

Ausschussdrucksache
(07.07.2025)

Inhalt

Städte- und Gemeindetag M-V e.V. -

Positionspapier – Gesundheitliche Versorgung in M-V



Gesundheitliche Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern

Position 1

Erfüllung des gesetzlichen Sicherstellungsauftrags durch die Kassenärztliche Vereinigung M-V einfordern

Insbesondere viele ländliche Gebiete in Mecklenburg-Vorpommern sind im ambulanten ärztlichen Bereich (Haus- und Fachärzte, Zahnmediziner) unterversorgt. Die Kassenärztliche Vereinigung M-V (KVMV) ist gemäß § 75 Abs. 1 SGB V verpflichtet, die ärztliche Versorgung sicherzustellen. Sie hat dafür zu sorgen, dass in Mecklenburg-Vorpommern genügend Ärzte mit der durch die Krankenkassen zur Verfügung gestellten Vergütung vorhanden sind. Das Land hat im Rahmen seiner Rechtsaufsicht sicherzustellen, dass die KVMV ihrem gesetzlichen Auftrag nachkommt.

Die Fördermaßnahmen der KVMV¹, insbesondere zur Gewinnung zusätzlicher Ärzte und von bereits niedergelassenen Ärzten in unterversorgten bzw. von Unterversorgung bedrohten Gebieten begrüßt der Städte- und Gemeindetag.

Ein besonderes Problem scheint in Mecklenburg-Vorpommern zu sein, dass die Frage der Unterversorgung aus überalterten, ungeeigneten Versorgungsregionen der KVMV als Grundlage für die Zulassungsentscheidungen resultiert. Vielmehr muss z. B. das zentralörtliche System der Raumplanung unter Einbeziehung der Regionalen Planungsverbände für die Zulassungen herangezogen werden. Denkbar wäre, das Land, den öffentlichen Gesundheitsdienst der Landkreise und kreisfreien Städte oder den Städte- und Gemeindetag als stimmberechtigtes Mitglied in den Zulassungsausschuss zu berufen.

Position 2

Umsetzung der Krankenhausreform in Mecklenburg-Vorpommern

Die Krankenhausleistungen müssen anhand des Versorgungsbedarfs der Bevölkerung bedarfsgerecht geplant werden und in angemessener Zeit erreichbar sein. Spezialleistungen müssen zentralisiert werden, um eine gute Behandlungsqualität zu erreichen. Bei diesen handelt es sich

1

https://www.kvmv.de/export/sites/default/.galleries/downloadgalerie_kvmv/mitglieder/niederlassung_pdfs/KVMV_Foerdermassnahmen_28012025.pdf



in den meisten Fällen um geplante Leistungen, deren zeitliche Erreichbarkeit sich weniger kritisch darstellt. Eine gute Erreichbarkeit ist entscheidender, wenn die Nähe zu den Angehörigen ein wichtiger Faktor ist (palliative Versorgung, Geriatrie oder teilstationäre Versorgung bei chronischen Erkrankungen). Leistungen der internistischen und chirurgischen Grundversorgung in Verbindung mit der Notfallversorgung müssen in allen Regionen des Landes für alle in angemessener Zeit erreichbar sein. Alle Krankenhäuser müssen dauerhaft wirtschaftlich tragfähig sein.

Die Krankenhausversorgung soll durch die Krankenhausreform effizienter werden, da das Fallpauschalensystem durch die Vergütung für das Vorhalten von Leistungsangeboten ersetzt werden soll. Zudem soll das Krankenhauspersonal durch einen besseren Ressourceneinsatz entlastet werden. Das Land muss zudem seine Investitionskostenfinanzierung einfacher und verlässlicher ausgestalten. Entscheidend ist, wie die konkreten Entscheidungen zu den Leistungsgruppen / Behandlungsrechten für die verschiedenen Leistungsgruppen vom Land mit der Runde der Planungsbeteiligten ausgestaltet werden. Die Rolle des Städte- und Gemeindetages M-V in der Runde der Planungsbeteiligten muss gestärkt werden.

Position 3

Ambulante und stationäre Versorgung aufeinander abstimmen

Den ländlichen Krankenhäusern der Grundversorgung und auch den Reha-Einrichtungen kommt gerade in unterversorgten Regionen eine besondere Bedeutung in der wohnortnahen Grund- und Regelversorgung zu. Diese Häuser müssen die Möglichkeit zur ambulanten Versorgung bekommen. Auch Belegbetten in kleinen Häusern wären ein Modell, um die Attraktivität von Arztpraxen im ländlichen Bereich zu erhöhen. Auch gerade in den unterversorgten Regionen kommt den ländlichen Krankenhäusern eine besondere Bedeutung in der wohnortnahen internistischen und chirurgischen Grundversorgung sowie in der Notfallversorgung zu, da sich auch die Strukturen und Vorhaltungen im Rettungsdienst an diesen orientieren. Notwendig ist, dass die Leistungen der Grundversorgung im Abrechnungssystem einen Stellenwert erhalten, der Anreize bietet, diese Aktivitäten zu verstärken.

Die durch die Trennung von ambulantem und stationärem Bereich bedingten Doppelstrukturen insbesondere im Facharztbereich müssen in beiden Bereichen abgeschafft werden. Durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen für ambulante, stationäre und pflegerische Leistungen soll durch die Krankenhausreform die ärztliche und pflegerische Vor-Ort-Versorgung durch ein innovatives Element ergänzt werden. Dadurch wird eine wohnortnahe medizinische Grundversorgung gesichert. Das Land muss daher zügig sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen bestimmen. In die Krankenhausplanung ist die ambulante Bedarfsplanung künftig einzubeziehen, z. B. über die Regionalen Planungsverbände.



Position 4

In der Summe möglichst mindestens eine volle Hausarztstelle in jeder amtsfreien Gemeinde bzw. einem Amt

Die Bedarfsfeststellungen bei der ambulanten medizinischen Versorgung müssen aktualisiert werden. Ziel muss es sein, die hausärztliche Versorgung möglichst in jeder amtsfreien Gemeinde bzw. in jedem Amt sicherzustellen. Zur Erfüllung eines Anspruchs müssen auch Alternativen in Betracht gezogen werden, z. B. eine Zweigpraxis, Praxisgemeinschaften, Berufsausübungsgemeinschaften und vor allem auch mobile und arztentlastende Dienste.

Position 5

Erreichbarkeit der Arztpraxen vor allem mit dem ÖPNV verbessern

Die Erreichbarkeit der Arztpraxen muss auch im ländlichen Raum gewährleistet sein. Der ÖPNV ist durch die Landkreise zwingend so auszugestalten, dass die Öffnungszeiten der Hausarztpraxen und die Fahrpläne aufeinander abgestimmt sind. Auch alternative Modelle wie z. B. ein Rufbussystem sind weiter auszubauen. Die Versorgungsbereiche sind durch die KVMV so zu gestalten, dass eine möglichst wohnortnahe allgemeinärztliche Versorgung gewährleistet ist. Wichtig ist, dass die Arztpraxen an gut erreichbaren Standorten angesiedelt sind. Um dies zu optimieren, könnten Amts- und Gemeindeverwaltungen im ländlichen, aber nicht nur unterversorgten Bereich auf Wunsch an ihren zentral gelegenen Verwaltungsstandorten Praxisräume vermieten bzw. der KVMV ein entsprechendes Angebot unterbreiten.

Die Landkreise müssen den ÖPNV auch mit anderen öffentlichen Leistungen gemeinsam planen. Empfehlenswert ist es, die Leistungen des ÖPNV auch im Rahmen der Regionalen Raumordnungsplanung besser abzustimmen. Das Prinzip der zentralen Orte muss weiter gestärkt werden. Die Einwohner könnten so zudem Synergieeffekte nutzen und zusätzliche Wege sparen. In den größeren Städten müssen die Praxen ebenfalls gut erreichbar und dem Bedarf entsprechend angesiedelt sein. Auch hier sollte den Kommunen auf Wunsch die Möglichkeit der Errichtung bzw. Bereitstellung von Praxisräumen z. B. zur Vermietung eingeräumt werden. Telemedizin wird perspektivisch noch stärker eine sehr gute Alternative zur klassischen Behandlung von Angesicht zu Angesicht sein.

Position 6

Möglichkeiten zur Gewinnung von medizinischem Personal verbessern

Die Anwerbung von ausländischem medizinischem Personal oder auch die Vergabe von Stipendien an Studenten, die sich nach dem Studium in unterversorgten Regionen als Hausarzt niederlassen, sind bislang immer noch wenig erfolgreich und häufig mit zu hohen bürokratischen Hürden versehen. Das Anerkennungsverfahren für ausländische Ärzte und medizinisches Personal



ist zu kompliziert und dauert zu lange. Dies muss unbedingt vereinfacht werden, um tatsächlich Ärzte und medizinisches Fachpersonal aus dem Ausland gewinnen zu können. Abiturienten könnten im Rahmen der beratenden Studienorientierung und Studierende der Medizin durch die Entwicklung eines Kontakthalteprogramms bestärkt werden, eine langfristige Bindung zur Region aufzubauen mit dem Ziel, sich nach dem Studium in Mecklenburg-Vorpommern niederzulassen.

Position7

Gemeindliche Aktivitäten zur Verbesserung der hausärztlichen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern

Gemeindliche Aktionspläne in Kooperation mit der KVMV, der Krankenhausgesellschaft M-V (KGMV), den Landkreisen und auch der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung M-V sollten genutzt werden, um ein effektives Standortmarketing zu betreiben. Weitere gemeindliche Maßnahmen können sein: Unterstützung bei der Arbeitsplatzsuche von Familienangehörigen, Unterstützung bei der Suche nach Kinderbetreuungsmöglichkeiten einschl. der schulischen Versorgung, Unterstützung bei der Wohnungs- / Grundstückssuche und das Aufzeigen attraktiver Freizeitangebote. Der Betrieb eigener ärztlicher Einrichtungen würde jedoch viele Gemeinden hinsichtlich finanzieller und Haftungsrisiken überfordern.

Eine schleichende Übertragung des medizinischen Sicherstellungsauftrags auf die Kommunen wird abgelehnt. Gemeinden sind nicht Ausfallbürgen, wenn demokratisch bestimmte Organisationseinheiten ihren gesetzlichen Aufträgen und Verantwortungen nicht nachkommen. Die Gemeinden können im Einzelfall tätig werden, aber sie sind nicht für die flächendeckende Sicherstellung und politische Übernahme der Verantwortung zuständig für Aufgaben, für die den Gemeinden die gesetzlichen Zuständigkeiten, Ermächtigungen und Ressourcen (Fachkräfte und Geld) fehlen, weil diese bei anderen Einheiten (KVMV, Land, Rechtsaufsicht) verortet sind.