

Schleswig-Holsteinischer Landtag
Umdruck 19/3997 (neu)

**Stellungnahme der
Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) zum**

- **Gesetzentwurf der Fraktion der AfD „Entwurf eines
Gesetzes zur Sicherstellung der hausärztlichen
Versorgung im ländlichen Raum“ (*Drucksache 19/1612*)**
- **Antrag der Fraktionen von CDU, B'90/Die Grünen und FDP
zum genannten Gesetzentwurf (*Umdruck 19/3425*)**

Dr. Monika Schliffke
Vorstandsvorsitzende
Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein
Bismarckallee 1-6
23795 Bad Segeberg
E-Mail: vorstand@kvsh.de

Vorbemerkung

Die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein begrüßt, dass sich der Schleswig-Holsteinische Landtag mit der Frage befasst, wie die hausärztliche Versorgung insbesondere in den ländlichen Regionen Schleswig-Holsteins dauerhaft gesichert werden kann.

Die Diskussion zum Stellenwert der Allgemeinmedizin, zu geeigneten Strategien gegen einen sich abzeichnenden Ärztemangel im ländlichen Raum und zu den veränderten Erwartungen einer neuen Generation von Ärztinnen und Ärzten an ihren Beruf hat in den zurückliegenden Jahren bereits dazu geführt, dass von verschiedenen Akteuren eine Reihe von Maßnahmen ergriffen wurden, um diesen Herausforderungen zu begegnen. Erste positive Wirkungen sind zu beobachten, zur Lösung des grundsätzlichen Problems bedarf es unverändert weiterer Anstrengungen.

Aktuell sind in Schleswig-Holstein 2.004 Hausärztinnen und Hausärzte tätig. Hiervon sind 31,2 Prozent 60 Jahre oder älter, in absoluten Zahlen sind das 624 Ärztinnen und Ärzte.¹ Das Hauptaugenmerk muss darauf gerichtet sein, Nachfolgerinnen und Nachfolger für diese Kolleginnen und Kollegen, die in absehbarer Zeit ihre Praxen abgeben werden, zu finden. Diesem Ziel dienen auch verschiedene Maßnahmen der KVSH.

KVSH-Strukturfonds zur Förderung der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung

Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang der Strukturfonds zur Finanzierung von Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung, den die KVSH im vergangenen Jahr, einer Vorgabe des SGB V folgend, eingerichtet hat.² Dieser bei der KVSH angesiedelte Fonds speist sich, das ist gesetzlich festgelegt, aus Mitteln der KVSH und der Krankenkassen. Die Entscheidung über die Mittelverwendung liegt bei der KVSH. Die Abgeordnetenversammlung der KVSH beschließt, welche Maßnahmen gefördert werden.

Mit dem Strukturfonds hat die KVSH auch die Voraussetzung geschaffen, ein neues Versorgungsmodell im ländlichen Raum zu fördern: hausärztliche Teampraxen. Darunter sind lokale Gesundheitszentren in der Hand von Vertragsärztinnen und -ärzten zu verstehen. Bei den hausärztlichen Praxen, für die gegenwärtig und in der absehbaren Zeit Nachfolgeregelungen erforderlich sind, handelt es sich vielfach um Einzelpraxen, die bei den jüngeren Ärztinnen und Ärzten wenig nachgefragt sind. Die KVSH wird deshalb gezielt Teampraxen als lokale Gesundheitszentren in vertragsärztlicher Trägerschaft in Gebieten fördern, die auf besondere Sicherstellungsprobleme zusteuern, um neue Versorgungsformen für die ländlichen Räume zu etablieren. Damit würden Versorgungseinheiten geschaffen, in denen sowohl freiberuflich-selbstständige Ärztinnen und Ärzte als auch Kolleginnen und Kollegen in Anstellung (auch in Teilzeit) tätig werden können und in denen es ein professionelles Praxismanagement sowie die Entlastung der Ärztinnen und Ärzte durch die Delegation zum Beispiel von Routine-Hausbesuchen an weitergebildetes Praxispersonal gibt. Weitere Elemente des Konzepts können u.a. Zweigpraxen, Sprechstunden von Fachärzten, telemedizinische Angebote und die Weiterbildung angehender Fachärztinnen und

¹ Stand: 19.12.2019

² Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a SGB V, vollständiges Dokument: www.kvsh.de/praxis/rechtsvorschriften/strukturfonds

Fachärzte für Allgemeinmedizin sein. Als Standorte kommen, orientiert am zentralörtlichen System der Landesplanung, Regionen infrage, in denen sich die Versorgungssituation aufgrund der Altersstruktur der Ärzte in den kommenden Jahren verschärfen wird. Diesen Vorgaben folgend hat die Abgeordnetenversammlung im Februar 2020 in einem Beschluss zwölf zentrale Orte benannt, in denen eine finanzielle Förderung des Aufbaus von Teampraxen möglich ist.

Mit dieser gezielten Förderung knüpft die KVSH daran an, dass es zunehmend Ärztinnen und Ärzte in Schleswig-Holstein gibt, die die Initiative ergreifen und mit Kolleginnen und Kollegen neue Praxisstrukturen schaffen. Dieses Engagement, in dem sich unternehmerischer Mut mit der Verantwortung für die regionale Versorgung verbindet, gilt es zu unterstützen.

Zu den weiteren Fördermaßnahmen des Strukturfonds gehören u.a.:

- Zuschüsse zu den Investitionskosten bei der Neuniederlassung oder der Gründung bzw. Übernahme von Zweigpraxen,
- Nachwuchsförderung von Medizinstudierenden,
- Unterstützung von Hausärztinnen und -ärzten durch Übernahme der Kosten der Fortbildung von Medizinischen Fachangestellten zu nicht-ärztlichen Praxisassistentinnen (NäPa) ,
- Übernahme von Umzugskosten für Ärztinnen und Ärzte, die in Regionen mit Sicherstellungsproblemen tätig werden,
- anteilige Erstattung von Kinderbetreuungskosten, wenn dadurch eine ärztliche Tätigkeit in Vollzeit ermöglicht wird,
- finanzielle Zuschüsse für Praxen, die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung nach deren Abschluss bis zur Niederlassung bzw. Anstellung weiterbeschäftigen,
- Honorarzuschläge für Ärztinnen und Ärzte in Regionen mit einem Versorgungsgrad von weniger als 90 Prozent,
- Förderung von anerkannten Praxisnetzen.

Zum Gesetzentwurf der Fraktion der AfD „Entwurf eines Gesetzes zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung im ländlichen Raum“ (Drucksache 19/1612)

Zu den regelmäßig in diesem Zusammenhang diskutierten Maßnahmen gehört auch die „Landarztquote“, mit der ein bestimmter Anteil der zur Verfügung stehenden Medizinstudienplätze für Bewerberinnen und Bewerber reserviert werden soll, die sich verpflichten, nach dem Studium und der Weiterbildung für einen längeren Zeitraum in einer ländlichen Region tätig zu werden.

Der vorliegende Gesetzentwurf nimmt diese Diskussion auf und formulierte eine Umsetzung in Gesetzesform für Schleswig-Holstein.

Bewertung

Die KVSH hält das Instrument einer „Landarztquote“ für nicht geeignet, die hausärztlichen Versorgungsprobleme im ländlichen Raum zu lösen, und lehnt ihre Einführung deshalb ab.

Begründung

- **Unverhältnismäßig und nicht zumutbar.** Wir halten es für nicht zumutbar, Medizinstudentinnen und -studenten bereits zu Studienbeginn eine Entscheidung für eine bestimmte Facharztausbildung und eine sich anschließende mehrjährige Niederlassung im ländlichen Raum abzuverlangen. Die Aus- und Weiterbildungszeit angehender Hausärztinnen und Hausärzte beträgt mindestens elf Jahre, der Gesetzentwurf sieht die weitere Verpflichtung vor, im Anschluss zehn Jahre in einem ländlichen Gebiet tätig zu werden. Die Bewerberinnen und Bewerber um einen Studienplatz müssten sich in einem Lebensalter von knapp 20 Jahren verbindlich für einen Zeitraum von mehr als zwanzig Jahren für einen bestimmten Berufsweg festlegen. Dies halten wir für nicht zumutbar. Gerade in dieser Lebensphase sind eine Vielzahl von Faktoren denkbar, die zu einer Änderung der Lebensplanung führen können, und die zu Beginn des Studiums nicht vorhersehbar sind.
- **Junge Ärztinnen und Ärzte müssen Erfahrungen sammeln.** Wir halten es für nicht zielführend, mittels einer Landarztquote bereits zu Beginn des Studiums auch den sich anschließenden beruflichen Weg einzuschränken. Die Regelung des Gesetzentwurfs würde bedeuten, dass nach dem Ende der Facharztausbildung zwingend unmittelbar eine hausärztliche Tätigkeit in der ambulanten Versorgung aufgenommen werden muss.

Die Erfahrung zeigt aber, dass die Lebens- und Berufswege niedergelassener Hausärztinnen und Hausärzte sehr verschieden sind und viele Ärztinnen und Ärzte nach der Facharztausbildung beispielsweise zunächst in einer Klinik oder im Ausland Erfahrungen sammeln und sich erst später für eine hausärztliche Tätigkeit entscheiden. Da gerade die Allgemeinmedizin davon lebt, dass die Ärztinnen und Ärzte über eine breite Qualifikation und ein reiches Erfahrungswissen verfügen, wäre es nicht nachvollziehbar, Nachwuchsärztinnen und -ärzten, deren Studienplatz über die Quote vergeben wird, diese Möglichkeiten zu versperren.

- **Motivation statt Zwang.** Eine Landarztquote würde nach unserer Auffassung ein falsches politisches Signal hinsichtlich der Allgemeinmedizin senden. Wir brauchen eine selbstbewusste Allgemeinmedizin, die attraktiv für den Nachwuchs ist. Eine Landarztquote könnte hingegen zu der Wahrnehmung führen, dass die hausärztliche Tätigkeit derart unattraktiv ist, dass eine Nachwuchssicherung nur durch Zwangsquoten und eine besondere Privilegierung bei der Studienplatzvergabe möglich ist. Dies würde die Bemühungen von universitären Instituten, Fachgesellschaften, Berufsverbänden und ärztlicher Selbstverwaltung konterkarieren, Nachwuchsärztinnen und -ärzten ein differenziertes und positives Bild der Allgemeinmedizin zu vermitteln.
- **Gesetz wirkt erst nach 2030 in der Versorgung.** Es würde mehr als ein Jahrzehnt vergehen, bis heute über die Landarztquote verpflichtete Ärztinnen und Ärzte nach Studium und Weiterbildung ihre Tätigkeit in der hausärztlichen Versorgung aufnehmen könnten. Würde das Gesetz in diesem Jahr in

Kraft treten, wären die ersten Ärzte somit erst ab 2030/2031 tatsächlich verfügbar. Dies würde auch bedeuten, dass Studierende, die die Verpflichtung eingehen, nach Studium und Weiterbildung mehrjährig in einer ländlichen Region tätig zu werden, heute nicht wissen, in welcher Region dies sein würde.

Nach der aktuellen Bedarfsplanung auf Grundlage der bundesrechtlichen Vorgaben im SGB V und der Bedarfsplanungs-Richtlinie³ des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) liegt für keinen der hausärztlichen Planungsbereiche in Schleswig-Holstein ein Beschluss des Landesausschusses über eine drohende oder eingetretene Unterversorgung vor. Diese ist nach den Regelungen der Bedarfsplanungsrichtlinie in der hausärztlichen Versorgung dann anzunehmen, wenn der Versorgungsgrad in einem Planungsbereich unter 75 Prozent sinkt. Wie die Lage nach 2030 sein wird, d.h. ob es zu diesem Zeitpunkt Planungsbereiche mit einer Unterversorgung geben wird und welche diese ggf. sein könnten, ist heute nicht seriös abschätzbar. Auch die generelle Entwicklung der Zahl der Hausärztinnen und Hausärzte über diesen langen Zeitraum ist nicht sicher prognostizierbar. So besteht Anlass zu der Annahme, dass die in der Zwischenzeit bereits ergriffenen Maßnahmen zur Stärkung der Allgemeinmedizin und der hausärztlichen Versorgung nicht ohne Wirkung bleiben dürften. Auch muss die Frage offenbleiben, ob sich im Laufe der nächsten zehn und mehr Jahre Trends wie z.B. die Präferenz jüngerer Menschen für ein Leben und Arbeiten in einem eher städtischen Umfeld linear fortschreiben lassen.

- **Landarztquote keine Antwort auf den Strukturwandel in der ambulanten Versorgung.** Der Gesetzentwurf berücksichtigt nicht den Strukturwandel in der hausärztlichen Versorgung, der eine wesentliche Herausforderung darstellt. Neben Bemühungen, eine ausreichende Zahl von Nachwuchsärztinnen und -ärzten für die Allgemeinmedizin zu gewinnen, ist es eine wesentliche Aufgabe, auf die veränderten Präferenzen der jüngeren Ärztegeneration zu reagieren. Während gerade im ländlichen Raum in vielen Fällen Einzelpraxen zur Übernahme ausgeschrieben werden, wünschen sich jüngere Ärztinnen und Ärzte mehrheitlich, in Kooptionen mit Kolleginnen und Kollegen zu arbeiten, vielfach und insbesondere zum Berufseinstieg in Anstellung und oft auch in Teilzeit. Dies stellt alle Beteiligten vor die Aufgabe, Arbeitsbedingungen und -strukturen zu schaffen, die von jüngeren Ärztinnen und Ärzten nachgefragt werden. Eine Landarztquote leistet zu dieser Kernaufgabe keinen Beitrag.
- Aus den genannten Gründen lehnt die KVSH eine Landarztquote ab. Sie stellt als starres Instrument keine zielführende Antwort auf die differenzierte Herausforderung des Erhalts der hausärztlichen Versorgung auf dem Land unter sich wandelnden Bedingungen dar. Erforderlich ist vielmehr ein Zusammenwirken verschiedener Maßnahmen, die darauf gerichtet sein müssen, den Stellwert der Allgemeinmedizin zu erhöhen, ein Arbeitsumfeld zu schaffen, das den Erwartungen der nachfolgenden Ärztegeneration entspricht, sowie generell die Attraktivität des ländlichen Raums als Lebens- und Arbeitsort zu erhöhen.

³ Vgl. „Richtlinie über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung“ (Bedarfsplanungs-Richtlinie), abzurufen auf der Seite des G-BA: www.g-ba.de/richtlinien/4/

Zum Antrag der Fraktionen von CDU, B'90/Die Grünen und FDP (Umdruck 19/3425)

Die im Antrag der Fraktionen benannten Handlungsfelder zielen nach Auffassung der KVSH in die richtige Richtung, da sie auf eine Erhöhung der Attraktivität der hausärztlichen Tätigkeit und eine frühzeitige Befassung von Nachwuchsärztinnen und -ärzten mit dieser Option in Aus- und Weiterbildung setzen. In einer Reihe der genannten Bereiche haben sowohl die ärztliche Selbstverwaltung als auch weitere Akteure bereits Aktivitäten entfaltet. Zu einigen der Punkte erlauben wir uns nachfolgend Anmerkungen und Hinweise und formulieren abschließend einen Ergänzungsvorschlag.

„Die Sicherstellung der medizinischen Versorgung beginnt bereits im Studium“

Unterstützung von Medizinstudentinnen und -studenten durch die KVSH

Die KVSH hat bereits 2011 eine Kampagne mit der Hauptzielgruppe Medizinstudentinnen und -studenten ins Leben gerufen („Mehr.Arzt.Leben!“). Mit dieser Kampagne lenken wir die Aufmerksamkeit der Studierenden auf die Niederlassung als ärztliches Betätigungsfeld und auf die beruflichen Entfaltungsmöglichkeiten in der ambulanten Versorgung. Ein besonderer Fokus ist seit Anbeginn die hausärztliche Tätigkeit jenseits der größeren Städte. Elemente der Kampagne sind neben einem Informationsangebot im Internet (www.mehrarztleben.de) und auf Facebook regelmäßige eigene Präsenztermine an den Universitäten in Kiel, Lübeck und Hamburg sowie die Teilnahme an Veranstaltungen der Hochschulen.

Teil der Kampagne ist zudem eine Praxistour, zu der die KVSH jährlich Medizinstudentinnen und -studenten einlädt. Mit dieser ganztägigen Bustour stellen wir den Studierenden verschiedene Praxismodelle und Arbeitsmöglichkeiten in der ambulanten Versorgung vor und bringen die Studierenden direkt mit den Praxisinhaberinnen und -inhabern ins Gespräch.

Mit weiteren finanziellen Förderungen unterstützt die KVSH Studierende dabei, einen eigenen Eindruck von der Tätigkeit in den Praxen zu gewinnen. So erhalten Medizinstudentinnen und -studenten, die ihr Blockpraktikum in einer Hausarztpraxis außerhalb der Universitätsstädte absolvieren, von der KVSH einen Fahrtkostenzuschuss. Darüber hinaus unterstützt die KVSH Famulaturen der Studierenden in den Praxen finanziell und bezuschusst Studierende, die sich im Praktischen Jahr (PJ) für einen Abschnitt in der Allgemeinmedizin entscheiden.⁴

- Weitere Fördermaßnahmen des Landes, wie die im Antrag angeregten Landesstipendien für Studierende, wären aus Sicht der KVSH ein weiteres sinnvolles Instrument, um Medizinstudierende über Anreize für eine spätere Tätigkeit im ländlichen Raum zu gewinnen.

Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin

Neben der finanziellen Förderung der Weiterbildung zum Facharzt bzw. zur Fachärztin für Allgemeinmedizin durch die KVSH und die Krankenkassen – allein der KVSH-Anteil an dieser Förderung betrug im Jahr 2018 gut 3,7 Millionen Euro – ist insbesondere die Bedeutung des „Kompetenzzentrums Weiterbildung Allgemeinmedizin“ (www.kwa.sh) hervorzuheben.

⁴ Eine Übersicht ist auf der Seite der KVSH-Kampagne „Mehr.Arzt.Leben!“ zu finden: www.mehrarztleben.de/medizinstudium

Dieses Kompetenzzentrum, gegründet von der Ärztekammer Schleswig-Holstein, der KVSH sowie den Lehrstühlen für Allgemeinmedizin der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel und der Universität zu Lübeck, begleitet seit Dezember 2016 die Weiterbildung angehender Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner. Zu den Aktivitäten gehören u.a. Fortbildungsveranstaltungen und Train-the-Trainer-Kurse.

Zu betonen ist in diesem Zusammenhang die unverzichtbare Rolle der Institute für Allgemeinmedizin an der Universität zu Lübeck und der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel. Nachdem an beiden Standorten in der Vergangenheit die Allgemeinmedizin nur unzureichend verankert war, stellen die vor einigen Jahren erfolgten Neubesetzungen der Lehrstühle und die damit einhergehende Stärkung der Institute für Allgemeinmedizin eine positive Entwicklung dar. Dies nicht nur mit Blick auf die Präsenz der Allgemeinmedizin in Forschung und Lehre, sondern auch aufgrund der aktiven Rolle, die die Institute und Lehrstuhlinhaberinnen und -inhaber spielen, wenn es um Stärkung der Allgemeinmedizin in Schleswig-Holstein geht. Zu nennen ist die gute und enge Zusammenarbeit mit der ärztlichen Selbstverwaltung sowie die Initiierung und wissenschaftliche Unterstützung innovativer und praxisorientierter Projekte zu Fragen der hausärztlichen Versorgung.

„Ärztinnen und Ärzte entlasten“ (Nicht-ärztliche Praxisassistentinnen, NÄPa)

Die im Antrag angesprochene Delegation ist ein weiterer sinnvoller Baustein, um die Versorgung im ländlichen Raum durch eine gezielte und qualifizierte Entlastung der Hausärztinnen und -ärzte zu erhalten. Die KVSH begrüßt es, wenn das Land zum Beispiel im Rahmen des Versorgungssicherungsfonds einen Beitrag leistet, diesen Baustein der Versorgung, der in Schleswig-Holstein zunehmend der Teil des Versorgungsgeschehens ist, zu unterstützen.

Bei den nicht-ärztliche Praxisassistentinnen (NÄPa) handelt es sich um fortgebildete Medizinische Fachangestellte der jeweiligen Praxis, was Informationsverluste zwischen NÄPa und behandelndem Arzt bzw. behandelnder Ärztin vermeidet. In Schleswig-Holstein sind aktuell bereits 239 nicht-ärztliche Praxisassistentinnen in 212 Hausarztpraxen im Einsatz und übernehmen z.B. Routine-Hausbesuche. Die KVSH hat im vergangenen Jahr eine finanzielle Unterstützung der Weiterbildung zur NÄPa in den Katalog der Fördermaßnahmen aus dem Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a SGB V aufgenommen.

Hinzuweisen ist, dass die Verknüpfung von Delegation und telemedizinischen Möglichkeiten in Schleswig-Holstein bereits erprobt wird. So gibt es erste hausärztliche Praxen, in denen im Rahmen eines wissenschaftlich begleiteten Projekts nicht-ärztliche Praxisassistentinnen für Routine-Hausbesuche mit einem „TeleArzt-Koffer“ ausgestattet sind. Dieser ermöglicht es, beim Patienten erhobene Werte digital an die Praxis zu übertragen und im Bedarfsfall den Hausarzt oder die Hausärztin via Tablet direkt hinzuschalten.

„Kommunale Gesundheitszentren fördern“

Die KVSH begrüßt die Anstrengungen verschiedener Akteure, neue Strukturen in der hausärztlichen Versorgung zu schaffen, um insbesondere für jüngere Ärztinnen und Ärzte mit geänderten Präferenzen (mehr Kooperation, mehr Anstellung und Teilzeit, insbesondere zum Berufseinstieg) ein attraktives Arbeitsumfeld im ländlichen Raum bieten zu können.

Ein Aspekt in diesem Kontext ist, dass der Bundesgesetzgeber auch Kommunen die Möglichkeit eröffnet hat, eigene Einrichtungen zur unmittelbaren medizinischen Versorgung (§ 105 Abs. 5 SGB V) oder Medizinische Versorgungszentren (§ 95 Abs. 1a SGB V) zu betreiben. Die KVSH hat diese neuen Möglichkeiten positiv begleitet und einigen Gemeinden nicht nur die nach § 105 Abs. 5 SGB V erforderliche Zustimmung zur Gründung einer Eigeneinrichtung erteilt, sondern diese Gemeinden – am bekanntesten in das Beispiel Büsum – in der Phase der Planung und Prüfung der Realisierbarkeit auch finanziell unterstützt. Mittlerweile gibt es auch Medizinische Versorgungszentren, die von Gemeinden betrieben werden. Die KVSH war in diesen Fällen in einem engen Kontakt mit den jeweiligen Kommunen und hat diese durch ihre Expertise unterstützt.

Kommunale Einrichtungen sind aus Sicht der KVSH dann sinnvoll, wenn Ärztinnen und Ärzte in den Ruhestand treten wollen, es aber keine Interessentinnen oder Interessenten zur Fortführung der Praxis oder zur Schaffung neuer Strukturen am Ort gibt. Kommunale Eigeneinrichtungen oder MVZ können in diesen Fällen die Versorgung sichern. Die Diskussion sollte allerdings nicht auf den Betrieb einer Eigeneinrichtung oder eines MVZ durch die Gemeinde verengt werden, da Kommunen mit einer ganzen Reihe von Maßnahmen auch freiberuflich-selbstständige Praxisübernehmer oder -gründer unterstützen können, ohne selbst Träger einer Einrichtung zu werden. Hierfür gibt es im Land gute Beispiele.

Es ist darauf hinzuweisen, dass die Anstellung von Ärztinnen und Ärzten bereits in einem erheblichen Umfang in Einzelpraxen, Berufsausübungsgemeinschaften und von Vertragsärzten getragenen MVZ Versorgungsalltag ist und dies kein Alleinstellungsmerkmal der Einrichtungen in kommunaler Trägerschaft ist. Mit einem Anteil von knapp 70 Prozent ist die weit überwiegende Zahl der Angestellten-Stellen für Ärztinnen und Ärzte in der ambulanten Versorgung in freiberuflich-selbstständigen Praxen oder in vertragsärztlichen MVZ zu finden. Fast 94 Prozent aller Arzt- und Psychotherapeutenstellen (angestellt und zugelassen) in Schleswig-Holstein befinden sich in freiberuflich-selbstständigen Praxen und in ausschließlich von Vertragsärztinnen und -ärzten betriebenen MVZ.

Diese Zahlen sind Ausdruck der von der KVSH ausdrücklich begrüßten Entwicklung, dass es immer mehr Vertragsärztinnen und -ärzten gibt, die mit hohem persönlichen und finanziellen Einsatz neue und moderne Strukturen der hausärztlichen Versorgung gerade auch an Standorten im ländlichen Raum aufbauen. Solche größeren Einheiten mit mehreren Ärzten schaffen auch Beschäftigungsmöglichkeiten für Hausärztinnen und -ärzte, die es vorziehen, angestellt und/oder in Teilzeit in diesen Teams mitzuarbeiten. Die KVSH hat im vergangenen Jahr eine Förderung von Vertragsärztinnen und -ärzten aus Mitteln des Strukturfonds beschlossen, die solche Strukturen („Teampraxen“) in Teilen des Landes schaffen, in denen perspektivisch Versorgungsengpässe drohen.⁵

Die KVSH geht deshalb davon aus, dass die Koalitionsparteien mit dem Begriff der „kommunalen Gesundheitszentren“ in ihrem Antrag die Vernetzung der Akteure, d.h. der Ärztinnen und Ärzte und der Angehörigen weiterer Gesundheitsberufe und ggf. auch die räumliche Bündelung dieser Angebote im Inte-

⁵ Siehe auch die Ausführungen hierzu unter „Vorbemerkung“ sowie: Pressemitteilung der KVSH zum Beschluss der Abgeordnetenversammlung der KVSH: www.kvsh.de/presse/pressemitteilungen/strukturfonds

resse einer guten Erreichbarkeit für Patienten meinen, nicht aber notwendigerweise eine kommunale Trägerschaft dieser Zentren.

- Die KVSH spricht sich dafür aus, dass es im Fall von Fördermaßnahmen zur Unterstützung von modernen Strukturen hausärztlicher Versorgung („kommunale Gesundheitszentren“) keine einseitige Landesförderung kommunaler Einrichtungen gibt, sondern mögliche Förderungen in gleicher Weise auch Vertragsärztinnen und -ärzten offenstehen, die mit unternehmerischen Mut und hohem Verantwortungsbewusstsein für ihre Regionen neue Modelle der hausärztlichen Versorgung schaffen.

Ergänzungsvorschlag der KVSH:

Landeskinderregelung bei der Vergabe von Medizinstudienplätzen

Die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein regt an, dass die Landesregierung und der Landtag prüfen, ob die rechtliche Voraussetzung für eine sog. Landeskinderregelung bei der Vergabe von Medizinstudienplätzen an den Universitäten des Landes in Kiel und Lübeck geschaffen werden kann.

Beim Medizinstudium steht einer begrenzten Zahl von Studienplätzen unverändert eine hohe Zahl von Bewerberinnen und Bewerbern gegenüber. Die Studienplätze werden deshalb in einem komplexen Verfahren vergeben, bei dem insbesondere die Abiturnote eine Rolle spielt. Ein Teil der Studienplätze wird mittlerweile durch die Universitäten über Auswahlgespräche vergeben. Hierbei kommen unterschiedliche Kriterien zur Anwendung.

Unsere Anregung wäre, einen bestimmten Teil der Medizinstudienplätze für Bewerberinnen und Bewerber zu reservieren, die ihr Abitur in Schleswig-Holstein abgelegt haben. Eine solche Regelung würde Interessentinnen und Interessenten aus dem eigenen Bundesland einen Startvorteil geben und die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass diese auch nach dem Abschluss des Studiums eine Tätigkeit in ihrem Heimatbundesland aufnehmen. Das bundesweite Zulassungsverfahren kennt auch heute schon Vorabquoten beispielsweise für die Zulassung von Offiziersanwärter der Bundeswehr und für Nicht-EU-Ausländer. Mit einer „Landeskinderquote“ wurde somit nicht gänzlich neues Terrain betreten. Diese Maßnahme könnte ggf. um ein Stipendiensystem ergänzt werden, wie es die Koalitionsfraktionen auch in ihrem Antrag anregen.