassen. Die KVMV hat dem Gesetzgeber eine Reihe von Maßnahmen vorgeschlagen, um die Sicherstellung der ambulanten Versorgung in ihrer Vielfalt zu erhalten und zu verhindern, dass zukünftig Interessen privater Klinikketten und Kapitalgesellschaften mit dem Ziel der Erwirtschaftung hoher Renditen für ihre Anleger überwiegen. Dazu gehören:

- die Bindung der Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit an den Arzt,
- das Beenden des Handels mit vertragsärztlichen Zulassungen aus rein wirtschaftlichen Interessen,
- die Begrenzung der Anzahl der MVZ und Ärzte für Krankenhäuser oder Kapitalgesellschaften,
- die Pflicht einer öffentlichen Ausschreibung jeder Praxisnachfolge ("Verzicht zugunsten Anstellung" ohne Prüfung durch den Zulassungsausschuss (ZA) beenden),
- MVZ müssen sich, wie auch Ärzte, um Praxisnachfolge beim ZA bewerben,
- die Prüfung der fachlichen Eignung und Versorgungsrelevanz bei Praxisnachfolge und Nachbesetzung durch den ZA,
- kein dauerhafter Verbleib von Zulassungen bei gewerblichen MVZ-Trägern,
- angestellte Ärzte des MVZ müssen die Möglichkeit erhalten, bei Interesse Zulassungen unter fairen Bedingungen aus dem MVZ herauslösen zu können,
- die Begrenzung der Anzahl der angestellten Ärzte bei niedergelassenen Ärzten aufheben (derzeit max. drei Anstellungen möglich),
- bei Übernahme von vertragsärztlichen Zulassungen in MVZ ist die medizinische Versorgung der bisherigen Patienten umfänglich weiter durch das MVZ sicherzustellen.

Angestellte Ärzte und MVZ sind inzwischen ein fester Bestandteil auch der ambulanten Versorgung. Diese braucht aber zwingend die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in freier Praxis. Sie sind die Garanten für eine langfristige, stabile, verlässliche und kontinuierliche Betreuung der Patienten vor Ort, die nicht einfach einen Arzt benötigen, sondern den Haus- oder Facharzt, dem sie vertrauen. Zukünftig wird es darauf ankommen, dass die Politik die Rahmenbedingungen für die Niederlassung so verändert, dass die Attraktivität für den ärztlichen Nachwuchs deutlich verbessert wird.

3. Welche Kriterien bestimmen aus Ihrer Sicht die Qualität einer medizinischen Versorgung der Bevölkerung von Mecklenburg-Vorpommern?

Antwort KVMV:

Die Qualität medizinischer Versorgung umfasst viele Teilaspekte. Sie ist das Ergebnis eines komplexen Zusammenwirkens einer Vielzahl von Faktoren. Die Versorgungsqualität umfasst die Dimensionen Effektivität, Sicherheit, Patientenorientierung, kann aber auch andere Aspekte wie den Zugang zur Versorgung oder den Aufwand bzw. die Kosten einschließen.

Dabei liegt eine hohe Versorgungsqualität im grundlegenden Interesse aller Ärzte und Psychotherapeuten und ist fester Bestandteil des professionellen Handelns. Die medizinische Versorgung sollte sich an den Bedürfnissen der Patienten und dem Stand der medizinischen Erkenntnisse ausrichten. Eine effektive, effiziente und sichere Patientenbehandlung zeichnet aus unserer Sicht Qualität einer medizinischen Versorgung der Bevölkerung aus. Aber auch die Einhaltung und Vorhaltung von festgelegten, wissenschaftlichen Standards sind wichtiger Teil der Qualität in der medizinischen Versorgung. Die KVen leisten in diesem Bereich mit Hilfe umfangreicher und umfassender Qualitätssicherungskonzepte und -instrumente, einen essentiellen Beitrag zur Sicherung der Qualität der medizinischen Versorgung der Bevölkerung. Die Fokussierung auf Struktur und Prozessqualität und eine stetige Weiterentwicklung der Qualität sind Teil der ambulanten Versorgung.

- 4. Die Vorhaltung einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung ist ein komplexer Vorgang und muss eng mit allen Beteiligten der Politik, Leistungserbringer und Kostenträger abgestimmt werden.
Die Leistungen welcher Fachabteilungen sollten Ihrer Meinung nach flächendeckend vorgehalten werden?
Welcher Leistungen sollten Ihrer Meinung nach in spezialisierten Zentren bzw. konzentriert angeboten werden?**

Antwort KVMV:

Wir gehen davon aus, dass diese Fragen dem stationären Bereich zuzuordnen sind.

5. Wie beurteilen Sie die Medikamentenversorgung im Flächenland MV?

Antwort KVMV:

Wir gehen davon aus, dass diese Frage den Apothekern zuzuordnen ist.

- 6. Wo liegen aus Ihrer Sicht Probleme in folgenden Bereichen und was wird zu deren Behebung getan? (bitte stationär, ambulant und Schnittstellen sowie städtisch und ländlich geprägte Versorgungsräume)**
- Kinder- und Jugendmedizin
 - Geriatrische Versorgung
 - Palliativ- und schmerzmedizinische Versorgung

- psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung
- Anschlussheilbehandlungen und Rehabilitation
- Versorgung seltener Erkrankungen
- Gendermedizin
- Medizinische Versorgung von Migrant/innen
- Barrierefreiheit im Gesundheitswesen
- Erreichbarkeit von Haus- und Fachärzten sowie weiteren Behandlern in der Fläche
- Medikamentenversorgung

Orientieren sich die o. g. Bereiche ausreichend an den Bedürfnissen der Patient/innen? Wenn ja, bitte begründen. Wenn nein, was kann getan werden? Wie können in den o. g. Bereichen zukünftig Verbesserungen erreicht werden? Welche Konzepte gibt es und wurden diese mit den Patientenorganisationen abgestimmt?

Antwort KVMV:

Einige Problemfelder der haus- und fachärztlichen Versorgung sowie die bisherigen Maßnahmen der KVMV auf Grundlage der vom Gesetzgeber vorgegebenen Rahmenbedingungen wurden bereits unter Frage 2 erörtert. Ergänzend wird darauf hingewiesen, dass derzeit etwa 2.100 ambulant tätige Ärzte und Psychotherapeuten in einer Praxis mit rollstuhlgerechtem Zugang tätig sind. Darüber hinaus hat die KVMV mit der Selbsthilfe Mecklenburg-Vorpommern e.V. eine Vereinbarung für Maßnahmen zur Verbesserung der Barrierefreiheit von Arztpraxen abgeschlossen.

Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie in der Kinder- und Jugendmedizin:

Die Versorgungsnotwendigkeiten dieses vulnerablen Klientel sind in den derzeitigen ambulanten Versorgungsformen inkl. der sozialpsychiatrischen Versorgung nicht in Gänze abbildbar (siehe auch Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung). Nach dem Grundsatz ambulant vor stationär, muss auch in der ambulanten und somit nicht zu unterschätzenden familiennahen Versorgung, den besonderen Bedarfen von Kindern und Jugendlichen flexibilisiert Rechnung getragen werden können. So könnten ganztägige Versorgungskonzepte für bestimmte Klientelgruppen stationäre Einweisungen verhindern, Wiedereingliederungsprozesse fließender und kostenneutraler gestaltet werden bzw. „Drehtüreffekte“ vermeiden.

Geriatrische Versorgung:

In der in Gemeinschaftsarbeit zwischen der KVMV, der KGMV und der ÄKMV erarbeiteten „Konzeption zur Versorgung geriatrischer Patienten in MV“, sind orientiert an den Bedarfen der Patient/innen Grundsätze und auch Ziele der einzelnen Sektoren erarbeitet worden. Dabei bildeten die Beschreibungen vernetzter Versorgungsformen des geriatrischen und auch palliativen Klientel auch über die Sektorengrenzen hinweg einen wichtigen und wegweisenden Ansatz. Die folgend genannten Ziele des ambulanten Sektors charakterisieren gleichermaßen die Defizite:

1. Stärkung der geriatricspezifischen Fachkompetenz in der Niederlassung (ein Großteil der geriatrischen Versorgung sollte im ambulanten Sektor umgesetzt werden)
 - Ausbau der gesamten Versorgungsstrukturen im ambulanten Bereich
 - Steuerung des geriatrischen Patienten muss aus dem ambulanten Sektor kommen -> „ambulant vor stationär“
 - flächendeckender Zugang zur ambulanten geriatrischen Versorgung unter hausärztlicher Koordination
 - Ausbau der medizinischen Ausbildung im ambulanten Bereich
 - Umsetzung von Ausbildungsmöglichkeiten in MV als feste Curricula speziell für die spezialisierte Diagnostik
 - Schaffung von Anreizen zur Absolvierung der notwendigen Qualifikation zwecks Umsetzung der Spezialisierten geriatrischen Diagnostik
 - Stärkung der geriatrischen Grundversorgung in der Hausarztpraxis durch Kooperation, Delegation von ärztlichen Leistungen, Prävention, Case Management (inkl. soziales Umfeld)
2. Integration von Behandlungsmöglichkeiten mit Präventionscharakter in der spezialisierten geriatrischen Versorgung (Ambulante geriatrische Zentren), auch unter Berücksichtigung der Möglichkeiten der sektorenübergreifenden Versorgung unter bedarfsplanerischen Gesichtspunkten
3. Ausbau der Koordination und Kooperation durch Vertragsärzte (Hausärzte sowie Fachärzte) mit den Pflegeeinrichtungen ->. strukturieren durch Stärkung ärztlicher Versorgung im Pflegeheim sowie geriatrischer Pflegepatienten durch Erarbeitung von Programmen
4. Nutzung von Praxisassistenzen
 - Stärkung der auf Geriatrie spezialisierten Kompetenzen (inkl. Case Management) der Praxisassistenzen und Ausbau derer Ausbildungscurricula
5. Förderung des Aufbaus von GIA an geriatrisch spezialisierten Einrichtungen, bei nicht ausreichender ambulanter Versorgung
6. Ambulante geriatrische Zentren - flächendeckender Ausbau und Integration spezialisierter Diagnostik und Behandlung in ambulante Versorgungsstrukturen unter Einbindung von besonderen Versorgungsverträgen, bzw. als geförderter Modelprojekte des Landes
7. Ausweitung von sondervertraglichen Regelungen auf alle Krankenkassen
8. Ermöglichung von Direktverlegungen in die ambulante geriatrische Rehabilitation mit nachgeordneter Indikationsprüfung (analog stationärer Krankenhausaufnahme)
9. Ausbau der Palliativversorgung in allen Ebenen durch Einbindung von Geriatern bzw. geriatrisch qualifizierten Ärzten und Pflegenden
10. weiterer Ausbau und Etablierung von Netzwerkstrukturen zwischen ambulantem und stationärem Sektor
 - gegenseitige Nutzung der Ressourcen ambulant/stationär
 - Nutzung erprobter vernetzten Strukturen für die Etablierung der Telematik Infrastruktur

Palliativ- und schmerzmedizinische Versorgung:

Der Wunsch des Versterbens in der eigenen Häuslichkeit hat im In- und Ausland einen enormen Stellenwert. Die in Deutschland dafür entwickelten ambulanten Versorgungsstrukturen können diesen Wunsch abbilden. Es entstanden die Ebenen der Allgemeinen ambulanten Palliativversorgung, der Besonders qualifizierten und

koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung und der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung SAPV).

Die Versorgungssituation mithilfe dieser 3 Versorgungsebenen wird für MV als durchaus sehr gut entwickelt eingeschätzt. Die gegenseitige gute Akzeptanz und Interkollegialität der Versorgungsebenen trägt dem Ziel der palliativen Versorgungsform enorm bei.

Zur Weiterentwicklung der Strukturen und somit der Versorgung wird Nachwuchs benötigt. Hierbei ist die hohe Hürde hinderlich, die durch die Ärztekammer MV zur Erlangung der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin gesetzt ist. Die Qualifizierungsvoraussetzungen in MV müssen vereinfacht bzw. die Umsetzung der Qualifizierung flexibler gestaltet werden, wie es in anderen Bundesländern bereits gehandhabt wird.

Die KVMV versucht indessen durch die Nutzung von Förderungsmöglichkeit dem Fehlen von entsprechend qualifizierten Palliativmedizinern entgegen zu wirken. Hier zeigen, auch aufgrund des Mangels an Hausärzten, als wichtiger Bestandteil der Palliativversorgung, entwickelte Strategien durch verbesserte Strukturierung der palliativen Versorgungsebenen in der vertragsärztlichen Versorgung positive Entwicklungen.

Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung:

Ein vulnerables Klientel mit komplexen Behandlungsbedarfen erklärt per se die Notwendigkeit eines individuellen und flexiblen Einsatzes verschiedener komplexer Behandlungsformen. In diesem Zusammenhang ist die Schaffung von Anreizen für besondere und auch sektorenübergreifende Versorgungsformen wünschenswert. Die KV sollte sich hier als Mitgestalter maßgeblich beteiligen können.

7. Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären Bereichen der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern, welche Probleme sehen Sie und welche Lösungsvorschläge hätten Sie?

Antwort KVMV:

Im Rahmen von Ermächtigungen (s.a. Frage 1) sind Krankenhausärzte an der vertragsärztlichen Versorgung umfänglich beteiligt. Der Zugang der Patienten erfolgt mit einer Überweisung durch einen Haus- oder Facharzt. Darüber hinaus sind die Hochschulambulanzen der beiden Universitäten im Rahmen von Lehre und Forschung in der ambulanten Versorgung tätig.

Insbesondere beim Entlassmanagement gibt es Verbesserungsbedarf. Hier hat der Gesetzgeber bereits gehandelt und umfängliche Öffnungen für den stationären Bereich festgelegt. Diese betreffen u. a. die Versorgung und Verordnung von Arznei- und Heilmitteln nach stationären Aufenthalten. Leider werden diese Möglichkeiten noch nicht in dem notwendigen Umfang von allen Krankenhäusern umgesetzt.

Weiteren Verbesserungsbedarf sehen wir im Hinblick auf das wiederkehrende Erbitten der Krankenhäuser, nachträglich bzw. ohne entsprechende medizinische Indikation der ambulant tätigen Ärzte, eine Einweisung zur stationären bzw. eine Überweisung zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus einzufordern. Nicht selten werden gesetzlich krankenversicherte Patienten dazu aufgefordert, ihren behandelnden Arzt um Ausfertigung einer entsprechenden Verordnung zu bitten, sie anderenfalls die Kosten der Krankenhausbehandlung selbst zu tragen hätten. Dies

führt im niedergelassenen Bereich zu einem erheblichen Konfliktpotenzial, da nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) die Verordnungen zur Behandlung im Krankenhaus nicht nachträglich und nur aufgrund einer entsprechenden medizinischen Indikation ausgestellt werden dürfen. Zudem muss sich der Vertragsarzt, welcher sich an diese rechtlichen Rahmenbedingungen der ambulanten Versorgung hält, für eine daraus resultierende und gegebenenfalls ablehnende Entscheidung gegenüber den Patienten rechtfertigen. Unter zusätzlichem zeitlichem und personellem Aufwand müssen dann die Strukturen der vertragsärztlichen Versorgung und die dort geltenden komplexen Regularien Laien gerecht erklärt werden.

Bzgl. der Teilnahme der Krankenhäuser an der vertragsärztlichen Versorgung sollte wie im ambulanten Bereich der Facharztstatus gelten.

- 8.** Inwieweit teilen Sie die Auffassung (aus dem Einsetzungsbeschluss), wonach eine bedarfsgerechte, gute und erreichbare Gesundheitsversorgung als elementarer Bestandteil der öffentlichen Daseinsvorsorge zu betrachten ist?

Antwort KVMV:

Die im Einsetzungsbeschluss vertretene Auffassung entspricht der Pflicht des Staates, ein funktionsfähiges Gesundheits- und Krankenversicherungssystem zu schaffen (Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG i.V.m. dem Sozialstaatsprinzip), dessen konkrete Ausgestaltung den gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen vorbehalten ist. Vorgaben zur bedarfsgerechten Vergabe von Versorgungsaufträgen im ambulanten Bereich sind in der Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA enthalten. Insoweit kann auf die Ausführungen zur Frage A. 2. verwiesen werden.

Den Versicherten wird in MV ein niedrigschwelliger Zugang zu einem umfangreichen ambulanten und stationären Leistungskatalog bei freier Arztwahl und ohne Zuzahlungen für haus- und fachärztliche Behandlungen gewährt. Daneben existiert durch den ärztlichen Bereitschaftsdienst eine ambulante Versorgung für unaufschiebbare Erkrankungen außerhalb der regulären Sprechstundenzeiten und durch den Rettungsdienst eine notfallmedizinische Versorgung. Ein solches System muss jedoch im Sinne des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität finanzierbar bleiben und die privaten, beruflichen und wirtschaftlichen Interessen der Ärzte berücksichtigen, die eine solche Gesundheitsversorgung unter hohem persönlichen Einsatz erst ermöglichen. Es bedarf daher Rahmenbedingungen, die einerseits die Attraktivität der vertragsärztlichen Tätigkeit erhöhen, andererseits die Versorgung zukunftsfähig machen, damit die morbiditätsbedingt steigende Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen bei abnehmender Zahl an Ärzten nicht zu weiteren Engpässen in der ambulanten Versorgung führt. Wesentliche Elemente sind hierbei die Patientensteuerung durch einen finanziellen Eigenanteil bei der konkreten Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen (Praxisgebühr) und auch eine Stärkung der ärztlichen Selbstverwaltung, die maßgeblichen Einfluss darauf nimmt, wie die Rahmenbedingungen aus Sicht der Ärzte aussehen sollten.

- 9.** Was leitet sich daraus aus Ihrer Sicht ab?

Antwort KVMV:

Dies wurde im Rahmen der vorherigen Frage 8 beantwortet.

10. Welche Empfehlungen des GBA zur medizinischen Versorgung bewerten Sie kritisch und welche alternativen Vorschläge haben Sie?

Antwort KVMV:

Auch Empfehlungen des GBA sollten kein Selbstzweck sein, sondern sollen einer effektiven, effizienten und sicheren Patientenbehandlung dienen. Über- oder Fehlregulierung darf nicht zu einer suboptimalen Versorgung bzw. zur unnötigen Bürokratie und Überregulierung führen. Im Bereich der Qualitätssicherung unterliegen weite Teile der ambulanten Versorgung einer externen Qualitätssicherung. Die verschiedenen Vorgaben setzen die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) seit Jahren auch größtenteils ohne Regulierung durch den GBA entsprechend ihrem gesetzlichen Auftrag um. Diese Qualitätssicherung und die hierfür aufgebauten Strukturen und Prozesse haben sich über die Jahre hinweg als effektive Methode zur Sicherung der Versorgungsqualität bewährt und sollten auch in Zukunft genutzt und ausgebaut. Gerade der Bereich der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung, der den Regelungen des GBA unterliegt, stellt alle Beteiligten vor große Herausforderungen. Bei der Umsetzung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung und -förderung müssen die sektorspezifischen Besonderheiten berücksichtigt werden. Die derzeitige Umsetzung ist sehr bürokratisch und viel zu langwierig sowie voller technischer und methodisch-inhaltlicher Probleme, so dass im Grunde keine Ergebnisse erzielt werden können, was völlig unbefriedigend ist. Gleichzeitig erscheint es weder machbar noch sinnvoll, die Qualität sämtlicher Versorgungsprozesse stets sektorenübergreifend zu sichern.

Die KVen haben daher in den letzten Jahren bewiesen, dass die Forderungen im Bereich Qualitätssicherung effizient und effektiv umgesetzt werden können. Es wäre wünschenswert, wenn der GBA bestehende Strukturen des ambulanten Sektors mehr nutzen und anerkennen würde und diese dementsprechend in seine Entscheidungsfindung im Sinne der besten Empfehlungen für eine optimale medizinische Versorgung mehr einbeziehen könnte.

11. Welches Potenzial gibt es aus Ihrer Sicht im Zusammenspiel von Landespolitik, Krankenhausgesellschaft, Krankenkassen, Kassenärztlicher Vereinigung und Ärztekammer, um den Gesundheitsstandort Mecklenburg-Vorpommern weiter zu stärken und insbesondere für Fachkräfte deutlich attraktiver zu machen?

Antwort KVMV:

Insbesondere die Gewinnung und Förderung von ärztlichem Nachwuchs muss intensiviert werden. Dazu gibt es bereits laufende Projekte wie z. B. die erfolgreiche Umsetzung der Weiterbildung Allgemeinmedizin, die Einrichtung des Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin oder das Landarztgesetz.

Darüber sehen wir folgende Notwendigkeiten:

- Erhöhung der Anzahl der Studienplätze für Humanmedizin,

- Angebote für Absolventen der Humanmedizin in MV verbessern, um die Abwanderung in andere Bundesländer zu vermeiden (Facharztausbildung, Familie u. a.), Nun
- Vermeidung von Bürokratie zu Lasten der Ärzte und Studenten,
- zügige Bearbeitung von Anträgen auf Zulassung zur Facharztprüfung,
- Entwicklung und Umsetzung von Konzepten über eine Kooperation mit den Rettungsleitstellen hinsichtlich der Disposition von Anrufen über die 116117.

A.2 Detailfragen

I. Stationäre Versorgung

1. Halten Sie die stationäre Versorgung in M-V von der Anzahl der Krankenhäuser und Krankenhausbetten für ausreichend?
2. Könnte aus Ihrer Sicht die Versorgung auch mit weniger Krankenhäusern sichergestellt werden?
Antwort KVMV:

Antwort KVMV:

Wir gehen davon aus, dass diese Fragen dem stationären Bereich zuzuordnen sind.

3. Sehen Sie perspektivisch eine noch stärkere Verzahnung zwischen stationärer Leistung und ambulantem Leistungsangebot?

Antwort KVMV:

Die gesetzlichen Möglichkeiten der Ermächtigung von Krankenhausärzten zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung werden in MV umfänglich genutzt. Umgekehrt existiert im SGB V bis heute keine Möglichkeit, dass Patienten der Krankenhäuser durch Vertragsärzte stationär versorgt werden. Bekannt ist, dass verschiedene Krankenhäuser im Rahmen von Kooperationsverträgen bereits heute diese Chance wahrnehmen. Hier wäre eine Unterstützung seitens des Gesetzgebers hilfreich.

4. Wie beurteilen Sie die Ausstattung der Krankenhäuser mit Fachärzten? Wie schätzen Sie das Ressourcenpotenzial der Krankenhäuser zur Unterstützung der niedergelassenen Ärzte bei der ambulanten (spezial-)fachärztlichen Versorgung ein?

Antwort KVMV:

Über die Ausstattung der Krankenhäuser mit Fachärzten können wir keine Angaben machen. Derzeit gibt es keine durch den Erweiterten Landesauschuss bestätigte ambulante (spezial-)fachärztlichen Versorgung in MV.

II. Ambulantisierung

1. Welches Potential für die weitere Ambulantisierung bei stationären Behandlungen sehen Sie generell bzw. spezifisch in Mecklenburg-Vorpommern?
2. Sollten grundsätzlich noch stärker ambulante Versorgungsangebote am Standort eines Krankenhauses – Stichwort Gemeindegesundheitszentren – geschaffen werden? Welche Vor- bzw. Nachteile sehen Sie?

Antwort KVMV:

Diese Frage unter III. Nr. 2 noch einmal gestellt. Wir verweisen auf unsere Antwort an dieser Stelle.

III. Ambulante Versorgung

1. Geben Sie einen Überblick über die Zahl der niedergelassenen Ärzte nach Fachrichtung in M-V heute und im Vergleich vor 5 und 10 Jahren. Welche wesentlichen Veränderungen gab es? Was sind die Ursachen für diese Veränderungen?

Antwort KVMV:

Ein einfacher Vergleich der Arztzahlen ist hier nicht ausreichend, da während der vergangenen 5 Jahre umfangreiche Strukturänderungen stattgefunden haben. Hier ist insbesondere die Umwandlung von Niederlassungen in Anstellungen und die damit einhergehende Reduzierung der zur Verfügung stehenden ärztlichen Arbeitszeit zu nennen.

Wir verweisen auch auf die Antwort zu den Fragen nach A.1 und A.1. Nr.2.5.

2. Sollten grundsätzlich noch stärker ambulante Versorgungsangebote am Standort eines Krankenhauses – Stichwort Gemeindegesundheitszentren - geschaffen werden? Welche Vor- bzw. Nachteile sehen Sie?

Antwort KVMV:

Kooperationen zwischen ambulanten und stationären Strukturen sind grundsätzlich zu begrüßen. Dabei sollte der Mehrwert für die Versorgung der Patienten im Vordergrund stehen. Solche Kooperationen gibt es an vielen Krankenhäusern z. B. durch die Ansiedlung von vertragsärztlichen Praxen oder MVZ. Ausgeschlossen sollten Kooperationen sein, die lediglich das Ziel einer Maximierung von Honorar und Rendite verfolgen. Wir verweisen auf die Antwort zu den Fragen nach A.1 Nr. 2.6. – Veränderung der Versorgungsstrukturen.

3. Welche Möglichkeiten sehen Sie, die stationären Diagnostikmöglichkeiten auch für den ambulanten Bereich zur Verfügung zu stellen?

Antwort KVMV:

Hier bietet bereits heute die Ermächtigung von Krankenhausärzten eine gesetzliche Grundlage von der in MV umfänglich Gebrauch gemacht wird.
Wir verweisen auf die Antwort zu den Fragen nach A.1 – Nr. 1.
Darüber hinaus ermöglichen die Qualitätssicherungsvereinbarungen für bestimmte apparative Leistungen auch sektorenübergreifende Kooperationen.

4. Wie kann die starre Trennung von ambulanter ärztlicher Versorgung und Krankenhausversorgung durchbrochen werden?

Antwort KVMV:

Eine „starre“ Grenze in der medizinischen Versorgung für die Patienten existiert bereits seit Jahren nicht mehr.

Wir verweisen auf die Antworten zu den Fragen nach 3 und 4 sowie A.1 – Nr. 6

Nach wie vor gibt es allerdings eine klare Trennung bei der Vergütung der gleichen Leistungen im stationären und ambulanten Bereich die eine weitere Ambulantisierung behindern.

5. Welche Maßnahmen zur Sicherstellung der Medikamentenversorgung sollten ergriffen werden?

Antwort KVMV:

Wir gehen davon aus, dass diese Frage den Apothekern zuzuordnen ist.

6. Wie viele Patienten in Prozent suchen auch bei Bagatellerkrankungen trotz vorhandenem ambulanten Bereitschaftsdienst ein Krankenhaus zur Behandlung auf? Was sind die Gründe für dieses Verhalten?

Antwort KVMV:

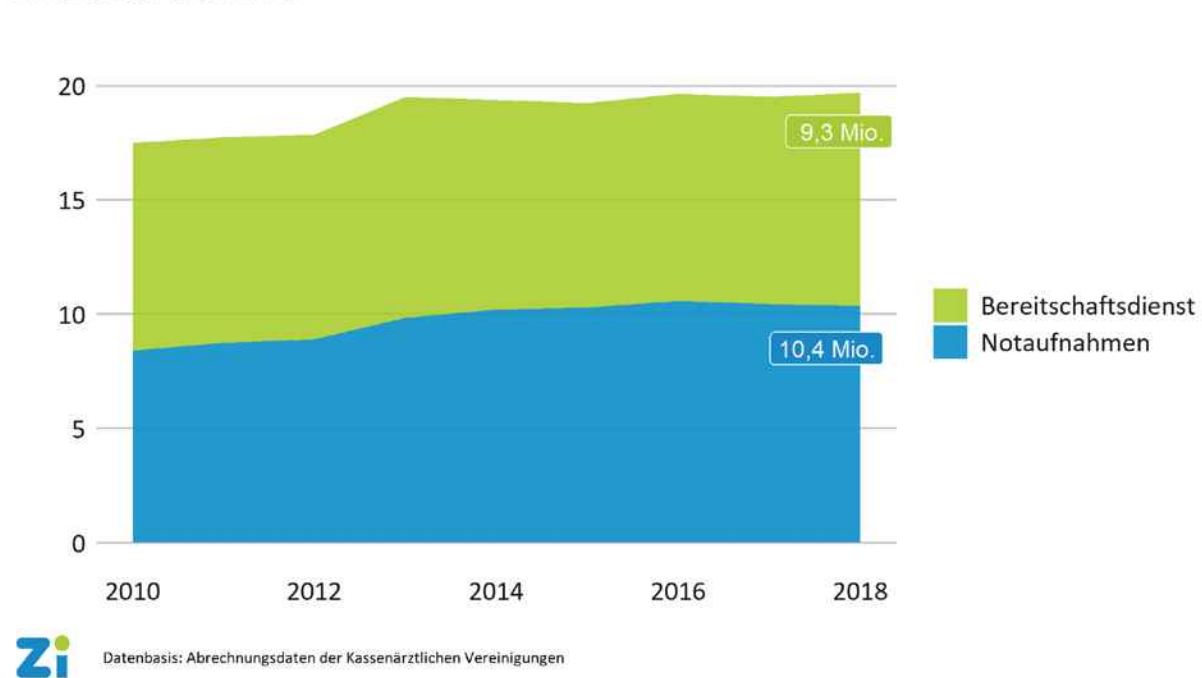
Bzgl. der Gründe für die veränderte Inanspruchnahme von Patienten ist auf den Entfall der Praxisgebühr im Jahr 2013 und unsere Antwort zu A.1. Nr. 2.4. zu verweisen.

Untersuchungen des Zentralinstitutes für die kassenärztliche Versorgung bestätigen diesen Trend auch im Bundesgebiet. Dabei liegt der Anteil der Behandlungsfälle (BHF) im kassenärztlichen BD und der in den Notfallambulanzen (NFA) der Krankenhäuser versorgten Patienten an allen BHF in der vertragsärztlichen Versorgung bei etwa 6,6 %³. Auch die Entwicklung verläuft seit 2013 nach einem „Sprung“ aufgrund des Entfalls der Praxisgebühr weitgehend konstant.

³ ZI Notfall-Broschüre 2019 S.3

Entwicklung der ambulanten Notfälle seit 2010

Behandelte Fälle in Mio.



In MV stellen sich diese Entwicklung und die Anteile ähnlich dar. Im Jahr 2019 wurden im Bereitschaftsdienst insgesamt 287 Tsd. Patienten versorgt, davon haben 136 Tsd. Patienten eine Notfallambulanz aufgesucht. Bei insgesamt 13 Mio. Behandlungsfällen in M-V entspricht das einem Anteil in Höhe von 1,0 % und liegt damit deutlich unter dem Bundesdurchschnitt (6,6%).

7. Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen Haus- und Fachärzten? Sehen Sie hier Potenziale mit Blick z. B. auf die Arzneimittelsicherheit oder die Vermeidung von Doppeluntersuchungen und welche Maßnahmen werden ggf. zur Verbesserung ergriffen?

Antwort KVMV:

Die Zusammenarbeit von Haus- und Fachärzten wird seit Jahren durch gesetzgeberische Maßnahmen beeinflusst und reglementiert. Hierzu gehört die Gliederung in einen haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich nach § 73 SGB V. Entsprechende untergesetzliche Regelungen in den Bundesmantelverträgen regeln weitere zum Teil detaillierte Vorgaben in der Wahrnehmung des jeweiligen Versorgungsauftrages. Auch die aktuellen Eingriffe in die vertragsärztliche Versorgungspraxis von Haus- und Fachärzten hinsichtlich der Abhaltung und Durchführung von Sprechstunden und die Vergabe von Terminen durch das TSVG sind nach unserer Einschätzung nicht förderlich, Potentiale zu erschließen. So wurde die seit Jahren etablierte A/B-Überweisungsteuerung zwischen Haus- und Fachärzten in MV durch eine zentrale Vorgabe zur Einrichtung von Terminservicestellen (TSS) und bürokratischen Vergabe von Terminen im Verwaltungsverfahren ersetzt. Die Folge war die Kündigung der entsprechenden Verträge durch die Krankenkassen. Die mangelnde Effizienz der TSS gegenüber dem A/B-Verfahren haben wir bereits unter A.1 dargestellt. Lediglich die AOK Nordost hat die Notwendigkeit der Fortführung dieses innerärztlichen

Überweisungsverfahrens erkannt und ist bereit, dieses auch unter den Bedingungen des TSVG in MV weiterzuführen.

Um diese und andere Potentiale zu erschließen ist es notwendig, dass Krankenkassen und KV den notwendigen gesetzlichen Handlungsspielraum erhalten. Bundesweite Vorgaben führen hier zu Stillstand oder im konkreten Beispiel zu versorgungspolitischem Kahlschlag.

8. Deutschland verzeichnet fast 20 Arzt-Patient-Kontakte je Einwohner und Jahr allein bei ambulanten Praxisärzten. Das ist im internationalen Vergleich ein auffällig hoher Wert ohne erkennbaren medizinischen Zusatznutzen. Wie ist dies aus Ihrer Sicht zu erklären und welche Maßnahmen werden ergriffen, um die Kontakte mit Blick auf die begrenzten ärztlichen Ressourcen auf ein notwendiges Maß beschränken? Welche Rolle spielen hierbei die hohe Anzahl an (routinemäßigen) Wiedereinbestellungen in Facharztpraxen? Ließen sich fachärztliche Terminvereinbarungen im nennenswerten Umfang vermeiden, wenn die Kooperation zwischen Haus- und Facharzt optimiert werden würde?

Antwort KVMV:

Bzgl. Inanspruchnahme von Patienten ist auf unsere Antwort zu A.1. Nrn. 1 und 2.4. zu verweisen. Im Vergleich zum Bundesgebiet ist in MV die Inanspruchnahme in der vertragsärztlichen Versorgung um 16% höher als im Bundesdurchschnitt. Die Ursachen liegen neben den bereits unter A.1 Nr.1 angeführten Gründen in einer insbesondere in den neuen Bundesländern historisch bedingten stärkeren Ausprägung von ambulanter Versorgung und einer deutlich höheren Morbidität gegenüber dem Bundesgebiet.

Gerade bei der Bewältigung der aktuellen Coronapandemie hat sich der Vorteil einer ausgeprägten ambulanten Versorgung erwiesen. Länder in Europa wie z. B. Italien, mit einer wenig ausgeprägten ambulanten Versorgung und Zentralisierung an den Krankenhäusern, waren deutlich stärker von den Auswirkungen der Pandemie betroffen. Untersuchungen des ZI zeigen, dass in Deutschland 6 von 7 an Covid-19 erkrankte Patienten ambulant versorgt werden konnten. Damit wurde auch sichergestellt, dass die Krankenhäuser sich auf die Versorgung der schweren Fälle konzentrieren konnten.

Bzgl. der Fragestellung zu Facharztterminen verweisen wir auf unsere Antwort zu A.1 Nr. 2.3.1. - Einrichtung und Betrieb von Terminservicestellen (TSS) und die ärztlichen Leitlinien und gesetzlichen Vorgaben zu den DMP und Prävention.

9. Wäre ein Primärarztsystem besser geeignet um die Patienten effizienter durch das Gesundheitswesen zu steuern oder befürworten Sie den derzeit praktizierten Facharzt-Zugang ohne notwendiges Überweisungsverfahren?

Aus Sicht der KVMV und regionalen Zuständigkeit für M-V ist diese Frage von bundespolitischer Bedeutung und mit dem Titel der Enquete-Kommission zur „Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern“ von eher nachgeordneter Bedeutung.

Soweit dazu weiter Antwortbedarf besteht fügen wir gerne die veröffentlichten bundespolitischen Stellungnahmen der KBV an

- 10.** Ist Ihnen bekannt, dass Facharzttermine in vielen Bereichen trotz Dringlichkeitsvermerk und Terminservicestelle oft nicht zeitnah möglich sind? Welche Konzepte gibt es?

Antwort KVMV:

Bzgl. der TSS ist auf unsere Antworten zu A.1. Nrn. 1 und 2.3.1. zu verweisen. Das in MV praktizierte A/B-Verfahren ist von den Vertragsärzten entwickelt worden und wird dementsprechend auch akzeptiert. Leider haben bis auf die AOK Nordost alle anderen Krankenkassen die Verträge hierzu gekündigt.

Patienten haben grundsätzlich die Möglichkeit Beschwerden an die KVMV zu richten. Wir gehen als KVMV diesen dann nach. Dazu wird neben dem Beschwerdeführer auch der jeweilige Arzt angehört und die Verletzung vertragsärztlicher Pflichten geprüft. Beschwerden zu den Dringlichkeitsvermerken sind eher selten.

- 11.** Ist bekannt, dass z. B. im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung ggf. nach einem Ersttermin Monate vergehen, bis ein ambulanter Therapieplatz realisiert wird? Welche Handlungsempfehlungen gibt es?

Antwort KVMV:

Nach der aktuellen Bedarfsplanung besteht im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung (Psychologische Psychotherapeuten) in gesamt MV eine Überversorgung, d. h. die Vergabe weiterer Versorgungsaufträge ist – mit Ausnahme von Sonderbedarfszulassungen – nicht möglich. Nur für die ärztlichen Psychotherapeuten und die Psychosomatiker ergeben sich aufgrund von Mindestversorgungsquoten vereinzelt Zulassungsmöglichkeiten. Insofern sind aus bedarfsplanungsrechtlicher Sicht keine Versorgungsdefizite erkennbar. Darüber hinaus wird die psychotherapeutische Versorgung durch 25 psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V ergänzt. Unsere generelle Kritik an der Bedarfsplanung haben wir unter A I 2.2. dargelegt.

- 12.** Um die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten, hat der Gesetzgeber den Kassenärztlichen Vereinigungen und Kommunen das Recht eingeräumt, Eigeneinrichtungen mit angestellten Ärzten zu betreiben. Wurde von dieser Möglichkeit in M-V bereits Gebrauch gemacht? Welche Erfahrungen wurden hierbei ggf. gemacht und welche weiteren Planungen sind diesbezüglich vorgesehen?

Antwort KVMV:

In MV werden derzeit keine Eigeneinrichtungen in Trägerschaft der KVMV oder der Kommunen betrieben, sodass hierzu keine Erfahrungswerte vorliegen.

- 13.** Welche Bedeutung haben gegenwärtig Krankenhausapotheken und Online-Apotheken bei der Medikamentenversorgung in M-V und bundesweit? Welche Entwicklung und welche Probleme sehen Sie?
- 14.** Wie kann aus Sicht der Apothekerkammer unter Berücksichtigung der Faktoren Fachkräftemangel, Überalterung und demografische Entwicklung die

- flächendeckende Arzneimittelversorgung sichergestellt werden? Welchen Beitrag können telepharmazeutische Angebote, Botendienste und der Versandhandel zur Sicherstellung der Arzneimittelversorgung leisten?
15. Ist eine flächendeckende Versorgung mit barrierefreien Apotheken gegeben? (Berollbarkeit, Kontraste, Piktogramme, Informationen in einfacher Sprache, ect.)
 16. Bieten die Apotheken flächendeckend Lieferdienste an, damit Patient*innen nicht mehrfach wegen eines Rezeptes die Apotheke (ggf. im nächsten Ort) aufsuchen müssen? Gilt dies auch für Notdienste?
 17. Welche Hilfen/Ansprechpartner für Patient/innen gibt es in MV bei Verdacht auf fehlerhafte Medikation? Wie werden diese kommuniziert und evaluiert?
 18. Welche Beratungs- und Informationsdienste können die Apotheken den Patient*innen telefonisch oder über das Internet anbieten?
 19. Der BARMER-Arzneimittelreport 2020 hat aufgezeigt, dass die Versorgung über die Sektorengrenzen hinweg nicht gut organisiert ist. Besonders gefährdet sind dabei Polypharmazie-Patienten. Welche Maßnahmen zur Sicherstellung der Arzneimitteltherapiesicherheit an der Schnittstelle ambulant/stationär sollten aus Sicht der Apothekerkammer ergriffen werden?

Antwort KVMV:

Die Fragen 13-19 richten sich an die Apotheker- und Ärztekammer.

20. Durch das Masernschutzgesetz werden Modellvorhaben zum Impfen in Apotheken ermöglicht. Welche Möglichkeiten werden vor diesem Hintergrund gesehen die Apotheker stärker in die Versorgung einzubinden?

Antwort KVMV:

Die KVMV lehnt diese Einbindung ab. Impfen ist eine ärztliche Tätigkeit, die insbesondere auch die Bewertung und Behandlung der möglichen Impfreaktionen des Patienten umfasst. Dazu sind Ärzte zu einer laufenden Weiterbildung verpflichtet.

21. Welche Weiterbildungsmaßnahmen braucht das medizinische und pflegerische Personal im Hinblick auf Verständlichkeit und Patientenorientierung in der Kommunikation?
22. Der Gesetzgeber hat mit im Jahr 2007 mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz die Zulassungsbeschränkungen im vertragszahnärztlichen Bereich aufgegeben. Wie beurteilen Sie die Entwicklung der Niederlassungsverteilung in ländlichen Regionen im Vergleich zu den Städten? Zum einen in der allgemein Zahnärztlichen Versorgung und zum anderen in der kieferorthopädischen Versorgung seit der Aufgabe der Zulassungsbeschränkungen? Würden Sie die Einführung von Zulassungsbeschränkungen begrüßen? Wenn, nein warum nicht?
23. Die Bundeszahnärztekammer hat gefordert, das Aufkaufen von Zahnarztpraxen durch Fremdkapitalgeber wie Private-Equity-Fonds zu stoppen. Begründet wird dies mit nachteiligen Auswirkungen auf die Zahnärztliche Versorgung in ländlichen Regionen. Kann die fremdkapitalgestützte Gründung von MVZ mit angestellten Zahnärzten gerade

für die ländlichen Regionen nicht auch eine Chance auf dauerhafte Versorgungssicherheit sein?

Antwort KVMV:

Diese Frage richtet sich an die KZVMV. Bzgl. der Aktivitäten von Private-Equity-Fonds und des Aufkaufes von Praxen verweisen wir auf unsere Antwort zu A.1. Nr. 2.6. - Veränderung der Versorgungsstrukturen

IV. Sektorenübergreifende Versorgung

1. Welche Herausforderungen existieren bei der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit? Was hindert aus heutiger Sicht daran, gemeinsame sektorenübergreifende Strukturen zu etablieren und wie könnten neue Lösungswege aussehen? Wie lassen sich mögliche Probleme perspektivisch lösen?
2. Welche sektorübergreifenden Maßnahmen wären notwendig, um in Flächenlandregionen, gemeinsam mit allen verfügbaren Ressourcen, den ambulanten und stationären Versorgungsbedarf zu sichern?

Antwort KVMV zu 1. und 2.

Sektorenübergreifende Zusammenarbeit findet bereits seit Jahren in Form von Ermächtigungen statt. Die gesetzlichen Möglichkeiten der Ermächtigung von Krankenhausärzten zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung werden in MV umfänglich genutzt. Umgekehrt existiert im SGB V bis heute keine Möglichkeit, dass Patienten der Krankenhäuser durch Vertragsärzte stationär versorgt werden. Bekannt ist, dass verschiedene Krankenhäuser im Rahmen von Kooperationsverträgen bereits heute diese Chance wahrnehmen.

Hier wäre eine Unterstützung seitens des Gesetzgebers hilfreich.

Darüber hinaus existieren bereits heute Strukturen in Form von Kooperationen mit typischen Win-Win-Situationen, z. B. zwischen dem Haffnet und den beteiligten Krankenhäusern. Diese Kooperation ist im Rahmen der heute existierenden gesetzlichen Regelungen seit Jahren erfolgreich tätig. Voraussetzung ist die beidseitige Akzeptanz und der Wille, Verbesserungen zum Nutzen der Patienten und Versorger umzusetzen.

Letztlich ermöglichen die Qualitätssicherungsvereinbarungen und bundesmantelvertraglichen Regelungen für bestimmte Leistungen auch sektorenübergreifende Kooperationen, z. B. mit stationären Schwerpunkteinrichtungen im Bereich der Dialyseversorgung bzw. zur Erfüllung apparativer Anforderungen.

V. Rehabilitation / Krankenhausnachversorgung

1. Wie beurteilen Sie das aktuelle Entlass-Management der Krankenhäuser und Reha-Einrichtungen in Mecklenburg-Vorpommern, welchen Handlungsbedarf und welche Herausforderungen sehen Sie?

Antwort KVMV:

s. Antwort zu A.1. 7.

2. Wie beurteilen Sie die Kapazitäten von Rehaeinrichtungen/ Pflegeeinrichtungen und häuslicher Krankenpflege zur Nachversorgung von operativen Eingriffen oder Regelversorgung bei medizinischer Indikation/ chronischen Erkrankungen? Welche Herausforderungen sind Ihnen dabei bekannt. Welche Patientengruppen und Diagnosen/Krankheitsbilder sind besonders betroffen?

Antwort KVMV:

Wir gehen davon aus, dass diese Frage von der KGMV zu beantworten ist.

VI. Rettungsdienst

1. Wie beurteilen Sie die notfallmedizinische Versorgung im Land und welchen Handlungsbedarf sehen Sie?
2. Wie beurteilen Sie die Struktur und den Umfang des derzeit organisierten Bereitschaftsdienstes der niedergelassenen Ärzte?

Der ärztliche Bereitschaftsdienst der KVMV versorgt außerhalb der regulären Sprechstundenzeiten alle Erkrankungsbilder, die nicht bis zur nächsten Öffnung einer Vertragsarztpraxis zuwarten können. Er wird regional von den zwölf Kreisstellen der KVMV organisiert und ist in einen Fahr- und Sitzdienst gegliedert, der durch eine ärztliche Präsenz in den neun Bereitschaftsdienstpraxen (BD-Praxen) und durch zwei kinderärztliche BD-Praxen ergänzt wird. Außerhalb des Einzugsbereichs bzw. der Öffnungszeiten der BD-Praxen oder in den medizinisch notwendigen Fällen, sichert der Fahrdienst eine Besuchsbehandlung ab. Den Bereitschaftsdienst in MV decken grundsätzlich alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen ab. Seit dem der Gesetzgeber die Möglichkeit eröffnet hat, auch Nichtvertragsärzte, z. B. Krankenhausärzte, Ärzte im Ruhestand oder in öffentlichen Einrichtungen, freiwillig in den Bereitschaftsdienst einzubeziehen, erteilt die KVMV auf Antrag und bei Vorliegen der fachlichen Voraussetzungen auch eine entsprechende Genehmigung zur Teilnahme am Bereitschaftsdienst für diese Ärzte. Die Bereitschaftsdienstbereiche sind so organisiert, dass die Patienten zeitnah versorgt werden können und während des Bereitschaftsdienstes jederzeit ein Arzt zur Verfügung steht. Obwohl die Durchführung der Leichenschau generell keine Verpflichtung der Bereitschaftsdienstärzte darstellt, leisten die ambulant tätigen Ärzten auch hier einen wesentlichen Beitrag.

3. Wie beurteilen Sie die Ausstattung des Rettungsdienstes, welche Herausforderungen und Probleme sehen Sie?

Antwort KVMV:

Wir gehen davon aus, dass die Fragen 1 und 3 von den Trägern des RD zu beantworten sind.

4. Wie beurteilen Sie den gegenwärtigen Stand der Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzt*innen und den Rettungsdiensten im Land und welchen Handlungsbedarf sehen Sie?

Antwort KVMV:

Nach dem TSVG ist die KVMV verpflichtet worden, die Vermittlung von Patienten im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst 24/7 über die bundeseinheitliche Rufnummer 116117 sicherzustellen. Dazu werden die entsprechenden Strukturen in der KVMV aufgebaut. Alternativ wäre auch eine Vermittlung der Patienten über die bereits vorhandenen Leitstellen des RD denkbar. Dazu wurden mit allen Leitstellen Gespräche geführt. Leider sind bisher nur 2 von 6 Leitstellen bereit, eine solche Kooperation zu erproben. Das ist bedauerlich, da neben Kosten für die Vorhaltung und den Betrieb von Doppelstrukturen auch das Problem der richtigen Steuerung der Anrufer in den Rettungsdienst oder den kassenärztlichen BD deutlich besser gelöst werden könnte.

Darüber hinaus denkbar ist auch temporäre und/oder selektive Teilnahme von RD-Ärzten bei erfolgten Einsätzen die dem kassenärztlichen BD zuzuordnen sind. Auch hierzu sind in der Vergangenheit bereits Gespräche erfolgt und Vertragsentwürfe ausgetauscht worden. Auch hier ist es bisher nicht zu einer Erprobung gekommen. Hier erwarten wir uns mehr Unterstützung vom Land gegenüber den Trägern des Rettungsdienstes.

5. Wie kann verhindert werden, dass Patientinnen und Patienten, die vom kassenärztlichen Bereitschaftsdienst versorgt werden könnten, in die Notaufnahmen der Krankenhäuser gehen?

Antwort KVMV

Zur Inanspruchnahme von Patienten auch hinsichtlich des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes und der Notfallambulanzen haben wir unter A.2 III Nr. 6 geantwortet.

Festzustellen ist, dass die Praxisgebühr vor ihrer Abschaffung im Jahr 2013 für eine deutliche Reduzierung der Inanspruchnahme in beiden Bereichen gesorgt hat.

6. Inwieweit würden Sie die Einrichtung einer einheitlichen Rufnummer für den kassenärztlichen Bereitschaftsdienst und den Rettungsdienst befürworten oder welche Argumente sprechen eher gegen eine solche Lösung?

Antwort KVMV

Beim Rettungsdienst (RD) handelt es sich um die Versorgung von lebensbedrohlichen Indikationen, beim ärztlichen Bereitschaftsdienst (BD) um die Versorgung von Indikationen während einer sprechstundenfreien Zeit. Es obliegt den Krankenhäusern, Bagatellerkrankungen an den BD zu verweisen. Darüber hinaus

werden Fehlsteuerungen durch unsere BD-Praxen an den Krankenhäusern verhindert.

Eine einheitliche Nummer für den RD und BD würde dazu führen, dass die zuständige Stelle RD und BD-Einsätze zuverlässig triagieren muss. Diese Triagierung wäre mit einem erheblichen Risiko für den Anrufer und der zuständige Stelle verbunden und ist auch aus haftungsrechtlichen Gründen abzulehnen.

VII. Öffentlicher Gesundheitsdienst

Es ist bekannt, dass trotz der Regelungen im KiföG M-V weiterhin nicht in allen Kitas die Zähne geputzt werden, da die Träger die Regelungen sehr weit auslegen. Sollte aus Ihrer Sicht die tägliche Zahnpflege in den Kitas verbindlich sein? Welche Maßnahmen schlagen Sie ggf. dem Land vor, um die Verbindlichkeit der täglichen Zahnpflege in den Einrichtungen zu erhöhen?

Antwort KVMV:

Wir gehen davon aus, dass diese Frage vom Träger des ÖGD zu beantworten ist.

VIII. Patientenorientierung

1. Wie wird die Patientenvertretung bei der stationären Versorgung berücksichtigt? Welche Verbesserungspotentiale sehen Sie?

Antwort KVMV:

Wir gehen davon aus, dass diese Frage von der KGMV bzw. den Krankenhäusern zu beantworten ist.

2. Welche Beschwerdemöglichkeiten haben Patientinnen bzw. Patienten? Wie werden diese Beschwerden ausgewertet und transparent gemacht?

Antwort KVMV:

Bei etwaigen Verletzungen vertragsärztlicher Pflichten können gesetzlich Krankenversicherte sich beschwerdeführend an die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern wenden. Diese geht derartigen Beschwerden nach, wobei es häufig zunächst erst einmal um eine Sachverhaltsaufklärung geht, angesichts dessen dem von einer Beschwerde betroffenen vertragsärztlichen Mitglied zunächst rechtliches Gehör gewährt wird. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass nur bei etwaigen Verletzungen vertragsärztlicher Pflichten, wie z. B. die Nichterreichbarkeit während der üblichen Sprechstundenzeiten bzw. eine Behandlungsablehnung, eine Zuständigkeit der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern gegeben ist. Wird im Rahmen einer Beschwerde eine nicht lege artis erbrachte Behandlung gerügt, wären derartige Ansprüche direkt gegenüber dem Behandler geltend zu machen. Gegebenenfalls werden derartige Beschwerden auch zuständigkeitshalber der Kammer infolge eines berufsrechtlichen Kontextes weitergeleitet.

Für den Fall, dass KVseitig ein begründeter Fall einer Verletzung vertragsärztlicher Pflichten erblickt wird, würde dies disziplinarrechtlich gemäß § 80 Abs. 5 SGB V gewürdigt.

3. Welche Hilfen/Ansprechpartner für Patient/innen gibt es bei Verdacht auf fehlerhafte Behandlung? Wie werden diese kommuniziert und evaluiert?

Antwort KVMV:

Wir gehen davon aus, dass diese Frage von der ÄK-MV zu beantworten ist. Seitens der KVMV besteht keine Zuständigkeit für zivilrechtliche Arzthaftungsfragen. Daher erfolgt ein Verweis an die zuständige Krankenkasse, die dem Patienten gegenüber zur Beratung verpflichtet ist, sowie an die Ärztekammer bzw. die Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der Norddeutschen Ärztekammern. Darüber hinaus wird auf die Möglichkeit hingewiesen, sich an die unabhängige Patientenberatung zu wenden. Nach § 65b SGB V besteht für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen eine Pflicht zur Förderung von Einrichtungen, die Verbraucherinnen und Verbraucher sowie Patientinnen und Patienten in gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen qualitätsgesichert und kostenfrei informieren und beraten.

Etwaige fehlerhafte Behandlungen sind zivilrechtlich dem Arzt-Patienten-Verhältnis zuzuordnen, angesichts dessen Ansprüche direkt gegenüber dem behandelnden Arzt bzw. Psychotherapeuten geltend zu machen wären.

4. Ist Ihnen die Bandbreite der vorhandenen Patientenorganisationen im Land bekannt?

Antwort KVMV:

Kenntnis über die vorhandenen Patientenorganisationen besteht schon aufgrund deren gesetzlich vorgesehenen Mitwirkung in diversen Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung.

5. Mit welchen Organisationen wird im Sinne der Patient/innen zusammengearbeitet? Wo besteht der Wunsch nach weiteren Kontakten?

Antwort KVMV:

Die im V. Sozialgesetzbuch geregelte vertragsärztliche Versorgung ist als gemeinsame Selbstverwaltung von Vertragsärzten und Krankenkassen konzipiert (vgl. § 72 Abs. 1 Satz 1), wobei Vertreter von Ärzten und Krankenkassen sowohl auf Bundesebene als auch auf Landesebene in Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung zusammenarbeiten. Auf Bundesebene sind es Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung von Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Spitzenverband der Krankenkassen. Hier auf Landesebene ist es hinsichtlich der Bedarfsplanung des Landes der paritätisch besetzte Landesausschuss unter Einbeziehung von Patientenvertretern. Darüber hinaus paritätisch besetzte Gremien hinsichtlich der Zulassung bzw. Ermächtigung von Ärzten. Die Erstbefassung hinsichtlich derartiger Beteiligungen findet im Zulassungsausschuss statt. Im Rahmen etwaiger Widerspruchserhebung ist es sodann der Berufungsausschuss der

Ärzte und Krankenkassen. Auch diese Gremien arbeiten unter Mitwirkung von Patientenvertretern.

6. Wie kann aus Ihrer Sicht eine Verbesserung der Zusammenarbeit mit den Patientenorganisationen und deren Dachverband, der SELBSTHILFE MV erreicht werden?

Antwort KVMV zu 4. - 6:

Wir arbeiten mit der SELBSTHILFE MV zusammen. Vorläufiges Ergebnis ist ein LOI, zu dessen Umsetzung sich die Beteiligten verpflichtet haben.

7. Welche Konzepte gibt es, um Patient/innen und medizinisches Personal im Versorgungsalltag auf Augenhöhe zu bringen? Gibt es dazu Gespräche mit Patientenorganisationen? Welche Erfahrungen gibt es im Land und aus anderen (Bundes)Ländern?
8. Welche Hilfen/Ansprechpartner für Patient/innen gibt es in MV bei Verdacht auf fehlerhafte Behandlung? Wie werden diese kommuniziert und evaluiert?

Antwort KVMV:

Dies ist bereits unter Frage 3 beantwortet worden.

9. Ist Ihnen das bundesweite Aktionsbündnis Patientensicherheit bekannt? Wie können die dort erarbeiteten Empfehlungen in MV genutzt werden?
10. Wie unterstützt die KV MV die Arbeit der ehrenamtlichen Patientenvertreter/innen seit Beginn ihrer Arbeit im Jahr 2004?
11. Wie unterstützt die KV MV die Koordinierungsstelle der Patientenvertretung in MV, die seit 2004 ehrenamtlich beim Dachverband SELBSTHILFE MV erfolgt?
12. Welche Veränderungen müsste es aus Sicht der KV MV geben, um eine Patientenvertretung auf Augenhöhe mit den anderen Beteiligten in den Gremien der Selbstverwaltung zu ermöglichen?
13. Welche Verbesserungen sind geplant und sind diese mit den maßgeblichen Organisationen zur Interessenvertretung von Patient/innen bzw. der Koordinierungsstelle im Land abgestimmt?
14. In welchen Bereichen beziehen Sie das Wissen der Patientenorganisationen und ihres Dachverbandes ein? Wo nicht? Welche Veränderungen strebt die KV MV an?
15. Welcher Faktoren bedarf es aus Ihrer Sicht, um den Letter of Intent zwischen der KV MV und der SELBSTHILFE MV zur Verbesserung der Barrierefreiheit in der ambulanten medizinischen Versorgung zum Erfolg zu führen?

Antwort KVMV zu 9. -15.:

Patientenvertreter haben mit Einführung des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) seit 2004 in den Zulassungsgremien (Zulassung- und Berufungsausschuss) und im (erweiterten) Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 140f Abs. 3 SGB V ein Mitberatungsrecht. Ihre Tätigkeit wird im Rahmen der geltenden Vorschriften entschädigt. Die Entschädigung wird jeweils hälftig durch die KV MV und die Landesverbände der Krankenkassen finanziert.

Die Entsendung der Patientenvertreter erfolgt durch die entsprechenden Organisationen der Patienten. Wir gehen angesichts der gesetzlichen Regelungen davon aus, dass diese geeignete Personen entsenden, die über die erforderliche Sachkunde verfügen und auf Augenhöhe die Interessen der Patienten vertreten können.

Darüber besteht eine Zusammenarbeit zur Erarbeitung und Umsetzung des LOI.

16. Welche Konzepte gibt es, um Patient/innen und medizinisches Personal im Versorgungsalltag auf Augenhöhe zu bringen? Gibt es dazu Gespräche mit Patientenorganisationen? Welche Erfahrungen sind Ihnen dazu aus anderen (Bundes)Ländern bekannt?
17. Welche Entwicklung sieht die KV MV auf dem Weg zu mehr Patientenorientierung im Gesundheitswesen?

IX. Finanzierung / Vergütung

1. Wie beurteilen Sie das Finanzierungssystem vor dem Hintergrund einer bedarfsorientierten medizinischen Versorgung auch in der Fläche? Sehen Sie Fehlanreize?

Antwort der KVMV:

Zur gesetzlichen Bedarfsplanung haben wir uns unter A 8 geäußert. Die dargelegten Mängel der Bedarfsplanung erfordern, zunächst die „bedarfsorientierte medizinische Versorgung“ sachgerecht zu definieren.

Die bestehenden Möglichkeiten, wie z. B. Sicherstellungszuschläge in (drohend) unterversorgten Regionen des hausärztlichen Versorgungsbereichs, werden bereits genutzt, um die Versorgung in der Fläche sicherzustellen. Der Frage, ob und wie die Finanzierungssysteme anzupassen sind, sollte die Überarbeitung der Bedarfsplanungsrichtlinie vorangehen.

2. Wie bewerten Sie die Zweiteilung der medizinischen Versorgung in Deutschland aufgrund der Unterteilung in privat und gesetzlich Versicherte und die sich daraus ergebenden unterschiedlichen Honorarkataloge?

Antwort der KVMV:

Siehe hierzu unsere Antwort zur Frage IX.5.

3. Wie bewerten Sie die Vielfalt der Krankenkassenlandschaft und den begonnenen Prozess der Konzentration und Reduzierung dieser?

4. Welchen prozentualen Anteil des BIP halten Sie Ausgaben für die medizinische Versorgung der Bevölkerung für sinnvoll und anstrebenswert (Bitte unterteilen in: Gesamt und ggf. anteilig in Stationäre Versorgung, Ambulante Versorgung und Zahnmedizinische Versorgung)?

Antwort der KVMV:

Auch diese Frage ist von bundespolitischer Bedeutung und unter dem Titel der Enquete-Kommission: „Zukunft der med. Versorgung in MV“ von nachrangiger Bedeutung. Nach Auffassung der KVMV müsste sie vielmehr lauten: Wieviel medizinische Versorgung will sich die Gesellschaft leisten?

Momentan können wir nur den derzeitigen Stand beurteilen und hier ist seit Jahren festzustellen, dass die Finanzierung im vertragsärztlichen Bereich hinter der Veränderung der Morbidität und der Kosten zurückbleibt.

5. Wie stehen Sie zur Zweiteilung der medizinischen Versorgung in Deutschland aufgrund der Unterteilung in privat und gesetzlich Versicherte und den sich daraus ergebenden unterschiedlichen Honorarkatalogen?

Antwort der KVMV:

Das ist eine Tatsache, die in MV allerdings aufgrund der überschaubaren Anzahl von Privatversicherten eine untergeordnete Rolle spielt.

Hinsichtlich der Vielzahl von Einzelproblemen, welche die Vereinheitlichung der Honorarsysteme mit sich bringen würde, können wir auch auf den Bericht der „Wissenschaftlichen Kommission für modernes Vergütungssystem (KOMV)“ auf Bundesebene verweisen.

6. Wie stehen Sie zur Vielfalt der Krankenkassenlandschaft?

Antwort der KVMV:

Um einen gewissen Wettbewerb und eine Regionalität zu erhalten und zu nutzen, ist auch eine Vielfalt von Krankenkassen sinnvoll. Im Umkehrschluss sind Systeme mit vereinheitlichten Kassenstrukturen kaum durch Innovationen oder schnelles Reaktionsvermögen in Erscheinung getreten.

Die noch vorhandene Regionalität der Krankenkassen (AOK Nordost) hat sich bei der schnellen Reaktion auf die Coronapandemie in MV außerordentlich bewährt. Es wäre wünschenswert, diese Handlungsfähigkeit auch für die übrigen großen Krankenkassen herzustellen.

X. Telemedizin / Datenschutz

1. Wie beurteilen sie den gegenwärtigen Einsatz der Telemedizin? Welche Probleme und Verbesserungsmöglichkeiten sehen Sie?

Antwort KVMV:

Die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten im Bereich der KVMV stehen der Telemedizin aufgeschlossen gegenüber.

So wurden 12.777 Videosprechstunden im Quartal II/2020 von 236 Psychotherapeuten und 188 Ärzten durchgeführt.

Die mit 95,4 % weit über dem Bundesdurchschnitt liegende Ausstattung der Vertragsärzte mit den Telematik-Infrastruktur-Komponenten und die Nutzung des verfügbaren Dienstes belegt diese Aussage.

Mit der flächendeckenden Verfügbarkeit der bundeseinheitlichen KIM-Dienste (Kommunikation im Medizinwesen), einem sicheren E-Mail-Dienst in der TI, zum Ende des Jahres 2020, wird voraussichtlich die innerärztliche elektronische Kommunikation deutlich an Bedeutung gewinnen. Bisher liegt der Anteil der Betriebsstätten, die den E-Mail-Dienst im KV-SafeNet, KV-Connect, eingesetzt haben bei etwas über 20%.

Kritik gibt es hinsichtlich der Umsetzung der TI und des Datenschutzes s. Antwort zu A.1 Nr. 2.3.2.

2. Wie beurteilen Sie die Verknüpfung der IT-Struktur zwischen dem ambulanten und stationären Sektor? Was müsste verbessert werden?

Antwort KVMV:

Die Verknüpfung der IT-Strukturen zwischen ambulantem und stationärem Sektor ist ausbaufähig. Wichtige Voraussetzung dafür ist die vollständige Ausstattung, auch der Krankenhäuser mit der TI und die Nutzung der bundeseinheitlichen KIM-Dienste oder Anwendungen zur sektorübergreifenden Kommunikation, auch durch die Krankenhäuser. Es sollten keine `Leuchtturmprojekte` gefördert werden, die nicht auf die bundeseinheitlichen Standards setzen.

3. Welche infrastrukturellen und organisatorischen Voraussetzungen werden für einen realistischen, flächendeckenden Einsatz von Telemedizin benötigt?

Antwort KVMV:

Der Breitbandbandausbau und damit die Verfügbarkeit von schnellem Internet an allen Praxisstandorten ist hier ein entscheidender Erfolgsfaktor. Sämtliche Kosten für die TI-Hard- und -software sowie auch die erheblichen Dienstleistungskosten sollten dauerhaft durch die Krankenkassen getragen werden.

Förderung von Telemedizinprojekten durch die Landesregierung sollte nur nach Abstimmung zwischen ambulantem und stationärem Sektor erfolgen. Förderungen müssen nachhaltig angelegt sein und sicherstellen, dass sich ein Regelbetrieb finanzieren lässt.

4. Welche Chancen und Risiken sehen Sie im Einsatz der Telemedizin im Allgemeinen sowie im Flächenland Mecklenburg-Vorpommern im Besonderen?

Antwort der KVMV:

Telemedizin kann immer nur ein ergänzendes Angebot zum persönlichen Arzt-Patientenkontakt in der ambulanten Versorgung sein. Sie kann den Mangel an Haus- und Fachärzten oder Psychotherapeuten nicht ersetzen. Eine große Chance wird in

der bundeseinheitlichen innerärztlichen Kommunikation gesehen, die helfen kann, vorhandene Ressourcen effektiv einzusetzen.

5. Telemedizinische Angebote wie Videosprechstunden für Patientinnen und Patienten bieten zur Überbrückung der vergleichsweise weiten Wege im Flächenland M-V neue Chancen, um bspw. bei Verlaufskontrollen oder Bagatellerkrankungen Praxisbesuche zu vermeiden. In diesem Markt werben neue – ausschließlich telemedizinisch tätige - Anbieter um die Patientinnen und Patienten, bspw. die TeleClinic mit Sitz in München. Wie beurteilen Sie diese Entwicklung? Betrachten Sie die neuen kommerziellen Anbieter als Konkurrenz oder als sinnvolle Angebotsergänzung und Entlastung für die niedergelassenen Ärzte?

Antwort KVMV:

Neue, kommerzielle Anbieter von ausschließlich telemedizinischen Leistungen unterliegen in vielen Bereichen der vertragsärztlichen Versorgung nicht den Vorschriften, die für niedergelassene Ärzte gelten. Das betrifft alle Bereiche der vertragsärztlichen Tätigkeit, von der Praxisfinanzierung bis zur Teilnahme am Bereitschaftsdienst. Hierdurch sind Vertragsärzte erheblich benachteiligt (siehe auch 4.)

Darüber hinaus sollten Entwicklungen im Bereich der Praxisverwaltungssysteme (PVS) beachtet werden um Monopolisierung von Softwareanbietern zukünftig zu vermeiden. Dazu ist es notwendig, auf offene und freiverfügbare Softwareschnittstellen zu setzen um ein breites Marktangebot zu erhalten und nicht auf einzelne Hersteller.

6. Vergleichsweise spät hat die Landesärztekammer M-V Ende 2019 den Weg für die ausschließliche Fernbehandlung freigemacht. Ärztinnen und Ärzte bieten sich nun neue Möglichkeiten, bspw. bei der Gestaltung effizienterer Arbeitsabläufe. Mit welchen Maßnahmen und Angeboten der Ärztekammer und/oder der Kassenärztlichen Vereinigung werden die Ärztinnen und Ärzte auf die neuen Herausforderungen und Chancen vorbereitet und unterstützt?

Antwort KVMV:

Die KVMV informiert und schult die Vertragsärzte regelmäßig in Veröffentlichungen und Vorträgen zu den telemedizinischen Anwendungen und zur Telematik Infrastruktur. Bürokratische Hürden, wie Genehmigungen, bspw. für Videosprechstunden oder bei der TI-Kostenerstattung werden auf das Notwendigste beschränkt. Die KVMV bietet unentgeltliche EDV-Beratungen für niedergelassene Ärzte an, die auch gern genutzt werden.

7. Welche Konzepte existieren, um Telemedizin zu einer breiteren Anwendung zu bringen? Welche Maßnahmen werden ergriffen, um umfassenden Datenschutz zu gewährleisten und so Vertrauen bei den Patient/innen zu schaffen, solche Angebote anzunehmen?

Antwort der KVMV:

Die KVMV fördert seit einigen Jahren die Nutzung von KV-Connect für die innerärztliche Kommunikation finanziell und unterstützt Ärztenetze technisch-organisatorisch. Veröffentlichungen im Journal der KVMV und im Mitgliederportal zu Datenschutzproblemen finden regelmäßig statt. Bei der Umsetzung der DSGVO unterstützt die KVMV die niedergelassenen Ärzte durch Informationsmaterialien und Schulungen, die gemeinsam mit dem Landesdatenschutzbeauftragten abgestimmt bzw. durchgeführt wurden.

Die Vorgaben des Datenschutzes müssen auf die Belange und Anforderungen in den Praxen abgestimmt werden.

8. Ist die Zusammenarbeit mit dem Landesdatenschutzbeauftragten im Bereich der gesundheitlichen Versorgung gegeben? Wenn ja, in welcher Form? Wenn nein, welcher Expertise bedienen Sie sich?

Antwort KVMV:

Die Zusammenarbeit mit dem Landesdatenschutzbeauftragten im Kontext mit der vertragsärztlichen Versorgung kann als gut bezeichnet werden. So gab es z. B. anlässlich des Inkrafttretens der Datenschutzgrundverordnung, die sämtliche an der vertragsärztlichen Versorgung Beteiligten betraf, im gesamten Bereich des Landes gemeinsam konzipierte Veranstaltungen, welche reges Interesse der Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern fanden. Die dort aufgeworfenen Fragen wurden dann nachfolgend aufgearbeitet und im KV-Journal als Mitteilungsblatt der an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligten Mitglieder publiziert. Ansonsten gibt es einen guten gegenseitigen kollegialen Austausch über die die ambulante vertragsärztliche Versorgung betreffenden datenschutzrechtlichen Fragestellungen.

9. Durch welche Maßnahmen können Sie darauf hinwirken, dass die von Experten bemängelte Datensicherheit in Praxen, angefangen beim Tresen mitten im Wartezimmer bis hin zur von außen angreifbaren IT-Struktur zukünftig flächendeckend sichergestellt wird?

Antwort KVMV:

Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass die in den Arztpraxen installierten EDV-Komponenten einer Zertifizierung unterliegen und erst nach näherer Prüfung für die ambulante vertragsärztliche Versorgung freigegeben werden.

Unabhängig vom Vorstehenden setzt sich die KVMV für eine bürokratiearme und praktikable Umsetzung der Richtlinie nach §75b SGB V ein. Es werden hierdurch die technisch-organisatorischen Maßnahmen im Sinne von Artikel 23 der DSGVO standardisiert.

Dringend erforderlich sind eine Finanzierung der entsprechenden Anforderungen, die bisher ungeklärt ist und eine für Ärzte verständliche und umsetzbare Richtlinie.

XI. Fachkräfte/ Personalressourcen

1. Wie beurteilen Sie die aktuelle Fachkräftesituation in Ihrem Bereich, welche Über- bzw. Unterversorgung sehen Sie aktuell und künftig?
2. Welchen Handlungsbedarf sehen Sie und inwieweit sind die Initiativen der Landesregierung in Bezug auf Fachkräftegewinnung von Ärzten und Fachkräften in den nichtakademischen Gesundheitsberufen aus Ihrer Sicht ausreichend oder könnten bzw. müssten in welcher Art und Weise verstärkt bzw. erweitert werden?
3. Welche Gründe sind Ihnen bekannt, weswegen junge Ärzt*innen bzw. Pharmazeut*innen eine Niederlassung in M-V nicht anstreben oder sich Schulabgänger*innen in den nichtakademischen Gesundheitsberufen in anderen Bundesländern ausbilden lassen und nicht in unserem Bundesland verbleiben?
4. Wie bewerten Sie die sogenannte doppelte Facharztstruktur im Gesundheitssystem der Bundesrepublik Deutschland?
5. Die Personalsituation im Land verschärft sich zusehends. Welche Maßnahmen der Politik halten Sie für geeignet um diesem Problem zu begegnen?

Antwort KVMV:

Die Fragen 1. – 5. wurden bereits unter A.1 beantwortet.

6. Welche Maßnahmen werden ergriffen um dem demographischen Wandel bei den niedergelassenen Zahnärzten zu begegnen? Welche Konzepte sind in Arbeit und welche werden bereits mit Blick auf den Sicherstellungsauftrag umgesetzt? Gibt es einen regelhaften Austausch zwischen KZV MV und KVMV, um von Erfahrungen zu profitieren? Welche Aktivitäten erfolgen bei oder mit den in MV ansässigen Universitäten, um die Attraktivität einer Niederlassung ggf. gemeinsam mit den Kommunen und dem Land in MV zu erhöhen? Welche Maßnahmen wurden mit den Kommunen/Landkreisen ergriffen, um die Attraktivität von Niederlassungen in ländlichen Regionen zu erhöhen?

Antwort KVMV:

Die Frage wurde bereits z.T. unter A.1 beantwortet.

Ein gemeinsames Potential für eine Zusammenarbeit zwischen KV und KZV in Fragen des ärztlichen und zahnärztlichen Nachwuchses ist aufgrund der grundsätzlich unterschiedlichen Studiengänge gering.

7. Welche Aktivitäten seitens der ZÄK MV werden berufspolitisch umgesetzt, um die Attraktivität des Zahnarztberufs zu erhöhen? Es studieren vermehrt Frauen Zahnmedizin, die eher in Anstellungsverhältnissen anstelle einer Selbständigkeit als Zahnärztinnen tätig werden. Welche Maßnahmen sind geplant, um die Niederlassung für Frauen attraktiver zu machen, ggf. die Anzahl der niederlassungswilligen Studierenden zu erhöhen?

Antwort KVMV:

Die Frage gehört zur ZÄK MV.

8. Halten Sie das Ausbildungsangebot in M-V im Bereich Medizin/ Zahnmedizin für ausreichend?

Antwort KVMV:

Die Frage wurde bereits unter A.1 beantwortet.

9. Sind Ihnen Gründe bekannt, warum viele Medizinstudenten nach Ihrer Ausbildung nicht in unserem Bundesland verbleiben?

Antwort KVMV:

Die Frage wurde z.T. bereits unter A.1. beantwortet.

Bekannt ist weiter, dass an den Universitäten in M-V viele Studenten aus anderen Bundesländern Humanmedizin studieren und diese nach erfolgreichem Abschluss ihres Studiums zur Facharztausbildung unser Bundesland verlassen.

Hier ist das Land gefordert, das Potential der beiden Universitäten auch für den ärztl. Nachwuchs in M-V besser zu nutzen.

10. Die Facharztausbildung erfolgt entsprechend des Weiterbildungskataloges für das entsprechende Fach. Dieser Katalog wird von den Landesärztekammern festgelegt und orientiert sich an der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer. Wie beurteilen Sie die Bedingungen in M-V aus Sicht von jungen Ärztinnen und Ärzte in Bezug auf Inhalte, Dauer und Organisation der Weiterbildung, insbesondere im Hinblick auf die Konkurrenzsituation mit anderen Bundesländern beim Werben um junge Ärztinnen und Ärzte? Welche Gründe sprechen gegen eine bundesweite Vereinheitlichung der Weiterbildungskataloge?
11. Ist es zielführend, eine doppelte Facharztstruktur dauerhaft beizubehalten? Welche Möglichkeiten sehen sie für eine bessere und bedarfsorientierte Durchlässigkeit beim Zulassungs-/Ermächtigungsverfahren für Krankenhausärzte?

Antwort KVMV:

Diese Frage ist bereits unter A.1. und A.2 IV. beantwortet worden.

12. Neben der ärztlichen wird auch die Sicherstellung der zahnärztlichen Versorgung im ländlichen Raum zunehmend zum Problem. Welche (gemeinsamen) Maßnahmen ergreifen Zahnärztekammer und Kassenzahnärztliche Vereinigung beim Werben um den Zahnärztenachwuchs? Inwiefern wird hierbei bspw. auf den Einsatz neuer sozialer Medien gesetzt?

Antwort KVMV:

Die Frage gehört zur KZVMV und ZÄK MV.

13. Zum siebten Mal in Folge hat die Bundesagentur für Arbeit den Apothekenberuf als Engpassberuf eingestuft. Welche Maßnahmen ergreift die Apothekerkammer beim Werben um den Berufsnachwuchs?

Antwort KVMV:

Die Frage gehört zur Apothekerkammer.

XII. Pandemie und Folgerungen

1. Welche beruflichen Erfahrungen haben Sie in den Zeiten der Corona-Pandemie gemacht und welche beruflichen Schlussfolgerungen ziehen Sie persönlich?
2. Nach ca. einem Jahr der Versorgung in der Corona-Pandemie lassen sich neue Rückschlüsse auf Versorgungsstrukturen ziehen.
 1. Welche Entwicklungen sehen Sie als besonders positiv?
 2. Welche Entwicklungen sehen Sie als besondere Belastung?
 3. Welche Neuerungen wollen Sie über das Ende der Pandemie hinaus beibehalten?
3. Welche Handlungsbedarfe in Bezug auf die Corona-Pandemie sehen Sie nach wie vor in M-V und bundesweit?
4. Welche Konzepte gibt es, um zukünftig im Pandemiefall die Versorgung der Patient/innen sicherzustellen? Wurden die Patientenorganisationen bzw. ihre aktuellen Erfahrungen in deren Entwicklung einbezogen?

Antwort KVMV:

Diese Fragen wurden unter A.1 - Coronapandemie - beantwortet.

B. Gesamteinschätzung / Bewertung

1. Wie beurteilen Sie allgemein die aktuelle medizinische Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern in Qualität und Quantität (ambulant und stationär)? Welche Probleme und Ursachen sind zu benennen (bitte auch in ihrer Wertigkeit bzw. Dringlichkeit ihrer Lösung) und welche Auswirkungen haben diese Mängel auf die Patientenversorgung. Mit welchen Maßnahmen können die Mängel beseitigt werden? Welche Herausforderungen werden für die Zukunft gesehen?
2. Wie wird die flächendeckende Versorgung definiert? Gibt es gegenwärtig unterversorgte bzw. überversorgte Regionen?

Antwort KVMV:

Diese Fragen wurden soweit sie den Zuständigkeitsbereich der KVMV berühren unter A. Zusammenfassung und Fazit sowie A.1 beantwortet.

C. Zukunftsansätze

1. Wie kann eine flächendeckend vernetzte, wohnortnahe ärztliche Versorgung sowie bedarfsgerechte Medikamentenversorgung sichergestellt werden?
2. Wie werden sich die Versorgungsschwerpunkte in den kommenden zehn Jahren verschieben? Was ist aus Ihrer Sicht notwendig, um eine bedarfsgerechte und flächendeckende Versorgung in Zukunft sicherzustellen?
3. Was müsste verändert werden, damit die heute sektorale Bedarfsplanung in eine Versorgungsplanung im integrierten Sinne mit den Kernelementen der kleinräumigen (deutlich kleiner als die Landkreisgrenzen), sektorenübergreifenden sowie morbiditätsorientierten Planung überführt werden kann? Ist ein solcher Ansatz in überschaubaren Zeiträumen überhaupt realisierbar?
4. Wie kann die Zusammenarbeit mit dem Bund, den Kommunen, den Kassen, der KV, der Krankenhausgesellschaft und den Vertretern der Pflege sowie Vertreter/innen der maßgeblichen Patientenorganisationen in verbindlicher, ergebnisorientierter Weise sichergestellt werden?
5. Welche Formen mobiler Angebote der ärztlichen Betreuung und der Medikamentenverteilung sind organisierbar und finanzierbar?

Antwort KVMV:

Diese Fragen wurden - soweit sie den Zuständigkeitsbereich der KVMV berühren - unter A. Zusammenfassung und Fazit sowie unter A.1 beantwortet.



Sämtliche Aktivitäten der Kassenärztlichen Vereinigung M-V (KVMV), um die ambulante ärztliche Versorgung im Land zu sichern und zu verbessern:

1. Maßnahmen zur Gewinnung zusätzlicher Ärzte für von Unterversorgung bedrohte Gebiete:

- Gewährung von Investitionskostenzuschüssen bei Zulassung von Ärzten (25.000 Euro bis zu 75.000 Euro);
- Gewährung von Zuschüssen für die Anstellung von Ärzten bei Schaffung zusätzlich besetzter Arztstellen (bis zu 20.000 Euro);
- Gewährung von Investitionskostenzuschüssen bei der Gründung von Außenstellen/Zweigpraxen (5.000 Euro bis zu 20.000 Euro);
- Gewährung von Gehaltskostenzuschüssen für die Beschäftigung von Ärzten zur Vorbereitung auf die Praxisübernahme (2.000 Euro pro Monat für längstens 12 Monate);
- Übernahme von Umzugskosten - z.B. bei Rückkehr von Ärzten aus dem Ausland oder bei Verlegung des Praxissitzes in einem unterversorgten bzw. von Unterversorgung bedrohten Bereich (bis zu 2.500 € für private Umzugskosten und bis zu 10.000 € bei Praxisumzug).

2. Maßnahmen zur Unterstützung von bereits niedergelassenen Ärzten in unterversorgten bzw. von Unterversorgung bedrohten Gebieten:

- Übernahme von Kosten für die Kinderbetreuung und für die Beschäftigung von Entlastungsassistenten bei Erziehungszeiten oder Erkrankung (max. 250 Euro monatlich);
- Zusatzzahlung bei Praxisausfall durch Mutterschaft (50 Euro pro Tag nach der Entbindung für insgesamt acht Wochen) für alle Ärztinnen und Psychotherapeutinnen, auch in den nicht von Unterversorgung bedrohten Gebieten und Fachgruppen;
- Gewährung von fallzahlabhängigen Sicherstellungszuschlägen;
- Neugestaltung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes einschließlich der Einrichtung von Bereitschaftsdienstpraxen an Krankenhäusern zur Entlastung der niedergelassenen Ärzte;
- Gewährleistung einer angemessenen Honorierung, Aussetzung honorarbegrenzender Maßnahmen.

3. Maßnahmen zur Verbesserung der Ansiedelung von Ärzten:

- Umfassende Übersicht über die Möglichkeiten ärztlicher Tätigkeit in M-V im Internet, siehe www.kvmv.info, Rubrik: „Mitglieder“ im Menüpunkt „Niederlassung und Anstellung“, einschließlich Praxisbörse, Überblick über Beratungs- und Förderungsmöglichkeiten etc.;
- Zusammenarbeit mit den Kreisen, Ämtern, Gemeinden und Planungsverbänden zur Lösung von Versorgungsproblemen vor Ort und zur Behebung struktureller Defizite, die Ärzte von der Niederlassung abhalten – entsprechende Verträge für ein koordiniertes Vorgehen wurden mit dem Landkreistag und dem Städte- und Gemeindetag M-V abgeschlossen.

4. Maßnahmen zur Ausbildung des ärztlichen Nachwuchses:

- 2009 Einrichtung einer Stiftungsprofessur für Allgemeinmedizin an der Universität Rostock;
- Finanzielle Förderung der Facharztweiterbildung in Gebieten der grundversorgenden Fachgebiete mit Gehaltskostenzuschüssen von mindestens 4.800 Euro pro Weiterbildungsmonat in einer ambulanten Praxis;
- Finanzielle Förderung der pädiatrischen Weiterbildung außerhalb der Regelungen in § 75a SGB V mit einem monatlichen Gehaltskostenzuschuss von 4.800 Euro pro Weiterbildungsmonat in einer ambulanten kinderärztlichen Praxis in Kooperation mit der AOK Nordost;
- Vertragsärzte, die eine Weiterbildungsbefugnis beantragen, um sich zukünftig an der ambulanten Weiterbildung in der Allgemeinmedizin oder in einem der förderfähigen Fachgebiete der allgemeinen fachärztlichen Versorgung zu beteiligen, erhalten für den damit einhergehenden Aufwand eine Pauschale von 1.000 Euro;
- Übernahme der anfallenden Lohnnebenkosten in den ersten Monaten der ambulanten Weiterbildung von maximal 1.000 Euro monatlich;
- Finanzielle Förderung von Famulaturen (Praktika) in Vertragsarztpraxen mit bis zu 600 Euro pro Studierendem;
- Übernahme der anfallenden Fahrtkosten der Studierenden zu Blockpraktika in Landarztpraxen;
- Finanzielle Förderung allgemeinmedizinischer Lehrpraxen der Universitäten Rostock und Greifswald;
- Gewährung einer finanziellen Unterstützung für Medizinstudierende im Praktischen Jahr in Kooperation mit der Landesregierung M-V (800 Euro bis zu 4.000 Euro je Tertial);
- Erstattung von Aufwendungen bei Kursteilnahme am 80-Stunden Kurs im Rahmen der Facharzausbildung Allgemeinmedizin von 800 Euro, nach Aufnahme einer vertragsärztlichen Tätigkeit in M-V;
- Erstattung von Aufwendungen bei Teilnahme am Kurs „Psychosomatische Grundversorgung“ für niedergelassene Fachärzte der unmittelbaren Patientenversorgung in Höhe von 800 Euro
- Erstattung von Aufwendungen bei Teilnahme an der 40-stündigen Kurs-Weiterbildung Palliativmedizin für niedergelassene Fachärzte der unmittelbaren Patientenversorgung in Höhe von 1.000 Euro (Ausnahme MKG-Chirurgie u. Humangenetik)
- Erstattung der Aufwendungen für den Erwerb der Genehmigung zur Durchführung von Gruppentherapien für niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten in Höhe von 800 Euro
- Förderung der Zusatzweiterbildung Suchtmedizinische Grundversorgung für niedergelassene Ärzte in Höhe von 1.000 €
- Vorhaltung eines Referats „Weiterbildung/Verbundweiterbildung“ zur Unterstützung und Koordination von Weiterbildungsstellen im stationären und ambulanten Bereich
- Vereinbarung zur Verbesserung der Qualität und Effizienz der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin mit einem Volumen von insgesamt 60.000 Euro jährlich, in Kooperation mit der Landesregierung M-V und der AOK Nordost;
- Errichtung eines Kompetenzzentrums Weiterbildung Mecklenburg-Vorpommern mit den Universitäten des Landes, der KGMV und der Ärztekammer MV seit Oktober 2017;
- Regelmäßige Fortbildungsangebote für Ärzte in Weiterbildung, für niederlassungswillige Ärzte und neu niedergelassene Vertragsärzte;
- Finanzielle Unterstützung von Hospitationen in der ambulanten Versorgung für Fachärzte der unmittelbaren Patientenversorgung (100 Euro pro Hospitationstag für max. 5 Tage);

- Initiierung eines Mentoring-Programmes für Niederlassungen in Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung bei der der Mentor eine Aufwandspauschale erhalten kann (1.000 Euro je Mentee, max. 3.000 Euro jährlich);

5. Maßnahmen zur flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung

a) allgemein:

- Erstattung von Aufwendungen bei der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin von 1.000 Euro;
- Genehmigungen der Beschäftigungen arztentlastender Praxisassistenten (VERAH/NäPa/Care-Qualifikation/Gerda), derzeit circa 400 Praxen/MVZ in M-V.

b) unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten, durch Sonderverträge mit den Krankenkassen, unter anderem:

- Zur ambulanten Betreuung von Pflegeheimen („PflegeheimPlus“);
- Zur geriatrischen Komplexbehandlung (Koordinierung ärztlicher und nichtärztlicher Maßnahmen zur Verhinderung stationärer Behandlungsbedürftigkeit bei älteren Menschen);
- Zur ambulanten Palliativversorgung (ärztliche Versorgung in der letzten Lebensphase);
- Zur Behandlung chronischer Wunden
- Zur Durchführung von Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen (U10, U11 und J2)

Weitere Informationen:

www.kvmv.de

Kassenärztliche Vereinigung M-V (KVMV)

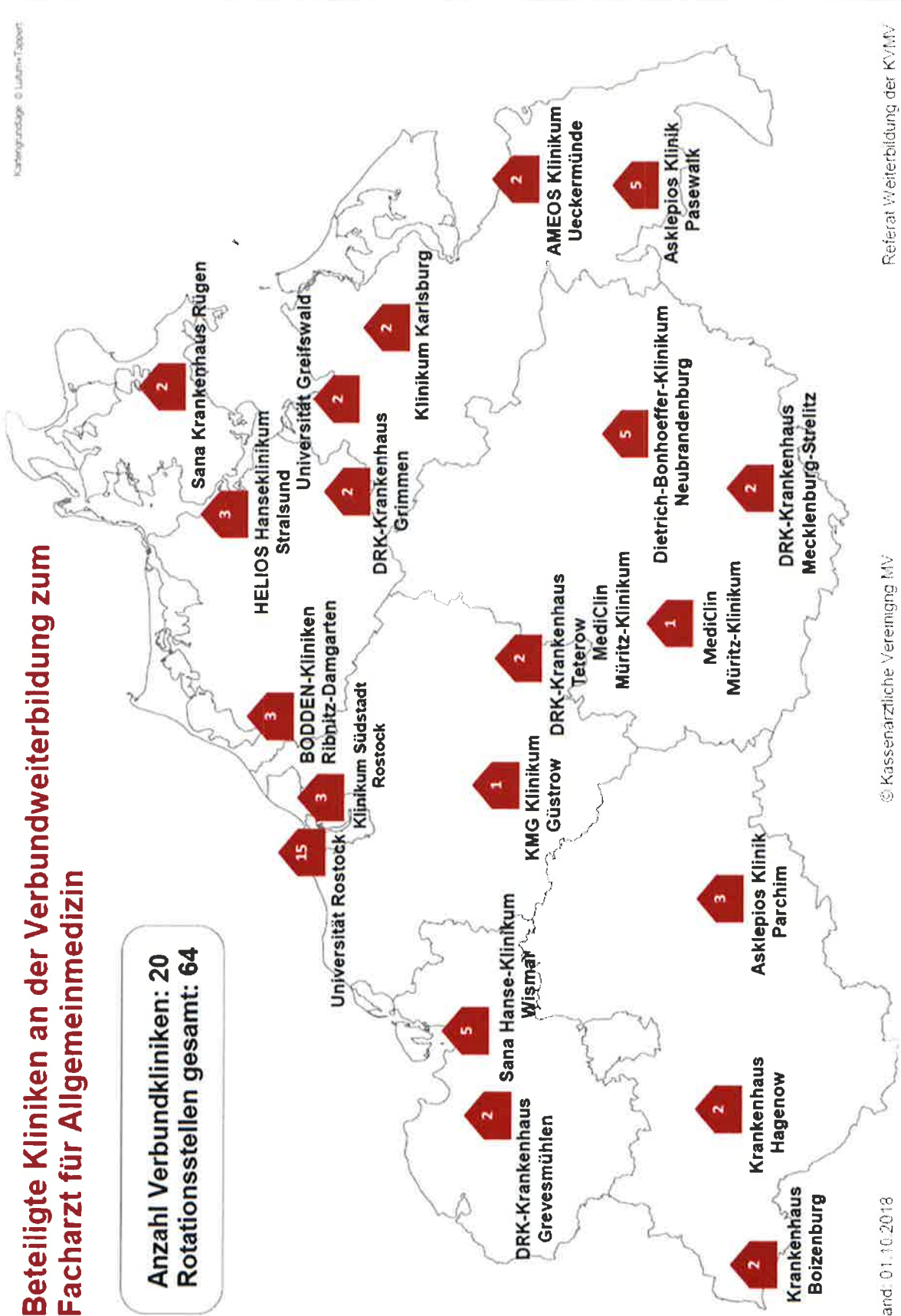
Abteilung Sicherstellung/Kassenärztliche Versorgung

Neumühler Str. 22, 19057 Schwerin, Tel.: 0385.7431 371, E-Mail: sicherstellung@kvmv.de

Stand: Januar 2020



Beteiligte Kliniken an der Verbundweiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin

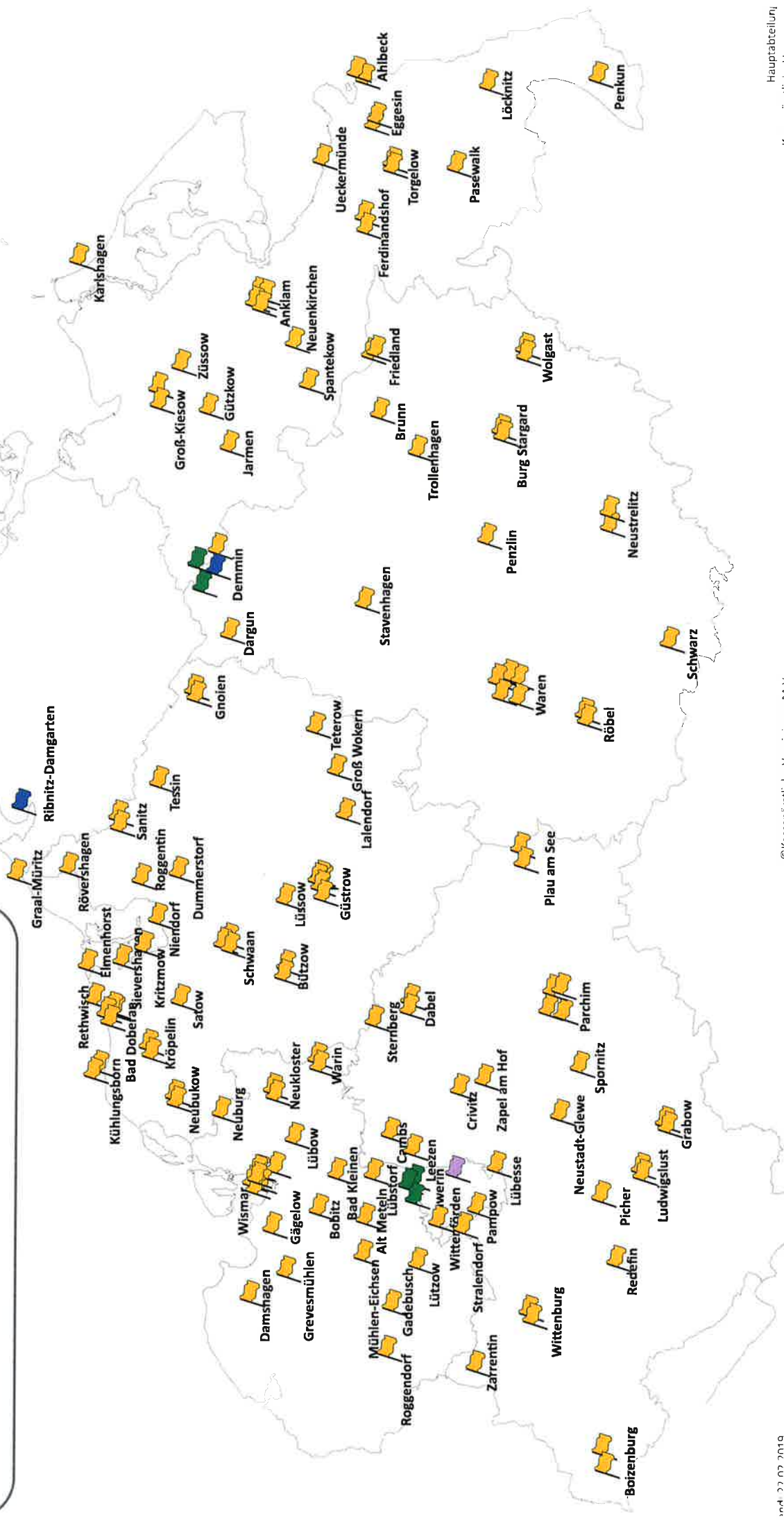
Anzahl Verbundkliniken: 20
Rotationsstellen gesamt: 64



geförderte Zulassungen in Mecklenburg-Vorpommern: Investitionskostenzuschüsse 2008 bis 2019

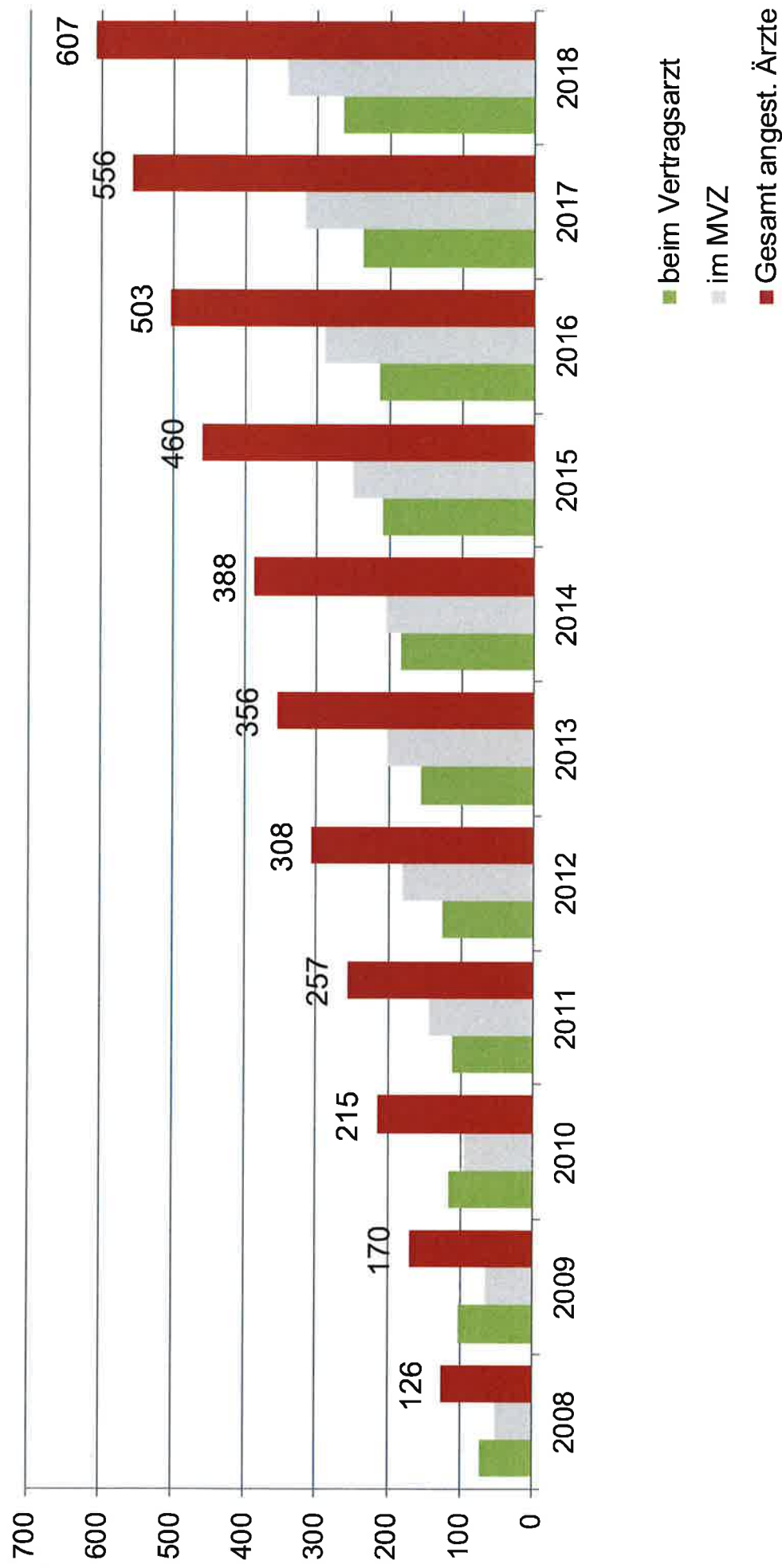
Anzahl genehmigter Investitionskostenzuschüsse nach Fachgebiet:

-  FÄ f. Allgemeinmedizin / Innere Medizin (hausärztlich tätig): 144
-  FÄ f. Augenheilkunde: 5
-  FÄ f. Haut- und Geschlechtskrankheiten: 1
-  FÄ f. Psychiatrie: 2





Entwicklung angestellter Ärzte in Mecklenburg-Vorpommern



Die ambulante ärztliche Versorgung in M-V



kreati✓ konstruktiv✓ konfliktiv✓



1. Aktuelle Situation

kreati✓ konstruktiv✓ konfliktiv✓

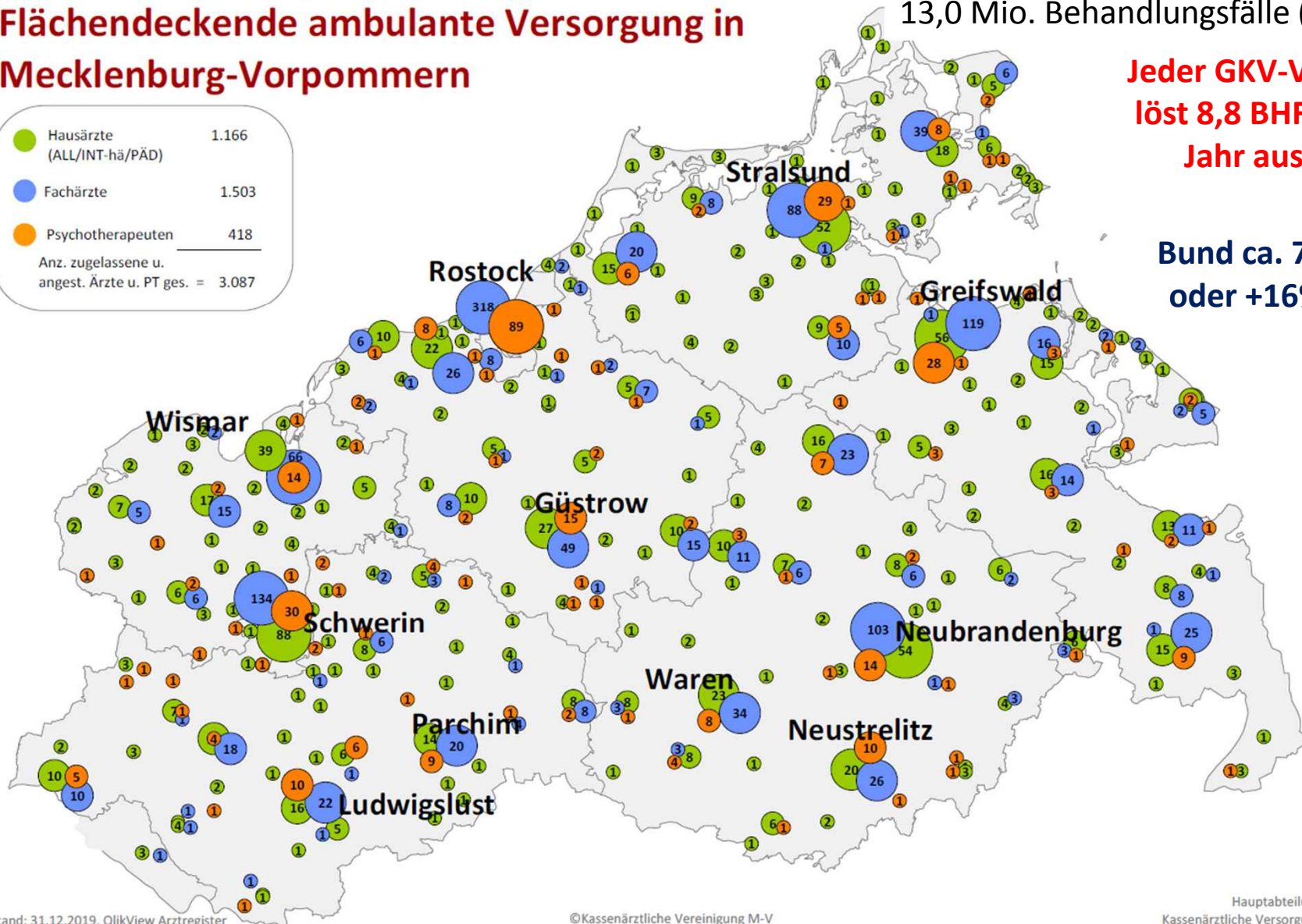
Flächendeckende ambulante Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern

1,46 Mio. GKV-Versicherte
13,0 Mio. Behandlungsfälle (BHF)

Jeder GKV-Vers.
löst 8,8 BHF im
Jahr aus

Bund ca. 7,6
oder +16%

● Hausärzte (ALL/INT-hä/PÄD)	1.166
● Fachärzte	1.503
● Psychotherapeuten	418
Anz. zugelassene u. angest. Ärzte u. PT ges. = 3.087	



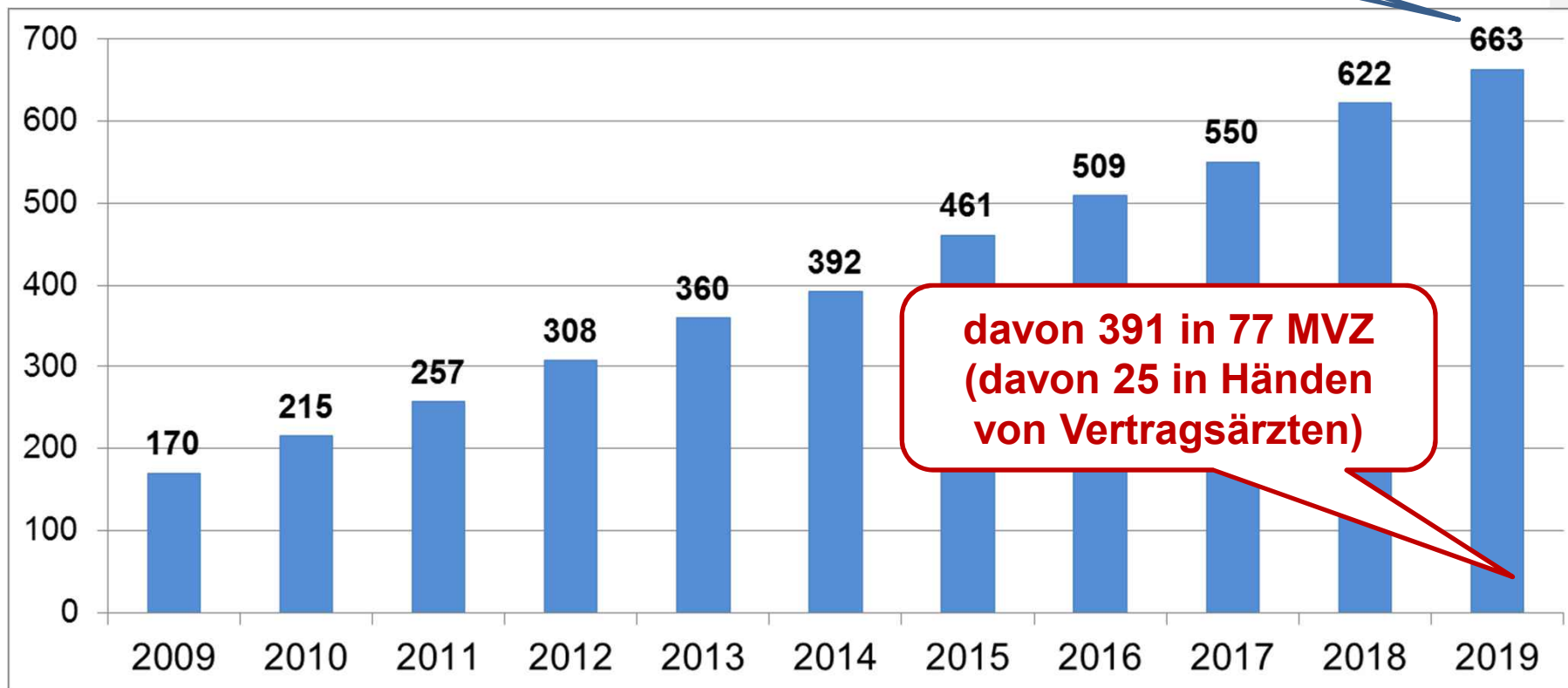
Entwicklung der angestellten Ärzte in M-V

13.05.2020



Veranstaltung | 1. Oktober 2020 | Seite 4

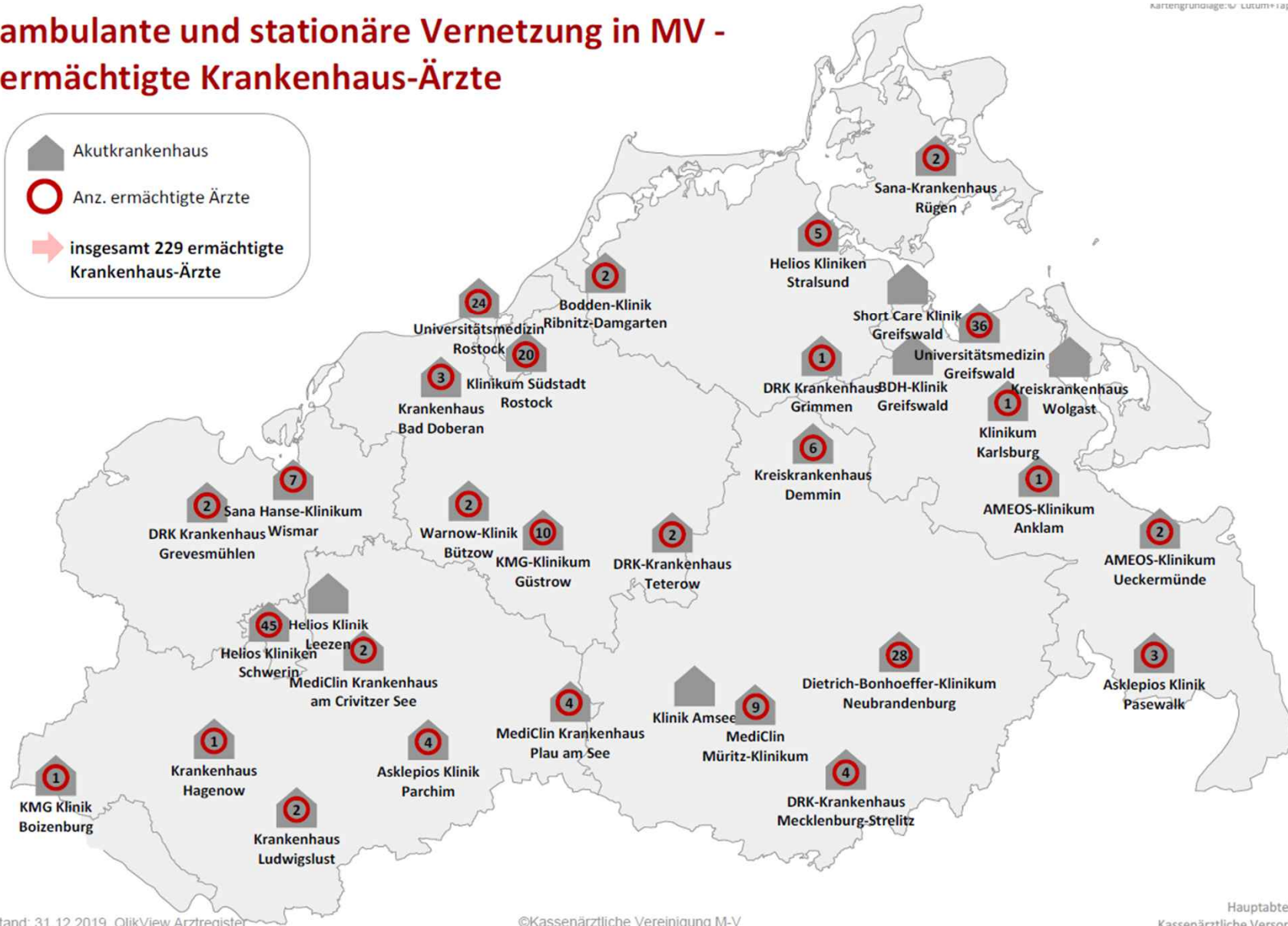
Entspricht 21% aller Ärzte
+ Psychotherapeuten
mit Trend zur Teilzeit!



ambulante und stationäre Vernetzung in MV - ermächtigte Krankenhaus-Ärzte

Kartengrundlage: © Lucum+Partner

-  Akutkrankenhaus
-  Anz. ermächtigte Ärzte
-  insgesamt 229 ermächtigte Krankenhaus-Ärzte



Stand: 31.12.2019, QlikView Arztregister

©Kassenärztliche Vereinigung M-V

Hauptabteilung
Kassenärztliche Versorgung

Anzahl und Verteilung der Hausarztpraxen mit genehmigter nicht-ärztlicher Praxisassistenz

Kartengrundlage: © Lutum+Tappert

● Gesamtanzahl: 349 Praxen
davon 240 mit VERAH-Care Vertrag







Stand: 31.12.2019

© Kassenärztliche Vereinigung M-V

Quelle: Geschäftsbereich Qualitätssicherung

Genehmigte nicht-ärztliche Praxisassistenten in Facharztpraxen

-  NÄPa in dermatologischer Praxis
-  NÄPa in internistischer Praxis
-  NÄPa in neurologischer Praxis
-  NÄPa in urologischer Praxis

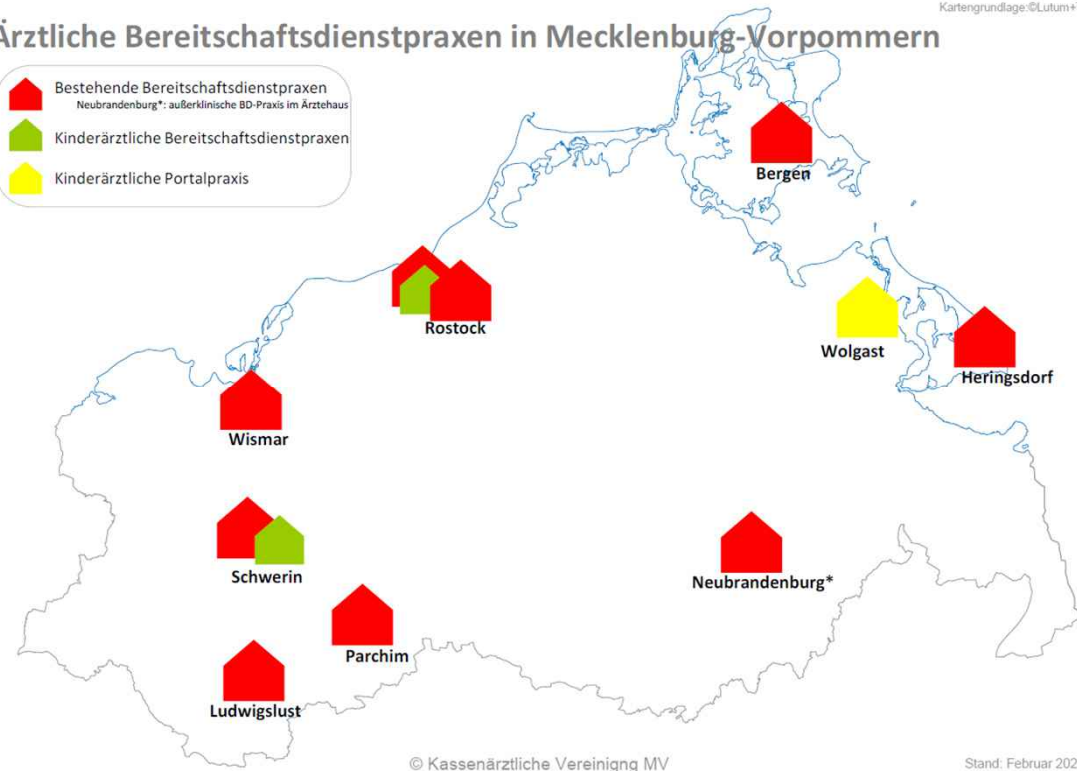
Anzahl gesamt: 28 NÄPa



Ärztlicher Bereitschaftsdienst (BD) - 116117

- ... ambulante ärztliche Versorgung außerhalb der Sprechstunden
- 62 BD Bereiche mit je einem Hausbesuchsdienst, 9 kinderärztliche Bereitschaftsdienste
- alle Haus- und Fachärzte nehmen teil
- Zusätzlich BD-Praxen

Ärztliche Bereitschaftsdienstpraxen in Mecklenburg-Vorpommern



2. Gesetzliche „Bedarfs“planung

- Einführung im Jahr 1990 per Gesetz um die **Anzahl der Vertragsärzte** zu **begrenzen** und **GKV-Finanzierbarkeit** zu **gewährleisten**
- Ist „**nur**“ eine Verteilungsplanung anhand von Arzt/Einwohnerschlüssel je Fachgruppe und dem sog. Versorgungsgrad (VG)
- Regelversorgung liegt bei $VG = 100\%$ vor
- **Überversorgung** und Sperrung für Zulassungen erfolgen ab $VG > 110\%$
- **Unterversorgung** bei Hausärzten ab $VG < 75\%$, Fachärzten $VG < 50\%$

8 Bereiche für Zulassung gesperrt „x“ (VG > 110%)

104,5 offene Stellen

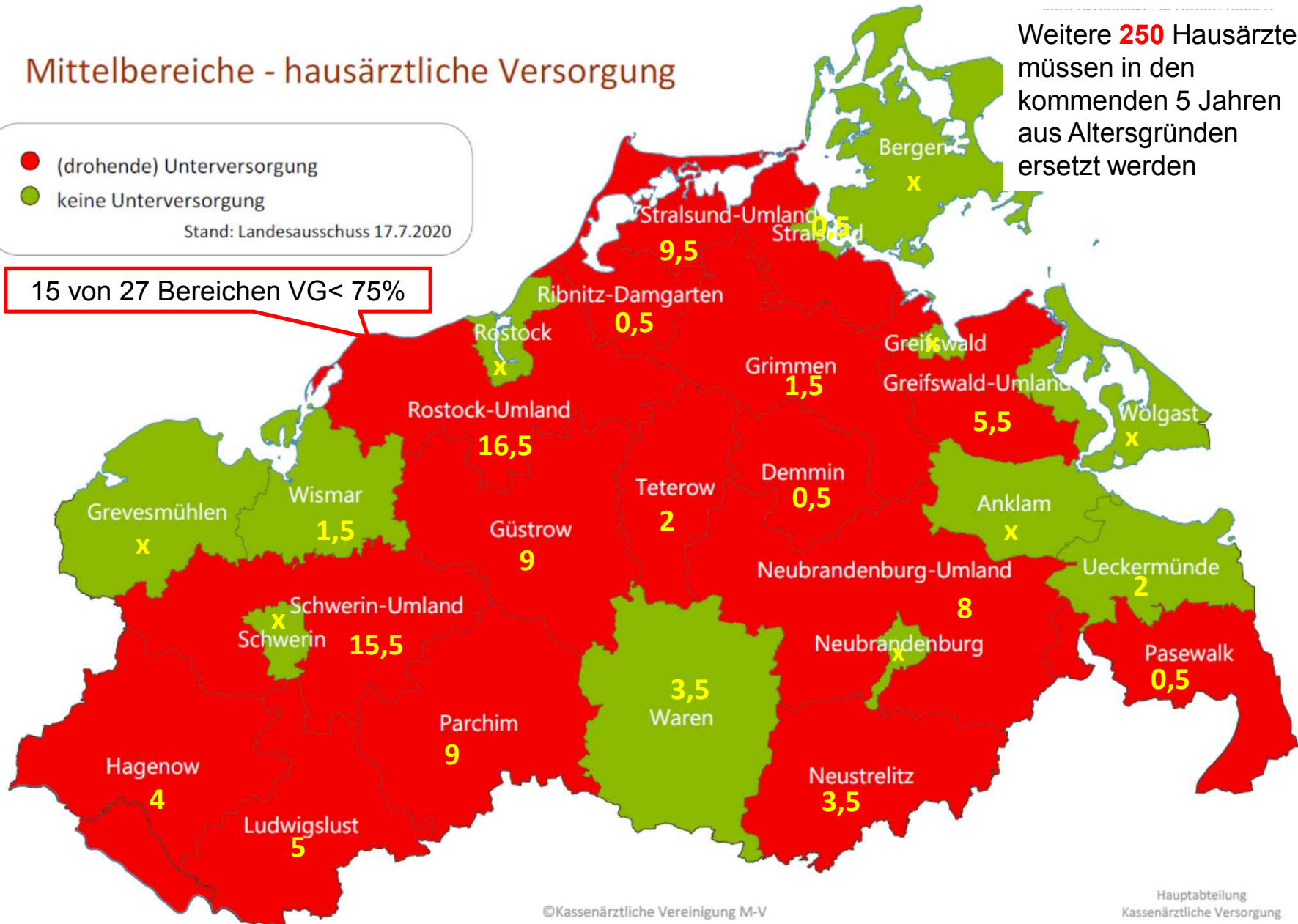
Mittelbereiche - hausärztliche Versorgung

Weitere **250** Hausärzte müssen in den kommenden 5 Jahren aus Altersgründen ersetzt werden

- (drohende) Unterversorgung
- keine Unterversorgung

Stand: Landesausschuss 17.7.2020

15 von 27 Bereichen VG < 75%



Planungsbereiche für die allgemeine fachärztliche Versorgung (PÄD;AUG;CHI/ORT;DER,GYN,HNO,PSY,NER,URO)



Veranstaltung | 1. Oktober 2020 | Seite 11

Weitgehend „statische“
Übersversorgung bei
gleichzeitiger
Terminnachfrage insbes.
AUG, NER, PSY in den
Oberzentren



Aus Altersgründen
insbesondere bei PÄD,
DER, HNO, NER, URO,
AUG Nachbesetzungen
in den kommenden 5
Jahren notwendig

3. Aktuelle Probleme Forderungen der KVMV Lösungsansätze

Regionaler Spielraum für Gestaltung schaffen



Veranstaltung | 1. Oktober 2020 | Seite 13

- ... **Zentralisierung und Überregulierung** durch lfd. Gesetzgebung:
 - Entfall von regionalen Vertragsmöglichkeiten
 - Stringente Bundesvorgabe **ohne** Regionalbezug (TSVG, DSGVO)
- ... **fehlende Eigenständigkeit** und **Landesaufsicht** der Krankenkassen:
 - bundesweite Ersatz- und Betriebskrankenkassen
 - überregionale Innungskrankenkassen
 - „3 Länder AOK“
- ... zunehmende **Einflussnahme der Bundesaufsicht** (BAS):
 - Beanstandung von Versorgungsverträgen in MV mit Folgen z.B. Kündigung der A/B-Überweisungsteuerung, Hautkrebsscreening für Patienten nach Organtransplantation

**Einflussnahme des Landes + Selbstverwaltung stärken
durch Rechtsaufsicht und Gestaltungsmöglichkeiten**

Förderung des ärztlichen Nachwuchses durch KV:



Veranstaltung | 1. Oktober 2020 | Seite 14

- ... während des Studiums (Famulanten, Fahrkosten, PJ in Hausarztpraxen)
- ... Unterstützung von Lehrärzten im Lehrfach ALL
- ... Stiftung des Lehrstuhles ALL an der Universität Rostock
- ... Kompetenzzentrum ALL mit den Universität HRO und GRW
- ... Verbundweiterbildung für die WB zum Facharzt für ALL
- ... Gehaltzuschüsse für die Ärzte in WB zum ALL und grundversorgende FA
- ... Investitionszuschüsse für Niederlassung und Anstellung von Hausärzten in unterversorgten und drohend unterversorgten Bereichen (KV+GKV)
- ... Förderung von Außensprechstunden
- ... Übernahme von Umzugs- und Kinderbetreuungskosten in bes. Fälle
- ... Beratung von Ärzten und Kommunen

**Weiterer Ausbau und Einbindung des Landes
Landarztgesetz ist ein 1. Schritt –weitere müssen folgen!**

Reduzierung ärztlicher Arbeitszeit stoppen!



Veranstaltung | 1. Oktober 2020 | Seite 15

- ... durch zunehmende Bürokratie + gesetzliche Regelungsdichte,
- ... Umwandlung von Niederlassung in Anstellung
 - Durchschnittliche Arbeitszeit eines niedergelassenen Arztes in MV beträgt 52 Wochenstunden
 - Anstellung können in Voll- oder Teilzeit erfolgen (1 - 40 h/Wo.)
 - Bei Anstellung in Vollzeit 40 h/Wo. erfolgt eine **Reduzierung der ärztl. Arbeitszeit um ca. 23%**
 - Durchschnitt Anstellung in MV liegt bei 26 h/Wo., **d.h. Reduzierung der ärztl. Arbeitszeit um 50%**

Reduzierung der Bürokratie und Erhöhung der Studienplätze für Humanmedizin in den kommenden 5 Jahren um 50%.

Digitalisierung ohne medizinischen Mehrwert stoppen!



Veranstaltung | 1. Oktober 2020 | Seite 16

- ... Einführung der Telematik Infrastruktur (TI)
 - Ca. 95% aller Ärzte in MV angeschlossen
 - Einzige Anwendung ist der Versichertenstammdatenabgleich
 - Mehrwert für GKV, für med. Versorgung = 0, dafür Probleme beim Hard- und Software
 - Elektronisches Rezept ab 2021 als „Hybrid“ (Papier + Handy)
 - Mehrwert für GKV, Mehraufwand für Vertragsärzte, Mehrwert für med. Versorgung = 0
 - Elektronische Arbeitsunfähigkeit ab 2021 auch als Hybrid
 - Mehrwert für GKV, Mehraufwand für Vertragsärzte, Mehrwert für med. Versorgung = 0
 - Elektronische Patientenakte ab 2021
 - Mehraufwand für Vertragsärzte, Mehrwert für med. Versorgung zweifelhaft, aufgrund Steuerung der Inhalte durch den Patienten

**Statt Scheininnovationen und Verwaltungsverbesserungen,
Schaffung und Förderung von Mehrwerten für die
medizinische Versorgung**

Rationierung zu Lasten der Arzt-Patienten- Beziehung beenden!



Veranstaltung | 1. Oktober 2020 | Seite 17

**Wieviel medizinische Versorgung will sich unsere
Gesellschaft und konkret das Land MV zukünftig
leisten?**

**Soweit es bei begrenzten Mitteln und begrenzten
Kapazitäten im Gesundheitssystem bleibt, muss auch
über **Priorisierung von Versorgung und Steuerung der
Inanspruchnahme** diskutiert und gesellschaftlich
entschieden werden.**

Fragen





Fragenkatalog

A. Grundsatzfragen/Detailfragen

A.1 Grundsatzfragen

- 1. Wie beurteilen Sie die aktuelle Gesundheitsversorgung in Mecklenburg-Vorpommern mit Blick auf die ärztliche und zahnärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich?**

Die vertragszahnärztliche Versorgung in M-V ist aus zahnmedizinischer- und aus Niederlassungssicht mit Blick auf die Bedarfsplanungsrichtlinien zum jetzigen Zeitpunkt grundsätzlich als gut bis sehr gut zu beurteilen.

Durch die zwei in Mecklenburg-Vorpommern (M-V) ansässigen Universitäten ist die hochspezialisierte zahnmedizinische Versorgung ebenfalls als sehr gut einzustufen.

- 2. Welche Probleme sind zu benennen (bitte auch in ihrer Wertigkeit bzw. Dringlichkeit ihrer Lösung) und vor welchen Herausforderungen sehen Sie die Gesundheitsversorgung in M-V?**

M-V als Flächenland mit fehlender Industrialisierung, geringen Entwicklungsmöglichkeiten und Einkommensverhältnissen für junge, aufstrebende, arbeitssuchende Menschen hat seit der Wende mit der Abwanderung gerade dieser Gruppe von jungen Menschen zu kämpfen. Vernachlässigte Pflege und Entwicklung der Infrastruktur ist als weiterer Grund für die Abwanderung von gut ausgebildeten Menschen heranzuziehen. Infolge dessen befinden wir uns seit einiger Zeit im Preis- Gehaltswettbewerb um gut ausgebildete Arbeitskräfte, insbesondere im zahnmedizinischen Sektor, wobei die Honorierung der zahnmedizinischen Leistungen in M-V mit zu den geringsten in Deutschland zählt.

Um die Abwanderung zu mildern oder möglichst abzuwenden können die Vertragszahnärzte nur über den Rahmen der Arbeitsverhältnisse als Arbeitgeber (Fortbildungen, adäquate Gehälter, Arbeitsklima, Unterstützung bei der Gesundheitsvorsorge etc.) versuchen steuernd einzugreifen.

Hierfür ist es jedoch unabdingbar, dass sich die Kostenträger ihrer Mitverantwortung bewusst werden und entsprechende Mittel innerhalb der Vertragsbeziehungen mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) eingepreist werden, um den realen Gegebenheiten Rechnung zu tragen.

Unterstützend könnte sich die Landesregierung gerade in Zeiten der Corona-Pandemie – wie für den Bereich der Altenpflege bereits geschehen – für eine Sonderzahlung an die zahnmedizinischen Fachkräfte, die zusammen mit den Zahnärztinnen und Zahnärzten die vertragszahnärztliche Versorgung fast zu 100 Prozent im ambulanten Bereich in diesen schwierigen Zeiten sichergestellt haben, einsetzen.

Mittelfristig werden sich aber insbesondere im ländlichen Bereich Schwierigkeiten bei der Nachbesetzung bzw. Gründung von Zahnarztpraxen ergeben.

Zu begründen sind diese durch die ungünstige Altersstruktur der niedergelassenen Zahnärztinnen und Zahnärzte, die anwachsende Feminisierung in den Reihen der Vertragszahnärzteschaft, zunehmend schlechtere Einkommensentwicklungen, steigende Fremdeinwirkung in der Organisation des Unternehmens Zahnarztpraxis durch die potenzierte Verabschiedung von Gesetzen, die nicht primär der zahnmedizinischen Versorgung dienen, sondern mit Unterstützungsleistungen der Zahnärztinnen und Zahnärzte für die Kostenträger in Zusammenhang stehen. Stichwort: Versichertenstammdatenabgleich, Gegenfinanzierungen der Digitalisierung fließen hauptsächlich den Hard- und Softwareanbietern zu, Absprachen, fast könnte man von Preisabsprachen bei bundesweit agierenden Krankenkassen sprechen, insbesondere im Ersatzkassenbereich, Sogwirkung der Ballungszentren etc.

Um die sich abzeichnenden Schwierigkeiten zu mildern ist es notwendig, dass:

- die Universitäten im Rahmen der Vergabe und Besetzung von Studienplätzen zum Zahnmedizinstudium primär „Landeskinder“ berücksichtigen
- die Universitäten im Rahmen der Vergabe und Besetzung von Studienplätzen zum Zahnmedizinstudium eine Männerquote einführen und einhalten
- Politiker darauf verzichten, über die Medien eine 4-Tage-Arbeitswoche zu propagieren bzw. zu unterstützen
- die Entwicklung innerhalb des Gesundheitswesens, wie aber auch die Entbürokratisierung über den Weg der Selbstverwaltung steuern und nicht durch die Verabschiedung weiterer Gesetze

3. Welche Kriterien bestimmen aus Ihrer Sicht die Qualität einer medizinischen Versorgung der Bevölkerung von Mecklenburg-Vorpommern?

Ausgehend vom Berufsethos der in der Zahnmedizin tätigen Menschen, des Einsatzwillens, der Investitionsfreudigkeit in Fortbildung und Ausrüstung und des bewussten Einsatzes und Umganges mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen ist die wohnortnahe Versorgung inklusive eines von der Selbstverwaltung organisierten Notdienstes ein wesentliches Kriterium.

4. Die Vorhaltung einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung ist ein komplexer Vorgang und muss eng mit allen Beteiligten der Politik, Leistungserbringer und Kostenträger abgestimmt werden.

Die Leistungen welcher Fachabteilungen sollten Ihrer Meinung nach flächendeckend vorgehalten werden? Welche Leistungen sollten Ihrer Meinung nach in spezialisierten Zentren bzw. konzentriert angeboten werden?

Aufgrund der individuell abgeforderten Leistungen ist die Zahnmedizin flächendeckend vorzuhalten.

5. Wie beurteilen Sie die Medikamentenversorgung im Flächenland M-V?

Im Allgemeinen gut, Probleme können bei der Beschaffung von Lokalanästhetika auftreten. Auch ist nach Rücksprache mit Apotheken die Entspannung in Bezug auf einfache Analgetika (Ibuprofen, Paracetamol) kein gesicherter Dauerzustand.

6. Wo liegen aus Ihrer Sicht Probleme in folgenden Bereichen und was wird zu deren Behebung getan? (bitte stationär, ambulant und Schnittstellen sowie städtisch und ländlich geprägte Versorgungsräume)

Kinder- und Jugendzahnmedizin

An der positiven Entwicklung der Kinder- und Jugendzahnmedizin haben die Konzepte der Vertragszahnärzteschaft und der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) sowie der Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege M-V (LAJ) erheblichen Anteil.

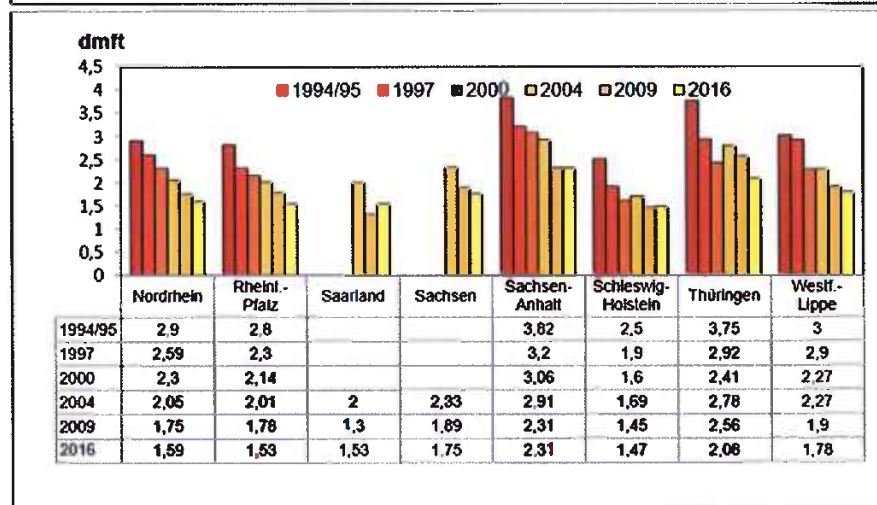
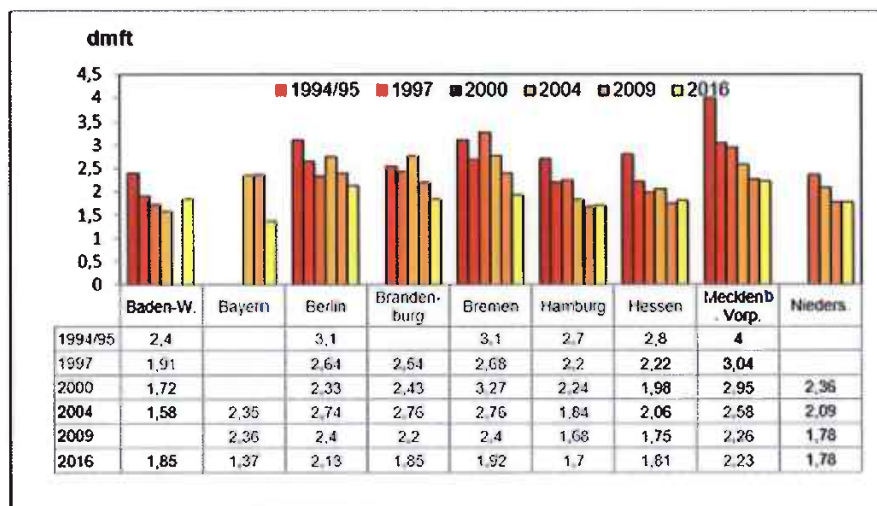


Abb. 7.4.2.2 a/b: Entwicklung der mittleren dmft-Werte bei 6- bis 7-Jährigen in Deutschland

- Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2016
TEAM DAJ, Greifswald, R. Basner, Dr. R. M. Santamaria, Dr. J. Schmoeckel, Dr. E. Schüler & Prof. Dr. Ch. H. Splieth
B. Berg, DAJ Bonn, PD Dr. S. Gabler, GESIS-Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften Mannheim & 17 Landesarbeitsgemeinschaften für Jugendzahnpflege

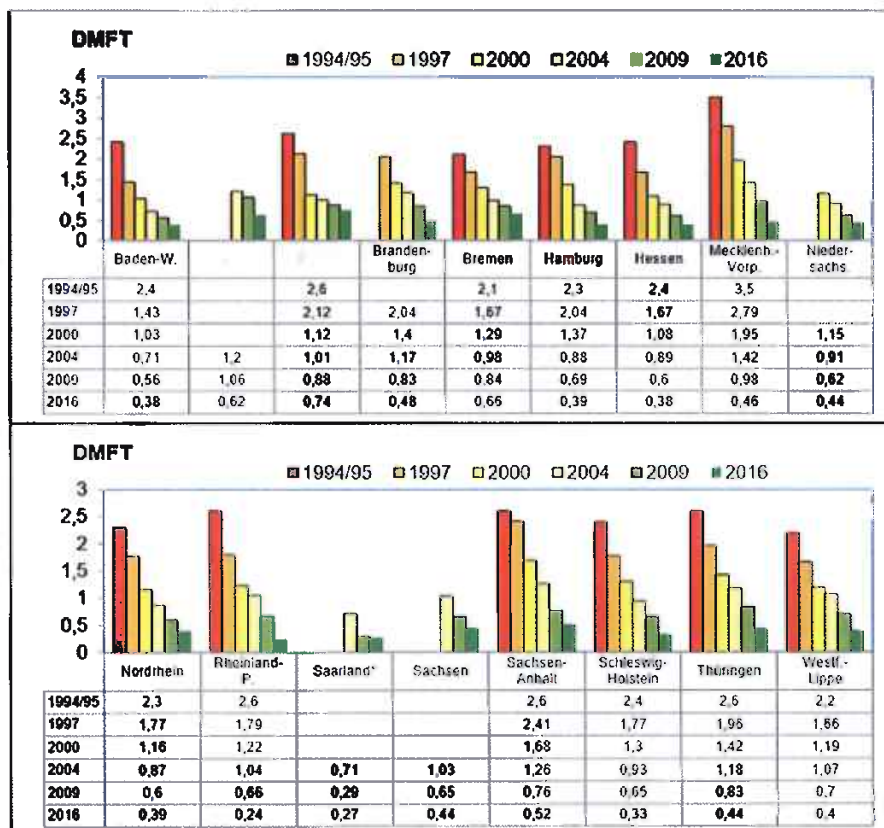


Abb. 7.4.3.1a/b: Mittlere DMFT-Werte bei 12-Jährigen in Deutschland

- Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2016
TEAM DAJ, Greifswald, R. Basner, Dr. R. M. Santamaria, Dr. J. Schmoekkel, Dr. E. Schüler & Prof. Dr. Ch. H. Splieth
B. Berg, DAJ Bonn, PD Dr. S. Gabler, GESIS-Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften Mannheim & 17 Landesarbeitsgemeinschaften für Jugendzahnpflege

Der DFT-Wert bezieht das Individuelle Kariesrisiko.

Gleichwohl könnten die Ergebnisse z.B. durch eine verpflichtende tägliche Zahnpflege in den Kitas gesteigert werden.

Geriatrische Versorgung

Die zahnärztliche Behandlung der Patientengruppe der geriatrischen Patienten wird durch die demografische Entwicklung zukünftig noch mehr an Bedeutung gewinnen.

Vor über einem Jahrzehnt wurde von der Vertragszahnärzteschaft das Konzept der Alten- und Behindertenheilkunde entwickelt und vorgestellt. In der Zwischenzeit haben die Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und der GKV-Spitzenverband mit einer weiteren Konkretisierung vorgenommen und im Leistungskatalog der GKV verankert. Ab Oktober 2020 können auch telemedizinische Lösungen für die Behandlung dieses Personenkreises innerhalb der GKV eingesetzt werden.

Versorgung seltener Erkrankungen

Die Versorgung seltener Erkrankungen ist auch durch die Möglichkeit der Hinzuziehung der zwei Universitäten in M-V als relativ gut einzustufen.

Medizinische Versorgung von Migrant*innen

Während der Hochphase des Flüchtlingsstroms konnte durch einen Leistungsvertrag zwischen dem Land M-V und der KZV M-V die zahnmedizinische Versorgung der Flüchtlinge organisiert und gewährleistet werden. Heute kann durch die Unterschiede in der Kultur, Religion und Sprache die zahnmedizinische Versorgung beeinflusst werden.

Barrierefreiheit im Gesundheitswesen

Barrierefreiheit für Menschen mit Behinderungen ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe!

Da die überwiegende Anzahl der Zahnarztpraxen im Rahmen des politischen Umbruchs 1989 oder kurz danach gegründet wurden und das Thema Barrierefreiheit zu dieser Zeit noch nicht den entsprechenden Stellenwert eingenommen hat, müssten Alt-Praxen für die Herstellung einer Barrierefreiheit – soweit die baulichen Möglichkeiten dafür gegeben sind – nachträglich Investitionen tätigen. Hier könnten eine staatliche Förderung/ öffentliche Zuschüsse beschleunigend wirken. Dies gilt auch für Neugründungen von Zahnarztpraxen.

Erreichbarkeit von Haus- und Fachärzten sowie weiteren Behandlern in der Fläche

Mittel- bis langfristig werden Schwierigkeiten bei der Nachbesetzung von Zahnarztsitzen auftreten. Dies liegt u.a. darin begründet, dass nicht unerhebliche Teile der Bevölkerung abgewandert sind, potenzielle Patienten einfach fehlen, die Attraktivität einzelner Standorte durch fehlende Investitionen bzw. durch die in der Vergangenheit praktizierte Konzentrationspolitik des Landes abgenommen hat bzw. weiter abnehmen wird und einzelne Kostenträger ihrer Mitwirkungspflicht bei der Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung bis heute durch Entscheidungen auf verbandsinterner Bundesebene nicht nachkommen bzw. nachkommen können.

Dies betrifft die Honorierung der vertragszahnärztlichen Leistungen. Eine Angleichung der Lebensverhältnisse, zu der auch die Faktoren Einkommen und Honorierung gehören, konnte bis zum heutigen Tag nicht vollzogen bzw. soweit notwendig für die zahnmedizinische Versorgung in der Fläche darüber hinaus entwickelt werden, um die Attraktivität in der Fläche zu steigern.

7. Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären Bereichen der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern, welche Probleme sehen Sie und welche Lösungsvorschläge hätten Sie?

Die Zusammenarbeit zwischen den niedergelassenen Zahnärzten, den Universitätszahnkliniken und den Kliniken, die eine zahnmedizinische Abteilung haben, ist grundsätzlich als gut einzustufen.

Zu Beginn der Corona-Pandemie bis heute war und ist allerdings zu verzeichnen, dass bis auf die Universitätszahnmedizin Rostock alle anderen Zahnkliniken und Kliniken keine Bereitschaft für eine Zusammenarbeit bei der Notfallbehandlung von Infizierten zeigten.

Die KZV musste und konnte insbesondere durch eine gelebte Selbstverwaltung die zahnmedizinische Notfallbehandlung von infizierten Personen sicherstellen.

Als weiterer Punkt sind die Probleme bei der Behandlung von stark übergewichtigen Patienten (> 140 kg) zu nennen. Hier müssten entsprechende Behandlungsmöglichkeiten zentral eingerichtet werden.

8. Inwieweit teilen Sie die Auffassung (aus dem Einsetzungsbeschluss), wonach eine bedarfsgerechte, gute und erreichbare Gesundheitsversorgung als elementarer Bestandteil der öffentlichen Daseinsvorsorge zu betrachten ist?

Die Auffassung teilt die KZV vollumfänglich.

Von der juristischen Ebene beurteilt, ist aus dem Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 1 GG) kein Anspruch des Einzelnen gegen den Staat auf bestimmte Heilmaßnahmen herzuleiten. Gleiches gilt auch für das Sozialstaatsprinzip als solches (Art. 20 Abs. 1 GG) und den Schutz der Menschenwürde (Art. 1 Abs. 1 GG).

Aus der Verbindung des Grundrechts auf Leben und körperliche Unversehrtheit mit dem Sozialstaatsprinzip folgt jedoch, dass der Staat verpflichtet ist, ein funktionsfähiges Gesundheitssystem zu errichten. Dabei kommt ihm ein Gestaltungsspielraum zu.

Eine grundrechtsorientierte Auslegung kann dazu führen, dass der Staat gehalten ist, jedem Bürger einen angemessenen Zugang zu einem tragfähigen Gesundheitssystem dauerhaft zu ermöglichen und negativen Entwicklungen, auch präventiv, entgegenwirken zu müssen.

Eine fehlende bzw. unzureichende zahnmedizinische Gesundheitsversorgung kann die Verwirklichung der Grundrechte einschränken oder unmöglich machen.

Die Planung der Gesundheitsversorgung muss grundsätzlich zu gleicher Teilhabe für jedermann beitragen. Das entspricht der Leitvorstellung der Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse in Deutschland und M-V. Die Schaffung vergleichbar gut mit zahnärztlicher Versorgung ausgestatteter Regionen bzw. die schrittweise Annäherung an solche, dient der Sicherung eines wohlfahrts-staatlich definierten Mindestniveaus gleichwertiger Lebensbedingungen, resultierend aus dem Grundgesetz.

11. Welches Potenzial gibt es aus Ihrer Sicht im Zusammenspiel von Landespolitik, Krankenhausgesellschaft, Krankenkassen, Kassenärztlicher Vereinigung und Ärztekammer, um den Gesundheitsstandort Mecklenburg-Vorpommern weiter zu stärken und insbesondere für Fachkräfte deutlich attraktiver zu machen?

Um mittel- und langfristig die vertragszahnärztliche Versorgung sicherzustellen, ist ein Zusammenwirken der Landespolitik mit den beteiligten Institutionen zwingend erforderlich.

In der Vergangenheit hatten wir Gelegenheit diese Fragestellung mit Herrn Minister Glawe anzudiskutieren.

Unsere entsprechenden Gedanken zitieren wir nachfolgend, wobei ein Stiftungsmodell von der zahnärztlichen Selbstverwaltung favorisiert wird. Gestützt wird dieser Gedanke durch das gerade vom Bundestag und Bundesrat verabschiedete Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPReG).

.

„Ausgangspunkt:

Mit der politischen Wende wurde auch festgelegt, dass das Krankenversicherungssystem der „Alten Bundesländer“ in den „Neuen Bundesländern“ zur Anwendung kommt. Damit einhergehend waren auch die Zahnärzte mehr oder weniger gezwungen, relativ kurzfristig ein Unternehmen Zahnarztpraxis zu gründen, um die zahnärztliche Versorgung der Bevölkerung nach neuem Recht sicherzustellen. Seinerzeit galt noch eine Bedarfsplanungsrichtlinie, die Zulassungsbeschränkungen in überversorgten Planungsgebieten vorsah. Durch die politische Wende, die in einem sehr kurzen Zeitraum durchgeführt werden konnte, bestand daher keine Möglichkeit, dass mit Bezug auf den zahnärztlichen Bereich eine langfristig angelegte Ausbildungspolitik auf die „neue Art“ der Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung kurzfristig hätte angepasst werden können.

Insofern kann zum heutigen Zeitpunkt nur festgestellt werden, dass die Zahnmediziner, die ihre Ausbildung nach altem Recht erfolgreich und staatlich gelenkt abgeschlossen hatten, die vertragszahnärztliche Versorgung nach neuem Recht sicherstellen mussten.

Nach den Verhältniszahlen der Bedarfsplanungsrichtlinie war seinerzeit, und dies bis zum heutigen Tag, sogar eine sehr gute Versorgungslage in den „neuen Bundesländern“ zu verzeichnen.

Der Gesetzgeber hat im Jahr 2007 das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) verabschiedet. Mit diesem Gesetz entfielen auch die gesetzlichen Vorgaben für die Anordnung von Zulassungsbeschränkungen im Falle einer Überversorgung eines Planungsbereiches für den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung.

Die Begründung zu dieser Gesetzesänderung lautete:

„Die Änderungen sind dadurch begründet, dass für den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung auf die Steuerung durch zwingende Zulassungsbeschränkungen verzichtet werden kann. In diesem Leistungsbereich stellt sich zum einen das Problem der Überversorgung nicht in der gleichen Weise wie im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung, insbesondere der fachärztlichen Versorgung, zum anderen ist auch die Gefahr von Leistungsausweitungen und angebotsindizierter Versorgung nicht in der Weise gegeben, wie im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung.“

An dieser Aussage, dieser Begründung, dass für den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung die Gefahr von Leistungsausweitungen und angebotsindizierter Versorgung nicht in der Weise gegeben ist, wie im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung, hat sich auch nach dem heutigen Kenntnisstand nichts verändert.

Eine laufende Veränderung ist allerdings für den Gesamtaufgabenbereich eines niedergelassenen Vertragszahnarztes zu verzeichnen. Sei es das neue Konzept der Alterszahnheilkunde, die Erweiterung der Praxisverwaltungssysteme (PVS) mit der Überprüfung der Versichertenstammdaten für die Krankenkassen oder aktuell die Datenschutzgrundverordnung, um nur einen kleinen Auszug zu nennen.

Mittlerweile liegt die zahnmedizinische Arbeitszeit eines niedergelassenen Vertragszahnarztes bei rund 73,8 Prozent der gesamten Arbeitszeit. Der andere Teil entfällt mit kontinuierlichen Wachstumsraten auf den administrativen Bereich des Unternehmens Zahnarztpraxis.

Lässt man mal die Wünsche, Ziele (kurz: work-life-balance) der nachfolgenden Zahnarztgeneration außen vor, so reicht allein die Zunahme dieser administrativen Aufgaben aus um festzustellen, dass die „jungen Zahnmediziner“ nach der Ableistung der Vorbereitungszeit nicht mehr primär die Selbständigkeit in einer Zahnarztpraxis anstreben, sondern die Berufsausübung in einem Anstellungsverhältnis bevorzugen. Sie wollen Zahnmedizin zum Wohle des Patienten praktizieren.

Und dies fast ausschließlich in Ballungszentren mit all den Gegebenheiten, die überwiegend auch für die Gründung einer jungen Familie ausschlaggebend sind. Dies vor dem Hintergrund des hohen Anteils an Zahnärztinnen.

Die Folgen aus dieser Entwicklung sind bei der kassenzahnärztlichen Vereinigung in der Statistik abzulesen. Nachfolger für Landzahnarztpraxen sind nicht in ausreichender Zahl zu verzeichnen. Es werden, wie auch im Kassenärztlichen Bereich, in der Zukunft immer mehr offene Praxissitze zu verzeichnen sein.

Die primär zentralistisch ausgerichtete Landespolitik mit der Zusammenlegung und gleichzeitigen Schließung von öffentlichen Verwaltungsstellen unterstreicht das Empfinden junger Zahnmediziner dahingehend, dass sie eine Übernahme oder Gründung einer Zahnarztpraxis in bestimmten Landesteilen für nicht zukunftsfähig und somit für nicht erstrebenswert halten.

Auf der anderen Seite kommt das hohe Durchschnittsalter der Zahnmediziner in Mecklenburg-Vorpommern mit 52 Jahren zum Stichtag 17.07.2018 hinzu.

Unter Berücksichtigung der bisherigen und zur Verfügung stehenden Daten kann zum heutigen Tag ein durchschnittliches Alter der Zahnmediziner in Mecklenburg-Vorpommern von rund 59 Jahren für das Jahr 2025 und von rund 64 Jahren für das Jahr 2030 prognostiziert werden. Unterstrichen wird diese Prognose auch durch die Veränderung des Alters eines Praxisinhabers zum Zeitpunkt der Beendigung seiner Praxistätigkeit. So lag das Alter im Jahre 2000 bei rund 61 Jahren und im Jahr 2017 bei rund 64 Jahren.

Diese Entwicklung wird, wie an der Alterspyramide der Zahnärzte in Mecklenburg-Vorpommern abzulesen ist, mittelfristig verstärkt. So weisen die Prognosen der Bedarfsplanung unter Nutzung der bekannten Werte und Richtlinien aus, dass im Jahr 2025 schon 9 von 18 Planbereichen einen Versorgungsgrad von unter 100 Prozent und im Jahr 2030 bereits 11 Planbereiche einen Versorgungsgrad von unter 100 Prozent haben werden, davon 3, die einen Versorgungsgrad von deutlich unter 50 Prozent ansteuern.

Diese Voraussetzungen werden automatisch eine Mehrbelastung für alle verbleibenden niedergelassenen Zahnärzte, insbesondere in ländlichen Bereichen nach sich ziehen.

Gesamtarbeitszeiten, wie sie 1992 mit 52,6 Std./Woche für den niedergelassenen Zahnarzt festgestellt wurden, werden keine Seltenheit sein. Diese Entwicklung wird eine weitere Hemmschwelle für junge angehende Zahnmediziner sein, um freiberuflich in einer eigenen Zahnarztpraxis Zahnheilkunde zu praktizieren.

Eine heute schon zu verzeichnende Unzufriedenheit bei den niedergelassenen Zahnärzten wird zunehmen, aber auch die Bevölkerung wird aufgrund von längeren Wartezeiten und Anfahrwegen unzufrieden werden.

Wie bereits ausgeführt ist festzustellen, dass junge Zahnmediziner immer mehr die Berufsausübung in Form der Anstellung bevorzugen. Und hier kommt ein weiterer Aspekt ins Spiel, der der KZV eine sinnvolle Beeinflussung/Steuerung unmöglich macht. Es handelt sich hier um kapitalgesteuerte Medizinische Versorgungszentren (MVZ).

Im Hinblick auf den vorliegenden Referentenentwurf des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) möchten wir hierzu allgemein unter Nutzung von Daten der Bundesebene und Beurteilung zahnärztlicher Organisationen wie folgt Stellung nehmen:

Bereits mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz aus dem Jahr 2012 hat der Gesetzgeber die Berechtigung zur Gründung von MVZ erheblich eingeschränkt, um der zunehmenden Gründung von MVZ durch Investoren zu begegnen, welche keinen fachlichen Bezug zur medizinischen Versorgung mehr aufweisen, sondern allein Kapitalinteressen verfolgen.

Gleichwohl besteht für solche Investoren nach wie vor über den Erwerb einer der in § 95 Abs. 1a SGB V genannten gründungsberechtigten Einrichtungen, vornehmlich eines Krankenhauses oder einer nichtärztlichen Dialyseeinrichtung nach § 126 Abs. 3 SGB V, ein Zugang zur vertragszahnärztlichen Versorgung.

Auch internationale Großinvestoren (u.a. Private-Equity-Gesellschaften) haben diese Regelungslücke für sich entdeckt und drängen in vorbezeichneter Weise, üblicherweise über den Kauf maroder Krankenhäuser, auf den deutschen Dentalmarkt. Durch die mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) erfolgte Streichung des gesetzlichen Merkmals „fachübergreifend“ wurde die Gründung von arztgruppengleichen und mithin auch reinen Zahnarzt-MVZ ermöglicht, was diese Entwicklung zusätzlich verschärft hat, da nunmehr auch bestehende Praxisformen respektive Zahnarztpraxen in MVZ umgewandelt werden können und somit potentiell der gesamte ambulante Versorgungsmarkt dem Zugriff von Finanzinvestoren offensteht.

Mit über 90 Prozent der Neuzulassungen in den Jahren 2015 und 2016 werden MVZ überwiegend in Kernstädten und Ober-/Mittelzentren gegründet bzw. angesiedelt (siehe Gutachten 2018 des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, S. 393.). Zahnarzt-MVZ siedeln sich vor allem in Großstädten sowie Ballungsräumen und einkommensstarken ländlichen Regionen an. Ende März 2018 befanden sich rund 79 Prozent der MVZ in städtischen Gebieten und rund 21 Prozent der MVZ in ländlichen Gebieten. Zudem finden sich MVZ-Standorte überwiegend dort, wo das Medianeinkommen relativ hoch ist.

Dort treten sie aufgrund der für MVZ vorteilhaften Rechtslage – im vertragszahnärztlichen Bereich betrifft dies insbesondere die Möglichkeit zur unbegrenzten Beschäftigung von Angestellten – in einen ungleichen (Verdrängungs-)Wettbewerb mit den bereits ansässigen freiberuflichen Leistungserbringern.

Dieser Wettbewerb wird durch die Teilnahme fachfremder MVZ-Gründer weiter verschärft. Denn auch bis dato nicht zahnärztlich tätige Gründungsberechtigte sind nach der gesetzgeberischen Konzeption zur Gründung insoweit (aus Gründersicht) fachfremder, rein zahnärztlicher MVZ berechtigt.

Genau diesen fehlenden medizinisch-fachlichen Bezug hat das BMG unter gleichzeitigem Hinweis auf die eingangs geschilderte Investorenproblematik im Referentenentwurf des TSVG zum Anlass genommen, eine fachbezogene Einschränkung der Gründungsberechtigung von nichtärztlichen Dialyseeinrichtungen nach § 126 Abs. 3 SGB V vorzusehen.

Es ist jedoch kein Unterschied erkennbar, ob die Gründung eines rein zahnärztlichen MVZ durch eine nichtärztliche Dialyseeinrichtung nach § 126 Abs. 3 SGB V oder durch ein bis dato nicht zahnärztlich tätiges Krankenhaus erfolgt.

Denn insoweit sich die vertragszahnärztliche Versorgung an vielen Stellen wesentlich von der vertragsärztlichen Versorgung unterscheidet, würde auch für ein bis dato nur ärztlich tätiges Krankenhaus der fachlich-medizinische Bezug zur vertragszahnärztlichen Versorgung fehlen, so dass – jedenfalls im Falle rein zahnärztlicher MVZ – in beiden Varianten die Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung „fachfremd“ erfolgen würde. Es werden daher nach unseren Erkenntnissen für den vertragszahnärztlichen Versorgungsbereich ausschließlich Regelungen als zielführend im Sinne einer wirksamen Eindämmung von Investoreinflüssen angesehen, die eine „fachübergreifende“ Ausgestaltung von MVZ, in denen Zahnärzte tätig sind, gesetzlich vorgeben. Mit den einschränkenden Regelungen zur Gründungsberechtigung der Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen enthält der Referentenentwurf insoweit zwar bereits sinnvolle Lösungsansätze, die aber bei weitem nicht ausreichend sind, weil sie im vertragszahnärztlichen Bereich insoweit vollständig ins Leere laufen, als es kein einziges Zahnarzt-MVZ gibt, das von einem Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen gegründet worden wäre. Stattdessen drängen internationale Großinvestoren ausschließlich über den Erwerb von (häufig maroden) Krankenhäusern auf den deutschen Dentalmarkt.

Um den Einfluss von Groß- und Finanzinvestoren auf die vertragszahnärztliche Versorgung wirkungsvoll einzudämmen, sind vielmehr auch für die Gründungsberechtigung von Krankenhäusern räumlich-regionale sowie medizinisch-fachliche Bezüge zwingend erforderlich.

Anknüpfend an die Regelungen im Referentenentwurf sind im vertragszahnärztlichen Bereich insoweit folgende Einschränkungen der Gründungsmöglichkeit von MVZ, insbesondere durch Krankenhäuser geboten:

a) Räumlich-regionaler Bezug durch Einschränkung der Standortwahl

Hinsichtlich der künftig noch verbleibenden Gründungsmöglichkeit von MVZ durch Krankenhäuser sollte deren Standortwahl einen räumlichen Bezug zum betreffenden Krankenhaus haben.

Insoweit sollte die Gründung von (zahnärztlichen) MVZ durch Krankenhäuser nur möglich sein, wenn das MVZ in demselben zahnärztlichen Planungsbereich seinen Sitz hat wie das betreffende Krankenhaus.

Darüber hinaus sollte in räumlicher Hinsicht eine Gründungsberechtigung von Krankenhäusern hinsichtlich MVZ nur noch in unterversorgten Gebieten gegeben sein, so wie im Referentenentwurf des TSVG für anerkannte Praxisnetze nach § 87b Abs. 4 SGB V vorgesehen. Abgesehen von rein wirtschaftlichen Interessen dürfte für Krankenhäuser im Regelfall kein nachvollziehbarer Grund für die Gründung eines MVZ in großer räumlicher Distanz zum eigenen Standort bestehen.

Durch die Einschränkung der Standortwahl dürfte der Kauf maroder Krankenhäuser zwecks Gründung von MVZ für allein Kapitalinteressen verfolgende Investoren voraussichtlich gänzlich an Attraktivität verlieren, ohne dass Krankenhäusern im Übrigen die Möglichkeit der Gründung von MVZ zur ambulanten Ergänzung ihres stationären Leistungsangebotes und zur Stärkung der ambulanten Versorgung im ländlichen Raum entzogen würde.

b) Medizinisch-fachlicher Bezug

Im Ergebnis besteht kein Unterschied darin, ob die Gründung eines rein zahnärztlichen MVZ durch ein bis dato nicht zahnärztlich tätiges Krankenhaus oder eine nichtärztliche Dialyseeinrichtung nach § 126 Abs. 3 SGB V erfolgt. Denn in beiden Fällen fehlt es an einem medizinisch-fachlichem Bezug des Gründers zur vertragszahnärztlichen Versorgung.

Dieser Bezug sollte daher verpflichtend für die Gründung rein zahnärztlicher MVZ durch Krankenhäuser vorgesehen werden. Zu denken wäre aufgrund von mittelfristigen Planungen an einen Zeitraum von 5 Jahren. Innerhalb dieses Zeitraumes muss ein Krankenhaus auch zahnmedizinisch besetzt und tätig gewesen sein. Hierdurch stünde zahnärztlich tätigen Krankenhäusern die Möglichkeit einer Teilnahme an der ambulanten zahnärztlichen Versorgung offen, während der Zugang zum Dentalmarkt über die Gründung eines rein zahnärztlichen MVZ für bis dato nicht zahnärztlich tätige Gründungsberechtigte in sachgerechter Weise eingeschränkt würde.

Hierdurch würde nicht nur die Investorenproblematik wesentlich entschärft, sondern auch die Querfinanzierung maroder Krankenhausstrukturen durch die Teilnahme an der ambulanten zahnärztlichen Versorgung wirksam unterbunden.

Zurück zur Landesebene.

In Mecklenburg-Vorpommern sind in den vergangenen 2,5 Jahren 8 MVZ zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassen worden. Nicht in allen Fällen erkennbar ist, ob Fremdinvestoren Eigentümer dieser Medizinischen Versorgungszentren sind. Insofern müsste der Gesetzgeber hier eine Pflichtangabe hinsichtlich der Kapitalgeber als Zulassungsvoraussetzung einführen.

Auch ist die Frage zu diskutieren, ob nicht eine Begrenzung der anzustellenden Zahnmediziner vorzusehen ist. Alternativ besteht auch die Möglichkeit, die Begrenzung der Anstellung von Zahnmedizinern in Einzelpraxen aufzuheben.

Mit einer dieser Änderungen könnte zumindest für den Bereich der Anstellung von Zahnmedizinern von gleich langen Spießen zwischen Zahnarztpraxen und MVZ gesprochen werden. Aber allein dieser Fakt würde wohl nicht dazu führen, dass in ländlichen Bereichen Zahnarztpraxen mit jungen Zahnmedizinern nachbesetzt werden. Offen bleibt also, welche Instrumente für eine Unterstützung der vertragszahnärztlichen Versorgung in ländlichen Bereichen herangezogen werden könnten:

- Förderung der vertragszahnärztlichen Versorgung in Anlehnung an § 105 SGB V
- Erlass oder Teilerlass der Vorbereitungszeit gemäß § 18 Zulassungsordnung Zahnärzte für Zahnmediziner, die sich verpflichten, im ländlichen Bereich tätig zu werden, bei gleichzeitiger Einführung einer noch näher zu beschreibenden Fortbildung bzw. einer fachlichen Betreuung zur Vorbereitung der Niederlassung durch die Körperschaft
- Beauftragung von MVZ durch den Zulassungsausschuss, Außenstellen in unterversorgten Gebieten zu betreiben
- Sicherstellung von Nahverkehrsmitteln oder Einrichtung von Shuttle-Diensten durch das Land
- Betrieb von Eigeneinrichtungen durch die KZV bzw. Unterstützung von zahnärztlich geführten Genossenschaften durch die KZV, um insbesondere die administrativen Aufgaben einer Zahnarztpraxis zu unterstützen
- Aufnahme von Grundwissen der Betriebswirtschaftslehre und Praxisführung in das Studium der Zahnmedizin
- Anwendung eines Förderprogramms des Wirtschaftsministeriums auch für Zahnmedizinstudenten

Sehr geehrter Herr Minister Glawe, die Entwicklung im Krankenversicherungssegment ist genauso wenig aufzuhalten, wie in den allgemeinen Wirtschaftssegmenten.

Insofern stehen wir auch erst am Beginn der Diskussion, in welche Richtung die vertragszahnärztliche Versorgung zur Sicherstellung einer wohnortnahen Versorgung fortentwickelt werden kann bzw. sollte.

Fest steht lediglich, dass bei einer weiteren Fokussierung auf Großstrukturen, wie MVZ und Zahnarztketten, die von der Politik gelobte Wirtschaftssäule Freiberufler stark an Bedeutung verlieren sowie die nachgewiesene hohe fachliche Qualität in der Behandlung der Patienten leiden wird. Im weitesten Sinne werden kapitalintensive Unternehmen hohen Einfluss auf den Bereich der Daseinsvorsorge mit dem Teil der vertragszahnärztlichen Versorgung ausüben.

Eine quasi Industrialisierung der zahnmedizinischen Versorgung mit Auswirkungen auf das Solidarprinzip in der GKV ist aus Sicht der KZV nicht geeignet, um das kostbarste Gut des Menschen, die Gesundheit, zu stützen, zu schützen bzw. wiederherzustellen.

Insofern könnte der Hauptansatzpunkt zur Stützung des Attraktivitätsbildes des freiberuflich tätigen Zahnarztes aus der Vergangenheit kommend in die Zukunft gerichtet werden.“

„Sehr geehrter Herr Minister Glawe,

im August 2018 hatten Sie uns die Gelegenheit eingeräumt, den aktuellen Stand zur vertragszahnärztlichen Versorgung darzustellen. Im Verlauf des Gespräches wurde deutlich, dass mittelfristig im ländlichen Raum Zahnarztpraxen nicht mehr nachbesetzt werden und somit Zahnarztpraxen für immer geschlossen werden. Die Gründe hatten wir in unserem Anschreiben dargestellt.

Im weiteren Verlauf unseres Gespräches sprachen wir unterschiedliche Ansätze für die Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung an, unter anderem stellten Sie die Frage – Einsatz eines „Zahnmobils“.

Die Vertreterversammlung und der Vorstand der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg – Vorpommern hatten sich in der Folgezeit mit der Fragestellung – Zahnmobil – auseinandergesetzt. Im Ergebnis ist festzuhalten, dass zulassungsrechtlich ein Zahnarzt / eine Zahnärztin mit einem Zahnmobil nicht vorgesehen ist, sondern die zahnmedizinische Tätigkeit von einem festen Praxissitz zu erfolgen hat.

Es ist des Weiteren festzuhalten, dass in einem Zahnmobil aus medizinischen, technischen und somit auch aus Gründen der Hygiene nicht alle Leistungen angeboten und erbracht werden können. Darüber hinaus dürfen die Kosten für die Herstellung eines Zahnmobils als auch für die Unterhaltung bei der Entscheidungsfindung nicht unberücksichtigt bleiben.

Der Presse ist zu entnehmen, dass für ein Hausärztemobil in Hessen für zwei Jahre rund 600.000 Euro aufgewendet werden mussten (FAZ vom 9. Oktober 2018). Hierbei ist aber noch nicht die für ein Zahnmobil technisch umfangreichere zahnärztliche Einrichtung und somit preisintensive Wartung der Ausstattung berücksichtigt worden.

Unabhängig von der Kostenfrage und der Zulassungsfrage vertritt die Kassenzahnärztliche Vereinigung Mecklenburg – Vorpommern die Auffassung, an räumlich zentralen Punkten eine auf Dauer und Nachhaltigkeit ausgerichtete Lösung zu favorisieren. Die Ausrichtung der Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung auf Dauer könnte und würde durch die Gründung einer „Stiftung zur Förderung der ambulanten vertragszahnärztlichen Versorgung“ erfolgen können. Der Vorstand hatte als vorbereitenden Schritt einen Antrag für die Vertreterversammlung initiiert. Diesem Antrag stimmten am 13.09.2019 die Delegierten der Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg – Vorpommern einstimmig zu.

Das Modell „Stiftungspraxis“ wurde durch die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen in Leben gerufen, so dass Erfahrungswerte aus dem Bereich der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung vorliegen. Vertragspartner / Stiftungspartner in Thüringen sind der Freistaat Thüringen und die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen. Bezogen auf Mecklenburg – Vorpommern wären Vertrags- / Stiftungspartner das Land Mecklenburg – Vorpommern und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Mecklenburg – Vorpommern.

Folgende Fördermaßnahmen könnten durch die Stiftung wahrgenommen werden:

- Hospitationen, fachlich betreute Praktika
- Mecklenburg – Vorpommern Stipendium
- Stiftungspraxen mit der Möglichkeit führen, dass die angestellten Zahnärzte zu einem späteren Zeitpunkt die Praxis als selbstständiger Freiberufler erwerben, im besten Fall erfolgt die Einarbeitung / Betreuung in einem vorher definierten und vertraglich fixierten Zeitraum vom Praxisabgeber
- Unterstützung für den Bereich der administrativen Aufgaben in einer Zahnarztpraxis

Sehr geehrter Herr Minister, die zuvor angeführten Maßnahmen könnten zur Gewinnung von Zahnärzten / -innen ergänzt werden durch gemeinsames Handeln, wie zum Beispiel eine Abstimmung mit Universitäten in unserem Land bei der Vergabe von Studienplätzen; – Stichwort Landarztquote -.

Um die Attraktivität für die Mitarbeit in einer Stiftungspraxis weiter zu erhöhen, könnten auch, unter Umständen in Abstimmung mit der Zahnärztekammer Mecklenburg – Vorpommern, Fortbildungen für die angestellten Zahnärzte/-innen gefördert werden. Auch ein möglicher Einsatz eines Zahnmobils könnte von einer Stiftungspraxis im Sinne einer zulassungsrechtlichen Basispraxis erfolgen, gesteuert werden. Aus diesem Ansatz heraus hat sich die Kassenzahnärztliche Vereinigung Mecklenburg – Vorpommern mit DB – Regio in Verbindung gesetzt und wird vorbehaltlich der Bestätigung am 22. August 2019 einen Vor-Ort-Termin wahrnehmen.

Ebenfalls könnten Kommunen, mit einigen standen wir schon zum Thema „Praxisnachfolger“ in Verbindung, mit einbezogen werden. Generell geht der Vorstand der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern davon aus, dass an einer Stiftung zur Förderung der vertragszahnärztlichen Versorgung alle Beteiligten im Spannungsfeld der Krankenversorgung Teilhabe haben könnten.“

A.2 Detailfragen

III Ambulante Versorgung

1. Geben Sie einen Überblick über die Zahl der niedergelassenen Ärzte nach Fachrichtung in M-V heute und im Vergleich vor 5 und 10 Jahren. Welche wesentlichen Veränderungen gab es? Was sind die Ursachen für diese Veränderungen?

Bedarfsplan für die allgemein Zahnärztliche Versorgung, Stand 15.09.2010

Planbereich	Einwohnerzahl per 31.03.2010	Zahnärzte IST	Zahnärzte SOLL	Versorgungsgrad in Prozent
Greifswald-Stadt	56.685	45	32,3	139,3
Neubrandenburg-Stadt	63.311	60	38,8	154,6
Rostock-Stadt	204.167	204,5	157,4	129,9
Schwerin-Stadt	92.138	87	56,6	153,7
Stralsund-Stadt	57.525	42,5	34,4	123,5
Wismar-Stadt	42.392	42	26,4	159,1
Bad Doberan	116.867	66	69,8	94,6
Demmin	74.351	53	47,8	110,9
Güstrow	95.011	66,5	59,3	112,1
Ludwigslust	121.375	78,75	76,3	103,2
Mecklenburg-Strelitz	74.452	53	46,6	113,7
Müritz	62.644	43,5	38,7	112,4
Nordvorpommern	101.686	70	63,3	110,6
Nordwestmecklenburg	113.032	62	69,5	89,2
Ostvorpommern	100.737	72,5	62,9	115,3
Parchim	91.256	61	57,5	106,1
Rügen	64.259	49	40,4	121,3
Uecker-Randow	67.250	49,5	43,4	114,1

Bedarfsplan für die kieferorthopädische Versorgung, Stand 15.09.2010

Planbereich	Einwohnerzahl 0-18 Jahre per 31.12.2009	Zahnärzte IST	Zahnärzte SOLL	Versorgungsgrad in Prozent
Greifswald-Stadt	6.480	3	1,6	187,5
Neubrandenburg-Stadt	7.951	2	2,0	100,0
Rostock-Stadt	23.180	10	5,8	172,4
Schwerin-Stadt	11.642	7	2,9	241,4

Stralsund-Stadt	6.928	3	1,7	176,5
Wismar-Stadt	5.003	2	1,3	153,8
Bad Doberan	16.545	5	4,1	122,0
Demmin	10.844	3	2,7	111,1
Güstrow	13.683	4	3,4	117,6
Ludwigslust	18.086	4	4,5	88,9
Mecklenburg-Strelitz	10.231	1	2,6	38,5
Müritz	8.710	2	2,2	90,9
Nordvorpommern	13.896	3	3,5	85,7
Nordwestmecklenburg	17.652	1	4,4	22,7
Ostvorpommern	13.704	1	3,4	29,4
Parchim	12.703	2	3,2	62,5
Rügen	8.362	2	2,1	95,2
Uecker-Randow	9.205	2	2,3	87,0

Bedarfsplan für die allgemeinärztliche Versorgung, Stand 16.09.2015

Planbereich	Einwohnerzahl per 31.12.2014	Zahnärzte IST	Zahnärzte SOLL	Versorgungsgrad in Prozent
Greifswald-Stadt	56.685	43	33,7	127,6
Neubrandenburg-Stadt	63.311	52,5	37,7	139,3
Rostock-Stadt	204.167	195,25	159,5	122,4
Schwerin-Stadt	92.138	78,5	54,8	143,2
Stralsund-Stadt	57.525	47,25	34,2	138,2
Wismar-Stadt	42.392	40,5	25,2	160,7
Bad Doberan	116.867	70,75	69,6	101,7
Demmin	74.351	56	44,3	126,4
Güstrow	95.011	63	56,6	111,3
Ludwigslust	121.375	71,75	72,2	99,4
Mecklenburg-Strelitz	74.452	49	44,3	110,6
Müritz	62.644	40,5	37,3	108,6
Nordvorpommern	101.686	65,5	60,5	108,3
Nordwestmecklenburg	113.032	59,75	67,3	88,8
Ostvorpommern	100.737	66,75	60,0	111,3
Parchim	91.256	61,25	54,3	112,8
Rügen	64.259	44,25	38,2	115,8
Uecker-Randow	67.250	47	40,0	117,5

Bedarfsplan für die kieferorthopädische Versorgung, Stand 16.09.2015

Planbereich	0-18 Jahre per 31.12.2014	Zahnärzte IST	Zahnärzte SOLL	Versorgungs-grad in Prozent
Rostock-Stadt	26.619	12	6,7	179,1
Mecklenburgische Seenplatte (Müritz, Neubrandenburg, Meckl.-Strelitz, Teil Demmin)	37.467	9	9,4	95,7
Landkreis Rostock (Bad Doberan, Güstrow)	32.508	9,5	8,1	117,3
Vorpommern-Rügen (Nordvorpommern, Stralsund, Rügen)	31.026	8	7,8	102,6
Schwerin / Nordwestmecklenburg (Schwerin, Wismar, Nordwestmecklenburg)	36.811	11	9,2	119,6
Vorpommern-Greifswald (Ostvorpommern, Greifswald, Uecker-Randow, Teil Demmin)	33.291	6	8,3	72,3
Ludwigslust-Parchim (Ludwigslust, Parchim)	31.654	6,25	7,9	79,1

Bedarfsplan für die allgemeinärztliche Versorgung, Stand 18. März 2020

Planbereich	Einwohnerzahl per 30.06.2019	Zahnärzte IST	Zahnärzte SOLL	Versorgungsgrad in Prozent
Greifswald-Stadt	58.984	43,25	35,1	123,2
Neubrandenburg-Stadt	63.936	55,75	38,1	146,3
Rostock-Stadt	208.684	196	163,0	120,2
Schwerin-Stadt	95.871	85	57,1	148,9
Stralsund-Stadt	59.299	41,75	35,3	118,3
Wismar-Stadt	42.668	39,5	25,4	155,5
Bad Doberan	120.774	66,25	71,9	92,1
Demmin	71.691	48,5	42,7	113,6
Güstrow	94.872	58,25	56,5	103,1
Ludwigslust	122.007	61,75	72,6	85,1
Mecklenburg-Strelitz	73.317	42,75	43,6	98,1
Müritz	62.454	34	37,2	91,4
Nordvorpommern	101.620	59,75	60,5	98,8
Nordwestmecklenburg	114.294	54,25	68,0	79,8
Ostvorpommern	99.102	64,5	59,0	109,3
Parchim	90.129	58,75	53,6	109,6
Rügen	64.082	37,5	38,1	98,4
Uecker-Randow	65.278	38,25	38,9	98,3

Bedarfsplan für die kieferorthopädische Versorgung, Stand 18. März 2020

Planbereich	0-18 Jahre per 31.12.2018	Zahnärzte IST	Zahnärzte SOLL	Versorgungs-grad in Prozent
Rostock-Stadt	29.423	14,5	7,4	195,9
Mecklenburgische Seenplatte (Müritz, Neubrandenburg, Meckl.-Strelitz, Teil Demmin)	39.004	7	9,8	71,4
Landkreis Rostock (Bad Doberan, Güstrow)	35.091	7,5	8,8	85,2
Vorpommern-Rügen (Nordvorpommern, Stralsund, Rügen)	32.806	7	8,2	85,4
Schwerin / Nordwestmecklen-burg (Schwe- rin, Wismar, Nord-westmecklenburg)	39.890	13,5	10,0	135,0
Vorpommern-Greifswald (Ostvorpommern, Greifswald, Uecker- Randow, Teil Demmin)	34.953	7	8,7	80,5
Ludwigslust-Parchim (Ludwigslust, Parchim)	32.856	7,25	8,2	88,4

22. Der Gesetzgeber hat mit im Jahr 2007 mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz Zulassungsbeschränkungen die im vertragszahnärztlichen Bereich aufgegeben. Wie beurteilen Sie die Entwicklung der Niederlassungsverteilung in ländlichen Regionen im Vergleich zu den Städten? Zum einen in der allgemein Zahnärztlichen Versorgung und zum anderen in der kieferorthopädischen Versorgung seit der Aufgabe der Zulassungsbeschränkungen? Würden Sie die Einführung von Zulassungsbeschränkungen begrüßen? Wenn, nein warum nicht?

Das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz) hat unter anderem die Streichung von Zulassungsbeschränkungen für Vertragszahnärzte vorgesehen. Seit 2007 gibt es damit im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung keine Bedarfszulassung. Zur Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung wird mit der Bedarfsplanungs-Richtlinie Zahnärzte jedoch weiterhin ein bundeseinheitlicher Rahmen für die Aufstellung von Bedarfsplänen vorgegeben. Grundlage ist das Verhältnis der Zahl der Vertragszahnärzte bzw. der Kieferorthopäden bezogen auf die Zahl der Einwohner in einem bestimmten Planungsbereich. Bei einem Versorgungsgrad von 0%-50% in einem Planungsbereich wird von einem „unterversorgten Bereich“ gesprochen. Bei einem Versorgungsgrad von 50%-70% wird von einem „von Unterversorgung bedrohten Bereich“, bei einem Versorgungsgrad von 70%-90% von einem „ausreichend versorgten Bereich“, bei einem Versorgungsgrad von 90%-110% von einem „optimal versorgten Bereich“ und bei einem Versorgungsgrad von über 110% von einem „überversorgtem Bereich“ gesprochen.

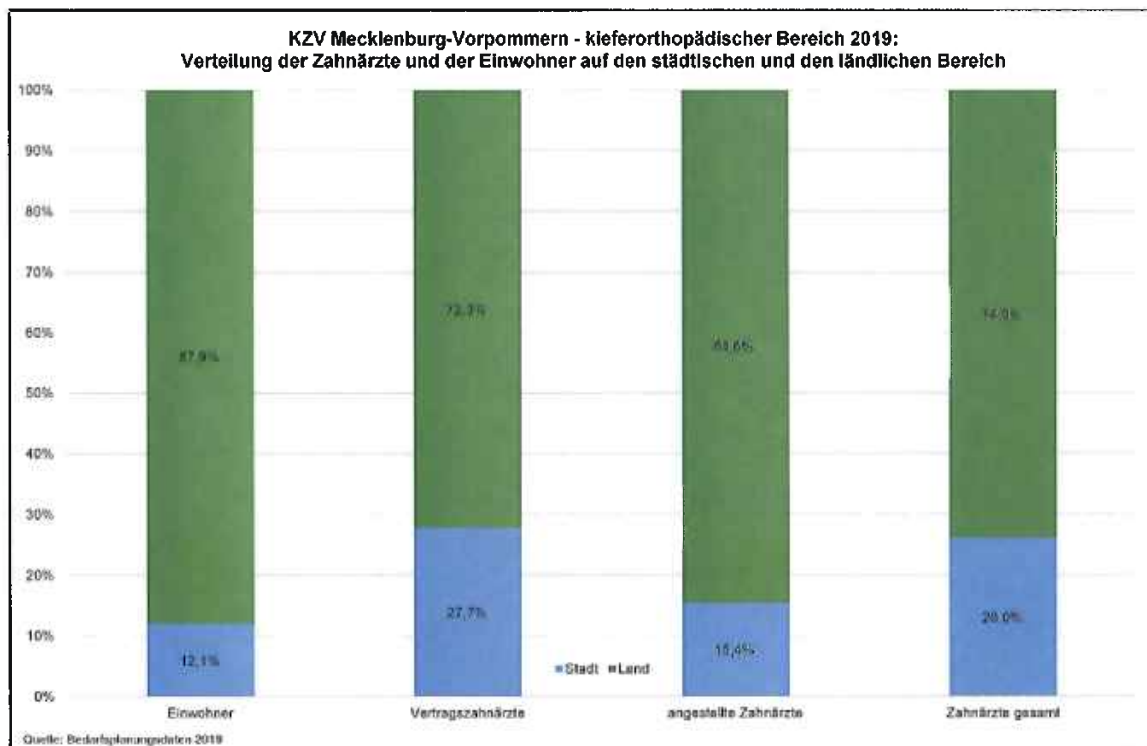
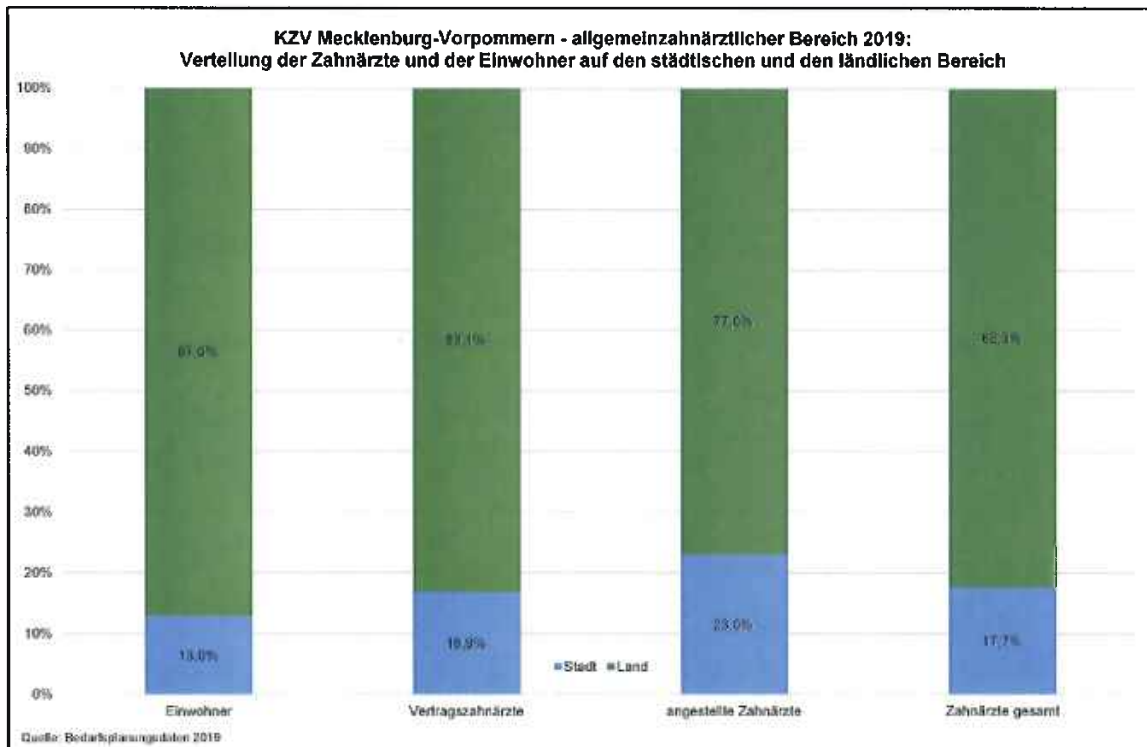
Die folgenden Tabellen zeigen die Versorgungssituation in Mecklenburg-Vorpommern gemäß Bedarfsplanungsdaten 2019 im allgemeinärztlichen und kieferorthopädischen Bereich. Die Daten zeigen, dass in keinem Planungsbereich eine Unterversorgung vorliegt und auch kein Planungsbereich von Unterversorgung bedroht ist. Eine lokale Unterversorgung unterhalb der Planungsbereichsebene kann allerdings nicht ausgeschlossen werden.

allgemeinzahnärztlicher Bereich	
Planungsbereich	Versorgungsgrad 2019
Greifswald-Stadt	118,2%
Neubrandenburg-Stadt	141,1%
Rostock-Stadt	119,0%
Schwerin-Stadt	150,2%
Stralsund-Stadt	118,3%
Wismar-Stadt	159,4%
Bad Doberan	93,9%
Demmin	113,6%
Güstrow	103,1%
Ludwigslust	85,1%
Mecklenburg-Strelitz	100,3%
Müritz	104,2%
Nordvorpommern	94,2%
Nordwestmecklenburg	79,8%
Ostvorpommern	109,3%
Parchim	113,3%
Rügen	98,4%
Uecker-Randow	106,0%

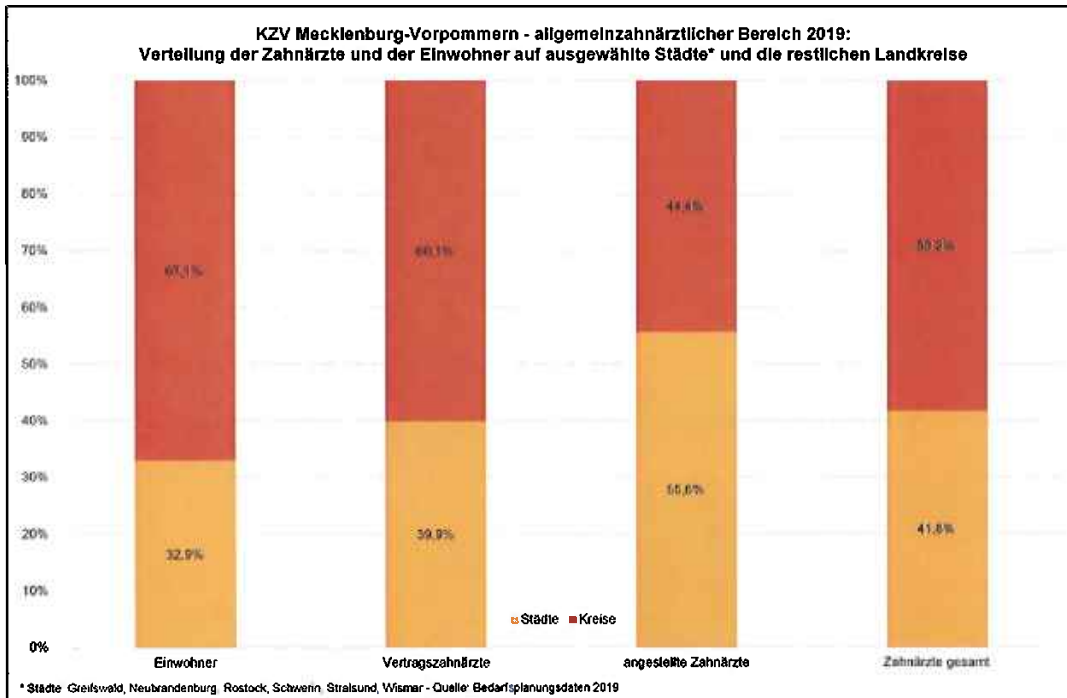
kieferorthopädischer Bereich	
Planungsbereich	Versorgungsgrad 2019
Rostock-Stadt	195,9%
Mecklenburgisch Seenplatte	81,6%
Landkreis Rostock	85,2%
Vorpommern-Rügen	100,6%
Schwerin/Nordwestmecklenburg	135,0%
Vorpommern-Greifswald	80,5%
Ludwigslust-Parchim	76,2%

In Bezug auf die Niederlassungsverteilung in städtische und ländliche Regionen ist zunächst anzumerken, dass es gemäß den siedlungsstrukturellen Kreistypen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) mit „Rostock-Stadt“ nur einen städtischen Planungsbereich in Mecklenburg-Vorpommern gibt.

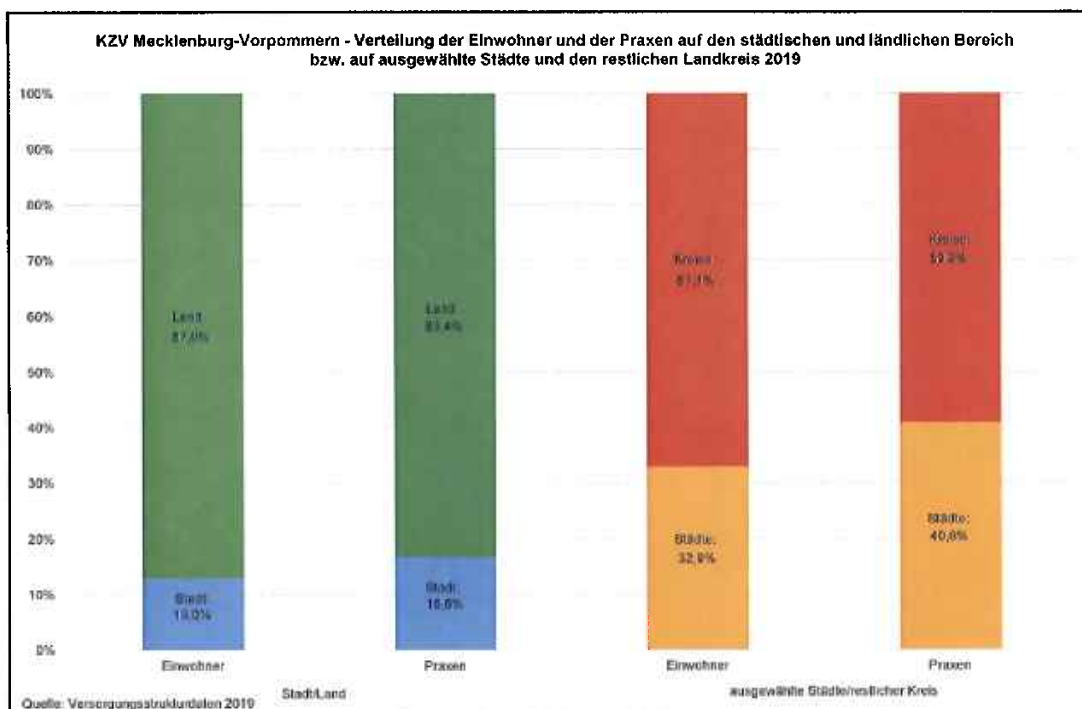
Die folgenden Grafiken stellen die Verteilung der Einwohner und der Vertragszahnärzte, angestellten Zahnärzte und Zahnärzte insgesamt (nach Vollzeitäquivalenten) auf die Bereiche Stadt und Land für den allgemein-zahnärztlichen und den kieferorthopädischen Bereich dar.



Da es mit Rostock nur einen städtischen Planungsbereich gibt, werden in der nächsten Grafik alternativ die Städte, die im allgemeinärztlichen Bereich einen eigenen Planungsbereich bilden, mit den restlichen Landkreisen verglichen. Bei diesen Städten handelt es sich um Greifswald, Neubrandenburg, Rostock, Schwerin, Stralsund und Wismar. Im kieferorthopädischen Bereich bilden diese Städte keinen eigenen Planungsbereich, so dass eine entsprechende Betrachtung nicht vorgenommen werden kann.



Zusätzlich kann auch noch die Verteilung der Praxen mit der Verteilung der Einwohner verglichen werden:



Die Daten zeigen, dass eine regionale Verteilung der Praxen und auch der Zahnärztinnen und Zahnärzte auf den städtischen und ländlichen Bereich weitestgehend proportional zur Bevölkerungsverteilung ausfällt

Mit dem Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPReG), das gerade von Bundestag und Bundesrat beschlossen wurde, gibt der Gesetzgeber den KZVen Instrumente zur Sicherstellung der Versorgung an die Hand. Damit werden die KZV ihren Sicherstellungsauftrag in Zukunft noch besser, flexibler und proaktiver gestalten können. Mit Inkrafttreten des GKV-IPReG werden die KZVen zur Finanzierung von Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung einen Strukturfonds bilden können, für den sie bis zu 0,2 Prozent der nach § 85 vereinbarten Gesamtvergütungen zur Verfügung stellen (zuzüglich des jeweils gleichen Betrages von den Krankenkassen). Auch erhalten die KZVen die Möglichkeit zur Einrichtung von Eigenrichtungen. Darüber hinaus soll die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen auch für den zahnärztlichen Bereich verpflichtend sein, wenn der Landesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen nach § 100 Abs. 1 oder Abs. 3 SGB V Unterversorgung, drohende Unterversorgung oder lokalen Versorgungsbedarf feststellt.

Eine (Wieder-)Einführung des ehemaligen, der Aufgabe gerecht werdenden Steuerungsinstrumentes „Bedarfszulassung“ lehnt die Vertragszahnärzteschaft ab. Hierfür besteht keine Notwendigkeit. Die Daten zeigen, dass aktuell weder im allgemein Zahnärztlichen noch im kieferorthopädischen Bereich Planungsbereiche unterversorgt sind. Auch die regionale Verteilung der Praxen und auch der Zahnärztinnen und Zahnärzte auf den städtischen und ländlichen Bereich entspricht in etwa der Verteilung der Einwohner.

Um auf zukünftige Herausforderungen reagieren zu können, hat die KZV Mecklenburg-Vorpommern mit dem Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPReG) Instrumente an die Hand bekommen. Die Sicherstellung einer wohnortnahen, flächendeckenden und qualitativ hochwertigen Versorgung ist eine Daueraufgabe, bei der sowohl Politik als auch Selbstverwaltung gleichermaßen gefordert sind. Allerdings wäre die (Wieder-)Einführung von Zulassungsbeschränkungen der falsche Weg.

Hier favorisiert die KZV M-V – wie zuvor genannt – das Stiftungsmodell.

- 23. Die Bundeszahnärztekammer hat gefordert, das Aufkaufen von Zahnarztpraxen durch Fremdkapitalgeber wie Private-Equity-Fonds zu stoppen. Begründet wird dies mit nachteiligen Auswirkungen auf die zahnärztliche Versorgung in ländlichen Regionen. Kann die fremdkapitalgestützte Gründung von MVZ mit angestellten Zahnärzten gerade für die ländlichen Regionen nicht auch eine Chance auf dauerhafte Versorgungssicherheit sein?**

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) fordert, die seit Jahren auf hohem Niveau fortschreitende Übernahme zahnärztlicher Versorgung durch Großinvestoren und Private Equity-Fonds zu beschränken. Der Zugang der Investoren zur zahnärztlichen Versorgung vollzieht sich insbesondere über den Aufkauf von Krankenhäusern und die damit einhergehende rechtliche MVZ-Gründungsberechtigung, auch wenn das Krankenhaus selbst über keinen fachlichen oder räumlichen Bezug zur zahnärztlichen Versorgung verfügt.

Diese Gründungsberechtigung kann dann beispielsweise dazu genutzt werden, bestehende Bestandspraxen aufzukaufen und Kettenverbände von MVZ zu gründen.

Aus den aktuellen Auswertungen der KZBV geht hervor, dass die Gründungen von zahnärztlichen MVZ und insbesondere investorengetragener MVZ (iMVZ) seit der Ermöglichung arztgruppengleicher MVZ im Jahr 2015 rasant ansteigen. Während sich vor dem Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes zum 23. Juli 2015 die Zahl der MVZ in Deutschland auf 28 belief, sind es zum 30. Juni 2020 bereits 1.033 zahnärztliche MVZ. Diese äußerst dynamische Entwicklung ist auch auf das seit Jahren hohe Wachstum im Bereich der iMVZ zurückzuführen, deren Anteil an allen zahnärztlichen MVZ sich mittlerweile auf über 20 Prozent beläuft.

Die großflächige Ausbreitung von MVZ und iMVZ hat sich bislang vor allem in den westdeutschen Bundesländern und Berlin abgespielt, wobei sich ein Großteil der iMVZ auf die einwohner- und wirtschaftlich starken Bundesländer Bayern, Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen verteilt, in denen sich zusammengenommen über zwei Drittel aller iMVZ angesiedelt haben. Demgegenüber gibt es in Mecklenburg-Vorpommern zum Stand 30. Juni 2020 zehn MVZ, keines davon wird von einem Fremdkapitalgeber getragen.

Auch der Blick auf die deutschlandweiten Daten der KZBV zur räumlichen Verteilung von iMVZ bestätigen die Tendenz, dass ländliche Regionen nicht im Fokus des Interesses von Fremdinvestoren stehen und iMVZ keine Lösung auf die Frage bieten, wie eine wohnortnahe, flächendeckende Versorgung hier künftig sichergestellt werden kann. Stattdessen zeigen die Daten, dass die Investoren bei der Standortwahl ihrer MVZ zur „Rosinenpickerei“ neigen, ländliche Gebiete insgesamt vernachlässigen und sich stattdessen vor allem auf Großstädte, Ballungsräume und einkommensstarke Regionen konzentrieren – also Standorte, in denen die Versorgung besonders lukrativ erscheint.

Insbesondere an der Versorgung ländlicher, strukturschwacher Regionen beteiligen sich iMVZ nur in sehr geringem Umfang: Derzeit liegen nach den Daten der KZBV deutschlandweit nur rund 7 Prozent der zahnärztlichen iMVZ in ländlichen Bereichen mit niedrigem Medianeinkommen, während rund 76 Prozent in städtischen Bereichen mit hohem Einkommen angesiedelt sind. Damit leisten iMVZ so gut wie keinen Beitrag zur Patientenversorgung in ländlichen und strukturschwachen Gebieten, in denen am ehesten Versorgungsengpässe und Unterversorgung drohen könnten.

Aus versorgungspolitischer Sicht problematisch ist außerdem, dass die auf schnelle Marktanteilszuwächse und Gewinnsteigerungen gerichtete Geschäftsstrategie von iMVZ häufig mit der Bildung von größeren Ketten einhergeht. Gehen solche Ketten in die Insolvenz, drohen auf einen Schlag größere (regionale) Versorgungslücken. Beispiele hierfür lassen sich seit Jahren exemplarisch im europäischen Ausland und zuletzt auch in Deutschland finden: Nach Informationen der KZBV wurde Anfang August 2020 ein Insolvenzverfahren wegen Zahlungsunfähigkeit gegen die Trägergesellschaft einer der deutschlandweit größten iMVZ-Ketten, die Zahnarztkette „Dr. Z“, eingeleitet.

Neben der sehr deutlichen Ausrichtung von iMVZ auf städtische, struktur- und einkommensstarke Bereiche und ihrer Tendenz zur Kettenbildung tritt der Umstand, dass die meist verschachtelten, undurchsichtigen Beteiligungsstrukturen es ausgesprochen schwermachen, die Finanzinvestoren und die zugehörigen MVZ bzw. MVZ-Ketten zu identifizieren, so dass weitere Aktivitäten von Finanzinvestoren nicht ausgeschlossen werden können. Hier fehlt ein aktueller, leicht zugänglicher Überblick, der die Eigentümer- und Beteiligungsstrukturen sowie Kettenbildungen im Bereich der zahnärztlichen MVZ adäquat abbildet.

IV Sektorenübergreifende Versorgung

- 1. Welche Herausforderungen existieren bei der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit? Was hindert aus heutiger Sicht daran, gemeinsame sektorenübergreifende Strukturen zu etablieren und wie könnten neue Lösungswege aussehen? Wie lassen sich mögliche Probleme perspektivisch lösen?**
- 2. Welche sektorübergreifenden Maßnahmen wären notwendig, um in Flächenlandregionen, gemeinsam mit allen verfügbaren Ressourcen, den ambulanten und stationären Versorgungsbedarf zu sichern?**

Die zahnärztliche Versorgung ist ein eigener Bereich im ambulanten Sektor mit spezifischen Besonderheiten und kaum sektorenübergreifenden Fragestellungen. Die Versorgungsstruktur ist vorwiegend durch eine ambulante vertragszahnärztliche Versorgung über niedergelassene Zahnärztinnen und Zahnärzte geprägt, während zahnärztlichen Kliniken bzw. Krankenhäusern mit zahnärztlichen Abteilungen versorgungstechnisch lediglich eine untergeordnete Rolle zukommt. Eine Ausnahme bilden hier die Universitätskliniken.

Zu den wenigen Schnittstellen der zahnärztlichen Versorgung mit anderen Versorgungsbereichen gehören beispielsweise Kooperationsverträge von Zahnärzten mit stationären Pflegeeinrichtungen zur Versorgung von Pflegebedürftigen (§ 119b SGB V) oder die im sog. Gelben Heft (Kinderuntersuchungsheft) vorgesehenen Verweise vom Kinderarzt zum Zahnarzt im Rahmen der vertragszahnärztlichen Vorsorge für Kinder bis zum 6. Lebensjahr. Auch kann unter ganz spezifischen Konstellationen eine stationäre zahnmedizinische (Weiter-)Behandlung notwendig sein, z.B. bei Patientinnen und Patienten mit einer schweren Allgemeinerkrankung oder erhöhtem Narkoserisiko.

Insgesamt hat die sektorenübergreifende Versorgung in der zahnmedizinischen Behandlung aber nur eine untergeordnete Bedeutung.

IX Finanzierung / Vergütung

- 1. Wie beurteilen Sie das Finanzierungssystem vor dem Hintergrund einer bedarfsorientierten medizinischen Versorgung auch in der Fläche? Sehen Sie Fehlanreize?**
- 2. Wie bewerten Sie die Zuteilung der medizinischen Versorgung in Deutschland aufgrund der Unterteilung in privat und gesetzlich Versicherte und die sich daraus ergebenden unterschiedlichen Honorarkataloge?**

3. **Wie bewerten Sie die Vielfalt der Krankenkassenlandschaft und den begonnenen Prozess der Konzentration und Reduzierung dieser?**
4. **Welchen prozentualen Anteil des BIP halten Sie Ausgaben für die medizinische Versorgung der Bevölkerung für sinnvoll und anstrebenswert (Bitte unterteilen in: Gesamt und ggf. anteilig in Stationäre Versorgung, Ambulante Versorgung und Zahnmedizinische Versorgung)?**
5. **Wie stehen Sie zur Zweiteilung der medizinischen Versorgung in Deutschland aufgrund der Unterteilung in privat und gesetzlich Versicherte und den sich daraus ergebenden unterschiedlichen Honorarkatalogen?**
6. **Wie stehen Sie zur Vielfalt der Krankenkassenlandschaft?**

Gemeinsam mit der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und den anderen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) setzen wir uns für ein Gesundheitswesen ein, in dem es Wettbewerb um die bestmögliche Versorgung gibt. Dazu braucht es Angebotsvielfalt sowohl auf Seiten der Leistungsträger als auch auf Seiten der Kostenträger und zwar in Form unterschiedlicher Versicherungssysteme und unterschiedlicher Versicherungsunternehmen bzw. Krankenkassen. Ein duales Versicherungssystem mit einer privaten Gebührenordnung (GOZ) neben dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (BEMA - Einheitliche Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen) ist dafür die Voraussetzung. Denn bekannt ist ja, dass die Entwicklung von zahnmedizinischen Leistungen bis hin zum Einsatz der Heilbehandlung an Patienten die verschiedensten Forschungs- und Entwicklungsstufen durchlaufen müssen. Wenn die wissenschaftliche Seite die Leistung quasi frei gegeben hat, dann kann im Bereich der PKV die neue Leistung dem Patienten angeboten werden. Über den dualen Versicherungsweg PKV/GKV in der Gesundheitsversorgung kann somit zeitnah dem Patienten der wissenschaftliche Fortschritt angeboten werden. Ein positiver Nebeneffekt ist darin zu sehen, dass dem Patienten bewusst wird, dass Gesundheit den höchsten Stellenwert hat, aber auch Kosten verursacht. Das Kostenbewusstsein wird geschärft und die Forschung in der Zahnmedizin kann sich entwickeln. Die Vertragszahnärzteschaft bekennt sich daher zum dualen System der Krankenversicherung in Deutschland, spricht sich für den Erhalt der privaten Krankenvollversicherung als wichtige zweite Versicherungssäule des Gesundheitswesens aus und befürwortet den Wettbewerb zwischen GKV und PKV.

Das duale Krankenversicherungssystem zählt zu den besonderen Stärken des deutschen Gesundheitswesens, das gerade in der Corona-Pandemie seine Leistungsfähigkeit wieder unter Beweis gestellt hat. Der Systemwettbewerb zwischen GKV und PKV für eine gute Versorgung der Patienten hat sich bewährt. Er ist ein Innovationsmotor zum Vorteil aller Versicherten. Daher lehnen wir Forderungen nach einer Umstellung unseres Krankenversicherungssystems auf eine Bürger- bzw. Einheitsversicherung ab.

Dies gilt auch für die Diskussion über eine mögliche Konvergenz der Vergütungssysteme für Leistungen von gesetzlicher und privater Krankenversicherung. Die fundamental unterschiedlichen (sozial)rechtlichen Rahmenbedingungen der privatärztlichen und der vertrags(zahn-)ärztlichen Tätigkeit lassen die Einführung einer einheitlichen Honorarordnung aus unserer Sicht nicht zu. In der zahnmedizinischen Versorgung gelten zwischen GKV und PKV auch grundlegend unterschiedliche Vergütungsprinzipien.

Da Zahnärztinnen und Zahnärzte ihre Einnahmen aus GKV-Leistungen und über die GOZ erwirtschaften, hätte eine einheitliche Honorarordnung unmittelbar negativen Einfluss auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten, die Attraktivität des zahnärztlichen Berufsbildes und nicht zuletzt auf die betriebswirtschaftliche Situation der Praxen.

Ebenso wären weitere Konzentrationsprozesse innerhalb der Kassenlandschaft mit Oligopolbildung und marktbeherrschender Stellung auf der Krankenkassenseite aufgrund eines immer stärker zurückgehenden Wettbewerbs mit Nachteilen für die Versorgung der Patientinnen und Patienten verbunden.

Der Anteil der GKV-Ausgaben für zahnärztliche Behandlungen und für Zahnersatz sinkt aufgrund politischer Entscheidungen sowie aufgrund von Zunahmen bei den anderen GKV Leistungsausgaben seit Jahren kontinuierlich. Es sollte darauf geachtet werden, dass sich der Anteil der GKV-Ausgaben für die zahnmedizinische Versorgung im Vergleich zu den anderen GKV Leistungsausgaben nicht weiter verringert, denn die zahnärztliche Versorgung ist ein fester Bestandteil der Daseinsvorsorge. Die Mundgesundheit ist für die Gesundheit insgesamt von großer Bedeutung und bringt einen erheblichen Gewinn an Lebensqualität für alle Bevölkerungsgruppen mit sich. Es ist ein großer Erfolg, dass sich die Mundgesundheit der Bevölkerung in den letzten 20 Jahren erheblich verbessert hat und Deutschland bei der Mundgesundheit im internationalen Vergleich seit Jahren einen Spitzenplatz belegt. Die Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V) des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ), die im Sommer 2016 veröffentlicht wurde und Auskunft über den Status Quo der Mundgesundheit in Deutschland gibt, zeigt, dass sich die Zahn- und Mundgesundheit der Bevölkerung im Vergleich zu den Vorgängerstudien in allen Bereichen und über alle sozialen Schichten hinweg noch einmal verbessert hat. Auch im internationalen Vergleich nimmt Deutschland bei der Mundgesundheit seit Jahren einen Spitzenplatz ein.

X. Telemedizin / Datenschutz

- 1. Wie beurteilen sie den gegenwärtigen Einsatz der Telemedizin? Welche Probleme und Verbesserungsmöglichkeiten sehen Sie?**
- 2. Wie beurteilen Sie die Verknüpfung der IT-Struktur zwischen dem ambulanten und stationären Sektor? Was müsste verbessert werden?**
- 3. Welche infrastrukturellen und organisatorischen Voraussetzungen werden für einen realistischen, flächendeckenden Einsatz von Telemedizin benötigt?**
- 4. Welche Chancen und Risiken sehen Sie im Einsatz der Telemedizin im Allgemeinen sowie im Flächenland Mecklenburg-Vorpommern im Besonderen?**
- 5. Telemedizinische Angebote wie Videosprechstunden für Patientinnen und Patienten bieten zur Überbrückung der vergleichsweise weiten Wege im Flächenland M-V neue Chancen, um bspw. bei Verlaufskontrollen oder Bagatellerkrankungen Praxisbesuche zu vermeiden. In diesem Markt werben neue - ausschließlich telemedizinisch tätige - Anbieter um die Patientinnen und Patienten, bspw. die TeleClinic mit Sitz in München. Wie beurteilen Sie diese Entwicklung? Betrachten Sie die neuen kommerziellen Anbieter als Konkurrenz oder als sinnvolle Angebotsergänzung und Entlastung für den niedergelassenen Arzt?**

6. **Vergleichsweise spät hat die Landesärztekammer M-V Ende 2019 den Weg für die ausschließliche Fernbehandlung freigemacht. Ärztinnen und Ärzte bieten sich nun neue Möglichkeiten, bspw. bei der Gestaltung effizienterer Arbeitsabläufe. Mit welchen Maßnahmen und Angeboten der Ärztekammer und/oder der Kassenärztlichen Vereinigung werden die Ärztinnen und Ärzte auf die neuen Herausforderungen und Chancen vorbereitet und unterstützt?**
7. **Welche Konzepte existieren, um Telemedizin zu einer breiteren Anwendung zu bringen? Welche Maßnahmen werden ergriffen, um umfassenden Datenschutz zu gewährleisten und so Vertrauen bei den Patient/innen zu schaffen, solche Angebote anzunehmen?**

Die Vertragszahnärzteschaft begreift die Digitalisierung des Gesundheitswesens als Chance, Gesundheitskompetenz zu stärken, einen gleichberechtigten Zugang zu Gesundheitsinformationen zu schaffen, Versorgung zu verbessern und effizienter zu gestalten sowie Bürokratielasten zu bewältigen. Diesen Gestaltungsanspruch für die Digitalisierung hat die Vertreterversammlung der KZBV bereits, im November 2017, formuliert und dazu ihr 10-Punkte-Papier zur Digitalisierungsstrategie „Chancen nutzen, Datenschutz und Datensicherheit gewährleisten“ verabschiedet.

Als technikaffiner Berufsstand wollen wir Zahnärztinnen und Zahnärzte die Digitalisierung gestalten und mit unserer Expertise aktiv daran mitwirken, dass sie einen Mehrwert entfaltet – für die Patientinnen und Patienten und in den Praxen. Es kommt nun darauf an, dass dieser Mehrwert auch tatsächlich vor Ort in den Praxen und in der Patientenversorgung ankommt.

Dies wird im Rahmen der Telematikinfrastruktur (TI) im ersten Schritt mit den Anwendungen Elektronischer Medikationsplan (eMP), Notfalldatenmanagement (NFDM) und dem Kommunikationsdienst KIM (Kommunikation im Medizinwesen) sowie in einem zweiten Schritt mit der elektronischen Patientenakte (ePA), die ab dem 1. Juli 2021 von allen Arzt- und Zahnarztpraxen in ihren Praxen unterstützt werden muss, möglich sein. KIM ist ein sicherer E-Mail-ähnlicher Dienst, bei dem in einem geschlossenen Nutzerkreis Zahnärztinnen und Zahnärzte, KZVen und Angehörige anderer Heilberufe – mit Verschlüsselung der Daten vom Absender zum Empfänger, einer sogenannten „Ende-zu-Ende-Verschlüsselung“ – medizinische Daten, wie elektronische Arztbriefe oder Röntgenbilder, oder auch Abrechnungsdaten mit ihrer KZV sicher austauschen können. Für Zahnarztpraxen von elementarer Bedeutung wird KIM mit Einführung der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) sein. Der Gesetzgeber sieht vor, dass die eAU in Zukunft die herkömmliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU) ablöst. Diese soll elektronisch über den KIM-Dienst an die Krankenkasse der Patientin oder des Patienten übermittelt werden.

Seit Mitte 2020 sind nahezu alle Vertragszahnarztpraxen an die TI angeschlossen. Um die Mitwirkung und Akzeptanz der Zahnärztinnen und Zahnärzte bei der Umsetzung und Implementierung der TI auch weiterhin zu fördern, ist es wichtig, dass insbesondere der stabile Betrieb der TI und ihrer medizinischen Anwendungen gewährleistet wird. Dazu fordert die Vertragszahnärzteschaft, dass künftig ausschließlich Anwendungen in die Fläche gehen, die ausreichend unter Praxisbedingungen getestet wurden und stabil und sicher laufen.

Die Reduktion von Feldtests bei wichtigen Komponenten und Diensten, um gesetzliche Fristen einhalten zu können, hat sich als kontraproduktiv erwiesen.

Essentiell für die Mitwirkung und Akzeptanz der Praxen ist auch die Erstattung der Kosten der Digitalisierung. Durch die zunehmende Digitalisierung der Zahnarztpraxen und sich ständig mit der technischen Weiterentwicklung wandelnde Vorgabe, entstehen den Zahnarztpraxen erhebliche Investitions- und laufende Betriebskosten. Die Digitalisierung ist ein Thema, das die Praxen in Zukunft immer begleiten wird. Insofern halten wir eine kontinuierliche Erstattung der durch die Digitalisierung entstehenden finanziellen Lasten für notwendig. Die Vertragszahnärzteschaft benötigt eine gesetzliche Grundlage zur Beauftragung der Bundesmantelvertragspartner KZBV und GKV-Spitzenverband, um eine diesbezügliche Finanzierungsvereinbarung aushandeln zu können. Um ihrem Gestaltungsanspruch für die Digitalisierung Rechnung zu tragen, hat die Vertragszahnärzteschaft digitale zahnärztliche Leuchtturmprojekte entwickelt. Zum einen soll in der ePA auch ein Implantatpass als Informationsobjekt verankert werden. So kann die behandelnde Zahnärztin oder der behandelnde Zahnarzt bei bereits gesetzten Implantaten auch nach Jahren noch abfragen, was sich genau im Kiefer befindet und um welches Implantatsystem es sich handelt.

Auch das Bonusheft für den Eintrag von Vorsorgeuntersuchungen in der Zahnarztpraxis wird digital. In enger Zusammenarbeit haben Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und KZBV das medizinische Informationsobjekt (MIO) „zahnärztliches Bonusheft“ festgelegt. Patientinnen, Patienten und Zahnarztpraxen können die Anwendung ab dem Jahr 2022 als Bestandteil ihrer ePA nutzen.

Darüber hinaus arbeitet die KZBV unter Hochdruck am elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahren. Dies soll das Genehmigungsverfahren des Heil- und Kostenplans ohne jeglichen Medienbruch rein digital abbilden. Das geplante Verfahren ist so aufgesetzt, dass Zahnärztinnen und Zahnärzte künftig einen elektronischen Antragsdatensatz direkt und sicher an die Krankenkasse übermittelt und die Kostenträger einen elektronischen Antwortdatensatz wieder an die Praxis zurückspielen. Das Praxisverwaltungssystem kann diesen Antwortdatensatz dann automatisch verarbeiten. Dieses Verfahren wird voraussichtlich im Jahr 2022 in die Fläche kommen können.

Die Vertragszahnärzteschaft erkennt auch das Potential telemedizinischer Lösungen für die Versorgung. Ab Oktober 2020 können Zahnärztinnen und Zahnärzte dieses Potential noch stärker nutzen. Darauf haben sich die KZBV und der GKV-Spitzenverband geeinigt.

Die Übereinkunft sieht die Aufnahme von Videosprechstunden, Videofallkonferenzen, Telekonsilien sowie eines Technikzuschlages in den Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) vor. So können Videosprechstunden mit Patientinnen und Patienten sowie Videofallkonferenzen mit Pflegepersonal künftig bei Versicherten abgerechnet werden, die einem Pflegegrad zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe erhalten. Damit sind auch für Versicherte, bei denen zahnärztliche Leistungen im Rahmen eines Kooperationsvertrages erbracht werden, diese Leistungen ab Oktober Bestandteil des GKV-Leistungskataloges.

Telekonsilien zwischen Ärzten und Zahnärzten hingegen sind bezogen auf alle Versicherten abrechenbar. Insbesondere die Videosprechstunde ist ein sehr hilfreiches Instrument. Mit dieser Leistung können bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Beeinträchtigung zum Beispiel im Vorfeld eines Zahnarzttermins Symptome abgeklärt und die aufsuchende Versorgung besser organisiert werden. Weitere mögliche Szenarien sind in der Nachkontrolle einer umfangreicheren Behandlung sowie in der Erörterung anstehender prothetischer Planungen zu sehen. Ebenso sind Videofallkonferenzen mit dem Pflegepersonal und gegebenenfalls videogestützte Telekonsilien arztgruppenübergreifend sinnvoll. Diese technischen Möglichkeiten sind sehr effizient und bringen viele Vorteile für alle Beteiligten, besonders in Zeiten der andauernden Pandemie.

8. **Ist die Zusammenarbeit mit dem Landesdatenschutzbeauftragten im Bereich der gesundheitlichen Versorgung gegeben? Wenn ja, in welcher Form? Wenn nein, welcher Expertise bedienen Sie sich?**
9. **Durch welche Maßnahmen können Sie darauf hinwirken, dass die von Experten bemängelte Datensicherheit in Praxen, angefangen beim Tresen mitten im Wartezimmer bis hin zur von außen angreifbaren IT-Struktur zukünftig flächendeckend sichergestellt wird?**

Seit Beschlussfassung zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) im Jahr 2011 durch die Gesellschafterversammlung der gematik begleitet die KZBV den Ausbau der entsprechenden Infrastruktur konstruktiv und im Sinne der Patientinnen und Patienten mit einem besonderen Augenmerk für datenschutzrechtliche Belange und Belange der Datensicherheit. Die Themen Datenschutz und Datensicherheit sind auch zentrale Bausteine des bereits oben genannten 10-Punkte-Papiers zur Digitalisierungsstrategie der Vertragszahnärzteschaft.

Mit dem „Digitale Versorgung Gesetz“ (DVG) haben die KZBV und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) den gesetzlichen Auftrag erhalten, die Anforderungen zur Gewährleistung der IT-Sicherheit in der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung festzulegen. § 75b SGB V, Richtlinie zur IT-Sicherheit in der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung, besagt, dass die Anforderungen dieser Richtlinie dem Stand der Technik entsprechen müssen und neben den grundsätzlichen Aspekten der IT-Sicherheit auch Anforderungen an die sichere Installation und Wartung von Komponenten und Diensten der TI berücksichtigen müssen und diese fortlaufend zu aktualisieren und an den Stand der Technik sowie das Gefährdungspotential anzupassen sind.

Die KZBV und die KBV haben damit die Aufgabe übertragen bekommen, dauerhaft den Rahmen für die Gewährleistung der IT-Sicherheit in den Praxen selbst zu regeln. Die Vertreterversammlungen von KZBV und KBV haben sich bereits intensiv mit der IT-Sicherheitsrichtlinie beschäftigt.

Darüber hinaus hat die Zahnärzteschaft bzgl. der datenschutzrechtlichen Verantwortlichkeiten für die Telematikinfrastruktur (TI) immer die Position vertreten, dass Zahnärztinnen und Zahnärzte für die TI und deren Komponenten mangels Beherrschbarkeit nicht verantwortlich sein können, sondern dass ihre Verantwortlichkeit "vor dem Konnektor endet", d.h. auch für diesen keine Verantwortlichkeit gegeben sein kann.

Insofern wird begrüßt, dass mit dem von Bundestag und Bundesrat bereits beschlossenen Patientendatenschutz-Gesetz (PDSG) der Umfang der Verantwortlichkeit der Leistungserbringer von der Mitentscheidung über die Mittel der Datenverarbeitung abhängig gemacht wird und klargestellt wird, dass die Verantwortlichkeit der Leistungserbringer lediglich für die ordnungsgemäße Inbetriebnahme, Wartung und Verwendung der Komponenten gilt.

XI. Fachkräfte/ Personalressourcen / Frage 7

- 7. Welche Aktivitäten seitens der ZÄK MV werden berufspolitisch umgesetzt, um die Attraktivität des Zahnarztberufs zu erhöhen? Es studieren vermehrt Frauen Zahnmedizin, die eher in Anstellungsverhältnissen anstelle einer Selbständigkeit als Zahnärztinnen tätig werden. Welche Maßnahmen sind geplant, um die Niederlassung für Frauen attraktiver zu machen, ggf. die Anzahl der niederlassungswilligen Studierenden zu erhöhen?**

Im Jahr 2019 waren in Mecklenburg-Vorpommern 55,6% der Vertragszahnärzte und 75,4% der angestellten Zahnärzte weiblich. Der Anteil der Vertragszahnärztinnen an allen weiblichen Zahnärzten liegt in Mecklenburg-Vorpommern bei 82,4%.

Der InvestMonitor Zahnarztpraxis 2018 des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) zeigt, dass sich im Jahr 2018 in Deutschland erstmals ebenso viele Zahnärztinnen wie Zahnärzte niedergelassen haben. Dabei ist die Einzelpraxisübernahme für beide Geschlechter nach wie vor die bevorzugte Niederlassungsform. Weitere Ausarbeitungen des IDZ zeigen auch, dass die Niederlassung nach wie vor die beliebteste Tätigkeitsform ist. Jedoch planen die wenigsten jungen Zahnärztinnen und Zahnärzte diese direkt im Anschluss an ihre Assistenzzeit, sondern eher mittelfristig.

Welche Faktoren spielen für die zahnärztliche Niederlassung eine Rolle? Antworten auf diese Frage und zum Stand der Forschung zur Praxisgründung hat David Klingenberg in einer Publikation des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) aus dem Jahr 2018 zusammengefasst. Hier heißt es auf Seite 126: Für die Niederlassung entscheiden sich die jungen Zahnärztinnen und Zahnärzte, wenn sie ‚anziehende‘ Bedingungen vorfinden.“ Insgesamt kommt es darauf an, attraktive Rahmenbedingungen zu gestalten, die sowohl für Zahnärztinnen als auch für Zahnärzte Anreize zur Niederlassung setzen.

Hier ist die Politik gefordert, in einem engen Dialog mit der Selbstverwaltung die Rahmenbedingungen kontinuierlich auf die Bedürfnisse junger Zahnärztinnen und Zahnärzte anzupassen, um auch in Zukunft eine wohnortnahe, flächendeckende und qualitativ hochwertige Versorgung sicherstellen zu können.

XII. Pandemie und Folgerungen

- 1. Welche beruflichen Erfahrungen haben Sie in den Zeiten der Corona-Pandemie gemacht und welche beruflichen Schlussfolgerungen ziehen Sie persönlich?**

2. **Nach ca. einem Jahr der Versorgung in der Corona-Pandemie lassen sich neue Rückschlüsse auf Versorgungsstrukturen ziehen.**
 1. **Welche Entwicklungen sehen Sie als besonders positiv?**
 2. **Welche Entwicklungen sehen Sie als besondere Belastung?**
 3. **Welche Neuerungen wollen Sie über das Ende der Pandemie hinaus beibehalten?**
3. **Welche Handlungsbedarfe in Bezug auf die Corona-Pandemie sehen Sie nach wie vor in M-V und bundesweit?**
4. **Welche Konzepte gibt es, um zukünftig im Pandemiefall die Versorgung der Patient/innen sicherzustellen? Wurden die Patientenorganisationen bzw. ihre aktuellen Erfahrungen in deren Entwicklung einbezogen?**

Deutschland ist bislang vergleichsweise gut durch die Corona-Krise gekommen. Auch Zahnärztinnen und Zahnärzte und ihre Praxisteams standen und stehen nach wie vor in der Krisensituation vor enormen Herausforderungen. Unterstützt durch die KZV Mecklenburg-Vorpommern haben sich auch die Praxen in Mecklenburg-Vorpommern diesen Herausforderungen gestellt und alles darangesetzt, schnell und flexibel zu agieren und für ihre Patientinnen und Patienten da zu sein. Dabei war und ist es das primäre Ziel, die zahnärztliche Versorgung aller Patientinnen und Patienten bei maximalem Infektionsschutz aufrecht zu erhalten und das Infektionsrisiko in den Praxen zu minimieren. Unter Einhaltung höchster Hygienestandards und unter oft schwierigen Bedingungen haben es die Zahnärztinnen und Zahnärzte und ihre Praxisteams vom ersten Tag der Pandemie an geschafft, zu jedem Zeitpunkt sowohl die Regelversorgung ihrer Patientinnen und Patienten sicherzustellen als auch die Versorgung von Infizierten und Verdachtsfällen zu gewährleisten. Zusätzlich wurde auf der zahnärztlichen Bundesebene in kürzester Zeit zusammen mit dem Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) das international vielbeachtete „System von Standardvorgehensweisen für Zahnarztpraxen während der Coronavirus-Pandemie“ (SOP-System) entwickelt und dieses schnell an die Praxen kommuniziert.

Vor dem Hintergrund der weltweit knappen Verfügbarkeit von persönlicher Schutzausrüstung, war die flächendeckende Ausstattung der Schwerpunktpraxen mit Schutzausrüstung eine große Herausforderung. Zur Ausstattung der Schwerpunktpraxen wurde auch die KZV Mecklenburg-Vorpommern von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung mit Schutzausrüstung beliefert, die auf Bundesebene die federführende Koordination übernommen hatte. Zusätzlich konnte sich die KZV M-V in den Sitzungen des ImFüSt für eine Lieferung von persönlichen Schutzausrüstungen einsetzen, um Zahnarztpraxen über Lieferengpässe hinwegzuhelfen.

Auf Bundesebene wie auch auf Ebene der KVZ Mecklenburg-Vorpommern wurden im Zuge der bisherigen Bewältigung der Pandemie wichtige Erkenntnisse gewonnen. Es gilt, aus diesen Erkenntnissen Lehren zu ziehen. Zum einen, um den weiteren Verlauf der Corona-Pandemie bewältigen zu können, zum anderem, um auf zukünftige Pandemien und nationalen Katastrophensituationen insgesamt besser vorbereitet zu sein.

Ein Ende der Corona-Pandemie ist bislang nicht in Sicht. Angesichts des Fortdauerns und Wiedererstarkens der Corona-Pandemie mit erneut steigenden Infektionszahlen und parallel dazu einer Konzentration des Infektionsgeschehens in bestimmten Bereichen oder Hotspots, aber auch für den Fall zukünftiger Pandemien und nationaler Katastrophensituationen sollte die Krisenreaktionsfähigkeit des vertragszahnärztlichen Versorgungssystems dringend gestärkt werden. Die zahnmedizinische Versorgung muss eine robuste und leistungsfähige Säule unseres Gesundheitssystems bleiben.

Notwendig ist vor allem eine Regelung, die eine verzerrungsfreie Fortschreibung der Gesamtvergütungen für die Jahre 2021/ 22 ermöglicht. Pandemien und nationale Katastrophensituationen sind atypisch und in keiner Weise repräsentativ. Sie führen bei der Fortschreibung der Gesamtvergütungen im Folgejahr zu Verwerfungen. Gerade auch im Hinblick auf die Niederlassungsbereitschaft von jungen Zahnärztinnen und Zahnärzten, ist es wichtig, dass ein Pandemiejahr nicht zu einem Anknüpfungspunkt für die Fortschreibungen der Gesamtvergütung gemacht wird. Es bedarf daher gesetzlicher Sonderregelungen, die ein Anknüpfen an krisenbedingte Verwerfungen ausschließen.

Erforderlich ist darüber hinaus auch für den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung eine generelle Regelung, wie sie bereits für die Vertragsärzteschaft gesetzlich verankert ist. Dieser Ansatz muss der erkennbaren Weiterentwicklung der Strategie zur Corona-Pandemiebewältigung mit einer Konzentration auf regionales Infektionsgeschehen Rechnung tragen. Es sollte daher ein echter Schutzschirm eingeführt werden, der sowohl für die gegenwärtige Corona-Pandemie als auch für künftige nationale Katastrophensituationen seine Wirkung entfaltet und insbesondere die Berücksichtigung regional unterschiedlichen Infektionsgeschehens ermöglicht. In Anlehnung an die vertragsärztliche Regelung sollte ein verlässlicher und dauerhafter Mechanismus im SGB V geschaffen werden, der Ausgleichszahlungen und keine zusätzlichen Darlehen an Praxen ermöglicht, die besonders hart von pandemiebedingten Honorareinbrüchen betroffen sind. Den KZVen sind diese Ausgleichszahlungen zeitnah zu erstatten.

Des Weiteren muss für die Zukunft sichergestellt werden, dass die Zahnarztpraxen im Pandemiefall mit einer ausreichenden Menge an persönlicher Schutzausrüstung versorgt werden können und deren Finanzierung gesichert ist. Die einzelnen Praxen sind für eine über den „Alltagsbedarf“ hinausgehende Beschaffung nicht zuständig. Dies gilt gleichermaßen für die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen.



Wolfgang Abeln
Vorsitzender des Vorstandes