

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

zum Antrag der Fraktionen von SPD, FDP und SSW

„Ambulante medizinische Versorgung in Schleswig-Holstein für die Zukunft sichern“

Drucksache 20/3438 (neu) 2. Fassung

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

Kurzfassung

Die KVSH begrüßt, dass sich der Schleswig-Holsteinische Landtag mit den Perspektiven der ambulanten ärztlichen Versorgung befasst.

- Angesichts der demografischen Entwicklung, eines steigenden ambulanten Versorgungsbedarfs sowie des anstehenden Generationswechsels in den Praxen ist eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen erforderlich. Der Blick auf die aktuelle Versorgungslage zeigt, dass Schleswig-Holstein **im bundesweiten Vergleich gut aufgestellt ist**. Die gemeinsamen Anstrengungen der beteiligten Akteure entfalten mittlerweile spürbar Wirkung.
- Gleichwohl steht die ambulante Versorgung unverändert vor großen Herausforderungen. Rund **ein Drittel der Hausärztinnen und Hausärzte** (700 Ärztinnen und Ärzte) sind **60 Jahre und älter** und werden in absehbarer Zeit aus der Versorgung ausscheiden. Zunehmend begrenzt der Fachkräftemangel im Bereich des nichtärztlichen Personals die Leistungsfähigkeit der Praxen. Trotz der weitgehenden Entbudgetierung hausärztlicher Leistungen bleiben **die Leistungen der Fachärzte unverändert budgetiert** – mit der Folge, dass bundesweit jährlich mehr als 40 Millionen Facharzttermine unvergütet bleiben. Das verschärft die Versorgungssituation deutlich.
- Die Erfolge im Werben um Nachwuchsärztinnen und -ärzte für die ambulante Versorgung in Schleswig-Holstein werden nicht ausreichen, um die Versorgung perspektivisch sicherzustellen. Erforderlich ist deshalb insbesondere eine **gezielte Patientensteuerung nach medizinischen Kriterien**. Nur durch eine nach medizinischen Kriterien gesteuerte Versorgung wird es möglich sein, trotz der limitierender Faktoren wie dem Fachkräfte- und Nachwuchsmangel und begrenzten finanziellen Ressourcen die Versorgung weiterhin sicherstellen zu können.
- Die KVSH spricht sich **gegen die Schaffung eines Landesförderprogramms ausschließlich für Medizinische Versorgungszentren (MVZ) in kommunaler Trägerschaft** aus. Dieses würde eine ordnungspolitisch problematische Ungleichbehandlung innerhalb der ambulanten Versorgung begründen und eine erhebliche Wettbewerbsverzerrung zulasten der freiberuflich-selbständigen Praxen und MVZ nach sich ziehen, die mit über 99 Prozent den ganz überwiegenden Teil der Versorgung im Land sicherstellen.
- Die im Antrag genannten Vorteile kommunaler MVZ – insbesondere die Attraktivität ärztlicher Anstellungen mit geregelten Arbeitszeiten und festen Gehältern in kommunalen MVZ – sind **keine Besonderheit der kommunalen Trägerschaft**, sondern kennzeichnen die ärztliche Anstellung in der ambulanten Versorgung insgesamt. Moderne, insbesondere von jüngeren Ärztinnen und Ärzten nachgefragte Beschäftigungsmodelle werden überwiegend von freiberuflich getragenen Praxen und MVZ geschaffen – eigenverantwortlich durch die Praxisinhaberinnen und -inhaber und ohne staatliche Unterstützung. Sollen Anstellungsmöglichkeiten gezielt gefördert werden, müsste eine Förderung folgerichtig **allen Praxen und MVZ**, die ärztliche Angestelltenverhältnisse anbieten, offenstehen – **unabhängig von ihrer Trägerschaft**.

- Zahlreiche der **im Antrag benannten Handlungsfelder werden bereits heute intensiv bearbeitet.** Die ärztliche und gemeinsame Selbstverwaltung hat gemeinsam mit weiteren Akteuren in Schleswig-Holstein – unter anderem den Lehrstühlen für Allgemeinmedizin in Kiel und Lübeck – leistungsfähige Strukturen zur Nachwuchsgewinnung, zur Stärkung der Aus- und Weiterbildung sowie zur Weiterentwicklung moderner Versorgungsformen aufgebaut. Beispiele hierfür sind das Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin Schleswig-Holstein (KWA.SH) und die Laufbahnassistenz. Erfolge dieser gemeinsamen Anstrengungen zeigen sich auch in einer steigenden Zahl von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin sowie zunehmenden erfolgreichen Facharztprüfungen. Ergänzend sind Förderinstrumente der KVSH sowie die erfolgreiche Integration der Delegation ärztlicher Leistungen und telemedizinischer Anwendungen in den Versorgungsalltag der Praxen zu nennen.
- **Zentrale Steuerungsinstrumente der ambulanten Versorgung – insbesondere die Bedarfsplanung, die Vergütungssystematik sowie wesentliche Regelungen zur Delegation und Digitalisierung – sind gesetzlich auf Bundesebene verankert.** Landespolitische Initiativen können hier nur flankierend begleiten. Auch die Bedarfsplanung ist bundeseinheitlich geregelt. KVSH und Krankenkassen können regionale Besonderheiten ausschließlich im eng begrenzten Rahmen der bundesrechtlichen Vorgaben berücksichtigen. Von dieser Möglichkeit macht die gemeinsame Selbstverwaltung bereits Gebrauch, so in der Vergangenheit durch besondere Regeln zur Stärkung der Schmerztherapie, aktuell durch die Überarbeitung des Bedarfsplans, mit der auch eine Erhöhung der Hausarztstellen in Planungsbereichen, die an Hamburg angrenzen, verbunden sein wird. Aus Sicht der KVSH besteht kein Bedarf an zusätzlichen landespolitischen Gesamtkonzepten. Erforderlich ist vielmehr die konsequente Nutzung bestehender Instrumente, deren Weiterentwicklung durch die regionalen Akteure, insbesondere die ärztliche Selbstverwaltung, sowie ein gemeinsames politisches Engagement für notwendige Anpassungen auf Bundesebene, zum Beispiel, um die Möglichkeiten der Delegation in der Vergütungssystematik zu erweitern.
- Aus dem **Versorgungssicherungsfonds geförderte Projekte haben, auch mit KVSH-Beteiligung,** in der Vergangenheit einen wertvollen Beitrag geleistet, um die Erprobung regionaler Versorgungsprojekte außerhalb der Regelversorgung zu ermöglichen. Eine Fortführung würde die KVSH begrüßen.
- Die KVSH wird ihren **gesetzlichen Sicherstellungsauftrag** weiterhin verantwortungsvoll wahrnehmen und setzt dabei auf pragmatische, vorrangig ärztlich getragene und konsensuale Lösungen. Dies kann in besonderen Versorgungssituationen auch die Gründung kommunaler MVZ umfassen. Der Schlüssel zur nachhaltigen Sicherung der ambulanten Versorgung liegt aus Sicht der KVSH in der **Stärkung der bestehenden, überwiegend freiberuflich getragenen Versorgungsstrukturen** und im bewährten kooperativen Zusammenwirken aller Beteiligten in den Regionen und im Land.

Ausführliche Stellungnahme

Allgemeine Einordnung

Vor einer Einschätzung zu einzelnen Forderungen im Antrag der Fraktionen von SPD, FDP und SSW zunächst einige grundsätzliche Anmerkungen zum Stand der Versorgung und einigen relevanten Entwicklungen:

Trotz erheblichen Herausforderungen, mit denen sich die Praxen und die ambulante Versorgung insgesamt konfrontiert sehen, konnte in den vergangenen Jahren durch die gute Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure und insbesondere das Engagement der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte erreicht werden, dass die ambulante Versorgung in Schleswig-Holstein im bundesweiten Vergleich gut aufgestellt ist. Schleswig-Holstein ist das Flächenland mit der geringsten Zahl unbesetzter Hausarztsitze im Verhältnis zur Einwohnerzahl und liegt insgesamt auf Platz zwei hinter Hamburg.¹

Derzeit gibt es nach der Bedarfsplanung im Land 48,5 freie Hausarztsitze.² Eine größere Zahl freier Hausarztsitze gibt es in den Planungsbereichen Kaltenkirchen (Versorgungsgrad 91,4 %), Husum (94,2 %) und Geesthacht (95,6 %). In weiteren neun Planungsbereichen liegt der Versorgungsgrad zwischen 100 und 110 Prozent, 20 hausärztliche Planungsbereiche weisen einen Versorgungsgrad von mehr als 110 Prozent auf und sind damit für weitere Zulassungen gesperrt. Zuletzt ist es erfreulicherweise gelungen, mehrere hausärztliche Sitze im Mittelbereich Husum neu zu besetzen. Aktuell befindet sich der Bedarfsplan in der Anpassung. Diese wird auch mit einer Erhöhung der Zahl der hausärztlichen Niederlassungsmöglichkeiten in Planungsbereichen, die an Hamburg angrenzen, verbunden sein.

Zunehmend wird in der Versorgung wahrnehmbar, dass die gemeinsamen Anstrengungen der verschiedenen Beteiligten im Land, mehr junge Medizinerinnen und Mediziner für die Allgemeinmedizin zu gewinnen, Früchte tragen. Die Zahl der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung zum Facharzt/zur Fachärztin für Allgemeinmedizin ist ebenso gestiegen wie die Zahl der bei der Ärztekammer erfolgreich abgelegten Facharztprüfungen.

Der Wandel, in dem sich die ambulante Versorgung befindet, spiegelt sich auch in einer zunehmenden Nachfrage nach angestellten ärztlichen Tätigkeiten in den Praxen wider. Viele Praxisinhaberinnen und -inhaber haben auf die veränderten Erwartungen jüngerer Kolleginnen und Kollegen reagiert, haben neue Kooperationsmodelle entwickelt und erheblichem Umfang Stellen für angestellte Ärztinnen und Ärzte geschaffen. Diese Stellen ermöglichen einen Einstieg in die ambulante Versorgung, ohne zunächst oder dauerhaft die Verantwortung für eine eigene Praxis übernehmen zu müssen.

Anstellung und Selbstständigkeit sind keine Gegensätze, sondern ergänzen sich. Die Anstellung von ärztlichem und psychotherapeutischem Personal in den Praxen und MVZ ermöglicht unter anderem flexible Übergänge sowohl zum Berufseinstieg als auch in späteren Phasen der ärztlichen Berufstätigkeit.

Jüngere Ärztinnen und Ärzte scheuen insbesondere zum Berufseinstieg häufig den Schritt in die Selbstständigkeit – eine Tendenz, die auch in anderen Berufsgruppen zu beobachten ist. Allerdings entschei-

¹ Vgl. auch „Weiterbildung wirkt: In keinem Flächenland weniger unbesetzte Hausarztstellen als in Schleswig-Holstein“, Pressemitteilung der KVSH vom 2. April 2025, www.kvsh.de/presse/pressemitteilungen/weiterbildung-sh

² Beschluss des Landesausschusses vom 03.09.2025

den sich viele angestellte Ärztinnen und Ärzte zu einem späteren Zeitpunkt, den Wechsel in die Selbstständigkeit zu vollziehen. Eine aktuelle Auswertung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) bestätigt, dass die eigene Niederlassung besonders für jüngere angestellte Ärztinnen und Ärzte eine Option darstellt.³ Die ehemalige hausärztliche Eigeneinrichtung der Gemeinde Büsum ist ein Beispiel hierfür. Die kommunale Eigeneinrichtung wurde vor rund zwei Jahren von den dort zuvor angestellten Ärzten übernommen, die sie als freiberufliche Praxis weiterführen.

Eine weitere Facette der Anstellung ist, dass sie auch zum Ende der aktiven Berufsphase einen Beitrag leisten kann, Übergänge flexibel zu gestalten. So gibt es zahlreiche Beispiele, in denen bisherige Praxisinhaberinnen und -inhaber für einen gewissen Zeitraum angestellt in ihrer ehemaligen Praxis weiterarbeiten und so den Generationenwechsel aktiv begleiten.

In den vergangenen Jahren haben die freiberuflich-selbständig tätigen Ärztinnen und Ärzte den Wandel der ambulanten Versorgung maßgeblich mitgestaltet – trotz der oft begrenzten Gestaltungsspielräume in einem gesetzlich hochregulierten ambulanten Versorgungssystem. Sie haben neue Praxisformen entwickelt, Kooperationen aufgebaut und Zweigpraxen gegründet, die zur Sicherstellung der Versorgung in der Fläche beitragen (derzeit bestehen in Schleswig-Holstein 282 Zweigpraxen, davon 159 im ländlichen Raum oder in Stadt- und Umlandbereichen des ländlichen Raums).

Darüber hinaus haben die Praxen innovative Ansätze wie Delegation und Telemedizin erfolgreich in den Praxisalltag integriert, um ärztliche Ressourcen gezielter einzusetzen und die Versorgung weiterzuentwickeln.

Hervorzuheben ist auch das Engagement zahlreicher Hausarztpraxen im Bereich der Weiterbildung des allgemeinmedizinischen Nachwuchses. Derzeit sind in schleswig-holsteinischen Hausarztpraxen 324 Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung zum Facharzt bzw. zur Fachärztin für Allgemeinmedizin tätig.

Von der seit Oktober 2025 wirksamen Entbudgetierung eines Großteils der hausärztlichen Leistungen (rund 95 Prozent) erhofft sich die KVSH einen positiven Beitrag zur Steigerung der Attraktivität der hausärztlichen Tätigkeit, der sich auch bei der Nachbesetzung von Hausarztsitzen vorteilhaft auswirkt.

Aus Sicht der KVSH ist es jedoch nicht nachvollziehbar, dass trotz öffentlicher Klagen über Wartezeiten in der fachärztlichen Versorgung die Leistungen der Fachärzte unverändert budgetiert sind – mit der Folge, dass bundesweit jährlich mehr als 40 Millionen Facharzttermine unvergütet bleiben. Das verschärft die Versorgungssituation deutlich.

Insgesamt steht die ambulante Versorgung weiterhin vor großen Herausforderungen. Die demografische Entwicklung, der medizinische Fortschritt und die zunehmende Ambulantisierung führen zu einer steigenden Nachfrage nach ambulanter Versorgung.

Dem steht eine alternde Ärzteschaft gegenüber: Etwa ein Drittel der Hausärztinnen und Hausärzte in Schleswig-Holstein sind 60 Jahre und älter, d.h., dass rund 700 Ärztinnen und Ärzte in den nächsten Jahren ihre Tätigkeit beenden werden. Zahlreiche Praxissitze werden zur Übergabe anstehen, insbesondere in ländlichen Regionen und häufig in Einzelpraxen.

³ Vgl.: Medieninformation des Zi vom 4.12.2025, www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Mi/MI_Zi-insights_2025-12-04.pdf

Die nachfolgende Ärztegeneration bringt veränderte Erwartungen an die Ausübung ihres Berufs mit. Favoriert werden verlässliche Arbeitszeiten, Anstellungen, Teilzeitmodelle, gemeinschaftliche Arbeitsformen und eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Inzwischen sind 31,5 Prozent der in Schleswig-Holsteinischen Praxen tätigen Ärztinnen und Ärzte in Anstellung tätig, 63 Prozent davon in Teilzeit. Auch unter den Selbstständigen ist der Anteil reduzierter Zulassungsumfänge gestiegen, insbesondere in der Psychotherapie.

Der Fachkräftemangel ist in den Praxen zudem bei der Rekrutierung nichtärztlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zunehmend spürbar und stellt eine wachsende Herausforderung dar, da diese auch von anderen Arbeitgebern im Gesundheitswesen stark umworben werden.

Aufgrund der vielfältigen Herausforderungen und trotz der genannten Erfolge im Werben um Nachwuchsärztinnen und -ärzte für die ambulante Versorgung in Schleswig-Holstein werden aus Sicht der KVSH weitere Weichenstellungen erforderlich sein, um die Versorgung perspektivisch sicherzustellen. Erforderlich ist insbesondere eine gezielte Patientensteuerung nach medizinischen Kriterien. Nur durch eine nach medizinischen Kriterien gesteuerte Versorgung wird es möglich sein, trotz der limitierenden Faktoren wie dem Fachkräfte- und Nachwuchsmangel und begrenzten finanziellen Ressourcen die Versorgung weiterhin sicherstellen zu können.

Der Erhalt einer patientennahen ambulanten Versorgung wird nur durch das lösungsorientierte Zusammenwirken aller Beteiligten gelingen, wie es in Schleswig-Holstein bewährte Praxis ist. Die KVSH wird ihren gesetzlichen Auftrag weiterhin verantwortungsvoll wahrnehmen und setzt dabei auf pragmatische, vorrangig ärztlich getragene und konsensuale Lösungen. Ziel ist es, vorhandene Instrumente wirksam zu nutzen sowie bewährte Strukturen weiterzuentwickeln und an neue Anforderungen anzupassen, um die Versorgung nachhaltig zu sichern.

Einschätzungen der KVSH zu einzelnen Forderungen

▪ ***Schaffung eines Landesförderprogramms für die Gründung und den Ausbau Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) in kommunaler Trägerschaft***

Die KVSH lehnt die Schaffung eines Landesförderprogramms ausschließlich für die Gründung und den Ausbau von MVZ in kommunaler Trägerschaft ab. Dies würde eine massive Wettbewerbsverzerrung zuungunsten der weit überwiegenden Zahl nicht kommunal getragenen Einzelpraxen, Berufsausübungsgemeinschaften und MVZ darstellen.

In Schleswig-Holstein wird die ambulante Versorgung durch rund 3.370 Praxen und MVZ sichergestellt. Lediglich zehn Einrichtungen befinden sich in kommunaler Trägerschaft (acht MVZ, zwei kommunale Eigeneinrichtungen). Somit würden knapp 0,3 Prozent aller Praxen und MVZ von der geforderten finanziellen Unterstützung profitieren. Die übrigen 99,7 Prozent der Praxen und MVZ wären trotz ihrer erheblichen Versorgungsrelevanz von der Förderung ausgeschlossen.

In der Begründung wird argumentiert, dass kommunale MVZ „für Ärzte attraktive Arbeitsbedingungen“ schaffen würden, „mit geregelten Arbeitszeiten, festen Gehältern und ohne das Risiko einer eigenen Praxisgründung.“

Diese Merkmale – geregelte Arbeitszeiten, ein festes Angestelltengehalt sowie das fehlende Risiko einer eigenen Praxisgründung – stellen jedoch keine spezifischen Charakteristika der Tätigkeit in kommunalen MVZ dar. Vielmehr sind sie allgemein kennzeichnend für die Tätigkeit als angestellte Ärztin oder angestellter Arzt in der ambulanten Versorgung, unabhängig davon, ob sie in einer Einzelpraxis, einer Berufsausübungsgemeinschaft oder einem MVZ – unabhängig von dessen Trägerschaft – ausgeübt wird.

Sofern durch eine Landesförderung die Anstellungsmöglichkeiten von Ärztinnen und Ärzten in der ambulanten Versorgung grundsätzlich verbessert werden sollen, müsste sie konsequenterweise allen Praxen und MVZ offenstehen, die ärztliche Angestelltenverhältnisse anbieten.

Tatsächlich sind es weit überwiegend nicht kommunale MVZ, sondern vertragsärztlich geführte Praxen und MVZ, die ärztliche und psychotherapeutische Angestelltenstellen schaffen und damit moderne, insbesondere von jüngeren Ärztinnen und Ärzten verstärkt nachgefragte Beschäftigungsmodelle ermöglichen.

- Von den insgesamt 5.099,5 Stellen in der ambulanten Versorgung in Schleswig-Holstein sind 1.373,5 mit Angestellten besetzt.⁴ Dies entspricht einem Anteil von 27 Prozent. Von diesen Angestelltenstellen entfallen lediglich 31 Stellen (Vollzeitäquivalente) – gut zwei Prozent – auf kommunale MVZ und Eigeneinrichtungen. Etwa 98 Prozent der Angestelltenstellen hingegen finden sich in den übrigen rund 3.360 Praxen und MVZ.
- 1.047,25 Angestelltenstellen (76 Prozent) entfallen auf freiberuflich-selbständige Praxen und MVZ in vertragsärztlicher Trägerschaft (in alleiniger Verantwortung oder in Kooperation mit Partnern).
- Rund die Hälfte der insgesamt 1.373,5 Angestelltenstellen in der ambulanten Versorgung in Schleswig-Holstein wird in den klassischen Praxisformen Einzelpraxis und Berufsausübungsgemeinschaft vorgehalten.

Es sind somit freiberuflich-selbständig geführte Strukturen, in denen in den vergangenen Jahren diese Beschäftigungsmöglichkeiten im Wesentlichen und ohne staatliche Förderung geschaffen wurden.

Das Rückgrat der Versorgung in allen Fachgruppen und in allen Regionen bilden Praxen und MVZ, die von freiberuflich-selbständigen Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten getragen werden. Diese übernehmen nicht nur die Verantwortung für die medizinische Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten, sondern tragen zugleich das volle persönliche, fachliche und wirtschaftliche Risiko des Praxis- und MVZ-Betriebs. Sie investieren kontinuierlich erhebliche Summen in den Betrieb und die Modernisierung ihrer Praxen. Alle Mittel, die sie investieren, müssen aus dem Praxisbetrieb selbst erwirtschaftet werden.

Vor diesem Hintergrund wäre eine Landesförderung ausschließlich kommunaler Einrichtungen ordnungspolitisch problematisch. Während die wenigen MVZ in kommunaler Trägerschaft staatlich subven-

⁴ Auf einer Stelle können ggf., mehr als eine Ärztin/Arzt bzw. Psychotherapeutin/Psychotherapeut in Teilzeit tätig sein. Gesamtzahl der Personen, die in Anstellung tätig sind: 1.982)

tioniert würden, müssten die übrigen Praxen und MVZ ihre Kosten und Investitionen unverändert eigenständig erwirtschaften und finanzieren.

Bisherige kommunale MVZ Gründungen erfolgten in besonderen Versorgungssituationen und regelmäßig im engen Austausch mit der regionalen Ärzteschaft. Eine durch staatliche Förderung unterstützte Ausweitung der Kapazitäten kommunaler MVZ – insbesondere, wenn diese in Konkurrenz zu freiberuflich-selbständigen Praxen sowie zu potenziellen Praxisgründerinnen und -gründern erfolgen sollte – birgt die Gefahr, dass gewachsene Vertrauensverhältnis der beteiligten Akteure nachhaltig zu beeinträchtigen.

Eine einseitige Förderung kommunal getragener MVZ droht zudem die ambulante Versorgung insgesamt zu schwächen. Die damit verbundene strukturelle Ungleichbehandlung bei der Investitionsfinanzierung würde von freiberuflich-selbständigen Praxis- und MVZ-Inhaberinnen und -inhabern nicht nur als wirtschaftliche Benachteiligung wahrgenommen, sondern auch als mangelnde Anerkennung ihres Beitrags zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung. Dies könnte ihre berufliche Motivation sowie die Bereitschaft zur Übernahme von Verantwortung und zu langfristigen Investitionen beeinträchtigen und damit die nachhaltige Sicherung der ambulanten Versorgung erschweren. Aufgrund der geringen Zahl kommunaler MVZ ist von einer ausschließlich auf diese Einrichtungen begrenzten Förderung zudem keine nennenswerte Verbesserung der flächendeckenden ambulanten Versorgung zu erwarten.

- ***Entwicklung eines sektorenübergreifenden Konzepts zur Deckung des zukünftigen Bedarfs an Ärztinnen und Ärzten, insbesondere in der Allgemeinmedizin sowie Kinder- und Jugendmedizin***

Vor einer Einschätzung der einzelnen Punkte (Unterpunkte a bis f) erfolgt die folgende Einordnung.

Es gibt in Schleswig-Holstein bereits zahlreiche erfolgreiche Beispiele für den Erhalt und die Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung, an denen viele Akteure und Niedergelassene mitgewirkt haben. Aus Sicht der KVSH muss es vorrangig darum gehen, vorhandene Möglichkeiten konsequent zu nutzen und weiterzuentwickeln, um die Versorgung sicherzustellen, und dort, wo es rechtliche oder sonstige Hürden gibt, sich insbesondere auf der Bundesebene für eine Anpassung rechtlicher Regelungen einzusetzen.

Die KVSH begrüßt es, wenn das Land im Rahmen seiner Möglichkeiten einen Beitrag leistet, eine leistungsfähige ambulante Versorgung in Schleswig-Holstein zu erhalten. Der Austausch mit dem zuständigen Ministerium in diesen Fragen ist sowohl in formalen Gremien wie dem Gemeinsamen Landesgremium nach § 90a SGB V als auch in weiteren regelmäßigen Kontakten stets durch ein gemeinsames Suchen nach Lösungen gekennzeichnet. Die KVSH schätzt die Rolle, die das Land in diesem Zusammenhang spielt, und das stets vertrauensvolle Miteinander ausdrücklich.

Ob jedoch ein neu zu erstellendes, umfassendes Konzept des Landes einen nennenswerten zusätzlichen Beitrag leisten könnte, ist fraglich. Zu berücksichtigen ist dabei, dass die Regelungskompetenz für die wesentlichen Aspekte der ambulanten Versorgung beim Bund liegt (SGB V). In weiteren relevanten Bereichen hat der Bundesgesetzgeber Zuständigkeiten durch entsprechende Regelungen im SGB V in

die Hände der ärztlichen sowie der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und der gesetzlichen Krankenkassen gelegt.

Die ärztliche und die gemeinsame Selbstverwaltung sowie weitere maßgebliche Akteure im Land haben ihre Handlungs- und Gestaltungsfähigkeit in der Vergangenheit wiederholt unter Beweis gestellt.

So wurden gemeinsam Strukturen geschaffen, die die hausärztliche Aus- und Weiterbildung in Schleswig-Holstein gestärkt haben. Zu nennen ist das Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin Schleswig-Holstein (KWA.SH), gegründet von der KVSH, der Ärztekammer Schleswig-Holstein sowie den Lehrstühlen für Allgemeinmedizin der Universitäten in Kiel und Lübeck. Das KWA.SH bietet unter anderem strukturierte Schulungstage für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung sowie Fortbildungsangebote für weiterbildende Ärztinnen und Ärzte an.

Neben dem KWA.SH ist unter dem Dach des Instituts für Ärztliche Qualität in Schleswig-Holstein gGmbH (IÄQSH), das gemeinsam von der Ärztekammer Schleswig-Holstein, der KVSH und der Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein getragen wird, auch die Laufbahnassistenz angesiedelt. Sie fungiert als landesweite, zentrale Anlauf- und Beratungsstelle für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung in der Allgemeinmedizin und begleitet diese in allen Fragen rund um die Weiterbildung.

Hinzu kommt eine verbesserte finanzielle Förderung angehender Hausärztinnen und Hausärzte durch die Kassenärztliche Vereinigung und die Krankenkassen sowie die verstärkte Nachwuchswerbung durch die KVSH-Kampagne „Mehr.Arzt.Leben“ – einschließlich der finanziellen Unterstützung von Studentenpraktika in Praxen und einer Förderung im PJ, wenn Studierende einen Abschnitt in der Allgemeinmedizin absolvieren. Gezielte Förderinstrumente stehen im Strukturfonds der KVSH für Fälle zur Verfügung, in denen die Sicherstellung lokal akut gefährdet ist.

a) Maßnahmen über die Medizinerinnen- und Mediziner-Ausbildung hinaus auf Ebene der Versorgung wie z.B. die Entlastung von Hausärztinnen- und -ärzten durch die Delegation ärztlicher Leistungen an andere Fachkräftegruppen (z.B. Physician Assistants, Community Health Nurse) oder die Förderung von Telemedizin und Digitalisierung

b) Förderung der Ausbildung von Berufsgruppen, die Hausärztinnen und Hausärzte in ihrer Tätigkeit unterstützen sollen

Die Delegation ärztlicher Tätigkeiten an qualifizierte nichtärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist seit vielen Jahren gelebte Praxis in den vertragsärztlichen Praxen. Sie erfolgt auf Grundlage bundesweit geltender rechtlicher Regelungen und steht stets unter der fachlichen Verantwortung der Ärztin oder des Arztes. Für den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung stellt insbesondere die „Delegationsvereinbarung“ zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) das maßgebliche Regelwerk zur Delegation dar, mit dem Vorgaben des SGB V konkretisiert werden. In den vergangenen Jahren wurden die Möglichkeiten der Delegation bereits erweitert, um Ärztinnen und Ärzte im Praxisalltag zu entlasten. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und des zunehmenden Fachkräftemangels besteht ein breiter Konsens, dass die Delegation ärztlicher Leistungen ein wesentliches Instrument ist, um die Versorgung auch künftig sicherzustellen.

Hinzuweisen ist darauf, dass sich der Einsatz nichtärztlicher Praxisassistentinnen und -assistenten (NäPa) in der ambulanten Versorgung bereits etabliert hat. NäPa sind besonders weiterqualifizierte Medizinische Fachangestellte (MFA), die im Rahmen der ärztlichen Delegation eine Reihe von Tätigkeiten übernehmen und u. a. eigenständig Routinehausbesuche durchführen. Zu ihrem Aufgabenbereich zählen zudem Blutabnahmen, das Monitoring von Blutzucker- und Blutdruckwerten, Maßnahmen des Verbands- und Wundmanagements sowie eine erste Einschätzung des Gesundheitszustands der Patientinnen und Patienten einschließlich der Koordination mit Pflegeeinrichtungen und Angehörigen.

NäPa leisten durch die Durchführung von Hausbesuchen einen wesentlichen Beitrag zur Versorgung eingeschränkt mobiler Patientinnen und Patienten, insbesondere im ländlichen Raum, und tragen zugleich zur Entlastung der Hausärztinnen und -ärzte bei.

In Schleswig-Holstein sind derzeit 329 NäPa in 265 Praxen tätig. Die KVSH unterstützt die Qualifizierung von MFA zur NäPa durch die Erstattung der Weiterbildungskosten. In den Jahren 2024 und 2025 konnten jeweils 23 Weiterbildungen gefördert werden; im Jahr 2023 waren es 24.

Auch Physician Assistants können zur Entlastung der Ärztinnen und Ärzte in den Praxen beitragen. Ihr Einsatz in der vertragsärztlichen Versorgung ist jedoch derzeit mit erheblichen Finanzierungshemmnissen verbunden, da es in der vertragsärztlichen Gebührenordnung, dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), bislang keine gesonderten Abrechnungsmöglichkeiten ihrer Tätigkeit gibt.

Sowohl im Hinblick auf den Einsatz von Physician Assistants als auch auf eine grundsätzlich verstärkte Nutzung der Möglichkeiten der Delegation spricht sich die KVSH dafür aus, im Vergütungssystem einen „Praxis-Patienten-Kontakt“ zu verankern. Das derzeitige Vergütungssystem stellt überwiegend auf den unmittelbaren Arzt-Patienten-Kontakt als Abrechnungsvoraussetzung ab. Vielfach ist jedoch ein direkter Arztkontakt medizinisch nicht erforderlich, da qualifiziertes nichtärztliches Praxispersonal die Versorgung adäquat übernehmen kann. Die Einführung eines Praxis-Patienten-Kontakts im Vergütungssystem würde dieser veränderten Versorgungsrealität Rechnung tragen. Die Versorgung könnte durch Arbeitsteilung effizienter gestaltet werden, medizinisch nicht erforderliche direkte Arzt-Patienten-Kontakte würden vermieden.

Trotz bislang fehlender Abrechnungsmöglichkeiten beschäftigen einzelne Hausarztpraxen in Schleswig-Holstein bereits Physician Assistants. Die Finanzierung ihrer Beschäftigung stellt jedoch eine wirtschaftliche Herausforderung dar, da sie vollständig aus den allgemeinen Praxiserträgen erfolgen muss.

Die KVSH ist an dem aus dem Innovationsfond geförderten Modellprojekt „Physician Assistants in der Allgemeinmedizin“ (PAAM) unter Federführung des Instituts für Allgemeinmedizin der Universität Duisburg-Essen beteiligt. In dessen Rahmen wird untersucht, wie Physician Assistants in die Arbeit hausärztlicher Praxen insbesondere in ländlichen Regionen eingebunden werden können. Auch einige Praxen aus Schleswig-Holstein sind Teilnehmer der Studie.

Zur Forderung, das Land solle Maßnahmen zur Entlastung von Hausärztinnen und Hausärzten durch die Delegation ärztlicher Leistungen an andere Berufsgruppen prüfen und umsetzen, ist anzumerken, dass der Regelungsbedarf weitgehend nicht in der Zuständigkeit des Landes liegt. Die KVSH begrüßt

es jedoch, wenn sich das Land im Rahmen seiner politischen Möglichkeiten auch auf Bundesebene für die Klärung derzeit noch bestehender, delegationshemmender Regelungen einsetzt.

Ein Aspekt, bei dem das Land unterstützend wirken kann, betrifft die fehlende bundesweite Vereinheitlichung der Ausbildung von Physician Assistants. Die Ausbildungsinhalte der in Deutschland angebotenen Studiengänge unterscheiden sich teilweise erheblich, was die verlässliche Einbindung von Physician Assistants in die Versorgung erschwert. Für die Weiterentwicklung des Berufsbildes und der Einsatzmöglichkeiten sind bundesweit abgestimmte Ausbildungsstandards erforderlich. Die KVSH würde es begrüßen, wenn ein klarer berufsrechtlicher Rahmen geschaffen würde und sich die Länder im Rahmen ihrer Zuständigkeiten auf einheitliche Ausbildungsinhalte verständigten.

Auch telemedizinische Anwendungen, insbesondere Videosprechstunden, sind inzwischen fester Bestandteil der ambulanten Versorgung. Gerade in ländlichen Räumen eröffnen sie die Möglichkeit, die Versorgung sicherzustellen, ohne ärztliche Arbeitszeit durch Fahrzeiten zu binden und ohne, dass Patienten weite Wege zurücklegen müssen. Videosprechstunden sind seit 2019 für Hausärztinnen und Hausärzte, Fachärztinnen und Fachärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Deutschland zulässig. Die regulatorischen Rahmenbedingungen wurden seither schrittweise flexibilisiert. Mit der Einführung der neuen Vorhaltepauschale in der hausärztlichen Versorgung zum 1. Januar 2026 wird ein zusätzlicher Anreiz für Hausärztinnen und Hausärzte geschaffen, Videosprechstunden anzubieten. Weitere digitale Angebote, etwa digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA), eröffnen perspektivisch weitere Chancen für die Versorgung.

Zur Forderung im Antrag, das Land solle Digitalisierung und Telemedizin fördern, ist anzumerken, dass die wesentlichen rechtlichen Rahmenbedingungen für den Bereich der ambulanten Versorgung auf Bundesebene festgelegt werden. Ein Betätigungsfeld für eine Landesunterstützung könnte es sein, Angebote zu schaffen, die Patientinnen und Patienten mit geringeren digitalen Kompetenzen in die Lage versetzen, Videosprechstunden zu nutzen. Damit könnte auch dieser Patientengruppe die Inanspruchnahme von Videosprechstunden in der eigenen Häuslichkeit oder im unmittelbaren Wohnumfeld ermöglicht werden.

c) Unbürokratische Möglichkeiten für deutsche Medizinstudierende im europäischen Ausland, ihr Praktisches Jahr (PJ) in Deutschland zu absolvieren

Die KVSH hat hierfür keine Zuständigkeit. Sie begrüßt grundsätzlich die Schaffung unbürokratischer Möglichkeiten für deutsche Medizinstudierende, die im europäischen Ausland studieren, ihr Praktisches Jahr (PJ) in Deutschland zu absolvieren. Angesichts des bevorstehenden Ruhestands vieler Ärztinnen und Ärzte ist es sinnvoll, Nachwuchsärztinnen und -ärzten keine unnötigen Hürden in den Weg zu legen, wenn sie Ausbildungsabschnitte wie das PJ in Deutschland absolvieren möchten.

d) Weitere Stärkung des Weiterbildungsnetzwerks Allgemeinmedizin sowie des Weiterbildungsverbunds Pädiatrie in Schleswig-Holstein

Die bereits genannten Einrichtungen, insbesondere das KWA.SH und die Laufbahnassistenz, bilden im engen Zusammenwirken mit weiteren Akteuren wie der KVSH, der Ärztekammer Schleswig-Holstein sowie den Lehrstühlen für Allgemeinmedizin in Kiel und Lübeck bereits ein leistungsfähiges Weiterbildungsnetzwerk für Schleswig-Holstein.

Auf Landesebene besteht ein Weiterbildungsverbund Pädiatrie, der einen wichtigen Beitrag zur Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin leistet. In der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin kommt es – bei einer deutlich höheren Zahl von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung – aus unserer Erfahrung insbesondere auf die Stärkung der regionalen Zusammenarbeit an, vor allem auf die konkrete Kooperation zwischen hausärztlichen Praxen und regionalen Krankenhäusern. Gemeinsames Ziel muss es sein, den Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung eine inhaltlich und organisatorisch aufeinander abgestimmte Weiterbildung in den Regionen zu ermöglichen. In verschiedenen Teilen des Landes findet hierzu bereits ein Austausch zwischen den Beteiligten vor Ort statt.

Die weitergehende Vernetzung sehen wir dabei vorrangig als Aufgabe der unmittelbar beteiligten Akteure, insbesondere in den Regionen, und nicht als Aufgabe des Landes.

e) Maßnahmen, um attraktive Arbeitsmodelle für Ärztinnen und Ärzte zu schaffen

Die ambulante Versorgung bietet bereits vielfältige Möglichkeiten für Ärztinnen und Ärzte, ihre Arbeitszeiten und -bedingungen flexibel und individuell zu gestalten.

Dies gilt sowohl für Anstellungen in Praxen oder MVZ als auch für die freiberuflich-selbständige Tätigkeit. Sowohl in der Anstellung als auch als Praxisinhaberin und -inhaber besteht die Möglichkeit, Arbeits- und Sprechstundenzeiten angepasst an individuelle Bedürfnisse zu gestalten. Insbesondere in Kooperationen, in denen mehrere Ärztinnen und Ärzte gemeinsam tätig sind, ergeben sich weitere Gestaltungsspielräume. Die Zahlen belegen, dass Ärztinnen und Ärzte von diesen Möglichkeiten umfassend Gebrauch machen.

Es ist aber auf den Widerspruch hinzuweisen, dass einerseits von den Praxen und MVZ erwartet wird, für junge Ärztinnen und Ärzte attraktive und individuell gestaltbare Arbeitszeiten anzubieten, andererseits die rechtlichen Vorgaben für das Sprechstundenangebot zunehmend detaillierter geregelt werden. Dies schränkt die Gestaltungsspielräume der Praxen ein. So wurde mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) im Jahr 2019 die verpflichtende Mindestsprechstundenzeit für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte von 20 auf 25 Stunden pro Woche erhöht. Aktuell sieht der Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Reform der Notfallversorgung weitere, kleinteilige Regelungen zur zeitlichen Verteilung der gesetzlich vorgegebenen offenen Sprechstunden für bestimmte Facharztgruppen vor. Hinzu kommt die regelmäßig erhobene Forderung, Arztpraxen sollten ihre Öffnungszeiten weiter flexibilisieren, etwa durch Sprechstunden am frühen Abend oder an Samstagen.

Soll es den Praxen möglich bleiben, sowohl für das ärztliche als auch für das nichtärztliche Personal weiterhin attraktive Arbeitszeitmodelle anbieten zu können, sind ausreichende organisatorische Gestal-

tungsspielräume erforderlich. Auf zusätzliche Vorgaben zum Umfang und zur zeitlichen Verteilung von Sprechzeiten sollte deshalb verzichtet werden. Bei der Planung der Sprechstundenzeiten muss es den Praxen möglich bleiben, neben der Ausrichtung des Angebots auf die Erfordernisse der Patientinnen und Patienten, auch zu berücksichtigen, dass die Praxis als Arbeitgeber für Fachkräfte attraktiv bleiben muss.

f) *Stärkung der Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Ärzten sowie weiteren Gesundheitsberufen, z. B. durch Gesundheitsgenossenschaften, und Aufbau von Gesundheitsregionen, um die vernetzte medizinische und pflegerische Grundversorgung auszubauen*

Die KVSH unterstützt eine engere Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Ärzten, den Gesundheitsberufen und den Sektoren sowie angrenzenden Versorgungsbereichen wie der Pflege. Gerade auf regionaler Ebene kommt der Vernetzung der Akteure eine besondere Bedeutung zu, um Patientinnen und Patienten eine abgestimmte Versorgung zu ermöglichen.

In Schleswig-Holstein existieren bereits zahlreiche etablierte Formen der Zusammenarbeit. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie ärztliche Institutionen, darunter auch Kreisstellen der KVSH, Ärztenetze und weitere ärztliche Organisationen, sind in vielfältiger Weise in regionale Kooperationsstrukturen eingebunden.

Es ist deshalb sorgfältig abzuwägen, ob ein tatsächlicher Bedarf an zusätzlichen Organisationsformen wie Gesundheitsgenossenschaften oder Gesundheitsregionen besteht. Zu berücksichtigen ist, dass deren konkrete Aufgaben, Zuständigkeiten und Versorgungsbeiträge nicht definiert sind und sie nicht im bundesgesetzlichen Rahmen verankert sind. Zusätzliche Strukturen bergen die Gefahr von Parallelzuständigkeiten sowie unklaren Verantwortlichkeiten, ohne dass ein tatsächlicher Mehrwert für die Versorgung gesichert ist. Die im SGB V verankerten Sicherstellungs- und Steuerungsverantwortungen haben sich demgegenüber langfristig bewährt und ihre Anpassungsfähigkeit unter Beweis gestellt.

Die KVSH spricht sich im Sinne eines subsidiären Ansatzes für die Stärkung und Weiterentwicklung bestehender regionaler Strukturen und Kooperationen aus, sowohl jener der Selbstverwaltung als auch darüber hinaus, statt zusätzliche Organisationsebenen zu schaffen.

▪ ***Unverzügliche Wiederaufnahme der Antragsbearbeitung im Versorgungssicherungsfonds sowie Bereitstellung von 6 Millionen Euro im Landeshaushalt 2026***

Die KVSH war in der Vergangenheit an Projekten beteiligt, die aus Mitteln des Versorgungssicherungsfonds gefördert wurden. Dieser hat es ermöglicht, innovative Versorgungsprojekte regional in Schleswig-Holstein zu realisieren, die nicht aus der Regelversorgung finanziert werden konnten. Zu nennen ist hier die positive Rolle der Förderung aus dem Fonds für die Integration einer KI-gestützten Befundung in das QuaMaDi-Programm. Dieses Projekt steht beispielhaft für weitere sinnvolle Modellprojekte sowohl mit KVSH-Beteiligung als auch ohne. Die Frage einer Wiederaufnahme des Programms ist eine Entscheidung des Landes, würde aber von der KVSH begrüßt werden.

- ***Dialog der Landesregierung mit der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) und der gesetzlichen Krankenversicherung zur Anpassung der Bedarfsplanung an regionale Versorgungsbedarfe und zur Prüfung sektorenübergreifender Planungsansätze***

Grundsätzlich sollte auch die Bedarfsplanung sich verändernde Anforderungen an die ambulante Versorgung berücksichtigen. Anpassungen hat es in der Vergangenheit mehrfach gegeben, etwa durch eine stärkere Ausdifferenzierung der Planung nach Arztgruppen sowie durch eine Neufassung der Planungsbereiche.

Hinsichtlich der Forderung des Antrags, die Landesregierung solle gemeinsam mit der KVSH und den gesetzlichen Krankenkassen einen Dialog zur Anpassung der Bedarfsplanung an regionale Versorgungsbedarfe sowie zur Prüfung sektorenübergreifender Planungsansätze initiieren, ist jedoch darauf hinzuweisen, dass die Bedarfsplanung gesetzlich ausschließlich auf Bundesebene verortet ist. Sie hat ihre Grundlage im SGB V. Dort wird dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) der gesetzliche Auftrag übertragen, die maßgeblichen Regelungen in einer bundeseinheitlichen und verbindlichen Bedarfsplanungs-Richtlinie festzulegen. Zuständigkeiten der Bundesländer, regionaler Kassenärztlicher Vereinigungen oder regionaler gesetzlicher Krankenkassen für grundlegende Änderungen der Bedarfsplanung sind nicht vorgesehen.

Die Bedarfsplanungs-Richtlinie eröffnet eng begrenzte Möglichkeiten, bei besonderen regionalen Versorgungsbedarfen von den bundeseinheitlichen Vorgaben abzuweichen. Von diesen Möglichkeiten machen die KVSH und die Krankenkassen in Schleswig-Holstein im Rahmen der rechtlichen Vorgaben Gebrauch. Beispielhaft seien die besonderen Regeln zur Stärkung der Schmerztherapie genannt, auf die sich die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung in Schleswig-Holstein geeinigt haben. Diese Abweichungen erfolgen ausschließlich innerhalb des vom Gesetzgeber vorgegebenen Rahmens und unterliegen keinem freien regionalen Ermessen.

Ein Dialog auf Landesebene zur Anpassung der Bedarfsplanung oder zur Prüfung sektorenübergreifender Planungsansätze ist deshalb nicht zielführend, da die Entscheidungskompetenzen auf der Bundesebene liegen. Die richtigen Adressaten für politische Initiativen zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung wären deshalb die Bundespolitik und der G-BA.

Anzumerken ist, dass die KVSH und die gesetzlichen Krankenkassen auf Landesebene in einem kontinuierlichen Austausch im Rahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung stehen, sowohl in den zuständigen Gremien – etwa dem Landesausschuss nach § 90 SGB V – als auch darüber hinaus. Diese bewährten Strukturen ermöglichen eine sachgerechte Befassung mit regionalen Versorgungsfragen im Rahmen der gesetzlichen Zuständigkeiten. Ein Bedarf für weitergehende Aktivitäten des Landes in diesem Kontext wird nicht gesehen.

- ***Einsatz der Landesregierung auf Bundesebene für die Neuregelung der Approbationsordnung und die Umsetzung des Masterplans Medizinstudium 2020 einschließlich einer gesicherten Bundesfinanzierung***

Die KVSH verzichtet auf eine Einschätzung, da keine Zuständigkeiten bestehen.