



Hochschule Neubrandenburg

Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management

Studiengang Gesundheitswissenschaften

**DIE BEDARFSPLANUNG IN DER AMBULANTEN  
VERTRAGSÄRZTLICHEN UND  
VERTRAGSPSYCHOTHERAPEUTISCHEN  
VERSORGUNG MECKLENBURG-VORPOMMERNS IM  
LICHTE DER VERSORGUNGSREALITÄT**

**M a s t e r a r b e i t**

zur

Erlangung des akademischen Grades

**Master of Science (M.Sc.)**

Vorgelegt von: *Danila Volkmann*

Betreuer: *Prof. Dr. Bernhard Langer*

Zweitbetreuer: *Prof. Dr. Roman Oppermann*

Tag der Einreichung: 15.11.2022

urn:nbn:de:gbv:519-thesis2022-0208-2

## Zusammenfassung

**Hintergrund:** Im Flächenland Mecklenburg-Vorpommern wird sich der Fachkräftemangel im ambulanten ärztlichen Bereich in den nächsten Jahren verschärfen. In Zukunft sind in Mecklenburg-Vorpommern 13 der 27 Mittelbereiche der hausärztlichen Versorgung von einer Unterversorgung bedroht. Durch den demografischen Wandel gibt es einerseits eine höhere Anzahl an Patient\*innen, die vermehrt ärztliche Leistungen in Anspruch nehmen und andererseits eine immer höhere Altersstruktur der Ärzt\*innen. Dieser Wandel ist besonders im hausärztlichen Bereich zu spüren. Bereits Ende 2021 waren ca. 30 Prozent der Fachärzte des hausärztlichen Versorgungsbereichs älter als 60 Jahre. **Ziel:** Das Ziel dieser Masterarbeit bestand darin, die ambulante vertragsärztliche und vertragspsychotherapeutische Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern zu beschreiben und Möglichkeiten darzulegen, um die ambulante Versorgung auch in Zukunft sicherstellen zu können. **Methode:** Mit Hilfe einer systematischen Literaturrecherche wurden die Daten für die Masterarbeit gewonnen. Zusätzlich wurden Daten von der KVMV zur Verfügung gestellt. **Ergebnisse:** Es wurde deutlich, dass die Gesundheitsversorgung in Mecklenburg-Vorpommern in Zukunft mit einigen Herausforderungen konfrontiert sein wird. Es bedarf eine Erhöhung der Effizienz im Gesundheitswesen und innovative Versorgungskonzepte, um den Herausforderungen begegnen zu können. Da der Hauptgrund für den Landärztemangel die Urbanisierung darstellt, müssen strukturelle Ursachen behoben werden, die dafür sorgen, dass sich immer weniger junge Menschen für eine Niederlassung in Mecklenburg-Vorpommern entscheiden. Die derzeit bereits eingesetzten Fördermaßnahmen der KVMV (z.B. die Landarztquote) sind als positiv zu bewerten.

Inhaltsverzeichnis	
Zusammenfassung .....	2
Abbildungsverzeichnis .....	5
Tabellenverzeichnis .....	6
Abkürzungsverzeichnis .....	7
<b>1. Einleitung</b> .....	<b>9</b>
<b>2. Bedarfsplanung</b> .....	<b>12</b>
2.1 Entwicklung.....	13
2.2 Versorgungsebenen .....	14
2.3 Planungsbereiche .....	14
2.4 Verhältniszahlen .....	17
2.4.1 Morbiditätsfaktor .....	17
2.5 Versorgungsgrade .....	18
2.5.1 Unterversorgung und drohende Unterversorgung .....	19
2.5.2 Überversorgung.....	21
<b>3. Bedeutung der Gremien der Gemeinsamen Selbstverwaltung</b> .....	<b>22</b>
3.1 Bedarfsplan.....	22
3.2 Gemeinsame Landesgremien.....	24
3.3 Landesausschüsse .....	24
3.4 Zulassungsausschüsse .....	25
<b>4. GKV-Versorgungsstrukturgesetz</b> .....	<b>27</b>
<b>5. Reform Quotenregelung 2019</b> .....	<b>29</b>
5.1 Mindestquoten .....	29
5.2 Maximalquoten .....	31
<b>6. Zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf</b> .....	<b>33</b>
<b>7. Landärztemangel</b> .....	<b>35</b>
7.1 Definition ländlicher Raum .....	36



7.2 Situation in Mecklenburg-Vorpommern.....	37
<b>8. Aktualität der Bedarfsplanung.....</b>	<b>42</b>
8.1 Bedarfsplanung in Mecklenburg-Vorpommern.....	43
<b>9. Fördermaßnahmen in Mecklenburg-Vorpommern.....</b>	<b>49</b>
9.1 Landarztquote.....	53
<b>10. Telemedizin.....</b>	<b>55</b>
10.1 Chancen und Risiken der Telemedizin.....	56
10.2 Telemedizin in Mecklenburg-Vorpommern.....	58
<b>11. Sektorenübergreifende Bedarfsplanung.....</b>	<b>60</b>
11.1 Bisherige Steuerungsansätze.....	62
11.2 Herausforderungen und politische Entwicklungen.....	64
<b>12. Diskussion.....</b>	<b>67</b>
<b>13. Fazit und Ausblick.....</b>	<b>69</b>
Quellenverzeichnis.....	71
Anhang.....	91

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Versorgungsgrade (KBV 2022: o.S.).....	19
Abbildung 2: Die Gremien der Bedarfsplanung (KBV 2022: o.S.).....	23
Abbildung 3: Inanspruchnahme allgemeinärztlicher, fachärztlicher sowie psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen in den letzten zwölf Monaten nach Geschlecht und Alter (RKI 2021: 54).....	37
Abbildung 4: Haus- und Fachärzte (inklusive Psychiater): Anzahl und Angestelltenverhältnis Vergleich 2013 und 2022 (eigene Darstellung nach KVMV 2013a: 6 ff. und KVMV 2022: o.S.) .....	40
Abbildung 5: Bedarfsplanung hausärztliche Versorgung M-V (KVMV 2022a: o.S.) .....	44
Abbildung 6: Bedarfsplanung allgemeine fachärztliche Versorgung (KVMV 2022a: o.S.) .....	45
Abbildung 7: Bedarfsplanung Fachgebiet Psychotherapie – Mindestquote in gesperrten Planungsbereichen (KVMV 2022a: o.S.) .....	46
Abbildung 8: Bedarfsplanung spezialisierte fachärztliche Versorgung (KVMV 2022a: o.S.) .....	47
Abbildung 9: Bedarfsplanung gesonderte fachärztliche Versorgung (KVMV 2022a: o.S.) .....	40
Abbildung 10: Geförderte Zulassungen in M-V: Investitionskostenzuschüsse 2008 bis 2021 (KVMV 2021f: 11).....	53

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Kreistypen in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung (eigene Darstellung nach KBV 2020: 5).....	16
Tabelle 2: Mindestquoten in den einzelnen Arztgruppen (Eigene Darstellung nach KVB 2020: 4-5) .....	30
Tabelle 3: Maximalquoten in der Arztgruppe der Fachinternisten (eigene Darstellung nach KVB 2020: 9).....	32
Tabelle 4: Kriterien zur Prüfung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfes (Erreichbarkeit) (eigene Darstellung, nach G-BA 2022: 31-32).....	34
Tabelle 5: Vorteile der Telemedizin für verschiedene Akteure im Gesundheitswesen (eigene Darstellung nach Dittmar 2015: o.S.).....	57

## Abkürzungsverzeichnis

ASV	Ambulante spezialfachärztliche Versorgung
BÄK	Bundesärztekammer
BBSR	Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DRG	Diagnosis Related Groups
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EM MV	Ministerium für Energie, Infrastruktur und Digitalisierung Mecklenburg-Vorpommern
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GEDA	Gesundheit in Deutschland aktuell
GG	Grundgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
IVZ	Integriertes Versorgungszentrum
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KGMV	Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVB	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
KVBW	Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
KVMV	Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern
KV RLP	Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz
M-V	Mecklenburg-Vorpommern
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum



SGB	Sozialgesetzbuch
SVR	Sachverständigenrat
TK	Techniker Krankenkasse
VG	Versorgungsgrad
vdek	Verband der Ersatzkassen
VStG	GKV-Versorgungsstrukturgesetz
VSG	GKV-Versorgungsstärkungsgesetz

## 1. Einleitung

*„Wir verzeichnen zwar ein leichtes Wachstum bei der Zahl der Ärztinnen und Ärzte, leider reicht dieser Zuwachs aber bei weitem nicht aus, um den Behandlungsbedarf einer Gesellschaft des langen Lebens auf Dauer zu decken. [...]“ (Dr. Klaus Reinhardt, Präsident der BÄK: 2022)*

Das deutsche Gesundheitssystem ist in Zukunft mit vielen Veränderungen konfrontiert: eine zunehmend wachsende ältere Bevölkerung und das damit verbundene erhöhte Patientenaufkommen<sup>1</sup>, der medizinisch-technische Fortschritt und der sich weiter zuspitzende Fachkräftemangel im medizinischen Bereich stellen nur einige Herausforderungen dar. Dieser Wandel führt zu einem ständigen Veränderungsdruck des Gesundheitssystems, welchem auch die ambulante vertragsärztliche und vertragspsychotherapeutische Versorgung Mecklenburg-Vorpommerns unterliegt (vgl. Enquete-Kommission M-V 2021: 27).

Deutschland verfügt zweifelsfrei über ein leistungsfähiges Gesundheitssystem, um diesen wachsenden Herausforderungen zu begegnen. Allerdings sind die Mediziner in Deutschland ungleich verteilt, daraus folgt eine ungleiche Verteilung von über- und unterversorgten Regionen. Von der Unterversorgung sind hauptsächlich strukturschwache ländliche Gebiete betroffen, dies ist mit dem Grundsatz der Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse<sup>2</sup> nicht vereinbar und führt zu einer ungleichen Verteilung von Gesundheitschancen (vgl. Lübking 2020: 10). Es ist davon auszugehen, dass die Nachfrage nach ambulanten Leistungen bis 2030 stetig ansteigen wird, die Anzahl der Ärzte hingegen abnimmt.

---

<sup>1</sup> Im Interesse einer besseren Lesbarkeit wird nicht ausdrücklich in geschlechtsspezifischen Personenbezeichnungen differenziert. Die gewählte männliche Form schließt eine adäquate weibliche sowie diverse Form gleichberechtigt ein.

<sup>2</sup> Unter dem Grundsatz der Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse wird die Zielsetzung verstanden, die Lebensverhältnisse in allen Teilräumen einer größeren räumlichen Einheit mit staatlichen Maßnahmen so zu gestalten, dass die in jedem Teilraum erreichten Lebensverhältnisse von der dortigen Bevölkerung tendenziell als gleichwertig mit den Lebensverhältnissen in den anderen Teilräumen angesehen werden (vgl. Rosenfeld 2008: 792).

Insbesondere sind hiervon Hausärzte betroffen. Bis auf die Städte Schwerin und Rostock werden vermutlich alle Landkreise in Mecklenburg-Vorpommern von einer Unterversorgung betroffen sein. Es ist demnach von besonders großer Bedeutung, dieser Entwicklung entgegenzuwirken, um für die Patienten eine bestmögliche Versorgungsqualität im ambulanten Sektor sicherzustellen (vgl. KBV 2022: o.S.).

Vor diesem Hintergrund ergibt sich die Relevanz des Themas dieser Masterarbeit, dessen Titel lautet:

**„Die Bedarfsplanung in der ambulanten vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung Mecklenburg-Vorpommerns im Lichte der Versorgungsrealität“**

Um dieses Thema zu beleuchten, wird in Kapitel 2 die Bedarfsplanung in der ambulanten Versorgung betrachtet, hierbei wird zunächst auf die historische Entwicklung der Bedarfsplanung (Kapitel 2.1) eingegangen. Anschließend werden in Kapitel 2.2 die verschiedenen Versorgungsebenen beschrieben, in Kapitel 2.3 folgen die Planungsbereiche. In Kapitel 2.4 werden die Verhältniszahlen dargestellt, inklusive des Morbiditätsfaktors (Kapitel 2.4.1). Danach werden in Kapitel 2.5 die unterschiedlichen Versorgungsgrade voneinander abgegrenzt. Hier werden die Unterversorgung und drohende Unterversorgung (Kapitel 2.5.1) sowie die Überversorgung (Kapitel 2.5.2) thematisiert. In Kapitel 3 wird die besondere Bedeutung der Gremien der Gemeinsamen Selbstverwaltung beschrieben. Hierfür wird zunächst auf den Bedarfsplan (Kapitel 3.1) eingegangen und anschließend die Aufgaben der Gemeinsamen Landesgremien (Kapitel 3.2), der Landesausschüsse (Kapitel 3.3) sowie der Zulassungsausschüsse (Kapitel 3.4) beschrieben. In Kapitel 4 folgt das GKV-Versorgungsstrukturgesetz, bevor in Kapitel 5 die Quotenregelung, unterteilt in Mindestquoten (Kapitel 5.1) und Maximalquoten (Kapitel 5.2) dargelegt wird. Der zusätzliche lokale Versorgungsbedarf wird in Kapitel 6 erläutert. Im anschließenden Kapitel 7 wird das Problem des Landärztemangels

beschrieben. Die Definition eines ländlichen Raumes (Kapitel 7.1) wird als Grundlage für die Situation in Mecklenburg-Vorpommern (Kapitel 7.2) verwendet. In Kapitel 8 wird die Aktualität der Bedarfsplanung beleuchtet, anschließend wird die Bedarfsplanung in Mecklenburg-Vorpommern (Kapitel 8.1) thematisiert. In Kapitel 9 werden Fördermaßnahmen beschrieben, welche in Mecklenburg-Vorpommern eingesetzt werden, um dem Landärztemangel entgegenzuwirken. Hier wird in Kapitel 9.1 detailliert auf die Landarztquote eingegangen. Daraufgehend werden weitere Steuerungsansätze beschrieben, wie die Telemedizin (Kapitel 10) inklusive der Chancen und Risiken (Kapitel 10.1) und die Angebote der Telemedizin in Mecklenburg-Vorpommern (Kapitel 10.2). In Kapitel 11 wird die Möglichkeit der sektorenübergreifenden Bedarfsplanung thematisiert. In Kapitel 11.1 werden bisherige Steuerungsansätze dargestellt, in Kapitel 11.2 die Herausforderungen und politische Entwicklungen. Danach werden die Ergebnisse diskutiert (Kapitel 12) bevor ein Fazit inklusive Ausblick die Arbeit abschließt (Kapitel 13).

## 2. Bedarfsplanung

Ein wesentliches Instrument zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung stellt die Bedarfsplanung dar und ist Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) sowie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Sie sind demnach zu einer flächendeckenden, bedarfsorientierten vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung verpflichtet (§75 SGB V; vgl. KBV 2022: o.S.). Das Ziel der Bedarfsplanung besteht darin, Niederlassungsmöglichkeiten für Ärzte und Psychotherapeuten dort zu schaffen, wo sie benötigt werden. Somit soll gewährleistet werden, dass bundesweit ein gleichmäßiger und bedarfsgerechter Zugang aller gesetzlich Versicherten zur ambulanten Versorgung besteht. Um dies zu ermöglichen, ist ein Zusammenspiel von verschiedenen Zuständigkeiten und Steuerungsmechanismen sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene notwendig. Auf Bundesebene ist der G-BA gesetzlich dazu verpflichtet, einen bundeseinheitlichen Planungsrahmen für die vertragsärztliche und vertragspsychotherapeutische Versorgung darzulegen, dieser ist in der Bedarfsplanungs-Richtlinie festgelegt. Hier wird insbesondere auf die Verhältniszahlen (Anzahl Einwohner pro Arzt), die räumlichen Planungsbereiche, regionale Besonderheiten, welche ein Abweichen vom bundeseinheitlichen Rahmen notwendig machen, sowie auf die Feststellung eines über- oder unterdurchschnittlichen Versorgungsniveaus eingegangen. Die Richtlinie beruht auf den §§ 99 – 105 des SGB V. Der G-BA setzt sich aus Vertretern der gesetzlichen Krankenkassen (GKV-Spitzenverband), der Leistungserbringer KBV und DKG sowie beratenden Patientenvertretern zusammen (vgl. G-BA 2022: o.S.).

Auf Landesebene werden Bedarfspläne erstellt (siehe Kapitel 3.1), welche regionale und lokale Besonderheiten berücksichtigen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen erfassen und analysieren die ärztliche und psychotherapeutische Versorgungssituation vor Ort, um eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen. Auf dieser Basis wird entschieden, ob und in welchem Maß von den bundeseinheitlichen Richtlinien des G-BA abgewichen wird. So können

regionale und lokale Besonderheiten berücksichtigt werden (vgl. G-BA 2022, o.S.).

## 2.1. Entwicklung

Im Jahr 1976 wurde mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung des Kassenrechts der Grundstein für die heutige Bedarfsplanung gelegt. Das Ziel bestand darin, einer drohenden Unterversorgung entgegenzuwirken. Allerdings wurde bereits damals deutlich, dass durch die stetig wachsende Anzahl an Ärzten das Problem der Unterversorgung durch das Problem der Überversorgung abgelöst wird. Ab Ende der 1970er Jahre gab es ein Überangebot an Ärzten. Nun stand nicht mehr das Ziel der Bedarfsgerechtigkeit im Vordergrund, vielmehr rückte die Wirtschaftlichkeit in den Vordergrund (vgl. Mühlbacher/Wessels 2011: 54).

Die heutige Bedarfsplanung basiert auf dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG), welches zum 1. Januar 1993 in Kraft trat. Das Ziel bestand darin, den enormen Anstieg von Vertragsärzten zu minimieren, um die Ausgaben der GKV zu minimieren. Es wurden daher Grenzen für die Über- bzw. Unterversorgung festgelegt. Dieses Vorhaben zeigte Wirkung, denn der Zuwachs an Vertragsärzten war weniger stark als vor der Einführung der Bedarfsplanung, doch trotzdem stieg die Anzahl an Ärzten kontinuierlich an. Allerdings konnte nicht verhindert werden, dass es zu regionalen Disparitäten in der Versorgungsdichte kam. In urbanen Räumen kam es zu einem hohen Versorgungsangebot, in ländlichen Regionen hingegen konnte man nur eine unterdurchschnittliche Versorgungsdichte verzeichnen (vgl. Wessels 2010, zit. n. Mühlbacher/Wessels 2011: 54).

Um dieser Entwicklung entgegenzuwirken und das vorhandene ambulante medizinische Angebot passgenauer zu verteilen, wurde die Bedarfsplanung 2012 reformiert. Im Zuge dessen wurde ein neuer Demografiefaktor und vier Versorgungsebenen eingeführt. Im Jahr 2019 gab es eine erneute Reform, welche bis heute aktuell ist. Hier wurde der zweistufige Morbiditätsfaktor eingeführt, welcher den bis dahin geltenden Demografiefaktor ablöste. Zusätzlich wurden Mindest- und Maximalquoten eingeführt (vgl. G-BA 2022a: o.S.). Dies wird in Kapitel 5 detaillierter beschrieben.

## 2.2. Versorgungsebenen

Es werden bei der Bedarfsplanung grundsätzlich vier Versorgungsebenen unterschieden: die hausärztliche Versorgung, die allgemeine fachärztliche Versorgung (z.B. Augenärzte), die spezialisierte fachärztliche Versorgung (z.B. Kinder- und Jugendpsychiater) sowie die gesonderte fachärztliche Versorgung (z.B. Nuklearmediziner). Es werden dabei die Ärzte zu einer Versorgungsebene zusammengefasst, die laut der Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer durch ein vergleichbares Versorgungsspektrum nach einer gemeinsamen Systematik beplant werden können. Insgesamt werden in diesen Kategorien 23 Fachrichtungen erfasst, welche in der Bedarfsplanung einzeln aufgelistet werden (siehe Anhang 1; vgl. KBV 2022: o.S.).

## 2.3. Planungsbereiche

Bei den Planungsbereichen handelt es sich um geografische Bezugspunkte für die Planung der einzelnen Arztgruppen. Mit ihrer Hilfe wird die Versorgungslage vor Ort geprüft um somit eine (drohende) Unter- oder Überversorgung zu ermitteln. Dies hat zur Folge, dass Planungsbereiche für weitere Zulassungen „offen“ oder „gesperrt“ sein können. Auf Bundesebene wurden vom BBSR vier Planungsbereiche festgelegt, um eine konkrete Verteilung von Ärzten der einzelnen Versorgungsebenen zu gewährleisten. Diese vier Planungsbereiche sind: Mittelbereiche (hausärztliche Versorgung), Kreise (allgemeine fachärztliche Versorgung), Raumordnungsregionen (spezialisierte fachärztliche Versorgung) sowie die Bezirke der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen (gesonderte fachärztliche Versorgung; vgl. GBA 2022b: o.S.).

Die einzelnen Planungsbereiche sind dabei unterschiedlich groß. Da die hausärztliche Versorgung möglichst wohnortnah erfolgen soll, ist dieser Planungsbereich kleinräumig festgelegt. Bei der allgemeinen fachärztlichen Versorgung hingegen gelten Kreise bzw. kreisfreie Städte als räumlicher Planungsmaßstab, da hier Pendlerverflechtungen und Mitversorgungsaspekte von angrenzenden Gebieten berücksichtigt werden. Dies hat zur Folge, dass mitversorgten Kreisen eine geringere Arztdichte und mitversorgenden Kreisen

eine höhere Arztdichte bewilligt wird. Die höhere Anzahl an Ärzten in Städten ist notwendig, um die Bevölkerung aus dem Umland mitzuversorgen (vgl. GBA 2022b: o.S.).

Es werden dabei sechs Kreistypen voneinander unterschieden (siehe Tabelle 1).

Kreistyp	Rolle in der Versorgung
stark mitversorgend	Größere zentrale Städte tragen einen großen Teil zur Mitversorgungsleistung der umliegenden Regionen bei
mitversorgend und mitversorgt	Versorgungsangebote werden von den Einwohnern in angrenzenden Großstädten wahrgenommen, gleichzeitig erbringen sie Versorgungsleistungen für das weitere Umland.
stark mitversorgt	Sogenannter „Speckgürtel“, bei dem eine starke Verflechtung zur Kernstadt besteht. Ein signifikanter Anteil der Bevölkerung nutzt Versorgungsangebote der Kernstadt, aber die Mehrzahl der Bevölkerung nimmt Versorgungsangebote der Region in Anspruch.
mitversorgt	Hierbei haben die Regionen weniger Verflechtungen zu den mitversorgenden Regionen. Die Bevölkerung nimmt zum Teil Versorgungsleistungen außerhalb der Bezugsregion in Anspruch, allerdings findet zum größten Teil Eigenversorgung statt.
eigenversorgt	Es handelt sich um periphere, eher ländliche Räume mit kaum oder keiner Beziehung zu mitversorgenden

	Regionen. Die Versorgung erfolgt aus der Region heraus.
polyzentrischer Verflechtungsraum	Aufgrund einer hohen Verdichtung bestehen in diesen Regionen nur wechselseitige Versorgungsbeziehungen innerhalb der Region, daher ist eine Unterscheidung nach mitversorgenden und mitversorgten Bereichen nicht möglich (Beispiel: Ruhrgebiet).

Tabelle 1: Kreistypen in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung (eigene Darstellung nach KBV 2020: 5)

Bei den Raumordnungsregionen der spezialisierten fachärztlichen Versorgung handelt es sich beim räumlichen Zentrum der Region generell um eine Stadt bzw. um mehrere große Städte. Diese werden dann zusammen mit dem angrenzenden Umland betrachtet. Bei der gesonderten fachärztlichen Versorgung sind die Arztgruppen entweder nicht nah am Patienten tätig, sodass eine unmittelbare Erreichbarkeit in den Hintergrund gerät, oder durch die geringe Arztlzahl wird ein kleinräumiger Planungsmaßstab ausgeschlossen (vgl. KBV 2020: 4 ff.).

Auf Landesebene besteht die Möglichkeit, die Planungsbereiche aufgrund von regionalen Besonderheiten anders aufzuteilen. So ist es auch im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern der Fall. M-V grenzt eigene, angepasste Planungsbereiche voneinander ab. Diese wurden auf Grundlage des Landesentwicklungsprogrammes und der Regionalen Raumentwicklungsprogramme Mecklenburg-Vorpommerns festgelegt (vgl. KVMV 2013: 20).

Zusätzlich erfolgt eine Abweichung von der Bedarfsplanungs-Richtlinie für die hausärztliche Versorgung. Die Städte Schwerin, Rostock, Greifswald, Neubrandenburg und Stralsund bilden als Oberzentren in ihren eigenen Stadtgrenzen eigenständige Planungsbereiche. Sie sind damit unabhängig von den ihnen zugeordneten Mittelzentren und werden unabhängig geplant. Da insbesondere die hausärztliche Versorgung sowohl flächendeckend als auch

wohnnah gewährt werden muss, darf sie sich nicht allein auf die Mittel- und Oberzentren beschränken. Es besteht nämlich das Risiko, dass wenn die genannten Städte gemeinsam mit den umgebenden ländlichen Regionen in einem einheitlichen Mittelbereich geplant werden, sich die hausärztlichen Zulassungen speziell auf die Zentren beschränken könnten. Dies hätte eine Ausdünnung der hausärztlichen Versorgungsdichte im Umland zur Folge. Ergänzend würde es die bereits bestehende ungleiche Verteilung zwischen Oberzentren und dem ländlichen Teil des Mittelbereichs verstärken (vgl. KVMV 2013: 20).

## **2.4. Verhältniszahlen**

Mit Hilfe der Verhältniszahlen wird das Soll-Versorgungsniveau – Einwohnerzahl pro Arzt – für die jeweiligen Arztgruppen und Planungsregionen beschrieben. Sie stellen somit das zentrale Steuerungsinstrument in der Bedarfsplanung dar. Bei der Einführung der Bedarfsplanung wurden die Verhältniszahlen von Ärzten und Krankenkassen in der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Grundlage eines historischen Stichtags festgelegt, an dem das Versorgungsniveau als angemessen angesehen wurde. Für die meisten Arztgruppen ist dies der Stichtag, an dem die Bedarfsplanung für die jeweilige Gruppe eingeführt wurde. Aufgrund des demografischen Wandels und der damit einhergehenden Weiterentwicklung des Leistungsspektrums wurden im Zuge der Bedarfsplanungsreform 2019 die Verhältniszahlen angepasst: die Basis-Verhältniszahlen werden seitdem durch den Morbiditätsfaktor alle zwei Jahre bundesweit (Allgemeine Verhältniszahlen) und zusätzlich pro Planungsbereich an die regionale Morbiditätsstruktur (Regionale Verhältniszahlen) angepasst (vgl. KBV 2020: 6).

### **2.4.1. Morbiditätsfaktor**

Wie bereits beschrieben, wurde durch die Bedarfsplanungsreform im Jahr 2019 der Morbiditätsfaktor eingeführt. Es handelt sich dabei um einen Faktor, welcher die Morbidität in den verschiedenen Planungsbereichen berücksichtigt. Es

werden vier Altersgruppen unterschieden (unter 20, 20 bis unter 45, 45 bis unter 75, 75 und älter). Ergänzend wird das Geschlecht (m, w) sowie die Morbidität (erhöht morbide, nicht erhöht morbide) voneinander abgegrenzt. Durch den Morbiditätsfaktor wird gewährleistet, dass eine veränderte Morbidität im Zeitverlauf und im regionalen Vergleich zu einer Anpassung der Verhältniszahlen und dementsprechend zur Anpassung des Versorgungsniveaus führt (vgl. KBV 2020: 7).

Die Alterung einer Bevölkerung führt im Zeitlauf in Arztgruppen, welche hauptsächlich Leistungen an Ältere erbringen, zu einer Absenkung der Verhältniszahl und somit zu einem erhöhten Bedarf (Sollniveau) an Ärzten. In Arztgruppen, die hingegen vermehrt Leistungen an jüngere Menschen erbringen (z.B. Frauenärzte) kommt es zu einer Erhöhung der Verhältniszahl. Daraus resultiert ein geringeres Sollniveau an Ärzten. Aufgrund der regionalen Morbiditätsstruktur werden dann diese bundesweiten Allgemeinen Verhältniszahlen im Planungsbereich im Vergleich zum Bundesdurchschnitt angepasst. Auch hierbei sind die abweichenden Versorgungsbedarfe im Vergleich zum Bundesdurchschnitt der Arztgruppe, welche mit der Morbiditätsstruktur einhergehen, relevant. Somit bekommen Regionen mit einer eher ungünstigen Morbiditätsstruktur mehr Ärzte zugesprochen als Regionen mit einer günstigen Morbiditätsstruktur (vgl. KBV 2020: 7).

## **2.5. Versorgungsgrade**

Um die Versorgung in einer Region bewerten zu können, wird der Versorgungsgrad (VG) zur Hilfe genommen, welcher in Prozent angegeben wird. Er wird ermittelt, indem das Ist-Niveau des aktuellen Einwohner-Arzt-Verhältnisses mit dem angestrebten Soll-Niveau der Regionalen Verhältniszahl verglichen wird. Ein idealer Versorgungsgrad von 100 Prozent besagt demnach statistisch gesehen, dass das Ist- und Soll-Niveau identisch sind. In der Realität bedeutet ein Versorgungsgrad von unter 110 Prozent, dass der Planungsbereich „offen“ ist. Hier können sich neue Ärzte und Psychotherapeuten niederlassen. Durch die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen wird pro Arztgruppe

und Region die Versorgungssituation bewertet. Zur Feststellung der Versorgungslage sind auch die Besonderheiten des Bedarfsplans der einzelnen Bundesländer zu berücksichtigen. Die Versorgungsgrade bilden daher die Grundlage für die Überprüfung, ob eine Über- oder Unterversorgung vorliegt. Der Versorgungsgrad entscheidet darüber, ob sich in einem Planungsbereich Ärzte niederlassen können, bzw. welche Maßnahmen getroffen werden können, um die Versorgung sicherzustellen (vgl. GKV-Spitzenverband 2020: o.S.). Die Versorgungsgrade sind in Abbildung 1 dargestellt. Auf den Aspekt des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs wird im späteren Teil der Arbeit vertieft eingegangen (siehe Kapitel 6).



Abbildung 1: Versorgungsgrade (KBV 2022: o.S.)

### 2.5.1. Unterversorgung und drohende Unterversorgung

Laut der Bedarfsplanungs-Richtlinie liegt eine Unterversorgung vor, wenn der Versorgungsgrad im hausärztlichen Bereich unter 75 Prozent und im fachärztlichen Bereich unter 50 Prozent sinkt (vgl. § 29 Bedarfsplanungs-Richtlinie). Bei einer Unterversorgung in einem Planungsbereich sind die im Bedarfsplan vorgesehenen Vertragssitze nicht nur vorübergehend, sondern dauerhaft nicht besetzt. Dies kann auch nicht durch die Ermächtigung von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen behoben werden (vgl. § 28 Bedarfsplanungs-Richtlinie). Sobald sich Anhaltspunkte für eine Unterversorgung ergeben, ist es die Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigung

und der Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen, den Versorgungsstand und die Versorgungsstruktur zu überprüfen. Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen stellt schließlich verbindlich die Unterversorgung fest (vgl. G-BA 2022c: o.S.).

Bei einer drohenden Unterversorgung besteht aktuell noch keine erwiesene Unterversorgung, allerdings ist diese beispielsweise aufgrund der Altersstruktur der im Planungsbereich tätigen Ärzte bzw. Psychotherapeuten in Zukunft zu erwarten. Der Antrag auf Feststellung der drohenden Unterversorgung wird in der Regel durch die zuständige KV gestellt. Sie sind auch hier dazu angehalten, Fördermaßnahmen anzubieten. (vgl. Kaulisch 2021: o.S.).

Stellt der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine (drohende) Unterversorgung fest, dann richten sich die zu ergreifenden Interventionen nach den Vorschriften des SGB V sowie der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte. Der Landesausschuss setzt der zuständigen KV eine angemessene Frist, bis zu der die Unterversorgung abzuwenden oder zu beseitigen ist. Der Landesausschuss kann hierbei bereits Maßnahmen empfehlen. Spätestens sechs Monate nach Feststellung der Unterversorgung ist die KV laut SGB V dazu verpflichtet, Eigeneinrichtungen zu betreiben (§105 SGB V). Wenn die Unterversorgung auch nach Ablauf der Frist noch besteht, kann der Landesausschuss andere Gebiete für die Zulassung sperren. Zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung können Kassenärztliche Vereinigungen ergänzend aus einem Strukturfonds (§105 Absatz 1a SGB V) Fördermaßnahmen einleiten. Dazu gehören beispielsweise Zuschüsse zu Investitionskosten bei Neuniederlassungen, Praxisübernahmen oder der Gründung von Zweigpraxen. Zusätzlich besteht die Möglichkeit, Stipendien an Medizinstudierende zu vergeben. Alle Maßnahmen zur finanziellen Förderung sind im Sicherstellungsatlas der KBV zu finden (vgl. G-BA 2022c: o.S.). Auf die aktuellen Fördermaßnahmen in Mecklenburg-Vorpommern wird in Kapitel 9 der Arbeit detaillierter eingegangen.

### 2.5.2. Überversorgung

Wird in einem Planungsbereich das Soll-Versorgungsniveau einer Arztgruppe um mindestens 10 Prozent überschritten (VG > 110 Prozent), spricht man von einer Überversorgung. Der Planungsbereich ist dann für weitere Zulassungen aus dieser Arztgruppe grundsätzlich gesperrt (vgl. §101 Absatz 1 Satz 3 SGB V). Neue Zulassungen sind nur noch unter bestimmten Voraussetzungen möglich, z.B. durch Nachbesetzung eines bestehenden Arztsitzes. Die Entscheidung obliegt allerdings dem Zulassungsausschuss. Ist aus deren Sicht eine Nachbesetzung für die Sicherstellung der Versorgung nicht erforderlich, kann diese verwehrt werden. In diesem Fall hat die Kassenärztliche Vereinigung den Vertragsarzt für den Sitz finanziell zu entschädigen (vgl. KBV 2020: 8). Bei einem Versorgungsgrad von 140 Prozent oder höher, darf der Zulassungsausschuss einer Nachbesetzung der Praxis nicht stattgeben, wenn die Weiterführung der Praxis aus Versorgungsgründen nicht notwendig ist. Ausnahme bilden hierbei sogenannte Privilegierungstatbestände (bspw. Verwandter oder Partner des Arztes; § 103 Absatz 3a SGB V). Dies wurde durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz 2015 festgelegt. Auch in diesem Fall hat die KV den Vertragsarzt für seinen Sitz finanziell zu entschädigen. Das Ziel von Zulassungssperren besteht darin, ein ausgewogenes Verhältnis von Ärzten und Psychotherapeuten zwischen den Regionen zu schaffen und die Leistungserbringer anzuregen, sich in offenen Planungsbereichen niederzulassen. Zusätzlich soll das Risiko einer angebotsinduzierten Nachfrage minimiert werden (vgl. KBV 2020: 8).

### **3. Bedeutung der Gremien der Gemeinsamen Selbstverwaltung**

Die Gremien der Gemeinsamen Selbstverwaltung sind für die Erstellung des Bedarfsplans und somit für die Sicherstellung der ambulanten vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung essenziell. Es wird daher im Folgenden zunächst auf den Bedarfsplan, anschließend auf die Gemeinsamen Landesgremien, die Landesausschüsse sowie auf die Zulassungsausschüsse eingegangen.

#### **3.1. Bedarfsplan**

Der Bedarfsplan stellt das zentrale Element der Bedarfsplanung in den einzelnen KV-Regionen dar. Die gesetzliche Grundlage ist in § 99 SGB V zu finden. Falls erforderlich, werden aus dem Bedarfsplan konkrete Maßnahmen abgeleitet, um somit regionale Besonderheiten flexibler auf Landesebene zu berücksichtigen. Regionale Besonderheiten können demografische, sozioökonomische oder räumliche Faktoren, die regionale Morbidität sowie infrastrukturelle Besonderheiten sein. Der Bedarfsplan stellt das Hauptinstrument dar, um regionale Versorgungsziele festzulegen und zu überprüfen, ob die getroffenen Maßnahmen ihre Wirkung erzielen. Er wird in der Entwicklung dabei stetig angepasst und muss der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt werden. Der Bedarfsplan wird von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Einverständnis mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen entwickelt und durch die Landesaufsicht geprüft. Zusätzlich kann auf Landesebene ein Gemeinsames Landesgremium gebildet werden. Dieses kann Stellung zum regionalen Bedarfsplan nehmen (KBV 2022: o.S.).

Der Bedarfsplan besteht inhaltlich aus drei wesentlichen Punkten. Zunächst werden die allgemeinen regionalen Grundlagen der Bedarfsplanung dargelegt, wie z.B. die ambulante und stationäre ärztliche Versorgung, die demografische und soziodemografische Entwicklung sowie die Ziele der Bedarfsplanung. Anschließend werden die Abweichungen beschrieben und begründet. Abschließend wird die konkrete Versorgungslänge in den einzelnen Planungsbereichen je Arztgruppe erläutert (KBV 2022: o.S.). Die Erstellung des

Bedarfsplans durchläuft verschiedene Phasen. Zunächst wird der Bedarfsplan durch die KV im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen erstellt. Wird der Bedarfsplan von den Krankenkassen einvernehmlich angenommen, so gilt dieser als beschlossen. Der Bedarfsplan ist den zuständigen Landesbehörden für Gesundheit vorzulegen, Diese haben die Möglichkeit, Stellung zu beziehen. Zusätzlich besitzen sie ein Beanstandungsrecht von acht Wochen, um den Bedarfsplan zu genehmigen (ggf. unter Erteilung von Auflagen). Falls es zu keinem Einvernehmen zwischen den Krankenkassen und KVen kommt, agiert der Landesausschuss als Schiedsgremium. Der Bedarfsplan bildet die Grundlage für die Beschlussfassung des Landesausschusses, diese sind für die zuständigen Zulassungsausschüsse bindend (KBV 2022: o.S.). In Abbildung 2 sind die Gremien der Bedarfsplanung und deren Aufgaben dargestellt.

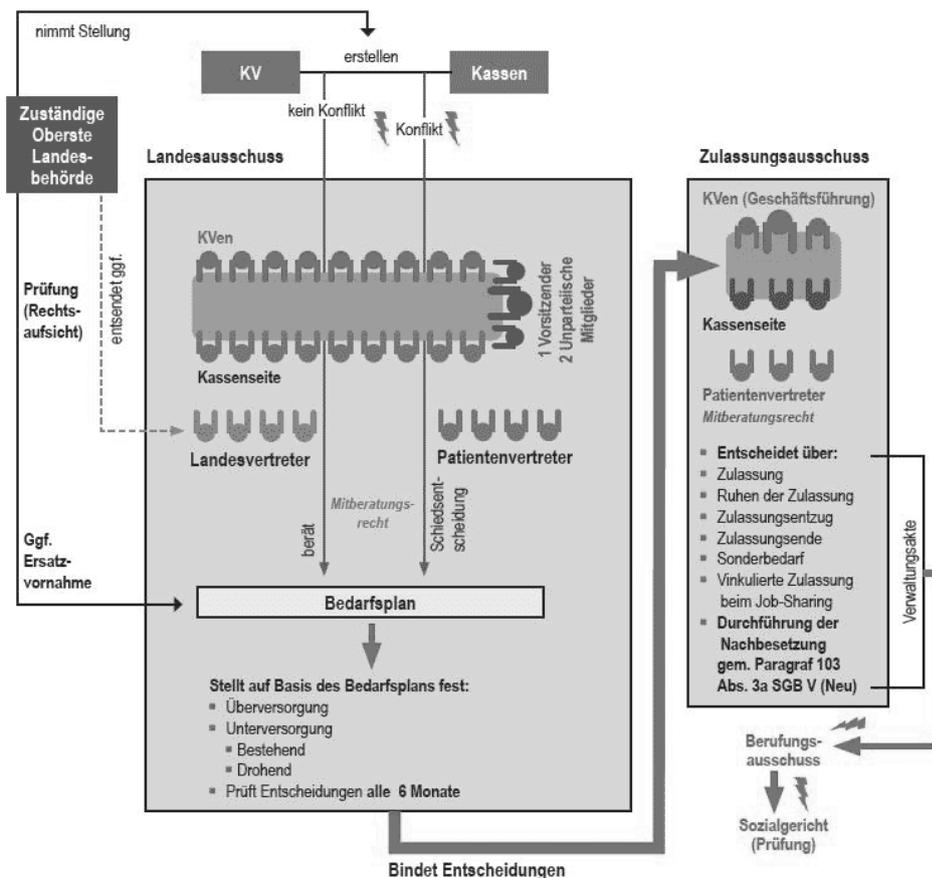


Abbildung 2: Die Gremien der Bedarfsplanung (KBV 2022: o.S.)

### **3.2. Gemeinsame Landesgremien**

Durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz ist es seit 2012 möglich, auf Landesebene ein Gemeinsames Landesgremium zu bilden. Dieses besteht aus Vertretern des Landes, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen sowie Vertretern der Landeskrankenhausgesellschaft und weiteren Beteiligten. Die Rechtsgrundlage bildet hierfür § 90a SGB V. Das Gemeinsame Landesgremium hat die Möglichkeit, Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsangelegenheiten auszusprechen. Sofern es im Landesrecht verordnet ist, kann das Gemeinsame Landesgremium zu der Aufstellung und der Anpassung der Bedarfspläne und zu den von den Landesausschüssen zu treffen Entscheidungen Stellung beziehen (§ 99 Absatz 1 SGB V; KBV 2022: o.S.).

### **3.3. Landesausschüsse**

Mit den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen bilden die Kassenärztlichen Vereinigungen für den Bereich jedes Landes einen Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen. Die Rechtsgrundlage bildet hierbei § 90 SGB V. Ein Landesausschuss besteht grundsätzlich aus einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, neun Vertretern der Ärzte, drei Vertretern der Ortskrankenkassen, drei Vertretern der Ersatzkassen, je einem Vertreter der Betriebskrankenkassen sowie der Innungskrankenkassen und einem gemeinsamen Vertreter der landwirtschaftlichen Krankenkasse und der Knappschaft-Bahn-See. Besteht im Bereich eines Landesausschusses ein Landesverband einer bestimmten Kassenart nicht, verringert sich dadurch die Zahl der Vertreter der Krankenkassen. Die Zahl der Ärzte verringert sich ebenfalls entsprechend. Die Vertreter der Ärzte und ihre Stellvertreter werden von den KVen, die Vertreter der Krankenkassen und ihre Stellvertreter werden von den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen ernannt. Zusätzlich sind Patienten – und Ländervertreter mitberatend vertreten. Das Mitberatungsrecht inkludiert ebenfalls das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung. Zudem besitzen

die Vertreter der Länder, welche von der jeweiligen obersten Landesbehörde entsendet werden, ein Antragsrecht. Ein Stimmrecht besteht allerdings nicht. Die Mitglieder der Landesausschüsse sind ehrenamtlich tätig. Die beteiligten KVen und die Verbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen tragen die Kosten der Landesausschüsse je zur Hälfte (GB-A 2022d: o.S.).

Die zentrale Aufgabe der Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen besteht darin, eine Überversorgung oder (drohende) Unterversorgung auf der Grundlage des Bedarfsplans in einem Planungsbereich festzustellen. Auf dessen Grundlage wird je nach Versorgungsgrad über eine teilweise Öffnung oder Sperrung der einzelnen Planungsbereiche entschieden. Bei bestehender oder drohender Unterversorgung ist der Landesausschuss gesetzlich dazu verpflichtet, geeignete Maßnahmen einzuleiten (G-BA 2022e: o.S.).

Zusätzlich beraten die Landesausschüsse über zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf in Planungsbereichen, die nicht unterversorgt sind. Auf diesen Punkt wird in Kapitel 6 detailliert eingegangen. Die getroffenen Entscheidungen werden alle sechs Monate überprüft. Entscheidungen, welche von den Landesausschüssen getroffen werden, sind generell den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden vorzulegen. Diese haben dann die Möglichkeit, die Entscheidungen innerhalb von zwei Monaten anzufechten (G-BA 2022e: o.S.).

### **3.4. Zulassungsausschüsse**

Eine weitere wichtige Rolle in der Bedarfsplanung kommt dem Zulassungsausschuss für Ärzte zu. Es handelt sich dabei um eine gesetzlich verankerte, unabhängige und regional zuständige Einrichtung. Der Zulassungsausschuss wird von der Kassenärztlichen Vereinigung und dem Landesverband der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen zur Beschlussfassung und Entscheidung in Zulassungssachen für den Bezirk der KV oder für Teile dieses Bezirks (Zulassungsbezirk) errichtet. Er entscheidet über die Zulassung von Vertragsärzten, Vertragspsychotherapeuten, Medizinischen Versorgungszentren und über die Ermächtigung von Krankenhausärzten zur

Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung. Seine Entscheidungen sind an die Vorgaben des SGB V § 96 sowie an die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte gebunden (KV RLP 2022: o.S.).

Der Zulassungsausschuss besteht aus insgesamt sechs Mitgliedern, zur Hälfte aus Vertretern der Ärzteschaft und zur Hälfte aus Vertretern der Krankenkassen. Patientenvertretern kommt ein Mitberatungsrecht zuteil. Zusätzlich besitzen die obersten Landesbehörden ein Mitberatungs- und Antragsrecht. (GBA 2022f: o.S.). In Angelegenheiten der psychotherapeutischen Versorgung wird die Anzahl der Ärzte zur Hälfte durch Psychotherapeuten ersetzt. Unter den Vertretern der Psychotherapeuten muss sich mindestens ein Kinder- und Jugendpsychotherapeut befinden. Zusätzlich steigt die Mitgliederanzahl bei Angelegenheiten der Psychotherapie von sechs auf acht Mitglieder (KV RLP 2022: o.S.).

Es besteht die Möglichkeit, gegen die Entscheidungen des Zulassungsausschuss Widerspruch im Berufungsausschuss einzulegen. Widerspruchsberechtigt sind hierbei beteiligte Ärzte, die am Verfahren beteiligt sind, die Kassenärztliche Vereinigung sowie die Landesverbände der Krankenkassen. Zusätzlich steht der Rechtsweg zum Sozialgericht offen (KBV 2022: o.S.).

#### 4. GKV-Versorgungsstrukturgesetz

Seit dem 01. Januar 2012 ist das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) in Kraft, welches als gesetzliche Grundlage zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung in Deutschland gilt. Es wurde im Wesentlichen dafür eingeführt, um dem Ärztemangel in ländlichen Räumen entgegenzuwirken (vgl. Meißner et al. 2011: o.S.). Beispielsweise wurden Ärzte, die in unterversorgten Gebieten tätig sind, von Maßnahmen der Fallzahlbegrenzungen bzw. -minderungen bei der Behandlung der Patienten des betreffenden Planungsbereichs ausgenommen. Darüber hinaus wurde die Regelung zur Gründung von Zweigpraxen gelockert und die bis dahin geltende Residenzpflicht (Verpflichtung der Ärzte in der Ortschaft ihrer Arztpraxis zu leben) aufgehoben. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben seitdem mit Hilfe des Verteilungsmaßstabes zu prüfen, ob und in welchem Umfang im Einzelfall Maßnahmen zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung zu treffen sind (vgl. BMG 2016: o.S.).

2015 wurde das GKV-Versorgungsstrukturgesetz um das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (VSG) erweitert. Um die bedarfsgerechte Versorgung in ländlichen Regionen weiter auszubauen, haben die Kassenärztlichen Vereinigungen seitdem die Möglichkeit durch Strukturfonds Fördermaßnahmen zu finanzieren. Insbesondere sollen die finanziellen Mittel für die Zuschüsse zu Investitionskosten bei einer Neuniederlassung oder die Gründung von Zweigpraxen verwendet werden. Zusätzlich soll der Strukturfonds für die Vergabe von Stipendien und die Förderung von Weiterbildungsmaßnahmen genutzt werden, um so insbesondere die hausärztliche Versorgung zu stärken (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2016: o.S.). Darüber hinaus wurde die Stellenanzahl zur Fort- und Weiterbildung im Bereich der Allgemeinmedizin um 50 Prozent (2.500 Stellen) angehoben. Zusätzlich wurden auch erstmalig bei den Fachärzten 1.000 Plätze für Schulungen eingerichtet. Außerdem ist es den Bundesländern erlaubt, Zulassungssperren in unterversorgten Bereichen aufzuheben (vgl. BMG 2017: o.S.).

Zusätzlich zum Strukturfonds wurde der Innovationsfonds eingeführt, welcher innovative Versorgungsformen (z.B. telemedizinische Anwendungen) finanziell unterstützt. Dadurch soll die Zusammenarbeit zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor gefördert, sowie eine engere Kooperation zwischen verschiedenen Fachrichtungen und Leistungserbringern im Gesundheitswesen gewährleistet werden, um eine patientenorientierte Versorgung zu ermöglichen (vgl. Lübking 2020: 11). Ergänzend wurden mit dem GKV-VSG die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Gründung von medizinischen Versorgungszentren (MVZ) erweitert. Die Gründungsbefugnis wurde auf Kommunen ausgeweitet, um ihnen die Möglichkeit der aktiven Mitgestaltung zu geben. Es besteht nun die Möglichkeit, z.B. rein hausärztliche MVZ oder facharztgleiche MVZ zu gründen. Zusätzlich dazu kann durch Praxisnetze die Patientenversorgung verbessert werden und somit gleichzeitig die Zusammenarbeit der teilnehmenden Ärzte in ländlichen Regionen gefördert werden (vgl. BMG 2017: o.S.).

Im Gegensatz dazu soll die Überversorgung in Ballungsräumen reduziert werden. Die Zulassungsausschüsse und Krankenkassen sollen seitdem frei gewordene Arztsitze aufkaufen, wenn der Praxisinhaber seine Tätigkeit aufgeben will (vgl. Elsner 2015: o.S.).

## **5. Reform Quotenregelung 2019**

Im Rahmen der letzten Bedarfsplanungsreform im Jahr 2019 wurden Mindest- und Maximalquoten für einige Arztgruppen eingeführt und bereits bestehende erneuert. Quotenregelungen dienen dazu, die Zusammensetzung von Arztgruppen in der Bedarfsplanung zu steuern. Das Ziel besteht dabei nicht darin, die Anzahl der Ärzte in einem Planungsbereich ohne Weiteres an- oder abzuheben, sondern eine bereits eingetretene Über- bzw. Unterbesetzung einzelner Facharztarten zu beseitigen oder eine weitere Verschlechterung zu verhindern. Man unterscheidet hierbei Mindest- und Maximalquoten (siehe Kapitel 5.1. und 5.2.). Mit Hilfe der Quoten soll ein bestimmtes Mengenverhältnis der einzelnen Fachkompetenzen in den Planungsbereichen geschaffen werden (vgl. KVB 2020: 3). Ein Großteil der Quoten lässt sich aus den regionalen Verhältniszahlen ableiten. In einzelnen Fällen beziehen sie sich jedoch nicht auf Soll-Zahlen sondern auf Relationen von Soll- zu Ist-Zahlen. Die Quotenregelungen sind in der Bedarfsplanungs-Richtlinie gesetzlich verankert und sind für die Zulassungsgremien verbindlich. Sie gelten für alle zugelassenen und angestellten Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten, aber nicht für Ermächtigungen. Die Quoten sind in partiell entsperrten Planungsbereichen und in Planungsbereichen, für die Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind bei der Beantragung von Neuzulassungen/-anstellungen oder bei Anträgen auf Erweiterung von Zulassungs- und Anstellungsumfängen zu berücksichtigen. Auch bei Nachbesetzungsverfahren sind sie verbindlich anzuwenden (vgl. KVB 2020: 4 ff.).

### **5.1. Mindestquoten**

Mit Hilfe von Mindestquoten werden Mindestversorgungsanteile für bestimmte Arztgruppen festgelegt. Sie haben demnach einen öffnenden Charakter für das betreffende Fachgebiet. Sie gelten für Fachgebiete, in denen das Versorgungsniveau als unzureichend oder die räumliche Verteilung als zu heterogen beurteilt wird, obwohl die Planungsbereiche normalerweise für weitere

Zulassungen der Arztgruppe gesperrt sind (vgl. KBV 2020: 12). Tabelle 2 zeigt die Mindestquoten in den einzelnen Arztgruppen.

Arztgruppe	Mindestquote
ärztliche Psychotherapeuten	25 Prozent
Kinder- und Jugendpsychotherapeuten	20 Prozent
Nervenärzte (Psychiater, Neurologen, Nervenärzte und doppelt Approbierte)	25 Prozent
Rheumatologen	8 Prozent

Tabelle 2: Mindestquoten in den einzelnen Arztgruppen (Eigene Darstellung nach KVB 2020: 4-5)

In der Arztgruppe der Psychotherapeuten gab es bereits vor der Reform 2019 Mindestquoten für die ärztliche Psychotherapie und die Kinder- und Jugendpsychotherapie. Neu hinzu kam eine Quote-in-der-Quote (Sub-Quote) innerhalb der ärztlichen Psychotherapie für die Fachärzte der psychosomatischen Medizin und der Psychotherapie. Seit 2019 sind nun 50 Prozent der Mindestquote für Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Psychosomatiker) vorgesehen (vgl. KVB 2020: 3). Allerdings wird die Quote erst dann vom Landesausschuss ausgewiesen, wenn im Planungsbereich die Quote für die ärztlichen Psychotherapeuten erfüllt ist und die Planungsbereich tätigen Psychosomatiker davon weniger als 50 Prozent ausmachen. Außerdem können sich Psychosomatiker jederzeit auf offene Stellen für ärztliche Psychotherapeuten bewerben. Da Psychosomatiker nur selten vertreten sind ist diese Vorgehensweise sinnvoll, da ansonsten ärztliche Psychotherapeuten nicht an der Versorgung teilnehmen könnten (vgl. KVB 2020: 8).

Rheumatologen gehören zu der Gruppe der Fachinternisten. Aufgrund der geringen Anzahl und heterogenen Verteilung an Rheumatologen wurde hier eine Mindestquote von acht Prozent eingeführt. Somit soll die rheumatologische Versorgung gefördert werden, auch wenn die fachinternistische Versorgung im

Planungsbereich insgesamt als ausreichend ausgewiesen wird (vgl. KBV 2020: 12).

Außerdem erfolgte im Rahmen der Bedarfsplanungsreform eine Differenzierung und Spezialisierung in der Gruppe der Nervenärzte. In der Nervenheilkunde erfolgt oftmals eine bloße Unterscheidung zwischen Neurologen und Psychiatern. Allerdings existieren daneben noch Fachärzte für Nervenheilkunde, welche die Psychiatrie und Neurologie vereinen und Ärzte mit doppelter Facharztanerkennung in Neurologie und Psychiatrie. Würde eine reine Beplanung von Neurologen und Psychiatern stattfinden, würde die Nervenärzte und Ärzte mit doppelter Facharztanerkennung nicht berücksichtigt werden. Da Fachärzte für Nervenheilkunde und doppelt approbierte Ärzte sowohl die neurologische als auch die psychiatrische Versorgung gewährleisten können, ist es aus Sicherheitsgründen und zur gezielten Versorgungssteuerung sinnvoll, hier eine Mindestquote einzuführen. Um das bestehende Binnenverhältnis der Neurologen und Psychiatern beizubehalten, soll die nach Abzug der Anzahl der Fachärzte für Nervenheilkunde und Ärzte mit doppelter Facharztanerkennung von der Sollzahl der Nervenärzte ermittelte Differenz zu je 50 Prozent aus Neurologen und zu 50 Prozent aus Psychiatern bestehen (vgl. KBV 2020: 12).

## **5.2. Maximalquoten**

Mit Hilfe von Maximalquoten sollen Höchstversorgungsanteile für bestimmte Arztgruppen der Bedarfsplanung festgelegt werden. Derzeit gibt es nur Höchstquoten für die Arztgruppe der Fachinternisten (siehe Tabelle 3). Seit Einführung der Bedarfsplanung hat es in der Großgruppe der Fachinternisten eine deutliche Spezialisierung gegeben. Um die Verdrängung von Kleingruppen (z.B. Diabetologen, Endokrinologen oder Onkologen) zu verhindern, wurden daher Maximalquoten eingeführt. Allerdings ist zu beachten, dass es bei der Nachbesetzung von Arztsitzen weiterhin möglich ist, bestehende Arztsitze beizubehalten, obwohl die Quote überschritten ist. So soll die Versorgung von Bestandpatienten gesichert werden (vgl. Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht 2019: 13).

<b>Arztgruppe der Fachinternisten</b>	<b>Maximalquote</b>
Kardiologen	33 Prozent
Nephrologen	25 Prozent
Gastroenterologen	19 Prozent
Pneumologen	18 Prozent

Tabelle 3: Maximalquoten in der Arztgruppe der Fachinternisten (eigene Darstellung nach KVB 2020: 9)

## 6. Zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf

Durch den zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf wird ermöglicht, dass Fördermaßnahmen für unterversorgte Gebiete (Bezugsregionen) in Teilregionen eines Planungsbereiches beschlossen werden können, auch wenn diese ansonsten für weitere Zulassungen gesperrt sind (§ 100 Absatz 3 SGB V). Die Fördermöglichkeit ist dabei auf fünf Prozent der Vertragsärzte in einer Fachgruppe je KV begrenzt. Der zusätzliche lokale Versorgungsbedarf bezieht sich dabei auf die Förderung bereits tätiger Ärzte und Psychotherapeuten, nicht auf weitere Neuniederlassungen. Gefördert werden soll hierbei insbesondere die Gründung bzw. Erhalt von (Zweig)-Praxen und der Ausbau des Leistungsspektrums der in oder um die Bezugsregion tätigen Ärzte (vgl. G-BA 2022: 32). Durch die Bedarfsplanungsreform im Jahr 2019 werden auch mobile oder telemedizinische Versorgungsangebote und der barrierefreie Zugang zur Gesundheitsversorgung in betroffenen Regionen gefördert (vgl. KBV 2020: 8). Dabei ist zu beachten, dass die Versorgungssituation in nicht gesperrten Planungsbereichen vorrangig vor gesperrten Planungsbereichen verbessert werden soll (vgl. G-BA 2022: 32).

Die Kassenärztlichen Vereinigungen, oder in Einzelfällen die regionalen Vertreter der Krankenkassen können beim Landesausschuss besondere Versorgungsumstände anzeigen, welche einen erhöhten Versorgungsbedarf rechtfertigen. Dabei sind speziell die regionale Demografie und Morbidität, sozioökonomische Faktoren, die Versorgungsstrukturen, räumliche Faktoren, infrastrukturelle Besonderheiten und die Erreichbarkeit zu berücksichtigen (vgl. G-BA 2022: 31).

Das Kriterium der Erreichbarkeit ist im Zuge der Bedarfsplanungsreform 2019 neu hinzugekommen. Zur Prüfung wird das Gebiet eines Planungsbereiches abgegrenzt, für das ein besonderes Versorgungsproblem festgestellt wurde. Um sicherzustellen, dass in diesem Gebiet genügend gesetzlich Versicherte leben, wird die allgemeine Verhältniszahl zur Hilfe genommen. Um die Erreichbarkeit zu konkretisieren, hat der G-BA für zunächst vier Arztgruppen (Hausärzte, Kinder- und Jugendärzte, Augenärzte und Frauenärzte) Erreichbarkeitsschwellen

vorgegeben. Diese orientieren sich an raumplanerischen Empfehlungen zur Sicherung der Daseinsvorsorge. Es wird geprüft, ob 95 Prozent der Einwohner in der Bezugsregion bestimmte Kriterien erfüllen (siehe Tabelle 4).

<b>Arztgruppe</b>	<b>95-Prozent-Kriterium</b>
Hausärzte	durchschnittlich in weniger als 20 PKW-Minuten erreichbar
Kinder- und Jugendärzte	durchschnittlich in weniger als 30 PKW-Minuten erreichbar
Augenärzte und Frauenärzte	durchschnittlich in weniger als 40 PKW-Minuten erreichbar

Tabelle 4: Kriterien zur Prüfung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfes (Erreichbarkeit) (eigene Darstellung, nach G-BA 2022: 31-32)

Ergänzend wird KV- übergreifend geprüft, ob die Versorgung durch Vertragsärzte in einem angrenzenden Planungsbereich sichergestellt werden kann und ob die Anzahl der betroffenen Einwohner die allgemeinen Verhältniszahlen der jeweiligen Arztgruppe überschreitet (vgl. G-BA 2022: 32).

In Mecklenburg-Vorpommern wurde vom Landesausschuss ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf im Fachgebiet der Dermatologie in der Stadt Neubrandenburg festgestellt. Dieser Versorgungsauftrag wird seit ca. 5 Jahren im Journal der KVMV mit einer finanziellen Förderung in Höhe von 25.000 Euro ausgeschrieben (vgl. Kaulisch 2022: o.S.)

## 7. Landärztemangel

Um die zukünftigen Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung insbesondere in ländlichen Regionen bewältigen zu können, ist eine wohnortnahe ärztliche Versorgung unerlässlich. Von besonders großer Bedeutung ist hier die ambulante Versorgung, welche sowohl die haus- als auch fachärztliche Versorgung inkludiert. Hausärzte übernehmen eine sogenannte „Gatekeeper-Funktion“, da sie als erste Anlaufstelle für Patienten dienen und sie die Patienten häufig über eine sehr lange Zeit betreuen. Neben der ärztlichen Grundversorgung müssen auch andere Gesundheitsdienstleister in ländlichen Regionen schnell erreichbar sein. Dazu zählen zum Beispiel Apotheken, Physio- und Ergotherapien aber auch Krankenhäuser (vgl. Lübking 2020: 9).

Allerdings gibt es räumliche Disparitäten beim Zugang zu Gesundheitsleistungen. In ländlichen Regionen kommt es immer häufiger zu einer Unterversorgung bzw. einer Ungleichverteilung von Haus- und Fachärzten. In Ballungsregionen hingegen gibt es häufig ein Überangebot an ambulant tätigen Ärzten. (vgl. Küpper/Peters 2019: 86 ff.). Die Größe des Standortes stellt demnach einen entscheidenden Faktor dar. Großstädte und urbane Räume sind aufgrund der Arbeits- und Lebensverhältnisse insbesondere für junge Ärzte attraktiver. Ausschlaggebende Faktoren für die Niederlassung sind z.B. Freizeit- und Kulturangebote, Arbeitsplätze für den Partner, Einkaufsmöglichkeiten und Schulen. Da das Angebot in ländlichen Gebieten geringer ist, haben weniger Ärzte Interesse daran, eine Praxis in einer sehr peripheren Region zu führen. Außerdem leben in ländlichen Gebieten weniger Privatpatienten, wodurch weniger Einnahmen generiert werden können. Auch das mindert die Attraktivität für die Niederlassung eines Arztes (vgl. Gerlinger 2013: o.S.). Dadurch wird eine Unterversorgung herbeigeführt (vgl. van den Berg et al. 2021: o.S.).

Bereits im Jahr 2014 wurde vom Sachverständigenrat Gesundheit ein Gutachten zum Thema „Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche“ veröffentlicht, welches ebenfalls die Urbanisierung als Hauptursache für die Ungleichverteilung von Ärzten in Deutschland beschreibt (vgl. SVR Gesundheit 2014: 103).

## 7.1. Definition ländlicher Raum

Um regionale und ökonomische Entwicklungen umfassend und differenziert analysieren zu können, werden Raumtypen verwendet. Hierfür hat das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung siedlungsstrukturelle Kreis- und Regionstypen festgelegt. Man unterscheidet dabei kreisfreie Großstädte, städtische Kreise, ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen und dünn besiedelte ländliche Kreise (vgl. BBSR 2022: o.S.).

Bei kreisfreien Großstädten handelt es sich um kreisfreie Städte mit mindestens 100.000 Einwohnern. Städtische Kreise sind Kreise mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten von mindestens 50 Prozent und einer Einwohnerdichte von mindestens 150 Einwohnern/km<sup>2</sup>, sowie Kreise mit einer Einwohnerdichte ohne Groß- und Mittelstädte von mindestens 150 Einwohnern/km<sup>2</sup>. Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen weisen einen Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten von mindestens 50 Prozent auf, aber eine Einwohnerdichte unter 150 Einwohnern/km<sup>2</sup> und Kreise mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten unter 50 Prozent mit einer Einwohnerdichte ohne Groß- und Mittelstädte von mindestens 100 Einwohnern/km<sup>2</sup>. Dünn besiedelte ländliche Kreise sind Kreise mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten unter 50 Prozent und einer Einwohnerdichte ohne Groß- und Mittelstädte unter 100 Einwohnern/km<sup>2</sup> (vgl. BBSR 2022a: o.S.)

Anhang 2 zeigt die Verteilung der siedlungsstrukturellen Kreistypen in der Bundesrepublik Deutschland (vgl. BBSR 2022a: o.S.). Im Jahr 2021 betrug die Bevölkerungsdichte in Mecklenburg-Vorpommern 69 Einwohner/km<sup>2</sup> (vgl. statista 2022: o.S.). Damit weist Mecklenburg-Vorpommern die geringste Bevölkerungsdichte in allen Bundesländern auf. Bei annähernd der Hälfte des Landes liegt die Bevölkerungsdichte bei unter 25 Einwohnern pro km<sup>2</sup> (vgl. Diercke Westermann 2022: o.S.). Bis auf die Hansestadt Rostock (kreisfreie Großstadt) und den Landkreis Nordwestmecklenburg (ländlicher Kreis mit Verdichtungsansätzen) sind alle Kreise dem dünn besiedelten ländlichen Kreis

zuzuordnen (vgl. BBSR 2022a: o.S.). Mecklenburg-Vorpommern ist also eine weitgehend periphere und ländlich geprägte Region (vgl. Niebuhr 2007: 1).

Merkmale für ländliche Räume sind eine niedrige Einwohnerdichte sowie die stetige Abwanderung von jungen Menschen und qualifizierten Arbeitskräften. Zusätzlich ist die Infrastruktur unterentwickelt (hauptsächlich im technischen Bereich), das Verkehrsnetz des öffentlichen Personennahverkehrs (ÖPNV) ist kaum ausgebaut und es stehen nur geringe finanzielle Mittel zur Verfügung, wodurch Investitionen nur in geringem Umfang getätigt werden können. Die dadurch entstehende niedrige Attraktivität führt zu einer sinkenden Nachfrage an Dienstleistungen, was ein stetig sinkendes Angebot zur Folge hat (vgl. Flach 2012: 8).

## 7.2. Situation in Mecklenburg-Vorpommern

Wie bereits erläutert, nimmt aufgrund des demografischen Wandels und der damit verbundenen steigenden Multimorbidität die Nachfrage nach medizinischen Leistungen immer weiter zu. Laut der GEDA-Erhebungswelle 2019/2020 des Robert Koch-Instituts nimmt die Altersgruppe der über 65-Jährigen sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern prozentual den größten Anteil an allgemeinärztlichen und fachärztlichen Leistungen in Anspruch (vgl. Abbildung 3).

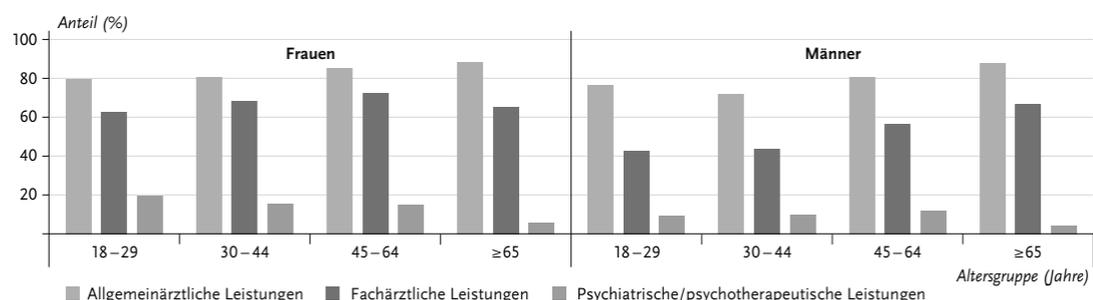


Abbildung 3: Inanspruchnahme allgemeinärztlicher, fachärztlicher sowie psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen in den letzten zwölf Monaten nach Geschlecht und Alter (RKI 2021: 54)

Laut Angaben des Statistischen Bundesamtes ist die Zahl der über 65-Jährigen seit 1991 von 12 Millionen auf 18,4 Millionen 2021 im Jahr stark gestiegen. Da

die Anzahl der unter 65-Jährigen hingegen rückläufig ist, nimmt die Anzahl der älteren Bevölkerung im Zeitverlauf auch einen immer größeren Anteil an der Gesamtbevölkerung ein. Dieser stieg von 15 Prozent im Jahr 1991 auf 22 % im Jahr 2021 (vgl. Statistisches Bundesamt 2022: o.S.). Auch in M-V ist diese Entwicklung zu beobachten. Die Altersstruktur hat sich im Bundesland in der Vergangenheit stark verändert. Ein wesentlicher Grund dafür ist der starke Geburteneinbruch in Ostdeutschland nach 1990: in M-V ist der Anteil der unter 20-Jährigen von 28 im Jahr 1990 auf 17 Prozent im Jahr 2021 gesunken. Außerdem gehört M-V zu den Abwanderungsländern. Besonders junge Frauen verlassen das Bundesland. Hingegen nimmt der Anteil älterer Menschen kontinuierlich zu und hat sich seit 1990 nahezu verdoppelt. Im Vergleich zu 2011 ist das Durchschnittsalter der Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern von 45,8 Jahre auf 47,2 Jahre im Jahr 2019 angestiegen. Ende 2019 waren 25,3 Prozent (406.370 Personen) der Gesamtbevölkerung Mecklenburg-Vorpommerns 65 Jahre alt oder älter. 25,4 Prozent (408.126 Personen) waren bereits zwischen 50 und 65 Jahre alt. Hingegen nahm die junge Generation der 6- bis 15-jährigen Personen nur einen Anteil von 7,7 Prozent (124.091 Personen) an der Gesamtbevölkerung ein (vgl. Enquete-Kommission 2021: 18 ff.).

Dies zeigt, dass der demografische Wandel auch in M-V zu beobachten ist. Berechnungen zufolge wird bis 2050 der Anteil älterer Personen noch weiter ansteigen (vgl. Demografieportal 2022: o.S.). Es ist davon auszugehen, dass der östliche Landesteil Mecklenburg-Vorpommerns stärker vom demografischen Wandel betroffen sein wird als die restlichen Landesteile (vgl. EM MV 2019: 3). Zusätzlich wird die Lebenserwartung bei den Männern in den nächsten 20 Jahren um ungefähr drei Jahre auf 81 Jahre und bei den Frauen ebenfalls um drei Jahre auf 86 Jahre ansteigen (vgl. Enquete-Kommission 2021: 21).

Diese Entwicklung hat steigende Leistungsausgaben im Gesundheitswesen zur Folge. Im Jahr 2021 lag das Ausgabevolumen für die ambulante ärztliche Versorgung bei 44,8 Milliarden Euro, dies entspricht einem Zuwachs von 1,78 Prozent zum Jahr 2020 (vgl. vdek 2022: o.S.). Ältere Menschen erkranken in der Regel häufiger, so entsteht ein höherer Bedarf an medizinischen Leistungen. Bundesweit nehmen die über 65-Jährigen zwar nur etwa 22 Prozent der

Gesamtbevölkerung ein, verursachten im Jahr 2020 aber 45 Prozent der Kosten im Gesundheitswesen (vgl. Statistisches Bundesamt 2022a: o.S.). Die SHIP-Studie (Study of Health in Pomerania), welche vom Institut für Community Medicine der Universität Greifswald durchgeführt wird, berechnete bereits 2010 einen Prävalenzanstieg verschiedener Krankheiten bis zum Jahr 2020. Demnach treten Krankheiten wie Diabetes mellitus (+21,4 Prozent), Myokardinfarkt (+28,3 Prozent) und Darmkrebs (+ 31 Prozent) deutlich häufiger auf als im Vergleich zum Basisjahr 2005 (vgl. Siewert et al. 2010: 331). Aufgrund dieser Entwicklung ist insbesondere die ältere Bevölkerung auf eine wohnortnahe Betreuung angewiesen (vgl. Landsberg/Lübking 2010: o.S.). Es besteht zwar die Möglichkeit Hausbesuche durchzuführen, um morbidere Personen zu entlassen, allerdings ist dies für die Ärzte mit sehr viel Aufwand verbunden und ist bei einer steigenden Nachfrage nicht mehr realisierbar (vgl. Sozialverband VdK 2018: o.S.). Es muss außerdem beachtet werden, dass in den östlichen Bundesländern der Gesundheitszustand der über 65-Jährigen schlechter ist als in den westlichen Bundesländern. Dies liegt zum einen an der unterschiedlichen Altersstruktur, aber auch am schlechteren Zugang zu medizinischen Leistungen (vgl. Flach 2012: 16 ff.).

Die zuvor beschriebene Entwicklung hat starke finanzielle Auswirkungen auf das Gesundheitssystem. Steigende Ausgaben haben stehen sinkenden Einnahmen gegenüber. Daraus resultiert ein Rückgang des Angebots an Gesundheitsdienstleistungen, was eine Unterversorgung in einigen Regionen Deutschlands zur Folge haben wird (vgl. Mardorf / Böhm 2009: 247). Besonders betroffen sind hiervon die östlichen Bundesländer Deutschlands, zu denen auch Mecklenburg-Vorpommern zählt (vgl. Küpper / Peters 2019: 92). Auch in Bezug zum Anstieg der Arztkonsultationen liefert die SHIP-Studie Daten. Demnach wurde für den Zeitraum zwischen 2013 und 2020 in Mecklenburg-Vorpommern eine Zunahme der Arztbesuche in der Allgemeinmedizin um +5,8 Prozent und bei den spezialisierten Ärzten (z.B. Urologen +14,5 Prozent und Internisten +11,2 Prozent) prognostiziert (vgl. Hoffmann / van den Berg 2013: 287). Diese Daten verdeutlichen, dass für die Sicherstellung der ambulanten Versorgung eine größere Anzahl an Ärzten notwendig ist.

Nach Angaben der KVMV waren im Juli 2022 3221 Ärzte und Psychotherapeuten ambulant tätig. Hierbei wurden sowohl niedergelassene (2.445) als auch angestellte (776) Ärzte und Psychotherapeuten berücksichtigt. Von ihnen sind 1190 Hausärzte (einschließlich hausärztlich tätige Internisten; vgl. KVMV 2022: o.S.), die Anzahl hat sich im Vergleich zu 2013 (1.149) kaum verändert (vgl. KVMV 2013a: 6). Die Zahl der angestellten Hausärzte stieg jedoch von 11,5 Prozent im Jahr 2013 (vgl. KVMV 2013a: 6) auf 21,4 Prozent im Jahr 2022 stark an (vgl. KVMV 2022: o.S.). Die Zahl der Fachärzte (einschließlich Psychotherapeuten) ist zwischen 2013 und 2022 von 1.629 (vgl. KVMV 2013a: 7) auf 2.031 im Jahr 2022 um 24,6 Prozent gestiegen (vgl. KVMV 2022: o.S.). Auch hier ist eine Zunahme der Angestelltenverhältnisse von 14,0 Prozent im Jahr 2013 (vgl. KVMV 2013a: 7) auf 34,5 Prozent im Jahr 2022 zu beobachten (vgl. KVM 2022: o.S.; siehe Abbildung 4).

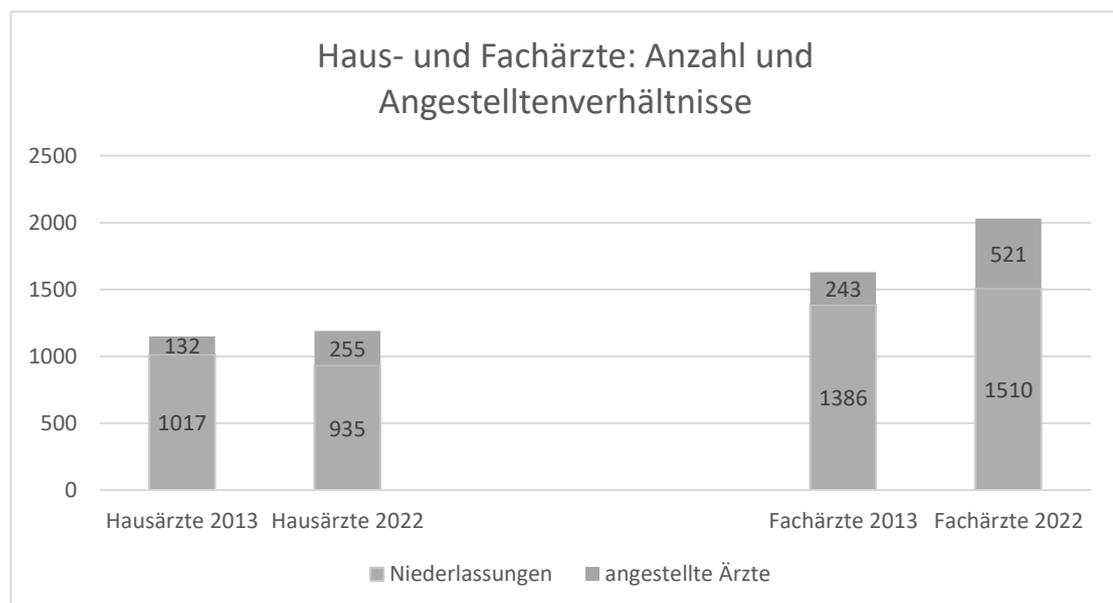


Abbildung 4: Haus- und Fachärzte (inklusive Psychiater): Anzahl und Angestelltenverhältnis Vergleich 2013 und 2022 (eigene Darstellung nach KVMV 2013a: 6 ff. und KVMV 2022: o.S.)

Die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit bei niedergelassenen Ärzten beträgt im Durchschnitt 52 Stunden. Da die Anstellungen sowohl in Voll- als auch in Teilzeit erfolgen können ist die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit mit etwa 26 Stunden hier deutlich geringer. Zusätzlich ist das Durchschnittsalter der Ärzte und der Anteil der über 60-Jährigen im Vergleich von 2013 zu 2022

gestiegen. Bei den Hausärzten lag das Durchschnittsalter 2013 bei 53,4 Jahren und 2022 bei 54,6 Jahren. Bei den Fachärzten ist eine ähnliche Entwicklung sichtbar. Hier lag 2013 das Durchschnittsalter bei 52,2 Jahren und 2020 bei 53,8 Jahren. Allerdings liegt Mecklenburg- Vorpommern noch unter dem bundesweiten Mittelwert (vgl. Enquete-Kommission 2021a: 23).

## 8. Aktualität der Bedarfsplanung

In der ambulanten Versorgung ist deutschlandweit ein Trend zum Angestelltenverhältnis und zum Arbeiten in Teilzeit zu erkennen. Dies ist auch in anderen Berufszweigen zu beobachten, da Aspekte wie eine ausgewogene Work-Life-Balance und die Vereinbarkeit von Familie und Beruf immer mehr an Bedeutung gewinnen. Die Teilzeitquote steigt dabei bei jüngeren und bei älteren Ärzten gleichermaßen. Dies führt dazu, dass die Zahl der niedergelassenen Ärzte zwar steigt, die Anzahl der Vollkräfte aber weitgehend gleichbleibt (vgl. KBV 2022a: o.S.).

Eine Vielzahl an Pensionierungen aufgrund der hohen Altersstruktur der Ärzte und Psychotherapeuten führt zu einer geringeren Anzahl an Beschäftigten im Gesundheitswesen. Der Anteil der Ärzte im Ruhestand stieg von 2019 zu 2020 um vier Prozent an (vgl. BÄK 2021: o.S.). Daraus resultiert ein erhöhtes Arbeitsaufkommen für den Einzelnen. Zusätzlich zu den Pensionierungen ist die sinkende Lebensarbeitszeit eine Ursache des Ärztemangels. Durch die Einführung des Arbeitszeitgesetz im Jahr 1994 und die damit verbundene Verkürzung von bis dahin übliche immens lange Arbeitsschichten führte zur Regulierung der Arbeitszeit (vgl. Gerlach / Kiechle 2018: 859). Zusätzlich gehört Mecklenburg-Vorpommern neben Brandenburg und Thüringen zu den Bundesländern mit dem niedrigsten Zuwachs an Niederlassungen von Ärzten. Dies führt zu einer zusätzlichen Verstärkung des ohnehin schon vorhandenen Versorgungsproblems (vgl. Laschet 2019: 74).

Die Auswirkungen sind besonders im allgemeinmedizinischen Bereich zu spüren, wodurch die ambulante hausärztliche Versorgung stark gefährdet ist. In M-V blieben 2019 8,9 Prozent der freien Stellen unbesetzt (vgl. Deutsches Ärzteblatt 2020: o.S.). Eine Studie der Robert Bosch Stiftung GmbH zeigt, dass im Jahr 2035 deutschlandweit etwa 11.000 Hausärzte fehlen werden. Hingegen wird die Spezialisierung in der ambulanten Versorgung stark zunehmen. (vgl. Robert Bosch Stiftung GmbH 2021: o.S.).

Die Entwicklung zeigt, dass die Arztdichte in Deutschland in den letzten Jahren stetig steigt, was bedeutet, dass für jeden berufstätigen Arzt immer weniger

Einwohner bemessen werden. Im Jahr 2017 kam in Deutschland ein Arzt auf 214 Einwohner, im Jahr 2019 waren es 207 und im Jahr 2021 noch 200. In Mecklenburg-Vorpommern waren es im Jahr 2017 212 Einwohner pro Arzt, 2019 208 und im Jahr 2021 noch 202 Einwohner. Das Bundesland liegt damit statistisch gesehen nur leicht unter dem bundesweiten Durchschnitt. Andere Bundesländer wie Brandenburg oder Sachsen-Anhalt sind mit Werten zwischen 230 und 250 Einwohnern je Arzt eher unterversorgt (vgl. statista 2022a: o.S.). Es ist jedoch als kritisch zu betrachten, die Ärztedichte als Richtwert für die Versorgungssituation zu verwenden. Die Anzahl der Ärzte Pro-Kopf kann in kleinen und größeren Städten identisch sein, allerdings hat der Zugang (z.B. durch lange Fahrtwege in ländlichen Gebieten) einen starken negativen Einfluss auf die medizinische Versorgung (vgl. Radtke 2022: o.S.).

Darüber hinaus ist in Deutschland in den letzten Jahren ein Rückgang an Arztpraxen zu verzeichnen. Im Jahr 2011 gab es deutschlandweit 74.905 Arztpraxen, im Jahr 2019 waren es nur noch 64.754 Praxen (vgl. statista 2022b: o.S.). Dies entspricht einem Rückgang von 13,56 Prozent. Zusätzlich gewinnt die Bildung von medizinischen Versorgungszentren immer mehr an Bedeutung. So können die Fixkosten für die Räumlichkeiten, die Angestellten und die Ausstattung gesenkt werden. In Mecklenburg-Vorpommern sind bezogen auf die Einwohnerzahl überdurchschnittlich viele MVZ zu finden. 2019 waren es knapp 45 MVZ je eine Million Einwohner. Dies führt jedoch zu einer Zentralisierung der Arztpraxen, sodass aufgrund von längeren Fahrtwegen einige Patienten einen schlechteren Zugang zu ärztlichen Dienstleistungen haben (vgl. Enquete-Kommission 2021a: 26).

### **8.1. Bedarfsplanung in Mecklenburg – Vorpommern**

Um die Versorgungssituation in Mecklenburg-Vorpommern beurteilen und den Mangel konkretisieren zu können, ist die Bedarfsplanung zu betrachten. Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen M-V hat letztmalig am 6. April 2022 den aktuellen Bedarfsplan bekanntgegeben. Die nachfolgende Darstellung zeigt die Bedarfsplanung für die hausärztliche Versorgung.

Bedarfsplanung hausärztliche Versorgung	
Mittelbereiche	HÄ
Anklam	x
Bergen auf Rügen	0,5
Demmin	1,5
<b>Greifswald</b>	x
Greifswald Umland	3,5
Grevesmühlen	2
Grimmen	x
Güstrow	6
Hagenow inkl. Amt Neuhaus	6,5
Ludwigslust	1,5
<b>Neubrandenburg</b>	x
Neubrandenburg Umland	9,5
Neustrelitz	0,5
Parchim	9,5
Pasewalk	5
Ribnitz-Damgarten	1
Rostock	0,5
Rostock Umland	11
Schwerin	x
Schwerin Umland	11,5
<b>Stralsund</b>	x
Stralsund Umland	7,5
Teterow	2
Ueckermünde	2
Waren	5
Wismar	1
Wolgast	x
	<b>87,5</b>

Stand Arztzahlen: 03.03.2022; Stand Einwohner: 31.12.2020

x = gesperrte Planungsbereiche  
Ziffer = Zahl der Zulassungsmöglichkeiten  
■ = neue Sperrung  
▨ = partielle Öffnung

Abbildung 5: Bedarfsplanung hausärztliche Versorgung M-V (KVMV 2022a: o.S.)

In Abbildung 5 werden die Herausforderungen der medizinischen Versorgung sichtbar. Insgesamt sind in Mecklenburg-Vorpommern 87,5 Stellen für die hausärztliche Versorgung offen. Größere Städte wie Anklam, Greifswald, Grimmen, Neubrandenburg, Schwerin, Stralsund oder Wolgast verfügen derzeit über keine offenen Stellen und sind für weitere Zulassungen gesperrt. Die Städte Bergen auf Rügen, Neustrelitz und Rostock verfügen jeweils über 0,5 offene Stellen und sind partiell geöffnet. Dies bedeutet, dass weitere Zulassungen oder Anstellungen in der angegebenen Anzahl vergeben werden können, vorrangig werden in so einem Fall bestehende Jobsharinganstellungen bzw. -zulassungen in reguläre Anstellungen oder Zulassungen umgewandelt. Die Leistungsbegrenzungen des Jobsharings fallen dann im Umfang der partiellen Öffnung weg (fortlaufend nach dem ältesten Termin der Anstellung/Zulassung;

siehe § 26 Abs. 2 und 3 Bedarfsplanungs-Richtlinie). Beim Jobsharing besteht die Möglichkeit, Ärzte in der Praxis anzustellen, diese verpflichten sich aber zu einer Leistungsbeschränkung und der bisherige Praxisumfang darf dann nicht wesentlich ausgeweitet werden (vgl. KVBW 2022: o.S.).

In ländlicheren Regionen, wie beispielsweise Stralsund Umland (7,5 offene Stellen), Neubrandenburg Umland (9,5 offene Stellen) oder Schwerin Umland (11,5 offene Stellen) ist der Landärztemangel deutlich zu spüren (vgl. KVMV 2022a: o.S.).

Bedarfsplanung <b>allgemeine fachärztliche Versorgung</b>									
Planungsbereiche	PÄD	AUG	CHI/ORT	DER	GYN	HNO	NER	PSY *1	URO
<b>Kreisfreie Städte</b>									
Rostock, Hansestadt	x	x	x	x	x	x	x	1,5	x
<b>Landkreise</b>									
Bad Doberan	x	x	x	x	0,5	x	2,5	x	0,5
Demmin	x	x	x	1,5	x	x	2,5	x	x
Güstrow	x	1	x	x	x	x	x	x	x
Ludwigslust inkl. Amt Neuhaus	3,5	2,5	x	0,5	x	3	1,5	x	x
Müritz	x	0,5	x	1	x	x	x	x	x
Parchim	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Rügen	0,5	x	x	x	x	x	x	x	x
Uecker-Randow	1	x	x	0,5	x	0,5	x	0,5	x
<b>Kreisregionen</b>									
Greifswald/OVP	x	x	x	x	x	x	x	0,5	x
Neubrandenburg/MST	x	x	x	1,5	x	x	1	x	x
Stralsund/NVP	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Schwerin/Wismar/NWM	x	x	x	x	x	x	x	x	x
<b>gesamt in M-V</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>0,5</b>	<b>3,5</b>	<b>7,5</b>	<b>2,5</b>	<b>0,5</b>

Stand Arztzahlen: 03.03.2022; Stand Einwohner: 31.12.2020

x = gesperrte Planungsbereiche; x = Fachgebiete mit einem Versorgungsgrad über 140 Prozent; Ziffer = Zahl der Zulassungsmöglichkeiten  
\*1 ohne Berücksichtigung des Mindestversorgungsanteils bei ärztlichen Psychotherapeuten und nur Kinder und Jugendliche betreuenden Psychotherapeuten; ■ = neue Sperrung; ■ = partielle Öffnung

Abbildung 6: Bedarfsplanung allgemeine fachärztliche Versorgung (KVMV 2022a: o.S.)

Abbildung 6 zeigt die Bedarfsplanung im Bereich der allgemeinen fachärztlichen Versorgung, wobei ein wesentlich geringer Mangel an Ärzten als bei der hausärztlichen Versorgung besteht. Allerdings wird auch hier eine leichte Tendenz zur Ansiedlung in urbaneren Regionen, wie beispielsweise der Hansestadt Rostock oder der Kreisregion Schwerin/Wismar/NWM (Nordwestmecklenburg) sichtbar. Eine Überversorgung mit einem

Versorgungsgrad von über 140 Prozent ist überwiegend in den Kreisregionen festzustellen. Der Landkreis Ludwigslust (inkl. Amt Neuhaus) hat hingegen insgesamt 11 offene Stellen, die Landkreise Demmin und Bad Doberan weisen jeweils 4 offene Stellen auf. Am höchsten ist der ermittelte Bedarf bei Nervenärzten (7,5), Pädiatern (5) und Augenärzten (4) (vgl. KVMV 2022a: o.S.).

In der psychotherapeutischen Versorgung ist eine vergleichbare Versorgungssituation in den einzelnen Planungsbereichen sichtbar. Die größeren Städte in Mecklenburg-Vorpommern sind größtenteils für weitere Zulassungen gesperrt. Hingegen sind in den ländlichen Gebieten (Beispiel: Landkreis Demmin und Ludwigslust inkl. Amt Neuhaus) noch einige Stellen unbesetzt (siehe Abbildung 7).

Fachgebiet Psychotherapie – Mindestquote in gesperrten Planungsbereichen				
Planungsbereiche	PSY	Ärztliche Psychotherapeuten	nur Kinder und Jugendliche betreuende Psychotherapeuten	Psychosomatiker
<b>Kreisfreie Städte</b>				
Rostock, Hansestadt	-	-	-	-
<b>Landkreise</b>				
Bad Doberan	x	2	-	-
Demmin	x	3,5	0,5	-
Güstrow	x	0,5	-	-
Ludwigslust inkl. Amt Neuhaus	x	3,5	-	-
Müritz	x	-	-	1
Parchim	x	0,5	-	-
Rügen	x	-	-	0,5
Uecker-Randow	-	-	-	-
<b>Kreisregionen</b>				
Greifswald/OVP	-	-	-	-
Neubrandenburg/MST	x	-	-	3,5
Stralsund/NVP	x	-	-	2,5
Schwerin/Wismar/NWM	x	-	-	0,5
<b>gesamt in M-V</b>		<b>10</b>	<b>0,5</b>	<b>8</b>

x = gesperrte Planungsbereiche; Ziffer = Zahl der Zulassungsmöglichkeiten; ■ = partielle Öffnung

Abbildung 7: Bedarfsplanung Fachgebiet Psychotherapie - Mindestquote in gesperrten Planungsbereichen (KVMV 2022a: o.S.)

In den Feldern, in denen ein "-" eingetragen ist, gibt es keine zusätzlichen Stellen. Als Beispiel ist der Bereich der Psychotherapie in der Stadt Rostock zu sehen. In Abbildung 6 (Bedarfsplanung allgemeine fachärztliche Versorgung) sind 1,5 freie Stellen ausgeschrieben. Auf diese Stelle können sich alle Psychotherapeuten bewerben (Psychotherapeuten, ärztliche Psychotherapeuten, Kinder- und

Jugendpsychotherapeuten sowie Psychosomatiker). Daher sind in der ergänzenden Abbildung 7 (Fachgebiet Psychotherapie – Mindestquote in gesperrten Planungsbereichen) keine weiteren Stellen in den Untergruppen ausgewiesen (vgl. KVMV 2022a: o.S.).

In der spezialisierten fachärztlichen Versorgung gibt es lediglich offene Stellen bei den Kinder- und Jugendpsychotherapeuten in der Mecklenburgischen Seenplatte (0,5) und in Westmecklenburg (2) sowie bei den Rheumatologen in Westmecklenburg (1,5). Wobei hier die Mindestquote von acht Prozent zu beachten ist. Alle anderen Fachbereiche sind für weitere Zulassungen gesperrt und weisen zum Teil einen Versorgungsgrad von über 140 Prozent auf (siehe Abbildung 8; vgl. KVMV 2022a: o.S.).

**Bedarfsplanung spezialisierte fachärztliche Versorgung**

Planungsbereiche	ANÄ	KJPSY	RAD	INT FÄ	Rheumatologen
Minimalquote 8 %					
Mecklenburgische Seenplatte	x	0,5	x	x	–
Mittleres Mecklenburg/Rostock	x	x	x	x	–
Vorpommern	x	x	x	x	–
Westmecklenburg	x	2	x	x	1,5

Stand Arztzahlen: 03.03.2022; Stand Einwohner: 31.12.2020

x = gesperrte Planungsbereiche; x = Fachgebiete mit einem Versorgungsgrad über 140 Prozent; Ziffer = Zahl der Zulassungsmöglichkeiten

Abbildung 8: Bedarfsplanung spezialisierte fachärztliche Versorgung (KVMV 2022a: o.S.)

In der gesonderten fachärztlichen Versorgung sind derzeit lediglich in der Physikalischen und Rehabilitativen Medizin (3,5) und in der Nuklearmedizin (1) offene Stellen vorhanden. Alle anderen Fachbereiche sind für weitere Zulassungen gesperrt. (siehe Abbildung 9; vgl. KVMV 2022a: o.S.).

### Bedarfsplanung **gesonderte fachärztliche Versorgung**

Planungsbereich Mecklenburg-Vorpommern	
Physikalische und Rehabilitative Medizin	3,5
Nuklearmedizin	1
Strahlentherapie	x
Neurochirurgie	x
Humangenetik	x
Laboratoriumsmedizin	x
Pathologie	x
Transfusionsmedizin	x

Stand Arztzahlen: 03.03.2022; Stand Einwohner: 31.12.2020

x = gesperrte Planungsbereiche; Ziffer = Zahl der Zulassungsmöglichkeiten; ■ = partielle Öffnung

Abbildung 9: Bedarfsplanung gesonderte fachärztliche Versorgung (KVMV 2022a: o.S.)

Neben der aktuellen Situation wurde aber auch die zukünftige Versorgungslage betrachtet. Obwohl derzeit kein Mittelbereich in der hausärztlichen Versorgung einen Versorgungsgrad unter 75 Prozent aufweist (siehe Anhang 3), sind in Mecklenburg-Vorpommern in Zukunft 13 der 27 Mittelbereiche in der hausärztlichen Versorgung von einer Unterversorgung bedroht. Dazu zählen Bergen auf Rügen, Demmin, Greifswald Umland, Grevesmühlen, Güstrow, Hagenow, Neubrandenburg, Neubrandenburg Umland, Neustrelitz, Parchim, Pasewalk, Schwerin Umland und Stralsund Umland (siehe Anhang 4; vgl. KVMV 2022a: o.S.).

Im nächsten Teil der Arbeit sollen nun Maßnahmen beschrieben werden, welche die Kassenärztliche Vereinigung M-V einsetzt, um eine flächendeckend bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen. Außerdem werden Ansätze beschrieben, die zu einer bedarfsgerechteren Versorgung beitragen können.

## 9. Fördermaßnahmen in Mecklenburg - Vorpommern

Wie bereits erläutert, können Fördermöglichkeiten beantragt werden, sobald der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für den Planungsbereich und die jeweilige Fachgruppe eine Unterversorgung oder eine drohende Unterversorgung festgestellt hat. Die Grundlage hierfür stellt die Strukturfonds-Richtlinie des Vorstandes der KVMV dar (vgl. Kaulisch 2021: 1). Die aktuellen Maßnahmen der KVMV die eingesetzt werden, um die ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung zu sichern und zu verbessern, werden nun vorgestellt. Je nach Adressat unterscheidet man verschiedene Förderungsmöglichkeiten.

Um Ärzte zu gewinnen, die sich in von Unterversorgung bedrohten Gebieten niederlassen, besteht die Möglichkeit, Investitionskostenzuschüsse in Höhe von 10.000 Euro bis zu 75.000 Euro zu gewähren. Auch bei der Gründung von Außenstellen/ Zweigpraxen werden zwischen 5.000 Euro und 20.000 Euro gezahlt (vgl. KVMV 2022b: 1). Allerdings ist zu beachten, dass die Gewährung von Investitionskostenzuschüssen an einige Bedingungen geknüpft ist, z.B. verpflichtet der Arzt sich für mindestens fünf Jahre am Zulassungsort niederzulassen und er darf zum Zeitpunkt der Niederlassung nicht älter als 50 Jahre sein (vgl. KVMV 2022c o.S.).

Zusätzlich können bis zu 20.000 Euro für die Anstellung von Ärzten bei der Schaffung von zusätzlich besetzten Arztstellen zugesprochen werden. Wenn Ärzte mit dem Ziel der Praxisübernahme beschäftigt werden, können für längstens 12 Monate 2.000 Euro pro Monat Gehaltskostenzuschüsse gewährt werden. Auch Umzugskosten werden übernommen, wenn beispielsweise Ärzte aus dem Ausland zurückkehren, oder den Praxissitz in einen unterversorgten bzw. von Unterversorgung bedrohten Bereich verlegen. Private Umzugskosten werden hierbei mit bis zu 2.500 Euro bezuschusst und die Kosten für einen Praxisumzug mit bis zu 10.000 Euro (vgl. KVMV 2022b: 1).

Andere Maßnahmen beziehen sich wiederum auf die Unterstützung von Ärzten, die sich bereits in unterversorgten bzw. von Unterversorgung bedrohten Gebieten niedergelassen haben. Hier übernimmt die KVMV die Kosten für die

Kinderbetreuung oder die Kosten für die Beschäftigung von Entlastungsassistenten bei Erziehungszeiten oder Erkrankung. Ergänzend gibt es eine Zusatzzahlung in Höhe von 50 Euro pro Tag nach der Entbindung für insgesamt acht Wochen, wenn die Praxis aufgrund einer Mutterschaft vorübergehend nicht weitergeführt werden kann. Dies gilt allerdings auch für die Ärztinnen und Psychotherapeutinnen in nicht unterversorgten bzw. von Unterversorgung bedrohten Regionen und Fachgruppen. Darüber hinaus werden fallzahlabhängige Sicherstellungszuschläge gewährt. Der ärztliche Bereitschaftsdienst wird umgestaltet, dies inkludiert auch die Einrichtung von Bereitschaftsdienstpraxen an Krankenhäusern, sodass die niedergelassenen Ärzte entlastet werden. Zusätzlich wird ein angemessenes Honorar bezahlt und honorarbegrenzende Maßnahmen werden ausgesetzt (vgl. KVMV 2022b: 1).

Ein weiteren Punkt stellen Maßnahmen zur Verbesserung der Ansiedlung von Ärzten dar. Hier erfolgt eine Zusammenarbeit der KV mit Kreisen, Ämtern, Gemeinden und Planungsverbänden in Mecklenburg – Vorpommern. Zum einen sollen so Versorgungsprobleme gelöst und strukturelle Defizite, die Ärzte von einer Niederlassung abhalten (z.B. schlechte Infrastruktur) behoben werden (vgl. KVMV 2022b: 1).

Die Gewinnung von jungen Ärzten und die Teilnahme von ausreichend Praxen für die Weiterbildung stellt ein Kernelement der Sicherstellung der ambulanten Versorgung dar. Hierfür wurde im Jahr 2009 eine Stiftungsprofessur für Allgemeinmedizin an der Universität Rostock eingerichtet. So sollen Studierende für die Weiterbildung zum Allgemeinmediziner gewonnen werden. Allgemeinmedizinische Lehrpraxen der Uni Greifswald und Rostock werden finanziell durch die KVMV gefördert. In Kooperation mit der Landesregierung M-V werden Medizinstudierende während ihres Praktischen Jahres finanziell unterstützt (800 Euro bis zu 4.000 Euro je Terital). Zusätzlich wird die Facharztweiterbildung in Gebieten der grundversorgenden Fachgebiete finanziell in Höhe von mind. 5.000 Euro pro Weiterbildungsmonat in einer ambulanten Praxis unterstützt. Ergänzend zu den gesetzlichen Vorgaben in § 75a SGB V (Förderung der Weiterbildung) gewährt die KVMV in Kooperation mit der AOK Nordost finanzielle Förderungen in der pädiatrischen Weiterbildung mit einem

monatlichen Gehaltszuschuss in Höhe von 5.000 Euro pro Weiterbildungsmonat in einer ambulanten pädiatrischen Praxis. Weiterhin werden in den ersten Monaten einer ambulanten Weiterbildung anfallende Lohnnebenkosten mit maximal 1.000 Euro monatlich bezuschusst. Die Famulaturen in Vertragsarztpraxen werden mit bis zu 600 Euro pro Studierenden gefördert und die Fahrkosten, die bei Blockpraktika in Landarztpraxen für die Studierenden anfallen, werden übernommen. Auch Studierende der Universität Lübeck erhalten auf Antrag Fahrkostenzuschüsse, wenn diese ihr Blockpraktikum im Fach Allgemeinmedizin in einer Praxis oder einem MVZ in Mecklenburg-Vorpommern absolvieren (vgl. KVMV 2022d :8).

Außerdem gibt es Mentoring-Programme für Niederlassungen in Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung. Hier kann der Mentor pro Mentee 1.000 Euro Aufwandsentschädigen (maximal 3.000 Euro jährlich) erhalten (vgl. KVMV 2022b: 2).

Darüber hinaus wird ein großes Spektrum an Weiterbildungen, hauptsächlich im Bereich der Allgemeinmedizin, finanziell gefördert. Auch wurde 2017 zusammen mit den Universitäten des Landes, der KGMV und der Ärztekammer MV ein Kompetenzzentrum Weiterbildung M-V gegründet. So soll die Facharztweiterbildung im Bereich der Allgemeinmedizin gefördert und weiterentwickelt werden (vgl. KVMV 2022b: 2). Um die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen, werden arztentlastende Praxisassistenten eingestellt, diese sind derzeit in circa 400 Praxen bzw. MVZ in Mecklenburg-Vorpommern beschäftigt. Praxisassistenten unterstützen den Arzt bei der Betreuung der Patienten, indem beispielsweise Hausbesuche übernommen werden. Sie sollen vorwiegend in Hausarztpraxen eingesetzt werden, in denen ein hohes Patientenaufkommen herrscht (vgl. Deutsches Ärzteblatt 2014: o.S.).

Um auch regionale Besonderheiten in Mecklenburg-Vorpommern berücksichtigen zu können, wurden Sonderverträge mit Krankenkassen geschlossen. So soll besonders die ambulante Versorgung für die ältere Bevölkerung verbessert werden. Daher wurde u.a. in Zusammenarbeit mit der

AOK Nordost das Projekt „PflegeheimPlus“ initiiert. Hierbei handelt es sich um eine ambulante Betreuung in Pflegeheimen, die dazu beitragen soll, die Gesundheitsversorgung von Heimbewohnern bedarfsgerechter zu gestalten und somit deren Lebensqualität zu verbessern. Ein festes Hausarzt-Team ist in den Pflegeheimen wöchentlich präsent und bietet eine erweiterte hausärztliche Rufbereitschaft an, auch am Abend und teilweise am Wochenende. Zusätzlich werden Facharztgruppen und die ansässigen Pflegekräfte mit in die Versorgung eingebunden, um die Zusammenarbeit der Akteure zu fördern (vgl. KVMV/AOK Nordost 2011: o.S.).

Außerdem werden geriatrische Komplexbehandlungen gefördert, indem ärztliche und nichtärztliche Maßnahmen ineinandergreifend koordiniert werden, um die stationäre Behandlungsbedürftigkeit bei älteren Menschen zu verhindern. Darüber hinaus gibt es die ambulante Palliativversorgung, um die ärztliche Versorgung auch in der letzten Lebensphase sicherzustellen sowie Behandlungsverträge für die Behandlung chronischer Wunden. Für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen werden Früherkennungsuntersuchungen angeboten, beispielsweise die U10, U11 und J2 (vgl. KVMV 2022b: 2).

Von 2008 bis 2021 haben sich aufgrund von Fördermöglichkeiten in Mecklenburg-Vorpommern 191 Hausärzte (inklusive hausärztlich tätige Internisten), fünf Fachärzte für Augenheilkunde, ein Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten sowie zwei Fachärzte für Psychiatrie niedergelassen (siehe Abbildung 10; vgl. KVMV 2022f: 11).

## Geförderte Zulassungen in Mecklenburg-Vorpommern: Investitionskostenzuschüsse 2008 bis 2021



Abbildung 10: Geförderte Zulassungen in M-V: Investitionskostenzuschüsse 2008 bis 2021 (KVMV 2022f: 11)

### 9.1. Landarztquote

Um die Tätigkeit als Hausarzt auch bei jungen Menschen attraktiver zu machen und somit entstehende Versorgungslücken schließen zu können, wurde 2020 das Landarztgesetz in Mecklenburg-Vorpommern (Gesetz zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Bereichen mit besonderem öffentlichem Bedarf des Landes Mecklenburg-Vorpommern) verabschiedet. Es stehen hierfür insgesamt 31 der rund 400 Studienplätze an der Uni Rostock und Uni Greifswald für Abiturienten zur Verfügung, auch für diejenigen, die aufgrund ihres Notendurchschnittes nicht für einen Medizinstudienplatz zugelassen wurden, aber nachweislich für den Beruf als Arzt geeignet sind (vgl. KVMV 2022e: o.S.). Im Wintersemester 2022/2023 haben sich insgesamt 164 Menschen für einen Studienplatz beworben (vgl. Koslik 2022: o.S.). Bei der Auswahl der Teilnehmer fließt die Abiturdurchschnittsnote nur mit 30 Prozent ein. Weitere 30 Prozent macht das Ergebnis des fachspezifischen Studierfähigkeitstests aus und zu 40 Prozent zählen Zeiten, in beruflicher oder ehrenamtlicher Tätigkeit im

Gesundheitswesen. Hier müssen mindestens 6 Monate nachgewiesen werden, die Höchstanzahl der Monate beträgt 48 Monate. Nach dieser Vorauswahl finden Auswahlgespräche statt. Schlussendlich wird ein Mittelwert aus beiden Runden gebildet, welcher über die endgültige Zusage entscheidet (vgl. KVMV 2022e: o.S.). Während des Studiums werden die Studierenden von der KVMV betreut und haben die Möglichkeit, an Mentoringprogrammen teilzunehmen, um frühzeitig den Alltag in einer Landarztpraxis kennenzulernen (vgl. Ärzte Zeitung 2022: o.S.).

Die Teilnehmer verpflichten sich dazu, nach dem Studium und der anschließenden Facharztweiterbildung für mindestens zehn Jahre als Hausarzt tätig zu sein. Es muss sich dabei um eine Tätigkeit in einer unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Region oder um eine Region mit einem lokalen Versorgungsbedarf in Mecklenburg-Vorpommern handeln. Falls dem nicht nachgekommen wird, kann eine Vertragsstrafe in Höhe von bis zu 250.000 Euro fällig werden (vgl. KVMV 2022e: o.S.).

Neben Mecklenburg-Vorpommern gibt es in sechs weitere Bundesländer eine Landarztquote, darunter Sachsen-Anhalt, Nordrhein-Westfalen und das Saarland (vgl. Ärzte Zeitung 2022: o.S.).

## 10. Telemedizin

Eine weitere Möglichkeit zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum stellt die Telemedizin dar. Telemedizin ist ein Sammelbegriff für unterschiedliche ärztliche Versorgungskonzepte dar. Die Gemeinsamkeit der Ansätze besteht darin, dass medizinische Leistungen in den Bereichen Diagnostik, Therapie und Rehabilitation und der ärztlichen Entscheidungsberatung über räumliche Entfernungen hinweg mit Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien erbracht werden (vgl. BÄK 2022a: o.S.). Wichtig ist allerdings die inhaltliche Abgrenzung zwischen Telemedizin und E-Health. E-Health ist die Kurzform für Electronic Health und ein Überbegriff für alle elektronischen Anwendungen der medizinischen Versorgung. Die Telemedizin stellt einen konkreten Anwendungsfall hiervon dar (vgl. AOK 2022a: o.S.).

Die Bundesregierung hat es sich für die kommende Legislaturperiode zur Aufgabe gemacht, telemedizinische Strukturen zu stärken und auszubauen. So soll etwa die Dokumentation erleichtert und die soziale Teilhabe gefördert werden, zusätzlich soll die Telemedizin therapeutisch genutzt werden. Dazu zählen u.a. die Förderung telemedizinischer Leistungen in Form von Arznei-, Heil- und Hilfsmittelverordnungen, Videosprechstunden, Telekonsile (fachlicher Austausch unter Ärzten via Video) und die telenotärztliche Versorgung (vgl. Bundesregierung 2021: 83).

Bereits mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz und dem E-Health-Gesetz wurde der Grundstein für den Ausbau der Telemedizin gelegt. Seitdem sind telemedizinische Anwendungen in der vertragsärztlichen Versorgung auch zulässig, wenn der Arzt-Patienten-Kontakt ausschließlich per Video stattfindet und es zu keinem persönlichen Kontakt kommt. Die Abrechnung kann per Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) erfolgen. Auch für Patienten, bei denen es zu einem persönlichen Kontakt mit dem Arzt kommt, können telemedizinische Leistungen eine sinnvolle Ergänzung zur konservativen Therapie bieten. Auch psychotherapeutische Akutbehandlungen können im Rahmen einer Videosprechstunde stattfinden. Gerade in ländlichen Regionen können so

räumliche Grenzen überwunden und die Sicherstellung der ambulanten Versorgung vorangetrieben werden. Durch Digitalisierungsmaßnahmen kann eine zeitnahe medizinische Versorgung ermöglicht werden, unabhängig vom Wohnort des Patienten und des Arztes (vgl. BMG 2022: o.S.).

### 10.1. Chancen und Risiken der Telemedizin

Wie bereits in Punkt 10 dargelegt, bietet die Telemedizin schon heute zahlreiche Vorteile. Es können Behandlungen schneller und flächendeckender zur Verfügung gestellt werden, so können auch ländliche Regionen besser versorgt werden. Auch lässt sich die medizinische Kontrolle, Behandlung und Betreuung besser in den Alltag integrieren. Gerade in Zeiten der Corona-Pandemie haben viele Menschen von telemedizinischen Leistungen profitiert, da ein selbstbestimmterer und flexiblerer Umgang der Patienten mit ihrer Vorsorge oder Erkrankung ermöglicht wurde (vgl. BARMER 2022: o.S.). Ein weiterer Vorteil besteht darin, dass lange Wartezeiten vermieden werden können. Auch kann es für Menschen von Vorteil sein, die psychotherapeutische Leistungen in Anspruch nehmen. Den Patienten fällt es häufig schwer, persönlich einen Therapeuten aufzusuchen. Durch eine digitale Betreuung kann ihnen die Angst genommen und ein niedrigschwelliger Zugang gewährleistet werden (vgl. Dittmar 2015: o.S.). Weitere Vorteile sowohl für die Patienten als auch für die niedergelassenen Ärzte und die Kostenträger/Gesellschaft sind in Tabelle 5 dargestellt.

<b>Patienten</b>	<b>Niedergelassene Ärzte</b>	<b>Kostenträger/Gesellschaft</b>
schnellere Diagnose- und Therapieeinleitung, besonders in kritischen Fällen	Schnellere Diagnose- und Therapieeinleitung, besonders in kritischen Fällen	Kosteneinsparung durch Vermeidung unnötiger Überweisungen

kürzere Wege- und Wartezeiten	schnellerer Zugriff auf relevante Patientendaten	Rationalisierungspotentiale durch elektronische Datenübermittlung
vermeidbare Arztbesuche (Home- Care-Systeme)	Zweitmeinung durch Spezialisten → Qualitätssteigerung	Vermeidung von Doppel- und Wiederholungsuntersuchungen
verbesserter Informationszugang	erhöhte Patientenzufriedenheit und Wettbewerbsvorteil	Einsparungen durch Vermeidung von Behandlungsfehlern/Fehldiagnosen

Tabelle 5: Vorteile der Telemedizin für verschiedene Akteure im Gesundheitswesen (eigene Darstellung nach Dittmar 2015: o.S.)

Allerdings stehen den zuvor genannten Chancen auch einige Risiken und Herausforderungen gegenüber. Zum einen können im Zuge der elektronischen Datenübermittlung Daten verloren gehen oder nur unvollständig übertragen werden. Dem Datenschutz kommt hierbei eine besonders große Bedeutung zu, da Patienten- und Gesundheitsdaten sehr sensibel zu behandeln sind. Bevor Instrumente der Telemedizin eingesetzt werden, müssen weitere wichtige rechtliche Aspekte abgeklärt werden. Hier geht es neben dem Datenschutz auch um Haftungs- und berufsrechtliche Fragen. Außerdem kann es vorkommen, dass Patienten Geräte nicht richtig bedienen oder Tests falsch durchführen oder ablesen, wodurch Fehldiagnosen möglich sind. Gerade älteren Personen kann es schwerfallen, technische Geräte richtig zu bedienen (vgl. Klinge/Bleckwenn 2021 : 43) Zusätzlich muss beachtet werden, dass gerade in ländlichen Gebieten wie in Mecklenburg-Vorpommern die Infrastruktur nicht flächendeckend ausgebaut ist, sodass nicht überall schnelles und gut funktionierendes Internet verfügbar ist. Ergänzend kann dazu kommen, dass sich aufgrund der fehlenden persönlichen Kontakte die Arzt-Patienten-Beziehung verschlechtert. Derzeit sind noch nicht für alle medizinischen Fachgebiete digitale Angebote verfügbar. Es ist daher von großer Bedeutung, dass künftig immer mehr Fachgebiete und Behandlungsbereiche in die Telemedizin integriert werden, um so auch die

Vernetzung der verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen digital zu fördern (vgl. BARMER 2022: o.S.).

## **10.2. Telemedizin in Mecklenburg-Vorpommern**

Um die Versorgung in ländlicheren Regionen in Mecklenburg-Vorpommern sicherzustellen, gibt es bereits einige telemedizinische Pilotprojekte. Beispielsweise wurde von Dezember 2016 bis März 2020 das Projekt „LandRettung“, welches in der Modellregion Vorpommern-Greifswald durchgeführt wurde, durch den Innovationsfonds des G-BA gefördert. Das Ziel besteht darin, die Notfallversorgung in Mecklenburg-Vorpommern zu sichern. Durch verschiedene telemedizinische Maßnahmen sollen die notfallmedizinischen Strukturen erweitert und zusätzlichen Behandlungsalternativen geschaffen werden. Ein zentrales Element stellt hierbei der Telenotarzt da, welcher in Gebieten mit längerer Anfahrt den professionellen Rettungsdienst unterstützt. Außerdem soll die Reanimationskompetenz der Bevölkerung bei einem beobachtbaren Herz-Kreislauf-Stillstand geschult und gefestigt werden (vgl. G-BA 2022h: o.S.).

Nach Ende des Projektzeitraums hat sich der G-BA für eine Übernahme des Versorgungskonzeptes in die Regelversorgung ausgesprochen, da die Evaluation zeigte, dass das Projekt zur Optimierung der Notfallrettung in einem ländlichen Versorgungsgebiet beigetragen hat. Bislang ist das Projekt aber noch nicht in die Regelversorgung aufgenommen worden (vgl. G-BA 2021: o.S.).

Auch das Institut für Community Medicine der Universitätsmedizin Greifswald führt in Zusammenarbeit mit regionalen Akteuren des Gesundheitswesens Pilotprojekte zum Thema Innovative Versorgungskonzepte in Mecklenburg-Vorpommern mit dem Schwerpunkt Telemedizin in der Geriatrie, Pädiatrie und Psychiatrie durch. Beispielsweise soll mit Hilfe einer regionalen digitalen geriatrischen Patientenakte die Kommunikation zwischen den einzelnen Behandlern vereinfacht werden, da insbesondere in der Geriatrie viele verschiedene Leistungserbringer an der Behandlung der Patienten beteiligt sind. Hierdurch soll nicht die übliche Dokumentation in Krankenhäusern und

Arztpraxen ersetzt werden, sondern die Möglichkeit gegeben werden, relevante Informationen in Echtzeit auszutauschen (vgl. Pfeuffer et al. 2022: o.S.).

In der Pädiatrie sollen Kinderärzte mit Hilfe von Videokonferenzsystemen eine Dringlichkeitsbeurteilung durchführen, um Eltern zu beraten, ob eine ärztliche Konsultation in einem Krankenhaus notwendig ist oder nicht. So sollen Notaufnahmen entlastet und teilweise weite Anfahrtswege für die Eltern vermieden werden (vgl. Beyer et al. 2022: o.S.). Im Bereich der Psychiatrie werden Patienten mit Schizophrenie oder einer bipolaren Störung mit Hilfe eines Telefonanrufes und einer SMS durch geschulte Gesundheits- und Krankenpfleger darin erinnert, ihre Medikamente einzunehmen. So sollen Patienten niedrigschwellig dabei unterstützt werden, ihre Medikamente kontinuierlich einzunehmen (vgl. Schulze et al. 2019: o.S.).

## 11. Sektorenübergreifende Bedarfsplanung

Ein weiteres Modell zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung stellt die sektorenübergreifende Bedarfsplanung dar. Hierbei werden stationäre Versorgungseinrichtungen in die ambulante Gesundheitsversorgung mit einbezogen. Gesundheitsexperten fordern bereits seit einigen Jahren die historisch bedingte Unterscheidung zwischen ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen, Institutionen und Planungs- und Abrechnungssystemen zu reformieren. Diese weisen Defizite auf und verfolgen nicht mehr die ursprünglich vorgesehene gesetzliche Aufgabe. In einem Flächenland wie Mecklenburg-Vorpommern ist für Patienten im Krankheitsfall nicht durchgängig ein Zugang zur qualitätsgesicherten ambulanten Versorgung gewährleistet. Es fehlt an Koordination und festgelegten Zuständigkeiten. Zusätzlich wird ein Großteil an Behandlungen noch stationär durchgeführt, obwohl sich bereits ambulante Optionen etabliert haben (vgl. GKV-Spitzenverband 2017: 6).

Allerdings setzen die derzeit gültigen Vergütungssysteme in der ambulanten (EBM) und stationären Versorgung (DRG) keine Anreize zur Überwindung der Sektorengrenzen. Zusätzlich bedarf es einer geeigneten rechtlichen Grundlage, da die derzeit geltenden Rahmenbedingungen für neue Versorgungsformen nicht ausgelegt sind. Die geltenden Regelungen der einzelnen Sektoren müssen aufeinander abgestimmt werden und ein gemeinsames Ziel verfolgen, nämlich die konsequente Ausrichtung der gesundheitlichen Versorgung auf die Bedürfnisse der Patienten. Es gibt unterschiedliche Modelle, wie eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung konkret aussehen kann. Alle Maßnahmen sind sich aber darin einig, dass eine Umstrukturierung nicht in einem Schritt erfolgen kann, sondern verschiedene Stufen durchlaufen muss (vgl. TK 2018: o.S.). Im Folgenden wird auf den Reformvorschlag des GKV-Spitzenverbandes eingegangen. Die Kernaussage besteht darin, Krankenhausambulanzen an der ambulanten Versorgung teilnehmen zu lassen, um so die Versorgung im Sinne der Patienten weiterzuentwickeln. Durch eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung soll flächendeckend ein niedrighschwelliger Zugang und die Bereitstellung erforderlicher Kapazitäten gewährleistet werden. Durch eine angepasste Vergütungsstruktur sollen

Versorgungsfehlreize vermieden werden und eine einheitliche und transparente Qualitätssicherung soll eine Patientengefährdung ausschließen. Die Erkenntnisse, die aus diesem Reformprozess gewonnen werden, müssen die Grundlage für eine mittelfristige Neuaufstellung der gesamten Versorgung darstellen (vgl. GKV-Spitzenverband 2017: 6).

Auch in Mecklenburg-Vorpommern könnte eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung dazu beitragen, bestehende Versorgungslücken zu schließen. Es sind hierbei die Gegebenheiten in den unterschiedlichen Regionen zu berücksichtigen. In einigen Ballungsregionen in Mecklenburg-Vorpommern ist die medizinische Versorgung gewährleistet, in anderen hingegen mangelt es an der Grundversorgung. So könnte in den Regionen, die unterversorgt bzw. drohend unterversorgt sind, die ansässigen Krankenhäuser in die Versorgung mit einbezogen werden. Hingegen sollte in Regionen, in denen die ambulante Versorgung gut ausgebaut ist, das Leistungsspektrum der Krankenhäuser minimiert werden. Durch eine integrierte Planung können Versorgungsdefizite beseitigt werden und die Effizienz im Gesundheitswesen verbessert werden (vgl. TK 2018: o.S).

Die Bedarfsplanung würde dann ein zweistufiges Verfahren durchlaufen. Im ersten Schritt ermittelt das Landesgremium, bestehend aus Landesvertretern, der Kassenärztlichen Vereinigung und der Landeskrankenhausesgesellschaft zusammen mit den Landesverbänden der Kassen sowie der Ersatzkassen die regionalen Bedarfe auf Grundlage des § 90a SGB V. Im zweiten Schritt erfolgt dann die konkrete Kapazitätsplanung. Um das Patientenwohl zu gewährleisten, sollten die Mitglieder des Landesgremiums, welche Versorgungs- und Finanzierungsverantwortung besitzen, über ein gleichwertiges Mitsprache- und Gestaltungsrecht verfügen. Nur durch ein politisch unabhängiges Gremium kann gewährleistet werden, dass die Behandlungskapazitäten effizient verteilt werden (vgl. TK 2018: o.S.).

Eine weitere Reformoption besteht darin, dass Krankenhäuser, welche einen hohen Anteil an Leistungen erbringen, die an der Schnittstelle zur ambulanten Versorgung liegen, zukünftig sogenannte Integrierte Versorgungszentren (IVZ)

bilden. Die IVZs weisen dann die bedarfsnotwendige Facharztkapazität für ambulante Behandlungen auf und besitzen zusätzlich eine ausreichende medizinisch-technische Ausstattung, um die stationäre Grund- und Notfallversorgung zu gewährleisten. Zusätzlich dazu können innovative Versorgungskonzepte durch Selektivverträge mit Krankenkassen abgeschlossen werden, mit Hilfe deren die medizinische Versorgung im ländlichen Raum gewährleistet werden soll (vgl. TK 2018: o.S.).

### 11.1. Bisherige Steuerungsansätze

Es gibt bereits einige Steuerungsansätze, um die sektorenübergreifende Versorgung zu fördern (vgl. Tabelle 6), welche im Folgenden kurz vorgestellt werden. Allerdings ist dies nur bedingt gelungen, da die Maßnahmen teilweise nur in einem Sektor stattfinden oder sie nicht nachhaltig genug sind bzw. gegensätzliche Interessen verfolgen.

Maßnahme	Bewertung
Strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V	trotz sektorenübergreifendes Behandlungsbedarfs überwiegend Kollektivverträge mit den KVen
Ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	Problem: Inkompatibilität zwischen ambulanten und stationären Vergütungssystemen
Medizinische Versorgungszentren nach § 95 SGB V	ambulante Versorgungseinrichtungen, Potenzial bei Krankenhausträgerschaft
Innovationsfonds nach § 92a SGB V	förderlich zur Startfinanzierung, Nachhaltigkeit fraglich
Integrierte Versorgung nach § 140a SGB V	Einige Leuchtturmprojekte vorhanden, Umfang aber oftmals aufbaufähig

Tabelle 6: Kurzbewertung der Steuerungsansätze für sektorenübergreifende Versorgung (eigene Darstellung nach Greß / Schnee 2017: 6)

Man unterscheidet hierbei kollektiv- und selektivvertragliche Ansätze. Kollektivverträge werden zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und den Krankenkassen geschlossen. Selektivverträge hingegen schließen einzelne Krankenkassen mit der Kassenärztlichen Vereinigung ab (vgl. AOK 2022: o.S.). In der Regelversorgung gibt es überwiegend Kollektivverträge, wozu auch die strukturierten Behandlungsprogramme nach §137f SGB V zählen. Ein Auswahlkriterium von chronischen Erkrankungen als Bestandteil von strukturierten Behandlungsprogrammen ist das Vorliegen eines sektorenübergreifenden Behandlungsbedarfs. Allerdings werden kaum stationäre Leistungsanbieter wie Rehabilitationskliniken oder Krankenhäuser in die Versorgung eingebunden, es sondern überwiegend nur ambulante Leistungserbringer (vgl. Gerlinger 2017: o.S.). Ebenfalls zu den Kollektivverträgen zählt die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) nach §116b SGB V. Mit Hilfe der ASV sollte für einen Teilbereich der Versorgung eine bedarfsgerechte sektorenübergreifende Versorgung eingeführt werden. Allerdings scheitert die Umsetzung an der Unvereinbarkeit von ambulanten und stationären Vergütungssystemen, da die hochkomplexen Fälle in der ASV nicht mit den Falldefinitionen der ambulanten Versorgung und der Vergütungslogik der stationären Versorgung vereinbar sind (vgl. Greß/Schnee 2017 :7).

Auch durch die Einführung der MVZ sollte die sektorenübergreifende Versorgung mit Hilfe von Kollektivverträgen gefördert werden. MVZ zählen zwar grundsätzlich zur ambulanten Versorgung, allerdings besteht auch für Krankenhäuser die Möglichkeit, ein MVZ zu errichten (vgl. BMG 2021: o.S.). Im Jahr 2021 gab es in Mecklenburg-Vorpommern 77 MVZ, davon waren 54 (70 Prozent) in Krankenhausträgerschaft (vgl. KBV 2022b: 7). MVZ besitzen demnach Potenzial, die sektorenübergreifende Versorgung zu fördern. Allerdings besteht seitens der ambulanten Ärzteschaft häufig die Befürchtung, dass MVZ in stationärer Trägerschaft zu Einkommensverlusten in der ambulanten Versorgung führen, dies konnte bislang allerdings nicht bestätigt werden (vgl. Greß/Schnee 2017: 7).

Durch den Innovationsfonds werden durch den G-BA Investitionskosten für innovative Versorgungsmodelle übernommen. Hier ist es zwingend erforderlich,

die gewonnenen Evaluationsergebnisse zu veröffentlichen. Somit trägt der Innovationsfonds zur Weiterentwicklung von sektorenübergreifenden Versorgungsmodellen bei. Allerdings ist die Förderung zeitlich begrenzt, daher ist es fraglich, wie nachhaltig die jeweiligen Projekte sind (vgl. G-BA 2022g: o.S.). Neben der Förderung im Rahmen von Kollektivverträgen soll auch mit Hilfe von Selektivverträgen die sektorenübergreifende Versorgung gefördert werden. Hierzu zählt auch die Integrierte Versorgung nach § 140a SGB V. Hierbei handelt es sich um eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von verschiedenen Professionen im Gesundheitswesen, sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor. Die notwendigen Strukturveränderungsmaßnahmen werden allerdings nur langsam umgesetzt und der Umfang der meisten Versorgungsverträge liegt unter den Erwartungen, mit denen der Gesetzgeber das Steuerungsinstrument eingeführt hat. Es gibt einige Projekte, denen es gelungen ist, integrierte Versorgungsansätze dauerhaft in die Versorgung einzubinden, allerdings fehlt auch hier oft die Zusammenarbeit mit der Pflegeversicherung und nichtärztlichen Leistungsanbietern (vgl. Brandhorst/Hildebrandt 2017: 574). Insgesamt nehmen bislang nur wenig Versicherte die Integrierte Versorgung in Anspruch (vgl. SVR Gesundheit 2018: 12).

### **11.2. Herausforderungen und politische Entwicklungen**

Der ausbleibende Erfolg der bisherigen Maßnahmen ist zum großen Teil auf die fehlende Parallelität von Kollektiv- und Selektivverträgen zurückzuführen. Damit Selektivverträge erfolgreich sind, bedarf es Vertragspartner, die entsprechende Verträge freiwillig abschließen und Versicherte, die freiwillig an integrierten Versorgungsmodellen teilnehmen. Leistungserbringer sind nur an Selektivverträgen interessiert, wenn sie damit freie Kapazitäten auslasten bzw. eine höhere Vergütung erzielen können. Dem gegenüber stehen die gegensätzlichen Anreize für die Krankenkassen. Für diese ist der Abschluss von Selektivverträgen nur dann attraktiv, wenn sie niedrigere Kosten als Kollektivverträge (vgl. Monopolkommission 2017 zit. n. Greß/Schnee 2017: 8).

Eine weitere Herausforderung besteht darin, dass teilnehmende Versicherte bei Selektivverträgen nur bestimmte Leistungserbringer in Anspruch nehmen können, was die Versorgungsdimension einschränkt (vgl. Greß/Schnee 2017: 8).

Um eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung – in all ihren unterschiedlichen Facetten – umsetzen zu können, sind umfassende Veränderungen im deutschen Gesundheitssystem notwendig. Wie herausfordernd das ist, zeigen bereits die Hindernisse die bei bisherigen Maßnahmen (siehe Kapitel 11) aufgetreten sind. Diese Maßnahmen stellen dabei nur einen kleinen Teil einer versorgungsübergreifenden Versorgung dar. Eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung wäre in ihrer Gesamtheit noch weitaus umfangreicher. Hier müssten zunächst die Vorschriften im SGB V neu geordnet werden und das Landesgremium benötigt gleichwertige Stimm- und Entscheidungsberechtigungen (vgl. GKV-Spitzenverband 2017: 17). Die historisch bedingte Unterscheidung zwischen ambulant und stationär muss überwunden werden. Außerdem ist es wichtig, dass nicht einfach Patienten von der ambulanten in die stationäre Versorgung geschickt werden, ohne dass dies medizinisch notwendig ist. Dies verursacht lediglich höhere Kosten und trägt nicht zu einem höheren Patientenwohl bei (vgl. Gassen 2016: 2). Zusätzlich besteht auch in der stationären Versorgung das Problem des Fachkräftemangels. Um eine sektorenübergreifende Versorgung gewährleisten zu können, bedarf es ausreichend Fachpersonal. Für die Überwindung dieser Hindernisse ist es notwendig, dass gesetzliche Rahmenbedingungen geändert werden (vgl. Greß/Schnee 2017: 9). Allerdings ist es unerlässlich, dass Reformimpulse auch von Ärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen ausgehen und nicht allein vom Gesetzgeber, da diese letztendlich die ausführenden Institutionen sind (vgl. Lungen 2014: 54).

Das Konzept der sektorenübergreifenden Bedarfsplanung hat in Teilen Einzug in den Koalitionsvertrag der Bundesregierung 2021 erhalten. Demnach soll durch eine sektorengleiche Vergütung für geeignete Leistungen eine sektorenübergreifende Versorgung gefördert werden. Um die Durchführung von unnötigen stationären Leistungen zu minimieren, sollen sogenannte „Hybrid-DRG’s“ eingeführt werden. Hierbei handelt es sich um eine Mischkalkulation

zwischen den Fallpauschalen im Krankenhaus (DRG) und dem Vergütungskatalog für ambulant tätige Ärzte (EBM). Diese „Hybrid-DRG’s“ könnten dazu beitragen, dass die Entscheidung für eine ambulante oder stationäre Behandlungsoption nicht rein auf der Basis betriebswirtschaftlicher Gründe basiert (vgl. Deutsches Ärzteblatt 2021: o.S.). Es ist allerdings fragwürdig, ob diese Maßnahme in Mecklenburg-Vorpommern die gewünschten Erfolge erzielen würde, da die strukturellen Gegebenheiten in den ländlichen Regionen zum Teil nicht gegeben sind.

## 12. Diskussion

Die aufgezeigten Daten verdeutlichen, mit welchen Herausforderungen die Gesundheitsversorgung in Deutschland, und speziell in Mecklenburg-Vorpommern in den nächsten Jahren konfrontiert sein wird. Die Bedarfe einer immer älter werdenden Gesellschaft stehen ein sinkender Anteil an Erwerbstätigen gegenüber. Es ist zwar in Zukunft damit zu rechnen, dass es eine Umverteilung von Arbeitskräften aus anderen Branchen geben wird, dies hat allerdings zur Folge, dass die Kosten des Gesundheitswesens überproportional ansteigen und von anderen Branchen finanziert werden müssen. Daher ist eine rein mengenorientierte Fortschreibung des Gesundheitswesens zur Deckung der zukünftigen Bedarfe nicht finanzierbar. Daher ist eine Effizienzsteigerung in der Gesundheitsversorgung notwendig, um aus den bestehenden Ressourcen einen höheren Nutzen erzielen zu können (vgl. Enquete-Kommission 2021: 75).

Auf der Nachfragerseite kann dies umgesetzt werden, indem Bedarfe vermieden bzw. verzögert werden, beispielsweise durch Prävention oder Rehabilitation. So kann die Menge an Behandlungsfällen in der ambulanten Versorgung minimiert werden. Die sektorenübergreifende Versorgung kann dazu beitragen, die Allokation der einzelnen Bedarfsarten zu verbessern (siehe Kapitel 11). Auch digitale Angebote können die Anzahl der ambulant erbrachten Behandlungsfälle reduzieren („digital vor ambulant vor stationär“; siehe Kapitel 10). Seitens der Anbieter können durch eine stärkere Zentralisierung und Spezialisierung Fixkosten minimiert und Gesundheitsangebote besser finanziert werden. Arbeitsplätze können für Fachkräfte attraktiver gemacht werden und die Behandlungsqualität wird gesteigert. Allerdings können sich durch eine Zentralisierung die Anfahrtswege für die Bevölkerung verlängern, was als kritisch zu betrachten ist (vgl. Enquete-Kommission 2021: 76).

Trotz einiger Reformen und damit verbundene Verbesserungen in der Bedarfsplanung besteht auch hier Optimierungsbedarf. Die Bedarfsplanung wird oft als zu unflexibel beschrieben mit der fehlenden Möglichkeit, die Planung auf den „tatsächlichen“ Bedarf auszurichten. Grund dafür sind die unterschiedlichen Frequenzen in der Gesetzgebung und der Bedarfsplanung. Die Bedarfsplanung

ist langfristig angelegt, getroffene Zulassungsentscheidungen werden i.d.R. für ein ganzes Berufsleben getroffen und Veränderungen in den Angebotsstrukturen sind oft sehr langwierig. Der Gesetzgeber will hingegen oft kurzfristig Maßnahmen umsetzen. Daher sind Maßnahmen oft schwer umzusetzen. Bereits bestehende Arztsitze können nicht abgebaut, verlagert oder inhaltlich neu ausgerichtet werden. Da es weitreichende Ausnahmeregelungen für den Abbau von Sitzen gibt, werden Arztsitze in überversorgten Regionen real nicht abgebaut (vgl. Lehmann/Uhlemann 2019: 20). Ergänzend werden Leistungsmengen, die ambulant am Krankenhaus erbracht werden, nicht berücksichtigt (vgl. Lehmann/Uhlemann 2019: 21).

### 13. Fazit und Ausblick

Das Ziel der vorliegenden Masterarbeit bestand darin, die Bedarfsplanung in der ambulanten vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern im Lichte der Versorgungsrealität zu betrachten. Hierfür wurde zunächst die Bedarfsplanung erläutert, anschließend wurde auf die Versorgungssituation in Mecklenburg-Vorpommern eingegangen und es wurden Fördermaßnahmen aufgezeigt, die seitens der KVMV genutzt werden. Abschließend wurde die sektorenübergreifende Bedarfsplanung und die Telemedizin als Möglichkeiten aufgezeigt, um die ambulante Gesundheitsversorgung auch in Zukunft sicherstellen zu können.

Durch die demografische Entwicklung und den Wandel im ärztlichen Berufsbild hin zu mehr Angestelltenverhältnissen und weniger selbstständiger Tätigkeit in einer eigenen Praxis reduziert sich die Arztzahl und die ärztliche Arbeitszeit für die Patienten. Durch gesetzgeberische Vorgaben wird die Zeit der Vertragsärzte und Psychotherapeuten am Patienten reduziert, etwas mehr als ein Viertel der Arbeitszeit wird durch bürokratische Aufgaben beansprucht (vgl. KVMV 2022c: 5). Durch den erhöhten Altersdurchschnitt der Patienten und die damit verbundene Morbidität steigt sowohl die Häufigkeit als auch der Aufwand der Arztbesuche. Die bundesweit zu geringe Anzahl an humanmedizinischen Studienplätzen und die Tatsache, dass sich immer weniger Ärzte für eine Tätigkeit in der ambulanten Versorgung entscheiden, sorgt für eine weitere Verschärfung des Ärztemangels. Der Ärztemangel wird dabei besonders in der hausärztlichen Versorgung deutlich. Um diesem Wandel entgegenzuwirken, werden von der KVMV verschiedene Fördermöglichkeiten angeboten. Dazu zählen beispielsweise verschiedene Investitionskostenzuschüsse (siehe Kapitel 9) sowie die seit 2021 bestehende Landarztquote (Kapitel 9.1).

Abschließend lässt sich sagen, dass die zur Verfügung stehenden Fördermöglichkeiten der KVMV die Zulassung von Vertragsärzten fördern (siehe Kapitel 9). Um den zuvor beschriebenen Herausforderungen aber begegnen zu können und die medizinische Versorgung auch in Zukunft flächendeckend sicherstellen zu können, bedarf es allerdings weitere Maßnahmen. Es ist hierbei

die Aufgabe der Politik, die passenden Rahmenbedingungen zu stellen. Da der Hauptgrund für den Landärztemangel die Urbanisierung darstellt, müssen strukturelle Ursachen behoben werden, die dafür sorgen, dass sich immer weniger junge Menschen für eine Niederlassung in Mecklenburg-Vorpommern entscheiden. Die Hürden zwischen der ambulanten und stationären Versorgung müssen langfristig abgebaut werden, um eine sektorenübergreifende Versorgung zu ermöglichen. Zusätzlich kann durch telemedizinische Angebote die ambulante Versorgung entlastet werden.

Um der Bevölkerung bundesweit vergleichbare Möglichkeiten bieten zu können, müssen absehbare Veränderungen des Versorgungsbedarfs frühzeitig erkannt werden und bei der Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen berücksichtigt werden. Hierfür muss die Bevölkerungsentwicklung als Grundlage genommen werden, um frühzeitig Maßnahmen zur Förderung und Ausrichtung der Versorgungsstrukturen einleiten zu können (vgl. Erhart et al. 2012: 4). Allerdings kann eine geringe Bevölkerungsdichte einen wirtschaftlichen Betrieb von ambulanten medizinischen Einrichtungen in ländlichen Regionen behindern. Die Planung und Gestaltung der medizinischen Versorgung ist hier nur bedingt flächendeckend und wohnortnah möglich. Daher bedarf es innovative, regionale und am Patienten orientierte Versorgungsmodelle, um auch in Zukunft die ärztliche Versorgung in ländlichen Regionen zu sichern (vgl. Hoffmann et al. 2022: o.S.). Eine hohe Versorgungsqualität sollte dabei immer höchste Priorität haben.

## Quellenverzeichnis

**AOK (2022):** Selektivverträge und Kollektivverträge. Online unter URL: <https://www.aok.de/gp/aerzte-psychotherapeuten/selektivvertraege-und-kollektivvertraege>. [Abruf am: 24.10.2022].

**AOK (2022a):** Telemedizin: Definition, Grundlagen, Projekte. Online unter URL: <https://www.aok.de/gp/aerzte-psychotherapeuten/telemedizin>. [Abruf am: 31.10.2022].

**Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht (2019):** Die Quotenregelung in der Bedarfsplanung. Auswirkungen auf das Zulassungsverfahren. 19. Herbsttagung. Hamburg. Online unter URL: <https://arge-medinrecht.de/wp-content/uploads/2019/09/002-norrenbrock-gerdts-01.pdf>. [Abruf am: 12.10.2022].

**Ärzte Zeitung (2022):** Bewerbungsrunde für kommende Landärzte in Mecklenburg-Vorpommern startet. Online unter URL: <https://www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/Bewerbungsrunde-fuer-kommende-Landaerzte-in-Mecklenburg-Vorpommern-startet-427219.html>. [Abruf am: 22.10.2022].

**BARMER (2022):** Telemedizin steigert Nutzen der Digitalisierung für die Gesundheit. Online unter URL: <https://www.barmer.de/gesundheitsverstehen/gesundheits-2030/zukunft-gesundheitswesen/telemedizin-1072240>. [Abruf am: 31.10.2022].

**Beyer, Angelika / Moon, Kilson / Penndorf, Peter / Hirsch, Thomas / Zahn-Tesch, Uta / Hoffmann, Wolfgang / Lode, Holger / van den Berg, Neeltje (2022):** Triage through telemedicine in paediatric emergency care – Results of a concordance study. Online unter URL: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0269058>. [Abruf am: 05.11.2022].

**Brandhorst, Andreas / Hildebrandt, Helmut (2017):** Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitswesens: Wie kommen wir weiter? Springer Verlag. Wiesbaden.

**Bundesärztekammer (BÄK) (2021):** Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31.12.2020. Online unter URL: <https://www.bundesaerztekammer.de/baek/ueberuns/aerztestatistik/aerztestatistik-2020>. [Abruf am: 07.10.2022].

**Bundesärztekammer (BÄK) (2022):** Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31.12.2021. Online unter URL: <https://www.bundesaerztekammer.de/baek/ueberuns/aerztestatistik/aerztestatistik-2021>. [Abruf am: 19.09.2022].

**Bundesärztekammer (BÄK) (2022a):** Telemedizin. Online unter URL: [https://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/digitalisierung-in-der-gesundheitsversorgung/telemedizin#:~:text=Telemedizin%20ist%20ein%20Sammelbegriff%20f%C3%BCr%20verschiedenartige%20%C3%A4rztliche%20Versorgungskonzepte%2C,erbracht%20werden.%20Hierbei%20werden%20Informations-%20und%20Kommunikationstechnologien%20eingesetzt](https://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/digitalisierung-in-der-gesundheitsversorgung/telemedizin#:~:text=Telemedizin%20ist%20ein%20Sammelbegriff%20f%C3%BCr%20verschiedenartige%20%C3%A4rztliche%20Versorgungskonzepte%2C,erbracht%20werden.%20Hierbei%20werden%20Informations-%20und%20Kommunikationstechnologien%20eingesetzt.). [Abruf am: 31.10.2022].

**Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) (2022):** Raumsystem, Regionstypen. Online unter URL: [https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/themen/raumentwicklung/raumsystem-regionstypen/\\_node.html#:~:text=Die%20am%20h%C3%A4ufigsten%20verwendeten%20Raumtypen,besiedelte%20l%C3%A4ndliche%20Kreise%20voneinander%20ab.](https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/themen/raumentwicklung/raumsystem-regionstypen/_node.html#:~:text=Die%20am%20h%C3%A4ufigsten%20verwendeten%20Raumtypen,besiedelte%20l%C3%A4ndliche%20Kreise%20voneinander%20ab.) [Abruf am: 02.10.2022].

**Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) (2022a):** Laufende Raumbeobachtung – Raumabgrenzungen. Siedlungsstrukturelle Kreistypen. Online unter URL: <https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/forschung/raumbeobachtung/Raumabgrenzungen/deutschland/kreise/siedlungsstrukturelle-kreistypen/kreistypen.html>. [Abruf am: 02.10.2022].

**Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2016):** Landärzte. Online unter URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z//landaerzte.html>. [Abruf am: 03.10.2022].

**Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2017):** GKV-Versorgungsstärkungsgesetz. Online unter URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/g/gkv-versorgungsstaerkungsgesetz.html>. [Abruf am: 03.10.2022].

**Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2021):** Medizinische Versorgungszentren. Online unter URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/ambulante-versorgung/medizinische-versorgungszentren.html>. [Abruf am: 25.10.2022].

**Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2022):** Fragen und Antworten zur Telematikinfrastuktur und elektronischer Gesundheitskarte. Online unter URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/e/e-health-gesetz/faq-e-health-gesetz.html#:~:text=Mit%20dem%20E-Health-Gesetz%20wurden%20Regelungen%20f%C3%BCr%20konkrete%20telemedizinische,telekonsiliarische%20Befundbeurteilung%20von%20R%C3%B6ntgenaufnahmen%20und%20die%20Online-Videosprechstunde%20geschaffen.> [Abruf am: 31.10.2022].

**Bundesregierung (2021):** Koalitionsvertrag zwischen SPD, Bündnis 90/ die Grünen und FDP. Mehr Fortschritt wagen – Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Online unter URL: [https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/1990812/04221173eef9a6720059cc353d759a2b/2021-12-10-koav2021-data.pdf?download=1.](https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/1990812/04221173eef9a6720059cc353d759a2b/2021-12-10-koav2021-data.pdf?download=1) [Abruf am: 30.10.2022].

**Demografieportal (2022):** Bund-Länder. Altersstruktur in Mecklenburg-Vorpommern. Online unter URL: <https://www.demografieportal.de/DE/Fakten/bevoelkerung-altersstruktur-mecklenburg-vorpommern.html#:~:text=Mit%20einem%20Durchschnittsalter%20von%2047,inn%20der%20Vergangenheit%20stark%20gewandelt.> [Abruf am: 27.09.2022].

**Deutsches Ärzteblatt (2014):** Nichtärztliche Praxisassistentin: Geld für arztentlastende Strukturen. Online unter URL: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/165527/Nichtaerztliche-Praxisassistentin-Geld-fuer-arztentlastende-Strukturen.> [Abruf am: 21.10.2022].

**Deutsches Ärzteblatt (2020):** Arztzahlprognosen: Immer mehr Praxen ohne Nachfolger. Online unter URL: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/116782/Arztzahlprognosen-Immer-mehr-Praxen-ohne-Nachfolger>. [Abruf am: 06.10.2022].

**Deutsches Ärzteblatt (2021):** Dokumentation: Übersicht über die gesundheitspolitischen Passagen des Koalitionsvertrages. Online unter URL: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/222342/Dokumentation-Uebersicht-ueber-die-gesundheitspolitischen-Passagen-des-Koalitionsvertrages>. [Abruf am: 23.10.2022].

**Diercke Westermann (2022):** Mecklenburg-Vorpommern – Bevölkerungsdichte und Städte. Online unter URL: <https://diercke.westermann.de/content/mecklenburg-vorpommern-bev%C3%B6lkerungsdichte-und-st%C3%A4dte-978-3-14-100381-9-24-1-1>. [Abruf am: 02.10.2022].

**Dittmar, Ronny (2015):** E-Health, Telemedizin, Telematik: Ein Überblick. Online unter URL: <https://www.bdc.de/e-health-telemedizin-telematik-ein-ueberblick/>. [Abruf am: 31.10.2022].

**Elsner, Ulrike (2015):** Das GKV-VSG: Ein Trojanisches Pferd? Online unter URL: <https://www.vdek.com/magazin/ausgaben/2015-0304/politik-einwurf.html>. [Abruf am: 02.20.2022].

**Enquete-Kommission (2021):** Abschlussbericht der Enquete-Kommission „Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern“. Online unter URL: [https://www.vdek.com/LVen/MVP/fokus/zukunft-medizinische-versorgung/\\_jcr\\_content/par/publicationelement\\_1251889195/file.res/Abschlussbericht\\_Drs07-6210-Zukunft-medizin-Versorgung.pdf](https://www.vdek.com/LVen/MVP/fokus/zukunft-medizinische-versorgung/_jcr_content/par/publicationelement_1251889195/file.res/Abschlussbericht_Drs07-6210-Zukunft-medizin-Versorgung.pdf). [Abruf am: 09.09.2022].

**Enquete-Kommission (2021a):** Gutachten der Institute for Health Care Business GmbH zur „Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern“. Online unter URL: [https://www.vdek.com/LVen/MVP/fokus/zukunft-medizinische-versorgung/\\_jcr\\_content/par/download\\_1376202566/file.res/210409-Gutachten\\_Zukunft%20der%20medizinischen%20Versorgung%20in%20Mecklenburg-Vorpommern%20-%20K Drs.\\_7-42.pdf](https://www.vdek.com/LVen/MVP/fokus/zukunft-medizinische-versorgung/_jcr_content/par/download_1376202566/file.res/210409-Gutachten_Zukunft%20der%20medizinischen%20Versorgung%20in%20Mecklenburg-Vorpommern%20-%20K Drs._7-42.pdf). [Abruf am: 06.10.2022].

**Erhart, Michael / Czihal, Thomas / Schallock, Manja / Graf von Stillfried, Dominik (2012):** Machbarkeitsstudie. Projektion der demografisch bedingten Entwicklung des Versorgungs- und Arztbedarfs in der vertragsärztlichen und stationären Versorgung – Grundlage einer sektorenübergreifenden Bedarfsplanung? Berlin. Online unter URL: [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/\\_old-files/downloads/sektoreneuebergreifende-Bedarfsplanung.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/sektoreneuebergreifende-Bedarfsplanung.pdf). [Abruf am: 09.11.2022].

**Flach, Hendrik (2012):** Der Landarzt geht in Rente. Entwicklungstendenzen und Optionen zur Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung in ländlichen Räumen. Universitätsverlag der Technischen Universität Berlin. Berlin.

**Gassen, Andreas (2016):** Sektorenübergreifende Bedarfsplanung – Perspektive der KBV. Online unter URL: [https://www.zi.de/fileadmin/images/content/Veranstaltungen/Gassen\\_Andreas\\_2016-09-19.pdf](https://www.zi.de/fileadmin/images/content/Veranstaltungen/Gassen_Andreas_2016-09-19.pdf). [Abruf am: 06.10.2022].

**Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2021):** Beschluss des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 92b Absatz 3 SGB V zum abgeschlossenen Projekt Land/Rettung. Online unter URL: [https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/75/2021-07-01\\_LandRettung.pdf](https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/75/2021-07-01_LandRettung.pdf). [Abruf am: 05.11.2022].

**Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2022):** Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung. Online unter URL: [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2937/BPL-RL\\_2022-04-21\\_iK-2022-08-19.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2937/BPL-RL_2022-04-21_iK-2022-08-19.pdf). [Abruf am: 19.09.2022].

**Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2022a):** Bedarfsplanung für die vertragsärztliche Versorgung. Haben sich die gesetzlichen Ziele der Bedarfsplanung verändert? Online unter URL: <https://www.g-ba.de/themen/bedarfsplanung/bedarfsplanungsrichtlinie/#haben-sich-die-gesetzlichen-ziele-der-bedarfsplanung-verandert>. [Abruf am: 22.09.2022].

**Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2022b):** Bedarfsplanung für die vertragsärztliche Versorgung. Was sind Planungsbereiche und wo sind sie festgelegt? Online unter URL: <https://www.g-ba.de/themen/bedarfsplanung/bedarfsplanungsrichtlinie/#was-sind-planungsbereiche-und-wo-sind-sie-festgelegt>. [Abruf am: 19.09.2022].

**Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2022c):** Bedarfsplanung für die vertragsärztliche Versorgung. Welche Maßnahmen greifen bei einer (drohenden) Unterversorgung? Online unter URL: <https://www.g-ba.de/themen/bedarfsplanung/bedarfsplanungsrichtlinie/#welche-masnahmen-greifen-bei-einer-drohenden-untersorgung>. [Abruf am: 22.09.2022].

**Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2022d):** Bedarfsplanung für die vertragsärztliche Versorgung. Wie ist ein Landesausschuss zusammengesetzt? Online unter URL: <https://www.g-ba.de/themen/bedarfsplanung/bedarfsplanungsrichtlinie/#wie-ist-ein-landesausschuss-zusammengesetzt> [Abruf am: 12.09.2022].

**Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2022e):** Bedarfsplanung für die vertragsärztliche Versorgung. Welche Aufgaben haben die Landesausschüsse? Online unter URL: <https://www.g-ba.de/themen/bedarfsplanung/bedarfsplanungsrichtlinie/#welche-aufgaben-haben-die-landesausschusse> [Abruf am: 12.09.2022].

**Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2022f):** Bedarfsplanung für die vertragsärztliche Versorgung. Wie setzen sich Zulassungsausschüsse zusammen? Online unter URL: <https://www.g-ba.de/themen/bedarfsplanung/bedarfsplanungsrichtlinie/#wie-setzen-sich-zulassungsausschusse-zusammen>. [Abruf am: 14.09.2022].

**Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2022g):** Innovationsausschuss. Online unter URL: <https://innovationsfonds.g-ba.de/innovationsausschuss/>. [Abruf am: 26.10.2022].

**Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2022h):** LandRettung – zukunftsste notfallmedizinische Neuausrichtung eines Landkreises. Online unter URL: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/landrettung-zukunftsste-notfallmedizinische-neuausrichtung-eines-landkreis.63>. [Abruf am: 05.11.2022].

**Gerlach, Ferdinand M. / Kiechle, Marion Brigitta (2018):** Gibt es einen Ärztemangel? In: Forschung und Lehre. S. 858 – 859.

**Gerlinger, Thomas (2013):** Ursachen für Verteilungsungleichheiten. Online unter URL: <https://www.bpb.de/themen/gesundheit/gesundheitspolitik/253575/ursachen-von-verteilungsungleichheiten>. [Abruf am: 07.10.2022].

**Gerlinger, Thomas (2017):** Gesetzliche Regelungen zur Integration von Versorgungsstrukturen. Online unter URL: <https://www.bpb.de/themen/gesundheit/gesundheitspolitik/255488/gesetzliche-regelungen-zur-integration-von-versorgungsstrukturen/#node-content-title-5>. [Abruf am: 24.10.2022].

**GKV-Spitzenverband (2017):** Reformvorschläge zur Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden ambulanten Versorgung. Online unter URL: [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/service\\_1/publikationen/Positionspapier\\_s sektorenubergreifende\\_Versorgung\\_barrierefrei.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/service_1/publikationen/Positionspapier_s sektorenubergreifende_Versorgung_barrierefrei.pdf). [Abruf am: 23.10.2022].

**GKV-Spitzenverband (2020):** Fokus: Ambulante Bedarfsplanung und Versorgungssteuerung. Online unter URL: [https://www.gkv-spitzenverband.de/presse/themen/bedarfsplanung\\_1/thema\\_bedarfsplanung.jsp#:~:text=Fokus%3A%20Ambulante%20Bedarfsplanung%20und%20Versorgungsssteuerung.%20In%20der%20ambulanten,regelt%20die%20Verteilung%20von%20%C3%84rzten%20bev%C3%B6lkerungsbezogen%20im%20Raum.](https://www.gkv-spitzenverband.de/presse/themen/bedarfsplanung_1/thema_bedarfsplanung.jsp#:~:text=Fokus%3A%20Ambulante%20Bedarfsplanung%20und%20Versorgungsssteuerung.%20In%20der%20ambulanten,regelt%20die%20Verteilung%20von%20%C3%84rzten%20bev%C3%B6lkerungsbezogen%20im%20Raum.) [Abruf am: 22.09.2022].

**Greß, Stefan / Schnee, Melanie (2017):** Wege zur integrierten und sektorenübergreifenden Versorgung. Online unter URL: [https://www.dgvt.de/fileadmin/user\\_upload/Dokumente/VPP/Gress\\_Schnee\\_\\_Wege\\_zur\\_integrierten...GGW.pdf](https://www.dgvt.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/VPP/Gress_Schnee__Wege_zur_integrierten...GGW.pdf). [Abruf am: 24.10.2022].

**Hoffmann, Wolfgang / van den Berg, Neeltje (2013):** Morbiditätsentwicklung im demographischen Wandel. Verfügbarkeit medizinischer Leistungen in der regionalen Versorgung. In: Der Chirurg. S. 286-290. Berlin.

**Hoffmann, Wolfgang / van den Berg, Neeltje / Beyer, Angelika / Rehner, Laura Kerstin / Thome-Soos, Friederike (2022):** Regionale Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern. Online unter URL: [https://www.fis.med.uni-greifswald.de/FIS/init\\_project\\_browser.action?proj\\_id=oqi0f2mrucsbm](https://www.fis.med.uni-greifswald.de/FIS/init_project_browser.action?proj_id=oqi0f2mrucsbm). [Abruf am: 09.11.2022].

**Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2020):** Die Bedarfsplanung. Grundlagen, Instrumente und Umsetzung. Berlin.

**Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2022):** Bedarfsplanung. Die Bedarfsplanung als Instrument zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung. Online unter URL: <https://www.kbv.de/html/bedarfsplanung.php>. [Abruf am: 09.09.2022].

**Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2022a):** Gesundheitsdaten. Mehr Ärztinnen und Ärzte, aber kürzere Arbeitszeiten. Online unter URL: <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16393.php>. [Abruf am: 06.10.2022].

**Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2022b):** Medizinische Versorgungszentren aktuell. Statistische Informationen zum Stichtag 31.12.2021. Online unter URL: <https://www.kbv.de/media/sp/mvz-aktuell.pdf>. [Abruf am: 25.10.2022].

**Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) (2020):** Bedarfsplanung 2019. FAQs Quotenregelungen.

**Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) (2022):** Unterstützung gesucht? Anstellung & Jobsharing. Online unter URL: <https://www.kvbawue.de/praxis/niederlassung/anstellung-jobsharing>. [Abruf am: 07.10.2022].

**Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (KVMV) / AOK Nordost (2011):** Erfolgsmodell „PflegeheimPlus“. 50. Pflegeheim in fester Betreuung einer Hausarztteams. Online unter URL: [https://www.kvmv.de/export/sites/default/.galleries/downloadgalerie\\_kvmv/presse/pressemitteilungen\\_pdfs/2011/GemeinsameMedieninformation\\_PflegeheimPLUS\\_27092011.pdf](https://www.kvmv.de/export/sites/default/.galleries/downloadgalerie_kvmv/presse/pressemitteilungen_pdfs/2011/GemeinsameMedieninformation_PflegeheimPLUS_27092011.pdf). [Abruf am: 22.10.2022].

**Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (KVMV) (2013):**

Bedarfsplan für den Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern. Online unter URL:

[https://www.kvmv.de/export/sites/default/.galleries/downloadgalerie\\_kvmv/mitglieder/niederlassung\\_pdfs/Bedarfsplan\\_KVMV\\_12112013.pdf](https://www.kvmv.de/export/sites/default/.galleries/downloadgalerie_kvmv/mitglieder/niederlassung_pdfs/Bedarfsplan_KVMV_12112013.pdf). [Abruf am: 20.09.2022].

**Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (KVMV) (2013a):**

Qualität und Sicherstellung in der ambulanten medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern 2013. Online unter URL:

[https://www.kvmv.de/export/sites/default/.galleries/downloadgalerie\\_kvmv/presse/publikationen\\_pdfs/qualitaetsbericht\\_pdf/QS-Bericht\\_KVMV\\_2013.pdf](https://www.kvmv.de/export/sites/default/.galleries/downloadgalerie_kvmv/presse/publikationen_pdfs/qualitaetsbericht_pdf/QS-Bericht_KVMV_2013.pdf). [Abruf am: 08.11.2022].

**Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (KVMV) (2022):**

Welche Ärzte gibt es in Mecklenburg-Vorpommern (Fachrichtungen)? Online unter URL: <https://www.kvmv.de/presse/hintergruende/>. [Abruf am: 06.10.2022].

**Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (KVMV) (2022a):**

Bekanntmachung des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen. Online unter URL: <https://www.kvmv.de/mitglieder/niederlassung-anstellung/bedarfsplanung/bekanntmachung/>. [Abruf am: 07.10.2022].

**Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (KVMV) (2022b):**

Sämtliche Aktivitäten der Kassenärztlichen Vereinigung M-V (KVMV), um die ambulante ärztliche Versorgung im Land zu sichern und zu verbessern. Online unter URL:

[https://www.kvmv.de/export/sites/default/.galleries/downloadgalerie\\_kvmv/mitglieder/niederlassung\\_pdfs/KVMV\\_Foerdermassnahmen\\_27072022.pdf](https://www.kvmv.de/export/sites/default/.galleries/downloadgalerie_kvmv/mitglieder/niederlassung_pdfs/KVMV_Foerdermassnahmen_27072022.pdf). [Abruf am: 20.10.2022].

**Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (KVMV) (2022c):**

Niederlassung und Anstellung. Investitionskostenzuschüsse und Sicherstellungszuschläge bei Unterversorgung. Online unter URL:

<https://www.kvmv.de/mitglieder/niederlassung-anstellung/beratung-foerderung/sicherstellungszuschlaege.html>. [Abruf am: 21.10.2022].

**Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (KVMV) (2022d):**

Richtlinie des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (KVMV) gemäß §105 Abs 1a SGB V in Verbindung mit § 9 Ziffer 5 Honorarverteilungsmaßstab (HVM) zur Finanzierung von Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung mit Mitteln aus dem Strukturfonds. Online unter URL:

[https://www.kvmv.de/export/sites/default/.galleries/downloadgalerie\\_kvmv/ueber-uns/Richtlinie\\_Strukturfonds\\_23092022.pdf](https://www.kvmv.de/export/sites/default/.galleries/downloadgalerie_kvmv/ueber-uns/Richtlinie_Strukturfonds_23092022.pdf). [Abruf am: 22.10.2022].

**Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (KVMV) (2022e):**

Landarztquote in Mecklenburg-Vorpommern. Informationsseite. Online unter URL: <https://www.kvmv.de/nachwuchs/Landarztquote/informationsseite/>. [Abruf am: 22.10.2022].

**Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (KVMV) (2022f):**

Qualität und Sicherstellung in der ambulanten medizinischen Versorgung in M-V.

Online unter URL:

[https://www.kvmv.de/export/sites/default/.galleries/downloadgalerie\\_kvmv/press\\_e/publikationen\\_pdfs/qualitaetsbericht\\_pdf/QS\\_Bericht\\_KVMV\\_2021.pdf](https://www.kvmv.de/export/sites/default/.galleries/downloadgalerie_kvmv/press_e/publikationen_pdfs/qualitaetsbericht_pdf/QS_Bericht_KVMV_2021.pdf). [Abruf am: 09.11.2022].

**Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (KVMV) (2022g):**

Mittelbereiche hausärztliche Versorgung. Online unter URL:

[https://www.kvmv.de/export/sites/default/.galleries/downloadgalerie\\_kvmv/mitglieder/niederlassung\\_pdfs/Planungsbereiche\\_Hausaerzte\\_07072021.pdf](https://www.kvmv.de/export/sites/default/.galleries/downloadgalerie_kvmv/mitglieder/niederlassung_pdfs/Planungsbereiche_Hausaerzte_07072021.pdf). [Abruf am: 10.11.2022].

**Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz (KV RLP) (2022):**

Zulassungsausschuss. Online unter URL: <https://www.kv-rlp.de/institution/gemeinsame-einrichtungen/zulassungsausschuss/>. [Abruf am: 14.09.2022].

**Kaulisch, Steffen (2021):** Journal der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern. Förderung von Niederlassungen und Anstellungen.

Online unter URL:

[https://www.kvmv.de/export/sites/default/.galleries/downloadgalerie\\_kvmv/mitglieder/niederlassung\\_pdfs/Foerderung\\_Niederlassung-Anstellung\\_29122021.pdf](https://www.kvmv.de/export/sites/default/.galleries/downloadgalerie_kvmv/mitglieder/niederlassung_pdfs/Foerderung_Niederlassung-Anstellung_29122021.pdf). [Abruf am: 27.09.2022].

**Kaulisch, Steffen (2022):** Persönliche Korrespondenz (E-Mail) vom 29.10.22.

Siehe Anhang 5.

**Klinge, Kay / Bleckwenn, Markus (2021):** Telemedizin: Rechtlicher Rahmen, Einsatzgebiete und Limitationen. In: Springermedizin. Online unter URL: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s15006-021-0172-5.pdf>. [Abruf am: 05.11.2022].

**Koslik, Karin (2022):** Landarztquote in MV. Wirksame Medizin gegen Hausärztemangel. In: SVZ. Online unter URL: <https://www.svz.de/deutschland-welt/mecklenburg-vorpommern/artikel/landarztquote-wirksame-medizin-gegen-hausaerztemangel-in-mv-2284173>. [Abruf am: 22.10.2022].

**Küpper, Patrick / Peters, Jan Cornelius (2019):** Entwicklung regionaler Disparitäten hinsichtlich Wirtschaftskraft, sozialer Lage sowie Daseinsvorsorge und Infrastruktur in Deutschland und seinen ländlichen Räumen. Thünen Report 66. Braunschweig.

**Landsberg, Gerd / Lübking, Uwe (2010):** Positionspapier „Ärztliche Versorgung im ländlichen Raum“. Online unter URL: <https://digital.zlb.de/viewer/metadata/15488915/1/>. [Abruf: 29.09.2022].

**Laschet, Helmut (2019):** Ärztemangel bereitet weiter Sorgen. Neue Statistik für 2018. In: Praxis konkret – Schmerzmedizin.

**Lehmann, Kathleen / Uhlemann, Thomas (2019):** Reform der ambulanten Bedarfsplanung – Auf dem Weg zum Morbiditätsbezug? In: G&S Gesundheits- und Sozialpolitik. S. 14-21. Berlin.

**Lübking, Uwe (2020):** Sicherstellung der Gesundheitsversorgung auf dem Lande. In: G&S Gesundheits- und Sozialpolitik. S.8-15. Berlin.

**Lüngen, Markus (2014):** Gesundheitsökonomische Kriterien einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung. In: G&S Gesundheits- und Sozialpolitik. S. 51- 56. Berlin

**Mardorf, Silke / Böhm, Karin (2009):** Bedeutung der demografischen Alterung für das Ausgabengeschehen im Gesundheitswesen. In: Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichtserstattung des Bundes. S.247-266. Berlin.

**Meißner, Marc / Osterloh, Falk / Rieser, Sabine (2011):** GKV-Versorgungsstrukturgesetz: Einladung zu mehr Flexibilität. Deutsches Ärzteblatt. Online unter URL: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/116561/GKV-Versorgungsstrukturgesetz-Einladung-zu-mehr-Flexibilitaet>. [Abruf: 02.10.2022].

**Ministerium für Energie, Infrastruktur und Digitalisierung (EM MV) (2019):** Neue Prognose: Einwohnerzahl sinkt - aber schwächer als erwartet. Pressemitteilung vom 20.8.2019. Nr. 204/19. Schwerin.

**Mühlbacher, Axel / Wessels, Michael (2011):** Neue Wege in der Bedarfsplanung in Deutschland: Haben wir ein Mengen- oder ein Verteilungs- bzw. Allokationsproblem? IN: G&S Gesundheits- und Sozialpolitik. S. 53-63. Berlin.

**Niebuhr, Annekathrin (2007):** Mecklenburg-Vorpommern – Peripherie zwischen Transformationskrise und EU-Osterweiterung. In: Sozialer Fortschritt: Unabhängige Zeitschrift für Sozialpolitik. Gesellschaft für Sozialen Fortschritt e.V. Köln.

**Pfeuffer, Nils / Beyer, Angelika / Penndorf, Peter / Leiz, Maren / Radicke, Franziska / Hoffmann, Wolfgang / van den Berg, Neeltje (2022):** Evaluation of a Health Information Exchange System for Geriatric Health Care in Rural Areas: Development and Technical Acceptance Study. Online unter URL: <https://humanfactors.jmir.org/2022/3/e34568>. [Abruf: 05.11.2022].

**Radtke, Rainer (2022):** Arztdichte in Deutschland nach Bundesländern bis 2021. Online unter URL: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/158847/umfrage/arztdichte-in-deutschland-seit-2009/>. [Abruf: 07.10.2022].

**Robert Bosch Stiftung GmbH (2021):** 2035 fehlen in Deutschland rund 11.000 Hausärzte – Experten empfehlen den Aufbau von Gesundheitszentren. Online unter URL: [https://www.bosch-stiftung.de/de/presse/2021/05/2035-fehlen-deutschland-rund-11000-hausaerzte-experten-empfehlen-den-aufbau-von#:~:text=Mai%202021%20%E2%80%93%20Im%20Jahr%202035,dem%20Hausarztmangel%20betroffen%20sein%20werden](https://www.bosch-stiftung.de/de/presse/2021/05/2035-fehlen-deutschland-rund-11000-hausaerzte-experten-empfehlen-den-aufbau-von#:~:text=Mai%202021%20%E2%80%93%20Im%20Jahr%202035,dem%20Hausarztmangel%20betroffen%20sein%20werden.). [Abruf: 06.10.2022].

**Rosenfeld, Martin. T. W. (2008):** (Wie) lassen sich „gleichwertige Lebensverhältnisse“ in Deutschland erreichen? Bisherige Ergebnisse und die Zukunft der interregionalen Ausgleichspolitik. In: Deutschland Archiv 41 (2). S. 792.

**Sachverständigenrat Gesundheit (SVR Gesundheit) (2014):** Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Online unter URL: [https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten\\_2014/Kurzfassung2014.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2014/Kurzfassung2014.pdf). [Abruf: 29.09.2022].

**Sachverständigenrat Gesundheit (SVR Gesundheit) (2018):** Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Online unter URL: [https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten\\_2018/Kurzfassung\\_2018.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Kurzfassung_2018.pdf). [Abruf: 26.10.2022].

**Schulze, Lara N. / Stenzel, Ulrike / Leipert, Jessica / Schulte, Josephine / Langosch, Jens / Freyberger, Herald J. / Hoffmann, Wolfgang / Grabe, Hans J. / van den Berg, Neeltje (2019):** Improving Medication Adherence With Telemedicine for Adults With Severe Mental Illness. Online unter URL: <https://ps.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ps.201800286>. [Abruf: 05.11.2022].

**Siewert, Ulrike / Fendrich, Konstanze / Doblhammer-Reiter, Gabriele / Rembrandt, D. Scholz / Schuff-Werner, Peter / Hoffmann, Wolfgang (2010):** Health Care Consequences of Demographic Changes in Mecklenburg-West Pomerania. Projected Case Numbers of Age-Related Diseases up to Year 2020. Based on the Study of Health in Pomerania (SHIP). In: Deutsches Ärzteblatt international. S. 328-334. Berlin.

**Sozialverband VdK Deutschland e.V. (2018):** Hausbesuche: Muss der Arzt nach Hause kommen? Online unter URL: [https://www.vdk.de/deutschland/pages/themen/gesundheit/75869/muss\\_der\\_arzt\\_nach\\_hause\\_kommen\\_rechtsanspruch?dscc=ok](https://www.vdk.de/deutschland/pages/themen/gesundheit/75869/muss_der_arzt_nach_hause_kommen_rechtsanspruch?dscc=ok). [Abruf: 29.09.2022].

**statista (2022):** Bevölkerungsdichte in Mecklenburg-Vorpommern von 1995 bis 2021. Online unter URL: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/258841/umfrage/bevoelkerungsdichte-in-mecklenburg-vorpommern/#:~:text=Die%20Statistik%20zeigt%20die%20Bev%C3%B6lkerungsdichte,Vorpommern%2069%20Einwohner%20je%20km%C2%B2>. [Abruf am: 27.09.2022].

**statista (2022a):** Arztdichte in Deutschland nach Bundesländern in den Jahren 2017 bis 2021. Online unter URL: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/158847/umfrage/arztdichte-in-deutschland-seit-2009/>. [Abruf am: 07.10.2022].

**statista (2022b):** Anzahl der Arztpraxen in Deutschland nach Facharztbezeichnung in den Jahren 2011 bis 2019. Online unter URL: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/281526/umfrage/anzahl-der-arztpraxen-in-deutschland-nach-facharztbezeichnung/>. [Abruf am: 07.10.2022].

**Statistisches Bundesamt (2022):** Bevölkerung. Ältere Menschen: Die Bevölkerungsgruppe der älteren Menschen ab 65 Jahren. Online unter URL: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Aeltere-Menschen/bevoelkerung-ab-65-j.html;jsessionid=26844A4F2905C11147320FBBA364DE24.live721?nn=238640>. [Abruf am: 27.09.2022].

**Statistisches Bundesamt (2022a):** Gesundheitsausgaben 2020: Finanzierungsanteil der staatlichen Transfers und Zuschüsse auf 15,7 % gestiegen. Pressemitteilung Nr. 255 vom 21. Juni 2022. Online unter URL: [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/06/PD22\\_255\\_23611.html;jsessionid=E18579303E0CCA7DE0F874EE2F63E041.live711](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/06/PD22_255_23611.html;jsessionid=E18579303E0CCA7DE0F874EE2F63E041.live711). [Abruf am: 04.10.2022].

**Techniker Krankenkasse (TK) (2018):** Integrierte Bedarfsplanung zum Wohle der Patienten. Die Position der TK. Online unter URL: <https://www.tk.de/resource/blob/2053306/d871c0dd47d09657ada75fc69602d83a/position-sektoreuebergreifende-bedarfsplanung-data.pdf>. [Abruf am: 23.10.2022].

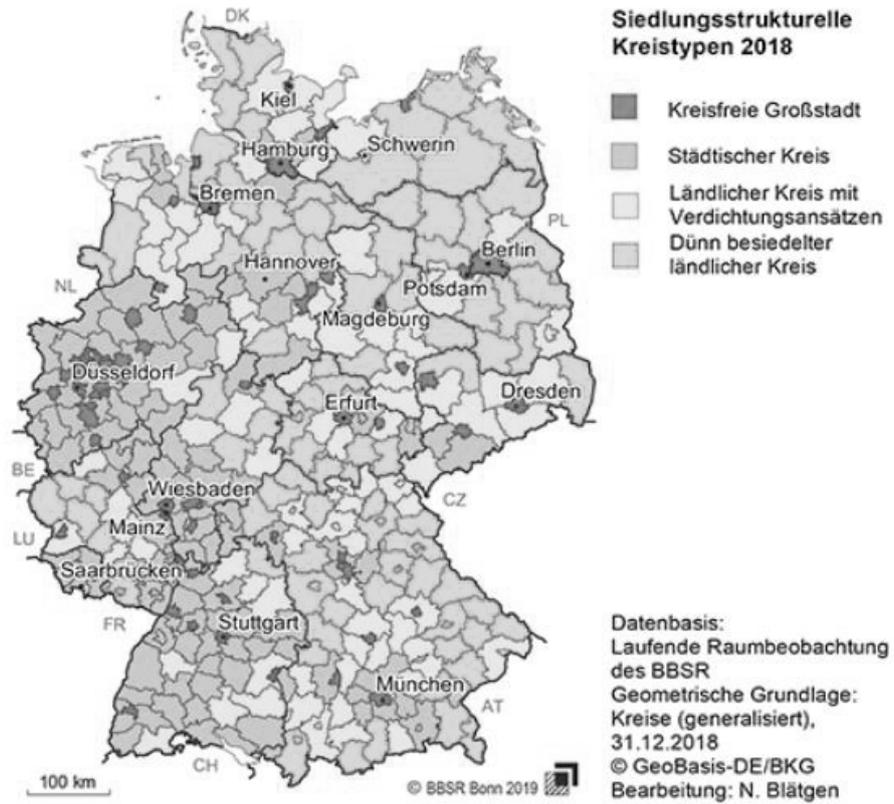
**Van den Berg, Neeltje / Fleßa, Steffen / Hoffmann, Wolfgang (2021):** Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum. Online unter URL: <https://www.bpb.de/themen/stadt-land/laendliche-raeume/334219/gesundheitsversorgung-im-laendlichen-raum/>. [Abruf am: 29.09.2022].

**Verband der Ersatzkassen (vdek) (2022):** Daten zum Gesundheitswesen: Versorgung. Online unter URL: [https://www.vdek.com/presse/daten/d\\_ausgaben.html](https://www.vdek.com/presse/daten/d_ausgaben.html). [Abruf am: 29.09.2022].

## Anhang

HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG	ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG	SPEZIALISIERTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG	GESONDERTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG
› Hausärzte	› Augenärzte	› Fachinternisten	› PRM-Mediziner
	› Chirurgen und Orthopäden	› Anästhesisten	› Nuklearmediziner
	› Frauenärzte	› Radiologen	› Strahlentherapeuten
	› HNO-Ärzte	› Kinder- und Jugendpsychiater	› Neurochirurgen
	› Hautärzte		› Humangenetiker
	› Kinder- und Jugendärzte		› Laborärzte
	› Nervenärzte		› Pathologen
	› Psychotherapeuten		› Transfusionsmediziner
	› Urologen		

Anhang 1: Versorgungsebenen (KBV 2020: 3)



Anhang 2: Siedlungsstrukturelle Kreistypen 2018 (BBSR 2022a: o.S.)

<b>Mittelbereich</b>	<b>Versorgungsgrad</b>
Anklam	118,0
Bergen auf Rügen	109,1
Demmin	102,3
Greifswald	113,3
Greifswald Umland	94,1
Grevesmühlen	105,0
Grimmen	114,0
Güstrow	98,8
Hagenow incl. Amt Neuhaus	95,5
Ludwigslust	106,5
Neubrandenburg	115,5
Neubrandenburg Umland	93,5
Neustrelitz	109,2
Parchim	85,0
Pasewalk	90,4
Ribnitz-Damgarten	105,8
Rostock	109,9
Rostock Umland	97,3
Schwerin	121,2
Schwerin Umland	87,2
Stralsund	110,5
Stralsund Umland	84,8
Teterow	100,0
Ueckermünde	103,5
Waren	97,7
Wismar	108,9
Wolgast	111,7

Anhang 3: Versorgungsgrade hausärztliche Versorgung M-V Stand 06.04.2022 (Kaulisch 2022: o.S.)

Kartengrundlage: © Lutum+Tappert

### Mittelbereiche - hausärztliche Versorgung

- (drohende) Unterversorgung
  - keine Unterversorgung
- Stand: Landesausschuss 06.04.2022



Anhang 4: Mittelbereiche hausärztliche Versorgung Stand 06.04.2022 (KVMV 2022g: o.S.)



Anhang 5: Persönliche Korrespondenz (E-Mail vom 29.10.22)



**Wtrlt: Antw: Fwd: Masterarbeit**

**Von:** "Steffen Kaulisch" <SKaulisch@kvmv.de>  
**An:** danila.volkmann@web.de  
**CC:** "Katja Richter" <KRichter@kvmv.de>  
**Datum:** 29.10.2022 14:27:30

**EXTERNE NACHRICHT** Dieser Nachricht enthält Dateianhänge : IMAGE\_3.png, GW\_00001.png, GW\_00002.png Bitte öffnen Sie Anhänge und Links NUR wenn Sie dem Absender vertrauen und sicher sind, dass keine Zweifel an der Echtheit der E-Mail bestehen.

Hallo Frau Volkmann,

nachstehend unsere Rückantwort auf Ihre Fragen:

Frage 1: Verhältniszahl hausärztliche Versorgung - gemäß Bedarfsplanungsrichtlinie mit Stand vom 21.4.2022 wurde die allgemeine Verhältniszahl für die Fachgruppe der Hausärzte auf 1.607 festgelegt. Die regionalen Verhältniszahlen in MV liegen noch etwas darunter.

Frage 2: Fachärzte MV - gesamt 2.040 (Stand 18.10.2022) - alle außer ALL/Prakt. Ärzte und INT/hä davon 479 Psychotherapeuten (PSP, KJP und PTA)

Frage 3: aktuelle Versorgungsgrade hausärztliche Versorgung - Stand 6.4.2022:

Versorgungsgrade hausärztliche Versorgung	
Beschluss des Landesausschusses am 6.4.2022	
Mittelbereich	Versorgungsgrad
Anklam	118,0
Bergen auf Rügen	109,1
Demmin	102,3
Greifswald	113,3
Greifswald Umland	94,1
Grevesmühlen	105,0
Grimmen	114,0
Güstrow	98,8
Hagenow incl. Amt Neuhaus	95,5
Ludwigslust	106,5
Neubrandenburg	115,5
Neubrandenburg Umland	93,5
Neustrelitz	109,2
Parchim	85,0
Pasewalk	90,4
Ribnitz-Damgarten	105,8
Rostock	109,9
Rostock Umland	97,3
Schwerin	121,2
Schwerin Umland	87,2
Stralsund	110,5
Stralsund Umland	84,8
Teterow	100,0
Ueckermünde	103,5
Waren	97,7
Wismar	108,9
Wolgast	111,7

Hier würden wir Ihnen Anfang Dezember 2022 ggf. die dann aktuell vom Landesausschuss beschlossenen Zahlen liefern, falls dies nicht zu spät für Sie sein sollte. Der Landesausschuss tagt erst am 02.11.2022 und die Veröffentlichung erfolgt danach im Dezember-Journal der KVMV.

Frage 4: Job-Sharing-Anstellungen erfolgen nur, wenn der Bereich gesperrt ist (auch keine partielle Öffnung ausgewiesen wurde). Bei partieller Öffnung im Bedarfsplan können weitere Zulassungen oder Anstellungen in der angegebenen Anzahl vergeben werden, vorrangig werden in so einem Fall bestehende Job-Sharing-Anstellungen bzw. -Zulassungen in reguläre Anstellungen oder Zulassungen umgewandelt, das heißt die Leistungsbegrenzungen des Job-Sharings fallen im Umfang der partiellen Öffnung weg (fortlaufend nach dem ältesten Termin der Anstellung/Zulassung). Siehe hierzu auch § 26 Abs. 2 und 3 BPL:

(2) <sup>1</sup>Für Ärzte oder Psychotherapeuten, die gemäß § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V in beschränkter Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung zugelassen sind, und die nach § 46 in gesperrten Planungsbereichen nicht auf den Versorgungsgrad angerechnet werden, bewirkt die Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen nach Absatz 1 im Fachgebiet, dass für solche Ärzte oder Psychotherapeuten die Beschränkung der Zulassung und die Leistungsbegrenzung für die Gemeinschaftspraxis nur nach Maßgabe der Bestimmung zum Umfang des Aufhebungsbeschlusses enden, und zwar in der Reihenfolge der jeweils längsten Dauer der gemeinsamen Berufsausübung. <sup>2</sup>Die Beendigung der Beschränkung der Zulassung auf die gemeinsame Berufsausübung und der Leistungsbegrenzung nach zehnjähriger gemeinsamer Berufsausübung bleibt unberührt (§ 101 Absatz 3 Satz 2 SGB V).

(3) Unter Berücksichtigung der Vorrangigkeit der in Absatz 2 Satz 1 geregelten Reihenfolge von Ärzten und Psychotherapeuten, deren Zulassungsbeschränkung und Leistungsbegrenzung aufgehoben wird, endet die Beschränkung der Leistungsbegrenzung bei angestellten Ärzten gemäß § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V nach Maßgabe der Bestimmung des Umfanges des Aufhebungsbeschlusses, und zwar in der Reihenfolge der jeweils längsten Dauer der Jahre der Anstellung.

Frage 5: in den mit "Strich" gekennzeichneten Feldern in den Tabellen der Bedarfsplanung gibt es keine zusätzlichen Stellen (Beispiel Psychotherapie Rostock: 1,5 freie Stellen in der Tabelle "Bedarfsplanung allgemeine fachärztliche Versorgung" - Bewerbung aller Psychotherapeuten möglich (PSP, KJP, PTA), deshalb in der zusätzlichen Tabelle "Fachgebiet Psychotherapie - Mindestquote in gesperrten Planungsbereichen" keine Ausweisung von Stellen in den Untergruppen)

Frage 6: Niederlassung aufgrund von Fördermöglichkeiten - in den Jahren 2008 bis 2022 (Stand 17.10.2022) wurden gefördert: 202 Hausärzte, 5 FÄ für Augenheilkunde, 1 FA für Dermatologie, 2 FÄ für Psychiatrie

Frage 7: Bereiche mit vom Landesausschuss festgestelltem lokalem Versorgungsbedarf: Dermatologie in der Stadt Neubrandenburg (seit etwa 5 Jahren wird der Versorgungsauftrag im Journal der KVMV mit 25 T€ ausgeschrieben.)

## Dermatologischer Versorgungsauftrag in Neubrandenburg – Förderung von 25.000 Euro möglich –

Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen M-V hat in seiner Sitzung am 15. November 2017 die Feststellung getroffen, dass für die Stadt Neubrandenburg ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf im Umfang eines ganzen Versorgungsauftrages in der Arztgruppe Hautärzte besteht.

Die Kassenärztliche Vereinigung M-V schreibt zur Sicherstellung der allgemeinen dermatologischen Versorgung in Neubrandenburg einen Vertragsarztsitz im Umfang eines vollen Versorgungsauftrages aus. Es ist eine finanzielle **Förderung von 25.000 Euro** möglich. Förderungsanträge und Bewerbungen sind an die Kassenärztliche Vereinigung M-V, Abteilung Sicherstellung, Postfach 160145, 19091 Schwerin, zu richten. ■

Viele Grüße

S. Kaulisch

----- Weitergeleitete Nachricht -----

Von: Danila Volkmann <danila.volkmann@web.de>

Datum: 12.10.2022 12:41

Betreff: Masterarbeit



## Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken habe ich als solche kenntlich gemacht.

Neubrandenburg, 15.11.2022

Ort, Datum

Unterschrift