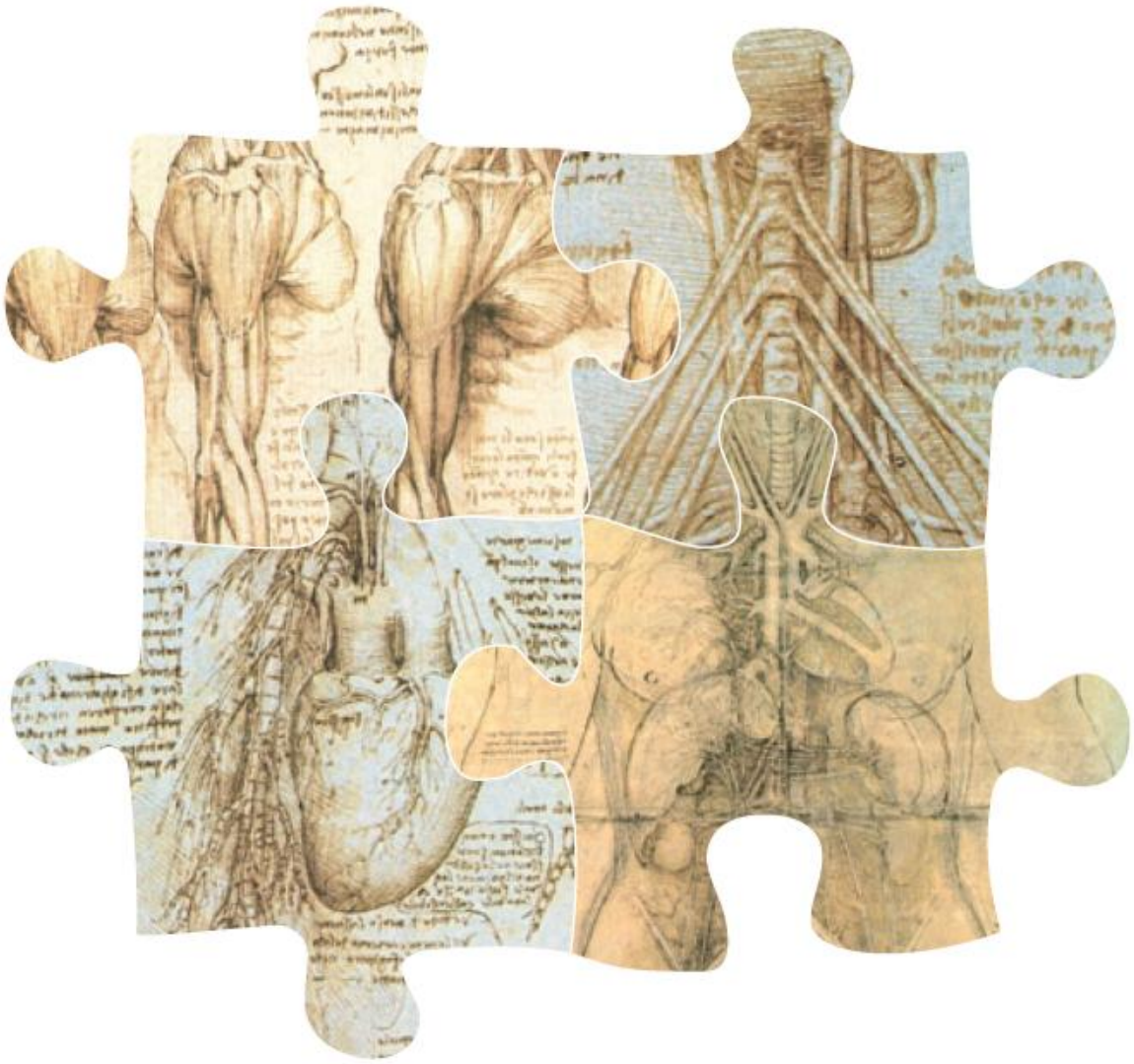
Hausärztliche Versorgung in der Mecklenburgischen Seenplatte

- Monitoring 2014 –



Grundlagen:

1.) Broschüre zur „Hausärztlichen Versorgung in der Mecklenburgischen Seenplatte – Analyse, Leitbild, Strategie“ (Hrsg.: Regionaler Planungsverband Mecklenburgische Seenplatte, 03/2004)
2.) Broschüre zur „Hausärztlichen Versorgung in der Mecklenburgischen Seenplatte- Monitoring 2006“ (Hrsg. Regionaler Planungsverband Mecklenburgische Seenplatte, 12/2006)
3.) Broschüre zur „Hausärztlichen Versorgung in der Mecklenburgischen Seenplatte- Monitoring 2009“ (Hrsg. Regionaler Planungsverband Mecklenburgische Seenplatte, 12/2009)
4.) Broschüre zur „Hausärztlichen Versorgung in der Mecklenburgischen Seenplatte- Monitoring 2011“ (Hrsg. Regionaler Planungsverband Mecklenburgische Seenplatte, 12/2011)
5.) Erhebungen zur medizinischen Versorgung in der Mecklenburgischen Seenplatte, Stand 12/2012 (Quelle: Gesundheitsämter des Landkreises Mecklenburgische Seenplatte sowie der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern)

Regionaler Planungsverband
Mecklenburgische Seenplatte

IMPRESSUM

Herausgeber
Regionaler Planungsverband Mecklenburgische Seenplatte
Helmut-Just-Straße 2 – 4
17036 Neubrandenburg
Telefon: (0395) 777 551 100
Fax: (0395) 777 551 101
E-Mail: poststelle@afrlms.mv-regierung.de
Internet: www.region-seenplatte.de

Mit fachlicher Unterstützung von
Gesundheitsamt des Landkreises Mecklenburgische Seenplatte
Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Karten und Graphiken
Amt für Raumordnung und Landesplanung Mecklenburgische Seenplatte

Diese Broschüre ist im Downloadbereich des Internetauftritts des Regionalen Planungsverbandes Mecklenburgische Seenplatte unter folgender Adresse verfügbar:
http://www.region-seenplatte.de/downloads

Inhalt

1. Einleitung 1

2. Demografische und siedlungsstrukturelle Ausgangssituation in der Region Mecklenburgische Seenplatte 2

3. Medizinische Versorgung als Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge und deren Relevanz für die überörtliche Planung 3

4. Organisatorische Rahmenbedingungen der Bedarfsplanung für Hausärzte in Mecklenburg-Vorpommern 4

5. Gegenwärtige Situation der hausärztlichen Versorgung 6

6. Altersstruktur der Hausärzte 9

7. Niederlassungsbereitschaft 11

8. Prognose der Verteilung der Hausärzte im Jahr 2020 12

9. Erreichbarkeit der Hausärzte mit dem Öffentlichen Personennahverkehr 13

10. Fazit und Schlussfolgerungen aus dem Monitoring 2014 16

11. Leitbild zur ambulanten medizinischen Versorgung 16

Abbildungen

1. Zusammensetzung der Bevölkerung nach Altersgruppen in den Jahren 2010 und 2030 2

2. Kassenärztliche Planungsbereiche für Hausärzte im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte 5

3. Räumliche Verteilung der Hausärzte in der Region Mecklenburgische Seenplatte nach Gemeinden 7

4. Gemeindeämter und zentralörtliche Verflechtungsbereich in der Region Mecklenburgische Seenplatte 8

5. Stand der hausärztlichen Versorgung in den Nahbereichen der Region Mecklenburgische Seenplatte am 31. Dezember 2012 9

6. Altersstruktur der Hausärzte in der Region Mecklenburgische Seenplatte am 31. Dezember 2012 10

7. Verhältnis von Neuzulassungen und beendeten Zulassungen von Hausärzten in der Region Mecklenburgische 11

8. Prognose der Verteilung der Hausärzte im Jahr 2020 bei einem Renteneintrittsalter von 65 Jahren 12

9. Erreichbarkeit eines Hausarztes mit dem Öffentlichen Personennahverkehr in der Region Mecklenburgische Seenplatte 14

10. ÖV-Erreichbarkeit eines Hausarztes je Gemeinde in der Region Mecklenburgische Seenplatte 15

Tabellen

1. Zahl der Hausärzte in den Teilräumen der Mecklenburgischen Seenplatte zwischen den Jahren 2006 und 2012 6

2. Einwohner-/Hausarztrelation in den Planungsbereichen der Mecklenburgischen Seenplatte 7

1. Einleitung

Die medizinische Versorgung stellt eine elementare Leistung der öffentlichen Daseinsvorsorge dar und leistet einen wichtigen Beitrag zur Schaffung gleichwertiger Lebensverhältnisse. Die Versorgung mit medizinischen Leistungen unterliegt aktuell durch die Folgen des demografischen Wandels sowohl angebots- als auch nachfrageseitig grundlegenden Veränderungen. So wird in einer alternden Gesellschaft die Nachfrage nach medizinischen Leistungen in den kommenden Jahren weiter zunehmen. Auf Angebotsseite praktizieren hingegen aus verschiedenen Gründen immer weniger Mediziner als Hausarzt. In den vergangenen Jahren erlangte diese Problematik unter dem Schlagwort „Ärztemangel" bereits mediale Aufmerksamkeit. Zudem konzentriert sich die medizinische Versorgung zunehmend in den Zentren, während in wachsenden Teilen des dünn besiedelten ländlichen Raums immer weniger Angebote vorhanden sind.

Da das medizinische Angebot erheblich zur Attraktivität und Lebensqualität einer Region beiträgt, besitzt es für die regionale Entwicklung eine hervorgehobene Bedeutung. Die kommunalen und regionalen Akteure haben somit ein unmittelbares Interesse, innerhalb ihres Einflussgebietes auf die Schaffung eines angemessenen medizinischen Angebotes hinzuwirken. Um vor dem Hintergrund der sich abzeichnenden Veränderungen auch in diesen Räumen den Erhalt gleichwertiger Lebensverhältnisse gewährleisten zu können, besteht insofern auch die Notwendigkeit einer regional abgestimmten Vorgehensweise. Daher wird die medizinische Versorgung zunehmend zu einem Betätigungs- und Gestaltungsfeld für die Regional- und Landesplanung im ländlichen Raum.

Der Regionale Planungsverband Mecklenburgische Seenplatte beschäftigt sich bereits seit dem Jahr 2002 mit der Sicherung der ambulanten medizinischen Versorgung in der Region. Um der Gefahr der medizinischen Unterversorgung *Aktiv!* zu begegnen, hat sich eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe im Rahmen des Modellvorhabens der Raumordnung „Anpassungsstrategien für ländliche/periphere Regionen mit starkem Bevölkerungsrückgang in den neuen Ländern"[1] auf gemeinsame Lösungsansätze für die Region Mecklenburgische Seenplatte verständigt. Die durch die Arbeitsgruppe entwickelten Ergebnisse wurden schließlich in der Broschüre „Hausärztliche Versorgung in der Mecklenburgischen Seenplatte – Analyse, Leitbild, Strategie"[2] aufgearbeitet und veröffentlicht. Seither dienen die Broschüre und die regelmäßig erscheinenden Monitorings auch als Material zur Öffentlichkeits- und Lobbyarbeit, um politische Akteure auf Landes-, Bundes- und EU-Ebene über die Situation der hausärztlichen Versorgung in der Mecklenburgischen Seenplatte zu informieren.

Mit dem vorliegenden Monitoring zum Stand der hausärztlichen Versorgung versucht der Regionale Planungsverband Mecklenburgische Seenplatte, erneut einen Beitrag zur Gestaltung der zukünftigen medizinischen Versorgung in der Region bzw. dem Landkreis zu leisten. Durch die kleinräumige Betrachtung der aktuellen Versorgungssituation und der schematischen Prognose für das Jahr 2020 sollen potentielle Versorgungslücken im hausärztlichen Angebot möglichst frühzeitig erkannt werden. Auf dieser Grundlage ist es den Akteuren vor Ort möglich, entsprechende Anpassungsmaßnahmen zu ergreifen, um auf die Sicherung eines attraktiven medizinischen Angebots und somit auch die Gewährleistung gleichwertiger Lebensverhältnisse hinzuwirken. Im Rahmen des Monitorings werden erstmals auch die realen Erreichbarkeitsverhältnisse der Hausärzte mit in die Betrachtung einbezogen.

[1] Laufzeit: 08/2003-03/2004; Auftraggeber: Bundesministerium für Verkehr, Bau und Wohnungswesen, Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung

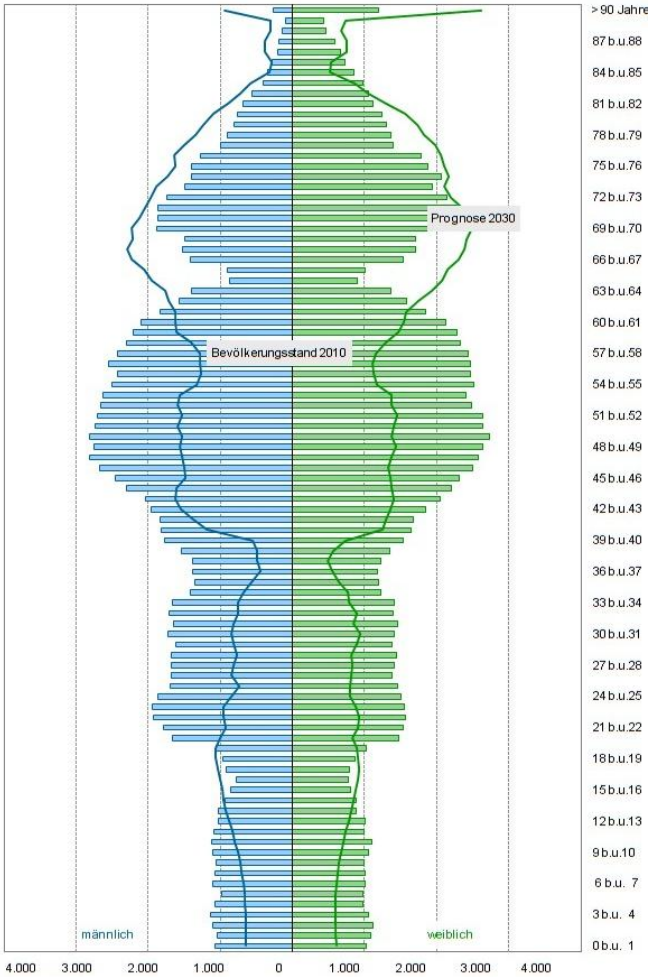
[2] Broschüre „Hausärztliche Versorgung in der Mecklenburgischen Seenplatte – Analyse, Leitbild, Strategie" (Hrsg.: Regionaler Planungsverband Mecklenburgische Seenplatte, 03/2004)

2. Demografische und siedlungsstrukturelle Ausgangssituation in der Region Mecklenburgische Seenplatte

Seit Anfang der 1990er Jahre ist die Region Mecklenburgische Seenplatte von einem anhaltenden Bevölkerungsrückgang betroffen. Lebten im Jahr 1990 noch rund 336.000 Menschen in der Region[3], sank deren Zahl bis zum Jahr 2012 auf knapp 264.000 Einwohner. Damit vollzog die Region innerhalb von nur 22 Jahren einen Bevölkerungsverlust von in etwa 21 %. Der Einwohnerrückgang war in den vergangenen Jahren überwiegend auf das negative Wanderungssaldo zurückzuführen, da insbesondere Menschen jungen und mittleren Alters aus der Region abwanderten.

Auch für die kommenden Jahre wird mit einem anhaltenden Bevölkerungsverlust zu rechnen sein. So wird in der aktualisierten 4. Landesprognose zur Bevölkerungsentwicklung in Mecklenburg-Vorpommern[4] ein Bevölkerungsrückgang für die Region Mecklenburgische Seenplatte um weitere 22 % (gegenüber dem Basisjahr 2010) auf rund 213.000 Einwohner im Jahr 2030 erwartet. Dieser Trend wird sich zum überwiegenden Teil aus der negativen natürlichen Bevölkerungsentwicklung ergeben.

Abbildung 1: Zusammensetzung der Bevölkerung nach Altersgruppen in den Jahren 2010 und 2030



Quelle: Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern

[3] Heutiger Gebietsstand, deckungsgleich mit dem Landkreis Mecklenburgische Seenplatte

[4] Ministerium für Energie, Infrastruktur und Landesentwicklung M-V 2012: Aktualisierte 4. Landesprognose zur Bevölkerungsentwicklung in Mecklenburg-Vorpommern bis 2030 – Aktualisierung der 4. Landesprognose auf das Basisjahr 2010.

Der langjährige Bevölkerungsverlust hat auch Einfluss auf die Altersstruktur der Bevölkerung (vgl. Abbildung 1). Entgegen des allgemeinen Entwicklungstrends wird die Zahl älterer Menschen, d.h. mit einem Alter über 65 Jahre, bis zum Jahr 2030 sowohl absolut als auch im Vergleich zu anderen Altersgruppen deutlich zunehmen. Waren im Jahr 2010 noch knapp 22 % der Bevölkerung älter als 65 Jahre (absolut 60.728 Personen), wird deren Zahl im Jahr 2030 rund 78.000 betragen, was in etwa einem Drittel (37 %) der Gesamtbevölkerung entsprechen wird. Zeitgleich werden die absolute Zahl sowie der Anteil der jüngeren und mittleren Altersgruppen deutlich zurückgehen.

Die Region Mecklenburgische Seenplatte ist von einer dispersen und kleinteiligen Siedlungsstruktur sowie relativ großen Entfernungen zwischen den wenigen Zentren geprägt. Ein Großteil der Gemeinden hat weniger als 1.000 Einwohner und es gibt nur vier Zentren mit mehr als 10.000 Einwohnern. Die Bevölkerungsdichte betrug im Jahr 2013 knapp 48 Einwohner/km², was im bundesweiten Vergleich der Raumordnungsregionen und Landkreise einen der geringsten Werte darstellt (zum Vergleich: Deutschland 230 Einwohner/km²). Infolge des prognostizierten Bevölkerungsrückgangs wird die Einwohnerdichte in der Region bis zum Jahr 2030 auf ca. 37 Einwohner/km² sinken.

3. Medizinische Versorgung als Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge und deren Relevanz für die überörtliche Planung

Die sich verändernde Bevölkerungszahl und –struktur stellt in Verbindung mit der sinkenden Einwohnerdichte eine der zentralen Herausforderungen für den Erhalt eines wohnortnahen und flächendeckenden Angebots an Leistungen der Daseinsvorsorge dar.[5] Die Auswirkungen der demografischen Veränderungen haben auf die einzelnen Vorsorgebereiche wie z.B. schulische Bildung, medizinische Versorgung, Pflege und Betreuung oder Kultur, jedoch unterschiedliche Auswirkungen.

So wird vor allem die gesellschaftliche Alterung in den kommenden Jahren zu einer konstant bleibenden bis steigenden Nachfrage nach medizinischen Versorgungsleistungen beitragen. Die mit zunehmendem Alter vermehrt auftretende Multimorbidität, d.h. das gleichzeitige Bestehen mehrerer Erkrankungen, wird voraussichtlich die Nachfragerückgänge durch den Bevölkerungsverlust zumindest ausgleichen. Insbesondere der Hausarzt wird dabei in seiner zentralen Funktion als erster Ansprechpartner bei gesundheitlichen Anliegen von hervorgehobener Bedeutung für die medizinische Grundversorgung in der Region sein.

Ein bedarfsgerechtes und wohnortnahes Angebot an Leistungen der Daseinsvorsorge stellt einen zentralen Beitrag zur Sicherung gleichwertiger Lebensverhältnisse dar, zu deren Schaffung und Erhalt die Regional- und Landesplanung durch das Raumordnungsgesetz[6] angehalten ist. Insofern ist die Sicherung der medizinischen Grundversorgung auch von regionalplanerischem Interesse, obwohl die letztliche Ansiedlung und Verteilung von Medizinern durch andere Akteure erfolgt. Dennoch werden z.B. im Regionalen Raumentwicklungsprogramm Mecklenburgische Seenplatte[7] Vorgaben und Empfehlungen an die Fachplanungen und Behörden formuliert, die im gesamtregionalen Interesse zu einer möglichst wohnortnahen und flächendeckenden medizinischen Versorgung beitragen sollen.

[5] vgl. Regionaler Planungsverband Mecklenburgische Seenplatte 2011: Strategiepapier zum Umgang mit den Folgen des demografischen Wandels.

[6] § 1 Abs. 2 Raumordnungsgesetz vom 22. Dezember 2008, zuletzt geändert durch Artikel 9 des Gesetzes vom 31. Juli 2009

[7] Kapitel 6.3.4 „Medizinische Versorgung" im Regionalen Raumentwicklungsprogramm Mecklenburgische Seenplatte in der Fassung vom 15. Juni 2011

Durch den fachübergreifenden Ansatz der Regionalplanung besteht zudem die Möglichkeit, die medizinische Versorgung integriert mit anderen Vorsorgebereichen zu betrachten. Insbesondere der ÖPNV stellt in dünn besiedelten, ländlichen Regionen eine zentrale Zugangsvoraussetzung zur Inanspruchnahme von Daseinsvorsorgeangeboten dar. Angesichts wachsender Anteile immobiler Bevölkerungsgruppen ist somit eine Betrachtung der Erreichbarkeitsverhältnisse erforderlich, um ein möglichst reales Bild der Versorgungssituation zu erhalten. Vor diesem Hintergrund wird im vorliegenden Monitoring erstmals eine Erreichbarkeitsbetrachtung eingebunden.

Mit dem Monitoring wird im Rahmen einer fortlaufenden Raumbeobachtung ein Überblick über die hausärztliche Versorgungssituation geboten, die den relevanten Akteuren als eine Informationsgrundlage für zukünftige Entscheidungen dienen soll. Hierzu wird, ausgehend von den Bedarfskennzahlen der Kassenärztlichen Vereinigung M-V, die kleinräumige Versorgungssituation auf Ebene der zentralörtlichen Nahbereiche ermittelt.

4. Organisatorische Rahmenbedingungen der Bedarfsplanung für Hausärzte in Mecklenburg-Vorpommern

Die Ansiedlung und räumliche Verteilung von Kassenärzten wird über die Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder geregelt. Am 1. Januar 2013 trat die neue Bedarfsplanungsrichtlinie[8] des Gemeinsamen Bundesausschuss in Kraft, die an die Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder gerichtete Empfehlungen für die Bedarfsplanung enthält. In der Neufassung der Richtlinie wird nunmehr die Möglichkeit eingeräumt, die Bedarfsplanung für die medizinische Versorgung an die regionalen Besonderheiten anzupassen und von den einheitlichen Bundesvorgaben abzuweichen. So können die bislang vergleichsweise starren Verhältniszahlen, die das Verhältnis von Einwohnern je Hausarzt, d.h. die zulässige Zahl praktizierender Hausärzte in einem Teilraum, anhand verschiedener raumstruktureller Kategorien vorgab, durch einen Demografiefaktor an die regionsspezifische Ausgangslage angepasst werden.

Seit Mai 2013 ist die Bundesrichtlinie auch im Land Mecklenburg-Vorpommern umgesetzt. Hierzu hat die Kassenärztliche Vereinigung M-V im Einvernehmen mit den Krankenkassen und in Abstimmung mit dem Sozialministerium M-V den neuen Bedarfsplan[9] für das Land Mecklenburg-Vorpommern verabschiedet. Folgende zentrale Änderungen im Bereich der Bedarfsplanung für Hausärzte wurden dabei vorgenommen.

Bis zum Jahr 2013 erfolgte die Bedarfsplanung in Mecklenburg-Vorpommern auf Ebene der Landkreise, d.h. für die Altkreise in den Grenzen vor der Kreisgebietsreform von 2011. Mit Inkrafttreten des neuen Bedarfsplanes für das Land Mecklenburg-Vorpommern wird die Bedarfsplanung nun überwiegend auf Ebene der raumordnerisch festgelegten Mittelbereiche vorgenommen. Diese Mittelbereiche bilden die funktionalräumlichen Verflechtungen (u.a. auf Grundlage der Pendler-, Schüler-, Versorgungsverkehre) um Mittel- und Oberzentren ab und werden im Landesraumentwicklungsprogramm Mecklenburg-Vorpommern[10] festgelegt (vgl. Abbildung 2). Dabei werden bei der Bedarfsplanung die

[8] Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) vom 20. Dezember 2012, zuletzt geändert am 20. Juni 2013

[9] Bedarfsplan für den Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, Einvernehmen wurde am 15. Mai 2013 zwischen KV und Krankenkassen hergestellt

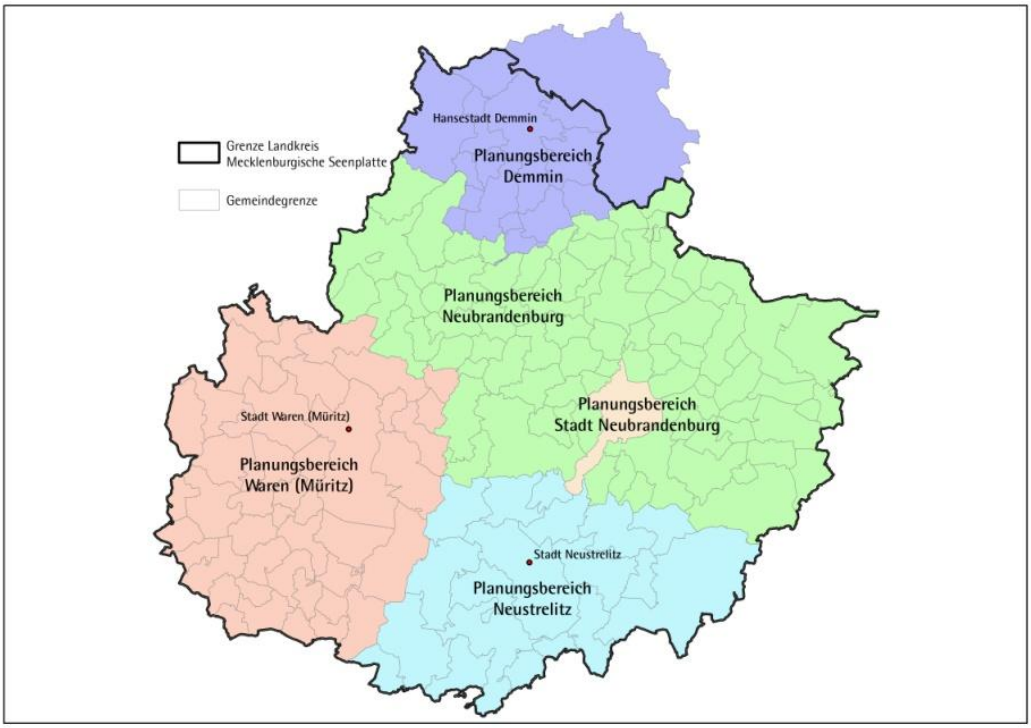
[10] Landesraumentwicklungsprogramm Mecklenburg-Vorpommern vom 30. Mai 2005. Das LEP wird aktuell fortgeschrieben, die Fortschreibung soll bis zum Jahr 2016 abgeschlossen sein. Im Vorentwurf sind keine Änderungen der Mittelbereichsgrenzen im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte gegenüber dem bisherigen Stand enthalten.

Oberzentren, im Fall der Region Mecklenburgische Seenplatte also die Stadt Neubrandenburg, als eigenständige Planungsbereiche betrachtet und aus ihrem jeweiligen Mittelbereich ausgegrenzt.

Da sich in den Oberzentren in der Regel eine hohe Zahl an Medizinern und Hausärzten räumlich konzentriert, wird durch die separate Betrachtung dieser Städte als eigenständige Planungsbereiche verhindert, dass sich innerhalb des zugehörigen Mittelbereichs eine unverhältnismäßige Konzentration auf einen Angebotsort ergibt und somit vor dem Hintergrund der Erreichbarkeit und dünnen Besiedelung ein falsches Bild der Versorgungssituation widerspiegelt.

Gegenüber der bisherigen Praxis wird die Region Mecklenburgische Seenplatte nun auf fünf statt bislang vier Planungsbereiche aufgeteilt, so dass sich die durchschnittliche Größe eines Planungsbereichs auf knapp 1.170 km² verringert (bisher 1.460 km²). Durch die kleinteiligere Struktur ist in der Folge auch eine detailliertere Betrachtung des Versorgungsgrades möglich. Zudem berücksichtigen die Mittelbereiche in begrenztem Umfang auch die Erreichbarkeitsvorgaben im ÖPNV und MIV, indem bei der Festlegung der Zentralen Orte anzustrebende Reiseizeiten aus den Verflechtungsbereichen in die jeweiligen Zenten mit in die Entscheidungsprozesse einfließen.

Abbildung 2: Kassenärztliche Planungsbereiche für Hausärzte im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte



Darstellung: Amt für Raumordnung und Landesplanung Mecklenburgische Seenplatte

Eine weitere Veränderung gegenüber der bisherigen Praxis der Bedarfsplanung ist die Verhältniszahl von Einwohnern zu Hausärzten, die darüber bestimmt, wie viele Hausarztstellen in einem Planungsbereich durch die Kassenärztliche Vereinigung vergeben werden können. In der Bundesrichtlinie wird eine Einwohner-Hausarzt-Relation von 1.671 vorgeschlagen. Im Bedarfsplan für das Land M-V wurde diese Kennzahl an die regionale Situation (Überalterung, Bevölkerungsrückgang, geringe Bevölkerungsdichte) angepasst. So liegt der Bedarfsplanung in der Region Mecklenburgische Seenplatte außerhalb des Oberzentrums Neubrandenburg eine Bedarfskennzahl von 1.425 Einwohnern/Hausarzt zu Grunde (bisher 1.474 EW/HA). Mit der geringeren Kennzahl beabsichtigt die KV, der notwendigen Erreichbarkeit eines wohnortnahen hausärztlichen Behandlungsangebotes - vor dem Hintergrund der geringen Siedlungsdichte sowie der demografischen Entwicklung - Rechnung zu

tragen. Da für die Stadt Neubrandenburg von besseren Erreichbarkeitsverhältnissen ausgegangen werden kann, beträgt der Wert hier 1.671 Einwohner/Hausarzt.

Die Bedarfsplanung für das Land Mecklenburg-Vorpommern wurde mit der vorliegenden Neufassung grundlegend an die regionale Ausgangslage angepasst. Neben einer Berücksichtigung der funktionalräumlichen Verflechtungen in Form der Mittelbereiche spiegeln insbesondere die angepassten Verhältniszahlen die demografische Herausforderung in der Region wider.

5. Gegenwärtige Situation der hausärztlichen Versorgung

In der Region Mecklenburgische Seenplatte waren Ende Dezember 2012 insgesamt 177 Hausärzte tätig (vgl. Tabelle 1). Gegenüber dem letzten Monitoring mit Datenstand vom 31.12.2010 arbeiteten somit insgesamt vier Hausärzte mehr in der Region. Nachdem zwischen den Jahren 2006 und 2010 die Zahl der Hausärzte stetig rückläufig war, konnte im Jahr 2012 erstmals wieder ein Zuwachs an in der Region praktizierenden Hausärzten verzeichnet werden. Die Zahl der Hausärzte in der Stadt Neubrandenburg und im Mittelbereich Demmin sind auf geringem Niveau rückläufig, während die Zahl der praktizierende Hausärzte in den Mittelbereichen Neubrandenburg (außerhalb des Oberzentrums) und Neustrelitz leicht zunahm.

Tabelle 1: Zahl der Hausärzte in den Teilräumen der Mecklenburgischen Seenplatte zwischen den Jahren 2006 und 2012

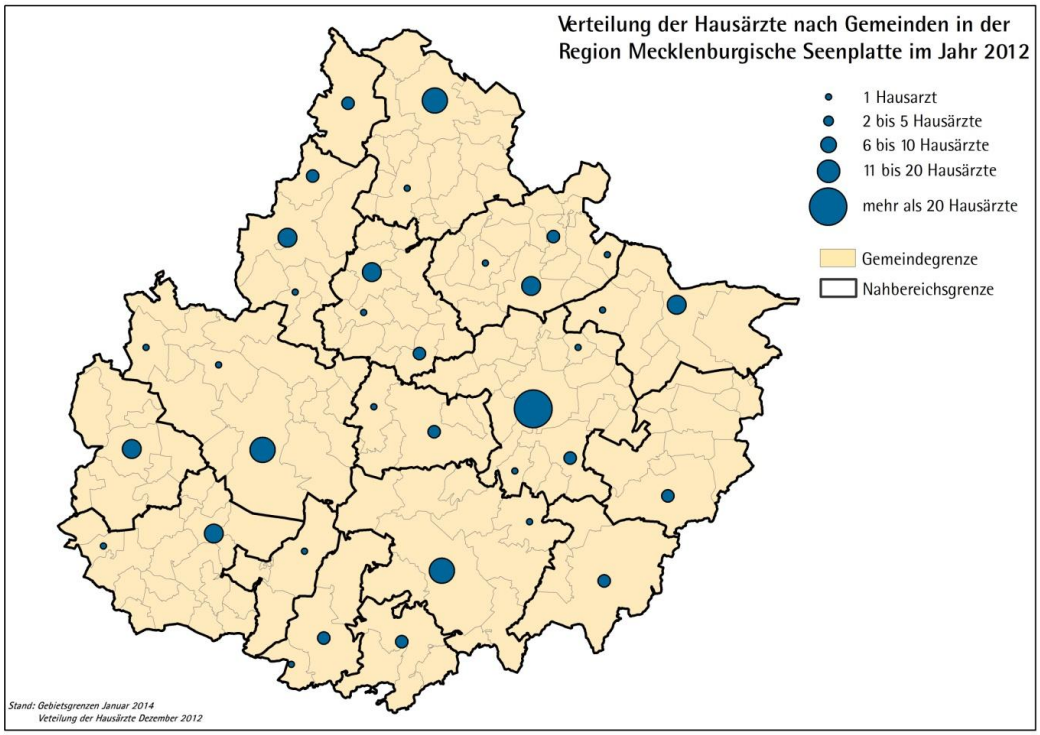
Gebietseinheit	2006	2008	2010	2012
Stadt Neubrandenburg	46	43	42	41
Mittelbereich Neubrandenburg	62	58	53	58
Mittelbereich Demmin[11]	18	19	18	17
Mittelbereich Neustrelitz	23	26	25	26
Mittelbereich Waren (Müritz)	36	34	35	35
Region Mecklenburgische Seenplatte	**185**	**180**	**173**	**177**

Quelle: Gesundheitsamt des Landkreises Mecklenburgische Seenplatte

Die Hausärzte verteilten sich Ende 2012 dispers aber ungleichmäßig über die Region (vgl. Abbildung 3). Während sich in den Zentralen Orten die Mehrheit der Hausärzte räumlich konzentrierte, verfügte der Großteil der Gemeinden, überwiegend Gemeinden mit weniger als 1.000 Einwohnern, über keine medizinischen Versorgungsangebote im Gemeindegebiet. Ende 2012 war nur in 35 der insgesamt 163 Gemeinden ein Hausarzt angesiedelt, das entspricht knapp 21 % aller Gemeinden. Die Versorgung der übrigen Gemeinden erfolgte vorrangig durch die medizinischen Angebote in den Zentralen Orten, von denen alle mindestens einen praktizierenden Hausarzt besaßen. Entsprechend der zentralörtlichen Bedeutung praktizierten die meisten Hausärzte im Oberzentrum Neubrandenburg sowie den Mittelzentren Demmin, Neustrelitz und Waren (Müritz).

[11] Der Mittelbereich Demmin erstreckt sich außerhalb des Landkreises Mecklenburgische Seenplatte auch auf das Gebiet der Ämter Peenetal/Loitz und Jarmen-Tutow, die seit der Kreisgebietsreform zum Landkreis Vorpommern-Greifswald gehören. Im Rahmen des Monitorings wird nur der im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte gelegene Teil des Mittelbereichs betrachtet.

Abbildung 3: Räumliche Verteilung der Hausärzte in der Region Mecklenburgische Seenplatte nach Gemeinden



Darstellung: Amt für Raumordnung und Landesplanung Mecklenburgische Seenplatte

Die Verhältniszahl von Arzt zu Einwohnern wird im aktuellen Bedarfsplan der Kassenärztlichen Vereinigung M-V für die Stadt Neubrandenburg mit 1.671 Einwohner/Hausarzt und für die übrigen Planungsbereiche auf 1.425 Einwohner/Hausarzt festgelegt. Im Durchschnitt des Landkreises Mecklenburgische Seenplatte liegt die Einwohner-Hausarztrelation bei 1.493 Einwohnern je Hausarzt. Legt man die bis zur Neufassung flächendeckend gültige Bedarfskennzahl für ländliche Räume von 1.474 Einwohnern/Hausarzt zu Grunde, liegt somit eine statistisch nahezu ausreichende Versorgung vor. Wie schon in den vorangegangen Monitorings treten zwischen den Mittelbereichen Unterschiede im Versorgungsgrad auf.

Tabelle 2: Einwohner-/Hausarztrelation in den Planungsbereichen der Mecklenburgischen Seenplatte

Gebietseinheit	Einwohner[12]-/ Hausarztrelation am 31.12.2012	Einwohner-/ Hausarztrelation gemäß Bedarfsplan	Abweichung vom Richtlinienwert
Stadt Neubrandenburg	1.549	1.671	+ 7 %
Mittelbereich Neubrandenburg	1.394	1.425	+ 2 %
Mittelbereich Demmin[13]	1.364	1.425	+ 4 %
Mittelbereich Neustrelitz	1.575	1.425	- 11 %
Mittelbereich Waren (Müritz)	1.593	1.425	- 12 %
Region Mecklenburgische Seenplatte	1.493	-	-

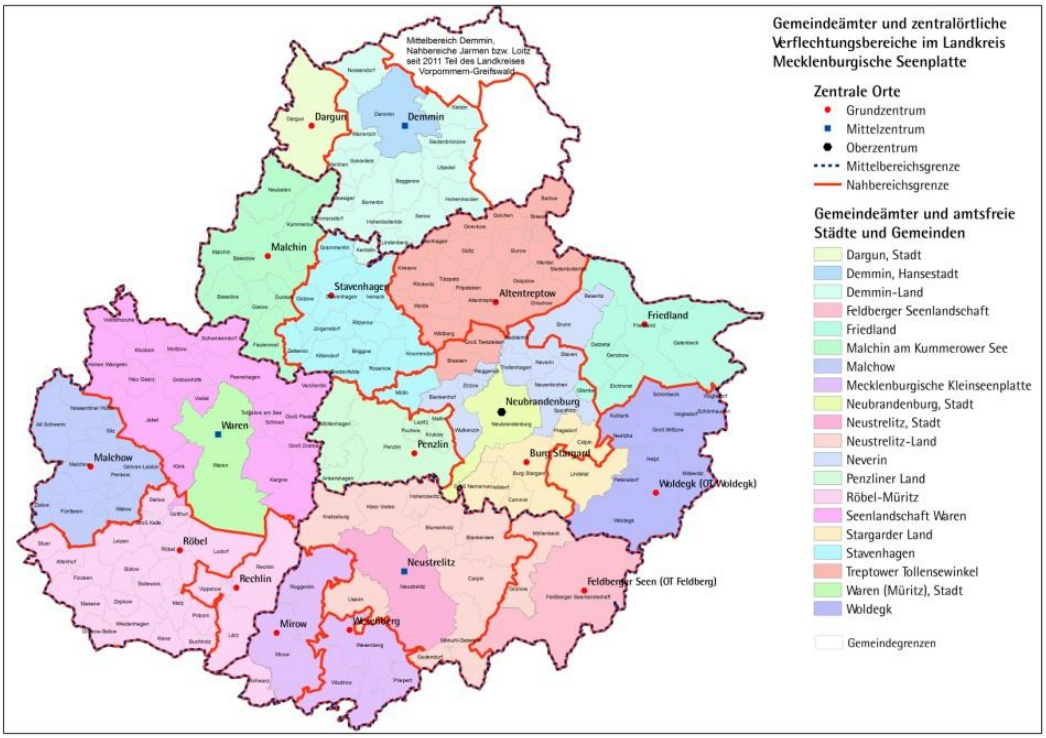
Quelle: Gesundheitsamt des Landkreises Mecklenburgische Seenplatte, eigene Berechnung

[12] Auf Grundlage des Einwohnerstandes und der Zahl der Hausärzte vom 31.12.2012
[13] Im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte gelegener Teil des Mittelbereichs Demmin.

Für die Planungs- und Mittelbereiche Neustrelitz (- 11 %) und Waren (- 12 %) wird die Zielgröße der Bedarfsplanung geringfügig unterschritten, während für die Stadt Neubrandenburg (+ 7%), den umgebenden Mittelbereich Neubrandenburg (+ 2 %) sowie den Planungsbereich Demmin (+ 4 %) die angestrebte Einwohner-Hausarztrelation erreicht und geringfügig übertroffen wird.

Ein noch detaillierteres Bild der hausärztlichen Versorgungssituation ergibt sich, wenn man anstelle der Mittelbereiche die zentralörtlichen Nahbereiche betrachtet. Im Regionalen Raumentwicklungsprogramm Mecklenburgische Seenplatte werden insgesamt 17 Nahbereiche mit einer durchschnittlichen Größe von 323 km² als Verflechtungsbereiche um die Zentralen Orte[14] ausgewiesen. Die Nahbereiche weisen große Schnittmengen mit den administrativen Gemeindeämtern auf (vgl. Abbildung 4), sind jedoch im Gegensatz hierzu funktionalräumlich abgegrenzt, d.h. sie beruhen ähnliche wie die Mittelbereiche auf bestehenden Verflechtungen.

Abbildung 4: Gemeindeämter und zentralörtliche Verflechtungsbereich in der Region Mecklenburgische Seenplatte



Darstellung: Amt für Raumordnung und Landesplanung Mecklenburgische Seenplatte

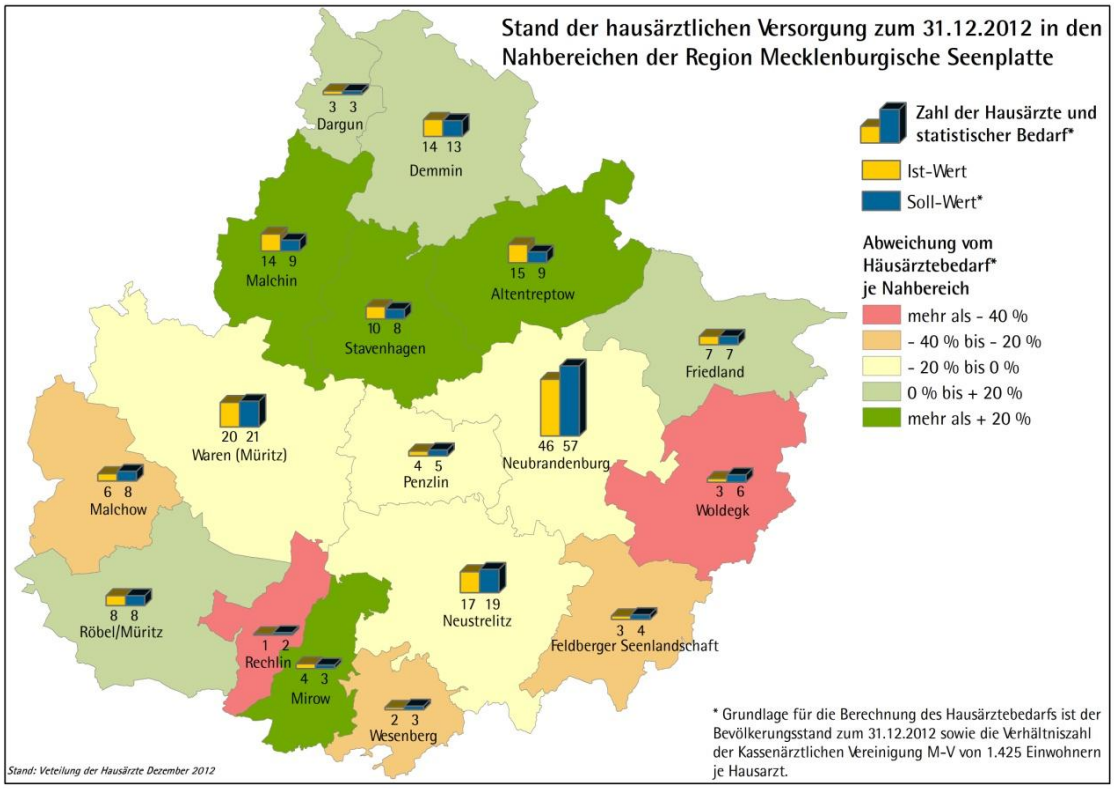
Bei einer Betrachtung des Versorgungsgrades auf Ebene der zentralörtlichen Nahbereiche ergibt sich für die Region Mecklenburgische Seenplatte ein teilräumlich differenziertes Bild (vgl. Abbildung 5). Während einige Nahbereiche statistisch mit Hausärzten unterversorgt sind, wird der Bedarfswert der Kassenärztlichen Vereinigung M-V in einigen Teilräumen sogar überschritten.

Die größte Unterschreitung beim Hausärztebedarf tritt in den Nahbereichen der Grundzentren Woldegk und Rechlin (je – 50 %) auf. Obwohl gegenüber dem Monitoring mit Stand 2010 im Jahr 2012 ein Hausarzt mehr in Woldegk praktizierte, liegt der kleinräumige Bedarf weiter über dem jetzigen Angebot. Eine Unterversorgung von mehr als - 20 % liegt zudem für die Nahbereiche Malchow, Wesenberg sowie Feldberger Seenlandschaft vor. Die Nahbereiche der Mittelzentren Neustrelitz und Waren, des Grundzentrums Penzlin sowie des Oberzentrums Neubrandenburg sind

14 Jedem Zentralen Ort wird ein Nahbereich zugeordnet. Die einzige Ausnahme bildet das Grundzentrum Burg Stargard, das einen gemeinsamen Nahbereich mit dem Oberzentrum Neubrandenburg hat.

statistisch geringfügig unterversorgt, jedoch auf vergleichsweise niedrigem Niveau. Wie bereits in den vorherigen Erhebungen zum Stand der hausärztlichen Versorgung befinden sich die hausärztlich unterversorgten Bereiche überwiegend im Süden der Region entlang der Grenze zum Bundesland Brandenburg.

Abbildung 5: Stand der hausärztlichen Versorgung in den Nahbereichen der Region Mecklenburgische Seenplatte am 31. Dezember 2012



Quelle: Gesundheitsamt des Landkreises Mecklenburgische Seenplatte, eigene Darstellung

Das Gebiet des ehemaligen Landkreises Demmin im Norden der Region sowie die Nahbereiche Röbel/Müritz, Friedland und Mirow[15] sind aktuell ausreichend versorgt, der statistische Bedarf wird sogar in ausgewählten Nahbereichen (Demmin, Malchin, Stavenhagen, Altentreptow) deutlich übertroffen. Gegenüber dem letzten Monitoring mit Datenstand 31.12.2010 praktizierten im Jahr 2012 in den Nahbereichen der Grundzentren Altentreptow, Burg Stargard, Malchin und Woldegk jeweils ein Hausarzt mehr.

6. Altersstruktur der Hausärzte

Die Hausärzte in der Region Mecklenburgische Seenplatte hatten im Jahr 2012 ein Durchschnittsalter von 53,6 Jahren. Das entspricht in etwa auch dem Durchschnittsalter der Allgemeinmediziner und der Praktischen Ärzte in Mecklenburg-Vorpommern mit 53,8 Jahren[16]. Zwischen den einzelnen Mittelbereichen treten im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte geringfügige Unterschiede auf, allen ist jedoch ein vergleichsweise hohes Durchschnittsalter gemein. Die durchschnittlichen jüngsten

15 In der Gemeinde Schwarz sind seit Anfang 2013 zwei weitere Hausärzte tätig, die bislang nicht in der Erhebung berücksichtigt sind.

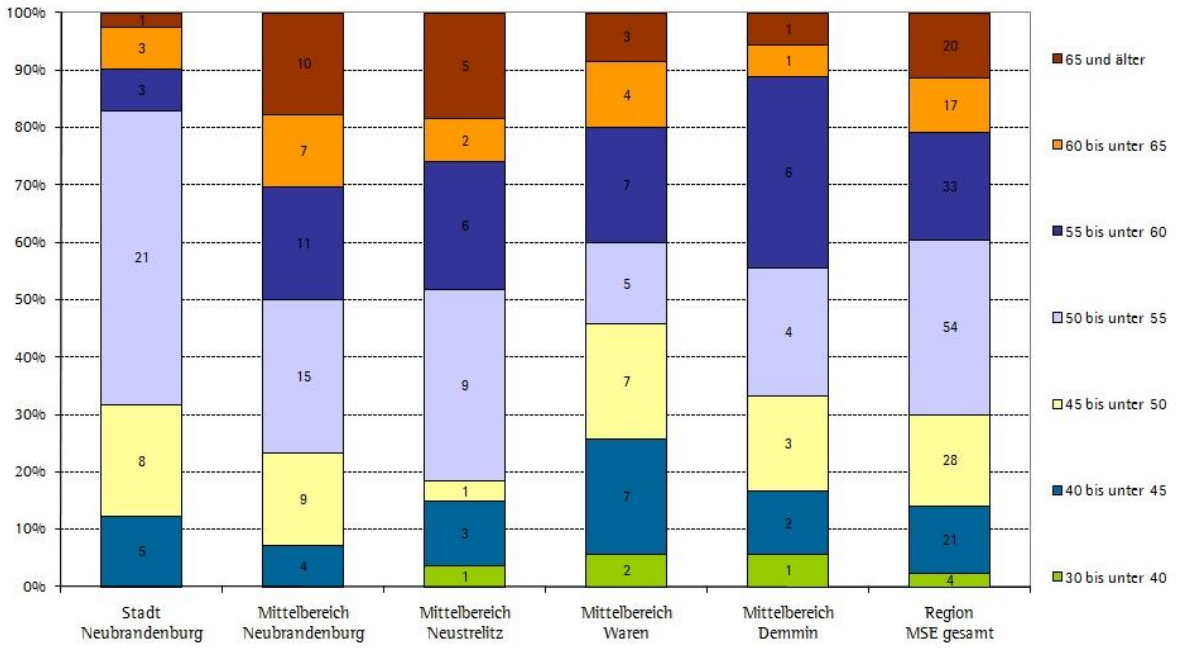
16 Vgl. Bedarfsplan für den Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, Mai 2013, S. 4

Hausärzte praktizierten im Mittelbereich Waren (51,5 Jahre) und in der Stadt Neubrandenburg (51,7 Jahre), die im Durchschnitt ältesten sind im Mittelbereich Neubrandenburg (56 Jahre) sowie Neustrelitz (54,5 Jahre) tätig.

Mehr als zwei Drittel (70 %) aller in der Region Mecklenburgische Seenplatte tätigen Hausärzte waren im Jahr 2012 bereits älter als 50 Jahre. Insgesamt arbeiteten 20 Hausärzte, was einem Anteil von 11 % an allen Hausärzten entspricht, noch in einem Alter von mehr als 65 Jahren in der Region. Der älteste praktizierende Hausarzt in der Region war dabei im Jahr 2012 79 Jahre alt.

Im Jahr 2012 waren insgesamt lediglich vier Hausärzte jünger als 40 Jahre (2 % Anteil aller Hausärzte) bzw. 25 Ärzte jünger als 45 Jahre (14 %). Zum Teil rückten junge Ärzte nach, die seit dem Jahr 2010 eine Tätigkeit als Hausarzt in der Region aufnahmen. Der jüngste praktizierende Hausarzt in der Region war im Jahr 2012 36 Jahre alt.

Abbildung 6: Altersstruktur der Hausärzte in der Region Mecklenburgische Seenplatte am 31. Dezember 2012



Quelle: Gesundheitsamt des Landkreises Mecklenburgische Seenplatte

Bei einer Betrachtung der altersgruppenspezifischen Zusammensetzung der Hausärzteschaft treten zwischen den Mittelbereichen Unterschiede auf. Analog zum im Vergleich geringeren Durchschnittsalter ist die absolute Zahl der Ärzte im Alter von unter 50 Jahren insbesondere in den Mittelbereichen Waren und Neubrandenburg sowie in der Stadt Neubrandenburg selbst am höchsten. Zugleich ist im Mittelbereich Neubrandenburg auch die absolute Zahl der Ärzte in der Altersgruppe 50+ am höchsten.

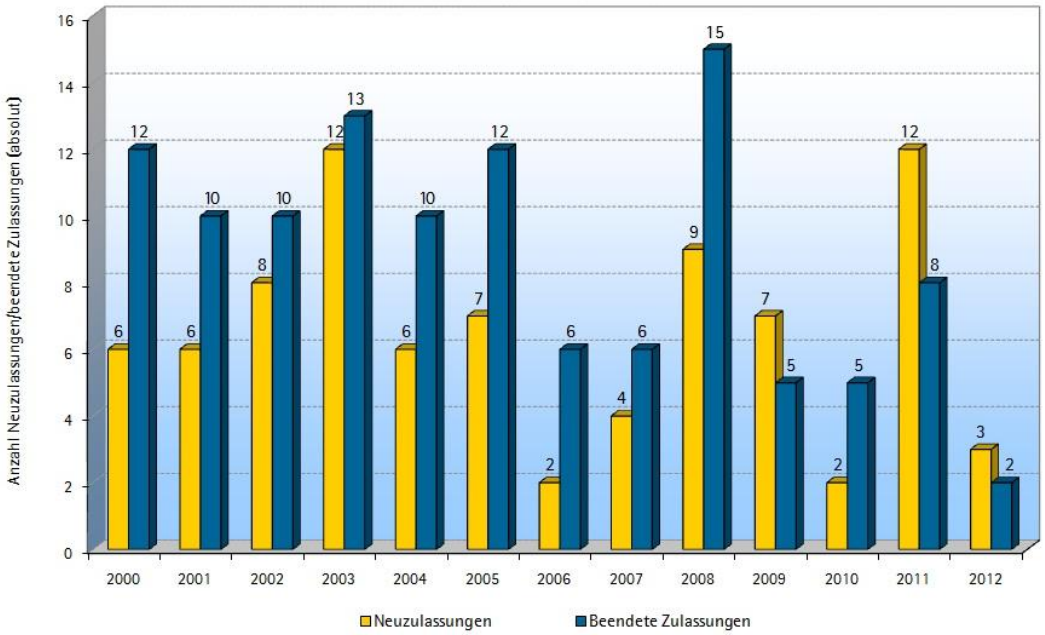
Insgesamt werden die vergleichsweise hohe Zahl bzw. der hohe Anteil älterer Hausärzte und das daraus resultierende hohe Durchschnittsalter in der Region deutlich, die sich jedoch nicht grundsätzlich von den bestehenden Verhältnissen im Land Mecklenburg-Vorpommern unterscheiden. Es offenbart zunächst eine der zentralen Herausforderung für die Sicherung der medizinischen Grundversorgung in Mecklenburg-Vorpommern, nämlich die zu erwartenden altersbedingten Abgänge von Hausärzten in den kommenden Jahren nachzubesetzen.

Da auch bei den Ruhestandseintritten der Hausärzte regionale Unterschiede zu erwarten sind, die je nach kleinräumiger Ausgangssituation unterschiedliche Auswirkungen auf die Versorgungssituation vor Ort haben werden, wird im Kapitel 8 nochmals auf die zu erwartenden Entwicklungen auf Ebene der zentralörtlichen Nahbereiche bis zum Jahr 2020 eingegangen.

7. Niederlassungsbereitschaft

Im Zeitraum zwischen den Jahren 2000 und 2012 haben in der Region Mecklenburgische Seenplatte insgesamt 114 Hausärzte ihre Zulassung bzw. Tätigkeit beendet (vgl. Abbildung 7). Dieser Verringerung des hausärztlichen Angebots standen im Betrachtungszeitraum lediglich 84 erteilte Zulassungen bzw. Nachfolgeregelungen gegenüber. In der Summe konnte somit das Defizit von 30 Hausarztstellen, das überwiegend im Ergebnis altersbedingter Abgänge entstand, nicht im erforderlichen Umfang durch Nachfolgeregelungen und Neuzulassungen kompensiert werden.

Abbildung 7: Verhältnis von Neuzulassungen und beendeten Zulassungen von Hausärzten in der Region Mecklenburgische



Quelle: Kassenärztliche Vereinigung M-V

Nachdem in den vergangenen Jahre die Zahl der Zulassungsbeendigungen nahezu durchgehend höher war als die der Neuzulassungen, konnten in den Jahren 2011 und 2012 wieder absolute Zuwächse bei der Zahl der in der Region tätigen Hausärzte verzeichnet werden. Positiv hervorzuheben ist dabei, dass gegenüber dem Monitoring mit Stand 2010 in den überwiegend ländlich geprägten Nahbereichen kleinerer Zentren (Altentreptow, Woldegk, Feldberger Seenlandschaft, Malchin) jeweils mindestens ein Hausarzt mehr praktizierte. Während in den vergangenen Jahren sich der Großteil der Neuzulassungen und Praxisnachfolgen auf die Nahbereiche des Oberzentrums Neubrandenburg und der drei Mittelzentren Neustrelitz, Demmin und Waren (Müritz) konzentrierte[17], ist dieser Zuwachs auch im zentrenfernen ländlichen Raum als wichtiger Beitrag zur Sicherung der flächendeckenden medizinischen Versorgung zu bewerten.

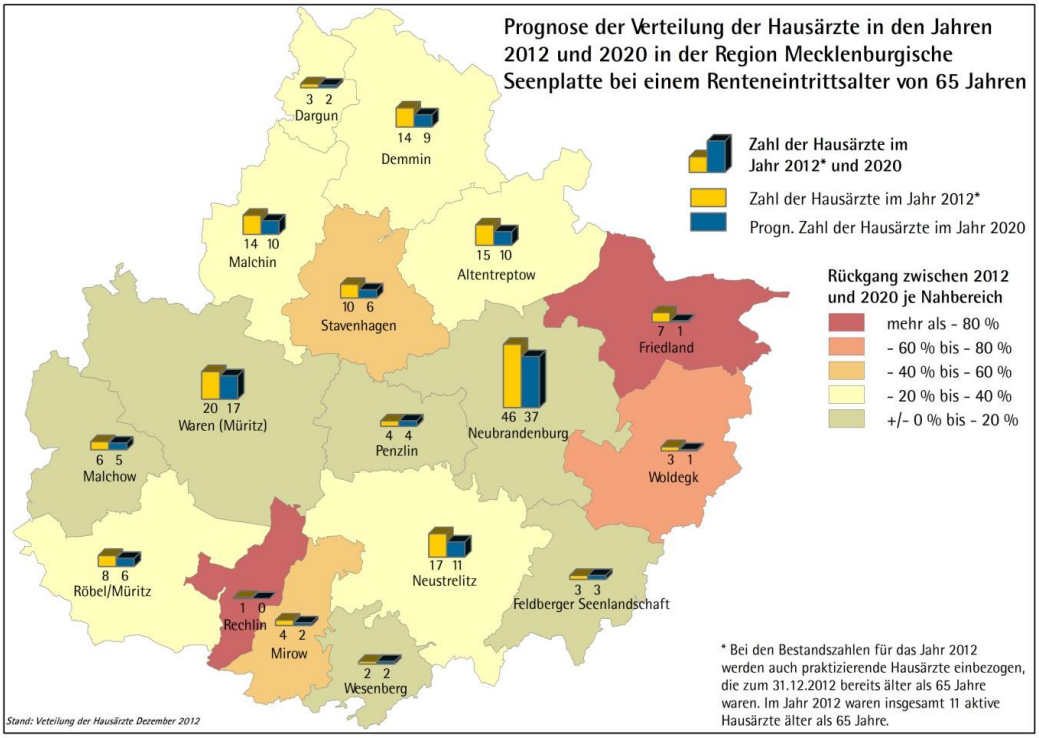
[17] Siehe auch Broschüre zum Stand der hausärztlichen Versorgung in der Mecklenburgischen Seenplatte- Monitoring 2011" (Hrsg. Regionaler Planungsverband Mecklenburgische Seenplatte, 12/2011): S. 12 f

8. Prognose der Verteilung der Hausärzte im Jahr 2020

Infolge des hohen Durchschnittsalters der in der Region Mecklenburgische Seenplatte niedergelassenen Hausärzte wird bis zum Jahr 2020 fortlaufend mit altersbedingten Praxisschließungen zu rechnen sein. Im folgenden Abschnitt wird daher auf Grundlage der bestehenden Altersstruktur kleinräumlich betrachtet, welche Bedarfe für Nachbesetzungen und Neuzulassungen in den einzelnen zentralörtlichen Nahbereichen im Jahr 2020 bestehen werden. Hierzu werden die zu erwartenden altersbedingten Zulassungsbeendigungen für ein Renteneintrittsalter von 65 Jahren prognostiziert. Nachfolgeregelungen und Neuzulassungen werden bei der Betrachtung für das Jahr 2020 zunächst ausgeklammert, da keine verlässliche Datengrundlage für deren Vorausberechnung und räumliche Verteilung vorliegt. Infolge der erfahrungsgemäß geringen Niederlassungsbereitschaft der vergangenen Jahre (vgl. Kapitel 7) wird die Zahl der Nachfolgen und Neuzulassungen die Zahl der Zulassungsbeendigungen bis zum Jahr 2020 jedoch voraussichtlich unterschreiten.

Knapp ein Drittel (29 %) aller in der Region praktizierenden Hausärzte werden bis zum Jahr 2020 ein Alter von 65 Jahren erreichen. Geht man von einem Renteneintrittsalter von 65 Jahren aus, entsteht bis zum Jahr 2020 somit ein Wiederbesetzungsbedarf für insgesamt 51 Hausarztstellen, um den bestehenden Versorgungsstand in der Region Mecklenburgische Seenplatte aufrechtzuerhalten.

Abbildung 8: Prognose der Verteilung der Hausärzte im Jahr 2020 bei einem Renteneintrittsalter von 65 Jahren



Quelle: Gesundheitsamt des Landkreises Mecklenburgische Seenplatte, eigene Darstellung

Die altersbedingten Zulassungsbeendigungen werden in unterschiedlichem Umfang in den einzelnen Nahbereichen der Region eintreten (vgl. Abbildung 8). Demnach wird der absolut höchste Rückgang in den Nahbereichen Neubrandenburg, Neustrelitz, Demmin, Friedland und Altentreptow erwartet. Dabei stellt dieser Rückgang insbesondere für das Grundzentrum Friedland und den umgebenden Nahbereich eine große Herausforderung dar, da die hier zu erwartenden Altersabgänge einem Rückgang des Hausärzteangebots um knapp 86 % entsprechen. Hohe prozentuale Rückgänge zeichnen sich zudem in

den Nahbereichen Rechlin (- 100 %), Woldegk (- 67 %), Mirow (- 50 %) sowie Stavenhagen (- 40 %) ab. Da insbesondere die beiden Nahbereiche Rechlin und Woldegk bereits jetzt statistisch unterversorgt sind, werden hier in den nächsten Jahren weitere hausärztliche Versorgungsbedarfe entstehen.

Bei einem Renteneintrittsalter von 62 Jahren, was dem langjährigen Erfahrungswert der Kassenärztlichen Vereinigung als Renteneintrittsalter von Hausärzten entspricht, würde die Zahl der Hausärzte in der Region Mecklenburgische Seenplatte noch weiter zurückgehen. Demnach würden bis zum Jahr 2020 insgesamt 70 Hausärzte, das entspricht 40 % der im Jahr 2012 tätigen Hausärzte, in den Ruhestand eintreten. Der Rückgang würde sich dabei flächendeckend auf die gesamte Region auswirken.

Letztlich bleibt festzuhalten, dass auch die Hausärzte in der Region Mecklenburgische Seenplatte mit der Zeit älter werden. Angesichts des im Jahr 2012 bereits relativ hohen Durchschnittsalter von knapp 54 Jahren und der hohen Zahl an Hausärzten in der Altersgruppe 50+ wird in den kommenden Jahren mit einer zunehmenden Zahl an altersbedingten Praxisaufgaben zu rechnen sein. Somit werden verstärkte Anstrengungen erforderlich sein, um einer möglichen Versorgungslücke frühzeitig entgegenzuwirken.

9. Erreichbarkeit der Hausärzte mit dem Öffentlichen Personennahverkehr

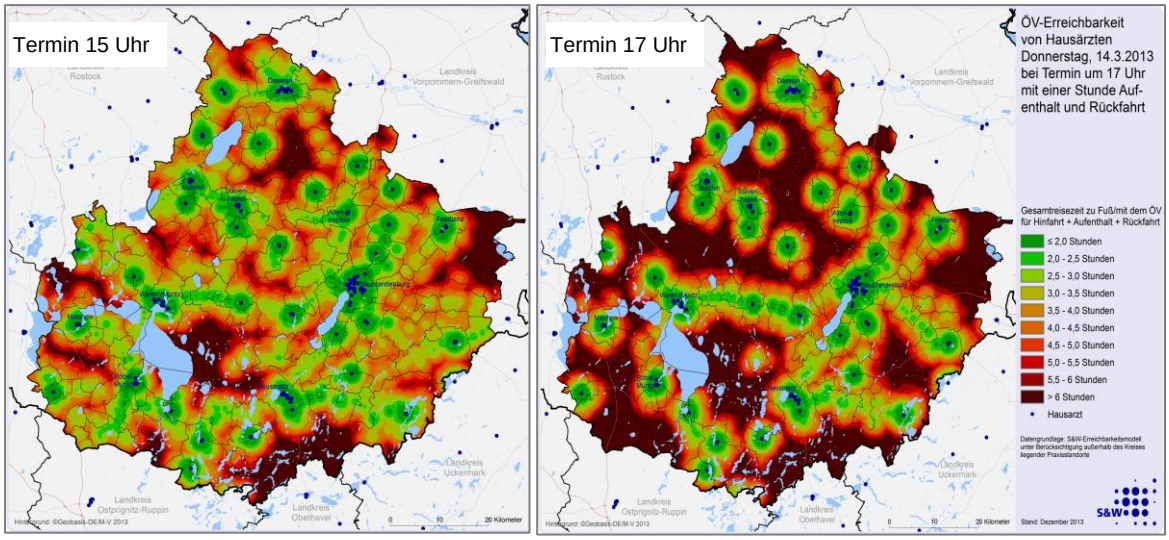
Um ein realistisches Bild der hausärztlichen Versorgungssituation zu erlangen, bedarf es in Ergänzung zur Untersuchung der räumlichen Verteilung auch einer Betrachtung der kleinräumigen Erreichbarkeitsverhältnisse. Hierzu wurde im Jahr 2013 mit Unterstützung des Ministeriums für Energie, Infrastruktur und Landesentwicklung M-V ein Gutachten beauftragt, das die Erreichbarkeit von Hausärzten mit dem Öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV) abbildet, visualisiert und analysiert.

Im Rahmen der Erreichbarkeitsanalyse wurden die Reisezeiten im ÖPNV für einen Arztbesuch beim jeweils nächstgelegenen Hausarzt zu ausgewählten Zeitpunkten[18] berechnet. Die Reisezeiten setzen sich dabei aus der Hin- und Rückfahrt (inkl. Geh-, Warte- und Umsteigezeiten) sowie einer Behandlungsdauer von einer Stunde beim Hausarzt zusammen. Da auch außerhalb des Landkreises niedergelassene Hausärzte besucht werden, wurden alle Hausärzte in einem Umkreis von 10 km um die Region Mecklenburgische Seenplatte bei der Erreichbarkeitsanalyse mit betrachtet.

Wie bereits bei der räumlichen Verteilung der Hausärzte unterscheiden sich auch die Erreichbarkeitsverhältnisse innerhalb der Region zum Teil deutlich voneinander (vgl. Abbildung 9). Eine gute Erreichbarkeit von Hausärzten liegt insbesondere für die Zentralen Orte und deren unmittelbares Umland vor. Durch die geringeren Entfernungen zum nächsten Arzt, die zum Teil auch fußläufig erreichbar sind, und ein dichteres Netz an ÖV-Angeboten ist ein Arztbesuch dort in der Regel in einem akzeptablen Zeitrahmen möglich. In Gemeinden ohne zentralörtlichen Status, in denen jedoch ein oder mehrere Hausärzte niedergelassen sind (z.B. Burow, Tützpatz), ergeben sich ebenfalls gute Erreichbarkeitsverhältnisse, die auch zur Versorgung des unmittelbar umgebenden ländlichen Raums beitragen können. Auf Grund der in der Regel geringeren Dichte des ÖPNV-Angebots in den ländlichen Gemeinden haben diese im Vergleich zu den Zentralen Orten keine so weitreichenden Effekte auf die Hausarzt-Erreichbarkeit im Umland des Standortes.

18 Betrachtung erfolgte für einen Donnerstag bzw. Samstag, jeweils um 8, 11, 15 und 17 Uhr

Abbildung 9: Erreichbarkeit eines Hausarztes mit dem Öffentlichen Personennahverkehr in der Region Mecklenburgische Seenplatte



Darstellung: Spiekermann & Wegener 2013

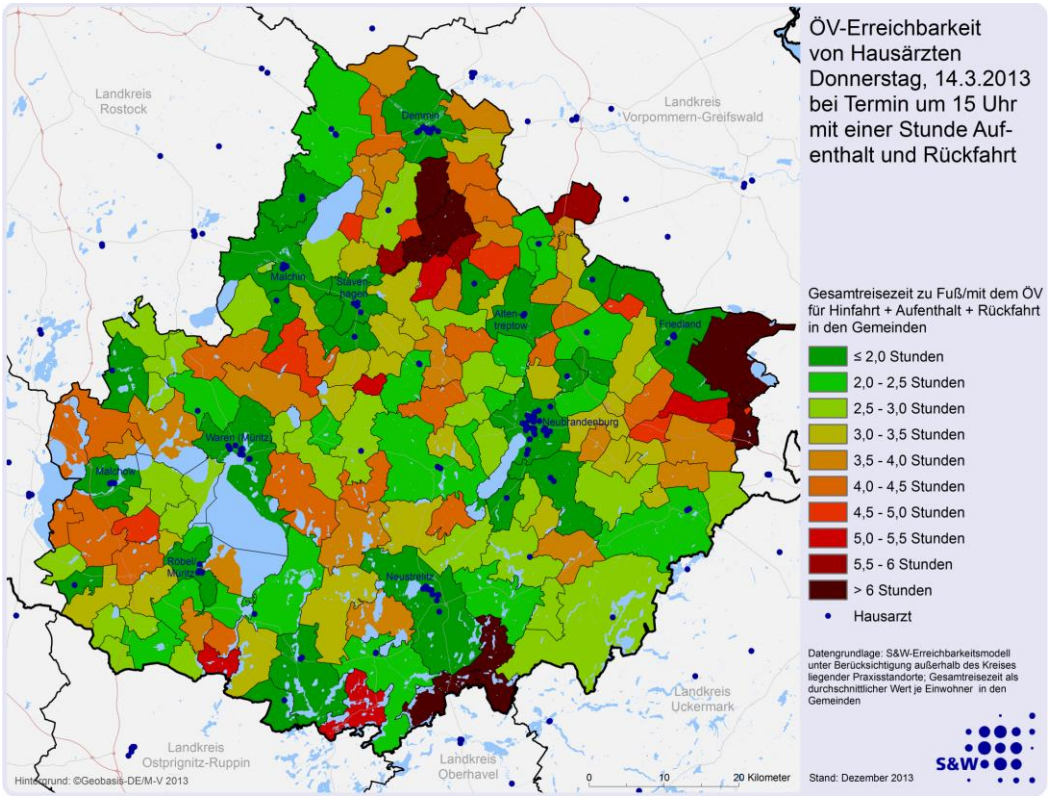
Erreichbarkeitsdefizite liegen bei einem Arzttermin insbesondere in den zentrenfernen Räumen abseits der Hauptverkehrsachsen vor. Vergleichsweise ungünstige Erreichbarkeitsverhältnisse mit dem ÖPNV liegen in den Grenzbereichen des Landkreises östlich von Friedland und südlich von Neustrelitz sowie für den Teilraum zwischen den Zentren Demmin, Stavenhagen und Altentreptow vor.

Es zeigt sich, dass die Erreichbarkeit eines Hausarztes stark von dem Zeitpunkt des Termins abhängt. Die besten Erreichbarkeitswerte liegen bei einem Termin um 15 Uhr vor (vgl. Abbildung 9). Bei einem Termin um 17 Uhr ist die Erreichbarkeit von Hausärzten mit dem ÖPNV innerhalb einer annehmbaren Reisezeit nur noch für ausgewählte Teilräume realisierbar. Diese beschränken sich auf die Gemeinden mit eigenem hausärztlichen Angebot (überwiegend Zentrale Orte) sowie die Ortschaften entlang der Hauptverkehrsachsen (z.B. Neubrandenburg – Waren (Müritz), Demmin - Neubrandenburg – Neustrelitz).

Unabhängig vom Zeitpunkt des Arzttermins ist es jedoch generell zwei Dritteln der Bevölkerung im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte möglich, innerhalb von weniger als drei Stunden einen Hausarzt mit dem ÖPNV aufzusuchen und nach Hause zurückzukehren (vgl. Abbildung 10). Dieser Anteil der Bevölkerung entspricht in etwa dem der Einwohner in den Zentralen Orten. Im Gegenschluss ist es jedoch einem Drittel der Bevölkerung nicht möglich, mit dem ÖPNV innerhalb von weniger als 3 Stunden zum nächst gelegenen Hausarzt und zurück zu gelangen. Dies trifft insbesondere auf die Bevölkerung in den peripheren ländlichen Gemeinden abseits der ÖPNV-Achsen zu. Hier bereits bestehende Versorgungsdefizite werden somit weiter verschärft.

In einer alternden Gesellschaft stellt der ÖPNV für den wachsenden Anteil immobiler Bevölkerungsgruppen eine zentrale Zugangsvoraussetzung zur Inanspruchnahme von Leistungen der Daseinsvorsorge dar. Es zeigt sich jedoch, dass die Erreichbarkeit medizinischer Grundversorgungsangebote in der Fläche über den ÖPNV nur in begrenztem Umfang bzw. mit erheblichem zeitlichem Aufwand gewährleistet werden kann.

Abbildung 10: ÖV-Erreichbarkeit eines Hausarztes je Gemeinde in der Region Mecklenburgische Seenplatte



Darstellung: Spiekermann & Wegener 2013

Die Erreichbarkeit der Angebote mit dem motorisierten Individualverkehr hingegen kann als gesichert eingestuft werden, da das nächstgelegene Angebot bzw. Zentrum überwiegend in einer Reisezeit von 15 bis 30 Minuten erreichbar ist. Da jedoch die Verfügbarkeit eines PKW nicht für alle Bevölkerungsgruppen gegeben ist, sind andere Mobilitätsformen umso mehr von Bedeutung. Im Gesundheitsbereich bestehen dabei verschiedene Möglichkeiten, die mangelnde Erreichbarkeit von medizinischen Leistungserbringern zu kompensieren. So kommen vermehrt Krankentransporte durch private und caritative Träger oder Taxianbieter zur Anwendung. Beide Alternativen haben gemeinsam, dass letztlich Ressourcen des Gesundheitssystems für die Sicherung der Erreichbarkeit eingesetzt werden müssen und nicht der originären Aufgabe zur Verfügung stehen. Zudem tragen diese Ersatzverkehre dazu bei, dass dem ÖPNV eine mögliche Kundengruppe verloren geht. Im Ergebnis führt dies zu einer weiteren Schwächung des ÖPNV-Angebots im ländlichen Raum. Insofern sind diese Ersatzverkehre zwar in der Lage, kurzfristig durch einen entsprechenden Mitteleinsatz die Erreichbarkeitsdefizite zu lindern, jedoch tragen sie langfristig zu einer weiteren Verschlechterung des ÖPNV-Angebots im ländlichen Raum bei, da sie letztlich nur einen kleinen Bevölkerungsanteil erreichen.

Auf medizinischer Seite können mangelnde Erreichbarkeitsverhältnisse zudem über organisatorische Lösungen kompensiert werden. Neben klassischen Methoden, wie Hausbesuchen durch Ärzte oder den Betrieb von Außenstellen, können in den kommenden Jahren auch vermehrt Anwendungen der Telemedizin zu einer verbesserten hausärztlichen Versorgung in peripheren ländlichen Räumen beitragen.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass mangelnde Erreichbarkeitsverhältnisse nicht automatisch mit einer medizinischen Unterversorgung gleichzusetzen sind. Sie zeigen zunächst auf, wo alternative Handlungsansätze erforderlich sind, um auf eine angemessene wohnortnahe Versorgung hinzuwirken.

10. Fazit und Schlussfolgerungen aus dem Monitoring 2014

Im Ergebnis des Monitorings ist festzuhalten, dass in den kommenden Jahren verstärkt Anstrengungen unternommen werden müssen, um das bestehende Maß der hausärztlichen Versorgung aufrechtzuerhalten und einer Unterversorgung entgegenzuwirken.

1) Die Zahl der Hausärzte in der Region Mecklenburgische Seenplatte nahm im Berichtszeitraum nach einem langjährigen Rückgang erstmals wieder zu, wenn auch nur in geringem Umfang. Die überwiegende Mehrheit der Hausärzte praktizierte in den Zentren der Region, während die ländlichen Gemeinden in der Regel über kein eigenes medizinisches Angebot verfügten.

2) Für die Gesamtregion liegt eine gemäß den Vorgaben der Kassenärztliche Vereinigung M-V ausreichende Versorgung mit Hausärzten vor. Dabei unterscheidet sich der Versorgungsgrad jedoch teilräumlich. Unterversorgte Nahbereiche befinden sich insbesondere entlang der südlichen Regionsgrenze.

3) Das Durchschnittsalter der Hausärzte in der Region liegt mit knapp 54 Jahren relativ hoch, entspricht damit aber auch in etwa dem Landesdurchschnitt. Auf Grund des hohen Anteils älterer Ärzte (60 +) wird in den kommenden Jahren mit einer Zunahme an altersbedingten Praxisaufgaben zu rechnen sein. Um zukünftig eine angemessene und wohnortnahe Versorgung in allen Teilräumen der Region zu gewährleisten, bedarf es daher frühzeitig entsprechend gegensteuernder Maßnahmen und Initiativen.

4) In der dünn besiedelten Region Mecklenburgische Seenplatte bestehen außerhalb der Zentren flächendeckend Räume, in denen die Erreichbarkeit von Hausärzten alleinig mit dem ÖPNV kaum bzw. nur mit erheblichem zeitlichen Aufwand gewährleistet ist.

5) Mit den Neuerungen in der Bedarfsplanung sind die Voraussetzungen geschaffen, um eine der regionalen Ausgangssituation angemessene Versorgung mit Medizinern herzustellen. Die sich abzeichnende Unterversorgung wird jedoch zudem durch die Folgen des „Ärztemangels" verstärkt, der sich besonders im ländlichen Raum deutlich zeigen wird.

Um zukünftig ein angemessenes und wohnortnahes medizinisches Versorgungsangebot in der Region gewährleisten zu können, bedarf es einer koordinierten und engagierten Vorgehensweise verschiedener Akteure. Die zentralen Handlungsansätze hierzu werden auf Grundlage des im Jahr 2004 formulierten Leitbildes im folgenden Abschnitt dargestellt.

11. Leitbild zur ambulanten medizinischen Versorgung

Das Leitbild zur zukünftigen ambulanten medizinischen Versorgung in der Region Mecklenburgische Seenplatte wurde ursprünglich im Jahr 2004 entwickelt und seitdem fortlaufend an die aktuelle Situation angepasst. Dieses Leitbild stellt eine Vision in Form einer idealisierten Zustandsbeschreibung dar, die sowohl die raumordnerischen Anforderungen als auch Lösungsvorschläge aus dem Gesundheitswesen miteinander verknüpft und als strategischer offener Handlungsrahmen der Region sowie als Diskussionsgrundlage dienen soll. Das Leitbild war bereits Bestandteil der Monitorings aus den Vorjahren.

Zentrale Gesundheitshäuser für den ländlichen Raum

- In den Zentralen Orten der Region entstehen zentrale Gesundheitshäuser. Diese übernehmen die ambulante medizinische Versorgung des zentralörtlichen Nahbereichs. Die Erreichbarkeit des Zentralen Ortes aus seinem Nahbereich innerhalb eines zumutbaren Zeitraums ist gewährleistet. Eine Kopplung mit anderen Dienstleistungsfunktionen des Zentralen Ortes ist möglich.

- In einem zentralen Gesundheitshaus arbeiten mehrere Hausärzte zusammen. Deren Anzahl richtet sich gemäß Vorgabe der Bedarfsplanungs-Richtlinie nach der Einwohnerzahl im Nahbereich des Zentralen Ortes. Die Zulassung wird bedarfsorientiert vorrangig an die Niederlassung in Zentralen Orten gekoppelt.

- Zentrale Gesundheitshäuser können unterschiedliche Betreiber- und Nutzerformen haben (als eigenständig niedergelassener Arzt, Praxen mit angestellten Ärzten, Gemeinschaftspraxen, Praxisgemeinschaften, GbR, GmbH, Genossenschaft etc). Durch die rechtlich flexible Gestaltung werden keine Hierarchisierungen vorgegeben, diese aber auch nicht ausgeschlossen. Flexibilität eröffnet Möglichkeiten zur Anpassung an die individuelle Lebensplanung von Ärzten.

- Durch die gemeinsame Arbeitsorganisation der Ärzte sind geregelte Arbeitszeiten, mehr Freizeit und geregelter Urlaub möglich. Die Lebensqualität wird dadurch deutlich gesteigert. Hausbesuche sind auch bei langen Wegen leistbar. Wartezeiten für Patienten auf Praxistermine reduzieren sich. Der Kassenärztliche Notfalldienst kann auch bei höheren Patientenzahlen während der Tourismussaison abgesichert werden.

- Durch hohe Wirtschaftlichkeit und hohen technischen Stand werden erste Voraussetzungen für Telemedizin geschaffen.

- Auch Fachärzte, Einrichtungen des privaten oder karitativen Pflegedienstes sowie Anbieter psychisch-sozialer Betreuungsleistungen können sich dem zentralen Gesundheitshaus anschließen. Enge Kooperation insbesondere zwischen medizinischer und sozialer Betreuung kann den regionsspezifischen Bedarf an medizinischer Leistung deutlich mindern.

- Gemeinden mit zentralörtlicher Funktion verstehen sich als Partner und Beteiligte bei der Problemlösung im Bereich der ambulanten medizinischen Versorgung.

- Die Gemeinde mit zentralörtlicher Funktion bietet für ein Gesundheitshaus geeignete Immobilien zu günstigen Konditionen an (ungenutzte Schulen, Kindergärten, ggf. Räume in Krankenhäusern etc.).

- Für die Gründung eines Gesundheitshauses stehen Existenzgründerdarlehen und Fördermittel für die Schaffung der räumlichen Voraussetzungen zur Verfügung.

- Die Gemeinde entwickelt gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung Anwerbestrategien für Ärzte. Sie stellt Medizinstudenten für die Zeit eines Praktikums am Ort eine kostenlose Unterkunft zur Verfügung. Die KV leistet zusätzlich eine Aufwandsentschädigung (z. B. Taschengeld).

- In den Tourismuszentren bemühen sich auch Gemeinden ohne zentralörtliche Funktion um den Aufbau eines zentralen Gesundheitshauses.

- Gemeinden im Nahbereich der Zentralen Orte schaffen räumliche Voraussetzungen für Sprechstunden vor Ort, die auch für vorsorgende Aufklärungs- und Informationsveranstaltungen genutzt werden. Diese werden u.a. auch durch die Gesundheitsämter des öffentlichen Gesundheitsdienstes angeboten.

- Die Einrichtung von Gesundheitshäusern in Zentralen Orten wird flankiert durch eine Honorarangleichung Ost-West, durch höhere Abrechnungsmöglichkeiten in unterversorgten Gebieten, eine Modifizierung der Wegepauschalen in räumlich besonders großen Versorgungsbereichen und die Förderung einer verstärkten Ausbildung im Bereich Allgemeinmedizin.

Erste Schritte zur Umsetzung des Leitbildes

- Das Leitbild und die zugrunde liegenden Analysen zur ambulanten medizinischen Versorgung in der Region Mecklenburgische Seenplatte sollen einer möglichst breiten Öffentlichkeit zugänglich gemacht und damit das Problembewusstsein im politischen Raum und bei den Trägern im Gesundheitswesen geschaffen bzw. verstärkt werden. Dazu sollen das Leitbild[19] und das fortlaufende Monitoring beitragen.

- Die Kassenärztliche Vereinigung M-V versucht bereits, durch verschiedene Aktivitäten[20] die medizinische Versorgung im Land Mecklenburg-Vorpommern auch zukünftig wohnortnah in der Fläche zu erhalten:
    - Fördermaßnahmen zur Nachbesetzung bestehender Arztpraxen,
    - (finanzielle) Förderung zur Gründung von Zweitpraxen durch bereits niedergelassene Ärzte,
    - Förderungsfähige Beschäftigung angestellter Hausärzte in Zweigpraxisstandorten,
    - Anstellung von Praxisassistentinnen für Hausbesuche im Auftrag des Hausarztes
    - Betrieb von Eigeneinrichtungen durch Kommunen und/oder KV

[19] Broschüre „Hausärztliche Versorgung in der Mecklenburgischen Seenplatte – Analyse, Leitbild, Strategie" (Hrsg.: Regionaler Planungsverband Mecklenburgische Seenplatte, 03/2004)

[20] Kassenärztliche Vereinigung M-V 2013: Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum – Versorgungsmodelle für die dünn besiedelte Fläche.

Best-Practice-Beispiele zur Sicherung der medizinischen Grundversorgung

Im folgenden Exkurs werden exemplarisch zwei Beispielvorhaben aus der Region Mecklenburgische Seenplatte vorgestellt, die die Verbesserung der kleinräumigen hausärztlichen Versorgungssituation zum Gegenstand haben.

Zentrales Gesundheitshaus Woldegk

Im Grundzentrum Woldegk wird das Konzept der zentralen Gesundheitshäuser durch die Stadt Woldegk in Zusammenarbeit mit der städtischen Wohnungsverwaltungsgesellschaft erstmalig modellhaft umgesetzt. Mit finanzieller Unterstützung durch das Land Mecklenburg-Vorpommern (Innen-, Sozial-, Wirtschaftsministerium) und Mitteln aus dem LEADER-Programm wird in zentraler Lage des Grundzentrums aktuell ein Neubau für das Gesundheitshaus sowie barrierefreier Wohnraum geschaffen. In dem Gesundheitshaus werden zwei Praxen für Hausärzte sowie multifunktionale Räumlichkeiten für Fachärzte eingerichtet. Zudem wird das Angebot um eine Physiotherapie ergänzt werden. In Abstimmung mit der Kassenärztlichen Vereinigung M-V werden die dort praktizierenden Ärzte über die Verwaltungsgemeinschaft ambulante Medizin, die auch das Ärztehaus in Neubrandenburg betreibt, sowie durch das Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum in Neubrandenburg bereit gestellt.

Die Umsetzung des Gesundheitshauses im medizinisch unterversorgten Grundzentrum Woldegk ist das Ergebnis der langjährigen Arbeit der Stadt- und Amtsverwaltung Woldegk, die mit den relevanten Akteuren auf Landesebene und im medizinischen Bereich die Realisierung vor Ort konsequent vorantrieben und die Idee zu einem konsens- und umsetzungsfähigen Konzept weiter entwickelten. Das Zentrale Gesundheitshaus soll noch im Jahr 2014 den Betrieb aufnehmen und somit zur Versorgung des Nahbereichs Woldegk beitragen.

Gesundheitshaus Mirow

Das Ärztehaus Mirow ist das Ergebnis einer privatwirtschaftlichen Initiative eines in Mirow ansässigen Handelsunternehmens für medizinische Produkte. Innerhalb des Gesundheitshauses praktizieren seit dem Jahr 2012 zwei Hausärzte sowie ein Facharzt, zudem werden weitere Leistungen wie eine Apotheke, Physiotherapie, Fußpflege und Röntgen angeboten. Das Gesundheitshaus trägt somit zur medizinischen Versorgung des Nahbereichs Mirow bei. Durch die Kombination verschiedener Gesundheitsangebote in unmittelbarer räumlicher Nähe erhofft man sich fachliche Kooperationen und betriebswirtschaftlich effektive Arbeitsmöglichkeiten, wodurch junge Ärzte dauerhaft an den Standort gebunden werden sollen. Zudem ist die Attraktivität für die Kunden und Patienten auf Grund der Bündelung der Angebote deutlich höher.

Die bauliche Umsetzung und Erweiterung des Gesundheitshauses wurde überwiegend privatwirtschaftlich durch die ansässigen Ärzte und Unternehmer finanziert, zudem wurde das Vorhaben mit Fördermitteln aus dem LEADER-Programm zur Entwicklung des ländlichen Raums gefördert.

Im Gegensatz zum Woldegker Beispiel ging in Mirow die Initiative von privatwirtschaftlich tätigen Akteuren aus, die einen konkreten Handlungsbedarf vor Ort erkannt. Voraussetzung hierfür war insofern, dass aktive Handlungsträger vor Ort durch Eigeninitiative zu einer Verbesserung der Versorgungssituation einen Beitrag leisten wollten.

- Gemeinsam mit den verantwortlichen Regionalplanern haben die regionalen Vertreter der Gesundheitsämter, der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, der Krankenkassen, der Hochschule Neubrandenburg sowie des Sozialministeriums Mecklenburg-Vorpommern die folgenden Aufgabenfelder im Sinne eines regionalen Gesundheitsmanagements identifiziert:

  1.) Aufbau eines regionalen Informationssystems zur ambulanten Versorgung im Sinne einer laufenden Raumbeobachtung
  - Sammlung von Informationen der KV und der Gesundheitsämter
  - regelmäßige Unterrichtung aller Interessenvertreter über aktuelle Entwicklungen und Handlungserfordernisse

  2.) Marketingmaßnahmen zur Anwerbung von Ärzten z.B. durch
  - Erstellung von Imagebroschüren
  - Aufbau eines Internetportals mit einer „Praxisbörse"
  - Vermittlung von Praktikumsplätzen für Medizinstudenten in der Region
  - Vermittlung von Kontakten zwischen Hausärzten, die vor dem Ausscheiden aus dem Berufsleben stehen, und potentiellen Nachfolgern
  - Informationsveranstaltungen an Hochschulen

  3.) Begleitung von Planungsprozessen für zentrale Gesundheitshäuser
  - Hilfe beim Aufbau von lokalen Arbeitsstrukturen
  - Eruierung von Fördermöglichkeiten, z. B. Existenzgründerdarlehen

- Die im Rahmen des Modellvorhabens der Raumordnung (MORO) in der Region im Jahr 2002 initiierte, interdisziplinär zusammengesetzte Arbeitsgruppe „Sicherung der medizinischen Versorgung" soll auch in Zukunft im neuen Großkreis Mecklenburgische Seenplatte weiterhin fortgesetzt werden. Die Mitglieder verständigen sich darauf, sich für die Umsetzung der identifizierten Handlungserfordernisse im Rahmen ihrer jeweiligen Zuständigkeit und Verantwortlichkeit so weit wie möglich einzusetzen. Für die notwendige Organisation und Koordination wird die Einrichtung einer Personalstelle für ein regionales Gesundheitsmanagement notwendig sein, die zur Realisierung der in Punkt 1.) und 2.) genannten Handlungsansätze eine Voraussetzung darstellt.

Weitere Informationen zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung in der Region Mecklenburgische Seenplatte sowie zu anderen demografiebedingten Anpassungsmaßnahmen finden Sie auf der Homepage des Regionalen Planungsverbandes unter folgender Webadresse:

www.region-seenplatte.de