

**Kassenärztliche Vereinigung Saarland  
Körperschaft des öffentlichen Rechts**

Vorsitzender des Vorstandes  
Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes  
Vorsitzender der Vertreterversammlung  
Europaallee 7–9  
66113 Saarbrücken

Wadern, den 3. August 2026

**Medizinische Versorgung im Hochwald – Fragen zur Nichtunterzeichnung des Letter of Intent für das Modellprojekt Nordsaarlandklinik**

Sehr geehrter Herr Prof. Dr. Derouet,  
sehr geehrter Herr Rehlinger,  
sehr geehrter Herr Dr. Frenzel,

mit großer Enttäuschung haben die Bürgerinitiative Nordsaarlandklinik und die Stadt Wadern zur Kenntnis genommen, dass das für den Hochwald richtungsweisende Modellprojekt einer Nordsaarlandklinik in der bislang vorgesehenen Form nicht umgesetzt werden kann. Nach den bislang öffentlich bekannten Informationen war die fehlende Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland ausschlaggebend dafür, dass der bereits ausgehandelte Letter of Intent nicht unterzeichnet wurde.

Die Bürgerinitiative Nordsaarlandklinik mit ihren inzwischen mehr als 700 Mitgliedern sowie die Stadt Wadern setzen sich seit mittlerweile neun Jahren dafür ein, nach der Schließung der Krankenhäuser in Wadern und Losheim tragfähige Perspektiven für die medizinische Versorgung des Hochwaldes zu entwickeln. In dieser Zeit wurden zahlreiche Gespräche mit Vertreterinnen und Vertretern aus Politik, Ministerien, Krankenkassen, Krankenhausträgern, der Ärzteschaft sowie weiteren Institutionen geführt und unterschiedlichste Lösungsansätze diskutiert.

Obwohl weder die Stadt Wadern noch die Bürgerinitiative hierfür eine gesetzliche Zuständigkeit besitzen, werden wir dieses Engagement fortsetzen. Die medizinische Versorgung ist für die Menschen im Hochwald längst zu einer der entscheidenden Zukunftsfragen unserer Region geworden.

Kaum ein anderes Thema bewegt die Bevölkerung derzeit stärker. Die Sorgen über lange Wartezeiten, die schwierige Suche nach Haus- und Fachärzten, Aufnahmestopps in Praxen sowie die zukünftige Entwicklung der ärztlichen Versorgung begegnen uns nahezu täglich. Von Beginn an war es unser Ziel, die Diskussion gemeinsam mit der medizinischen Fachwelt zu führen. Auf Initiative des Gemeinderatsmitgliedes der Gemeinde Weiskirchen Said Abedini fand deshalb am 9. Oktober 2024 erstmals der „Runde Tisch mit unseren Medizinerinnen“ statt. In mehreren Folgetreffen und Arbeitsgruppen entstand ein gemeinsames Positions- und Konsenspapier, das anschließend von den Gemeinderäten der Gemeinden Losheim am See, Nonnweiler und Weiskirchen sowie vom Stadtrat Wadern beschlossen wurde. Damit liegt für den Hochwald ein außergewöhnlich breiter fachlicher und kommunalpolitischer Konsens vor, der neue sektorenübergreifende Versorgungsansätze ausdrücklich unterstützt.

Unser Anliegen ist es ausdrücklich nicht, Schuldige zu benennen oder die Arbeit der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte beziehungsweise der Kassenärztlichen Vereinigung infrage zu stellen. Vielmehr möchten wir nachvollziehen, welche konkreten Gründe die Kassenärztliche Vereinigung Saarland dazu bewogen haben, den Letter of Intent nicht zu unterzeichnen. Die bislang öffentlich genannten Hinweise auf fehlende Zuständigkeiten sowie personelle und finanzielle Belastungen erscheinen uns hierfür nicht ausreichend, um die Tragweite dieser Entscheidung nachvollziehen zu können.

Da uns der Letter of Intent bislang nicht vorliegt, werden wir das Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Gesundheit des Saarlandes gesondert um Überlassung des Dokuments – soweit rechtlich zulässig – bitten. Das Ministerium erhält dieses Schreiben zugleich mit der Bitte, es den weiteren an den Verhandlungen beteiligten Akteuren zur Kenntnis zu geben.

Das beigefügte Transparenzpapier greift die Fragestellungen auf, die uns in zahlreichen Gesprächen mit Bürgerinnen und Bürgern, Vertreterinnen und Vertretern der Ärzteschaft, der Kommunalpolitik sowie weiteren Beteiligten begegnet sind. Ziel unserer Anfrage ist es, die Entscheidungsgrundlagen transparent nachvollziehen zu können und damit einen sachlichen Beitrag zur weiteren gesundheitspolitischen Diskussion zu leisten.

Uns ist bewusst, dass das Transparenzpapier ungewöhnlich umfangreich ist. Dies ergibt sich aus der Komplexität des Themas und der Vielschichtigkeit der Verantwortung der beteiligten Akteure. Entscheidungen dieser Tragweite werden jedoch nicht im luftleeren Raum getroffen. Sie stehen in einem demokratischen Gemeinwesen unter einem berechtigten Anspruch auf Transparenz und Nachvollziehbarkeit – auch dann, wenn ihre Aufarbeitung mit erheblichem Aufwand verbunden ist.

Wir bedanken uns bereits heute herzlich für die Zeit und Mühe, die eine ausführliche Beantwortung unserer Fragen erfordert, und bitten Sie, uns Ihre Stellungnahme bis zum 1. Oktober 2026 zukommen zu lassen.

Dieses Schreiben erhält das Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Gesundheit des Saarlandes mit der Bitte, es den weiteren an den Verhandlungen über den Letter of Intent beteiligten Akteuren zur Kenntnis zu geben. Gleichzeitig werden wir das Ministerium bitten, uns den Letter of Intent – soweit rechtlich möglich – vollständig oder in geeigneter geschwätzter Form zur Verfügung zu stellen. Darüber hinaus erhält der Saarländische Hausärztinnen- und Hausärzteverband, vertreten durch seine Vorsitzende Frau Dr. med. Laila El-Masri, eine Ausfertigung dieses Schreibens. Den Verband werden wir in einem gesonderten Schreiben um seine fachliche Einschätzung der Versorgungslage im Hochwald sowie um eine Bewertung des Modellprojektes bitten.

Dieses Anschreiben sowie das beigefügte das Transparenzpapier werden von uns öffentlich zugänglich gemacht. Sie greifen Fragestellungen auf, an deren Klärung nach unserer Überzeugung ein erhebliches öffentliches Interesse besteht.

Unabhängig vom Ausgang dieser Anfrage bleiben die Stadt Wadern und die Bürgerinitiative Nordsaarlandklinik jederzeit zu einem konstruktiven Dialog bereit. Unser gemeinsames Ziel bleibt unverändert: eine zukunftsfähige, wohnortnahe und qualitativ hochwertige medizinische Versorgung für die Menschen im Hochwald.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Jochen Kuttler', with a stylized, cursive script.

Jochen Kuttler, Bürgermeister der Stadt Wadern

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'B. Schröder', with a stylized, cursive script.

Bernd Schröder, Sprecher der Bürgerinitiative Nordsaarlandklinik

# Transparenzpapier

## Medizinische Versorgung im Hochwald – Nichtunterzeichnung des Letter of Intent für das Modellprojekt Nordsaarlandklinik

### **I. Inhalt und rechtliche Bedeutung des Letter of Intent für die Kassenärztliche Vereinigung Saarland**

Die Entscheidung der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland, den Letter of Intent nicht zu unterzeichnen, stellt den zentralen Wendepunkt in der bisherigen Entwicklung des Modellprojektes dar. Umso wichtiger erscheint es uns, die Gründe hierfür möglichst präzise nachvollziehen zu können.

Bislang liegen lediglich allgemeine öffentliche Aussagen vor. Danach sei die KVS für Krankenhausplanung nicht zuständig und habe darüber hinaus personelle sowie finanzielle Belastungen gesehen. Diese Aussagen erklären jedoch nicht, welche konkreten Inhalte des Letter of Intent letztlich zur Ablehnung geführt haben.

Da uns der Letter of Intent bislang nicht vorliegt, können wir weder beurteilen, welche Verpflichtungen tatsächlich vorgesehen waren, noch welche Regelungen aus Sicht der KVS problematisch gewesen sein sollen. Gerade deshalb erscheint uns eine möglichst konkrete Erläuterung Ihrer Entscheidung notwendig.

Wir bitten Sie deshalb um die Beantwortung der folgenden Fragen:

1. Welche konkreten Aufgaben, Rechte und Verpflichtungen waren nach dem Ihnen vorgelegten Letter of Intent für die Kassenärztliche Vereinigung Saarland vorgesehen?
2. Welche dieser Regelungen waren aus Sicht der KVS nicht akzeptabel?
3. Bitte benennen Sie möglichst konkret die jeweiligen Regelungsgegenstände beziehungsweise – soweit möglich – die Passagen des Letter of Intent, auf die sich Ihre Ablehnung bezieht.
4. Hätte die Unterzeichnung des Letter of Intent bereits unmittelbar rechtlich, finanziell oder organisatorisch verbindliche Verpflichtungen für die KVS ausgelöst?
5. Oder handelte es sich zunächst lediglich um eine politische beziehungsweise organisatorische Absichtserklärung, auf deren Grundlage anschließend weitere vertragliche, organisatorische und finanzielle Einzelheiten erst noch hätten ausgearbeitet werden müssen?
6. Falls mit der Unterzeichnung noch keine unmittelbar verbindlichen Verpflichtungen verbunden gewesen wären: Aus welchem Grund hielt die KVS es dennoch für nicht vertretbar, den weiteren Planungs- und Verhandlungsprozess durch ihre Unterschrift zu ermöglichen?
7. Welche Änderungen oder Ergänzungen hat die KVS während der Verhandlungen am Letter of Intent vorgeschlagen?
8. Welche dieser Vorschläge wurden von den übrigen Beteiligten übernommen?

9. Welche Änderungswünsche wurden nicht übernommen und weshalb waren gerade diese Punkte für die KVS letztlich entscheidend?
10. Hat die KVS selbst alternative Formulierungen oder sogar eine eigene Fassung des Letter of Intent vorgeschlagen?
11. Falls dies nicht der Fall war: Weshalb wurde keine alternative Fassung entwickelt, die aus Sicht der KVS hätte mitgetragen werden können?
12. Wäre die KVS bereit gewesen, lediglich einzelne Bestandteile des Projektes mitzutragen, wenn andere Teile zunächst zurückgestellt worden wären?
13. Wurde über eine zeitlich befristete Modellphase oder Pilotphase gesprochen?
14. Wurden Möglichkeiten einer wissenschaftlichen Evaluation vereinbart oder diskutiert?
15. Wurde über eine Befristung des Projektes mit anschließender gemeinsamer Bewertung gesprochen?
16. Wurde ein geregeltes Ausstiegsrecht oder eine Revisionsklausel für den Fall diskutiert, dass sich das Modell in der Praxis nicht bewähren sollte?
17. Falls solche Sicherungsmechanismen Bestandteil der Gespräche waren: Warum reichten sie aus Sicht der KVS dennoch nicht aus?
18. Welche konkreten Alternativen hat die KVS während der Verhandlungen vorgeschlagen, um die Ziele des Modellprojektes auf anderem Wege zu erreichen?
19. Falls keine Alternativen vorgeschlagen wurden: Wie sollte nach Auffassung der KVS die medizinische Versorgung im Hochwald stattdessen nachhaltig verbessert werden?

Die Öffentlichkeit hat derzeit den Eindruck, dass ein bereits weit fortgeschrittener Verhandlungsprozess erst sehr spät gestoppt wurde. Gerade deshalb erscheint es von besonderer Bedeutung zu verstehen, ob die Entscheidung letztlich auf einzelnen, klar abgrenzbaren Regelungen beruhte oder ob die KVS das Projekt in seiner grundsätzlichen Ausrichtung nicht mittragen wollte.

Diese Unterscheidung ist aus unserer Sicht entscheidend. Sollte lediglich über einzelne Punkte keine Einigkeit bestanden haben, stellt sich zwangsläufig die Frage, weshalb diese nicht weiter verhandelt wird. Sollte hingegen die grundsätzliche Konzeption des Projektes abgelehnt worden sein, bitten wir um eine nachvollziehbare Darstellung der hierfür maßgeblichen fachlichen, rechtlichen und organisatorischen Gründe.

Nur wenn diese Fragen transparent beantwortet werden, lässt sich beurteilen, unter welchen Voraussetzungen ein vergleichbares Modell künftig doch noch realisiert werden könnte, was unsere oberste Priorität ist.

## **II. Finanzielle Auswirkungen des Modellprojekts auf die Kassenärztliche Vereinigung Saarland**

Ein wesentlicher öffentlich genannter Grund für die Ablehnung des Letter of Intent waren nach den bisherigen Verlautbarungen der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland die finanziellen Auswirkungen des Modellprojektes.

Diese Begründung hat in der Öffentlichkeit zahlreiche Fragen aufgeworfen. Bis heute ist nicht bekannt, welche konkreten finanziellen Verpflichtungen die KVS nach ihrer Einschätzung übernommen hätte und auf welcher Grundlage die Aussage getroffen wurde, das Projekt sei finanziell nicht tragbar.

Gerade weil die finanzielle Belastung als einer der wesentlichen Ablehnungsgründe genannt wurde, erscheint es aus unserer Sicht erforderlich, diese Einschätzung nachvollziehbar zu erläutern. Dabei interessiert uns nicht nur die Höhe möglicher Kosten, sondern auch die zugrunde liegenden Berechnungen sowie die Frage, ob möglichen finanziellen Belastungen auch Einsparungen oder langfristige positive Effekte gegenübergestellt wurden.

Wir bitten Sie deshalb um die Beantwortung der folgenden Fragen:

1. Welches konkrete finanzielle Engagement wäre nach dem Letter of Intent von der KVS erwartet worden?
2. Bitte unterscheiden Sie dabei möglichst zwischen
  - einmaligen Investitions- oder Einmalkosten,
  - laufenden jährlichen Kosten,
  - unmittelbaren Zahlungsverpflichtungen,
  - Personal- und Organisationskosten,
  - Verwaltungsaufwendungen,
  - Kosten des ärztlichen Bereitschaftsdienstes,
  - möglichen Haftungs- oder Defizitrisiken
  - sowie weiteren finanziellen Verpflichtungen.
3. Auf welchen einmaligen beziehungsweise jährlichen Gesamtbetrag belief sich die von der KVS erwartete finanzielle Belastung?
4. Welche konkrete Kalkulation lag dieser Einschätzung zugrunde?
5. Wer hat diese Kalkulation erstellt?
6. Wann wurde sie erstellt und wann wurde sie der Vertreterversammlung beziehungsweise den zuständigen Gremien der KVS vorgelegt?
7. Wurde die Kalkulation durch externe Sachverständige überprüft oder begleitet?
8. Können Sie diese Berechnung – gegebenenfalls in anonymisierter oder geschwärzter Form – zur Verfügung stellen?
9. Welche Kosten sollten nach dem Letter of Intent durch das Land, die Knappschaft, die Krankenkassen oder andere Projektpartner getragen werden?

10. Welcher finanzielle Anteil wäre danach tatsächlich bei der KVS verblieben?
11. Aus welchem Haushalt oder aus welchem Finanzierungsinstrument hätte eine Beteiligung der KVS erfolgen sollen?
12. Wurde geprüft, ob Mittel des Strukturfonds der KVS, Förderprogramme, Innovationsfonds, Selektivverträge oder andere gesetzlich zulässige Finanzierungsinstrumente genutzt werden könnten?
13. Falls entsprechende Möglichkeiten geprüft wurden: Aus welchen Gründen wurden sie verworfen?
14. Hat die KVS vorgeschlagen, ihre Beteiligung ganz oder teilweise durch andere Projektpartner finanzieren zu lassen?
15. Falls ja: Wie wurde auf diesen Vorschlag reagiert?
16. Falls nein: Weshalb wurde ein solcher Lösungsansatz nicht verfolgt?
17. Hätte die KVS dem Modellprojekt zugestimmt, wenn ihr keine zusätzlichen finanziellen Belastungen entstanden wären?
18. Falls auch dann keine Zustimmung erfolgt wäre: Welche anderen Gründe wären für die Ablehnung ausschlaggebend gewesen?
19. Wurde eine Wirtschaftlichkeitsanalyse erstellt, die nicht nur die unmittelbaren Kosten, sondern auch die mittel- und langfristigen Auswirkungen des Projektes untersucht hat?
20. Wurden insbesondere mögliche Einsparungen berücksichtigt durch
  - eine bessere Patientensteuerung,
  - frühzeitigere ambulante Behandlung,
  - die Vermeidung unnötiger stationärer Aufenthalte,
  - eine Verringerung vermeidbarer Besuche in Krankenhausnotaufnahmen,
  - eine bessere Nachsorge,
  - eine Entlastung bestehender Versorgungsstrukturen
  - oder eine Verringerung kostenintensiver Akutbehandlungen?
21. Falls solche möglichen Einsparungen nicht berücksichtigt wurden: Auf welcher Grundlage konnte die Wirtschaftlichkeit des Projektes abschließend beurteilt werden?
22. Wurden auch die finanziellen Folgen untersucht, die entstehen, wenn das Projekt nicht umgesetzt wird?
23. Wurden hierbei insbesondere berücksichtigt:
  - zusätzliche Belastungen der Krankenhausnotaufnahmen,
  - steigende Inanspruchnahme des Rettungsdienstes,
  - zunehmende Versorgungslücken im hausärztlichen Bereich,
  - längere Krankheitsverläufe aufgrund verspäteter Behandlung,

- sowie mögliche volkswirtschaftliche Folgekosten durch eine schlechtere medizinische Infrastruktur?
24. Falls eine solche Folgenabschätzung erstellt wurde: Zu welchem Ergebnis ist die KVS gelangt?
  25. Welche finanziellen Auswirkungen erwartet die KVS für das Gesundheitssystem insgesamt, wenn sich die haus- und fachärztliche Versorgung im Hochwald in den kommenden Jahren weiter verschlechtert?
  26. Wurde bei der Bewertung berücksichtigt, dass ein attraktives sektorenübergreifendes Gesundheitszentrum möglicherweise neue Ärztinnen und Ärzte für die Region gewinnen und dadurch langfristig Kosten vermeiden könnte?
  27. Falls ja: Mit welchem Ergebnis?
  28. Falls nein: Warum wurde dieser Aspekt nicht in die Bewertung einbezogen?

Die finanzielle Tragfähigkeit eines Projektes ist selbstverständlich ein zentrales Entscheidungskriterium. Gerade deshalb halten wir es für wichtig, dass die Öffentlichkeit nachvollziehen kann, auf welcher Tatsachengrundlage die Aussage einer vermeintlichen finanziellen Überforderung getroffen wurde.

Ebenso wichtig erscheint uns die Frage, ob ausschließlich die unmittelbaren Kosten betrachtet wurden oder ob auch die finanziellen Folgen einer fortschreitenden Verschlechterung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum in die Bewertung eingeflossen sind.

Aus unserer Sicht gehören beide Seiten zwingend zu einer verantwortungsvollen wirtschaftlichen Betrachtung. Nur wenn sowohl die Kosten des Projektes als auch die Kosten seines Scheiterns gegenübergestellt werden, lässt sich beurteilen, welche Entscheidung langfristig die größere wirtschaftliche und gesundheitspolitische Verantwortung erbringt.

### **III. Personelle und organisatorische Auswirkungen des Modellprojekts**

Neben finanziellen Erwägungen wurde von der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland öffentlich auch auf erhebliche personelle und organisatorische Belastungen hingewiesen. Nach den bislang bekannten Aussagen hätte das geplante Modell insbesondere im Bereich der ambulanten Versorgung zusätzliche Anforderungen an die Organisation der vertragsärztlichen Versorgung gestellt.

Auch diese Begründung wirft aus unserer Sicht zahlreiche Fragen auf.

Uns ist bewusst, dass die Sicherstellung der ambulanten Versorgung bereits heute vielerorts mit erheblichen personellen Herausforderungen verbunden ist. Gerade deshalb interessiert uns, welche konkreten Auswirkungen das Modellprojekt nach Einschätzung der KVS tatsächlich gehabt hätte und auf welchen Annahmen diese Bewertung beruhte.

Ebenso stellt sich die Frage, ob ausschließlich mögliche Mehrbelastungen betrachtet wurden oder ob auch organisatorische Entlastungen und neue Versorgungsformen in die Bewertung eingeflossen sind.

Wir bitten Sie deshalb um die Beantwortung der folgenden Fragen:

1. Welche konkreten organisatorischen Aufgaben hätte die KVS nach dem Letter of Intent übernehmen sollen?
2. Welche zusätzlichen personellen Verpflichtungen wären daraus nach Einschätzung der KVS entstanden?
3. Welche konkrete Form einer ambulanten Versorgung außerhalb der regulären Praxisöffnungszeiten war vorgesehen?
4. War tatsächlich eine ärztliche Präsenz an sieben Tagen in der Woche beziehungsweise rund um die Uhr vorgesehen oder handelte es sich um andere Versorgungsmodelle?
5. Welche ärztlichen Berufsgruppen wären hiervon betroffen gewesen?
6. Wie viele zusätzliche ärztliche Dienststunden wären nach den Berechnungen der KVS wöchentlich beziehungsweise jährlich erforderlich gewesen?
7. Auf welcher Grundlage wurden diese Berechnungen erstellt?
8. Können diese Berechnungen – gegebenenfalls anonymisiert – zur Verfügung gestellt werden?
9. Wären niedergelassene Haus- oder Fachärztinnen und -ärzte verpflichtet gewesen, zusätzliche Dienste zu übernehmen?
10. Falls ja: Auf welcher Grundlage ergab sich diese Verpflichtung?
11. Wäre alternativ vorgesehen gewesen, zusätzlich angestellte Ärztinnen und Ärzte oder neu zu gewinnendes Personal einzusetzen?
12. Wurde geprüft, in welchem Umfang das Modell durch Anstellungen statt durch zusätzliche Dienstverpflichtungen hätte umgesetzt werden können?
13. Wurden Teilzeitmodelle, Jobsharing oder andere moderne Beschäftigungsformen in die Überlegungen einbezogen?

14. Welche Auswirkungen hätte das Modell nach Einschätzung der KVS auf den bestehenden ärztlichen Bereitschaftsdienst gehabt?
15. Wäre der Bereitschaftsdienst ausschließlich zusätzlich belastet worden oder hätte das Modell ihn auch entlasten können?
16. Wurde untersucht, ob sich durch eine bessere Patientensteuerung unnötige Inanspruchnahmen des Bereitschaftsdienstes hätten vermeiden lassen?
17. Welche Auswirkungen hätte das Modell auf die Arbeitsbelastung der bestehenden Hausarztpraxen gehabt?
18. Wurde geprüft, ob die Bündelung verschiedener medizinischer Leistungen unter einem Dach auch organisatorische Entlastungen für niedergelassene Praxen hätte schaffen können?
19. Wurde untersucht, ob gemeinsame Diagnostik, gemeinsames Praxispersonal oder gemeinsame Verwaltungsstrukturen die Attraktivität einer Tätigkeit im Hochwald erhöhen könnten?
20. Hat die KVS geprüft, ob ein sektorenübergreifendes Zentrum insbesondere für junge Ärztinnen und Ärzte attraktivere Arbeitsbedingungen schaffen könnte?
21. Wurde berücksichtigt, dass viele Nachwuchsmediziner heute andere Erwartungen an ihren Beruf haben als frühere Generationen und häufig Anstellungen, Teamarbeit, flexible Arbeitszeiten oder Teilzeitmodelle bevorzugen?
22. Welche Bedeutung misst die KVS diesen Entwicklungen für die zukünftige Sicherstellung der ambulanten Versorgung im ländlichen Raum bei?
23. Wurde geprüft, ob das Modellprojekt dazu hätte beitragen können, Ärztinnen und Ärzte für eine Tätigkeit im Hochwald zu gewinnen, die sich unter klassischen Niederlassungsbedingungen nicht für diese Region entschieden hätten?
24. Wurde untersucht, welche organisatorischen Vorteile ein gemeinsamer Standort für Vertretungsregelungen, Urlaubszeiten, Fortbildungen oder Krankheitsvertretungen hätte bieten können?
25. Welche Rolle sollten qualifizierte nichtärztliche Gesundheitsberufe im Modellprojekt übernehmen?
26. Wurden insbesondere folgende Möglichkeiten geprüft:
  - Physician Assistants,
  - akademisierte Pflegekräfte,
  - Gemeindeschwestern,
  - NÄPA (Nichtärztliche Praxisassistentinnen),
  - VERAH,
  - besonders qualifizierte medizinische Fachangestellte,
  - telemedizinische Angebote
  - oder andere delegierbare Leistungen?

27. Falls diese Möglichkeiten geprüft wurden: Mit welchem Ergebnis?
28. Falls sie nicht geprüft wurden: Warum nicht?
29. Hat die KVS eigene organisatorische Alternativen vorgeschlagen, mit denen die von ihr befürchteten Belastungen hätten reduziert werden können?
30. Wurden abgestufte Öffnungszeiten, eine schrittweise Einführung oder andere Übergangsmodelle vorgeschlagen?
31. Falls nein: Warum wurde nicht versucht, das Projekt organisatorisch anzupassen, anstatt es insgesamt abzulehnen?
32. Hat die KVS den Eindruck gewonnen, dass das Modellprojekt bestehende ambulante Strukturen verdrängen sollte?
33. Falls ja: Welche konkreten Regelungen führten zu dieser Einschätzung?
34. Wurde ebenso geprüft, ob das Modell bestehende Strukturen vielmehr ergänzen und langfristig stabilisieren könnte?
35. Welche organisatorischen Voraussetzungen müssten aus Sicht der KVS erfüllt sein, damit ein vergleichbares sektorenübergreifendes Modell künftig mitgetragen werden könnte?

Die Sicherstellung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung wird in den kommenden Jahren maßgeblich davon abhängen, ob es gelingt, neue Arbeits- und Organisationsformen zu entwickeln.

Die klassische Einzelpraxis wird auch künftig ein wichtiger Bestandteil der Versorgung bleiben. Gleichzeitig zeigen bundesweite Entwicklungen, dass immer mehr Ärztinnen und Ärzte kooperative Strukturen, Anstellungsverhältnisse und flexible Arbeitsmodelle bevorzugen. Diese Entwicklung betrifft den ländlichen Raum in besonderem Maße.

Vor diesem Hintergrund stellt sich aus unserer Sicht die entscheidende Frage, ob das avisierte Modellprojekt tatsächlich eine organisatorische Mehrbelastung darstellt oder ob es gerade einen Beitrag dazu zu leisten kann, die ambulante Versorgung langfristig zu stabilisieren und für den ärztlichen Nachwuchs attraktiver zu machen.

Sollte Letzteres nicht ausreichend geprüft worden sein, wäre dies nicht nur für die Bewertung der Entscheidung, sondern auch für die weitere Vorgehensweise von erheblicher Bedeutung. Ebenso wichtig erscheint uns die Frage, welche organisatorischen Voraussetzungen aus Sicht der KVS geschaffen werden müssten, damit ein vergleichbares Modell künftig doch noch umgesetzt werden könnte.

Gerade hier sehen wir den eigentlichen Kern der weiteren Diskussion: Nicht die Frage, ob Veränderungen notwendig sind, sondern welche Form von Veränderungen geeignet ist, die medizinische Versorgung im Hochwald dauerhaft zu sichern.

#### **IV. Sektorenübergreifende Versorgung – Grundsatzfragen zur zukünftigen Organisation der medizinischen Versorgung**

Das Modellprojekt für den Hochwald sollte nach unserem Verständnis bewusst neue Wege gehen. Ziel war es, die bislang strikt getrennten Bereiche der ambulanten und stationären Versorgung enger miteinander zu verzahnen und dadurch die medizinische Versorgung in einer ländlich geprägten Region dauerhaft zu sichern.

Gerade dieser sektorenübergreifende Ansatz wurde in den vergangenen Jahren bundesweit zunehmend diskutiert. Die demografische Entwicklung, der zunehmende Ärztemangel, die wirtschaftlichen Herausforderungen vieler Krankenhäuser sowie veränderte Erwartungen junger Ärztinnen und Ärzte an ihre Berufsausübung führen dazu, dass traditionelle Versorgungsstrukturen vielerorts an ihre Grenzen stoßen.

Nach unserem Verständnis ist das Modellprojekt im Hochwald deshalb nicht als klassisches Krankenhausprojekt konzipiert. Vielmehr sollte eine neue Form der Zusammenarbeit entstehen, in der ambulante und stationäre Leistungen sinnvoll miteinander verbunden werden. Gerade deshalb möchten wir die grundsätzliche Haltung der Kassenärztlichen Vereinigung zu sektorenübergreifenden Versorgungsmodellen besser verstehen.

Wir bitten Sie daher um die Beantwortung der folgenden Fragen:

1. Welche grundsätzliche Position vertritt die Kassenärztliche Vereinigung Saarland zur stärkeren Verzahnung ambulanter und stationärer Versorgungsstrukturen?
2. Hält die KVS sektorenübergreifende Versorgungsmodelle grundsätzlich für einen geeigneten Ansatz, um die medizinische Versorgung insbesondere im ländlichen Raum langfristig zu sichern?
3. Falls ja: Unter welchen Voraussetzungen?
4. Falls nein: Welche Alternativen sieht die KVS angesichts der bekannten demografischen Entwicklung und des zunehmenden Ärztemangels?
5. Welche konkreten Bestandteile des Hochwaldprojektes hat die KVS als Überschreitung ihres gesetzlichen Aufgabenbereiches angesehen?
6. Welche Bestandteile wären aus Sicht der KVS grundsätzlich mit ihrem Sicherstellungsauftrag vereinbar?
7. Welche Formen der Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Medizinischen Versorgungszentren, Krankenhäusern und weiteren Leistungserbringern hält die KVS für sinnvoll und rechtlich zulässig?
8. Hat die KVS im Rahmen ihrer Beratungen vergleichbare sektorenübergreifende Projekte anderer Bundesländer untersucht?
9. Falls ja:
  - Welche Modelle wurden betrachtet?
  - Welche Erkenntnisse wurden daraus gewonnen?
  - Weshalb waren diese Modelle aus Sicht der KVS auf den Hochwald nicht übertragbar?

10. Falls keine Vergleichsprüfung erfolgte: Warum wurde auf eine solche Analyse verzichtet?
11. Hat die KVS rechtliche Gutachten oder externe Stellungnahmen zur Frage eingeholt, welche Beteiligung ihr an einem sektorenübergreifenden Modell rechtlich möglich gewesen wäre?
12. Falls ja: Zu welchen Ergebnissen kamen diese Gutachten?
13. Falls nein: Auf welcher Grundlage wurde die Auffassung gebildet, dass eine Mitwirkung der KVS nicht möglich oder nicht vertretbar sei?
14. Wurden die durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) angestoßenen Entwicklungen hin zu einer stärkeren sektorenübergreifenden Versorgung in die Überlegungen einbezogen?
15. Welche Auswirkungen erwartet die KVS allgemein durch die bundesweit angestrebte stärkere Vernetzung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung?
16. Ist die KVS der Auffassung, dass die bestehenden gesetzlichen Rahmenbedingungen ausreichend sind, um den Herausforderungen im ländlichen Raum zu begegnen?
17. Falls nein: Welche gesetzlichen Änderungen hält die KVS für erforderlich?
18. Sieht die KVS die Gefahr, dass eine Beteiligung am Modellprojekt Hochwald einen Präzedenzfall für andere Regionen hätte schaffen können?
19. Falls dieser Gesichtspunkt bei der Entscheidungsfindung eine Rolle gespielt hat:
  - Welche konkreten Folgen wurden befürchtet?
  - Warum wurden diese höher bewertet als die Chancen für eine Verbesserung der Versorgung?
20. Wäre die KVS grundsätzlich bereit, an einem sektorenübergreifenden Modell mitzuwirken, wenn die rechtlichen, organisatorischen und finanziellen Rahmenbedingungen entsprechend angepasst würden?
21. Welche Voraussetzungen müssten hierfür erfüllt sein?
22. Welche Elemente eines sektorenübergreifenden Modells hält die KVS ausdrücklich für unterstützenswert?
23. Welche Elemente lehnt sie grundsätzlich ab?
24. Welche Änderungen wären erforderlich gewesen, damit die KVS den Letter of Intent hätte unterzeichnen können?
25. Welche Erwartungen richtet die KVS ihrerseits an Politik, Krankenkassen, Krankenhausträger und Kommunen, damit neue Versorgungsformen künftig gemeinsam entwickelt werden können?

Die Frage, wie ambulante und stationäre Versorgung künftig zusammenarbeiten, wird nach unserer Überzeugung zu den zentralen gesundheitspolitischen Herausforderungen der kommenden Jahrzehnte gehören.

Der Hochwald ist dabei kein Einzelfall. Zahlreiche ländliche Regionen Deutschlands stehen vor vergleichbaren Problemen: eine älter werdende Bevölkerung, eine ebenfalls älter werdende

Ärztenschaft, zunehmende Schwierigkeiten bei Praxisnachfolgen sowie wirtschaftliche Herausforderungen im Krankenhausbereich.

Vor diesem Hintergrund erscheint es uns wichtig zu verstehen, ob die Ablehnung des Modellprojektes auf einzelnen Regelungen des Letter of Intent beruhte oder ob die KVS den sektorenübergreifenden Ansatz grundsätzlich kritisch beurteilt.

Gerade diese Frage besitzt weit über den Hochwald hinaus Bedeutung. Sollte die KVS sektorenübergreifende Modelle grundsätzlich ablehnen, stellt sich zwangsläufig die Frage, mit welchen Instrumenten sie den bekannten strukturellen Herausforderungen künftig begegnen möchte.

Sollte sie sektorenübergreifende Modelle dagegen grundsätzlich befürworten, interessiert uns umso mehr, welche konkreten Änderungen erforderlich sind, damit das Hochwaldprojekt aus ihrer Sicht umgesetzt werden kann.

Für die weitere politische Diskussion wäre eine klare Positionierung der KVS hierzu von erheblichem Wert. Sie würde nicht nur zur Einordnung der Entscheidung beitragen, sondern auch Ansatzpunkte für einen neuen Anlauf schaffen.

Gerade darin sehen wir die eigentliche Chance: Die Entscheidung über den Letter of Intent sollte nach unserer Auffassung als Ausgangspunkt für eine offene Debatte genutzt werden, wie eine zukunftsfähige medizinische Versorgung im ländlichen Raum im Rahmen des Modellprojektes künftig organisiert werden kann.

## **V. Hausärztliche Versorgung im Hochwald – Gegenwart, Prognose und Verantwortung**

Unabhängig von der Bewertung des Modellprojektes besteht aus unserer Sicht Einigkeit darüber, dass die hausärztliche Versorgung insbesondere im ländlichen Raum vor erheblichen Herausforderungen steht.

Auch die Kassenärztliche Vereinigung Saarland weist in ihren eigenen Veröffentlichungen auf die demografische Entwicklung innerhalb der Ärzteschaft, den zunehmenden Nachwuchsmangel sowie die Schwierigkeiten bei Praxisnachfolgen hin.

Gerade der Hochwald ist hiervon in besonderem Maße betroffen. Nach unseren Informationen sind bereits heute mehrere hausärztliche Versorgungsaufträge beziehungsweise Sitze unbesetzt. Gleichzeitig befindet sich ein erheblicher Teil der niedergelassenen Hausärztinnen und Hausärzte in einer Altersgruppe, die in den kommenden Jahren weitere Praxisaufgaben erwarten lässt.

Diese Entwicklung bereitet den Menschen im Hochwald große Sorgen. Sie ist einer der wesentlichen Gründe dafür, weshalb das Modellprojekt einer sektorenübergreifenden Versorgung in der Region auf breite Zustimmung gestoßen ist.

Wir möchten deshalb besser verstehen, wie die KVS die aktuelle Situation bewertet und mit welchen konkreten Maßnahmen sie die hausärztliche Versorgung in den kommenden Jahren dauerhaft sichern möchte.

Wir bitten Sie hierzu um die Beantwortung der folgenden Fragen:

1. Wie viele hausärztliche Versorgungsaufträge bestehen derzeit im maßgeblichen Planungsbereich?
2. Wie viele dieser Versorgungsaufträge sind aktuell tatsächlich besetzt?
3. Wie viele volle beziehungsweise teilweise Versorgungsaufträge sind derzeit unbesetzt?
4. Wie viele Hausärztinnen und Hausärzte sind aktuell
  - jünger als 50 Jahre,
  - zwischen 50 und 59 Jahre alt,
  - zwischen 60 und 64 Jahre alt,
  - 65 Jahre oder älter?
5. Mit wie vielen altersbedingten Praxisaufgaben rechnet die KVS
  - bis 2030,
  - bis 2035,
  - bis 2040?
6. Für wie viele dieser Praxen ist bereits heute eine gesicherte Nachfolgeregelung bekannt?
7. Wie viele Hausarztpraxen nehmen derzeit noch neue gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten auf?
8. Wie bewertet die KVS die tatsächliche Arbeitsbelastung der Hausärztinnen und Hausärzte im Hochwald?

9. Liegen der KVS Erkenntnisse über durchschnittliche Wartezeiten auf einen Hausarzttermin oder über Aufnahmestopps vor?
10. Teilt die KVS die Einschätzung, dass sich die hausärztliche Versorgung im Hochwald bereits heute in einer kritischen Entwicklung befindet?
11. Falls nein:
  - Welche objektiven Kriterien führen zu einer anderen Bewertung?
  - Welche Daten liegen dieser Einschätzung zugrunde?
12. Welche Bedeutung misst die KVS dabei den tatsächlichen Erfahrungen der Bevölkerung bei, insbesondere langen Wartezeiten, Aufnahmestopps und der Schwierigkeit, überhaupt eine Hausarztpraxis zu finden?
13. In welchem Umfang fließen solche tatsächlichen Versorgungsprobleme in die Bedarfsplanung der KVS ein?
14. Welche konkreten Maßnahmen verfolgt die KVS derzeit, um neue Hausärztinnen und Hausärzte für den Hochwald zu gewinnen?
15. Welche dieser Maßnahmen waren in den vergangenen fünf Jahren erfolgreich?
16. Wie viele Niederlassungen konnten dadurch tatsächlich erreicht werden?
17. Welche Rolle spielt dabei der Strukturfonds der KVS?
18. Welche Fördermaßnahmen wurden im Hochwald in den vergangenen fünf Jahren konkret eingesetzt?
19. Welche finanziellen Mittel standen hierfür zur Verfügung?
20. Welche Ergebnisse konnten damit erzielt werden?
21. Welche zusätzlichen Maßnahmen plant die KVS bis
  - Ende 2027,
  - Ende 2030,
  - Ende 2035?
22. Welche messbaren Ziele verbindet die KVS mit diesen Maßnahmen?
23. Woran wird die Öffentlichkeit erkennen können, dass diese Maßnahmen erfolgreich waren?

## **Die Landarztquote**

Die Einführung und spätere Ausweitung der saarländischen Landarztquote begrüßen wir ausdrücklich. Sie ist ein wichtiger Baustein, um langfristig mehr Hausärztinnen und Hausärzte für ländliche Regionen zu gewinnen.

Gleichzeitig dürfte unstrittig sein, dass zwischen Studienbeginn, ärztlicher Ausbildung und abgeschlossener Weiterbildung viele Jahre liegen. Die Landarztquote kann deshalb kurzfristig keine Lösung für die bereits heute bestehenden Versorgungsprobleme darstellen.

Vor diesem Hintergrund bitten wir um die Beantwortung weiterer Fragen:

24. Ab welchem Jahr rechnet die KVS mit den ersten tatsächlich hausärztlich tätigen Absolventinnen und Absolventen der saarländischen Landarztquote?
25. Wie viele dieser Absolventinnen und Absolventen werden nach Einschätzung der KVS voraussichtlich im Hochwald tätig werden?
26. Wie viele altersbedingte Praxisaufgaben stehen diesem erwarteten Nachwuchs gegenüber?
27. Hält die KVS die Landarztquote allein für ausreichend, um die Versorgung im Hochwald dauerhaft sicherzustellen?
28. Falls nein:
  - Welche weiteren strukturellen Maßnahmen hält die KVS für erforderlich?
29. Welche Übergangsstrategie verfolgt die KVS bis zum tatsächlichen Wirksamwerden der Landarztquote?
30. Welche konkreten Maßnahmen sollen verhindern, dass sich die hausärztliche Versorgung in den kommenden Jahren weiter verschlechtert?

### **Entbudgetierung, regionale Förderregelungen und mögliche wirtschaftliche Auswirkungen**

Seit dem 1. Oktober 2025 werden wesentliche hausärztliche Leistungen bundesweit außerhalb der bisherigen Budgetierung vollständig vergütet. Unabhängig davon wird der hausärztliche Mittelbereich Wadern (Stadt Wadern sowie die Gemeinden Nonnweiler und Weiskirchen) bereits seit mehreren Jahren vom zuständigen Landesausschuss offiziell als drohend unterversorgt eingestuft. Nach den veröffentlichten Beschlüssen lag der hausärztliche Versorgungsgrad zuletzt bei lediglich 78,9 %, gleichzeitig bestanden sieben beziehungsweise aktuell rechnerisch bis zu 7,5 unbesetzte hausärztliche Versorgungsaufträge.

Mit dieser Einstufung sind verschiedene Fördermaßnahmen verbunden. In der öffentlichen Diskussion wird darüber hinaus jedoch immer wieder die Frage aufgeworfen, ob für Hausarztpraxen in der betroffenen Region bereits vor der bundesweiten Entbudgetierung besondere Vergütungsregelungen bestanden haben oder ob sich durch die seit Oktober 2025 geltenden Regelungen wirtschaftliche Auswirkungen ergeben haben, die bei der Bewertung des Modellprojektes eine Rolle gespielt haben könnten.

Wir möchten ausdrücklich betonen, dass wir hiermit keinerlei Vermutungen oder Unterstellungen verbinden. Gerade deshalb erscheint uns eine transparente Einordnung durch die Kassenärztliche Vereinigung Saarland wichtig.

Wir bitten Sie deshalb um die Beantwortung der folgenden Fragen:

1. Welche besonderen Honorar-, Vergütungs- oder Förderregelungen galten beziehungsweise gelten für Hausarztpraxen im Mittelbereich Wadern aufgrund der festgestellten drohenden Unterversorgung?
2. Bestand bereits vor dem 1. Oktober 2025 eine besondere Vergütungsregelung für hausärztliche Leistungen im Mittelbereich Wadern? Falls ja, worin bestand diese konkret?

3. Welche Auswirkungen hatte die bundesweite Entbudgetierung hausärztlicher Leistungen zum 1. Oktober 2025 auf die Vergütung der Hausarztpraxen im Mittelbereich Wadern?
4. Wie haben sich seitdem nach Kenntnis der KVS
  - die Fallzahlen,
  - das Leistungsvolumen,
  - die durchschnittlichen Honorare sowie
  - die wirtschaftliche Situation der Hausarztpraxen entwickelt?
5. Liegen hierzu anonymisierte Auswertungen oder statistische Übersichten vor? Falls ja, bitten wir um deren Überlassung.
6. Wurde im Zusammenhang mit dem Modellprojekt untersucht, welche wirtschaftlichen Auswirkungen ein sektorenübergreifendes Gesundheitszentrum auf die bestehenden Hausarztpraxen im Mittelbereich Wadern hätte?
7. Falls ja: Zu welchem Ergebnis ist diese Untersuchung gelangt?
8. Hat dieser Gesichtspunkt bei der Beratung über den Letter of Intent oder bei der Entscheidung der Vertreterversammlung eine Rolle gespielt?
9. Falls ja: In welcher Form?
10. Wurde zugleich untersucht, welche organisatorischen oder wirtschaftlichen Entlastungen das Modellprojekt für bestehende Hausarztpraxen hätte mit sich bringen können?
11. Falls eine solche Untersuchung nicht erfolgt ist: Aus welchen Gründen wurde auf eine entsprechende Bewertung verzichtet?

Die Sicherstellung einer leistungsfähigen hausärztlichen Versorgung muss sowohl die Interessen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte als auch die berechtigten Erwartungen der Bevölkerung berücksichtigen. Deshalb erscheint es uns wichtig, mögliche wirtschaftliche Auswirkungen neuer Versorgungsmodelle offen und transparent zu bewerten.

Gerade weil in der öffentlichen Diskussion unterschiedliche Einschätzungen zu diesem Themenkomplex bestehen, halten wir eine sachliche Einordnung durch die Kassenärztliche Vereinigung Saarland für sinnvoll. Eine transparente Darstellung der tatsächlichen Auswirkungen bestehender Vergütungsregelungen und der bundesweiten Entbudgetierung kann dazu beitragen, Spekulationen zu vermeiden und die Diskussion auf eine belastbare Tatsachengrundlage zu stellen.

## **VI. Fachärztliche Versorgung im Hochwald – Erreichbarkeit, Bedarfsplanung und Zukunftsperspektiven**

Neben der hausärztlichen Versorgung bereitet den Menschen im Hochwald zunehmend auch die Entwicklung im fachärztlichen Bereich große Sorgen.

Während sich Versorgungslücken bei Hausärztinnen und Hausärzten oftmals unmittelbar bemerkbar machen, entwickelt sich der Rückgang fachärztlicher Angebote häufig schleichend. Für die betroffenen Patientinnen und Patienten hat dies jedoch erhebliche Auswirkungen. Bereits heute berichten viele Bürgerinnen und Bürger, dass sie trotz intensiver Bemühungen über Monate hinweg keinen Termin erhalten oder überhaupt keine Praxis mehr finden, die neue gesetzlich Versicherte aufnimmt.

Besonders häufig wird uns dies aus den Bereichen Augenheilkunde, Dermatologie, Orthopädie, Neurologie sowie weiterer Fachrichtungen geschildert. Uns ist bewusst, dass individuelle Erfahrungen allein keine belastbare Datengrundlage darstellen. Sie zeigen jedoch, dass zwischen rechnerischer Versorgung und tatsächlich erlebter Versorgung durchaus Unterschiede bestehen können.

Vor diesem Hintergrund bitten wir die Kassenärztliche Vereinigung Saarland um eine möglichst konkrete Darstellung der tatsächlichen Versorgungssituation.

### **Aktuelle Versorgungslage**

1. Wie beurteilt die KVS die aktuelle fachärztliche Versorgung im Hochwald insgesamt?
2. Wie stellt sich die Versorgung insbesondere in folgenden Fachgebieten dar?
  - Augenheilkunde
  - Dermatologie
  - Orthopädie und Unfallchirurgie
  - Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
  - Neurologie
  - Psychiatrie und Psychotherapie
  - Gynäkologie
  - Urologie
  - Kinder- und Jugendmedizin
  - Kardiologie
  - Radiologie
  - Weitere für den Hochwald relevante Fachrichtungen
3. Wie viele Vertragsarztsitze bestehen in den jeweiligen Planungsbereichen?
4. Wie viele dieser Sitze sind tatsächlich besetzt?
5. Wie viele Sitze sind derzeit unbesetzt?

6. Wie viele Praxen nehmen aktuell noch neue gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten auf?
7. Liegen der KVS Daten über durchschnittliche Wartezeiten in den einzelnen Fachrichtungen vor?
8. Falls ja: Können diese – zumindest in anonymisierter Form – zur Verfügung gestellt werden?
9. Welche Erkenntnisse liegen der KVS über regelmäßige Aufnahmestopps vor?

### **Tatsächliche Erreichbarkeit**

Die Bedarfsplanung orientiert sich an gesetzlich festgelegten Planungsbereichen. Für die betroffenen Bürgerinnen und Bürger ist jedoch entscheidend, ob eine Ärztin oder ein Arzt tatsächlich in angemessener Zeit erreichbar ist.

Gerade im ländlichen Raum unterscheiden sich rechnerische und tatsächliche Erreichbarkeit häufig erheblich.

Vor diesem Hintergrund bitten wir um Beantwortung folgender Fragen:

10. Welche maximale Fahrzeit hält die KVS für Patientinnen und Patienten im ländlichen Raum für zumutbar?
11. Welche Bedeutung misst die KVS dem öffentlichen Personennahverkehr bei der Beurteilung der Erreichbarkeit fachärztlicher Leistungen zu?
12. Werden ältere Menschen ohne eigenes Fahrzeug bei der Bedarfsplanung besonders berücksichtigt?
13. Werden Aufnahmestopps bestehender Praxen in die Bewertung der tatsächlichen Versorgung einbezogen?
14. Fließen tatsächliche Wartezeiten in die Beurteilung der Versorgungslage ein?
15. Falls nein: Weshalb nicht?
16. Ist die KVS der Auffassung, dass ein rechnerisch vorhandener Vertragsarztsitz die Versorgung auch dann sicherstellt, wenn dort über längere Zeit keine neuen Patientinnen und Patienten aufgenommen werden?
17. Wie bewertet die KVS diese Situation aus Sicht der betroffenen Bevölkerung?

### **Altersstruktur und zukünftige Entwicklung**

18. Wie stellt sich die Altersstruktur der Fachärztinnen und Fachärzte im Hochwald dar?
19. Mit wie vielen altersbedingten Praxisaufgaben rechnet die KVS
  - bis 2030,
  - bis 2035,
  - bis 2040?

20. Für wie viele dieser Praxen liegen bereits heute konkrete Nachfolgelösungen vor?
21. Welche Fachrichtungen bewertet die KVS für den Hochwald als besonders kritisch?
22. Welche konkreten Maßnahmen verfolgt die KVS, um neue Fachärztinnen und Fachärzte für die Region zu gewinnen?
23. Welche Ergebnisse wurden mit diesen Maßnahmen bislang erzielt?
24. Welche zusätzlichen Maßnahmen sind geplant?

### **Zusammenhang mit dem Modellprojekt**

Nach unserem Verständnis sollte das geplante Gesundheitszentrum nicht ausschließlich der hausärztlichen Versorgung dienen. Vielmehr bestand die Überlegung, schrittweise auch fachärztliche Angebote an einem gemeinsamen Standort zu bündeln beziehungsweise deren Ansiedlung zu erleichtern.

Gerade hierin wurde vielfach eine Chance gesehen, die Attraktivität der Region für Fachärztinnen und Fachärzte zu erhöhen.

Vor diesem Hintergrund bitten wir um die Beantwortung weiterer Fragen:

25. Hat die KVS geprüft, ob das Modellprojekt die Ansiedlung zusätzlicher Fachärztinnen und Fachärzte erleichtern?
26. Falls ja: Mit welchem Ergebnis?
27. Falls nein: Weshalb wurde dieser Aspekt nicht untersucht?
28. Wurde geprüft, ob gemeinsame Infrastruktur, Diagnostik, Personal oder Verwaltungsleistungen die Niederlassung für Fachärztinnen und Fachärzte attraktiver machen könnten?
29. Hat die KVS untersucht, ob Zweigpraxen oder regelmäßige fachärztliche Sprechstunden innerhalb eines sektorenübergreifenden Gesundheitszentrums realisierbar gewesen wären?
30. Welche rechtlichen oder organisatorischen Hindernisse sah die KVS hierbei?
31. Welche alternativen Konzepte verfolgt die KVS, um die fachärztliche Versorgung im Hochwald dauerhaft sicherzustellen?
32. Welche konkreten Verbesserungen erwartet die KVS für die Bevölkerung bis
  - Ende 2027,
  - Ende 2030,
  - Ende 2035?
33. Woran soll die Öffentlichkeit messen können, ob diese Maßnahmen erfolgreich waren?

Die fachärztliche Versorgung entscheidet in erheblichem Maße über die Lebensqualität einer Region.

Für viele Menschen ist nicht allein entscheidend, ob rechnerisch ein Vertragsarztsitz vorhanden ist. Entscheidend ist vielmehr, ob tatsächlich innerhalb eines vertretbaren Zeitraums ein Termin vereinbart werden kann und die medizinische Versorgung wohnortnah erreichbar bleibt.

Aus unserer Sicht sollte deshalb neben den gesetzlichen Planungsgrößen auch die tatsächlich erlebte Versorgung stärker berücksichtigt werden.

Sollte sich zeigen, dass zwischen rechnerischer Versorgung und der Realität vor Ort erhebliche Unterschiede bestehen, wäre dies aus unserer Sicht ein weiterer Hinweis darauf, dass neue sektorenübergreifende Versorgungsmodelle ernsthaft geprüft werden sollten.

Gerade deshalb interessiert uns, welche konkreten Perspektiven die KVS für die fachärztliche Versorgung im Hochwald sieht und mit welchen Maßnahmen sie deren langfristige Sicherung gewährleisten möchte.

Denn auch im fachärztlichen Bereich stellt sich letztlich dieselbe Grundfrage wie bei der hausärztlichen Versorgung: Welche konkrete Perspektive – auch jenseits des aktuell diskutierten Modellprojekts – bietet die KVS den Menschen im Hochwald für die kommenden zehn bis fünfzehn Jahre?

## VII. Beteiligung der regionalen Ärzteschaft und der kommunalen Ebene

Im Verlauf der öffentlichen Diskussion wurde wiederholt der Eindruck vermittelt, das Modellprojekt habe innerhalb der regionalen Ärzteschaft keine ausreichende Unterstützung gefunden oder sei ohne hinreichende Einbindung der unmittelbar betroffenen Ärztinnen und Ärzte entwickelt worden.

Nach unserer Wahrnehmung entspricht dies jedoch nicht den tatsächlichen Abläufen.

Gerade deshalb erscheint es uns wichtig, die Beteiligung der regionalen Ärzteschaft und der kommunalen Ebene noch einmal näher zu beleuchten.

Der „Runde Tisch mit unseren Mediziner:innen“

Wie bereits dargestellt, fand auf Initiative des Gemeinderatsmitglieds Said Abedini am 9. Oktober 2024 erstmals der „Runde Tisch mit unseren Mediziner:innen“ statt.

An diesem Gespräch nahmen Vertreterinnen und Vertreter der Haus- und Fachärzteschaft, weiterer medizinischer Berufe, der Kommunalpolitik sowie weiterer gesellschaftlicher Institutionen teil.

In mehreren Folgetreffen und Arbeitsgruppen wurde ein gemeinsames Positions- und Konsenspapier entwickelt.

Dieses Papier

- wurde öffentlich vorgestellt,
- war für jedermann zugänglich,
- wurde von den Gemeinderäten der Gemeinden Losheim am See, Nonnweiler und Weiskirchen sowie vom Stadtrat Wadern beschlossen
- und dokumentiert damit einen außergewöhnlich breiten politischen und fachlichen Konsens innerhalb des Hochwaldes.

Das Positionspapier war ausdrücklich kein fertiges Organisationsmodell. Es sollte vielmehr als gemeinsame Grundlage dienen, auf der neue sektorenübergreifende Versorgungsformen entwickelt werden können.

Bemerkenswert erscheint uns dabei insbesondere, dass die dort vertretenen Ärztinnen und Ärzte die grundsätzliche Notwendigkeit neuer Versorgungsstrukturen ausdrücklich anerkannten.

Vor diesem Hintergrund stellen sich aus unserer Sicht folgende Fragen:

1. War der KVS das Positions- und Konsenspapier des „Runden Tisches mit unseren Mediziner:innen“ bekannt?
2. Falls ja:
  - Wann erhielt die KVS Kenntnis hiervon?
  - Wer innerhalb der KVS hat das Papier ausgewertet?
3. Wurde das Papier
  - im Vorstand,
  - in Ausschüssen,

- in der Vertreterversammlung
  - oder in anderen Gremien der KVS beraten?
4. Falls ja:
    - Zu welchen Ergebnissen kam diese Beratung?
  5. Falls nein:
    - Aus welchen Gründen wurde auf eine inhaltliche Befassung verzichtet?
  6. Welche fachlichen Aussagen oder Vorschläge des Positionspapieres wurden von der KVS als überzeugend bewertet?
  7. Welche Vorschläge wurden abgelehnt?
  8. Aus welchen konkreten Gründen?
  9. Welche alternativen Vorschläge hat die KVS den im Positionspapier enthaltenen Empfehlungen entgegengesetzt?

### **Beteiligung der regionalen Ärzteschaft**

10. Welche Hausärztinnen und Hausärzte aus dem Hochwald wurden im Zusammenhang mit dem Modellprojekt offiziell angehört?
11. Welche Fachärztinnen und Fachärzte wurden beteiligt?
12. Erfolgte eine strukturierte Befragung der niedergelassenen Ärzteschaft?
13. Falls ja:
  - Mit welchem Ergebnis?
14. Falls nein:
  - Weshalb wurde darauf verzichtet?
15. Welche Stellungnahmen regionaler Ärztinnen und Ärzte lagen der Vertreterversammlung vor?
16. Haben Ärztinnen oder Ärzte aus dem Hochwald ausdrücklich für das Modellprojekt geworben?
17. Haben Ärztinnen oder Ärzte aus dem Hochwald ausdrücklich gegen das Modellprojekt Stellung genommen?
18. Falls ja:
  - Welche wesentlichen Argumente wurden jeweils vorgetragen?
19. Auf welcher Grundlage kommt die KVS zu der Einschätzung, ihre Entscheidung entspreche den Interessen der Ärzteschaft im Hochwald?
20. Welche konkreten Rückmeldungen aus der Region stützen diese Einschätzung?

## **Saarländischer Hausärztinnen- und Hausärzteverband**

Nach unserem Kenntnisstand ist der Saarländische Hausärztinnen- und Hausärzteverband die maßgebliche berufspolitische Vertretung der hausärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzte im Saarland.

Die Vorsitzende, Frau Dr. med. Laila El-Masri, praktiziert selbst im nördlichen Saarland und kennt die dortige Versorgungssituation aus eigener täglicher Erfahrung.

Vor diesem Hintergrund bitten wir um Beantwortung folgender Fragen:

21. Wurde der Saarländische Hausärztinnen- und Hausärzteverband im Rahmen der Entwicklung oder Bewertung des Modellprojektes beteiligt?
22. Wurde eine offizielle Stellungnahme eingeholt?
23. Falls ja:
  - Wie lautete deren wesentlicher Inhalt?
24. Wurde diese Stellungnahme der Vertreterversammlung zur Verfügung gestellt?
25. Falls keine Beteiligung erfolgte:
  - Weshalb wurde auf die Einbindung der maßgeblichen hausärztlichen Interessenvertretung verzichtet?

Wir werden den Saarländischen Hausärztinnen- und Hausärzteverband unabhängig von diesem Schreiben ebenfalls um eine Einschätzung bitten. Frau Dr. med. Laila El-Masri erhält dieses Schreiben deshalb zur Kenntnis.

## **Rolle der Kommunen**

Die vier Hochwaldkommunen haben sich über einen langen Zeitraum intensiv mit der medizinischen Versorgung ihrer Region beschäftigt.

Obwohl ihnen hierfür keine gesetzliche Zuständigkeit zukommt, wurden zahlreiche Gespräche geführt, Arbeitsgruppen organisiert und schließlich ein gemeinsamer kommunaler Konsens erzielt.

Vor diesem Hintergrund bitten wir um Beantwortung weiterer Fragen:

26. Welche Bedeutung misst die KVS den Beschlüssen der Gemeinderäte Losheim am See, Nonnweiler und Weiskirchen sowie des Stadtrates Wadern bei?
27. Wurden diese kommunalen Beschlüsse der Vertreterversammlung vorgelegt?
28. Falls nein:
  - Warum nicht?
29. Welche Bedeutung misst die KVS dem Umstand bei, dass vier kommunale Vertretungskörperschaften unabhängig voneinander zu vergleichbaren Schlussfolgerungen gelangt sind?
30. Wurde geprüft, ob dieser außergewöhnlich breite regionale Konsens Anlass geben könnte, neue Versorgungsmodelle besonders intensiv zu prüfen?
  - Falls nein:

- Weshalb nicht?

Die medizinische Versorgung kann auf Dauer nur gelingen, wenn diejenigen miteinander arbeiten, die Verantwortung tragen und diejenigen, die die Auswirkungen ihrer Entscheidungen unmittelbar erleben.

Gerade deshalb halten wir den Dialog zwischen Ärztinnen und Ärzten, Kommunen, Krankenkassen, Krankenhausträgern, Ministerien und Kassenärztlicher Vereinigung für unverzichtbar.

Der „Runde Tisch mit unseren Mediziner:innen“ war aus unserer Sicht ein bemerkenswertes Beispiel dafür, wie ein solcher Dialog gelingen kann.

Dass aus diesem Prozess ein öffentliches Positionspapier und schließlich übereinstimmende Beschlüsse von vier kommunalen Vertretungskörperschaften hervorgegangen sind, stellt einen außergewöhnlich breiten Konsens dar.

Sollte dieser Konsens bei der Entscheidungsfindung der KVS keine oder nur eine untergeordnete Rolle gespielt haben, wäre es aus unserer Sicht wichtig zu erfahren, weshalb dies so war.

Ebenso interessiert uns, welche Formen der Zusammenarbeit sich die KVS künftig mit den Kommunen, der regionalen Ärzteschaft und den hausärztlichen Interessenvertretungen vorstellen kann.

Denn die Herausforderungen der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum werden sich nach unserer Überzeugung nur gemeinsam lösen lassen.

## **VIII. Die Entscheidung der Vertreterversammlung – Transparenz, demokratische Legitimation und regionale Repräsentanz**

Nach den öffentlichen Äußerungen der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland wurde die Entscheidung, den Letter of Intent nicht zu unterzeichnen, von der Vertreterversammlung einstimmig getroffen.

Selbstverständlich respektieren wir die demokratischen Entscheidungsstrukturen der KVS. Gerade weil die Entscheidung jedoch erhebliche Auswirkungen auf die medizinische Versorgung einer gesamten Region hat, besteht aus unserer Sicht ein berechtigtes öffentliches Interesse daran, nachvollziehen zu können, auf welcher Grundlage diese Entscheidung zustande gekommen ist.

Dabei geht es ausdrücklich nicht darum, einzelne Mitglieder der Vertreterversammlung persönlich zu kritisieren oder ihre Unabhängigkeit infrage zu stellen.

Uns interessiert vielmehr, wie die Entscheidungsfindung abgelaufen ist, welche Informationen den Mitgliedern vorlagen und in welchem Umfang die unmittelbar betroffene Region innerhalb der Vertreterversammlung repräsentiert war.

### **Ablauf der Entscheidungsfindung**

Wir bitten Sie hierzu um die Beantwortung der folgenden Fragen:

1. An welchem Datum hat die Vertreterversammlung über den Letter of Intent beraten?
2. Unter welchem Tagesordnungspunkt erfolgte die Beratung?
3. Wer brachte den Beschlussvorschlag ein?
4. Welche Beschlussvorlage lag der Vertreterversammlung vor?
5. Wurde den Mitgliedern der vollständige Letter of Intent vorgelegt?
6. Lag zusätzlich eine schriftliche Bewertung oder Empfehlung des Vorstandes vor?
7. Falls ja:
  - Können diese Unterlagen – soweit rechtlich möglich – in anonymisierter oder geschwärzter Form zur Verfügung gestellt werden?
8. Wurde die Vertreterversammlung vor der Entscheidung umfassend über Inhalt, Zielsetzung und Hintergründe des Modellprojektes informiert?
9. Haben Vertreter des Gesundheitsministeriums Gelegenheit erhalten, das Projekt persönlich vorzustellen?
10. Wurde der Knappschaft Gelegenheit gegeben, ihre Vorstellungen in der Vertreterversammlung zu erläutern?
11. Wurden Vertreterinnen oder Vertreter der betroffenen Kommunen angehört?
12. Wurde die Bürgerinitiative Nordsaarlandklinik angehört?
13. Falls nein:
  - Warum wurde auf eine Anhörung der unmittelbar betroffenen Region verzichtet?

## Die Abstimmung

14. Wie viele Mitglieder gehören der Vertreterversammlung an?
15. Wie viele Mitglieder waren bei der Sitzung anwesend?
16. Wie viele Mitglieder waren stimmberechtigt?
17. Wie lautete das konkrete Abstimmungsergebnis?
18. Bedeutet die öffentliche Aussage „einstimmig“, dass sämtliche Mitglieder der Vertreterversammlung zugestimmt haben oder lediglich sämtliche anwesenden Mitglieder?
19. Erfolgte die Abstimmung offen oder geheim?
20. Existiert ein Sitzungsprotokoll über die Beratung?
21. Falls ja:
  - Kann der entsprechende Auszug – soweit rechtlich zulässig – zur Verfügung gestellt werden?
22. Welche wesentlichen Argumente wurden innerhalb der Vertreterversammlung für die Ablehnung des Letter of Intent vorgetragen?
23. Gab es innerhalb der Vertreterversammlung auch Stimmen, die sich für eine weitere Verhandlung oder eine Unterzeichnung ausgesprochen haben?
24. Falls ja:
  - Welche Argumente wurden hierfür angeführt?

## Regionale Repräsentanz

Nach unserem Kenntnisstand setzt sich die Vertreterversammlung aus Vertreterinnen und Vertretern unterschiedlicher Regionen des Saarlandes zusammen.

Gerade deshalb erscheint uns die Frage berechtigt, in welchem Umfang die besonderen Herausforderungen des Hochwaldes innerhalb dieses Gremiums vertreten waren.

25. Wie viele Mitglieder der Vertreterversammlung üben ihre vertragsärztliche Tätigkeit im Landkreis Merzig-Wadern aus?
26. Wie viele Mitglieder stammen unmittelbar aus dem Hochwald beziehungsweise aus dem Mittelbereich Wadern-Weiskirchen-Nonnweiler?
27. Waren Ärztinnen oder Ärzte aus diesem Versorgungsbereich an der Beratung beteiligt?
28. Falls ja:
  - Welche Funktion nahmen sie innerhalb der Beratungen ein?
29. Waren Mitglieder der Vertreterversammlung wegen möglicher persönlicher Betroffenheit oder Interessenkonflikte von Beratung oder Abstimmung ausgeschlossen?
30. Falls ja:

- Nach welchen Kriterien wurde dies beurteilt?

### **Fachliche Vorbereitung**

31. Welche Ausschüsse oder Fachgremien haben die Entscheidung vorbereitet?
32. Wurden externe Sachverständige beteiligt?
33. Wurden wissenschaftliche Stellungnahmen eingeholt?
34. Wurde eine Versorgungsanalyse speziell für den Hochwald erstellt?
35. Wurden die Beschlüsse der vier kommunalen Vertretungskörperschaften berücksichtigt?
36. Wurde das Positionspapier des „Runden Tisches mit unseren Mediziner\*innen“ den Mitgliedern der Vertreterversammlung zur Verfügung gestellt?
37. Falls nein:
  - Weshalb nicht?