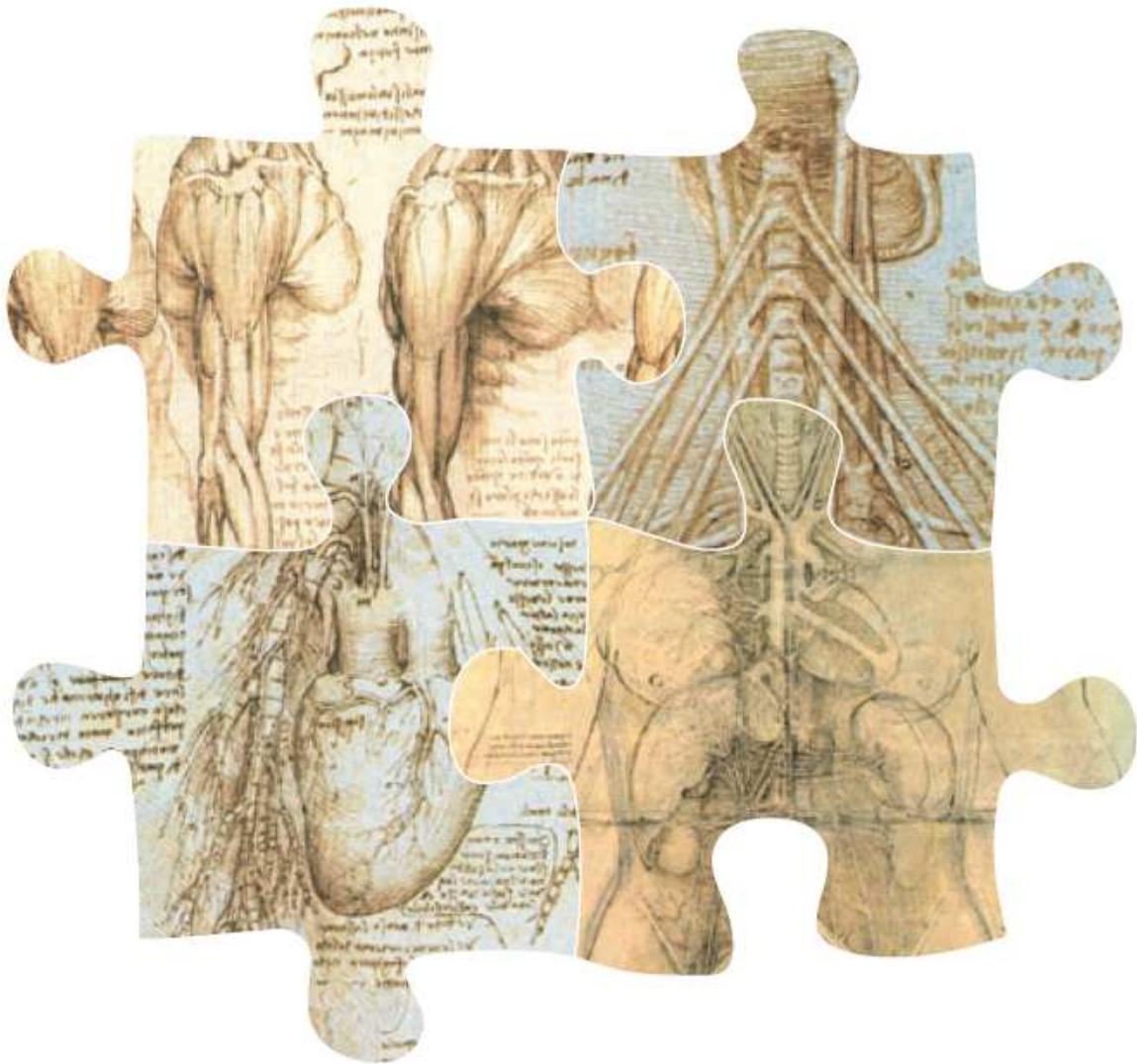


Hausärztliche Versorgung in der Mecklenburgischen Seenplatte

- Monitoring 2011 -



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.) Erhebungen zur medizinischen Versorgung in der Mecklenburgischen Seenplatte, Stand 12/2010 (Quelle: Gesundheitsämter der Landkreise Demmin, Mecklenburg-Strelitz, Müritz und der Stadt Neubrandenburg sowie der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern)



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:
www.region-seenplatte.de/de/wir-ueber-uns/regionaler-planungsverband/downloadbereich/

Inhalt

1.	Einleitung.....	2
2.	Demografische Ausgangssituation und daraus erwachsende Handlungserfordernisse in der Region Mecklenburgische Seenplatte.....	3
3.	Stand der ambulanten medizinischen Versorgung im Jahr 2010.....	6
4.	Gegenwärtige Situation der hausärztlichen Versorgung.....	7
5.	Altersstruktur der Hausärzte.....	10
6.	Niederlassungsbereitschaft.....	12
7.	Prognose der Verteilung der Hausärzte im Jahr 2020.....	14
8.	Exkurs: Überprüfung der im Jahr 2004 getroffenen Prognose für das Jahr 2010.....	17
9.	Fazit und Schlussfolgerungen aus dem Monitoring 2011.....	18
10.	Leitbild zur ambulanten medizinischen Versorgung.....	19

Abbildungen

1.	Bevölkerungsaufbau nach Alter in der Mecklenburgischen Seenplatte in den Jahren 2006 und 2030.....	4
2.	Zentrale Orte und ihre Verflechtungsbereiche in der Region Mecklenburgische Seenplatte.....	5
3.	Verteilung der Hausärzte nach Gemeinden in der Region Mecklenburgische Seenplatte im Jahr 2010.....	8
4.	Hausärztliche Versorgung in den zentralörtlichen Nahbereichen laut Bedarfsplanungs-Richtlinie-Ärzte.....	9
5.	Altersstruktur der Hausärzte in der Region Mecklenburgische Seenplatte (Stand 12/2010).....	11
6.	Verhältnis von Neuzulassungen und beendeten Zulassungen von Hausärzten in der Region Mecklenburgische Seenplatte.....	12
7.	Erteilte und beendete Zulassungen nach Nahbereichen in den Jahren 2003 bis 2010.....	13
8.	Prognose der Verteilung der Hausärzte 2010 - 2020 in der Mecklenburgischen Seenplatte bei einer Pensionierung mit 65 Jahren.....	15
9.	Prognose der Verteilung der Hausärzte 2008-2020 in der Mecklenburgischen Seenplatte bei einer Pensionierung mit 62 Jahren.....	16

Tabellen

1.	Entwicklung der Anzahl ambulant tätiger Ärzte	6
2.	Entwicklung der Relation Einwohner pro ambulant tätigem Arzt	6
3.	Entwicklung der Anzahl der Hausärzte in den Landkreisen Demmin, Mecklenburg-Strelitz, Müritz und der Stadt Neubrandenburg	7
4.	Einwohner-/Hausarztrelation gemäß KBV-Richtlinie	9

1. Einleitung

Die ambulante medizinische Versorgung stellt einen zentralen Bestandteil der öffentlichen Daseinsvorsorge dar. Entsprechend dem im Grundgesetz und Raumordnungsgesetz verankerten Grundsatz der Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse ist ein angemessenes und erreichbares ambulantes medizinisches Angebot in allen Teilräumen der Bundesrepublik flächendeckend zu gewährleisten.

Die Entwicklungen der letzten Jahre zeichnen jedoch ein gegenläufiges Bild ab. Während sich die medizinische Versorgung zunehmend in den Zentren konzentriert, bricht in weiten Teilen des dünn besiedelten ländlichen Raums die medizinische Grundversorgung weg. Eine Gewährleistung eines gleichwertigen Zugangs zu medizinischen Leistungen ist daher oftmals nicht mehr in der erforderlichen Qualität und Quantität gegeben.

Die Sicherstellung einer den gesetzlichen Erfordernissen angemessenen medizinischen Versorgung ist Aufgabe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie der Kassenärztlichen Vereinigung der jeweiligen Bundesländer.¹ Angesichts der zentralen Bedeutung der medizinischen Versorgung für die Gewährleistung der Daseinsvorsorge und somit auch für die Zukunftsfähigkeit der Region stellt die Auseinandersetzung mit der Thematik zudem auch ein wichtiges Handlungsfeld für die räumliche Planung und insbesondere für die Regionalplanung dar.

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 aus Vertretern der kreislichen Gesundheitsämter, der Kassenärztlichen Vereinigung M-V und der Geschäftsstelle des Regionalen Planungsverbandes im Rahmen des Modellvorhabens der Raumordnung „Anpassungsstrategien für ländliche/periphere Regionen mit starkem Bevölkerungsrückgang in den neuen Ländern“² 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“³ 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.

In der öffentlichen und politischen Debatte auf Landes- und Bundesebene erlangte die Sicherung der flächendeckenden medizinischen Grundversorgung unter dem Schlagwort „Ärztmangel“ angesichts des fortlaufenden Rückgangs des ambulanten medizinischen Angebotes im ländlichen Raum erst in den letzten Jahren vermehrt an Bedeutung.

So wurde durch die interministerielle Arbeitsgruppe „Demografischer Wandel“ im Jahr 2011 der Strategiebericht zur Gestaltung des demografischen Wandels im Land Mecklenburg-Vorpommern

¹ siehe § 75 SGB V Absatz 1

² Laufzeit: 08/2003–03/2004; Auftraggeber: Bundesministerium für Verkehr, Bau und Wohnungswesen, Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung

³ Broschüre „Hausärztliche Versorgung in der Mecklenburgischen Seenplatte – Analyse, Leitbild, Strategie“ (Hrsg.: Regionaler Planungsverband Mecklenburgische Seenplatte, 03/2004)

veröffentlicht.⁴ Im Rahmen dessen wird die Notwendigkeit betont, dass durch ein koordiniertes Handeln aller relevanten Akteure (Landkreise, Gemeinden, Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigung) die Erarbeitung kooperativer Lösungswege zur Sicherung der medizinischen Versorgung voranzutreiben ist. Aussagen zur Sicherung der medizinischen Versorgung finden sich auch in der Koalitionsvereinbarung der Landesregierung M-V vom 24. Oktober 2011 wieder. Neben der vermehrten Anwendung innovativer, alternativer Versorgungsmodelle (medizinische Versorgungszentren, Telemedizin) steht für die Koalitionspartner zukünftig insbesondere der Erhalt eines stabilen Hausarztssystems im Vordergrund.

Auch auf Bundesebene wurden nicht zuletzt durch das im Dezember 2011 beschlossene Versorgungsgesetz⁵ die Bemühungen konzentriert, eine flächendeckend adäquate medizinische Versorgung in allen Teilräumen der Bundesrepublik sicherzustellen. Zentrale Ansatzpunkte stellen hierbei eine Flexibilisierung der Bedarfsplanung, Schaffung von Anreizen zur Gewinnung von Ärzten für den ländlichen Raum und der vermehrte Einsatz mobiler Versorgungsmodelle, Delegationsleistungen und der Telemedizin dar.

Die Erarbeitung von Handlungsschritten zur Sicherung der medizinischen Versorgung in der Fläche setzt jedoch stets die Kenntnis über die aktuelle und zu erwartende kleinräumliche medizinische Angebots- und Nachfragesituation voraus. Vor diesem Hintergrund wird mit dem hier vorliegenden Monitoring ein Beitrag zur Bestimmung von auftretenden ambulanz-medizinischen Versorgungsbedarfen geleistet, indem im Folgenden die hausärztliche Versorgungssituation in der Region Mecklenburgische Seenplatte detailliert erfasst wird und Handlungsmöglichkeiten zur Gewährleistung einer qualitativ und quantitativ hochwertigen regionalen medizinischen Versorgung aufgezeigt werden. Das Monitoring stellt insofern eine Handreichung für alle relevanten Akteure der Politik, des Gesundheitswesens, der Verwaltung und der interessierten Öffentlichkeit dar, die Sicherung der medizinischen Grundversorgung in der Region *Aktiv!* mit zu gestalten.

2. Demografische Ausgangssituation und daraus erwachsende Handlungserfordernisse in der Region Mecklenburgische Seenplatte

Die Planungsregion Mecklenburgische Seenplatte⁶ ist als periphere, strukturschwache Region Ostdeutschlands in besonderem Maße vom Bevölkerungsrückgang und den Folgen des demografischen Wandels betroffen.⁷ So sank die Einwohnerzahl allein zwischen 1990 und 2010 um knapp 66.300 Personen, was einem Bevölkerungsverlust von ca. 19 % entspricht. Dieser Trend wird sich in den kommenden Jahren fortsetzen. Bezogen auf das Basisjahr 2006 der Bevölkerungsprognose für die Landkreise des Landes Mecklenburg-Vorpommern⁸ (2006) nimmt die Bevölkerung in der Region bis zum Jahr 2030 um voraussichtlich 28 % auf dann ca. 215.000 Einwohner ab. Gleichzeitig wird für die Zahl älterer Menschen, das heißt der über 65-Jährigen, ein Anstieg von knapp einem Drittel prognostiziert, so dass am Ende des Prognosezeitraums knapp

⁴ Landesregierung Mecklenburg-Vorpommern: „Weltoffen, modern, innovativ. Den demografischen Wandel gestalten.“; am 25.01.2011 durch das Kabinett der Landesregierung Mecklenburg-Vorpommern beschlossen.

⁵ Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG)

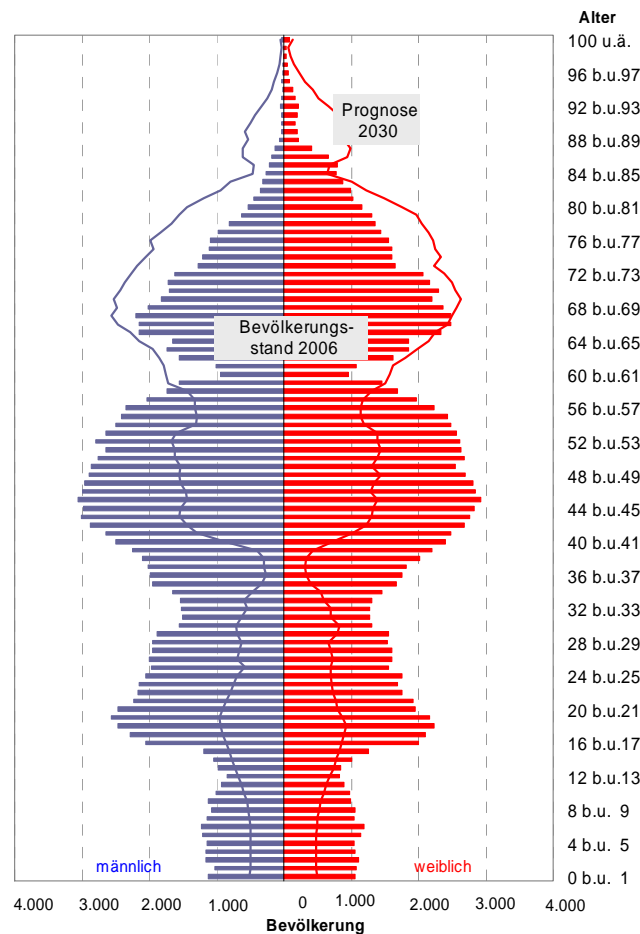
⁶ Die in dem Monitoring verwendeten statistischen Angaben beziehen sich auf den Gebietsstand 31.12.2010. In Folge der Kreisgebietsreform im September 2011 traten die Ämter Peenetal/Loitz und Jarmen-Tutow an den Landkreis Vorpommern-Greifswald bzw. die Planungsregion Vorpommern über. Um eine Vergleichbarkeit der Angaben mit den vorherigen Monitorings gewährleisten zu können, sind die beiden Amtsbereiche noch in den vorliegenden Berechnungen enthalten.

⁷ vgl. Regionaler Planungsverband Mecklenburgische Seenplatte 2010: Bevölkerungsvorausberechnung in den Kreisen der Mecklenburgischen Seenplatte bis zum Jahr 2030.

⁸ vgl. Ministerium für Verkehr, Bau und Landesentwicklung 2009: 4. Landesprognose zur Bevölkerungsentwicklung in Mecklenburg-Vorpommern bis zum Jahr 2030.

42 % der Gesamtbevölkerung älter als 65 Jahre sein werden (Stand 2010: 22 %). Demgegenüber gehört jedoch ein immer geringer werdender Teil der Bevölkerung jüngeren und mittleren Altersgruppen an (vgl. Abb. 1).

Abb. 1: Bevölkerungsaufbau nach Alter in der Mecklenburgischen Seenplatte in den Jahren 2006 und 2030



Quelle: Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern; Darstellung: Amt für Raumordnung und Landesplanung Mecklenburgische Seenplatte

Diese Problemlage wird darüber hinaus durch die äußerst geringe Siedlungsdichte von 50 EW/km² im Jahr 2010, die sich in Folge des Bevölkerungsrückganges auf knapp 37 EW/km² im Jahr 2030 verringern wird, und die zum Teil großen Entfernungen zwischen den wenigen Zentren der Region weiter verschärft.

Die sinkende Einwohner- und Siedlungsdichte, die Abnahme von Personen im erwerbsfähigen Alter und eine steigende Multimorbidität durch die Zunahme älterer Personen gefährden die Aufrechterhaltung eines grundlegenden Angebots an Leistungen der Daseinsvorsorge in der Mecklenburgischen Seenplatte.⁹ Dabei wirken sich die Folgen der gesellschaftlichen Alterung, des Bevölkerungsrückganges und der geringen Siedlungsdichte auch auf die Nachfrage nach ambulanter medizinischer Versorgung aus. Zudem tragen die gegenwärtig bestehenden gesetzlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen, wie die hohe Arbeitsbelastung der Hausärzte infolge langer Fahrwege und Arbeitszeiten, gerade im hausärztlichen Bereich zu einer Verschärfung der Versorgungssituation bei.

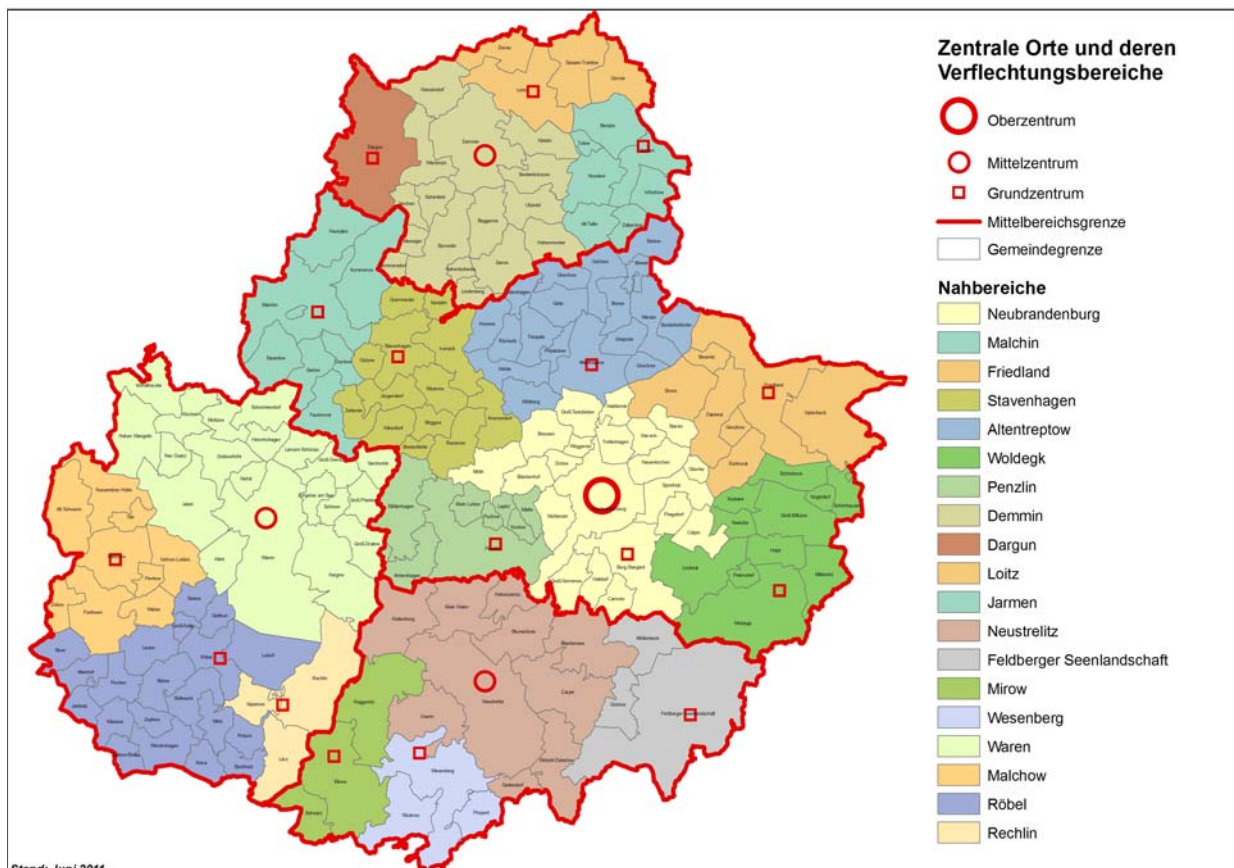
⁹ vgl. Regionaler Planungsverband Mecklenburgische Seenplatte 2011: Strategiepapier zum Umgang mit den Folgen des demografischen Wandels.

Die Gewährleistung einer ausreichenden ambulanten medizinischen Versorgung wird insbesondere im ländlichen Raum durch die mangelhafte Erreichbarkeit der Leistungserbringer weiter erschwert. Während sich die Arztniederlassungen in der Regel in den wenigen Zentren der Region Mecklenburgische Seenplatte konzentrieren, verfügen weite Teile des ländlichen Raums über keine eigenständigen Angebote. In Verbindung mit einem nur begrenzten ÖPNV-Angebot ist die Erreichbarkeit eines Haus- oder Facharztes für Bevölkerungsgruppen ohne Zugang zu einem PKW nur bedingt gewährleistet, was weiter zum Versorgungsdefizit beiträgt.

Vor dem Hintergrund kurzfristig und kleinräumig stattfindender Modifizierungen des ambulanten Versorgungsgrades bedarf es einer laufenden Raubeobachtung. Diese beinhaltet die Informationssammlung und Unterrichtung aller Interessenvertreter über aktuelle Entwicklungen und Handlungsansätze¹⁰ im Bereich der ambulanten medizinischen Versorgung. Nachdem in den Jahren 2004, 2006 und 2009 bereits Situationsberichte¹¹ als Beitrag zu einem kontinuierlichen Monitoring erstellt wurden, sollen in der vorliegenden Broschüre die aktuellen Entwicklungen und Trends veranschaulicht werden. Grundlage dafür bilden Daten zur medizinischen Versorgung in der Region Mecklenburgische Seenplatte mit Stand Dezember 2010.

Um kleinräumig spezifische Aussagen zu erhalten, wurden als Untersuchungsräume die zentralörtlichen Nahbereiche entsprechend der Festlegungen des Landesraumentwicklungsprogramms M-V sowie des Regionalen Raumentwicklungsprogramms Mecklenburgische Seenplatte gewählt (vgl. Abb. 2).

Abb. 2: Zentrale Orte und ihre Verflechtungsbereiche in der Region Mecklenburgische Seenplatte



Quelle: Amt für Raumordnung und Landesplanung Mecklenburgische Seenplatte

¹⁰ Broschüre „Hausärztliche Versorgung in der Mecklenburgischen Seenplatte – Analyse, Leitbild, Strategie“ (Hrsg.: Regionaler Planungsverband Mecklenburgische Seenplatte, 03/2004)

¹¹ Monitoring „Hausärztliche Versorgung in der Mecklenburgischen Seenplatte- Monitoring 2006“ (Hrsg. Regionaler Planungsverband Mecklenburgische Seenplatte, 12/2006)

3. Stand der ambulanten medizinischen Versorgung im Jahr 2010

Die Zahl der in der Region Mecklenburgische Seenplatte ambulanten tätigen Mediziner ging auch im Beobachtungszeitraum zwischen den Jahren 2008 und 2010 erneut zurück (vgl. Tab. 1). Am stärksten ging deren Zahl im Landkreis Demmin und der Stadt Neubrandenburg zurück. Von den am 31.12.2010 insgesamt 391 ambulant tätigen Ärzten in der Mecklenburgischen Seenplatte waren 46 % als Haus- und 54 % als Fachärzte tätig. Der Anteil der Hausärzte an den ambulant tätigen Mediziner ging damit auch im Zeitraum zwischen 2008 und 2010 – wenn auch in geringem Umfang – weiter zurück. Bei den Fachärzten ist ein geringer Zuwachs von zwei Mediziner zu verzeichnen.

Tab. 1: Entwicklung der Anzahl ambulant tätiger Ärzte¹²

Gebietseinheit	2004	2006	2008	2010
Stadt Neubrandenburg	138	138	138	136
Landkreis Demmin	106	106	103	99
Landkreis Mecklenburg-Strelitz	85	83	78	78
Landkreis Müritz	88	81	77	78
Region Mecklenburgische Seenplatte	417	408	396	391
Mecklenburg-Vorpommern	2.380	2.369	2.448	2.384

Quelle: Erhebungen der Gesundheitsämter, der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern und der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Auf einen ambulant tätigen Arzt entfielen im Jahr 2010 in der Region Mecklenburgische Seenplatte durchschnittlich 734 Einwohner. Damit liegt der Versorgungsgrad nach wie vor etwas unter dem Landesdurchschnitt des Landes Mecklenburg-Vorpommern mit 689 Einwohnern je ambulant tätigen Arzt (vgl. Tab. 2). Aus rein statistischer Sicht hat sich die Versorgungssituation erstmalig seit 2006 – trotz einer rückläufigen Zahl ambulant tätiger Mediziner – wieder geringfügig verbessert. Ursache für die leicht gestiegene Versorgungsquote ist der Umstand, dass der prozentuale Einwohnerverlust in der Region höher als der Rückgang der ambulant tätigen Ärzte ausfiel. So sank die Einwohnerzahl der Region im Betrachtungszeitraum zwischen 2006 und 2010 um 5 %, während der Rückgang der ambulant tätigen Ärzte 2 % betrug.

Tab. 2: Entwicklung der Relation Einwohner pro ambulant tätigem Arzt

Gebietseinheit	2004	2006	2008	2010
Stadt Neubrandenburg	506	494	484	480
Landkreis Demmin	855	818	811	803
Landkreis Mecklenburg-Strelitz	1.010	1.006	1.037	994
Landkreis Müritz	784	833	864	828
Region Mecklenburgische Seenplatte	756	750	752	734
Mecklenburg-Vorpommern	730	721	686	689

Quelle: Erhebungen der Gesundheitsämter und der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern;
Berechnungen: Amt für Raumordnung und Landesplanung Mecklenburgische Seenplatte

Bezüglich des Versorgungsgrades bestehen innerhalb der Mecklenburgischen Seenplatte auch weiterhin große regionale Unterschiede. So stellt sich die Einwohner-Arzt-Relation in den ländlich strukturierten Landkreisen

¹² Hierzu zählen die Fachrichtungen Augenheilkunde, Chirurgie, Gynäkologie, HNO, Dermatologie, Innere Medizin, Pädiatrie, Neurologie, Orthopädie, Urologie. Nicht enthalten sind privat tätige Ärzte, die nicht über die KV zugelassen sind, sowie Nichtmediziner, wie Fachwissenschaftler und Psychologen, die eine kassenärztliche Zulassung haben. Als Einwohnerstand wurde der 31.12.2010 zugrunde gelegt.

nach wie vor deutlich schlechter dar als in der Stadt Neubrandenburg. Hier kommen auf einen Hausarzt in etwa halb so viele Einwohner wie in den umgebenden Landkreisen. Auch bei einer kreis- bzw. stadtgenauen Betrachtung lassen sich die jeweilig geringfügigen statistischen Verbesserungen auf den anhaltend starken Bevölkerungsrückgang in den Gebietskörperschaften zurückführen (vgl. Tab. 2).

Es zeigt sich, dass die Region Mecklenburgische Seenplatte einen im Bezug zur Bevölkerung vergleichsweise geringen Besatz mit ambulant tätigen Medizinern aufweist. Eine größere Konzentration ist jedoch in der Stadt Neubrandenburg zu verzeichnen. Zudem ist die Zahl der ambulant tätigen Ärzte im Zeitverlauf in der gesamten Region rückläufig.

4. Gegenwärtige Situation der hausärztlichen Versorgung

In der Region Mecklenburgische Seenplatte waren im Dezember 2010 insgesamt 181 Hausärzte tätig. Gegenüber dem letzten Monitoring aus dem Jahr 2008 praktizieren in der Region sieben Hausärzte weniger, was einem Verlust von 3,7 % entspricht. Der Rückgang hat zwischen den Jahren 2008 und 2010 gegenüber dem Zeitraum des vorherigen Monitorings (2006 – 2008: - 2,6 %) leicht zugenommen. Den relativ und absolut höchsten Rückgang an praktizierenden Hausärzten hatte der Landkreis Mecklenburg-Strelitz (- 9,8 %) zu verzeichnen, während die Zahl der im Landkreis Müritz tätigen Hausärzte konstant blieb (vgl. Tab. 3).

Tab. 3: Entwicklung der Anzahl der Hausärzte in den Landkreisen Demmin, Mecklenburg-Strelitz, Müritz und der Stadt Neubrandenburg¹³

Gebietseinheit	2004	2006	2008	2010
Stadt Neubrandenburg	53	46	43	42
Landkreis Demmin	67	66	64	62
Landkreis Mecklenburg-Strelitz	43	40	41	37
Landkreis Müritz	48	41	40	40
Region Mecklenburgische Seenplatte	211	193	188	181

Quelle: Erhebungen der Gesundheitsämter

Die in der Mecklenburgischen Seenplatte praktizierenden 181 Hausärzte sind zwar dispers, jedoch nicht gleichmäßig über die Region verteilt und konzentrieren sich - mit vereinzelt Ausnahmen - in den Zentralen Orten der Region. Von den insgesamt 180 Städten und Gemeinden¹⁴ der Region Mecklenburgische Seenplatte hatten im Dezember 2010 nur 38 Gemeinden, das entspricht 21 % aller Gemeinden, einen niedergelassenen Hausarzt im Gemeindegebiet. Die überwiegende Mehrheit der Städte und Gemeinden - in der Regel kleinere Gemeinden mit weniger als 1.000 Einwohnern - besitzt kein eigenes hausärztliches Angebot. Die dort lebende Bevölkerung ist somit auf die in den Zentren und größeren Orten konzentrierten hausärztlichen Angebote zur Sicherung der eigenen ambulanten medizinischen Grundversorgung angewiesen.

Laut Bedarfsplanungs-Richtlinie-Ärzte¹⁵ liegt die Einwohner-/Arztrelation für Hausärzte in ländlichen Kreisen bei 1.474 Einwohner pro Hausarzt bezogen auf den jeweiligen KV-Planungsbereich¹⁶. In der

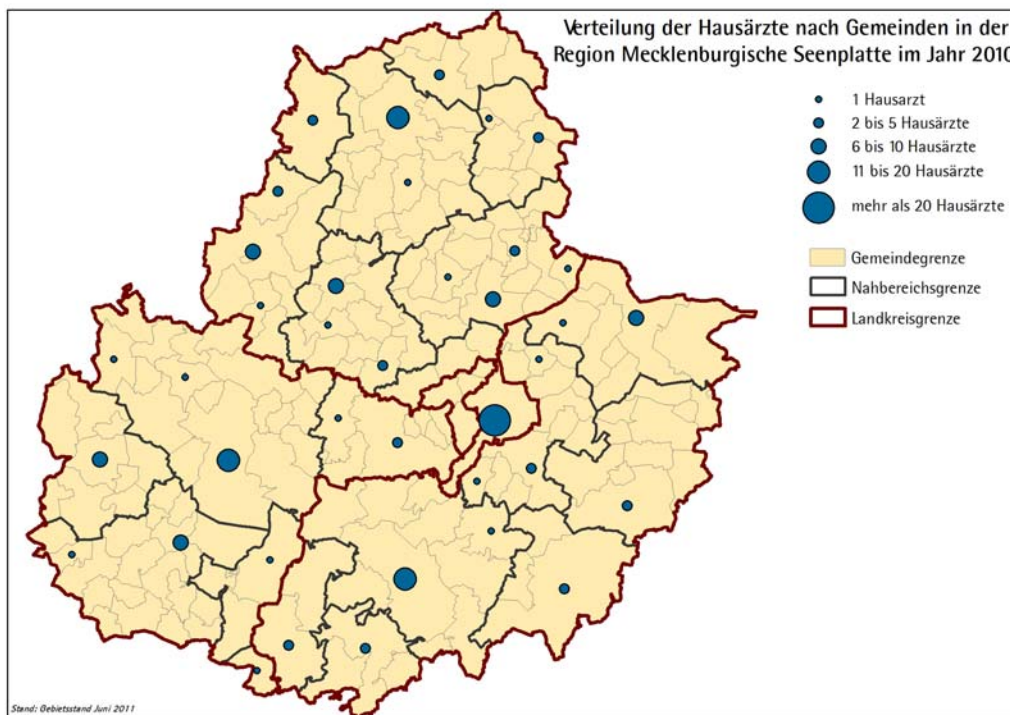
¹³ Hierin enthalten sind Allgemeinmediziner sowie Praktische Ärzte.

¹⁴ Stand Gemeindegrenzen/Planungsregion: 30.06.2011; Stand der Hausarztverteilung: 31.12.2010

¹⁵ Bundesweit geltende rechtliche Grundlage für die Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV): „Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanung-Richtlinie) in der Fassung vom 15. Februar 2007, zuletzt geändert am 18. August 2011

Mecklenburgischen Seenplatte gibt es drei KV-Planungsbereiche, die den administrativen Zuschnitten der Landkreise Demmin, Müritz sowie Mecklenburg-Strelitz/Stadt Neubrandenburg entsprechen. Bei der hausärztlichen Bedarfsplanung werden im Planungsbereich Mecklenburg-Strelitz/Neubrandenburg die Stadt Neubrandenburg und der Landkreis Mecklenburg-Strelitz gesondert betrachtet, damit sich die hausärztliche Versorgung nicht ausschließlich auf den städtischen Bereich Neubrandenburgs konzentriert, sondern auch im Kreisgebiet Mecklenburg-Strelitz eine hinreichende Anzahl hausärztlicher Leistungserbringer zur Verfügung steht. Für die Bedarfsplanung aller übrigen Arztgruppen werden die beiden Gebietseinheiten zusammengefasst.

Abb. 3: Verteilung der Hausärzte nach Gemeinden in der Region Mecklenburgische Seenplatte im Jahr 2010



Quelle: Erhebungen der Gesundheitsämter; Darstellung Amt für Raumordnung und Landesplanung Mecklenburgische Seenplatte

Es zeigt sich, dass die Region Mecklenburgische Seenplatte im Hausärzterbereich durchschnittlich mit 8 % unterversorgt ist (vgl. Tab. 4). Damit stieg die Unterversorgung gegenüber dem letzten Untersuchungszeitraum zwischen den Jahren 2006 und 2008 bis zum Jahr 2010 um 1 % an. Auch im bundesweiten Vergleich wird die medizinische Unterversorgung der Region deutlich. Kamen im Jahr 2010 im bundesdeutschen Durchschnitt 0,70 Hausärzte auf 1.000 Einwohner¹⁷, liegt dieser Wert in der Mecklenburgischen Seenplatte bei nur 0,63.

Wie bereits in den vorangegangenen Monitorings festgestellt wurde, treten auch im Jahr 2010 wieder erhebliche regionale Unterschiede beim hausärztlichen Versorgungsgrad auf. So liegt für den Landkreis Demmin mit einer Versorgungsquote von 1.282 Einwohner/Hausarzt laut Bedarfsplanungs-Richtlinie der KV eine leichte statistische Überversorgung von ca. 13 % vor. Diese gegenüber 2008 gestiegene Überversorgung lässt sich trotz des Verlustes von 2 Hausarztstellen (vgl. Tab. 3) im Landkreis Demmin auf den anhaltend hohen

¹⁶ Planungsbereich der Kassenärztlichen Vereinigung, in der Regel deckungsgleich mit administrativen Grenzen wie z.B. Landkreisgrenzen

¹⁷ vgl. Homepage Bundesministerium für Gesundheit: <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/versorgungsstrukturgesetz/fakten-aerzteversorgung.html>; Zugriff am 2.12.2011

Bevölkerungsverlust zurückführen. Im Landkreis Mecklenburg-Strelitz zeichnet sich ein deutlich anderes Bild ab. Hier kamen im Jahr 2010 mehr als 2.000 Einwohner auf einen praktizierenden Hausarzt, was einer Unterversorgung von 42 % entspricht. Damit sank die Versorgungsquote im Landkreis Mecklenburg-Strelitz nach einer kurzen zwischenzeitlichen Verbesserung beim Monitoring 2008 (- 34 %) wieder deutlich ab.

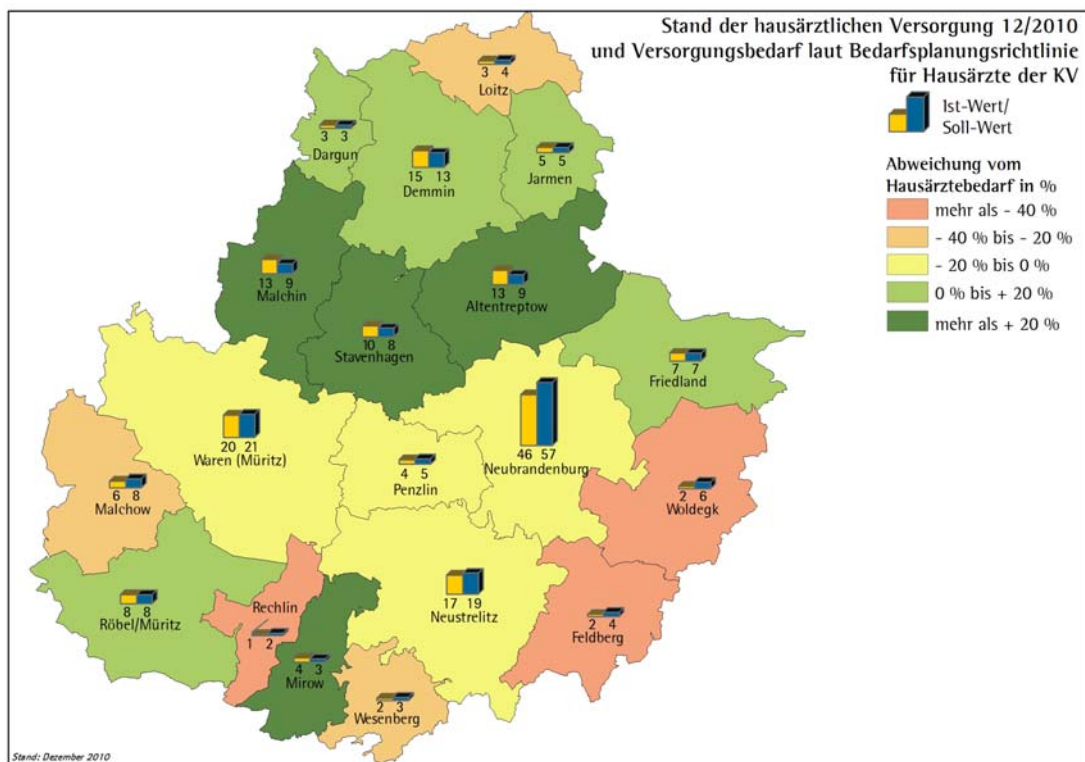
Tab. 4: Einwohner-/Hausarztrelation gemäß KBV-Richtlinie

Gebietseinheit	Einwohner- /Hausarztrelation	Abweichung vom Richtlinienwert 1.474
Stadt Neubrandenburg	1.554	- 5 %
Landkreis Demmin	1.282	+ 13 %
Landkreis Mecklenburg-Strelitz	2.095	- 42 %
Landkreis Müritz	1.615	- 10 %
Region Mecklenburgische Seenplatte	1.585	- 8 %

Quelle: Erhebungen der Gesundheitsämter; Berechnungen: Amt für Raumordnung und Landesplanung Mecklenburgische Seenplatte

Ein detaillierteres Abbild der kleinräumigen Versorgungssituation ergibt sich, wenn man anstelle der Planungsbereiche, die im Schnitt eine Fläche von knapp 1.500 km² besitzen, die zentralörtlichen Nahbereiche als Untersuchungsebene heranzieht (vgl. Abb. 4). Die größten negativen Abweichungen vom Hausärztebedarf sind in den Nahbereichen der Grundzentren Woldegk (- 65 %), Feldberg (- 48 %) und Rechlin (- 54 %) zu verzeichnen. Im Nahbereich Woldegk praktizieren seit dem Monitoring 2008 zwei Hausärzte und in Feldberg ein Hausarzt weniger, während dort freie Hausarztstellen nicht dauerhaft nachbesetzt werden konnten. Im Ergebnis führte dies zur zunehmenden Unterversorgung dieser Nahbereiche. Weitere Nahbereiche, in denen seit 2008 jeweils eine Hausarztstelle bislang nicht nachbesetzt werden konnte, waren Altentreptow, Dargun, Feldberg, Penzlin und Waren (Müritz). Im Nahbereich des Oberzentrum Neubrandenburg praktizieren gegenüber 2008 ebenso zwei Hausärzte weniger (vgl. Abb. 4).

Abb. 4: Hausärztliche Versorgung in den zentralörtlichen Nahbereichen laut Bedarfsplanungs-Richtlinie-Ärzte



Quelle: Eigene Darstellung Amt für Raumordnung und Landesplanung Mecklenburgische Seenplatte

Im 2008 noch ausreichend versorgten Nahbereich des Grundzentrums Penzlin besteht seit dem Verlust einer Hausarztstelle eine Unterversorgung von 18 %. Auffällig ist die Konzentration unterversorgter Nahbereiche im Süden der Planungsregion entlang der Grenze zum Bundesland Brandenburg. Demgegenüber stellt sich die hausärztliche Versorgungssituation – bezogen auf die Anzahl der Einwohner und Hausärzte – im Dezember 2010 in den Nahbereichen der Grundzentren Altentreptow (+ 41 %), Malchin (+ 40 %), Mirow (+ 31 %) und Stavenhagen (21 %) positiv dar (vgl. Abb. 4). Für die Nahbereiche Malchin und Mirow nahm die Versorgungsquote in Folge des Einwohnerverlustes – bei einer gleichbleibenden Zahl an praktizierenden Hausärzten – im Zeitraum von 2008 bis 2010 in Folge des Einwohnerrückgangs zu. In den Nahbereichen Malchow und Röbel konnte seit 2008 jeweils eine Hausarztstelle wiederbesetzt werden.

Es ist festzuhalten, dass der Versorgungsgrad mit Hausärzten in den Teilräumen der Region Mecklenburgische Seenplatte variiert. Während der nördliche Teil der Planungsregion – mit Ausnahme des Nahbereichs Loitz – einen statistisch ausreichenden Versorgungsgrad aufweist, bestehen insbesondere am südlichen Rand der Region entlang der Grenze zum Bundesland Brandenburg deutliche Versorgungsdefizite, jedoch besitzen auch hier ausgewählte Nahbereiche (Röbel/Müritz, Mirow) einen angemessenen Versorgungsgrad. Die Nahbereiche um das Oberzentrum Neubrandenburg und die Mittelzentren Waren (Müritz) und Neustrelitz waren 2010 geringfügig unterversorgt.

Dabei lässt sich auch bei der kleinräumlichen Betrachtung auf Ebene der zentralörtlichen Nahbereiche aus der statistischen Versorgungsquote noch keine abschließende Aussage zur dortigen Versorgungsqualität ableiten. Hierzu muss stets des Weiteren die reale Erreichbarkeit der Hausärzte im ÖPNV und MIV mit in die Betrachtung einbezogen werden.

5. Altersstruktur der Hausärzte

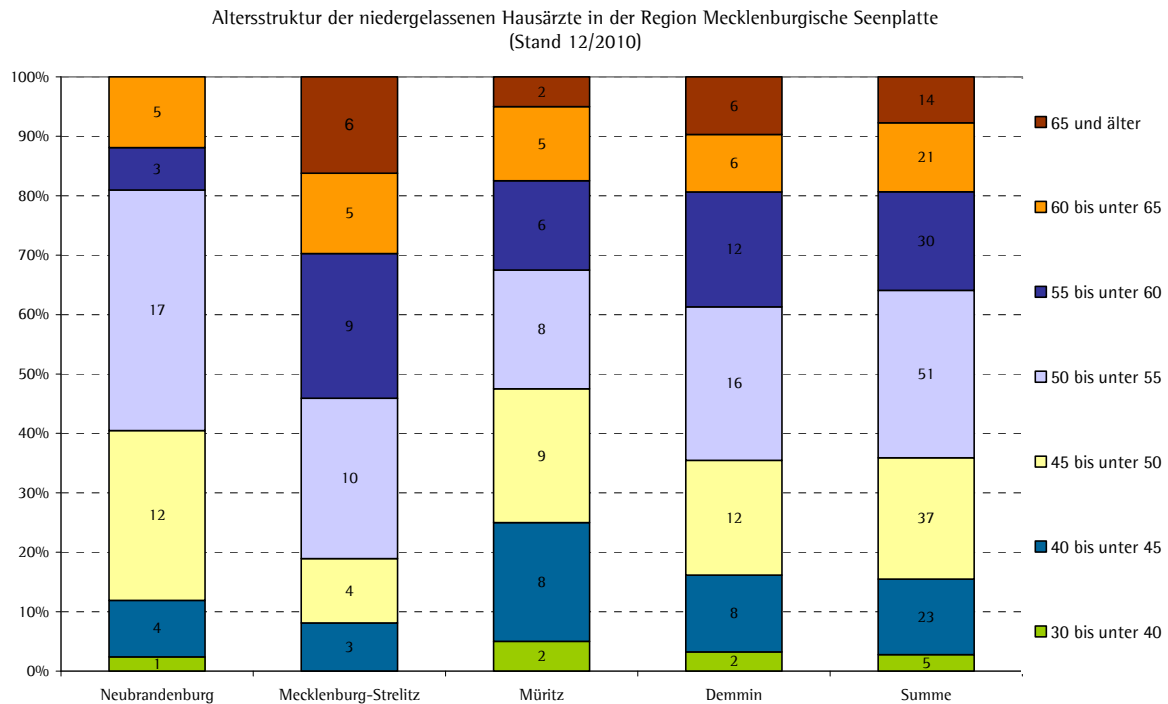
Wie schon in den vorangegangenen Monitorings ist für die Hausärzte auch im Jahr 2010 ein hohes Durchschnittsalter zu verzeichnen. Im Durchschnitt ist der in der Region Mecklenburgische Seenplatte tätige Hausarzt im Jahr 2010 54 Jahre alt, wobei zwischen den Landkreisen deutliche Unterschiede auftreten. Im Landkreis Mecklenburg-Strelitz beträgt das Durchschnittsalter der Hausärzte 55 Jahre, während es in der Stadt Neubrandenburg bei knapp 50 Jahren liegt.

Bei einer Betrachtung nach Altersgruppen zeichnet sich für die Region folgendes Bild ab: 64 % der in der Region Mecklenburgische Seenplatte tätigen Hausärzte sind älter als 50 Jahre (vgl. Abb. 5). Von diesen insgesamt 116 Hausärzten waren im Jahr 2010 37 % bereits älter als 55 Jahre, knapp 19 % älter als 60 Jahre und weitere 10 Ärzte bereits älter als 65 Jahre (vgl. Abb. 5). Der älteste praktizierende Hausarzt in der Region Mecklenburgische Seenplatte war im Jahr 2010 77 Jahre alt. Gegenüber dem letzten Monitoring haben somit sowohl der Anteil als auch die absolute Zahl älterer Hausärzte wiederholt leicht zugenommen (2008: 35 % älter als 55 Jahre).

Bei den jungen Hausärzten, das heißt den bis 40-Jährigen, sind seit dem letzten Monitoring nur geringe Veränderungen zu verzeichnen. Auch im Jahr 2010 waren lediglich knapp 3 % aller Hausärzte (absolut: 5) jünger als 40 Jahre. Gegenüber dem Monitoring aus dem Jahr 2008 stellt dies eine deutliche Verschlechterung dar, da besagte Gruppe vor zwei Jahren noch knapp 10 % (absolut: 14) aller praktizierenden Hausärzte stellte.

Positiv zu bemerken ist, dass, wenn auch in sehr geringfügigem Umfang, junge Ärzte mitunter nachrücken. So waren zwei Hausärzte im Jahr 2010 lediglich 36 Jahre alt.

Abb. 5: Altersstruktur der Hausärzte in der Region Mecklenburgische Seenplatte (Stand 12/2010)



Quelle: Erhebungen der Gesundheitsämter; Berechnungen: Amt für Raumordnung und Landesplanung Mecklenburgische Seenplatte

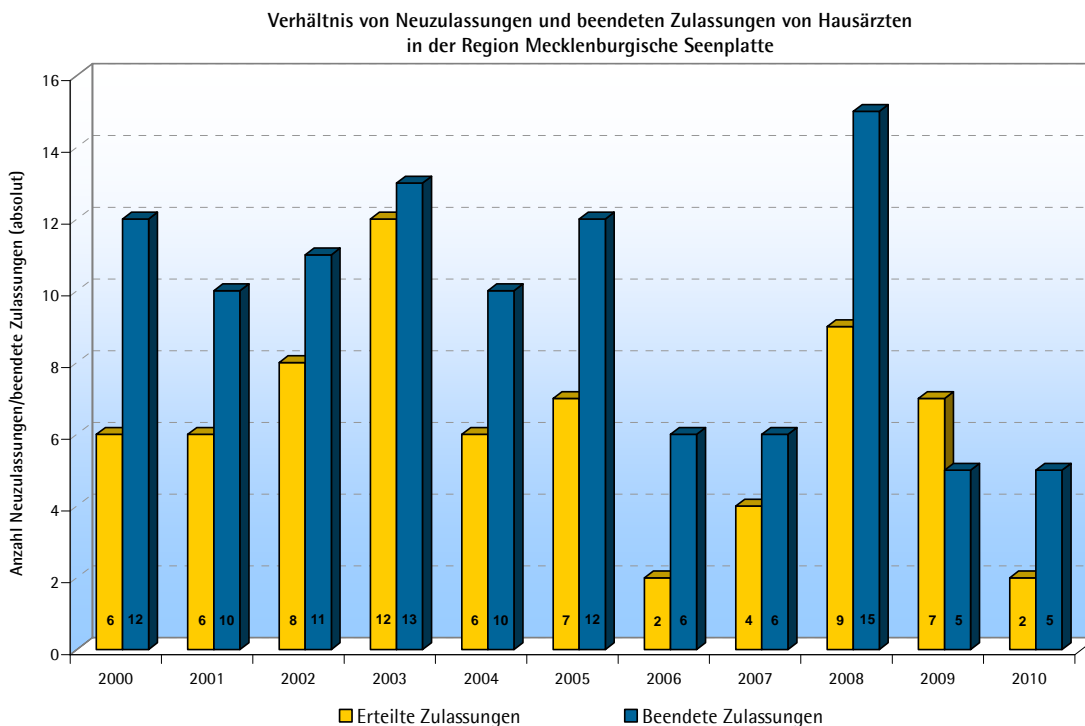
Bei einer landkreisgenauen Betrachtung der Altersstruktur zeichnen sich, ähnlich wie beim Versorgungsgrad, teilräumliche Unterschiede ab. Der Landkreis Mecklenburg-Strelitz hat den höchsten Anteil älterer Hausärzte und zeitgleich den geringsten Anteil an Hausärzten jüngeren und mittleren Alters aufzuweisen. Zwar ist die Zahl an Hausärzten, die älter als 55 Jahre alt sind, im Landkreis Demmin absolut noch höher, jedoch wird dieser Missstand durch eine hohe Anzahl an Hausärzten jungen und mittleren Alters (bis unter 55 Jahre) kompensiert. Positiv hervorzuheben ist der vergleichsweise hohe Anteil an jungen Hausärzten im Landkreis Müritzt, wo ein Viertel aller Hausärzte (absolut: 10) jünger als 45 Jahre alt ist. Die Stadt Neubrandenburg ist durch einen hohen Anteil an Hausärzten mittleren Alters (45 bis 55 Jahre) geprägt. Die entsprechenden Verteilungen der Altersgruppen führen im Ergebnis zu dem variierenden Altersdurchschnitt der Landkreise und der Stadt Neubrandenburg (vgl. Abb. 5).

Die Darstellungen zur Altersstruktur der in der Region Mecklenburgische Seenplatte praktizierenden Hausärzte zeigen, dass insbesondere die mittleren und älteren Altersgruppen überproportional vertreten sind. Diesen Altersgruppen steht nur eine geringe Zahl an Medizinern jungen Alters gegenüber. Sofern zukünftig, wie bereits in der Vergangenheit zu verzeichnen war, keine ausreichende Zahl an Hausärzten jüngeren Alters nachrückt, wird die Zahl der in der Region tätigen Hausärzte kontinuierlich in Folge von Renteneintritten zurückgehen und zu einer Vergrößerung des Versorgungsdefizits beitragen. Somit besteht in der Akquirierung junger Mediziner für eine Tätigkeit als Hausarzt, insbesondere im ländlichen Raum außerhalb der Zentren, eine der zentralen Herausforderung für die Sicherung der ambulanten, medizinischen Grundversorgung in den kommenden Jahren.

6. Niederlassungsbereitschaft

Innerhalb des Zeitraums zwischen 2000 und 2010 kam es in der Region Mecklenburgische Seenplatte zu insgesamt 69 neu erteilten Zulassungen, denen 105 Zulassungsbeendigungen gegenüberstehen. Der bereits in den vorangegangenen Monitorings ermittelte defizitäre Saldo wuchs im Zeitverlauf weiter an. Positiv ist an dieser Stelle hervorzuheben, dass im Jahr 2009 erstmalig seit 1996 wieder in einem Jahr mehr Hausärzte eine Neuzulassung erhielten, als Zulassungsbeendigungen vorlagen (vgl. Abb. 6). Dennoch ist trotz zahlreicher Bemühungen auf politischer, wissenschaftlicher, kommunaler und privater Ebene keine dauerhafte Trendumkehr bislang absehbar. Auch die Maßnahmen der KV wie Investitionskostenzuschüsse, Sicherstellungszuschläge oder Nachwuchsförderung scheinen insofern noch keine ausreichende Wirkung zu entfalten, so dass sich der stetige Rückgang der Gesamtzahl der Hausärzte auch im zurückliegenden Beobachtungszeitraum (2008 bis 2010) – wenn auch mit verringerter Intensität – fortgesetzt hat. Grundsätzlich gilt aber, dass innerhalb der letzten zehn Jahre die „Lücke“ altersbedingt beendeter Arbeitsverhältnisse, wie bereits die Ausführungen zur Altersstruktur gezeigt haben (vgl. Kap. 5), nicht kompensiert werden konnte. Insbesondere die anhaltende Diskrepanz zwischen Neuzulassungen und Zulassungsbeendigungen trug wesentlich zum bestehenden Versorgungsdefizit mit Hausärzten in der Region bei (vgl. Abb. 6).

Abb. 6: Verhältnis von Neuzulassungen und beendeten Zulassungen von Hausärzten in der Region Mecklenburgische Seenplatte

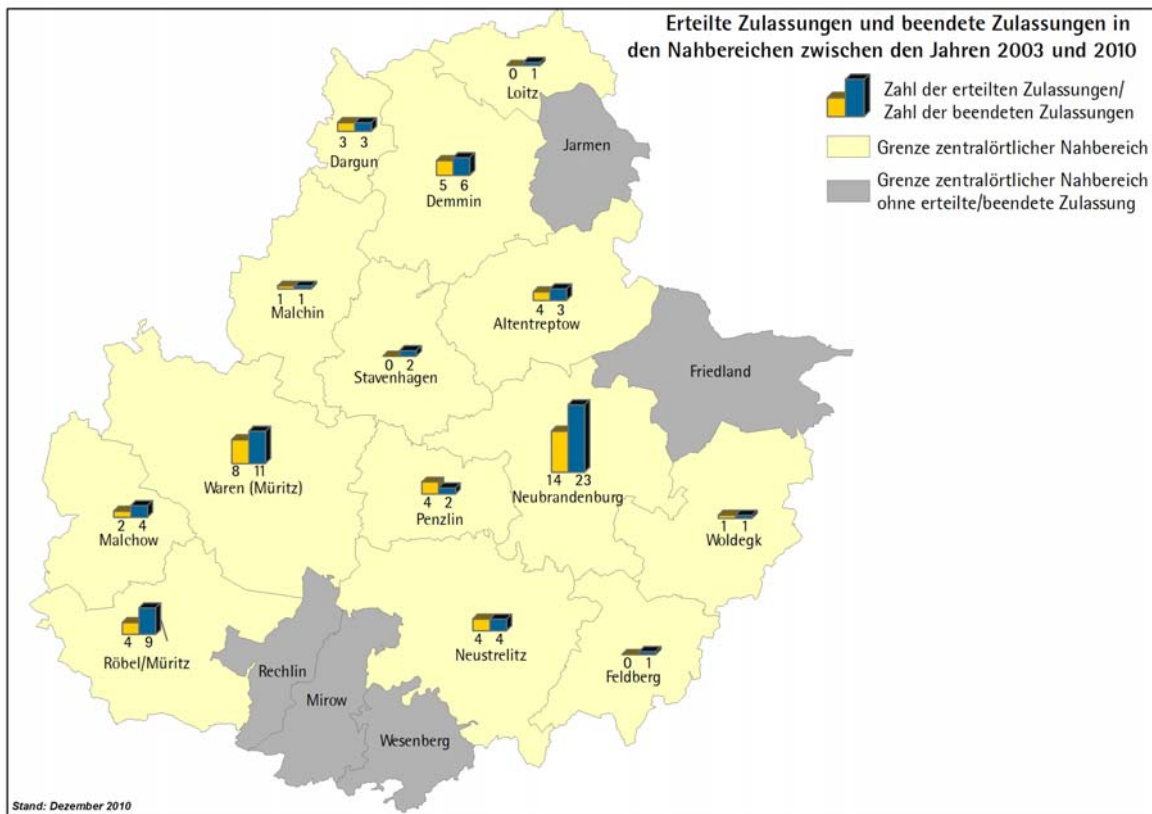


Quelle: Erhebung der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, eigene Darstellung Amt für Raumordnung und Landesplanung

Bei einer kleinräumigen Betrachtung der seit dem Jahr 2003 erteilten und beendeten Zulassungen ergibt sich für die Gesamtregion folgendes Bild: In nahezu allen Nahbereichen überstieg im Betrachtungszeitraum die Zahl der Zulassungsbeendigungen die der Neuzulassungen. Lediglich in den Nahbereichen Dargun, Woldegk und Neustrelitz gab es jeweils eine gleiche Anzahl an beendeten und erteilten Zulassungen, während im Nahbereich des Grundzentrums Penzlin sogar mehr Hausärzte eine Zulassung erhielten als beendeten (vgl.

Abb. 7).¹⁸ Es fällt auf, dass die absolute Zahl an Neuzulassungen in den Nahbereichen des Oberzentrums Neubrandenburg und der Mittelzentren Demmin, Neustrelitz und Waren (Müritz) die höchsten Werte erreicht, was auf eine höhere Attraktivität dieser Orte für Hausärzte schließen lässt. Die Nachbesetzungen in den Nahbereichen der kleineren Grundzentren fielen in der Regel geringer aus. In den Nahbereichen der Grundzentren Jarmen, Friedland, Rechlin, Mirow und Wesenberg wurden weder Zulassungen erteilt noch beendet, so dass die dortige Zahl an vorhandenen Zulassungen innerhalb der letzten 7 Jahre unverändert blieb.

Abb. 7: Erteilte und beendete Zulassungen nach Nahbereichen in den Jahren 2003 bis 2010



Quelle: Erhebung der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, eigene Darstellung Amt für Raumordnung und Landesplanung

Wie bereits in der Broschüre „Hausärztliche Versorgung in der Mecklenburgischen Seenplatte“¹⁹ skizziert, sind die Gründe für die mangelnde Niederlassungsbereitschaft und den fehlenden Nachwuchs sehr vielschichtig. Die kleinräumige Betrachtung der erteilten und beendeten Zulassungen belegt, dass insbesondere die Nachbesetzung von frei werdenden Hausarztstellen im zentrenfernen, dünn besiedelten ländlichen Raum dabei deutliche Defizite aufweist. Die wenigen größeren Zentren der Region können zwar höhere Wieder- bzw. Neubesetzungsquoten aufweisen, jedoch reicht deren Umfang nicht zur Kompensation der dortigen Zulassungsbeendigungen aus. Im Ergebnis nahm das Versorgungsdefizit mit hausärztlichen Leistungen seit dem Jahr 2003 sowohl in den Zentren als auch im umgebenden ländlichen Raum weiter zu.

¹⁸ Die erhobene Zahl der erteilten Zulassungen bzw. Zulassungsbeendigungen gibt kein abschließendes Bild über die Entwicklung der Zahl der Hausärzte wieder. So können erteilte Zulassungen in ausgewählten Bereichen (z.B. Woldegk) zwar noch vorliegen, obwohl der jeweilige Arzt nicht mehr bzw. aktuell nicht aktiv an der Versorgung teilnimmt. Insofern sind die angegebenen Werte nur als Abbild der räumlichen Verteilung der Niederlassungsbereitschaft zu interpretieren.

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

7. Prognose der Verteilung der Hausärzte im Jahr 2020

Der auch im Jahr 2010 anhaltend hohe Altersdurchschnitt der niedergelassenen Hausärzte lässt bis zum Jahr 2020 eine weitere Zunahme altersbedingter Praxisschließungen erwarten. Unter der Annahme, dass entsprechend der Entwicklung der letzten Jahre die Niederlassungsbereitschaft junger Ärzte in der Region Mecklenburgische Seenplatte auf dem geringen Niveau verbleibt (vgl. Kap. 6), droht weiterhin eine deutliche Einschränkung des Umfangs der hausärztlichen Versorgung in weiten Teilen der Mecklenburgischen Seenplatte.

Im Folgenden werden diejenigen Nahbereiche identifiziert, die in besonderem Maße von einer Verschlechterung der hausärztlichen Versorgung durch altersbedingte Praxisschließungen betroffen sein werden. Dazu wurde, wie bereits in den vorangegangenen Erhebungen zum Stand der hausärztlichen Versorgung, die Anzahl zu erwartender, altersbedingter Zulassungsbeendigungen prognostiziert. Hierzu wird sowohl eine Betrachtung für ein Renteneintrittsalter von 65 Jahren als auch für 62 Jahre, letzteres entspricht dem langjährigen Erfahrungswert der Kassenärztlichen Vereinigung M-V, angestellt. Bei beiden Szenarien wird dabei die Annahme zu Grunde gelegt, dass im Zeitraum bis 2020 keine Nachfolge für altersbedingte Praxisschließungen erfolgt.²⁰

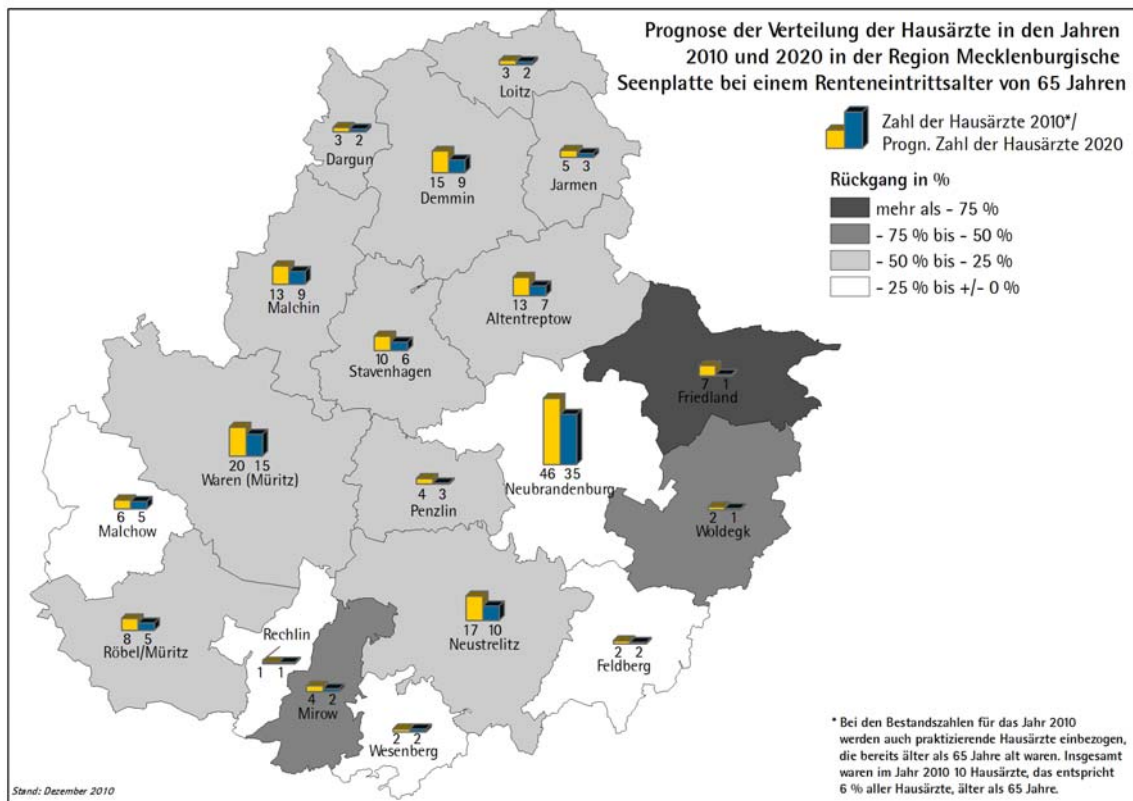
Wird eine altersbedingte Zulassungsbeendigung von Hausärzten mit Abschluss des 65. Lebensjahrs zugrunde gelegt, ist in der Region Mecklenburgischen Seenplatte ein Rückgang der Zahl der Hausärzte bis zum Jahr 2020 von rund 37 % gegenüber dem Jahr 2010 zu erwarten. In absoluten Zahlen werden von den aktuell noch 181 praktizierenden Hausärzten in der Region innerhalb der nächsten zehn Jahre 61 das angenommene Renteneintrittsalter von 65 Jahren erreichen.

Für nahezu alle zentralörtlichen Nahbereiche der Planungsregion Mecklenburgische Seenplatte zeichnen sich bis zum Jahr 2020 zahlreiche Praxisschließungen aufgrund von Pensionierung ab, wobei alleinig die Nahbereiche Feldberg, Wesenberg und Rechlin das vorhandene, geringe hausärztliche Versorgungsniveau halten werden können (vgl. Abb. 8). Ursache hierfür ist die im Jahr 2010 vergleichsweise günstige Altersstruktur der dort praktizierenden Hausärzte.

Die absolut höchsten Rückgänge haben die Nahbereiche der Städte Neubrandenburg (-11), Neustrelitz (- 7), Demmin (- 6), Altentreptow (- 6), Friedland (- 6) und Waren (Müritz) (- 5) zu verzeichnen. Durch die größere Grundgesamtheit an praktizierenden Hausärzten fällt der Rückgang jedoch dort vergleichsweise moderat aus. Während jedoch im Ober- und den Mittelzentren von einer geringfügig höheren Niederlassungsbereitschaft auszugehen ist (vgl. Kap. 6), wird insbesondere der zu erwartende Verlust in den Nahbereichen Altentreptow und Friedland zu deutlichen Versorgungsdefiziten führen. Besonders problematisch ist zudem der prozentual hohe Rückgang im Nahbereich des Grundzentrums Woldegk, wo bereits heute eine erhebliche Unterversorgung besteht (vgl. Kap. 4). Bei einer Betrachtung der zu erwartenden altersbedingten Zulassungsbeendigungen zeigt sich erneut eine Konzentration von Unterversorgung bedrohter Bereiche im zentrenfernen Osten der Planungsregion (vgl. Abb. 8).

²⁰ Da keine belastbaren Prognosen zur Niederlassungsbereitschaft in den einzelnen Nahbereichen vorliegen, gibt die Betrachtung im Wesentlichen die zu erwartenden, altersbedingten Zulassungsbeendigungen wieder. Es ist jedoch zu erwarten, dass Neuzulassungen bzw. Praxisübernahmen, wenn auch in geringem Umfang, das Angebot im Jahr 2020 ergänzen werden.

Abb. 8: Prognose der Verteilung der Hausärzte 2010 - 2020 in der Mecklenburgischen Seenplatte bei einer Pensionierung mit 65 Jahren

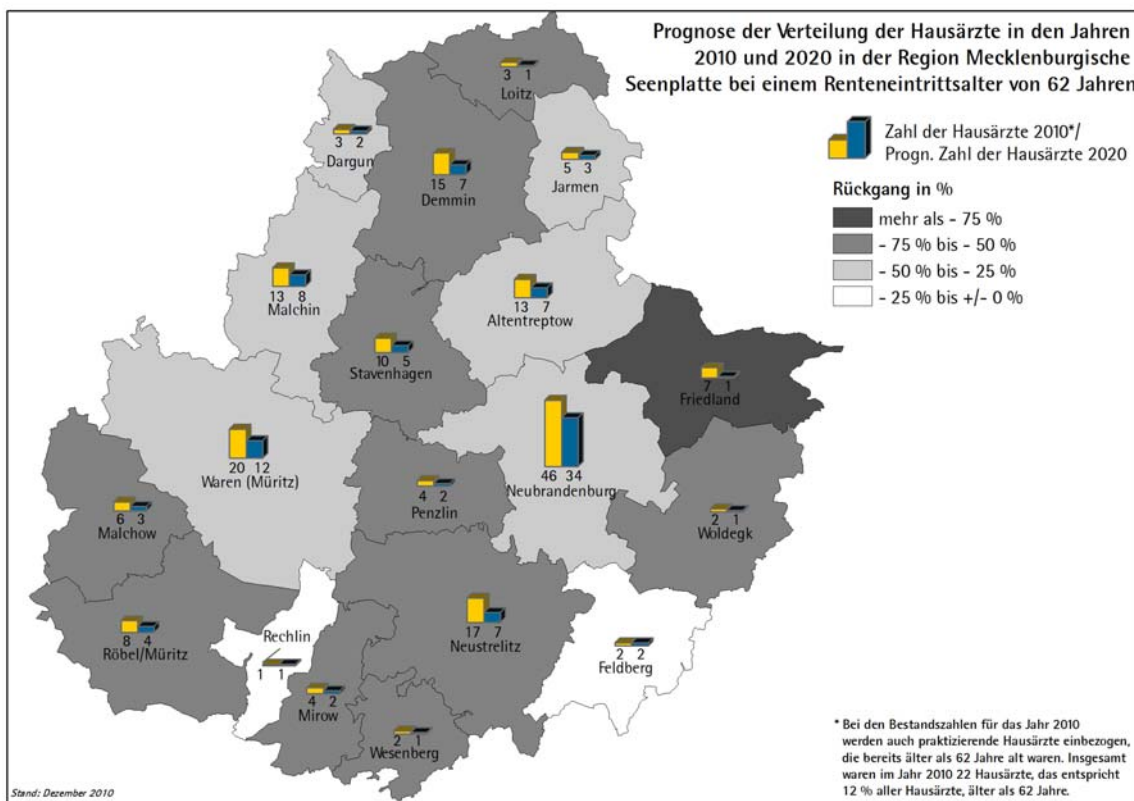


Quelle: Eigene Darstellung Amt für Raumordnung und Landesplanung Mecklenburgische Seenplatte

Unter der Annahme, dass das Praxisaufgabealter - entsprechend des Erfahrungswertes der KV M-V - bei 62 Jahren liegt, geht die Zahl der Hausärzte bis zum Jahr 2020 sogar um 43 % zurück, was in etwa einer Halbierung des bereits ausgedünnten Angebots in der Region entsprechen würde. Bei einer Zulassungsbeendigung mit Erreichen des 62. Lebensjahrs ist demnach davon auszugehen, dass von den aktuell noch 181 tätigen Hausärzten bis zum Jahr 2020 78 Hausärzte ihre Tätigkeit aufgeben werden.

Wie schon bei der vorherigen Betrachtung sind die absoluten Rückgänge in den Nahbereichen Neubrandenburg (- 12), Neustrelitz (- 10), Waren (Müritz) (- 8), Demmin (- 8), Friedland (- 6) und Altentreptow (- 6) am höchsten. Den prozentual höchsten Verlust verzeichnet erneut der Nahbereich des Grundzentrums Friedland (vgl. Abb. 9). Auch unter der Annahme einer Zulassungsbeendigung mit 62 Jahren verbleibt die hausärztliche Versorgung der Nahbereiche Feldberg und Rechlin in den nächsten zehn Jahren auf dem geringen, jedoch stabilen Niveau.

Abb. 9: Prognose der Verteilung der Hausärzte 2008-2020 in der Mecklenburgischen Seenplatte bei einer Pensionierung mit 62 Jahren



Quelle: Eigene Darstellung Amt für Raumordnung und Landesplanung Mecklenburgische Seenplatte

Die Betrachtungen zu den zu erwartenden Zulassungsbeendigungen machen deutlich, dass in den kommenden zehn Jahren mit einem beträchtlichen Nachbesetzungsbedarf an Hausärzten zu rechnen sein wird. Hiervon werden nahezu alle Nahbereiche betroffen sein, wobei der Umfang je nach Lage und vorhandener Ausstattung z.T. erheblich variiert. Während in den Zentren der Region noch mengenmäßig geringfügig Nachbesetzungen zu erwarten sind, stellt diese deutliche Zunahme an altersbedingt beendeten Zulassungen insbesondere die Nahbereiche der kleineren Zentren vor große Herausforderungen. Da in der Vergangenheit die Nachbesetzung dieser Bereiche nur auf einem geringen Niveau stattfand (vgl. Kap. 6), besitzt die Gewinnung junger Hausärzte für den ländlichen Raum einen zentralen Stellenwert für die Schaffung eines ausreichenden und erreichbaren ambulanten medizinischen Versorgungsangebotes in der Fläche. Insofern gilt es, hier frühzeitig die Rahmenbedingungen für die Ansiedlung weiterer, insbesondere junger, Hausärzte zu schaffen, um das bestehende Defizit nicht weiter zu vergrößern und der Unterversorgung entgegenzuwirken.

8. Exkurs: Überprüfung der im Jahr 2004 getroffenen Prognose für das Jahr 2010

Bestandteil eines Monitorings ist neben der fortlaufenden Beobachtung der relevanten Entwicklungen auch eine Evaluierung der getroffenen Prognosen. Im Rahmen der ersten Broschüre aus dem Jahr 2004²¹ wurden auf Grundlage des zu erwartenden Renteneintrittsalters, Prognosen zur zu erwartenden Hausarztverteilung im Jahr 2010 angestellt. Durch die von den kreislichen Gesundheitsämtern ermittelten Angaben zu Arztniederlassungen mit Stand Dezember 2010 lassen sich somit die 2004 getroffenen Prognosen nunmehr auf ihr tatsächliches Eintreten hin überprüfen.²² Wie auch im vorliegenden Monitoring wurde bei der Prognose aus dem Jahr 2004 davon ausgegangen, dass die Hausärzte mit einem Alter von 65 bzw. 62 Jahren in Pension gehen und keine Nachfolge für die altersbedingten Praxisaufgaben erfolgt. Auf Grundlage dieser Annahmen wurde die zu erwartende Zahl der Hausärzte für die einzelnen Nahbereiche bestimmt.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die 2004 aufgestellten Prognosen zur räumlichen Verteilung von Hausärzten im Wesentlichen eingetreten sind, wenn auch auf Nahbereichsebene z.T. deutliche Abweichungen vorkommen. Wurde im Jahr 2004 noch ein Rückgang an in der Region Mecklenburgische Seenplatte praktizierenden Hausärzten um - 27 % auf 153 Hausärzte im Jahr 2010 prognostiziert, fällt der tatsächlich eingetretene Verlust mit etwas über 14 % geringer aus (Stand 2010: 181 Hausärzte, vgl. Kap. 4). Es zeigt sich, dass die prognostizierten altersbedingten Zulassungsbeendigungen weitestgehend eingetreten sind, während deren Verlust nur in sehr geringem Umfang durch Nach- bzw. Neubesetzungen kompensiert werden konnte.

Bedeutende Abweichungen von den 2004 prognostizierten Arztzahlen traten dabei insbesondere in den Nahbereichen des Oberzentrums Neubrandenburg, des Mittelzentrums Waren (Müritz) sowie des Grundzentrums Altentreptow auf. In allen drei genannten Nahbereichen praktizierten im Jahr 2010 z.T. deutlich mehr Ärzte als in der Broschüre aus dem Jahr 2004 prognostiziert wurde. Ursache hierfür ist, dass in den wenigen größeren Zentren die Niederlassungsbereitschaft geringfügig höher ausfällt (vgl. Kap. 6) und dort auftretende altersbedingte Praxischließungen häufiger durch Praxisnachfolgen teilweise kompensiert werden können. Durch seine unmittelbare Nähe zum Oberzentrum Neubrandenburg kann auch das Grundzentrum Altentreptow hiervon profitieren. Dennoch ging auch in den Nahbereichen Neubrandenburg, Waren (Müritz) und Altentreptow die absolute Zahl der Hausärzte im Zeitraum zwischen den Jahren 2004 und 2010 jeweils zurück.

In den Nahbereichen der Grundzentren Wesenberg, Mirow, Malchow, Rechlin, Loitz und Jarmen traf die 2004 getroffene Prognose zur Anzahl niedergelassener Hausärzte im Jahr 2010 exakt zu. Dies lässt darauf schließen, dass es - entsprechend den Grundannahmen der Prognose - zu keinen Neu- bzw. Nachbesetzungen in Folge altersbedingter Praxisaufgaben gekommen ist.

In den Nahbereichen der Grundzentren Woldegk, Feldberg und Stavenhagen fiel der Rückgang um je einen Hausarzt höher aus, als noch 2004 prognostiziert wurde. Der höhere Rückgang lässt sich dabei in den Nahbereichen Woldegk und Stavenhagen auf eine Praxisaufgabe vor dem Ende des 65. Lebensjahr zurückführen, ohne dass jeweils ein Praxisnachfolger gefunden werden konnte.

Bei einem Vergleich der Prognose einer Praxisaufgabe mit 65 bzw. 62 Jahren zeigt sich, dass die Prognosen für eine altersbedingte Praxisaufgabe mit 65 Jahren eher dem tatsächlichen Zustand im Jahr 2010 entsprechen als bei einem Renteneintritt mit 62 Jahren. Dieser Umstand wird des Weiteren dadurch bestätigt, dass eine Vielzahl in der Region praktizierender Hausärzte im Jahr 2010 bereits älter als 62 Jahre war (vgl. Kap. 5).

²¹ Broschüre „Hausärztliche Versorgung in der Mecklenburgischen Seenplatte – Analyse, Leitbild, Strategie“ (Hrsg.: Regionaler Planungsverband Mecklenburgische Seenplatte, 03/2004)

²² Die Prognosen des Jahres 2004 für die Nahbereiche der Region wurden hierfür auf das heutige zentralörtliche System umgerechnet.

Als Gründe für die eingetretenen, geringfügigen Abweichungen von der im Jahr 2004 erstellten Prognose können somit aufgeführt werden:

- ausgewählte Nahbereiche konnten im Laufe des Prognosezeitraums 2004 bis 2010 Nach- bzw. Neubesetzung frei gewordener Hausarztstellen verzeichnen,
- Ärzte praktizieren z.T. deutlich über das der Prognose zu Grunde gelegte Renteneintrittsalter von 65 Jahren hinaus,
- Prognose basiert ausschließlich auf altersbedingten Praxisaufgaben, während etwaige Neu- und Wiederbesetzungen nicht mit berücksichtigt werden können.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Grundannahmen der 2004 erstellten Prognosen (Renteneintritt mit 65 bzw. 62. Jahren; keine Praxisnachfolgen) ein realistisches und detailliertes Bild der tatsächlichen Entwicklungen wiedergegeben haben. Somit bietet es sich an, für zukünftige Prognosen diese Methodik als mögliches Entwicklungsszenario zu Grunde zu legen. Die regelmäßige Überprüfung der getroffenen, prognostischen Aussagen mit der realen Entwicklung bleibt auch zukünftig weiteren Monitorings vorbehalten.

9. Fazit und Schlussfolgerungen aus dem Monitoring 2011

Die Betrachtungen zum Stand der hausärztlichen Versorgung für das Jahr 2010 belegen, dass erhebliche Defizite bei der ambulanten, medizinischen Versorgung in der Region Mecklenburgische Seenplatte bestehen und ein weiterer Rückgang des medizinischen Versorgungsangebotes in den kommenden Jahren zu erwarten sein wird.

- 1) Seit der letzten Erhebung (Datenstand Dezember 2008) haben in einem überwiegenden Teil der Planungsregion die bestehenden Problemlagen weiter zugenommen, da nach wie vor mehr Hausärzte aus dem aktiven Dienst ausscheiden, als neue hinzukommen. Die bereits in den vorangegangenen Monitorings getroffenen Prognosen traten – mit einzelnen Abweichungen – in besagter Form ein.
- 2) Die in den Vorjahren getroffene Feststellung, dass ohne gezielte Gegenmaßnahmen von einer wesentlichen Verschlechterung der medizinischen Grundversorgung in der Mecklenburgischen Seenplatte ausgegangen werden muss, bestätigt sich auch im vorliegenden Monitoring erneut. Der Aufruf zu einem aktiven Gegensteuern ist somit aufrechtzuerhalten.
- 3) Ein deutliches Versorgungsdefizit steht insbesondere den Räumen der Mecklenburgischen Seenplatte bevor, die bereits gegenwärtig unterversorgt sind und gleichzeitig einen hohen Anteil älterer niedergelassener Hausärzte aufweisen. Hiervon sind insbesondere der östliche und südliche Teil der Planungsregion bzw. die zentrenfernen, dünn besiedelten Randgebiete betroffen. Sofern hier nicht zeitnah ein aktives Gegensteuern in Form der Anwerbung, Gewinnung und Zulassung neuer Hausärzte betrieben wird, droht der weitreichende Verlust eines zentralen Vorsorgebereiches, in dessen Folge sich die Lebensbedingungen in einer strukturschwachen Region weiter zu verschlechtern drohen. Da diese Bereiche zeitgleich in besonderem Ausmaß von der Alterung betroffen sein werden, ist ein gezieltes Handeln bereits heute erforderlich.

- 4) Eine kontinuierlich zunehmende Verschlechterung der medizinischen Grundversorgung deutet sich aber auch in den Nahbereichen der Mittelzentren Demmin, Neustrelitz und Waren (Müritz) sowie des Oberzentrums Neubrandenburg an. Auch wenn in diesen Teilräumen von einer im Verhältnis geringfügig höheren Niederlassungsbereitschaft von Hausärzten auszugehen ist, werden die auftretenden Bedarfe angesichts des hohen Umfangs altersbedingter Praxisschließungen nur sehr begrenzt kompensiert werden können. Besonders vor dem Hintergrund, dass die Zentren auch eine Versorgungsfunktion für die über die Nahbereiche hinausgehenden Verflechtungsräume erfüllen, ist das Vorhalten eines angemessenen Angebots an ambulant tätigen Medizinern von hervorgehobener Bedeutung für die gesamte Region. Ähnlich den zentrenfernen, ländlichen Nahbereichen sind somit auch hier die Bemühungen zur Gewinnung weiterer Hausärzte zu intensivieren.
- 5) Um in der Mecklenburgischen Seenplatte - und insbesondere in den genannten Nahbereichen - die hausärztliche Versorgung aufrechtzuerhalten bzw. eine weitere Verschlechterung zu verhindern, sind sowohl die kommunalen und regionalen Akteure als auch Interessensvertreter auf Landes- und Bundesebene zum aktiven Handeln aufgefordert. Innovative Lösungsansätze sind bereits im Leitbild „Zentrale Gesundheitshäuser für den ländlichen Raum“ formuliert worden und es sei erneut auf die Notwendigkeit derer kooperativen Umsetzung hingewiesen.

Die zentralen Handlungspunkte zur Umsetzung des 2004 formulierten Leitbildes werden daher im folgenden Abschnitt aufgeführt und erste Handlungsschritte zu deren Umsetzung unter Berücksichtigung der veränderten gesetzlichen Rahmenbedingungen aktualisiert dargestellt.

10. Leitbild zur ambulanten medizinischen Versorgung

Für die Region Mecklenburgische Seenplatte wurde im Jahr 2004 ein Leitbild der zukünftigen ambulanten medizinischen Versorgung entwickelt. Dieses Leitbild stellt eine Vision in Form einer idealisierten Zustandsbeschreibung dar, die sowohl die raumordnerischen Anforderungen als auch Lösungsvorschläge aus dem Gesundheitswesen über die gesetzliche Einführung der Medizinischen Versorgungszentren hinaus miteinander verknüpft und als Diskussionsgrundlage und strategischer, offener Handlungsrahmen der Region dienen soll.

„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 (20 – 30 Minuten) auch mit dem ÖPNV ist gewährleistet, zumal Zentrale Orte auch künftig Schulstandorte sein werden. Eine Kopplung mit anderen Dienstleistungsfunktionen des Zentralen Ortes ist möglich.
- In einem zentralen Gesundheitshaus arbeiten mehrere Hausärzte zusammen. Die Anzahl richtet sich gemäß Vorgabe der Bedarfsplanungs-Richtlinie nach der Einwohnerzahl im Nahbereich des zentralen Ortes. Die Bedarfsplanungs-Richtlinie (Einwohner/Arztrelation) wird dem Bevölkerungsrückgang

regelmäßig und adäquat angepasst. 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, Praxismgemeinschaften, 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 Synergieeffekte ist die Wirtschaftlichkeit höher als bei einer Einzelpraxis. 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 Leitbild²³ und das fortlaufende Monitoring²⁴ beitragen.
- Die Kassenärztliche Vereinigung identifiziert sich weitgehend mit den regionalen Problemlösungsansätzen. Sie hat daher in Reaktion auf den eingeleiteten regionalen Diskussionsprozess um die Planungsbereiche im zuständigen Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen durchgesetzt, dass der Planungsbereich Neubrandenburg/Mecklenburg-Strelitz für den Bereich der hausärztlichen Versorgung entlang der bis 2011 existierenden Kreisgrenze aufgeteilt wird. Erreicht werden soll damit eine Verlagerung von möglichen Niederlassungen in den unterversorgten Bereich des Landkreises Mecklenburg-Strelitz bzw. eine Vermeidung der Konzentration von Hausärzten im Oberzentrum. Diese Vorgehensweise sollte dringend auch auf die Versorgungsplanung der Fachärzte umgesetzt werden, um die Versorgungssituation in den jeweiligen Fachbereichen genauer abzubilden.

Durch die Kassenärztliche Vereinigung M-V wurden seit dem Jahr 2008 zur Gewinnung weiterer Hausärzte im Planungsbereich Müritzt fünf hausärztliche Zulassungen und im Planungsbereich Mecklenburg-Strelitz eine Hausarztstelle bereits mit Zahlungen von jeweils 50.000 € unterstützt.

- Gemeinsam mit den verantwortlichen Regionalplanern haben die regionalen Vertreter der Gesundheitsämter, der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, der Krankenkassen, der Hochschule Neubrandenburg sowie dem Sozialministerium Mecklenburg-Vorpommern die folgenden Aufgabenfelder im Sinne eines regionalen Gesundheitsmanagements identifiziert:
 - 1.) Aufbau eines regionalen Informationssystems zur ambulanten Versorgung im Sinne einer laufenden Raumbewertung
 - 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

²³ Broschüre „Hausärztliche Versorgung in der Mecklenburgischen Seenplatte – Analyse, Leitbild, Strategie“ (Hrsg.: Regionaler Planungsverband Mecklenburgische Seenplatte, 03/2004)

²⁴ Broschüre „Hausärztliche Versorgung in der Mecklenburgischen Seenplatte- Monitoring 2006“ (Hrsg. Regionaler Planungsverband Mecklenburgische Seenplatte, 12/2006)

- 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 und regelmäßig tagen. 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.
- Seit der ursprünglichen Erstellung des Leitbildes im Jahr 2004 wurden durch eine Reihe gesetzlicher Neuerungen auf Landes- und Bundesebene die Rahmenbedingungen für dessen Umsetzung verbessert:
- Zahlreiche Aktivitäten, die zur Umsetzung des Leitbildes und gegen den bestehenden Ärztemangel einen Beitrag leisten können, sind in dem im Dezember 2011 beschlossenen Versorgungsgesetz²⁵ enthalten, das ab dem Jahr 2012 in Kraft treten wird. Hierzu zählt die Zielsetzung einer weiteren Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung, z.B. durch regionalspezifische Bedarfsplanung, Anreize im Vergütungssystem, Förderung mobiler Versorgungskonzepte und die Verbesserung der Vereinbarkeit von Familien und Beruf von Medizinerinnen. Des Weiteren ist darin vorgesehen, Kommunen in Ausnahmefällen und in Abstimmung mit der Kassenärztlichen Vereinigung die Trägerschaft von medizinischen Versorgungseinrichtungen zu ermöglichen.
 - Durch die im Oktober 2011 in Kraft getretene Neuerung der Bedarfsplanungs-Richtlinie²⁶ des Gemeinsamen Bundesausschusses werden erstmals die Bevölkerungs- und Altersstruktur mit in die Bedarfsberechnung für Haus- und Fachärzte einbezogen. So sieht die novellierte Richtlinie die Berücksichtigung eines Demografiefaktors in der Bedarfsplanung vor. Dieser wird in solchen Teilräumen angewandt, in denen eine überdurchschnittliche alte Bevölkerung (> 60 Jahre) und eine im Bundesvergleich überdurchschnittliche Fallzahl für die jeweilige Arztgruppe vorliegt. Der Demografiefaktor ermöglicht die Einrichtung zusätzlicher Arztstellen in den betroffenen Gebieten.
 - Durch die Novellierung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes ist die Delegation von medizinischen Leistungen, z.B. über das Konzept der Gemeindeschwester AGnES²⁷, seit dem Jahr 2009 auch in die Regelversorgung überführt worden.²⁸ Dies leistet einen Beitrag zur Attraktivitätssteigerung des Arztberufs in ländlichen Regionen, indem ausgewählte medizinische

²⁵ Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG)

²⁶ Gemeinsamer Bundesausschuss 2010: Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie“; in der Neufassung vom 15. Februar 2007, zuletzt geändert am 18. August 2011

²⁷ Arztentlastende, Gemeindefnahe, E-Healthgestützte, Systemische Intervention

²⁸ Siehe hierzu: § 87 Abs. 2b SGB V

Routinetätigkeiten und zeitintensive Hausbesuche an speziell geschulte Schwestern übertragen werden können.

- Auf Bundesebene wurde durch die Anhebung der Arzthonorare im Zuge des Gesundheitsfonds bereits ein erster Ansatz zur Angleichung der Arbeitsbedingungen zwischen alten und neuen Bundesländern geschaffen. Um einer weiteren Unterversorgung in ländlichen Räumen ferner entgegenzuwirken, besteht seit dem Jahr 2006 nunmehr die Möglichkeit, Sicherstellungszuschläge in Form eines Zuschusses zwischen Krankenkassen und Kassenärztlicher Vereinigung zu vereinbaren.²⁹
 - Die bereits im ersten Monitoring geforderten Pflegestützpunkte³⁰ haben mit der Novellierung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (§ 92c SGB XI) auch eine gesetzliche Basis erhalten. Im Land Mecklenburg-Vorpommern ist es demnach Aufgabe der Pflege- und Krankenkassen, solche Pflegestützpunkte auf Kreisebene einzurichten. Eine Verknüpfung der Gesundheitshäuser mit den einzurichtenden Pflegestützpunkten bietet sich daher auf Grund der weitreichenden Synergieeffekte beider Angebote auch weiterhin an.
- Eine erste modellhafte Realisierung des regionalen Leitbildes der zukünftigen medizinischen Versorgung in der Region Mecklenburgische Seenplatte findet aktuell im Grundzentrum Woldegk in Form eines Pilotprojektes statt. Hier wird voraussichtlich bis Ende 2013 das erste Zentrale Gesundheitshaus zur ambulanten medizinischen Versorgung des aktuell noch unterversorgten Nahbereichs einen Beitrag leisten.

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

²⁹ GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG bzw. § 105 Abs. 4 SGB V

³⁰ Die Broschüre „Innovative Wege zur Pflege älterer Menschen in der Mecklenburgische Seenplatte“ ist unter <http://www.region-seenplatte.de/media/Wir-ueber-uns/Regionaler-Planungsverband/Downloadbereich/Innovative%20Wege%20Pflege%20aelterer%20Menschen.pdf> einzusehen.