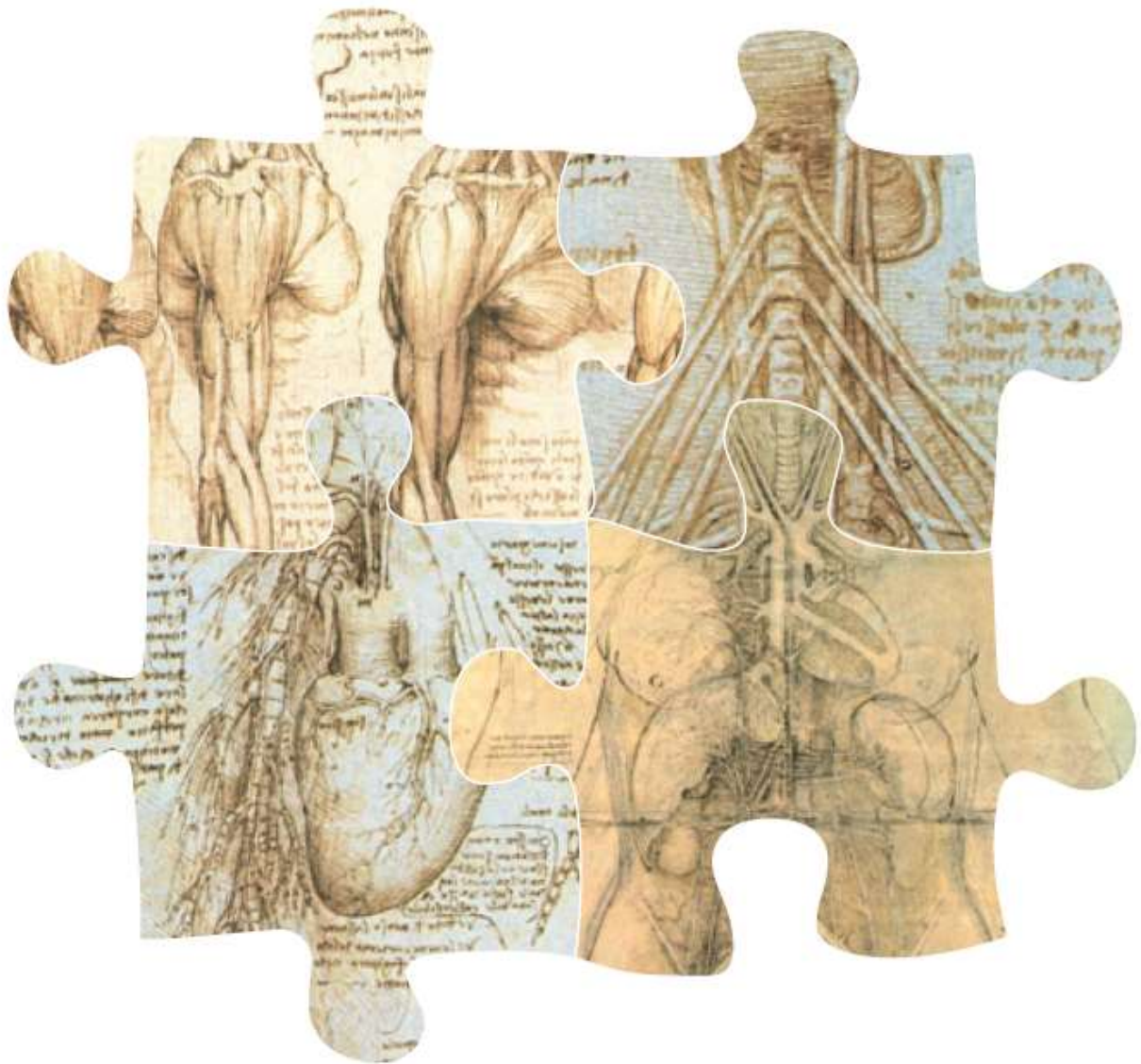




## Regionaler Planungsverband Mecklenburgische Seenplatte



## Hausärztliche Versorgung in der Planungsregion Mecklenburgische Seenplatte Monitoring 2018

## IMPRESSUM

### **Herausgeber**

Regionaler Planungsverband Mecklenburgische Seenplatte

Helmut-Just-Straße 4

17036 Neubrandenburg

Telefon: 0395 777 55 1-100

Fax: 0395 777 55 1-101

E-Mail: [poststelle@afrlms.mv-regierung.de](mailto:poststelle@afrlms.mv-regierung.de)

Internet: [www.region-seenplatte.de](http://www.region-seenplatte.de)

Mit fachlicher Unterstützung des Gesundheitsamtes des  
Landkreises Mecklenburgische Seenplatte

### **Karten und Grafiken**

Amt für Raumordnung und Landesplanung Mecklenburgische Seenplatte

Grafik Titelblatt: Atelier Löhlein & Löhlein

Diese Broschüre ist im Downloadbereich des Internetauftritts des Regionalen  
Planungsverbandes Mecklenburgische Seenplatte unter folgender Adresse verfügbar:

[www.region-seenplatte.de/downloads](http://www.region-seenplatte.de/downloads)

## INHALT

1.	Einleitung.....	5
2.	Demografische und siedlungsstrukturelle Ausgangssituation in der Region Mecklenburgische Seenplatte.....	6
3.	Medizinische Versorgung als Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge und deren Relevanz für die überörtliche Planung.....	7
4.	Organisatorische Rahmenbedingungen der Bedarfsplanung für Hausärzte in Mecklenburg-Vorpommern.....	8
5.	Gegenwärtige Situation der hausärztlichen Versorgung.....	10
6.	Altersstruktur der Hausärzte.....	15
7.	Prognose der Verteilung der Hausärzte im Jahr 2025.....	17
8.	Erreichbarkeit der Hausärzte mit dem Öffentlichen Personennahverkehr.....	19
9.	Fazit und Schlussfolgerungen aus dem Monitoring 2018.....	22
10.	Leitbild zur ambulanten medizinischen Versorgung.....	22

## ABBILDUNGEN

1.	Zusammensetzung der Bevölkerung nach Altersgruppen in den Jahren 2010 und 2030.....	6
2.	Kassenärztliche Planungsbereiche für Hausärzte im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte.....	10
3.	Räumliche Verteilung der Hausärzte in der Region Mecklenburgische Seenplatte nach Gemeinden.....	12
4.	Gemeindeämter und zentralörtliche Verflechtungsbereich in der Region Mecklenburgische Seenplatte.....	14
5.	Stand der hausärztlichen Versorgung in den Nahbereichen der Region Mecklenburgische Seenplatte am 31. Dezember 2015.....	15
6.	Altersstruktur der Hausärzte in der Region Mecklenburgische Seenplatte am 31. Dezember 2015.....	16
7.	Prognose der Verteilung der Hausärzte im Jahr 2025 bei einem Renteneintrittsalter von 65 Jahren.....	18
8.	Erreichbarkeit eines Hausarztes mit dem Öffentlichen Personennahverkehr in der Region Mecklenburgische Seenplatte.....	20
9.	ÖV-Erreichbarkeit eines Hausarztes je Gemeinde in der Region Mecklenburgische Seenplatte.....	21

## TABELLEN

1.	Zahl der Hausärzte in den Teilräumen der Mecklenburgischen Seenplatte zwischen den Jahren 2008 und 2015.....	11
2.	Einwohner-/Hausarztrelation in den Planungsbereichen der Mecklenburgischen Seenplatte.....	13

## 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 nimmt in einer alternden Gesellschaft die Nachfrage nach medizinischen Leistungen zu. Auf der 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 immer größeren Teilen des dünn besiedelten ländlichen Raums immer weniger Angebote vorhanden sind. Neben dem Ärztemangel stellt auch der so genannte „Pflegenotstand“ die Versorgung Pflegebedürftiger vor immer größere Probleme.

Da die medizinische Versorgung erheblich zur Attraktivität und Lebensqualität einer Region beiträgt, hat sie 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 gleichwertige Lebensverhältnisse erzielen zu können, besteht die Notwendigkeit einer regional abgestimmten Vorgehensweise. Daher wird die medizinische Versorgung zunehmend zu einem Betätigungsfeld für die Regional- und Landesplanung im ländlichen Raum.

Der Regionale Planungsverband Mecklenburgische Seenplatte beschäftigt sich bereits seit 2002 mit der Sicherung der ambulanten medizinischen Versorgung in der Region. Um der Gefahr der medizinischen Unterversorgung *Aktiv!* zu begegnen, erfasst der Regionale Planungsverband seit 2006 in regelmäßigen Abständen in sogenannten „Monitorings“ die Situation der hausärztlichen Versorgung in der Region Mecklenburgische Seenplatte. Diese Monitorings dienen auch als Material zur Öffentlichkeits- und Lobbyarbeit, um politische Akteure auf Landes-, Bundes- und EU-Ebene über die aktuelle Versorgungssituation in der Mecklenburgischen Seenplatte zu informieren.

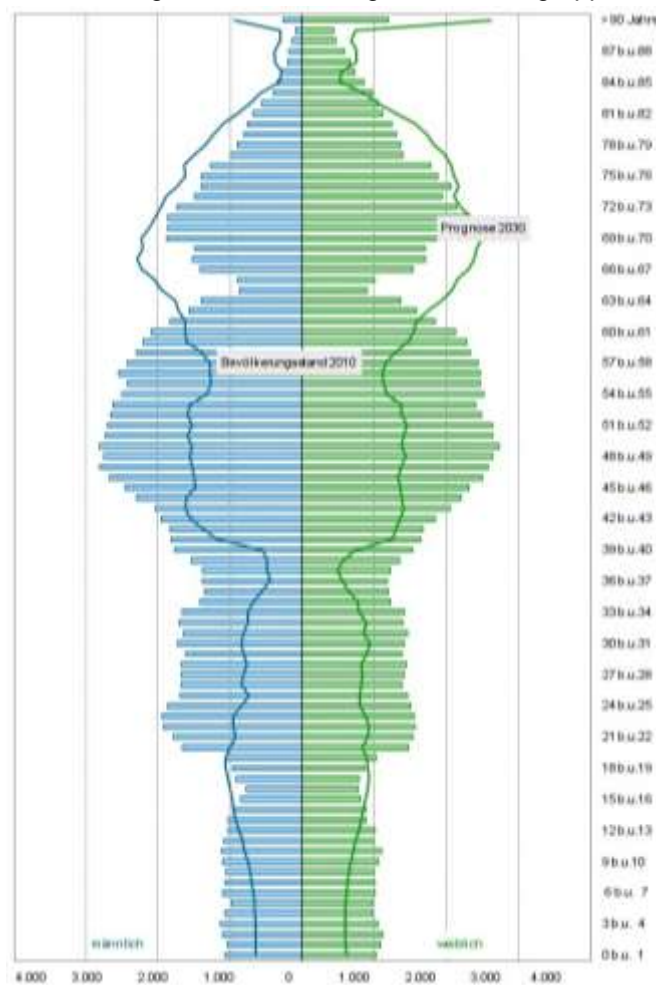
Mit dem vorliegenden Monitoring zum Stand der hausärztlichen Versorgung versucht der Regionale Planungsverband Mecklenburgische Seenplatte, erneut einen Beitrag zur Gestaltung der zukünftigen medizinischen Versorgung in der Region bzw. dem Landkreis zu leisten. Durch die kleinräumige Betrachtung der aktuellen Versorgungssituation und dem schematischen Szenario für das Jahr 2025 sollen potenzielle 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 auch die realen Erreichbarkeitsverhältnisse der Hausärzte in die Betrachtung einbezogen.

## 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<sup>1</sup>, sank deren Zahl bis zum Jahr 2016 auf knapp 262.000 Einwohner. Damit vollzog die Region innerhalb von nur 26 Jahren einen Bevölkerungsverlust von etwa 22 %. 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<sup>2</sup> 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



<sup>1</sup> Heutiger Gebietsstand, deckungsgleich mit dem Landkreis Mecklenburgische Seenplatte

<sup>2</sup> 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.

Quelle: Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern

Der langjährige Bevölkerungsverlust hat auch Einfluss auf die Altersstruktur der Bevölkerung (s. Abbildung 1). Entgegen dem allgemeinen Entwicklungstrend wird die Zahl älterer Menschen, d. h. über 65 Jahre, bis zum Jahr 2030 sowohl absolut als auch prozentual im Verhältnis zu anderen Altersgruppen deutlich zunehmen. Waren im Jahr 2016 noch gut 24 % der Bevölkerung älter als 65 Jahre (absolut 63.696 Personen), wird deren Zahl im Jahr 2030 rund 78.000 betragen, was in etwa einem guten Drittel (37 %) der Gesamtbevölkerung entsprechen wird. Gleichzeitig werden die absolute Zahl sowie der prozentuale 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 Zentralen Orten geprägt. Ein Großteil der Gemeinden hat weniger als 1.000 Einwohner und es gibt nur vier Zentrale Orte mit mehr als 10.000 Einwohnern. Die Bevölkerungsdichte betrug im Jahr 2016 ca. 48 Einwohner/km<sup>2</sup>, was im bundesweiten Vergleich der Raumordnungsregionen und Landkreise einen der geringsten Werte darstellt (zum Vergleich: Bundesrepublik Deutschland gesamt: 231 Einwohner/km<sup>2</sup>). Infolge des prognostizierten Bevölkerungsrückgangs wird die Einwohnerdichte in der Region bis zum Jahr 2030 auf ca. 37 Einwohner/km<sup>2</sup> 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.<sup>3</sup> Die Auswirkungen der demografischen Veränderungen haben auf die einzelnen Vorsorgebereiche wie z. B. schulische und frühkindliche Bildung, medizinische Versorgung, Pflege und Betreuung sowie Kultur jedoch unterschiedliche Auswirkungen.

So wird vor allem die gesellschaftliche Alterung weiterhin 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<sup>4</sup> des Bundes angehalten ist. Insofern ist die Sicherung der medizinischen Grundversorgung auch von regionalplanerischem Interesse, obwohl die letztliche Ansiedlung und Verteilung

<sup>3</sup> vgl. Regionaler Planungsverband Mecklenburgische Seenplatte 2011: Strategiepapier zum Umgang mit den Folgen des demografischen Wandels.

<sup>4</sup> § 1 Abs. 2 Raumordnungsgesetz vom 22. Dezember 2008, zuletzt geändert durch Artikel 2 Absatz 15 des Gesetzes vom 20. Juli 2017

von Medizinern durch andere Akteure erfolgt. Dennoch werden z. B. im Regionalen Raumentwicklungsprogramm Mecklenburgische Seenplatte<sup>5</sup> Vorgaben und Empfehlungen an die Fachplanungen und Behörden formuliert, die im gesamtregionalen Interesse zu einer möglichst wohnortnahen und flächendeckenden medizinischen Versorgung beitragen sollen.

Durch den querschnittsorientierten Ansatz der Regionalplanung besteht zudem die Möglichkeit, die medizinische Versorgung im Verbund 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 Erreichbarkeit hausärztlicher Einrichtungen erforderlich, um ein möglichst reales Bild der Versorgungssituation zu erhalten. Vor diesem Hintergrund ist im vorliegenden Monitoring eine Erreichbarkeitsbetrachtung enthalten.

Mit dem Monitoring wird im Rahmen einer fortlaufenden Raubeobachtung 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<sup>6</sup> des Gemeinsamen Bundesausschuss in Kraft, die an die Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder gerichtete Empfehlungen für die Bedarfsplanung enthält. In der geltenden Fassung der Richtlinie wird die Möglichkeit eingeräumt, die Bedarfsplanung für die medizinische Versorgung an die regionalen Besonderheiten anzupassen und von den einheitlichen Bundesvorgaben abzuweichen. So können die Planzahlen, die das Verhältnis von Einwohnern pro 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 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 geltenden Bedarfsplan<sup>7</sup> für das Land Mecklenburg-Vorpommern verabschiedet. Folgende zentrale Änderungen im Bereich der Bedarfsplanung für Hausärzte wurden dabei vorgenommen.

---

<sup>5</sup> Kapitel 6.3.4 „Medizinische Versorgung“ im Regionalen Raumentwicklungsprogramm Mecklenburgische Seenplatte in der Fassung vom 15. Juni 2011

<sup>6</sup> 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 17. November 2017

<sup>7</sup> Bedarfsplan für den Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, Einvernehmen wurde am 15. Mai 2013 zwischen KV und Krankenkassen hergestellt



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. Seit Inkrafttreten des aktuellen 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<sup>8</sup> festgelegt (s. Abbildung 2). Dabei werden bei der Bedarfsplanung die 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 Medizinerinnen 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.

Dementsprechend ist die Region Mecklenburgische Seenplatte auf fünf Planungsbereiche aufgeteilt, mit einer durchschnittlichen Größe von ca. knapp 1.170 km<sup>2</sup> pro Planungsbereich. Durch die kleinteilige Struktur ist eine detailliertere Betrachtung des Versorgungsgrades möglich. Zudem berücksichtigen die Mittelbereiche in begrenztem Umfang auch die Erreichbarkeitsvorgaben im Öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV) und im motorisierten Individualverkehr (MIV), indem bei der Festlegung der Zentralen Orte anzustrebende Reisezeiten aus den Verflechtungsbereichen in die jeweiligen Zentren mit in die Entscheidungsprozesse einfließen.

---

<sup>8</sup> Landesraumentwicklungsprogramm (LEP) Mecklenburg-Vorpommern vom 27. Mai 2016.

Abbildung 2: Kassenärztliche Planungsbereiche für Hausärzte im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte



Darstellung: Amt für Raumordnung und Landesplanung Mecklenburgische Seenplatte

Eine weitere Veränderung gegenüber der vorherigen 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 (vor 2013: 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 Neuauflage von 2013 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 2015 insgesamt 192 Hausärzte tätig (s. Tabelle 1). Gegenüber dem letzten Monitoring mit Datenstand vom

31.12.2012 arbeiteten somit insgesamt 15 Hausärzte mehr in der Region. Nachdem zwischen den Jahren 2006 bis 2010 die Zahl der Hausärzte stetig rückläufig war, konnte im Jahr 2012 erstmals wieder ein Zuwachs an in der Region praktizierenden Hausärzten verzeichnet werden, der sich auch zum Jahr 2015 fortsetzte. Die Zahl der Hausärzte im Mittelbereich Demmin sowie im Mittelbereich Neubrandenburg (ohne Stadt Neubrandenburg) ist auf geringem Niveau rückläufig, während die Zahl der praktizierenden Hausärzte in den Mittelbereichen Waren (Müritz) und Neustrelitz zunahm. In der Stadt Neubrandenburg konnte sogar eine deutliche Zunahme der Zahl der Hausärzte registriert werden.

Tabelle 1: Zahl der Hausärzte in den Teilräumen der Mecklenburgischen Seenplatte zwischen den Jahren 2008 und 2015

<b>Gebietseinheit</b>	<b>2008</b>	<b>2010</b>	<b>2012</b>	<b>2015</b>
Stadt Neubrandenburg	43	42	41	50
Mittelbereich Neubrandenburg	58	53	58	55
Mittelbereich Demmin <sup>9</sup>	19	18	17	16
Mittelbereich Neustrelitz	26	25	26	31
Mittelbereich Waren (Müritz)	34	35	35	40
<b>Region Mecklenburgische Seenplatte</b>	<b>180</b>	<b>173</b>	<b>177</b>	<b>192</b>

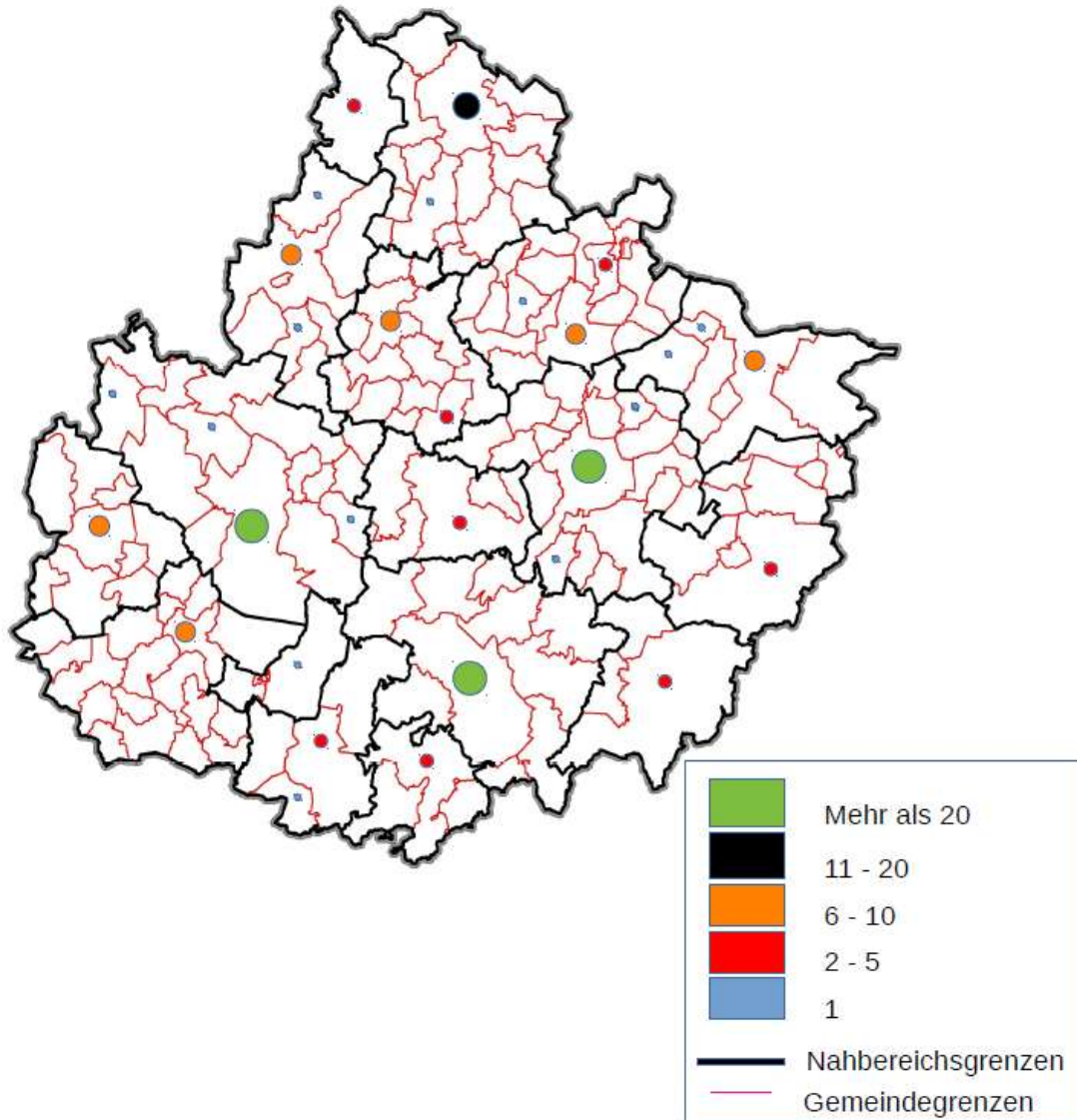
Quelle: Gesundheitsamt des Landkreises Mecklenburgische Seenplatte

Die Hausärzte verteilten sich Ende 2015 dispers, aber ungleichmäßig über die Region (s. 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. Im Jahr 2015 war nur in 34 der insgesamt 156 Gemeinden ein Hausarzt angesiedelt, das entspricht knapp 22 % 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).

<sup>9</sup> 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

## Verteilung der Hausärzte nach Gemeinden in der Region Mecklenburgische Seenplatte im Jahr 2015



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 1.367 Einwohnern je Hausarzt. Somit liegt, statistisch gesehen, eine ausreichende Versorgung vor. Wie schon in den vorangegangenen Monitorings treten zwischen den einzelnen Mittelbereichen der Region Unterschiede im Versorgungsgrad auf.

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

Gebietseinheit	Einwohner <sup>10</sup> -/ Hausarztrelation am 31.12.2015	Einwohner-/ Hausarztrelation gemäß Bedarfsplan	Abweichung vom Richtlinien- wert
Stadt Neubrandenburg	1.272	1.671	+ 24 %
Mittelbereich Neubrandenburg	1.448	1.425	- 1 %
Mittelbereich Demmin <sup>11</sup>	1.420	1.425	+ 0 %
Mittelbereich Neustrelitz	1.321	1.425	+ 7 %
Mittelbereich Waren (Müritz)	1.390	1.425	+ 2 %
Region Mecklenburgische Seenplatte	1.367	-	-

Quelle: Gesundheitsamt des Landkreises Mecklenburgische Seenplatte, eigene Berechnung

Für den Planungs- und Mittelbereich Neubrandenburg ohne Stadt Neubrandenburg (- 1 %) wird die Zielgröße der Bedarfsplanung geringfügig unterschritten, während für die Planungsbereiche Demmin (0 %), Neustrelitz (+ 7 %) und Waren (Müritz) (+ 2 %) erreicht und geringfügig übertroffen sowie für den Planungsbereich Stadt Neubrandenburg (+ 24 %), deutlich übertroffen wird.

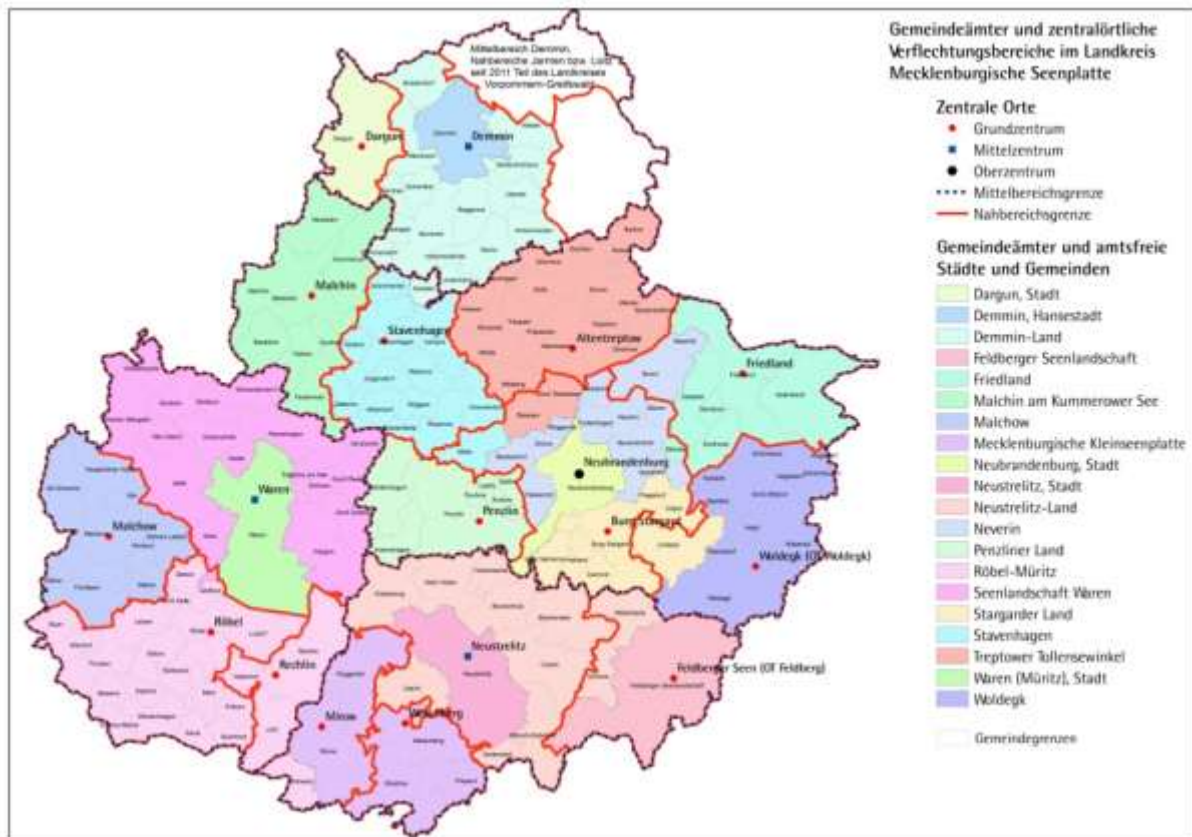
Ein noch detaillierteres Bild der hausärztlichen Versorgungssituation ergibt sich, wenn man anstelle der Mittelbereiche die zentralörtlichen Nahbereiche betrachtet. Im Regionalen Raumentwicklungsprogramm Mecklenburgische Seenplatte werden insgesamt 17 Nahbereiche mit einer durchschnittlichen Größe von 323 km<sup>2</sup> als Verflechtungsbereiche um die Zentralen Orte<sup>12</sup> ausgewiesen. Diese Nahbereiche weisen große Schnittmengen mit den administrativen Gemeindeämtern auf (vgl. Abbildung 4), sind jedoch im Gegensatz hierzu funktionalräumlich abgegrenzt, d. h. sie beruhen – ähnlich wie die Mittelbereiche – auf bestehenden funktionalen Verflechtungen.

<sup>10</sup> Auf Grundlage des Einwohnerstandes und der Zahl der Hausärzte vom 31.12.2015

<sup>11</sup> Im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte gelegener Teil des Mittelbereichs Demmin.

<sup>12</sup> Jedem Zentralen Ort wird ein Nahbereich zugeordnet. Die einzige Ausnahme bildet das Grundzentrum Burg Stargard, das einen gemeinsamen Nahbereich mit dem Oberzentrum Neubrandenburg hat.

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



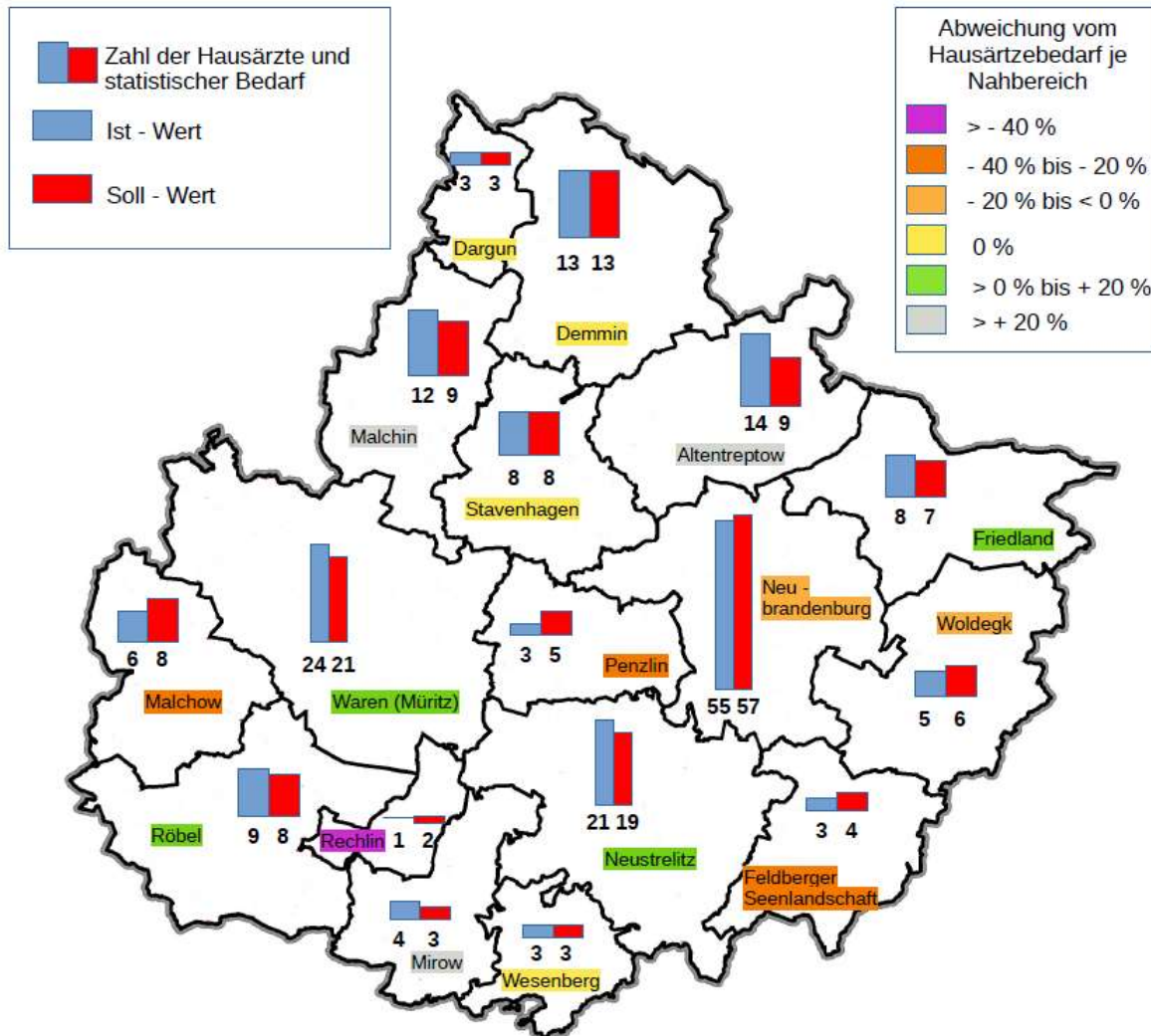
Darstellung: Amt für Raumordnung und Landesplanung Mecklenburgische Seenplatte

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

Die größte Unterschreitung beim Hausärztebedarf tritt in den Nahbereichen der Grundzentren Rechlin (- 50 %), Penzlin (- 40 %), Malchow und Feldberger Seenlandschaft (jeweils - 25 %) auf. Die Nahbereiche des Grundzentrums Woldegk sowie des Oberzentrums Neubrandenburg sind 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 damit überwiegend im Süden der Region. Bedarfsdeckung wird in den Nahbereichen Dargun, Demmin, Stavenhagen und Wesenberg erreicht.

Abbildung 5: Stand der hausärztlichen Versorgung in den Nahbereichen der Region Mecklenburgische Seenplatte am 31. Dezember 2015

Stand der hausärztlichen Versorgung in den Nahbereichen der Mecklenburgischen Seenplatte zum 31.12.2015



Quelle: Gesundheitsamt des Landkreises Mecklenburgische Seenplatte, eigene Darstellung

Der statistische Bedarf wird sogar in ausgewählten Nahbereichen (Malchin, Mirow, Altentreptow) deutlich übertroffen (Abweichung  $\geq + 20\%$ ). Diese Nahbereiche waren auch im Jahr 2012 bereits übertroffen.

## 6. Altersstruktur der Hausärzte

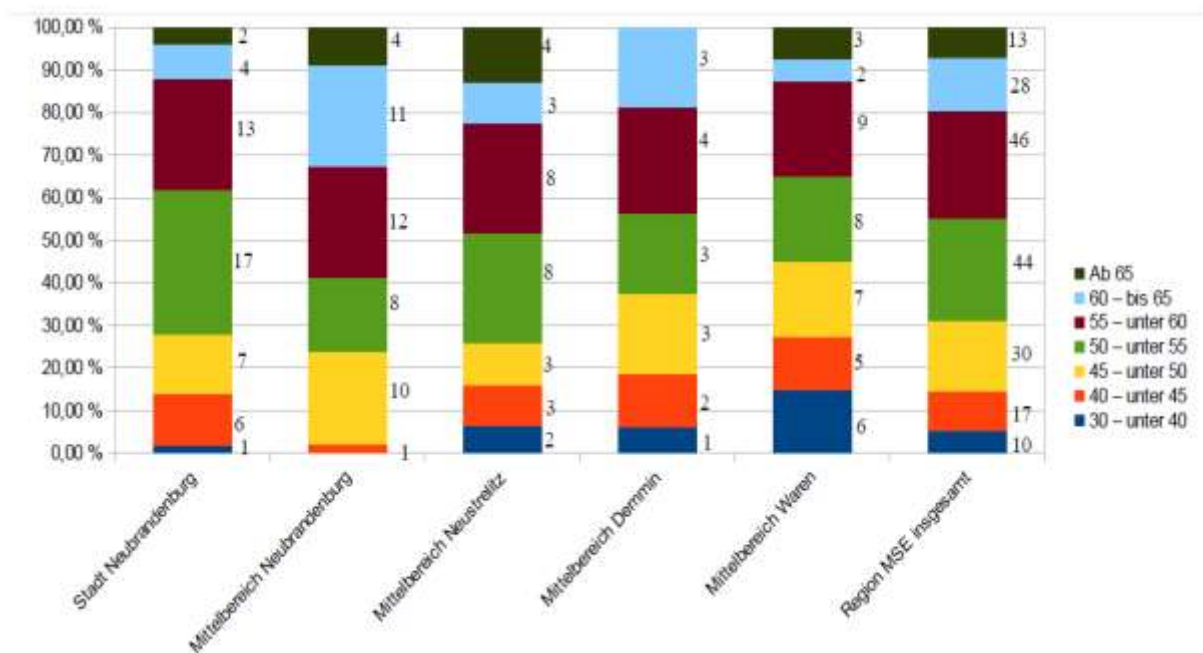
Die Hausärzte in der Region Mecklenburgische Seenplatte hatten im Jahr 2015 ein Durchschnittsalter von 54,4 Jahren. Das liegt leicht unter dem Durchschnittsalter der Allgemeinmediziner und der Praktischen Ärzte in Mecklenburg-Vorpommern mit 55,0

Jahren<sup>13</sup>. Zwischen den einzelnen Mittelbereichen treten im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte geringfügige Unterschiede auf, allen ist jedoch ein vergleichsweise hohes Durchschnittsalter gemein. Die durchschnittlichen jüngsten Hausärzte praktizierten im Mittelbereich Waren (51,4 Jahre) und in der Stadt Neubrandenburg (52,4 Jahre). Im Mittelbereich Neubrandenburg (ohne Stadt) beträgt der Altersdurchschnitt 55,3 Jahre. Die im Durchschnitt ältesten Hausärzte sind in den Mittelbereichen Demmin (53,9 Jahre) sowie Neustrelitz (55,1 Jahre) tätig.

Mehr als zwei Drittel (69 %) aller in der Region Mecklenburgische Seenplatte tätigen Hausärzte waren im Jahr 2015 bereits älter als 50 Jahre. Insgesamt arbeiteten 16 Hausärzte, was einem Anteil von 8 % 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 2015 82 Jahre alt.

Im Jahr 2015 waren insgesamt lediglich acht Hausärzte jünger als 40 Jahre (4 % Anteil aller Hausärzte) bzw. 22 Ärzte jünger als 45 Jahre (11 %). Zum Teil rückten junge Ärzte nach, die seit dem Jahr 2012 eine Tätigkeit als Hausarzt in der Region aufnahmen. Der jüngste praktizierende Hausarzt in der Region war im Jahr 2015 35 Jahre alt.

Abbildung 6: Altersstruktur der Hausärzte in der Region Mecklenburgische Seenplatte am 31. Dezember 2015



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 im Mittelbereich Waren sowie in der Stadt Neubrandenburg selbst am höchsten. Zugleich ist im Mittelbereich sowie in der Stadt Neubrandenburg auch die absolute Zahl der Ärzte in der Altersgruppe 50+ am höchsten.

13 Vgl. Bericht über Qualität und Sicherstellung in der ambulanten medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern (Berichtsjahr 2016) der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, 2017, S. 6



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 zeigt 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 (s. Kapitel 8) nachzubeseetzen.

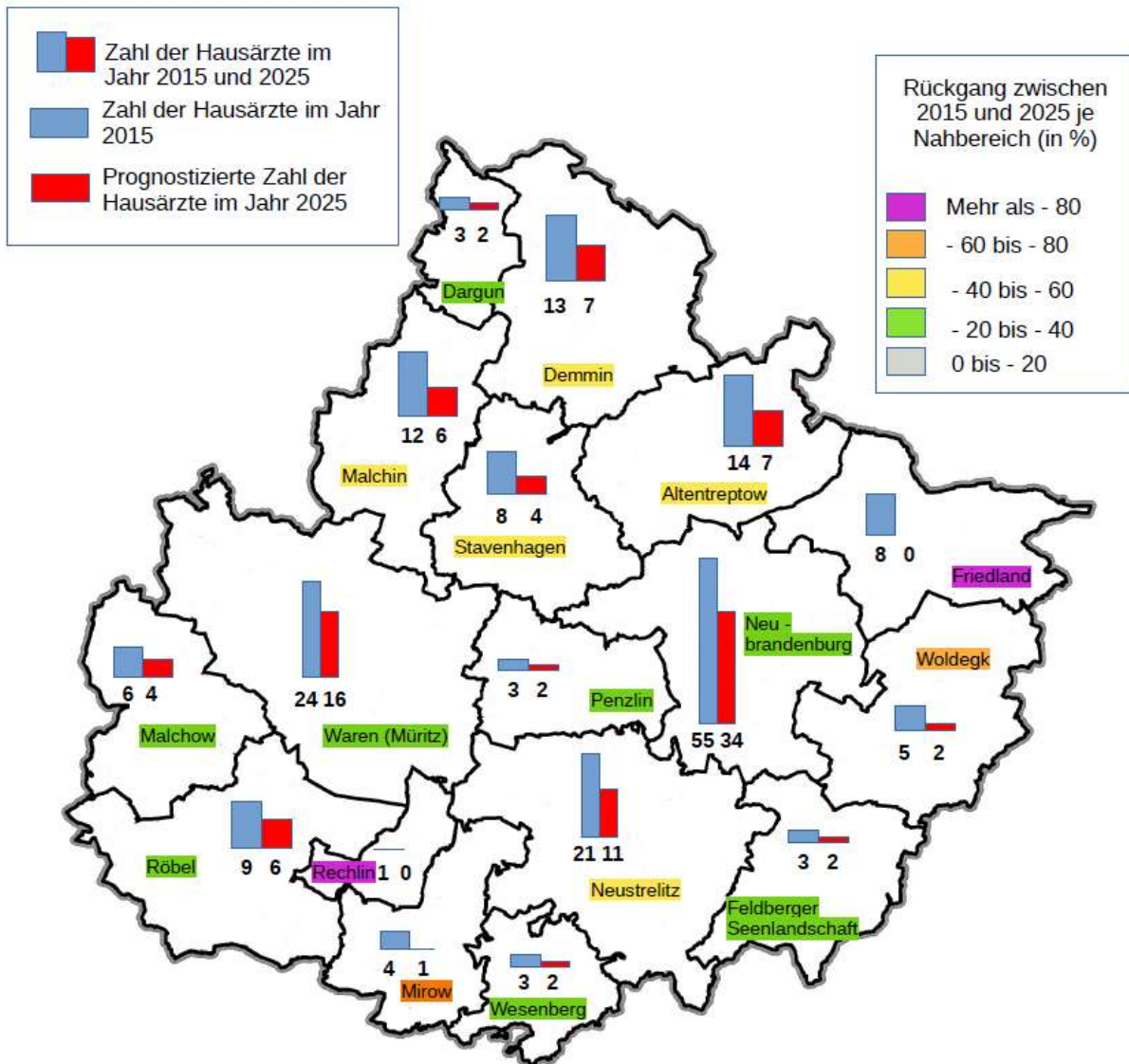
Da auch bei den Ruhestandseintritten der Hausärzte regionale Unterschiede zu erwarten sind, die je nach kleinräumiger Ausgangssituation unterschiedliche Auswirkungen auf die Versorgungssituation vor Ort haben werden, wird im Kapitel 8 nochmals auf die zu erwartenden Entwicklungen auf Ebene der zentralörtlichen Nahbereiche bis zum Jahr 2025 eingegangen.

## 7. Prognose der Verteilung der Hausärzte im Jahr 2025

Infolge des hohen Durchschnittsalters der in der Region Mecklenburgische Seenplatte niedergelassenen Hausärzte wird bis zum Jahr 2025 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 2025 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 2025 zunächst ausgeklammert, da keine verlässliche Datengrundlage für deren Vorausberechnung und räumliche Verteilung vorliegt. Infolge der erfahrungsgemäß geringen Niederlassungsbereitschaft der vergangenen Jahre (s. Kapitel 7) wird die Zahl der Nachfolgen und Neuzulassungen die Zahl der auslaufenden Zulassungen bis zum Jahr 2025 jedoch voraussichtlich unterschreiten.

Geht man von einem Renteneintrittsalter von 65 Jahren aus, entsteht bis zum Jahr 2025 somit ein Wiederbesetzungsbedarf für insgesamt 101 Hausarztstellen, um den im Jahr 2015 bestehenden Versorgungsstand in der Region Mecklenburgische Seenplatte aufrechtzuerhalten.

Abbildung 7: Prognose der Verteilung der Hausärzte im Jahr 2025 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 (s. Abbildung 8). Demnach wird der absolut höchste Rückgang in den Nahbereichen Neubrandenburg, Neustrelitz, Waren (Müritz), Friedland und Altentreptow erwartet. Dabei stellt der Rückgang insbesondere für die Grundzentren Friedland und Rechlin sowie die umgebenden Nahbereich eine große Herausforderung dar, da die hier zu erwartenden Altersabgänge einem kompletten Wegfall des Hausärzteangebots entsprechen. Hohe prozentuale Rückgänge zeichnen sich zudem in den Nahbereichen Mirow (- 75 %), Woldegk (- 60 %), Malchin, Stavenhagen sowie Altentreptow (jeweils - 50 %) ab. Da insbesondere der Nahbereich Rechlin bereits im Jahr 2015 statistisch unterversorgt war, werden hier in den nächsten Jahren weitere hausärztliche Versorgungsbedarfe entstehen.

Im Vergleich zum vorhergehenden Monitoring (Datenstand 2012) zeigt sich hier eine flächendeckendere und weitaus stärkere Betroffenheit der Region durch den altersbedingten Verlust von Hausärzten.

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 2025 insgesamt 126 Hausärzte, das entspricht etwa 65 % der im Jahr 2015 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 2015 bereits relativ hohen Durchschnittsalters von knapp 55 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.

## 8. 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.

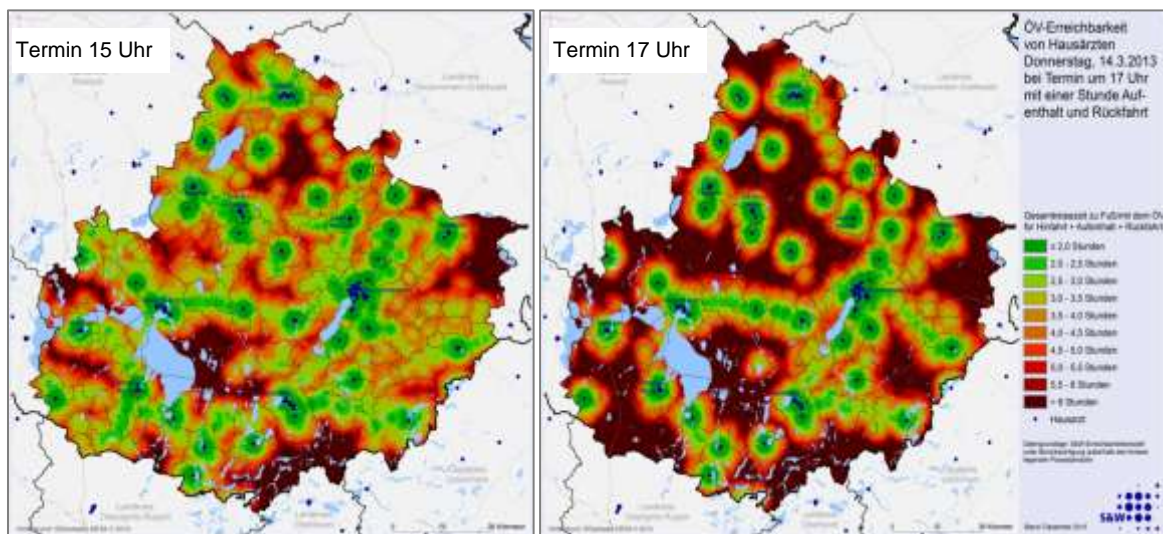
Im Rahmen der Erreichbarkeitsanalyse wurden die Reisezeiten im ÖPNV für einen Arztbesuch beim jeweils nächstgelegenen Hausarzt zu ausgewählten Zeitpunkten<sup>14</sup> berechnet. Die Reisezeiten setzen sich dabei aus der Hin- und Rückfahrt (inkl. Geh-, Warte- und Umsteigezeiten) sowie einer Behandlungsdauer 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.

---

<sup>14</sup> Betrachtung erfolgte für einen Donnerstag bzw. Samstag, jeweils um 8, 11, 15 und 17 Uhr

Abbildung 8: Erreichbarkeit eines Hausarztes mit dem Öffentlichen Personennahverkehr in der Region Mecklenburgische Seenplatte



Darstellung: Spiekermann & Wegener 2013

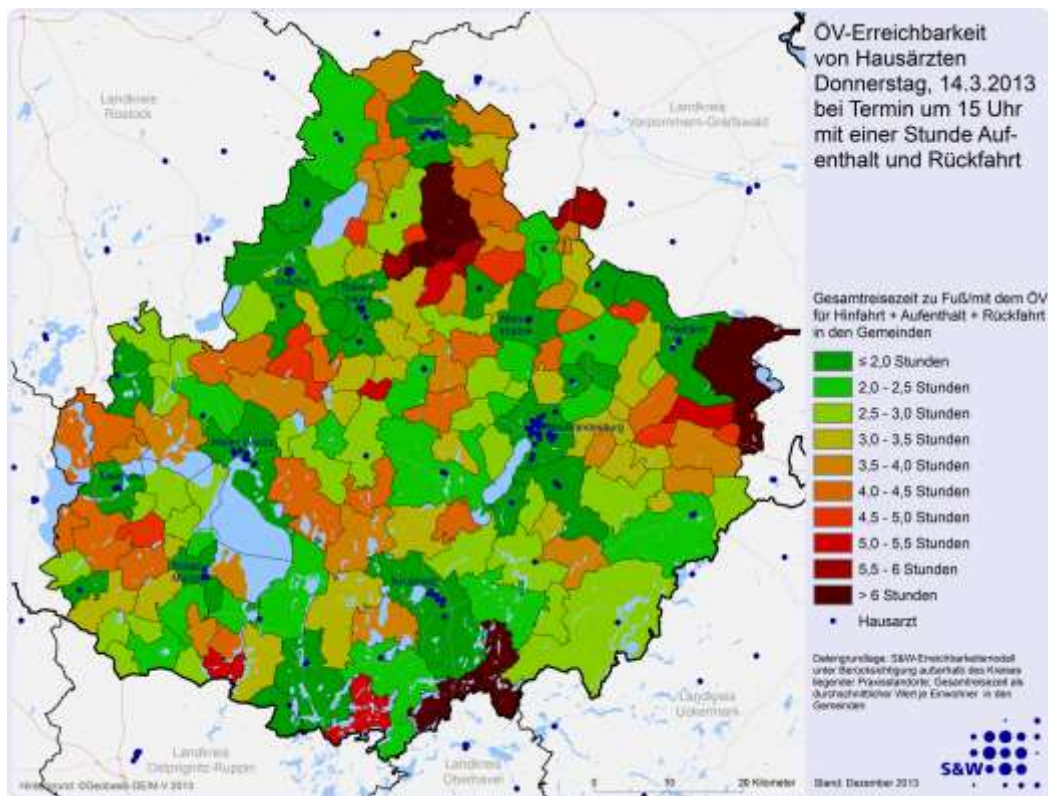
Erreichbarkeitsdefizite liegen bei einem Arzttermin insbesondere in den zentrenfernen Räumen abseits der Hauptverkehrsachsen vor. Vergleichsweise ungünstige Erreichbarkeitsverhältnisse mit dem ÖPNV liegen in den Grenzbereichen des Landkreises östlich von Friedland und südlich von Neustrelitz sowie für 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 9: 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.

## 9. Fazit und Schlussfolgerungen aus dem Monitoring 2018

Im Ergebnis des Monitorings ist festzuhalten, dass in den kommenden Jahren verstärkt Anstrengungen unternommen werden müssen, um das bestehende Maß der hausärztlichen Versorgung zu sichern und der sich abzeichnenden immer stärker ausgeprägten Unterversorgung entgegenzuwirken.

- 1) Die Zahl der Hausärzte in der Region Mecklenburgische Seenplatte nahm im Berichtszeitraum insgesamt weiterhin zu, wie auch im voran gegangenen Monitoring. Die überwiegende Mehrheit der Hausärzte praktizierte allerdings in den Zentren der Region, während die ländlichen Gemeinden in der Regel über kein eigenes medizinisches Angebot verfügten. Der Zuwachs ist dementsprechend lokal begrenzt.
- 2) Für die Region liegt eine gemäß den Vorgaben der Kassenärztliche Vereinigung M-V ausreichende Versorgung mit Hausärzten vor. Dabei unterscheidet sich der Versorgungsgrad jedoch teilträumlich. Unterversorgte Nahbereiche befinden sich tendenziell im Süden der Region.
- 3) Das Durchschnittsalter der Hausärzte in der Region liegt mit 54,4 Jahren relativ hoch, entspricht damit aber auch in etwa dem Landesdurchschnitt. Auf Grund des hohen Anteils älterer Ärzte (55+) wird in den kommenden Jahren mit einer starken 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 präventiv gegensteuernder Maßnahmen und Initiativen.
- 4) In der dünn besiedelten Region Mecklenburgische Seenplatte bestehen außerhalb der Zentren flächendeckend Räume, in denen die Erreichbarkeit von Hausärzten ausschließlich durch den ÖPNV kaum bzw. nur mit erheblichem zeitlichen Aufwand gewährleistet ist.

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.

## 10. 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, z. B. als „Multifunktionshaus“ ist möglich. In solchen Häusern werden – teils im täglichen Wechsel – Dienstleistungen wie Physiotherapie, Friseur, Bäckerei, Handwerkskurse etc. angeboten. Zielgruppe sind insbesondere Menschen mit eingeschränkter Mobilität, die auf Angebote vor Ort angewiesen sind.
- 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 Standard 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 dem Landkreis und 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<sup>15</sup> und das fortlaufende Monitoring beitragen.
- Die Kassenärztliche Vereinigung M-V versucht auch im Jahr 2018, durch verschiedene Aktivitäten<sup>16</sup> die medizinische Versorgung im Land Mecklenburg-Vorpommern auch zukünftig wohnortnah in der Fläche zu sichern:
  - Weiterbildungspauschale für Vertragsärzte,
  - Mentoringprogramm für neu zugelassene Ärzte,

---

<sup>15</sup> Broschüre „Hausärztliche Versorgung in der Mecklenburgischen Seenplatte – Analyse, Leitbild, Strategie“ (Hrsg.: Regionaler Planungsverband Mecklenburgische Seenplatte, 03/2004)

<sup>16</sup> Kassenärztliche Vereinigung M-V 2017: Bericht über Qualität und Sicherstellung in der ambulanten medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern (Berichtsjahr 2016)



- Hospitationsprogramm für Ärzte mit Interesse an einer Niederlassung,
- Gewährung von Zuschüssen für die Praxisneugründung,
- Förderung bei Gründung einer Zweigpraxis oder Anstellung eines Arztes/einer Ärztin

## **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 wurde in zentraler Lage des Grundzentrums ein Neubau für das Gesundheitshaus sowie barrierefreier Wohnraum geschaffen. Im Haus befinden sich drei Praxen (Allgemeinmediziner, Internist sowie Augenarzt), die als Praxisgemeinschaft betrieben werden. Ein Orthopäde und ein HNO-Arzt bieten Zweigsprechstunden an. Daneben existieren eine Physiotherapie sowie 14 barrierefreie Wohnungen. In Abstimmung mit der Kassenärztlichen Vereinigung M-V werden die im Gesundheitshaus praktizierenden Ärzte über die Verwaltungsgemeinschaft ambulante Medizin, die auch das Ärztehaus in Neubrandenburg betreibt, sowie durch das Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum in Neubrandenburg zur Verfügung gestellt.

Die Umsetzung des Gesundheitshauses im medizinisch unterversorgten Nahbereich Woldegk ist das Ergebnis langjährigen Engagements der Stadt- und Amtsverwaltung Woldegk, die mit den relevanten Akteuren auf Landesebene und im medizinischen Bereich die Realisierung vor Ort konsequent vorantrieb und die Idee zu einem konsens- und umsetzungsfähigen Konzept weiter entwickelte. Das Zentrale Gesundheitshaus hat im August 2014 den Betrieb aufgenommen.

### 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 erkannten. Voraussetzung hierfür war insofern, dass aktive Handlungsträger vor Ort durch Eigeninitiative zu einer Verbesserung der Versorgungssituation einen Beitrag leisten wollten.

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](http://www.region-seenplatte.de)