

Bedarfsplan

für den Bereich der Kassenärztlichen
Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Erstellt von der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (KVMV) im Einvernehmen* mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen in Mecklenburg-Vorpommern (Krankenkassen)

* Das Einvernehmen zwischen KVMV und Krankenkassen zu diesem Bedarfsplan wurde am 15. Mai 2013 nach Maßgabe der Konsensvereinbarung vom gleichen Tage hergestellt.

1. Teil Rechtsgrundlagen, Verfahren, Datengrundlagen

A. Rechtsgrundlagen

§ 99 SGB V, §§ 12 – 14 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (ÄrzteZV), § 4 in Verbindung mit Anlage 2 Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses in der Beschlussfassung vom 20. Dezember 2012 (nachfolgend Bedarfsplanungsrichtlinie 2012).

B. Verfahren

Nach den angeführten gesetzlichen und untergesetzlichen Bestimmungen stellt die Kassenärztliche Vereinigung im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen einen Bedarfsplan auf, der den Stand und den Bedarf der ärztlichen Versorgung darstellen soll. Der Bedarfsplan umfasst Grundsätze zur regionalen Versorgung, systematische Abweichungen von der Bedarfsplanungsrichtlinie sowie die Berichterstattung über die fachgruppenspezifischen Versorgungsgrade je Planungsregion. Inhalt und Struktur des Bedarfsplanes folgen der Anlage 2 der Bedarfsplanungsrichtlinie 2012. Die erstmalige Erstellung des Bedarfsplanes auf der Grundlage der Bedarfsplanungsrichtlinie 2012 erfolgt bis spätestens zum 30. Juni 2013.

Der Bedarfsplan bildet die Grundlage für die Entscheidungen des Landesausschusses über die Versorgungsgrade in den Fachgruppen (Zahl der Zulassungsmöglichkeiten, Zulassungssperren etc.). Seine Fortschreibung ist in Zeitabständen von drei bis fünf Jahren vorzunehmen. Darüber hinaus wird von der Kassenärztlichen Vereinigung in der Regel halbjährlich, erstmals spätestens zum 30. Juni 2013 die Berichterstattung über die arztgruppenspezifischen Versorgungsgrade je Planungsregion erstellt (Stand der Bedarfsplanung).

C. Datengrundlagen

Quelle der zur Erstellung dieses Bedarfsplanes genutzten Arztdaten ist das Arztregister der KVMV. Quelle der weiteren statistischen Angaben zum Land, zur Bevölkerung, zum stationären Bereich, zu den soziodemografischen Bedingungen etc. sind die Veröffentlichungen des statistischen Landesamtes Mecklenburg-Vorpommern und des statistischen Bundesamtes sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Die Karten zur Darstellung der Planungsbereiche / Raumordnungskategorien wurden zum Teil vom Ministerium für Energie, Infrastruktur und Landesentwicklung zur Verfügung gestellt.

D. Sonstige Vorbemerkungen / Hinweise

Soweit in diesem Bedarfsplan die Bezeichnung „Ärzte“ oder „Vertragsärzte“ verwendet wird, sind hiervon sowohl weibliche und männliche Mediziner als auch weibliche und männliche Psychologische Psychotherapeuten umfasst, soweit nicht ausdrücklich etwas anderes ausgeführt wird. Einzelne Abweichungen in der Gesamtzahl der Ärzte im Zusammenhang mit ihrer Tätigkeit, ihrem Alter, der Kooperationsform etc. sind darauf zurückzuführen, dass einzelne Ärzte zum Teil im Status der Zulassung und der Anstellung oder unter mehreren Fachgebietenbezeichnungen tätig sind. Hinzuweisen ist auch darauf, dass die Zahl der Ärzte (Personen) zu unterscheiden ist von ihrer

Erfassung bei der Ermittlung der Versorgungsgrade unter Berücksichtigung des Umfangs der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung (insbesondere bei Teilzulassungen und Teilzeitanstellungen, den psychotherapeutisch tätigen Ärzten und Ärzten in § 311er Einrichtungen). Abweichungen zwischen den Arztzahlen nach Fachgebiet und Köpfen einerseits und deren Erfassung in den Planungsblättern andererseits können sich auch daraus ergeben, dass Ärzte in den Planungsblättern aufgrund eines bestimmten Tätigkeitsschwerpunkts (z.B. Psychotherapie, Schmerztherapie) nicht oder nicht vollständig nach dem Fachgebiet gemäß Weiterbildungsordnung, sondern nach dem Schwerpunkt der Tätigkeit erfasst werden. Ärzte, die im Rahmen des so genannten Job-sharings als Juniorpartner oder angestellte Ärzte tätig sind, werden zwar als in der vertragsärztlichen Versorgung tätige Ärzte gezählt, nicht jedoch in der Bedarfsplanung angerechnet.

2. Teil: Inhalt des Bedarfsplanes

A. Regionale Versorgungssituation im Zuständigkeitsbereich der KVMV

I. Stand der vertragsärztlichen Versorgung

In Mecklenburg-Vorpommern sind gegenwärtig 2.685 Ärzte (Personen) vertragsärztlich in freier Niederlassung, als Angestellte bei anderen Ärzten oder in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) tätig. Von dieser Gesamtzahl sind 1.140 Ärzte als Hausärzte gemäß § 73 Abs. 1a Nr. 1 und Nr. 3-5 SGB V (ohne Pädiater) tätig. Die Aufteilung der Ärzte nach Fachgruppen stellt sich wie folgt dar (Darstellung der Arztzahl nach Köpfen unabhängig vom Umfang der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung im Sinne der Bedarfsplanung):

An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende zugelassene und angestellte Ärzte gesamt (ohne ermächtigte Ärzte)

Hausärzte (ohne Pädiater)	Anzahl gesamt	davon weiblich	Durchschnittsalter	Anzahl Ärzte 60 Jahre und älter
Allgemeinmediziner / Praktische Ärzte	887	486	53,83	218
Internisten	253	128	50,53	42
Gesamt	1.140	614		260

Fachärzte	Anzahl gesamt	davon weiblich	Durchschnittsalter	Anzahl Ärzte 60 Jahre und älter
Anästhesisten	39	15	51,56	4
Augenärzte	116	82	50,76	16
Chirurgen	109	13	53,76	22
Dermatologen	64	50	51,58	7
Gynäkologen	195	144	52,11	31
HNO-Ärzte	86	55	51,98	8
Internisten	180	58	50,81	26
Laborärzte	28	11	52,14	3
Lungenärzte	1	1	60,00	1
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen	11	2	46,18	0
Nervenärzte	104	59	51,90	18
Neurochirurgen	14	1	53,36	1
Nuklearmediziner	17	9	53,82	4
Orthopäden	96	23	51,84	15
Pädiater	125	107	53,12	28
Pathologen	18	3	50,89	2
Physikalisch-Rehabilitative	13	6	53,54	4

Medizin				
Psychologische Psychotherapeuten	160	105	50,77	25
Ärztliche Psychotherapeuten	47	35	52,11	9
Radiologen	55	24	51,30	5
Sonst. Gebiete	4	4	53,75	1
Strahlentherapeuten	8	5	44,88	0
Urologen	55	6	54,16	9
Gesamt	1.545	818		235

Stand: 12. März 2013

Mehr als die Hälfte aller Vertragsärzte in Mecklenburg-Vorpommern (sowohl Hausärzte als auch Fachärzte) sind weiblichen Geschlechts, während der Anteil bundesweit bei unter 40 Prozent liegt. Die größte Anzahl der Ärzte (rund 2.300) ist nach wie vor in freier Niederlassung tätig, die Zahl der bei anderen Ärzten oder in Medizinischen Versorgungszentren angestellten Ärzte ist allerdings inzwischen auf über 300 angestiegen.

Angestellte Ärzte in der vertragsärztlichen Versorgung

Hausärzte (ohne Pädiater)	Anzahl gesamt	davon weiblich	Durchschnittsalter	Anzahl der Ärzte 60 Jahre und älter
Allgemeinmediziner / Praktische Ärzte	69	46	54,26	27
Internisten	52	25	52,44	14
Gesamt	121	71		41

Fachärzte	Anzahl gesamt	davon weiblich	Durchschnittsalter	Anzahl der Ärzte 60 Jahre und älter
Anästhesisten	6	4	48,67	0
Augenärzte	11	8	49,00	3
Chirurgen	11	2	51,18	2
Dermatologen	1	1	36,00	0
Gynäkologen	14	11	48,57	1
HNO-Ärzte	4	3	56,50	1
Internisten	39	14	52,13	9
Laborärzte	21	10	53,14	3
Lungenärzte	0	0	0,00	0
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen	1	1	40,00	0
Nervenärzte	24	13	49,21	4
Neurochirurgen	5	0	57,60	1
Nuklearmediziner	4	2	50,50	1
Orthopäden	12	5	57,17	6
Pädiater	16	11	47,44	3
Pathologen	4	0	44,50	0
Physikalisch-Rehabilitative Medizin	1	1	60,00	1
Psychologische	2	1	50,00	1

Psychotherapeuten				
Ärztliche Psychotherapeuten	2	1	45,00	0
Radiologen	16	12	49,13	1
Sonst. Gebiete	2	2	52,50	1
Strahlentherapeuten	8	5	44,88	0
Urologen	2	0	62,00	1
Gesamt	206	107		39

Stand: 12.03.2013

Bevorzugte Praxisform ist die Einzelpraxis (1.898 Ärzte), gegenüber 580 Ärzten, die die Kooperationsform der Gemeinschaftspraxis gewählt haben. Über 300 Genehmigungen für Nebenbetriebsstätten (§ 24 ÄrzteZV) wurden erteilt.

Aktuell gibt es in Mecklenburg-Vorpommern 46 zugelassene Medizinische Versorgungszentren (MVZ). Davon befindet sich die größte Anzahl in Trägerschaft von Krankenhäusern (23), während 17 MVZ von Vertragsärzten gegründet wurden. Weitere sechs MVZ gehen auf sonstige zulässige Gründer (z.B. Pflegedienste, Sanitätshäuser, Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen) zurück. In den 46 MVZ sind über 200 Ärzte überwiegend im Status der Anstellung tätig.

Das Durchschnittsalter der Hausärzte in Mecklenburg-Vorpommern liegt gegenwärtig bei 53,83 Jahren (Fachärzte für Allgemeinmedizin und Praktische Ärzte) bzw. 50,53 Jahren bei den hausärztlich tätigen Internisten. Das Durchschnittsalter der Fachärzte einschließlich der Pädiater und Psychotherapeuten beträgt 52 Jahre. Die Altersstruktur der Vertragsärzte insgesamt stellt sich folgendermaßen dar:

Altersverteilung Hausärzte und Fachärzte insgesamt	Anzahl der Ärzte	Anteil in %
30-40 Jahre	135	5,01
40-50 Jahre	848	31,47
50-60 Jahre	1213	45,01
60-70 Jahre	395	14,66
70-80 Jahre	98	3,64
80+ Jahre	6	0,22

Fast die Hälfte aller Ärzte ist damit zwischen 50 und 60 Jahre alt. Der Anteil der über 60jährigen Hausärzte liegt gegenwärtig bei 22,8 Prozent insgesamt und bei den Fachärzten für Allgemeinmedizin und den Praktischen Ärzten sogar bei 24,6 Prozent gegenüber 15,5 Prozent bei den Fachärzten.

Im Zeitraum zwischen 2001 und 2012 ist die Zahl der besetzten Hausarztstellen im Sinne der Bedarfsplanung um über 100 gesunken. Zuletzt wurden im Jahr 2012 32 Hausärzte neu zugelassen, während 37 ihre Zulassung beendet haben. Sechs weitere Hausärzte haben auf ihre Zulassung zugunsten einer Anstellung verzichtet.

Seit dem Jahr 2008 wurde durch den Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für mehrere Planungsbereiche auf der Grundlage der Bedarfsplanungsrichtlinie 2007 eine in absehbarer Zeit drohende Unterversorgung in der hausärztlichen Versorgung festgestellt. Darüber hinaus wurde für die Fachgebiete Augenheilkunde, Nervenheilkunde und Dermatologie ein lokaler Versorgungsbedarf festgestellt. In Bereichen mit drohender Unterversorgung bzw. lokalem Versorgungsbedarf konnten bis Ende 2012 insgesamt 47 hausärztliche Zulassungen und fünf fachärztliche Zulassungen (Augenheilkunde, Dermatologie, Nervenheilkunde) gemeinsam von Krankenkassen und KVMV mit Investitionskostenzuschüssen gefördert werden. Dabei wurden ganz überwiegend Praxen von ausscheidenden Ärzten übernommen. Darüber hinaus wurden in den Bereichen mit drohender Unterversorgung fallzahlabhängige Sicherstellungszuschläge gezahlt. Mit der Einrichtung des Strukturfonds wird seit 2012 zusätzlich unter anderem auch die Anstellung von Ärzten und die Einrichtung von Zweigpraxen gefördert. Ferner ist die Übernahme der Kosten für die Kinderbetreuung und für einen Umzug aus dem Ausland oder einem anderen Bundesland möglich. Aufgrund von Sonderverträgen zwischen den Krankenkassen und der KVMV ist inzwischen der Ersatz der arztentlastenden Praxisassistentin nicht nur in den von Unterversorgung bedrohten Gebieten, sondern im gesamten Land möglich. Mehr als 90 Arztpraxen haben hiervon bislang Gebrauch gemacht und eine oder mehrere dieser qualifizierten Praxisassistentinnen (insgesamt über 100) beschäftigt.

Weitere Übersichten und Statistiken zum Stand der ärztlichen Versorgung befinden sich im Anhang.

II. Zusammenfassung zum Stand und zur Entwicklung der vertragsärztlichen Versorgung

Die Entwicklung der Arztzahlen in den letzten zehn Jahren in Mecklenburg-Vorpommern ist bei einer höheren Zahl der insgesamt vertragsärztlich tätigen Ärzte davon geprägt, dass sich die Zahl der Zulassungen zur hausärztlichen Versorgung jährlich um ca. zehn Stellen verringert, während im fachärztlichen Bereich (einschließlich Psychotherapie) eine stetige Zunahme der Arztzahl und der Zulassungen / Anstellungen zu verzeichnen ist. Der Rückgang der Zulassungen bei den Hausärzten ist maßgeblich darauf zurückzuführen, dass viele in der Vergangenheit bestehende Praxen bei Ausscheiden des Inhabers nicht nachbesetzt werden konnten. Dies findet zum einen seine Ursache in dem Umstand, dass der Zahl der altersbedingt abgebenden Hausärzte keine ausreichende Zahl von ausgebildeten Fachärzten für Allgemeinmedizin gegenübersteht. Aber auch eine geänderte Berufseinstellung junger Mediziner einschließlich der Bevorzugung von Kooperationen und einer ärztlichen Tätigkeit in urbanen Räumen sind als Ursache für Versorgungsprobleme im hausärztlichen Bereich zu nennen. In Anbetracht von mehr als 200 Hausärzten im Alter von über 60 Jahren ist davon auszugehen, dass ein entsprechender Nachbesetzungsbedarf innerhalb der nächsten fünf Jahre (40 bis 50 Hausärzte pro Jahr) besteht. Bleibt es dabei, dass ca. zehn aufgegebene Hausarztstellen (beendete Zulassungen) pro Jahr nicht nachbesetzt werden können, so würde sich die Zahl der Hausärzte bereits in den nächsten fünf Jahren um weitere 50 verringern. Um diesem Trend entgegenzuwirken, sind in den letzten zehn Jahren zahlreiche Maßnahmen zur Verbesserung der Nachwuchssituation im hausärztlichen Bereich ergriffen worden. Angefangen von der besseren Darstellung des Fachgebiets der Allgemeinmedizin bereits im Studium mit Hilfe zweier Lehrstühle für Allgemeinmedizin an den medizinischen Fakultäten der Universitäten über die finanzielle Förderung und individuelle Organisation und Koordination der allgemeinmedizinischen Weiterbildung bis hin zur Zahlung von Zuschüssen von der studentischen Famulatur bis zur Niederlassung als Hausarzt in von Unterversorgung bedrohten Regionen. Überdies entlasten mehr als 100 Praxisassistentinnen die niedergelassenen Hausärzte bei der Betreuung der Patienten in der Häuslichkeit. Gleichwohl ist bis

heute festzustellen, dass der Verlust an vertragsärztlich tätigen Hausärzten anhält und dass weiterhin in diesem Bereich besonderer Handlungsbedarf besteht.

Der Anstieg der Arztzahlen im fachärztlichen Bereich ist zum einen mit der Integration der Psychotherapeuten in das System der vertragsärztlichen Versorgung seit 1999 einschließlich der gesetzlich bestimmten Mindestversorgungsquoten für ärztliche und ausschließlich Kinder und Jugendliche behandelnde Psychotherapeuten zu begründen. Zum anderen ist der Zuwachs auf die Erteilung von Sonderbedarfszulassungen aus Sicherstellungsgründen zurückzuführen. Ausschlaggebend sind hierfür vor allem die zunehmenden Möglichkeiten zur ambulanten Erbringung medizinischer Leistungen sowie der erhöhte Behandlungsbedarf der älter werdenden Patienten. Beispielhaft kann zum einen der Bereich der augenärztlichen Versorgung genannt werden. Dort werden aufgrund des medizinischen Fortschritts vermehrt stationersetzende ambulante Operationen erbracht. Andererseits sind bestimmte ophthalmologische Erkrankungen (z.B. die Makuladegeneration) inzwischen therapierbar. Da diese Erkrankungen in erster Linie bei älteren Patienten auftreten, führt dies unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung insgesamt zu einer erhöhten Inanspruchnahme der augenärztlichen Praxen, ohne dass die Zahl der Zulassungsmöglichkeiten sich verändert hätte. In der Gruppe der fachärztlich tätigen Internisten ist demgegenüber eine zunehmende Konzentration auf die einzelnen Subspezialisierungen zu beobachten (z.B. Kardiologie, Gastroenterologie, Endokrinologie). Die breit aufgestellte fachärztlich-internistische Praxis ist inzwischen die Ausnahme. Deshalb sind in dieser Gruppe neben der Gruppe der Psychotherapeuten die meisten Sonderbedarfszulassungen erteilt worden, weil einzelne Subspezialisierungen in den jeweiligen Planungsbereichen bislang gar nicht oder nicht in bedarfsdeckendem Umfang vorhanden waren. Aber auch im fachärztlichen Bereich bestehen zum Teil Nachwuchsprobleme. Insbesondere in der Pädiatrie und der Nervenheilkunde (Neurologie und Psychiatrie), vereinzelt auch im Bereich der Augenheilkunde konnten Praxen nicht nachbesetzt werden bzw. führt eine erhöhte Inanspruchnahme zu Wartezeiten für die Patienten. Hinzu kommt, dass gerade auch bei den Nervenärzten und den Augenärzten eine erhöhte Inanspruchnahme älterer Patienten zu verzeichnen ist, so dass der demografische Wandel hier zu einem erhöhten Versorgungsbedarf führt.

Hinzuweisen ist zudem auf den steigenden Altersdurchschnitt der Vertragsärzte insgesamt, der auch in den nächsten Jahren weiter zu einem unveränderten Bedarf an ausgebildeten Fachärzten vor allem im hausärztlichen, aber auch im fachärztlichen Bereich führen wird.

III. Einrichtungen der Krankenhausversorgung und sonstige medizinische Versorgung

1. Einrichtungen der Krankenhausversorgung, Ermächtigungen, § 116 b SGB V

a) Anzahl und Verteilung der Krankenhäuser

In Mecklenburg-Vorpommern gab es im Jahr 2011 insgesamt 39 Krankenhäuser mit 10.375 Betten. Bezogen auf die Zahl der Krankenhausbetten je 1.000 Einwohner liegt Mecklenburg-Vorpommern mit einem Wert von 6,3 leicht über dem Bundesdurchschnitt von 6,15 Betten je 1.000 Einwohner. 20 Krankenhäuser befinden sich in privater Trägerschaft, sechs in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft und 13 in freigemeinnütziger Trägerschaft. An den 39 Krankenhäusern sind 3.300 Ärzte hauptamtlich beschäftigt. Die durchschnittliche Auslastung der Krankenhausbetten im Jahr 2011 lag in Mecklenburg-Vorpommern mit 78,9 Prozent leicht über der bundesdurchschnittlichen Auslastung von 77,3 Prozent. Bezogen auf die stationäre Verweildauer weist Mecklenburg-Vorpommern mit 7,3

Tagen die geringste stationäre Verweildauer aller Bundesländer auf. Bundesweit beträgt die Verweildauer durchschnittlich 7,7 Tage. Die stationäre Fallzahl je 1.000 Einwohner liegt im Land mit ca. 250 Fällen deutlich über dem Bundesdurchschnitt von ca. 224 Fällen. In 28 der insgesamt 39 Krankenhäuser im Land wurden in 2011 insgesamt 43.913 ambulante Operationen, welche im Katalog nach § 115 b SGB V enthalten sind, durchgeführt. Dies entspricht einem Anteil von 2,4 Prozent der insgesamt deutschlandweit in diesem Zeitraum durchgeführten ambulanten Operationen.

Hinsichtlich der Verteilung der Krankenhäuser im Land, der vorgehaltenen Fachabteilungen etc. wird Bezug genommen auf die im Anhang beigefügte kartografische Übersicht sowie den Landeskrankenhausplan in seiner jeweils gültigen Fassung. Weitere Informationen sind zudem der Internetseite der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern (www.kgm.de) zu entnehmen.

b) Anzahl und Verteilung der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

In Mecklenburg-Vorpommern gab es im Jahr 2011 insgesamt 62 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen mit 10.479 Betten. Mit einem Wert von 6,4 Betten je 1.000 Einwohner in den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen liegt Mecklenburg-Vorpommern deutlich über dem Bundesdurchschnitt von rund 2,1 Betten je 1.000 Einwohner. 40 Einrichtungen befinden sich in privater Trägerschaft, drei in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft und 19 in freigemeinnütziger Trägerschaft. An den 62 Einrichtungen sind 409 Ärzte hauptamtlich beschäftigt. Im Jahr 2011 haben 20.437 Personen aus Mecklenburg-Vorpommern Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe erhalten. Bezogen auf den Ort der erbrachten Leistungen lässt sich ersehen, dass insgesamt 38.121 Personen Leistungen zur Rehabilitation in einer Rehabilitationseinrichtung in Mecklenburg-Vorpommern in Anspruch genommen haben.

Hinsichtlich der Verteilung der Einrichtungen im Land, der vorgehaltenen Fachabteilungen etc. wird Bezug genommen auf die im Anhang beigefügte kartografische Übersicht sowie das Verzeichnis unter www.reha-verzeichnis.de.

c) Ermächtigungen

Eine Einbeziehung des stationären Bereichs in die ambulante Versorgung erfolgt aufgrund von rund 270 persönlichen Ermächtigungen von Krankenhausärzten und 30 Institutsermächtigungen bei quantitativem und qualitativem Versorgungsbedarf. Zudem wurden Ermächtigungen erteilt für 24 Psychiatrische Institutsambulanzen, für zwei sozialpädiatrische Zentren sowie für die Polikliniken der Institutsambulanzen der beiden Universitätskliniken aus Gründen von Forschung und Lehre.

d) § 116 b SGB V

Eine Teilnahme von Krankenhäusern und Vertragsärzten an der spezialfachärztlichen Versorgung auf der Grundlage des § 116 b SGB V in der Fassung des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes bestand aufgrund fehlender Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Bedarfsplanes noch nicht. Der zuständige erweiterte Landesausschuss hat sich allerdings bereits konstituiert und eine Geschäftsordnung gegeben. Auf der Grundlage der Vorgängerregelung des § 116 b SGB V hatte das zuständige Sozialministerium Mecklenburg-Vorpommern insgesamt zwölf Genehmigungsbescheide erteilt, die aufgrund Übergangsrechts noch Bestand haben und von

denen in unterschiedlicher Weise Gebrauch gemacht wird. Eine Übersicht über die auf der bisherigen Rechtsgrundlage durch das Sozialministerium erteilten Bescheide befindet sich im Anhang.

2. Sonstige medizinische Versorgung

Einschließlich der zugelassenen und angestellten Vertragsärzte und der Krankenhausärzte waren in Mecklenburg-Vorpommern 2011 insgesamt 6.816 Ärzte als berufstätig gemeldet. Hinzu kommen 1.463 Zahnärzte. Bezogen auf die Zahl der insgesamt berufstätigen Ärzte (ohne Zahnärzte) ergibt sich ein Wert von 4,2 Ärzten je 1.000 Einwohner gegenüber 3,7 Ärzten je 1.000 Einwohner im Bundesdurchschnitt. Bezogen auf die Anzahl der Vertragsärzte (ohne Psychotherapeuten) liegt Mecklenburg-Vorpommern mit einem Wert von 1,47 in etwa auf dem Niveau des Bundesdurchschnitts.

IV. Demografie und soziodemografische Faktoren

1. Bevölkerung und demografische Entwicklung

In Mecklenburg-Vorpommern leben zur Zeitrund 1.635.000 Einwohner (2 Prozent der Gesamteinwohner Deutschlands). Seit der Wiedervereinigung hat sich die Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern um fast 15 Prozent bzw. rund 290.000 Einwohner verringert. Dies entspricht in etwa der aktuellen Einwohnerzahl der beiden größten Städte des Landes, Rostock und Schwerin. Die stärksten Bevölkerungsrückgänge waren in den ehemaligen Kreisen Uecker-Randow, Demmin, Rügen und Güstrow zu verzeichnen, während die ehemaligen Kreise Bad Doberan und Nordwestmecklenburg noch heute eine deutlich höhere Einwohnerzahl als nach der Wende aufweisen (was zum Teil auf Wanderungsbewegungen aus den kreisfreien Städten Rostock, Schwerin und Wismar zurückzuführen ist). Bei einer Landesfläche von 23.191 Quadratkilometern (6,1 Prozent der Gesamtfläche Deutschlands) beträgt die Bevölkerungsdichte 71 Einwohner pro Quadratkilometer. Mecklenburg-Vorpommern ist damit flächenmäßig das sechstgrößte, aber am dünnsten besiedelte Bundesland. Mehr als ein Viertel der Bevölkerung lebt in Gemeinden mit unter 2.000 Einwohnern.

Am häufigsten vertreten sind Ein- und Zweipersonenhaushalte, die im Jahr 2010 knapp 77 Prozent der Gesamtzahl der Haushalte ausmachten. Je Familie gibt es durchschnittlich 1,4 Kinder gegenüber 1,66 Kindern im Jahr 1991. Gab es 1991 noch rund 493.000 Kinder unter 18 Jahren, so waren es im Jahr 2010 weniger als 330.000.

Am Jahresende 2010 waren 14,1 Prozent der Frauen und 15,2 Prozent der Männer jünger als 20 Jahre, aber 31,1 Prozent der Frauen und 24,1 Prozent der Männer 60 Jahre und älter. Damit leben in Mecklenburg-Vorpommern, das 1990 noch das Land mit der jüngsten Bevölkerung war, inzwischen weniger Frauen und Männer unter 20 Jahren als im Bundesdurchschnitt (17,6 Prozent bzw. 19,3 Prozent) und mehr Senioren als im Bundesdurchschnitt (28,8 Prozent bzw. 23,6 Prozent). Das Durchschnittsalter der Frauen im Land liegt inzwischen bei 47,1 Jahren, das der Männer bei 43,8 Jahren und damit jeweils signifikant über den Durchschnittswerten der alten Bundesländer (44,5 Jahre bzw. 42 Jahre), aber leicht unter den Durchschnittswerten der neuen Bundesländer (47,8 Jahre bzw. 44,2 Jahre). Dabei ergeben sich zum Teil deutliche Abweichungen zwischen den einzelnen

Landkreisen. Insbesondere die östlichen Landesteile, die auch starke Bevölkerungsverluste zu verzeichnen hatten, weisen hier deutlich höhere Durchschnittswerte auf als die westlichen Landesteile, was auf die Abwanderung vor allem junger Frauen aus dem Osten des Landes zurückzuführen ist. Das Durchschnittsalter der Gesamtbevölkerung im Land lag am Ende des Jahres 2010 bei 45,5 Jahren gegenüber einem Wert von 35,8 Jahren noch unmittelbar nach der Wende. Aufgrund des weiterhin anhaltenden Bevölkerungsverlusts, der weiterhin rückläufigen Anzahl von Geburten sinkenden Fertilitätsrate und der weiterhin steigenden Lebenserwartung ist auch in den nächsten Jahren mit einem Anstieg des Durchschnittsalters und dem Anteil der Bevölkerung über 60 Jahren zu rechnen. Prognosen gehen davon aus, dass die Bevölkerungszahl bis 2030 nochmals um mehr als 100.000 Personen zurückgeht und das Durchschnittsalter auf über 51 Jahre steigt.

Im Jahr 2011 erhielten insgesamt 62.530 Personen in Mecklenburg-Vorpommern Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Bezogen auf die Gesamtzahl der Rentenbezieher nach SGB VI im Land beträgt der Anteil 10,7 Prozent. In keinem anderen Bundesland liegt der Anteil an Rentenbeziehern wegen verminderter Erwerbsfähigkeit gemessen an der Gesamtzahl der Rentner im jeweiligen Bundesland derart hoch. Eine differenzierte Betrachtung der Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit im Jahr 2011 weist eine Gesamtzahl von 6.200 Personen aus. Hiervon entfallen 37,2 Prozent der Rentenzugänge auf psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen. Etwa 19,1 Prozent der Rentenzugänge sind auf Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes zurückzuführen. Insbesondere in Bezug auf die zuletzt genannten Erkrankungen als Diagnosemerkmal für die Anerkennung einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit liegt Mecklenburg-Vorpommern im bundesweiten Vergleich deutlich an der Spitze.

Die Anzahl an schwerbehinderten Personen (Grad der Behinderung von 50 und mehr) lag im Jahr 2009 in Mecklenburg-Vorpommern bei ca. 9.300 Personen je 100.000 Einwohner und damit an dritter Stelle deutschlandweit sowie deutlich über dem Bundeswert von ca. 8.682 Personen. Im Jahr 2011 hatten insgesamt 10.158 Personen je 100.000 Einwohner einen Grad der Behinderung von 50 und mehr. Die Anzahl an schwerbehinderten Personen ist seit dem Jahr 2005 um ca. 22 Prozent gestiegen, bei gleichzeitigem Rückgang der Einwohnerzahl.

Die aktuelle Lebenserwartung der Frauen in Mecklenburg-Vorpommern beträgt 82,31 Jahre und liegt damit gering unter dem Bundesdurchschnitt von 82,73 Jahren. Bei den Männern hingegen liegt die Lebenserwartung mit 75,86 Jahren deutlich unter der bundesdurchschnittlichen Lebenserwartung von 77,72 Jahren.

2. Wirtschaftsdaten, Einkommen, Arbeitslosigkeit

In Mecklenburg-Vorpommern entstand im Jahr 2010 eine volkswirtschaftliche Gesamtleistung von 35.780 Millionen Euro, das entsprach 1,4 Prozent des Bruttoinlandsprodukts Deutschlands (bei einem Anteil Mecklenburg-Vorpommerns von zwei Prozent an der Gesamtbevölkerung Deutschlands). Nahezu zwei Drittel der Wirtschaftsfläche des Landes werden landwirtschaftlich genutzt. Neben Landwirtschaft und Ernährungsgewerbe sind Schiffbau, See- und Hafenwirtschaft sowie Fischerei und Tourismus typische Wirtschaftszweige. Im Jahr 2010 waren rund 730.000 Personen im Land erwerbstätig. Die durchschnittlichen Bruttolöhne und -gehälter waren in Mecklenburg-Vorpommern im Jahr 2010 mit 22.272 Euro die niedrigsten bundesweit. Sie erreichten nur 78,7 Prozent des Bundesdurchschnitts.

Die Arbeitslosenquote im Land betrug 2010 12,7 Prozent. Sie war damit zwar auf Landesebene so niedrig wie noch nie, gleichwohl aber hinter Berlin die höchste Arbeitslosenquote bundesweit (Bundesdurchschnitt 7,7 Prozent). Der Landkreis Demmin hatte 2010 mit 17,4 Prozent sogar die höchste Arbeitslosenquote aller Kreise und kreisfreien Städte in der Bundesrepublik aufzuweisen. Die Quote der so genannten „Hartz IV-Empfänger“ in Mecklenburg-Vorpommern war mit 3,9 Prozent ebenfalls die höchste bundesweit (Bundesdurchschnitt 2,6 Prozent). Der Anteil der von Armut betroffenen Menschen lag 2011 bei 22,2 Prozent und war damit der zweithöchste Wert bundesweit. In den Jahren 2005 bis 2010 hatte Mecklenburg-Vorpommern in dieser Hinsicht jeweils sogar den höchsten Wert aufzuweisen.

Sowohl bezogen auf den Alkohol- und Tabakkonsum als auch bei dem Anteil der Übergewichtigen an der Bevölkerung ist in Mecklenburg-Vorpommern die höchste Quote bundesweit zu verzeichnen. Damit einher geht die bundesweite höchste Prävalenz bei den Erkrankungen des Herzkreislaufsystems, bei Diabetes und bei bestimmten Krebserkrankungen. Die wachsende Zahl älterer und hochbetagter Menschen und damit einhergehend der Zunahme chronischer Erkrankungen bedingt zudem eine stetige Zunahme pflegebedürftiger Personen. In Mecklenburg-Vorpommern waren im Jahr 2009 insgesamt 3,7 Prozent der Bevölkerung pflegebedürftig. Kein anderes Bundesland hat einen so hohen Anteil an Pflegebedürftigen gemessen an der Gesamtbevölkerung aufzuweisen. Deutschlandweit lag die Pflegequote bei 2,9 Prozent. Darüber hinaus zeigt sich ein kontinuierlicher Anstieg der Pflegequote. Dieser Anstieg ist im deutschlandweiten Vergleich deutlich überproportional. Im Jahr 2011 beträgt die absolute Anzahl an Pflegebedürftigen in Mecklenburg-Vorpommern 67.559 Personen. Dies entspricht einer Pflegequote von ca. 4,1 Prozent. Die Steigerung der Anzahl an pflegebedürftigen Personen im Vergleich zum Jahr 2009 beträgt etwa 10 Prozent.

Die überdurchschnittliche Morbidität im Land lässt sich u.a. auch an den Kriterien des morbiditätsbedingten Risikostrukturausgleichs festmachen. Eine Betrachtung der durchschnittlichen Morbiditätslast in Mecklenburg-Vorpommern gegenüber der bundesweiten Krankheitslast nach dem sogenannten RSA-Risikofaktor zeigt eine deutlich höhere Morbiditätsstruktur in Mecklenburg-Vorpommern von ca. 10 Prozent.

V. Geografische Besonderheiten / Verkehrsinfrastruktur

Als geografische Besonderheit des Landes kann insbesondere die Lage an der Ostsee genannt werden. Mecklenburg-Vorpommern besitzt die längste Küste in Deutschland (Küstenlänge insgesamt rund 2.000 km, Außenküste gut 350 km). Zum Gebiet gehören u.a. die Ostseeinseln Rügen, Usedom, Poel und Hiddensee. Hinzu kommen über 2.000 Binnenseen und verschiedene Nationalparks und Naturschutzgebiete, so dass das Land als Touristenregion besonders attraktiv ist und deshalb in den typischen Urlaubs- und Ferienzeiten zusätzlich zu den Einwohnern zusätzlich eine große Anzahl von Urlaubern medizinischer Versorgung bedarf. Die Zahl der Gästeankünfte insgesamt lag im Jahr 2011 bei rund 6,8 Millionen.

Bezogen auf die Verkehrsinfrastruktur ist das Land 20 Jahre nach der Wende für den Individualverkehr mit den Autobahnen A 19, 20 und 24 sowie gut ausgebauten Landes- und Bundesstraßen sehr gut erschlossen. Aufgrund der ländlichen Struktur und der dünnen Besiedelung ist demgegenüber die Mobilität der Bevölkerung außerhalb der Ballungsräume ohne eigenes Fahrzeug stark eingeschränkt. Häufig besteht der öffentliche Nahverkehr insoweit nur noch aus den nur zu bestimmten Tageszeiten verkehrenden Schulbussen. Auch der Schienenverkehr wurde inzwischen aufgrund der dünnen Besiedelung und aus Kostengründen stark eingeschränkt, zahlreiche

Nebenbahnen und kleinere Bahnhöfe wurden stillgelegt. Trotz seiner großen Fläche und der dünnen Besiedelung ist die PKW-Dichte in Mecklenburg-Vorpommern im Bundesvergleich nach den Stadtstaaten Berlin, Hamburg und Bremen die geringste im Bundesvergleich (499 PKW pro 1.000 Einwohner in Mecklenburg-Vorpommern im Vergleich zu 525 PKW pro 1.000 Einwohner im Bundesdurchschnitt). Insgesamt zeigen sich hierin ebenfalls die Herausforderungen zur Sicherstellung einer wohnortnahen ambulanten medizinischen Versorgung.

VI. Zusammenfassung der regionalen Versorgungsstruktur

Die Herausforderungen in der zukünftigen Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern ergeben sich aus den oben dargestellten Rahmenbedingungen. Unter Berücksichtigung der unterdurchschnittlichen Wirtschaftskraft, der niedrigen Einkommen, der hohen Arbeitslosigkeit einschließlich eines hohen Armutsrisikos, des hohen und weiterhin steigenden Altersdurchschnitts der Bevölkerung sowie des weiteren Bevölkerungsrückgangs, der bundesweit dünnsten Besiedelung sowie der überdurchschnittlichen Morbidität der Bürger, die bei einigen Erkrankungen ebenfalls bundesweit die höchsten Werte aufweist, ist Mecklenburg-Vorpommern als Bundesland sicher beispiellos in Bezug auf die sich stellenden Herausforderungen an eine flächendeckende Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung. Hinzu kommt die unverminderte Verringerung der niedergelassenen Hausärzte, die besonders in einem Flächenland als erste Ansprechpartner vor Ort und Grundversorger („Familienärzte“) gebraucht werden. All dies macht deutlich, dass es mit einer Umsetzung der Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses allein nicht getan ist, sondern dass es vielmehr auf eine Vielzahl weiterer Maßnahmen ankommt, um die Bevölkerung auch weiterhin angemessen medizinisch versorgen zu können.

VII. Ziele der Bedarfsplanung

1. Einleitung

Die bei der Erstellung dieses Bedarfsplans Beteiligten sind sich darüber einig, dass allein mit einer (Bedarfs-) Planung, also einer im Wesentlichen auf statistischen Daten und deren Auswertung beruhenden Schaffung der Grundlagen für die Zulassungsmöglichkeiten und die Verteilung von Ärzten und Arztpraxen im Land, keine ausreichende Sicherstellung der ambulanten Versorgung erreicht werden kann. Dies gilt umso mehr, als der Bedarfsplan auf einer bundeseinheitlichen Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses basiert, welche die Spezifika des Landes Mecklenburg-Vorpommern nur unzureichend abbilden kann. Notwendig zur mittel- und langfristigen Sicherstellung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung ist vielmehr eine intrasektorale und interdisziplinäre Zusammenarbeit aller, die für die Gewährleistung der medizinischen Betreuung der Bürgerinnen und Bürger verantwortlich sind. Wesentliche Vorarbeiten wurden in dieser Hinsicht bereits geleistet, da die Herausforderungen der demografischen Entwicklung sowohl der Bevölkerung als auch der Ärzteschaft sowie die weiteren, bereits dargestellten, besonders schwierigen Rahmenbedingungen frühzeitig erkannt wurden. So wurde bereits im Jahr 2005 ein „Masterplan“ der Landesregierung zur zukünftigen Sicherstellung der medizinischen Versorgung beschlossen. Darauf folgend und daran anknüpfend wurden viele weitere Maßnahmen, von der Einrichtung einer Stiftungsprofessur für Allgemeinmedizin über das AgnES-Projekt bis hin zur Gewährung von Zuschüssen in von Unterversorgung bedrohten Gebieten ergriffen, um die Versorgung zu stabilisieren und allen Bürgerinnen und Bürgern gleichermaßen den Zugang zur notwendigen medizinischen Versorgung unter Berücksichtigung des aktuellen Standes der medizinischen Versorgung zu

ermöglichen. Hierauf baut die Formulierung der Ziele dieses Bedarfsplanes auf. In erster Linie soll der bereits eingeschlagene Weg weiter beschritten werden, um Mecklenburg-Vorpommern zu einem Vorbild für den Umgang mit den besonderen Herausforderungen bezüglich der medizinischen Versorgung zu machen, vor denen andere Bundesländer erst in einigen Jahren stehen werden. Wie dargestellt wurde, ist Mecklenburg-Vorpommern beispiellos bezüglich der zu bestehenden Herausforderungen und kann damit beispielhaft in Bezug auf deren Bewältigung sein.

2. Die Ziele der Bedarfsplanung im Einzelnen

a) Vorrangige Sicherung der wohnortnahen hausärztlichen Versorgung in den Grundzentren und der allgemeinen fachärztlichen Grundversorgung in den zentralen Orten

In erster Linie muss es das Ziel einer Planung zur Absicherung einer bedarfsgerechten medizinischen Versorgung in einem dünn besiedelten Flächenland sein, die wohnortnahe haus- und fachärztliche Grundversorgung in allen Landesteilen gleichmäßig zu gewährleisten. Vor allem der Hausarzt als breit ausgebildeter Facharzt für Allgemeinmedizin ist der „Familienarzt“ und erster Ansprechpartner vor Ort. Hierzu wird zunächst die Bundesrichtlinie bezüglich der Planung der Zulassungsmöglichkeiten auf der Ebene der so genannten Mittelbereiche im hausärztlichen Versorgungsbereich weitgehend umgesetzt. Es wird davon ausgegangen, dass die Zugrundelegung dieser gegenüber der bisherigen Planung auf Kreisebene kleineren Raumordnungskategorie eine bessere Verteilung der Hausarztsitze ermöglicht und sich auf dieser Grundlage auch zielgenauer darstellen lässt, in welchen Bereichen aktuell und in Zukunft besonderer Handlungsbedarf besteht (z.B. Feststellung eines lokalen Versorgungsbedarfs und einer in absehbarer Zeit drohenden Unterversorgung). Mit Rücksicht auf die Besonderheiten des Flächenlandes mit dünner Besiedelung und der Notwendigkeit der Erreichbarkeit eines wohnortnahen hausärztlichen Behandlungsangebots sollen allerdings die Oberzentren Schwerin, Rostock, Greifswald, Stralsund und Neubrandenburg gesonderte Planungsbezirke bilden. Problematisch erscheint der Umstand, dass die Arzt-Einwohner-Verhältniszahl für die hausärztliche Versorgung mit der neuen Bundesrichtlinie auf 1.671 erhöht wurde. Die Berechnung dieser bundesweit einheitlichen Verhältniszahl ist in Anlage 5 der Bedarfsplanungsrichtlinie 2012 dargestellt. Sie beruht letztlich auf der Ermittlung so genannter Soll-Verhältniszahlen nach Maßgabe der Gebietszuordnung und der Verhältniszahlen der Bedarfsplanungsrichtlinie 2007 und der Zahl der Einwohner mit Stand 31. Dezember 1995 und bildet damit einen bundeseinheitlichen Durchschnitt ab, der die dünne Besiedelung Mecklenburg-Vorpommerns ebenso außer Acht lässt, wie die höhere Morbidität und den höheren Altersdurchschnitt. Würde diese bundesdurchschnittliche Verhältniszahl in Mecklenburg-Vorpommern uneingeschränkt angewendet, so könnte daraus abgeleitet werden, der Bedarf in der hausärztlichen Versorgung wäre mit der gegenwärtig zugelassenen Zahl an Hausärzten gedeckt. Dies ist allerdings tatsächlich nicht der Fall, da bereits jetzt in nahezu allen Planungsbereichen die Fallzahlen der Hausärzte verglichen mit dem Bundesdurchschnitt ebenso überdurchschnittlich hoch sind wie das Volumen der abgerechneten Leistungen. Die Arzt-Einwohner-Verhältniszahl wird deshalb neben dem Demografiefaktor mit Hilfe eines weiteren Leistungsbedarfsfaktors modifiziert, der den erhöhten Behandlungsbedarf gegenüber dem Bundesdurchschnitt widerspiegelt (vgl. dazu unten).

Bezüglich der allgemeinen fachärztlichen (Grund-) Versorgung (z.B. Pädiatrie, Gynäkologie, Augenheilkunde, Psychotherapie) basiert die Planung weiterhin auf der Basis der Altkreise, kreisfreien Städte und Kreisregionen vor der Kreisgebietsreform vom 4. September 2011. Die Bedarfsplanungsrichtlinie 2012 sieht diese weiterhin als Planungsbereiche der allgemeinen

fachärztlichen Versorgung vor (vgl. § 12 Abs. 3 in Verbindung mit Anlage 3). Diese Vorgabe der Bedarfsplanungsrichtlinie wird bis auf weiteres umgesetzt, da auf der Grundlage der kleineren Altkreise die gebotene Wohnortnähe der allgemeinen fachärztlichen Versorgung besser gewährleistet werden kann, als bei einer Zugrundelegung der aktuell gültigen politischen Großkreise. Zudem ist nach Auskunft der zuständigen Behörden auch gewährleistet, dass eine Ermittlung der für die Bedarfsplanung notwendigen Bevölkerungsdaten auch zukünftig für die Altkreise möglich sein wird. Überdies gibt es auch in der Raumordnung keine andere Kategorie, deren Anwendung für die Bedarfsplanung der allgemeinen fachärztlichen Versorgung in Betracht kommen könnte. Die in der Bedarfsplanungsrichtlinie für diesen Versorgungsbereich vorgegebenen Verhältniszahlen finden, modifiziert mit dem Demografiefaktor und unter Berücksichtigung der Typisierung der Kreise, Anwendung. Es wird davon ausgegangen, dass die sich hieraus ergebenden zusätzlichen Zulassungsmöglichkeiten unter anderem für Augenärzte, Nervenärzte, Orthopäden und insbesondere Psychotherapeuten vorrangig in den ländlichen Bereichen zu einer Verbesserung des qualitativen und quantitativen Leistungsangebotes führen werden. Die KVMV wird bei der Niederlassungsberatung darauf hinwirken, dass die Standortwahl der sich um eine Zulassung bewerbenden Ärzte innerhalb der Planungsbereiche im Sinne eines flächendeckenden und in angemessener Entfernung zugänglichen Behandlungsangebots unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der Versicherten erfolgt.

Ein besonderes Augenmerk bei der allgemeinen fachärztlichen Versorgung gilt der Versorgung von Kindern. Zwar ist durch den obligatorischen sechsmonatigen pädiatrischen Abschnitt „Pädiatrie“ in der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin gemäß gültiger Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern gewährleistet, dass auch der gut ausgebildete Allgemeinmediziner Kinder adäquat behandeln kann. Gleichwohl ist es unerlässlich, dass auch weiterhin ausreichend Pädiater sowohl in der allgemeinen hausärztlich-pädiatrischen Versorgung als auch in der fachärztlich-pädiatrischen Versorgung mit den entsprechenden Schwerpunkten zur Verfügung stehen. Dies ist insofern eine besondere Herausforderung, als die Zahl der Kinder im Land weiter rückläufig ist und wirtschaftlich tragfähige pädiatrische Praxen in der Fläche immer schwerer zu führen sein werden. Andererseits sind den Eltern mit kleinen Kindern nur eingeschränkt längere Wege zum Arzt zumutbar. Deshalb unterliegt die Versorgungssituation in diesem Bereich einer besonderen Beobachtung. Als Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der pädiatrischen Versorgungsstruktur kommen dabei insbesondere in Betracht: Ausweisung (drohender) Unterversorgung bzw. lokalen Versorgungsbedarfs, Gewährung von Investitionskostenzuschüssen und/oder Umsatzgarantien, Förderung von Zweigpraxen in dünn besiedelten Gebieten und eine verstärkte Kooperationen mit Krankenhäusern, die über pädiatrische Abteilungen verfügen. Bereits seit 2012 kann zudem die Absolvierung von Teilen der pädiatrischen Weiterbildung in der Praxis eines niedergelassenen Arztes nach Maßgabe des Sicherstellungsstatuts der KVMV finanziell gefördert werden.

Die Beteiligten werden bei der Fortschreibung dieses Bedarfsplanes prüfen, ob die gewählten Planungsgrundlagen, insbesondere die Größe der Planungsbezirke, für die Erreichung des genannten Ziels geeignet sind und darüber entscheiden, ob und in welchem Umfang zukünftig weitere Abweichungen von der Bundesrichtlinie zur Zielerreichung notwendig sind.

b) Versorgung der Bevölkerung mit speziellen fachärztlichen Leistungen unter Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts in angemessener Erreichbarkeit

Bei der Gewährleistung spezieller fachärztlicher Leistungen (spezielle fachärztliche Versorgung und gesonderte fachärztliche Versorgung) ist eine gegenüber der haus- und fachärztlichen Grundversorgung differenzierte Betrachtungsweise geboten. Insbesondere ist zu berücksichtigen, dass es sich häufig um Leistungen handelt, deren Erbringung mit einem hohem Investitionsaufwand verbunden ist und der Anteil der diese Leistungen in Anspruch nehmenden Patienten bezogen auf die gesamte Bevölkerung geringer ist, als bei der fachärztlichen Grundversorgung. Dementsprechend sind die diesen Fachgruppen zugehörigen Praxen auf einen größeren Einzugsbereich für eine wirtschaftliche Praxisführung angewiesen. Zudem werden häufig Kooperationen, zum Teil auch mit dem stationären Bereich, eingegangen, um die notwendigen Investitionen gemeinschaftlich finanzieren bzw. die geschaffene Infrastruktur gemeinsam nutzen zu können. Deshalb kann dem nachvollziehbaren Wunsch der Patienten, auch diese Leistungen möglichst wohnortnah und ohne längere Wartezeiten in Anspruch nehmen zu können, mit Rücksicht auf das Wirtschaftlichkeitsgebot der ausreichenden, zweckmäßigen und notwendigen Versorgung nur eingeschränkt entsprochen werden. Das mit der Bedarfsplanung für diesen Bereich verfolgte Ziel muss deshalb lauten, diese Leistungen mit Ausnahme der von einem Probenversand gekennzeichneten, nicht patientenbezogenen Leistungen möglichst in allen Landesteilen in den Oberzentren vorzuhalten. Mit der Heranziehung der Raumordnungsregionen bzw. des KV-Bezirks als Planungsbereiche für die spezielle fachärztliche und die gesonderte fachärztliche Versorgung allein ist dies nur eingeschränkt möglich. Andere Raumordnungskategorien sind allerdings wiederum zu klein und würden sinnvolle Kooperationen und die in diesen Bereichen zwingend notwendige Standortwahl unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten einschränken bzw. zu zusätzlichen Zulassungsmöglichkeiten führen, ohne dass eine wirtschaftliche Praxisführung gewährleistet wäre. Deshalb werden KVMV und Krankenkassen im Rahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung, insbesondere im Zulassungsausschuss, aber auch im Rahmen der Niederlassungsberatung, das Augenmerk darauf richten, bei der Vergabe zusätzlich entstehender Stellen, bei Praxissitzverlegungen und bei der Erteilung von Sonderbedarfszulassungen die Feinsteuerung der Versorgung in einer Weise vorzunehmen, dass das angeführte Ziel zu realisieren ist. Darüber hinaus werden die Beteiligten bei der Fortschreibung des Bedarfsplanes auch für diesen Versorgungsbereich prüfen, ob bezüglich der Planungsbereiche Abweichungen von der Bundesrichtlinie geboten sind. Dies gilt insbesondere auch für die vergleichsweise große Gruppe der fachärztlichen Internisten, deren Planungsbereiche nach Maßgabe der Bundesrichtlinie die Raumordnungsregionen sind. Hier wird zu beobachten sein, ob und ggf. für welche Subspezialisierungen eine kleinräumigere Planung notwendig ist und auf welche Weise die zugrunde zu legenden Verhältniszahlen zu bestimmen sind.

c) Angemessene Teilhabe der Bevölkerung am medizinischen Fortschritt

Wirtschaftskraft und Einkommen der Bürger Mecklenburg-Vorpommerns bewegen sich zum Teil deutlich unter dem Bundesdurchschnitt. Dessen ungeachtet haben die Bürger einen Anspruch auf Teilhabe am medizinischen Fortschritt und sollen auch zu innovativen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden einen Zugang haben, soweit diese Gegenstand der gesetzlichen Krankenversicherung sind. Deshalb ist es auch Ziel dieser Bedarfsplanung und der daran Mitwirkenden, solche Leistungen weiterhin zu fördern. Dies ist insbesondere bei Sonderbedarfszulassungen, Ermächtigungen und Kooperationsformen zu beachten. Aber auch im Rahmen der Bemessung der Gesamtvergütung und der Honorarverteilung soll dieses Ziel angemessen Berücksichtigung finden.

d) Förderung der sektorübergreifenden Versorgung zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich

Die Zahl der zur Verfügung stehenden Ärzte, der Fortschritt bei den Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit, die besondere Struktur des Landes und die demografische Entwicklung machen es notwendig, die bestehenden und die zukünftig entstehenden Behandlungsangebote im ambulanten wie im stationären Bereich weiter miteinander zu vernetzen. Dies wird vom Zulassungsausschuss weiterhin insbesondere bei der Erteilung von Ermächtigungen und der Genehmigung von Kooperationen und Praxissitzverlegungen zu berücksichtigen sein. Darüber hinaus wird im Rahmen der Niederlassungsberatung in geeigneten Fällen auf die Möglichkeit zur Eingehung sektorübergreifender Kooperationen im Interesse der Sicherstellung der Versorgung ausdrücklich hingewiesen. Unter dem Gesichtspunkt der sektorübergreifenden Versorgung ist auch eine weitergehende Einbeziehung von Ärzten an den zahlreichen Rehabilitationseinrichtungen bei entsprechendem Sicherstellungsbedarf vor Ort verstärkt zu prüfen. Die bisher bereits vorgenommene Förderung ambulanter Operationen soll beibehalten und die bereits begonnene Implementierung von Projekten zur sektorübergreifenden Versorgung bestimmter Bevölkerungsgruppen bzw. Krankheiten, wie z.B. im Bereich der Adipositas, der Geriatrie oder der Palliativversorgung verstärkt werden. Darüber hinaus soll auch die Etablierung von weiteren KV-Notdienstpraxen an den Krankenhäusern gefördert werden. Soweit es zu nachweislichen Verlagerungseffekten vom stationären in den ambulanten Bereich kommt, ist dies bei der Fortschreibung dieses Bedarfsplanes ebenso zu berücksichtigen, wie bei der Bemessung der Gesamtvergütung.

e) Fortführung und Ausbau der interdisziplinären und intersektoralen Zusammenarbeit und Unterstützung von Projekten der Versorgungsforschung

Aufgrund der sich auch aus diesem Bedarfsplan ergebenden besonderen Herausforderungen des Landes Mecklenburg-Vorpommern bezüglich der Sicherstellung der medizinischen Versorgung sind in den letzten Jahren die diesbezüglich verantwortlichen Ministerien, Körperschaften und Organisationen verstärkt aufeinander zugegangen und haben nach Möglichkeiten gesucht, wie diese landesspezifischen Herausforderungen gemeistert werden können. Zu nennen sind hier u.a. die Konzertierte Aktion des Sozialministeriums, der Vertrag zwischen KVMV und dem Städte- und Gemeindetag, die Gründung verschiedener „Runder Tische“ in den Regionen und das verstärkte Augenmerk auf die Sicherung der medizinischen Versorgung in der Arbeit der regionalen Planungsverbände. Hierdurch konnte nicht nur ein besseres Verständnis für die unterschiedlichen Rahmenbedingungen und Anforderungen, mit denen es die Beteiligten zu tun haben, erreicht werden. In vielen Fällen ist auch eine kurzfristige und pragmatische Lösung von Versorgungsproblemen aufgrund der Zusammenarbeit gelungen. Diese interdisziplinäre Zusammenarbeit soll fortgesetzt und weiter ausgebaut werden. Mit Rücksicht auf die Bedarfsplanung ist dabei vor allem von Bedeutung, dass auch in dünn besiedelten und entlegenen Gebieten wohnhafte Bürger Zugang zur medizinischen Versorgung haben. Dabei ist insbesondere zu prüfen, welche Maßnahmen der ambulanten medizinischen Versorgungsstruktur einerseits (Zweigpraxen, Praxisassistentinnen, Förderung von Hausbesuchen) und welche Maßnahmen der Planungs- und Verkehrsinfrastruktur (öffentlicher Nahverkehr, Patientenbus, Gesundheitshäuser) andererseits zielführend und effizient sind. KVMV und Krankenkassen werden sich zur Zielerreichung insbesondere auch in entsprechenden Forschungsprojekten einbringen und die Einrichtung und die Förderung entsprechender Modellprojekte prüfen.

Ferner soll bei der Fortschreibung des Bedarfsplanes auch eine weitergehende Berücksichtigung bestehender und entstehender Planungsgrundlagen zur Versorgung bestimmter Krankheiten bzw. Bevölkerungsgruppen erfolgen. Zu nennen sind hier etwa der Landesgeriatrieplan, der Landespsychiatrieplan oder der Plan zur Weiterentwicklung eines integrativen Hilffsystems für psychisch kranke Menschen in Mecklenburg-Vorpommern. Darüber hinaus sollen insbesondere auch die sich aus der „Konzertierten Aktion für das Gesundheitswesen“ ergebenden Empfehlungen in die Fortschreibung der Bedarfsplanung einfließen.

f) Berücksichtigung des demografischen Wandels

Ein Schwerpunktziel insbesondere bei der Weiterentwicklung des Bedarfsplanes muss die weitere Anpassung an die sich aus Demografie und Morbidität ergebenden Herausforderungen sein, da in den kommenden Jahren weiterhin mit einem Bevölkerungsverlust und einem Anstieg des Durchschnittsalters gerechnet werden muss. Dabei soll vor allem auch in Zusammenarbeit mit den zuständigen Planungsbehörden die Ausweisung besonders versorgungsrelevanter Räume einschließlich deren Überführung in den Bedarfsplan beraten werden. Auch die Notwendigkeit einer Anpassung des Demografiefaktors, ggf. bezogen auf einzelne Planungsbereiche, wird in diesem Zusammenhang geprüft. Darüber hinaus sollen der Zulassungsausschuss bei der Auswahl von Zulassungsbewerbern im Rahmen der rechtlichen Möglichkeiten geriatrisch / gerontologisch qualifizierte Bewerber berücksichtigen. Überdies werden KVMV und Krankenkassen beim Abschluss von Sonderverträgen und der Vereinbarung besonders förderungswürdiger Leistungen verstärkt das Augenmerk auf diesen Bereich richten.

g) Feststellung von (drohender) Unterversorgung und lokalem Versorgungsbedarf

Mit Rücksicht auf die weiterhin in absehbarer Zeit nicht in ausreichender Anzahl zur Nachbesetzung vakanter Praxen zur Verfügung stehenden Hausärzte erscheint es gerade in Mecklenburg-Vorpommern weiterhin geboten, Gebiete mit (in absehbarer Zeit drohender) Unterversorgung auszuweisen und von den in § 105 SGB V vorgesehenen Möglichkeiten Gebrauch zu machen. Dabei sollen Niederlassungen ebenso weiterhin finanziell gefördert werden, wie die Anstellung von Ärzten, die Gründung von Zweigpraxen oder die Übernahme besonderer Versorgungsaufgaben. Die diesbezüglich von KVMV und Krankenkassen bereits eingeleiteten Maßnahmen mit Sicherstellungszuschlägen, Investitionskostenzuschüssen und Förderungen aus dem Strukturfonds haben sich bewährt. Dies zeigt bereits der Umstand, dass alle Haus- und Fachärzte, die seit 2008 eine entsprechende Förderung erhalten haben (insgesamt über 50 Ärzte), am jeweiligen Standort tätig sind und die Versorgung sicherstellen. Das Ziel ist es daher, die bereits ergriffenen Fördermaßnahmen beizubehalten bzw. auszubauen, dabei aber noch zielgenauer den Bedarf auszuweisen und ggf. Abstufungen in Bezug auf die Dringlichkeit des Versorgungsbedarfs und die an eine Niederlassung etc. geknüpften Fördermaßnahmen vorzunehmen.

Versorgungslücken im Bereich der fachärztlichen Versorgung ergeben sich in der Regel eher lokal und weniger bezogen auf ein gesamtes Fachgebiet und das ganze Bundesland. Die Förderung fachärztlicher Niederlassungen soll daher wie bisher auch insbesondere unter Berücksichtigung eines lokalen Versorgungsbedarfs erfolgen. Hier werden sich die KVMV und Krankenkassen nach der Neufassung der entsprechenden Regelung in der Bedarfsplanungsrichtlinie 2012 unverzüglich über deren Umsetzung verständigen.

Die Errichtung und der Betrieb von Eigeneinrichtungen von KV und Krankenkassen oder auch Kommunen zur ambulanten Versorgung in von Unterversorgung bedrohten Gebieten wird demgegenüber grundsätzlich nur als *Ultima Ratio* angesehen, wenn die Versorgung in anderer Weise und nach Ausschöpfung aller Mittel nicht mehr gewährleistet werden kann. Vorrangig sind insbesondere Fördermaßnahmen für Niederlassungen, Zweigpraxisgründungen und die Anstellung von Ärzten bei anderen Ärzten oder MVZ. KVMV und Krankenkassen werden aber prüfen, inwieweit auch in diesem Bereich die Etablierung und Unterstützung etwaiger Modellprojekte in Betracht kommt.

Im Übrigen wird die KVMV in Kooperation mit dem Land, den Universitäten und den Krankenhäusern auf dem bereits eingeschlagenen Weg der Förderung der Aus- und Weiterbildung des benötigten medizinischen, insbesondere hausärztlichen Nachwuchses weiter voranschreiten.

h) Förderung barrierefreier Zugangsmöglichkeiten zur medizinischen Versorgung

Die Schaffung barrierefreier Zugangsmöglichkeiten zur ambulanten medizinischen Versorgung soll weiter vorangebracht werden. Hier ist bislang erst ein Anfang gemacht, indem die Praxen, die für Rollstuhlfahrer und in ihrer Mobilität eingeschränkte Patienten erreichbar sind, erfasst und in der Arztsuche der KVMV entsprechend ausgewiesen werden. Die barrierefreie Zugangsmöglichkeit ist allerdings gegenwärtig kein Kriterium bei der Erteilung von Zulassungen zur vertragsärztlichen Versorgung. Zur Zielerreichung soll deshalb zunächst einmal im Rahmen der Niederlassungsberatung verstärkt auf die Schaffung barrierefreier Praxen aufmerksam gemacht werden. Dazu sollen entsprechende Informationsangebote bezüglich der notwendigen Voraussetzungen und auch bezüglich möglicher öffentlicher Förderungen vorgehalten werden. Zur mittelfristigen Zielerreichung soll in Zusammenarbeit mit den zuständigen Selbsthilfeorganisationen der Patienten festgestellt werden, in welchen Bereichen vorrangig Handlungsbedarf besteht und wie dieser umgesetzt werden kann. Die Berichte des Sozialministeriums zur Situation von Menschen mit Behinderungen finden hierbei Berücksichtigung.

B. Regionale Grundlagen der Bedarfsplanung

I. KV-Bezirk / Anwendungsbereich des Bedarfsplanes

Dieser Bedarfsplan findet Anwendung auf das Zuständigkeitsgebiet der KVMV (KV-Bezirk). Dieser umfasst das Gebiet des Bundeslandes Mecklenburg-Vorpommern sowie zusätzlich das zum Land Niedersachsen gehörige Amt Neuhaus, für das aufgrund von Verwaltungsabkommen ebenfalls eine Zuständigkeit der KVMV für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung gegeben ist.

II. Versorgungsbereiche / Planungsbereiche / Abweichungen

1. Versorgungsbereich Hausärztliche Versorgung

a) Arztgruppe / Planungsbereiche

Zur Arztgruppe der hausärztlichen Versorgung gehören die in § 11 Bedarfsplanungsrichtlinie genannten Ärzte. Planungsbereiche für die hausärztliche Versorgung sind die Mittelbereiche (die Zuordnung des Amtes Neuhaus erfolgt zum Mittelbereich Hagenow) sowie – als eigene Planungsbereiche außerhalb der sie umgebenden Mittelbereiche – die Oberzentren Schwerin,

Rostock, Greifswald, Stralsund und Neubrandenburg. Die Raumordnung nach Ober- und Mittelzentren und deren Verflechtungsbereichen einschließlich der Mittelbereiche beruht auf dem Landesplanungsgesetz und dem Landesraumentwicklungsprogramm (LEP) Mecklenburg-Vorpommern in der Form der Feststellung gemäß Landesverordnung über das Landesraumentwicklungsprogramm Mecklenburg-Vorpommern (LEP-LVO MV) vom 30. Mai 2005 in Verbindung mit den Festlegungen der in den Jahren 2010 bis 2011 neu aufgestellten Regionalen Raumentwicklungsprogramme Mecklenburg-Vorpommern.

b) Abweichungen von der Bundesrichtlinie

Eine Abweichung von den Vorgaben der Bedarfsplanungsrichtlinie erfolgt für die hausärztliche Versorgung zunächst insoweit, als die Städte Schwerin, Rostock, Greifswald, Neubrandenburg und Stralsund als Oberzentren in ihren Stadtgrenzen eigenständige Planungsbereiche bilden und damit unabhängig von den ihnen zugeordneten Mittelzentren, denen sie zugeordnet sind, geplant werden. Der Grund für diese Abweichung besteht darin, dass gerade die hausärztliche Versorgung flächendeckend und wohnortnah gewährleistet sein muss und sich nicht allein auf die Mittel- und Oberzentren konzentrieren darf. Würde man es dabei belassen, dass für die genannten Städte eine gemeinsame Planung mit den sie umgebenden ländlichen Regionen in einem einheitlichen Mittelbereich erfolgte, wäre zu befürchten, dass sich die hausärztlichen Zulassungen verstärkt auf die Zentren konzentrieren würden und es zu einer Ausdünnung der hausärztlichen Versorgungsdichte im Umland käme. Zudem würde eine bereits bestehende ungleiche Verteilung zwischen Oberzentrum und dem ländlichen Teil des Mittelbereichs perpetuiert. Die Kategorisierung der Städte Schwerin, Rostock, Greifswald und Neubrandenburg als eigenständige Planungsbereiche für die hausärztliche Versorgung hat sich zudem bereits in der Vergangenheit auf der Grundlage der bisherigen Bedarfsplanungsrichtlinie bewährt. Eine Abweichung erfolgt darüber hinaus gegenüber § 11 Abs. 3 der Bedarfsplanungsrichtlinie, wonach die Abgrenzung der Mittelbereiche nach den Maßgaben des Bundesinstitutes für Bau, Stadt- und Raumforschung (BBSR) vorgenommen wird. Anstelle dieser Abgrenzung der Mittelbereiche findet die aktuelle rechtsverbindliche Festlegung der Landesregierung gemäß Landesraumentwicklungsprogramm Mecklenburg-Vorpommern (LEP-LVO MV) vom 30. Mai 2005 in Verbindung mit den Festlegungen der in den Jahren 2010 bis 2011 neu aufgestellten Regionalen Raumentwicklungsprogramme Mecklenburg-Vorpommern Anwendung. Die Abweichung erfolgt aufgrund des aktuelleren Standes der Landesdaten und beinhaltet nur kleinere Abweichungen bei einzelnen Mittelbereichen gegenüber den Grundlagen des BBSR. Zudem werden die auf Landesebene vorgenommen Anpassungen mit zeitlicher Verzögerung durch das BBSR nachvollzogen.

Bezüglich der anzuwendenden Verhältniszahl erfolgt ebenfalls eine Abweichung von der Bundesrichtlinie. Die Bedarfsplanungsrichtlinie 2012 sieht für das gesamte Bundesgebiet einheitlich eine Arzt-Einwohner-Verhältniszahl von 1.671 vor. Nach der bisherigen Richtlinie galt demgegenüber, dass die Arzt-Einwohner-Verhältniszahl für die hausärztliche wie für die fachärztliche Versorgung bezogen auf so genannte Verdichtungsräume unterschiedlich bemessen war. Dabei wurde unterschieden zwischen „Großen Verdichtungsräumen“, „Verdichtungsansätzen“ und „Ländlichen Regionen“. Die Verhältniszahlen für die hausärztliche Versorgung bewegten sich zwischen 2.134 Einwohner je Hausarzt (höchste Verhältniszahl für das Ruhrgebiet) und 1.474 Einwohner je Hausarzt

in ländlichen Kreisen. In Mecklenburg-Vorpommern kamen unter Berücksichtigung der dünnen Besiedelung in nahezu allen Planungsbereichen die niedrigsten Verhältniszahlen von 1.474 bzw. 1.490 zur Anwendung. Lediglich für Rostock, Bad Doberan und Güstrow waren höhere Verhältniszahlen ausgewiesen. Während nach der Bedarfsplanungsrichtlinie 2012 für die allgemeine fachärztliche Versorgung weiterhin unterschiedliche Verhältniszahlen unter Berücksichtigung der Zuordnung der Planungsbereiche zu verschiedenen Kreistypen vorgesehen sind, wurde für den hausärztlichen Versorgungsbereich unabhängig von der Struktur des Planungsbereiches eine bundeseinheitliche Verhältniszahl festgesetzt. Die Berechnung dieser einheitlichen Verhältniszahl erfolgte dergestalt, dass anhand der bislang gültigen Verhältniszahlen und dem Einwohnerstand am 31. Dezember 12.1995 planungsbereichsbezogen so genannte Soll-Verhältniszahlen gebildet wurden. Aus den sich daraus planungsbereichsbezogenen Ergebnissen wurde ein bundeseinheitlicher Durchschnitt gebildet (vgl. § 2 der Anlage 5 Bedarfsplanungsrichtlinie 2012). Mit Rücksicht auf die obigen Ausführungen zu den Landesspezifika ist festzustellen, dass die unveränderte Anwendung der nun vorgesehenen bundeseinheitlichen Verhältniszahl den Bundesdurchschnitt abbildenden Verhältniszahl dem Ziel der Sicherung einer flächendeckenden hausärztlichen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern zuwiderlaufen würde. Ausweislich des quartalsweise erstellten Honorarberichts der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) weisen die Hausärzte (Allgemeinmediziner und hausärztliche Internisten) in Mecklenburg-Vorpommern sowohl eine über dem Bundesdurchschnitt liegende Behandlungsfallzahl als auch einen überdurchschnittlichen Behandlungsbedarf im Sinne der abgerechneten Leistungen auf. Diese Feststellung korreliert mit den obigen Darstellungen zu dem sich aus der Besiedlungsdichte, der Morbidität und dem sich aus steigendem Altersdurchschnitt ergebenden erhöhten Behandlungsbedarf der Bevölkerung. Deshalb ist eine Anpassung der bundeseinheitlichen allgemeinen Verhältniszahl des hausärztlichen Versorgungsbereiches unumgänglich. Hierzu wird ein Anpassungsfaktor auf der Grundlage der Honorarberichte der KBV für das Jahr 2011 (veröffentlicht unter <http://www.kbv.de/41532.html>) bestimmt. Daraus ergeben sich folgende Abweichungen in Mecklenburg-Vorpommern gegenüber dem Bundesdurchschnitt:

	Fallzahlen	Leistungsbedarf:
Allgemeinmediziner Bund:	830	1,3 Millionen Punkte
Allgemeinmediziner M-V:	975	1,5 Millionen Punkte
Hausärztliche Internisten Bund:	892	1,3 Millionen Punkte
Hausärztliche Internisten M-V:	1.038	1,6 Millionen Punkte

Aus diesen Abweichungen vom Bundesdurchschnitt bezüglich der Fallzahlen und den Leistungsanforderungen ergibt sich ein um den Faktor von (gerundet) 1,17 erhöhter Behandlungsbedarf der Bevölkerung. Der damit einhergehende erhöhte Bedarf an Hausärzten wird dadurch abgebildet, dass die allgemeine Verhältniszahl (1.671) durch den oben genannten Leistungsbedarfsfaktor dividiert und die sich daraus ergebende Verhältniszahl von 1.425 zur Anwendung gebracht wird. Diese Verhältniszahl wird dann jeweils planungsbereichsbezogen mit dem Demografiefaktor der Bundesrichtlinie modifiziert und zur Grundlage der Ermittlung der Zulassungsmöglichkeiten gemacht. Eine Ausnahme hiervon bilden die dichter besiedelten

Oberzentren Schwerin, Rostock, Neubrandenburg, Greifswald und Stralsund, für die die bundeseinheitliche Verhältniszahl von 1.671 zur Anwendung kommt.¹

Im Rahmen der Fortschreibung dieses Bedarfsplanes wird regelmäßig geprüft, inwieweit eine Fortführung der Anpassungen oder eine Änderung zur angemessenen Berücksichtigung der Versorgungssituation erforderlich ist. Über eine etwaige Umsetzung einer Planungsregion (Oberzentren plus Umland) unter Berücksichtigung der gleichzeitigen Feststellung von lokalen Sonderbedarfen / Versorgungsbedarfen verständigen sich die Parteien bis zum 31. Dezember 2013.²

Eine kartografische Darstellung der gültigen Planungsbereiche der hausärztlichen Versorgung ist im Anhang dieses Bedarfsplanes angefügt.

2. Versorgungsbereich Allgemeine fachärztliche Versorgung

a) Arztgruppe / Planungsbereiche

Zur Arztgruppe der allgemeinen fachärztlichen Versorgung gehören die in § 12 Abs. 1 Bedarfsplanungsrichtlinie genannten Ärzte. Planungsbereiche für die allgemeine fachärztliche Versorgung sind die Kreise, die kreisfreien Städte und die Kreisregionen in der Zuordnung und Typisierung der Anlage 3.2 der Bedarfsplanungsrichtlinie.

b) Abweichungen

Hinsichtlich der allgemeinen fachärztlichen Versorgung finden die Vorgaben der Bedarfsplanungsrichtlinie bezogen auf die Planungsbereiche und die Verhältniszahlen unverändert Anwendung. Dies beinhaltet insbesondere, dass als Planungsbereiche die Kreise, Kreisregionen und kreisfreien Städte in der aktuell noch gültigen Zuordnung des BBSR herangezogen werden und damit den Stand vor der Kreisgebietsreform vom 4. September 2011 abbilden.

Eine kartografische Darstellung der gültigen Planungsbereiche der allgemeinen fachärztlichen Versorgung ist im Anhang dieses Bedarfsplanes angefügt.

3. Versorgungsbereich spezialisierte fachärztliche Versorgung

a) Arztgruppen / Planungsbereiche

Zur Arztgruppe der spezialisierten fachärztlichen Versorgung gehören die in § 13 Bedarfsplanungsrichtlinie genannten Ärzte. Planungsbereiche für die spezialisierte fachärztliche Versorgung sind die Raumordnungsregionen / Planungsregionen Mecklenburg-Vorpommerns. Die Raumordnung nach Ober- und Mittelzentren und deren Verflechtungsbereichen einschließlich der Raumordnungsregionen (in Mecklenburg-Vorpommern als „Planungsregionen“ bezeichnet) beruht auf dem Landesplanungsgesetz und dem Landesraumentwicklungsprogramm (LEP) Mecklenburg-Vorpommern in der Form der Feststellung gemäß Landesverordnung über das Landesraumentwicklungsprogramm Mecklenburg-Vorpommern (LEP-LVO MV) vom 30. Mai 2005.

b) Abweichungen von der Bundesrichtlinie

¹ Anpassung gemäß Konsensvereinbarung vom 15. Mai 2013

² Anpassung gemäß Konsensvereinbarung vom 15. Mai 2013

Für diesen Versorgungsbereich besteht eine Abweichung gegenüber § 13 Abs. 3 der Bedarfsplanungsrichtlinie, wonach die Abgrenzung der Raumordnungsregionen nach den Maßgaben des Bundesinstitutes für Bau, Stadt- und Raumforschung (BBSR) erfolgt. Anstelle dieser Abgrenzung der Raumordnungsregionen findet die Abgrenzung des Ministeriums für Energie und Raumordnung in Mecklenburg-Vorpommern mit Stand vom 1. Januar 2012 Anwendung (dortige Bezeichnung: Planungsregionen). Die Abweichung erfolgt aufgrund des aktuelleren Standes der Landesdaten und beinhaltet nur eine Anpassung bei den Gebietszuordnungen zu den Raumordnungsregionen „Mecklenburgische Seenplatte“ und „Vorpommern“ gegenüber den Grundlagen des BBSR. Die Abweichung erfolgt aufgrund des aktuelleren Standes der Landesdaten. Zudem wird die auf Landesebene vorgenommen Anpassung mit zeitlicher Verzögerung durch das BBSR nachvollzogen.

Im Übrigen finden die Vorgaben der Bedarfsplanungsrichtlinie insbesondere bezogen auf die Planungsbereiche unverändert Anwendung. Bei der Fortschreibung dieses Bedarfsplanes soll allerdings geprüft werden, ob die Zugrundelegung der Raumordnungsregionen für die Gruppe der fachärztlich tätigen Internisten für eine flächendeckende Sicherstellung der Versorgung zielführend ist und die Anwendung von Steuerungsinstrumenten wie Genehmigungsbedürftigkeit der Praxissitzverlegung und Sonderbedarfszulassung für eine bedarfsgerechte Verteilung ausreicht, oder ob ggf. zukünftig kleinere Planungsbereiche (ggf. auch für einzelne Subspezialisierungen) gebildet werden sollen.

Eine kartografische Darstellung der gültigen Planungsbereiche der spezialisierten fachärztlichen Versorgung ist im Anhang dieses Bedarfsplanes angefügt.

4. Versorgungsbereich gesonderte fachärztliche Versorgung

a) Arztgruppen / Planungsbereiche

Zur Arztgruppe der gesonderten fachärztlichen Versorgung gehören die in § 14 Bedarfsplanungsrichtlinie genannten Ärzte. Planungsbereich für die gesonderte fachärztliche Versorgung ist der KV-Bezirk einschließlich des Amtes Neuhaus.

b) Abweichungen

Hinsichtlich der gesonderten fachärztlichen Versorgung finden die Vorgaben der Bedarfsplanungsrichtlinie in Bezug auf Planungsbereiche und Verhältniszahlen unverändert Anwendung.

5. Berücksichtigung ermächtigter Ärzte und Einrichtungen

Die Berücksichtigung ermächtigter Ärzte und Fachwissenschaftler der Medizin erfolgt gemäß § 22 Abs. 1 Bedarfsplanungsrichtlinie. Damit werden ermächtigte Ärzte und Fachwissenschaftler der Medizin wie zugelassene Ärzte bei der Ermittlung der Versorgungsgrade angerechnet, wenn sie in vollem oder im Sinne des § 19 a ÄrzteZV hälftigem Versorgungsauftrag für ihr Fachgebiet ermächtigt sind. Dies ist dann der Fall, wenn die Ermächtigung ungeachtet der obligatorischen Befristung das gesamte Fachgebiet gemäß Weiterbildungsordnung ohne Beschränkung auf einzelne Leistungen, Diagnosen, Krankheitsbilder oder einzelne überweisungsberechtigte Arztgruppen umfasst. Berücksichtigung finden insoweit insbesondere auch die unbefristet zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigten Fachwissenschaftler der Medizin im Bereich Labor und Zytologie / Pathologie). Bei der Bewertung der persönlichen Ermächtigungen wird davon

ausgegangen, dass ermächtigte Ärzte an Krankenhäusern die ambulante Tätigkeit als Nebentätigkeit zu ihren stationären Aufgaben wahrnehmen. Deshalb werden diese Ermächtigungen, die im Übrigen die obigen Anforderungen erfüllen, jeweils als hälftige Versorgungsaufträge erfasst. Ärzte und Fachwissenschaftler, die außerhalb von Krankenhäusern quasi wie in freier Praxis ermächtigt sind, werden demgegenüber mit einem vollen Versorgungsauftrag erfasst. Soweit einzelne ermächtigte Ärzte trotz für das gesamte Fachgebiet erteilter Ermächtigung weniger als 10 Prozent der Fallzahlen des Fachgruppendurchschnitts betreuen, finden diese keine Berücksichtigung.

Es besteht grundsätzlich Einvernehmen darüber, dass Ärzte und Psychotherapeuten, die in ermächtigten Einrichtungen (z.B. Psychiatrische Institutsambulanzen, Sozialpädiatrische Zentren) tätig sind, entsprechend ihres Tätigkeitsumfanges in der Einrichtung in der Bedarfsplanung Berücksichtigung finden sollen. Die Anrechnung in der Bedarfsplanung unter Berücksichtigung des Tätigkeitsumfanges soll dabei nach einem einheitlichen Schlüssel vorgenommen werden. Hierüber wird noch eine einvernehmliche Festlegung zwischen KVMV und den Krankenkassen nach Maßgabe des § 22 Abs. 2 Bedarfsplanungsrichtlinie im Rahmen der Fortschreibung dieses Bedarfsplanes unter Berücksichtigung ggf. noch erfolgender ergänzender Bestimmungen der Bedarfsplanungsrichtlinie (vgl. Ziffer 2.7, Anmerkungen zu § 22 der Tragenden Gründe zu den Bedarfsplanungsrichtlinien 2012) bis zum 31. Dezember 2013 erfolgen.³

III. Feststellung von (in absehbarer Zeit drohender) Unterversorgung und lokalem Versorgungsbedarf

Bezüglich der Feststellung von (in absehbarer Zeit drohender) Unterversorgung und lokalem Versorgungsbedarf werden die Beschlüsse des Landesausschusses gemäß § 100 Abs. 1 und 3 SGB V vom 23. Januar und vom 2. Juli 2008 zunächst weiterhin unter Berücksichtigung geänderter Planungsbereiche, Verhältniszahlen etc. mit folgenden Maßgaben⁴ angewendet:

1. Es erfolgt eine anteilige Herausrechnung der fachärztlich tätigen Hausärzte beginnend bei einem Anteil der fachärztlichen Tätigkeit am Gesamtleistungsbedarf > 20 %, zu 50 %
2. Es erfolgt eine anteilige Herausrechnung der Hausärzte mit speziellen Tätigkeitsschwerpunkten, beginnend bei einem Anteil dieser Leistungen am Gesamtumsatz > 30 %, zu 50 %
3. Die Berücksichtigung einer Nachbesetzungsrate erfolgt durch die taggleiche Herausrechnung einer neuen Zulassung bei drohender Unterversorgung
4. Die Förderung in Form des Investitionskostenzuschusses erfolgt aus dem Strukturfonds
5. In einem zweiten Schritt verständigen sich die Parteien auf die Überprüfung der Fördermaßnahmen nach § 105 SGB V bis zum 31. Dezember 2013

³ Anpassung gemäß Konsensvereinbarung vom 15. Mai 2013

⁴ Anpassung gemäß Konsensvereinbarung vom 15. Mai 2013

A.

In Hinblick auf die notwendige Anpassung der Bedarfsplanung zum 1.7.13 haben sich die an der Bedarfsplanung beteiligten Parteien auf folgende Punkte verständigt:

1. Verhältniszahl in Oberzentren und Mittelbereiche

Die Parteien verständigen sich dahingehend, im hausärztlichen Bereich innerhalb der Mittelbereiche zu differenzieren und die bundesweite Verhältniszahl (1671) zunächst nur auf die Oberzentren anzuwenden, während die Umlandregionen der Oberzentren sowie die weiteren Mittelbereiche zunächst mit einer auf die MV-Verhältnisse angepassten Verhältniszahl geplant werden.

Die angepasste Verhältniszahl ergibt sich aus dem Verhältnis der Fallzahl der Allgemeinmediziner und der hausärztlichen Internisten in MV und Bund (Quelle: Bericht BewA an das BMG für das Jahr 2011) und beträgt: 1425.

2. Förderung mit Investitionskostenzuschüssen

Weiterhin sind sich die Parteien einig, dass die Förderung in Form des Investitionskostenzuschusses aus dem Strukturfonds erfolgt und keine weiteren finanziellen Mittel der Krankenkassen notwendig sind.

3. Berechnung der drohenden Unterversorgung

Die Vertragsparteien verständigen sich dahingehend, gegenüber den bisherigen Berechnungen folgende Abänderungen vorzunehmen:

- Anteilige Herausrechnung der fachärztlichen tätigen Hausärzte, beginnend bei einem Anteil der fachärztlichen Tätigkeit am Gesamtleistungsbedarf > 20 %, zu 50 %
- Anteilige Herausrechnung der Hausärzte mit speziellen Tätigkeitsschwerpunkten, beginnend bei einem Anteil dieser Leistungen am Gesamtumsatz > 30 %, zu 50 %
- Berücksichtigung einer Nachbesetzungsrate erfolgt durch die taggleiche Herausrechnung einer neuen Zulassung bei der drohenden Unterversorgung

4. Umgang mit anhängigen Rechtsstreitigkeiten

Bei der Realisierung dieser Punkte ziehen die Vertragsparteien ihre jeweiligen Klagen gegen die Beschlüsse des Landesausschusses vom 23.01.2008, 02.07.2008 und 19.11.2008 zurück.

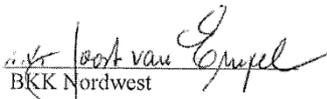
B.

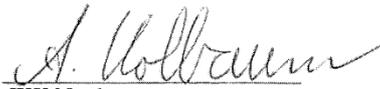
In einem zweiten Schritt bis zum 31.12.2013 verständigen sich die Parteien:

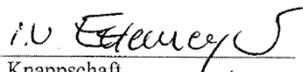
1. über die etwaige Umsetzung einer Planungsregion (Oberzentren plus Umland) unter Berücksichtigung der gleichzeitigen Feststellung von lokalen Sonderbedarfen / Versorgungsbedarfen
2. auf die Überprüfung der Fördermaßnahmen nach § 105 SGB V
3. über die konkrete Berücksichtigung ermächtigter Einrichtungen


Kassenärztliche Vereinigung
Mecklenburg- Vorpommern


AOK Nordost – Die
Gesundheitskasse


BKK Nordwest


IKK Nord


Knappschaft


Verband der Ersatzkassen

Anhang: Statistiken und Grafiken zur regionalen Versorgungssituation

1. Übersicht über die Medizinischen Versorgungszentren (MVZ)
2. Übersicht über die bestehenden Sonderbedarfszulassungen
3. Kartografische Darstellung der Standorte der Krankenhäuser und der Rehabilitationseinrichtungen
4. Übersicht über die erteilten Bestimmungen zur Teilnahme an der Versorgung gemäß § 116 b SGB V in der Fassung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes
5. Kartografische Darstellung der Verteilung der Praxen, die eine Praxisassistentin beschäftigt haben
6. Kartografische Darstellung der an der Verbundweiterbildung beteiligten Kliniken
7. Kartografische Darstellung der geförderten hausärztlichen Zulassungen
8. Kartografische Darstellung der Ober- und Mittelbereiche mit Verflechtungsbereichen
9. Strukturkarte Mecklenburg-Vorpommern mit Verkehrswegen und Bevölkerungsdichte
10. Strukturkarte Mecklenburg-Vorpommern mit Bevölkerungsentwicklung 2006 bis 2010
11. Kreisgebietsbezogene Bevölkerungsprognose 2010 bis 2030 (vor der Kreisgebietsreform 2011)
12. Kreisgebietsbezogene Bevölkerungsprognose 2010 bis 2030 (neue Kreiszuordnung)

Medizinische Versorgungszentren in Mecklenburg-Vorpommern Stand: März 2013

Anzahl der erfolgten Zulassungen:		46			
Anzahl der im MVZ tätigen Ärzte:		204	17 Vertragsärzte		
			187 angestellte Ärzte		
Gründer:		17	Vertragsärzte		
Krankenhausträgerschaft: 50%		2	GGP Rostock GmbH		
Vertragsarztträgerschaft : 37%		1	Sanitätshaus		
		2	Diaverum Deutschland		
		1	ISG-Intermed Service		
			GmbH & Co KG		
		23	Krankenhäuser	HELIOS	4 MVZ
				Asklepios	1 MVZ
				Universität Greifswald	3 MVZ
				Universität Rostock	2 MVZ
				Alphamed GmbH&Co KG	1 MVZ
				Damp Holding AG	6 MVZ
				Kh Hagenow/Ludwigslust	1 MVZ
				Warnowklinik Bützow	1 MVZ
				Klinikum Neubrandenburg	1 MVZ
				AMEOS Anklam/Ueckerm	1 MVZ
				Sana KH Rügen GmbH	1 MVZ
				Bethanien gGmbH	1 MVZ
Rechtsform:		5	GbR		
		0	Partnerschaftsgesellschaft		
		41	GmbH		
Regionale Verteilung		Rostock	11	Stralsund/NVP	3
		SN,Wismar,NWM	11	Güstrow	1
		Greifswald,OVP	6	Rügen	1
		Ludwigslust	4	Uecker-Randow	2
		Parchim	4	Bad Doberan	1
		Neub.-Meckl.-Strel.	2		
Anzahl an	Hausärzten	incl.Päd.	70		
Anzahl an	Fachärzten		133		
erm. FW	Zahnarzt		1		

Übersicht bestehender Sonderbedarfszulassungen in der KVMV

Augenheilkunde

lfd. Nr.	ANR	TITEL	NAME	Leistungsumfang	Rechtsgrundlage	PLZ	ORT	Beginn Zul.
1	7804032		Böhme, Alexander (Kärn, Michael)	Augenheilkunde	§ 24 a Bpl.-RI.- Ärzte	19053	Schwerin	01.07.2008
2	7804035	Dr. med.	Wermund, Thomas (Wilhelm/Werschnik/Schmidt)	Augenheilkunde	§ 24 a Bpl.-RI.- Ärzte	17109	Demmin	17.12.2012
3	7805135	Dr. med.	Häder, Matthias	konservative Augenheilkunde; Lasertherapie	§ 24 a Bpl.-RI.- Ärzte	19055	Schwerin	01.01.2008

Chirurgie

lfd. Nr.	ANR	TITEL	NAME	Leistungsumfang	Rechtsgrundlage	PLZ	ORT	Beginn Zul.
1	7807044	Dr. med.	Klein, Frank	gefäßchirurgische/thorax- chirurgische Leistungen; EBM-Nr. 31634, 31211, 31212	§ 24 b Bpl.-RI.- Ärzte	17034	Neubrandenburg	01.04.2009
2	7807044	Dr. med.	Kastrau, René	gefäßchirurgische Leistungen; halber Versorgungsauftrag	§ 24 b Bpl.-RI.- Ärzte	17034	Neubrandenburg	01.10.2011

Gynäkologie

lfd. Nr.	ANR	TITEL	NAME	Leistungsumfang	Rechtsgrundlage	PLZ	ORT	Beginn Zul.
1	7811294	Dr. med.	Kirsch, Michael	Leistungen der Pränatal- diagnostik inklusive EBM Nr. 33044 auf Überweisung	§ 24 b Bpl.-RI.- Ärzte	19057	Schwerin	01.08.2009

Neurologie

lfd. Nr.	ANR	TITEL	NAME	Leistungsumfang	Rechtsgrundlage	PLZ	ORT	Beginn Zul.
1	7839149	Dr. med.	Hoppe, Heidemarie	Nervenheilkunde	§ 24 a Bpl.-RI.- Ärzte	18311	Ribnitz- Damgarten	01.07.2009

Radiologie

lfd. Nr.	ANR	TITEL	NAME	Leistungsumfang	Rechtsgrundlage	PLZ	ORT	Beginn Zul.
1	7854073	Dr. med.	Terstegge, Klaus	Leistungen im Rahmen des Teilgebietes Neuroradiologie	§ 24 b Bpl.-RI.- Ärzte	19395	Plau am See	01.03.2012

Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten

lfd. Nr.	ANR	TITEL	NAME	Leistungsumfang	Rechtsgrundlage	PLZ	ORT	Beginn Zul.
1	7869140	Dipl.-Soz.	Weih-Godenrath, Thekla	Verhaltenstherapie	§ 24 b Bpl.-RI.- Ärzte	17424	Heringsdorf	02.08.2011
2	7869141	Dipl.-Soz.	Schmücker, Ingmar	Verhaltenstherapie	§ 24 b Bpl.-RI.- Ärzte	17034	Neubrandenburg	01.09.2011
3	7869163	Dipl.-Psych.	Tillenburg, Silke	ausschließliche Betreuung von Kindern und Jugendlichen	§ 24 b Bpl.-RI.- Ärzte	17493	Greifswald	01.10.2012
4	7870083		Wörpel, Jana	Richtlinienverfahren tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	§ 24 b Bpl.-RI.- Ärzte	17235	Neustrelitz	22.11.2012

Psychologischer Psychotherapeut

lfd. Nr.	ANR	TITEL	NAME	Leistungsumfang	Rechtsgrundlage	PLZ	ORT	Beginn Zul.
1	7869133	Dr. phil.	Sadowski, Peter	Verhaltenstherapie	§ 24 b Bpl.-RI.-Ärzte	17033	Neubrandenburg	10.12.2010
2	7869134	Dipl.-Psych.	Ritter, Daniela	Fachgebiet	§ 24 a Bpl.-RI.-Ärzte	18225	Kühlungsborn	28.02.2011
3	7869139	Dipl.-Psych.	Meyer, Anja	Verhaltenstherapie; halber Versorgungsauftrag	§ 24 b Bpl.-RI.-Ärzte	17489	Greifswald	01.04.2011
4	7869150	Dipl.-Psych.	Krause, Vinzent	Verhaltenstherapie	§ 24 b Bpl.-RI.-Ärzte	23966	Wismar	21.06.2012
5	7869152	Dipl.-Psych.	Zutz, Katalin	Fachgebiet	§ 24 a Bpl.-RI.-Ärzte	18233	Neubukow	01.07.2012
6	7869154	Dipl.-Psych.	Schmöcker, Diana	Verhaltenstherapie	§ 24 b Bpl.-RI.-Ärzte	17235	Neustrelitz	01.08.2012
7	7869155	Dr. phil.	Richter, Susan	Verhaltenstherapie; halber Versorgungsauftrag	§ 24 b Bpl.-RI.-Ärzte	17489	Greifswald	01.12.2012
8	7869160	Dipl.-Psych.	Martin, Patricia	Fachgebiet	§ 24 a Bpl.-RI.-Ärzte	17406	Usedom	24.09.2012
9	7869165	Dr. rer. medic.	Watzke, Anna-Bettina	Fachgebiet; halber Versorgungsauftrag	§ 24 e Bpl.-RI.-Ärzte	17498	Gristow	01.03.2013
10	7870056	Dipl.-Psych.	Sturm-Sommer, Stefan	Psychol. Psychotherapeut	§ 24 a Bpl.-RI.-Ärzte	18528	Bergen	02.11.2006

Innere Medizin/Angiologie

lfd. Nr.	ANR	TITEL	NAME	Leistungsumfang	Rechtsgrundlage	PLZ	ORT	Beginn Zul.
1	7819135		Fleck, Silvana (Vogelgesang, Dirk)	Leistungen im Rahmen der Angiologie	§ 24 b Bpl.-RI.-Ärzte	17489	Greifswald	01.10.2011

Innere Medizin/Endokrinologie

lfd. Nr.	ANR	TITEL	NAME	Leistungsumfang	Rechtsgrundlage	PLZ	ORT	Beginn Zul.
1	7820423	Dr. med.	Schindler, Andrea	Erbringung endokrinologischer Leistungen (keine diabetologischen Leistungen)	§ 24 b Bpl.-RI.-Ärzte	17489	Greifswald	01.04.2009

Innere Medizin/Gastroenterologie

lfd. Nr.	ANR	TITEL	NAME	Leistungsumfang	Rechtsgrundlage	PLZ	ORT	Beginn Zul.
1	7820582	Dr. med.	Buchholz, Dietrich	Leistungen im Rahmen der Gastroenterologie	§ 24 b Bpl.-RI.-Ärzte	19230	Hagenow	17.05.2010

Innere Medizin/Kardiologie

lfd. Nr.	ANR	TITEL	NAME	Leistungsumfang	Rechtsgrundlage	PLZ	ORT	Beginn Zul.
1	7819070	Dr. med.	Bahr, Christine (Weirich, Cornelia)	Leistungen des Teilgebietes Kardiologie	§ 24 b Bpl.-RI.-Ärzte	17309	Pasewalk	01.10.2006
2	7819110	Dr. med.	Eckard, Heike (Holzhausen, Christian)	kardiologische Leistungen	§ 24 c Bpl.-RI.-Ärzte	18055	Rostock	01.04.2009

Innere Medizin/Hämatologie und internistische Onkologie

lfd. Nr.	ANR	TITEL	NAME	Leistungsumfang	Rechtsgrundlage	PLZ	ORT	Beginn Zul.
1	7819056	Dipl.-Med.	Decker, Susanne (Lakner, Volker)	Leistungen der internistischen Onkologie u. Hämatologie	§ 24 c Bpl.-RI.-Ärzte	18057	Rostock	24.07.2008

2	7819056	Dr. med.	Leithäuser, Malte (Lakner/Decker)	Leistungen der internistischen Onkologie u. Hämatologie; halber Versorgungsauftrag	§ 24 b Bpl.-RI.-Ärzte	18311	Ribnitz-Damgarten	19.07.2012
3	7819096	Dr. med.	Wilhelm, Stefan (Duda/Eschenburg)	Leistungen der internistischen Onkologie u. Hämatologie	§ 24 b Bpl.-RI.-Ärzte	18273	Güstrow	01.04.2006
4	7832069	Dr. med.	Lück, Andreas (Hübner/Bruhn)	spezialistische Versorgungsaufgaben auf dem Gebiet der Hämatologie/Onkologie	§ 24 c Bpl.-RI.-Ärzte mit Leistungsbeschränkung	18107	Rostock	01.10.2008
5		Dr. med.	Mende, Thorsten	Leistungen im Rahmen der Hämatologie/Onkologie	§ 24 b Bpl.-RI.-Ärzte	19258	Boizenburg	01.01.2013

Innere Medizin/Nephrologie

lfd. Nr.	ANR	TITEL	NAME	Leistungsumfang	Rechtsgrundlage	PLZ	ORT	Beginn Zul.
1	7819084	Dr. med.	Daut, Matthias (Albrecht/Tiedemann/Nöhring)	Dialyse	§ 24 e Bpl.-RI.-Ärzte	17192	Waren	01.04.2004
2	7819084	Dr. med.	Faßheber, Til (Nöhring/Daut)	Dialyse	§ 24 e Bpl.-RI.-Ärzte	17192	Waren	01.01.2011
3	7819084	Dr. med.	Gebert, Hermann (Nöhring/Daut/Faßheber)	Dialyse	§ 24 e Bpl.-RI.-Ärzte	17192	Waren	01.04.2011
4	7819087	Dr. med.	Ohlmann, Astrid (Mentzel, Helge)	Dialyse	§ 24 e Bpl.-RI.-Ärzte	23936	Grevesmühlen	01.03.2005
5	7819116	Dr. med.	Gliesche, Thomas (Selck/Freytag)	Dialyse	§ 24 e Bpl.-RI.-Ärzte	18273	Güstrow	01.10.2008
6	7819116		Petermann, Sebastian (Selck/Freytag/Gliesche)	Dialyse	§ 24 e Bpl.-RI.-Ärzte	18273	Güstrow	01.01.2011
7	7819120	Dr. med.	Bordihn, Nils-Martin (Desselberger/Guth)	Dialyse	§ 24 e Bpl.-RI.-Ärzte	17489	Greifswald	01.04.2008
8	7819120	Dipl.-Med.	Desselberger, Ralf (Guth/Bordihn)	Dialyse	§ 24 e Bpl.-RI.-Ärzte	17489	Greifswald	01.07.2006
9	7819134	Dipl.-Med.	Schubert, Jens-Ullrik (Kinze, Eva-Maria)	Dialyse	§ 24 e Bpl.-RI.-Ärzte	18528	Bergen	01.07.2011

Innere Medizin/Rheumatologie

lfd. Nr.	ANR	TITEL	NAME	Leistungsumfang	Rechtsgrundlage	PLZ	ORT	Beginn Zul.
1	7820548	Prof. Dr. med.	Neeck, Günther (Klüter/Wernitzsch)	Leistungen im Rahmen der Betreuung von Rheumapatienten auf Überweisung	§ 24 b Bpl.-RI.-Ärzte	18209	Bad Doberan	02.10.2007
2	7820560	Dott./ Univ.Rom.	Berg, Walter	diagnostische u. therapeutische Leistungen rheumatologischer Erkrankungen; halber Versorgungsauftrag	§ 24 b Bpl.-RI.-Ärzte	17192	Waren	01.01.2009
3	7820580	Dr. med.	Möbius, Charlotte	Leistungen im Rahmen der Betreuung von Rheumapatienten	§ 24 b Bpl.-RI.-Ärzte	19053	Schwerin	01.04.2010
4	7820598	Dr. med.	Bruhn, Reinhard	Leistungen im Rahmen der Betreuung von Rheumapatienten; halber Versorgungsauftrag	§ 24 b Bpl.-RI.-Ärzte	18334	Bad Sülze	01.05.2011

STANDORTE ÜBERSICHT MECKLENBURG - VORPOMMERN



-  Krankenhäuser (40 gesamt)
-  Rehabilitationskliniken (22 gesamt)



Ambulante Behandlung im Krankenhaus

Mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbes in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) wurde § 11b SGBV zum 1. April 2007 neu gefasst. Danach kann jedes zugelassene Krankenhaus, welches in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen ist, einen entsprechenden Antrag unter Nennung der betreffenden Leistungen und Erkrankungen auf Zulassung nach § 116 b SGB V stellen. Die Entscheidungsfindung ergibt sich aus dem § 116b Abs. 2 SGB V.

Seither werden im Rahmen der Krankenhausplanung des Landes Mecklenburg-Vorpommern auf Antrag Krankenhäuser zur ambulanten Behandlung von Patientinnen und Patienten mit seltenen Erkrankungen bzw. Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen bestimmt.

In der folgenden Übersicht sind die bisher zugelassenen Krankenhäuser aufgeführt, in denen eine ambulante Behandlung gemäß § 116 b Abs. 2 SGB V durchgeführt werden darf.

Lfd. Nr.	Krankenhaus	Richtlinie des G-BA über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V		Zulassungsdatum	Bemerkungen
		Katalog-Nr.:	Kurzbezeichnung:		
1	HANSE-Klinikum Stralsund GmbH Große Parower Straße 47-53 18435 Stralsund	Anlage 3 Nr. 1	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit onkologischen Krankheitsverläufen	01.01.2008	ohne: Hauttumoren, Kopf- oder Halstumoren, Augentumoren, gynäkologische Tumoren, urologische Tumoren, Tumore bei Kindern und Jugendlichen
2	Klinikum Südstadt Rostock Südring 81 18059 Rostock	Anlage 1 Nr. 1	CT / MRT – gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen	01.09.2008	

3	Universitätsmedizin Greifswald Köperschaft des Öffentlichen Rechts Fleischmannstraße 8 17475 Greifswald	Anlage 3 Nr. 6	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Multipler Sklerose	01.03.2010	
4	HELIOS Kliniken Schwerin GmbH Wismarsche Straße 393-397 19049 Schwerin	Anlage 2 Nr. 14	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit neuromuskulären Erkrankungen	01.06.2010	ohne den Teil Erwachsene *Siehe Fußnote
5	Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum Neubrandenburg Salvador-Allende-Straße 30 17036 Neubrandenburg	Anlage 3 Nr. 1	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit onkologischen Erkrankungen	01.05.2009	nur: gynäkologische und urologische Tumoren *Siehe Fußnote
6	Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum Neubrandenburg Salvador-Allende-Straße 30 17036 Neubrandenburg	Anlage 3 Nr. 3 Teil Erwachsene	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit schweren Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen	01.05.2009	ohne: Kinder und Jugendliche *Siehe Fußnote
7	Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum Neubrandenburg Salvador-Allende-Straße 30 17036 Neubrandenburg	Anlage 3 Nr. 4	spezialisierte Diagnostik und Therapie der schweren Herzinsuffizienz (NYHA Stadium 3-4)	01.05.2009	*Siehe Fußnote
8	Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum Neubrandenburg Salvador-Allende-Straße 30 17036 Neubrandenburg	Anlage 3 Nr. 1	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit onkologischen Erkrankungen	01.01.2010	ohne: Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven, Kopf- oder Halstumoren, Augentumoren, urologische Tumoren, Tumore bei Kindern und Jugendlichen *Siehe Fußnote
9	KGM Klinikum Güstrow GmbH Friedrich-Trendelenburg-Allee 1 18273 Güstrow	Anlage 3 Nr. 6	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Multipler Sklerose	01.10.2009	*Siehe Fußnote
10	KGM Klinikum Güstrow GmbH Friedrich-Trendelenburg-Allee 1 18273 Güstrow	Anlage 3 Nr. 4	spezialisierte Diagnostik und Therapie der schweren Herzinsuffizienz (NYHA Stadium 3-4)	01.12.2009	*Siehe Fußnote
11	BDH-Klinik Greifswald GmbH Neurologisches Rehabilitationszentrum und Querschnittgelähmtenzentrum Karl-Liebknecht-Ring 26a 17491 Greifswald	Anlage 3 Nr. 10	Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Querschnittslähmung bei Komplikationen, die eine interdisziplinäre Versorgung erforderlich machen	01.10.2010	*Siehe Fußnote

12	Klinik Amsee GmbH Amsee 6 17192 Waren (Müritz)	Anlage 2 Nr. 12	Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Pulmonaler Hypertonie	01.07.2011	
----	--	-----------------	---	------------	--

****Aufgrund einer Anfechtungsklage durch Dritte gegen den Bescheid des Ministeriums für Soziales und Gesundheit erfolgt zurzeit keine ambulante Behandlung nach § 116 b SGB V.***

Quelle: Veröffentlichung im Regierungsportal des SM

Stand: Oktober 2011

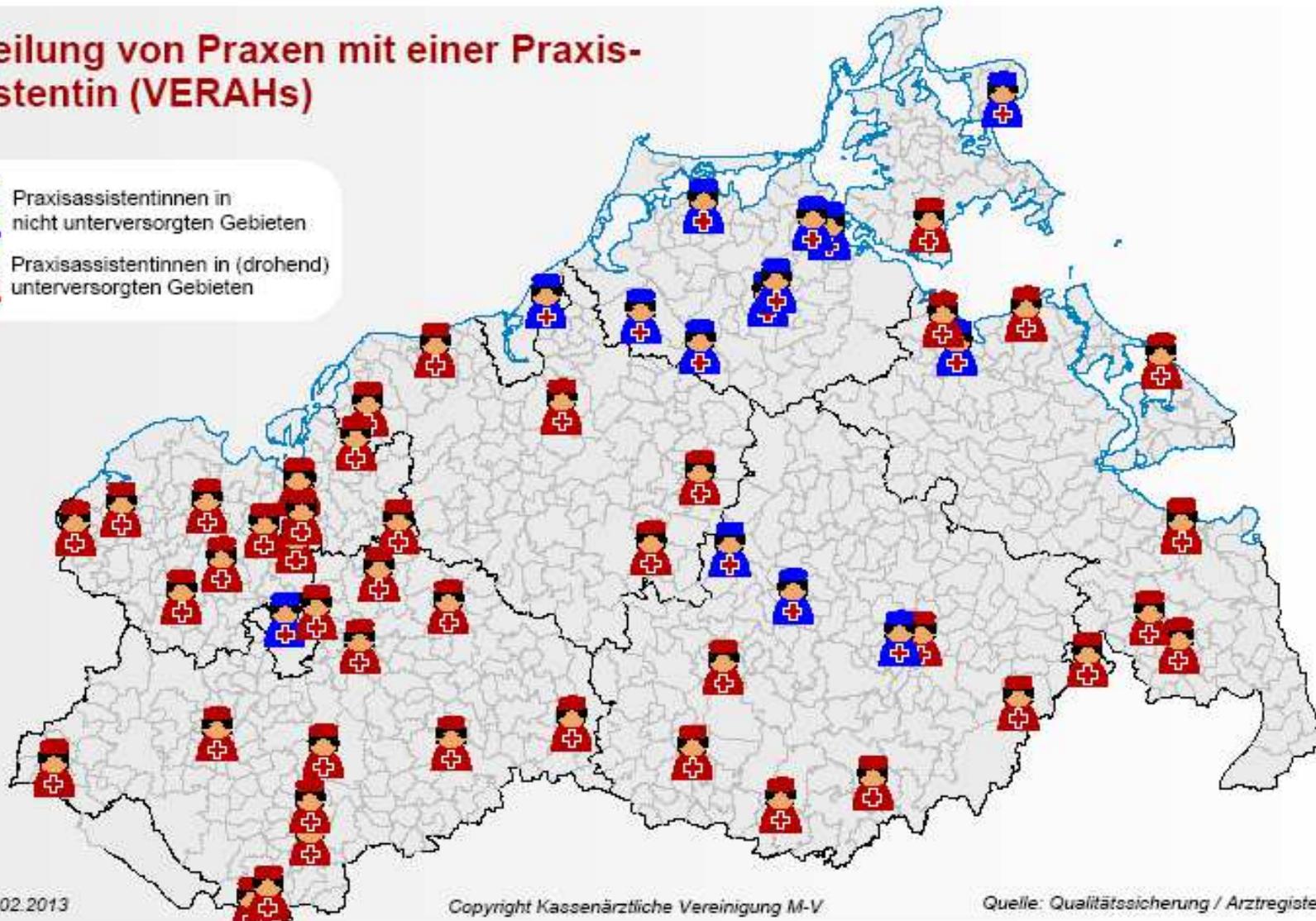
Verteilung von Praxen mit einer Praxisassistentin (VERAHs)



Praxisassistentinnen in nicht unterversorgten Gebieten



Praxisassistentinnen in (drohend) unterversorgten Gebieten



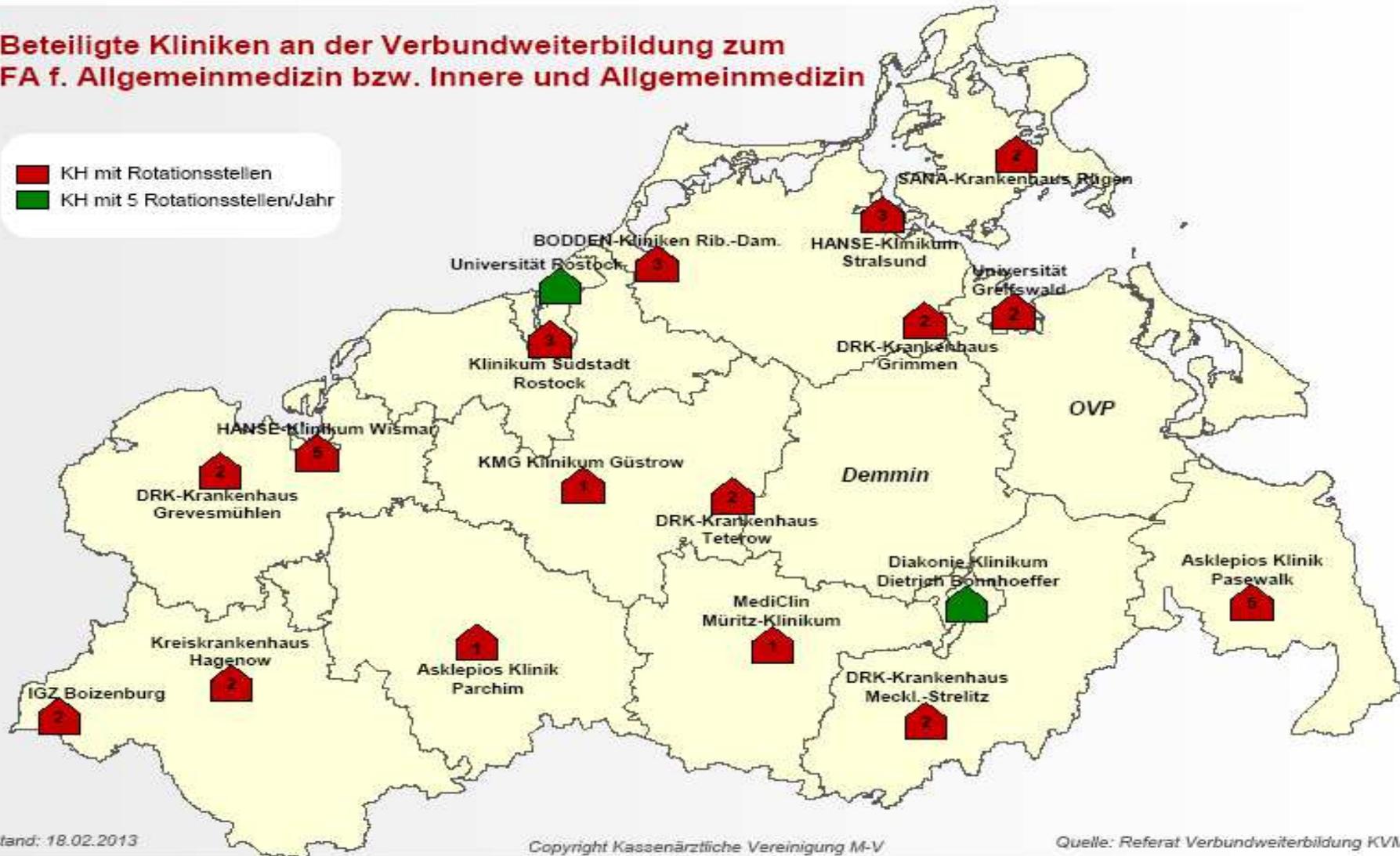
Stand: 05.02.2013

Copyright Kassenärztliche Vereinigung M-V

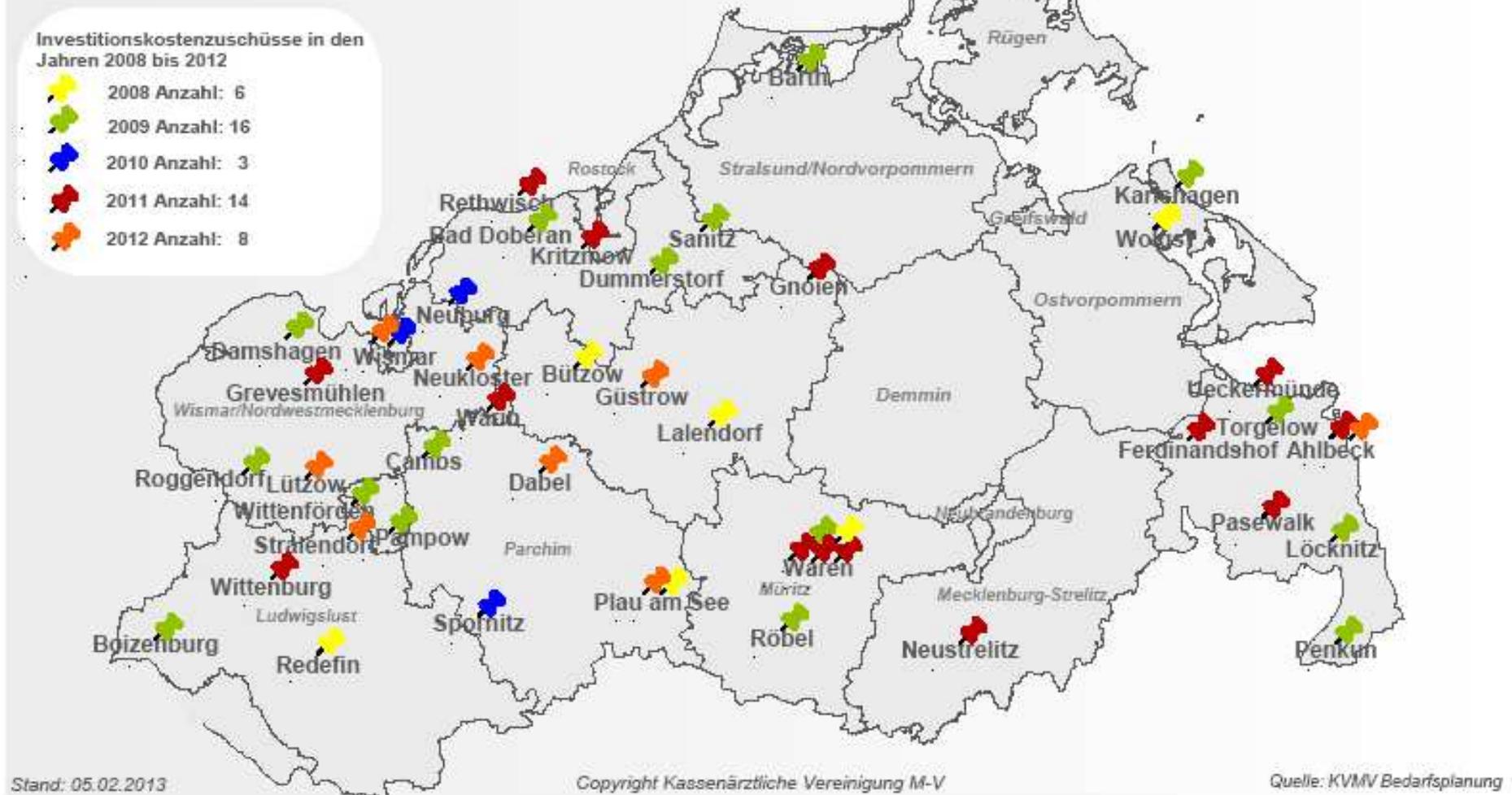
Quelle: Qualitätssicherung / Arztregister der KVMV

Beteiligte Kliniken an der Verbundweiterbildung zum FA f. Allgemeinmedizin bzw. Innere und Allgemeinmedizin

- KH mit Rotationsstellen
- KH mit 5 Rotationsstellen/Jahr



Verteilung der geförderten hausärztlichen Zulassungen in Mecklenburg-Vorpommern



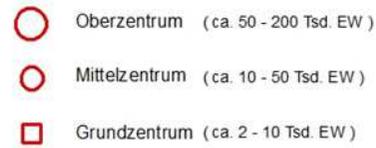
Ober- / Mittelzentren mit Verflechtungsbereichen (aktueller Stand)



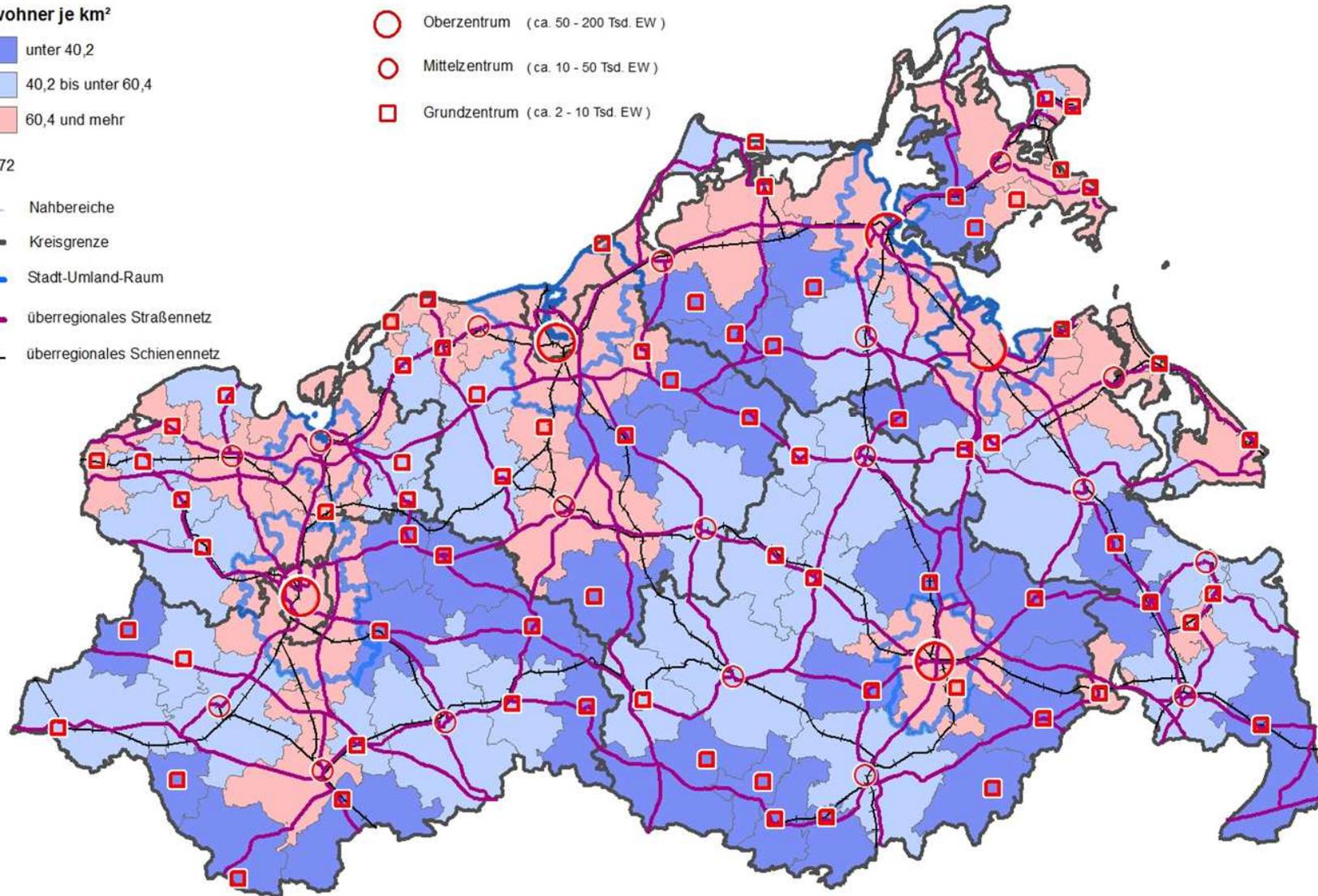
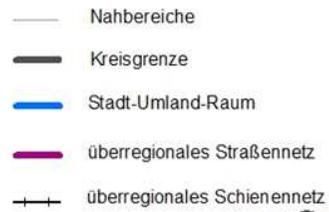
Strukturkarte Mecklenburg-Vorpommern

Bevölkerungsdichte im Durchschnitt 2006 bis 2010 (Nahbereiche der ZO)

Einwohner je km²



MV: 72



Oberste Landesplanungsbehörde M - V, 11/2012

Strukturkarte Mecklenburg-Vorpommern

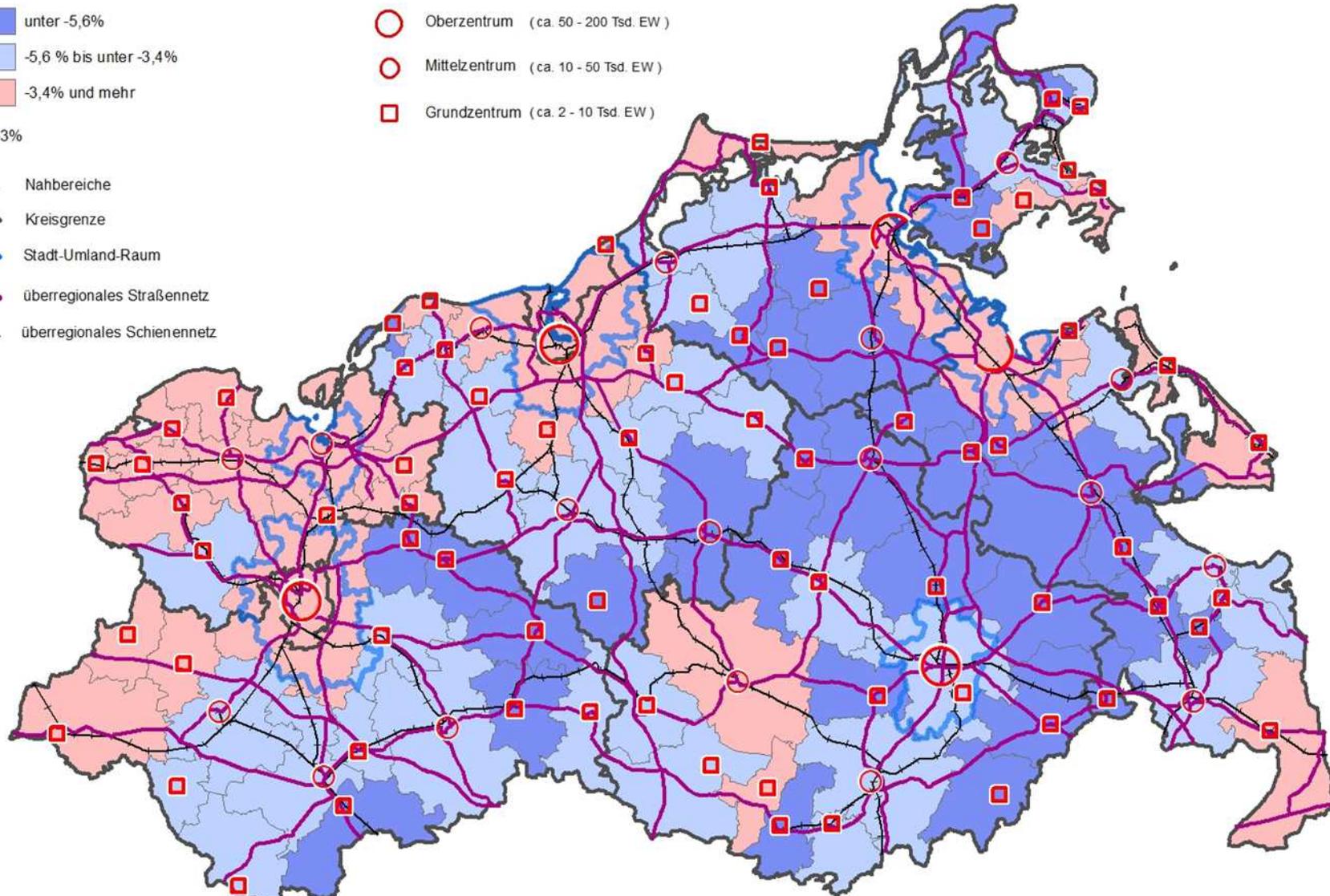
Bevölkerungsentwicklung 2006 bis 2010 (Nahbereiche der ZO)

- unter -5,6%
- 5,6 % bis unter -3,4%
- 3,4% und mehr

MV: -3%

- Nahbereiche
- Kreisgrenze
- Stadt-Umland-Raum
- überregionales Straßennetz
- überregionales Schienennetz

- Oberzentrum (ca. 50 - 200 Tsd. EW)
- Mittelzentrum (ca. 10 - 50 Tsd. EW)
- Grundzentrum (ca. 2 - 10 Tsd. EW)

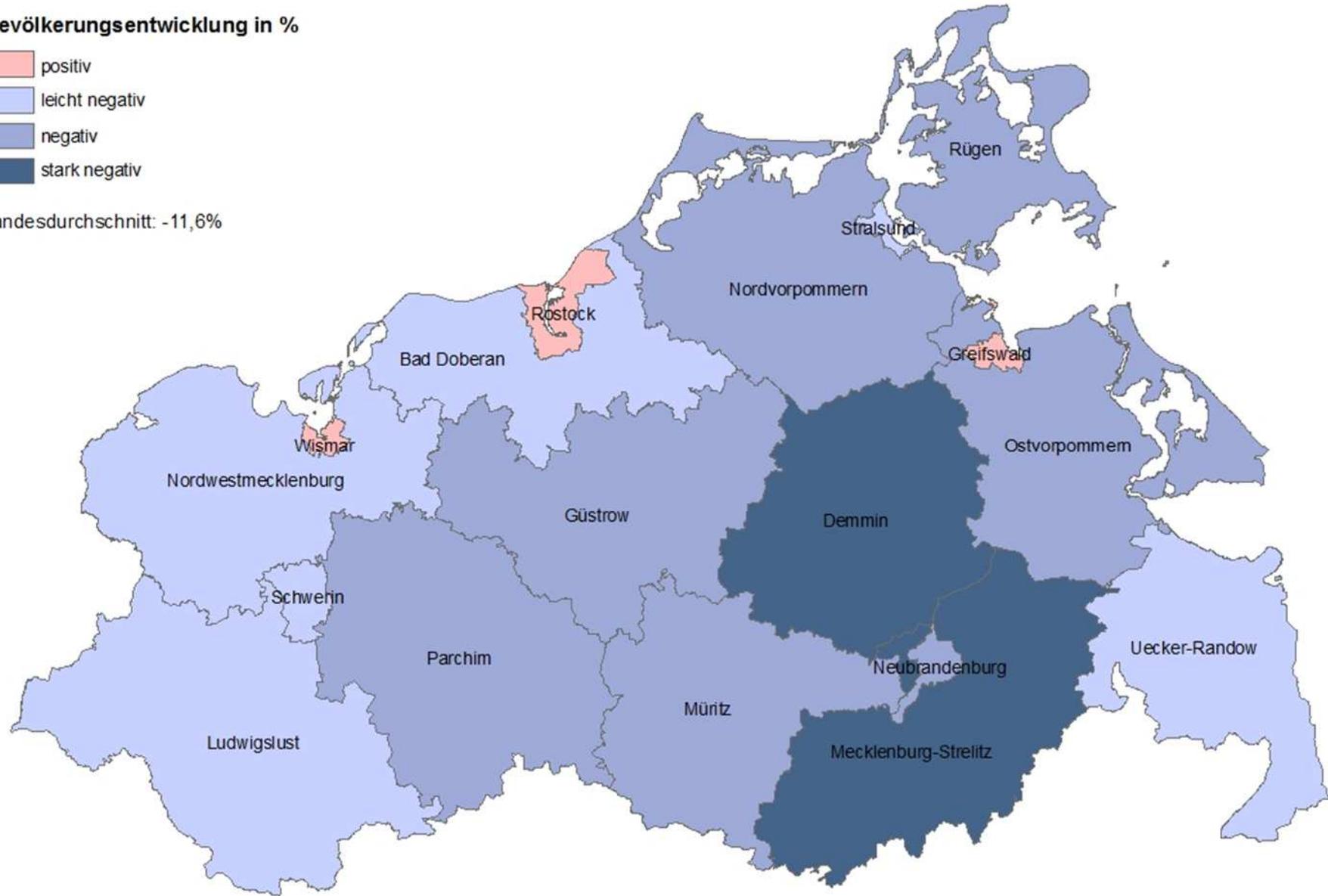


Bevölkerungsentwicklung der Kreise 2010 - 2030 (4. Landesprognose)

Bevölkerungsentwicklung in %



Landesdurchschnitt: -11,6%

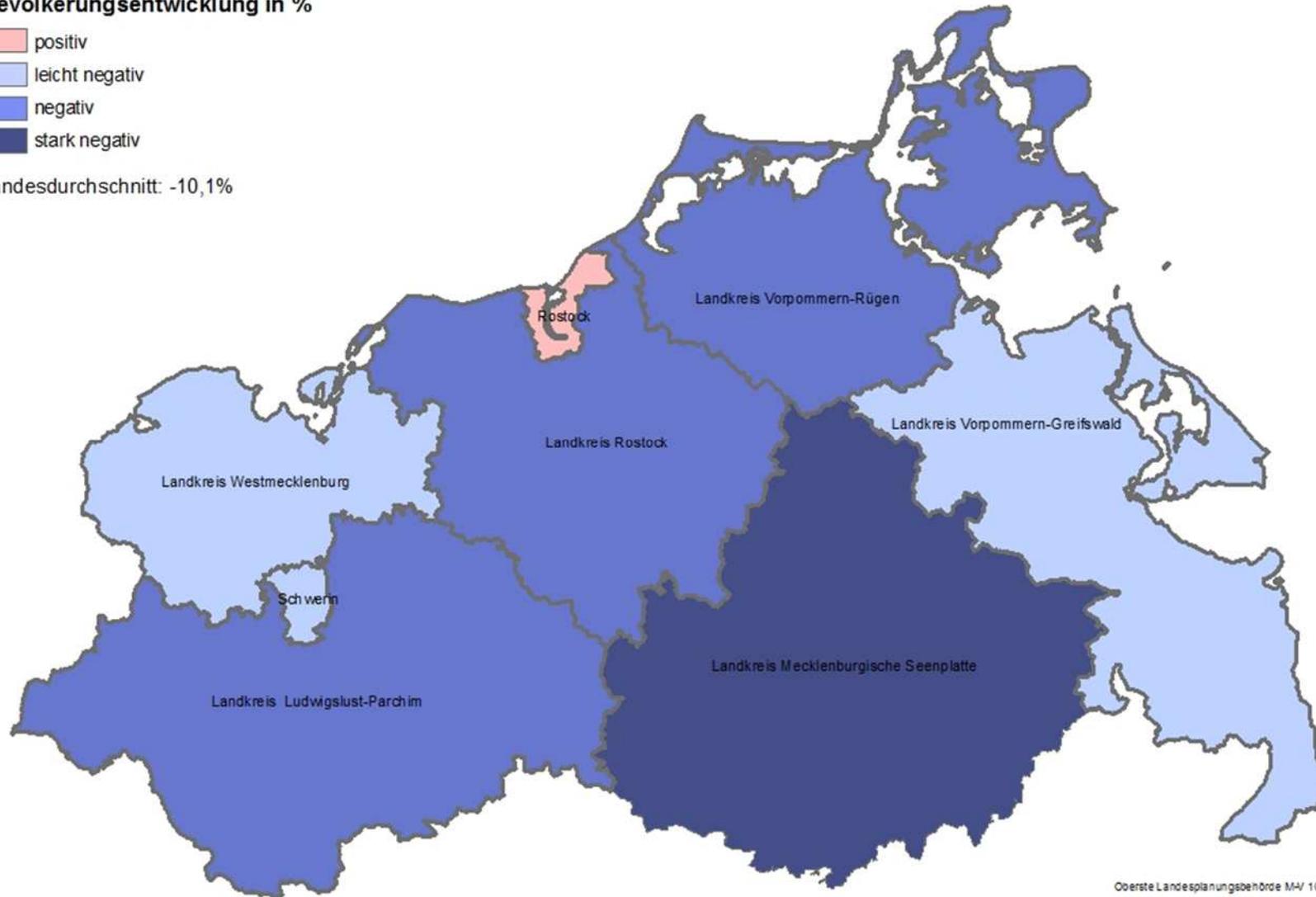


Bevölkerungsentwicklung der Kreise 2010 - 2030 (4. Landesprognose, 1. Änderung)

Bevölkerungsentwicklung in %

- positiv
- leicht negativ
- negativ
- stark negativ

Landesdurchschnitt: -10,1%



Oberste Landesplanungsbehörde M-V 10/2012

3. Teil: Planungsblätter und Darstellung der Planungsbereiche

A. Hausärztliche Versorgung

B. Allgemeine fachärztliche Versorgung

C. Spezielle fachärztliche Versorgung

D. Gesonderte fachärztliche Versorgung