

**Ausschussdrucksache**  
(12.11.2025)

Inhalt

Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

-

Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung im SozA  
zu dem Gesetzentwurf der Landesregierung

**Entwurf eines Gesetzes zur Begegnung der medizinischen Unterversorgung  
oder drohenden Unterversorgung in ländlichen  
oder strukturschwachen Regionen im Land Mecklenburg-Vorpommern,  
Drs. 8/5318**



**Kassenärztliche Vereinigung  
Mecklenburg-Vorpommern**  
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Kassenärztliche Vereinigung M-V | Postfach 160145 | 19091 Schwerin

per Email  
Landtag Mecklenburg-Vorpommern  
Ausschuss für Soziales, Gesundheit und Sport  
Frau Katy Hoffmeister  
- Die Vorsitzende -  
Lennéstraße 1  
19053 Schwerin

#### Der Vorstand

Ansprechpartner(in):

Telefon: 0385 7431 201  
Fax: 0385 7431 450  
eMail: [vorstand@kvmv.de](mailto:vorstand@kvmv.de)  
[www.kvmv.de](http://www.kvmv.de)

Ihre Zeichen: -

Unsere Zeichen / AZ: kau

Ihre Nachricht vom: -

Datum: 12.11.2025

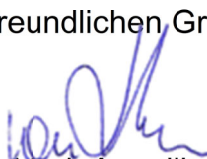
### **Gesetzentwurf der Landesregierung zur Begegnung der medizinischen Unterversorgung oder drohenden Unterversorgung in ländlichen oder strukturschwachen Regionen im Land Mecklenburg-Vorpommern**

Sehr geehrte Frau Hoffmeister,

zu dem im Betreff genannten Gesetzesentwurf erhalten Sie anbei unsere  
Stellungnahme in Form des beantworteten Fragenkatalogs. Naturgemäß haben wir  
unsere Ausführungen auf den für uns relevanten vertragsärztlichen  
Versorgungsbereich beschränkt, wenngleich der Gesetzesentwurf darüber  
hinausgeht.

Zur näheren Erörterung der von uns vorgetragenen Aspekte im Wege der  
öffentlichen Anhörung am 19.11.2025 werde ich persönlich vor Ort teilnehmen.

Mit freundlichen Grüßen

  
Dipl.-Med. Angelika von Schütz  
Vorsitzende

Anlage



## Fragenkatalog

### 1. Wie bewerten Sie den Gesetzesentwurf grundsätzlich?

Mit dem gegenständlichen Gesetzgebungsvorhaben will das Land die medizinische Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern unterstützen und eine breitere Ausrichtung als das bisherige Landarztgesetz vornehmen. Wir begrüßen insoweit das klare Bekenntnis der Landesregierung zur Unterstützung der ambulanten Versorgung im Rahmen der Landarztquote M-V. Angesichts der sich weiter zuspitzenden Versorgungslage im hausärztlichen und allgemein fachärztlichen Versorgungsbereich kann das Gesetz in Ergänzung der bestehenden Fördermöglichkeiten der KVMV (Anlage: Katalog unserer Fördermaßnahmen) ein wichtiger Baustein bei der zukünftigen Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung in unserem Bundesland sein. Dazu übernimmt der Gesetzesentwurf bewährte Regelungen des bisherigen Landarztgesetzes M-V, entwickelt diese teilweise weiter und lässt in Ansätzen eine Ausweitung auf die ambulante fachärztliche Grundversorgung erkennen. An einigen Stellen greifen die Regelungen jedoch zu kurz bzw. sind in Bezug auf die verfolgten Ziele inkonsequent. Hier besteht aus unserer Sicht Anlass zur Kritik bzw. konkreter Nachbesserungsbedarf. Diesbezüglich verweisen wir auf unsere nachfolgenden Antworten zu den von Ihnen übermittelten Fragen.

### 2. Welche konkreten Handlungsbedarfe sehen Sie? Welche konkreten Änderungsvorschläge haben Sie für den Gesetzesentwurf?

In den letzten beiden Auswahlverfahren sahen wir einen deutlichen Rückgang der Bewerberzahlen, der auch maßgeblich darauf zurückzuführen sein dürfte, dass andere Bundesländer gleichermaßen eine Landarztquote eingeführt haben bzw. einführen werden. Damit die Quotenplätze besser ausgeschöpft werden, sollte die Attraktivität der Landarztquote M-V auch angesichts der damit verbundenen Verpflichtungen für die Bewerber verbessert werden, in dem einerseits der TMS-Test als fakultative Voraussetzung festgelegt wird und andererseits die Quotenplätze auf die grundversorgenden Fachärzte, wie HNO-Ärzte, Dermatologen, Augenärzte und Nervenärzte erweitert werden, bei denen sich die Versorgungslage zusehends verschlechtert. Insoweit sollte bereits im Auswahlverfahren für die Studienplatzvergabe eine grundversorgende fachärztliche Tätigkeit gleichwertig zu einer hausärztlichen Tätigkeit berücksichtigt werden. Nach der Approbation könnte die Facharztweiterbildung dann entsprechend des besonderen öffentlichen Bedarfs entweder in der haus- oder fachärztlichen Versorgung absolviert werden. Hier würde Mecklenburg-Vorpommern eine Vorreiterrolle übernehmen, da sich die Landarztquoten anderer Bundesländer derzeit nur auf die hausärztliche Versorgung erstrecken. Diese Chance sollte angesichts der Konkurrenz mit den anderen Bundesländern nicht ungenutzt bleiben.

Das Erfordernis einer abgeschlossenen Ausbildung in einem Gesundheitsfachberuf (§ 7 Abs. 1 Ziff. 2) steht unseres Erachtens außer Verhältnis zur Bedeutung der weiteren darin genannten ehrenamtlichen und praktischen Tätigkeiten. Die Regelung erschwert Personen den Zugang zu einem Studienplatz, die zwar über keine entsprechende abgeschlossene Ausbildung verfügen, aber ggf. bereits relevante Ausbildungsabschnitte absolviert haben, insbesondere wenn sie sich erst während ihrer Ausbildung für ein Medizinstudium über die Landarztquote entscheiden sollten. Es erschließt sich nicht, warum diese Personen denjenigen gleich gestellt werden sollen, die über keinerlei relevante berufliche und praktische Erfahrungen verfügen. Zudem würde ein Praktikum höher gewichtet als eine entsprechende Ausbildungsdauer in einem Gesundheitsfachberuf. Die genannte Regelung benachteiligt Personen mit fachspezifischen Ausbildungsabschnitten unangemessen und sollte dahingehend geändert werden, dass Zeiten einer nicht abgeschlossenen Ausbildung in einem Gesundheitsfachberuf entsprechend berücksichtigt werden.

### **3. Wie bewerten Sie den Gesetzesentwurf in Bezug auf seine Zielsetzung und welche konkreten Änderungsbedarfe sehen Sie bei diesem sowie in Bezug auf bundesrechtliche Regelungen?**

Wie eingangs bereits ausgeführt, ist der Gesetzesentwurf einer von vielen Bausteinen zur Sicherung der ambulanten Versorgung, der seine Wirkung jedoch erst in ferner Zukunft entfalten wird. Aufgrund der langen Ausbildungsdauer haben selbst Bewerber, die ihr Auswahlverfahren unter den aktuellen Regelungen erfolgreich absolviert haben, noch immer nicht ihr Humanmedizinstudium abgeschlossen, an das sich zudem eine mindestens fünfjährige Facharztweiterbildung anschließt. Sowohl die bisherigen als auch die geplanten Regelungen kommen daher viel zu spät und tragen zu wenig dazu bei, dass auch die ambulante fachärztliche Grundversorgung gestärkt wird.

### **4. Bräuchte es aus Ihrer Sicht parallel auch einer Erhöhung der Landarztquote bzw. der Studienplätze?**

Die Landarztquote M-V, welche mit einer zehnjährigen Verpflichtung zur vertragsärztlichen Tätigkeit in unserem Bundesland einhergeht, ist ein guter Ansatz, die begünstigten Ärzte langfristig an uns zu binden. Eine Abwanderung dieser Ärzte in andere Bundesländer oder Versorgungsbereiche dürfte angesichts der Vertragsstrafe eher selten erfolgen. Diesbezüglich verweisen wir ergänzend auf unsere Ausführungen zur Frage 11.

Soweit nunmehr eine Erweiterung auf grundversorgende Fachgebiete angestrebt wird und zwei Studienplätze zulasten der Hausarztquote für den Öffentlichen Gesundheitsdienst vorgesehen sind, muss dies durch eine Erhöhung der Landarztquotenplätze kompensiert werden. Sollte dies nicht möglich sein, fordern wir eine Erhöhung des generellen Studienplatzangebotes im Bereich Humanmedizin. Denn durch eine entsprechende Erhöhung würde sich im Verhältnis auch die tatsächliche Anzahl der Landarztquotenplätze erhöhen.

### **5. Ist der Gesetzesentwurf eine angemessene Lösung, um die Versorgungssituation zukünftig zu verbessern?**

Hierzu verweisen wir auf unsere vorherigen Ausführungen.

### **6. Welche Maßnahmen wären darüber hinaus noch notwendig?**

Im Hinblick auf die gegenwärtigen und zukünftigen Probleme bei der Sicherstellung im Flächenland M-V (Demographie, Trend zur Anstellung) und in Anbetracht der Bedeutung des ambulanten Versorgungsbereichs für die Daseinsvorsorge (ca. 13 Mio. Behandlungsfälle pro Jahr) und als Wirtschaftsfaktor erscheinen uns die bisherigen Bemühungen der Landesregierung unzureichend. Vorschläge der KVMV für gemeinsame Projekte werden von der Landesregierung regelhaft unter Hinweis auf fehlende Haushaltsmittel zurückgewiesen. Demgegenüber finanzieren Ärzte und Krankenkassen in M-V die Weiterbildung zum Erwerb der für die Niederlassung notwendigen Facharztanerkennungen jährlich mit eigenen Mitteln außerhalb des Landeshaushaltes in Höhe von 10 bis 12 Mio. Euro. Hinzu kommen weitere Strukturförderungen (z. B. Investitionskostenzuschüsse) von rund 3 Mio. Euro jährlich. Ein Dialog zwischen Landesregierung und KVMV zur Abstimmung gemeinsamer Maßnahmen zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung in M-V ist daher überfällig. Mittelfristig sollten mindestens 10 % der Summe, die von Krankenkassen und KVMV jährlich für die zukünftige Sicherstellung der Versorgung aufgewendet werden, zusätzlich vom Land für Maßnahmen der Sicherstellung und der Strukturförderung in der ambulanten Versorgung bereitgestellt werden (ca. 1,5 Mio. Euro pro Jahr). Diese sollten insbesondere in eine Förderung der ärztlichen Weiterbildung einschließlich Verbundweiterbildung sowie in strukturelle Maßnahmen zur Gewinnung und Bindung von Fachkräften im Gesundheitsbereich fließen.

Die Aus- und Weiterbildung von Ärzten im und deren Bindung an das Bundesland sind eine gemeinsame Aufgabe im Interesse der Versorgung der Bevölkerung. Dies muss sich auch in einer finanziellen Beteiligung des Landes M-V widerspiegeln, das damit wie beispielsweise die Länder Niedersachsen (seit 2014 Landesförderung von Gesundheitsregionen) oder Thüringen (seit 2009 Landesbeteiligung an der Stiftung zur Förderung der ambulanten ärztlichen Versorgung) nicht nur einen symbolischen Beitrag zur Stärkung der ambulanten Versorgung in M-V leisten würde. Weitere strukturelle Maßnahmen, die die Versorgung der Bürgerinnen und Bürger verbessern und mit einem zusätzlichen finanziellen Aufwand einhergehen, wären die Unterstützung der Arztpraxen bei Aufwendungen für die Schaffung barrierefreier Behandlungsangebote sowie die Vernetzung der Notfallrufnummern 112 (Integrierte Leitstellen) und 116117 (Ärztlicher Bereitschaftsdienst).

**7. Wie beurteilen Sie die in § 5 Vertrag (1) Nr. 3 vorgesehene Vertragsstrafe i.H.v. 250.000 €? Ist diese (so in ihrem verfassten Wortlaut) vorgesehene Regelung überhaupt notwendig? Ist die Höhe der Vertragsstrafe angemessen oder ggf. zu hoch oder ggf. zu niedrig?**

Die Einhaltung der vertraglich eingegangenen Verpflichtungen wird durch eine angemessene Sanktionsandrohung gewährleistet. Im Hinblick auf die Kosten des Medizinstudiums und inflationsbereinigt erachten wir die vorgesehene Vertragsstrafe daher für angemessen. Eine entsprechende Zahlungsverpflichtung in genannter Höhe ist bei den Landarztquoten anderer Bundesländer ebenso üblich und auch die Förderungen der KVMV sind bei Nichteinhaltung der an die Förderung geknüpften Bedingungen mit einer Rückzahlungsverpflichtung verbunden.

**8. Wirkt diese Regelung samt hoher Vertragsstrafe ggf. nicht eher abschreckend auf potentielle Interessenten bzw. Bewerber, sodass das eigentliche Ziel (wie z.B. mehr Bewerber, bessere medizinische Versorgung der Bevölkerung) dieses Gesetzes in der Konsequenz verfehlt würde?**

Bewerber, die eine vertragsärztliche Tätigkeit in unserem Bundesland anstreben, werden sich durch eine Vertragsstrafe nicht abschrecken lassen. Alle anderen Bewerber werden dazu angeregt, frühzeitig ihre individuelle Lebensplanung zu überdenken und ggf. von einer Bewerbung Abstand zu nehmen, sodass die entsprechenden Studienplätze für andere Interessenten zur Verfügung stünden. Sollte die Landarztquote gleichwohl nicht ausgeschöpft werden, was bei einer Ausweitung auf grundversorgende Fachärzte nicht zu erwarten ist, würden die entsprechenden Studienplätze in die allgemeine Studienplatzquote zurückfallen, wären also für das Land M-V nicht verloren. Insoweit bestünde dann auch kein wesentlicher Unterschied zu einer Landarztquote ohne Vertragsstrafe, da die Absolventen gleichermaßen nicht an die Verpflichtung zu einer vertragsärztlichen Tätigkeit in M-V gebunden wären.

Ergänzend verweisen wir auf unsere Ausführungen zur Frage 7.

**9. Wie bewerten Sie die getroffenen Regelungen zu den Vorabquoten für den besonderen öffentlichen Bedarf? Ist die Höhe der Vorabquoten in Prozent ausreichend? Sind Vorabquoten für den besonderen öffentlichen Bedarf überhaupt die Lösung für das Problem der medizinischen Unterversorgung der Bevölkerung in M-V? Kritischer gefragt: Welchen faktischen Mehrwehrt haben diese geplanten Vorabquoten für den besonderen öffentlichen Bedarf, obwohl dadurch die Gesamtzahl an Studienplätzen in den Studiengängen Zahnmedizin und Pharmazie faktisch nicht**

**größer werden, sondern gleichbleiben (da nur eine begrenzte, feste Zahl an Studienplätzen in diesen Studiengängen zur Verfügung stehen)?**

Die Legaldefinition des „besonderen öffentlichen Bedarfs“ in § 2 des Gesetzesentwurfs sollte geändert werden, sodass sich diese hinsichtlich der ambulanten ärztlichen Versorgung wie bisher auf den hausärztlichen Versorgungsbereich und ergänzend auch auf den allgemein fachärztlichen Versorgungsbereich (grundversorgende Fachärzte) erstreckt. Insgesamt sehen wir es kritisch, dass die Studienplätze zur Deckung des besonderen öffentlichen Bedarfs im Öffentlichen Gesundheitsdienst zulasten der bisher allein für die ambulante hausärztliche Versorgung vorgesehenen Quote gehen sollen. Ergänzend verweisen wir auf unsere Ausführungen zur Frage 4.

In diesem Zusammenhang sehen wir es analog der Regelungen in § 6 Absatz 2 des Gesetzesentwurfs als erforderlich an, auch die KVMV bei der Feststellung des besonderen öffentlichen Bedarfs ins Benehmen zu setzen, zumal das Land gemäß der Gesetzesbegründung zu § 2 lediglich unterstützend tätig wird. Darüber hinaus erfolgt die Feststellung einer drohenden oder eingetretenen Unterversorgung in der Regel alle sechs Monate durch den Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen M-V. Innerhalb dieses Zeitraums ergeben sich nicht selten Änderungen in Bezug auf die Versorgungslage durch die Vergabe von Arztsitzen seitens der Zulassungsgremien, die sich auch auf die Feststellungen des Landesausschusses auswirken können. Würde hier stets auf die letzte Beschlussfassung des Landesausschusses abgestellt werden, blieben diese Änderungen unberücksichtigt. Durch eine Beteiligung der KVMV wäre sichergestellt, dass die tatsächliche Versorgungslage berücksichtigt wird, zumal unsererseits häufig auch Kenntnis über bereits in Planung befindliche Niederlassungen bzw. Praxisübernahmen besteht. Diese besondere Kenntnis der KVMV wäre auch für die Festlegung von Kapazitätsbegrenzungen nach § 9 Ziffer 1 lit. a heranzuziehen, insbesondere wenn hier gemäß der Gesetzesbegründung u. a. die offenen Zulassungen in den unterversorgten oder drohend unterversorgten Bereichen ausschlaggebend sein sollen.

Völlig unberücksichtigt bleiben derzeit Feststellungen der KVMV hinsichtlich eines besonderen lokalen Versorgungsdefizits, anlässlich derer die KVMV finanzielle Förderungen für die Übernahme von Versorgungsaufträgen ausschreibt, wie dies derzeit für die dermatologische Versorgung in den Planungsbereichen Demmin und Müritz sowie für die HNO-ärztliche Versorgung im Planungsbereich Ludwigslust der Fall ist. Wenn die KVMV jedoch ein lokales Versorgungsdefizit festgestellt hat, wäre es nur folgerichtig, dieses Defizit auch im Rahmen der Landarztquote berücksichtigen zu können.

**10. Wirkt sich dieses Gesetz ggf. auch auf die Notfallversorgung in M-V aus? Wenn ja, wie würde bzw. könnte es ggf. zu einer besseren Notfallversorgung in M-V beitragen? Wenn nein, welche Regelungen fehlten hierfür oder müssten im Gesetzentwurf ggf. geändert werden?**

Die niedergelassenen Praxen und MVZ sind außerhalb der regulären Sprechstundenzeiten verpflichtet, am ärztlichen Bereitschaftsdienst der KVMV teilzunehmen. Dieser Bereitschaftsdienst ist Teil der Akut- und Notfallversorgung in M-V. Er entlastet die rettungsdienstliche und die notärztliche Versorgung von akuten Fällen, die im Rahmen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung behandelt werden können. Demzufolge wirkt sich die im Gesetz enthaltene Studienplatzquote auch positiv auf die Notfallversorgung in unserem Bundesland aus.

**11. Welchen langfristigen Mehrwert liefert dieses Gesetz hinsichtlich der medizinischen Versorgung im Land in unterversorgten und von Unterversorgung bedrohten ländlichen oder strukturschwachen Gebieten, wenn zwar approbierte ärztliche, zahnärztliche und pharmazeutische Nachwuchskräfte für den Öffentlichen Gesundheitsdienst in M-V gefördert und unterstützt würden, diese Nachwuchskräfte aber nach 10 Jahren (damit die Vertragsstrafe nicht fällig wird) das Land M-V ggf. doch dann wieder verließen?**

Derlei Abwanderungstendenzen können wir aus den vorliegenden Daten unserer Fördermaßnahmen nicht erkennen. Seit dem Jahr 2008 gewährt die KVMV Investitionskostenzuschüsse für Niederlassungen und seit dem Jahr 2012 Zuschüsse für Anstellungen in versorgungsrelevanten Regionen unseres Bundeslandes. Die Förderungen sind an eine vertragsärztliche Tätigkeit von mindestens fünf Jahre (Niederlassung) bzw. zwei Jahre (Anstellung) geknüpft. Von den ca. 280 geförderten Niederlassungen haben zehn Ärzte vor Erreichen des Regelrentenalters auf ihre Zulassung verzichtet, darunter allerdings nur fünf Ärzte nach Ablauf des für die Förderung maßgeblichen fünfjährigen Niederlassungszeitraums. Angesichts der im Rahmen der Landarztquote bestehenden Verpflichtung, mindestens zehn Jahre vertragsärztlich in M-V tätig zu sein, wäre mit keinen nennenswerten Abwanderungen zu rechnen.

**Die weiteren Fragen 12. bis 16. beziehen sich nicht auf den für die KVMV maßgeblichen vertragsärztlichen Versorgungsbereich, sodass sich eine entsprechende Stellungnahme erübrigt.**



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

### **1. Maßnahmen zur Gewinnung von Ärzten für von Unterversorgung bedrohte Gebiete:**

- **60.000 Euro bis zu 125.000 Euro** als Investitionskostenzuschuss bei Zulassung von Hausärzten;
- **bis zu 40.000 Euro** als Zuschuss für die Anstellung von Hausärzten bei Schaffung zusätzlich besetzter Arztstellen;
- **50.000 Euro** als Investitionskostenzuschuss bei Zulassung von Vertragsärzten der allgemein fachärztlichen Versorgung (einschließlich Internisten mit Schwerpunkt Rheumatologie) in Gebieten mit einem Versorgungsgrad von weniger als 100 %;
- **20.000 Euro** als Zuschuss für die Anstellung von Vertragsärzten der allgemein fachärztlichen Versorgung (einschließlich Internisten mit Schwerpunkt Rheumatologie) in Gebieten mit einem Versorgungsgrad von weniger als 100 %;
- **5.000 Euro bis zu 20.000 Euro** als Investitionskostenzuschuss bei der Gründung von Außenstellen/ Zweigpraxen;
- **2.000 Euro pro Monat** für längstens 12 Monate als Gehaltskostenzuschuss für die Beschäftigung von Ärzten zur Vorbereitung auf die Praxisübernahme;
- **bis zu 2.500 Euro** für private Umzugskosten **und bis zu 10.000 Euro** bei Praxisumzug (z.B. bei Rückkehr von Ärzten aus dem Ausland oder bei Verlegung des Praxissitzes in einen unterversorgten bzw. von Unterversorgung bedrohten Bereich;
- Durchführung des Bewerbungs- und Auswahlverfahrens nach dem Landarztgesetz bzw. der Landarztgesetzverordnung M-V (Landarztquote M-V).

### **2. Maßnahmen zur Unterstützung bereits niedergelassener Ärzte in unterversorgten bzw. von Unterversorgung bedrohten Gebieten:**

- Gehaltskostenzuschuss für die Beschäftigung von Entlastungsassistenten bei Erziehungszeiten oder Erkrankung;
- Zusatzzahlung bei Praxisausfall durch Mutterschaft (50 Euro pro Tag nach der Entbindung für insgesamt acht Wochen) für alle Ärztinnen und Psychotherapeutinnen, auch in den nicht von Unterversorgung bedrohten Gebieten und Fachgruppen;
- Gewährung von fallzahlabhängigen Sicherstellungszuschlägen;
- Neugestaltung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes einschließlich der Einrichtung von Bereitschaftsdienstpraxen an Krankenhäusern zur Entlastung der niedergelassenen Ärzte;
- Gewährleistung angemessener Honorierung, Aussetzung honorarbegrenzender Maßnahmen.

### **3. Maßnahmen zur Verbesserung der Ansiedelung von Ärzten:**

- umfassende Übersicht über die Möglichkeiten ärztlicher Tätigkeit in M-V im Internet unter [www.kvmv.de](http://www.kvmv.de), Rubrik: „Mitglieder“ im Menüpunkt „Niederlassung und Anstellung“, einschließlich Praxisbörse, Überblick über Beratungs- und Fördermöglichkeiten etc.;
- Zusammenarbeit mit Kreisen, Ämtern, Gemeinden und Planungsverbänden zur Lösung von Versorgungsproblemen vor Ort und zur Behebung struktureller Defizite, die Ärzte von der Niederlassung abhalten – entsprechende Verträge für ein koordiniertes Vorgehen wurden mit dem Landkreistag und dem Städte- und Gemeindetag M-V abgeschlossen

### **4. Maßnahmen zur Ausbildung des ärztlichen Nachwuchses:**

- Finanzielle Förderung der Facharztweiterbildung in Gebieten der grundversorgenden Fachgebiete mit Gehaltskostenzuschüssen von mind. 5.800 Euro pro Weiterbildungsmonat in einer ambulanten Praxis;



- Erstattung einer Aufwandspauschale für Vertragsärzte und angestellte Ärzte in Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung für den Erhalt einer Weiterbildungsbefugnis von 1.000 Euro;
- Übernahme der anfallenden Lohnnebenkosten in den ersten Monaten der ambulanten Weiterbildung von maximal 1.000 Euro monatlich;
- finanzielle Förderung von Famulaturen (Praktika) in Vertragsarztpraxen mit bis zu 400 Euro monatlich je Studierenden;
- Übernahme der anfallenden Fahrtkosten der Studierenden zu Blockpraktika in Landarztpraxen;
- Finanzielle Förderung allgemeinmedizinischer Lehrpraxen der Uni Rostock und Greifswald;
- Gewährung einer finanziellen Unterstützung für Medizinstudierende im Praktischen Jahr in Kooperation mit der Landesregierung M-V (800 Euro bis zu 4.000 Euro je Tertial);
- Vorhaltung eines Referats „Weiterbildung“ zur Unterstützung und Koordination von Weiterbildungsstellen im ambulanten Bereich;
- regelmäßige Fortbildungsangebote
- finanzielle Unterstützung von Hospitationen in der ambulanten Versorgung für Fachärzte der unmittelbaren Patientenversorgung (100 Euro pro Hospitationstag für max. 5 Tage);
- Mentoring-Programm für Niederlassungen in Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung, bei der der Mentor eine Aufwandspauschale erhalten kann (1.000 Euro je Mentee, max. 3.000 Euro jährlich);

## **5. Maßnahmen zur flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung**

### **a) allgemein:**

- Erstattung von Aufwendungen bei der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin von 1.000 Euro;
- Genehmigungen der Beschäftigungen arztentlastender Praxisassistenten (VERAH/ NäPa/Care – Qualifikation/Gerda), derzeit circa 400 Praxen/MVZ in M-V.
- Erstattung von Aufwendungen bei Kursteilnahme am 80-Stunden Kurs im Rahmen der Facharztausbildung Allgemeinmedizin in Höhe von 800 Euro,
- Erstattung von Aufwendungen bei Teilnahme am Kurs „Psychosomatische Grundversorgung“ für Fachärzte der unmittelbaren Patientenversorgung (Ausnahme MKG-Chirurgie u. Humangenetik) in Höhe von 800 Euro;
- Erstattung von Aufwendungen bei Teilnahme an der 40-stündigen Kurs-Weiterbildung Palliativmedizin für Fachärzte der unmittelbaren Patientenversorgung (Ausnahme MKG-Chirurgie u. Humangenetik) in Höhe von 1.000 Euro;
- Erstattung der Aufwendungen für den Erwerb der Genehmigung zur Durchführung von Gruppentherapien für niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten in Höhe von 800 Euro;
- Förderung der Zusatzweiterbildung Suchtmedizinische Grundversorgung in Höhe von 1.000 Euro;

### **b) unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten durch Sonderverträge mit Krankenkassen unter anderem Maßnahmen zur:**

- ambulanten Betreuung von Pflegeheimen („PflegeheimPlus“);
- ambulanten Palliativversorgung (ärztliche Versorgung in der letzten Lebensphase);
- Durchführung von zusätzlichen Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen (U10, U11, J2) sowie zur Hautkrebsfrüherkennung
- Durchführung von Disease-Management-Programmen (DMP) bei Diabetes mellitus Typ I und II, Koronarer Herzkrankheit, Asthma und COPD, Brustkrebs, Osteoporose

### **Weitere Informationen:**

[www.kvmv.de](http://www.kvmv.de)

Kassenärztliche Vereinigung M-V  
Abteilung Sicherstellung  
Neumühler Str. 22, 19057 Schwerin

**»Lass dich nieder**  
in Mecklenburg-Vorpommern!«