

ABSCHLUSSBERICHT

der Enquete-Kommission
„Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern“

| Inhaltsverzeichnis | | Seite |
|---------------------------|--|--------------|
| | Vorwort | 4 |
| A | Auftrag, Zusammensetzung und Arbeitsweise der Enquete-Kommission | 7 |
| B | Die Lebenssituation in Mecklenburg-Vorpommern | 14 |
| B.1 | Bevölkerungsstruktur und -verteilung | 14 |
| B.2 | Soziodemografische Eckdaten | 18 |
| B.3 | Entwicklungstrends | 20 |
| C | Medizinische Versorgung | 22 |
| C.1 | Aufbau, Akteure und Grundprinzipien des deutschen Gesundheitssystems | 22 |
| C.1.1 | Aufbau und Akteure | 22 |
| C.1.2 | Grundprinzipien | 25 |
| C.1.3 | Ausblick | 27 |
| C.2 | Qualität von Angeboten der Gesundheitsversorgung | 28 |
| C.2.1 | Qualitätsbegriff | 28 |
| C.2.2 | Patientenbeteiligung | 32 |
| C.2.3 | Versorgungsplanung | 35 |
| C.2.3.1 | Stationäre Versorgung | 35 |
| C.2.3.2 | Ambulante ärztliche und zahnärztliche Versorgung | 44 |
| C.2.3.3 | Sektorenübergreifende Versorgung | 54 |
| C.2.4 | Fachkräfte in Gesundheitsberufen | 58 |
| C.2.4.1 | Fachkräftesituation im stationären Bereich | 60 |
| C.2.4.2 | Fachkräftesituation im ambulanten ärztlichen Bereich | 62 |
| C.2.4.3 | Fachkräftesituation im zahnärztlichen Bereich | 64 |
| C.2.4.4 | Fachkräftesituation bei weiteren Gesundheitsberufen | 65 |
| C.2.4.5 | Neuartige Gesundheitsberufe | 69 |
| C.3 | Erreichbarkeit von Angeboten der Gesundheitsversorgung | 74 |
| C.3.1 | Notfallversorgung | 74 |
| C.3.2 | ÖPNV und alternative Transportlösungen | 82 |
| C.3.3 | Digitalisierung und Telemedizin | 94 |
| C.4 | Finanzierung von Angeboten der Gesundheitsversorgung | 112 |
| C.4.1 | Ärztliche Leistungen im Ambulanten Sektor | 112 |
| C.4.2 | Stationärer Sektor | 113 |
| C.4.3 | Rettungsdienst | 119 |
| C.5 | Modellprojekte | 119 |
| C.6 | Übersicht über die Empfehlungen aus dem Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“ | 121 |
| D | Handlungsempfehlungen der Enquete-Kommission | 125 |

| | | Seite |
|-----|---|--------------|
| E | Sondervoten | 145 |
| E.1 | Sondervotum der von der AfD-Fraktion benannten Kommissionsmitglieder | 145 |
| E.2 | Sondervotum der von der Fraktion DIE LINKE benannten Kommissionsmitglieder | 162 |
| F | Literatur- und Quellenverzeichnis | 165 |
| G | Abkürzungsverzeichnis | 170 |
| H | Liste der in Auftrag gegebenen Grundlagenexpertisen | 174 |
| I | Anhang | 175 |
| I.1 | Liste der Kommissionsdrucksachen | 175 |
| I.2 | Beratungsverlauf | 178 |

Vorwort

Die Gesundheit ist für uns alle ein hohes Gut. Deswegen spielt die medizinische Versorgung in der Gesellschaft eine herausragende Rolle und die entsprechenden Erwartungen an die Politik sind hoch. Nicht zuletzt durch die Corona-Pandemie wurde deutlich, wie wichtig ein gut aufgestelltes und leistungsfähiges Gesundheitssystem für die Bevölkerung ist.

Die Enquete-Kommission „Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern“ erhielt vom Landtag Mecklenburg-Vorpommern die Aufgabe, „erforderliche Rahmenbedingungen und Maßnahmen eines integrierten, sektorenübergreifenden und multiprofessionellen medizinischen Versorgungsplans für Mecklenburg-Vorpommern zu skizzieren“ (Drs. 7/4928). Der vorliegende Bericht dokumentiert die Arbeit der Kommission.

Die Enquete-Kommission verständigte sich zu Beginn ihrer Tätigkeit darauf, ihre Arbeitsweise an der vorangegangenen Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“ zu orientieren. Nach Formulierung der Fragestellungen durch die Fraktionen zu jedem Themenfeld bezog zunächst das zuständige Landesministerium Stellung. Die von der Enquete-Kommission in Auftrag gegebene Grundlagenexpertise sowie die durchgeführten Anhörungen verdeutlichten anschließend Herausforderungen und mögliche Lösungsansätze, die in diesen Abschlussbericht und die Handlungsempfehlungen eingeflossen sind.

Die Kommission hat in ihrer 20. Sitzung am 26. Mai 2021 den vorliegenden Abschlussbericht mehrheitlich bei zwei Gegenstimmen und vier Enthaltungen sowie die separat abgestimmten Handlungsempfehlungen bei fünf Gegenstimmen und einer Enthaltung angenommen. Der Landtag und die interessierte Öffentlichkeit erhalten damit eine Bilanz der durch die Enquete-Kommission geleisteten Arbeit, die durch die öffentlichen Sitzungen und die Einbeziehung zahlreicher Sachverständiger und Betroffener ausgesprochen transparent gestaltet wurde. Die mit der Corona-Krise verbundenen Schwierigkeiten konnte die Enquete-Kommission mithilfe technischer Möglichkeiten weitgehend überwinden.

Schon in der letzten Legislaturperiode hatte ich den Vorsitz der Enquete-Kommission „Älter werden in M-V“ inne, die sich umfassend mit den Themen Gesundheitsversorgung und Pflege im Alter befasst hat. Bei einem Ergebnisvergleich mit der aktuellen Kommission fällt auf, dass es bei den ausgesprochenen Handlungsempfehlungen eine große Schnittmenge zwischen diesen Gremien gibt. Exemplarisch seien hier eine sektorenübergreifende, regionalisierte Versorgungsplanung, regionale Versorgungsbudgets sowie die Errichtung Integrierter Gesundheitszentren genannt. Eine umfassende Darstellung weiterer Überschneidungen würde den Rahmen dieses Vorwortes übersteigen. Eine Umsetzung gegebener Empfehlungen konnte ich bisher nicht feststellen, wobei mir aber auch keine Erklärungen für ein Unterlassen bekannt sind. Da sich die Rahmenbedingungen wie die Alterung unserer Gesellschaft, die Dünnbesiedlung unseres Bundeslandes sowie der fortschreitende Fachkräftemangel in allen medizinischen/pflegerischen Fachberufen weiter verschärfen werden, ist meine dringende Bitte an die Akteure in der Gesundheitsversorgung in unserem Land, die in diesem Bericht gegebenen Handlungsempfehlungen zu berücksichtigen und umzusetzen. Meinen Appell richte ich aber vor allem auch an den im Herbst neu zu wählenden Landtag von Mecklenburg-Vorpommern sowie die neue Landesregierung, denn die Umsetzung der skizzierten Lösungsansätze zur Aufrechterhaltung einer guten und flächendeckenden medizinischen Versorgung in unseren Bundesland ist dringlich geboten.

Ich danke allen Kommissionsmitgliedern und weiteren Beteiligten, die die Arbeit der Enquete-Kommission unterstützt haben, und ich danke auch allen Angehörten und Sachverständigen, die uns bereitwillig mit Auskunft und fachlicher Expertise zur Verfügung gestanden haben. Erst die Vielzahl an unterschiedlichen Sichtweisen, Erkenntnissen und Meinungen hat unsere Arbeit in der Enquete-Kommission ermöglicht.

Mein besonderer Dank gilt dem Sekretariat und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Fraktionen, die mit ihrer Unterstützung die Beratungen und Beschlussfassungen in der Kommission erst möglich gemacht haben.

Jörg Heydorn

Vorsitzender der Enquete-Kommission

„Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern“

Um das Lesen angenehm zu gestalten, verzichtet dieser Bericht meist auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Formen bei personenbezogenen Nomen und Pronomen.

Stattdessen wird das generische Maskulinum verwendet, das alle Geschlechter gleichermaßen umfasst. Bei manchen bestimmten Sätzen wird gleichwohl auch mal die weibliche oder die männliche Form eines Nomens oder Pronomens verwendet.

A Auftrag, Zusammensetzung und Arbeitsweise der Enquete-Kommission

Auftrag und Zusammensetzung

Auf Antrag der Fraktionen von SPD, CDU und DIE LINKE hat der Landtag in seiner 89. Sitzung am 14. Mai 2020 die Enquete-Kommission „Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern“ eingesetzt.

Mit dem Einsetzungsbeschluss wurde der Enquete-Kommission folgender Arbeitsauftrag gegeben:

1. Der Landtag von Mecklenburg-Vorpommern betrachtet eine bedarfsgerechte, gute und erreichbare Gesundheitsversorgung als elementaren Bestandteil der öffentlichen Daseinsvorsorge. Gerade im Umgang mit der weltweiten Corona-Pandemie zeigt sich aktuell die große Bedeutung und die Leistungsfähigkeit der medizinischen Versorgung, die es systematisch zu bewahren und zu stärken gilt.

Dieses medizinische Versorgungssystem steht vor erheblichen Herausforderungen, die auf den demographischen Wandel mit Fachkräftemangel, die besondere Situation eines dünnbesiedelten Flächenlandes, einen veränderten Versorgungsbedarf, den technologischen und wissenschaftlichen Fortschritt sowie bundesrechtliche Rahmenbedingungen zurückzuführen sind. Gleichzeitig bietet der planvolle gemeinsame Einsatz aller Ressourcen aber weiterhin viele Chancen, den flächendeckenden Zugang zu medizinischer Versorgung besonders innovativ und beispielgebend zu sichern.

Bei der Bewältigung dieser Herausforderungen gilt es, die teils gegenläufigen, letztlich nur durch einen ausgleichenden Gesamtansatz zu befriedigenden Interessen der Patientinnen und Patienten, der Beschäftigten sowie der Leistungserbringer und Kostenträger angemessen in den Blick zu nehmen. Auf eine geeignete Art und Weise sind an dieser Betrachtung die gesellschaftlich relevanten Akteure, Gruppen und Organisationen aus dem Bereich der medizinischen Versorgung zu beteiligen. Ziel muss es sein, erforderliche Rahmenbedingungen und Maßnahmen eines integrierten, sektorenübergreifenden und multiprofessionellen medizinischen Versorgungsplans für Mecklenburg-Vorpommern zu skizzieren.

2. Der Landtag setzt zu diesem Zweck eine Enquete-Kommission „Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern“ ein. Ihre Aufgabe ist es, anknüpfend auch an bestehende Erkenntnisse und bisherige Ausarbeitungen, beispielsweise der Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“, Rahmenbedingungen zu skizzieren und Maßnahmen zu empfehlen, die geeignet sind, die in Ziffer 1 beschriebene Zielstellung zu erfüllen. Sollte sich während der Arbeit der Kommission herausstellen, dass zu bestimmten Themen Erkenntnisdefizite bestehen, so sind diese zu beheben.
3. Der Bericht an den Landtag soll bis zum Ende des zweiten Quartals 2021 erfolgen, hilfsweise ist ein Zwischenbericht vorzulegen. Hierzu sollen Gutachten sowie Anhörungen von Sachverständigen und anderen Sachkundigen durchgeführt werden.¹

¹ Landtagsdrucksache 7/4928.

Die Enquete-Kommission besteht gemäß Einsetzungsbeschluss aus 21 Personen, die von den Fraktionen des Landtages entsprechend ihres Stärkeverhältnisses benannt wurden. Neben den Mitgliedern des Landtages gehören ihr gemäß Enquete-Kommissions-Gesetz vom 9. Juli 2002 (EKG M-V, GVOBl. M-V S. 440) auch externe Sachkundige an.

Die Kommission setzte sich aus folgenden elf parlamentarischen und zehn nicht parlamentarischen Mitgliedern zusammen:

| benennende Fraktion | ordentliche Mitglieder | stellvertretende Mitglieder |
|---------------------|--|--|
| SPD | parlamentarische Mitglieder: Barlen, Julian (MdL) Gundlack, Tilo (MdL) Heydorn, Jörg (MdL) Kaselitz, Dagmar (MdL) | da Cunha, Philipp (MdL) Julitz, Nadine (MdL) (ab 11/2020) Würdisch, Thomas (MdL) |
| | nichtparlamentarische Mitglieder: Borchmann, Uwe ² Prof. Dr. med. Crusius, Andreas ³ Schießer, Anja ⁴ Prof. Dr. med. Zygmunt, Marek ⁵ | Austenat-Wied, Manon ⁶ Petau, Monika ⁷ Dr. med. Schimanke, Wilfried ⁸ Schulz, Marlies ⁹ |
| CDU | parlamentarische Mitglieder: Ehlers, Sebastian (MdL) Friemann-Jennert, Maika (MdL) (bis 04/2021) Eifler, Dietmar (MdL) (ab 04/2021) Peters, Daniel (MdL) | Berg, Christiane (MdL) Eifler, Dietmar (MdL) (bis 04/2021) Lenz, Burkhard (MdL) Grote, Thomas (MdL) (ab 04/2021) |
| | nichtparlamentarische Mitglieder: Kutzbach, Henning ¹⁰ Rambow, Axel ¹¹ Sack, Michael ¹² | Meyer, Stephan ¹³ Moskwyn, Marita ¹⁴ Dipl.-Med. von Schütz, Angelika ¹⁵ |

² Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft M-V e. V.

³ Präsident der Ärztekammer M-V.

⁴ Geschäftsstelle der SELBSTHILFE M-V e. V.

⁵ Universitätsmedizin Greifswald, Direktor der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Lehrstuhlinhaber.

⁶ Leiterin der Landesvertretung M-V der Techniker Krankenkasse.

⁷ Leiterin Ref. III – Planung der Krankenhausgesellschaft M-V e. V.

⁸ Vizepräsident der Ärztekammer M-V.

⁹ stellvertretende Vorsitzende SELBSTHILFE M-V e. V.

¹⁰ Geschäftsführer der Barmer Landesvertretung M-V.

¹¹ Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung M-V.

¹² Landrat im Landkreis Vorpommern-Greifswald.

¹³ 1. Stellvertretender des Landrates und Beigeordneter im Landkreis Rostock.

¹⁴ Bereichsleitung Stationäre Versorgung in der AOK Nordost.

¹⁵ stellvertretende Vorsitzende des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung M-V.

| benennende Fraktion | ordentliche Mitglieder | stellvertretende Mitglieder |
|---------------------|--|--|
| AfD | parlamentarische Mitglieder: Dr. Jess, Gunter (MdL) Schneider, Jens-Holger (MdL) (bis 07/2020) Prof. Dr. Weber, Ralph (MdL) | Schneider, Jens-Holger (MdL) (ab 08/2020) |
| | nichtparlamentarische Mitglieder: Dr. med. dent. Kuhr, Alexander ¹⁶ (ab 08/2020) Dr. Oling, Andreas ¹⁷ | |
| DIE LINKE | parlamentarische Mitglieder: Koplin, Torsten (MdL) Kröger, Eva-Maria (MdL) (bis 12/2020) Dr. Weiß, Wolfgang (MdL) (ab 01/2021) | |
| | nichtparlamentarische Mitglieder: Prof. Dr. Fleßa, Steffen ¹⁸ | Hansen, Sabine ¹⁹ |

Der Landtag Mecklenburg-Vorpommern hat in seiner 92. Sitzung am 11. Juni 2020 entsprechend § 5 Absatz 1 des Enquete-Kommissions-Gesetzes (EKG) auf Wahlvorschlag der Fraktionen der SPD und CDU den Abgeordneten Jörg Heydorn (SPD) zum Vorsitzenden und den Abgeordneten Torsten Koplin (DIE LINKE) auf Wahlvorschlag der Fraktion DIE LINKE zu dessen Stellvertreter gewählt.²⁰

¹⁶ Zahnarzt in Schwerin.

¹⁷ Chirurgische Praxisklinik, Schwerin Mitte.

¹⁸ Lehrstuhlinhaber für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre und Gesundheitsmanagement an der Universität Greifswald.

¹⁹ Leiterin der DAK Landesvertretung M-V.

²⁰ Protokoll der 92. Landtagssitzung in der 7. Wahlperiode am 11. Juni 2020.

Sekretariat und Fraktionsmitarbeiter

Die Verwaltung des Landtages Mecklenburg-Vorpommern hat für die Enquete-Kommission ein Sekretariat mit folgender Besetzung zur Verfügung gestellt:

| Leitung des Sekretariates | |
|--|------------|
| Adam, Anne-Kristin | |
| Wissenschaftliche Referentinnen und Referenten | |
| Wilke, Frederick | ab 11/2020 |
| Gradnitzer, Antonia | ab 12/2020 |
| Schmiel, Juliane | ab 01/2021 |
| Wanagat, Benjamin | ab 01/2021 |
| Sachbearbeiter | |
| Zimmermann, Leo | ab 08/2020 |
| Bürosachbearbeiterin | |
| Preuschoft, Wiepke | ab 01/2021 |

Das Sekretariat begleitete die Arbeit des Vorsitzenden und der Kommissionsmitglieder administrativ und organisatorisch, indem es insbesondere die Kommissionssitzungen vorbereitete, deren Durchführung unterstützte und in die Nachbereitung miteingebunden war.

Zudem unterstützte das Sekretariat die Mitglieder der Enquete-Kommission bei der Erstellung des Abschlussberichtes.

In den Fraktionen wurde die Kommissionsarbeit von folgenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern unterstützt:

| Fraktion | Wissenschaftliche Referentinnen und Referenten |
|-----------|--|
| SPD | Masch, Christian |
| CDU | Schulz, Laura (bis 12/2020) Tessenow, Florian (von 01/2021 bis 03/2021) Stark, Martin (ab 04/2021) |
| AfD | Herold, Georg (bis 10/2020) Ploog, Andreas (ab 11/2020) |
| DIE LINKE | Böhm, Jörg |

Konstituierung

Die konstituierende Sitzung am 18. Juni 2020 wurde durch die Präsidentin des Landtages Mecklenburg-Vorpommern, Birgit Hesse, eröffnet. Sie berief die von den Landtagsfraktionen benannten Mitglieder in die Kommission. Die Landtagspräsidentin dankte den parlamentarischen und den nicht parlamentarischen Mitgliedern für ihre Bereitschaft, sich in die Arbeit der Kommission einzubringen und wünschte der Kommission, auch als ehemalige Gesundheitsministerin, für ihre Arbeit alles Gute und viel Erfolg. Sie wies darauf hin, dass das Thema der Gesundheitsversorgung ein sehr spannendes, aber auch gleichzeitig schwieriges Thema ist.

Die Fraktionen benannten folgende Obleute:

- für die Fraktion der SPD Julian Barlen, MdL
- für die Fraktion der CDU Sebastian Ehlers, MdL
- für die Fraktion der AfD Dr. Gunter Jess, MdL
- für die Fraktion DIE LINKE Torsten Koplín, MdL²¹

Arbeitsweise

Erster Anknüpfungspunkt war - wie im Einsetzungsbeschluss benannt - die Ergebnisse der Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“, insbesondere zum Themenfeld „Gesundheit und Pflege“. Die diesbezüglichen Handlungsempfehlungen hat der Vorsitzende der Kommission den Kommissionsmitgliedern in der 2. Sitzung am 12. August 2020 vorgestellt.

Die Sitzungen der Kommission wurden entsprechend § 6 Absatz 2 Enquete-Kommissionsgesetz (EKG M-V) öffentlich durchgeführt.

Die Enquete-Kommission verständigte sich in ihrer 1. Sitzung darauf, sich zur Gewährleistung eines strukturierten und effektiven Arbeitsablaufes, der aufgrund der sehr begrenzten zur Verfügung stehenden Zeit zwingend erforderlich war, an der Vorgehensweise der Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“ zu orientieren. Dazu verabredete sie folgende Arbeitsschritte:²²

1. Festlegung der zu bearbeitenden Themenschwerpunkte und Fragestellungen - dazu Anhörung der im Bereich der medizinischen Versorgung relevanten Akteure, um eine Einschätzung zum derzeitigen Stand der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern unter Darlegung von bestehenden Problemen und möglichen Lösungsansätzen zu erhalten
2. Beauftragung einer Grundlagenexpertise zu den herausgearbeiteten Fragestellungen
3. Auswertung und ggf. Anhörung auf der Basis der Grundlagenexpertise
4. Konsensbildung und Beschlussfassung mit Vorschlägen für Umsetzungsziele und konkrete Maßnahmen zum Endbericht

²¹ Protokoll der Konstituierenden und 1. Sitzung der Enquete-Kommission vom 18. Juni 2020.

²² Protokoll der Konstituierenden und 1. Sitzung der Enquete-Kommission vom 18. Juni 2020.

Um die Landesregierung in die Arbeit der Enquete-Kommission miteinzubeziehen, wurden Anhörungen unter Beteiligung der für die Bereiche Gesundheit, Pflege, Bildung und Verkehr zuständigen Ministerien durchgeführt.

Die Anhörungen haben ergeben, dass insbesondere die zentrale Frage zu klären ist, wie mit der Ressource „Gesundheitsversorgung“ im Flächenland Mecklenburg-Vorpommern unter Berücksichtigung der demografischen Besonderheiten und Entwicklungen umzugehen ist und wie eine gemeinsame Versorgungsplanung für den ambulanten und den stationären Sektor unter Lösung des Zielkonfliktes „Qualität - Erreichbarkeit - Finanzierung“ erfolgen kann.

Zur Klärung dieser Frage wurde die Erstellung einer Grundlagenexpertise in Auftrag gegeben. Diese ist der Kommission in ihrer 17. Sitzung am 8. April 2021 vorgestellt worden.

Neben den in diesem Abschlussbericht gegebenen Handlungsempfehlungen hat die Enquete-Kommission im Rahmen ihrer Arbeit Beschlüsse zu aktuellen Themen, die die Gesundheitsversorgung in Mecklenburg-Vorpommern betreffen, gefasst und diesbezüglich bereits Empfehlungen an die Landesregierung, Mitglieder des Deutschen Bundestages und den Bundesgesundheitsminister gegeben.

Beschlussvorschlag zur Empfehlung an die Landesregierung bezüglich der Vergabe der Fördermittel aus dem Krankenhauszukunftsgesetz²³

Hinsichtlich der im Rahmen des Gesetzes für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser (Krankenhauszukunftsgesetz - KHZG)²⁴ des Bundes bereitgestellten Fördermittel insbesondere zur Vorantreibung des Digitalisierungsprozesses in der Krankenhauslandschaft in Mecklenburg-Vorpommern hat die Enquete-Kommission der Landesregierung empfohlen, die Fördermittelvergabe neben den im Krankenhauszukunftsgesetz genannten Fördervoraussetzungen an bestimmte weitere Kriterien zu binden und bestimmte Prioritäten zu beachten.

Prioritär sollten hierbei Projekte behandelt werden, die eine Vernetzung der IT-Strukturen in den im Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie errichteten regionalen Cluster-Strukturen zwischen einzelnen Krankenhäusern zum Ziel haben, die die Vernetzung mit weiteren Leistungserbringern aus dem stationären und ambulanten Versorgungssektor zum Ziel haben oder die einen telemedizinischen Know-How-Transfer innerhalb mehrerer Krankenhäuser eines Clusters oder clusterübergreifend zum Ziel haben, wobei stets auch ein Krankenhaus oder mehrere Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung projektbeteiligt sein sollten.

Zudem sollten die notwendigen 30 Prozent Kofinanzierungsmittel aus dem Landeshaushalt als Zuschuss zu Verfügung gestellt werden. Nicht abgerufene Kofinanzierungsmittel sollten für weitere Krankenhausinvestitionen zur Verfügung gestellt werden.

Ferner sollte die im Krankenhauszukunftsgesetz geschaffene Möglichkeit, Vorhaben an Hochschulkliniken mit bis zu 10 Prozent des Fördervolumens des jeweiligen Landes zu fördern, in Mecklenburg-Vorpommern ausgeschöpft werden, vorausgesetzt es gibt entsprechende Projekte, die die Vorgaben des Bundes und des Landes im Rahmen des Gesetzes erfüllen.

²³ Kommissionsdrucksache 7/20.

²⁴ Bundestagsdrucksache 19/22126.

Die Kommission hat dem Beschlussvorschlag in ihrer 9. Sitzung am 18. November 2020 zugestimmt. Mit Schreiben vom 10. Dezember 2020 hat der Vorsitzende die beschlossene Empfehlung an das Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern übersandt.

Beschlussvorschlag des Vorsitzenden zu Regelungen für Baumaßnahmen an den Universitätsmedizin des Landes²⁵

In ihrer 11. Sitzung am 2. Dezember 2020 hat die Kommission beschlossen, dem Finanzministerium Mecklenburg-Vorpommern zu empfehlen, sich für angepasste Regelungen für Baumaßnahmen an den Universitätsmedizin des Landes auszusprechen. Demnach sollten Baumaßnahmen mit einer Wertgrenze in Höhe von bis zu 2 Millionen Euro nach Information an die Staatliche Bau- und Liegenschaftsverwaltung von den Universitätsmedizin selbstständig umgesetzt werden können sowie Baumaßnahmen ab einer Wertgrenze über zwei Millionen Euro bis zu einer Wertgrenze in Höhe von 5 Millionen Euro sollten nach Zustimmung durch die Staatliche Bau- und Liegenschaftsverwaltung durch die Universitätsmedizin selbstständig umgesetzt werden können.

Der Vorsitzende hat die beschlossene Empfehlung mit Schreiben vom 10. Dezember 2020 an das Finanzministerium Mecklenburg-Vorpommern übersandt.

Anregung an die Mitglieder des Deutschen Bundestages und an den Bundesgesundheitsminister zur Nachbesserung des Dritten Bevölkerungsschutzgesetzes

Auf Grundlage des Beschlussantrages der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern an die Enquete-Kommission vom 27. November 2020²⁶ hat sich die Kommission in ihrer 11. Sitzung am 2. Dezember 2020 darauf verständigt, die im Anschluss an die Beratung des Dritten Bevölkerungsschutzgesetzes im Bundesrat am 18. November 2020 abgegebene Protokollerklärung der Länder Berlin, Brandenburg, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen zu unterstützen.

Unter dem 10. Dezember 2020 hat der Vorsitzende den Bundesgesundheitsminister und die aus Mecklenburg-Vorpommern stammenden Mitglieder des Deutschen Bundestages entsprechend angeschrieben.

Aufgrund der sich verschärfenden Corona-Lage wurden die Kommissionssitzungen Nummer 9 bis 19 im Zeitraum von November 2020 bis April 2021 zur Vermeidung von persönlichen Kontakten und von Reisetätigkeit als Hybrid-Veranstaltungen durchgeführt. Dabei waren der Vorsitzende und jeweils wenige weitere Kommissionsmitglieder im Sitzungssaal anwesend und die übrigen Sitzungsteilnehmer und die Anzuhörenden über Video zugeschaltet.

Der Beratungsverlauf ist im Anhang chronologisch dargestellt.

Ergebnis der fast einjährigen Arbeit der Enquete-Kommission ist der vorliegende Abschlussbericht, der die als besonders relevant herausgearbeiteten Themenbereiche darstellt und erörtert sowie die Handlungsempfehlungen der Kommission darstellt.

²⁵ Kommissionsdrucksache 7/25.

²⁶ Kommissionsdrucksache 7/28.

Zum Abschlussbericht gab es vier Änderungsanträge, von denen drei angenommen wurden. Der entsprechend angepasste Abschlussbericht wurde mehrheitlich bei zwei Gegenstimmen und vier Enthaltungen sowie die separat abgestimmten Handlungsempfehlungen bei fünf Gegenstimmen und einer Enthaltung angenommen.

B Die Lebenssituation in Mecklenburg-Vorpommern

Um zukunftsorientierte Maßnahmen zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten, guten und erreichbaren medizinischen Versorgung erarbeiten zu können, ist zunächst die konkrete Situation des Landes Mecklenburg-Vorpommern zu betrachten.

Die nachfolgenden Abschnitte geben einen Überblick über die Bevölkerungsentwicklung in Mecklenburg-Vorpommern. Dabei wird sowohl auf die Bevölkerungsstruktur und -verteilung als auch auf einige Bereiche der soziodemografischen Entwicklung eingegangen. Abschließend werden derzeit zu beobachtende Entwicklungstrends aufgezeigt.

B.1 Bevölkerungsstruktur und -verteilung

Das Land Mecklenburg-Vorpommern führte zum 4. September 2011 eine Kreisgebietsreform durch. Seitdem besteht es nicht mehr aus zwölf Landkreisen, sondern nur noch aus sechs. Zusätzlich reduzierte Mecklenburg-Vorpommern auch die Anzahl seiner kreisfreien Städte von sechs auf zwei.²⁷

Insofern setzt sich Mecklenburg-Vorpommern gegenwärtig zusammen aus den sechs Landkreisen Mecklenburgische Seenplatte, Rostock, Vorpommern-Rügen, Nordwestmecklenburg, Vorpommern-Greifswald und Ludwigslust-Parchim sowie den zwei kreisfreien Städten Rostock und Schwerin (**Abbildung 1**). Im Übrigen verfügt Mecklenburg-Vorpommern über insgesamt 724 Gemeinden.²⁸

²⁷ Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 16.

²⁸ StatA MV, Statistisches Jahrbuch 2020, S. 25.

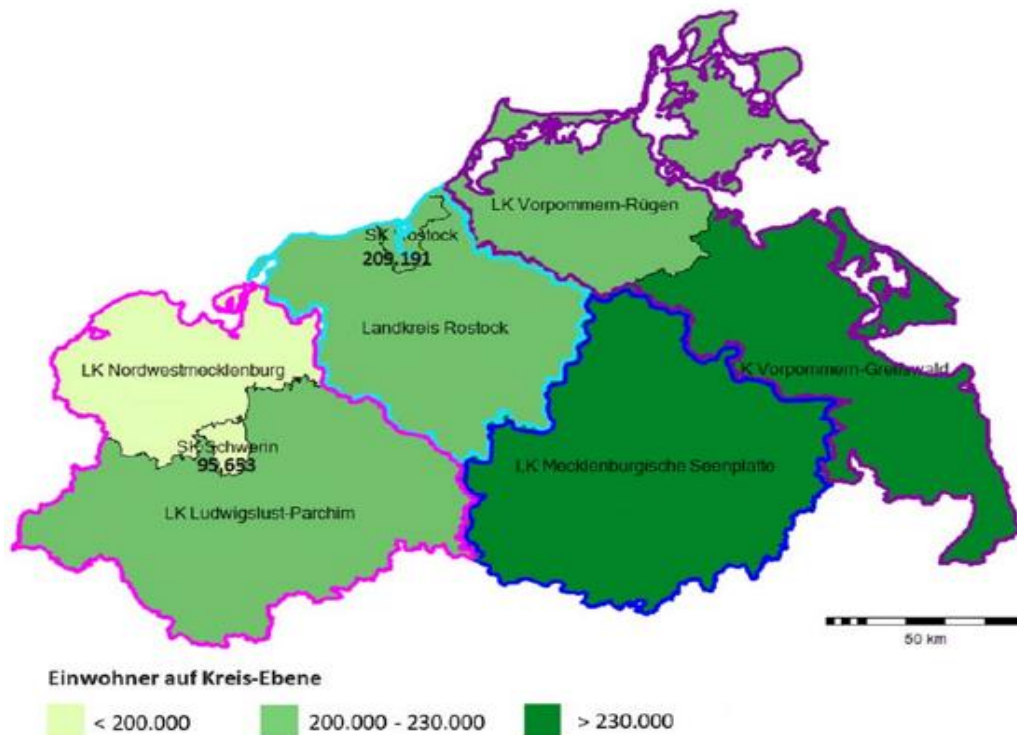
Abbildung 1: Landkreise und kreisfreie Städte in Mecklenburg-Vorpommerns

Abbildung 1: Landkreise in M-V und seine Einwohner, Stand: 31. Dezember 2019²⁹

Ende des Jahres 2019 lebten in Mecklenburg-Vorpommern knapp 1,61 Mio. Einwohner. Damit ist, wie aus der nachfolgenden **Tabelle 1** ersichtlich, Mecklenburg-Vorpommern im bundesweiten Vergleich das Bundesland mit der drittniedrigsten Einwohnerzahl.

²⁹ Schaubild in Anlehnung an: Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 17.

Tabelle 1: Einwohnerzahlen der Bundesländer

| Bundesland | Bevölkerung | | |
|-------------------------------|--------------|-------------|-------------|
| | insgesamt | männlich | weiblich |
| | 1 000 | in % | |
| Baden-Württemberg | 11 100 | 49,7 | 50,3 |
| Bayern | 13 125 | 49,6 | 50,4 |
| Berlin | 3 669 | 49,2 | 50,8 |
| Brandenburg | 2 522 | 49,3 | 50,7 |
| Bremen | 681 | 49,5 | 50,5 |
| Hamburg | 1 847 | 48,9 | 51,1 |
| Hessen | 6 288 | 49,4 | 50,6 |
| Mecklenburg-Vorpommern | 1 608 | 49,3 | 50,7 |
| Niedersachsen | 7 994 | 49,4 | 50,6 |
| Nordrhein-Westfalen | 17 947 | 49,1 | 50,9 |
| Rheinland-Pfalz | 4 094 | 49,4 | 50,6 |
| Saarland | 987 | 49,1 | 50,9 |
| Sachsen | 4 072 | 49,3 | 50,7 |
| Sachsen-Anhalt | 2 195 | 49,2 | 50,8 |
| Schleswig-Holstein | 2 904 | 49,0 | 51,0 |
| Thüringen | 2 133 | 49,5 | 50,5 |

Tabelle 1: Bevölkerung im Bundesländervergleich, Stand: 31. Dezember 2019³⁰

Weiterhin ist zu konstatieren, dass in Mecklenburg-Vorpommern mehr Frauen als Männer leben. So lag der Anteil der männlichen Bevölkerung Ende 2019 bei 49,3 Prozent und der Anteil der weiblichen Bevölkerung bei 50,7 Prozent.

Zudem lebten die meisten Bürgerinnen und Bürger Mecklenburg-Vorpommerns Ende 2019 in dem Landkreis Mecklenburgische Seenplatte (siehe untere Tabelle 2). Dort betrug der Bevölkerungsstand 258.074 Einwohner.

Der Landkreis Vorpommern-Greifswald zählte zu diesem Zeitpunkt genau 235.623 Einwohner. Im Landkreis Vorpommern-Rügen lebten 224.702 Einwohner, im Landkreis Rostock 215 794 Einwohner und der Landkreis Ludwigslust-Parchim schließlich zählte 211 779 Einwohner. Außerdem zählten die Hansestadt Rostock zum 31. Dezember 2019 konkret 209.191 Einwohner und die Landeshauptstadt Schwerin 95.653 Einwohner (Tabelle 2).

³⁰ Tabelle in Anlehnung an: StatA MV, Statistisches Jahrbuch 2020, S. 33.

Tabelle 2: Einwohnerzahlen der Landkreise und kreisfreien Städte in M-V

| Landkreise | 2019 | in % |
|--------------------------------|------------------|---------------|
| Hansestadt Rostock | 209.191 | 13,01 |
| Landeshauptstadt Schwerin | 95.653 | 5,95 |
| Mecklenburgische Seenplatte | 258.074 | 16,05 |
| Landkreis Rostock | 215.794 | 13,42 |
| Vorpommern-Rügen | 224.702 | 13,97 |
| Nordwestmecklenburg | 157.322 | 9,78 |
| Vorpommern-Greifswald | 235.623 | 14,65 |
| Ludwigslust-Parchim | 211.779 | 13,17 |
| Einwohner gesamt in M-V | 1.608.138 | 100,00 |

Tabelle 2: Einwohner auf Kreisebene, Stand: 31. Dezember 2019.³¹

Mecklenburg-Vorpommern ist im bundesweiten Vergleich das Bundesland mit der geringsten Einwohnerdichte.³² So kommen, wie im folgenden Schaubild zu erkennen, in der Bundesrepublik Deutschland ca. 233 Einwohner auf jeden Quadratkilometer (km²), wohingegen es in Mecklenburg-Vorpommern lediglich 69 Einwohner pro km² sind.³³ Für die Stadtstaaten Bremen, Hamburg und Berlin zeigen sich erwartungsgemäß die höchsten Werte. Die größte Einwohnerdichte hat dabei jedoch Berlin mit 4.118 Einwohnern je km².

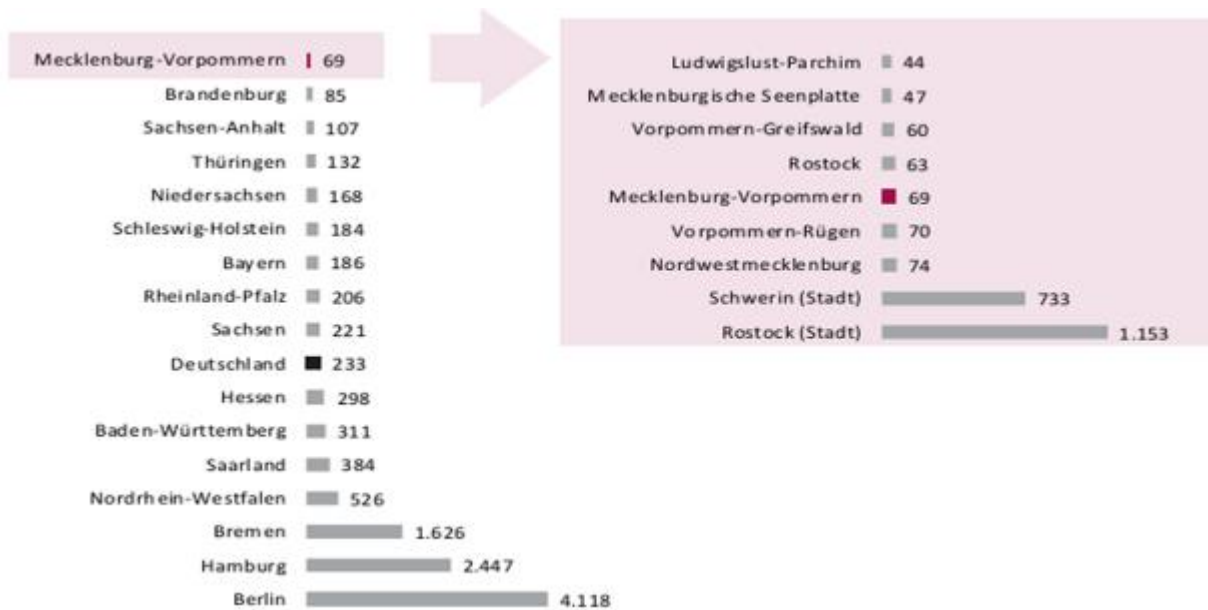
Die Einwohnerdichte innerhalb Mecklenburg-Vorpommerns variiert von 44 Einwohnern je km² im Landkreis Ludwigslust-Parchim bis zu 74 Einwohnern je km² im Landkreis Nordwestmecklenburg. Zudem ist die Einwohnerdichte in den kreisfreien Städten deutlich höher. So kommen in Schwerin etwa 733 Einwohner auf jeden km² und in Rostock 1 153 Einwohner je km². Schließlich ist die Einwohnerdichte in den südlich gelegenen Landkreisen Mecklenburg-Vorpommerns niedriger (**Abbildung 2**).

³¹ Tabelle in Anlehnung an: StatA MV, Statistisches Jahrbuch 2020, S. 2.

³² Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 5, 15.

³³ ebd., S. 15.

Abbildung 2: Einwohnerdichte der Bundesländer und der Landkreise in M-V

Abbildung 2: Einwohnerdichte in M-V, Stand: 2019³⁴

B.2 Soziodemografische Eckdaten

Mecklenburg-Vorpommern gehört zu den Abwanderungsländern. Dabei sind im Binnenwanderungssystem Deutschlands die vorherrschenden Migrationsrichtungen von Nord nach Süd sowie von Ost nach West und aus dem ländlichen Raum in die Stadt.

Dabei ist zu konstatieren, dass die Abwanderungen sowohl alters- als auch geschlechts-spezifische Muster aufweisen: So sind es einerseits besonders junge Frauen, die Mecklenburg-Vorpommern verlassen. Andererseits ist die heutige Jugend insgesamt sehr mobil.³⁵

Ferner ist anzumerken, dass sich die künftige Bevölkerungsentwicklung Mecklenburg-Vorpommerns auf lokaler Ebene jederzeit wieder erheblich unterscheiden kann. Dazu tragen bspw. Entwicklungen, wie Unternehmensansiedlungen oder -erweiterungen, bei, denn auch diese können regelmäßig einen großen Einfluss auf künftige Migrationsbewegungen ausüben.³⁶

Das Durchschnittsalter der Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern ist im Vergleich zu 2011 von damals 45,8 Jahre auf etwa 47,2 Jahre im Jahr 2019 angestiegen. Das bedeutet, dass der demografische Trend der alternden Gesellschaft in Mecklenburg-Vorpommern weiter anhält.

Das Durchschnittsalter der männlichen Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern stieg im selben Zeitraum von 44,1 Jahre auf 45,6 Jahre an. Bei der weiblichen Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern ist hingegen ein Anstieg des Durchschnittsalters von 47,4 Jahre auf 48,7 Jahre festzustellen (siehe folgende **Tabelle 3**).

³⁴ Schaubild in Anlehnung an: Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 16.

³⁵ Abschlussbericht der Enquete-Kommission „Älter werden in M-V“, S. 26.

³⁶ Abschlussbericht der Enquete-Kommission „Älter werden in M-V“, S. 26.

Tabelle 3: Altersdurchschnitt der Bevölkerung Mecklenburg-Vorpommerns

| | Gesamtbevölkerung | männlich | weiblich |
|-------------|--------------------------|-----------------|-----------------|
| 2011 | 45,8 Jahre | 44,1 Jahre | 47,4 Jahre |
| 2012 | 46,1 Jahre | 44,4 Jahre | 47,7 Jahre |
| 2013 | 46,3 Jahre | 44,7 Jahre | 47,9 Jahre |
| 2014 | 46,5 Jahre | 44,9 Jahre | 48,1 Jahre |
| 2015 | 46,5 Jahre | 44,9 Jahre | 48,2 Jahre |
| 2016 | 46,7 Jahre | 45,1 Jahre | 48,3 Jahre |
| 2017 | 46,9 Jahre | 45,3 Jahre | 48,4 Jahre |
| 2018 | 47,0 Jahre | 45,4 Jahre | 48,5 Jahre |
| 2019 | 47,2 Jahre | 45,6 Jahre | 48,7 Jahre |

Tabelle 3: Durchschnittsalter der Bevölkerung in M-V, Zeitraum 2011 bis 2019, Stand: 5. Januar 2021.³⁷

Einen weiteren Überblick über die momentane Altersstruktur der Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern gibt die nachfolgende **Tabelle 4**.

Zum 31. Dezember 2019 waren 406 370 Einwohner in Mecklenburg-Vorpommern bereits 65 Jahre alt oder älter. Das entspricht einem Anteil von 25,3 Prozent. 408 126 weitere Einwohner Mecklenburg-Vorpommerns, nämlich 25,4 Prozent, hatten bereits ein Alter zwischen 50 und 65 Jahre erreicht.

Zu der jungen Generation der 6- bis 15-Jährigen zählten zu diesem Stichtag genau 124 091 Personen, was einem Anteil von 7,7 Prozent entspricht.

Mithin zeigen auch diese Daten deutlich, dass in Zukunft mit einer weiteren Zunahme der älteren Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern zu rechnen ist.

³⁷ Tabelle in Anlehnung an: Statista GmbH, Durchschnittsalter der Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern in den Jahren 2011 bis 2019, unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1094181/umfrage/durchschnittsalter-der-bevoelkerung-in-mecklenburg-vorpommern/#professional> (abgerufen am 3. März 2021).

Tabelle 4: Altersdurchschnitt der Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern

| Alter von ... bis unter ... Jahren | in Mecklenburg-Vorpommern | in % |
|---|----------------------------------|--------------|
| Bevölkerung insgesamt | 1.608.138 | 100,0 |
| unter 6 Jahren | 81.491 | 5,1 |
| 6 - 15 Jahren | 124.091 | 7,7 |
| 15 - 18 Jahren | 39.498 | 2,4 |
| 18 - 25 Jahren | 90.158 | 5,6 |
| 25- 30 Jahren | 66.259 | 4,1 |
| 30 - 50 Jahren | 392.145 | 24,4 |
| 50 - 65 Jahren | 408.126 | 25,4 |
| 65 Jahre und mehr | 406.370 | 25,3 |

*Tabelle 4: Bevölkerung in M-V, Stand: 31. Dezember 2019³⁸***B.3 Entwicklungstrends**

Es ist davon auszugehen, dass auch Mecklenburg-Vorpommern weiterhin stark vom demografischen Wandel betroffen sein wird, womit ein weiterer Bevölkerungsverlust einhergeht.³⁹

Bis zum Jahre 2030 wird die Bevölkerung gemäß der aktuellen 5. Bevölkerungsprognose voraussichtlich etwa 1,58 Mio. Einwohner betragen und bis 2040 ca. 1,53 Mio. Einwohner.⁴⁰ Das wäre dann bis 2030 - im Vergleich zu 2017 - ein Bevölkerungsverlust von minus zwei Prozent und bis 2040 ein Verlust von minus fünf Prozent. Dieser prognostizierte Bevölkerungsverlust könnte vor allem stark durch die Abwanderung jüngerer Menschen geprägt sein.⁴¹

Ein weiterer sich abzeichnender Entwicklungstrend ist, wie der folgenden Tabelle 5 zu entnehmen, dass sich die Einwohnerzahlen in den kreisfreien Städten und Landkreisen von Mecklenburg-Vorpommern gegensätzlich entwickeln werden: Wohingegen die Einwohnerzahlen der größten Städte Schwerin und Rostock voraussichtlich weiter steigen, werden sie in den Landkreisen weiter sinken (**Tabelle 5**).⁴²

³⁸ Tabelle in Anlehnung an: StatA MV, Statistisches Jahrbuch 2020, S. 30.

³⁹ Protokoll der 5. Sitzung der Enquete-Kommission vom 16. September 2020, S. 10, Beitrag Prof. Dr. Schmidt.

⁴⁰ Pressemitteilung des Ministeriums für Energie, Infrastruktur und Digitalisierung v. 20.8.2019, Nr. 204/19, S. 1.

⁴¹ ebd., S. 3.

⁴² ebd., S. 2.

Tabelle 5: Bevölkerungsprognose für Mecklenburg-Vorpommern

| Landkreise | 2017 | 2040 | Veränderung in % |
|-----------------------------|-------------|-------------|-------------------------|
| Hansestadt Rostock | 208.409 | 224.601 | + 7,8 |
| Landeshauptstadt Schwerin | 95.797 | 98.880 | + 3,2 |
| Mecklenburgische Seenplatte | 260.574 | 226.706 | - 13,0 |
| Rostock | 214.635 | 213.566 | - 0,5 |
| Vorpommern-Rügen | 225.123 | 210.138 | - 6,7 |
| Nordwestmecklenburg | 156.993 | 149.848 | - 4,6 |
| Vorpommern-Greifswald | 237.066 | 208.122 | -12,2 |
| Ludwigslust-Parchim | 212.522 | 198.984 | - 6,4 |
| Einwohner gesamt in M-V | 1.611.119 | 1.530.845 | - 5,0 |

Tabelle 5: Bevölkerungsprognose 2040 M-V, Stand: 31. Dezember 2019⁴³

Auch wird sich die Altersstruktur in Mecklenburg-Vorpommern stark verändern: So wird sich der Bevölkerungsanteil der über 65-Jährigen stark erhöhen und der Anteil der unter 65-Jährigen verringern.⁴⁴ Zudem ist bereits heute mehr als ein Fünftel der Bevölkerung mindestens 65 Jahre alt. Im Jahre 2030 könnten dies somit dann schon mehr als ein Drittel sein (Anm.: Stand der Enquete-Kommission „Älter werden in MV“; vgl. Tabelle 4, wonach der Anteil der über 65-Jährigen bereits auf ein Viertel angestiegen ist).⁴⁵ Die Zahl junger Älterer wird sich bis zum Jahr 2030 verringern.⁴⁶

Ferner wird der demografische Wandel bis zum Jahr 2030 im östlichen und südlichen Mecklenburg-Vorpommern stärker ausgeprägt sein als in den restlichen Landteilen.⁴⁷ Insgesamt wird sich die Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern aus noch weniger Erwerbsfähigen und noch mehr älteren Menschen zusammensetzen als heute.⁴⁸

Darüber hinaus wird die Lebenserwartung der Frauen in den nächsten 20 Jahren um etwa drei Jahre auf ca. 86 Jahre und bei den Männern um ca. drei Jahre auf gut 81 Jahre steigen.⁴⁹

Schließlich ist auch davon auszugehen, dass der demografische Wandel gravierende Effekte auf die Gesundheitswirtschaft hat. Da ältere Menschen in der Regel häufiger erkranken, kann dies zu einem höheren Bedarf an medizinischen Leistungen führen. So machen beispielsweise die über 65-Jährigen nach einer bundesweiten Untersuchung zwar nur 18 Prozent der Bevölkerung aus, verursachten aber 45 Prozent der Kosten im Gesundheitswesen.⁵⁰

⁴³ Tabelle in Anlehnung an: Pressemitteilung des Ministeriums für Energie, Infrastruktur und Digitalisierung v. 20.8.2019, Nr. 204/19, S. 2.

⁴⁴ Protokoll der 5. Sitzung der Enquete-Kommission vom 16. September 2020, S. 10, Beitrag Prof. Dr. Schmidt.

⁴⁵ Abschlussbericht der Enquete-Kommission, S. 25.

⁴⁶ ebd., S. 27; Anm.: Mit „jüngere Ältere“ werden die 50- bis 65-Jährigen kategorisiert, vgl. ebd., S. 23.

⁴⁷ Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 5.

⁴⁸ Pressemitteilung des Ministeriums für Energie, Infrastruktur und Digitalisierung v. 20.8.2019, Nr. 204/19, S. 3.

⁴⁹ ebd.

⁵⁰ ebd., S. 10.

C Medizinische Versorgung

C.1 Aufbau, Akteure und Grundprinzipien des deutschen Gesundheitssystems

C.1.1 Aufbau und Akteure

Das Gesundheitsversorgungssystem in Deutschland gliedert sich historisch bedingt in verschiedene Bereiche: den ambulanten Sektor, den stationären Sektor, den Rehabilitationssektor, den Pflegesektor und den Öffentlichen Gesundheitsdienst. Die ambulante Versorgung erfolgt durch niedergelassene Allgemein-, Fach- und Zahnärzte, der stationäre Sektor umfasst die Krankenhausversorgung. Jeder Sektor hat grundsätzlich ein eigenes Finanzierungssystem und wird durch eigene Spezialgesetze geregelt.⁵¹

Das deutsche Gesundheitssystem wird von dem in § 39 Absatz 1 Satz 2 Sozialgesetzbuch V (SGB V) verankerten Grundsatz „ambulant vor stationär“ geprägt. Darin heißt es: „Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre oder stationsäquivalente Behandlung durch ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus, wenn die Aufnahme oder die Behandlung im häuslichen Umfeld nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann.“

Dies bedeutet, dass grundsätzlich vorrangig alle Möglichkeiten nicht-vollstationärer Versorgung auszuschöpfen sind, bevor ein Patient oder ein Pflegebedürftiger in ein Krankenhaus aufgenommen wird.

Im deutschen Gesundheitssystem spielen viele Einrichtungen und Akteure eine Rolle. Dazu zählen Verbände und Interessenvertretungen der verschiedenen Anbieter von Gesundheitsleistungen, Vertretungen der unterschiedlichen Berufsgruppen auf Bundes- und Landesebene, die Krankenversicherungen, qualitätssichernde Institutionen, das Bundesgesundheitsministerium und die Landesgesundheitsministerien sowie Patientenorganisationen und Selbsthilfegruppen. Um einen kurzen Überblick zu erhalten, sollen im Nachfolgenden die wichtigsten Beteiligten dargestellt werden.

Bundesgesundheitsministerium

Für das für den Bereich der Gesundheit auf Bundesebene zuständige Ministerium steht die Erarbeitung von Gesetzesentwürfen, Rechtsverordnungen und Verwaltungsvorschriften auf diesem Gebiet im Vordergrund.⁵²

⁵¹ Peter Hensen, Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen: Grundlagen für Studium und Praxis, 2016, Ziff. 1.1.2.1, S. 7 f.

⁵² BMG, Aufgaben und Organisation des Bundesministeriums für Gesundheit, unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/aufgaben-und-organisation/aufgaben.html>, Stand Mai 2021 (abgerufen am 19. Mai 2021).

Wichtige Rechtsgrundlagen, die in die Bundeskompetenz fallen, sind unter anderem das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), welches Bestimmungen zur gesetzlichen Krankenversicherung enthält, Vergütungsregelungen für den stationären und den ambulanten Sektor, wie das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) sowie bestimmte Berufsgesetze für die Zulassung zu Heil- und Gesundheitsberufen einschließlich entsprechender Ausbildungsregelungen. Zudem führt das Ministerium gemäß § 91 a SGB V die Aufsicht über den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA).

Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern

In Mecklenburg-Vorpommern gestaltet das Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit die Rahmenbedingungen für das Gesundheitswesen. Zu den Themenfeldern gehören insbesondere das Krankenhauswesen und die Rehabilitation, die Gesundheitsförderung und -prävention, Psychiatrie und Maßregelvollzug, Heilberufsrecht, Infektionsschutz, Arzneimittelwesen, Rettungsdienst und die Belange der Krankenversicherung und des öffentlichen Gesundheitswesens.

Gemeinsamer Bundesausschuss

Gemäß § 91 Absatz 1 SGB V bilden die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen einen Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Dieser ist rechtsfähig und wird durch den Vorsitzenden des Beschlussgremiums gerichtlich und außergerichtlich vertreten.

Das Beschlussgremium des Gemeinsamen Bundesausschusses besteht gemäß § 91 Absatz 2 SGB V aus einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, einem von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, jeweils zwei von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft und fünf von dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen benannten Mitgliedern. Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter sind mitberatungs- und antragsberechtigt, besitzen jedoch kein Stimmrecht.

Der G-BA legt innerhalb des vom Gesetzgeber festgelegten Rahmens fest, welche medizinischen Versorgungsleistungen von der gesetzlichen Krankenversicherung im Einzelnen übernommen werden. Außerdem hat er Aufgaben im Bereich des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen, vertragszahnärztlichen und stationären medizinischen Versorgung.

Gemeinsames Landesgremium nach § 90 a SGB V

Nach Maßgabe der landesrechtlichen Bestimmungen kann für den Bereich des Landes gemäß § 90 a Absatz 1 SGB V ein gemeinsames Gremium aus Vertretern des Landes, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen und der Landeskrankehausgesellschaft sowie weiteren Beteiligten gebildet werden. Das gemeinsame Landesgremium kann Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abgeben; hierzu gehören auch Empfehlungen zu einer sektorenübergreifenden Notfallversorgung.

Gesetzliche Krankenversicherung

Gemäß § 1 Satz 1 SGB V hat die gesetzliche Krankenversicherung als Solidargemeinschaft die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Grundsätzlich besteht gemäß § 5 SGB V für die Bürger eine Pflicht, sich in der gesetzlichen Krankenversicherung zu versichern. Ausnahmen gelten unter anderem gemäß § 6 SGB V ab einem bestimmten Jahreseinkommen und für bestimmte Personen (z. B. Beamte und Richter). Diesen Personen ohne Versicherungspflicht steht es frei, sich freiwillig gesetzlich versichern zu lassen oder eine private Krankenversicherung abzuschließen.

Die gesetzlichen Krankenkassen haben die Pflicht, Bürgerinnen und Bürger zu versichern und dafür zu sorgen, dass sie medizinische Leistungen erhalten. Dazu schließen sie Verträge mit einer Vielzahl von Institutionen und Organisationen ab, u. a. den Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sowie Verbänden der Ärzte, Krankenhäuser und Apotheker.

Kassenärztliche und -zahnärztliche Vereinigungen

Alle Ärzte und psychologischen Psychotherapeuten, die mit der gesetzlichen Krankenversicherung Leistungen abrechnen, sind in den Bundesländern in Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) organisiert, die Zahnärzte in Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZV). Die zuständigen Verbände auf Bundesebene sind die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV). Die Aufgaben der Verbände sind in den §§ 77 ff. SGB V gesetzlich festgeschrieben.

Krankenhausgesellschaft

Die Landeskrankenhausgesellschaft ist ein Zusammenschluss von Trägern zugelassener Krankenhäuser im Land. In der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) sind die Landeskrankenhausgesellschaften zusammengeschlossen. Bundesverbände oder Landesverbände der Krankenhausträger können den Krankenhausgesellschaften angehören, vgl. § 108 a SGB V. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft vertritt Spitzen- und Landesverbände der verschiedenen Krankenhausträger wie zum Beispiel Städte und Gemeinden, Kirchen, gemeinnützige Verbände und andere private Träger.

Ärzte-, Zahnärzte-, Psychotherapeuten- und Apothekerkammern

Auf Ebene der Bundesländer sind alle Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten und Apotheker Pflichtmitglieder ihrer zuständigen Landeskammer. Zu den Aufgaben der Kammern gehören unter anderem die Überwachung der Berufspflichten und die Einhaltung der Röntgen- und Strahlenverordnung. Sie sind zuständig für die Berufsanerkennung, die Facharztprüfung sowie die Begutachtung und Schlichtung bei Behandlungsfehlervorwürfen. Die Landeskammern haben auf Bundesebene entsprechende Bundeskammern gebildet.

Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)

Aufgabe des ÖGD ist der Schutz der Bevölkerung vor Gesundheitsgefahren. Vor allem die kommunalen Gesundheitsämter kümmern sich vor Ort zum Beispiel um die Hygiene in Gemeinschaftseinrichtungen, um Infektionsschutz und allgemeine Gesundheitsförderung. Sie bieten auch Beratung und Hilfe etwa bei psychosozialen Problemen. Eine herausragende Rolle spielt der ÖGD im Rahmen der Corona-Pandemie bei der Kontaktnachverfolgung.

Apothekerverbände

Apotheken sind für die Abgabe von Arzneimitteln an Verbraucherinnen und Verbraucher zuständig. Apotheker haben zudem die Aufgabe, über Arzneimittel zu informieren und zu beraten. Um die Versorgung sicherzustellen, müssen ihre Verbände Verträge mit dem GKV-Spitzenverband und den Krankenkassen abschließen, vgl. §§ 129 ff. SGB V.

Nicht ärztliche Heilberufe

Nicht zuletzt gibt es viele sogenannte nicht ärztliche Heilberufe. Hierzu gehören zum Beispiel Physiotherapeuten, Logopäden, Pflegekräfte oder Hebammen. Soweit sie Kassenleistungen anbieten, schließen auch ihre Verbände Verträge mit dem GKV-Spitzenverband und den Krankenkassen ab.

Patientenorganisationen und Selbsthilfe

Viele Menschen haben sich zu Selbsthilfegruppen und Patientenorganisationen zusammengeschlossen, die Patienten beraten und unterstützen. Verschiedene Patientenorganisationen sind darüber hinaus Interessenvertreter der Patienten in gesundheitspolitischen Fragen, unter anderem im G-BA.

C.1.2 Grundprinzipien

Das deutsche Versorgungssystem im Krankheitsfall basiert auf verschiedenen Grundprinzipien, die zumeist nicht oder nur sehr allgemein gesetzlich niedergeschrieben wurden. Viele Aspekte des deutschen Gesundheitswesens haben sich im Rahmen der Konzeption der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Zuge der Sozialgesetzgebung von Otto von Bismarck im Jahr 1883 und den daran anknüpfenden Entwicklungen ergeben. Daraus folgt, dass diese Prinzipien insbesondere für die gesetzliche Krankenversicherung gelten.

Folgende Grundprinzipien prägen das System der Gesundheitsversorgung in Deutschland:

Versicherungspflicht

Alle Bürger sind gemäß § 5 SGB V grundsätzlich verpflichtet, sich in einer gesetzlichen Krankenkasse (GKV) zu versichern, solange sie z. B. brutto nicht mehr verdienen als einen bestimmten Betrag („Versicherungspflichtgrenze“) oder einer bestimmten Berufsgruppe angehören, vgl. § 6 SGB V.

Beitragsfinanzierung

Die Leistungen und sonstigen Ausgaben der Krankenkassen werden gemäß § 3 SGB V durch Beiträge finanziert. Diese sind anteilig von den krankenversicherten Bürgerinnen und Bürgern sowie von den Arbeitgebern zu leisten. Hinzu kommen Zuschüsse aus Steuereinnahmen.

Solidaritätsprinzip

In der Solidargemeinschaft des Gesundheitssystems tragen alle gesetzlich Versicherten gemeinsam das durch Krankheit entstehende Kostenrisiko. Jeder gesetzlich Versicherte hat den gleichen Anspruch auf eine medizinische Versorgung und die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall unabhängig von der Höhe seiner Beitragszahlungen. Die Höhe der Beitragszahlungen richtet sich nach § 3 SGB V in der Regel nach den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder. Allerdings werden die Beiträge nur bis zu einer bestimmten Einkommenshöhe, der Beitragsbemessungsgrenze, prozentual berücksichtigt. Personen, die mehr verdienen, zahlen den gleichen Höchstbetrag. Für versicherte Familienangehörige werden Beiträge nicht erhoben. Damit stehen reichere für ärmere und gesunde für kranke Menschen ein.

Selbstverwaltungsprinzip

In Deutschland wird das Gesundheitssystem nicht ausschließlich durch den Staat organisiert. Dieser legt zwar die gesetzlichen Rahmenbedingungen fest, im Übrigen organisieren sich die Träger des Gesundheitswesens aber selbst und gewährleisten die Gesundheitsversorgung letztlich in eigener Verantwortung. Zur Selbstverwaltung gehören unter anderem die gesetzlichen Krankenkassen, die Kassenärztlichen beziehungsweise die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Krankenhausgesellschaften. Das oberste Gremium der Selbstverwaltung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung ist der G-BA.⁵³

⁵³ Das IQWiG, Das deutsche Gesundheitssystem, unter: <https://www.gesundheitsinformation.de/das-deutsche-gesundheitssystem.html> (abgerufen am 19. Mai 2021).

C.1.3 Ausblick

Insbesondere durch demografische Veränderungen und den medizinischen und technischen Fortschritt unterliegt das deutsche Gesundheitssystem ständig einem Veränderungsdruck, der in den letzten Jahrzehnten aufgrund der zunehmenden demografischen Alterung, dem damit verbundenen vermehrten Patientenaufkommen und Fachkräftemangel sowie schnell voranschreitender technischer Veränderungen besonders groß geworden ist. Dies stellt die beteiligten Akteure vor immer wieder neue, große Herausforderungen, denen durch Reformen, Innovationen und Gesetzesanpassungen begegnet werden muss. Das deutsche Gesundheitssystem hat sich im Laufe der Jahre zu einem komplizierten und teils undurchsichtigen System entwickelt.

Bei Planung und Veränderung sind jeweils eine Vielzahl an unterschiedlichen Faktoren und Interessen der beteiligten Leistungserbringer und Leistungsempfänger zu berücksichtigen, abzuwägen und miteinander in Einklang zu bringen.

Die medizinische Versorgung sollte - insbesondere aus Patientensicht - eine höchstmögliche Qualität aufweisen. Dazu zählen eine bestmögliche Ausstattung an medizinischem Personal und technischen Geräten sowie die Erzielung bestmöglicher Behandlungsergebnisse, die sowohl mit der personellen und technischen Ausstattung, als auch mit einer Routine des Eingriffes in Verbindung steht. Ein größtmöglicher Ausstattungs- und damit Leistungsumfang ist in großen medizinischen Zentren, wie sie die Maximalversorger im Land darstellen, gegeben.

Solche großen medizinischen Zentren sind jedoch nicht für alle Bürgerinnen und Bürger des Flächenlandes Mecklenburg-Vorpommern in einer angemessenen Zeit - auch nicht mit einem eigenen PKW - zu erreichen. Sofern kein eigener PKW zur Verfügung steht, gestaltet sich das Thema der Erreichbarkeit noch deutlich schwieriger. Es ist daher zwingend notwendig, auch die Fläche mit medizinischen Angeboten, wie kleineren Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzten, Apotheken und Angehörigen anderer Gesundheitsberufe, abzudecken, um eine flächendeckende medizinische Versorgung der Bevölkerung sicherstellen zu können. Um eine Erreichbarkeit zu gewährleisten, muss über eine Optimierung des Öffentlichen Personennahverkehrs oder über innovative Transportlösungen nachgedacht werden. Auch die Ausstattung des Rettungsdienstes spielt diesbezüglich eine zentrale Rolle.

Mit der Größe des Krankenhauses steigen in der Regel der Umfang an personeller und technischer Ausstattung, der angebotene Leistungsumfang sowie die Anzahl der durchgeführten Eingriffe. Diese wirkt sich wiederum positiv auf die Behandlungsqualität aus. Auf der anderen Seite muss eine Transportqualität beachtet werden, welche mit steigender Entfernung abnimmt, wobei die Entfernung bei Notfällen eine noch größere Rolle spielt als bei elektiven Eingriffen. Eine größtmögliche Qualität kann damit bei Vorhaltung eines umfangreichen Versorgungsangebotes in der gesamten Fläche erreicht werden.

Die Vorhaltung eines größtmöglichen Versorgungsangebotes in der Fläche muss jedoch mit den zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln und personellen Ressourcen in Einklang gebracht werden.

Damit ergibt sich der Zielkonflikt „Qualität - Erreichbarkeit - Finanzierung“, der nur durch einen Kompromiss zwischen den Zielstellungen zu lösen ist. Diesen Kompromiss gilt es zu entwickeln, wobei dazu neue, innovative Lösungsansätze gefunden werden müssen. Dabei dürfen auch der technische Fortschritt und die demografische Entwicklung nicht außer Acht bleiben.

C.2 Qualität von Angeboten der Gesundheitsversorgung

C.2.1 Qualitätsbegriff

Um das Patientenwohl gewährleisten zu können, muss die medizinische Versorgung eine möglichst hohe Qualität aufweisen. Um diese messbar zu gestalten, bedarf es eines einheitlichen Qualitätsbegriffes sowie konkreter Anforderungen an das Vorliegen bestimmter Qualitätsmerkmale.

Das Wort „Qualität“ leitet sich von den lateinischen Begriffen „qualitas“ (Verhältnis, Beschaffenheit, Eigenschaft) und „qualis“ (wie beschaffen) ab. Der Begriff Qualität ist damit grundsätzlich wertneutral, sodass es bestimmter Kriterien zur Bestimmung des Maßes an Qualität bedarf. In der Literatur werden meist zwei unterschiedliche Definitionsansätze gegenübergestellt. Zum einen die philosophische Beschaffenheitsvorstellung, die auf die Gesamtheit der zum Betrachtungsgegenstand gehörenden Merkmale abstellt, zum anderen der Ansatz des pragmatischen Abgleiches der Beschaffenheit mit den bestehenden Anforderungen.

Eine aktuelle Definition des Qualitätsbegriffes ist in der DIN EN ISO 9000 niedergeschrieben. Danach ist Qualität der „Grad, in dem ein Satz inhärenter Merkmale Anforderungen erfüllt“. Ein Merkmal stellt eine „kennzeichnende Eigenschaft“ und eine Anforderung eine „Erwartung, die festgelegt, üblicherweise vorausgesetzt oder verpflichtend ist“, dar.⁵⁴

Die Bestimmung der Qualität setzt damit jeweils einen Bewertungsprozess voraus, dem ein Vergleich zwischen den festgestellten Qualitätsmerkmalen und den vorausgesetzten Anforderungen zugrunde liegt. Als Maßstab sind daher konkrete Qualitätsanforderungen zu bestimmen, die in unterschiedlichem Maße erfüllt werden können.⁵⁵

Die Erfassung und Darstellbarkeit von Qualität erfolgt über Qualitätsmodelle. Im deutschen Gesundheitswesen hat sich der Qualitätsansatz von Avedis Donabedian aus den 1960er Jahren bis heute durchgesetzt. Demnach wird zwischen den drei Dimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität unterschieden.

Mit der **Strukturqualität** werden die notwendigen strukturellen Voraussetzungen der Gesundheitsversorgung beschrieben. Sie umfasst alle personenbezogenen Voraussetzungen (wie Anzahl, Ausbildung und Qualifikation des Personals), materielle Elemente (z. B. bauliche und räumliche Ausstattung einer Institution) sowie organisatorische Elemente (u. a. Aufbauorganisation, finanzielle Ausstattung) der Einrichtung.

⁵⁴ Qualitätsmanagement: Strategien – Methoden - Techniken von Robert Schmitt, Tilo Pfeifer, 5. Aufl. 2015, Ziff. 2.1, S. 18 f.

⁵⁵ Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen: Grundlagen für Studium und Praxis von Peter Hensen, 2016, Ziff. 1.1.4, S. 14 f.

Die **Prozessqualität** bewertet die Prozesse und somit die Aktivitäten einer Ablaufkette wie die Gesamtbehandlung sowie Teilabschnitte der Behandlung (Ablauf und Umfang der Behandlung und der Beratung, Existenz von Standards, Einhaltung von Richt- und Leitlinien, Empathie des Personals). Bewertet werden dabei die Art und Weise der Leistungserbringung.

Das erzielte Resultat wird letztlich mit der **Ergebnisqualität** (Outcome) bewertet. Dies kann durch die Messung von objektiven Veränderungen (Verbesserung des Zustandes und der Befunde des Patienten, Auftreten von Komplikationen, Schmerzlinderung) oder durch Bestimmung subjektiver Kriterien (Patientenzufriedenheit) erfolgen.

Diese Qualitätsmodelle sind nicht zwangsläufig voneinander abhängig bzw. miteinander verknüpft. So resultiert aus einer guten Strukturqualität nicht zwangsläufig eine hohe Prozessqualität und aus einer hohen Prozessqualität nicht automatisch eine gute Ergebnisqualität, da diese jeweils neben guten Grundvoraussetzungen auch von weiteren Faktoren abhängig sind.⁵⁶

Grundlegende gesetzliche Regelungen zur Qualität finden sich insbesondere im Neunten Titel des Dritten Kapitels des SGB V. Danach sind alle Leistungserbringer im System der gesetzlichen Krankenversicherung verpflichtet, Maßnahmen zur externen Qualitätssicherung zu ergreifen und die Qualität ihrer Leistungen zu sichern und fortzuentwickeln. § 135 a SGB V schreibt beispielsweise die Verpflichtung zur Einführung eines internen Qualitätsmanagements und zur Beteiligung an Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden externen Qualitätssicherung vor.

Neben diesen gesetzlich geregelten Grundanforderungen an die Qualitätssicherung erlässt der G-BA verbindliche konkretisierende Regelungen sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich. Konkrete Anforderungen an die interne Qualitätssicherung stellt die Richtlinie des G-BA über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren, Vertragszahnärzte sowie zugelassene Krankenhäuser (Qualitätsmanagement-Richtlinie/QM-RL) auf.

Das Qualitätsmanagement umfasst dabei insbesondere folgende grundlegenden Elemente:

- Patientenorientierung einschließlich Patientensicherheit
- Mitarbeiterorientierung einschließlich Mitarbeitersicherheit
- Prozessorientierung
- Kommunikation und Kooperation
- Informationssicherheit und Datenschutz
- Verantwortung und Führung⁵⁷

⁵⁶ Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen: Grundlagen für Studium und Praxis von Peter Hensen, 2016, Ziff. 1.1.4, S. 24 f.

⁵⁷ QM-RL, in der Fassung vom 17.12.2015, BAnz AT 15.11.2016 B2, zuletzt geändert am 17.09.2020, BAnz AT 08.12.2020 B2.

Durch das **Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung** (Krankenhausstrukturgesetz - KHSG) vom 10. Dezember 2015 wurden unter anderem das Krankenhausfinanzierungsgesetz und das SGB V dahingehend angepasst, dass der Qualität der Krankenhausversorgung eine noch größere Rolle beigemessen und diese noch strenger kontrolliert wird. So wurde Qualität als Kriterium bei der Krankenhausplanung eingeführt. So beschließt gemäß § 136 c Absatz 1 SGB V der Gemeinsame Bundesausschuss Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, die als Grundlage für qualitätsorientierte Entscheidungen der Krankenhausplanung geeignet sind und nach § 6 Absatz 1 a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes Bestandteil des Krankenhausplans werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss übermittelt die Beschlüsse zu diesen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren als Empfehlungen an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden.

Je nach Festlegung auf Landesebene kann damit das Vorliegen oder Fehlen bestimmter Qualitätsindikatoren über die Aufnahme oder den Verbleib eines Krankenhauses oder einer Fachabteilung im Krankenhausplan des jeweiligen Bundeslandes entscheiden. Zudem wurden Qualitätszu- und -abschläge für Leistungen eingeführt.

Erste planungsrelevante Qualitätsindikatoren wurden bereits für die Bereiche gynäkologische Operationen, Geburtshilfe und Mammachirurgie beschlossen. In den kommenden Jahren sollen durch den G-BA weitere solcher planungsrelevanten Qualitätsindikatoren entwickelt werden. Darüber hinaus ist seit dem 1. August 2018 der Abschluss von Qualitätsverträgen möglich. Krankenkassen oder Zusammenschlüsse von Krankenkassen sollen zu den vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136 b Absatz 1 Nummer 4 SGB V festgelegten Leistungen oder Leistungsbereichen mit dem Krankenträger Verträge zur Förderung einer qualitativ hochwertigen stationären Versorgung (Qualitätsverträge) schließen. Ziel der Qualitätsverträge ist die Erprobung, inwieweit sich eine weitere Verbesserung der Versorgung mit stationären Behandlungsleistungen, insbesondere durch die Vereinbarung von Anreizen sowie höherwertigen Qualitätsanforderungen erreichen lässt.⁵⁸

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat zur Erprobung des Instruments der Qualitätsverträge vier Leistungen bzw. Leistungsbereiche festgelegt:

- Endoprothetische Gelenkversorgung
- Prävention des postoperativen Delirs bei der Versorgung von älteren Patientinnen und Patienten
- Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten
- Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus⁵⁹

⁵⁸ Vgl. § 110a SGB V.

⁵⁹ IQTIG, Qualitätsverträge, unter: <https://iqtig.org/qs-instrumente/qualitaetsvertraege/> (abgerufen am 19. Mai 2021).

Zudem legt der G-BA für Krankenhäuser für bestimmte planbare Leistungen, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist, **Mindestmengen** für die jeweiligen Leistungen je Arzt oder Standort eines Krankenhauses oder je Arzt und Standort eines Krankenhauses und Ausnahmetatbestände fest.⁶⁰ Diese Festlegungen des G-BA sind für zugelassene Krankenhäuser gemäß § 136 b Absatz 2 Satz 1 SGB V unmittelbar verbindlich. Der Gemeinsame Bundesausschuss soll bei den Mindestmengenfestlegungen gemäß § 136 b Absatz 3 SGB V Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen vorsehen, um unbillige Härten insbesondere bei nachgewiesener, hoher Qualität unterhalb der festgelegten Mindestmenge zu vermeiden. Sofern eine durch den G-BA beschlossene Mindestmenge bei planbaren Leistungen voraussichtlich nicht erreicht wird, dürfen entsprechende Leistungen nicht bewirkt werden. Einem Krankenhaus, das die Leistungen dennoch bewirkt, steht kein Vergütungsanspruch zu.⁶¹ Gemäß § 136 b Absatz 5 SGB V kann die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde Leistungen aus dem vom G-BA aufgestellten Katalog bestimmen, bei denen die Anwendung des Absatzes 4 Satz 1 und 2 die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung gefährden könnte. Die Landesbehörde entscheidet auf Antrag des Krankenhauses für diese Leistungen über die Nichtanwendung dieser Regelungen.

In der Diskussion befindet sich derzeit der Entwurf der Bundesregierung eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz - GVWG)⁶². Dieses sieht in Artikel 1 Nr. 41 d) eine Streichung des § 136 b Absatz 5 SGB V und damit des Rechts der Landesplanungsbehörden, zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung Ausnahmeregelungen von den Mindestmengenvorgaben des G-BA treffen zu können, vor. Begründet wird dies damit, dass „bereits bisher im Rahmen einer sogenannten Folgenabschätzung insbesondere etwaige Standortschließungen, die daraus folgenden Umverteilungen von Patientinnen und Patienten sowie geänderte Entfernungen und Fahrzeiten wissenschaftlich erarbeitet und im Rahmen der Beschlussfassung einer Mindestmenge vom G-BA berücksichtigt“ werden. Daher soll „eine Abwägung bei bestehender Evidenz für die Festlegung einer Mindestmenge, zu Gunsten des Schutzes des Grundrechts der Patientinnen und Patienten auf Leben und körperliche Unversehrtheit, zu einer Streichung der Regelungen zur Bestimmung eines Ausnahmetatbestandes“ führen.⁶³

Die Abschaffung des § 136 b Absatz 5 SGB V wird vom Bundesrat abgelehnt. Dies beschloss der Bundesrat in seiner 1000. Sitzung am 12. Februar 2021 mehrheitlich. Dieser sieht den Ländern damit jede Möglichkeit genommen, flexibel zu reagieren. Nicht immer ist nach Ansicht des Bundesrates das Unterschreiten der Mindestmengenanforderungen allein durch das Krankenhaus verschuldet. Obwohl Mindestmengen grundsätzlich befürwortet werden, fordert er in Einzelfällen eine Ausnahme nach Prüfung durch das Land, um die Behandlung von komplexen und seltenen Krankheitsbildern weiterhin zu ermöglichen. Bei Entfallen der Abweichungskompetenz der Länder sieht der Bundesrat die flächendeckende Versorgung, insbesondere in Flächenländern, als gefährdet an. Auch würde die Planungskompetenz der Länder in den Leistungsbereichen, für die es Mindestmengen gibt, faktisch unterlaufen, was einen außerordentlichen Eingriff in die verfassungsrechtlich den Ländern zustehende Krankenhausplanungskompetenz darstellte.⁶⁴

⁶⁰ Vgl. § 136 b Absatz 1 Nr. 2.

⁶¹ Vgl. § 136 b Absatz 4 Satz 1 und 2 SGB V.

⁶² Bundestagsdrucksache 19/26822 vom 19. Februar 2021.

⁶³ Bundestagsdrucksache 19/26822 vom 19. Februar 2021, S. 91 f.

⁶⁴ Bundesratsdrucksache 12/21 vom 12. Februar 2021, S. 5 f.

Die Qualität wird von den angehörten Krankenkassen häufig als das maßgebliche Kriterium gesehen, auch wenn eine höhere Qualität häufig weitere Wege bedeutet. Zur Sicherstellung von guter Qualität werden einheitliche, flächendeckend gültige und verbindlich einzuhaltende Qualitätskriterien gefordert, die auch im Krankenhausplan Mecklenburg-Vorpommern verstärkt Berücksichtigung finden sollen. Insbesondere wird die Einhaltung der vorgegebenen Mindestmengen als notwendig zur Erreichung einer hohen Qualität gesehen. Diesbezüglich wird die Zentrierung bestimmter Leistungen gefordert.⁶⁵

Als Kriterien für eine gute Versorgung nennt die AOK Nordost die Verfügbarkeit, die Erreichbarkeit, die Ausrichtung der Behandlungsergebnisse auf Heilung, Verbesserung, Stabilisierung oder palliative Begleitung, die Bedarfsorientierung als Handlungsmaxime sowie die Ermittlung von Qualitätsindikatoren mittels Routinedaten in Zusammenarbeit von Kliniken, Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassen.⁶⁶ Die Ärztekammer MV fordert eine Orientierung an den Kriterien der Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations aus dem Jahr 1988, wonach die medizinische Versorgung anhand ihrer Zugänglichkeit, Angemessenheit, Stetigkeit, Koordination, Wirksamkeit unter Idealbedingungen, Wirksamkeit der Versorgungspraxis, Effektivität, Wirtschaftlichkeit, Patientenorientierung, Sicherheit der Versorgungsumgebung und Rechtzeitigkeit beurteilt wird.⁶⁷ Die Kassenärztliche Vereinigung MV und die Universitätsmedizin Greifswald sprechen sich dafür aus, bei der Umsetzung der Qualitätsparameter des G-BA die besonderen infrastrukturellen und demografischen Eigenheiten und Voraussetzungen einer Region zu beachten und teilweise individuelle Regelungen auf Landesebene zu treffen, die die Vorgaben des G-BA modifizieren.⁶⁸

C.2.2 Patientenbeteiligung

Die Zusammenarbeit mit den Patientinnen und Patienten ist ein wichtiger Baustein, um eine qualitativ hochwertige und patientenzentrierte Versorgung erreichen zu können. Um die Versorgung am Patienten ausrichten zu können, müssen diese mit in Entscheidungen rund um die medizinische Versorgung einbezogen werden. Eine Beteiligung ist auch insbesondere zur Aufklärung und zukünftigen Vermeidung von Behandlungsfehlern erforderlich. So tragen Patientenbefragungen zu einer Qualitätssicherung und -verbesserung sowie einer patientenorientierten Weiterentwicklung des Versorgungsangebotes bei.

Um ihre Forderungen und Ziele mit Nachdruck verfolgen und durchsetzen zu können, haben sich Patientinnen und Patienten in **Patientenorganisationen** organisiert. Dies ermöglicht ihnen auch, nicht nur für sich, sondern auch für andere Betroffene zu sprechen. Erste Zusammenschlüsse von Betroffenen gab es bereits während des Ersten Weltkrieges und zu DDR-Zeiten. 1990 erfolgten dann die ersten Gründungen von Landesverbänden in Mecklenburg-Vorpommern.

⁶⁵ Stellungnahme der AOK zur 4. Sitzung am 09.09.2020, S. 1, Kommissionsdrucksache 7/11, S. 9; Stellungnahme der TK zur 4. Sitzung am 09.09.2020, S. 1, Kommissionsdrucksache 7/11, S. 125; Stellungnahme der BARMER zur 4. Sitzung am 09.09.2020, S. 2, Kommissionsdrucksache 7/11, S. 38; Stellungnahme des vdek zur 4. Sitzung am 09.09.2020, S. 1 f., Kommissionsdrucksache 7/11, S. 181.

⁶⁶ Stellungnahme der AOK zur 4. Sitzung am 09.09.2020, S. 2, Kommissionsdrucksache 7/11, S. 10.

⁶⁷ Stellungnahme der ÄKMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 2 f., Kommissionsdrucksache 7/15, S. 180 f.

⁶⁸ Stellungnahme der KVMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 16, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 28; Stellungnahme der UMG zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 16, Kommissionsdrucksache 7/13, S. 30.

Patientenorganisationen sind in den meisten Fällen als eingetragener Verein organisiert, sodass gewisse Transparenzpflichten hinsichtlich der erhaltenen Zuwendungen und Ausgaben bestehen. Die Organisationen sind nahezu ausschließlich ehrenamtlich tätig. Jede Patientenorganisation stellt für sich eine Solidargemeinschaft dar. Die Organisation erfolgt über Gruppen, Ortvereine/Ortsverbände, Landesverbände, Bundesorganisationen, europaweit und auch weltweit in Patientennetzwerken. Um die verschiedenen Organisationen im Land zu verknüpfen, wurde 1993 der Dachverband der Selbsthilfeorganisationen, der heutige SELBSTHILFE MV e. V., gegründet. Die originäre Selbsthilfe und damit die Hilfe von Betroffenen für Betroffene, wird in Mecklenburg-Vorpommern vor allem von der SELBSTHILFE MV mit 230 Ortsgruppen und -vereinen und 25 Landesverbänden mit circa 15.000 Mitgliedern betrieben. Zudem sind zwei weitere Patientenorganisationen mit 10 bis 15 Ortsgruppen und -vereinen und etwa 900 Mitgliedern im Land, die nicht Mitglied in der SELBSTHILFE MV sind, tätig. Des Weiteren gibt es „freie“ Gruppen und Einzelkämpfer, die sich keiner Gruppe angeschlossen haben.

Auf Bundesebene ist der Dachverband Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE mit mittlerweile 120 Bundesverbänden, 12 Landesstrukturen und sieben Fachgesellschaften aktiv. In diesen organisieren sich mehr als eine Million Betroffene in über 6.000 örtlichen Gruppen und Vereinen. Selbsthilfegruppen gibt es zudem bei Wohlfahrtsverbänden, Sozialverbänden und „freien“ Organisationen sowie in der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen mit ihrem Dachverband, der NAKOS.

Ziel der Organisationen ist jeweils die gemeinsame Vertretung von Patienteninteressen gegenüber der Politik, der Verwaltung, Kostenträgern und Leistungserbringern. Die Unterstützungsleistungen für die Betroffenen, ihre Angehörigen, die Öffentlichkeit sowie Entscheidungsträger umfassen dabei Aufklärung, Beratung und Information.

Patientinnen und Patienten erwarten eine zeit- und wohnortnahe Behandlung sowie von der Ärzteschaft eine gewisse Zugewandtheit und eine hohe Versorgungs- und Servicequalität nach dem aktuellen Stand. Auskünfte der Ärzte müssen für Patientinnen und Patienten verständlich sein.

Diese wollen über Behandlungsalternativen informiert und in die Entscheidungsfindung miteinbezogen werden. Eine Beteiligung der Interessenvertretungen sowie Verhandlungen sollten dabei auf Augenhöhe erfolgen.⁶⁹

Vertreter der Patientenorganisationen werden im deutschen Gesundheitssystem an mehreren Stellen miteinbezogen und an Entscheidungen beteiligt. Sie sind in allen Gremien vertreten, in denen der Gesetzgeber dies nach § 140 f SGB V vorsieht. In diesen Gremien haben sie unterschiedliche ausgestaltete Mitwirkungs- und Mitbestimmungsrechte.

So steht den für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen im Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 91 SGB V und in der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20 e Absatz 1 SGB V ein Mitberatungsrecht zu. Bei bestimmten Beschlüssen des G-BA haben die Organisationen zudem das Recht, Anträge zu stellen.

⁶⁹ Protokoll der 16. Sitzung der Enquete Kommission vom 24. März 2021, S. 6 ff., Beitrag Schießer.

Die auf Landesebene für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen erhalten beispielsweise in den Landesausschüssen nach § 90 SGB V, dem gemeinsamen Landesgremium nach § 90 a SGB V und bei bestimmten Entscheidungen in den Zulassungsausschüssen nach § 96 SGB V ein Mitberatungsrecht.

Durch die Krankenkassen und ihre Verbände werden gemäß § 20 h Absatz 1 SGB V Selbsthilfegruppen und -organisationen gefördert, die sich der gesundheitlichen Prävention oder der Rehabilitation von Versicherten verschrieben haben. Diese Förderung gilt nur für bestimmte, durch den Spitzenverband der Krankenkassen auf Bundesebene festgelegte Krankheitsbilder.

Der Gesetzgeber hat mit dem Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) den Anspruch gesetzlich versicherter Patienten auf ein **Entlassmanagement** eingefügt. Gemäß § 39 Absatz 1 a SGB V umfasst die Krankenhausbehandlung ein Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung. Umfasst sind alle Leistungen, die für die Versorgung nach einer Krankenhausbehandlung erforderlich sind, wie insbesondere eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung, die Stellung einer Haushaltshilfe und die Erbringung einer Kurzzeitpflege. Das Entlassmanagement umfasst auch die Verordnung einer erforderlichen Anschlussversorgung durch eine Behandlung in einem anderen Krankenhaus. Das Krankenhaus kann durch Vereinbarung Aufgaben des Entlassmanagements auf andere Leistungserbringer wie Ärzte oder Medizinische Versorgungszentren übertragen. Der Versicherte hat gegenüber seiner Krankenkasse einen Anspruch auf Unterstützung des Entlassmanagements.

In der Praxis haben noch nicht alle Krankenhäuser ein Entlassmanagement etabliert bzw. dieses in ihre regelhaften Abläufe übernommen. Damit entstehen weiterhin Versorgungsbrüche nach der Entlassung von Patientinnen und Patienten aus der stationären Krankenhausversorgung. Dies erschwert und verzögert die Inanspruchnahme von Anschlussbehandlungen bzw. den Übergang in die eigene Häuslichkeit und steht der Überwindung von Sektorengrenzen entgegen.⁷⁰ Die Orientierung am Patientenwohl sowie die Stärkung der Patientensouveränität, insbesondere durch umfassende und verständliche Informationsmöglichkeiten, werden als äußerst wichtig angesehen.⁷¹

⁷⁰ Stellungnahme der AOK zur 4. Sitzung am 09.09.2020; Kommissionsdrucksache 7/11, S. 14.

⁷¹ Stellungnahme der DAK zur 4. Sitzung am 09.09.2020, S. 9 f., Kommissionsdrucksache 7/11, S. 92 f.; Stellungnahme der BARMER zur 4. Sitzung am 09.09.2020, S. 14, Kommissionsdrucksache 7/11, S. 50.; Stellungnahme Augursky/Pilny zur 8. Sitzung am 21.10.2020, S. 7, Kommissionsdrucksache 7/47, S. 162.

Die SELBSTHILFE MV stellte dazu bereits u. a. folgende konkrete Forderungen auf:

- ähnliche Patientenbeteiligungsverordnung wie auf Bundesebene, um klar zu regeln, wer konkret für welche Gremien und in welcher Form seine Vertreter benennen dürfe.
- Patientenfürsprecher oder Patientenbeauftragte
- Patientenbeschwerdestellen in Mecklenburg-Vorpommern
- Barrierefreiheit als Standard
- Patientenorientierung als Maßstab für Qualität
- Förderung der spezialisierten Versorgung bei komplexen Beeinträchtigungen und seltenen Erkrankungen
- stärkere Aus- und Fortbildung bei den Gesundheitsberufen mit der Zielstellung der Patientenorientierung.
- Schulung von Patientinnen und Patienten - etwa an Volkshochschulen - damit sich diese besser im Gesundheitssystem zurechtfinden und ihre Bedürfnisse besser darstellen können.⁷²

C.2.3 Versorgungsplanung

Die gesundheitliche Versorgung gliedert sich gegenwärtig in drei wesentliche Bereiche: Die Primärversorgung (ambulante Behandlung durch niedergelassene Ärzte), die Akutversorgung (stationäre Versorgung im Krankenhaus) und die Rehabilitation.⁷³ Die vollstationäre Versorgung erfolgt im Krankenhaus, insofern eine ambulante oder teilstationäre medizinische Versorgung nicht ausreicht. Nach Aussagen des Gutachtens sollte bei der Versorgung stets der Grundsatz „digital vor ambulant vor stationär“ gelebt werden.⁷⁴

C.2.3.1 Stationäre Versorgung

Krankenhausplanung ist gemäß Art. 30, 70 Grundgesetz (GG) Ländersache. Es handelt sich dabei um eine Raumplanung, bei der Krankenhäuser so in der Fläche positioniert werden, dass eine Zielfunktion maximiert wird. Diese Zielfunktion ist in der Regel die Kombination der gegensätzlichen Ziele Gerechtigkeit und Effizienz. Zum einen soll eine möglichst gleichmäßige Versorgung der Bevölkerung sichergestellt werden (Gerechtigkeit), zum anderen sollen die Krankenhäuser so im Raum verteilt werden, dass die Gesamtkosten der Versorgung minimiert werden (Effizienz). Das Streben nach Gerechtigkeit führt zu vielen kleinen Krankenhäusern, während das Effizienzziel in der Regel ein oder wenige Zentren bevorzugt. Die Landeskrankenhausplanung versucht den bestmöglichen Kompromiss zwischen diesen beiden Zielen umzusetzen.⁷⁵

⁷² Protokoll der 16. Sitzung der Enquete Kommission vom 24. März 2021, S. 29 ff., Beitrag Schießer.

⁷³ Bundesministerium für Gesundheit (2019): Krankenhauslandschaft.

⁷⁴ Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 9.

⁷⁵ Fleßa 2018, S. 52.

Als operative Grundlage dienen eine Bedarfs- und Krankenhausanalyse. Die Bedarfsanalyse stellt auf den Bedarf der Bevölkerung an Krankhausbetten ab.⁷⁶ Als Instrument zur Ermittlung wird überwiegend die Hill-Burton-Formel (HBF)⁷⁷ verwendet.⁷⁸ Die Krankenhausanalyse beschreibt die vorhandenen Strukturmerkmale der Versorgung in den Krankenhäusern, die bereits in den Krankenhausplan aufgenommen worden sind bzw. werden sollen. Im Krankenhausplan wird letztlich festgelegt, durch welche Krankenhäuser der ermittelte Bedarf gedeckt werden soll. Diese bekommen per Feststellungsbescheid mitgeteilt, dass sie einen Versorgungsauftrag übernehmen dürfen. Es handelt sich dann um Plankrankenhäuser, mit denen die Krankenkassen kontrahieren müssen. Kliniken werden nach ihrem Leistungsumfang, d. h. der Intensität der möglichen Patientenversorgung, in vier verschiedene Versorgungsstufen eingeteilt: in Häuser der Grund-, Regel-, Schwerpunkt- und Maximalversorgung.⁷⁹

In Mecklenburg-Vorpommern wurden 1992, 1997, 1999 und 2005 Krankenhauspläne verabschiedet. Der ab 1. Januar 2012 geltende Krankenhausplan löst auf Grundlage von § 9 des am 18. Mai 2011 vom Landtag Mecklenburg-Vorpommern verabschiedeten Krankenhausgesetzes für das Land Mecklenburg-Vorpommern (LKHG MV) den Vierten Krankenhausplan aus dem Jahr 2005 ab. Der Krankenhausplan wurde vom Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit in enger Zusammenarbeit mit den an der Krankenhausplanung Beteiligten erstellt.⁸⁰ Beteiligt sind die Landesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen, der Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung, die Krankenhausgesellschaft des Landes und die Kommunalen Landesverbände.⁸¹ Dieser Planungsausschuss hat jedoch nur eine beratende Funktion.⁸² Der Krankenhausplan weist (Stand November 2020) 10.142 Planbetten und 1.436 tagesklinische Plätze aus, die sich auf 37 Krankenhausstandorte verteilen. Insgesamt gibt es 40 Standorte, an denen die akutstationäre Versorgung stattfindet. Unter diesen befinden sich zehn Fachkliniken. In Mecklenburg-Vorpommern gibt es vier Maximalversorger: die beiden Universitätskliniken Rostock und Greifswald sowie das Dietrich-Bonhoeffer-Krankenhaus in Neubrandenburg und HELIOS Schwerin (**Abbildung 3**).

⁷⁶ Garre, Schliemann und Schönbach 2015.

⁷⁷ HBF: $\text{Bettenbedarf} = (\text{Einwohnerzahl} * \text{Krankenhaushäufigkeit} * \text{Verweildauer} * 100) / (1.000 * \text{Bettennutzungsgrad} * 365 \text{ Tage})$

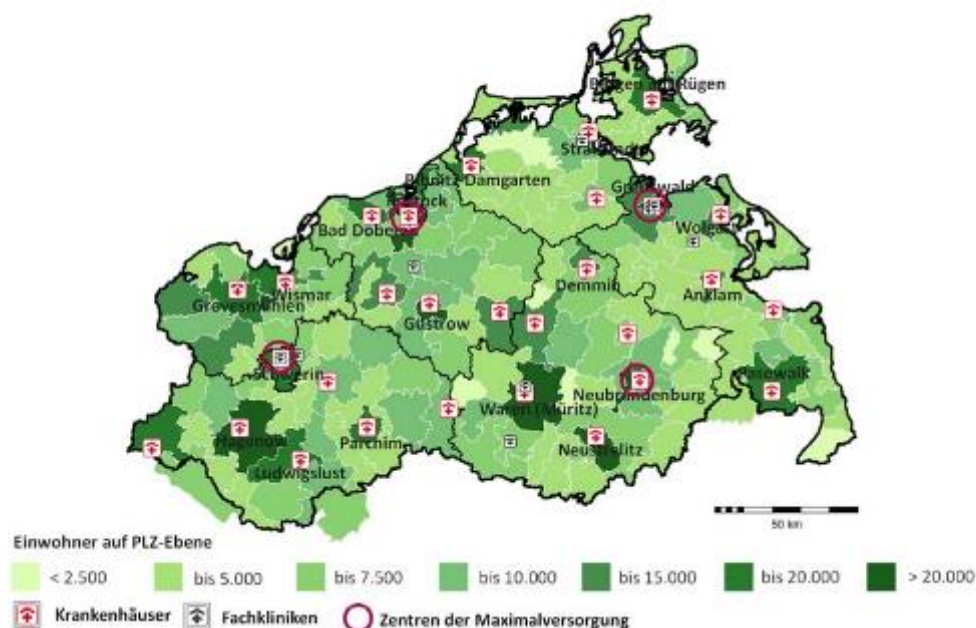
⁷⁸ SVR zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014, S. 165.

⁷⁹ Garre, Schliemann und Schönbach, K.-H., 2015.

⁸⁰ Landeskrankenhausplan Mecklenburg-Vorpommern, 2020, S. 4.

⁸¹ Stellungnahme der KGMV zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 1, Kommissionsdrucksache 7/14, S. 11.

⁸² Garre, Schliemann und Schönbach 2015.

Abbildung 3: Übersicht Krankenhausstandorte in Mecklenburg-Vorpommern

Anmerkung: Die gekennzeichneten Standorte umfassen 30 Krankenhäuser und zehn Fachkliniken.

Quelle: G-BA 2020, Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit des Landes Mecklenburg-Vorpommern (2020), Darstellung aus dem Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 28.

Die Rechtsgrundlagen bilden das Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz-KHG), das Krankenhausgesetz für das Land Mecklenburg-Vorpommern (LKHG MV) sowie das Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) in der jeweils geltenden Fassung.⁸³ Gemäß § 1 Absatz 1 S. 1 KHG wird der Zweck verfolgt, „eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung des Landes Mecklenburg-Vorpommern mit leistungsfähigen, wirtschaftlich gesicherten, sparsam und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern sicherzustellen sowie zu sozial tragbaren Entgelten beizutragen.“ § 9 Abs. 1 LKHG MV präzisiert und ergänzt den planerischen Sicherstellungsauftrag und das Nähere zur Investitionsförderung. So sind insbesondere „die Qualität und Sicherstellung der Versorgung zu beachten.“

⁸³ Landeskrankenhausplan Mecklenburg-Vorpommern 2020, S. 4.

Der Krankenhausplan wird gemäß § 9 Absatz 1 S. 1 LKHG MV entsprechend der tatsächlichen Bedarfsentwicklung regelmäßig fortgeschrieben. Dabei wird auf die Rahmenbedingungen wie Bevölkerungszahl und -struktur, Morbidität, neue Methoden von Diagnostik und Therapie, neue Organisationsformen zur Leistungserbringung oder die gesetzlichen Grundlagen abgestellt. Insbesondere die demographische Entwicklung hat in den vergangenen Jahren Einfluss auf die Krankenhausplanung genommen.⁸⁴ Die Fortschreibung der Krankenhauspläne der Länder erfolgt jährlich.⁸⁵

Gemäß § 9 Absatz 1 S. 1 LKHG MV ist die Krankenhausplanung als Rahmenplanung angelegt. Damit wird grundsätzlich darauf verzichtet, den Versorgungsauftrag für die hiervon umfassten Krankenhäuser bis ins Detail festzulegen. Die planerischen Bestimmungen betreffen insbesondere

- den Standort des Krankenhauses und gegebenenfalls die Standorte seiner Betriebsstätten,
- die bedarfsgerechten Fachabteilungen des Krankenhauses und
- die Gesamtplanbettenzahl des Krankenhauses.⁸⁶

Hinsichtlich der Einwohnerzahl besitzt Mecklenburg-Vorpommern eine leicht überdurchschnittliche Zahl an Krankenhausstandorten. Auf seine Fläche bezogen weist das Land dagegen die wenigsten Standorte auf: 17 Standorte auf 10 000 km². Bundesweit liegt der Durchschnitt bei 56. Nach deutschen Verhältnissen besteht folglich kaum weiteres Zentralisierungspotential der Krankenhausstruktur. Allerdings gibt es auch Länder mit einer deutlich geringeren Krankenhausedichte. So weist Dänemark auf 10 000 km² nur sechs Standorte auf. Das zeigt, dass es Versorgungsstrukturen geben muss, die eine stärkere Zentralisierung grundsätzlich ermöglichen.

Mecklenburg-Vorpommern weist eine leicht überdurchschnittliche Anzahl an Krankenhausbetten je Krankenhaus auf, was sich auf die Altersstruktur der Bevölkerung zurückführen lässt. Insgesamt werden jährlich rund 420 000 Patienten stationär versorgt. Davon entfallen circa zwei Drittel auf die Basisversorgung.⁸⁷

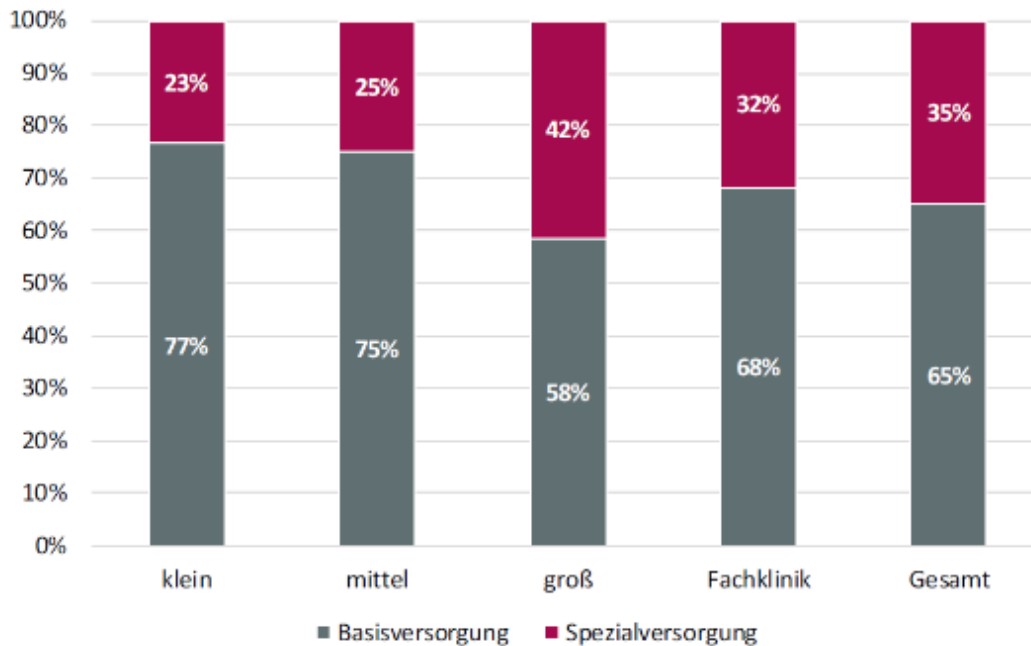
Seit 2014 stagniert die Anzahl stationärer Fälle in Mecklenburg-Vorpommern. Die Hospitalisierungsrate lag im Jahr 2018 mit etwa 25,6 stationären Fällen je 100 Einwohner höher als im Bundesdurchschnitt (23,4). Abbildung 2 zeigt, wie sich die erbrachten Leistungen der Basis- und Spezialversorgung im Jahr 2018 auf die Krankenhaustypen aufteilen. Durchschnittlich entfallen 65 Prozent aller Fälle auf die Basis- und 35 Prozent auf die Spezialversorgung (**Abbildung 4**).

⁸⁴ Landeskrankenhausplan Mecklenburg-Vorpommern 2020, S. 6.

⁸⁵ SVR zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014, S.163.

⁸⁶ Landeskrankenhausplan Mecklenburg-Vorpommern 2020, S. 9.

⁸⁷ Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 75.

Abbildung 4: Stationäre Fälle nach Versorgungsart und Krankenhausgröße (2018)

Quelle: G-BA 2020, Darstellung aus dem Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 30.

In Mecklenburg-Vorpommern gibt es insbesondere hinsichtlich der Frauenheilkunde und Geburtshilfe viele kleine Standorte. Die Schwierigkeiten, mit denen insbesondere kleine Standorte konfrontiert werden, werden sich in Zukunft durch die veränderte Demografie und die Ambulantisierung weiter verschärfen.⁸⁸

Zudem befinden sich in Mecklenburg-Vorpommern 60 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Diese sind in jeweils unterschiedlicher Trägerschaft.⁸⁹

Spezialisierte Leistungen können häufig nur in großen Zentren angeboten werden, da naturgemäß nur dort die entsprechende Ausstattung und die erforderlichen Fachkräfte vorgehalten werden. Wichtig wird deshalb sein, wie der bestmögliche Kompromiss mit einer wohnortnahen Grund- und Notfallversorgung einerseits und (teils wohnortferneren) Spezialleistungen andererseits erreicht werden kann. Es spielt auch eine Rolle, welche Instrumente zur Distanzüberbrückung dienen können und welches maximale Zeitfenster als vertretbar angesehen wird.

⁸⁸ Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 64.

⁸⁹ Tourismusverband Mecklenburg-Vorpommern e. V., Rehakliniken in Mecklenburg-Vorpommern, unter: <https://www.auf-nach-mv.de/gesundheitsurlaub-rehakliniken> (abgerufen am 19. Mai 2021).

Abhängig ist die Beantwortung dieser Fragen von medizinischen Aspekten, aber auch von den vorhandenen finanziellen und personellen Ressourcen der Gesundheitsversorgung.⁹⁰ In den Anhörungen wurde eine weitere Zentralisierung und Spezialisierung von dafür geeigneten Leistungen durch die Krankenkassen⁹¹, Universitätskliniken⁹² und externen Experten⁹³ befürwortet.

So könnte eine deutlich bessere Versorgung ermöglicht werden als durch eine kleinteilige Krankenhausstruktur.⁹⁴ Voraussetzung sei allerdings die Erhöhung der Rettungskapazitäten.⁹⁵ Dabei kann ein Beibehalten der während der COVID-19-Pandemie entwickelten Cluster-Strukturen in der Krankenhauslandschaft zielführend sein. Eine Zentralisierung muss stets gut abgestimmt werden und durch eine gut ausgeprägte Kooperation der einzelnen Krankenhausstandorte untereinander begleitet sein.

Die Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern stellte fest, die hochspezialisierte medizinische Versorgung kann nicht dem ambulanten Sektor zugeordnet werden, sondern muss in entsprechenden stationären Versorgungszentren erfolgen. Einen sektorenübergreifenden Versorgungsansatz hier einzurichten, ist nicht umsetzbar.⁹⁶

Der G-BA legt für bestimmte planbare stationäre Leistungen, bei denen ein Zusammenhang zwischen der Durchführungshäufigkeit und der Behandlungsqualität besteht, auf Basis der verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse Mindestmengen fest. Ziel dieser gesetzgeberischen Maßnahme ist das Ziel, besonders schwierige Eingriffe aus Gründen der Qualitätssicherung nur von solchen Kliniken durchführen zu lassen, deren Ärzte über ausreichend Erfahrung verfügen.⁹⁷ Die Vorgaben werden in den fünf nördlichen Landkreisen (Schwerin, Nordwestmecklenburg, Rostock, Rostock Stadt, Vorpommern-Rügen) vollständig erreicht. Die südliche Region (Mecklenburgische Seenplatte, Ludwigslust Parchim) erreicht zwischen 80 und 99 Prozent der Mindestmengenvorgaben. Ein geringer Erreichungsgrad tritt in Vorpommern-Greifswald auf.⁹⁸

Seitens des Gutachtens wird für das gesamte Bundesland Mecklenburg-Vorpommern, wie in **Abbildung 5** dargestellt, ein Rückgang der stationären Fallzahlen bis 2030 erwartet. Die Bevölkerungsentwicklung für sich genommen würde zwar eher zu einer Fallzahlsteigerung - je nach Region - zwischen 5,0 bis 6,4 Prozent führen. Unter Berücksichtigung des ambulanten Potenzials hingegen ist effektiv mit einem Rückgang von 4,4 bis 5,8 Prozent zu rechnen.⁹⁹

⁹⁰ Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 27 ff.

⁹¹ Kommissionsdrucksache 7/11.

⁹² Kommissionsdrucksache 7/13.

⁹³ Stellungnahme Dr. Oling zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 4, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 118; Protokoll der 8. Sitzung der Enquete-Kommission vom 21. Oktober 2020, S. 13, Beitrag Hoffman u. S. 21, Beitrag Busse.

⁹⁴ Protokoll der 10. Sitzung der Enquete-Kommission vom 25. November 2020, S. 20, Beitrag Albrecht.

⁹⁵ Protokoll der 8. Sitzung der Enquete-Kommission vom 21. Oktober 2020, S. 16, Beitrag Hoffmann.

⁹⁶ s. Kommissionsdrucksache 7/15, S. 28.

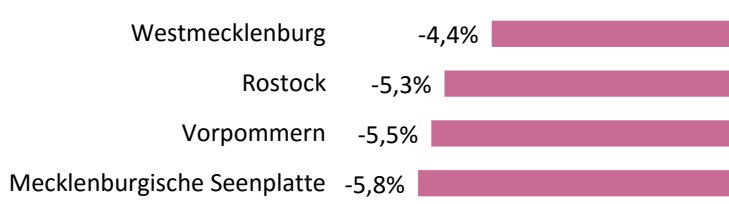
⁹⁷ G-BA, Mindestmengenregelung, unter: <https://www.g-ba.de/themen/qualitaetssicherung/vorgaben-zur-qualitaetssicherung/vorgaben-mindestmengenregelungen/> (abgerufen am 19. Mai 2021).

⁹⁸ Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 31.

⁹⁹ ebd., S. 56.

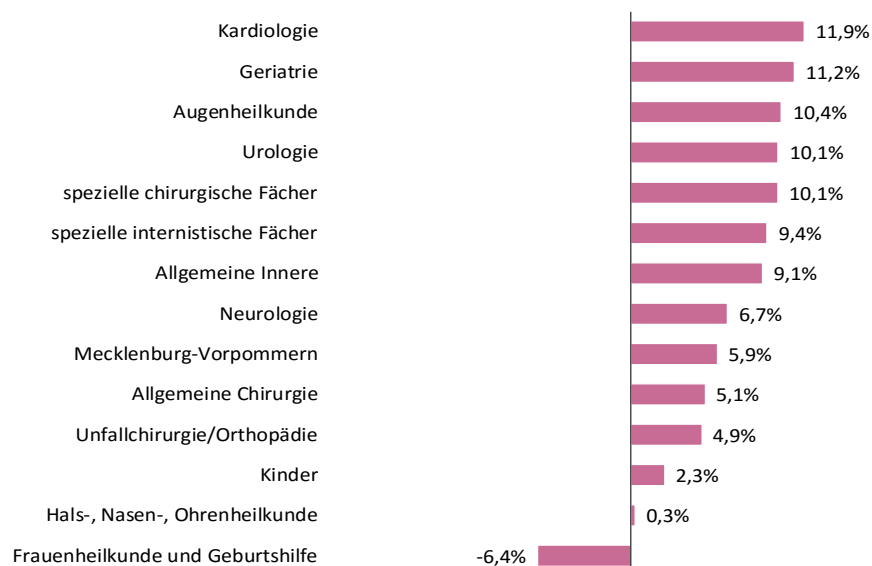
Wird ausschließlich die Bevölkerungsentwicklung (Demografie) berücksichtigt, ergeben sich für alle Fachabteilungen mit Ausnahme der Frauenheilkunde und Geburtshilfe steigende Fallzahlen (**Abbildung 6**). Unter Berücksichtigung der Möglichkeiten für Ambulantisierung ergeben sich hingegen nur für die Geriatrie und Kardiologie steigende Fallzahlen bis 2030.¹⁰⁰ Insbesondere im chirurgischen Bereich sinkt der stationäre Bedarf dabei auffällig stark.¹⁰¹ Die erwarteten Veränderungen der Fallzahlen werden sich auch auf die erforderlichen stationären Bettenkapazitäten auswirken.¹⁰²

Abbildung 5: Erwartete Fallzahlveränderung (Demografie und ambulantes Potenzial) je Region bis 2030



Quelle: FDZ Ruhr am RWI 2017; Statistisches Bundesamt und Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 56

Abbildung 6: Erwartete Fallzahlveränderung (nur Demografie) je Fachabteilungscluster bis 2030



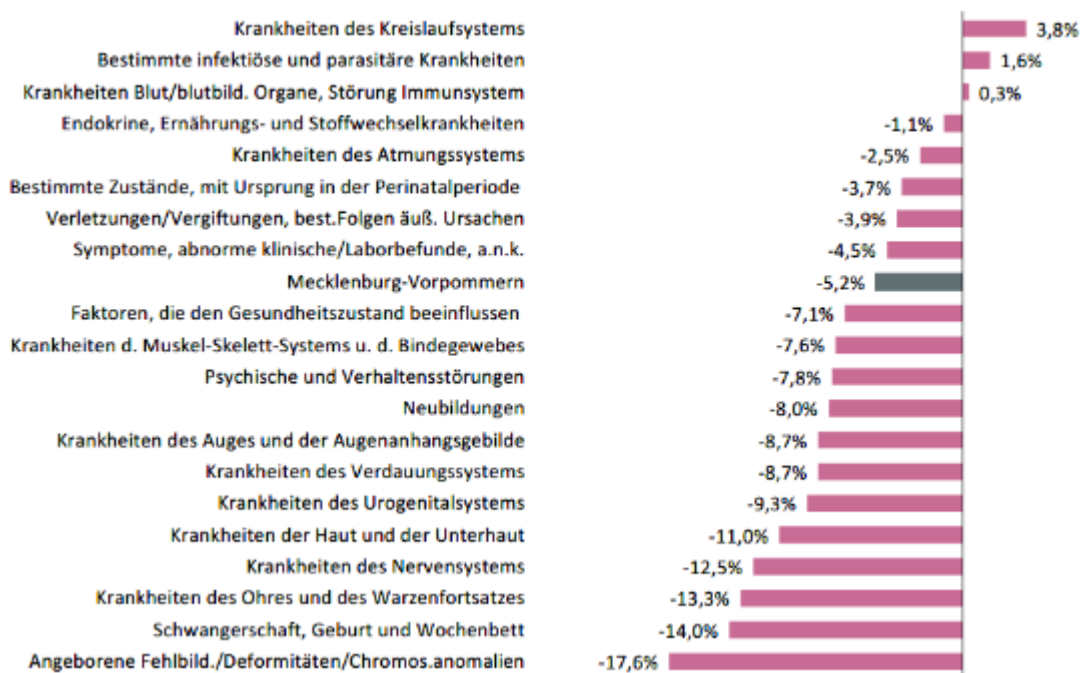
Quelle: FDZ Ruhr am RWI 2017; Statistisches Bundesamt und Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 58

¹⁰⁰ ebd., S. 57.

¹⁰¹ ebd., S. 59.

¹⁰² ebd., S. 61.

Abbildung 7: Erwartete Fallzahlveränderung (Demografie und ambulantes Potenzial) je Diagnosegruppe bis 2030



Quelle Statistisches Bundesamt 2018 und Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 55.

Insbesondere die Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie die Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde sind von einem starken Fallzahlrückgang betroffen (**Abbildung 7**). Das führt zu enormen Herausforderungen, da somit die Vorhaltekosten für die Krankenhausversorgung immer schlechter erwirtschaftet werden können. Es gibt bereits viele kleine Krankenhausstandorte im Land und die wirtschaftliche Lage dürfte sich bei einer Fortschreibung des Status quo zukünftig verschlechtern. Auch die ärztliche Ausbildung kann ohne die erforderliche Zahl an Eingriffen nicht gewährleistet werden.¹⁰³

Laut der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern stellen fehlende Fachkräfte derzeit die größte Herausforderung für die stationäre Versorgung dar.¹⁰⁴

Das Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“ empfiehlt bei der Krankenhausversorgung in Mecklenburg-Vorpommern eine stärkere Zentralisierung und Schwerpunktbildung. Diese würde zu größeren Fallzahlen in den einzelnen Kliniken führen, wodurch die medizinische Qualität gesteigert und die Vorhaltekosten einfacher refinanziert werden könnten. Gleichzeitig würden sich jedoch die Erreichbarkeiten für einige Versorgungsbereiche verlängern.¹⁰⁵ Nur in Einzelfällen muss hinterfragt werden, ob ein Krankenhaus an dem jetzigen Standort langfristig erforderlich sein wird. Bei hochspezialisierten Fachkliniken stellt sich die Frage, ob gegebenenfalls sogar eine trägerübergreifende Integration ermöglicht werden kann.

¹⁰³ Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 55 ff.

¹⁰⁴ Stellungnahme der KGMV zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 1, Kommissionsdrucksache 7/14, S. 11.

¹⁰⁵ Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 86.

Auch auf überregionaler Ebene sind Kooperationen nötig, um Spezialangebote landesweit abzustimmen.¹⁰⁶

Bei Investitionen in Neu- und Umbauten sollte stets eine flexible Bauweise gewählt werden, um Entwicklungen hinsichtlich der Ambulantisierung und Digitalisierung im Laufe der Zeit abbilden zu können.¹⁰⁷

Hinsichtlich der Finanzierung können abgespeckte DRG in Tageskliniken eine Option sein. Eine Tagesklinik würde weiterhin im Krankenhausplan geführt. Sie würde für tagesklinische, also praktisch ambulante Fälle jedoch die entsprechende DRG abrechnen, die um betten-spezifische Kostenkomponenten bereinigt wären. Damit bliebe für Krankenhäuser der Deckungsbeitrag auch bei ambulanter Leistungserbringung erhalten und Krankenkassen sparten gleichzeitig Kosten.¹⁰⁸

Die Nachbehandlung nach einem Aufenthalt im Krankenhaus durch niedergelassene Ärzte kann derzeit nicht immer sichergestellt werden. Die Anzahl der Krankenhausbetten darf somit nicht reduziert werden, wenn es nach der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern geht¹⁰⁹.

In einer gemeinsamen Stellungnahme der Universitätsmedizin Rostock und Greifswald wurde betont, relevante Leistungen müssen an festgelegten Krankenhausstandorten zentralisiert werden. Nur so ist es möglich, die vorhandenen medizinischen Kompetenzen in Mecklenburg-Vorpommern zu sichern und zu erhalten. Dabei kann ein Beibehalten der während der COVID-19-Pandemie entwickelten Cluster-Strukturen in der Krankenhauslandschaft zielführend sein. Eine Zentralisierung muss stets gut abgestimmt werden und durch eine gut ausgeprägte Kooperation der einzelnen Krankenausstandorte untereinander begleitet sein.¹¹⁰

Durch das Kommissionsmitglied Dr. med. Andreas Oling wurde in der Funktion als Sachverständiger im Rahmen einer Anhörung die Schaffung von Gemeindegesundheitszentren angeregt. Zudem regte er an, über interdisziplinäre Kurzpflegestationen nachzudenken, um nach stationären oder ambulanten Behandlungen eine weitere Betreuung zu ermöglichen.¹¹¹ Eine Forderung nach Kurzzeitpflegeplätzen enthielt auch die Stellungnahme der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern. Dabei wurde jedoch angeregt, mehr Kapazitäten für Kurzzeitpflege in den Krankenhäusern selbst zu schaffen. Darüber hinaus wurden bei der Ausgestaltung der Versorgungsangebote möglichst viel Flexibilität für die Krankenhäuser sowie gerade im ländlichen Raum ein Ausbau der Kapazitäten von Rettungshubschraubern als essentiellen Bestandteil für einen flächendeckenden Notdienst der Krankenhäuser gefordert.¹¹²

¹⁰⁶ ebd., S. 87.

¹⁰⁷ ebd., S. 90.

¹⁰⁸ Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 101.

¹⁰⁹ Stellungnahme der ÄKMV zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 8, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 186.

¹¹⁰ Gemeinsame Stellungnahme der UMR und UMG, S. 3

¹¹¹ Protokoll zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 12, Beitrag Dr. Oling.

¹¹² Stellungnahme der KGMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 8 ff., Kommissionsdrucksache 7/14, S. 18 ff.

C.2.3.2 Ambulante ärztliche und zahnärztliche Versorgung

Ambulante medizinische Versorgung umfasst alle Tätigkeiten des Arztes, die ausreichend und zweckmäßig sind, um Krankheiten zu verhüten, frühzeitig zu erkennen oder zu behandeln. Sie umfasst die hausärztliche, nicht stationäre fachärztliche sowie zahnärztliche Versorgung. Der größte Teil der ambulanten Versorgung wird durch die vertragsärztlichen Leistungen wahrgenommen. Diese vertragsärztliche Versorgung gliedert sich dabei in die hausärztliche und fachärztliche Versorgung sowie die zahnärztliche Versorgung. Nach § 75 Absatz 1 Satz 1 SGB V besteht dabei in Deutschland eine freie Arztwahl im ambulanten Bereich. Die Vertragsärzte innerhalb eines Bundeslandes bilden nach § 77 Absatz 1 SGB V eine Ärztekammer sowie eine Zahnärztekammer, um so die vertragsärztliche Versorgung wahrnehmen zu können.

Die Basis der ambulanten Versorgung in Deutschland ist die Bedarfsplanung der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Der Bedarfsplan wird im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen erstellt¹¹³ und soll gemäß § 101 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V „eine ausgewogene hausärztliche und fachärztliche Versorgungsstruktur“ sicherstellen. Grundlage bildet die Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA in der Neufassung vom 20.12.2012, zuletzt geändert am 16. Mai 2019.¹¹⁴ Der Bedarfsplan umfasst Grundsätze zur regionalen Versorgung, systematische Abweichungen von der Bundesrichtlinie, die Berichterstattung über die fachgruppenspezifischen Versorgungsgrade je Planungsregion sowie Informationen zum barrierefreien Zugang der Versorgung.¹¹⁵ Ziel ist eine flächendeckende, qualitativ hochwertige und wohnortnahe Versorgung.¹¹⁶

Bedarf ist in der ambulanten Versorgungsplanung durch das Verhältnis von Einwohnern zu Ärzten beschrieben und wird mit arztgruppenspezifischen Verhältniszahlen errechnet. Die erstmalig für das Jahr 1990 ermittelten Verhältniszahlen wurden als gewichtete bundesweite Durchschnittswerte für verschiedene Raumtypen und für einen allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad von 100 Prozent normativ festgelegt. Überversorgung liegt bei einem Versorgungsgrad ab 110 Prozent vor, Unterversorgung wird bei unter 75 Prozent für Hausärzte (50 Prozent für Fachärzte) ausgewiesen. Die betroffenen Planungsbereiche werden nicht bedarfsgerecht versorgt.¹¹⁷

Es werden vier Versorgungsebenen unterschieden, welche für die Zuordnung der Arztgruppen, den Zuschnitt der Planungsbereiche und demzufolge für die Versorgungsgradfeststellung mittels Verhältniszahlen maßgeblich sind:

1. hausärztliche Versorgung
2. allgemeine fachärztliche Versorgung
3. spezialisierte fachärztliche Versorgung
4. gesonderte fachärztliche Versorgung.

¹¹³ KVMV 2013, S. 2.

¹¹⁴ KVMV 2019, S. 1.

¹¹⁵ G-BA 2019, S. 8.

¹¹⁶ Ried 2020, S. 69.

¹¹⁷ Garre, Schliemann und Schönbach 2015.

Als räumliche Grundlage dienen Planungsbereiche, die auf Einteilungen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) beruhen. Unterschieden wird zwischen:

1. Mittelbereiche, in M-V: 22
2. Kreisregionen (Landkreise, kreisfreie Städte > 100 000 Einwohner), in M-V: 7
3. Raumordnungsregionen, in M-V: 4
4. KV-Region, in M-V: 1.¹¹⁸

Die Versorgung mit Hausärzten¹¹⁹ ist für einen Mittelbereich festgelegt und die Bedarfsplanungsrichtlinie 2012 sieht für das gesamte Bundesgebiet eine Arzt-Einwohner-Verhältniszahl von 1.671 vor.¹²⁰ Mittelbereiche stellen Verflechtungsbereiche um ein Mittelzentrum oder einen mittelzentralen Verbund dar, in dem eine ausreichende Versorgung erfolgen soll.¹²¹ Abweichend von der Bedarfsplanungsrichtlinie bilden die Städte Schwerin, Rostock, Greifswald, Neubrandenburg und Stralsund als Oberzentren in ihren Stadtgrenzen eigenständige Planungsbereiche. Mecklenburg-Vorpommern kennzeichnet sich durch eine geringe Besiedlungsdichte, überdurchschnittliche Morbidität und einen sich aus dem steigenden Altersdurchschnitt ergebenden erhöhten Behandlungsbedarf. Um dem Rechnung zu tragen, wird die Allgemeine Verhältniszahl um einen Anpassungsfaktor korrigiert. In Mecklenburg-Vorpommern ergibt sich durch die Abweichungen vom Bundesdurchschnitt bezüglich der Fallzahlen und den Leistungsanforderungen ein um den Faktor von (gerundet) 1,17 erhöhter Behandlungsbedarf. Somit wird die Verhältniszahl 1.425 zur Anwendung gebracht. Diese Verhältniszahl wird jeweils planungsbereichsbezogen mit dem Demografiefaktor der Bundesrichtlinie modifiziert und zur Grundlage der Zulassungsmöglichkeiten gemacht. Ausnahme bilden die dichter besiedelten Oberzentren, in denen die bundes einheitliche Verhältniszahl (1.671) Anwendung findet.

Planungsbereich für die allgemeine fachärztliche Versorgung ist die kreisfreie Stadt, der Landkreis oder die Kreisregion.¹²² Erfasste Arztgruppen sind: Augenärzte, Chirurgen und Orthopäden, Frauenärzte, Hautärzte, HNO-Ärzte, Nervenärzte, Psychotherapeuten, Urologen und Kinder- und Jugendärzte. Zur Festlegung der Basis-Verhältniszahlen werden die Planungsbereiche sechs raumordnungsspezifischen Planungskategorien zugeordnet. Grundlage der Typisierung ist das Konzept der Großstadregionen des BBSR.¹²³

- Regionstyp 1: Stark mitversorgend (z. B. Stadt Rostock)
- Regionstyp 2: Mitversorgend und mitversorgt (z. B. Kreis Esslingen)
- Regionstyp 3: Stark mitversorgt (z. B. Kreis Bad Doberan)
- Regionstyp 4: Mitversorgt (z. B. Kreisregion Schwerin/Nordwestmecklenb.)
- Regionstyp 5: Eigenversorgt (z. B. Kreisregion Greifswald/Ostvorpommern)
- Regionstyp 6: Polyzentrischer Verflechtungsraum (früher: Ruhrgebiet)¹²⁴

¹¹⁸ G-BA 2019, S. 8 f.; Ried 2020, S. 71.

¹¹⁹ Definition von Hausärzten siehe § 101 Abs. 5 SBG V.

¹²⁰ KVMV 2013, S. 20.

¹²¹ BBSR, Laufende Raumbbeobachtung – Raumabgrenzungen, unter: <https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/forschung/raumbbeobachtung/Raumabgrenzungen/deutschland/regionen/bbsr-mittelbereiche/Mittelbereiche.html>, (abgerufen am 19. Mai 2021).

¹²² KVMV 2013, S. 20 ff.

¹²³ G-BA 2019, S. 14 f.

¹²⁴ Ried 2020, S. 73.

Die Allgemeinen Verhältniszahlen (ein Arzt je Anzahl Einwohner) bestimmen sich wie folgt:

Tabelle 6: Allgemeine Verhältniszahlen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung.

| | Typ 1 | Typ 2 | Typ 3 | Typ 4 | Typ 5 | Typ 6 |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Augenärzte | 12 463 | 18 817 | 23 003 | 20 605 | 19 221 | 19 013 |
| Chirurgen und Orthopäden | 9 071 | 14 007 | 16 864 | 15 903 | 14 632 | 13 466 |
| Frauenärzte ¹²⁵ | 3 853 | 5 800 | 6 819 | 6 576 | 6 237 | 5 734 |
| Hautärzte | 21 205 | 34 886 | 41 839 | 40 963 | 39 124 | 34 917 |
| HNO-Ärzte | 17 371 | 26 480 | 33 878 | 32 503 | 31 222 | 24 898 |
| Nervenärzte | 13 454 | 20 613 | 24 773 | 23 561 | 22 307 | 20 201 |
| Psychotherapeuten | 3 171 | 5 313 | 6 385 | 6 073 | 5 750 | 5 207 |
| Urologen | 26 206 | 41 597 | 48 633 | 45 621 | 43 427 | 34 248 |
| Kinder- und Jugendärzte ¹²⁶ | 2 043 | 2 862 | 2 862 | 2 862 | 2 862 | 2 862 |

Quelle: G-BA, 2019, S. 15, eigene Darstellung.

Planungsbereich für die spezialisierte fachärztliche Versorgung ist die Raumordnungsregion. Davon kann nach § 99 Absatz 1 S. 3 SGB V zum Zwecke einer homogenen und stabilen Versorgung für einzelne Arztgruppen abgewichen werden. Davon wird in Mecklenburg-Vorpommern Gebrauch gemacht und es findet die Abgrenzung des Ministeriums für Energie, Infrastruktur und Digitalisierung mit Stand vom 1. Januar 2012 Anwendung (dortige Bezeichnung: Planungsregionen). Die Abweichung erfolgt aufgrund des aktuelleren Standes der Landesdaten und umfasst nur eine Anpassung bei den Gebietszuordnungen zu den Raumordnungsregionen „Mecklenburgische Seenplatte“ und „Vorpommern“ gegenüber den Grundlagen des BBSR.¹²⁷ Die spezialisierte fachärztliche Versorgung umfasst die Anästhesisten, Fachinternisten, Kinder- und Jugendpsychiater und Radiologen.¹²⁸

Die Allgemeinen Verhältniszahlen bestimmen sich wie folgt:

Tabelle 7: Allgemeine Verhältniszahlen der spezialisierten fachärztlichen Versorgung.

| | |
|------------------------------|--------|
| Anästhesisten | 45 974 |
| Radiologen | 48 688 |
| Fachinternisten | 14 437 |
| Kinder- und Jugendpsychiater | 16 895 |

Quelle G-BA 2019, S. 17, eigene Darstellung.

¹²⁵ Verhältniszahl bezieht sich auf die weibliche Bevölkerung.

¹²⁶ Verhältniszahl bezieht sich auf die minderjährige Bevölkerung.

¹²⁷ KVMV 2013, S. 22 f.

¹²⁸ G-BA 2019, S. 17.

Planungsbereich für die die gesonderte fachärztliche Versorgung ist der KV-Bezirk einschließlich des Amtes Neuhaus.¹²⁹ Umfasst sind die Arztgruppen der Humangenetiker, Laborärzte, Neurochirurgen, Nuklearmediziner, Pathologen, Physikalische- und Rehabilitations-Mediziner, Strahlentherapeuten und Transfusionsmediziner.¹³⁰

Die Allgemeinen Verhältniszahlen bestimmen sich wie folgt:

Tabelle 8: Allgemeine Verhältniszahlen der gesonderten fachärztlichen Versorgung.

| | |
|---|-----------|
| Humangenetiker | 564 074 |
| Laborärzte | 92 104 |
| Neurochirurgen | 143 612 |
| Nuklearmediziner | 105 788 |
| Pathologen | 108 676 |
| Physikalische und Rehabilitations-Mediziner | 152 775 |
| Strahlentherapeuten | 151 557 |
| Transfusionsmediziner | 1 198 806 |

Quelle: G-BA 2019, S. 19, eigene Darstellung.

Stellt der Landesauschuss in einer Planungsregion Überversorgung fest (Versorgungsgrad ab 110 Prozent) erfolgt als zentrale Maßnahme die Anordnung von Zulassungsbeschränkungen. Endet die Zulassung eines Vertragsarztes *kann* die Nachbesetzung abgelehnt werden. Dann muss der Arztsitz von der KV aufgekauft werden. Ab einem Versorgungsgrad von 140 Prozent *soll* die Nachbesetzung abgelehnt werden, sofern keine Versorgungsgründe dagegensprechen.

Unterversorgung liegt vor, wenn bei Hausärzten der Versorgungsgrad unter 75 Prozent, ansonsten unter 50 Prozent liegt. Drohende Unterversorgung ist anzunehmen, wenn eine entsprechende Verringerung der Zahl der Ärzte zu erwarten ist. Das ist insbesondere bei einer ungünstigen Altersstruktur der Fall. Die betreffende KV kann als Maßnahmen Zulassungsbeschränkungen in anderen Planungsbereichen und die Förderung der Niederlassung im unterversorgten Bereich beschließen.¹³¹ Die vorgesehenen Möglichkeiten sind in § 105 SGB V präzisiert. In Mecklenburg-Vorpommern wird in den entsprechenden Regionen durch die KVMV und den Krankenkassen die Förderung durch Sicherstellungszuschläge, Investitionskostenzuschüsse und Förderungen aus dem Strukturfonds genutzt.¹³²

Wie in **Abbildung 8** dargestellt, gab es in Mecklenburg-Vorpommern im Jahr 2020 insgesamt 1 158 Hausärzte und damit annähernd so viele wie 2013 (1 149). Der Anteil der angestellten Hausärzte stieg jedoch von 11,5 Prozent auf 18,7 Prozent. Bei niedergelassenen Ärzten beträgt die durchschnittliche Wochenarbeitszeit 52 Stunden. Die Anstellungen hingegen können sowohl in Voll- als auch in Teilzeit erfolgen. Bei angestellten Vertragsärzten beträgt die durchschnittliche Wochenarbeitszeit etwa 26 Stunden. Die Zahl der Fachärzte ist zwischen 2013 und 2020 von 1 569 auf 1 939 um 23,6 Prozent gestiegen. Auch hier nahm der Anteil der in einem Angestelltenverhältnis tätigen Ärzte von 14,0 Prozent auf 23,4 Prozent zu.

¹²⁹ KVMV 2013, S. 23.

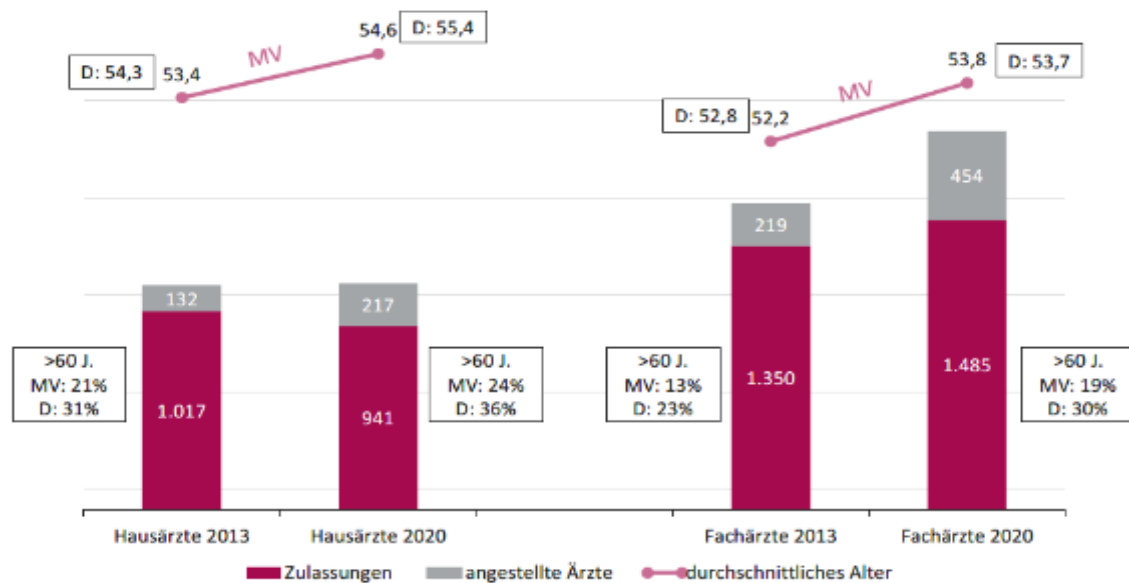
¹³⁰ G-BA 2019, S. 19.

¹³¹ Ried 2020, S. 91 ff.

¹³² KVMV 2013, S. 18.

Zudem lässt sich beobachten, dass das Durchschnittsalter der Ärzte und der Anteil der Über-60-Jährigen gestiegen ist. Im Vergleich zum bundesweiten Mittelwert liegt der Anteil der Über-60-Jährigen in Mecklenburg-Vorpommern jedoch deutlich niedriger.¹³³ Neben den niedergelassenen oder angestellten Vertragsärzten sowie den Psychologen sind darüber hinaus noch 244 Krankenhausärzte und zehn Institute durch eine Ermächtigung an der ambulanten Versorgung beteiligt.

Abbildung 8: Haus- und Fachärzte: Anzahl, Alter, Anstellungsverhältnis



Anmerkung: Unter „Hausärzte“ werden Allgemeinmediziner/Praktische Ärzte und hausärztlich tätige Internisten subsumiert. Pädiater sind nicht eingeschlossen. Quelle: Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 24.

In Mecklenburg-Vorpommern sind nach Angaben der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer derzeit 658 Psychotherapeuten tätig. Davon sind 316 niedergelassene Psychotherapeuten, 268 angestellte Psychotherapeuten und 20 teilselbständige Psychotherapeuten. Die Anzahl der Psychotherapeuten mit Beteiligung an der vertragsärztlichen Versorgung je 100.000 Einwohner betrug 2018 25,5, wobei der Bundesdurchschnitt bei 39,7 liegt. Die vertragsärztliche psychotherapeutische Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern liegt damit unter dem Bundesdurchschnitt. Durchschnittlich wurden 2018 in Mecklenburg-Vorpommern 27 Prozent mehr Patienten als der Bundesdurchschnitt durch Psychotherapeuten versorgt. Dieser hohe Bedarf führt zu einer hohen Aus- und Belastung der Therapeuten.¹³⁴

Derzeit gibt es 1424 Apotheker und 405 öffentliche Apotheken in Mecklenburg-Vorpommern.¹³⁵ Auch hier sind insbesondere im ländlichen Raum Probleme bei der Nachfolge für einen Apothekensitz festzustellen.¹³⁶

¹³³ Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 23.

¹³⁴ Protokoll der 12. Sitzung der Enquete-Kommission vom 13. Januar 2021, S. 7 f, Beitrag Peikert.

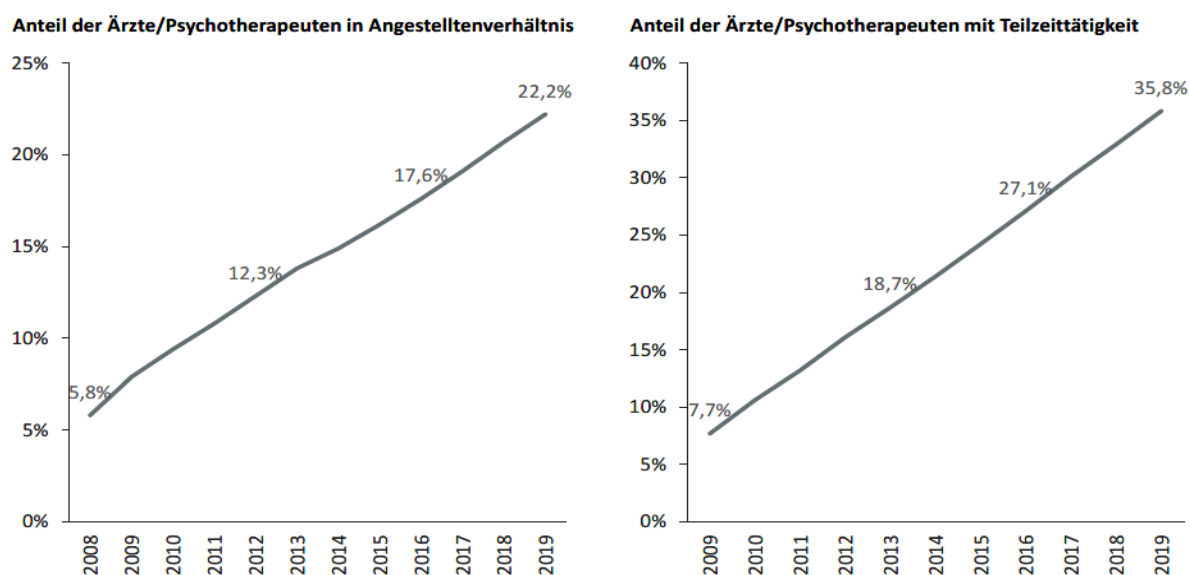
¹³⁵ s. hierzu weiterführend Apothekerkammer M-V, Die AKMV, unter: <https://akmv.de/die-akmv/> (abgerufen am 19. Mai 2021).

¹³⁶ Protokoll der 6. Sitzung der Enquete-Kommission vom 30. September 2020, S. 22, Beitrag Oesterreich.

Deutschlandweit lässt sich ein Trend zum Angestelltenverhältnis und zum Arbeiten in Teilzeit beobachten (**Abbildung 9**). Es wird davon ausgegangen, dass Mecklenburg-Vorpommern hiervon keine Ausnahme darstellt. Folglich ist trotz einer steigenden Anzahl an niedergelassen Ärzten die Zahl der Vollkräfte weitgehend konstant geblieben.¹³⁷ Diese Entwicklung bewirkt eine Reduzierung der ärztlichen Arbeitszeit bei gleicher Anzahl an Vertragsärzten. Für die ohnehin schon vorhandenen Versorgungsprobleme bedeutet dies eine zusätzliche Verstärkung.

In den Oberzentren in Mecklenburg-Vorpommern ist die hausärztliche Versorgung derzeit gesichert und entspricht im Sinne der gesetzlichen Bedarfsplanung für die medizinische Versorgung einer Überversorgung.

Abbildung 9: Anteil von Ärzten und Psychotherapeuten im Angestelltenverhältnis bzw. in Teilzeit



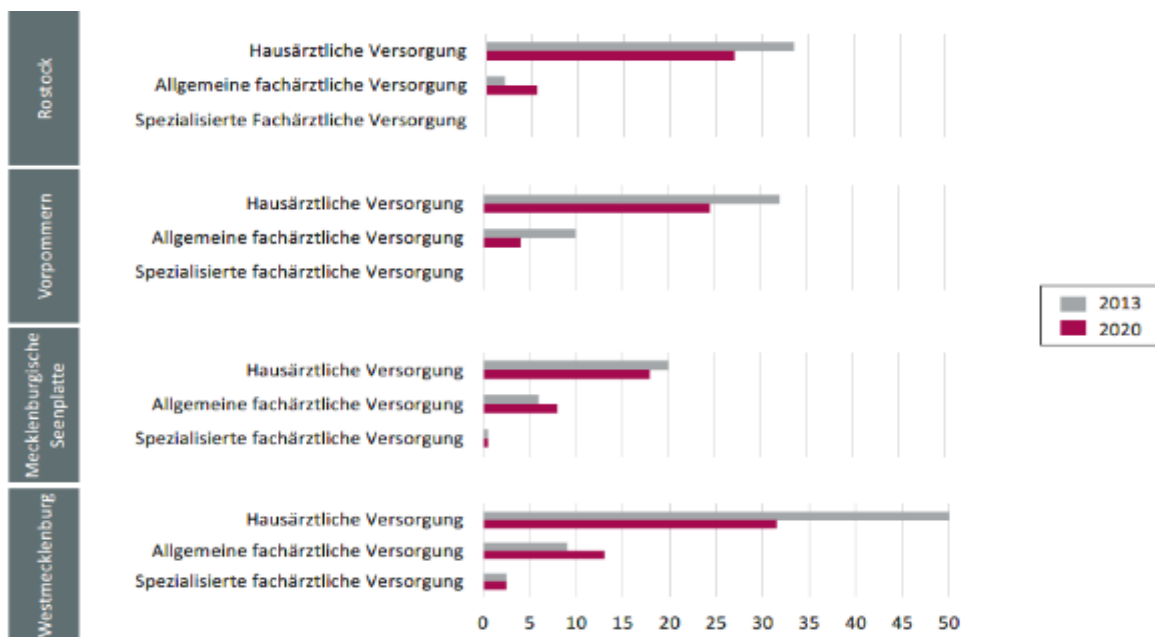
Anmerkung: Nicht-angestellte Ärzte = Vertragsärzte, Partnerärzte, ermächtigte Ärzte/Angestellte Ärzte = in Praxen oder Einrichtungen

Quelle: Augurzky et al. 2020, Darstellung aus dem Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 25.

Abbildung 10 veranschaulicht die Anzahl freier Arztsitze für die vier Planungsregionen in Mecklenburg-Vorpommern für die Jahre 2013 und 2020 nach Versorgungsebene. Es zeigt sich, dass der zusätzliche Bedarf an Haus- und Fachärzten in diesem Zeitraum in allen Regionen gesunken ist. Der größte Zusatzbedarf betrifft nach wie vor die hausärztliche Versorgung. Am größten ist der zusätzliche Bedarf an Haus- und Fachärzten in Westmecklenburg.

¹³⁷ Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 24.

Abbildung 10: Zusatzbedarfe an Haus- und Fachärzten in Mecklenburg-Vorpommern
Anzahl Arztsitze, 2013 und 2020



Quelle: KVMV 2014, 2021: *Journal der KVMV* von Januar 2014 mit Stand 22.11.2013 und von Februar 2021 mit Stand 03.12.2020, Darstellung aus dem Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 26.

Erhebungen zur zahnärztlichen Versorgungssituation in Mecklenburg-Vorpommern im Jahre 2020 haben ergeben, dass in keiner Versorgungsregion eine Unterversorgung zu verzeichnen ist (**Abbildung 11**).

Abbildung 11: Bedarfsplanung für die allgemeinärztliche Versorgung, Stand: 18. März 2020

Bedarfsplan für die allgemeinärztliche Versorgung, Stand 18. März 2020

| Planbereich | Einwohnerzahl per 30.06.2019 | Zahnärzte IST | Zahnärzte SOLL | Versorgungsgrad in Prozent |
|----------------------|---------------------------------|------------------|-------------------|-------------------------------|
| Greifswald-Stadt | 58.984 | 43,25 | 35,1 | 123,2 |
| Neubrandenburg-Stadt | 63.936 | 55,75 | 38,1 | 146,3 |
| Rostock-Stadt | 208.684 | 196 | 163,0 | 120,2 |
| Schwerin-Stadt | 95.871 | 85 | 57,1 | 148,9 |
| Stralsund-Stadt | 59.299 | 41,75 | 35,3 | 118,3 |
| Wismar-Stadt | 42.668 | 39,5 | 25,4 | 155,5 |
| Bad Doberan | 120.774 | 66,25 | 71,9 | 92,1 |
| Demmin | 71.691 | 48,5 | 42,7 | 113,6 |
| Güstrow | 94.872 | 58,25 | 56,5 | 103,1 |
| Ludwigslust | 122.007 | 61,75 | 72,6 | 85,1 |
| Mecklenburg-Strelitz | 73.317 | 42,75 | 43,6 | 98,1 |
| Müritz | 62.454 | 34 | 37,2 | 91,4 |
| Nordvorpommern | 101.620 | 59,75 | 60,5 | 98,8 |
| Nordwestmecklenburg | 114.294 | 54,25 | 68,0 | 79,8 |
| Ostvorpommern | 99.102 | 64,5 | 59,0 | 109,3 |
| Parchim | 90.129 | 58,75 | 53,6 | 109,6 |
| Rügen | 64.082 | 37,5 | 38,1 | 98,4 |
| Uecker-Randow | 65.278 | 38,25 | 38,9 | 98,3 |

Quelle: Stellungnahme der KZV¹³⁸

Neben dem Betrieb von klassischen Arztpraxen durch niedergelassene Ärzte, gewinnen Medizinische Versorgungszentren (MVZ) an Bedeutung. Ein MVZ besteht aus mindestens zwei Ärzten, die aus verschiedenen Fachrichtungen oder Schwerpunkten interdisziplinär zusammenarbeiten.¹³⁹ Die Anzahl von MVZ ist seit dem Jahr 2004 stark gestiegen und bezogen auf die Einwohnerzahl befinden sich in Mecklenburg-Vorpommern überdurchschnittlich viele. Der Anteil von MVZ mit Krankenhausbeteiligung liegt ebenfalls weit über den Bundesdurchschnitt.¹⁴⁰

Durch den demografischen Wandel und die alternde Bevölkerung wird bis 2030 mit einem moderaten Anstieg der Nachfrage nach ambulanten Leistungen gerechnet, bei einer sinkenden Anzahl von Ärzten.¹⁴¹ Das betrifft insbesondere Hausärzte, die es auch immer schwieriger haben, einen Nachfolger für ihre Praxis zu finden.¹⁴² **Abbildung 12** zeigt, in welchen Landkreisen Deutschlands eine drohende Unterversorgung mit Hausärzten zu erwarten ist.

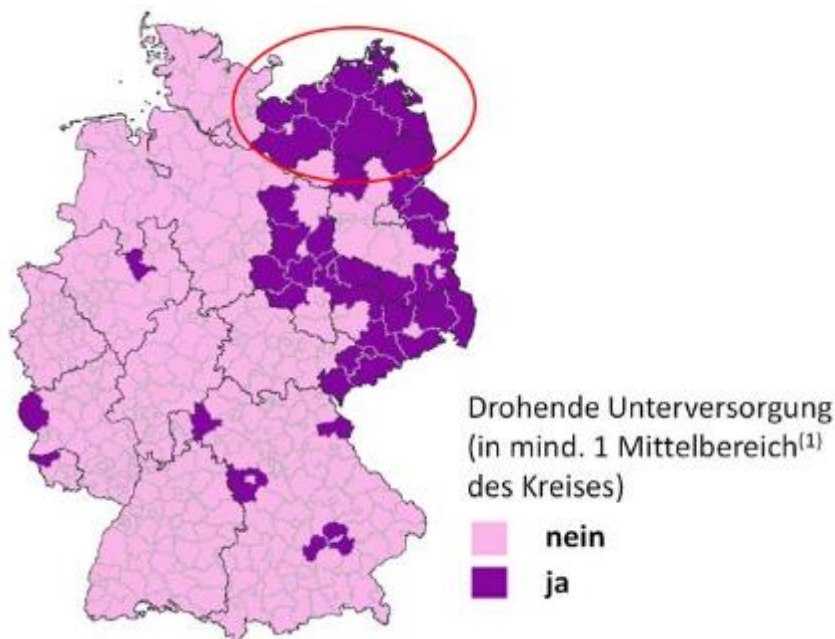
¹³⁸ Stellungnahme der KZV, S. 18.

¹³⁹ Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 26.

¹⁴⁰ vgl. Augurzky et al. 2020 und KBV 2021a.

¹⁴¹ KBV, Ärztemangel, unter: https://kbv.de/html/themen_1076.php (abgerufen am 19. Mai 2021).

¹⁴² Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 52.

Abbildung 12: Drohende Unterversorgung bei Hausärzten (2018)

Quelle: Augurzky et al. 2021 und KBV 2020c, Darstellung aus dem Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 52.

Es lässt sich derzeit in 15 der 27 Bereichen für die Bedarfsplanung der hausärztlichen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern eine Unterversorgung feststellen. Aktuell sind in diesem Bereich der ärztlichen Versorgung 104,5 Stellen offen, wobei sich diese insbesondere um die Oberzentren herum konzentrieren. Aufgrund der Binnenmigration zugunsten der Städte entsteht in den Regionen um die Oberzentren auch ein erhöhter Bedarf an ärztlicher Versorgung. Von den derzeit in Mecklenburg-Vorpommern praktizierenden Hausärzten sind bereits etwa 29 Prozent älter als 60 Jahre. In den kommenden fünf Jahren werden somit 250 weitere Stellen im hausärztlichen Bereich zu besetzen sein.¹⁴³

Laut Angabe der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern ist die Gesundheitsversorgung im Bereich der niedergelassenen Ärzte derzeit noch weitestgehend gesichert. Bei den niedergelassenen Fachärzten ist jedoch ein hohes Durchschnittsalter festzustellen. Zusammen mit dem fehlenden Nachwuchs zeichnet sich dadurch ein Mangel in der ärztlichen Versorgung ab. Dieser trifft insbesondere auf den ländlichen Raum in Mecklenburg-Vorpommern zu. Auch die ärztliche Versorgung in den Alten- und Pflegeheimen durch Hausärzte ist problematisch bedingt durch den Ärztemangel.¹⁴⁴

¹⁴³ Stellungnahme der KVMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 4, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 16.

¹⁴⁴ Stellungnahme ÄKMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S.1, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 179.

Nach Auskunft der Kassenzahnärztlichen Vereinigung gilt ähnliches auch für den Bereich der Zahnärzte. Allerdings ist hier bislang weder der allgemein Zahnärztliche noch der kieferorthopädische Bereich unterversorgt oder von einer der Planungsbereiche von Unterversorgung bedroht.¹⁴⁵ Die Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern betonte jedoch das hohe Durchschnittsalter unter den Zahnärztinnen und -ärzten im Land, wodurch in absehbarer Zeit Probleme bei der zahnärztlichen Versorgung auftreten werden.

Zudem nehmen die Probleme bezüglich der Versorgung insbesondere im ländlichen Raum zu, da eine Niederlassung in städtischen Gebieten oftmals wirtschaftlich attraktiver ist. Dies gilt insbesondere für zahnärztliche Versorgungszentren (Z-MVZ). Problematisch an den Z-MVZ ist nach Aussage der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern jedoch, dass diese als juristische Person nicht der berufsrechtlichen Überwachung durch die Ärztekammer unterliegen. Dadurch entsteht die Gefahr, dass Patienten eine besonders kostenintensive Versorgung angeboten wird. Darüber hinaus gibt es auch zunehmend Schwierigkeiten bei der Organisation des zahnärztlichen Notdienstes aufgrund der sinkenden Anzahl an inhabergeführten Praxen. Insbesondere der ländliche Raum und die ehemaligen Kreisstädte bieten ein wenig attraktives Umfeld und nur geringe berufliche Perspektiven für die Lebenspartner der Zahnärztinnen und Zahnärzte. Dadurch gibt es Schwierigkeiten bei der Nachbesetzung von Zahnarztpraxen. Eine wohnortnahe zahnärztliche Versorgung kann somit nicht dauerhaft sichergestellt werden.¹⁴⁶

Der zahnärztliche Bereich zeigt beispielhaft, welche Bedeutung Prophylaxe für die medizinische Versorgung haben kann. Das Kommissionsmitglied Dr. med. dent. Alexander Kuhr führte als Sachverständiger im Rahmen einer der Anhörungen aus, durch gute Prophylaxe können spätere Behandlungen verhindert werden. Somit kann ärztliche Vorsorge dazu beitragen, die Versorgungssituation zu entlasten. Im Bereich der zahnärztlichen Versorgung wird diese Aufgabe durch speziell ausgebildete Zahnmedizinische Prophylaxeassistenten unterstützt.¹⁴⁷

Mit einer Befugnis zur Weiterbildung für die ambulante allgemeinmedizinische Ausbildung sind nach Auskunft der Kassenzahnärztlichen Vereinigung M-V 231 ambulant tätige Hausärzte ausgestattet. Der ambulante Ausbildungsabschnitt für Allgemeinmedizin ist damit hinreichend ermöglicht. Am stationären Ausbildungsabschnitt im Fach Allgemeinmedizin sind 20 Kliniken im Land mit 64 Rotationsstellen im Rahmen einer Verbundweiterbildung beteiligt.¹⁴⁸ Beide Universitäten in Mecklenburg-Vorpommern verfügen über einen Lehrstuhl für Allgemeinmedizin.

Laut Weiterbildungsverordnung für Allgemeinmediziner erfolgt zunächst der stationäre Abschnitt dieser Ausbildung. Die Kassenzahnärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern unterstützt diesbezüglich über eine Koordinierungsstelle, um eine möglichst kontinuierliche Weiterbildung ohne Wartezeiten zu ermöglichen.¹⁴⁹ Darüber wird insbesondere die Förderung der Weiterbildung von Ärzten in der Kinder- und Jugendmedizin durch die Kassenzahnärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern gefördert.

¹⁴⁵ Stellungnahme KZVMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 20, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 99.

¹⁴⁶ Stellungnahme ZÄKMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 5.

¹⁴⁷ Protokoll zur 6. Sitzung am 30.09.2020, Beitrag Dr. Kuhr, S. 13 ff.

¹⁴⁸ Kommissionsdrucksache 7/15, S. 16.

¹⁴⁹ ebd., S. 17.

Junge Ärzte werden bei der Niederlassung unterstützt und beraten, es gibt ein Mentorenprogramm durch erfahrene Fachärzte der Grundversorgung, Hausärzte, welches Veranstaltungen für Studierende organisiert, um hausärztliche Tätigkeit auf dem Land zu bewerben („Landpartie“). Außerdem gibt es einen Investitionskostenzuschuss bei Niederlassungen in von Unterversorgung bedrohten Gebieten sowie bereits unterversorgten Bereichen und zudem eine Förderung für die Gründung von Praxiszweigstellen in diesen Gegenden.¹⁵⁰

Als Gründe für die schwierige Nachbesetzung in ländlichen Gebieten nennt die KBV (2021b) unter anderem die Budgetierung, zunehmende Bürokratisierung und die schlechte Infrastruktur auf dem Land. In Mecklenburg-Vorpommern sind derzeit (Stand: Juni 2020) 104,5 hausärztliche Stellen nicht besetzt. 15 von 27 Mittelbereichen sind bereits jetzt mit einem Versorgungsgrad von <75 Prozent von drohender Unterversorgung betroffen. Da in den nächsten fünf Jahren weitere 250 Hausärzte altersbedingt ausscheiden, wird sich die Situation zukünftig wahrscheinlich weiter verschärfen.¹⁵¹

Das Landarztgesetz für Mecklenburg-Vorpommern kann zwar als positive Maßnahme gewertet werden, dennoch bedarf es weiterer Anstrengungen. Das Gesetz kam nach Ansicht der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern etwa zehn Jahre zu spät, um rechtzeitig einer Unterversorgung vorzubeugen. Bereits jetzt sind Probleme bei der ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum festzustellen. Bis eine Maßnahme wie das Landarztgesetz ihre Wirkung entfaltet, dauert es aufgrund der notwendigen Ausbildungszeit etwa elf bis 13 Jahre, bis tatsächlich ein Arzt vor Ort praktizieren kann. Zudem umfasst das Landarztgesetz auch nur die hausärztliche Versorgung und keine Fachärzte.¹⁵² Seitens der Apothekerkammer Mecklenburg-Vorpommern gab es in diesem Zusammenhang die Anregung, auch für Apotheker eine vergleichbare Lösung zum Landarztgesetz zu schaffen, da auch die Sicherstellung Versorgung mit Arzneimitteln im ländlichen Raum in Mecklenburg-Vorpommern als ungewiss bezeichnet werden muss.¹⁵³

C.2.3.3 Sektorenübergreifende Versorgung

Die sektorenübergreifende oder auch Integrierte Versorgung wird von vielen Experten - allen voran vom Sachverständigen Rat im Gesundheitswesen - als „Versorgungsform der Zukunft“ bezeichnet.¹⁵⁴ Ziel dieser Versorgungsform ist die Vernetzung der verschiedenen Leistungsbereiche (ambulant, stationär, rehabilitativ). Gesundheitsberufe unterschiedlicher Fachdisziplinen in Krankenhäusern und Praxen sollen nicht nur verstärkt miteinander, sondern auch mit nicht-ärztlichen Leistungserbringern wie Psychologen und Apotheken kooperieren. Davon profitieren insbesondere die Patientinnen und Patienten, da ein höherer Wissensstand, ein besserer Informationsaustausch zwischen allen Beteiligten sowie die gemeinsame Verfolgung von klar definierten Therapiezielen die Grundvoraussetzung für eine medizinisch erfolgreiche Versorgung ist. Dazu kommt eine höhere wirtschaftliche Effizienz, z. B. durch die Vermeidung von Doppeluntersuchungen.¹⁵⁵

¹⁵⁰ ebd., S. 18 f.

¹⁵¹ Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 52.

¹⁵² Stellungnahme der KVMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 1, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 13.

¹⁵³ Protokoll zur 6. Sitzung am 30.09.2020, Beitrag Dr. Dr. Engel, S. 22.

¹⁵⁴ Hahn und Kurscheid 2020, S. V (Vorwort).

¹⁵⁵ Rüschmann und Göbel 2008, S. 325.

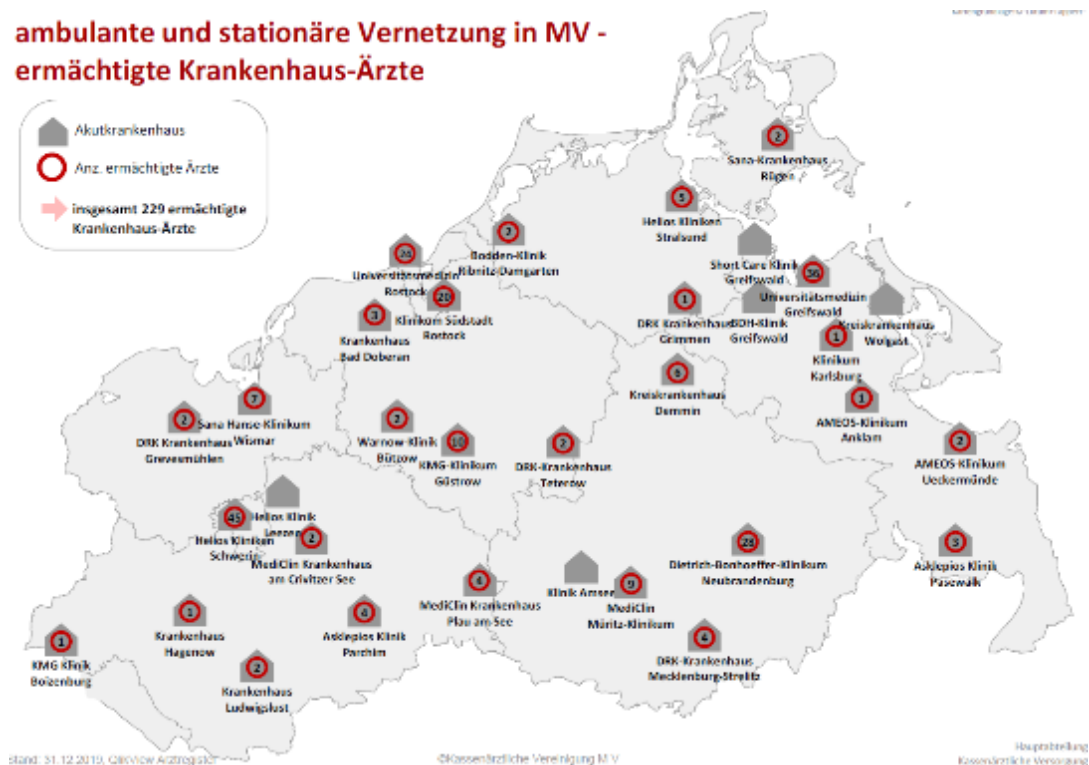
Um verbesserte Versorgungsoptionen für immer komplexer erscheinende Krankheitsbilder in einer alternden Gesellschaft zu entwickeln, bedarf es einer Multiprofessionalität, die nur in einer sektorenübergreifenden Versorgung gelebt werden kann.¹⁵⁶

An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen gemäß § 95 Absatz 1 SGB V zugelassene Ärzte und Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen teil. Ärzte, die in einem Krankenhaus, einer Vorsorge-, Rehabilitations- oder stationären Pflegeeinrichtung arbeiten, können mit der Zustimmung des jeweiligen Trägers der Einrichtung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt werden.¹⁵⁷

Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von dafür geeigneten Ärzten der genannten Einrichtungen nicht sichergestellt wird.

Neben den niedergelassenen oder angestellten Vertragsärzten sowie den Psychologen waren nach Angabe der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern mit Stand 31. Dezember 2019 insgesamt 229 Krankenhausärzte durch eine Ermächtigung an der ambulanten Versorgung beteiligt (s. **Abbildung 13**).¹⁵⁸

Abbildung 13: Zur ambulanten Versorgung ermächtigte Krankenhausärzte in MV



Quelle: Präsentation der KVMV, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 66.

¹⁵⁶ Hahn und Kurscheid 2020, S. V.

¹⁵⁷ Vgl. hierzu § 116 SGB V.

¹⁵⁸ Präsentation der KVMV in der 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 5, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 66.

Viele chirurgische Eingriffe können zudem ambulant durchgeführt werden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben dazu auf Grundlage des § 115b SGB V einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationersetzender Eingriffe und stationersetzender Behandlungen sowie einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte vereinbart.

Im Bereich der Chirurgie ist es nach der Aussage der Experten im Rahmen der Anhörung in der Enquete-Kommission möglich, acht von zehn der am häufigsten vorgenommenen Eingriffe ambulant durchzuführen. Jedoch erfolgt derzeit weniger als die Hälfte der Operationen in Deutschland ambulant. Von den ambulant vorgenommenen Eingriffen erfolgen etwa zwei Drittel in ambulanten Arztpraxen, die übrigen in Krankenhäusern.¹⁵⁹

Im Zuge der Corona-Pandemie wurden in Mecklenburg-Vorpommern zur regionalen Steuerung der Aufnahme und Verteilung von Covid-19-Patienten an den vier Maximalversorgern Helios Kliniken Schwerin (Cluster I), Universitätsmedizin Rostock (Cluster II), Universitätsmedizin Greifswald (Cluster III), Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum Neubrandenburg (Cluster IV) Koordinierungsstellen eingerichtet. Diese steuern in ihren Einzugsgebieten (Clustern) in tagesaktueller Abstimmung selbstständig die Patientenströme. Jedes Cluster umfasst neben der Koordinierungsstelle zwischen fünf und acht Krankenhäuser.

Prof. Dr. Klaus Hahnenkamp (Stellvertretender Ärztlicher Vorstand der Universitätsmedizin Greifswald) erklärte in der 5. Kommissionssitzung, die Zusammenarbeit innerhalb der gebildeten Cluster mit dem Ärztenetzwerk und dem öffentlichen Gesundheitsdienst habe intersektoral funktioniert und führe zu einem direkteren und schnelleren Informationsaustausch. Das Vertrauen gegenüber allen anderen Sektoren und Partnern sei gewachsen und er regte an, diese Clusterstrukturen beizubehalten und auszubauen. Ein solcher Verbund umfasse nicht nur den ambulanten und stationären Bereich, sondern auch Rehakliniken und die Pflegeheime. Durch die koordinierenden Kliniken für jeweils ein Cluster werde eine intersektorale Patientenstromsteuerung ermöglicht. Voraussetzung sei die finanzielle Ausstattung der Cluster durch z. B. quotale Ausschüttung aus dem Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) an die Krankenhäuser, die im Cluster gesammelt werden.

Prof. Dr. Christian Schmidt (Ärztlicher Vorstand der Universitätsmedizin Rostock) schloss sich der Überlegung Prof. Dr. Hahnenkamps an und ergänzte, innerhalb dieser Cluster sei auch die Zentralisierung bestimmter Leistungen möglich. Man müsse sich nur Gedanken machen, wie Schlüsselkompetenzen bspw. bei telemedizinischer Anbindung oder Ausbildungsrotation in allen versorgenden Häusern eines Clusters vorhanden sein könnten. Auch andere Krankenhausvertreter und der Geschäftsführer der Barmer Landesvertretung M-V, Henning Kutzbach, befürworteten grundsätzlich eine Fortführung der Clusterstrukturen.

Für die beiden Universitätskliniken bedeutet eine Verzahnung der Sektoren eine Qualitätssteigerung in der Versorgung insgesamt. Diese kommt in erster Linie den Patientinnen und Patienten zu gute. Konkret müsste eine ambulante Öffnung in ausgewählten Fachdisziplinen angestrebt werden, um so eine unterstützende Versorgung mit Fachärzten in der Fläche zu erreichen. Ein effektiver Ansatz für sektorenübergreifende Zusammenarbeit liegt in der Ermächtigung von Ärzten aus dem stationären Bereich.

¹⁵⁹ Protokoll der 6. Sitzung vom 30.09.2020, S. 12, Beitrag Dr. Oling.

Auf diesem Weg ist es Krankenhausärzten möglich, an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen und diese zu unterstützen. Somit kann einer Unterversorgung vorgebeugt werden.¹⁶⁰

Die Helios-Kliniken aus Stralsund wiesen darauf hin, der digitale Austausch von Patientendaten zwischen den Kliniken und ambulanten Praxen gestaltet sich oftmals schwierig. Dadurch wird eine sektorenübergreifende Versorgung erschwert.¹⁶¹

Insbesondere in den ländlichen Räumen kann durch sektorenübergreifende Leistungen die medizinische Versorgung verbessert werden. Durch eine verstärkte Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Versorgung können Synergieeffekte im Sinne der sektorenübergreifenden Versorgung entstehen. Dabei sind sowohl mehr Ermächtigungen für mehr ambulante Behandlungen in den Krankenhäusern als auch die Bereitstellung der Krankenhausinfrastruktur für niedergelassene Ärzte notwendig. Eine Einbindung der Rehabilitationskliniken in die allgemeine ärztliche Versorgung ist ebenfalls denkbar, indem an diesen Standorten eine Notfallpraxis eingerichtet wird und gleichzeitig die dort tätigen Ärzte zur Teilnahme am Kassenärztlichen Notdienst verpflichtet werden. Da die Rehabilitationskliniken meist in ländlichen Gebieten liegen, kann dies die medizinische Versorgung verbessern.¹⁶²

Das Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“ schlägt vor, auch kleine Krankenhäuser der Grundversorgung in die Struktur der Gesundheitszentren zu integrieren und damit ein sektorenübergreifendes Versorgungsangebot zu schaffen.¹⁶³ Dies wird mit der notwendigen engeren Verzahnung der stationären und ambulanten Angebote begründet. Einen Ansatz dafür bietet das Integrierte Gesundheitszentrum (IGZ) als Erweiterung des ambulanten Gesundheitszentrums. In einem solchen IGZ können die ambulante und stationäre Versorgung gemeinsam die Infrastruktur und Gerätschaften nutzen. Ein solches IGZ übernimmt zudem in der Koordination der örtlichen Versorgung eine zentrale Rolle ein und kooperiert dabei mit weiteren Gesundheitsanbietern, insbesondere mit Case Managern, der Altenhilfe und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst. Auch die Prävention gehört dabei zum Aufgabenspektrum des IGZ. Insgesamt ist das IGZ darauf ausgerichtet, bisherige ambulant-sensitive Krankenhaufälle ambulant zu erbringen. Notwendige Voraussetzung hierfür ist ein passendes Vergütungssystem.¹⁶⁴

Um diesen Prozess zu unterstützen, sollten Hürden für die Übernahme von ambulanten Leistungen durch Krankenhäuser abgebaut werden und KV-Ermächtigungen nicht an einzelne Personen, sondern an den Betrieb des Krankenhauses beziehungsweise des IGZ gebunden sein, solange das Krankenhaus über die entsprechenden Qualifikationen verfügt.¹⁶⁵

Auf der Ebene eines Landkreises ist es laut dem Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“ empfehlenswert, dass jeweils ein großes Krankenhaus als Regionalversorger für die Organisation der regionalen Gesundheitsversorgung zur Verfügung steht.

¹⁶⁰ Gemeinsame Stellungnahme der UMR und UMG 5. Sitzung vom 16.09.2020, S. 4 f., Kommissionsdrucksache 7/13, S. 18 f..

¹⁶¹ Stellungnahme der HELIOS Stralsund zur 5. Sitzung vom 16.09.2020, S. 4, Kommissionsdrucksache 7/13, S. 13.

¹⁶² Protokoll der 6. Sitzung vom 30.09.2020, S. 14 f., Beitrag Prof. Dr. Crusius.

¹⁶³ Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 6.

¹⁶⁴ ebd., S. 88.

¹⁶⁵ ebd.

Dabei findet eine Vernetzung mit den integrierten Gesundheitszentren in der Region und den überregionalen Maximalversorgern statt. In seiner eigenen lokalen Umgebung übernimmt der Regionalversorger auch die Funktion eines IGZ.¹⁶⁶

Hinsichtlich der Versorgungsplanung ist für eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung, die auch pflegerische Bedarfe, das Rettungswesen, den Öffentlichen Gesundheitsdienst und Prävention berücksichtigt, notwendig. Nur so kann eine patientenzentrierte und ganzheitliche Versorgung aufgebaut werden.¹⁶⁷

Durch den Präsidenten der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, Prof. Dr. med. Andreas Crusius, wurde erläutert, bei Bedarfsfällen könnten sich Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte gegenseitig aushelfen. Eine solche Synergiebehandlung nutze alle verfügbaren Ressourcen optimal aus. Ein Krankenhaus könne in medizinisch unterversorgten Regionen somit auch Aufgaben des kassenärztlichen Dienstes mit übernehmen. Die Operationen an Herzkathetern durch niedergelassene Kardiologen erfolgen bereits an Krankenhäusern, damit dort die Mindestzahl an Operationen erreicht wird. In solchen Fällen beteilige sich der niedergelassene Arzt auch am Rufdienst des Krankenhauses.¹⁶⁸

C.2.4 Fachkräfte in Gesundheitsberufen

Um eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe Versorgung erreichen zu können, ist eine hinreichende Anzahl qualifizierter Fachkräfte zwingend erforderlich. Insbesondere in einem Flächenland wie Mecklenburg-Vorpommern stellt die Gewinnung und das Halten von Fachkräften eine große Herausforderung dar.¹⁶⁹

Grundsätzlich bestehen in Mecklenburg-Vorpommern mit den beiden Universitätskliniken in Rostock und in Greifswald und den über 400 Studienplätzen im Bereich der Humanmedizin gute Voraussetzungen für ein auskömmliches Fachkräftereservoir. Derzeit verfügt das Bundesland über so viele ausgebildete Ärzte wie noch nie. Damit ist eine wichtige Grundvoraussetzung für eine langfristig stabile Versorgung vorhanden.¹⁷⁰

Jedoch erreichen zunehmend jedes Jahr mehr Ärztinnen und Ärzte das Rentenalter und nachfolgende Ärzte haben die Wahl zwischen einer Tätigkeit in Krankenhäusern, Rehabilitationskliniken, Ambulanzen, auf dem Land oder in der Stadt. Zudem erhöhen dokumentarische und administrative Aufgaben die Arbeitslast.

Aufgrund des hohen Durchschnittsalters der Ärzteschaft werden kurz- und mittelfristig viele Hausarztsitze unbesetzt bleiben. Gleiches gilt auch für Facharztsitze, insbesondere von Dermatologen und Pädiatern. Das Problem der unbesetzten Arztsitze besteht vorrangig in besonders ländlichen Regionen Mecklenburg-Vorpommerns.¹⁷¹

¹⁶⁶ ebd., S. 82.

¹⁶⁷ Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 8.

¹⁶⁸ Protokoll der 6. Sitzung vom 30.09.2020, S 29, Beitrag Prof. Dr. Crusius.

¹⁶⁹ Stellungnahme TK zur 4. Sitzung am 09.09.2020 , S. 17. Kommissionsdrucksache 7/11, S. 141.

¹⁷⁰ ebd., S. 23. Kommissionsdrucksache 7/11, S. 147.

¹⁷¹ Stellungnahme AOK Nordost zur 4. Sitzung am 09.09.2020, S. 9, Kommissionsdrucksache 7/11, S. 17.

Der Fachkräftemangel wird sich in allen Bereichen des Gesundheitswesens aufzeigen. Besonders betroffen ist davon auch das pflegerische Personal. Vielfach werden schon jetzt größere körperliche und psychische Belastungen der Fachkräfte und ein Attraktivitätsverlust des Land Mecklenburg-Vorpommern für Arbeitgeber und Arbeitnehmer gesehen.

Der finanzielle Verdienst der Fachkräfte kann in einer Generation, die eine ausgeglichene Work-Life-Balance und eine attraktive Infrastruktur fordert, nicht der einzige Anreiz für Fachkräfte sein. Eine bessere logistische Anbindung an urbane Zentren kann eine Region für Fachkräfte nachhaltig attraktiver machen.¹⁷²

Zukünftige Generationen von Fachkräften in der medizinischen Versorgung sollen gerne in Mecklenburg-Vorpommern tätig sein. Daher ist es wichtig, dass Arbeitsstrukturen und Prozesse sowie Lohnniveau, flexible Arbeitszeitmodelle und die Verlässlichkeit von Arbeitszeiten nach den Lebensbedürfnissen junger Fachkräfte ausgerichtet werden. Eine Attraktivitätserhöhung des Berufes kann auch durch Qualifizierungsmöglichkeiten erfolgen. Eine große Rolle spielt nach Aussage der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern auch der Umgang mit dem Personal durch Verwaltungsstrukturen beim Wechsel des Arbeitsplatzes. Dieser Umgang wird als nicht optimal und nicht förderlich einer gemeinsamen Lösung der Probleme eingeschätzt.¹⁷³

Generell muss weiter an der Attraktivität von Gesundheitsberufen gearbeitet werden, z. B. durch die inhaltliche Stärkung der Pflege durch Übernahme von mehr Verantwortung und eine stärker interprofessionelle Ausbildung und Zusammenarbeit von Gesundheitsberufen. Moderne Technologien können einen wertvollen Beitrag zur Unterstützung und Entlastung des Personals leisten. Durch viele neue Technologien werden neue Berufsbilder gebraucht. Auch durch den technischen Fortschritt müssen Aus-, Fort- und Weiterbildungen von Ärzten und anderen Gesundheitsberufen neu gedacht werden. Es muss auf moderne Arbeitsmittel, wie eine elektronische Gesundheitsakte, zurückgegriffen werden, um eine Optimierung der Versorgungsrealität zu erreichen.¹⁷⁴

Auch die Rekrutierung von ausländischen Medizinerinnen und von Pflegepersonal kann einen Beitrag zur Milderung des Fachkräftemangels leisten. Wichtig ist dabei die leichtere Anerkennung von ausländischen Berufsabschlüssen. Insbesondere bei Berufsabschlüssen, die außerhalb der Europäischen Union erlangt wurden, bestehen große Probleme und Hürden hinsichtlich der Anerkennung. Bedeutsam ist ferner die Begleitung der ausländischen Fachkräfte für eine gute Integration und der Überwindung der Sprachbarrieren, damit dieses Personal schnell einsatzfähig wird und dem deutschen Gesundheitswesen langfristig erhalten bleibt.

Neben der Ausbildung zusätzlicher medizinischer Fachkräfte können auch Ansätze dazu, wie die vorhandenen Fachkräfte effektiver eingesetzt werden und ressourcensparend arbeiten können, zu einer Entschärfung der Versorgungssituation beitragen.

Im Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“ wird zur Reduzierung des Versorgungsbedarfes in der Bevölkerung und der damit verbundenen Reduzierung des Fachkräftebedarfes vorgeschlagen, verstärkt auf Präventionsmaßnahmen zu setzen. Dafür werden mehr Präventionsexperten benötigt.

¹⁷² Stellungnahme UMG zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 25, Kommissionsdrucksache 7/13, S. 39.

¹⁷³ Stellungnahme der ÄKMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 32, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 210.

¹⁷⁴ Stellungnahme der TK zur 4. Sitzung am 09.09.2020, S. 23, Kommissionsdrucksache 7/11, S. 147.

Zur Verringerung der Krankenhausfälle wird eine bessere Verzahnung der ambulanten und stationären Versorgung zur Erreichung einer stärkeren Ambulantisierung der Medizin und eine effektive Patientensteuerung vorgeschlagen. Als bedeutsam wird auch die Allokation der Ressource Personal angesehen. Wichtige Ansatzpunkte zum Halten oder zur Erhöhung der Menge an Fachkräften sind demnach die Ausbildung, die Erwerbstätigenquote und die Zuwanderung von qualifizierten Fachkräften.

Unterstützt werden sollen die Fachkräfte durch den Einsatz innovativer Technologien. Zur Erhöhung der Erwerbstätigenquote sollen Anreize für eine Rückkehr in den Beruf beispielsweise nach einer Elternzeit oder für Personen, die Erwerbsminderungsrente beziehen, gesetzt werden. Als einer der größten Hebel wird die Erhöhung der Stundenzahl von Teilzeitkräften angesehen. Das Gesundheitswesen soll ferner durch den Abbau von Bürokratie, eine Planbarkeit und Zuverlässigkeit der Dienstpläne und eine bessere Weiterqualifizierung von Pflegehelfern zu Pflegefachkräften attraktiver gestaltet werden. Zudem wird durch das Gutachten gefordert, dem Pflegeberuf eine höhere Wertschätzung entgegenzubringen, zum Beispiel über eine stärkere Akademisierung der Pflege. Anreize für Tätigkeit auf dem Land sollen gesetzt werden. Zur Verringerung des Krankenstands können das betriebliche Gesundheitsmanagement und die Verbesserung der Arbeitsbedingungen wichtige Beiträge leisten. Ein Ansatz wird ferner in der Zuwanderung ausländischer Fachkräfte gesehen. Des Weiteren wird auf die Möglichkeit hingewiesen, durch Technologie und Innovationen die Arbeitsproduktivität zu steigern und die Arbeitskräfte zu entlasten.¹⁷⁵

C.2.4.1 Fachkräftesituation im stationären Bereich

Der Krankenhausmarkt steht im Wettbewerb um qualifiziertes Personal. Sowohl die Ärzte und Pflegekräfte als auch alle anderen Berufsgruppen, die im Krankenhaus tätig sind, wählen ihren Arbeitgeber nach Angabe der Universitätsmedizin Greifswald (UMG) zunehmend nach den Aspekten Arbeitsklima, der Breite und Verbindlichkeit des Angebotes, der Familienfreundlichkeit und Aufstiegsperspektiven. Diejenigen Kliniken, die sich mit einem Portfolio von sozialer Fürsorge gegenüber ihren Mitarbeitern, sinnhaften Tätigkeiten und einer guten Arbeitsorganisation bzw. einem guten Arbeitsklima hervorheben, werden in diesem Wettbewerb obsiegen.¹⁷⁶ Auch das derzeitige Finanzierungsmodell hat Auswirkungen auf die Arbeitssituation. Die finanzielle Situation von Krankenhäusern kann dazu führen, dass Einsparungen über einen Personalabbau generiert werden, woraus deutliche Mehrarbeit für das weiterbeschäftigte Personal resultiert, was zu einer höheren Belastung führt. Im Ergebnis führt dies meist dazu, dass das vorhandene Personal abwandert und diese Mehrbelastungen auch einer Akquise von neuen Fachkräften entgegensteht.

Die Krankenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern haben ebenso wie im bundesdeutschen Trend mit dem Fachkräftemangel zu kämpfen, wobei der ländliche Charakter und die Strukturschwäche des Landes das Problem verstärken.¹⁷⁷ Nach Auffassung der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern ist der ärztliche Fachkräftebedarf an den Krankenhäusern nicht gesichert. Diese verweist dazu auf eine Facharztstudie aus dem Jahr 2014, an der 585 von 2.200 Fachärzten aus Krankenhäusern aus Mecklenburg-Vorpommern teilgenommen haben. Sowohl die Fachabteilungen als auch die Notaufnahmen sind demnach nicht mehr mit einer ausreichenden Anzahl an Fachärzten ohne eine Chefarzt- oder Oberarztfunktion besetzt.

¹⁷⁵ Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung Mecklenburg-Vorpommern“, S. 94 ff.

¹⁷⁶ Gemeinsame Positionspapier der UMR und UMG, S. 12.

¹⁷⁷ Stellungnahme UMG zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 9, Kommissionsdrucksache 7/13, S. 23.

Fachärzte arbeiten nach der Studie im Durchschnitt 52,5 Stunden pro Woche. Die meisten Fachärzte sind der Meinung, dass sie nicht genügend Zeit für die Patienten und für die Ausbildung und Betreuung der Assistenzärzte haben. Die Kompensation des ärztlichen Fachkräftebedarfs durch ausländische Ärzte mit Berufserlaubnis wird als straf- und haftungsrechtlich bedenklich eingestuft, wenn diese allein im Nachtdienst eingesetzt oder ohne fachliche Aufsicht am Patienten tätig werden.¹⁷⁸

Laut einer Umfrage der Krankenhausgesellschaft M-V vom August 2020 fehlen gegenwärtig 295 Ärzte und 385 Pflegekräfte in den Krankenhäusern in Mecklenburg-Vorpommern. Betroffen davon sind 37 offene Stellen für Fachärzte der Kinder- und Jugendmedizin, 23 Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und sieben Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Aufgrund der gesetzlichen Systematik führt diese Situation zu Leistungseinschränkungen in einzelnen Fachgebieten und damit zu einer Herausforderung bei der Qualifizierung des ärztlichen und pflegerischen Personals im laufenden Betrieb mit dem bestehenden Personalmangel.¹⁷⁹

Die größte Berufsgruppe innerhalb der Gesundheitsberufe ist der Pflegeberuf. Der Deutsche Berufsverband der Pflegeberufe zeigt auf, dass der Fachkräftemangel besonders gravierend ist. Nach den Zahlen aus dem Pflegereport 2030 der Bertelsmann Stiftung aus dem Jahr 2012 wird in Deutschland bis 2030 durch die Alterung der Gesellschaft ein Zuwachs an Pflegebedürftigen um 50 Prozent prognostiziert, demgegenüber steht ein bis dahin anwachsender Pflegefachkräftemangel von deutschlandweit 500 000 nicht besetzten Stellen. Dabei stellen sich in den regionalen Unterschieden noch größere Bedarfe dar. So wird für Mecklenburg-Vorpommern bis 2030 mit einem Anstieg der Pflegebedürftigen um 56 Prozent gerechnet.¹⁸⁰ Durch die Alterung der Gesellschaft und dem damit einhergehenden erhöhten Pflegebedarf in den kommenden Jahren wird sich das Fachkräfteproblem weiter verschärfen.

Ein wachsender Mangel an qualifizierten ärztlichen und nichtärztlichen Fachkräften auch in der Gynäkologie wird nach Einschätzung der Universitätsmedizin Greifswald darüber hinaus zu weiteren Problemen bei der Versorgung von Schwangeren und Patientinnen führen. Die von der heranwachsenden Generation der Ärzte häufig als unattraktiv und stark belastend angesehene Schichttätigkeit, gepaart mit einem sehr hohem Verantwortungsgrad im Kreissaal sowie die Abwanderung der Hebammen aus dem Kreissaal in die außerklinischen Bereiche, werden die Probleme demnach verstärken.¹⁸¹

Trotz Bemühungen im Bereich der Mitarbeiterrekrutierung für die Universitätsmedizin Greifswald sowie umfangreicher Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen können seit einigen Jahren nicht alle personellen Lücken auf den Stationen geschlossen werden. Die Zahl der besetzten Stellen ermöglicht die Pflegepersonaluntergrenze noch durchschnittlich hundertprozentig einzuhalten.¹⁸²

¹⁷⁸ Stellungnahme der ÄKMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 10 f., Kommissionsdrucksache 7/15, S. 188 f.

¹⁷⁹ Stellungnahme der KGMV zur 5.Sitzung am 16.09.2020, S. 3, 24 f., Kommissionsdrucksache 7/14, S. 13, 34 f.

¹⁸⁰ Bertelsmann Stiftung, Pflegereport 2034: Die Versorgungslücke in der Pflege wächst, unter: <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/unsere-projekte/abgeschlossene-projekte/pflege-vor-ort/projektthemen/pflegereport-2030> (abgerufen am, 19. Mai 2021).

¹⁸¹ Stellungnahme UMG zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 11, Kommissionsdrucksache 7/13, S. 25.

¹⁸² ebd., S. 37, Kommissionsdrucksache 7/13, S. 51.

Aufgrund der zu geringen Anzahl an eigenen Landeskindern müssen auch (künftige) Fachkräfte aus anderen Bundesländern angeworben werden. Häufig verlassen jedoch Studierende aus anderen Bundesländern Mecklenburg-Vorpommern innerhalb der ersten Arbeitsjahre nach dem Studium wieder und kehren in ihre Heimat zurück. Als Gründe können die familiäre Bindung an das Heimatland, aber auch attraktivere Lebens- und Arbeitsbedingungen in anderen Bundesländern angesehen werden.¹⁸³

Die Universitätsmedizin Greifswald hat im Jahr 2020 insbesondere durch flexible und fortlaufende Planung der Vorstellungsgespräche 110 Pflegeschüler gewinnen können. Geeignete Bewerber sind zeitnah eingeladen worden und erhielten schnell eine Zusage. Der dortige Pflegebereich verfügt über ein eigenes Marketing-Budget, aus dem diverse Akquise-Maßnahmen finanziert werden, wie z. B. Inserate in regionalen Broschüren mit dem Thema Ausbildung oder Social-Media-Aktivitäten, redaktionelle Artikel in der regionalen Tagespresse oder Plakatveröffentlichungen im Stadtbild. Der Fokus der Fachkräftegewinnung im Pflegebereich beginnt bereits in der Ausbildung. Ziel der Universitätsmedizin Greifswald ist es, am Ausbildungsstandort ein ansprechendes Profil für zukünftige Mitarbeiter vorzuhalten.¹⁸⁴

Einen Ansatz stellt zudem die Fachkräftegewinnung aus dem Ausland dar. Die Krankenhausgesellschaft M-V hat gemeinsam mit Personalvermittlungsagenturen und dem Landesamt für Gesundheit und Soziales (LAGuS) Jobbörsen in Österreich, Tschechien und Bulgarien organisiert, um Ärzte für Mecklenburg-Vorpommern zu gewinnen. Weitere Möglichkeiten zur Personalrekrutierung stellen die Zusammenarbeit mit dem Verein genres-Gesellschaft für nachhaltige Regionalentwicklung und Strukturforchung e. V. und die Med-Ahoi-Touren, bei denen Studenten im Rahmen von Wunschtouren verortete Krankenhäuser besuchen, um Arbeitgeber in der Region kennenzulernen und auf diesem Wege für ein Beschäftigungsverhältnis im Land angeworben werden können.¹⁸⁵

C.2.4.2 Fachkräftesituation im ambulanten ärztlichen Bereich

Aktuell kann die Gesundheitsversorgung in Mecklenburg-Vorpommern im niedergelassenen ärztlichen Bereich nach Einschätzung der Ärztekammer MV weitestgehend als gesichert angesehen werden. Dennoch ist bereits seit Jahren der angekündigte Mangel an Fachärzten, besonders im ländlichen Bereich, sichtbar. Mit Stand August 2019 betrug das Durchschnittsalter der Fachärzte und Psychotherapeuten 52 Jahre, von diesen sind 44 Prozent bereits zwischen 50 und 59 Jahre alt.¹⁸⁶

Aktuell sind 29 Prozent der Hausärzte (ohne Pädiater) 60 Jahre und älter. Das durchschnittliche Alter der Facharztgruppe der Allgemeinmediziner und Praktischen Ärzte liegt derzeit bei 54 Jahren und bei den hausärztlich tätigen Internisten bei ca. 53 Jahren. Eine ähnliche Altersverteilung zeigt sich auch bei den ambulant tätigen Fachärzten im Bundesland. Von ihnen sind 24 Prozent 60 Jahre und älter. Aktuell sind die Fachärzte (einschließlich Pädiater) und Psychotherapeuten durchschnittlich ca. 53 Jahre alt. In den kommenden fünf Jahren werden voraussichtlich 250 Hausärzte aus Altersgründen Nachfolger für ihre Praxen benötigen.

¹⁸³ Stellungnahme der KGMV zur 5.Sitzung am 16.09.2020, 24, Kommissionsdrucksache 7/14, 34.

¹⁸⁴ Stellungnahme UMG zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 37 f., Kommissionsdrucksache 7/13, S. 51 f.

¹⁸⁵ Stellungnahme der KGMV zur 5.Sitzung am 16.09.2020, 24 f., Kommissionsdrucksache 7/14, 34 f.

¹⁸⁶ Stellungnahme der ÄKMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 2, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 180.

Handlungsbedarf gibt es im fachärztlichen Versorgungsbereich etwa bei Kinderärzten, Augenärzten, Neurologen, Psychiatern oder Hautärzten.¹⁸⁷

Laut Bedarfsplanung besteht gegenwärtig im Bereich der hausärztlichen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern keine Unterversorgung. Im Bereich der HNO-Ärzte gibt es eine Unterversorgung im Planungsbereich Ludwigslust. Im Bereich der Physikalisch und Rehabilitativen Medizin liegt bereits eine Unterversorgung im gesamten Landesgebiet vor. Die Niederlassungsmöglichkeiten bis zu einer Sperrung beträgt für diese beiden Fachabteilungen addiert 7,5 Ärzte. Ein Problem besteht häufig in der Verteilung der Niederlassungen.

Der medizinische Nachwuchs bevorzugt städtische und attraktive Gebiete und meidet strukturschwache und soziale Brennpunkte.¹⁸⁸

Betrachtet man die Entwicklung der Versorgungsstrukturen, so ist festzustellen, dass der Anteil der angestellten Ärzte und Psychotherapeuten auf ca. 22 Prozent angestiegen ist. Allein im Zeitraum von 2012 bis 2016 wurden ca. 180 Arztsitze von niedergelassenen Ärzten in Form von Anstellungen, überwiegend in Medizinische Versorgungszentren (MVZ), eingebracht. Im Vergleich zu den übernommenen Arztsitzen werden in MVZ jedoch signifikant weniger Patienten versorgt. Während niedergelassene Ärzte in Mecklenburg-Vorpommern im Durchschnitt 52 Stunden/Woche in der Praxis tätig sind, ist die Tätigkeit angestellter Ärzte durch das Arbeitszeitgesetz reglementiert. Bei einer Umwandlung in eine Anstellung sinkt der Tätigkeitsumfang auf 40 Stunden/Woche. Das ist bereits ein Rückgang von ca. 25 Prozent. Dazu kommt, dass die überwiegende Zahl der Anstellungen in Teilzeit bei ca. 26 Stunden/Woche erfolgt. Damit ergibt sich ein Rückgang an ärztlicher Arbeitszeit von ca. 50 Prozent. Das bedeutet, um den gleichen Umfang an ambulanter Versorgung sicherzustellen, sind für einen niedergelassenen Arzt zwei angestellte Ärzte notwendig.¹⁸⁹

Eine bundesweite Befragung angestellter Ärzte im ambulanten Sektor wurde von der Universität Trier im Oktober 2017 vorgestellt. Diese zeigte verschiedene Gründe auf, weshalb sich angestellte Ärzte gegen eine Niederlassung entscheiden. 68 Prozent der Befragten führte die Befürchtung vor wirtschaftlichen Zwängen, 67 Prozent vor Bürokratie/Verwaltungsaufwand und 55 Prozent vor einem hohen Investitionsrisiko an. An vierter Stelle steht das Regressrisiko. Zukünftig wird es zwingend notwendig sein, den bürokratischen Aufwand in den Praxen zu senken um die ärztliche Arbeitszeit für den Patienten nicht weiter zu reduzieren und die Rahmenbedingungen der ärztlichen Tätigkeit so zu gestalten, dass die Attraktivität der Niederlassung wieder gesteigert wird.¹⁹⁰

Es wurden durch den Gesetzgeber bereits Maßnahmen zur Förderung der Niederlassung auf den Weg gebracht.

Wollen sich Hausärzte in von medizinischer Unterversorgung bedrohten Gebieten niederlassen, können sie bereits seit 2008 einen Investitionskostenzuschuss für eine Praxiseröffnung in Mecklenburg-Vorpommern erhalten. Der pro Praxisgründung oder -übernahme in medizinisch unterversorgten Gebieten zur Verfügung stehende mögliche Höchstbetrag beläuft sich auf 75 000 Euro. In Gebieten mit drohender Unterversorgung ist eine Förderung zwischen 25 000 und 50 000 Euro möglich.

¹⁸⁷ Stellungnahme der KVMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 4, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 16.

¹⁸⁸ Stellungnahme der DAK zur 4. Sitzung am 09.09.2020, S. 17, Kommissionsdrucksache 7/11, S. 100.

¹⁸⁹ Stellungnahme der KVMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 13 f., Kommissionsdrucksache 7/15, S. 25 f.

¹⁹⁰ ebd., S. 9.

Damit soll der Anreiz einer Niederlassung in diesen Gebieten verstärkt werden. Wenn niederlassungswillige Ärzte in Vorbereitung auf eine spätere Praxisübernahme in drohend unterversorgten Regionen zuvor in der zu übernehmenden Praxis angestellt werden, können zudem Gehaltskostenzuschüsse von 2 000 Euro pro Monat für längstens zwölf Monate gewährt werden. Darüber hinaus wird die Gründung von Außenstellen/Zweigpraxen mit bis zu 20 000 Euro und die Anstellung eines Arztes ebenfalls mit bis zu 20 000 Euro gefördert. Auch Umzugs- oder Kinderbetreuungskosten können im Interesse der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung übernommen werden. Zudem wird die Förderung der Sicherstellung der fachärztlichen Grundversorgung weiter ausgebaut. Hier ist die Ausschreibung von besonderen lokalen und/oder medizinisch-fachlichen Versorgungsbedürfnissen mit einer Förderung verbunden. Bereitgestellt werden diese Gelder ebenfalls aus dem Strukturfonds.

Allein durch die verschiedenen Maßnahmen der Investitionskostenzuschüsse konnten seit 2008 insgesamt 184 Ärzte/Praxen in Mecklenburg-Vorpommern mit mehr als 7,2 Millionen Euro gefördert werden. 2018 haben 18 Ärzte/Praxen eine Förderung von nahezu 750 000 Euro in Anspruch genommen. Für das Jahr 2019 stehen zirka 1,3 Millionen Euro zur Verfügung. Bereits vor mehr als 15 Jahren wurden die ersten Fördermaßnahmen auf den Weg gebracht. Aktuell gibt es einen umfangreichen Katalog von Fördermaßnahmen, der konsequent weiter ausgebaut wird. Für Ärzte, die an einer ambulanten Tätigkeit interessiert sind, hält die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern zudem ein Beratungs- und Informationsangebot bereit. Dieses umfasst u. a. eine individuelle Niederlassungsberatung und Seminare für Praxisgründer.¹⁹¹

Zu Beginn des Jahres 2020 ist in Mecklenburg-Vorpommern das Gesetz zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Bereichen mit besonderem öffentlichen Bedarf (Landarztgesetz - LAG M-V) in Kraft getreten, das dem Ärztemangel in der allgemeinmedizinischen Versorgung insbesondere in den ländlichen Regionen entgegen wirken soll. Erstmals zum Wintersemester 2021 wurden in Mecklenburg-Vorpommern 32 der etwa 400 jährlich vorgesehenen Studienplätze für Humanmedizin im Rahmen eines komplexen Auswahlverfahrens an Bewerber vergeben, die nach ihrem Studium für einen längeren Zeitraum an der hausärztlichen Versorgung in unterversorgten bzw. von Unterversorgung bedrohten ländlichen Regionen des Bundeslandes teilnehmen wollen. Durch das Landarztgesetz sollen Bewerber für das Medizinstudium gewonnen werden, die im regulären Zulassungsverfahren möglicherweise keinen Studienplatz erhalten haben, sich aber aufgrund ihrer ausgeprägten sozialkommunikativen Kompetenzen und fachspezifischen persönlichen Befähigung für eine langfristige hausärztliche Tätigkeit besonders eignen.¹⁹²

C.2.4.3 Fachkräftesituation im zahnärztlichen Bereich

Erhebungen zur zahnärztlichen Versorgungssituation in Mecklenburg-Vorpommern im Jahre 2020 haben nach Angaben der Kassenzahnärztlichen Vereinigung MV ergeben, dass in keiner Versorgungsregion eine Unterversorgung zu verzeichnen ist.¹⁹³

In der Zahnärzteschaft sind jedoch ebenfalls Tendenzen einer überalternden Ärzteschaft und damit eines bevorstehenden Fachkräftemangels zu verzeichnen.

¹⁹¹ Stellungnahme der KVMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 7 f., Kommissionsdrucksache 7/15, S. 19 f.

¹⁹² ebd., S. 8.

¹⁹³ Stellungnahme der KZVMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 16 f., Kommissionsdrucksache 7/15, S. 95 f.

Zu Beginn des Jahres 2019 hat es in Mecklenburg-Vorpommern eine Erhebung der Altersverteilung der niedergelassenen Zahnärzte gegeben, bei welcher ein Altersdurchschnitt von 54,06 Jahren ermittelt wurde. In den nächsten fünf bis zehn Jahren werden 60 Prozent aller niedergelassenen Zahnärzte des Landes in den Ruhestand gehen. Besonders prekär stellt sich die Situation in den ländlichen Regionen dar. Derzeit sind bereits etwa 40 Prozent der Zahnärzte im ländlichen Raum älter als 58 Jahre. Unter Berücksichtigung der bisherigen und zur Verfügung stehenden Daten kann zum heutigen Tag ein durchschnittliches Alter der Zahnmediziner in Mecklenburg-Vorpommern von rund 59 Jahren für das Jahr 2025 und von rund 64 Jahren für das Jahr 2030 prognostiziert werden. Unterstrichen wird diese Prognose durch die Veränderung des Alters eines Praxisinhabers zum Zeitpunkt der Beendigung seiner Praxistätigkeit. So lag das Alter im Jahre 2000 bei rund 61 Jahren und im Jahr 2017 bei rund 64 Jahren. Diese Voraussetzungen werden automatisch eine Mehrbelastung für alle verbleibenden niedergelassenen Zahnärzte, insbesondere in ländlichen Bereich, nach sich ziehen.

Diese Entwicklung wird eine weitere Hemmschwelle für junge angehende Zahnmediziner sein, um freiberuflich in einer eigenen Zahnarztpraxis zu praktizieren.¹⁹⁴

Der zahnärztliche Nachwuchs bevorzugt eher eine Arbeitsstelle in der Stadt als auf dem Land. Medizinische Versorgungszentren etablieren sich in größeren Städten und dort werden die jungen Zahnärzte durch Arbeitsplätze in Anstellung gebunden. Zahnarzt-MVZs siedeln sich vor allem in Großstädten, sowie Ballungsräumen und einkommensstarken ländlichen Regionen an. Ende März 2018 befanden sich rund 79 Prozent der MVZs in städtischen Gebieten und nur rund 21 Prozent in ländlichen Gebieten.¹⁹⁵ Mittelfristig werden sich insbesondere im ländlichen Bereich Schwierigkeiten bei der Nachbesetzung bzw. Gründung von Zahnarztpraxen ergeben.

Ein deutlicher Fachkräftemangel besteht im Bereich der zahnmedizinischen Fachangestellten. Die Ausbildungssituation in Mecklenburg-Vorpommern ist zwar stabil, aber auf einem niedrigen Niveau. Zudem hat sich nach Angabe der Zahnärztekammer die Eignung der Schulabgänger für den Beruf der zahnmedizinischen Fachangestellten in den letzten Jahren deutlich verschlechtert.¹⁹⁶

C.2.4.4 Fachkräftesituation bei weiteren Gesundheitsberufen

Auch bei den weiteren Gesundheitsberufen bestehen Probleme im Hinblick auf Fachkräfte. Dies hat eine Anhörung in der Enquete-Kommission bestätigt.

Für die **Landesgruppe des Deutschen Verband Ergotherapie (DVE)** besteht das größte Problem des Fachkräftemangels in der Akquirierung des Nachwuchses. In den meisten anderen Bundesländern steigt die Anzahl an Schülern und Studenten der Ergotherapie, während sie in Mecklenburg-Vorpommern sinkt. Die Kosten für eine Ausbildung in Mecklenburg-Vorpommern liegen zwischen 200 und 400 Euro im Monat. In vielen anderen Bundesländern, wie z. B. in Niedersachsen, Brandenburg, Hamburg, Sachsen und Hessen, ist die Ausbildung inzwischen kostenfrei.¹⁹⁷

¹⁹⁴ ebd., S. 9; Stellungnahme der ZÄKMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 5.

¹⁹⁵ Stellungnahme der KZVMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 10, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 89.

¹⁹⁶ Stellungnahme der ZÄKMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 9.

¹⁹⁷ Protokoll der 11. Sitzung der Enquete-Kommission vom 2. Dezember 2020, S. 8, Beitrag Prempfer.

Nach Angaben des **Physiotherapieverbandes** existierten im Jahr 2020 in Mecklenburg-Vorpommern ca. 1.000 Physiotherapiepraxen mit etwa 5 000 Mitarbeitern. Im Jahr 2019 gab es deutliche Wartezeiten auf einen Therapieplatz, was am Fachkräftemangel liegt. Auf 100 offene Stellen kommen ca. 20 Bewerber. Aktuell gibt es offiziell 568 gemeldete Stellen. Im Jahr 2010 gab es in Mecklenburg-Vorpommern noch etwa 370 Absolventen der Physiotherapieausbildung, wogegen für das Jahr 2020 mit nur noch ca. 30 bis 50 Absolventen gerechnet wurde. Dies entspricht einem Rückgang von ausgebildeten Physiotherapeuten um 90 Prozent. 2019 gab es ca. fünf zugelassene Ausbildungen ausländischer Physiotherapeuten. Die Zeitdauer für die Anerkennung der Ausbildung beträgt jedoch mindestens ein Jahr. Über die Hälfte aller Physiotherapeuten in Mecklenburg-Vorpommern sind über 50 Jahre alt. Etwa die Hälfte der Praxisinhaber werden in den kommenden 10 Jahren ihre Praxis aus Altersgründen abgeben. Circa 3 000 Physiotherapeuten, die einmal in Mecklenburg-Vorpommern ausgebildet worden sind, leben und arbeiten nun in anderen Bundesländern.¹⁹⁸

Der **Dachverband für Technologen/-innen und Analytiker/-innen in der Medizin Deutschland** gab an, dass auch in den vier eigenständigen Berufsgruppen, für die der Verband zuständig ist, ein massiver Fachkräftemangel herrscht. Durch die Novellierung des MTA-Gesetzes konnte die Attraktivität des Berufes bereits erhöht werden.¹⁹⁹

Nach Angaben des **Bundesverbandes für Podologie** gibt es in Mecklenburg-Vorpommern mit Stand 1. Juni 2020 insgesamt 265 zugelassene podologische Praxen. Mit durchschnittlich sechs neuen Praxen pro Jahr ist zwar ein geringer Zuwachs erkennbar, laut Fachkräfteengpassanalyse suchen Podologen aber sehr dringend Mitarbeiter. Es werden circa 168 Tage benötigt, um eine freie Stelle in einer Praxis wieder zu besetzen. Stellenangebote im Internet zeigen, dass mit Stand 30. November 2020 316 Podologen dringend Nachwuchs suchten. Das Durchschnittsalter aller Therapeuten in Mecklenburg-Vorpommern liegt bei 50 Jahren. Für die Podologieausbildung in Mecklenburg-Vorpommern muss derzeit ein monatliches Schulgeld in Höhe von 465 Euro gezahlt werden. In einigen Bundesländern wurde die Schulgeldpflicht bereits abgeschafft. Zusätzlich fallen noch Prüfungsgebühren an, wodurch eine zweijährigen Ausbildung 11 178 Euro kostet. Eine podologische Ausbildung ist in Mecklenburg-Vorpommern in Schwerin und in Stralsund möglich.²⁰⁰

Die Berufsgruppe **Pharmazeutisch-Technischen Assistenten (PTA)** stellt mit rund 68.277 in öffentlichen Apotheken tätigen Fachkräften die größte Gruppe des pharmazeutischen Personals in Apotheken dar. Der Frauenanteil liegt bei 96,9 Prozent. PTAs tätigen rund 80 Prozent der Arzneimittelabgaben in Vor-Ort-Apotheken, beraten dazu und sind für die Herstellung von Arzneimitteln, die Überwachung der Qualität, Kompatibilitätsprüfung der Inhaltsstoffe, Dokumentation der Herstellung und Identitätsprüfung der Ausgangsstoffe zuständig. In Mecklenburg-Vorpommern gibt es jeweils eine PTA-Berufsfachschule in Schwerin und in Greifswald. Die Inhalte des Ausbildungsplans sind zum Teil nicht genehmigungspflichtig. Die Ausbildungsziele werden nicht mehr vollumfänglich vermittelt und die Ansprüche der Arbeitgeber nicht (mehr) erreicht. Durch das Wegfallen des Numerus Clausus findet an den Schulen zudem keine Bewerberauswahl nach besonderen Erfordernissen, wie einer guten naturwissenschaftlichen Grundbildung, mehr statt, was zu einem sinkenden Ausbildungsniveau führt.²⁰¹

¹⁹⁸ ebd., S. 13 f.

¹⁹⁹ ebd., S. 14 f.

²⁰⁰ Protokoll der 11. Sitzung der Enquete-Kommission vom 2. Dezember 2020, Beitrag Stühning.

²⁰¹ ebd., S. 16, Beitrag Becker.

Der **Deutsche Bundesverband der Logopäden** bemängelt die Ausbildungssituation für Logopäden in Mecklenburg-Vorpommern, die immer noch Schulgeld vorsieht. Das Schulgeld beträgt in Schwerin monatlich 450 Euro und in Rostock 525 Euro. Dazu kommen noch die Einschreibegebühren von 250 Euro und 800 Euro Prüfungsgebühren. Die einzige Schule für Logopädie mit Ausbildungsvergütung befindet sich in Greifswald. Diese bildet aber nur alle 3 Jahre aus.²⁰²

Nach Aussage des **Landeshebammenverbandes Mecklenburg-Vorpommern** lässt sich schon heute eine wohnortnahe Betreuung durch Hebammen nicht mehr gewährleisten. Sowohl auf dem Land als auch in den Städten stehen zu wenige Hebammen zur Verfügung, die das gesamte Leistungsspektrum anbieten. Die beruflichen Bedingungen klinisch arbeitender Hebammen haben sich nach Einschätzung des Landeshebammenverbandes in den letzten Jahren verschlechtert. Durch unbesetzte Stellen wird die Arbeit der einzelnen Hebamme immer mehr. Häufig betreut eine Hebamme drei oder mehr Frauen parallel.

Viele Hebammen arbeiten in Teilzeit. Auch der Entwurf für ein Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GPVG) hat nach Auffassung des Landeshebammenverbandes nicht das Potenzial, die strukturellen Mängel in der Geburtshilfe dauerhaft abzustellen.²⁰³

Für die langfristige und flächendeckende Sicherstellung einer notfallmedizinischen Versorgung ist auch im Bereich des **Rettungsdienstes** eine hinreichende personelle Ausstattung sowie eine entsprechende Qualifikation des Personals zu gewährleisten.

Als positiv bewertet wird von der Universitätsmedizin Greifswald die Einführung des relativ neuen Berufsfeldes des **Notfallsanitäters**.²⁰⁴ Der Notfallsanitäter stellt eine hochqualifizierte medizinische Fachkraft dar, die einen Großteil des Einsatzspektrums der präklinischen Notfallmedizin eigenständig ohne notärztliche Unterstützung auf Grundlage seiner Ausbildung leisten kann. Damit können sie zur Entlastung der Notärzte beitragen, welche sich dann auf die kritischsten und unklaren Fälle beschränken können. Voraussetzung wäre eine hohe Qualifikation des Notfallsanitäters und Erfahrungen mit notfallmedizinisch relevanten Symptomkomplexen, intensivmedizinischen Krankheitsbildern und Verletzungen.²⁰⁵

Der konkrete Leistungsumfang des Notfallsanitäters in den einzelnen Rettungsdienstbereichen unterscheidet sich jedoch teilweise erheblich. Dies wird unter anderen auf einen fehlenden rechtssicheren Kompetenzrahmen für Notfallsanitäter bei der Ausübung bestimmter invasiver Maßnahmen zurückgeführt. Auf Bundes- und Landesebene sind der Umfang und die Qualität der Handlungskompetenzen bei invasiven Maßnahmen für den akuten medizinischen Ernstfall bisher nicht geregelt worden. Dies führt dazu, dass Notfallsanitäter in bestimmten Einsätzen nur dann invasive Maßnahmen ausüben, wenn ein Notarzt nicht vor Ort ist, ein sofortiges Handeln erforderlich ist oder Handlungen nach Vorgaben der jeweiligen Ärztlichen Leiter des Rettungsdienstes erfolgen. Da die Anwendung bestimmter notfallmedizinischer Maßnahmen durch Notfallsanitäter rechtlich nicht abgesichert und nicht einheitlich geregelt ist, müssen diese teilweise auf eigene Verantwortung und in eigener Haftung durchgeführt werden.²⁰⁶

²⁰² ebd., S. 12., Beitrag Dietzel.

²⁰³ Protokoll der 12. Sitzung vom 13.01.2021, Beitrag Herold, S. 12 f.

²⁰⁴ Stellungnahme LKT zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 11 f., Kommissionsdrucksache 7/46, S. 123 f.

²⁰⁵ 2. Stellungnahme der UMG zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 12 f.

²⁰⁶ Stellungnahme des DRK zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 2, Kommissionsdrucksache 7/46, S. 4.

Allgemein kann die personelle Situation im Rettungsdienst als angespannt bezeichnet werden. Derzeit ist wegen möglicher Vorhalteeerweiterungen, steigenden Einsatzzahlen oder auch demografischen Auswirkungen ein höherer Personalbedarf denkbar. Der Fachkräftemarkt ermöglicht es kaum noch im größeren Umfang Rettungsdienstfachpersonal zu gewinnen. Besonders schwierig gestaltet sich die Personalgewinnung im ländlichen Raum.²⁰⁷ Derzeit wird auch keine hinreichende Personalkapazität zur ärztlichen Begleitung von Verlegungsfahrten gesehen.²⁰⁸ Eine besondere Herausforderung wird darin gesehen, möglichst flächendeckend hoch qualifiziertes notärztliches Personal mit tiefgreifenden Spezialkenntnissen für die Versorgung schwerer Erkrankungen und Verletzungen zu gewinnen und dieses hinsichtlich der lokalen Gegebenheiten und Vorgehensweisen zu schulen.²⁰⁹ Durch den aktuellen Mangel an qualifiziertem (Not-)ärztlichem Personal sind die Leistungserbringer gezwungen, bei der Personalauswahl Kompromisse einzugehen.²¹⁰

Der bestehende Personalmangel wird nach Angaben des Landkreises Vorpommern-Greifswald durch eine vermehrte Inanspruchnahme des Rettungsdienstes verschärft. Durch teilweise fehlende Verfügbarkeit und unrichtiger Zuordnung der Ressourcen für den jeweiligen Einsatz kommt es zu einer „Fehl“-Inanspruchnahme des Rettungsdienstes. Gleichzeitig wird im Rettungsdienst in Mecklenburg-Vorpommern keine geeignete Ressource zur Behandlung minderschwerer Fälle ohne Transportnotwendigkeit vorgehalten. Eine spezifische Berufsausbildung zum Leitstellendisponenten, der eine optimale Einschätzung der Behandlungspriorität vornehmen könnte, gibt es in Deutschland derzeit nicht.²¹¹

Die Verdienstmöglichkeiten für im Rettungsdienst tätige Fachkräfte werden vom DRK nicht als Ursache für den Personalmangel gesehen. Als sehr ungünstig wird eine unsichere Gestaltung von Rahmenbedingungen, die der Leistungserbringer im Rettungsdienst kaum beeinflussen kann, empfunden. Die durch § 33 Abs. 2 RDG M-V bedingte Beendigung bestehender rettungsdienstlicher Beauftragung spätestens in 2025 ermöglicht keine langfristige Planungssicherheit, was sich auch negativ auf die Personalakquise und -bindung auswirkt. Die so erzwungene Beendigung von existenten Beauftragungen infolge der Neuausschreibungspflicht stellt den Erhalt des Arbeitsplatzes in Frage und führt zum Attraktivitätsverlust. Auch die dadurch bedingte gehemmte Investitionsbereitschaft in Rettungswachenstandorte und anderen Infrastrukturen macht den Arbeitsplatz für potenzielle Bewerber unattraktiv.²¹²

Eine Herausforderung für die ärztliche Besetzung des Rettungsdienstes aus den einzelnen Kliniken heraus resultiert aus dem neuen Tarifvertrag, der seit dem 1. Oktober 2020 gilt. Damit werden die im Rettungsdienst geleisteten Dienste auf die Arbeitszeitschutzkonten im Krankenhaus angerechnet, sodass die Ärzte am diensthabenden oder ggf. am darauffolgenden Tag nicht in der Klinik zur Verfügung stehen. Durch diese Einschränkungen werden die ohnehin knappen Fahkräfteressourcen weiter reduziert.²¹³

²⁰⁷ Stellungnahme LKT zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 11 f., Kommissionsdrucksache 7/46, S. 123 f.

²⁰⁸ Stellungnahme der KGMV zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 15, Kommissionsdrucksache 7/14, S. 25.

²⁰⁹ Gemeinsame Stellungnahme LK VG und EB Rettungsdienst zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 11 f., Kommissionsdrucksache 7/46, S. 32 f.

²¹⁰ 2. Stellungnahme der UMG zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 13.

²¹¹ Gemeinsame Stellungnahme LK VG und EB Rettungsdienst zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 12, Kommissionsdrucksache 7/46, S. 33.

²¹² Stellungnahme des DRK zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 14 f., Kommissionsdrucksache 7/46, S. 16 f.

²¹³ Stellungnahme der UMR zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 11, Kommissionsdrucksache 7/13, S. 89.

C.2.4.5 Neuartige Gesundheitsberufe

Der Bedarf an neuen zu regelnden Berufen entwickelt sich grundsätzlich aus der Versorgungslandschaft heraus. Vor dem Hintergrund eines komplexer werdenden Gesundheitssystems, neuer Behandlungsmöglichkeiten und fortschreitender Digitalisierung müssen die Ausbildungsgänge vorhandener Gesundheitsberufe weiterentwickelt werden. Die Schaffung eines neu zu regelnden Berufes kann zukünftig zur Verbesserung der Versorgung beitragen. Auch im Hinblick auf den voranschreitenden Fachkräftemangel ist es erforderlich, bestimmte Leistungen neu zu verteilen und neue Qualifikationen zu entwickeln. Mit dieser Thematik hat sich die Enquete-Kommission im Rahmen einer Expertenanhörung befasst.

Nach der neuen Weiterbildungsordnung für Ärzte gibt es den Facharzt für Chirurgie in der ursprünglichen Form nicht mehr. Stattdessen erfolgt eine weitere Spezialisierung der Fachärzte, beispielsweise auf die Viszeral-, Gefäß- und Unfallchirurgie. Herz- und Kinderchirurgie werden häufig nur in großen Ballungsräumen vorgehalten. In kleinen Krankenhäusern in der breiten Fläche sind bisher Allgemeinchirurgen tätig gewesen. Die neue Ausbildung der Chirurgen eignet sich aber nicht mehr für diese Versorgung.

Es wird daher das Problem auftreten, dass die Nachbesetzung an kleinen Krankenhäusern entweder durch einen viszeralchirurgisch geprägten Chirurgen oder durch einen orthopädisch unfallchirurgischen Schwerpunkt gewährleistet sein wird. Die Breite der Basisversorgung kann damit in einem Haus nicht mehr ohne Weiteres abgebildet werden.

Im Bereich der Chirurgie wird zur Abmilderung dieses Fachärztemangels über die Installation des **Physician Assistant** als neuen Gesundheitsberuf diskutiert. Der Beruf des Physician Assistant setzt ein Studium mit Bachelor und Master voraus. Ein konkretes Curriculum befindet sich derzeit noch in der Erarbeitung durch die Bundesärztekammer unter Beteiligung des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen. Aktuell gibt es aufgrund des fehlenden Curriculums nur private Ausbildungsstellen für den Physician Assistant, jedoch ohne einheitliche Vorgaben. Für einen sinnvollen Einsatz dieser Berufsgruppe werden bundeseinheitliche Vorgaben als zwingend erforderlich angesehen.²¹⁴

Es handelt sich bei diesem Gesundheitsberuf zwar um einen arztnahen, aber keinen ärztlichen Beruf, sodass der Physician Assistant keine ärztlichen Entscheidungen treffen darf. Ein Physician Assistant kann nur in einem Team unter Anleitung von Ärzten tätig werden und kann einen fehlenden Facharzt daher nicht kompensieren. Jedoch kann dieser bei Hilfestellungen zu nicht ärztlichen Tätigkeiten, wie vorbereitenden Tätigkeiten und den sehr zeitaufwendigen Dokumentationen, eingesetzt werden und auf diese Weise das fachärztliche Personal entlasten.

In fachlicher Diskussion ist auch, dass der Physician Assistant kleinere, regelhafte Eingriffe vornehmen darf, was jedoch vom Berufsverband der Deutschen Chirurgen nicht befürwortet wird, da während einer Operation stets die Gefahr einer Komplikation besteht, bei der notwendig werdende Entscheidungen nicht auf eine Begleitperson des Arztes delegiert werden sollten.²¹⁵

²¹⁴ Protokoll der 19. Sitzung vom 28. April 2021, S. 10, Beitrag Beitrag Dr. Rüggeberg.

²¹⁵ ebd., S. 7 f., Beitrag Dr. Rüggeberg.

Der **Operationstechnische Assistent** hingegen ist eine Weiterbildung aus der bisherigen Gesundheits- und Krankenpflegeassistenz. Diese Berufsgruppe ist bereits im Einsatz, da sie kostengünstiger als Ärzte arbeiten. Teilweise werden durch die Operationstechnische Assistenz auch ärztliche Aufgaben übernommen, etwa die Entnahme von Venen am Unterschenkel bei einer Herz-Operation, damit der Arzt diese anschließend am Herzen einsetzen kann. Auch hier erfolgt die Tätigkeit nur unter Aufsicht. Der Operationstechnische Assistent führt daher zu einer Entlastung der Ärzte, kann den Arzt jedoch nicht ersetzen.²¹⁶

Im Bereich der Pflege wird vielfach eine **Akademisierung** gefordert, um den Absolventen höhere Qualifikationen zu vermitteln, damit das Leistungsspektrum zu erhöhen und den Beruf damit attraktiver zu gestalten. Dies soll zum einen dazu führen, dass sich mehr Menschen für einen Pflegeberuf entscheiden und andererseits die knappe Ressource Arzt entlasten. Bei der Professionalisierung der Pflege geht es speziell um neue Funktionen und Qualifikationen von Pflegekräften. Dies wurde teilweise schon auf den Weg gebracht, sodass es bereits einige pflegewissenschaftliche Studiengänge gibt. Beispielsweise wurde die Hebammenausbildung in ein Hebammenstudium umgewandelt. Zudem wurde in Greifswald der Bachelorstudiengang „Klinische Pflegewissenschaft“ eingerichtet, der im Wintersemester 2021 starten wird. Die Absolventen dieses Studiengangs sollen für die Pflege der Patienten befähigt werden. Der Studiengang wird in das neu geschaffene Institut für Pflegewissenschaft und Interprofessionelles Lernen eingebettet.²¹⁷

Erste Erfahrungen haben gezeigt, dass die ersten Umstellungen medizinischer Ausbildungsberufe auf Studiengänge dazu geführt haben, dass viele praktisch tätige Pflegekräfte hinterher nicht mehr praktisch in der Versorgung beim Patienten praktisch tätig gewesen sind. Der Studiengang „Klinische Pflegewissenschaften“ hat das Ziel, dass die Absolventen nicht nur eine bessere, sondern auch mehr Versorgung machen. Durch die Akademisierung der Pflege sollen künftig mehr Fachkräfte generiert werden, die über eine umfangreichere Ausbildung verfügen und zu mehr Autonomie im Beruf befähigt sind.²¹⁸

Im Jahr 2008 wurden die gesetzlichen Rahmenbedingungen im SGB V für die Delegation ärztlicher Leistungen geschaffen. Das auf Bundesebene beschlossene Pflege-Weiterentwicklungsgesetz ermöglicht neben der Delegation explizit auch die Substitution von Leistungen und damit die Übernahme von heilkundlichen Aufgaben durch Pflegekräfte. Die **Arztentlastende Gemeinde-nahe E-Healthgestützte Systemische Intervention (AGnES) - Schwester**, die mit Hilfe digitaler Gerätschaften die Patienten aufsucht und über digitale Wege mit einem Hausarzt kommuniziert, war ein erster Ansatz zur Entlastung der Ärzte. Modellprojekte haben gezeigt, dass die AGnES eine arztentlastende Wirkung entfaltet und sich positiv auf die Bereitschaft des Patienten auswirkt, bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen mitzuwirken. § 63 Absatz 3c SGB V ermöglicht es, Aspekte des **Advanced Nursing Practice**, welches in anderen Ländern bereits verbreitet ist, in die Versorgung umzusetzen.²¹⁹

Ein weiteres Beispiel für neue Berufsfelder ist der **Dementia Care Manager (DCM)**, der eine Weiterqualifikation von Pflegekräften darstellt und bei der Versorgung von Demenzpatienten in deren Häuslichkeit unterstützt.

²¹⁶ ebd., Beitrag, S. 11, Beitrag Dr. Rüggeberg.

²¹⁷ ebd., S. 20 f., Beitrag Prof. Dr. Hoffmann.

²¹⁸ ebd., S. 24 f., Beitrag Prof. Dr. Hoffmann.

²¹⁹ ebd., S. 19, Beitrag Prof. Dr. Hoffmann.

DCM ermitteln mit einem computerbasierten System die Versorgungsbedarfe der Patienten und erstellen gemeinsam mit dem Hausarzt einen abgestimmten Versorgungsplan, der dann umgesetzt wird. Die Auswertung von ungefähr 600 Patientendaten hat nachgewiesen, dass so betreute Personen eine höhere gesundheitsbezogene Lebensqualität aufweisen, länger in der eigenen Häuslichkeit verbleiben konnten und insgesamt weniger Kosten verursachten. Mit Hilfe der Erfahrungen aus den bisherigen Forschungsprojekten ist ein evidenzbasiertes Curriculum erarbeitet worden, welches durch das Bundesministerium für Gesundheit mittlerweile geprüft und zertifiziert wurde. Ein Bildungsträger bietet die Weiterbildung bundesweit an. Nunmehr ist noch die staatliche Prüfung zu organisieren.²²⁰

Problematisch ist, dass es die Aufgabenbereiche der neu qualifizierten Pflegekräfte in der Praxis oftmals noch nicht gibt und damit auch keine entsprechenden Vergütungsregelungen. Die Pflege wird immernoch als ärztlicher Assistenzberuf angesehen und auch so eingesetzt. Die autonomen Handlungsspielräume sind teilweise sehr begrenzt. Inzwischen wird jedoch von Ärzten, Pflegekräften und anderen Berufsgruppen eine Aufgabenneuverteilung angestrebt, um die Ärzte zu entlasten. Die Akzeptanz für die Erweiterung der Pflegerolle ist mittlerweile in der Bevölkerung gestiegen. Neben den Patienten, Angehörigen und Pflegekräften befürworteten auch 80 Prozent der Ärzte die Aufgabenneuverteilung.²²¹

Probleme bei der Umsetzung entsprechender hausarztentlastender Projekte resultieren auch aus nicht passenden Regelungen im SGB V. Beispielsweise dürfen mit Pflegepersonen keine Versorgungsaufträge geschlossen werden. Daher ist die Umsetzung über Ärztenetzwerke erforderlich, in denen das Pflegepersonal angestellt wird.

Diese Pflegepersonen müssen nach § 63 Absatz 3 c SGB V rechtlich und wirtschaftlich selbstständig handeln, haben jedoch keine Abrechnungsmöglichkeit. Die Umsetzung der vorgeschlagenen Maßnahmen muss daher durch die Ärzte erfolgen. Außerdem ist die erforderliche Genehmigung des Curriculums durch zwei Ministerien erforderlich. Bei Projekten, die sich über mehrere Bundesländer erstrecken, besteht die Herausforderung, dass es einer Sondergenehmigung bedarf, sofern ein Land Pflegekräfte überprüfen muss, die in anderen Bundesländern ausgebildet worden sind.²²²

In der medizinischen Versorgung stellt das **Case Management** ein Handlungskonzept dar, welches es Menschen ermöglichen soll, eine passgenaue Versorgung zu erhalten. Dies ist vor allem für Menschen wichtig, die in eine Lage geraten sind, in der mehrere Problembereiche, etwa gesundheitlicher, finanzieller und sozialer Art, zusammenkommen. Bei dieser Häufung von Problemen müssen meist mehrere Institutionen miteinbezogen werden. In einer solchen Situation ist es nicht nur wichtig, dass die Bürger die Unterstützung und Beratung erhalten, sondern auch, dass die involvierten Helfer und die verschiedenen Organisationen fallbezogen vernetzt werden. Auf der Patientenebene werden die Versorgungsbedarfe herausgearbeitet und auf der Ebene der Helfer und Versorger wird versucht, vernetzte Strukturen in einer Region aufzubauen. Gesetzlich ist dieses Handlungskonzept über das Versorgungsmanagement SGB V oder über die Pflegeberatung etabliert, auch wenn der Begriff Case Management nicht genannt wird. Die praktische Umsetzung findet beispielsweise in Krankenhäusern im Rahmen des Entlassmanagements statt.

²²⁰ ebd.

²²¹ ebd.

²²² ebd., S. 20, Beitrag Prof. Dr. Hoffmann.

Im Case Management gibt es eine qualifizierte Weiterbildung, für welche die Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management Weiterbildungsstandards

formuliert hat. Die Finanzierung ist jedoch noch nicht vollständig geregelt. An einigen Stellen gibt es zwar gesetzliche Grundlagen, aber keine Regelung zur Vergütung der Vernetzungs-, Koordinierungs- und Betreuungsleistungen. Das Case Management ist kein Beruf, sondern eher eine Funktion. Dieses wird von qualifizierten Personen durchgeführt, die vorher studiert haben oder aus der sozialen Arbeit oder Krankenpflege kommen. Es gibt Weiterbildungsstandards, die sich im deutschsprachigen Raum auch in Österreich und der Schweiz durchgesetzt haben.²²³

Die Berufsgruppe der **Patientenlotsen** ist ebenso wie das Case Management kein neuer Beruf, sondern viel mehr eine neue Rolle für vorhandene Berufe.

Aufgrund des immer komplexer werdenden Gesundheitssystems und der alternden Bevölkerung mit zunehmender Multimorbidität gewinnen Patientenlotsen immer mehr an Bedeutung. Diese können dazu beitragen, die Patienten gezielt durch das teilweise komplizierte medizinische Versorgungssystem zu führen und so eine individuelle und bedarfsgerechte Versorgung zu gewährleisten. In Deutschland besteht nach wie vor eine deutliche Sektorentrennung. Dies macht eine erhöhte Kommunikation und Koordination zwischen den Sektoren erforderlich, was Patientenlotsen leisten können. Als Überbegriff wird der des Versorgungsmanagements verwendet. Dabei gibt es eine Vielzahl an punktuellen Vorschriften im SGB V für jeweils spezifische Zielgruppen, die in der Praxis jedoch häufig nicht zur Anwendung kommen. Insgesamt sind die Einzelregelungen nicht klar genug formuliert und der jeweilige Anspruch ist nicht eindeutig geregelt. Zudem greifen die Maßnahmen teilweise nur an einzelnen Schnittstellen, wie beispielsweise beim Entlassmanagement im Krankenhaus.

Die bestehenden sozialrechtlichen Regelungen werden damit dem Bedarf an Kommunikation und Koordination in der Gesundheitsversorgung nicht gerecht.²²⁴

In Deutschland gibt es eine Vielzahl an Lotsenprojekten mit unterschiedlicher Ausrichtung, wie im sozialen und kommunalen Bereich, bei denen mit Sozialarbeitern zusammengearbeitet wird. In anderen Projekten steht der pflegerische Aspekt sowie die akute und ambulante Versorgung im Fokus. Diese sind eher im medizinischen Bereich und bei den Hausärzten angesiedelt. Viele Projekte wurden verstetigt. Die Lotsen verfügen in der Regel über spezifische Weiterbildungen, häufig im Bereich Case-Management. Derzeit gibt es mindestens 38 Lotsenprojekte in Deutschland mit unterschiedlichen Zielgruppen. Diese sind entweder diagnosebezogen, diagnoseübergreifend, versorgungsbezogen oder primär präventiv. So gibt es Projekte, bei denen ältere Menschen zu Hause durch Sozialarbeiter präventiv aufgesucht werden, um Bedarfe frühzeitig zu erkennen. Die Finanzierung erfolgt durch die Kommune oder das Land. Zudem gibt es Lotsen für Personen mit komplexem medizinischen Versorgungsbedarf, um die Versorgungskontinuität durch Schnittstellenmanagement und bessere Überleitung zwischen den Versorgungsformen zu gewährleisten. Die Lotsen sind dabei meist Pflegefachkräfte oder Medizinische Fachangestellte. Die Finanzierung erfolgt durch die Krankenkassen.²²⁵

²²³ ebd., S. 11 f., Beitrag Prof. Dr. Ehlers.

²²⁴ ebd., S. 13, Beitrag Dr. Braeseke.

²²⁵ ebd., S. 14 f., Beitrag Dr. Braeseke.

Unter den Patienten gibt es insgesamt eine positive Resonanz zu den Patientenlotsen. Durch deren Tätigkeit wird eine höhere Versorgungssicherheit empfunden. Auch seitens der beteiligten Akteure, wie Ärzten, Krankenhäusern, Therapeuten und Pflegediensten, gibt es positive Rückmeldungen, da ein Informationsgewinn verzeichnet wird. Tendenziell wird ein Beitrag zur Überwindung der Sektorentrennung durch Patientenlotsen erreicht. Durch deren Einsatz gibt es Hinweise auf eine Verbesserung der Lebensqualität und der Patientenzufriedenheit sowie eine Verringerung von Krankenhausaufenthalten. Jedoch erfordert dieses Versorgungsmanagement zusätzliche Personalressourcen.²²⁶

Umfangreiche Datenmengen benötigen neuartige Technologien, wie zum Beispiel Künstliche Intelligenz (KI), für die Verbesserung von Diagnostik und Therapie. Auch für die wichtige Vorantreibung der Digitalisierung ist die **Medizinische Bioinformatik** wichtig. Die Modellierung und das Verständnis für die Daten machen die Bioinformatik und Systembiologie erforderlich. Nötig ist ein interdisziplinärer Austausch von Daten mit Ärzten und Pflegekräften. In der Medizin gibt es einen sehr schnellen technologischen Fortschritt. Ziel der Datengenerierung und -auswertung ist die Anwendung personalisierter Therapie. So entstehen derzeit an Universitätsmedizinen und größeren Kliniken interdisziplinäre molekulare Tumorboards, die eine individuelle Therapieempfehlung ermöglichen und auf diese Weise zu einer besseren Behandlung des Patienten beitragen. Deutschland muss sich im Bereich der Bioinformatik gut aufstellen, um die erforderlichen Datenmengen zu generieren und zu strukturieren. Durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung wurde 2018 durch hohe Investition die Gründung von vier leistungsstarken, interdisziplinären Konsortien in der Medizininformatik gefördert. Greifswald ist im größten Konsortium, dem MIRACUM (Medical Informatics in Research and Care in University Medicine), vertreten. Dort wird daran gearbeitet, die Lücke zwischen Forschung und Gesundheitswesen zu schließen. Dabei kann auch die Bereitstellung und Veröffentlichung von analysierten Daten helfen. Das generierte Wissen und die neuen Therapieformen werden durch Fortbildungen und Schulungen ausgebreitet, sodass das Know-how auch in die Fläche gebracht wird.

Die Situation in Mecklenburg-Vorpommern hat sich im Bereich der Bioinformatik in den letzten Jahren erheblich verbessert. Trotzdem gibt es noch Entwicklungsbedarf. Im Zuge der Medizininformatik-Initiative (MI-I) ist in Greifswald auch eine Professur in diesem Bereich geschaffen und besetzt worden.²²⁷

An der Universitätsmedizin in Greifswald wird ein durch das Bundesgesundheitsministerium und das in Mecklenburg-Vorpommern für Gesundheit zuständige Ministerium gefördertes Projekt, welches neue Versorgungskonzepte im Rettungswesen und in der versorgungsübergreifenden Notfallmedizin, erprobt. Das **Projekt „M-V Life Drone“** ist als Ergänzung im komplexen System des Rettungswesens gedacht und soll dazu beitragen, dass im ländlichen Raum allen Menschen die gleiche Überlebenschancen in Notfällen eingeräumt werden.

Im Zuge des Einsatzes von **Drohnen** werden ganz neue Berufsfelder erforderlich, für die die Weiterentwicklung bestehender Berufe sowie Fortbildungen in bestimmten Berufsgruppen notwendig sind. Zudem spielt die Informationsverarbeitung in diesem Zusammenhang eine große Rolle. Durch den Einsatz von neuer Technologie gibt es einen Anstieg der zu verarbeitenden Datenmengen. Dafür ist es notwendig, dass es möglichst auf allen Ebenen ein Verständnis für die unterstützenden IT-Strukturen gibt.

²²⁶ ebd., S. 15, Beitrag Dr. Braeseke.

²²⁷ ebd., S. 22, Beitrag Prof. Dr. Dr. Börries.

Hierzu sind klare und verlässliche Ansprechpartner erforderlich. Es ist wichtig, die damit verbundenen Automationen zu kennen, zu steuern und zu verstehen. Die Leitstelle für Rettungswesen muss sich auf die neue Technologie einstellen, darin geschult werden und auch die Bevölkerung einweisen können. Ebenso gilt es, die Bevölkerung selbst zu schulen. Für die Flugplanung der Drohnen sind Abstimmungen mit den Organisationen der öffentlichen Ordnung erforderlich unter Einbeziehung der Piloten. Hier bietet sich eine Möglichkeit, die Karriere im Rettungsflug zu verlängern. Auch die technische Betreuung der Drohnen ist zu gewährleisten. Das Klinikpersonal muss ebenso geübt sein im Umgang mit der Technologie. Zur Umsetzung dieser vielfältigen, neuen Ansätze ist ein Public Health Office des Rettungswesens denkbar, wobei es auch Schnittmengen zu den Patientenlotsen geben kann.²²⁸

C.3 Erreichbarkeit von Angeboten der Gesundheitsversorgung

C.3.1 Notfallversorgung

Unter dem Begriff der Notfallversorgung werden in Deutschland der Rettungsdienst, der ärztlicher Bereitschaftsdienst und die klinische Notfallversorgung (Notaufnahmen der Krankenhäuser) gefasst. Die drei Bereiche sind jeweils eigenständig organisiert.²²⁹

Gesetzliche Grundlage für den **Rettungsdienst** in Mecklenburg-Vorpommern ist das Rettungsdienstgesetz Mecklenburg-Vorpommern (RDG M-V). Der Rettungsdienst umfasst gemäß § 2 Absatz 1 Satz 2 RDG M-V die Notfallrettung, den qualifizierten Krankentransport und den Intensivtransport.

Gegenstand der **Notfallrettung** ist gemäß § 2 Absatz 2 RDG M-V, bei lebensbedrohlich Verletzten oder Erkrankten (Notfallpatienten) lebensrettende Maßnahmen oder Maßnahmen zur Verhinderung schwerer gesundheitlicher Schäden durchzuführen, gegebenenfalls ihre Transportfähigkeit herzustellen und sie, wenn erforderlich, unter fachgerechter Betreuung in die für die weitere Versorgung nächstgelegene geeignete medizinische Einrichtung zu befördern. Zu den Aufgaben der Notfallrettung gehören auch akut erforderliche Verlegungen von Notfallpatienten in eine andere Behandlungseinrichtung und die Bewältigung von Notfallereignissen unterhalb der Katastrophenschwelle mit einer größeren Anzahl von Verletzten oder Erkrankten (Massenanfall Verletzter oder Großschadensereignis).

Gegenstand des **qualifizierten Krankentransportes** ist es gemäß § 2 Absatz 3 RDG M-V, Verletzten, Erkrankten oder sonstigen Personen, die einer medizinischen Versorgung bedürfen, ohne Notfallpatient zu sein, fachgerechte Hilfe zu leisten und sie unter fachgerechter Betreuung zu befördern.

Gegenstand des **Intensivtransportes** ist gemäß § 2 Absatz 4 RDG M-V die arztbegleitete Verlegung von Patienten unter intensivmedizinischen Bedingungen und von Hochrisikopatienten in eine andere Behandlungseinrichtung.

Gemäß § 3 Absatz 1 RDG M-V sind für die Notfallrettung, den qualifizierten Krankentransport und den Intensivtransport Krankenkraftwagen einzusetzen, sofern nicht Rettungsmittel der Luftrettung zum Einsatz kommen. Träger der öffentlichen Luftrettung ist das Land.

²²⁸ ebd., S. 15 ff., Beitrag Dr. Baumgarten.

²²⁹ Karsten Roth, Struktur der medizinischen Notfallversorgung in Deutschland, 2018, S. 191.

Träger des übrigen öffentlichen Rettungsdienstes einschließlich der Wasserrettung an Stränden und Binnengewässern sind die Landkreise und kreisfreien Städte jeweils für ihr Gebiet (Rettungsdienstbereich).²³⁰ Das Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern, welches gemäß § 7 Absatz 3 RDG M-V Fachaufsichtsbehörde ist, wird nach § 8 Absatz 1 RDG M-V ermächtigt, zur Sicherstellung der Gesamtversorgung durch Rechtsverordnung einen Rettungsdienstplan als Rahmenplan zu erlassen. Dieser soll nach Absatz 2 insbesondere Regelungen über die Standorte sowie die sachliche und personelle Ausstattung der Rettungsleitstellen und Rettungswachen, die Luftrettungsstandorte und Kriterien zur Beurteilung der Einhaltung der Hilfsfrist enthalten.

Die entsprechende Rechtsverordnung ist die Rettungsdienstplanverordnung Mecklenburg-Vorpommern (RDPVO M-V).

Insbesondere haben die Planungen so zu erfolgen, dass die **Hilfsfrist** nach § 1 RDPVO M-V eingehalten werden kann. Die Hilfsfrist umfasst den Zeitraum von der Alarmierung eines Rettungsmittels durch die Rettungsleitstelle bis zum Eintreffen am Notfallort. Die Hilfsfrist wird in einem Rettungsdienstbereich erfüllt, wenn im jeweiligen Rettungsdienstbereich an einer Straße gelegene Notfallorte im Jahresdurchschnitt aller Einsätze in nicht mehr als zehn Minuten erreicht werden. Im städtischen Bereich soll in 95 Prozent und im ländlichen Bereich in 90 Prozent der Einsätze die maximale Hilfsfrist von 15 Minuten nicht überschritten werden.

Standorte für die Rettungshubschrauber sind gemäß § 10 RDPVO M-V in Güstrow, Greifswald und Neustrelitz.

Integrierte Leitstellen für den Rettungsdienst befinden sich gemäß § 12 RDPVO M-V in den kreisfreien Städten Rostock und Schwerin sowie in den Landkreisen Rostock, Mecklenburgische Seenplatte, Vorpommern-Greifswald und Vorpommern-Rügen.

In Mecklenburg-Vorpommern wird als Betreibermodelle für den Rettungsdienst das Submissionsmodell umgesetzt. Dabei erfolgt eine Ausschreibung von Rettungsdienstleistungen durch die öffentliche Hand unter Beachtung europäischer Vergaberichtlinien an externe Anbieter. Die Kommune bleibt Träger des Rettungsdienstes und ist damit verantwortlich für die Ausschreibungen und Kontrolle.²³¹

Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben die vertragsärztliche Versorgung gemäß § 75 Absatz 1 SGB V in einem bestimmten Umfang sicherzustellen. Da ärztlicher Rat und eine Behandlung auch außerhalb der regulären Praxiszeiten der Vertragsärzte erforderlich werden kann, haben die Kassenärztlichen Vereinigungen auch einen **ärztlichen Bereitschaftsdienst** für die Zeiten zu organisieren, in denen ihre Vertragsärzte nicht für Sprechzeiten zu erreichen sind. Vorgesehen ist dieser Bereitschaftsdienst bei Erkrankungen, die nicht lebensbedrohlich sind, bei denen der Patient aber nicht bis zum nächsten Tag auf eine ärztliche Behandlung warten kann.

²³⁰ vgl. § 7 Absatz 2 RDG M-V.

²³¹ Protokoll der 7. Sitzung der Enquete-Kommission vom 14. Oktober 2020, Beitrag Hartlöhner, S. 19.

In diesen Fällen können sich die Patienten direkt bei der ärztlichen Bereitschaftspraxis in ihrer Nähe melden oder bundeseinheitlich telefonisch unter 116117 zu einer solchen vermitteln lassen. Die regionale Leitstelle nimmt das Anliegen auf, leitet den Anrufer an die nächstgelegene Praxis weiter oder schickt bei Bedarf einen Arzt zu diesem nach Hause.²³²

Der ärztliche Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen Mecklenburg-Vorpommern wird regional von den zwölf Kreisstellen der KVMV organisiert und ist in einen Fahr- und Sitzdienst gegliedert, der durch eine ärztliche Präsenz in den neun Bereitschaftsdienstpraxen (BD-Praxen) und durch zwei kinderärztliche BD-Praxen ergänzt wird. Außerhalb des Einzugsbereichs bzw. der Öffnungszeiten der BD-Praxen oder in den medizinisch notwendigen Fällen, sichert der Fahrdienst eine Besuchsbehandlung ab. Den Bereitschaftsdienst in Mecklenburg-Vorpommern decken grundsätzlich alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen ab. Seit dem der Gesetzgeber die Möglichkeit eröffnet hat, auch Nichtvertragsärzte, z. B. Krankenhausärzte, Ärzte im Ruhestand oder in öffentlichen Einrichtungen, freiwillig in den Bereitschaftsdienst einzubeziehen, erteilt die KV M-V auf Antrag und bei Vorliegen der fachlichen Voraussetzungen auch eine entsprechende Genehmigung zur Teilnahme am Bereitschaftsdienst für diese Ärzte. Die Bereitschaftsdienstbereiche sind so organisiert, dass die Patienten zeitnah versorgt werden können und während des Bereitschaftsdienstes jederzeit ein Arzt zur Verfügung steht.²³³

Die **Notaufnahmen der Krankenhäuser** dienen dazu, die Versorgung von schwer bis lebensbedrohlich Erkrankten oder Verletzten kurzfristig sicherzustellen. Die Notaufnahmen werden vom Rettungsdienst angesteuert oder können von den Patienten im Notfall selbstständig aufgesucht werden.

Insbesondere in der 7. Sitzung der Enquete-Kommission am 14. Oktober 2020 wurden Experten zum Thema Notfallversorgung angehört. Die notfallmedizinische Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern wurde dabei grundsätzlich als befriedigend bis leistungsstark bewertet.²³⁴

Besonders positiv bewertet werden die Einführung des Berufsbildes des Notfallsanitäters, die teilweise eingeführte telenotärztliche Struktur sowie Einführung des Nachtfluges am Luftrettungsstandort Greifswald.²³⁵

Handlungsbedarf wird gesehen bei der Häufigkeit fehlgeleiteter Inanspruchnahme des Rettungsdienstes durch die Bevölkerung (Bagatelleinsätze). In den letzten Jahren sind stetig Steigerungen der Einsatzzahlen aus den geführten Statistiken der Träger des Rettungsdienstes zu entnehmen. Als Grund hierfür wird unter anderem eine deutlich gesunkene Resilienz der Bevölkerung angesehen. Es stellen sich teilweise Einsatzbilder dar, in denen die Patienten mit einfachsten nicht lebensbedrohlichen Erkrankungen oder Verletzungen überfordert sind. Einfache Erste-Hilfe-Maßnahmen werden teilweise nicht beherrscht oder sind unbekannt. Aufgrund dieser Unkenntnis und Überforderung kommt es zu Ängsten, Fehler bei den Maßnahmen zu begehen.

²³² Gabriele Fobbe, Hermann Caspar Römer, Martina Heßbrügge, Praxisleitfaden Ärztlicher Bereitschaftsdienst, 2020, S. 16 ff.

²³³ Stellungnahme der KVMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 30 ff., Kommissionsdrucksache 7/15, S.42 ff.

²³⁴ Stellungnahme des DRK zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 5, Kommissionsdrucksache 7/46, S. 7.

²³⁵ Gemeinsame Stellungnahme LK VG und EB Rettungsdienst zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 10 f., Kommissionsdrucksache 7/46, S. 31 f.

Zudem wird eine enorme Auslastung der Notaufnahmen der stationären Versorgungseinrichtungen bemängelt, was durch lange Wartezeiten bei ambulanten Fachärzten mit verursacht wird.²³⁶

Auch in der gestiegenen Inanspruchnahme der Sekundärtransporte (Verlegungsfahrten) wird von der Universitätsmedizin Greifswald ein Problem gesehen. Bei diesen Transporten kommen in vielen Fällen Rettungstransportwagen aus dem Regelrettungsdienst zum Einsatz. Diese stehen bei längerer Abwesenheit ihrem Versorgungsbereich nicht zur Verfügung und sind teilweise nicht für jede Einsatzindikation der Verlegung, wie Intensivtransportwagen, entsprechend ausgerüstet.²³⁷

Der Gesetzgeber hat im Land Mecklenburg-Vorpommern als Flächenland eine der kürzesten Hilfsfristen in Deutschland etabliert. Auf Grund der Bevölkerungsstruktur und geographischen Besonderheiten ist es eine enorme Herausforderung, ausreichend Personal zur Besetzung aller notwendigen Rettungsmittel zu bekommen. Ob durch die eingehaltene Hilfsfrist automatisch ein qualitativer hochwertiger Rettungsdienst zur Verfügung steht, ist fraglich. Trotzdem muss die zeitnahe Erreichbarkeit von Notfallorten durch die Rettungsdienstträger gesichert werden. Dazu wurde ein Gutachten zur landesweiten Rettungsdienstüberplanung in Auftrag gegeben, dessen Ergebnisse Ende 2020/Anfang 2021 vorliegen sollen. Inzwischen wurden jedoch auch Alternativsysteme zur Unterstützung entwickelt. In vielen Feldern spielen Regionen in Mecklenburg-Vorpommern eine Vorreiterrolle, so beispielsweise im Bereich der präklinischen Telemedizin, der Verfügbarkeit der Luftrettung sowie der Bluttransfusion im Rettungsdienst. Die in Teilen des Landes bereits eingeführte Smartphone-basierte Alarmierung von Ersthelfern (First-Responder) stellt ein weiteres Qualitätsmerkmal dar.²³⁸

Aufgrund von Veränderungen in der Kliniklandschaft und der großen Fläche des Landes nimmt zudem die Dauer der Einsätze zu, was sich unter anderem mit langen Anfahrtszeiten zu den Zielkrankenhäusern begründen lässt. Lange Anfahrtswege zu stationären Versorgungseinrichtungen führen zu verlängerter Abwesenheit der Rettungsmittel im jeweiligen Rettungsdienstbereich und zu Herausforderungen in der Rettungsmittelvorhaltung und somit zu Schwierigkeiten bei der Sicherstellung der Hilfsfrist.²³⁹

Hier ist nach Ansicht der Universitätsmedizin Greifswald eine hohe Transparenz der Krankenhäuser über Leistungsangebot und Verfügbarkeiten wichtige Voraussetzung, damit das Rettungsdienstpersonal im Einsatz besser abschätzen kann, welche diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten in welchem Krankenhaus zu welcher Uhrzeit angeboten werden können und welche Bettenkapazität zum Einsatzzeitpunkt vorliegt. Eine gute Verknüpfung zwischen Rettungsdienst und Krankenhaus kann zusätzlich die Voranmeldung der Patienten im Krankenhaus gewährleisten, sodass dort bereits vor Eintreffen der Patienten die jeweiligen Behandlungsmaßnahmen vorbereitet werden können.²⁴⁰ Dies verhindert eine Verlegung in ein anderes Krankenhaus und verkürzt den Zeitraum bis zum Beginn der Behandlung.

²³⁶ Stellungnahme des DRK zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 5, Kommissionsdrucksache 7/46, S. 7.

²³⁷ 2. Stellungnahme der UMG, S. 7 f.

²³⁸ ebd., S. 11.

²³⁹ Stellungnahme des DRK zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 1 f., Kommissionsdrucksache 7/46, S. 3 f.; Stellungnahme der UMG zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 7 f.

²⁴⁰ 2. Stellungnahme der UMG zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 7 f.

Die technische Ausstattung des Rettungsdienstes und der Rettungswachen sind nach DIN-Norm und die eingesetzte Medizintechnik meist nach dem jeweiligen Stand der Technik aufgestellt. Einzig die mittlerweile umsetzbaren Möglichkeiten eines optimierten Arbeitsplatzes im RTW nach arbeitsschutzrelevanten Gesichtspunkten wird vom DRK als deutlich verbesserungswürdig angesehen. Elektro-hydraulische Fahrtragen und weiteres entsprechendes Einsatzequipment ist längst nicht in jedem Rettungswachenbereich verfügbar. Bei der Beschaffenheit der Rettungswachen ist ein deutlich heterogener Zustand zu erfassen. Diese sind teilweise nicht bedarfsgerecht ausgestaltet und auch nicht gemäß geltender DIN-Norm konzipiert.²⁴¹ Der Landkreistag empfindet die sächliche Ausstattung des Rettungsdienstes im Hinblick auf vorzuhaltende Fahrzeuge und das medizinischen Equipment als gut. Die überwiegende Mehrheit der Rettungsmittel entspricht den aktuellen Anforderungen. Rettungswachen haben z. T. noch Bestandsschutz, entsprechen aus der heutigen Sicht nicht mehr den Anforderungen und müssen um- oder neu gebaut werden. Das Konzept von Rettungszentren (gemeinsame Wachen mit den Feuerwehren und Wasser-Rettern) hat sich in einigen Bereichen bereits bewährt.²⁴²

Die Möglichkeit, hochqualifizierte Notärzte zu jedem Zeitpunkt über weite Entfernungen mittels **Rettungshubschraubers** zum Patienten transportieren zu können, stellt insbesondere in dünn besiedelten Regionen einen Schlüsselfaktor dar.²⁴³

Im bisherigen System der rettungsdienstlichen Versorgung spielen Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Notfallmedizin eine untergeordnete Rolle. Mit den Reformvorstellungen der Notfallversorgung des Bundesgesundheitsministeriums kann sich dies aber ändern, wonach dem Gemeinsamen Bundesausschuss eine deutliche Mitwirkung bei der Rahmgestaltung eingeräumt werden soll.

Nach Auffassung des DRK ist dieser Vorstoß zumindest in Teilbereichen kritisch zu bewerten, da der Rettungsdienst als Teil der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr Ländersache ist und in Zusammenhang mit den weiteren Komponenten des Katastrophenschutzes eine organisatorische Einheit bildet. Die Gestaltung des Rettungsdienstes sollte Ländersache bleiben. Für den Betrieb des Krankentransportes und bestimmter Aspekte der Rettungsfahrten findet die Richtlinie über die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransportleistungen und Rettungsfahrten Anwendung. Diese erlässt der Gemeinsame Bundesausschuss und formuliert relevante Vorgaben für die Verordnung solcher Leistungen.²⁴⁴

Der vom Bundesgesundheitsministerium präsentierte Ansatz, die Notfallversorgung zu steuern und klar zu strukturieren, sieht die Techniker Krankenkasse als wichtig und richtig an. Mit den **Integrierten Notfallzentren (INZ)**, die an geeigneten Kliniken eingerichtet werden sollen, ist die Absicht verbunden, Patienten früher als bisher z. B. bei Herzinfarkt oder Schlaganfall an die richtige Stelle zu bekommen. Diesem Ziel dient auch die digitale Vernetzung der Akteure untereinander. Die Rettungsdienste müssen z. B. automatisiert Informationen darüber erhalten, welche Kliniken Notfallbetten frei haben. Den gemeinsamen Notfallleitstellen (GNL) käme entsprechend eine Lotsenfunktion zu.

²⁴¹ Stellungnahme des DRK zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 9, Kommissionsdrucksache 7/46, S. 11.

²⁴² Stellungnahme LKT zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 11 f., Kommissionsdrucksache 7/46, S. 123 f.

²⁴³ Gemeinsame Stellungnahme LK VG und EB Rettungsdienst zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S.12, Kommissionsdrucksache 7/46, S. 31.

²⁴⁴ Stellungnahme des DRK zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 2 f., Kommissionsdrucksache 7/46, S. 4 f.

Da es sich bei den GNL um keine eigenständigen Organisationseinheiten handelt, sondern Rettungsdienst und vertragsärztlicher Bereitschaftsdienst zur Zusammenarbeit verpflichtet werden, braucht es die Bereitschaft zur Kooperation bei allen Beteiligten. Die fachliche Leitung durch die Kassenärztliche Vereinigung ist allerdings konsequent, da dadurch dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ Rechnung getragen wird. Denn wenn die Notaufnahmen tatsächlich zu stark von Patienten genutzt werden, die auch von niedergelassenen Ärzten versorgt werden können, braucht die Kassenärztliche Vereinigung für eine Umsteuerung auch die notwendigen Möglichkeiten. Allerdings gibt es gegen diese Kompetenzaufteilung auch haftungsrechtliche und organisatorische Bedenken der Krankenhauseite.²⁴⁵ Der Landkreistag gibt zu bedenken, dass die Idee aus dem Gesetzentwurf zur Reform der Notfallversorgung, den Rettungsdienst als Leistungsbereich in das SGB V aufzunehmen, zu massiven Veränderungen in der Rechtssetzungsarchitektur zwischen Bund, Ländern und Kommunen sowie im Ergebnis zu Kostenverschiebungen zulasten von Ländern und Kommunen in Höhe von geschätzt 2,5 Mrd. Euro bundesweit führt. Zudem verlieren die Länder nach dem vorliegenden Gesetzentwurf zentrale Gestaltungskompetenzen im Rahmen ihrer Rettungsdienstgesetze, sollen aber Investitions- und Vorhaltekosten tragen. Landkreise verlieren nennenswerte Bereiche ihrer Organisationshoheit zugunsten bundeszentral geregelter Vorschriften. Bei der Einrichtung von INZ an Krankenhäusern wird befürchtet, dass aufgrund der geplanten gesetzlichen Regelungen nicht einmal ein Drittel der bestehenden Krankenhausstandorte ein solches INZ bekommen wird. Zunehmende Spezialisierung ebenso wie Schließungen von Krankenhäusern haben insbesondere in ländlichen Gebieten nachhaltige Auswirkungen auf den Rettungsdienst, was bei der Umsetzung der landesweiten Überplanung des Rettungsdienstes, aber auch der Krankenhausplanung bedacht werden sollte.²⁴⁶

Die Anpassung des Rettungsdienstgesetzes M-V, die Verordnung über die Rettungsdienstplanung und speziell § 33 Absatz 2 RDG M-V, wonach eine Beendigung bestehender rettungsdienstlicher Beauftragung spätestens im Jahr 2025 bevorsteht, sowie der § 7 Absatz 4 RDG M-V (rettungsdienstliche Beauftragung) sind aus Sicht des DRK nicht förderlich für den Erhalt und Ausbau einer leistungsfähigen rettungsdienstlichen Versorgung der Bevölkerung. Die bevorstehende Beendigung der Rettungsdienstverträge führt zu einer gehemmten Investitionsbereitschaft und zu einer Gefährdung des Ausbildungsbetriebes der Leistungserbringer. Eine Rechtsunsicherheit bei der Vergabe rettungsdienstlicher Leistungen durch die Rettungsdienstträger besteht nach wie vor. Eine Vergabe rettungsdienstlicher Leistungen durch Kommunen und Landkreise wird aufgrund der im Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen enthaltenen Bereichsausnahme ohne die Durchführung einer EU-weiten Ausschreibung als möglich angesehen, sofern der potenzielle Leistungserbringer eine anerkannte Hilfsorganisation ist und sich zur Mitwirkung im Zivil- und Katastrophenschutz verpflichtet hat. Im novellierten Rettungsdienstgesetz Mecklenburg-Vorpommern von 2015 ist bei der Vergabe von rettungsdienstlicher Leistung an anerkannte Hilfsorganisationen lediglich von einer „Kann-Bestimmung“ die Rede. Die Kommunen und kreisfreie Städte in Mecklenburg-Vorpommern nutzen die Möglichkeit bei der Vergabe rettungsdienstlicher Leistungen bisher nicht, da sie durch die rechtlich unsichere Auslegung der aktuellen Gesetzeslage gehemmt sind und entsprechende Klageverfahren von privatwirtschaftlichen Mitbewerbern im Rettungsdienst befürchten müssen.²⁴⁷

²⁴⁵ Stellungnahme der TK zur 4. Sitzung am 09.09.2020, S. 29 f., Kommissionsdrucksache 7/11, S. 153 f.

²⁴⁶ Stellungnahme LKT zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 12 f., Kommissionsdrucksache 7/46, S. 124 f.

²⁴⁷ Stellungnahme des DRK zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 11 f., Kommissionsdrucksache 7/46, S. 13 f.

Die Leistungsfähigkeit zur Beförderung von Kindern und Jugendlichen ist nach Ansicht des DRK nur bedingt gegeben, da die vorgehaltenen Rettungsmittel in ihrer Ausstattung für Erwachsene ausgelegt und nicht an die speziellen Bedürfnisse von Kindern angepasst sind. Aber auch die notwendigen Rückhaltesysteme für den Transport dieser Patientengruppen sind nicht immer optimal umgesetzt und eine technische Anpassung erfolgt bisher nur langsam.²⁴⁸ Die Akutverlegung von Kindern und Jugendlichen wird seit Jahren regelmäßig im Rettungsdienst praktiziert. Die Fallzahlen sind jedoch als geringfügig einzuschätzen. Die Verlegungen von schwerkranken Säuglingen und Kleinkindern bedürfen einer speziellen medizinischen Versorgung, die durch die bestehenden Neonatologischen Kapazitäten derzeit nicht flächendeckend gewährleistet werden können.²⁴⁹

Eine Vermittlung der Patienten, die einen ärztlichen Bereitschaftsdienst in Anspruch nehmen möchten, wäre nach Angabe der KVMV auch über die bereits vorhandenen Leitstellen des Rettungsdienstes denkbar. Dazu wurden mit allen Leitstellen Gespräche geführt, wobei bisher nur zwei von sechs Leitstellen bereit waren, eine solche Kooperation zu erproben. Gemeinsame Leitstellen hätten den Vorteil, dass neben Kosten für die Vorhaltung und den Betrieb von Doppelstrukturen auch das Problem der richtigen Steuerung der Anrufer in den Rettungsdienst oder den kassenärztlichen Bereitschaftsdienst deutlich besser gelöst werden könnte.²⁵⁰

Der kassenärztliche Bereitschaftsdienst und Rettungsdienst werden in Mecklenburg-Vorpommern komplett unabhängig voneinander betrieben. Erst seit den letzten Monaten gibt es Bestrebungen zur Zusammenarbeit. Die KVMV ist bereit, in einer Leitstelle für ein jeweils größeres Gebiet auch den kassenärztlichen Bereitschaftsdienst disponieren zu lassen.

Modellhaft wird derzeit in Vorpommern ein Vertrag zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung M-V und dem Landkreis Vorpommern-Rügen erstellt, der die Aufschaltung der 116117 auf die Leitstelle Stralsund zum Ziel hat, um eine Disponierung aller KV-Dienste der Landkreise Vorpommern-Rügen und Vorpommern-Greifswald zu ermöglichen. Dies ermöglicht Synergieeffekte, die dringend zur Entlastung benötigt werden. Der Bevölkerungsrückgang in den ländlichen Gebieten hat erhebliche Auswirkungen auf die sozialen Infrastrukturen vor Ort. So werden Hausarztpraxen nach Ausscheiden der Ärzte wegen fehlender Attraktivität, nicht zuletzt aus Gründen der geringen Patientenzahl, nicht wiederbesetzt. Die Zahl der Bereitschaftsdienste außerhalb der Sprechstundenzeiten verteilt sich damit auf immer weniger Hausärzte. Die Kassenärztliche Vereinigung reagiert darauf mit Erweiterung der Dienstgebiete, was zwar die Dienstfrequenz der Ärzte senkt, den Zeitaufwand für einen Hausbesuch jedoch durch die verlängerte Fahrtzeit erheblich vergrößert. Die Wartezeiten für die Akutpatienten auf den Bereitschaftsarzt wachsen. Die Disponierung aller Notfalleinsätze in einer gemeinsamen Leitstelle über ein Notrufabfragesystem, das mit dem Einsatzleitrechner gekoppelt ist, führt zu einer optimierenden telefonischen Triage und damit indikationsgerechterem Einsatz der zur Verfügung stehenden Ressourcen zur Bewältigung der Notfallversorgung. Patientenströme könnten zur Entlastung der kassenärztlichen Fahrdienste umgeleitet werden. Eine entsprechende Disponierung hätte die Senkung nicht indizierter Notarzteinsätze zur Folge.²⁵¹

²⁴⁸ ebd., S.11.

²⁴⁹ Stellungnahme LKT zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 12, Kommissionsdrucksache 7/46, S. 124.

²⁵⁰ Stellungnahme der KVMV zur 6. Sitzung am 09.09.2020, S. 30 f., Kommissionsdrucksache 7/15, S. 42 f.

²⁵¹ Gemeinsame Stellungnahme LK VG und EB Rettungsdienst zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 7 f., Kommissionsdrucksache 7/46, S. 28 f.

Die Zusammenführung der Nummern 112 und 116117 ist aus Sicht der Unimedizin Greifswald ein Schritt in die richtige Richtung. Wie eine Studie der Unimedizin Greifswald zeigt, ist der Mehrheit der Bevölkerung trotz intensiver Werbemaßnahmen die Nummer des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes weiterhin nicht bekannt. Hinzu kommt die Herausforderung, dass es der Bevölkerung schwerfällt, bei medizinischen Akutfällen die Dringlichkeit korrekt einzuschätzen und anschließend die korrekte Ressource zu wählen. So gibt es auf der einen Seite Patienten, die lebensbedrohliche und zeitkritische Notfälle wie Schlaganfall und Herzinfarkt unterschätzen und nicht den Rettungsdienst kontaktieren. Auf der anderen Seite wählen Patient auch bei Erkrankungen ohne Dringlichkeit die 112 oder stellen sich selbstständig in der Notaufnahme vor. Dies kann die Prognose der Patienten mit lebensbedrohlichen Erkrankungen erheblich verschlechtern und führt zu einer Fehlbelastung der verschiedenen Ressourcen in der Versorgung von medizinischen Akutfällen. Eine gemeinsame Telefonnummer und Anlaufstelle scheint daher eine geeignete Maßnahme. Um eine Synergie der beiden Systeme Rettungsdienst und KV-Notdienst zu bewerkstelligen sind jedoch noch Anpassungen erforderlich. Die Leitstellen müssen in die Lage versetzt werden, beide Rufnummern kompetent zu bedienen und den KV-Notdienst wie ein Rettungsmittel zu disponieren.²⁵²

Dass eine grenzüberschreitende notfallmedizinische Zusammenarbeit auch über nationale Grenzen hinweg möglich ist, zeigen die beiden Projekte „Integrierter grenzüberschreitender Rettungsdienst in Pomerania/Brandenburg“ (InGRiP) sowie „Mehrschichtige Ansätze zur grenzüberschreitenden Kommunikation und Kooperation in der Notfallmedizin“ (GeKoM). Das Fördergebiet der beiden Projekte ist durch seine Randlage auf beiden Seiten der deutsch-polnischen Grenze mit dezentraler Infrastruktur und zum Teil sehr schwer erreichbarer Besiedlung und damit durch längere Rettungszeiten geprägt. Die Erschließung der Fläche im Projektgebiet sowie die jeweilige technische und personelle Ausstattung der Rettungsmittel folgen in Deutschland und Polen unterschiedlichen gesetzlichen Regeln.

Diese Nachteile sollen durch eine deutlich engere und intensivere Zusammenarbeit der Notfallstrukturen auf lokaler und regionaler Ebene ausgeglichen werden. Die Rettungsdienste im Fördergebiet sollen trotz unterschiedlicher Systemvoraussetzungen befähigt werden, vorbehaltlos und rechtssicher grenzüberschreitende Notfallrettung betreiben zu dürfen. In den ländlichen Strukturen Mecklenburg-Vorpommerns und gerade am Standort Greifswald müssen längere Strecken zurückgelegt werden als dies im urbanen Raum der Fall ist. Umso wichtiger ist eine gute Zusammenarbeit zwischen Kliniken und Niedergelassenen u.a. über telemedizinische Netzwerke sowie die Einbindung der Krankentransporte in das Aufnahme- und Entlassmanagement.²⁵³ Auswertungen im Rahmen des grenzüberschreitenden Kooperationsprojektes InGRiP zeigen, dass die Zahl der Einsätze zur Versorgung ausländischer (v. a. polnischer) Patienten zunimmt. Davon betroffen sind besonders die Wachen auf der Insel Usedom und im Gebiet Ueckermünde/Löcknitz. Flächendeckende Schulungsprogramme, welche die rettungsdienstlichen Mitarbeiter gezielt fördern, fehlen jedoch weitestgehend. Projekte wie InGRiP oder GeKoM können nur einen kleinen Beitrag im Sinne von herausragenden Pilotaktivitäten beitragen. Mittel- und langfristig müssen Institutionen geschaffen werden, die diesen Auftrag übernehmen, wenn die Versorgung qualitativ hochwertig sichergestellt werden soll.²⁵⁴

²⁵² 2. Stellungnahme der UMG, S. 13.

²⁵³ ebd., S. 14 f.

²⁵⁴ ebd., S. 9.

C.3.2 ÖPNV und alternative Transportlösungen

Im Hinblick auf den Fachkräftemangel und die demografische Entwicklung in Mecklenburg-Vorpommern ist immer wieder von einer zunehmenden Konzentration von Angeboten der medizinischen Versorgung sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich die Rede. Eine solche Konzentration bedeutet jedoch oftmals längere Anfahrtswege für die Menschen. Die Frage nach der Erreichbarkeit von Angeboten der Gesundheitsversorgung korrespondiert mit ihrer Akzeptanz in der Bevölkerung.²⁵⁵ Im Zielkonflikt von Qualität, Finanzierbarkeit und Erreichbarkeit wird letztere von der Bevölkerung unmittelbar wahrgenommen. Dies haben die großen Debatten, die etwa im Zusammenhang mit der Schließung von Geburtsstationen und pädiatrischen Abteilungen in Crivitz oder Wolgast entstanden sind, gezeigt.²⁵⁶ Da es in der Diskussion um die Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern auch der Klärung von Mobilitätsfragen bedarf²⁵⁷, beschäftigte sich die Enquete-Kommission in ihrer 15. Sitzung mit dem Thema der Mobilität im Rahmen der Gesundheitsfürsorge. Primär stand dabei die Erreichbarkeit von Angeboten, wie die haus- und fachärztlichen Versorgung oder Angebote aus dem nicht-ärztlichen Bereich wie der Physiotherapie, im Fokus. Fragen der Notfallrettung und digitale Angebote zur Überbrückung von Distanzen in der medizinischen Versorgung, die gleichermaßen Teil der Erreichbarkeitsproblematik sind, wurden an anderer Stelle diskutiert und sind unter Kapitel C.3.1 und C.3.3 dieses Berichts zu finden.

Aufgrund der dünnen Besiedelung mit der niedrigsten Einwohnerdichte im Bundesvergleich²⁵⁸ besteht bei der Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern ein erhöhter Bedarf, weitere Strecken zu überwinden, um zentrale Orte erreichen zu können. Angeboten der Daseinsvorsorge, zu denen ärztliche und medizinische Einrichtungen gezählt werden, befinden sich meist in regionalen Zentren.²⁵⁹ Insbesondere im fachärztlichen Bereich befinden sich die Praxen überwiegend in größeren Orten. Damit kann für einen Teil der Bevölkerung abhängig von der Entfernung zu den regionalen Zentren der Zugang zur medizinischen Versorgung eingeschränkt sein.²⁶⁰ Die zunehmende Ambulantisierung erfordert zusätzlich eine erhöhte Mobilität von den Patienten.²⁶¹ Den nächsten Hausarzt können alle Menschen in Mecklenburg-Vorpommern innerhalb von 20 Minuten mit dem Auto erreichen. 97 Prozent benötigen hierfür sogar weniger Zeit.²⁶² Im Bundesdurchschnitt ist die Erreichbarkeit von hausärztlichen Praxen in Mecklenburg-Vorpommern jedoch häufiger eingeschränkt.²⁶³ Ähnlich sieht es in Bezug auf die **Erreichbarkeit** von Krankenhäusern aus. In Mecklenburg-Vorpommern erreichen nur ca. die Hälfte der Menschen ein Krankenhaus mit dem PKW innerhalb von 15 Minuten, im Bundesdurchschnitt sind dies 2/3 der Bevölkerung.²⁶⁴

²⁵⁵ Protokoll der 15. Sitzung der Enquete-Kommission vom 17. März 2021, S. 6, Beitrag Heydorn.

²⁵⁶ vgl. Protokoll der 18. Sitzung der Enquete-Kommission vom 21. April 2021.

²⁵⁷ Protokoll der 15. Sitzung der Enquete-Kommission vom 17. März 2021, S. 6, Beitrag Heydorn.

²⁵⁸ Mecklenburg-Vorpommern: 69 EW/km², Deutschland 233EW/km². Vgl. Statistisches Bundesamt, Daten aus dem Gemeindeverzeichnis, Bundesländer mit Hauptstädten nach Fläche, Bevölkerung und Bevölkerungsdichte, unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Laender-Regionen/Regionales/Gemeindeverzeichnis/Administrativ/02-bundeslaender.xlsx?__blob=publicationFile, Stand 31.12.2019.

²⁵⁹ Stellungnahme DAK zur 4. Sitzung am 09.09.2020, S. 3 f., Kommissionsdrucksache 7/11, S. 86 f.

²⁶⁰ Hoffmann, Wolfgang, Fragenkatalog, S. 1.

²⁶¹ Protokoll der 13. Sitzung der Enquete-Kommission vom 24. Februar 2021, S. 14, 17 f., Beitrag Gollasch.

²⁶² Protokoll der 8. Sitzung der Enquete-Kommission vom 21. Oktober 2020, S. 12, Beitrag Hoffmann.

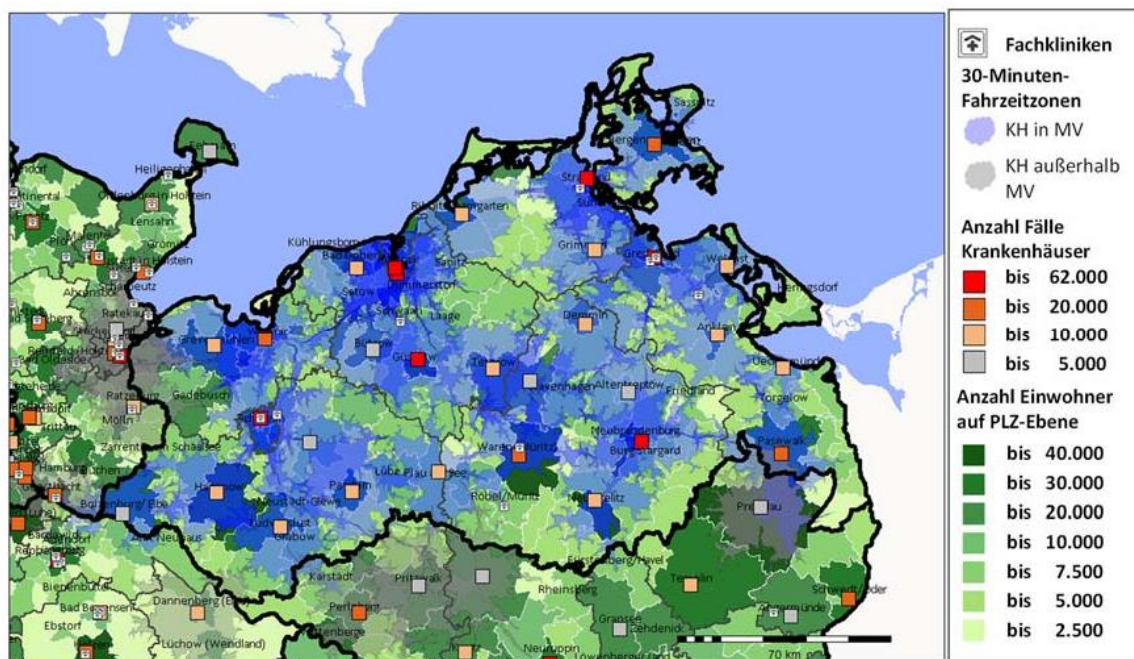
²⁶³ ebd., S. 25, Beitrag Albrecht.

²⁶⁴ ebd.

16 Prozent der Bevölkerung erreichen ein Krankenhaus nicht innerhalb von 30 Minuten mit dem PKW. Berücksichtigt man zudem, dass nicht jedes Krankenhaus alle Basisleistungen anbietet, dürfte die Erreichbarkeit noch schlechter ausfallen.²⁶⁵

Abbildung 14 stellt Erreichbarkeitszonen um die Klinikstandorte (ohne Fachkliniken) dar. Innerhalb der blau markierten Flächen ist das nächstgelegene Krankenhaus innerhalb von 30 Minuten erreichbar. In diesen Bereichen leben etwa 84 Prozent der Bevölkerung. Allerdings dürfte die Erreichbarkeit bezogen auf alle Leistungen der Basisversorgung etwas schlechter ausfallen, da nicht in jedem Krankenhaus alle Basisleistungen angeboten werden.

Abbildung 14: Erreichbarkeit der Krankenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern (2018)



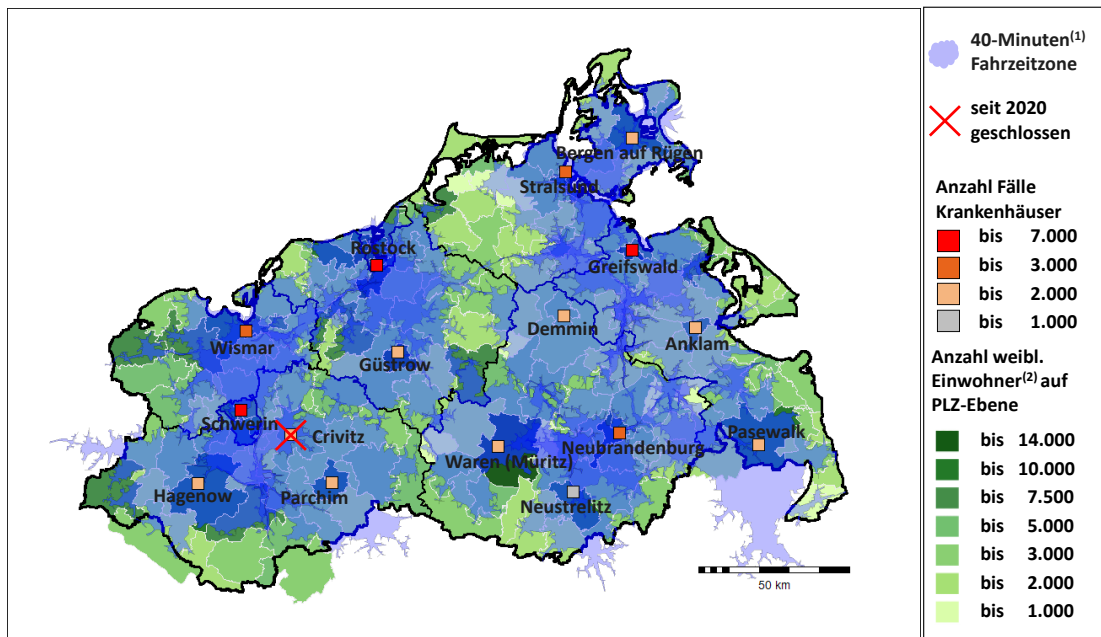
Quelle: G-BA 2020; Augurzyk et al. 2021, Darstellung aus dem Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 31.

Im Hinblick auf die Erreichbarkeit der Krankenhausstandorte mit einer Abteilung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe ergibt sich ein ähnliches Bild (s. **Abbildung 15**), wobei hier eine Fahrtzeit von 40 Minuten für die Erreichbarkeit verwendet wurde. Karte 15 zeigt die vorhandenen 16 Standorte mit Geburtshilfe in Mecklenburg-Vorpommern und deren Erreichbarkeit, wobei die im Dezember 2020 geschlossene Abteilung in Crivitz sowie die im Mai 2021 geschlossene Abteilung in Bergen auf Rügen noch mit einberechnet wurden.²⁶⁶

²⁶⁵ Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 30.

²⁶⁶ s. ebd., S. 64 f.

Abbildung 15: Erreichbarkeit stationärer Frauenheilkunde und Geburtshilfe in Mecklenburg-Vorpommern



(1) 40 Pkw-Fahrzeitminuten gem. G-BA Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen

(2) >15 Jahre

Quelle: G-BA 2020; GfK-Bevölkerungsdaten 2020, Darstellung aus dem Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 65.

Die trotzdem noch insbesondere im internationalen Vergleich als gut zu bewertende Erreichbarkeit²⁶⁷ verschlechtert sich stark, wenn nicht auf einen PKW zurückgegriffen werden kann. Wenngleich in einem Flächenland wie Mecklenburg-Vorpommern dem Individualverkehr ein großer Stellenwert zukommt, verweisen Bevölkerungsstruktur und -verteilung auf die Notwendigkeit einer Mobilitätsunterstützung. So haben knapp ein Viertel, nämlich 22,3 Prozent der Haushalte in Mecklenburg-Vorpommern, laut einer Erhebung des Statistischen Amtes Mecklenburg-Vorpommern von 2018 keinen eigenen PKW zur Verfügung.²⁶⁸

In Bezug auf die **Erreichbarkeit mit dem Öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV)** zeigt sich ein Bild, in dem 32 Prozent der Menschen in Mecklenburg-Vorpommern über eine Stunde zum nächsten Hausarzt benötigen und für 4 Prozent der Menschen dieser überhaupt nicht erreichbar ist, etwa im Gebiet des früheren Landkreises Uecker-Randow.²⁶⁹ Im fachärztlichen Bereich ist die Situation entsprechend schlechter.

²⁶⁷ Protokoll der 8. Sitzung der Enquete-Kommission vom 21. Oktober 2020, S. 25, Beitrag Albrecht.

²⁶⁸ Landesamt für innere Verwaltung, Einkommens- und Verbrauchsstichproben (EVS), unter: <https://www.laiv-mv.de/Statistik/Zahlen-und-Fakten/EVS/> (abgerufen am 19. Mai 2021).

²⁶⁹ Protokoll der 8. Sitzung der Enquete-Kommission vom 21. Oktober 2020, S. 12, Beitrag Hoffmann.

64 Prozent der Menschen brauchen über eine Stunde, um mit dem Bus zum nächsten Augenarzt zu kommen und 5 Prozent erreichen den Augenarzt mit dem ÖPNV nicht.²⁷⁰ Die Altersprognose für Mecklenburg-Vorpommern weist auf einen zunehmenden Anteil älterer Menschen hin.

Ältere Menschen haben eine höhere Morbidität und Mortalität.²⁷¹ Zudem ist die Multimorbidität ein Charakteristikum im Alter.²⁷² Entsprechend ist der Bedarf nach Angeboten der medizinischen Versorgung. Hinzu kommt, dass ältere Menschen häufiger von Mobilitätseinschränkungen betroffen und auf Unterstützung angewiesen sind. Die Anzahl der Personen ohne eigenen PKW-Führerschein nimmt mit dem Alter zu, insbesondere bei Frauen.²⁷³ Aber auch zunehmende gesundheitliche Einschränkungen oder Unsicherheiten im Alter führen dazu, dass viele ältere Menschen nicht mehr selbst Auto fahren. Auch wirtschaftliche Gründe können eine verminderte Mobilität bedingen.²⁷⁴ Gerade sehr ländliche Regionen haben oft eine vergleichsweise alte Bevölkerung.²⁷⁵ Bei dünner Besiedelung ist die Auslastung im ÖPNV entsprechend gering, weshalb das ÖPNV-Angebot im ländlichen Raum teilweise zurückgebaut wurde.²⁷⁶ In einigen Regionen Mecklenburg-Vorpommerns verkehrt nur noch der Schülerverkehr.²⁷⁷ Doch auch in den Schulferien und am Wochenende muss von den Menschen zuweilen ein Arzt erreicht werden. Wochenenden und Ferien machen ca. ein Fünftel eines normalen Kalenderjahres aus.

In nachfolgender Grafiken (**Abbildung 16**) aus dem Jahr 2013 wird deutlich, dass das ÖPNV-Angebot in Mecklenburg-Vorpommern am Wochenende stark ausgedünnt ist. Der nächste zentrale Ort ist in großen Teilen des Landes nur in einer Reisezeit von mehr als 90 Minuten erreichbar. Doch auch an einem Donnerstagmorgen gibt es viele Orte in Mecklenburg-Vorpommern, von denen aus die Menschen mit dem ÖPNV nur mit großem Zeitaufwand in zentrale Orte gelangen können. Wenngleich die Analyse einige Jahre zurückliegt, wird im Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“ festgehalten, dass die Ergebnisse weitestgehend nicht an Aktualität eingebüßt haben.²⁷⁸ Die in einzelnen Kreisen erfolgte Etablierung von Rufbussystemen im ÖPNV in den letzten Jahren bilden die Karten jedoch noch nicht ab.

²⁷⁰ ebd.

²⁷¹ Protokoll der 13. Sitzung der Enquete-Kommission vom 24. Februar 2021, S. 9, Beitrag Gollasch.

²⁷² ebd., S. 15.

²⁷³ Deutsches Institut für Urbanistik gGmbH und plan:mobil Verkehrskonzepte und Mobilitätsplanung: Mobilität im Alter in Mecklenburg-Vorpommern. Grundlagenexpertise im Auftrag des Landtags Mecklenburg-Vorpommern Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“, 2015. S. 29.

²⁷⁴ Hoffmann, Fragenkatalog, S. 1.

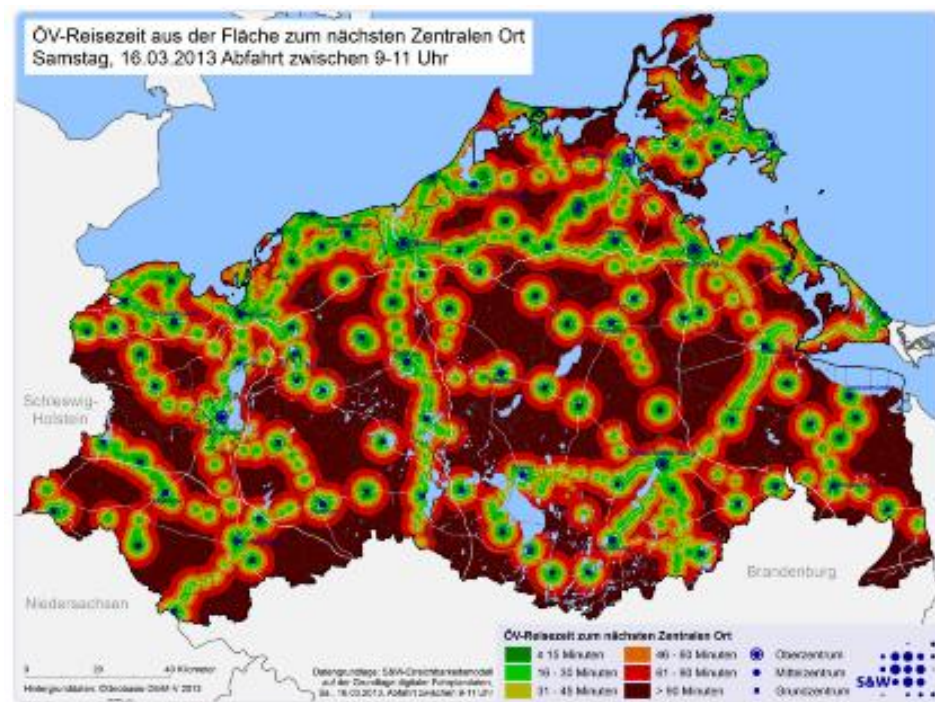
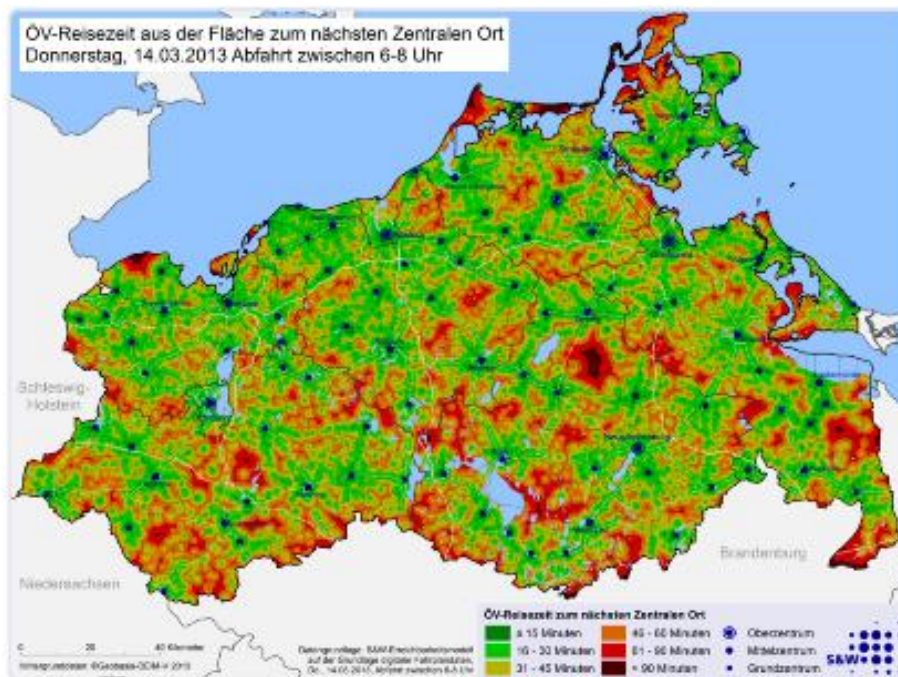
²⁷⁵ Henger, Ralph und Christian Oberst: Alterung der Gesellschaft im Stadt-Land Vergleich. IW-Kurzbericht 16/2019, 4.3.2019, unter: <https://www.iwkoeln.de/studien/iw-kurzberichte/beitrag/ralph-henger-christian-oberst-alterung-der-gesellschaft-im-stadt-land-vergleich-420704.html> (abgerufen am 10. Mai 2021).

²⁷⁶ Deutsches Institut für Urbanistik gGmbH und plan:mobil Verkehrskonzepte und Mobilitätsplanung: Mobilität im Alter in Mecklenburg-Vorpommern. Grundlagenexpertise im Auftrag des Landtags Mecklenburg-Vorpommern Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“, 2015. S. 69.

²⁷⁷ Protokoll der 7. Sitzung der Enquete-Kommission vom 14. Oktober 2020, S. 13, Beitrag Nachtweih; Integrierter Landesverkehrsplan Mecklenburg-Vorpommern, 2018, S. 65.

²⁷⁸ Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 20.

Abbildungen 16: ÖV-Reisezeit aus der Fläche zum nächsten zentralen Ort



Quelle: Spiekermann & Wegener, Analyse der Erreichbarkeit der Zentralen Orte in Mecklenburg-Vorpommern, 2013 (im Auftrag des Energieministeriums M-V) <http://www.regierung-mv.de/Landesregierung/em/Service/Publikationen/?id=14503&processor=veroeff>

Die SELBSTHILFE M-V berichtet in der Enquete-Kommission von Fällen, in denen Menschen aufgrund der großen Entfernung nicht zum Arzt gegangen seien und Krankheiten verschleppt hätten, was letztlich zu Todesfällen aufgrund von fehlender wohnortnaher fachärztlicher Versorgung geführt habe.²⁷⁹ Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann vom Institut für Community Medicine der Universität Greifswald hingegen stellte fest, dass derzeit noch kein signifikanter Zusammenhang zwischen Erreichbarkeit und Inanspruchnahme in der medizinischen Versorgung bestehe, wenngleich die Datenlage schwierig sei und er davon ausgehe, dass sich dies im Zuge des demografischen Wandels und der damit verbundenen abnehmenden Mobilität der Gesellschaft ändern werde.²⁸⁰

Ausgehend von der beschriebenen Situation kann festgehalten werden, dass in Mecklenburg-Vorpommern derzeit flächendeckend keine ausreichende Mobilitätsvorsorge, die die Erreichbarkeit von Einrichtungen der medizinischen Versorgung auch für Menschen ohne eigenes Auto sicherstellt, gegeben ist. Als Resultat dessen sind in einigen Orten der Fläche lokale, meist ehrenamtlich organisierte Angebote der Mobilitätsunterstützung entstanden. Zu nennen sind hier etwa die Bürgerfahrdienste in den Gemeinden Banzkow und Barlow. Hier werden Fahrgäste insbesondere mit medizinischen Bedarfen auf ehrenamtlicher Basis befördert.²⁸¹ Auch wurde in der Enquete-Kommission von durch Arztpraxen organisierte Shuttelfahrten in ländlichen Gebieten berichtet.²⁸²

Wenngleich solche Angebote eine Möglichkeit sind, etwa durch zivilgesellschaftliches Engagement, die Mobilitätsangebote vor Ort zu verbessern²⁸³, stellen sie keine ausreichende Alternative zu einem flächendeckenden ÖPNV-System dar, dass die Mobilitätsvorsorge als einen Bestandteil der Daseinsvorsorge²⁸⁴ sicherstellt. Die **Notwendigkeit eines funktionierenden Nahverkehrs** für die medizinische Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern wurde in den Sitzungen der Enquete-Kommission von verschiedenen Seiten betont.²⁸⁵

Die Mobilitätsunterstützung der Bevölkerung erfolgt von staatlicher Seite in Form des Öffentlichen Personennahverkehrs (ÖPNV). Dabei wird der Schienenpersonennahverkehr (SPNV) für leistungsfähige Schnellverbindungen insbesondere zwischen Ober- und Mittelzentren eingesetzt.²⁸⁶ Der Zuständigkeitsbereich für diesen liegt beim Land.²⁸⁷ Die Versorgung in der Fläche erfolgt in der Regel mit Hilfe des straßengebundenen ÖPNV. Die Zuständigkeit für diesen ist durch Landesgesetz als Aufgabe des eigenen Wirkungsbereiches den Landkreisen und kreisfreien Städten übertragen.²⁸⁸

²⁷⁹ Protokoll der 7. Sitzung der Enquete-Kommission vom 14. Oktober 2020, S. 33 f., Beitrag Schießer.

²⁸⁰ Protokoll der 7. Sitzung der Enquete-Kommission vom 14. Oktober 2020, S. 12, Beitrag Hoffmann.

²⁸¹ Landtag Mecklenburg-Vorpommern, Drucksache 7/5539 Bericht der Landesregierung über Angebote des öffentlichen Personennahverkehrs zur Verbesserung der Mobilität im ländlichen Raum, S. 2-4; Protokoll der 15. Sitzung der Enquete-Kommission vom 17. März 2021, Beitrag Mehlert, S. 17.

²⁸² Protokoll der 7. Sitzung der Enquete-Kommission vom 14. Oktober 2020, S. 13, Beitrag Nachtweih.

²⁸³ Protokoll der 15. Sitzung der Enquete-Kommission vom 17. März 2021, S. 17, Beitrag Mehlert.

²⁸⁴ Bundestagsdrucksache 17/7699, S. 102.

²⁸⁵ Fleßa, Fragenkatalog, S. 22; Protokoll der 6. Sitzung der Enquete-Kommission vom 30. September 2020, S. 17, Beitrag Crusius; Kommissionsdrucksache 7/11, Fragenkatalog, DAK, S. 3 f.

²⁸⁶ Integrierter Landesverkehrsplan Mecklenburg-Vorpommern 2018, S. 74.

²⁸⁷ Stellungnahme LKT zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 3, Kommissionsdrucksache 7/46, S. 115.

²⁸⁸ ebd.

In ländlichen Regionen ist es schwierig aufgrund der unzureichenden Auslastung ein eng getaktetes Linienbussystem aufrechtzuerhalten. Um trotzdem ein Mobilitätsangebot stellen zu können, wird in den letzten Jahren zunehmend auf die Möglichkeiten des Bedarfsverkehrs zurückgegriffen. So bieten mittlerweile fast alle Flächenlandkreise in Mecklenburg-Vorpommern Formen eines Rufbusses an.²⁸⁹ Auch in den Sitzungen der Enquete-Kommission wurde dieser immer wieder als Möglichkeit zur Verbesserung der Erreichbarkeit von medizinischen Einrichtungen genannt.²⁹⁰ Bei einer genaueren Betrachtung der Angebote im Land wird jedoch deutlich, dass nur wenige dieser Rufbussysteme eine tatsächliche flächendeckend ausreichende (d. h. mind. ein- bis zweistündig getaktete) Mobilitätsversorgung ermöglichen. Oftmals haben Linienbusse oder einzelne Haltepunkte lediglich zusätzlich eine Bedarfsanmeldung in einer bereits unzureichenden Versorgung. Wie bereits angeführt gibt es Ortschaften im Land, in denen nur an wenigen Tagen in der Woche oder nur im Rahmen des Schülerverkehrs überhaupt die Möglichkeit besteht, mit einem öffentlichen Mobilitätsangebot in einen zentralen Ort zu gelangen.²⁹¹ Es gibt jedoch auch Beispiele, die zeigen, dass eine umfangreiche Mobilitätsvorsorge mit Hilfe eines Rufbusses möglich ist. So wurden in der Enquete-Kommission zwei unterschiedliche Rufbussysteme, die bereits erfolgreich in Mecklenburg-Vorpommern eingesetzt werden, vorgestellt. Wenngleich Rufbussysteme in ihrer derzeitigen Form aufgrund von Service- und Vorbestellzeiten nicht jedes Mobilitätsproblem lösen können²⁹², so kann die Mobilitätsvorsorge mit ihrer Hilfe so verbessert werden, dass unter anderem einfache Arztbesuche in einem akzeptablen Zeit- und Aufwandsrahmen für alle Orte in der Fläche mit Hilfe des ÖPNV möglich sind.

Im Landkreis Vorpommern-Greifswald wird durch die Verkehrsgesellschaft Vorpommern-Greifswald mbH (VVG) in zwei Ämtern der sogenannte **ILSE-Bus** betrieben. 2015 wurde im Rahmen eines Förderprogramms des Bundesministeriums für Verkehr und digitale Infrastruktur zur langfristigen Sicherung von Versorgung und Mobilität im ländlichen Raum das Modellprojekt „Integrierte Leitstelle für Notfallversorgung, Medizinverkehr und ÖPNV“, kurz ILSE, durch den Landkreis Vorpommern-Greifswald initiiert. Ursprünglich wollte man an die kreiseigene integrierte Leitstelle, die für Feuerwehr, Rettungsdienst und Katastrophenschutz zuständig ist, auch Krankenhausfahrten, Krankenfahrten und Facharztbesuche anbinden und sie mit ÖPNV-Fahrten bündeln. Letztlich konnten jedoch trotz intensiver Bemühungen keine Bündelungsmöglichkeiten geschaffen werden.²⁹³ Der einzige umgesetzte Bestandteil des von 2016 bis 2018 gelaufenen Projektes ist der ILSE-Rufbus, der bis heute im Einsatz ist. Der ILSE-Bus verkehrte zunächst nur im Amt Peenetal/Loitz, ist mittlerweile aber auf das Amt Jarmen/Tutow und als Zubringer zum bestehenden Linienbus, der von Demmin über Loitz nach Greifswald verkehrt, ausgeweitet worden. ILSE ist ein vollflexibler Rufbus ohne Fahrplan und Linie. Er kann in der Zeit von Montag bis Freitag zwischen 8.00 und 18.00 Uhr angefordert werden. Die Fahrtroute kann frei gewählt werden.²⁹⁴ Einzige Einschränkung bei der Bestellung ist, dass kein Linienbus 30 Minuten vor oder nach der angeforderten Zeit verkehrt, anderenfalls muss dieser in Anspruch genommen werden. Insbesondere in den Ferien, in denen der Linienbus-Fahrplan stark ausgedünnt ist, besteht in dem durch den ILSE-Bus bedienten Gebiet ein deutlich besseres Mobilitätsangebot.

²⁸⁹ Landtag Mecklenburg-Vorpommern, Drucksache 7/5539 Bericht der Landesregierung über Angebote des öffentlichen Personennahverkehrs zur Verbesserung der Mobilität im ländlichen Raum, S. 2-4.

²⁹⁰ Kommissionsdrucksache 7/15, Fragenkatalog Ärztekammer M-V, S. 6; Positionspapier STGT und LKTMV: „Verbesserung der hausärztlichen Versorgung M-V, S. 3, Kommissionsdrucksache 7/46, S. 136.

²⁹¹ Integrierter Landesverkehrsplan Mecklenburg-Vorpommern. 2018, S. 65.

²⁹² Protokoll der 15. Sitzung der Enquete-Kommission vom 17. März 2021, S. 29, Beitrag Heydorn; Protokoll der 7. Sitzung der Enquete-Kommission vom 14. Oktober 2020, S. 35, Beitrag Nachtweih.

²⁹³ Protokoll der 15. Sitzung der Enquete-Kommission vom 17. März 2021, S. 10 f., Beitrag Klemer.

²⁹⁴ ebd., S. 11.

Der ILSE-Bus kann mit einer Vorlaufzeit von 60 Minuten per Telefon, Smartphone oder Internet gebucht werden. 85 Prozent der Fahrgäste nutzen hier aufgrund ihres Alters das Telefon. Durch die Eingabe des Start- und Zielortes sowie gewünschten Ab- oder Ankunftszeit im Buchungssystem wird unter Berücksichtigung der weiteren Buchungen eine Fahrt erstellt und dem Fahrgast vorgeschlagen. Der Fahrgast kann zudem angeben, ob er ein barrierefreies Fahrzeug für etwa Rollstühle oder Kinderwagen benötigt.²⁹⁵ Durch ILSE kann eine sehr gute Erreichbarkeit der ortsansässigen Ärzte und anderer gesundheitsbezogener Dienstleistungen gewährleistet werden. Auch Arzt- oder Physiotherapiepraxen bestellen den ILSE-Bus für ihre Patientinnen und Patienten. So müssen Termine nicht mehr mit dem Linienbusfahrplan vereinbar sein. Mittlerweile wird der ILSE-Bus sehr positiv von der älteren Bevölkerung angenommen. Das Projekt soll ausgeweitet und noch im Jahr 2021 um zwei Gebiete im Altkreis Uecker-Randow erweitert werden. Zudem soll die Asklepios Klinik in Pasewalk integriert werden. Der ILSE-Bus ist in den Verkehrsplan des Landkreises Vorpommern-Greifswald aufgenommen.²⁹⁶ Die Möglichkeit der Ausweitung des Systems auf den gesamten Landkreis ist laut der VVG schwer abzuschätzen, da die Verkehrsgesellschaft nur einen Teil des Landkreises bedient.²⁹⁷ Das Rufbussystem des ILSE-Buses wird als sehr zuverlässig bewertet, es wurden bisher keine Ausfälle registriert.²⁹⁸ Auf Grundlage der Erfahrungswerte sind auf dem ILSE-Gebiet derzeit vier Taxen im Einsatz. Im Amt Pennetal/Loitz wird mit einem lokalen Taxiunternehmen zusammengearbeitet, im Amt Jarmen-Tutow betreibt die VVG die Fahrzeuge selbst. Das Angebot wird durchschnittlich von täglich 10 Personen in Anspruch genommen. An Ferientagen sind es bis zu 15 Personen. Der ILSE-Bus ist nicht kostendeckend.²⁹⁹ Bei seiner Einführung konnten jedoch einige konventionelle Linienfahrten gestrichen und dafür der bedarfsgerechte Verkehr eingerichtet werden.³⁰⁰

Im Gegensatz zum nicht fahrplangebundenen ILSE-Rufbus bietet die Verkehrsgesellschaft Ludwigslust-Parchim mbH (VLP) einen fahrplangebundenen Rufbus an. Dieser versorgt im Gegensatz zum ILSE-Bus nicht nur einzelne Ämter mit einer Mobilitätsunterstützung, sondern den gesamten Landkreis Ludwigslust-Parchim, sowie das Amt Neuhaus, das zu Niedersachsen gehört.³⁰¹ Aufgrund seiner Einbindung in den Fahrplan besteht beim **Rufbus der VLP** ein Beförderungsanspruch.³⁰² Der Rufbus der VLP ersetzt nicht einfach nur einzelne Fahrten oder Haltestellen eines Linienbusses mit der Notwendigkeit der vorherigen Anmeldung, sondern hat ein abgestimmtes System aus Rufbuszonen für den ganzen Landkreis entwickelt, bei dem ein flächendeckendes öffentliches Angebot an Verkehren auf verschiedenen Nutzerebenen geschaffen wurde. Der Rufbus bringt innerhalb der einzelnen Rufbuszonen die Bürger aus der Fläche zum nächsten Umstiegspunkt und dient in der Wegbaukette bei Reisen durch den Landkreis zur Überbrückung der letzten Meile um ein jeweils übergeordnetes Verkehrsmittel verwenden zu können. So kann jeder Zug, der an einem Bahnhof hält und jeder übergeordnete Bus von allen Haltestellen im Landkreis erreicht werden. Der Rufbus-Service wird 365 Tage im Jahr für 24 Stunden täglich angeboten. Die Versorgung im bedienten Gebiet hat sich erheblich verbessert und ragt auch im Vergleich mit anderen Gebieten in der Metropolregion Hamburg heraus. Die Fläche im Landkreis Ludwigslust-Parchim hat etwa 20 Abfahrten pro Tag. Das gesamte öffentliche Verkehrsangebot im Landkreis hat sich seit Einführung des Rufbuses versechsfacht und bedient mittlerweile 40 Mio. Fahrplankilometer.

²⁹⁵ ebd., S. 12.

²⁹⁶ ebd., S. 13.

²⁹⁷ ebd., S. 12.

²⁹⁸ ebd., S. 13.

²⁹⁹ ebd.

³⁰⁰ ebd., S. 28.

³⁰¹ Protokoll der 15. Sitzung der Enquete-Kommission vom 17. März 2021, S. 13, Beitrag Lösel.

³⁰² ebd., S. 14.

Der Transport mit dem Rufbus ist zudem durchgängig barrierefrei möglich. Da die Rufbusse fahrplanbasiert sind, bestehen elektronische Fahrplandaten. Dies ermöglicht es, dass die Rufbusse in der Fahrplanauskunft der Verkehrsgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern (VMV), im DB-Navigator und anderen überregionalen Suchmaschinen für elektronische Fahrplandaten berücksichtigt werden. Die VLP betreibt ein Callcenter mit bis zu 16 Telefonanschlüssen, die montags bis sonnabends jeweils zwischen 6.00 und 18.00 Uhr erreichbar sind. Auch Bestellungen über das Internet sind möglich.³⁰³ Der Rufbus muss mindestens zwei Stunden vorher angemeldet werden, dies liegt an der Größe des Kreises mit über 5 000 km². In der Praxis werden nur 7 Prozent der Fahrten zwei Stunden im Voraus gebucht. Weit über die Hälfte der Fahrgäste bestellen die Fahrt mehrere Tage im Voraus. Durch den Rufbus konnten die Taktungen für die einzelnen Haltestellen stark erhöht werden, so dass Abfahrten nun rund um die Uhr und an den meisten Haltestellen im Stundentakt angeboten werden. Künftig werden alle Hauptlinien und alle Rufbuszonen auf einen Stundentakt verdichtet. Die Fahrgastzahlen des Rufbusses haben sich seit seiner Einführung stetig erhöht. Vor der Corona-Pandemie wurden durchschnittlich 250 Fahrgäste pro Tag gezählt. Auch unter Corona-Bedingungen gab es keine Einschränkungen im Fahrplan. Die Personengruppe der älteren und nicht mobilen Menschen macht die Hälfte der Fahrgäste aus. Die andere Hälfte sind Berufspendler. Der gesamte Landkreis soll mit virtuellen Haltestellen, die einen maximalen Fußweg von 150 Metern erforderlich machen, ausgestattet werden.³⁰⁴ Auch ist es geplant, die Rufbusfenster über die Kreisgrenzen hinweg auszudehnen, um Umwege zu vermeiden. Im Zusammenhang mit der Erreichbarkeit medizinischer Versorgung stellt der Geschäftsführer der VLP Stefan Lösel in der Sitzung der Enquete-Kommission fest, dass jede medizinische Einrichtung bei Bedarf eine virtuelle Haltestelle erhalten könne. Laut strategischer Ausrichtung der VLP muss das Verkehrsangebot vor dem Hintergrund der Daseinsvorsorge so gestaltet sein, dass auch im ländlichen Bereich kein Auto nötig ist. Die VLP arbeitet stark an einer umfangreichen Digitalisierung ihrer Angebote.³⁰⁵

In Bezug auf den **Datenschutz** müssen alle Verkehrsgesellschaften im Zusammenhang mit einem Rufbus etwa bei der Disponierung über Dritte und Auftragsdatenverarbeitungsverträgen die Datenschutzlinien, wie die DSGVO, einhalten.³⁰⁶ In den meisten Fällen werden die Fahrten des Rufbusses in Ludwigslust-Parchim durch Taxiunternehmen bedient, sodass bis zu 85 Prozent der generierten Umsätze an die Taxiwirtschaft abgeführt werden. Nur wenn es beispielsweise aufgrund benötigter Barrierefreiheit oder entsprechender Personenzahl erforderlich ist, fährt die VLP selbst.³⁰⁷ Die Kosten für den Rufbus der VLP belaufen sich derzeit auf ca. 800.000 Euro im Jahr. Während der ILSE-Bus aufgrund nur weniger Fahrgäste am Tag eine etwas größere zeitliche Flexibilität anbietet, kann durch die Fahrplangebundenheit des Rufbuses der VLP hinsichtlich der Kostenminimierung eher eine Fahrgastbündelung erreicht werden. Räumlich ist der Rufbus in LUP genauso flexibel wie der ILSE-Bus. Im Zuge seiner Einführung sind in Ludwigslust-Parchim alle konventionellen Linienverkehre, bei denen es möglich war, ca. 600 000 Fahrplankilometer, gestrichen worden. Der Fokus wurde auf eine schnelle gerade Streckenführung, den Schülerverkehr und das flexible Angebot in der Fläche gelegt. Der Öffentliche Nahverkehr in Ludwigslust-Parchim (LUP) hat einen Kostendeckungsgrad von 10 Prozent. Der Kostendeckungsgrad des Rufbusses ist vergleichbar mit dem übrigen ÖPNV. Man kann jedoch die öffentlichen Gelder hier besonders effizient einsetzen.

³⁰³ ebd., S. 15.

³⁰⁴ ebd.

³⁰⁵ ebd., S. 15 f.

³⁰⁶ Protokoll der 15. Sitzung der Enquete-Kommission vom 17. März 2021, S. 23, Beitrag Mehlert und Klemer.

³⁰⁷ ebd., S. 24, Beitrag Lösel.

Vor dem Rufbus hat ein Fahrplankilometer über 2 Euro Kosten verursacht, nun ist man auf unter 0,50 Euro gesunken. Nach Ansicht von Stefan Lösel lohne sich eine moderate Kostensteigerung, wenn dadurch das sechsfache an Fahrplanleistung realisiert werde.³⁰⁸ Bei den Kosten von 800 000 Euro für den Rufbus sind die entstanden Einsparungen, die sich auf schätzungsweise 500 000 bis 600 000 Euro belaufen, unberücksichtigt geblieben. Für die sechs Landkreise in Mecklenburg-Vorpommern würde eine landesweite Implementierung eines Rufbussystems wie das der VLP ungefähr 4,8 Mio Euro kosten.³⁰⁹ Die Summe von ca. 5 Mio. Euro jährlich wird auch durch den Geschäftsführer des Landkreistages M-V Matthias Köpp genannt, als berechnete Kosten der landesweiten Umsetzung eines bedarfsgerechten Rufbusses.³¹⁰ Die flächendeckende Einführung eines solchen fahrplanbasierten Taktsystems für den ÖPNV mit dem Ziel, alle Dörfer und kleineren Städte im Ein- bis Zwei-Stunden-Takt im ganzen Bundesland bedarfsgerecht an den ÖPNV anzubinden, wird laut Landkreistag seit Jahren von den Landkreisen gefordert.³¹¹ Jedoch benötigten die Landkreise laut Köpp zur **Finanzierung eines solchen Mobilitätsausbaus** die Unterstützung des Landes. Die geschätzten Kosten für die Einbindung aller medizinischer Einrichtungen in Form von virtuellen Haltestellen im Landkreis LUP liegen bei zusätzlichen 100 000 Euro jährlich.³¹²

Der Landkreis Ludwigslust-Parchim konnte durch einen Teil der Kreisumlage den flächendeckenden Verkehr finanzieren. Die Verkehrsgesellschaft Ludwigslust-Parchim (VLP) hat sich bereit erklärt, ihre Ausschreibungsunterlagen anderen Verkehrsunternehmen zur Verfügung zu stellen und bei der Planung des Systems zu helfen. Die gesamte Software ist von der VLP selbst programmiert worden. Das angewandte System gibt es so nicht zu kaufen. Es wird in Kürze europaweit ausgeschrieben. So soll eine Übertragung auch auf andere Regionen erleichtert werden. Eine Förderrichtlinie, die den Systembetrieb dauerhaft trägt, wird seitens der VLP nicht als zielführend erachtet. Auch bei einem Wegfall der Fördermittel brauche es auf Landes- oder Kreisebene den Willen, das System weiter zu bezahlen. Laut VLP Geschäftsführer Stefan Lösel benötige man eine politische Entscheidung auf der Ebene des Aufgabenträgers, also der Landkreise, um ein System wie in LUP flächendeckend auf ganz Mecklenburg-Vorpommern auszuweiten.³¹³

Wenngleich die Kommunen durch den aktuellen Nachtragshaushalt sehr gut gestellt sind,³¹⁴ wurde im Rahmen der Thematik darauf verwiesen, dass Bürgermeisterinnen und Bürgermeister teilweise für lokale Mobilitätsangebote keine Mittel ausgeben dürften, da sie sich nach Ansicht der Kommunalaufsicht auf Pflichtaufgaben beschränken müssten³¹⁵.

Eine in Mecklenburg-Vorpommern bestehende Förderrichtlinie für alternative Bedienungsformen im ÖPNV³¹⁶ ist in ihrer Förderhöhe von 150 000 EUR zu gering und im Förderzweck zu begrenzt für die Aufgabenträger im ÖPNV³¹⁷, um flächendeckende Konzepte umzusetzen. Die Verkehrsunternehmen benötigen eine größere Flexibilität bei der Verwendung der Fördermittel.³¹⁸

³⁰⁸ ebd., S. 28, Beitrag Lösel.

³⁰⁹ ebd., S. 16, Beitrag Lösel.

³¹⁰ Protokoll der 7. Sitzung der Enquete-Kommission vom 14. Oktober 2020, S. 34, Beitrag Köpp.

³¹¹ ebd. sowie Fragenkatalog, Landkreistag M-V S. 3.

³¹² Protokoll der 7. Sitzung der Enquete-Kommission vom 14. Oktober 2020, S. 35, Beitrag Köpp.

³¹³ Protokoll der 15. Sitzung der Enquete-Kommission vom 17. März 2021, S. 26, Beitrag Lösel.

³¹⁴ Protokoll der 7. Sitzung der Enquete-Kommission vom 14. Oktober 2020, S. 34 f., Beitrag Heydorn.

³¹⁵ Protokoll der 15. Sitzung der Enquete-Kommission vom 17. März 2021, S. 9, Beitrag Witting.

³¹⁶ Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen für alternative Bedienungsformen im öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV) im Land Mecklenburg-Vorpommern (AltBedFRL). 05.01.2000.

³¹⁷ Protokoll der 15. Sitzung der Enquete-Kommission vom 17. März 2021, S. 22, Beitrag Witting.

³¹⁸ ebd., S. 26.

Die aktuell im Deutschen Bundestag und im Bundesrat beschlossene Novelle des Personenbeförderungsgesetzes (PBefG)³¹⁹ wird die Genehmigungsfähigkeit von flexiblen Angeboten in Zukunft weiter vereinfachen.³²⁰

Im **integrierten Landesverkehrsplan** Mecklenburg-Vorpommern, dem Mobilitätskonzept der Landesregierung für die nächsten Jahre, gibt es ein Fünf-Stufen-Modell für den ÖPNV.³²¹ Mit der ersten Modellstufe werden insbesondere zwischen den Ober- und Mittelzentren leistungsfähige, schnellere Verbindungen durch Zug oder Bus angeboten. Bei der zweiten Stufe handelt es sich um Busverbindungen im Takt auf den anderen stark nachgefragten Verbindungen. Die dritte Modellstufe stellt der nachfrageorientierte Linienverkehr dar, dieser wird primär im Schülerverkehr eingesetzt und kann bei Bedarf gegebenenfalls um weitere Linienfahrten ergänzt werden. In der vierten Stufe des Modells befinden sich die flexiblen Bedienungsformen wie etwa Anruflinienbusse oder Anruf-Sammeltaxis. Die fünfte und somit letzte Ebene dieses Modells stellen die Bürgerbusse dar.³²² Der Integrierte Landesverkehrsplan empfiehlt entsprechend integrierte Mobilitätspakete aus verschiedenen Angebotsformen zur flächendeckenden Versorgung.³²³ Im Auftrag der Verkehrsgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern (VMV) wird derzeit eine Zukunftsvision für das Land erstellt, in der es auch um die Bedienung der sogenannten letzten Meile geht.³²⁴

Die durch die VMV betriebene **Landesfahrplanauskunft** fungiert als Datendrehscheibe, die auch durch Drittanbieter wie etwa Google genutzt werden kann und dient zudem als direkte landesweite Fahrplanauskunft für die Fahrgäste. Die Landesfahrplanauskunft wird kontinuierlich weiterentwickelt. Derzeit arbeitet man daran die Qualität der Auskünfte zu verbessern und die Rufbusse zu integrieren. Das Potenzial der Plattform ist groß, so dass sie einen wesentlichen Beitrag zur einer modernen, digitalisierten ÖPNV-Nutzung beitragen kann. So könnten etwa flexible Bedienformen über die Landesfahrplanauskunft künftig nicht nur gebucht, sondern auch bezahlt werden. Auch die Informationsweitergabe bei fehlerhaften Anschlüssen, der Nachweis der Fahrtberechtigung oder eine Echtzeitdarstellung, wie sie vom Verkehrsverbund Berlin-Brandenburg (VBB) angeboten wird, sind Funktionen die Teil einer modernen Fahrplanauskunft sein könnten. Indem die bereits vorhandene App „MV FÄHRT GUT“ weiter ausgebaut wird, kann ein einheitliches und damit nutzerfreundliches System für die Fahrgäste geschaffen werden. Dies ist vielen einzelnen unternehmensspezifischen Apps vorzuziehen.³²⁵

In Bezug auf die medizinische Versorgung gibt es nach Ansicht des Städte- und Gemeindetages MV und des Landkreistages MV Verbesserungspotential bei der Abstimmung von Öffnungszeiten von Arztpraxen und ÖPNV-Fahrplänen.³²⁶ Auch in der **Planung von Haltestellen** sollte die Erreichbarkeit medizinischer Einrichtungen berücksichtigt werden.

³¹⁹ Bundesrat Drucksache 200/21 (Beschluss). Beschluss des Bundesrates. Gesetz zur Modernisierung des Personenbeförderungsgesetzes. 26.03.2021.

³²⁰ Protokoll der 15. Sitzung der Enquete-Kommission vom 17. März 2021, S. 20 f., Beitrag Gies.

³²¹ Integrierter Landesverkehrsplan Mecklenburg-Vorpommern. 2018, S. 74.

³²² ebd., S. 18.

³²³ Integrierter Landesverkehrsplan Mecklenburg-Vorpommern. 2018, S. 74.

³²⁴ Protokoll der 15. Sitzung der Enquete-Kommission vom 17. März 2021, S. 17, Beitrag Mehlert.

³²⁵ Protokoll der 15. Sitzung der Enquete-Kommission vom 17. März 2021, S. 24, Beitrag Lösel.

³²⁶ Positionspapier STGT und LKTMV: „Verbesserung der hausärztlichen Versorgung M-V“, S. 3, Kommissionsdrucksache 7/46, S. 136.

Nicht nur die Standorte von Haltestellen müssen überdacht werden, auch bei der Standortwahl von Arztpraxen oder anderen medizinischen Einrichtungen muss die Nahverkehrsanbindung eine Rolle spielen.³²⁷ Insbesondere kleine Krankenhäuser in der Fläche sind von einer unzureichenden Erreichbarkeit mit dem ÖPNV betroffen.³²⁸

In der Enquete-Kommission wurden neben den vorgestellten Rufbussystemen weitere im Land umgesetzte **Mobilitätskonzepte** angesprochen. Nicht alle davon sind zwangsläufig auch für die dünnbesiedelten Gebiete in Mecklenburg-Vorpommern geeignet. Neuartige On-Demand-Verkehre etwa sind in einem Flächenland wie Mecklenburg-Vorpommern nur schwer umzusetzen, da nicht genügend Fahrzeuge bereitgehalten werden können und die Anbieter zu lange Anfahrtszeiten zu den Fahrgästen hätten.³²⁹ Andere Konzepte stellen kleinteilige individuelle Lösungen dar. Genannt wurde im Rahmen der Anhörungen der Enquete-Kommission etwa ein Projekt im Hochsauerland, bei dem ein Krankenhaus seine Patienten teilweise selbst abholt und so die Mobilität sicherstellt. Eine Gemeinde in der Eifel übernimmt die Taxikosten unter bestimmten Voraussetzungen ab einer Belastungsgrenze.³³⁰ In Bezug auf den durch Ärzte organisierten Shuttelservice für Patienten berichtet die Pasewalker Bürgermeisterin von der Idee einer diesbezüglichen koordinierenden Leitstelle.³³¹ Auch die Bürgermeisterin von Heringsdorf schlägt kommunal organisierte Patientenfahrten zu Ärzten vor.³³² Die Krankenkassen haben in der Kommission Möglichkeiten zur Reduzierung der Anlässe, zu denen befördert werden muss, aufgezeigt. So lassen sich auch im Bereich der Physio- oder Ergotherapie Hausbesuche durchführen.³³³ An anderer Stelle helfen der Einsatz von Telemedizin oder die Delegation von Leistungen Mobilitätshürden zu überwinden.³³⁴ Auch das im Rahmen der Enquete-Kommission erstellte Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“ empfiehlt mobile Gesundheits- und Pflegeexperten mit telemedizinischer Anbindung, um sich dem Mobilitätsproblem zu nähern³³⁵ sowie einen Rufbus, der gezielt Arztpraxen, Gesundheitszentren und Krankenhäuser anfährt.³³⁶ Das Konzept, dass Angebote der medizinischen Versorgung in die Orte kommen³³⁷, wurde bereits in Beispielprojekten wie dem MediBus der Deutschen Bahn erprobt. Hier ist ein Standardlinienbus zu einer rollenden Arztpraxis umfunktioniert worden.³³⁸ Ein ähnliches Angebot gab es mit dem Gesundheitsbus im Landkreis Nordwestmecklenburg. Die Resonanz war jedoch gering.³³⁹ Die technische Praktikabilität solcher Konzepte ist umstritten. Es berücksichtigt zudem den Umstand des Ärztemangels nur ungenügend.³⁴⁰ Die Einrichtung von Patientenpensionen an Regional- und Maximalversorgern für Patienten mit langer Anreise werden im Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“ empfohlen. Diese Pensionen könnte es laut Gutachtern nach ärztlicher Verordnung geben und so eine mögliche Mitfinanzierung durch Krankenkassen ermöglicht werden.³⁴¹

³²⁷ ebd.; Stellungnahme UMG zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 45, Kommissionsdrucksache 7/13, S. 59; Stellungnahme DAK zur 4. Sitzung am 09.09.2020, S. 21, Kommissionsdrucksache 7/11, S. 104.

³²⁸ Stellungnahme der KGMV zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 8, Kommissionsdrucksache 7/14, S. 18.

³²⁹ Protokoll der 15. Sitzung der Enquete-Kommission vom 17. März 2021, S. 20, Beitrag Gies.

³³⁰ Protokoll der 7. Sitzung der Enquete-Kommission vom 14. Oktober 2020, S. 35, Beitrag Heydorn.

³³¹ ebd., S. 35, Beitrag Nachtweih.

³³² Stellungnahme Marischen zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 5, Kommissionsdrucksache 7/46, S. 68.

³³³ Protokoll der 4. Sitzung der Enquete-Kommission vom 9. September 2020, S. 52, Beitrag Hansen.

³³⁴ ebd., S. 52, Beitrag Austernat-Wied.

³³⁵ Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 91.

³³⁶ ebd., S. 92.

³³⁷ Protokoll der 4. Sitzung der Enquete-Kommission vom 9. September 2020, S. 51, Beitrag Moskwyn.

³³⁸ Protokoll der 15. Sitzung der Enquete-Kommission vom 17. März 2021, S. 18, Beitrag Mehlert.

³³⁹ Stellungnahme Prahler zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 6, Kommissionsdrucksache 7/46, S. 84.

³⁴⁰ Protokoll der 15. Sitzung der Enquete-Kommission vom 17. März 2021, S. 18, Beitrag Mehlert.

³⁴¹ Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 92.

In Zukunft werden technische Innovationen auch auf die Mobilität einen Einfluss haben. So untersucht die Universitätsmedizin Greifswald im Projekt MV|LIFE|DRONE das Konzept der Multi-Notfalldrohne als modulares einsatztaktisches Mittel für unterschiedliche Anwendungsmöglichkeiten.³⁴² Eine große Rolle wird voraussichtlich auch das autonome Fahren spielen.³⁴³ Prof. Dr. Steffen Fleßa von der Universität Greifswald geht davon aus, dass in 25 Jahren selbstfahrende Systeme deutlich günstiger arbeiten als Taxis heutzutage, so dass das Mobilitätsproblem wahrscheinlich überwunden sein wird.³⁴⁴

C.3.3 Digitalisierung und Telemedizin

Die Digitalisierung spielt in der medizinischen Versorgung eine große Rolle und hat zu unzähligen Modernisierungen sowie neuen Behandlungsansätzen und -methoden geführt. Sie ist im Gesundheitswesen in den unterschiedlichsten Bereichen sichtbar. Angefangen bei Terminvergaben über das Internet, Apps und Wearables um Gesundheitsdaten zu erfassen und auszuwerten, über die elektronische Gesundheitskarte bis zu Medizinrobotik, Künstlicher Intelligenz in der Diagnostik und Telemedizin. Die Bereiche, in denen die Digitalisierung im Gesundheitswesen ansetzt, kann grob in vier Bereiche eingeteilt werden: Die Digitalisierung der innerbetrieblichen Prozesse als ureigene Aufgabe der Leistungserbringer, die Digitalisierung des Austausches von Daten und der Kommunikation zwischen den Leistungserbringern, die Digitalisierung am Austausch zwischen Patienten und Leistungserbringern und im Bereich des Nutzen für Patienten ohne einen Austausch mit Leistungserbringern.³⁴⁵ Sämtliche Anwendungen, die die Möglichkeiten der modernen Informations- und Kommunikationstechnologie in der Betreuung und Behandlung von Patientinnen und Patienten nutzen, gehören zum Bereich E-Health. Ein Teilbereich hiervon ist die Telemedizin.³⁴⁶ Der Begriff Telemedizin umfasst unterschiedliche ärztliche Versorgungskonzepte, bei denen räumliche und zeitliche Distanz zwischen Patienten und medizinischen Leistungen in den Bereichen Diagnostik, Therapie und Rehabilitation sowie ärztliche Entscheidungsberatungen mit Hilfe von Informations- und Kommunikationstechnologien überbrückt werden.³⁴⁷ Ihr kommt eine immer höhere Bedeutung zu. Gerade einem Flächenland wie Mecklenburg-Vorpommern mit einer demografischen Entwicklung, die auf einen stark zunehmenden Ärztemangel hindeutet, wird es in Zukunft erschwert, eine ausreichende medizinische Versorgung aller Bürgerinnen und Bürger gewährleisten zu können. Hier bietet die Telemedizin mit ihrer erhöhten Ortsunabhängigkeit Lösungsansätze an. Sie stellt kein einzelnes Versorgungskonzept dar, sondern ist als Teil einer Gesamtkonzeption eine Ergänzung der Versorgung vor Ort.³⁴⁸ Durch die Digitalisierung kann ein gleichberechtigter Zugang zu Gesundheitsinformationen geschaffen werden.³⁴⁹

³⁴² Stellungnahme UMG zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 19, Kommissionsdrucksache 7/13, S. 33.

³⁴³ Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 92.

³⁴⁴ Stellungnahme Prof. Dr. Fleßa zur 8. Sitzung am 21. Oktober 2020, S. 42, Kommissionsdrucksache 7/47, S. 43.

³⁴⁵ Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 70.

³⁴⁶ Protokoll der 18. Sitzung der Enquete-Kommission vom 21. April 2021, S. 50, Beitrag Prof. Dr. van den Berg.

³⁴⁷ Bundesärztekammer (Hg.) (2015): Telemedizinische Methoden in der Patientenversorgung - Begriffliche Verortung. Erarbeitet von der AG Telemedizin und beschlossen vom Vorstand der Bundesärztekammer am 20.03.2015. http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Telemedizin_Telematik/Telemedizin/Telemedizinische_Methoden_in_der_Patientenversorgung_Begriffliche_Verortung.pdf, 26.01.2021.

³⁴⁸ Protokoll der 18. Sitzung der Enquete-Kommission vom 21. April 2021, S. 51, Beitrag Prof. Dr. van den Berg.

³⁴⁹ Stellungnahme der KZVMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 28, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 107.

Zudem kann sie helfen, Bürokratielasten zu bewältigen.³⁵⁰ Im Bereich der Forschung hat die Digitalisierung positive Nebeneffekte, indem etwa über telemedizinische Maßnahmen und Vernetzungen einfacher und umfangreicher Daten erhoben werden können.³⁵¹

Im Bereich des Gesundheitsmanagements hat man im Januar 2021 mit der stufenweisen Einführung der **elektronischen Patientenakte (ePA)** für alle Krankenversicherten in Deutschland begonnen. Sie soll zum Kern der Vernetzung aller Akteure in der medizinischen Versorgung werden.³⁵² Anstelle einer dezentralen Verortung bei Ärzten, Krankenhäusern, Therapeuten oder Krankenkassen, haben Versicherte nun direkten Zugriff auf und die Kontrolle über ihre Patientendaten. Dies kann die Informationsweitergabe etwa bei einem Umzug oder einem Arztwechsel vereinfachen und beschleunigen.³⁵³ Heilungsverläufe und Patientenwege können über einen längeren Zeitraum nachverfolgt³⁵⁴ und Doppeluntersuchungen vermieden werden.³⁵⁵ Die ePA soll durch die entstehende Transparenz Lücken in der Versorgung schließen.³⁵⁶ Die Steuerung des Inhalts durch die Patienten wird jedoch auch kritisch gesehen.³⁵⁷ So hält die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (KVMV) in einer Stellungnahme im Rahmen der Enquete-Kommission fest, dass die Informationen auf der ePA vollständig und belastbar sein müssen, um einen Mehrwert darzustellen.³⁵⁸ Die Steuerung der Zugriffsrechte durch die Patientinnen und Patienten führe jedoch dazu, dass die Unvollständigkeit der ePA vermutet werden muss. So sind zur Gewährleistung der Sicherheit der Behandlung unter Umständen entsprechende zusätzliche Untersuchungen notwendig.³⁵⁹ Als Alternative wird durch die KVMV in der 6. Sitzung der Enquete-Kommission eine ärztliche Fallakte gefordert, in der festgelegte Krankheiten und Präventionsmaßnahmen der Patienten strukturiert abgespeichert sind, sodass diese für alle weiteren behandelnden Ärzte zugänglich sind. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung arbeitet derzeit an dem Entwurf einer solchen Fallakte für den Bereich „Impfen“.³⁶⁰ In einem Forschungsprojekt der Universitätsmedizin Greifswald wird derzeit eine regionale digitale Fallakte für die geriatrische Versorgung eingesetzt.³⁶¹

Eine Voraussetzung für die Einführung der ePA war die bundesweite Etablierung der **Telematik-Infrastruktur (TI)**. Mit ihrer Hilfe werden die medizinischen Leistungserbringer besser vernetzt, wodurch Informationen, die für die Behandlung benötigt werden, schneller verfügbar gemacht werden können.³⁶² Ziel ist es, den Menschen eine noch bessere und sichere Behandlung zu ermöglichen. Mit 95,4 Prozent liegt die Ausstattung der Vertragsärzte in Mecklenburg-Vorpommern mit der TI weit über dem Bundesdurchschnitt.³⁶³ Auch die Vertragszahnarztpraxen sind nahezu alle angeschlossen.³⁶⁴

³⁵⁰ ebd.; Stellungnahme AOK Nordost zur 4. Sitzung am 09.09.2020, S. 21, Kommissionsdrucksache 7/11, S. 29.

³⁵¹ Stellungnahme UMG zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 13, Kommissionsdrucksache 7/13, S. 27.

³⁵² Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 71.

³⁵³ Stellungnahme der TK zur 4. Sitzung am 09.09.2020, S. 27, Kommissionsdrucksache 7/11, S. 151.

³⁵⁴ Protokoll der 4. Sitzung der Enquete-Kommission vom 9. September 2020, S. 20, Beitrag Hunz.

³⁵⁵ Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 71.

³⁵⁶ Stellungnahme AOK Nordost zur 4. Sitzung am 09.09.2020, S. 24, Kommissionsdrucksache 7/11, S. 32.

³⁵⁷ Protokoll der 6. Sitzung der Enquete-Kommission vom 30. September 2020, S. 24, Beitrag Friemann-Jennert.

³⁵⁸ Stellungnahme der KVMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 12, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 24.

³⁵⁹ Protokoll der 6. Sitzung der Enquete-Kommission vom 30. September 2020, S. 9 f., Beitrag Rambow.

³⁶⁰ ebd., S. 24.

³⁶¹ Protokoll der 18. Sitzung der Enquete-Kommission vom 21. April 2021, S. 43, Beitrag Hoffmann.

³⁶² Protokoll der 4. Sitzung der Enquete-Kommission vom 9. September 2020, S. 10, Beitrag Hunz.

³⁶³ Stellungnahme der KVMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 37, Kommissionsdrucksache 7/15, S.49.

³⁶⁴ Stellungnahme der KZVMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 29, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 108.

Im Rahmen der Telematik-Infrastruktur gibt es Anwendungen wie den Elektronischen Medikationsplan (eMP), das Notfalldatenmanagement (NFDm) und den Kommunikationsdienst KIM (Kommunikation im Medizinwesen)³⁶⁵ KIM ist ein sicherer E-Mail-ähnlicher Dienst, bei dem in einem geschlossenen Nutzerkreis in Ende-zu-Ende-Verschlüsselung medizinische Daten, wie elektronische Arztbriefe oder Röntgenbilder, oder auch Abrechnungsdaten sicher ausgetauscht werden können.³⁶⁶ Die Bedeutung von KIM wird voraussichtlich zunehmen, etwa durch die Einführung der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU). Diese soll in Zukunft die herkömmliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU) ablösen und elektronisch über den KIM-Dienst an die Krankenkassen der Patienten übermittelt werden.³⁶⁷ Die KVMV beklagt im Zusammenhang mit der TI den schlechten Service der Ausrüsterfirmen sowie Geräteausfälle nach der Garantiezeit.³⁶⁸ Dem anschließend betont die Kassenzahnärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (KZVMV), dass ein stabiler Betrieb der TI und ihrer medizinischen Anwendungen die Grundlage ihrer Akzeptanz darstellt. Aus diesem Grund müssen die Anwendungen ausreichend unter Praxisbedingungen getestet werden, bevor sie in die Fläche gehen. Dies sei laut KZVMV in der Vergangenheit nicht immer der Fall gewesen.³⁶⁹ Neue unausgereifte und zu spät gelieferte Anwendungen sowie wochenlange Störungen der TI haben teilweise zu Frustration und einer ablehnenden Haltung bei den Ärzten geführt.³⁷⁰ Die digitalen Lösungen sollen zu einer Entlastung des Personals führen.³⁷¹ Derzeit wird dies jedoch seitens der KVMV als eher gegenteilig empfunden. Aus vertragsärztlicher Sicht fehlt es an Deutlichkeit des medizinischen Nutzens der Telematik-Infrastruktur. Anwendungen wie ePA, eAU und eRezept, letztere werden als Hybridlösungen in elektronischer und Papierform ab 2021 eingeführt, bedeuten in ihrer jetzigen Form einen deutlichen Mehraufwand.³⁷² Gleichzeitig ist die Annahme der eAU laut KVMV für viele Arbeitsstellen langfristig nicht umsetzbar.³⁷³ Darüber hinaus wird eine unzureichende Unterstützung bei der Bewältigung der Kosten der Digitalisierung beklagt.³⁷⁴ Neben einmaligen Investitionskosten müssen die laufenden Betriebskosten³⁷⁵ und Nachfolgeinvestitionen durch die Ärzte finanziert werden.³⁷⁶ Das bestehende Anbieteroligopol von IT-Firmen im ambulanten und stationären Sektor wird sowohl von der KVMV als auch von der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern (KGMV) als Grund für zu hohe Kosten genannt.³⁷⁷ Es wird vorgeschlagen auf offene und frei verfügbare Softwareschnittstellen zu setzen, um ein breites Marktangebot zu erhalten.³⁷⁸

³⁶⁵ ebd.

³⁶⁶ ebd.; Stellungnahme der KVMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 37, Kommissionsdrucksache 7/15, S.49.

³⁶⁷ Stellungnahme der KZVMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 29, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 108.

³⁶⁸ Stellungnahme der KVMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 11, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 23.

³⁶⁹ Stellungnahme der KZVMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 28 f., Kommissionsdrucksache 7/15, S. 107 f.

³⁷⁰ Stellungnahme der KVMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 11, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 23.

³⁷¹ Stellungnahme der TK zur 4. Sitzung am 09.09.2020, S. 21, Kommissionsdrucksache 7/11, S. 145.

³⁷² Stellungnahme der KVMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 11, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 23.

³⁷³ Protokoll der 6. Sitzung der Enquete-Kommission vom 30. September 2020, S. 10, Beitrag Rambow.

³⁷⁴ Stellungnahme der KZVMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 28 f., Kommissionsdrucksache 7/15, S. 107 f.

³⁷⁵ ebd.

³⁷⁶ Protokoll der 6. Sitzung der Enquete-Kommission vom 30. September 2020, S. 11, Beitrag Abeln.

³⁷⁷ Stellungnahme der KGMV zur 5.Sitzung am 16.09.2020, S. 22, Kommissionsdrucksache 7/14, S. 32;

Stellungnahme der KVMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 11, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 23.

³⁷⁸ Stellungnahme der KVMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 38, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 50.

Die **intersektorale Verknüpfung** der IT-Strukturen kommt nur langsam voran und muss weiter ausgebaut werden.³⁷⁹ So funktioniert der digitale Austausch von Patientendaten zwischen Krankenhäusern und Arztpraxen derzeit nur ungenügend.³⁸⁰ Die technischen Möglichkeiten in der Vernetzung werden nicht ausreichend genutzt. Als Grund hierfür wird die Diversität der vorhandenen Praxis- und Krankenhausverwaltungssysteme genannt.³⁸¹ Die Praxen nutzen unterschiedliche Software, um an die Krankenhausinformationssysteme angebunden zu sein.³⁸² Die Organisation der Vernetzungsabläufe unterliegen Vorgaben und Gesetzen auf europäischer, Bundes- und Länderebene und sind außerdem in Kongruenz mit den Vorstellungen der Leistungsempfänger, Leistungsträger und deren Vereinigungen sowie der Kostenträger zu bringen.³⁸³ Es ist eine inhomogene Vernetzungslandschaft in Abhängigkeit von Krankenhausträgern, Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen entstanden.³⁸⁴ In der sektorenübergreifenden Kommunikation bedarf es bundeseinheitlicher Standards.³⁸⁵

Innerhalb des Krankenhausesektors bestehen abgestimmte strukturierte Behandlungspfade zur gemeinsamen, hausübergreifenden Patientenbetreuung. Diese Kooperationen gibt es sowohl zwischen den Häusern eines Trägers, als auch trägerübergreifend.³⁸⁶ Die Vernetzung innerhalb einer Trägerschaft wird als gut bewertet und weiter forciert.³⁸⁷

Neben den Chancen für die medizinische Versorgung die in der Vernetzung der verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen liegen, existieren im Themenfeld Digitalisierung und Telemedizin auch konkrete Versorgungsstrategien. Die Corona-Pandemie hat den Nutzen des Zusammenwirkens auf Distanz deutlich aufgezeigt³⁸⁸ und zu einer erhöhten Akzeptanz dieser Konzepte geführt.³⁸⁹ Laut einer bundesweiten Umfrage der Stiftung Gesundheit haben im Mai mehr als 50 Prozent der Ärzte eine **Videosprechstunde** angeboten (2017 unter 2 Prozent).³⁹⁰ Im 2. Quartal 2020 wurden durch die Mitglieder der KVMV 12 777 Videosprechstunden von 236 Psychotherapeuten sowie 188 Ärzten durchgeführt.³⁹¹ Die Psychotherapie hat im Vergleich zu anderen medizinischen Gruppen den höchsten Anteil an Videosprechstunden.³⁹² In der Enquete-Kommission wurde auch über Videosprechstundenangebote aus dem Bereich der Diabetestherapie in Mecklenburg-Vorpommern berichtet.³⁹³

³⁷⁹ ebd., S. 37, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 49; Stellungnahme der HELIOS Stralsund zur 5. Sitzung vom 16.09.2020, S. 4, Kommissionsdrucksache 7/13, S. 13.

³⁸⁰ Stellungnahme der HELIOS Stralsund zur 5. Sitzung vom 16.09.2020, S. 4, Kommissionsdrucksache 7/13, S. 13.

³⁸¹ Stellungnahme der ÄKMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 26, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 204.

³⁸² Stellungnahme der HELIOS Stralsund zur 5. Sitzung vom 16.09.2020, S. 4, Kommissionsdrucksache 7/13, S. 13.

³⁸³ Stellungnahme der ÄKMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 26, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 204.

³⁸⁴ ebd., S. 27, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 205.

³⁸⁵ Stellungnahme der KVMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 37, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 49.

³⁸⁶ Stellungnahme der KGMV zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 5, Kommissionsdrucksache 7/14, S. 15.

³⁸⁷ Stellungnahme der HELIOS Stralsund zur 5. Sitzung vom 16.09.2020, S. 4, Kommissionsdrucksache 7/13, S. 13.

³⁸⁸ Stellungnahme DAK zur 4. Sitzung am 09.09.2020, S. 16, Kommissionsdrucksache 7/11, S. 99.

³⁸⁹ Stellungnahme der KZVMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 30, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 109; Stellungnahme UMG zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 34 f., Kommissionsdrucksache 7/13, S. 38 f.

³⁹⁰ Stellungnahme der BARMER zur 4. Sitzung am 09.09.2020, S. 23, Kommissionsdrucksache 7/11, S. 59; Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit 2020: Ärztliche Arbeit und Nutzung von Videosprechstunden während der Covid-19-Pandemie. Eine gemeinsame repräsentative deutschlandweite Befragung ambulant tätiger Ärztinnen und Ärzte durch die Stiftung Gesundheit in Zusammenarbeit mit dem health innovation hub. <http://www.stiftung-gesundheit.de/pdf/studien/aerzte-im-zukunftsmarkt-gesundheit_2020.pdf>, 26.01.2021.

³⁹¹ Stellungnahme der KVMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 37, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 49.

³⁹² Protokoll der 12. Sitzung der Enquete-Kommission vom 13. Januar 2021, S. 9, Beitrag Peikert.

³⁹³ ebd., S. 20, Beitrag Zimny.

Die Telesprechstunde kommt bei bereits bekannten Patienten zum Einsatz. Sie hilft vor allem bei der Wiedervorstellung oder der Betreuung von chronisch Kranken.³⁹⁴ Insbesondere in ländlichen Regionen mit wenig Fachärzten können so Wegzeiten für Behandelnde und Patienten reduziert³⁹⁵ und Beförderungskosten gesenkt werden.³⁹⁶ In der zahnärztlichen Versorgung wurden im Oktober 2020 Videosprechstunden, Videofallkonferenzen, Telekonsilien sowie ein Technikzuschlag in den Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) aufgenommen. So können Videosprechstunden mit Patienten sowie Videofallkonferenzen mit Pflegepersonal künftig bei Versicherten abgerechnet werden, die einem Pflegegrad zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe erhalten.³⁹⁷ Telekonsile im ärztlichen und zahnärztlichen Bereich ist bezogen auf alle Versicherten abrechenbar.³⁹⁸ **Telekonsile** (telemedizinisches Konsil) sind digitale fachliche Beratungen zwischen Ärzten der gleichen oder verschiedener Fachrichtungen. Sie können als asynchrone Wissensübermittlung oder synchron durch Videokonferenzen in Form von fachübergreifenden Behandler Teams zur Beratung eines Falles stattfinden.³⁹⁹ Sie helfen vorhandene Ressourcen effektiv einzusetzen.⁴⁰⁰ Die Möglichkeiten der Telemedizin in der Beratung über einzelne Fälle und auch zum Zweck der Aus- und Weiterbildung sollte noch stärker genutzt werden.⁴⁰¹

Die Telemedizin soll ärztliches Know-how in die Fläche bringen bzw. das medizinische Wissen auf höchstem Niveau, das es in Mecklenburg-Vorpommern teils auch in der Fläche gibt, in andere Flächen bringen.⁴⁰² Die Telemedizin könnte zu einer zunehmenden Ambulantisierung medizinischer Leistungen beitragen.⁴⁰³ Sie findet noch eher selten in der Regelversorgung statt.⁴⁰⁴ In einigen Spezialdisziplinen, wie der Schlaganfall-Versorgung und der Notfall-Pädiatrie hat sie sich jedoch fest etabliert.⁴⁰⁵ Mit Hilfe der Teleradiologie an der Universitätsmedizin Greifswald können kleinere Krankenhäuser eine eigene Radiologin oder Radiologen ganz oder in den Nacht- und Wochenendschichten einsparen. Die Universitätsmedizin übernimmt die Befundung zu Kosten, die deutlich geringer sind als die Kosten des ansonsten notwendigen Personals. International gibt es Beispiele, in denen im Ausland z. B. in Indien befundet wird.⁴⁰⁶

Es gibt mehrere innovative **Projekte** in Mecklenburg-Vorpommern zum Einsatz von Telemedizin. Eines der erfolgreichsten war das Projekt **LandRettung**. Es griff ganz konkret den demografischen Wandel und die Dünnbesiedelung in Mecklenburg-Vorpommern auf.⁴⁰⁷

³⁹⁴ Protokoll der 6. Sitzung der Enquete-Kommission vom 30. September 2020, S. 17, Beitrag Crusius.

³⁹⁵ Stellungnahme der TK zur 4. Sitzung am 09.09.2020, S. 25 f., Kommissionsdrucksache 7/11, S. 149 f.

³⁹⁶ Protokoll der 4. Sitzung der Enquete-Kommission vom 9. September 2020, S. 52, Beitrag Austernad-Wied.

³⁹⁷ Stellungnahme der KZVMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 29, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 108.

³⁹⁸ ebd. S. 30, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 109.

³⁹⁹ Stellungnahme der TK zur 4. Sitzung am 09.09.2020, S. 25 f., Kommissionsdrucksache 7/11, S. 149 f.; Stellungnahme der ÄKMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 26, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 204.

⁴⁰⁰ Stellungnahme der KVMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 38, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 50.

⁴⁰¹ Stellungnahme UMG zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 43, Kommissionsdrucksache 7/13, S. 57.

⁴⁰² Protokoll der 7. Sitzung der Enquete-Kommission vom 14. Oktober 2020, S. 29, Beitrag Borchmann.

⁴⁰³ Protokoll der 6. Sitzung der Enquete-Kommission vom 30. September 2020, S. 12, Beitrag Dr. Oling.

⁴⁰⁴ Stellungnahme UMG zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 34, Kommissionsdrucksache 7/13, S. 38.

⁴⁰⁵ ebd., S. 13, Kommissionsdrucksache 7/13, S. 17.

⁴⁰⁶ Stellungnahme Prof. Dr. Fleßa zur 8. Sitzung am 21. Oktober 2020, S. 47, Kommissionsdrucksache 7/47, S. 48.

⁴⁰⁷ Protokoll der 7. Sitzung der Enquete-Kommission vom 14. Oktober 2020, S. 17, Beitrag Heydorn.

Initiiert durch den Eigenbetrieb Rettungsdienst des Landkreises Vorpommern-Greifswald und die Universitätsmedizin Greifswald⁴⁰⁸ wurde es durch den Innovationsfonds des gemeinsamen Bundesausschusses im Zeitraum 2017 bis 2020 gefördert.⁴⁰⁹ Neben der Stärkung der Laienreanimation, der Etablierung mobiler Ersthelfer sowie einer angestrebten Verzahnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung ist eine der vier Säulen des Projektes der Telenotarzt.⁴¹⁰ Dieser wird dem Rettungswagen zugeschaltet und kann mit Hilfe der technischen Ausstattung (gesicherte Audio- und Videoverbindung, Telemetriedaten und Bildübertragung) die Vitalfunktionen der Patienten mitverfolgen.⁴¹¹ Im Vergleich zu einer Unterstützung per Telefon, ist die Rechtssicherheit höher und die Fehleranfälligkeit geringer.⁴¹² Die Telemedizin kann an dieser Stelle die Zeit ab dem Eintreffen des Rettungswagens bis zum Eintreffen des Notarztes, das therapiefreie Intervall, überbrücken. Die Hauptindikationen zum Einsatz des Telenotarztes sind:

1. Überbrückende Unterstützung des Rettungsdienstpersonals bis zur Ankunft des Notarztes
2. Zusammenarbeit von Rettungswagen und Telenotarzt primär ohne Alarmierung des Notarzteinsatzfahrzeuges
3. Übergabe der Notfallpatienten am Einsatzort von der notärztlichen Versorgung an den Telenotarzt zur Transportbegleitung
4. Transportbegleitung durch den Telenotarzt bei einfachen Verlegungen mit Indikation zur ärztlichen Begleitung
5. Konsultation des Telenotarztes durch Notärzte zum Support in besonderen Notfallsituationen.⁴¹³

Von den regulär 28 Rettungswagen an 21 Standorten im Landkreis Vorpommern-Greifswald, wurden sechs im Rahmen des Projekts telemedizinisch ausgestattet. Zwischen dem 4. Oktober 2017 und dem 29. Februar 2020 wurde der Greifswalder Telenotarzt 3 611 Mal konsultiert. Der Telenotarzt betreute vor allem Patienten mit einer geringen bis mittelstarken Erkrankungsschwere und weniger häufig lebensbedrohlich Erkrankte oder Verletzte als bodengebundene Notärzte.⁴¹⁴ Insbesondere, wenn keine vitale Bedrohung vorliegt, wird bei vielen Einsätzen keine notärztliche Versorgung an der Einsatzstelle benötigt.⁴¹⁵ Besonders häufig kam der Telenotarzt im Bereich der Schmerztherapie, zur Unterstützung bei der Traumaversorgung und zur Therapie von Patienten mit Brustschmerzen oder akutem Koronarsyndrom zum Einsatz.⁴¹⁶ Rettungsassistenten oder Notfallsanitäter müssen nur in ein bis zwei Prozent der Fälle einen Notarzt nachordern.⁴¹⁷ Die Notarztquote, also die Anzahl der Notfalleinsätze, die von einem Notarzt begleitet werden, ist in den Projekt-Landkreisen durch den Telenotarzt von über 50 auf 35 Prozent gesunken.⁴¹⁸ Durch die Entlastung der Notärzte konnten diese zu Einsätzen fahren, an denen die physische Präsenz notwendig war.

⁴⁰⁸ Protokoll der 4. Sitzung der Enquete-Kommission vom 9. September 2020, S. 42, Beitrag Jüttner.

⁴⁰⁹ Protokoll der 7. Sitzung der Enquete-Kommission vom 14. Oktober 2020, S. 15, Beitrag Laslo; ebd., S. 13, Beitrag Hahnenkamp.

⁴¹⁰ ebd., S. 15, Beitrag Laslo; Stellungnahme der UMG zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 13 f., Kommissionsdrucksache 7/46, S. 125 f.

⁴¹¹ Protokoll der 4. Sitzung der Enquete-Kommission vom 9. September 2020, S. 42 f., Beitrag Jütter; Stellungnahme der UMG zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 13, Kommissionsdrucksache 7/46, S. 125.

⁴¹² Stellungnahme der UMG zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 13, Kommissionsdrucksache 7/46, S. 125.

⁴¹³ Gemeinsame Stellungnahme LK VG und EB Rettungsdienst zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 26, Kommissionsdrucksache 7/46, S. 47.

⁴¹⁴ Stellungnahme der UMG zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 16, Kommissionsdrucksache 7/46, S. 128.

⁴¹⁵ Protokoll der 7. Sitzung der Enquete-Kommission vom 14. Oktober 2020, Beitrag Laslo, S. 16.

⁴¹⁶ ebd.

⁴¹⁷ Protokoll der 7. Sitzung der Enquete-Kommission vom 14. Oktober 2020, S. 22, Beitrag Hahnenkamp.

⁴¹⁸ ebd.; ebd. S. 16, Beitrag Laslo.

Ein weiterer Vorteil des Telenotarztes ist, dass mehrere Einsätze gleichzeitig betreut werden können und somit notärztliche Versorgung für mehrere kritische Patienten zur Verfügung stehen.⁴¹⁹ Auch bei Verlegungsfahrten kann der Telenotarzt die Krankenhäuser entlasten und zur Unterstützung von unerfahrenen Notärzten dienen.⁴²⁰ Durch Schulungen und Aufklärung konnte eine anfängliche Skepsis bei den Anwendenden sowie bei Patienten positiv begegnet werden.⁴²¹

Das Projekt LandRettung wurde am 14. März 2020 abgeschlossen und der Evaluationsbericht eingereicht. Die Säulen Laienreanimation, Einführung einer smartphone-basierten Ersthelferalarmierung sowie die Einführung des Telenotarztes haben sich bewährt.⁴²² Die beiden zuletzt genannten werden im Rahmen der rettungsdienstlichen Vorhaltefinanzierung als Regelversorgung von den Krankenkassen weiterhin finanziert.⁴²³

Mecklenburg-Vorpommern ist das erste Bundesland, das die telemedizinische Begleitung im Rettungsdienstgesetz verankert hat.⁴²⁴ Seit 2018 besteht gemäß §3 RDG M-V die gesetzliche Grundlage für jeden Träger des Rettungsdienstes in Mecklenburg-Vorpommern einen Telenotarzt in seinem Rettungsdienstbereich zu etablieren.⁴²⁵ Mittlerweile werden neun aufgerüstete Rettungsdienst-Fahrzeuge aus dem Landkreis Vorpommern-Rügen durch die Telenotarzt-Zentrale in Greifswald mitbetreut.⁴²⁶

Weitere Beispiele für Projekte in Mecklenburg-Vorpommern in denen telemedizinische Prozesse zur Anwendung kommen sind Telemedizinprojekte in der Psychiatrie⁴²⁷, das Projekt TeleDermatologie⁴²⁸, HerzEffekt MV⁴²⁹ oder das ANNOTeM-Netzwerk, ein gemeinsames Innovationsprojekt der Länder Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern in den Bereichen der Telemedizin und der neurologischen Versorgung.⁴³⁰ Ein am Institut für Community Medicine der Universitätsmedizin Greifswald angesiedeltes, vom Innovationsfond des G-BA gefördertes Projekt zielt auf die Implementierung eines regionalen telemedizinischen Netzwerks zur Sicherstellung der stationären pädiatrischen Versorgung in ländlichen Regionen in Mecklenburg-Vorpommern und Nord-Brandenburg ab.⁴³¹

Nach wie vor werden die meisten telemedizinischen Versorgungskonzepte als Forschungsprojekte oder z. B. als innovatives Versorgungsmodell in einem Innovationsprojekt umgesetzt. Wenngleich eine **Weiterführung in die Regelversorgung** bei positiven Evaluationsergebnissen meist angestrebt ist, erfolgt dies nicht automatisch.⁴³² Hierfür bedarf es einer ausführlichen Evaluation der Projekte hinsichtlich ihrer Ziele und Fragestellungen.

⁴¹⁹ Stellungnahme der UMG zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 13, Kommissionsdrucksache 7/46, S. 125.

⁴²⁰ Protokoll der 7. Sitzung der Enquete-Kommission vom 14. Oktober 2020, S. 16, Beitrag Laslo.

⁴²¹ Stellungnahme des DRK zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 17, Kommissionsdrucksache 7/46, S. 19.

⁴²² Gemeinsame Stellungnahme LK VG und EB Rettungsdienst zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 19, Kommissionsdrucksache 7/46, S. 40.

⁴²³ ebd.

⁴²⁴ Protokoll der 7. Sitzung der Enquete-Kommission vom 14. Oktober 2020, S. 15, Beitrag Laslo.

⁴²⁵ Stellungnahme der UMG zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 16, Kommissionsdrucksache 7/46, S. 128.

⁴²⁶ Gemeinsame Stellungnahme LK VG und EB Rettungsdienst zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 19, Kommissionsdrucksache 7/46, S. 40.

⁴²⁷ Protokoll der 8. Sitzung der Enquete-Kommission vom 21. Oktober 2020, S. 42, Beitrag Hoffmann.

⁴²⁸ Stellungnahme der TK zur 4. Sitzung am 09.09.2020, S. 24, Kommissionsdrucksache 7/11, S. 148.

⁴²⁹ ebd.

⁴³⁰ Protokoll der 9. Sitzung der Enquete-Kommission vom 18. November 2020, S. 16, Beitrag Hunz.

⁴³¹ Stellungnahme der UMR zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 12, Kommissionsdrucksache 7/13, S. 90.

⁴³² Stellungnahme UMG zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 35, Kommissionsdrucksache 7/13, S. 49.

Um Barrieren zu identifizieren und Lösungsansätze zu finden, müssen sowohl klinische Parameter als auch Parameter zur Implementation (Organisation, Integration der Telemedizin in Praxis- und Klinikabläufe, Barrieren bei der Implementation, Akzeptanz bei Patienten und Leistungserbringer) angesehen werden.⁴³³ Es sollte zudem gezielt untersucht werden, in welchen Bereichen und für welche Patientengruppen eine (teilweise) telemedizinische Versorgung eine Lösungsoption für bestehende Mangelsituationen bietet oder aus anderen Gründen Vorteile gegenüber der bisherigen Versorgung bringt.⁴³⁴ Wenngleich Innovationsfondsprojekte für eine Weiterführung gedacht sind, braucht dies oft viel Zeit, wodurch Lücken nach dem Auslaufen der Projekte entstehen. Hier bedarf es einer entsprechenden finanziellen Förderung.⁴³⁵ In einer Stellungnahme im Rahmen der Enquete-Kommission erläutert Prof. Dr. Steffen Fleßa von der Universität Greifswald, dass die Evidenzbasis der Modellprojekte oftmals nicht genügt, um eine Finanzierung der Übernahme in die Regelversorgung durch die Krankenkassen zu erhalten. Um dies gewährleisten zu können, sind die Modellprojekte zu klein.⁴³⁶ Es gibt zahlreiche Hinweise für die Wirksamkeit und Effizienz neuer Behandlungsmethoden, etwa beim Telemonitoring von Patienten mit Herzinsuffizienz, doch es erfolgt keine flächendeckende Durchführung. Es bedarf laut Prof. Fleßa dringend einer weitergehenden Übergangsfinanzierung der Innovationsprojekte.⁴³⁷ Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann vom Institut für Community Medicine der Universität Greifswald weist in der 8. Sitzung der Enquete-Kommission darauf hin, dass er zwar von der hohen Qualität telemedizinischer Behandlungen überzeugt sei, es jedoch mehr Daten bedarf, um im Hinblick auf die Sicherheit der Patienten und die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser die Grundlage zu haben, weitere Innovationen zu initiieren.⁴³⁸

Neben einer genauen Betrachtung in welchen Bereichen und für welche Patientengruppen telemedizinische Versorgung Vorteile bringt, sollte auch die Perspektive der Leistungserbringer evaluiert werden. Während telemedizinische Versorgungskonzepte in der Bevölkerung eher eine hohe Akzeptanz haben, ist das Vertrauen der Leistungserbringer und Kostenträger oft noch begrenzt.⁴³⁹ Häufig sind Barrieren für eine weitere Etablierung nicht technischer Natur, sondern in der Integration der telemedizinischen Prozesse in die Klinik- und Praxisabläufe und der damit verbundenen Neuordnung der Ressourcen auszumachen. Hinzukommen Vorbehalte von einigen Leistungserbringern und Pflegekräften bezüglich der Qualität der Behandlung sowie Unsicherheiten zu **rechtlichen Randbedingungen**.⁴⁴⁰ Die entsprechende Rechtsprechung zum telemedizinischen Einsatz ist noch nicht gegeben, auch wenn es bereits einige Rechtsgutachten und einen gewissen rechtlichen Rahmen gibt, in dem die Telemedizin mit einem vertretbaren Risiko angewendet werden kann.⁴⁴¹ Die Haftung in der telemedizinischen Versorgung unterscheidet sich nur wenig von der Haftung vor Ort. Wenn ein Arzt über Telemedizin keine klare Aussage treffen kann, muss er den Patienten an die entsprechende nächste Klinik verweisen.⁴⁴²

⁴³³ ebd.

⁴³⁴ Hoffmann: Fragenkatalog Wissenschaft des Institut für Community Medicine, Abt. Versorgungsepidemiologie & Community Health, S. 11.

⁴³⁵ Protokoll der 8. Sitzung der Enquete-Kommission vom 21. Oktober 2020, S. 34, Beitrag Fleßa.

⁴³⁶ Stellungnahme Prof. Dr. Fleßa zur 8. Sitzung am 21. Oktober 2020, S. 22, Kommissionsdrucksache 7/47, S. 23.

⁴³⁷ ebd.

⁴³⁸ Protokoll der 8. Sitzung der Enquete-Kommission vom 21. Oktober 2020, S. 33, Beitrag Hoffmann.

⁴³⁹ Hoffmann: Fragenkatalog Wissenschaft des Institut für Community Medicine, Abt. Versorgungsepidemiologie & Community Health, S. 11.

⁴⁴⁰ Stellungnahme UMG zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 35, Kommissionsdrucksache 7/13, S. 49.

⁴⁴¹ Protokoll der 7. Sitzung der Enquete-Kommission vom 14. Oktober 2020, S. 38, Beitrag Laslo.

⁴⁴² Protokoll der 18. Sitzung der Enquete-Kommission vom 21. April 2021, S. 53, Beitrag van den Berg.

Die Bereitschaft der Akteure ist essentiell für die Einführung der Telemedizin. Diese wird jedoch auf freiwilliger Basis nicht flächendeckend erwartet, weshalb gesetzliche Verpflichtungen und Standardisierungen gefordert werden.⁴⁴³

Ende 2019 hat die Landesärztekammer M-V den Weg für die ausschließliche Fernbehandlung freigemacht.⁴⁴⁴ Wenngleich die Telemedizin sich gut in eine sektorenübergreifende Versorgung einfügen könnte, ist die Finanzierung außerhalb von §140a SGB V sehr schwierig.⁴⁴⁵ Hier ist festgelegt, dass Krankenkassen mit Leistungserbringern Verträge über Leistungssektoren übergreifende Versorgung abschließen können ohne Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigungen.⁴⁴⁶ Viele telemedizinische Versorgungsmodelle in der Regelversorgung sind nach § 140 a gestaltet. Dadurch sind die Leistungen nur für Patientinnen und Patienten der beteiligten Krankenkassen und regional eingeschränkt verfügbar.⁴⁴⁷ Es kommt zu Parallelstrukturen von verschiedenen Kostenträgern und Krankenkassen im Bereich der Telemedizin.⁴⁴⁸ Positiv evaluierte Telemedizinikonzepete müssen durch politische Unterstützung nachhaltig implementiert werden und für alle Patienten verfügbar werden.⁴⁴⁹ Telemedizinische Anwendungen benötigen eine regelhafte Finanzierung.⁴⁵⁰

Unabhängig von infrastrukturellen Begrenzungen wird es immer Menschen geben, die einer Digitalisierung und telemedizinischen Betreuung aus verschiedensten Gründen unzugänglich bleiben werden. Diese Menschen dürfen von der Versorgung nicht ausgeschlossen werden.⁴⁵¹ Bei telemedizinischen Anwendungen muss die **Arzt-Patienten-Beziehung** sorgfältig untersucht und kontinuierlich bedacht werden. Es bestehen ethisch und berufsrechtlich große Herausforderungen.⁴⁵² Auch mit telemedizinischer Unterstützung bedarf es kompetente Mediziner an den Patienten, die die Behandlung umsetzen, die rechtliche Verantwortung übernehmen⁴⁵³ und im direkten Austausch die Vertrauensbasis aufbauen.⁴⁵⁴ Die Telemedizin stellt ein ergänzendes Angebot zum persönlichen Arzt-Patientenkontakt in der ambulanten Versorgung dar. Die KVMV bezweifelt, dass hierdurch der personelle Mangel in der haus- und fachärztlichen Versorgung oder im Bereich der Psychotherapie aufgefangen werden kann.⁴⁵⁵ Die Ärztekammer M-V rechnet nur mit einer Entlastung für die niedergelassenen Ärzte, wenn die telemedizinische Versorgung in deren Hand bleibt und so die Kenntnisse der Vor-Ort-Bindung gegeben sind.⁴⁵⁶

⁴⁴³ Stellungnahme Prahler zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 9, Kommissionsdrucksache 7/46, S. 87.

⁴⁴⁴ Stellungnahme der BARMER zur 4. Sitzung am 09.09.2020, S. 23, Kommissionsdrucksache 7/11, S. 59.

⁴⁴⁵ Stellungnahme UMG zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 35, Kommissionsdrucksache 7/13, S. 49;

Hoffmann: Fragenkatalog Wissenschaft des Institut für Community Medicine, Abt.mVersorgungs-epidemiologie & Community Health, S. 11.

⁴⁴⁶ vgl. § 140 a SGB V.

⁴⁴⁷ Stellungnahme UMG zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 34, Kommissionsdrucksache 7/13, S. 48.

⁴⁴⁸ Stellungnahme der ÄKMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 28, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 206.

⁴⁴⁹ Stellungnahme UMG zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 35, Kommissionsdrucksache 7/13, S. 49; Hoffmann:

Fragenkatalog Wissenschaft des Institut für Community Medicine, Abt. Versorgungsepidemiologie & Community Health, S. 11.

⁴⁵⁰ Protokoll der 5. Sitzung der Enquete-Kommission vom 16. September 2020, S. 46, Beitrag Heydorn; Stellungnahme der ÄKMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 29, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 207.

⁴⁵¹ Stellungnahme der ÄKMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 26, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 204.

⁴⁵² ebd., S. 27, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 205.

⁴⁵³ Stellungnahme Dr. Kuhr zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 16, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 154;

Stellungnahme Dr. Oling zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 17, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 131.

⁴⁵⁴ Stellungnahme Prahler zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 9, Kommissionsdrucksache 7/46, S. 87.

⁴⁵⁵ Stellungnahme der KVMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S.37, Kommissionsdrucksache 7/15, S.49.

⁴⁵⁶ Stellungnahme der ÄKMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 28, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 206.

Ausschließlich telemedizinische Anbieter wie die TeleClinic München haben keine Kassenzulassung und stellen so derzeit keine Konkurrenz für niedergelassene Ärzte da.⁴⁵⁷ Zudem können solche Dienste die Arzt-Patienten-Beziehung, als Basis der hausärztlichen Versorgung, nicht gewährleisten.⁴⁵⁸

Grundvoraussetzung für Digitalisierungsprozesse und telemedizinischer Versorgung in ländlichen Regionen ist eine flächendeckende, leistungsfähige Internetversorgung im Zuge des landesweiten **Netzausbaus**.⁴⁵⁹ Dieses Ziel ist in Mecklenburg-Vorpommern noch nicht erreicht.⁴⁶⁰ Selbst die Anschlussmöglichkeit der Krankenhäuser an stabile Datenleitungen mit höchsten Upload-Geschwindigkeiten und Mengen ist nicht flächendeckend gegeben.⁴⁶¹ Die KGMV schlägt vor, zur Gewährleistung der Internetversorgung für digitale Versorgungskonzepte in Krankenhäusern, über ein Landesprojekt flächendeckend ausschließlich für Krankenhäuser zur Verfügung stehende Direktleitungen zum nächsten „schnellen“ Anschlusspunkt kostenfrei zu ermöglichen.⁴⁶² Die unzureichende Abdeckung des Mobilfunknetzes stellt zum Teil eine Hürde für den Einsatz von Telemedizin dar, etwa in der Kommunikation mit dem Telenotarzt.⁴⁶³ Auch in anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung führt der unzureichende Netzausbau zu Problemen. So wurde in der Enquete-Kommission aus dem Bereich der Hebammenversorgung berichtet, dass das Angebot der Kassenärztlichen Vereinigung zur Durchführung digitaler Hebammenkurse aufgrund schlechter Internetinfrastruktur nicht genutzt werden konnte.⁴⁶⁴ Durch die Corona-Pandemie wurde deutlich, dass der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) aufgerüstet und digitalisiert werden muss.⁴⁶⁵ Nicht nur Leistungserbringer sondern auch Patienten müssen über entsprechende Hard- und Software verfügen.⁴⁶⁶ Während der Pandemie kam es im Zuge der sofortigen Etablierung von Clusterregionen zu einer schnellen Ausstattung mit telemedizinischen Hilfsmitteln in den Krankenhäusern. Dies bedeutet einen Meilenstein in der Umsetzung digitaler Versorgungsmodelle.⁴⁶⁷

⁴⁵⁷ ebd.

⁴⁵⁸ ebd.

⁴⁵⁹ Protokoll der 8. Sitzung der Enquete-Kommission vom 21. Oktober 2020, S. 24, Beitrag Dr. Pilny; Stellungnahme der ÄKMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 27, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 205; Stellungnahme der HELIOS Stralsund zur 5. Sitzung vom 16.09.2020, S. 4, Kommissionsdrucksache 7/13, S. 13.

⁴⁶⁰ Protokoll der 7. Sitzung der Enquete-Kommission vom 14. Oktober 2020, S. 12, Beitrag Marisken.

⁴⁶¹ Stellungnahme der KGMV zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 22 f., Kommissionsdrucksache 7/14, S. 32 f.

⁴⁶² ebd.

⁴⁶³ Stellungnahme DAK zur 4. Sitzung am 09.09.2020, S. 17, Kommissionsdrucksache 7/11, S. 100.

⁴⁶⁴ Protokoll der 12. Sitzung der Enquete-Kommission vom 13. Januar 2021, S. 14, Beitrag Herold.

⁴⁶⁵ Stellungnahme RWI zur 8. Sitzung am 21.10.2020, S. 7, Kommissionsdrucksache 7/47, S. 162.

⁴⁶⁶ Stellungnahme AOK Nordost zur 4. Sitzung am 09.09.2020, S. 18, Kommissionsdrucksache 7/11, S. 26.

⁴⁶⁷ Stellungnahme der UMR zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 12, Kommissionsdrucksache 7/13, S. 90.

Im Themenfeld Digitalisierung spielt die Diskussion um **Datenschutz und Datensicherheit** eine große Rolle. Die Sicherheit der Datenleitungen muss gewährleistet werden.⁴⁶⁸ Die Komplexität der einzuhaltenden Datenschutzbestimmungen werden einerseits als ein Grund für den bisher nur geringen Einsatz der Telemedizin genannt⁴⁶⁹, andererseits stellen **Datenschutz und Datensicherheit** auch eine Voraussetzung für die Akzeptanz bei Leistungsbringern und Patienten dar.⁴⁷⁰ Medizinische Daten sind sehr sensible Daten. Die Einhaltung und Garantie ihres Schutzes sollen neben der rechtlichen Komponente allen Beteiligten das nötige Vertrauen geben, um die neuen Möglichkeiten der medizinischen Versorgung zu nutzen. Zur Vertrauensgenerierung ist der Datenschutz allein nicht ausreichend. Es bedarf der Information und Aufklärung durch die Verwender telemedizinischer Anwendungen.⁴⁷¹ Entsprechend der rechtlichen Grundlagen arbeiten Krankenkassen, Krankenhäuser, Ärzte und andere Akteure aus dem Bereich der medizinischen Versorgung nach den gesetzlichen Vorgaben zum Datenschutz. Zudem besteht vielerorts die Zusammenarbeit mit dem Landesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit.⁴⁷² Viele Akteure beschäftigen zusätzlich eigene Datenschutzbeauftragte⁴⁷³ und betonen ihre besondere Aufmerksamkeit dem Thema gegenüber.⁴⁷⁴ In einer Stellungnahme der AOK wird darauf verwiesen, dass bei nur langsam voranschreitenden Digitalisierungsprozessen durch staatliche Akteure und Krankenkassen, die Gefahr besteht, dass große Privatunternehmen die Digitalisierung des Gesundheitswesens gestalten. Da diese oft im Ausland sitzen, könnten niedrigere Datenschutz-Standards Anwendung finden.⁴⁷⁵

In Arztpraxen installierte EDV-Komponenten unterliegen einer Zertifizierung und werden erst nach einer Prüfung für die ambulante vertragsärztliche Versorgung freigegeben.⁴⁷⁶ Der Großteil der Praxen gilt als datensicher.⁴⁷⁷ Der Schutz von Gesundheitsdaten ist zuletzt durch die DSGVO verschärft worden. Die KVMV kritisiert, dass die damit verbundenen umfangreichen Informations-, Organisations- und Rechenschaftspflichten kaum zu überschauen sind und die Rechtsauslegung schwierig ist.⁴⁷⁸ Es besteht die Gefahr, dass es zu Auslegungsfehlern des Datenschutzes kommt.⁴⁷⁹

⁴⁶⁸ Stellungnahme AOK Nordost zur 4. Sitzung am 09.09.2020, S. 18, Kommissionsdrucksache 7/11, S. 26.; Stellungnahme der HELIOS Stralsund zur 5. Sitzung vom 16.09.2020, S. 4, Kommissionsdrucksache 7/13, S. 13.

⁴⁶⁹ Stellungnahme der HELIOS Stralsund zur 5. Sitzung vom 16.09.2020, S. 3 f., Kommissionsdrucksache 7/13, S. 12 f.; Stellungnahme Dr. Oling zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 16, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 130.

⁴⁷⁰ Stellungnahme der TK zur 4. Sitzung am 09.09.2020, S. 14 f., Kommissionsdrucksache 7/11, S. 138 f.

⁴⁷¹ Stellungnahme der ÄKMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 29, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 207.

⁴⁷² Stellungnahme AOK Nordost zur 4. Sitzung am 09.09.2020, S. 21, Kommissionsdrucksache 7/11, S. 29; Stellungnahme der KGMV zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 22 f., Kommissionsdrucksache 7/14, S. 32 f.; Stellungnahme der ÄKMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 29, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 207; Stellungnahme der KVMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 39, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 51; Stellungnahme UMG zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 37, Kommissionsdrucksache 7/13, S. 51; Stellungnahme der HELIOS Stralsund zur 5. Sitzung vom 16.09.2020, S. 4, Kommissionsdrucksache 7/13, S. 13.

⁴⁷³ Kommissionsdrucksache 7/11, Fragenkatalog, Krankenkassen.

⁴⁷⁴ Stellungnahme der KZVMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 30, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 109.

⁴⁷⁵ Stellungnahme AOK Nordost zur 4. Sitzung am 09.09.2020, S. 21, Kommissionsdrucksache 7/11, S. 29.

⁴⁷⁶ Stellungnahme der KVMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 39, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 51.

⁴⁷⁷ Stellungnahme der ÄKMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 29 f., Kommissionsdrucksache 7/15, S. 207 f.

⁴⁷⁸ Stellungnahme der KVMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 12, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 24.

⁴⁷⁹ Stellungnahme der ÄKMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 29, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 207.

Durch das „Digitale-Versorgung-Gesetz“ (DVG) wurde in § 75 b SGB V festgelegt, dass die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) den gesetzlichen Auftrag erhalten, die Anforderungen zur Gewährleistung der IT-Sicherheit in der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung festzulegen. Die Richtlinie zur IT-Sicherheit besagt, dass die Anforderungen dieser Richtlinie dem Stand der Technik entsprechen und neben den grundsätzlichen Aspekten der IT-Sicherheit auch Anforderungen an die sichere Installation und Wartung von Komponenten und Diensten der TI berücksichtigen müssen. Zudem bedarf es einer fortlaufenden Aktualisierung und Anpassung an den Stand der Technik sowie das Gefährdungspotential. Die KZBV und KBV haben damit die Aufgabe übertragen bekommen, den Rahmen für die Gewährleistung der IT-Sicherheit in den Praxen dauerhaft selbst zu regeln. Im Patientendaten-Schutz-Gesetz (PDSG) wird der Umfang der Verantwortlichkeit der Leistungserbringer von der Mitentscheidung über die Mittel der Datenverarbeitung abhängig gemacht. Die Verantwortlichkeit der Leistungserbringer gilt lediglich für die ordnungsgemäße Inbetriebnahme, Wartung und Verwendung der Komponenten.⁴⁸⁰ Während der Datenschutz als auf einem sehr hohen, zuweilen als ungerechtfertigt hohen Niveau bewertet wird, gibt es im Bereich der Datensicherheit sehr viel Aufholbedarf.⁴⁸¹

Die Telemedizin mit ihren Möglichkeiten, räumliche Distanzen zu überbrücken und Behandlungspfade zu verkürzen, hat als Zukunftstechnologie großes Potenzial.⁴⁸² Ziel ist es, die digitalen Möglichkeiten noch besser zu nutzen, weiterzudenken und auszubauen. Auch ohne Pandemie-Bedingungen liegen viele Vorteile in der Digitalisierung im medizinischen Bereich. Sie soll dazu beitragen Über-, Unter- und Fehlbehandlungen zu vermeiden und die Bezahlbarkeit und hohe Qualität des Gesundheitssystem zu erhalten.⁴⁸³

Ein Mittel, um die Digitalisierung in der medizinischen Versorgung voranzutreiben, ist das am 3. Juni 2020 beschlossene **Krankenhauszukunftsgesetz**. Die Digitalisierung ist laut Bund grundsätzlich Ländersache. Durch die Corona-Krise ist der Investitionsbedarf in einigen Bereichen der Krankenhauslandschaft deutlich geworden. Für diese Bereiche soll Geld bereitgestellt werden. Dieses setzt sich zu 70 Prozent aus dem Bundeshaushalt mit etwa 3 Mrd. Euro und einer Finanzierung von 30 Prozent durch das Land, das Krankenhaus oder durch eine Kombination aus beidem zusammen.⁴⁸⁴ Für Mecklenburg-Vorpommern stehen insgesamt 85 Mio. Euro (davon ca. 60 Mio. Euro aus Bundesmitteln) zur Verfügung.⁴⁸⁵ Ziel ist es, das Digitalisierungsniveau im Bereich der Krankenhäuser erheblich auszubauen, um eine Verbesserung der Souveränität und Selbstbestimmung der Patienten, die langfristige Sicherstellung der Versorgungsqualität und neue Perspektiven für Mitarbeitende erreichen zu können. Bereiche, für die Gelder zur Verfügung gestellt werden, sind die technische und informationstechnische Ausstattung von Notaufnahmen, die Förderung von Telemedizin, Telematik und Informationssicherheit sowie die Förderung von wettbewerbsrechtlich zulässigen regionalen Versorgungsangeboten. Hierbei können auch länderübergreifende Projekte gefördert werden. Mindestens 15 Prozent der gewährten Fördermittel müssen für Maßnahmen der Informationssicherheit verwendet werden.

⁴⁸⁰ Stellungnahme der KZVMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 30 f., Kommissionsdrucksache 7/15, S. 109 f.

⁴⁸¹ Protokoll der 8. Sitzung der Enquete-Kommission vom 21. Oktober 2020, S. 33 f., Beitrag Hoffmann.

⁴⁸² Stellungnahme UMG zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 13, Kommissionsdrucksache 7/13, S. 27.

⁴⁸³ Stellungnahme der TK zur 4. Sitzung am 09.09.2020, S. 19, Kommissionsdrucksache 7/11, S. 143.

⁴⁸⁴ Protokoll der 5. Sitzung der Enquete-Kommission vom 16. September 2020, S. 50, Beitrag Heydorn.

⁴⁸⁵ Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 10.

Mit Hilfe des Krankenhauszukunftsgesetz soll ein digital vernetztes Gesundheitsversorgungssystem, das sektorenübergreifend und berufsübergreifend einbindet, für ganz Mecklenburg-Vorpommern etabliert werden.⁴⁸⁶ Telemedizinische Netze in der sektorenübergreifenden Versorgung werden durch das Krankenhauszukunftsgesetz förderfähig.⁴⁸⁷

Die ePA enthält viel Potenzial für zukünftige Weiterentwicklungen im Bereich der Prozessoptimierung der Leistungserbringung, etwa durch automatisierte Abfragen oder der Unterstützung von Diagnosestellungen durch die Verknüpfung von Patientendaten mit bestehenden medizinischen Datenbanken.⁴⁸⁸ Einige Erweiterungen der ePA sind bereits in Planung. So soll sie in Zukunft laut Vertragszahnärzteschaft einen Implantatpass als Informationsobjekt enthalten. Die behandelnden Zahnärzte können so auch nach Jahren noch abfragen, was sich im Kiefer der Patienten befindet und um welches Implantatsystem es sich handelt. Auch das Bonusheft für den Eintrag von Vorsorgeuntersuchungen in der Zahnarztpraxis soll digital werden. Patienten können die Anwendung ab dem Jahr 2022 als Bestandteil ihrer ePA nutzen.⁴⁸⁹ Auch das Kinder-U-Heft, der Mutterpass und der Impfausweis sollen 2022 in die ePA aufgenommen werden.⁴⁹⁰ Zudem kann auch die Forschung stark von der ePA profitieren. So können Patienten in der Zukunft ihre Daten freiwillig für Forschungszwecke zur Verfügung stellen. Im Bereich der Versorgungsforschung könnten so etwa erfolgreiche von erfolglosen Behandlungspfaden getrennt werden.⁴⁹¹ Über die ePA hinaus arbeitet die KZBV derzeit an einem elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahren, bei dem das Genehmigungsverfahren des Heil- und Kostenplans ohne Medienbruch rein digital abgebildet werden soll. Dazu sollen Zahnärzte künftig einen elektronischen Antragsdatensatz direkt und sicher an die Krankenkasse übermitteln und die Kostenträger einen elektronischen Antwortdatensatz wieder an die Praxis zurücksenden. Der Antwortdatensatz kann anschließend durch das Praxisverwaltungssystem automatisch verarbeitet werden. Dieses Verfahren wird voraussichtlich im Jahr 2022 in die Fläche kommen.⁴⁹²

Die Ausweitung des Projektes LandRettung mit einem **Telenotarztsystem** auf ganz Mecklenburg-Vorpommern wird derzeit geprüft.⁴⁹³ Die Rettungsdienstträger wurden durch das Land aufgefordert mit den Krankenkassen die erforderlichen Verhandlungen zu führen, um den Telenotarzt auch in anderen Landkreisen einzuführen.⁴⁹⁴ Auch die Smartphone-basierte Ersthelferalarmierung mit einer einheitlichen Software könnte flächendeckend Anwendung finden. Ein Finanzierungsvorschlag sieht eine Anschubfinanzierung durch das Land und eine Übernahme der laufenden Kosten durch die Krankenkassen vor.⁴⁹⁵

⁴⁸⁶ Protokoll der 5. Sitzung der Enquete-Kommission vom 16. September 2020, S. 50 f., Beitrag Heydorn.

⁴⁸⁷ Protokoll der 4. Sitzung der Enquete-Kommission vom 9. September 2020, S. 13, Beitrag Hunz.

⁴⁸⁸ Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 71.

⁴⁸⁹ Stellungnahme der KZVMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 29, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 108.

⁴⁹⁰ vgl. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/patientendaten-schutz-gesetz.html>

⁴⁹¹ Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 71.

⁴⁹² Stellungnahme der KZVMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 29, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 108.

⁴⁹³ Protokoll der 4. Sitzung der Enquete-Kommission vom 9. September 2020, S. 43, Beitrag Jüttner.

⁴⁹⁴ ebd., S. 10 f., Beitrag Hunz.

⁴⁹⁵ Protokoll der 7. Sitzung der Enquete-Kommission vom 14. Oktober 2020, S. 16 f., Beitrag Laslo.

Neben den bereits festgeschriebenen Hauptindikationen des Einsatzes des Telenotarztes ist eine Erweiterung für den Einsatz des Rettungswagens mit dem Telenotarzt zur Entlastung des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes und die Unterstützung neuer Strukturen der Notfallversorgung wie z. B. eines Gemeinde-Notfallsanitäters denkbar.⁴⁹⁶ Es müssen einheitliche Kriterien für alle Bereiche, in denen der Telenotarzt tätig ist geschaffen werden. Dies bezieht sich auf:

- den rechtssicheren Rahmen
- Prinzipien der Disponierung in der Leitstelle
- fachliche Voraussetzungen und Eignung für die Aufgabe des Telenotarztes
- Einheitlichkeit in der Kursgestaltung für alle handelnden Personen im System der telemedizinischen Betreuung (Notarzt, nicht ärztliches RD-Personal, Pflegepersonal etc.)
- leitliniengetreue Standardarbeitsanweisungen mit festgelegten Grenzen des ausschließlichen Einsatzes des Telenotarztes ohne Hinzuziehung von Not- oder Kassenärzten am Einsatzort
- die Bereitstellung von Ausrüstungen, Arbeitsmitteln, Medikamenten für einen sicheren und effektiven Betrieb des Systems (Bsp. Dokumentation, Rezeptierung, Medikation, BTM, Abrechnung...)⁴⁹⁷

In einer gemeinsamen Stellungnahme des Landrates des Landkreises Vorpommern-Greifswald, Michael Sack, und des Eigenbetrieb Rettungsdienst des Landkreises Vorpommern-Greifswald zum Fragenkatalog der Enquete-Kommission wird angeführt, dass der Rettungsdienst langfristig gesehen mit weniger Notärzten durchgeführt werden kann, wenn gut ausgebildete und regelmäßig im Einsatz supervidierte Notfallsanitäter, mit dem Telenotarzt als sofort verfügbare Rückfallebene, den Großteil der Notfälle versorgen.⁴⁹⁸ Das dichte Netz an notärztlicher Versorgung kann alleine dadurch jedoch nicht reduziert werden, denn schwer erkrankte und lebensbedrohlich verletzte Patienten müssen weiterhin schnellstmöglich durch einen hochqualifizierten Notarzt behandelt werden können.⁴⁹⁹ Aus der Perspektive von Prof. Dr. Klaus Hahnenkamp von der Universität Greifswald ist der Telenotarzt als Ergänzung im Rettungsdienst und nicht als Ersatz von Notärzten zu sehen. Bei der Überplanung des Rettungsdienstes sollte er berücksichtigt werden, jedoch von der bodengebundenen und luftgebundenen notärztlichen Versorgung unterschieden werden.⁵⁰⁰ Die Reduktion von Standorten ist aus Aspekten der Qualität des verfügbaren Personals ebenso wie aus Aspekten der effizienten Ressourcennutzung laut Landrat Sack und dem Eigenbetrieb Rettungsdienst jedoch sinnvoll. Ein Schritt dorthin könnte durch die Schaffung der (gesetzlichen) Voraussetzungen für die Möglichkeit per Instrumentenflug jederzeit Notärzte per Hubschrauber einsetzen zu können, erfolgen.⁵⁰¹ Prof. Hahnenkamp schlägt vor, die Telemedizin auf den Rettungshubschrauber auszuweiten.⁵⁰² Gäbe es einheitlichere Gesetze, wäre auch eine landesübergreifende Nutzung denkbar.⁵⁰³ In den integrierten Leitstellen sind zurzeit Rettungsassistenten oder Notfallsanitäter für die Disposition zuständig.

⁴⁹⁶ Gemeinsame Stellungnahme LK VG und EB Rettungsdienst zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 26, Kommissionsdrucksache 7/46, S. 47.

⁴⁹⁷ ebd.

⁴⁹⁸ ebd., S. 15; Kommissionsdrucksache 7/46, S. 36.

⁴⁹⁹ ebd.

⁵⁰⁰ Stellungnahme der UMG zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 12, Kommissionsdrucksache 7/46, S. 124.

⁵⁰¹ Gemeinsame Stellungnahme LK VG und EB Rettungsdienst zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 15, Kommissionsdrucksache 7/46, S. 36.

⁵⁰² Protokoll der 7. Sitzung der Enquete-Kommission vom 14. Oktober 2020, S. 17, Beitrag Hahnenkamp.

⁵⁰³ Protokoll der 7. Sitzung der Enquete-Kommission vom 14. Oktober 2020, S. 23, Beitrag Fleßa.

Für diese Aufgabe sind jedoch andere Kompetenzen gefragt. Um den Anforderungen gerecht zu werden, muss das Berufsbild des „Leitstellendisponenten“ geschaffen werden.⁵⁰⁴ Die Überwindung von Sektorengrenzen könnte das Potential des Telenotarztes freilegen. Derzeit wird der Telenotarzt dem bodengebundenen Rettungsdienst zugeordnet. Er kann jedoch viel mehr leisten.⁵⁰⁵ Telenotärzte sind sehr gut ausgebildet und erfahren.⁵⁰⁶ Es handelt sich um Ärzte aus dem Bereich der Intensiv- und Rettungsmedizin, um Anästhesisten und Ärzte, die in der zentralen Notaufnahme die Notfallmedizin ausüben können. Mit Hilfe von **telemedizinischen Notfallzentren** kann die Kompetenz aus zentralen Notaufnahmen auch an andere Orte getragen werden.⁵⁰⁷ Zudem kann die Notfallversorgung in den Krankenhäusern mit Spezialisten entscheidend unterstützt werden.⁵⁰⁸ Anhand einer Berechnung nach der Warteschlangentheorie würden für Mecklenburg-Vorpommern zwei telenotärztliche Zentren ausreichen.⁵⁰⁹ Die Notarztstätigkeit sollte zwingend an eine hauptsächliche ärztliche Tätigkeit in der Krankenversorgung gebunden sein, sodass die im Notfall notwendigen manuellen ärztlichen Tätigkeiten aus der täglichen klinischen Routine abrufbar und aktuelle Entwicklungen in der Medizin präsent sind. Daher ist die Anbindung einer telemedizinischen Notfallzentrale an ein Krankenhaus zu empfehlen. Die Ärztekammer MV regt an, sie in eine größere Struktur mit weiteren telemedizinischen Schwerpunkten, etwa der Kinderchirurgie, Neurologie oder Dermatologie, einzubinden.⁵¹⁰

Weiter gab es in der Enquete-Kommission den Vorschlag, statt des flächendeckend vorgehaltenen Hausbesuchsdienstes der niedergelassenen Ärzte, in den Rettungsleitstellen des Landes Telemedizinische-Triage-Systeme, wie z. B. SmED, zu etablieren. Diese könnten anhand von Checklisten eine erste Einschätzung ermöglichen und damit den Patienten entweder dem Rettungsdienst oder aber dem kassenärztlichen Notdienst in einer Notfallpraxis zuordnen.⁵¹¹

Die Telemedizin funktioniert intersektoriell. Sie kann den bodengebundenen und luftgebundenen Rettungsdienst unterstützen, aber auch notfallmedizinische ärztliche Kompetenz im ambulanten und stationären Bereich anbieten.⁵¹² Die Telemedizin in der präklinischen Notfallversorgung hat das Potenzial für weitere Möglichkeiten zur Überwindung der Strukturprobleme der kassenärztlichen Versorgung in Flächengebieten. So führen etwa im Landkreis Vechta in Niedersachsen Gemeinde-Notfallsanitäter akute Hausbesuche außerhalb der Sprechstundenzeiten in Substitution des kassenärztlichen Dienstes durch. Dabei erfolgt eine telemedizinische Begleitung.⁵¹³ Auch das im Rahmen der Enquete-Kommission erstellte Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“ schlägt mobile Gesundheits- und Pflegeexperten mit telemedizinischer Anbindung an eine Arztpraxis, ein Gesundheitszentrum oder ein Krankenhaus vor.

⁵⁰⁴ ebd., S. 16 f., Beitrag Laslo.

⁵⁰⁵ ebd., S. 18, Beitrag Hahnenkamp.

⁵⁰⁶ ebd., S. 21.

⁵⁰⁷ ebd.

⁵⁰⁸ Stellungnahme der ÄKMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 20, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 198.

⁵⁰⁹ Protokoll der 7. Sitzung der Enquete-Kommission vom 14. Oktober 2020, S. 21, Beitrag Hahnenkamp; ebd., S. 23, Beitrag Fleßa; Stellungnahme der UMG zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 46, Kommissionsdrucksache 7/46, S. 158.

⁵¹⁰ Stellungnahme der ÄKMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 20, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 198.

⁵¹¹ Stellungnahme Dr. Oling zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 12, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 126.

⁵¹² Stellungnahme der ÄKMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 20, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 198.

⁵¹³ Gemeinsame Stellungnahme LK VG und EB Rettungsdienst zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 9, Kommissionsdrucksache 7/46, S. 30.

Zudem sind telemedizinisch ausgestattete Erstanlaufstellen denkbar, die in Zukunft die hausärztliche und pädiatrische Versorgung entlasten und Teil der medizinischen Grundversorgung werden könnten. Das Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“ schlägt hier etwa die telemedizinische Anbindung von Apotheken oder Praxen von Pflegefachpersonen vor.⁵¹⁴

Die Telemedizin kann die fachärztliche Versorgung durch die telemedizinische Anbindung von Gesundheitszentren oder poliklinikähnlichen Einrichtungen im ländlichen Raum an die großen Maximalversorger unterstützen.⁵¹⁵ So könnten in Bezugnahme auf die Verteilung der Schlüsselqualifikationen im Cluster bestimmte Kompetenzen näher an die entsprechende Versorgungseinheit herangebracht werden.⁵¹⁶

Die spezialisierte Medizin in Mecklenburg-Vorpommern kann über kurz oder lang nur bei einer **Konzentration** bestimmter Leistungen sichergestellt werden. Eine wohnortnahe Versorgung soll dabei durch die Unterstützung telemedizinischer Versorgungsansätze gewährleistet werden.⁵¹⁷ Durch gute ambulante wohnortnahe Angebote zusammen mit einer intelligenten digitalen Vernetzung mit den medizinischen Zentren sowie einer Aufrüstung des Rettungsdienstes können auch ländlich geprägte Regionen weiterhin gut versorgt bleiben.⁵¹⁸ Die Ansiedlung eines **Telemedizinzentrums** bei einem Maximalversorger würde den Zugang der peripheren Krankenhäuser zur telemedizinischen Fachexpertise erleichtern.⁵¹⁹ Das telemedizinische Zentrum soll trägerübergreifend Fachkompetenz zur Verfügung stellen und einen Beitrag zur Verteilung des Wissens weniger Experten auf alle Patienten leisten.⁵²⁰ Die Telemedizin kann ein Schlüssel sein, damit kleine Krankenhäuser ambulante und stationäre Leistungen bedarfsgerecht und wirtschaftlich integrieren können.⁵²¹ Ein Beispiel ist die Kinderportalpraxisklinik in Wolgast. In dieser ist teilweise keine Facharzt für Pädiatrie anwesend, sondern wird mittels Telemedizin in die Klinik gebracht. In einer Studie der Universitätsmedizin Greifswald wurde untersucht, in wieweit Entscheidungen von Ärzten vor Ort mit denen der Telemedizinärzten übereinstimmen. Es konnten positive Ergebnisse erzielt werden, so dass das Projekt ausgeweitet wurde.⁵²² Außerhalb von Praxen und Krankenhäusern könnten separate Telemedizinzentren mit speziellen Telemedizinern und/oder -pflegekräften für bestimmte Bereiche wie z. B. für ein zentrales Monitoring von bestimmten Parametern sinnvoll sein, wenn ausreichend Patienten vorhanden sind. In anderen Bereichen ist ein solches Konzept nicht machbar, so dass Praxen oder Krankenhausabteilungen die Telemedizin neben der normalen klinischen Arbeit „mitmachen“ sollten. Damit Ärzte sowie Pflegekräfte einen Teil ihrer Arbeitszeit mit telemedizinischer Patientenversorgung verbringen können, müssen diese Stellenanteile aktiv benannt, eingeplant und gefördert werden.⁵²³ Zudem bedarf es einer telemedizinischer Abrechnungsmöglichkeit für Krankenhäuser.⁵²⁴ Ein Projekt untersucht derzeit, wie eine faire Abrechnung zwischen den Kliniken erreicht werden kann.⁵²⁵

⁵¹⁴ Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 8, 91.

⁵¹⁵ Stellungnahme der UMR zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 10, Kommissionsdrucksache 7/13, S. 88; s. hierzu auch Protokoll der 5. Sitzung der Enquete-Kommission vom 16. September 2020, S. 9, Beitrag Schmidt.

⁵¹⁶ Protokoll der 5. Sitzung der Enquete-Kommission vom 16. September 2020, S. 9, Beitrag Schmidt.

⁵¹⁷ Stellungnahme der UMR zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 14, Kommissionsdrucksache 7/13, S. 92.

⁵¹⁸ Stellungnahme RWI zur 8. Sitzung am 21.10.2020, S. 3, Kommissionsdrucksache 7/47, S. 158.

⁵¹⁹ Stellungnahme der KGMV zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 22, Kommissionsdrucksache 7/14, S. 32; Protokoll der 5. Sitzung der Enquete-Kommission vom 16. September 2020, S. 33, Beitrag Borchmann.

⁵²⁰ Stellungnahme der KGMV zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 18, Kommissionsdrucksache 7/14, S. 28.

⁵²¹ Stellungnahme UMG zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 45, Kommissionsdrucksache 7/13, S. 59.

⁵²² Protokoll der 18. Sitzung der Enquete-Kommission vom 21. April 2021, S. 52, Beitrag van den Berg.

⁵²³ Stellungnahme UMG zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 36, Kommissionsdrucksache 7/13, S. 50.

⁵²⁴ Protokoll der 5. Sitzung der Enquete-Kommission vom 16. September 2020, S. 47, Beitrag Schmidt.

⁵²⁵ Protokoll der 18. Sitzung der Enquete-Kommission vom 21. April 2021, S. 53, Beitrag van den Berg.

Die bessere **Vernetzung** innerhalb der Sektoren und sektorenübergreifend muss angestrebt werden. In einem Projekt mit dem Fraunhofer Institut arbeitet die Unimedizin Rostock derzeit daran innerhalb des Versorgungsclusters die Harmonisierung der IT- Systeme herbeizuführen. Auch die Harmonisierung der IT-Systeme mit dem ambulanten Sektor ist anzustreben. Seitens der großen Praxissoftware-Firmen gibt es bislang kein Interesse eine engere Verzahnung der Sektoren anzubieten. Die Universitätsmedizin Rostock stellt die Frage, ob alternativ Internet-basierte Portale einen engen Austausch von Patientendaten ermöglichen könnten.⁵²⁶ Auch die Universitätsmedizin Greifswald arbeitet an der Stärkung der intersektoralen Zusammenarbeit seitens der IT-Struktur. Mit der Ausweitung der E-Health-Plattform u.a. um ein Zuweiserportal soll der Informationsaustausch zwischen den KV-Ärzten und den Fachkliniken verbessert und auf diese Weise auch die vor- und nachstationäre Behandlung der Patienten reibungsloser gestaltet werden.⁵²⁷ Die Universitätskliniken könnten die Aufgabe der Etablierung von E-Health-Funktionalitäten für entsprechende Netzwerke übernehmen, um eine Abhängigkeit von kleinen IT-Firmen vorzubeugen.⁵²⁸

In Zukunft besteht die Möglichkeit, mit Hilfe neuer technischer Anwendungen auf mobilen Geräten die Optimierung des Krankheitsmanagements zu unterstützen.⁵²⁹ **Mobile Gesundheitsanwendungen** für das Smartphone, wie etwa ein digitales Diabetesmanagement-System, können positiv auf die Gesundheit der Menschen einwirken.⁵³⁰ Hierfür fehlt es jedoch gegenwärtig an strukturellen Voraussetzungen, wie etwa den Abrechnungsziffern für die kassenärztliche Abrechnung mobiler Gesundheitsdienstleistungen.⁵³¹ Es ist damit zu rechnen, dass in diesem Jahrzehnt ganz neue Akteure mit neuartigen digitalen Produkten in den Gesundheitsmarkt eintreten.⁵³² Die Bedeutung der Künstlichen Intelligenz (KI) wird weiter zunehmen. Sie wird in Zukunft mit unabhängigen Algorithmen in beratender Form eine Rolle spielen.⁵³³ Eine Voraussetzung hierfür ist das Vorliegen großer Datenmengen, die durch Analysen Muster erkennen lassen. Die Muster können in Algorithmen übersetzt und beispielsweise bei der Anamnese genutzt werden. Studien zu diesem Bereich gibt es etwa in der Bewertung von Muttermalen zur Erkennung von Hautkrebs.⁵³⁴ Große Datenmengen ermöglichen darüber hinaus eine personalisierte Medizin, denn im Abgleich von Patientendaten und großen Datenmengen besteht die Voraussetzung für die einzelnen Patienten die Behandlungsform mit dem höchsten zu erwartenden Behandlungserfolg zu wählen.⁵³⁵

Das Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“ stellt ein Modell einer Versorgungsstruktur in einem durchgehend digitalisierten Gesundheitswesen vor (**Abbildung 17**).

⁵²⁶ Stellungnahme der UMR zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 12, Kommissionsdrucksache 7/13, S. 90.

⁵²⁷ Stellungnahme UMG zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 35, Kommissionsdrucksache 7/13, S. 49.

⁵²⁸ Protokoll der 8. Sitzung der Enquete-Kommission vom 21. Oktober 2020, S. 33, Beitrag Hoffmann.

⁵²⁹ Stellungnahme der TK zur 4. Sitzung am 09.09.2020, S. 15, Kommissionsdrucksache 7/11, S. 139.

⁵³⁰ ebd., S. 26 f., Kommissionsdrucksache 7/11, S. 150 f.

⁵³¹ ebd., S. 26., Kommissionsdrucksache 7/11, S. 150.

⁵³² Stellungnahme RWI zur 8. Sitzung am 21.10.2020, S. 3, Kommissionsdrucksache 7/47, S. 158.

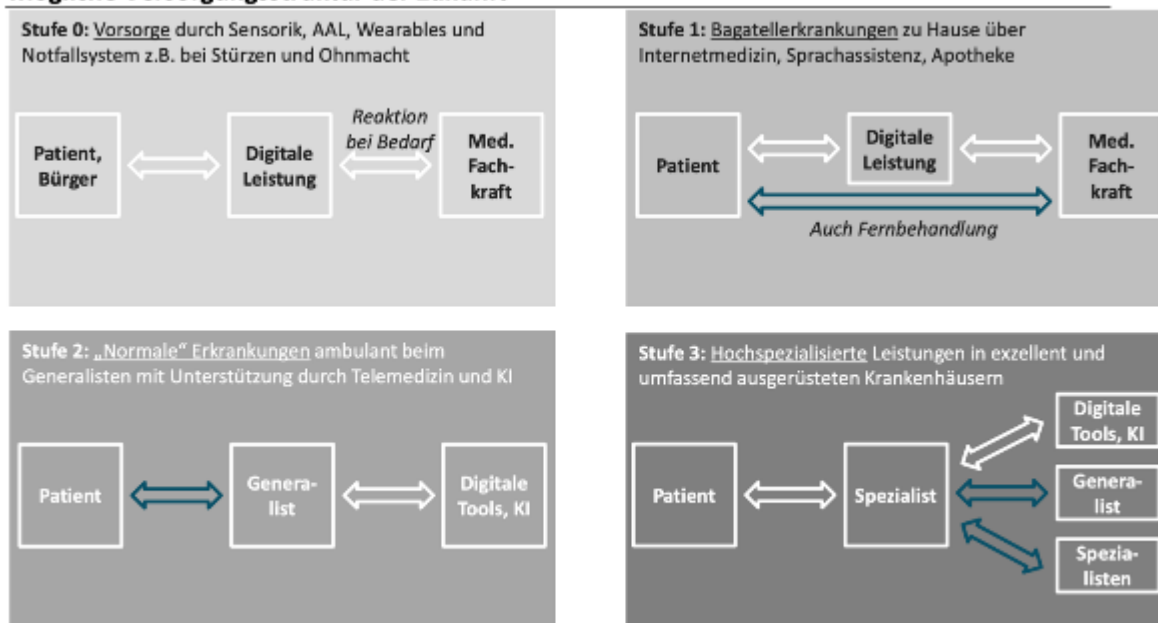
⁵³³ Protokoll der 8. Sitzung der Enquete-Kommission vom 21. Oktober 2020, S. 24, Beitrag Dr. Pilny.

⁵³⁴ Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 72.

⁵³⁵ ebd., S. 73.

Abbildung 17: Modell einer möglichen Versorgungsstruktur der Zukunft

Mögliche Versorgungsstruktur der Zukunft



Quelle: Augurzky (2018), angelehnt an DIV-Report (2017).

In diesem Modell stützt sich die Stufe Null, bei der es um die Überwachung von Gesundheit geht, vollständig auf automatisierte Funktionen und künstliche Intelligenz. Da menschliche Eingriffe nur bei Auffälligkeiten nötig sind, ist sie sehr arbeitssparend.⁵³⁶ In Stufe 1 übernehmen die Patienten bei nicht bedrohlichen Unregelmäßigkeiten („Bagatellerkrankungen“) den aktiven Part, indem sie sich etwa an sprachbegabte Künstliche Intelligenzen richten. Bei Bedarf wird eine Verbindung zu einer medizinischen Fachkraft hergestellt. In Stufe Zwei bei einfacheren Einmal- oder chronischen Erkrankungen suchen die Patienten ärztliche Generalisten auf, die auf digitale Tools, wie die ePA, Datenbanken und künstliche Intelligenz zurückgreifen. In Stufe drei stehen Patienten mit komplexen Erkrankungen Spezialisten zur Verfügung, die im digitalen Austausch mit anderen Spezialisten und den betreuenden Generalisten stehen und auf weitere digitale Tools zurückgreifen können. In der Realität könnte ein solches Modell weitere Abstufungen haben und bedarf einer effektiven Patientensteuerung, um den richtigen Zugang zu den Versorgungsstufen gewährleisten zu können.⁵³⁷ Da die Digitalisierung bezogen auf die Gesamtwirtschaft den Arbeitskräftebedarf reduzieren kann, könnten mehr Arbeitskräfte für das vergleichsweise personalintensive Gesundheitswesen zur Verfügung stehen. Arbeitssparende Auswirkungen wird die Digitalisierung voraussichtlich aber auch auf dieses haben.⁵³⁸

⁵³⁶ Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 71.

⁵³⁷ ebd., S. 72.

⁵³⁸ ebd., S. 96.

C.4 Finanzierung von Angeboten der Gesundheitsversorgung

C.4.1 Ärztliche Leistungen im Ambulanten Sektor

In der ambulanten ärztlichen Leistungserbringung des GKV-Systems ist die kollektivvertraglich regulierte ambulante ärztliche Versorgung das Kernstück. Eine Alternative stellen Selektivverträge mit einzelnen bzw. Gruppen von Leistungserbringern dar. So wird einzelnen Kassen ermöglicht, neue Versorgungsformen und Vergütungsansätze zu implementieren.⁵³⁹ An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen teil:

- Zugelassene Ärzte (Einzelpraxen, Gruppenpraxen etc.)
- Zugelassene MVZ
- Ermächtigte Ärzte: Krankenhäuser mit Tätigkeitsbereichen, für die niedergelassene Ärzte in einer Region keine Versorgung bieten können
- Ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen: Krankenhausabteilungen mit Tätigkeitsbereichen, für die niedergelassene Ärzte keine Versorgung bieten können.⁵⁴⁰

Das vertragsärztliche Vergütungssystem zeichnet sich durch seine Zweistufigkeit und seine starke Bestimmtheit durch Verhandlungslösungen auf der korporativen Ebene aus.⁵⁴¹ Es wird durch eine Vielzahl von Detailregelungen, befristeten Änderungen, Ausnahmen und regionalen Besonderheiten geregelt.

Die Abrechnung von ambulanten ärztlichen Leistungen für Vertragsärzte basiert auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Dieser ist nach § 87 Absatz 2 SGB V ein Verzeichnis, welches den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen sowie ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander aufführt. Der EBM wird zwischen der KBV und dem GKV-Spitzenverband vereinbart und regelmäßig überarbeitet. Die Umwandlung in einen Euro-Wert der vom Arzt erbrachten und kodierten Punktschritte erfolgt über einen Punktwert. Als Basis dient ein jährlich verhandelter Orientierungswert, der demografische Veränderungen und Wirtschaftlichkeitsreserven berücksichtigt. Dieser Wert wird als Orientierung für die Verhandlungen auf Landesebene genutzt.⁵⁴² Für das Jahr 2020 lag der Orientierungswert bei 10,9871 Cent und wird zum 1. Januar 2021 auf 11,1244 Cent angehoben.⁵⁴³ Die Verhandlungen in den KV-Bereichen können von diesem Orientierungswert abweichen und so können je nach Region gleiche Leistungen unterschiedlich bepreist werden.⁵⁴⁴ Die Kalkulation der Gebührenordnungspositionen (GOP) des EBM erfolgt nicht, wie z. B. im DRG-System, auf systematisch erhobenen Durchschnittskosten, sondern auf Einzelerhebungen und Expertenschätzungen.⁵⁴⁵

Gemäß § 87 a Abs. 3 SGB V beschließen auf Ebene der KV-Regionen die KVen einerseits und andererseits die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam (neben dem regionalen Punktwert) die Gesamtvergütung, die das Budget für die im folgenden Jahr zu erbringenden ambulanten vertragsärztlichen Leistungen darstellt.

⁵³⁹ Walendzik und Wasem 2019, S. 18.

⁵⁴⁰ Lünen und Büscher 2015, S. 93.

⁵⁴¹ Walendzik und Wasem 2019, S. 18.

⁵⁴² Lünen und Büscher 2015, S. 93.

⁵⁴³ KBV 2020, Ambulante Bedarfsplanung, online im Internet, unter: <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cmchtml/16735.php> (Abfrage am 17.12.2021).

⁵⁴⁴ Lünen und Büscher 2015, S. 94.

⁵⁴⁵ Albrecht und Al-Abadi 2018, S. 15.

Die Gesamtvergütung wird auf Basis der Zahl und Morbiditätsentwicklung der Versicherten als sogenannte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) fortgeschrieben. Die MGV stellt eine Begrenzung der abrechenbaren Leistungen der Ärzte dar⁵⁴⁶ und sorgt für eine „befreiende Wirkung“ der Krankenkassen. Das bedeutet, dass die KVen kein Geld nachfordern können. Somit wird ein Mechanismus benötigt, um die MGV auf die Vertragsärzte zu verteilen. Die jeweilige KV legt nach § 87 b SGB V „im Benehmen“ mit den Krankenkassen einen Honorarverteilungsvertrag (HVV) fest. Meist wird für jede Arztpraxis in Abhängigkeit von Punktschritten des Vorjahres und der Fachrichtung ein Regelleistungsvolumen (RLV) vorgegeben. Dieses Volumen an Punkten, kodiert über den EBM, kann der Arzt zu einem festen garantierten Punktwert abrechnen. Kodiert er mehr Leistungen, muss mit Abschlägen gerechnet werden.⁵⁴⁷

Daneben können die Vertragspartner besonders förderungswürdige oder neue Leistungen als ohne quantitative Begrenzung zu erstattende GOP in die extrabudgetäre Gesamtvergütung (EGV) ausgliedern.⁵⁴⁸ Dazu gehören z. B. Impfungen, Vorsorgeleistungen und Leistungen der Psychotherapie.⁵⁴⁹ Durch das am 11. Mai 2019 in Kraft getretene Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) wird sich der Anteil der budgetierten Leistungen erheblich erhöhen. Es enthält umfangreiche weitere extrabudgetäre Vergütungsanteile, z. B. für Leistungen an neuen Patienten.⁵⁵⁰

Zudem gibt es Teile der Gesamtvergütung, die aus dem Topf der KVen nicht unmittelbar für Vertragsärzte zur Verfügung stehen. So werden von den KVen Finanzmittel zurückgehalten, um bspw. neue Arztpraxen oder Mehrmengen (oberhalb des RLV) finanzieren zu können. Für die Arztpraxen wiederum sind die beschriebenen Finanzmittel aus der vertragsärztlichen Tätigkeit nur ein Teil der Einkünfte. Weitere wesentliche Quellen sind Entgelte aus privatärztlicher Tätigkeit, aus der Versorgung von Selbstzahlern und der Erbringung von individuellen Gesundheitsleistungen (Igel).⁵⁵¹

C.4.2 Stationärer Sektor

In Deutschland wurde 1972 mit dem „Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze“ (Krankenhausfinanzierungsgesetz, KHG)⁵⁵² die duale Krankenhausfinanzierung eingeführt. Bei der Dualistik erfolgt die Finanzierung aus zwei dominanten Quellen. Der Staat übernimmt die Investitionskosten und die Krankenkassen übernehmen die laufenden Kosten (Betriebskosten).⁵⁵³ Daneben gewinnen Abrechnungspreise, als direktes Entgelt für empfangene Leistungen, zunehmend an Bedeutung. Selbstzahler tragen die Kosten für die in Anspruch genommenen Gesundheitsleistungen voll, oder werden im Rahmen einer Beteiligung teilweise zur Finanzierung herangezogen. Ein geringer Anteil von Krankenhausleistungen wird darüber hinaus durch Spenden getragen.

⁵⁴⁶ Walendzik und Wasem 2019, S. 20.

⁵⁴⁷ Lünen und Büscher 2015, S. 94 f.

⁵⁴⁸ Walendzik und Wasem 2019, S. 20.

⁵⁴⁹ Lünen und Büscher 2015, S. 95.

⁵⁵⁰ Walendzik und Wasem 2019, S. 20.

⁵⁵¹ Lünen und Büscher 2015, S. 95.

⁵⁵² siehe BGBl. 1972, S. 1009, inkraftgetreten am 01.01.1972.

⁵⁵³ Fleßa 2018, S. 79.

Zuständig für die Finanzierung der Krankenhausinvestitionen aus Steuermitteln sind die jeweiligen Bundesländer.⁵⁵⁴ Grundlage für den Anspruch auf öffentliche Förderung ist gemäß § 8 Absatz 1 KHG die Aufnahme eines Krankenhauses in den Landeskrankenhausplan. Scheidet ein Krankenhaus aus, verliert es den Förderanspruch. Aus dem Landeskrankenhausplan ergibt sich der Bruttoinvestitionsbedarf (Bettenzahl, Versorgungsstufe, Ausstattung). Die Differenz zwischen dem Bruttoinvestitionsbedarf und den vorhandenen Kapazitäten ergibt den Nettoinvestitionsbedarf. Eine Investition wird in das Investitionsprogramm des Landes aufgenommen, wenn der Bedarf grundsätzlich anerkannt wird.⁵⁵⁵ Nach § 9 Abs. 1 und 2 KHG können Investitionen für die Krankenhauseinrichtung, die Erstausrüstung und die Wiederbeschaffung von Anlagegütern als Einzelförderung vom Staat übernommen werden. In Form von Pauschalbeiträgen gewährt der Staat darüber hinaus gemäß § 9 Abs. 3 KHG eine Förderung für kleine bauliche Maßnahmen unterhalb bestimmter Kostengrenzen und zur Anschaffung von kurzfristigen Anlagegütern.

Die Finanzierung der Betriebskosten der medizinischen Leistungserstellung im Krankenhaus erfolgt seit 2004 durch diagnosebezogene Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups - DRGs). Davon ausgenommen sind Krankenhäuser und Abteilungen für Psychiatrie, Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin. DRGs sind ein vergütungsorientiertes Klassifizierungssystem von stationären Behandlungsfällen.⁵⁵⁶ Eine DRG fasst Fälle zusammen, die ähnliche durchschnittliche Kosten aufweisen. Eine medizinische Vergleichbarkeit ist nicht beabsichtigt.⁵⁵⁷ Im deutschen Fallpauschalensystem (German-Diagnosis Related Groups, G-DRG) basiert die Fallzuordnung auf einem Gruppierungsalgorithmus, durch den jeder Krankenhausfall mithilfe verschiedener Kriterien des Entlassungsdatensatzes einer abrechenbaren Fallgruppe (DRG) zugeordnet wird. Auf dieser Grundlage erhält jeder Behandlungsfall einen Abrechnungspreis. Der Abrechnungspreis ergibt sich aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert sowie der Berücksichtigung von Sondertatbeständen, die über Zu- und Abschläge abgerechnet werden.⁵⁵⁸

Jede DRG-Fallgruppe ist mit einem Relativgewicht⁵⁵⁹ versehen. Das Relativgewicht stellt den relativen ökonomischen Aufwand der Behandlung zu einem „Basispatienten“ dar. Das G-DRG-System nimmt die durchschnittlichen Kosten aller Behandlungsfälle als Basis und weist diesem Wert ein Relativgewicht von 1,0 zu. Ein Relativgewicht von 1,5 besagt also, dass ein Fall dieser DRG 50 Prozent höhere Kosten verursacht als der Durchschnitt aller Behandlungsfälle.⁵⁶⁰ Der Basisfallwert⁵⁶¹ gibt den Grundpreis für einen Fall mit dem Relativgewicht 1,0 an. Im Fallpauschalenkatalog sind die abrechenbaren DRGs aufgelistet und er weist für jede DRG eine obere und untere Grenzverweildauer aus. Das angegebene Relativgewicht kann nur herangezogen werden, wenn die Grenzverweildauer eingehalten wird. Bei Überschreitung erhält das Krankenhaus tagesbezogene Zuschläge, bei Unterschreitung wird von der Vergütung etwas abgezogen (tagesbezogene Abschläge). Dadurch erhöht oder vermindert sich auch das Relativgewicht und wird dann als effektives Relativgewicht bezeichnet. Die Summe aller (effektiven) Relativgewichte eines Krankenhauses ergibt dessen (effektiven) Case-Mix.

⁵⁵⁴ Tiemann und Büchner 2013, S. 280 f.

⁵⁵⁵ Fleßa 2018, S. 80.

⁵⁵⁶ Tiemann und Büchner 2013, S. 281 f.

⁵⁵⁷ Fleßa 2018, S. 123.

⁵⁵⁸ Tiemann und Büchner 2013, S. 281.

⁵⁵⁹ auch Bewertungsrelation, Kostengewicht oder Cost Weight.

⁵⁶⁰ Fleßa 2018, S. 133.

⁵⁶¹ auch Base-Rate oder Basisfallrate.

Wird dieser Wert durch die Anzahl der Fälle dividiert, ergibt sich die durchschnittliche Fallschwere eines Krankenhauses (Case-Mix-Index).⁵⁶² Grundsätzlich ist das Fallpauschalen-Entgelt so berechnet, dass ein durchschnittliches Krankenhaus bei der Regelverweildauer gerade seine Kosten deckt.⁵⁶³

Nach §§ 4, 11 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) vereinbaren die Krankenhäuser mit den Kostenträgern die Art und Menge der zu erbringenden Leistungen jährlich im Voraus. Das jährliche Erlösbudget ergibt sich über die Summe der Bewertungsrelationen (Case-Mix) mit der Multiplikation mit dem Landesbasisfallwert (in Mecklenburg-Vorpommern 2020: 3.656,00 Euro⁵⁶⁴). Bei Abweichungen hinsichtlich des vereinbarten Leistungsvolumens finden entsprechende Ausgleichsregelungen für Mehr- oder Minderleistung Anwendung.⁵⁶⁵

Als ergänzenden Vergütungsbestandteil gibt es Zusatzentgelte, die in die DRG-Fallpauschalen nicht eingerechnet werden können, da sie nur bei wenigen Patienten zur Anwendung kommen und für die es keine bundeseinheitliche Bewertung gibt.⁵⁶⁶

Es gibt für Krankenhäuser die Möglichkeit, Sicherstellungszuschläge zu erhalten. Ziel dieser Zuschläge ist, eine flächendeckende Versorgung in dünn besiedelten Gebieten zu gewährleisten, in denen auf Basis der DRG-Entgelte kein Leistungsangebot mehr vorgehalten werden könnte. Bis zum Inkrafttreten des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) am 1. Januar 2016 entschieden die Bundesländer sehr individuell und ohne allgemein definierte Kriterien über die Notwendigkeit der Zuschläge. Mit dem KHSG wurden die Rahmenbedingungen präzisiert.⁵⁶⁷ Die Finanzierung ist durch die Krankenversicherungen zu gewährleisten.⁵⁶⁸ Wie in **Abbildung 18** dargestellt, erhalten in Mecklenburg-Vorpommern 60 Prozent der Krankenhäuser einen Sicherstellungszuschlag, bundesweit sind es nur 6 Prozent. Die Förderung ist seit 2021 gestaffelt: Krankenhausstandorte die über mehr als zwei bedarfsnotwendige Fachabteilungen verfügen erhalten zu den 400 000 Euro Pauschalzuschlag für jede weitere Fachabteilung zusätzlich 200 000 Euro. Der Sicherstellungszuschlag ist begrenzt auf insgesamt 800 000 Euro.⁵⁶⁹

⁵⁶² Tiemann und Büchner 2013, S. 282.

⁵⁶³ Fleßa 2018, S. 89.

⁵⁶⁴ KGMV 2020, Krankenhausplanung, unter: <https://www.kgmV.de/index.php/presse/item/2931-neue-krankenhausesentgelte-fuer-2020-in-mecklenburg-vorpommern> (abgerufen am 16.12.2021).

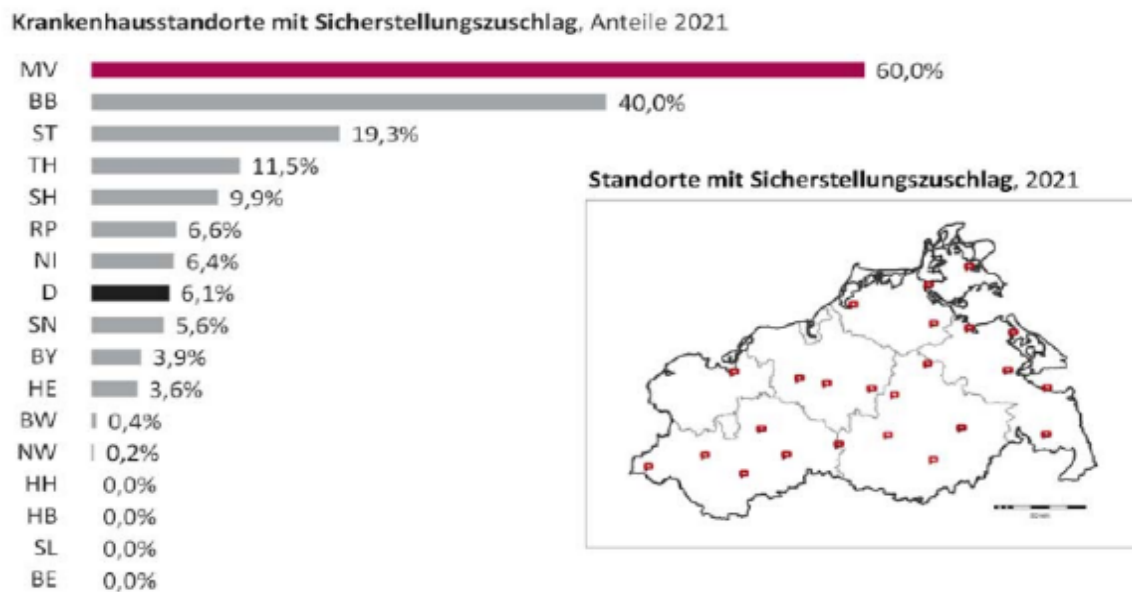
⁵⁶⁵ Tiemann und Büchner 2013, S. 283.

⁵⁶⁶ ebd.

⁵⁶⁷ Fleßa 2018, S. 114 f.

⁵⁶⁸ Beivers und Emde 2020, S. 19.

⁵⁶⁹ Augurzky et al. 2021, S. 32.

Abbildung 18: Krankenhäuser mit Sicherstellungszuschlägen

Anmerkung: Nur Standorte mit stationären Fällen größer als 0 berücksichtigt.

Quelle: DKG 2021; G-BA 2020, Darstellung von Augurzky et al. 2021.

Der Medizinethiker Prof. Dr. med. Giovanni Maio kritisierte in der 3. Sitzung der Enquete-Kommission, dass das DRG-System zu einer medizinisch nicht indizierten Leistungsausweitung führt. Ärzte kommen dadurch in Interessenskonflikte, die für Patienten ein Risiko darstellen.⁵⁷⁰ Die Ausrichtung des Finanzierungssystems auf wirtschaftlicher Effizienz wurde auch von der Ärztekammer M-V⁵⁷¹ und dem Landkreistag M-V⁵⁷² beklagt. Andere Institutionen und Experten nehmen an, dass sich das DRG-System bewährt und zu einer Rationalisierung und besseren Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser geführt hat.⁵⁷³ Das Wirtschaftsministerium wies darauf hin, dass es gilt, Fehlentwicklungen, wie den Preisverfall und die Mengenausweitung, zu korrigieren.⁵⁷⁴ Dass das DRG-System viele Vorteile aber auch Nachteile besitzt wurde auch durch das Gutachten verdeutlicht. Es habe eine hohe Effizienz in der stationären Versorgung gefördert sowie Ordnung und Transparenz gebracht. Allerdings setze es keine Anreize zur ambulanten Leistungserbringung, sektorenübergreifenden Versorgung oder Prävention. Für einzelne Leistungssegmente komme es außerdem zu Fehlanreizen, wenn der medizinische Nutzen nicht deckungsgleich mit dem finanziellen Nutzen sei.⁵⁷⁵

⁵⁷⁰ Protokoll der 3. Sitzung der Enquete-Kommission vom 19. August 2020, S. 8, Beitrag Maio.

⁵⁷¹ Stellungnahme der ÄKMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 24 f., Kommissionsdrucksache 7/15, S. 202 f.

⁵⁷² Stellungnahme LKT zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 4, Kommissionsdrucksache 7/46, S. 116.

⁵⁷³ Protokoll der 4. Sitzung der Enquete-Kommission vom 9. September 2020, S. 13, Beitrag Hunz; Protokoll der 8. Sitzung der Enquete-Kommission vom 21. Oktober 2020, S. 10, Beitrag Fleßa.

⁵⁷⁴ Protokoll der 4. Sitzung der Enquete-Kommission vom 9. September 2020, S. 13, Beitrag Hunz.

⁵⁷⁵ Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 97 f.

Im Jahr 2020 wurde die Krankenhausvergütung auf eine Kombination von Fallpauschalen und einer Pflegepersonalkostenvergütung (Pflegebudget) umgestellt. Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG)⁵⁷⁶ wurde beschlossen, die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen unabhängig von den Fallpauschalen zu vergüten. Auf Grundlage der ausgegliederten Pflegepersonalkosten wurden tagesbezogene Bewertungsrelationen für einen Pflegeerlöskatalog ermittelt, der separat in den Fallpauschalenkatalog integriert wurde.⁵⁷⁷

Derzeit gibt es eine Bundesratsinitiative der Länder Mecklenburg-Vorpommern, Bremen und Sachsen-Anhalt zur „Entschließung des Bundesrates zur Herausnahme der Kinder- und Jugendmedizin sowie Kinderchirurgie aus dem Fallpauschalensystem in der Krankenhausfinanzierung“.⁵⁷⁸ Der Antrag wurde in die Ausschüsse überwiesen, um bald einen gemeinsamen Antrag vorzulegen, der mehrheitsfähig ist.⁵⁷⁹

Die Ertragslage der Krankenhäuser ist in Mecklenburg-Vorpommern mit einem durchschnittlichen Jahresergebnis nach Steuern (EAT⁵⁸⁰) im Jahr 2018 mit 2,9 Prozent der Erlöse besser als bundesweit (1,2 Prozent). Allerdings ist der Anteil der Krankenhäuser, die einen Verlust aufwiesen, mit 32 Prozent erstaunlich hoch (bundesweit 29 Prozent). Die Spreizung der Ertragslage scheint demnach besonders hoch zu sein. Kleine Kliniken schneiden dabei tendenziell schlechter ab als größere, aber es gibt auch kleine Fachkliniken mit sehr guten Ergebnissen.

In den letzten Jahren ist bundesweit ein Rückgang der Investitionsförderung zu beobachten. Experten schätzen den notwendigen Investitionsbedarf eines Krankenhauses auf mindestens sieben Prozent, idealerweise acht Prozent des Umsatzes. Bei einem Zielwert von 7,5 Prozent wären für Mecklenburg-Vorpommern jährliche Fördermittel in Höhe von etwa 135 Mio. Euro notwendig. 2018 betrug das Volumen etwa 50 Mio. Euro.⁵⁸¹ Die unzureichende Investitionsförderung wurde auch in den Anhörungen der Enquete-Kommission und Stellungnahmen vielfach moniert.⁵⁸²

Das Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“ schlägt vor, den Aspekt der Vorhaltefinanzierung stärker zu betonen. Eine Komponente zur Vorhaltefinanzierung könnte in das bestehende DRG-System integriert werden. So könnte beispielsweise ein Drittel des heutigen DRG-Vergütungsvolumens herausgetrennt werden, um so festgelegte Vorhalteleistungen zu finanzieren, ähnlich wie bei der Auslagerung der Pflegepersonalkosten. Diese sollten allerdings wieder eingegliedert werden, um anschließend für jede DRG einen Anteil zu berechnen, der zur Finanzierung der Vorhalteleistungen verfügbar wäre. Die Folge wäre eine Reduzierung des Mengenanreizes, der jedoch nicht ganz verloren ginge.

⁵⁷⁶ inkraftgetreten am 01.01.2019.

⁵⁷⁷ BMG, Sofortprogramm Pflege, unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/sofortprogramm-pflege.html> (abgerufen am 19. Mai 2021).

⁵⁷⁸ vgl. Bundesrat 2020, Drucksache 513/20.

⁵⁷⁹ Ärzteblatt, Bundesrat spricht über Herausnahme der Pädiatrie aus dem DRG-System, unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/116643/Bundesrat-spricht-ueber-Herausnahme-der-Paediatrie-aus-dem-DRG-System> (abgerufen am 19. Mai 2021).

⁵⁸⁰ Earnings after tax.

⁵⁸¹ Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 36.

⁵⁸² Stellungnahmen zur 4. Sitzung am 09.09.2020: AOK Nordost, S. 2, 27, Kommissionsdrucksache 7/11, S. 10, 35; BARMER, S. 2, 15, Kommissionsdrucksache 7/11, S. 38, 51; DAK, S. 21, Kommissionsdrucksache 7/11, S. 104; TK, S. 11, Kommissionsdrucksache 7/11, S. 135; vdek, S. 2, Kommissionsdrucksache 7/11, S. 182; Stellungnahme der KGMV zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 16, Kommissionsdrucksache 7/14, S. 26.

Ein ausgelagerter Vergütungstopf würde für definierte Leistungssegmente und Versorgungsregionen Vorhaltebudgets auf Basis der regionalen Flächen- und Bevölkerungsstruktur definiert werden.⁵⁸³ Einen noch weitreichenderen Schritt stellen komplette Regionalbudgets bzw. sogenannte Capitationmodelle dar, auf die im folgenden Kapitel näher eingegangen wird.

Die Voraussetzung für die Umsetzung einer sektorenübergreifenden Versorgung ist ein sektorenübergreifendes Vergütungsmodell, da kein Leistungserbringer dauerhaft gegen seine, über das Vergütungssystem definierten Interessen arbeiten kann. Regionalbudgets könnten eine ganzheitliche, sektorenübergreifende Versorgung fördern.⁵⁸⁴

Basis sind pauschalisierte Entgelte, die unabhängig vom Kontakt mit Leistungserbringern bzw. von erbrachten Leistungen je Bewohner einer Region ausgezahlt werden. Die Menge (Zahl der Teilnehmer) und auch die Höhe der Vergütung (Pauschale pro Teilnehmer) sind in der Regel ex ante und damit prospektiv festgelegt. Das finanzielle Risiko geht damit von den Kostenträgern auf die Leistungserbringer über, da sie für eigene Ineffizienz sowie Kostenrisiken komplexer und teurer Behandlungen haften. Im Gegenzug erhalten sie eine größere Gestaltungsfreiheit.⁵⁸⁵ Ehemals stationäre Leistungen können ambulant erbracht werden, ohne Erlöseinbußen befürchten zu müssen. Die Prävention kann gestärkt werden, um Leistungen gänzlich zu vermeiden und die Optimierung von Schnittstellen der Versorgung kann zu Ressourceneinsparungen führen.⁵⁸⁶

Wichtig bei der Kalkulation der Pauschale bzw. des regionalen Gesundheitsbudgets ist eine möglichst weitgehende Risikoadjustierung, damit Unterschiede in der Morbiditätsstruktur nicht einseitig von den Leistungserbringern zu verantworten sind. Dieses Vergütungsmodell setzt einen hohen Anreiz für eine kostensparende Leistungserbringung. Damit notwendige Leistungen nicht vorenthalten werden ist daher eine Qualitätsmessung und -sicherung erforderlich. Das Monitoring verschiebt sich im Idealfall weg von der Struktur- und Prozessvorgaben zu einer konsequenten Überwachung des Outcomes.⁵⁸⁷

In anderen Ländern werden Capitationmodelle bereits mit unterschiedlichen Ausprägungen erprobt. Zu nennen sind beispielsweise das „Valencia-Modell“ in Spanien und die „Physician Organization of Michigan Accountable Care Organisation (POM ACO)“ in den USA. Bisherige Erkenntnisse stimmen optimistisch, dass Capitationmodelle eine Option darstellen, die hinreichend erfolgsversprechend ist, dass sie auch in Deutschland erprobt werden könnte.⁵⁸⁸

In der 18. Sitzung am 21. April 2021 beschäftigte sich auch die Enquete-Kommission mit regionalen Versorgungsbudgets. Dr. Helmut Hildebrandt (Vorstandsvorsitzender der OptiMedis AG und ehemaliger Geschäftsführer der Gesundes Kinzigtal GmbH) stellte unter anderem das Projekt „Gesundes Kinzigtal“ als Beispiel für eine Integrierte Versorgung nach § 140 a bis d SGB V vor. Die Mitglieder hätten einen besseren Gesundheitsstatus erworben und lebten durchschnittlich ein Jahr länger als eine Vergleichsgruppe. Die Patientenzufriedenheit sei sehr hoch und auch die teilnehmenden Leistungserbringer seien sehr angetan. Die Krankenkassen profitierten sogar wirtschaftlich.

⁵⁸³ Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 99.

⁵⁸⁴ ebd., S. 89 f.

⁵⁸⁵ vgl. Benstetter et al. 2020, S. 73 f.

⁵⁸⁶ Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 100.

⁵⁸⁷ Benstetter et al. 2020, S. 74.

⁵⁸⁸ ebd., S. 75 ff.

Dr. Hildebrandt unterstrich die auch im Gutachten formulierte Forderung nach einer höheren Gestaltungsfreiheit auf regionaler Ebene. Außerdem schlug er vor, in Mecklenburg-Vorpommern drei begleitete Diskussionsrunden mit Ministerium, Krankenkassen, KVMV, KGMV, Patientenorganisationen sowie Vertretern der Städte und Gemeinden zur Entwicklung der Grundkonzeption für drei Experimentierräume durchzuführen. Mindestens eine Region sollte ausgewählt werden, in der ein Krankenhaus einen Sicherstellungszuschlag beziehe.⁵⁸⁹ Im Gutachten wurde auch festgestellt, dass eine bundesweit flächendeckende Einführung von Regionalbudgets nicht das Ziel sein müsste. Besser wäre für Regionen, in denen wie in Mecklenburg-Vorpommern die Gesundheitsversorgung gefährdet ist, einen Sonderstatus zu erwirken. So könnten alternative Versorgungsmodelle in Modellregionen erprobt werden.⁵⁹⁰

C.4.3 Rettungsdienst

Hinsichtlich der Finanzierung des Rettungsdienstes bestimmt § 11 RDG M-V, dass das Land den Landkreisen und kreisfreien Städten im Rahmen verfügbarer Haushaltsmittel Zuwendungen zu den Kosten der notwendigen lang- und mittelfristigen Investitionen, vorrangig für solche Maßnahmen, die über das Gebiet eines Trägers hinauswirken, gewährt. Im Übrigen haben die Träger die Kosten für die ihnen nach diesem Gesetz obliegenden Aufgaben zu tragen. Gemäß § 12 RDG M-V werden Benutzungsentgelte für die Kosten des öffentlichen Rettungsdienstes, die den Trägern und Leistungserbringern im Rahmen der bedarfsgerechten Aufgabenerfüllung bei sparsamer Wirtschaftsführung entstehen, vereinbart.

Die Träger der Rettungsdienste können durch dieses Finanzierungsmodell derzeit in Mecklenburg-Vorpommern die stetig wachsenden Einsatzzahlen und Kostensteigerungen kalkulieren und an die Nutzer des Rettungsdienstes bzw. deren Versicherungen vollständig weitergeben. Über entsprechende Entgelte wird der Rettungsdienst in Mecklenburg-Vorpommern derzeit nach einem Kostendeckungsprinzip betrieben. Auf Grundlage dieser bedarfsgerechten Kalkulation können die Vorhaltekosten auch für Rettungswachen in ländlichen Gebieten mit niedrigeren Einsatzzahlen gedeckt werden. Jedoch orientieren sich die Investitionskosten, welches das Land nach § 12 Absatz 1 RDG M-V den Trägern des Rettungsdienstes als unterstützende Zuwendung gewährt, an der Haushaltslage und sind somit schwer für die Weiterentwicklung des öffentlichen Rettungsdienstes kalkulierbar. Dies kann zu Investitionsstaus bei der Umsetzung einer hochwertigen und flächendeckenden rettungsdienstlichen Vorhaltung führen. Die derzeitige Finanzausstattung ermöglicht eine nur eingeschränkte Strategie- und Investitionsplanung.⁵⁹¹

C.5 Modellprojekte

Die Krankenkassen und ihre Verbände können nach § 64 Abs. 1 SGB V zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung durchführen bzw. vereinbaren. Zusätzlich können sie gemäß § 64 Absatz 2 SGB V Modellvorhaben zu Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten, zur Krankenbehandlung sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft durchführen bzw. vereinbaren.

⁵⁸⁹ Protokoll der 18. Sitzung der Enquete-Kommission vom 21. April 2021, S. 54 ff, Beitrag Hildebrandt.

⁵⁹⁰ Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 9.

⁵⁹¹ Stellungnahme des DRK zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 16, Kommissionsdrucksache 7/46, S. 18.

Überdies kann auch die KV im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgabenstellung mit den Krankenkassen oder ihren Verbänden diese oben beschriebenen Modellvorhaben vereinbaren (§ 64 Abs. 6 SGB V).

Nach § 64 a Abs. 1 SGB V können die KV und die Organisation der Apotheker gemeinsam mit den für ihren Bezirk zuständigen Landesverbänden der Kranken- und Ersatzkassen die Durchführung eines Modellvorhabens nach § 63 SGB V zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung für eine Zeitdauer von bis zu drei Jahren vereinbaren.

Darüber hinaus kann gemäß § 64 b Abs. 1 SGB V auch die Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Menschen Gegenstand von Modellvorhaben sein, die auf eine Verbesserung der Patientenversorgung oder der sektorenübergreifenden Leistungserbringung ausgerichtet ist. Dazu gehört auch die komplexe psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld. In jedem Land soll unter Berücksichtigung der Kinder- und Jugendpsychiatrie hierzu mindestens ein Modellvorhaben durchgeführt werden. Sämtliche Modellvorhaben nach § 64 b Abs. 1 SGB V sind auf längstens 15 Jahre zu befristen.

Über den Innovationsfonds wurden im Übrigen schon zahlreiche Modellprojekte angestoßen. Allerdings mussten schon einige solcher erfolgreichen Projekte nach Beendigung der Förderung durch den Fonds ihre Arbeit einstellen, weil ihnen hierfür die weiteren finanziellen Mittel fehlten.⁵⁹²

Für eine sektorenübergreifende Versorgung bedarf es hinzukommend auch sektorenübergreifender Vergütungsmodelle. Dazu sind zwar primär auf Bundesebene Anpassungen erforderlich, jedoch können auch einzelne Akteure in Mecklenburg-Vorpommern über Modellprojekte aktiv werden. Damit erfolgreiche Projekte auch nach Beendigung ihrer Förderung finanzierbar bleiben, benötigen sie eine Übergangslösung. Als Modellprojekt wird im Gutachten die Erprobung von Regionalbudgets empfohlen. Davon gibt es schon zahlreiche Beispiele sowohl in der psychosomatischen als auch psychiatrischen Versorgung, wie in Hanau, Itzehoe und Hamm.⁵⁹³

Die Erprobung eines Modellprojekts „Regionalbudget“ wird durch das Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“ speziell in einem Landkreis empfohlen, welcher Schwierigkeiten haben wird, die Gesundheitsversorgung auf qualitativ hohem Niveau sowie flächendeckend zu halten.⁵⁹⁴ In Betracht kommen hierfür die Landkreise Vorpommern-Greifswald und Mecklenburgische-Seenplatte.

Im Rahmen der Beratung von Regionalbudgets in der Enquete-Kommission gab es hierzu kontroverse Haltungen.

So wurde darauf aufmerksam gemacht, dass die Einführung von sektorenübergreifender Vergütung zunächst der Anpassung der gesetzlichen Rahmenbedingungen bedürfe. Auch müsse im Zuge der regionalen Versorgungsplanung eine gemeinsame Bedarfs- und Kapazitätsplanung, eine transparente sektorenübergreifende Qualitätssicherung, eine Sicherung des Innovationszuganges und eine Förderung der Kooperation sichergestellt werden.

⁵⁹² Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 90.

⁵⁹³ ebd., S. 9, 90.

⁵⁹⁴ ebd., S. 90.

Zudem seien pauschalisierte Vergütungsformen wie z. B. prospektive regionale Gesundheitsbudgets in der Vergangenheit in verschiedenen Ländern modellhaft eingeführt worden. Die bisherigen Erfahrungen hätten Vor- und Nachteile dieser Vergütungsform gezeigt und müssten entsprechend Berücksichtigung finden.

Auch mögliche Nachteile wie ein geringeres Leistungsangebot, geringere Reservekapazitäten, Einsparungen und Übertragung des Versicherungsrisikos auf die Leistungserbringer seien dabei zu bedenken.⁵⁹⁵

Für eine flächendeckende Versorgung braucht es auch eine engere Verzahnung der stationären und ambulanten Angebote. Hierfür kommen Integrierte Gesundheitszentren als Erweiterung der ambulanten Gesundheitszentren in Betracht. Damit der Gedanke der Ambulantisierung und Prävention aber fest in diesen Integrierten Versorgungszentren verankert werden kann, bedarf es eines passenden Vergütungssystems. Auch diese Aufgabe kann konkret durch Modellvorhaben des Landes Mecklenburg-Vorpommern und der Kostenträger vor Ort angestoßen und erprobt werden.⁵⁹⁶

Des Weiteren besteht nach § 64 c SGB V auch die Möglichkeit, gemeinsam mit dem Robert Koch-Institut ein Modellvorhaben zum Screening auf 4MRGN (Multiresistente gramnegative Stäbchen mit einer Resistenz gegen vier der vier Antibiotikagruppen) durchzuführen. Im Übrigen sind alle durchgeführten Modellprojekte laut § 65 SGB V auszuwerten und die Ergebnisse der Auswertung zu veröffentlichen.

Schließlich besteht laut § 140 a SGB V auch die Möglichkeit, dass die Krankenkassen Verträge mit Leistungserbringern über eine besondere Versorgung der Versicherten abschließen können. Dabei sollen diese Verträge eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder aber eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung (integrierte Versorgung) sowie besondere Versorgungsaufträge unter Beteiligung der Leistungserbringer oder deren Gemeinschaften ermöglichen. Nach § 140 a Absatz 4 SGB V bedarf es für die Teilnahme an dieser besonderen Versorgung stets jedoch der vorigen Einwilligung der Patienten. Diese notwendige Einwilligung des Patienten ist bei den oben bereits genannten Modellvorhaben nach §§ 64 ff. SGB V im Übrigen nicht erforderlich.

C.6 Übersicht über die Empfehlungen aus dem Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“

Das von der Enquete-Kommission „Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern“ bei der Institut for Health Care Business GmbH in Auftrag gegebene Gutachten enthält eine Reihe von Handlungsempfehlungen für die Leistungserbringer, die Kostenträger, die Landkreise, das Bundesland sowie den Bund. Im Folgendem sind diese in Kurzform aufgelistet (**Tabelle 9**):

⁵⁹⁵ Protokoll der 20. Sitzung der Enquete-Kommission vom 26. Mai 2021, S. 13 ff., Beitrag Prof. Dr. Zygmunt.

⁵⁹⁶ Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 87.

Tabelle 9: Handlungsempfehlungen aus dem Gutachten zur „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“

| Maßnahmen | Leistungs- erbringer, KV | Kostenträger | Landkreis | Land | Bund |
|---|-----------------------------|----------------------------|----------------------|---------------------------|-------------------|
| Kommunikation | | | | | |
| Kommunikationsoffensive starten | unterstützen | unterstützen | unterstützen | initiiieren & gestalten | |
| Krankenhausversorgung | | | | | |
| Krankenhausplanung neu ausrichten: Zuordnung zu 3 Versorgungsstufen | | | | initiiieren & gestalten | |
| Clusterbildung verstetigen | gestalten & umsetzen | unterstützen | | initiiieren & gestalten | |
| Trägerübergreifende Kooperationen und Fusionen anstreben | gestalten & umsetzen | unterstützen | | initiiieren über KH-Plan | |
| Zusammenarbeit Universitätskliniken in patientenfernen Bereichen | | | | initiiieren & umsetzen | |
| Investitionsfördermittel am Zielbild ausrichten | | | | initiiieren & gestalten | |
| Ambulante und sektorenübergreifende Versorgung | | | | | |
| Amb. Gesundheitszentren (GZ) bilden | initiiieren & umsetzen | | unterstützen | unterstützen | |
| Einbindung weiterer Berufsgruppen in GZ, insb. Pflegeexperten | Modellprojekt durchführen | Modellprojekt unterstützen | | Modellprojekt initiiieren | Rahmen anpassen |
| Einbindung Krankenhäuser der Grundversorgung in amb. GZ --> IGZ | gestalten & umsetzen | Modellprojekt unterstützen | | Modellprojekt initiiieren | Rahmen, Vergütung |
| Einbindung Rehakliniken in GZ | initiiieren & umsetzen | unterstützen | | unterstützen | |
| Einbindung Kurzzeitpflege in GZ | initiiieren & umsetzen | unterstützen | | unterstützen | |
| Einfache Übernahme von KV-Sitzen durch ein IGZ ermöglichen | umsetzen | | | initiiieren | Rahmen, Vergütung |
| KV-Ermächtigungen an Betrieb, nicht an Personen knüpfen | gestalten & umsetzen | | | initiiieren | Rahmen anpassen |
| Rettungswesen, Notfallversorgung und Sicherstellung | | | | | |
| Rettungswesen professionalisieren | gestalten & umsetzen | | | initiiieren | |
| Telemedizinische Anbindung des Rettungswagens an das Krankenhaus | gestalten & umsetzen | | gestalten & umsetzen | Rahmen | |
| Landkreisübergr. Abstimmung Rettungswesen & Koordination mit Regionalversorger | gestalten & umsetzen | | initiiieren | Rahmen | |
| Sektorenübergreifende Notfallversorgung im IGZ und im Krankenhaus | initiiieren & umsetzen | unterstützen | | | Rahmen, Vergütung |
| Ambulante Notfallversorgung gebündelt im ambulanten GZ | initiiieren & umsetzen | | unterstützen | | |
| Luftrettung als Alternative zur Vorhaltung von Kapazitäten am Boden | unterstützen | | gestalten & umsetzen | initiiieren | |
| Erreichbarkeitsanforderungen festlegen | | | | initiiieren & umsetzen | |
| Sicherst.zuschlag differenz. & definieren, was nötig ist, um Versorgungsauftrag zu erfüllen | | gestalten | | initiiieren & umsetzen | |
| Versorgungsplanung | | | | | |
| Alle Versorgungsbedarfe der Regionen identifizieren | | | | initiiieren & umsetzen | |
| Alle Stakeholder einbeziehen | unterstützen | unterstützen | unterstützen | initiiieren | |
| Invest.fördermittel mit Versorgungsplan verknüpfen und sektorenüb. einsetzen | | | | initiiieren & umsetzen | |

| Maßnahmen | Leistungs- erbringer, KV | Kostenträger | Landkreis | Land | Bund |
|--|-----------------------------|----------------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|
| Sektorenübergreifende Vergütungsmodelle erarbeiten und erproben | initiiieren & umsetzen | initiiieren & umsetzen | | | Rahmen anpassen |
| Modellprojekte | | | | | |
| Erfolgreich abgeschlossene Modellprojekte in Regelversorgung überführen | unterstützen | unterstützen | | initiiieren & gestalten | Rahmen anpassen |
| Erprobung eines Regionalbudgets in einer Pilotregion | gestalten & umsetzen | gestalten & umsetzen | unterstützen | initiiieren | ggf. Rahmen anpassen |
| Erprobung eines zeitlich befristeten Budgetansatzes für ein Krankenhaus | gestalten & umsetzen | initiiieren & gestalten | | | |
| Altenhilfe und Wohnen | | | | | |
| Enge Anbindung von Kurzzeitpflege an IGZ oder Krankenhaus | gestalten & umsetzen | unterstützen | | initiiieren | |
| Kooperation von IGZ mit amb. Pflegediensten, Pflegeheimen und betreutem Wohnen | initiiieren & gestalten | | unterstützen | | |
| Förderung des Zentralisierens des Wohnens von älteren Menschen | gestalten & umsetzen | | gestalten & umsetzen | initiiieren & gestalten | |
| Mobilität und Nähe | | | | | |
| Mobile Gesundheits- und Pflegeexperten | initiiieren & umsetzen | unterstützen | | | |
| Apotheke plus | unterstützen | Modellprojekt unterstützen | | Modellprojekt initiiieren | Rahmen anpassen |
| Pflegepraxis | unterstützen | Modellprojekt unterstützen | | Modellprojekt initiiieren | Rahmen anpassen |
| Telemedizinische Vernetzung und Vergütungsoptionen | initiiieren & umsetzen | unterstützen | | unterstützen | Rahmen anpassen |
| Sammeltaxi | gestalten & umsetzen | unterstützen | initiiieren | | |
| Rufbus | gestalten & umsetzen | unterstützen | initiiieren | unterstützen | |
| Patientenpension | gestalten & umsetzen | unterstützen | initiiieren | | |
| Digitalisierung | | | | | |
| ePA forcieren | gestalten & umsetzen | unterstützen | | initiiieren | weiter ausbauen |
| Wearables und Smart Home zur Unterstützung der Versorgung | initiiieren & gestalten | unterstützen | | | |
| Digitaler Marktplatz für Termine | gestalten & umsetzen | | | initiiieren | |
| Digitaler Marktplatz für Austausch unter Leistungserbringern | gestalten & umsetzen | | | initiiieren | |
| Mittel des Krankenhauszukunfts fonds effektiv einsetzen | umsetzen | | | initiiieren & gestalten | |

| Maßnahmen | Leistungs- erbringer, KV | Kostenträger | Landkreis | Land | Bund |
|--|--------------------------------|-------------------------|--------------|-------------------------|------------------------------|
| Personal | | | | | |
| Vereinbarkeit von Familie und Beruf | initiiieren & umsetzen | | | | |
| Wiedereinstiegsprogramme | initiiieren & umsetzen | | | unterstützen | |
| Altersgerechte Arbeitsbedingungen | initiiieren & umsetzen | | | | Rahmen anpassen |
| Ausweitung der Stundenzahl von Teilzeitkräften | initiiieren & umsetzen | | | | |
| Abbau von Bürokratie zur Erhöhung der Attraktivität der Gesundheitsberufe | umsetzen | | | | initiiieren, Rahmen anpassen |
| Planbarkeit und Zuverlässigkeit der Dienstpläne | initiiieren & umsetzen | | | | |
| Umschulungen, neue Berufsbilder | initiiieren & umsetzen | | | | Rahmen |
| Weiterqualifizierung von Pflegehelfern zu Pflegefachkräften | initiiieren & umsetzen | | | | Rahmen |
| Neues Verständnis des Pflegeberufs | umsetzen | | - | initiiieren & gestalten | Rahmen anpassen |
| Zusätzliche Karriereoptionen für den Pflegeberuf | umsetzen | | | initiiieren & gestalten | Rahmen anpassen |
| Größeres Aufgabenspektrum für Pflege | umsetzen | | | initiiieren & gestalten | Rahmen anpassen |
| Anreize für Tätigkeit als Landarzt schaffen | | unterstützen | | initiiieren & gestalten | |
| Betriebliches Gesundheitsmanagement | initiiieren & gestalten | unterstützen | | | |
| Zuwanderung ausländischer Fachkräfte | gestalten & umsetzen | | | initiiieren & gestalten | Rahmen anpassen |
| Technologie nutzen, um Arbeitskräfte zu entlasten und Produktivität zu steigern | gestalten & umsetzen | unterstützen | | initiiieren | ggf. Rahmen anpassen |
| Effektive Patientensteuerung | gestalten & umsetzen | unterstützen | | initiiieren | ggf. Rahmen anpassen |
| Vergütungsmodelle und Gestaltungsfreiheit | | | | | |
| Reduktion Regulierung seitens Bund & G-BA, stärkere Kontrolle von Ergebnisgrößen | | | | initiiieren & gestalten | Rahmen anpassen |
| Reduktion und Vereinheitlichung der Vorgaben der Kassenaufsicht (BAS, Land) | | | | initiiieren & gestalten | Rahmen anpassen |
| Einbau einer Vorhaltefinanzierung in das DRG-System | | | | | Rahmen anpassen |
| Regionalbudgets für Sonderregionen | gestalten & umsetzen | unterstützen | unterstützen | initiiieren & gestalten | Rahmen anpassen |
| Definition von Sonderregionen | | | | initiiieren & gestalten | Rahmen anpassen |
| Zwischenfinanz. erfolgreicher Innovationsfondsprojekten für Übergang Regelversorg. | | unterstützen | | initiiieren & gestalten | Rahmen, Vergütung |
| Bereinigung des KV-Budgets bei IV-Projekten | umsetzen | umsetzen | | | initiiieren & gestalten |
| Anreize für mehr Prävention | | unterstützen | | | initiiieren, Vergütung |
| Befristetes Einfrieren des Krankenhausbudgets | umsetzen | initiiieren & gestalten | | | |
| Tagesklinische DRG | | | | | initiiieren, Vergütung |

Quelle: Augurzky, Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 103 ff.

D Handlungsempfehlungen der Enquete-Kommission

1. Kommunikationsstrategie

Die medizinische Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern steht angesichts einer sich verändernden gesundheitlichen Lage, einer zunehmend älter werdenden Bevölkerung, der technischen und technologischen Entwicklung sowie eines verschärften Fachkräftemangels und einem wirtschaftlichen Wettbewerb vor enormen Herausforderungen. Die Sicherung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung verlangt sektorenübergreifende Veränderungen, verbunden mit einer starken Orientierung an den Bedürfnissen der Patienten. Diese sind geprägt durch den strukturellen Wandel, neue und veränderte Berufsbilder, Digitalisierung in allen Bereichen und eine noch vielfältigere Vernetzung innerhalb des Gesundheitssektors einerseits sowie eine sich ausprägende Verknüpfung desselben mit anderen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens andererseits.

Wandel und Veränderungen gehen mit Ungewissheit einher, rufen Unsicherheiten und Ängste hervor. Akzeptanz und Verständnis für die anstehenden Veränderungen bedürfen der prospektiven und offensiven Kommunikation.

Die Enquete-Kommission empfiehlt der Landesregierung die Initiierung einer Kommunikationsstrategie, die die Zukunft der medizinischen Versorgung in geeigneter Form antizipiert. Bei der Erarbeitung einer solchen Strategie sind neben den Akteuren des Gesundheitsbereichs, also des Gesundheitswesens, der Wissenschaft, der kommunalen Ebene und der Gesundheitswirtschaft auch Bürgerinitiativen und Patientenorganisationen einzubeziehen. Wir brauchen in Mecklenburg-Vorpommern im Ergebnis dieser Kommunikationsstrategie eine von der Bevölkerung gemeinsam getragene Idee einer integrierten, patientenorientierten, sektorenübergreifenden und langfristig tragfähigen Versorgungsstruktur.

2. Patientenorientierung

Medizinische Versorgung ist auf den Erhalt der Gesundheit, wo erforderlich auf deren Wiederherstellung bzw. die Verhinderung des Fortschreitens von Erkrankungen gerichtet. Das Wohl der Patienten, ihre Interessen und Wünsche haben dabei im Mittelpunkt des Handelns zu stehen. Finanzielle Fehlanreize, ob auf Seiten der Kostenträger oder der Leistungserbringer, sind damit nicht vereinbar. Patientenorientierung muss für alle Beteiligten zu einem Maßstab der Qualität werden.

Patienten- und damit zukunftsorientierte Gesundheitsversorgung geht einher mit dem Anspruch, dass allen Patienten umfassende Versorgungsleistungen zur Verfügung stehen. Für deren Inanspruchnahme soll es weder soziale noch strukturelle, bauliche, technische, kommunikative oder informationelle Barrieren geben.

Bestmöglich informierte und mündige Patienten sind für eine hohe Patientensouveränität und damit für eine erfolgswirksame medizinische Versorgung unabdingbar. Das patientenseitige Verstehen und die Nachvollziehbarkeit von Diagnose, Therapie und Rehabilitation ist dafür Voraussetzung. Informationen jeglicher Art müssen sich daher an den Bedarfen der Patienten ausrichten. Auf Wunsch des Patienten sind die Angehörigen ebenfalls einzubeziehen. Die Patientenautonomie ist in jedem Bereich der Versorgungskette zu gewährleisten. Die Sicherheit der Patientendaten ist analog und digital stets sicherzustellen.

Daher ist das Land aufgefordert, folgende Aspekte bei der Patientenorientierung in der Gestaltung des Gesundheitssystems - von der Prävention bis zur Rehabilitation - zu berücksichtigen:

Die Enquete-Kommission empfiehlt dem Land, dafür Sorge zu tragen, dass die Versorgung der Zukunft unter Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts für alle Menschen und in jedem Lebensalter als Versorgungskette erbracht wird. Dabei umfasst medizinische Versorgung mehr als Ärzte in der Niederlassung oder im Krankenhaus. Alle Berufe im Zusammenhang mit medizinischer Versorgung sind mitzudenken. Beispielsweise seien Apotheker, Fachpersonal in den Sanitätshäusern sowie alle Therapeuten genannt. Das Land erkennt an, dass Patienten Versorgungsketten brauchen, die nicht an Sektorengrenzen enden. Es fördert und unterstützt entsprechende Modellprojekte im Land und setzt sich im Bund dafür ein, dass diese Grenzen einer patientenorientierten Versorgung nicht mehr im Wege stehen.

Die Enquete-Kommission empfiehlt den national und international vielfach erprobten und durchweg positiv bewerteten Einsatz von Lotsen im System der gesundheitlichen Versorgung. Das Land schafft so die notwendige Unterstützung für die Patienten, um den Weg durch ein immer komplizierter werdendes System der gesundheitlichen Versorgung zu finden.

Die Enquete-Kommission empfiehlt, im Gesundheitssystem, sofern noch nicht vorhanden, Patientenfürsprecher, Patientenbeauftragte und Patientenbeschwerdestellen einzurichten. Dies muss im Einvernehmen mit den legitimierte Interessenvertretungen der Patienten und unabhängig von den Interessen der Kostenträger und Leistungserbringer geschehen.

Die Enquete-Kommission empfiehlt dem Land, die bestehenden Strukturen der Patientenbeteiligung und der originären Selbsthilfe zu fördern, auszubauen und auch finanziell zu unterstützen. Zudem müssen die Organisationen der Patienten als Interessenvertretungen stärker in die Entwicklung neuer Konzepte und die dringend notwendige Schaffung von Versorgungsketten eingebunden werden. Bereits bestehende Strukturen der Patientenbeteiligung sind zu berücksichtigen, zu stärken und auszubauen.

Die Enquete-Kommission empfiehlt der Landesregierung, dafür Sorge zu tragen, dass Gremien im Land, die sich mit der medizinischen Versorgung befassen, zukünftig zwingend die Interessenvertretungen der Patienten einbeziehen müssen. Dazu ist anzuerkennen, dass Patienten sich seit Jahrzehnten eigene Vertretungen wählen. Es bedarf einer klaren gesetzlichen Landesregelung, wie diese Organisationen zu beteiligen sind.

Die Enquete-Kommission empfiehlt, die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Sinne der Patienten zu verstärken. Haus- und Fachärzte, Therapeuten jeglicher Fachrichtung, Apotheken und Sanitätshäuser müssen sich am Bedarf der Patienten ausrichten. Ein ganzheitlicher Ansatz mit Versorgungsketten in Sinne der Patienten ist zu fördern. Konzepte, die auf Inklusion im Gesundheitsbereich abzielen, sind zu unterstützen und konsequent umzusetzen. Leistungserbringer müssen dabei unbedingt die für die Versorgung notwendige Vergütung erhalten. Dies schließt die Schaffung von Barrierefreiheit, Hausbesuchen, Mitaufnahmen von Angehörigen oder Assistenzkräften u. v. a. ein.

3. Menschen mit Behinderung

Menschen mit Behinderung haben auch in Mecklenburg-Vorpommern das Recht auf einen diskriminierungsfreien Zugang zu Maßnahmen, Diensten und Angeboten der gesundheitlichen Versorgung.

Die Enquete-Kommission empfiehlt, alle Angebote, Dienste und Maßnahmen der gesundheitlichen Versorgung, von der Prävention bis zur Rehabilitation umfassend barrierefrei zu gestalten, d. h. Barrierefreiheit muss in informativer, kommunikativer, technischer und baulicher Hinsicht gegeben sein. Der Einsatz entsprechender, vom Menschen mit Behinderung selbst gewählter Hilfsmittel und Unterstützungsformen ist zu gewährleisten.

Die Enquete-Kommission empfiehlt, dass das Land die Entwicklung barrierefreier Informations-, Behandlungs- und Versorgungssysteme unterstützen und fördern muss. Dabei ist darauf zu achten, dass die Interessenvertretungen der Menschen mit Behinderung (§ 10 LBGG M-V) einbezogen werden. Die Forderung nach einem Kompetenzzentrum für Barrierefreiheit in Mecklenburg-Vorpommern wird ausdrücklich unterstützt.

Die Enquete-Kommission empfiehlt, neue Konzepte der Bewusstseinsbildung in der medizinischen Versorgung von Menschen mit Behinderung für alle im System Beschäftigten zu implementieren. In der Fort- und Weiterbildung sind daher zusätzliche Kapazitäten zu schaffen, die die entsprechenden Themen umfassend zum Inhalt haben. Diese Bildungsangebote müssen zusätzlich zum medizinischen Bereich u. a. auch Themen wie Antidiskriminierung, Barrierefreiheit und Selbstbestimmungsrechte umfassen.

Die Enquete-Kommission empfiehlt, Weiterbildungsangebote zur Versorgung von Menschen mit Behinderung in alle Aus-, Fort- und Weiterbildungscurricula zu implementieren. Der Mehraufwand, der durch die Behandlung und Versorgung von Patienten mit Behinderung entsteht, ist angemessen zu vergüten.

Die Enquete-Kommission empfiehlt, sofern es Bedarf an Unterstützung und Assistenz seitens des Menschen mit Behinderung bzw. seiner Betreuungsperson gibt, diesem bestmöglich nachzukommen. Die Wahl der geeigneten Unterstützung und Assistenz liegt bei dem Patienten. Das Selbstbestimmungsrecht der Patienten ist jederzeit zu gewährleisten. Entscheidungshilfen bzw. alternative Angebote müssen zeitnah Bestandteil der gesundheitlichen Versorgung werden. Dies gilt für alle Bereiche der gesundheitsbezogenen Versorgung. Neue Unterstützungsangebote müssen erprobt und evaluiert werden.

Die Enquete-Kommission empfiehlt, verstärkt interdisziplinäre Zusammenarbeit und entsprechende Kooperationen zur Versorgung von Menschen mit Behinderung zu initiieren und zu fördern). Es ist wichtig, dass diese interdisziplinären Angebote für alle Altersgruppen entstehen. Maßnahmen der Früherkennung und -intervention sind einzubinden.

Die Enquete-Kommission empfiehlt, Menschen mit Behinderung und ihre Angehörigen regelmäßig, niedrigschwellig und barrierefrei über diese Angebote zu informieren. Die Informationswege über die entsprechenden Organisationen und Interessenvertretungen der Menschen mit Behinderung und ihrer Angehörigen sind dabei ebenfalls zu nutzen.

4. Regelmäßig fortzuschreibende, sektorenübergreifende Planung und Versorgung

Die Veränderungen in der medizinischen Versorgung Mecklenburg-Vorpommerns werden absehbar von anhaltender Dynamik geprägt sein. Eine bedarfsgerechte Versorgung verlangt nach regelmäßig fortzuschreibenden Planungen, die auf fundierten Gesundheitsberichterstattungen, wissenschaftlichen Analysen, insbesondere der Universitäten und Hochschulen Mecklenburg-Vorpommerns sowie identifizierten Erfordernissen beruhen. Im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung ist auf die unterschiedlichen Bedürfnisse aller Geschlechter einzugehen. Ermittelte Daten und Fakten sowie daraus abgeleitete Analysen sind regelmäßig in verständlicher und barrierefreier Form öffentlich zugänglich zu machen.

Dringend notwendig ist die Verzahnung der unterschiedlichen Versorgungsbereiche von ambulant und stationär in einer gemeinsamen Versorgungsplanung. Durch den Systemwechsel kann eine Ausrichtung am tatsächlichen Bedarf von medizinischen Leistungen ermöglicht werden. Das schont Ressourcen und macht medizinische Versorgung dort möglich, wo sie gebraucht wird.

Die Enquete-Kommission empfiehlt, die Versorgungsplanung sektorenübergreifend auszugestalten und hierbei das Patienteninteresse in den Mittelpunkt zu stellen.

Die Enquete-Kommission empfiehlt, ab dem Jahr 2022 im Rhythmus von drei, maximal vier Jahren alle Versorgungsbedarfe der Regionen zu identifizieren und mit den Versorgungsangeboten abzugleichen. Die Bedarfe sind breit zu fassen und beinhalten die allgemeinmedizinische Versorgung mit pflegerischer und therapeutischer Unterstützung, sämtliche medizinischen Leistungsfelder und im Besonderen die Altersmedizin mit Schnittstellen zur Altenpflege, das Rettungswesen, den Öffentlichen Gesundheitsdienst und Prävention. Die Planungsdokumente sollten auf die vier Versorgungs-Cluster unter Zugrundelegung von sektorenübergreifenden Realdaten ausgelegt sein, die sich im Zuge der Bekämpfung der Corona-Pandemie herausgebildet haben. Die Cluster-Zuordnung soll regelmäßig evaluiert und im Bedarfsfall auch auf der Grundlage realer Patientenströme angepasst werden. Im Zusammenhang mit der Ermittlung der Versorgungsbedarfe soll die jeweilige Krankheitslast der einzelnen Alterskohorten berücksichtigt werden. Bei der Versorgung seltener Erkrankungen sowie besonderen Therapieverfahren soll auch weiterhin clusterübergreifend agiert werden.

5. Investitionsmittelförderung

Ausgehend von den zu überarbeitenden und zu erweiternden Gesundheitszielen und der sich aus den auf Cluster-Ebene vorliegenden Planungen ergebenden Strategie für die medizinische Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern, sollen Versorgungsplanung und Investitionsmittelförderung besser miteinander verknüpft werden.

Die Enquete-Kommission empfiehlt der Landesregierung neben der Krankenhausinvestitionsfinanzierung (im Rahmen der dualen Finanzierung) die gesundheitspolitische Fördermittelgewährung konsequent an den definierten Gesundheitszielen, den tatsächlichen Bedarfen der Patienten und der Strategie der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern auszurichten. Insbesondere sollen diejenigen Initiativen, Projekte, Einrichtungen und Unternehmungen gefördert werden, die auf eine sektorenübergreifende Versorgung im Rahmen der gebildeten Cluster abzielen.

6. Bildung von Cluster-Regionen

Die demografische Entwicklung in Mecklenburg-Vorpommern als Flächenland erfordert, dass die Versorgung in regionalen Verbänden organisiert wird. Eine weitere Zentralisierung der Standorte ist jedoch abzulehnen. Ziel der Organisation in regionalen Verbänden ist, dass nur solche Krankenhäuser Patienten mit schwersten Erkrankungen behandeln, die über die entsprechende technische und personelle Ausstattung verfügen. Notwendig ist deshalb eine Konzentration von bestimmten Leistungen an ausgewählten Krankenhaustandorten sowie eine Arbeitsteilung zwischen den Krankenhäusern: Insbesondere die Behandlung von seltenen und schwersten Erkrankungen sowie die Durchführung von komplexen Eingriffen sollte nur an ausgewählten Standorten mit entsprechender Spezialisierung erfolgen. Leistungen der Grund- und Regelversorgung können beispielsweise in integrierten Gesundheitszentren erbracht werden. Bei der Versorgung seltener Erkrankungen sowie besonderer Therapieverfahren soll auch weiterhin clusterübergreifend agiert werden.

In einer Cluster-Struktur wirken Akteure aller Bereiche der medizinischen Versorgung zusammen. Die Versorgungsangebote werden aufeinander abgestimmt und regional koordiniert. Die definierte Cluster-Region beinhaltet in ihrem Kern jeweils die drei stationären Versorgungsstufen⁵⁹⁷. Die Bereitstellung und Vergabe von Investitionsfördermitteln soll auf das Funktionieren der Versorgungs-Cluster entsprechend der o. g. Versorgungsplanung und Strategie abzielen.

Die Enquete-Kommission empfiehlt der Landesregierung die Clusterbildung in der Landeskrankenhausplanung festzuschreiben und so die rechtlichen Grundlagen für die Krankenhausversorgung im Rahmen zukünftiger Versorgungscluster zu schaffen. Hinsichtlich planbarer qualitätsorientierter Mindestmengen orientiert sich das Land an den Vorgaben des G-BA und beachtet dabei die Erreichbarkeit. Dabei ist dem Wunsch- und Wahlrecht des Patienten bestmöglich Rechnung zu tragen. Um einen (drohenden) Mangel in der Versorgung bzw. Unterversorgung festzustellen, sind gute regionale Kenntnisse erforderlich. Neben den etablierten und bundesgesetzlich erforderlichen Standort- und Leistungsplanungen, sollen den Cluster-Strukturen angepasste Regionalkonferenzen zu einer Lösung beitragen. Die Ergebnisse dieser Regionalkonferenzen können im Zulassungsverfahren des ambulanten Sektors ebenso Berücksichtigung finden wie in der Krankenhausplanung. Hier sind die maßgeblichen Akteure unseres Bundeslandes aufgefordert, regionale Konzepte zu erarbeiten, die unter Beachtung der jeweiligen Sektoreninteressen eine ambulante fachärztliche Versorgung im oder am Krankenhaus ermöglichen. Dies ist vor allem in den ambulanten Fachdisziplinen erforderlich, welche tendenziell zukünftig nicht mehr allein durch niedergelassene Fachärzte/MVZ abgesichert werden können.

Um dabei ein bundespolitisch gesichertes Vorgehen zu gewährleisten, sollte Mecklenburg-Vorpommern auf Bundesebene darauf hinwirken, dass perspektivisch regionalen sektorenübergreifenden Gremien ein einheitliches, konkretes Spektrum an Aufgaben und Zuständigkeiten übertragen wird. In Zukunft könnten diese dann die Kompetenz erhalten, den Sicherstellungsauftrag für eine festgestellte Unterversorgung in einem Cluster zu übernehmen.

⁵⁹⁷ Grund- und Regelversorgung, Maximalversorgung

7. Trägerübergreifende Zusammenarbeit

Cluster-Strukturen sind untrennbar mit einer trägerübergreifenden Zusammenarbeit verbunden. Diese trifft auf verschiedene gesetzliche, eigentumsrechtliche und strukturelle Hindernisse, ganz abgesehen von den mitunter diametral gegenläufigen ökonomischen Interessen. Möglichkeiten, diese Hindernisse gering zu halten, bestehen in trägerübergreifenden Kooperationen oder Fusionen. Unter den gegenwärtigen Bedingungen erscheinen trägerübergreifende Kooperationen realistisch und daher zu unterstützen. Unter gesundheitspolitischen Betrachtungen sind Kooperationen und Fusionen getrennt zu denken.

Die Enquete-Kommission empfiehlt der Landesregierung trägerübergreifende Kooperationen in besonderem Maße zu fördern.

8. Modellregionen/Cluster-Strukturen

Die Struktur der Kreise und kreisfreien Städte Mecklenburg-Vorpommerns bietet sich für die Erprobung neuartiger Modelle medizinischer Versorgung geradezu an. Innerhalb derer lassen sich sektorenübergreifende Vergütungsmodelle erarbeiten und erproben. Vorzugsweise sollten für derartige Modellregionen (z. B. Cluster-Regionen) die Kreise in Betracht kommen, deren medizinische Versorgung latent gefährdet ist.

Die Enquete-Kommission empfiehlt die medizinische Versorgung für eine Cluster-Region modellhaft zu entwickeln und zu erproben. Dies beinhaltet auch die Entwicklung neuer sektorenübergreifender Finanzierungsformen. Dabei sollte mehrstufig vorgegangen werden. Zunächst sollte ein Ausschnitt des Clusters für eine solche modellhafte Erprobung ausgewählt werden. Denkbar wäre in diesem Zusammenhang der Einzugsbereich Greifswald/Wolgast/Usedom.

Die Enquete-Kommission empfiehlt der Landesregierung weiterhin auf Bundesebene die rechtlichen und formalen Rahmenbedingungen zu erwirken, die ein solches Cluster-Modell ermöglichen. Unabhängig davon sollte sich das Land auf Bundesebene für die Anpassung der Rechtssetzung stark machen, die derartige Modelle einschließlich der damit verbundenen Rahmenbedingungen regulär ermöglichen würde.

Im Zuge der Cluster-Struktur-Bildung sollten sektorenübergreifende Gesundheitszentren gebildet bzw. weiterentwickelt werden. Innerhalb der Cluster sind bedarfsgerecht Integrierte Gesundheitszentren (IGZ) zu schaffen. Diese Funktion sollen die derzeitigen Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung übernehmen und damit ihr Angebot erweitern.

Hierbei ist zu beachten, dass diese Krankenhäuser nicht nur über die Anzahl ihrer Betten, sondern auch wesentlich über ihre Funktionalität definiert, Bestandteil der sektorenübergreifenden Versorgung innerhalb einer „Regional Health Care“ werden.

Dadurch werden auch bisherige kleine Krankenhausstandorte nicht überflüssig, sondern sinnvoll in die flächendeckende Versorgung einbezogen. Das im Gutachten propagierte integrierte Gesundheitszentrum (IGZ) ist ein nachhaltiger Lösungsvorschlag und sichert langfristig die ambulante Versorgung in der Fläche. Auch die dort vorgeschlagene Vernetzung mit Arztpraxen in der Peripherie und die Einbindung von Apotheken sind sinnvoll. Die im Land bestehenden MVZ können in eine solche Struktur eingebunden werden.

Die medizinische Versorgung darf durch die Trägerschaft und/oder Beteiligung von Finanzinvestoren, Hedgefonds und Private-Equity-Gesellschaften an MVZ nicht gefährdet werden.

Integrierte Gesundheitszentren ermöglichen es, die fachärztliche, pflegerische und die weitere heilberufliche Versorgung, die bislang im ambulanten und stationären Sektor getrennt erfolgen, zusammenzubringen.⁵⁹⁸ Die IGZ sind in diesem Sinne ergänzbar, beispielsweise durch Hebammen, Dialysezentren, Apotheken, Optiker, Hörgerätespezialisten sowie orthopädische Fachgeschäfte und andere therapeutische Praxen. Auch regelmäßige mobile Betreuungsangebote sollten vorgesehen werden. Als weiterentwickelte Krankenhausstandorte können auch die Akut- und Notfallversorgung (24/7), Erst- und Notfallversorgung bei akutlebensbedrohlichen Erkrankungen und der telemedizinische Rettungsdienst übernommen werden. Das alles setzt voraus, dass die Potentiale der Strukturoptimierung auf Basis der Bedarfs-ermittlungen gehoben werden und das Leistungsangebot neu konzipiert wird. Dies kann mit Schwerpunktbildungen verbunden sein.

Die Enquete-Kommission empfiehlt der Landesregierung die Bildung von Integrierten Gesundheitszentren zunächst anhand eines Modells in Kombination mit einem „Pilot Cluster“ zu erproben und die dafür notwendige Anschubfinanzierung bereitzustellen. Entscheidungen darüber, welche Versorgungsleistungen ggf. neu zugeordnet werden, sollen sich an Kriterien des Bedarfs, der Qualität, der Erreichbarkeit aber auch der Erwartungshaltung der Bevölkerung orientieren. Da es in Beachtung der Kriterien unter Umständen zu Zielkonflikten kommen kann, sind diese, wenn immer möglich, durch innovative Lösungen konstruktiv aufzuheben.⁵⁹⁹

9. „Pilot-Cluster“

Ein „Pilot-Cluster“ ist die notwendige Vorstufe für die Transformation der medizinischen Versorgung von den tradierten Strukturen, hin zu den angestrebten vier Cluster-Regionen innerhalb Mecklenburg-Vorpommerns und umfasst miteinander im Zusammenhang zu betrachtende medizinische Versorgungsstrukturen.

Ausgangspunkt der Konzipierung eines „Pilot-Clusters“ ist die Analyse der Versorgungsangebote, gemessen am aktuellen Bedarf und unter Berücksichtigung des Deprivationsindex⁶⁰⁰, sowie einer weitgehend belastbaren Bedarfsprognose. Ziel ist es, mit dem „Pilot-Cluster“ verstärkt Netzwerkstrukturen herauszubilden, interdisziplinäre und intersektorale Kooperationen auszubauen, Delegation und Substitution von Versorgungsleistungen weiterzuentwickeln, Leistungen verstärkt zu ambulantisieren bzw. die stationäre Infrastruktur für die ambulante Versorgung zu nutzen sowie wenn zielführend einheitliche Vergütungsstrukturen zu schaffen. Hinsichtlich der Leistungsvergütung soll die Art der Leistung und nicht der Ort der Leistungserbringung entscheidend sein.

⁵⁹⁸ Vgl. Institut for Health Care Business GmbH, Gutachten zur Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern, 31. März 2021; S. 88

⁵⁹⁹ Etwa unter Anwendung digitaler Technologien, wie Telemedizin oder im Fall von Geburtsstationen durch Trägerkooperationen.

⁶⁰⁰ Auf sozioökonomische Unterschiede basierende Betrachtung, welche Leistungen möglicherweise aufgrund eines fehlenden Angebotes nicht erbracht werden. Hierzu <https://edoc.rki.de/handle/176904/2648.2> Es bedarf zeitnah einer akzeptierten Grundlage.

Soweit die hierfür erforderlichen rechtlichen Grundlagen (Bundes- und Landesgesetze) noch nicht vorliegen, sind die Gestaltungsmöglichkeiten des § 64 SGB V (Modellvorhaben) nutzbar. Mit dem „Pilot-Cluster“ sind Strukturbestandteile verbunden, die ein interdisziplinäres und sektorenübergreifendes Zusammenwirken befördern. Hierzu gehören eine regionale Vorbereitungs- und Steuerungsgruppe, bestehend aus Vertretern der für die „Regional Health Care“ relevanten Akteure unter Moderation des für Gesundheit zuständigen Landesministeriums. Weiterhin wird ein unabhängig agierendes „Cluster-Management“ installiert. Ihm zugeordnet wird ein spezielles regionales Nachwuchsmanagement. Aufgabe dieses Managements ist es, im Zuge der Gewinnung von Fachkräften für die hiermit im Zusammenhang stehenden Rahmenbedingungen zu sorgen.⁶⁰¹

Die Enquete-Kommission empfiehlt, anknüpfend an die Empfehlungen 4 bis 8, die Erarbeitung eines Konzepts zur Bildung eines „Pilot-Clusters“ für die „Fokus-Region“ Greifswald/Wolgast/Usedom unter Federführung des für Gesundheit zuständigen Ministeriums im Zusammenwirken mit den hierfür relevanten Akteuren der Region sowie unter Hinzuziehung wissenschaftlicher Expertise. Das Land möge in diesem Zusammenhang beim zuständigen Bundesministerium bzw. beim Gemeinsamen Bundesausschuss eine Genehmigung für die Bildung eines entsprechenden Modellvorhabens beantragen. Nach Vorlage und Bestätigung des Konzepts für das „Pilot-Cluster“ in den entsprechenden demokratischen Gremien und Gremien der Selbstverwaltung werden das Management berufen, die erforderlichen Verträge erarbeitet, diskutiert und ratifiziert. Dies geht einher mit der Bestimmung eines Versorgungsbudgets für die „Regional Health Care“ sowie dessen Aufteilung und seiner sukzessiven Verwendung.⁶⁰²

Das Modellvorhaben soll in einem angemessenen Zeitraum erprobt, begleitend evaluiert und anschließend auf die Versorgungsregion ausgeweitet werden.

10. Telemedizin

In einem Flächenland wie Mecklenburg-Vorpommern mit seinen weiten Wegen sowie aufgrund der zunehmenden medizinischen Spezialisierung erfährt die Telemedizin zunehmend Bedeutung. Diese bietet die Möglichkeit, fachkollegiale und auch konsiliarische Expertise zeit- und ortsunabhängig zur Verfügung zu stellen und auf diese Weise auch fachärztliche Hintergrunddienste sicherzustellen. Zudem kann der Verknappung von personellen Ressourcen mit einer konsequenten Digitalisierung und insbesondere telemedizinischer Vernetzung entgegengetreten werden.

Die Telemedizin ist daher stärker auszubauen und in die medizinische Versorgung zu integrieren. Hierfür soll ein Telemedizinisches Zentrum etabliert werden, das Entwicklung, Koordination und Etablierung in der Fläche voranbringen soll. Hierzu sollten alle Versorgungsangebote Teil eines telemedizinischen, multidisziplinären Netzwerkes sein.

⁶⁰¹ Arbeitsplätze, Kita-Plätze bzw. Schulbesuch, Wohnmöglichkeit, etwaig Bauplätze etc. pp.

⁶⁰² In Umsetzung der Empfehlung bedarf es auch einer konkreten Ausgestaltung der Leistungsverrechnungen für Personen, die außerhalb des „Regional Health Care“ versorgt werden, bzw. für Personen, die aufgrund ihres Aufenthalts innerhalb dieser versorgt werden.

Zentrum und Netzwerk sind durch eine zentrale Digitalisierungsplattform zu vereinen, um Synergieeffekte bestmöglich nutzen zu können. Dabei könnten über ein neutrales digitales Zentrum Anbieter und Nachfrager vernetzt werden. Soweit Bedarf besteht, kann ein Nachfrager diesen im digitalen Portal anmelden. Das digitale Konsil wird dann von einem Anbieter übernommen. Bestehende Telemedizin-Lösungen sollten angebunden werden. Zur Sicherung der Qualität sollen die Anbieter zertifiziert werden.

Zum Zwecke der Umsetzung soll wieder ein Telemedizinbeirat als unabhängiges Expertengremium unter Berücksichtigung der Akteure der Gesundheitsversorgung und -wirtschaft sowie von Patientenvertretern, unter Einbeziehung des Landesdatenschutzbeauftragten und unter parlamentarischer Beteiligung einberufen werden.

An die Telemedizin sind ferner mobile Gesundheits- und Pflegeexperten anzubinden, die Vor-Ort-Besuche insbesondere bei mobilitätseingeschränkten Patienten vornehmen, die Primärversorgung übernehmen und fachliche Expertise per Telemedizin für die Behandlung einbinden können. Diese Möglichkeit bietet insbesondere für eine älter werdende Gesellschaft in einem Flächenland großes Potential, die örtliche Daseinsvorsorge bestmöglich zu erhalten.

Die Enquetekommission empfiehlt, ein telemedizinisches Zentrum sowie ein telemedizinisches Netzwerk zu etablieren und durch eine zu installierende Digitalisierungsplattform zu verbinden und hierüber fachkollegiale und auch konsiliarische Expertise zeit- und ortsunabhängig zur Verfügung zu stellen und auf diese Weise auch fachärztliche Hintergrunddienste sicherzustellen.

Die Enquetekommission empfiehlt, das Projekt „LandRettung“ auf das gesamte Bundesland auszudehnen. Ebenso ist dies mit dem Defibrillator-Programm des Landes sowie den Forschungsansätzen zu Drohnen zu verbinden.

Die Enquetekommission empfiehlt, Apotheken mittels telemedizinischer Anbindung zur primärärztlichen Versorgung zu qualifizieren und sie zu einer „Apotheke plus“ aufzuwerten. Eine regelmäßig anwesende Assistenzkraft würde Patienten in einem separaten Raum innerhalb der Apotheke empfangen, einfache Untersuchungen vornehmen und über eine telemedizinische Verbindung im Bedarfsfall einen Arztkontakt herstellen. Erfahrung und Wissen im Umgang mit digitalen Endgeräten oder Anwendungen wäre für Patienten hierbei nicht notwendig. Gleichzeitig bietet Telemedizin jedoch auch die Möglichkeit, digital versierten Patienten mittels Video oder App direkt mit medizinischen Fachkräften in Kontakt zu treten.

Die Enquetekommission empfiehlt, an die Telemedizin die Rettungsdienste sowie MVZ sowie IGZ anzubinden, um den örtlichen Versorgungsstrukturen die bestmögliche Unterstützung zukommen zu lassen, wenn eine Verlegung kurzfristig nicht möglich, für die Behandlung nicht zwingend notwendig ist oder einfach um die fachliche Expertise für die telemedizinischen Anwendung zu gewährleisten.

Die Enquetekommission empfiehlt, die telemedizinische Anbindung zwischen den Leistungserbringern zu etablieren und die Anbindung zu forcieren.

Um eine problemlose Nutzung telemedizinischer Anwendungen zu ermöglichen, ist der flächendeckende Breitband- sowie Mobilfunkausbau zu forcieren.

11. Kurzzeitpflege

Im Rahmen der sektorenübergreifenden Versorgung sind Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege für alle Altersgruppen zu integrieren. Die Verknüpfung der Leistungen von Integrierten Gesundheitszentren mit der Kurzzeitpflege würde eine „win-win“-Situation schaffen. Der Bedarf an Pflegeleistungen außerhalb der originären stationären medizinischen Leistungen wird im laufenden Jahrzehnt enorm steigen. Der gegenwärtige Bedarf an Kurzzeitpflege ist nicht gedeckt, so dass die Anbindung an die Gesundheitszentren (IGZ) und auch Maximalversorger hier für Entspannung sorgen können. Zugleich würde den derzeitigen Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung (zukünftige IGZ), ein weiteres Betätigungsfeld eröffnet. Derzeit lässt sich die Möglichkeit der Kurzzeitpflege an Krankenhäusern nur im Wege von Modellprojekten schaffen. Hierfür gibt es in Schleswig-Holstein, Brandenburg, Sachsen und Bayern nachahmungswürdige Beispiele.

Die Enquete-Kommission empfiehlt der Landesregierung Modellprojekte der Kurzzeitpflege an Krankenhäusern/IGZ zu fördern und zugleich auf Bundesebene auf eine Anpassung des rechtlichen Rahmens zu drängen, der die Verknüpfung der Rechtskreise des SGB V mit dem SGB XI ermöglicht. Unter Beachtung der örtlichen Bedarfe und Möglichkeiten sollen dabei an Krankenhäusern angesiedelte Kurzzeitpflegebereiche und/oder eingestreute Kurzzeitplätze eingerichtet werden. Weiterhin muss im Zusammenhang mit dem o. g. Modellprojekt eine Lösung für eine Harmonisierung der Eigenanteile der Nutzer der Kurzzeitpflege mit den Eigenanteilen, wie sie beim Aufenthalt in der medizinischen Akutversorgung anfallen, gefunden werden.

12. Case Manager

Die medizinische Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern soll weiter an Qualität gewinnen. Erbrachte Leistungen sollen unter möglichst optimaler Nutzung aller vorhandenen Ressourcen ihre Wirksamkeit entfalten. Dies kann am besten im Rahmen einer ganzheitlichen Versorgung geschehen. Der Einsatz von ausgebildeten Case Managern kann in besonderer Weise derzeitige Sektorengrenzen überwinden. Case Manager steuern bedarfsorientiert Versorgungsfälle innerhalb eines medizinischen Versorgers und im regionalen Versorgungsgefüge entsprechend organisierter Verfahren, an denen unterschiedliche Professionen und Organisationen beteiligt sind.⁶⁰³

Die Enquete-Kommission empfiehlt die Initiierung von Modellprojekten zum Einsatz von sektorenübergreifend agierenden Case Managern. Sie sollten strukturell den Integrierten Gesundheitszentren zugeordnet werden.

13. Sicherung Fachkräftebedarf

Zentrale Voraussetzung sowohl grundsätzlich für die Aufrechterhaltung als auch für die Verbesserung der medizinischen Versorgung ist die Sicherung des Fachkräftebedarfs. Dies gilt für die universitäre als auch die berufliche Ausbildung gleichermaßen.

⁶⁰³ Definition vgl. Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management. Quelle: <https://www.dgcc.de/case-management/>

Die Fachkräftesituation hat jedoch mittlerweile in allen Bereichen der medizinischen Versorgung eine dramatische Dimension erreicht und ist schon lange ein virulentes Thema. Die Fachkräftesituation verlangt nach zeitgleicher Anwendung verschiedener Mittel und Wege, allein um die angespannte Lage nicht noch weiter zu verschärfen.

Mit dem Landarztgesetz hat das Land Mecklenburg-Vorpommern einen ersten, richtigen Schritt getan. Es ist entscheidend, dass die Ärzte, die wir hier ausbilden, auch im Land bleiben und dort praktizieren, wo sie am dringendsten gebraucht werden, im ländlichen Raum. Mit dem Landarztgesetz werden Zulassungskriterien abseits des Numerus Clausus formuliert und hierfür ein bestimmter Anteil der Studienplätze vorgehalten. Wer in Mecklenburg-Vorpommern zukünftig einen Medizinstudienplatz abseits restriktiver Zulassungsvoraussetzungen bekommt, verpflichtet sich für eine spätere Tätigkeit als Arzt in ländlichen Regionen.

Aufgrund der demographischen Entwicklung und dem sich daraus ergebenden hohen Fachkräftebedarf bereits in den kommenden zehn Jahren, ist das Landarztgesetz auszubauen und durch weitere Maßnahmen zu flankieren. Dazu gehört, dass mehr Humanmedizin-studienplätze geschaffen werden, wenn es im Zuge dessen gelingt, die Bindung von Medizinstudienabsolventen an das Land Mecklenburg-Vorpommern deutlich zu erhöhen. Dafür sind die erforderlichen personellen und materiellen Voraussetzungen zu schaffen.

Ebenso ist das Landarztgesetz auf weitere medizinische Mangelberufe auszuweiten, insbesondere die Zahnmedizin sowie die Pharmazie.

Zugleich darf die berufliche Bildung nicht vernachlässigt werden. Hier wurden erste wichtige Schritte unternommen, indem beispielsweise das Ausbildungsgeld in Pflegeberufen abgeschafft wurde. Sofern noch nicht geschehen, sind Ausbildungen im pflegerischen bzw. therapeutischen Bereich für die Auszubildenden kostenfrei zu stellen. Es bedarf jedoch weiterer Anreize, um die Attraktivität der Berufe zu steigern. Zu denken ist hier an eine verlässlichere Arbeitsplanung, Entlastung bei der Bürokratie, Digitalisierung, Möglichkeiten der Delegation sowie der Substitution, geringere Arbeitsbelastung durch einen höheren Personalschlüssel - sowie eine bessere Vergütung. Zugleich beschränkt sich der Bedarf an ausgebildeten Fachkräften nicht auf die Pflege. Ebenso gilt es den Nachwuchs für Dienstleister, Heilmittelerbringer und Heilberufe zu sichern.

Innerhalb der Pflege bietet die Verringerung der Anzahl der Personen, die derzeit in Teilzeit arbeiten, ein großes Arbeitskräftepotential, das zusätzlich nicht extra qualifiziert werden muss. Jedoch ergibt sich hier ein Interessenkonflikt, da Teilzeit zugleich ein geeignetes Instrument ist, die Attraktivität des Arbeitsplatzes zu steigern. Es ist ein Diskussionsprozess zu starten, wie die gegenläufigen Aspekte der Teilzeit in einen Ausgleich gebracht werden können.

Zu den Maßnahmen zur Fachkräftesicherung und -gewinnung gehören auch:

- „Die Kommunen sollten durch Maßnahmen wie Organisation oder Subventionierung von Praxisräumen oder Unterstützung bei der Arbeitsplatzsuche für Partner ein attraktives Umfeld zur Ansiedlung von zuzugswilligen Ärzten [und anderen Fachkräften der medizinischen Versorgung] schaffen.“⁶⁰⁴
- „Zur Familienfreundlichkeit trägt die Schaffung von wohnortnahen Angeboten der Kinderbetreuung, die Flexibilisierung der Arbeitszeit oder Wiedereinstiegsprogramme nach Erziehungs- oder Pflegepause bei.“⁶⁰⁵
- Eröffnung der Möglichkeiten der Weiterqualifizierung
- Neue Berufsbilder
- Karriereplanung
- Integration ausländischer Fachkräfte

Die Enquetekommission empfiehlt, dass mehr Humanmedizinstudienplätze geschaffen werden, wenn es im Zuge dessen gelingt, die Bindung von Medizinstudienabsolventen an das Land Mecklenburg-Vorpommern deutlich zu erhöhen. Dafür sind die erforderlichen personellen und materiellen Voraussetzungen zu schaffen.

Die Enquetekommission empfiehlt, das Landarztgesetz auf alle Facharztausbildungen sowie Zahnmedizin und Pharmazie auszudehnen.

Die Enquetekommission empfiehlt, die Ausbildung der Heilberufe sowie der Pflegeberufe zu stärken und die Kapazitäten zu erhöhen.

Die Enquetekommission empfiehlt, in allen Ausbildungsberufen der medizinischen Versorgung die Ausbildung kostenfrei zu stellen.

Die Enquetekommission empfiehlt, ein Bonus-Programm für Fachkräfte aufzulegen, die bis zum Erreichen der Altersrente ihre Tätigkeit ausüben, verbunden mit der Herstellung alters- sowie altersgerechter Arbeitsbedingungen.

Die Enquetekommission empfiehlt, ein Wiedereinstiegsprogramm für Berufsrückkehrer aufzulegen, sei es aus mittlerweile „fremden“ Tätigkeitsfeldern, sei es aus dem Altersruhestand.

14. Modellvorhaben

In den vergangenen Jahren wurden mit Bundes- und Landesmitteln eine Reihe Modellvorhaben in der medizinischen Versorgung unterstützt. Nur einige fanden den Weg des Übergangs in die Regelversorgung. Dies auch, weil zwischen Förderung etwa durch Projekte des Gemeinsamen Bundesausschusses und möglicher Anschlussunterstützung eine Finanzierungslücke entstand. Diese sollte durch eine Zwischen- oder Brückenfinanzierung geschlossen werden.

⁶⁰⁴ Landtag Mecklenburg-Vorpommern, Die Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“, 2016, S. 153

⁶⁰⁵ Landtag Mecklenburg-Vorpommern, Die Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“, 2016, S. 153

Die „Brückenförderung“ ist weiterhin klug mit gesamtgesellschaftlichen Technologieanliegen zu verzahnen. Mecklenburg-Vorpommern ist beispielsweise die ideale Pilotregion für skalierbare E-Health-Versorgungsleistungen.

Ein erster Schritt auf dem Weg zu einer E-Health-gestützten Versorgung kann die „Brückenförderung“ für Exzellenzprojekte in diesem Bereich der medizinischen Versorgung sein. Einige bereits in unserem Bundesland umgesetzte Versorgungsprojekte besitzen aussichtsreiches E-Health-Potential. Damit so wenig Zeit wie möglich für grundlegende organisatorische Prozesse und Verwaltungsabläufe benötigt wird, sollte die "Brückenförderung" nicht nur als Notnagel, sondern als Impuls zur Weiterentwicklung bereits erprobter, innovativer Versorgungsansätze konzipiert sein.

Die Enquete-Kommission empfiehlt der Landesregierung die Auflage einer „Brückenförderung“, die innovativen Versorgungsmodellen die Chance auf Fortbestand ermöglicht. Hierbei sind etwaige Erfahrungen aus anderen Wirtschaftsbereichen, etwa der Technologieförderung zu nutzen.

15. Prävention

Wie die Arbeit in der Enquete-Kommission deutlich belegt hat, ist Prävention eine zentrale Ressource zur Gesunderhaltung der Bevölkerung. Dennoch sind präventive Ansätze im Bereich der medizinischen Versorgung noch weitgehend ungenutzt.

Aktuelle Forschungsergebnisse zeigen, dass im Bereich des Diabetes mellitus mindestens 50 Prozent der Erkrankungsfälle durch einfache Präventionsmaßnahmen vermieden werden können, bei der Demenz sind dies etwa 40 Prozent, bei Krebs und bei Herz-Kreislauf-erkrankungen sind es jeweils mehr als 30 Prozent aller Fälle in der Bevölkerung. Dabei sind die präventiven Maßnahmen bei allen diesen Erkrankungsgruppen sehr ähnlich - zu den wichtigsten gehört ausreichend körperliche Bewegung, Verzicht auf das Rauchen, die Vermeidung von starkem Übergewicht und allenfalls mäßiger Alkoholkonsum.

Gleichzeitig ist es auf der strukturellen Ebene wichtig, dass Ärzte und Kliniken, die sich intensiv im Bereich mit Präventionsmaßnahmen engagieren, einen wirtschaftlichen Vorteil von der Gesunderhaltung ihrer Patienten haben. Das Gegenteil ist im Moment der Fall. Regionale Modelle, insbesondere mit auf Patienten bezogenen Globalbudgets oder Regionale Versorgungsmodelle mit alternativen Finanzierungsformen würden dieses wichtige Anliegen unterstützen.

Die Enquete-Kommission empfiehlt, dass Ärzte ihren dafür geeigneten Patienten gezielt präventive Maßnahmen verschreiben können sollten. Dafür müssen die Krankenkassen evidenzbasierte Präventionsmaßnahmen (Maßnahmen der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention) mit nachgewiesener Wirksamkeit finanzieren. Die Prävention wird so ein integraler Bestandteil der ärztlichen Behandlung.

Die Prävalenzen der Erkrankungen an Adipositas und Diabetes liegen in Mecklenburg-Vorpommern deutlich über dem bundesweiten Schnitt, mit steigender Tendenz in den nächsten Jahren, und zeigen somit einen deutlichen Handlungsbedarf auf. Neben der Primärprävention ist die Tertiärprävention in diesem Bereich von besonderer Bedeutung. Diese wird in Deutschland vorrangig von Diabetologen sowie Diätassistenten geleistet. Hieran fehlt es in Mecklenburg-Vorpommern.

Die Enquete-Kommission empfiehlt, eine Stärkung von medizinischem Personal sowohl im Bereich der Primär- als auch der Tertiärprävention von Adipositas und Diabetes in Mecklenburg-Vorpommern.

Geeignete Mittel hierfür wären die Erweiterung der Kompetenzen von Diätassistenten auf selbstständige Durchführung von therapeutischen und ernährungsmedizinischen Maßnahmen und eine Umbenennung des Berufes in „Ernährungsassistent“. Gleichzeitig braucht es eine stärkere Integration dieses Berufes in den stationären und ambulanten Sektor sowie die Schaffung geeigneter, kostendeckender Erlösziffern für eine ausreichende Finanzierung dieser Tätigkeiten.

Eine nachhaltig wirksame Primärprävention setzt im Kindes- und Jugendalter an. Trotz vorhandener Projekte und Programme im Kita- und Schulbereich ist der Bereich weiterhin ausbaufähig, um auch langfristig positive Auswirkungen auf gesundheitsförderliches Verhalten in der Bevölkerung Mecklenburg-Vorpommerns zu haben. Primärprävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Für die Sekundärprävention ist vor allem der Öffentliche Gesundheitsdienst prädestiniert und muss entsprechend zur Leistung dieser Aufgabe ausgestaltet und finanziert werden.

Die Enquete-Kommission empfiehlt, dass die Prävention in Kindertagesstätten und Schulen gestärkt wird und dabei dem öffentlichen Gesundheitsdienst eine wichtige Rolle zukommt. Unter anderem sollen Gesundheitsthemen verstärkt in den Lehrplan der Schulen aufgenommen werden, denkbar im Rahmen eines eigenen Schulfaches bzw. alternativ hierzu Schulprojekte zu den Themenbereichen „Gesunde Ernährung“, „Bewegung“ oder „Mentale Gesundheit“. Außerdem sollten vermehrt Präventionsgespräche und Bildungsangebote wie Ersthelfer-ausbildung („Erste-Hilfe-Kurse“ und „Prüfen-Rufen-Drücken“) durch die Gesundheitsämter angeboten werden. Hierfür ist der Öffentliche Gesundheitsdienst dementsprechend personell, finanziell und fachlich auszustatten. Außerdem ist zu prüfen, inwiefern weitere Interventionsmaßnahmen im Schulbereich förderlich für die Kinder- und Jugendgesundheit sind. Die Jugend- und Schulsozialarbeit ist zu Fragen der Gesundheitsprävention im Rahmen der Aus- und Weiterbildung zu sensibilisieren.⁶⁰⁶

Die Enquetekommission empfiehlt, die Gesundheitsförderung bereits in den Kitas stärker zu berücksichtigen. Kitas mit eigener Küche sollen besonders unterstützt werden. Die Zertifizierung „gesundheitsfördernde Kita“ sollte stärker publik gemacht werden. Hierbei muss mit relevanten Akteuren, wie Kassenärztlicher Vereinigung, Hebammenverband, Krankenkassen etc. zusammengearbeitet werden.

⁶⁰⁶ Auch mit Blick auf diesen weiteren Wirkungsbereich sind Jugend- und Schulsozialarbeit zu stärken, insbesondere durch zusätzliche und generell unbefristete Stellen.

Die Enquetekommission empfiehlt, die Vorbeugung von Adipositas zu stärken und auszubauen. Vielfach wird zu spät in die Früherkennung dieser Krankheit eingegriffen. Lehrer müssen in ihren Einflussmöglichkeiten gestärkt und im Umgang mit Adipositas sensibilisiert werden. Gesundheitsmanagement sollte Gegenstand des universitären Curriculums werden, insbesondere bei Lehramtsstudenten.

Die Enquetekommission empfiehlt, Bewegungsangebote in der Schule (Nachmittagsangebote an Ganztagschulen) auszubauen. Dabei müssen Kooperationsmodelle mit Sportvereinen gefördert werden.

Die Enquetekommission empfiehlt, darauf hinzuwirken, Adipositas als chronische Krankheit anzuerkennen. Adipositas nicht als chronische Krankheit anzuerkennen, wird den komplexen Faktoren, die zu Adipositas führen können, nicht gerecht. Eine Anerkennung als chronische Erkrankung erleichtert spätere Abrechnungen mit den Krankenkassen.

16. Geriatrische Versorgung

Zum Thema der geriatrischen Versorgung stellt die Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“ folgendes fest: „Eine rechtliche Definition des geriatrischen Patienten gibt es nicht. Steigendes Alter bedeutet nicht immer zunehmende Krankheit, es steigt lediglich die Wahrscheinlichkeit von chronisch-degenerativen Erkrankungen. Als typisch geriatrische Patienten gelten sehr alte Menschen (80 plus). Bei diesen Menschen kann man von einem deutlich höheren Krankheitsrisiko sprechen. Das typische Krankheitsbild ist das gleichzeitige Auftreten mehrerer Krankheitsbilder (Ko- oder Multimorbidität). Statistisch leiden in Deutschland zwei Drittel der über 65-Jährigen mindestens unter zwei chronischen Erkrankungen. Dieser Anteil steigt mit zunehmendem Alter. Erschwerend kommt bei diesen Patienten die Einschränkung kognitiver Fähigkeiten, Sturzgefahr, Immobilität, Hilfebedürftigkeit und nicht selten auch soziale Vereinsamung hinzu. Folglich sind nicht allein medizinische Bedarfe zu betrachten, sondern auch andere Problemfelder miteinzubeziehen. Grundlage für Behandlung ist daher eine komplexe Struktur (multiprofessionell: Medizin, Pflege, Beratung, Physiotherapie, Apotheken = integrierte Versorgung).“⁶⁰⁷

Das Geriatriekonzept des Landes Mecklenburg-Vorpommern bildet eine gute Grundlage für eine wohnortnahe stationäre geriatrische Versorgung. Die Landeskrankenhausplanung hat mit der Bildung geriatrischer Einheiten an Krankenhäusern auf den wachsenden stationären Bedarf reagiert. Die geriatrischen Rehabilitationskliniken sind gut aufgestellt. Die ambulante rehabilitative und kurative geriatrische Versorgung ist noch nicht hinreichend entwickelt.

Wie das Gutachten der Institut for Health Care Business GmbH (hcb) zeigt, wird der Bedarf an geriatrischer Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern deutlich steigen. Die geriatrischen Versorgungsstrukturen in Mecklenburg-Vorpommern sind dafür noch nicht in hinreichendem Umfang ausgebildet, was ein zielführendes Handeln erforderlich macht.

⁶⁰⁷ Landtag Mecklenburg-Vorpommern, Die Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“, 2016, S. 120-121

Die Enquete-Kommission empfiehlt eine integrativ und barrierefrei ausgestaltete geriatrische Versorgung zu realisieren, an der alle relevanten Akteure wie z. B. Akut- und Reha-Kliniken, Haus- und Fachärzte, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Apotheken, Sanitätshäuser sowie stationäre und ambulante Pflegeangebote beteiligt werden und dem Thema Prävention ein großer Stellenwert eingeräumt wird. Um der bestehenden Versorgungslage gerecht zu werden, bedarf es eines flächendeckenden wohnortnahen Angebotes einer ambulanten geriatrischen Komplexbehandlung. Eine Beschränkung der geriatrischen Versorgung auf medizinische und pflegerische Aspekte ist unzureichend. Diese muss zugleich eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben befördern. Um diese Ziele zu erreichen ist die Zusatz-Weiterbildung Geriatrie, insbesondere für die Hausärzte in Mecklenburg-Vorpommern, weiter zu fördern, sowie der Einsatz von Case-Managern zu gewährleisten.

17. Mobilitätsversorgung

Das Spannungsfeld in der Gesundheitsversorgung unseres Bundeslandes zwischen Versorgungsqualität auf der einen und Angebotserreichbarkeit auf der anderen Seite wird sich in den nächsten Jahren weiter erhöhen. Eine zunehmende Konzentration sowohl von stationären als auch von ambulanten Angeboten ist zu erwarten. Deswegen ist es erforderlich, flächendeckend sicherzustellen, dass die Erreichbarkeit der bestehenden Angebote durch eine integriert geplante, öffentliche Mobilitätsversorgung gewährleistet ist. Davon ist Mecklenburg-Vorpommern weit entfernt. Lediglich im Landkreis Ludwigslust-Parchim gibt es ein fahrplangebundenes, eng getaktetes Rufbusangebot, das die gesamte Fläche mit einem ausreichenden Mobilitätsangebot in dieser Gebietskörperschaft bedient.

Die Enquete-Kommission empfiehlt der Landesregierung für eine Entwicklung Sorge zu tragen, die zu einer landesweiten bedarfsgerechten Mobilitätsinfrastruktur führt. Dabei sind unterschiedliche regionale Lösungen denkbar, wobei ein Rufbussystem wie im Landkreis Ludwigslust-Parchim ein erfolgversprechender Ansatz zu sein scheint. Aber auch die Bereitstellung von Sammeltaxen kann eine Lösungsvariante darstellen. In diesem Kontext wird es erforderlich sein, die bestehende landesweite Netzstruktur anzupassen und eine Angebotsfinanzierung sicherzustellen. Außerdem bedarf es mobiler Betreuungsangebote und aufsuchender Dienste als Bestandteil einer patientenorientierten Versorgung für Menschen, die darauf angewiesen sind.

18. Krankentransport/Rettungsdienst

Das Rettungswesen und die Notfallversorgung stehen in einem Flächenland wie Mecklenburg-Vorpommern in mehrerlei Hinsicht vor richtungsweisenden Veränderungen, um im Anbetracht der ökonomischen und versorgungstechnischen Herausforderungen handlungsfähig bleiben zu können.

In den vergangenen Jahrzehnten hat sich die Zahl und räumliche Verteilung der Krankenhausstandorte in Mecklenburg-Vorpommern weitestgehend konsolidiert, sodass eine weitere Reduzierung insbesondere unter dem Aspekt der Erreichbarkeit nicht empfohlen werden kann.

Durch die Stärkung der MVZ und IGZ wird die Bedeutung der ambulanten Versorgung anerkannt und ausgebaut. Zu beachten ist jedoch auch die ambulante Versorgung von Notfallpatienten. Hierzu werden aktuell unterschiedliche Strukturen - ärztlicher Bereitschaftsdienst, Rettungsdienst sowie Notaufnahmen der Krankenhäuser - vorgehalten. Diese Versorgungsangebote werden durch die Patienten jedoch unterschiedlich wahr- und in Anspruch genommen. Die Gründe sind beispielsweise Unwissenheit bezüglich der Zuständigkeiten, ein verändertes Patientenverhalten und die Erwartung einer besseren und schnelleren Versorgung. Um dem entgegenzuwirken und die Ressourcen sinnvoll und zielgerichtet zu nutzen, ist eine bessere Koordinierung notwendig.

Deshalb ist eine Kooperation zwischen den Rettungsleitstellen und der Rufnummer 116 117 für den ärztlichen Bereitschaftsdienst zu prüfen und mittels Modellprojekt zu erproben. Die Rettungsleitstellen verbleiben dabei in der Verantwortung der Landkreise. Dies soll zu einer verbesserten Inanspruchnahme der Notfallversorgung aus einer Hand führen. Diesem Ziel folgt auch die Reform der Notfallversorgung im Bund, als dessen zentrale Aufgabe formuliert wird, die regional sehr unterschiedlich entwickelten Notdienststrukturen in ein verbindliches System der integrierten Notfallversorgung zu überführen. Dies ist ausdrücklich zu unterstützen.

Vor diesem Hintergrund ist es notwendig, den Rettungsdienst entsprechend zu verbessern, digital anzubinden und zu professionalisieren. Damit kann erreicht werden, dass notwendige Behandlungsschritte schon beim Eintreffen des Rettungswagens eingeleitet werden und die Krankenhäuser frühestmöglich auf die Notfallversorgung vorbereitet sind.

Modellprojekte, wie „LandRettung“ und „MV LIFE DRONE“ der Universität und Universitätsmedizin Greifswald, stellen vielversprechende Rettungsassistenzen für eine schnelle und flächendeckende Versorgung dar.

Die eingeschränkte Kommunikation und Zusammenarbeit mit angrenzenden Bundesländern und zur Republik Polen verhindern derzeit eine Optimierung der Zeiten bis zur ersten Behandlungsintervention am Patienten und müssen analog zu anderen Grenzregionen verbessert werden.

Die Enquetekommission empfiehlt die Einrichtung eines zentralen "Notfallmedizinischen Kompetenzzentrums" an einem Krankenhaus der Maximalversorgung im Land Mecklenburg-Vorpommern.

Darüber hinaus soll die Professionalisierung im Rettungswesen durch den Ausbau professioneller Strukturen in der Notfallmedizin und im Rettungsdienst durch simulatorbasierte Fortbildungsformate als auch der Ausbildung von Notfallsanitätern an ein an die Maximalversorgung gekoppeltes Krankenhaus verbessert werden.

Die Enquete-Kommission empfiehlt, den Rettungsdienst in Mecklenburg-Vorpommern durch Nutzung von neuen Versorgungsmodellen und eine stärkere Integration in die Versorgungslandschaft zukunftsfähig zu gestalten. Für eine effizientere Nutzung der knappen Ressourcen muss eine landkreisübergreifende Abstimmung und Koordinierung im Rahmen der sektorenübergreifenden Versorgung etabliert werden. Die Kooperation in grenznahen Gebieten muss verbessert werden, damit die kürzesten Rettungswege möglich werden.

Die Enquetekommission empfiehlt, Rettungsdienste und insbesondere die Notärzte in das telemedizinische Netzwerk einzubinden.

19. Geburtshilfe

Schwangere und werdende Eltern haben das Bedürfnis nach Sicherheit und bestmöglicher, erreichbarer Versorgung, wenn es um die Geburt ihres Kindes geht. Eine ganz zentrale Rolle spielen neben der Gynäkologie hierbei die Hebammen. Denn neben der Geburt ist auch ein flächendeckendes Angebot an Vor- und Nachsorge unerlässlich für Mütter und Kinder in der letzten Schwangerschafts- und ersten Lebensphase.

Wie schwer es ist, diesen Ansprüchen nach Qualität und Erreichbarkeit in der Geburtshilfe organisatorisch und personell zu entsprechen, sehen wir an vielen Stellen im Land. Gute Arbeitsbedingungen inkl. einer auskömmlichen Bezahlung, gezielte Personalgewinnung durch die Träger und auch neue Kooperationsmodelle sind zentral. Gerade auch angesichts schwierigster Bedingungen vor Ort muss in jedem Einzelfall im Verbund geprüft und erwogen werden, wie ein gutes, kooperatives Miteinander in der Geburtshilfe zwischen angestellten und freiberuflichen Hebammen, Gynäkologen, Pädiatrie, Krankenkassen und weiteren Akteuren gelingt und im Interesse der Schwangeren und der Kinder Strukturen erhalten und auch langfristig gesichert werden.

Qualität und Erreichbarkeit sind in einem Spannungsfeld, das wir mit politischem Willen und auch neuen Ideen der Kooperation bestmöglich ausgleichen müssen. Das Wunsch- und Wahlrecht werdender Eltern ist zu berücksichtigen.

Es wird erwartet, dass die demographischen Entwicklungen sowie die starke Ambulantisierung der gynäkologischen Leistungen in den kommenden Jahren zu deutlich sinkenden Zahlen der Geburten führen werden. Diese Entwicklungen werden die bereits jetzt schwierige wirtschaftliche Lage der geburtshilflichen Kliniken noch weiter verschärfen.

Die gegenwärtige Struktur der Geburtshilfe ist durch viele kleine Einrichtungen und hohen Vorhalteaufwand geprägt. Über 98 Prozent der Kinder werden in diesen stationären Einrichtungen geboren. Die Konzentration der peri- und neonatologischen Versorgung erfolgt in vier Perinatalzentren der höchsten Versorgungstufe I (Rostock, Greifswald, Schwerin, Neubrandenburg).

Der wachsende Mangel an Ärzten sowie Hebammen wird darüber hinaus zu weiteren Problemen bei der Versorgung der Schwangeren führen.

Die Forderung nach wohnortnaher, geburtshilflicher Versorgung steht berechtigterweise im Mittelpunkt des öffentlichen Interesses. Es bedarf eines Gesamtkonzeptes mit Hochleistungszentren und Kliniken, die eine adäquate Versorgung, auch bei nicht vorhersehbaren Komplikationen, gewährleisten können und bei erwarteten Risiken eine interdisziplinäre Versorgung auf höchstem Niveau sichern (Regionalisierung). Die Aspekte der Qualität und der Patientensicherheit sowie Achtung der Persönlichkeit und des Willens der werdenden Eltern müssen im Vordergrund stehen.

Die Enquete-Kommission empfiehlt der Landesregierung Konzepte zur bedarfsgerechten, qualitativ hochwertigen geburtshilflichen und pädiatrischen Versorgung zu erarbeiten, um den demographischen und arbeitsmarktrelevanten Herausforderungen der kommenden Jahre Rechnung zu tragen. Dies sollte kooperative, sektorenübergreifende Konzepte, erweiterte Studienangebote für Hebammen, Geburtshausangebote an Gesundheitszentren und entsprechende Transportmöglichkeiten beinhalten.

Ein zu berufendes Expertengremium legt binnen 24 Monaten ein entsprechendes Konzept vor, das natürlich auch die Situation an den Standorten in Crivitz oder Bergen einbezieht. Alle an der geburtshilflichen Versorgung Beteiligten sind aufgerufen, diesen Prozess mit innovativen Ideen zu unterstützen und währenddessen keine strukturverändernden Maßnahmen vorwegzunehmen, die eine bedarfsgerechte geburtshilfliche und pädiatrische Versorgung zukünftig verunmöglichen.

20. Seltene Erkrankungen im Kindesalter

Eine Erkrankung gilt als selten, wenn weniger als 5 von 10 000 Menschen an dieser Erkrankung leiden. Seltene Erkrankungen sind wiederum in ihrer Gesamtheit häufig. Aktuell zählen über 8000 verschiedene Erkrankungen weltweit dazu. Etwa 4 Millionen Menschen in Deutschland leiden unter einer seltenen Erkrankung.

Seltene Erkrankungen sind heterogen und stellen zumeist komplexe Krankheitsbilder dar, die überwiegend chronisch verlaufen, und mit eingeschränkter Lebensqualität und oft auch reduzierter Lebenserwartung einhergehen. Etwa 80 Prozent dieser Krankheiten sind genetisch bedingt und haben eine systemische Ausprägung, es sind also mehrere Organe gleichzeitig betroffen.

Vielfach treten erste Symptome bereits im Kindes- und Jugendalter auf, so dass Kinderärzte vorrangig in der Diagnostik und der Koordinierung der verschiedenen Therapien involviert sind.

Aufgrund der geringen Anzahl von Patienten ist aus medizinischen und ökonomischen Gründen die Versorgung und die Forschung, vor allem im ländlichen Raum erschwert. Betroffene sind daher mit besonderen Herausforderungen bei Diagnosestellung und der Therapie ihrer Erkrankung konfrontiert. Auch sind die Wege zu guten Behandlungs- und Versorgungsmöglichkeiten häufig nicht klar ersichtlich. Dies führt daher dazu, dass die Betroffenen sich oft mit ihrer Erkrankung alleine gelassen fühlen.

Die Diagnose und Behandlung seltener Erkrankungen ist als besondere Spezialisierung der medizinischen Versorgung deutlich zu stärken und auszubauen. Mecklenburg-Vorpommern verfügt bisher weder über einen Schwerpunktstandort noch über Strukturen für eine möglichst wohnortnahe Grundversorgung in der Fläche. Aufbauend auf den vorhandenen Kapazitäten und der wissenschaftlichen Expertise soll mit Unterstützung des Landes an der Universitätsmedizin Greifswald als Modellprojekt auf der Basis einer dem SPZ ähnlichen Einrichtung ein Zentrum für seltene pädiatrische Erkrankungen etabliert werden, das landesweit ausstrahlt und eng mit der Universitätsmedizin Rostock kooperiert. Ziel soll es sein, Konzepte zu entwickeln, die ein möglichst wohnortnahe Screening sowie eine spezialisierte pädiatrische Versorgung in der Fläche ermöglichen. Die Diagnose und Behandlung seltener Erkrankungen ist des Weiteren als Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge zu definieren.

Das zu etablierende Zentrum für seltene Erkrankungen ist in das pädiatrische Telemedizin Netzwerk sowie an die Zentren für Kinder- und Jugendmedizin in Mecklenburg-Vorpommern einzubinden.

Die Enquetekommission empfiehlt, auf der Basis einer dem SPZ ähnlichen Einrichtung ein Zentrum für seltene pädiatrische Erkrankungen an der Universitätsmedizin Greifswald zu etablieren, das landesweit ausstrahlt und mit den Einrichtungen der Universitätsmedizin Rostock kooperiert. Hierzu sind die notwendigen Personal- und Sachmittel bereitzustellen.

Die Enquetekommission empfiehlt, die vorhandene und zu zentralisierende Expertise zu seltenen Erkrankungen in das pädiatrische Telemedizin Netzwerk sowie an die Zentren für Kinder- und Jugendmedizin in Mecklenburg-Vorpommern einzubinden, um eine wohnortnahe Versorgung zu ermöglichen.

21. Bildung einer Regierungskommission

Betrachtet man die Handlungsempfehlungen der Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“ aus der 6. Legislaturperiode zu den Themenkomplexen medizinische und pflegerische Versorgung, so gibt es wesentliche Schnittmengen zu den Ergebnissen der aktuellen Enquete-Kommission „Zukunft der medizinischen Versorgung“. Beispielhaft sollen hier Empfehlungen zu einer sektorenübergreifenden regionalen Versorgungsplanung sowie die Etablierung regionaler Versorgungsbudgets sein. Ursache dafür ist eine bis heute unterbliebene Umsetzung der gegebenen Empfehlungen.

Damit den Ergebnissen der aktuellen Kommission nicht das gleiche Schicksal widerfährt, ist es angezeigt, einen Vorschlag zu unterbreiten, in welcher Struktur eine Realisierung der gemachten Handlungsempfehlungen realistisch erscheint.

Ein solcher Umsetzungsvorschlag wird auch dadurch gerechtfertigt, dass es angesichts der kurzen Laufzeit der aktuellen Kommission und des daraus resultierenden knappen Zeitbudgets nicht möglich ist, im Rahmen der zu erstellenden Handlungsempfehlungen alle Hinweise, die die Kommission durch durchgeführte Anhörungen und das hcb-Gutachtens erhalten hat, in der gebotenen Vollständigkeit aufzunehmen.

Die Enquete-Kommission empfiehlt der Landesregierung zur Umsetzung der durch die Kommission erarbeiteten Ergebnisse in der 8. Legislaturperiode eine Regierungskommission zu bilden, die mit dieser Aufgabe betraut wird. Dieser Kommission sollten neben den tangierten Bereichen der Landesregierung auch Vertreter der kommunalen Gebietskörperschaften, der Wissenschaft, der Leistungserbringer, der Kostenträger sowie der organisierten Patientenvertreter angehören.

E Sondervoten

E.1 Sondervotum der von der AfD-Fraktion benannten Kommissionsmitglieder

Dr. Gunter Jess (MdL), Prof. Dr. Ralph Weber (MdL), Jens-Holger Schneider (MdL), Dr. Alexander Kuhr und Dr. Andreas Oling haben gemeinsam folgendes Sondervotum zu den Handlungsempfehlungen abgegeben:

**Sondervotum
der Mitglieder aus der Fraktion der AfD
in der
Enquetekommission „Zukunft der medizinischen Versorgung
in Mecklenburg-Vorpommern“**

Autoren: Dr. Gunter Jess, MdL, Dr. Alexander Kuhr, Dr. Andreas Oling

Mitglieder:

Dr. Gunter Jess, MdL (Obmann)
Dr. Alexander Kuhr,
Dr. Andreas Oling,
Jens-Holger Schneider, MdL (Vertreter),
Prof. Dr. Ralph Weber, MdL

I) Gliederung

| | | |
|-------|--|-----|
| 1. | Einführung (Anmerkungen zur Arbeit der Kommission)..... | 147 |
| 2. | Zu Auftrag der Enquetekommission | 148 |
| 3. | Beschreibung der Ist-Situation (Mängel) und der Prognose | 149 |
| 3.1 | Aktuelle Versorgungssituation und Prognosen für Mecklenburg-Vorpommern..... | 149 |
| 3.2 | Soziodemographische Daten der Bevölkerung und Prognosen | 149 |
| 3.3 | Entwicklungstrends..... | 150 |
| 4. | Positionierung zu den mehrheitlich verabschiedeten Handlungsempfehlungen der Kommission | 150 |
| 4.1 | Zu „Kommunikationsstrategie“ | 150 |
| 4.2 | Zu „Patientenorientierung“ | 151 |
| 4.3 | Zu „Menschen mit Behinderung“ | 153 |
| 4.4 | Zu „Versorgungsplanung“ | 154 |
| 4.5 | Zu „Clusterkonzept und Regionalbudgets“ | 154 |
| 4.6 | Zu „Telemedizin“ | 156 |
| 4.7 | Zu „Kurzzeitpflege“ | 157 |
| 4.8 | Zu „Sicherung Fachkräftebedarf“ | 158 |
| 4.8.1 | Neue Berufsbilder (Fallmanager, Patientenlotsen)..... | 159 |
| 4.9 | Zu „Prävention“ | 160 |
| 4.10 | Zu Geburtshilfe | 160 |
| 4.11 | Zu „Bildung einer Regierungskommission“ | 161 |
| 5. | Fazit | 161 |

II) Sondervotum AfD-Fraktion

1. Einführung (Anmerkungen zur Arbeit der Kommission)

Der Landtag von Mecklenburg-Vorpommern hatte in seiner 89. Sitzung am 14. Mai 2020 die Enquete-Kommission „Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern“ eingesetzt. Die AfD-Fraktion hatte aus mehreren Gründen gegen den Einsetzungsbeschluss gestimmt. Zum einen bewertete die AfD-Fraktion die noch zur Verfügung stehende Zeit in der 7. Legislaturperiode für die Erarbeitung eines fundierten Ergebnisses neben der normalen parlamentarischen Arbeit als zu kurz. Für die inhaltliche Arbeit standen effektiv gerade einmal fünf bis sechs Monate zur Verfügung. Die AfD-Fraktion verwies darauf, dass die Enquetekommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“ in der 6. Legislaturperiode vier Jahre am Thema arbeitete, mit mehreren Mio. Euro Kosten für den Steuerzahler. Die Ergebnisse der damaligen Kommission hatten keinen wesentlichen Einfluss auf die Politik der nachfolgenden Regierungskoalition von SPD/CDU gehabt.

Unabhängig von dieser Kritik hatte die AfD-Fraktion ggf. eine konstruktive Mitarbeit in Aussicht gestellt.

Die konstituierende Sitzung der Enquetekommission fand am 18.06.2020 statt, die erste reguläre inhaltliche Arbeitssitzung am 12. August 2020. Sekretariat und Fraktionsmitarbeiter der Fraktionen waren teilweise erst gegen Jahresende bzw. Anfang 2021 arbeitsfähig. Die umfangreiche Thematik und die kurze zur Verfügung stehende Zeit hatten eine starke Arbeitsverdichtung zur Folge. In insgesamt 20 Sitzungen, z.T. über mehr als sechs Stunden, wurden diverse Anhörungen durchgeführt und eine Grundlagenexpertise der Firma „Institute for Health Care Business GmbH“ (hcb) zur Kenntnis genommen und diskutiert. Der Abschlussbericht und die Handlungsempfehlungen, die im Wesentlichen aus dem Gutachten der hcb-GmbH abgeleitet wurden, sind am 26. Mai 2021 von der Kommission per Mehrheitsbeschluss verabschiedet worden. Schon die Diskussion des Gutachtens von hcb (116 Seiten) konnte aus zeitlichen Gründen nicht hinreichend ausgiebig und erschöpfend erfolgen. Von sechs Änderungsanträgen der AfD-Vertreter fanden fünf im Berichtsentwurf Berücksichtigung. Leider fand eine Diskussion über die von den Fraktionen SPD/CDU/DIE LINKE vorgelegten und mehrheitlich beschlossenen Handlungsempfehlungen gar nicht statt. Vier Handlungsempfehlungen der AfD-Vertreter wurden mehrheitlich abgelehnt.

Die Vorschläge und Beiträge der AfD-Vertreter basieren im Wesentlichen auf folgenden Grundüberzeugungen:

- „Bewährtes erhalten - Neues gestalten:“

Das Gesundheitswesen in Deutschland hat einen guten Ruf. Die bisher geltende sektorale Versorgungsstruktur, bei der zwischen ambulanter hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung und stationärer Versorgung in Krankenhäusern unterschieden wird, hatte sich jahrelang bewährt. Seit Jahrzehnten versucht die Politik, die Kostenexplosion im Gesundheitswesen einzudämmen, ohne die Leistungen wesentlich zu mindern. Bisher war diese Politik nicht erfolgreich, aber die Ökonomisierung des Gesundheitswesens und die Bürokratisierung haben stark zugenommen. Fehlanreize und ungebremste Kostensteigerung sind die Folge. Wenn wir Versorgungsmängel im Gesundheitswesen erkennen und beseitigen wollen, müssen wir zunächst die Ursachen dieser Mängel klar benennen.

Dann ist zu entscheiden, ob man die Ursachen beseitigt oder ob die Ursachen auf veränderte gesellschaftliche Situationen zurückgehen, die nicht ohne weiteres geändert werden sollen oder können. Bewährtes sollte erhalten werden. Verbesserungen und Neues sollten bewusst und strukturiert gestaltend eingeführt werden - gut vorbereitet.

- Subsidiaritätsprinzip:

Probleme, lassen sich dort am effektivsten lösen, wo sie auftreten und zwar durch die Akteure und Verantwortlichen vor Ort. Erst wenn die Akteure vor Ort überfordert sind, sollen übergeordnete Instanzen eingreifen.

Bezogen auf die Gesundheitsversorgung heißt dies: Die Akteure (politisch Verantwortliche und Leistungserbringer) vor Ort müssen den rechtlichen und strukturellen Rahmen erhalten, der ihnen erlaubt, die lokalen bzw. regionalen Ressourcen so zu nutzen und einzusetzen, dass eine bestmögliche medizinische Versorgung des Volkes ermöglicht wird.

- Bürgerbeteiligung:

Gesundheitsversorgung ist Daseinsvorsorge. Zielkonflikte sind öffentlich zu diskutieren und transparent politisch zu entscheiden.

- Eigenverantwortung und Solidarität:

Eine solidarische Gesellschaft ohne verantwortungsbewusst agierende Bürger setzt eine solidarische Finanzierung des Gesundheitswesens aufs Spiel und wird stetig steigende Kosten generieren. Deshalb ist anzustreben, dass die Beitragszahler verstärkt Wahlmöglichkeiten im Bereich der nichtärztlichen Leistungsbereiche erhalten (Pflege, Dienstleistungen, sonstiges), um eigene Kostenanteile zu senken oder erweiterte Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen, wenn dies gerechtfertigt erscheint. Eigene gesundheitsbewusste Lebensgestaltung oder Kosteneigenbeteiligungen müssen möglich sein und Beitragsermäßigungen zur Folge haben - auch bei gesetzlich Versicherten.

2. Zu Auftrag der Enquetekommission

Der Landtag hatte die Kommission beauftragt unter Einbeziehung aller Akteure, Gruppen und Organisationen im Bereich der medizinischen Versorgung, Vorschläge zu erarbeiten, wie die Gesundheitsversorgung in unserem Flächenland Mecklenburg-Vorpommern künftig personell, sachlich, finanziell, flächendeckend, qualitativ hochwertig, barrierefrei und sektorenübergreifend realisiert werden kann. Allen Bürgern soll eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung, Notfallversorgung und Pflege garantiert werden können. Dazu wurden in der Arbeitszeit der Kommission relevante Akteure in Mecklenburg-Vorpommern sowie weitere externe Experten angehört.

3. Beschreibung der Ist-Situation (Mängel) und der Prognose

Aus dem Gutachten und dem Kommissionsbericht ergibt sich: Die medizinische Versorgung Mecklenburg-Vorpommerns steht vor folgenden großen Herausforderungen: dem demografischen Wandel, einem Fachkräftemangel, einer zunehmenden Ambulantisierung und Spezialisierung in der medizinischen Versorgung sowie einer nicht optimalen Mobilitätsversorgung. Akute gravierende medizinische Versorgungsmängel gibt es bisher nicht, jedoch werden zunehmend Probleme im Bereich Geburtshilfe und Gynäkologie deutlich. Der schnelle, einfache Zugang zu einigen fachärztlichen Bereichen ist insbesondere in ländlichen Regionen nicht hinreichend gut gegeben. Es gibt Defizite im Bereich der Mobilität (ÖPNV-Anbindung) sowie bei der Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser; viele der kleineren erhalten einen Sicherstellungszuschlag.

3.1 Aktuelle Versorgungssituation und Prognosen für Mecklenburg-Vorpommern

Die Gesundheitsversorgung gilt im Bereich der ambulanten allgemeinärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung noch als gesichert: mit einer relativ hohen Arztdichte - 453 Ärzte je 100 000 Einwohner im Jahr 2015 - und einer der höchsten Arztdichten in der stationären Versorgung - 249 Ärzte im Krankenhaus je 100 000 Einwohner im Jahr 2015 - (KBV-Daten). Aufgrund des hohen Durchschnittsalters der Ärzteschaft soll jedoch langfristig mit Versorgungsgapsen zu rechnen sein. Allerdings wird dies im Gutachten der Firma hcb nicht mit Daten des ärztlichen Nachwuchses untermauert.

Eine weitere Herausforderung in unserem Flächenland ist die Mobilität. Nicht alle Landsleute, insbesondere Ältere, können jeder Zeit auf einen PKW zugreifen. Der ÖPNV wiederum bedient viele kleinere Orte nur einmal täglich. Hier gibt es somit große Herausforderungen und erkennbare Mängel. Besonders an Wochenenden und in Ferienzeiten ist das ÖPNV-Angebot stark eingeschränkt. Rund ein Drittel der Einwohner brauchen mit dem öffentlichen Verkehr länger als eine Stunde zum Hausarzt, für 4 % ist der Hausarzt mit dem ÖPNV nicht erreichbar. Die stationäre Versorgung im Land verteilt sich auf 40 Standorte. Vier Standorte haben sich als Maximalversorger herausgebildet: die Uni-Kliniken in Rostock und Greifswald, die Helios Klinik in Schwerin sowie das Dietrich-Bonhoefer Krankenhaus in Neubrandenburg. 32 Prozent der Krankenhäuser weisen einen Verlust aus. 60 Prozent der Häuser erhalten einen Sicherstellungszuschlag, bundesweit sind es lediglich 6 Prozent. Besonders problematisch ist die Lage der Geburtskliniken. Die Geburtszahlen sinken kontinuierlich, wodurch kleineren Einrichtungen ein wirtschaftlicher Betrieb nicht mehr möglich ist. Aktuell gibt es in Mecklenburg-Vorpommern noch viele kleinere Standorte, die allerdings schon jetzt Schwierigkeiten haben und defizitär arbeiten.

3.2 Soziodemographische Daten der Bevölkerung und Prognosen

Mecklenburg-Vorpommern ist ein Flächenland, zählt aktuell rund 1,61 Millionen Einwohner und hat im Bundesvergleich die geringste Einwohnerdichte. Die Einwohnerzahl ist rückläufig. Mecklenburg-Vorpommern ist ein Abwanderungsland, besonders junge Frauen verlassen das Land. Auch das führt zu einer verringerten Geburtenrate. Bis 2030 soll die Einwohnerzahl bei ungebrochener Weiterentwicklung laut Prognose auf 1,58 Millionen Einwohner schrumpfen, bei gleichzeitig steigender Lebenserwartung um rund drei Jahre für die Bleibenden.

Diese demographische Entwicklung führt zum Rückgang der Zahl der Erwerbstätigen, dagegen steigt der Anteil der älteren Einwohner stetig an. Bereits jetzt ist rund ein Viertel der Einwohner älter als 65 Jahre; bis 2030 soll bei weiterer Kontinuität ein Anstieg auf ein Drittel erfolgen.

Die demografische Entwicklung wird für unser Land harte Konsequenzen haben. Die Kosten für die Gesundheitswirtschaft werden steigen und gleichzeitig die Einnahmen der Krankenkassen sinken. Das wird auch Auswirkungen auf die finanzierbare personelle Ausstattung des Gesundheitssystems haben.

Unabhängig davon müssen die Verantwortlichen sicherstellen, dass für die Zukunft die Voraussetzungen für eine gute gesundheitliche und pflegerische Versorgung der Älteren geschaffen werden müssen.

3.3 Entwicklungstrends

Das Gutachten der Firma hcb gibt im Gesundheitswesen drei wesentliche Entwicklungstrends an, die wesentlichen Einfluss auf die Struktur der Gesundheitsversorgung haben sollen. Das betrifft folgende Punkte:

- Die demographische Entwicklung führt zu einem höheren Bedarf an Angeboten für alterstypische Multimorbidität und Pflegeleistungen.
- Es wird eine zunehmende Ambulantisierung in einigen medizinischen Fachbereichen prognostiziert. Dies würde zu einem Rückgang der stationären Fälle und damit der Bettenzahlen in den Krankenhäusern führen. Dies wiederum würde bei den derzeitigen Strukturen kleinere Krankenhäuser in ländlichen Regionen in wirtschaftliche Risiken bringen.
- Aufgrund der demographischen Entwicklung, der Feminisierung des Arztberufs und geänderter Lebensgestaltung der jungen Menschen wird ein weiterer Anstieg des Fachkräftemangels prognostiziert.

4. Positionierung zu den mehrheitlich verabschiedeten Handlungsempfehlungen der Kommission

4.1 Zu Kommunikationsstrategie

Die Empfehlung, eine „Kommunikationsstrategie“ zu entwickeln, erweckt den Eindruck als bräuchte die Politik eine politische Propaganda, die das Ziel hat, den Patienten und den Versicherten eine Verschlechterung der Versorgungssituation als Erfolg zu verkaufen.

Hätte die Politik ihre Hausaufgaben gemacht, würde die Bevölkerung eine Verbesserung der Situation spüren und es bräuchte keine unnütze mediale Propaganda.

Gute Politik läuft auch ohne teure Aufklärungskampagnen, weil sie selbsterklärend ist und ihr der Erfolg Recht gibt. Nur schlechte Politik muss durch manipulative Medienkampagnen schönegeredet werden.

Sofern es also im Bereich der medizinischen Versorgung einer Kommunikationsstrategie bedarf, sollte diese darin bestehen, die Kommunikation zwischen Patienten und medizinischem Personal zu verbessern.

4.2 Zu Patientenorientierung

Die Gesundheit ist das oberste Gut des Menschen. Gemäß dem vom Weltärztebund im Oktober 2017 verabschiedeten modernisierten ärztlichen Gelöbnis (1) stellt jedes Mitglied der ärztlichen Profession sein Leben in den Dienst der Menschlichkeit und wahrt den höchsten Respekt vor menschlichem Leben. Die Autonomie und Würde der Patienten sollten stets respektiert werden.

Darüber hinaus wird ausgeführt:

„Ich werde nicht zulassen, dass Erwägungen von Alter, Krankheit oder Behinderung, Glaube, ethnischer Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politischer Zugehörigkeit, Rasse, sexueller Orientierung, sozialer Stellung oder jeglicher anderer Faktoren zwischen meine Pflichten und meine Patientin oder meinen Patienten treten.

Ich werde die mir anvertrauten Geheimnisse auch über den Tod der Patientin oder des Patienten hinaus wahren.

Ich werde meinen Beruf nach bestem Wissen und Gewissen, mit Würde und im Einklang mit guter medizinischer Praxis ausüben.

Ich werde die Ehre und die edlen Traditionen des ärztlichen Berufes fördern. Ich werde meinen Lehrerinnen und Lehrern, meinen Kolleginnen und Kollegen und meinen Schülerinnen und Schülern die ihnen gebührende Achtung und Dankbarkeit erweisen.

Ich werde mein medizinisches Wissen zum Wohle der Patientin oder des Patienten und zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung teilen.

Ich werde auf meine eigene Gesundheit, mein Wohlergehen und meine Fähigkeiten achten, um eine Behandlung auf höchstem Niveau leisten zu können. Ich werde, selbst unter Bedrohung, mein medizinisches Wissen nicht zur Verletzung von Menschenrechten und bürgerlichen Freiheiten anwenden.

Ich gelobe dies feierlich, aus freien Stücken und bei meiner Ehre.“

Diese Ausführungen sollten als ethische Richtlinie die Grundsätze medizinischen Handelns maßgeblich beeinflussen. Leider stoßen die Akteure im Gesundheitswesen beim Versuch diese Maßgaben umzusetzen regelmäßig an Grenzen - Grenzen, die sich aus den personellen, zeitlichen und finanziellen Ressourcen ergeben.

Was sind die derzeitigen Herausforderungen im bestehenden Gesundheitswesen und wie kann man diese im Sinne des Patienten bewältigen?

Die objektiven Patienteninteressen mit Blick auf die Gesundheitsversorgung lassen sich mit drei Forderungen beschreiben:

1. Leichter und ggf. schneller Zugang zum Arzt bzw. zu diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen,
2. qualitativ hochwertige medizinische Versorgung,
3. geringe Kosten bzw. gutes Preis/Leistungs-Verhältnis.

Diese Forderungen haben z. T. gegensätzlichen Charakter und beinhalten Zielkonflikte, wie sie auch im Bericht der Kommission im Teil C beschrieben sind. Dort werden die o.g. Punkte als Zielkonflikt „Qualität - Erreichbarkeit - Finanzierung“ beschrieben, der durch Kompromiss zu lösen ist.

Die AfD-Vertreter bekennen sich zu den o. g. objektiven Patienteninteressen und den ethischen Prinzipien der Ärzte. Der o. g. Konfliktausgleich hat durch die Gesundheitspolitik zu erfolgen.

Wir können allerdings einer Behandlung von Symptomen (organisatorische und strukturelle Mängel) nichts abgewinnen, wenn die Ursachen dieser Symptome nicht abgestellt werden.

Dies betrifft z. B. den Vorschlag der Kommission, Lotsen im System der gesundheitlichen Versorgung einzusetzen, „...um den Weg durch ein immer komplizierter werdendes System der gesundheitlichen Versorgung zu finden...“. Hier wird die vermeintliche Lösung vorweggenommen, ohne über die eigentlichen Ursachen und Herausforderungen nachzudenken: Wie kann die vorherrschende Intransparenz im Gesundheitswesen reduziert werden, um die Orientierung der Versicherten zu vereinfachen? Wie kann man den Versicherten Behandlungsoptionen und -alternativen leichter zugänglich machen und ihnen damit die eigene Entscheidungsfindung erleichtern?

Im Folgenden sind einige Ansätze genannt:

- Die Qualität der Krankenkasse (anhand von Leistungsspektrum, präventivem Ansatz, Ablehnungsquoten, Feedback von Versicherten) sollte erfasst und für die Patienten transparent und verständlich dargestellt werden. Krankenkassen, die im Sinne des Patienten arbeiten, werden bei der Kundenzufriedenheit besser abschneiden.
- Auf bereits vorhandene, beratende Stellen (Ärzte, Ärztekammern, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, Krankenkassen) sollte öffentlich verstärkt aufmerksam gemacht werden)
- Prüfung der vorhandenen Leistungserbringer, ob diese durch neue Anreize (Aufwertung koordinierender Funktionen, Schaffung entsprechender Abrechnungspositionen) multimorbide Patienten besser betreuen können. Dies sollten bevorzugt Leistungserbringer sein, die aufgrund der individuellen Krankengeschichte des Patienten sowieso bereits in Kontakt mit diesem stehen.

Der pauschal verlangte Einsatz von Patientenlotsen wird von den AfD-Vertretern abgelehnt, da erst alle bereits vorhandenen Möglichkeiten genutzt werden sollten, bevor mit den „Lotsen“ ein kostspieliges und in der Wirksamkeit ineffizientes Instrument eingesetzt wird.

Eine „Unabhängigkeit“ des Patientenlotsen im Vergleich zu Ärzten oder Krankenkassen ist nur scheinbar gegeben, da Patientenlotsen für die Begleitung des Patienten ebenfalls vergütet werden und über den Eingriff in das Vergütungsmodell beeinflusst werden könnten.

Es bedarf keiner zusätzlichen Patientenfürsprecher, Patientenbeauftragten, Patientenbeschwerdestellen oder Interessenvertretungen.

Zum Qualitätsbegriff

Ergebnisqualität ist als wichtige Steuerungsgröße zu etablieren! Anstatt wie bisher nur die Menge der erbrachten Leistungen als wesentliches Qualitätsmerkmal zu berücksichtigen, sollten Erkenntnisse zum tatsächlichen Behandlungserfolg zur Bewertung und Klassifizierung medizinischer Strukturen verwendet werden.

4.3 Zu Menschen mit Behinderung

Bereits heute werden Menschen mit Behinderung in Mecklenburg-Vorpommern umfassend medizinisch betreut. Besonderheiten, die im Vergleich zu Patienten ohne Behinderung zu Einschränkungen im Zugang zu Maßnahmen, Diensten und Angeboten der medizinischen Versorgung führen können, haben verschiedene Ursachen:

Barrierefreier Zugang zu medizinischen Einrichtungen

Auch wenn der Anteil der barrierefreien bzw. zumindest barrierearmen medizinischen Einrichtungen in den letzten Jahren stetig anstieg, ist es nicht allen medizinischen Dienstleistern möglich, ihre Einrichtung umbauen zu lassen. Der Hauptgrund sind die extrem teuren Umbaukosten, die laut einem von der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KBV und KZBV) in Auftrag gegebenen Gutachten häufig im sechsstelligen Bereich liegen⁶.

Das sind Kosten, die durch die ärztliche und zahnärztliche Vergütung in keiner Weise gedeckt und durch die Praxen schwer zu stemmen sind.

KBV und KZBV haben bereits vor Jahren die Politik darum gebeten, ein Förderprogramm der Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW) aufzulegen, mit dem Ärzte und Zahnärzte finanziell unterstützt werden können. Wir fordern die Landesregierung auf Förderprogramme zu entwickeln, damit die vom Gesetzgeber geforderte Umbaumaßnahmen zur Herstellung der Barrierefreiheit in niedergelassenen Praxen vom Land übernommen werden.

Schwierigkeiten, die sich aus der Komplexität/Heterogenität der Patientengruppe ergeben

Die Patientengruppe ist äußerst heterogen, da die Ursachen für die vorliegende Behinderung oder den Behinderungskomplex multifaktoriell bedingt sein können. Daher können allgemeine medizinische Handlungsgrundsätze und -empfehlungen dieser Gruppe nicht immer gerecht werden. Diagnose- und Therapiekonzepte müssen teilweise stark individualisiert werden.

Die Forderung nach einem Einbau von Weiterbildungsangeboten in alle Formen der fachlichen Bildung unterstützen wir ebenso wie die Forderung nach einer angemessenen Vergütung des durch die Behandlung und Versorgung von Patienten mit Behinderung entstehenden Mehraufwandes.

Kompetenzzentrum für Barrierefreiheit

Ein eigenes Kompetenzzentrum für Barrierefreiheit lehnen wir ab, da dadurch weitere, zusätzliche Kosten in unbekannter Höhe entstehen. Die Gelder werden bei der Erfüllung des zuvor genannten Punktes (Barrierefreiheit in allen medizinischen Einrichtungen) dringender benötigt.

Die Forderung, dass die Bildungsangebote für alle im medizinischen System Beschäftigten zusätzlich zum medizinischen Bereich auch Themen wie Antidiskriminierung, Barrierefreiheit und Selbstbestimmungsrechte umfassen, unterstellt, dass hier ein deutlicher Nachholbedarf bestünde. Dies können wir nicht bestätigen.

4.4 Zu Versorgungsplanung

Die Enquetekommission empfiehlt, aus Sicht der AfD-Vertreter, den Einstieg in eine umfassende zentralisierte Planwirtschaft für sämtliche medizinische Leistungsfelder und dies sektorenübergreifend (Allgemeinmedizin, Pflege, Therapie, Altersmedizin, Altenpflege, Rettungswesen, Öffentlichen Gesundheitsdienst und Prävention). Dazu sollen alle 3-4 Jahre alle Versorgungsbedarfe identifiziert und mit den Angeboten abgeglichen werden. Diese Daten sollen zudem dem Clustermodell zugeordnet werden. Diesen Ansatz halten wir derzeit nicht für ausreichend plausibel.

Die AfD-Vertreter hatten in einem eigenen Antrag (K Drs.7/50) eingebracht, wonach die bisher dezentral bei den Krankenkassen vorliegenden Daten medizinischer Versorgungsbedarfe, für eine medizinische Versorgungsplanung zusammengeführt werden sollen, gegebenenfalls auch sektorenübergreifend. Mit diesen Daten können langfristige strategische Planungen, insbesondere investiver und struktureller Art, vorgenommen werden. Unabhängig davon halten wir allerdings eine ständige Situationsbeobachtung durch die Akteure vor Ort für erforderlich und wichtig. Denn nur dies ermöglicht, schnell auf regionale Entwicklungen des Krankheitsgeschehens operativ zu reagieren.

4.5 Zu Clusterkonzept und Regionalbudgets

Das Clusterkonzept spielt in den Handlungsempfehlungen der Enquetekommission eine zentrale Rolle. Sie empfiehlt sinngemäß (siehe Bericht der Enquetekommission, Pkt. D):

- Die Clusterbildung soll in der Landeskrankenhausplanung festgeschrieben werden und so der rechtliche Rahmen zukünftiger Versorgungscluster geschaffen werden.
- Die Planung soll auf vier Versorgungs-Cluster in Mecklenburg-Vorpommern ausgerichtet werden

- Die Investitionsförderung soll auf Einrichtungen, Unternehmungen, Initiativen und Projekte ausgerichtet werden, die sich in den gebildeten Versorgungs-Clustern engagieren.
- Trägerübergreifende Kooperationen sollen die Grundlage regionaler Cluster bilden.
- Mecklenburg-Vorpommern soll Cluster-Regionen zur Erprobung neuartiger sektorübergreifender Versorgungsmodelle etablieren und dort auch sektorenübergreifende neuartige Vergütungsmodelle erarbeiten.
- „Als „Pilot-Cluster“ wird die „Focus-Region“ Greifswald/Wolgast/Usedom vorgeschlagen.

Die Vorteile und der Sinn der Cluster-Struktur sind aus Sicht der AfD-Vertreter in der Kommissionsarbeit in keiner Weise hinreichend erörtert und dargelegt worden. In der Argumentation der Befürworter (Vertreter der Universitätsmedizin) wurde auf gute Erfahrungen aus der Coronapandemie verwiesen, ohne dass diese näher dargelegt wurden. Aus den schriftlichen Darlegungen des Gutachtens der Firma hcb und des Kommissionsberichtes lässt sich entnehmen, dass die Versorgungs-Cluster regionale Versorgungsstrukturen abbilden und die Überwindung der sektoralen Grenzen erreichen sollen. Wesentlicher Bestandteil der Cluster sollen Gesundheitszentren/Integrierte Gesundheitszentren sein. Diese sollen sich aus ehemaligen Krankenhäusern bilden, denen stark sinkende Fallzahlen und geringerer Bettenbedarf aufgrund zunehmender Ambulantisierung der therapeutischen Verfahren prognostiziert werden (siehe Gutachten hcb). Das Clusterkonzept stellt sich aus bisheriger Sicht als stark krankenzentrierte Sichtweise dar. Welche medizinischen Versorgungsprobleme mit den neuen Strukturen behoben werden sollen und welche Vorteile die Befürworter für die einzelnen medizinischen Versorgungsbereiche sehen, bleibt im Ungewissen oder wird nicht deutlich genug benannt. Bereits jetzt gibt es bei den Krankenhäusern die Klassifizierung nach Maximalversorger und Grund- und Regelversorger. Darüber hinaus gibt es zehn Fachkliniken in M-V.

Der Einstieg in den ambulanten Versorgungsbedarf ist bereits jetzt über „Ermächtigungen“ und die „Medizinischen Versorgungszentren“ (MVZ) von Trägerkliniken gegeben.

Aus Sicht der AfD-Vertreter sind derzeit die Vorteile der geplanten Cluster-Struktur nicht hinreichend dargelegt, so dass folgende potentielle Nachteile und Risiken nicht gerechtfertigt erscheinen:

- Schaffung zusätzlicher kostenintensiver Hierarchie- bzw. Verwaltungsebenen (geplant sind „Regionalkonferenz“, „sektorenübergreifendes Gremium“, „regionale Vorbereitungs- und Steuerungsgruppe“, „Clustermanagement“, „Nachwuchsmanagement“).
- Zentrale, regionale Steuerung der Patientenströme mit faktischer Einschränkung der Wahlmöglichkeit der Patienten und unzureichendem Mitspracherecht der betroffenen Leistungserbringer.
- Zentrale, regionale Planung der Versorgungsangebote unter Berücksichtigung des Deprivationsindex (Entbehungsindex), d. h. keine Angebote seltener Versorgungsbedarfe.

Die Clusterstruktur ist die Transformation der bekannten, bewährten Versorgungsstruktur in eine neue unerprobte medizinische Versorgungsstruktur.

Derart gravierende Veränderungen bedürfen einer ausreichenden Handlungsmotivation und einer guten, evidenzbasierten, argumentativen Grundlage. Diese ist bisher nicht hinreichend gegeben, sodass wir dem Vorschlag bislang nicht folgen können.

Regionalbudgets:

Die Enquetekommission sieht richtigerweise, dass regionale Clusterstrukturen mit sektorenübergreifender Leistungserbringung neue Finanzierungsmodelle benötigen. Die von der Enquetekommission indirekt in Aussicht gestellten „Regionalbudgets“ sind bisher sehr umstritten. Regionalbudgets stellen im Grunde eine Ausweitung der derzeit bereits in der ambulanten Patientenversorgung geltenden Budgetierung auf die gesamte Gesundheitsversorgung einer Region dar.

Alle Leistungserbringer konkurrieren um das zentral festgelegte „Regionalbudget“. Die Vergütungssätze für die verschiedenen Leistungsanbieter in verschiedenen Regionen können dabei voneinander abweichen. Was ergibt sich daraus für die Wahlfreiheit der Patienten? Mit der Etablierung eines Regionalbudgets wechselt das wirtschaftliche Risiko, z. B. aufgrund einer veränderten Bevölkerungsmorbidität, von den finanzierenden Krankenkassen zu den Leistungsanbietern. Geradezu makaber ist, dass damit der Anreiz für die Leistungserbringer steigt, teure Therapien zu vermeiden.

Die AfD-Vertreter haben einen eigenen Antrag (K Drs. 7/48) eingereicht, der die Landesregierung auffordert sich für eine Neugestaltung der Vergütungsregeln einzusetzen. Die neuen Regeln sollen eine klare Trennung der Abrechnung verschiedener Leistungsbereiche (ärztliche und nichtärztliche, pflegerische, sonstige Dienstleistung, Prävention) ermöglichen und zudem unabhängig vom Ort der Erbringung dieser Leistungen sein. Gleiche ärztliche Leistungen würden gleich vergütet, unabhängig davon, ob diese in der Ambulanz oder im Krankenhaus erbracht würden. Zusätzliche Leistungsbereiche, wie Pflege, nichtärztliche Heilleistungen, Präventions- und Infrastrukturleistungen würden zusätzlich abgerechnet werden müssen. Diese Vergütungsregeln könnten umgehend zu einer bedarfsgerechten und sektorenübergreifenden medizinischen Versorgung führen. Sie würde variable, wirtschaftlichere Prozessgestaltung ermöglichen, auch für den Patienten. Diesem Vorschlag folgte die Mehrheit der Enquetekommission leider nicht.

4.6 Zu Telemedizin

Die Enquetekommission sieht im Einsatz der Telemedizin die Chance, der Verknappung personeller Ressourcen in der medizinischen Versorgung entgegenzuwirken und mit ihrer Hilfe „fachärztliche und konsiliarische Expertise zeit- und ortsunabhängig zur Verfügung zu stellen.“ (Kommissionsbericht, Pkt. D). Dazu sollen ein „Telemedizinisches Zentrum“ und ein „multidisziplinäres Netzwerk“ geschaffen werden, die durch eine „Digitalisierungsplattform“ vereint werden sollen.

Die Enquetekommission favorisiert Projekte, wie „Landrettung“, „Apotheke plus“ und hat den Plan Rettungsdienste und Krankenhäuser bzw. Gesundheitszentren telemedizinisch zu vernetzen.

Die AfD-Vertreter sehen den Einsatz der neuen digitalen Technologien in der medizinischen Versorgung unseres Volkes ebenfalls positiv. Allerdings sehen sie in einer Modernisierung keinen Selbstzweck, sondern die Telemedizin muss einen konkreten medizinisch qualitativen und/oder gesundheitsökonomischen Vorteil erkennen lassen. Der Vorteil beim Einsatz telemedizinischer Technologien muss dabei für den Patienten höher zu bewerten sein als das etwaige Risiko.

Wir halten die im Gutachten formulierte Devise „digital vor ambulant vor stationär“ für teilweise fragwürdig. Denn die Telemedizin kann die ärztliche Tätigkeit derzeit lediglich unterstützen, aber keineswegs ersetzen.

Grundsätzlich sprechen sich die AfD-Vertreter für einen evidenz- und bedarfsorientierten Ausbau der Telemedizin aus. Das bedeutet, dass die Akteure vor Ort am ehesten einschätzen können, welchen Nutzen für die örtliche medizinische Versorgung telemedizinische Komponenten haben könnten. Dieser Nutzen sollte nachhaltiger Natur und patientenorientiert sein.

Dazu sind den Leistungserbringern potenzielle telemedizinische Hilfsdienste anzubieten und der medizinische und/oder wirtschaftliche Nutzen darzulegen. Initiativen junger Unternehmen auf diesen Gebieten sind zu unterstützen. Das könnte ureigenste Aufgabe der vom Land geförderten BioCon Valley GmbH sein.

Wir brauchen produktive Umsetzer von Ideen und nicht zusätzliche „Wasserkopf-Institutionen“, wie einen „Telemedizinbeirat“.

Wir halten derzeit auch eine „Apotheke plus“ mit einer medizinischen Assistentin im Hintergrund als angedachten Hausarztersatz in ländlichen Regionen für unrealistisch. Apotheken können nur im Umfeld niedergelassener Ärzte existieren. Nichtsdestotrotz sollen unseres Erachtens die verantwortlichen Akteure vor Ort entscheiden können, ob niederschwellige medizinische Angebote (z. B. Blutdruckmessung für Ältere u.ä.) auch in der Apotheke angeboten werden. Gegebenenfalls sind auch telemedizinische Angebote für ältere Patienten in Ausnahmefällen denkbar. Dies sollte von den Kostenträgern in Abhängigkeit von den örtlichen Gegebenheiten auf Antrag der Leistungsanbieter entschieden werden können.

4.7 Zu Kurzzeitpflege im Krankenhaus

Die Enquetekommission will die Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege in Krankenhäusern zukünftig ermöglichen. Dazu ist rechtlich die Möglichkeit einer spezifischen Abrechnung zu schaffen. Die AfD hatte sowohl im Plenum als auch in der Kommission ähnlich lautende Anträge (Drs. 7/5944 und K Drs. 7/49) gestellt, die in beiden Gremien mehrheitlich abgelehnt wurden.

4.8 Zu Sicherung Fachkräftebedarf

Der allgemein beklagte Fachkräftemangel ist auch im Gesundheitswesen eine Tatsache, die ihre Ursachen hat, welche aber nicht hinreichend analysiert werden. Sie gehen zurück auf die von Horst Seehofer (CDU) und Ulla Schmidt (SPD) zu verantwortende Gesundheitspolitik der 90er-Jahre, die eine reine Kostendämpfungspolitik war, mit Einführung von Budgets, Regressen, Zulassungsbeschränkungen, DRG's und einer politisch medialen Diskreditierung, insbesondere der Ärzte.

Noch in der Mitte der 90er-Jahre gingen „Experten“ von 60 000 arbeitslosen Ärzten zur Jahrtausendwende aus. Entsprechend unwürdig war der Umgang mit dem ärztlichen Nachwuchs. Durch die Schließung der Polikliniken im Osten fielen die Weiterbildungsstellen ganzer Jahrgänge angehender Allgemeinmediziner ersatzlos weg, die uns heute schmerzlich fehlen.

Trotz dieser Politik haben wir heute im ambulanten fachärztlichen Bereich keinen nennenswerten Ärztemangel, sondern eher eine inhomogene Verteilung der vorhandenen Kapazitäten. Auch im ambulanten hausärztlichen Bereich droht keine Unterversorgung, derzeit sind nur ca. 10 Prozent der freien Hausarztstellen unbesetzt. Zwar wird in den nächsten Jahren ein hoher Prozentsatz der derzeit tätigen Haus- und Fachärzte in den Ruhestand gehen. Es wachsen aber ebenso junge Ärzte nach.

Im Gegensatz zur landläufigen Behauptung (auch im Gutachten der hcb-GmbH) gibt es keine grundsätzliche Tendenz junger Ärzte, die eigenverantwortliche Tätigkeit in einer Niederlassung zu meiden. Dies mag vielleicht auf die Berufseinsteiger nach dem Studium zutreffen, besitzt aber keinen allgemeingültigen Aussagewert.

Die Förderung der allgemeinmedizinischen Facharztweiterbildung durch die KV in den ambulanten Arztpraxen trägt nämlich erste Früchte. Es gilt, auch die Weiterbildung im fachärztlichen Bereich in den ambulanten Arztpraxen durchzuführen und in die Weiterbildungsordnungen zu integrieren und natürlich finanziell sicherzustellen. Dadurch kann der beim ärztlichen Nachwuchs nach wie vor mehrheitlich vorhandene Wunsch zur freiberuflichen Berufsausübung verstetigt und unterstützt werden. Positiv wirken sich schon jetzt die Etablierung von Lehrstühlen für Allgemeinmedizin an den Universitäten und die Durchführung von studentischen Praktika in ambulanten Lehrpraxen aus.

Der auch im ambulant ärztlichen Bereich weit verbreitete Wunsch nach kollegialer Zusammenarbeit sollte durch die Förderung von Gemeinschaftspraxen, MVZ oder lokalen Ärztenetzen unterstützt werden. Diese könnten auch die Versorgungsverantwortung für ganze Regionen übernehmen, indem z. B. an bisher unwirtschaftlichen Standorten in Gemeindegesundheitszentren Sprechstunden angeboten werden. Die AfD-Vertreter hatten dazu einen eigenen Antrag (K Drs. 7/51) eingereicht, der keine Mehrheit fand.

Im stationären Bereich ist heute die Zahl der tätigen Ärzte so hoch wie nie zuvor in der Geschichte Deutschlands. Dies wurde erforderlich durch eine immer weiter zunehmende Spezialisierung in den einzelnen Fachrichtungen, den medizinisch-technischen Fortschritt und nicht zuletzt durch die Arbeitszeitgesetzgebung, die die wöchentliche Arbeitszeit strikt begrenzt.

Kurzfristig konnte der Mangel nur durch Anwerbung ausländischer Fachkräfte behoben werden. Dies ist jedoch aus ethisch moralischer Sicht ein sehr bedenkliches Vorgehen, da Deutschland eine der höchsten Arztdichten weltweit aufweist, und die angeworbenen Fachkräfte in der Regel aus Ländern mit deutlich geringerer Arztdichte kommen. Die soziale und gesundheitspolitische Situation in den Heimat- und Ausbildungsländern dieser Ärzte wird durch diese „Kannibalisierungspolitik“ zusätzlich verschärft. Es stellt sich auch die Frage, wer eigentlich die Ausbildungskosten dieser angeworbenen Ärzte dem Heimatland erstattet?

Die hohe Ablehnungsquote für Bewerber zum Medizinstudium in Deutschland zeigt, dass es mehr Interessenten als Studienplätze gibt.

Notwendig wäre die moderate Erhöhung des Studienplatzangebotes in Deutschland, wenn wir das Gesundheitswesen politisch in dieser Form gestalten wollen. Dabei muss auch an eigenfinanzierte Studienmodelle gedacht werden. Einzelne Projekte gibt es bereits, wie z. B. die private Medizinische Hochschule Brandenburg oder die Medical School Hamburg in Zusammenarbeit mit den Helios Kliniken Schwerin.

Aber auch durch Umstrukturierung der bestehenden Krankenhauslandschaft könnten im System genug Fachkräfte mobilisiert werden, sowohl im ärztlichen, als auch im pflegerischen Bereich. Das betrifft vor allem kleinere und wirtschaftlich problematische Häuser in ländlichen Regionen. Ähnlich wie die Enquetekommission, können wir uns für Bedarfsregionen vorstellen, diese Häuser in Gesundheitszentren zu überführen. Der stationäre Standort würde für eine Grundversorgung erhalten bleiben (ggf. mit mobiler Ärztebetreuung) und gleichzeitig um Angebote für Bedarfe in der Geriatrie, Palliativmedizin, Kurzzeitpflege (auch für Kinder) erweitert. Auch Gemeindegesundheitszentren mit KV Notarztpraxis und angeschlossener Rettungsstelle könnten integriert werden. Wir hatten unsere Vorstellungen in einem eigenen Antrag (K Drs. 7/51) vorgelegt, der mehrheitlich abgelehnt wurde.

4.8.1 Neue Berufsbilder (Fallmanager und Patientenlotsen)

Die vorgestellten neuen Berufsbilder wie „Fallmanager“ und „Patientenlotsen“ werden keinen wesentlichen Beitrag zur „Sicherung des Fachkräftebedarfs“ leisten können. Zum einen sind sie inhaltlich, d. h. substanziell unzureichend definiert. Üblicherweise entwickeln sich neue Tätigkeitsfelder aus einem Bedarf heraus. Dieser Bedarf kann von den Befürwortern nur unzureichend dargestellt werden. Sollten Akteure oder eine Einrichtung einen solchen Bedarf definieren und wirtschaftlich darstellen können, so wäre nichts dagegen einzuwenden. Doch dieser Beweis steht aus. Bisher erscheinen den AfD-Vertretern diese neuen Berufsbilder als zusätzliche Belastung der Gesundheitsökonomie. Sie sind unökonomisch und daher abzulehnen. Die dafür notwendigen Mittel sind an anderer Stelle sinnvoller und effektiver einzusetzen.

Schon heute leisten die Mitarbeiterinnen in den Arztpraxen hervorragende Arbeit als „Patientenlotsen“ und „Fallmanager“, dafür braucht es keine neuen Berufe. Zudem gibt es bereits die erfolgreich erprobten Modellprojekte „Schwester Agnes“ oder VERAH.

AGNES steht für „Arztentlastende, gemeindenahe, E-Health-gestützte, systemische Intervention“ und **VERAH** für „Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis“. Diese erfolgreichen Projekte werden mittlerweile auch auf Facharztpraxen ausgeweitet.

Dazu bedarf es aber einer hinreichend finanziellen Ausstattung des mittelständischen Unternehmens „Arztpraxis“, damit die gesellschaftlich gewünschten und geforderten Aufgaben direkt am Patienten gut erfüllt werden können.

4.9 Zu Prävention

Prävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die alle Lebensbereiche betrifft. Tatsächlich ist die Prävention von vermeidbaren Erkrankungen und Todesfällen in vielen Bereichen der deutschen Medizin bisher nur durchschnittlich bis unterdurchschnittlich ausgeprägt. Lediglich in der Zahnmedizin gibt es eine gegenläufige Entwicklung.

Der präventive Charakter im Gesundheitswesen muss stärker entwickelt werden. Ganz oben stehen dabei Ernährungsberatung und gesunde Lebensführung.

Prävention und Gesundheitsförderung müssen evidenzbasiert erfolgen, d. h. Wirksamkeit und Sicherheit gesundheitspräventiver Maßnahmen müssen belegbar und nachweisbar sein.

Es ist anzustreben, dass Gesundheitsberatung und Präventionsmaßnahmen unter bestimmten Voraussetzungen abrechenbare Leistungen darstellen.

Unabhängig davon sind die vorhandenen Strukturen (Schulen, Hausärzte, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Apotheken, Sportvereine) besser zu nutzen.

4.10 Zu Geburtshilfe

Die Enquetekommission hatte den Gutachter (hcb) aus gegebenem aktuellem Anlass gebeten, eine separate Analyse der Versorgungssituation in Frauenheilkunde und Geburtshilfe in Mecklenburg-Vorpommern vorzunehmen. Die Ergebnisse (Gutachten hcb, Abschnitt 4.2.3.) legen dar, dass das Land bislang über 17 (Rostock 2) gynäkologische und geburtshilfliche Standorte (Krankenhäuser) verfügt, von denen einer (Crivitz) 2020 geschlossen wurde. Die Verteilung über die Fläche ist weitgehend homogen. Die ggf. erforderliche Fahrzeit (PKW) bis zum nächsten Standort beträgt bis zu 40 min. Viele Leistungen werden in kleinen bis mittelgroßen Abteilungen erbracht. Das Gutachten (hcb) bewertet aufgrund einer früheren Studie (Augursky et. al. 2014) „die Abteilungsgröße als zentralen Bewertungsfaktor, sowohl für die Versorgungsstabilität als auch für die Möglichkeit, die Vorhaltekosten zu erwirtschaften und ausreichend Fachkräfte akquirieren zu können“ (Gutachten hcb, S. 64). Ein großer Teil der kleinen Anbieter fällt demnach für etliche Leistungskategorien unter die Bewertungskategorie „kritisch“.

Grundsätzlich gilt die Aussage „Schwangerschaft und Geburt sind keine Erkrankungen“. Sie sind Teil des normalen menschlichen Lebens. Unabhängig davon stellt die Geburt eine besondere Risikosituation für Mutter und Kind dar, die durch Vorsorge möglichst klein gehalten werden muss. Deshalb ist die Geburt unter ärztlicher Hintergrundbereitschaft in einem Krankenhaus bewährte Praxis in Deutschland. Daran sollte festgehalten werden.

Die Mitglieder der Enquetekommission bekannten sich in ihrem Bericht zu den allgemeinen Aussagen wie z. B. wohnortnahe und hochqualitative geburtshilfliche und pädiatrische Versorgung. Sie setzten sich aber leider nicht mit den Zielkonflikten (Wirtschaftlichkeit, Fachkräftemangel, Mindermengen) auseinander. Diese Aufgabe wurde einem noch zu berufenen „Expertengremium“ zugeordnet, welches in 24 Monaten ein Lösungskonzept vorlegen soll. Ein solches Fazit der Enquetekommission ist inkonsequent und wird der akuten, schwierigen Versorgungssituation nicht gerecht. Die AfD-Vertreter kritisieren diese Lösung ausdrücklich.

Dringend notwendig ist die schnelle, nachhaltige Sicherstellung von Geburtshilfe und pädiatrischer Versorgung in allen Landesregionen, verbunden mit einer rechtzeitigen Risikodifferenzierung. Jede Infragestellung existierender Standorte verunsichert die junge Elterngeneration und die Fachkräftestabilität.

4.11 Zur Bildung einer Regierungskommission

Die AfD-Vertreter hatten in den Sitzungen der Enquetekommission mehrfach darauf hingewiesen, dass die zahlreichen Empfehlungen der Enquetekommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“ aus der 6. Legislaturperiode nur in zwei Fällen in die politische Praxis Eingang gefunden haben. Deshalb wäre die Berücksichtigung der Kosten/Nutzen-Relation der Kommissionsarbeit stets zu berücksichtigen.

Damit den Ergebnissen der aktuellen Kommission nicht das gleiche Schicksal widerfährt, hat die jetzt agierende Kommission für die nächste Legislaturperiode die Einsetzung einer Regierungskommission empfohlen. Diese soll die Umsetzung der nun vorliegenden Empfehlungen gewährleisten.

Die AfD-Vertreter erkennen an, dass die Kommission den negativen Erfahrungen mit den Ergebnissen aus „Älter werden in M-V“ entgegenwirken möchte.

Trotzdem halten wir die Empfehlung, eine Regierungskommission für die Umsetzung einzusetzen, für voreilig und nicht gerechtfertigt. Die Empfehlungen der Kommission stellen im Grunde einen Systemwechsel in der Gesundheitsversorgung dar. Zwar soll der Wechsel zunächst erst in einer Pilotregion „Greifswald/Wolgast/Usedom“ erprobt werden. Unseres Erachtens sind die Vor- und Nachteile und die Auswirkungen dieses Systemwechsels in den wenigen Monaten Kommissionsarbeit in keiner Weise ausreichend erörtert worden. Eine solche schwerwiegende strategische Entscheidung muss dem nächsten, d. h. der achten Legislatur vorbehalten bleiben. Das für Gesundheit zuständige Ministerium hat es in der Hand, entsprechende Aktivitäten zu entfalten.

5. Fazit

Die Vertreter der AfD in der Enquetekommission können etliche der Darlegungen im Kommissionsbericht, insbesondere einige der Handlungsempfehlungen, nicht mittragen. Dies ist der Grund für das ablehnende Abstimmungsverhalten und die Veranlassung, ein eigenes Sondervotum zu erstellen.

E.2 Sondervotum der von der Fraktion DIE LINKE benannten Kommissionsmitglieder

Torsten Koplín (MdL) und Dr. Wolfgang Weiß (MdL) haben gemeinsam folgendes Sondervotum zu den Handlungsempfehlungen abgegeben:

Die in der Enquete-Kommission beschlossenen Handlungsempfehlungen sind aus Sicht der Fraktion DIE LINKE höchst anspruchsvoll und notwendig, bedürfen jedoch einiger Ergänzungen. Zudem erfordert ihre Umsetzung den unbedingten politischen Willen des Landtags der 8. Wahlperiode. Einige der Handlungsempfehlungen erfordern auch die Änderung bundesgesetzlicher bzw. untergesetzlicher Regelungen, für die sich die künftige Landesregierung engagiert einsetzen muss.

Elementar für die Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg- Vorpommern, aber auch bundesweit, ist die Abkehr von einer langanhaltenden Entwicklung der Kommerzialisierung des Gesundheitswesens.

Seit der Aufhebung des Selbstkostendeckungsprinzips mit der Reform des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vom 10. April 1991 müssen auch Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan des jeweiligen Bundeslandes aufgenommen sind, als Wirtschaftsunternehmen agieren. Anteilseigner privatwirtschaftlicher Krankenhäuser haben Renditeansprüche, deren Höhe bei Krankenhäusern bislang nicht begrenzt ist. Renditen von zehn und mehr Prozent sind in Deutschland keine Ausnahme. Gelder der Versicherungsgemeinschaft gelangen durch den ungebremsten Renditeanspruch in die Taschen von Kapitaleignern. Sie stehen der Gesundheitsversorgung dann meist nicht mehr zur Verfügung. Renditen oberhalb der Steigerungsrate des Bruttoinlandsprodukts verringern den gesellschaftlichen Verteilungsspielraum und vergrößern soziale Ungleichheit. Krankenhäuser sind jedoch Teil des Sozialstaates. Ihr Zweck darf nicht die Gewinnmaximierung, sondern muss die flächendeckende, bedarfsgerechte und möglichst wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung mit notwendigen Gesundheitsleistungen sein.

Die DRG-Systemeinführung hat einerseits eine Optimierung der Prozesse und eine höhere Transparenz mit sich gebracht, andererseits führte sie zu einer Leistungsverdichtung in den Krankenhäusern, hat falsche Anreize gesetzt und den Kostendruck noch weiter erhöht. So wurde einer weitergehenden Kommerzialisierung der Weg bereitet. Die Behandlung der Patienten wird bepreist und der komplexe Prozess auf die mehr oder weniger notwendigen operativen Eingriffe beschränkt.

Eine ähnliche Entwicklung zeigt sich bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten - zu wenig Zeit am und für die Patienten, hoher Kosten- und Leistungsdruck sowie zunehmende Bürokratie. In Folge dieser Entwicklung sehen immer weniger Absolventinnen und Absolventen in der selbständigen Niederlassung ihre berufliche Zukunft.

In dieser Gesamtsituation stellt die Übertragung in öffentliche Hand eine Möglichkeit dar, die medizinische Versorgung in Gesundheitszentren und Krankenhäusern, insbesondere im ländlichen Raum, sicherzustellen und zugleich Gestaltungsmöglichkeiten zur Deckung des medizinischen Versorgungsbedarfes zu eröffnen. Gute Erfahrungen der Vergangenheit haben gezeigt, dass dies möglich ist, sie wurden im Ausland kopiert und wirken in unserer Bevölkerung nach.

Die Volksvertretungen auf den verschiedenen Ebenen können auf diesem Wege mitbestimmen, welche Leistung an welchem Ort sie im Interesse der Bevölkerung und mit Blick auf die demografische Entwicklung vorhalten wollen. Dies erfordert jedoch, die Attraktivität der Arbeitsplätze zu fördern und die Sicherstellung der Leistung zu finanzieren.

Um dem möglichen, bedarfswidrigen Abbau von Standorten der medizinischen Versorgung entgegen zu wirken, ist zudem die Gründung eines Unternehmens des Landes zu prüfen, welches als Dachgesellschaft zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern dienen kann. Hierzu wären vorsorglich finanzielle Mittel in den nächsten Doppelhaushalt des Landes einzustellen. Von entscheidender Bedeutung ist für den Fall der Bildung eines Landesunternehmens, dass das Management unabhängig agieren kann und dass es zur Bereitstellung von kostendeckenden Sicherstellungszuschlägen kommt, wenn gesundheitspolitisch gewünschte Steuerungen vorgenommen werden sollen.

Geburtenstationen, Stationen für Frauenheilkunde und Abteilungen der Kinder- und Jugendmedizin haben sich in den letzten Jahren nicht nur in Mecklenburg-Vorpommern als Achillesversen bei der medizinischen Versorgung, insbesondere in Flächenländern, erwiesen.

Gleichzeitig stellen sie einen sensiblen Versorgungsbereich dar und es ergibt sich die Frage, warum in einem Kinder-, Familien- und Gesundheitsland Nummer Eins immer weniger Kinder geboren werden. Die Klärung dieser Entwicklung war nicht Aufgabe dieser Enquete-kommission, muss aber den Landtag der nächsten Wahlperiode und die nächste Landesregierung beschäftigen.

Gleichwohl gilt es, von der jetzigen Landesregierung die Umsetzung des Landtagsbeschlusses auf Drucksache 7/4555 vom 13. Dezember 2019 zu fordern. Die Schließung der Geburtenstation in Crivitz war ein weiterer tiefer Einschnitt infolge des Kostendruckes, dem sich das Krankenhaus ausgesetzt sah und der auch zu einer zusätzlichen Belastung des Personals führte, oftmals einhergehend mit sozialem Druck und Problemen in der Personalführung. An anderen Krankenhäusern mit Geburtshilfestationen sind ähnliche Entwicklungen zu verzeichnen.

Aus Sicht der Fraktion DIE LINKE ist ein Moratorium aller Krankenhausträger mit den vorgenannten Stationen, Fachabteilungen oder Kliniken erforderlich, um bis zur Vorlage einer entsprechenden Konzeption zum Erhalt der genannten Versorgungsangebote einen weiteren Abbau dieser zu vermeiden. Dazu sind gegebenenfalls auch Landesmittel einzusetzen.

Der Sicherstellung einer flächendeckenden, bedarfsgerechten und wohnortnahen medizinischen Versorgung muss die ganzheitliche Betrachtung des Menschen von der Prävention bis zur Genesung und Gesunderhaltung zugrunde liegen. Kommerzialisierung und Marktorientierung stehen dem konträr entgegen. Auch wenn dies nicht dezidiert Thema der Enquete-kommission war, erachten wir nicht nur ein Umdenken in der Gesundheitspolitik, sondern auch eine Solidarische Gesundheitsversicherung als eine nachhaltige Alternative zum derzeitigen sozialen Sicherungs- und Finanzierungssystem für unabdingbar. Dem Gedanken liegt das Solidarprinzip sowie das Sozialstaatsgebot der Artikel 20 und 28 des Grundgesetzes zugrunde. Es vereint die Gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung und umfasst alle Menschen, die in der Bundesrepublik Deutschland leben. Zuzahlungen und Zusatzbeiträge entfallen. Das Modell wird von allen Mitgliedern der Gesellschaft entsprechend ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit getragen. Dabei werden alle Einkommen herangezogen, neben den Arbeitseinkommen auch Einkünfte aus Kapital- und Unternehmensgewinnen.

Die Trennung von privater und gesetzlicher Kranken- und Pflegeversicherung wird aufgehoben. Privatversicherungen sind künftig ausschließlich freiwillige Zusatzversicherungen.

Den Überlegungen der Fraktion DIE LINKE liegt auch bei der Sicherstellung einer flächendeckenden, bedarfsgerechten und wohnortnahen medizinischen Versorgung das Grundprinzip einer solidarischen Gesellschaft zugrunde. Nur in einer solidarischen Gesellschaft, die den Zusammenhalt als Voraussetzung für eine nachhaltige Entwicklung lebt, ist eine lebenswerte Perspektive für alle Bürgerinnen und Bürger möglich.

F Literatur- und Quellenverzeichnis

Albrecht, M.; Al-Abadi, T. (2018): „Perspektiven einer sektorenübergreifenden Vergütung ärztlicher Leistungen - Vergütungsunterschiede an der Sektorengrenze und Ansatzpunkte zur Entwicklung sektorenübergreifender Vergütungsformen“, IGES Institut gmbH, Berlin.

Augurzky, B.; S. Krolop; Pilny, A.; Schmidt, C. M.; Wuckel, C. (2020), Krankenhaus Rating Report 2020: Ende einer Ära. Aufbruch ins neue Jahrzehnt. Heidelberg.

BÄK - Bundesärztekammer (2015): Telemedizinische Methoden in der Patientenversorgung - Begriffliche Verortung, online im Internet, http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Telemedizin_Telematik/Telemedizin/Telemedizinische_Methoden_in_der_Patientenversorgung_Begriffliche_Verortung.pdf, Abfrage: 19.05.2021.

Beivers, A.; Emde, A. (2020): DRG-Einführung in Deutschland: Anspruch, Wirklichkeit und Anpassungsbedarf aus gesundheitsökonomischer Sicht, in: Klauber, J.; Garaedts, M.; Friedrich, J.; Wasem, J.; Beivers, A. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2020, Berlin.

Benstetter, F.; Lauerer, M.; Negele, D.; Schmid, A. (2020): Potenziale prospektiver regionaler Gesundheitsbudgets am Beispiel spanischer und amerikanischer Erfahrungen, in: Klauber, J.; Garaedts, M.; Friedrich, J.; Wasem, J.; Beivers, A. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2020, Berlin.

Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (o. J.): Laufende Raumbbeobachtung - Raumabgrenzungen, online im Internet, <https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/forschung/raumbbeobachtung/Raumabgrenzungen/deutschland/regionen/bbsr-mittelbereiche/Mittelbereiche.html>, Abfrage: 14.12.2020.

Bundesministerium für Gesundheit (2020): Aufgaben und Organisation des Bundesministeriums für Gesundheit, online im Internet, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/aufgaben-und-organisation/aufgaben>, Abfrage: 19.05.2021.

Bundesministerium für Gesundheit (2020): Krankenhausfinanzierung, online im Internet, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhausfinanzierung.html>, Abfrage: 16.12.2020.

Bundesministerium für Gesundheit (2020): Patientendaten-Schutz-Gesetz, online im Internet, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/patientendaten-schutz-gesetz.html>, Abfrage: 19.05.2021.

Bundesministerium für Gesundheit (2020): Sofortprogramm Pflege, online im Internet, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/sofortprogramm-pflege.html>, Abfrage: 20.05.2021.

Bundesrat (2020): Antrag der Länder Mecklenburg-Vorpommern, Bremen, Sachsen-Anhalt auf „Entschließung des Bundesrates zur Herausnahme der Kinder- und Jugendmedizin sowie Kinderchirurgie aus dem Fallpauschalensystem in der Krankenhausfinanzierung“ (Drucksache 513/20).

Bundesrat (2021): Beschluss des Bundesrates. Gesetz zur Modernisierung des Personenbeförderungsrechts (Drucksache 200/21). 26.03.2021.

Deutsches Ärzteblatt (2020): Bundesrat spricht über Herausnahme der Pädiatrie aus dem DRG-System, online im Internet, <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/116643/Bundesrat-spricht-ueber-Herausnahme-der-Paediatrie-aus-dem-DRG-System>, 16.12.2020.

Deutscher Bundestag (2011): Bericht der Bundesregierung zur demografischen Lage und künftigen Entwicklung des Landes (Demografiebericht) (Drucksache 17/7699).

Difu - Deutsches Institut für Urbanistik gGmbH und plan:mobil Verkehrskonzepte und Mobilitätsplanung: Mobilität im Alter in Mecklenburg-Vorpommern. Grundlagenexpertise im Auftrag des Landtags Mecklenburg-Vorpommern Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“, 2015.

DKG - Deutsche Krankenhausgesellschaft (2021): Vereinbarung der Liste der Krankenhäuser gemäß §9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG zwischen dem GKV-Spitzenverband, Berlin sowie dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., Köln gemeinsam und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin.

Fleßa, S. (2020): PowerPoint-Präsentation „Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern“, Schwerin.

Fobbe, G.; Römer, H. C.; Heßrügge, M. (2020): Praxisleitfaden Ärztlicher Bereitschaftsdienst, o. O.

Fleßa, S. (2018): Systemisches Krankenhausmanagement, Berlin.

Garre, P.; Schliemann, B.; Schönbach, K.-H. (2015): Reform und Reformbedarf in der Bedarfsplanung sowie fehlende sektorenübergreifende Ansätze, in: Klauber, J., J. Wasem, J. Friedrich und M. Geraedts (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2015: Schwerpunkt: Strukturwandel. Stuttgart, S. 211-234.

G-BA - Gemeinsamer Bundesausschuss: Mindestmengenregelungen, online im Internet, <https://www.g-ba.de/themen/qualitaetssicherung/vorgaben-zur-qualitaetssicherung/vorgaben-mindestmengenregelungen/>, Abfrage: 07.04.2021.

G-BA - Gemeinsamer Bundesausschuss (2020): Qualitätsberichte der Krankenhäuser 2018, online im Internet, www.g-ba-qualitaetsberichte.de, Abfrage: 07.04.2021, 10:10 Uhr MEZ.

G-BA - Gemeinsamer Bundesausschuss (2019): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie), o. O.

G-BA - Gemeinsamer Bundesausschuss (2015): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte sowie zugelassene Krankenhäuser (Qualitätsmanagement-Richtlinie/QM-RL), o. O.

Hahn, U.; Kurscheid, C. (2020): Intersektorale Versorgung - Best Practices - erfolgreiche Versorgungslösungen mit Zukunftspotenzial, Wiesbaden.

Henger, R.; Oberst, C. (2019): Alterung der Gesellschaft im Stadt-Land Vergleich, online im Internet, <https://www.iwkoeln.de/studien/iw-kurzberichte/beitrag/ralph-henger-christian-oberst-alterung-der-gesellschaft-im-stadt-land-vergleich-420704.html>, Abfrage: 19.05.2021.

Hensen, P. (2016): Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen: Grundlagen für Studium und Praxis, Wiesbaden.

IQTIG - Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen: Qualitätsverträge, online im Internet, <https://iqtig.org/qs-instrumente/qualitaetsvertraege/>, Abfrage: 19.05.2021.

IQWiG - Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2018): Das deutsche Gesundheitssystem, online im Internet, <https://www.gesundheitsinformation.de/das-deutsche-gesundheitssystem.html>, Abfrage: 19.05.2021.

KBV - Kassenärztliche Bundesvereinigung (2020c): Ambulante Bedarfsplanung, online im Internet, <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cmc/html/16735.php>, Abfrage: 14.04.2021.

KBV - Kassenärztliche Bundesvereinigung (2020): Aktuelles zu den Honorarverhandlungen 2021, online im Internet, <https://www.kbv.de/html/2054.php>, 17.12.2020.

KBV - Kassenärztliche Bundesvereinigung (2021a): Kooperationsform MVZ weiter attraktiv, online im Internet, <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17021.php>, Abfrage: 06.04.2021.

KBV - Kassenärztliche Bundesvereinigung (2021b): Ärztemangel, online im Internet, https://kbv.de/html/themen_1076.php, Abfrage: 14.04.2021.

KBV - Kassenärztliche Bundesvereinigung (2020a): Trend zur Anstellung in der vertragsärztlichen Versorgung hält an, online im Internet, <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16399.php>, Abfrage: 06.04.2021.

KGMV - Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern (2020): Krankenhausplanung, online im Internet, <https://www.kgmv.de/index.php/ueber-uns/arbeitsgebiete/planung-organisation/planung-foerderung#:~:text=Unmittelbar%20Beteiligte%20sind%20in%20M%2DV,-Landes%20und%20die%20Kommunalen%20Landesverb%C3%A4nde.>, Abfrage: 11.12.2020.

KGMV - Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern (2020): Neue Krankenhausentgelte für 2020 in Mecklenburg-Vorpommern, online im Internet, <https://www.kgmv.de/index.php/presse/item/2931-neue-krankenhausentgelte-fuer-2020-in-mecklenburg-vorpommern>, Abfrage: 16.12.2020.

KVMV - Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (2013): Bedarfsplan für den Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, Schwerin.

KVMV - Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (2019): Fortschreibung des Bedarfsplans vom 15.05.2013 für den Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, Schwerin.

KVMV - Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (2014): Journal der KVMV Januar 2014, Schwerin.

KVMV - Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (2021): Journal der KVMV Februar 2021, Schwerin.

KVMV - Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (2012): Qualitätsbericht der KVMV für das Jahr 2012, Schwerin.

Landesamt für innere Verwaltung Statistisches Amt: Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS), online im Internet, <https://www.laiv-mv.de/Statistik/Zahlen-und-Fakten/EVS/>, Abfrage: 19.05.2021.

Landtag Mecklenburg-Vorpommern (2016): Die Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“, Schwerin.

Landtag Mecklenburg-Vorpommern: Drucksache 7/5539 - Bericht der Landesregierung über Angebote des öffentlichen Personennahverkehrs zur Verbesserung der Mobilität im ländlichen Raum.

LKT M-V - Landkreistag Mecklenburg-Vorpommern (2020): Stellungnahme zum Fragenkatalog der Enquete-Kommission „Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern“, Schwerin.

Lüngen, M.; Büscher, G. (2015): Gesundheitsökonomie, Stuttgart.

Ministerium für Energie, Infrastruktur und Digitalisierung (2018): Integrierter Landesverkehrsplan Mecklenburg-Vorpommern, Schwerin.

Ministerium für Energie, Infrastruktur und Digitalisierung (2019): Neue Prognose: Einwohnerzahl sinkt - aber schwächer als erwartet, Schwerin.

Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit (2020): Krankenhausplan des Landes Mecklenburg-Vorpommern (Stand November 2020), Schwerin.

Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit (2020): Regionale Steuerung der Aufnahme und Verteilung von Covid-19-Patienten in Krankenhäusern vorgestellt, online im Internet, <https://www.regierung-mv.de/Landesregierung/wm/Aktuell/?id=158734&processor=processor.sa.pressemitteilung>, Abfrage: 20.05.2021, Schwerin.

Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen für alternative Bedienungsformen im öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV) im Land Mecklenburg-Vorpommern (AltBedFRL), o. O.

Ried, W. (2020): Gesundheitsökonomie 2 (Skript), Greifswald.

Roth, K. (2018): Struktur der medizinischen Notfallversorgung in Deutschland, o. O.

Rüschman, H.-H.; Göbel, H. (2008): Sektorenübergreifende Versorgung als Erfolgsparameter, in Klusen, N.; Meusch, A. (Hrsg.): Zukunft der Krankenhausversorgung, Baden-Baden.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, Bonn/Berlin.

Schmitt, R.; Pfeifer, T. (2015): Qualitätsmanagement: Strategien - Methoden - Techniken, 5. Auflage, München.

Schwarze, B.; Spiekermann, K. (2013): Analyse der Erreichbarkeit der Zentralen Orte in Mecklenburg-Vorpommern, Studie für das Ministerium für Energie, Infrastruktur und Landesentwicklung Mecklenburg-Vorpommern, Schwerin.

Statistisches Bundesamt: Daten aus dem Gemeindeverzeichnis, Bundesländer mit Hauptstädten nach Fläche, Bevölkerung und Bevölkerungsdichte, online im Internet, https://www.destatis.de/DE/Themen/Laender-Regionen/Regionales/Gemeindeverzeichnis/Administrativ/02-bundeslaender.xlsx?__blob=publicationFile, Abfrage: 19.05.2021.

Statistisches Bundesamt: Durchschnittsalter der Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern bis 2019, online im Internet, <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1094181/umfrage/durchschnittsalter-der-bevoelkerung-in-mecklenburgvorpommern/>, Abfrage: 05.01.2021.

Statistisches Bundesamt (2018): Tiefgegliederte Diagnosedaten 2017, Wiesbaden.

Stiftung Gesundheit (2020): Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit: Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) und innovative Startups im Gesundheitswesen - Eine repräsentative deutschlandweite Befragung von Ärztinnen und Ärzten durch die Stiftung Gesundheit, Hamburg.

Tiemann, O.; Büchner, V. A. (2013): Finanzmanagement in Krankenhäuser, in: Busse, R.; Schreyögg, J.; Stargardt, T. (Hrsg.): Management im Gesundheitswesen, 3. Auflage, Berlin Heidelberg.

Walenzik, A.; Wasem, J. (2019): Vergütung ambulanter und ambulant erbringbarer Leistungen. Bertelsmannstiftung, Duisburg-Essen.

Wirtschaftsministerium (2000): Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen für alternative Bedienungsformen im öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV) im Land Mecklenburg-Vorpommern (AltBedFRL).

G Abkürzungsverzeichnis

| Abkürzung | Bedeutung |
|----------------|--|
| § | Paragraph |
| ACHSE | Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen |
| AfD | Alternative für Deutschland (politische Partei) |
| AGnES | Arztlastende Gemeinde-nahe E-Healthgestützte Systemische Intervention |
| Art. | Artikel |
| ÄKMV | Ärztammer Mecklenburg-Vorpommern |
| ANNOTeM | Akutneurologische Versorgung in Nordostdeutschland mit telemedizinischer Unterstützung |
| AOK | Allgemeine Ortskrankenkasse |
| AU | Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung |
| Aufl. | Auflage |
| BBSR | Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung |
| BD-Praxen | Bereitschaftsdienstpraxen |
| BEMA | Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen |
| Bsp. | Beispiel |
| BTM | Betäubungsmittel |
| BVpta | Bundesverband der pharmazeutisch-technischen Assistenzen |
| CDU | Christlich Demokratische Union Deutschlands (politische Partei) |
| DAK | Deutsche Angestellten-Krankenkasse |
| DB | Deutsche Bahn |
| DBfK | Deutscher Verband für Pflegeberufe |
| DCM | Dementia Care Manager |
| DGV | Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgung-Gesetz) |
| d. h. | das heißt |
| DIE LINKE | Die Linke (politische Partei) |
| DIN | Deutsche Industrienorm |
| Dipl.-Med. | Diplom-Mediziner (akademischer Grad) |
| Dipl.-Phys. | Diplom-Physiker (akademischer Grad) |
| DKG | Deutsche Krankenhausgesellschaft |
| Dr. | Doktor (akademischer Grad) |
| Dr. phil. | Doktor der Philosophie (akademischer Grad) |
| Dr. med. | Doktor der Medizin (akademischer Grad) |
| Dr. med. dent. | Doktor der Zahnmedizin (akademischer Grad) |
| DRG | Diagnosis Related Groups |
| DRK | Deutsches Rotes Kreuz |
| Drs. | Landtagsdrucksache |
| DVE | Deutscher Verband Ergotherapie |
| DVTA | Dachverband für Technologen und Analytiker in der Medizin Deutschland |
| EB | Eigenbetrieb |
| EBM | Einheitlicher Bewertungsmaßstab |
| EDV | Elektronische Datenverarbeitung |

| | |
|----------|--|
| EGV | extrabudgetäre Gesamtvergütung |
| EKG M-V | Gesetz über die Einsetzung und das Verfahren von Enquete-Kommissionen (Enquete-Kommissions-Gesetz) |
| EN | Europäische Norm |
| EW | Einwohner |
| EnqK-KP | Enquete-Kommission Kurzprotokoll |
| eAU | elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung |
| eMP | elektronischer Medikationsplan |
| ePA | elektronische Patientenakte |
| et al | lat. für: und andere |
| e. V. | eingetragener Verein |
| f. | folgende |
| ff. | fortfolgende |
| G-BA | Gemeinsamer Bundesausschuss |
| G-DRG | German-Diagnosis Related Groups |
| GeKoM | Mehrschichtige Ansätze zur grenzüberschreitenden Kommunikation und Kooperation in der Notfallmedizin |
| GfK | Growth from Knowledge (GeoMarketing GmbH) |
| GG | Grundgesetz |
| GKV | Gesetzliche Krankenversicherung |
| GKV-VSG | Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Versorgungsstärkungsgesetz) |
| gGmbH | gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung |
| GmbH | Gesellschaft mit beschränkter Haftung |
| GNL | Gemeinsame Notfallleitstellen |
| GOP | Gebührenordnungspositionen |
| GPVG | Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz) |
| HBF | Hill-Burton-Formel |
| Hg. | Herausgeber |
| HNO-Arzt | Hals-Nase-Ohren-Arzt |
| HVV | Honorarverteilungsvertrag |
| IGeL | Individuelle Gesundheitsleistungen |
| IGES | Institut für Gesundheits- und Sozialforschung |
| IGZ | Integriertes Gesundheitszentrum |
| ILSE | Integrierte Leitstelle Erweiterung |
| InGRiP | Integrierter grenzüberschreitender Rettungsdienst Pomerania/Brandenburg |
| INZ | Integrierte Notfallzentren |
| ISO | Internationale Organisation für Normung-Norm |
| IT | Informationstechnik |
| KBV | Kassenärztliche Bundesvereinigung |
| KCW | Kompetenz Center Wettbewerb |
| K Drs. | Kommissionsdrucksache |
| KGMV | Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern |
| KHEntgG | Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz) |

| | |
|-----------------|--|
| KHG | Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz) |
| KHSG | Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz) |
| KHZG | Gesetz für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser (Krankenhauszukunftsgesetz) |
| KI | Künstliche Intelligenz |
| KIM | Kommunikation im Medizinwesen |
| km ² | Quadratkilometer |
| KV | Kassenärztliche Vereinigung |
| KVMV | Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern |
| KZBV | Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung |
| KZMV | Kassenzahnärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern |
| KZV | Kassenzahnärztliche Vereinigung |
| LAG | Gesetz zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Bereichen mit besonderem öffentlichen Bedarf des Landes Mecklenburg-Vorpommern (Landarztgesetz) |
| LAGuS | Landesamt für Gesundheit und Soziales |
| LKHG MV | Krankenhausgesetz für das Land Mecklenburg-Vorpommern (Landeskrankenhausgesetz) |
| LKT | Landkreistag |
| MdL | Mitglied des Landtages |
| MGV | morbiditätsbedingte Gesamtvergütung |
| MI-I | Medizininformatik-Initiative |
| Mio. | Millionen |
| Mrd. | Milliarden |
| MTA | Medizinisch-Technische Assistenz |
| MVZ | Medizinisches Versorgungszentrum |
| M-V | Mecklenburg-Vorpommern |
| NAKOS | Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen |
| NFDM | Notfalldatenmanagement |
| Nr. | Nummer |
| ÖGD | Öffentlicher Gesundheitsdienst |
| ÖPNV | Öffentlicher Personennahverkehr |
| ÖV | Öffentlicher Verkehr |
| PBefG | Personenbeförderungsgesetz |
| PDSG | Gesetz zum Schutz elektronischer Patientendaten in der Telematikinfrastruktur (Patientendaten-Schutz-Gesetz) |
| PKKB | Parchimer Kinderklinik und Kreißsaal bleiben |
| PKW | Personenkraftwagen |
| POMACO | Physician Organization of Michigan Accountable Care Organisation |
| Prof. | Professor, akademischer Titel |
| PTA | Pharmazeutisch-Technischen Assistenten |
| QM-RL | Qualitätsmanagement-Richtlinie |
| RD-Personal | Rettungsdienstpersonal |

| | |
|-----------|---|
| RDG M-V | Rettungsdienstgesetz Mecklenburg-Vorpommern |
| RDPVO M-V | Verordnung über die Rettungsdienstplanung und weitere Ausführungen des Rettungsdienstgesetzes Mecklenburg-Vorpommern (Rettungsdienstplanverordnung) |
| Ref. III | Referat III |
| RLV | Regelleistungsvolumen |
| S. | Seite |
| SGB | Sozialgesetzbuch |
| SPD | Sozialdemokratische Partei Deutschlands (politische Partei) |
| SPNV | Schienenpersonennahverkehr |
| StatA MV | Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern |
| SVR | Sachverständigenrat |
| TI | Telematik-Infrastruktur |
| TK | Techniker Krankenkasse |
| TSVG | Terminservice- und Versorgungsgesetz |
| UMG | Universitätsmedizin Greifswald |
| UMR | Universitätsmedizin Rostock |
| VBB | Verkehrsverbund Berlin-Brandenburg |
| VDB | Berufs- und Wirtschaftsverband der Selbständigen in der Physiotherapie |
| Vdek | Verband der Ersatzkassen e. V. |
| VG | Vorpommern-Greifswald |
| vgl. | vergleiche |
| VLP | Verkehrsgesellschaft Ludwigslust-Parchim mbH |
| VPT | Verband Physikalische Therapie |
| VMV | Verkehrsgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern mbH |
| VVG | Verkehrsgesellschaft Vorpommern-Greifswald mbH |
| ZÄKMV | Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern |
| z. B. | zum Beispiel |
| Z-MVZ | Zahnärztliches Medizinisches Versorgungszentrum |
| Ziff. | Ziffer |

H Liste der in Auftrag gegebenen Grundlagenexpertisen

Institute for Health Care Business GmbH (2021): Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern, Essen.

I Anhang**I.1 Liste der Kommissionsdrucksachen**

| Nr. | Inhalt | verteilt |
|------------|--|-----------------|
| 7/1 | Schreiben Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e. V. | 18.06.2020 |
| 7/2 | Antrag der Fraktion DIE LINKE | 18.06.2020 |
| 7/3 | Schreiben der Krankenhausgesellschaft M-V | 02.07.2020 |
| 7/4 | Beschlussvorlage für die Verfahrensweise und Termine der Kommission | 12.08.2020 |
| 7/5 | Beschlussvorschlag der Fraktion DIE LINKE für die Verfahrensweise und Termine der Kommission | 12.08.2020 |
| 7/6 | Mitglieder der Kommission | 12.08.2020 |
| 7/7 | Antrag der AfD-Fraktion | 12.08.2020 |
| 7/8 | Schreiben der Kassenärztlichen Vereinigung M-V | 21.08.2020 |
| 7/9 | Schreiben der Krankenhausgesellschaft M-V | 04.09.2020 |
| 7/10 | Schreiben der Vizepräsidentin des Landtages M-V | 09.09.2020 |
| 7/11 | Fragenkatalog und Stellungnahmen der Krankenkassen (TOP 1 der 4. Sitzung) vom 09.09.2020 | 09.09.2020 |
| 7/12 | PP-Präsentation über den Entwurf des Krankenhauszukunftsgesetzes (KHZG) | 09.09.2020 |
| 7/13 | Fragenkatalog und Stellungnahmen der Krankenhäuser (TOP 1 der 5. Sitzung) vom 16.09.2020 | 16.09.2020 |
| 7/14 | Fragenkatalog und Stellungnahme der Krankenhausgesellschaft M-V (TOP 1 der 5. Sitzung) vom 16.09.2020 | 16.09.2020 |
| 7/15 | Fragenkatalog und Stellungnahmen der Vertreter des ambulanten Sektors (TOP 1 der 6. Sitzung) vom 30.09.2020 | 05.10.2020 |
| 7/16 | Gemeinsame Stellungnahme der KGMV und der Krankenkassen zum KHZG | 05.10.2020 |
| 7/17 | Beschlussvorschlag zum Krankenhauszukunftsgesetz (TOP 2 der 7. Sitzung) vom 14.10.2020 | 20.10.2020 |
| 7/18 | Schreiben des Ministeriums für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit M-V vom 15.10.2020 inkl. Anlagen (zu TOP 1 der 4. Sitzung) | 20.10.2020 |
| 7/19 | Schreiben der Krankenhausgesellschaft M-V vom 28.10.2020 zur Mittelverwendung des Krankenhauszukunftsfonds | 30.10.2020 |
| 7/20 | Beschlussvorschlag zur Empfehlung an die Landesregierung bezüglich der Vergabe der Fördermittel aus dem Krankenhauszukunftsgesetz | 04.11.2020 |
| 7/21 | Änderungsantrag der Kassenärztlichen Vereinigung M-V und der Ärztekammer M-V zum Beschlussvorschlag bezüglich der Vergabe der Fördermittel aus dem KHZG (K Drs. 7/20) | 05.11.2020 |
| 7/22 | Stellungnahme des Finanzministeriums zu den Beschlussvorschlägen K Drs. 7/20 und 7/21 zur Empfehlung an die Landesregierung bezüglich der Vergabe der Fördermittel aus dem Krankenhauszukunftsgesetz | 13.11.2020 |

| Nr. | Inhalt | verteilt |
|------|---|------------|
| 7/23 | Bericht des Bundesrechnungshofes an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages nach § 88 Abs. 2 BHO über die Prüfung der Krankenhausfinanzierung durch die gesetzliche Krankenversicherung, hier: Finanzierung von Investitionen | 17.11.2020 |
| 7/24 | Beschlussvorschlag der ÄK-MV und KVMV vom 18.11.2020 | 18.11.2020 |
| 7/25 | Beschlussvorschlag des Vorsitzenden zu Regelungen für Baumaßnahmen an den Universitätsmedizin des Landes | 24.11.2020 |
| 7/26 | Schreiben des Ministeriums für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit vom 20.11.2020 zu Haushaltsmitteln für die Hochschulkliniken | 24.11.2020 |
| 7/27 | Stellungnahme des Finanzministeriums zum Beschlussvorschlag K Drs. 7/24 vom 26.11.2020 | 26.11.2020 |
| 7/28 | Beschlussantrag der KGMV an die Enquete-Kommission vom 27.11.2020 | 27.11.2020 |
| 7/29 | Stellungnahme des Finanzministeriums zum Beschlussvorschlag K Drs. 7/25 zur Empfehlung an die Landesregierung bezüglich der Durchführung von Baumaßnahmen vom 30.11.2020 | 01.12.2020 |
| 7/30 | Beschlussvorschlag der Ärztekammer M-V und Kassenärztlichen Vereinigung M-V vom 29.12.2020 | 29.12.2020 |
| 7/31 | Stellungnahme der Krankenhausgesellschaft M-V zum Beschlussvorschlag der Ärztekammer M-V und der Kassenärztlichen Vereinigung M-V (K Drs. 7/30) | 05.01.2021 |
| 7/32 | Schreiben von Eckhardt Rehberg, MdB vom 06.01.2021 zur Protokollerklärung der Länder Berlin, Brandenburg, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen im Anschluss an die Beratung des Dritten Bevölkerungsschutzgesetzes vom 18.11.2020 | 12.01.2021 |
| 7/33 | Stellungnahme der Universitätsmedizin Greifswald zum Beschlussvorschlag der Ärztekammer M-V und der Kassenärztlichen Vereinigung M-V vom 29.12.2020 (K Drs. 7/30) | 19.01.2021 |
| 7/34 | Infrastrukturatlas Deutschland | 25.01.2021 |
| 7/35 | Antrag der Gruppe der Mitglieder der AfD-Fraktion vom 16.02.2021 | 19.02.2021 |
| 7/36 | Scheiben von Dr. Thomas Gebhardt, MdB hier: Ausweitung der Ausgleichszahlungen für Krankenhäuser | 22.02.2021 |
| 7/37 | Stellungnahme der KGMV vom 23.02.2021 zur Kommissionsdrucksache 7/35 | 24.02.2021 |
| 7/38 | Scheiben von Tilo Gundlack, Mitglied im Ausschuss der Regionen hier: Diskussion von drei Arbeitsdokumenten und eines Stellungnahmeentwurfs der Fachkommission für natürliche Ressourcen (NAT) des Europäischen Ausschusses der Regionen (AdR) im Bereich Gesundheitspolitik | 09.03.2021 |
| 7/39 | Einladung der BARMER zum 8. Norddeutschen Dialog | 17.03.2021 |
| 7/40 | Antrag der Kassenärztlichen Vereinigung M-V und der Ärztekammer M-V vom 18. März 2021 | 22.03.2021 |
| 7/41 | Modellprojektidee Crivitz zum Wiederaufbau der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung am Krankenhaus „Am Crivitzer See“ | 09.04.2021 |
| 7/42 | Gutachten der Institute for Health Care Business GmbH zur „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“ | 09.04.2021 |

| Nr. | Inhalt | verteilt |
|------------|---|-----------------|
| 7/43 | Schreiben des Sozialpädagogischen Zentrums im Kinderzentrum Mecklenburg vom 14.04.2021 hier: Stellungnahme zur Sozialpädiatrie in M-V | 16.04.2021 |
| 7/44 | Schreiben des Wirtschaftsministeriums vom 20.04.2021 hier: Verwendung der Mittel im Rahmen des Krankenhauszukunftsgesetzes | 26.04.2021 |
| 7/45 | Stellungnahme Stolle Sanitätshaus GmbH & Co. KG | 27.04.2021 |
| 7/46 | Stellungnahmen zur 7. Sitzung am 14.10.2020 zu den Themen Aktueller Stand der medizinischen Versorgung aus Sicht des Rettungsdienstes und des Krankentransports und der Kommunen | 12.05.2021 |
| 7/47 | Stellungnahmen zur 8. Sitzung am 21.10.2020 zum Thema Aktueller Stand der medizinischen Versorgung aus Sicht der Wissenschaft | 12.05.2021 |
| 7/48 | Antrag der Gruppe der Mitglieder der AfD-Fraktion hier: Neuregelung der Gebührenordnungen für die Abrechnung von Leistungen im Gesundheitswesen | 19.05.2021 |
| 7/49 | Antrag der Gruppe der Mitglieder der AfD-Fraktion hier: Erweiterte Abrechnungsmöglichkeiten für Krankenhäuser | 19.05.2021 |
| 7/50 | Antrag der Gruppe der Mitglieder der AfD-Fraktion hier: Versorgungsbedarfe | 19.05.2021 |
| 7/51 | Antrag der Gruppe der Mitglieder der AfD-Fraktion hier: Gesundheitszentren in unterversorgten Gebieten | 19.05.2021 |
| 7/52 | Antrag der Mitglieder der SPD, CDU und DIE LINKE zu den Handlungsempfehlungen | 19.05.2021 |
| 7/53 | Entwurf des Vorsitzenden Jörg Heydorn, Abschlussbericht der Enquete-Kommission „Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern“ - Berichtsentwurf ohne Vorwort, Handlungsempfehlungen und Sondervoten | 21.05.2021 |
| 7/54 | Stellungnahme und Empfehlungen in Bezug auf präventive bzw. gesundheitsfördernde Ansätze durch die Steuerungsgruppe des Aktionsbündnisses für Gesundheit MV | 25.05.2021 |
| 7/55 | Hinweise und Änderungswünsche der SELBSTHILFE M-V zum Entwurf des Abschlussberichtes vom 21.05.2021 (K Drs. 7/53) | 25.05.2021 |
| 7/56 | Änderungsantrag der Gruppe der Mitglieder der AfD-Fraktion zum Entwurf des Abschlussberichtes der Enquete-Kommission (K Drs. 7/53) | 26.05.2021 |

I.2 Beratungsverlauf

1. Sitzung am 18. Juni 2020 - Konstituierung

- Konstituierung der Kommission durch Landtagspräsidentin Birgit Hesse
- Erörterung von Verfahrensfragen

2. Sitzung am 12. August 2020

- Aussprache und Beschlussfassung zur Arbeitsweise der Kommission
- Aussprache zur Einbindung des Kuratoriums Gesundheitswirtschaft

3. Sitzung am 19. August 2020

- Vortrag Prof. Dr. med Giovanni Maio, Lehrstuhlinhaber für Medizinethik der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg und anschließende Fragerunde
- Planung und Rahmenbedingungen von Anhörungen

4. Sitzung am 9. September 2020

- Anhörung zum aktuellen Stand der medizinischen Versorgung in M-V
- Angehört wurden:
 - Susanne Roca-Heilborn, Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit
 - Dr. Manfred Hunz, Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit
 - Marita Moskwyn, AOK Nordost
 - Henning Kutzbach, BARMER Landesvertretung M-V
 - Sabine Hansen, DAK Landesvertretung M-V
 - Manon Austenat-Wied, Techniker Krankenkasse, Landesvertretung M-V
 - Kirsten Jüttner, vdek Landesvertretung M-V
- Beschlussfassung über weiteres Verfahren

5. Sitzung am 16. September 2020

- Anhörung zum aktuellen Stand der medizinischen Versorgung in M-V
- Angehört wurden:
 - Prof. Dr. Klaus Hahnenkamp, Stellvertretender Ärztlicher Vorstand der Universitätsmedizin Greifswald
 - Prof. Dr. Christian Schmidt, Ärztlicher Vorstand der Universitätsmedizin Rostock

6. Sitzung am 30. September 2020

- Anhörung zum aktuellen Stand der medizinischen Versorgung in M-V
- Axel Rambow, Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern
- Wolfgang Abeln, Vorsitzender des Vorstandes der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern
Dr. med. Andreas Oling, Niedergelassener Arzt, Mitglied der Enquete-Kommission
- Dr. med. dent. Alexander Kuhr, Niedergelassener Arzt, Mitglied der Enquete-Kommission
- Prof. Dr. med. Andreas Crusius, Präsident der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, Mitglied der Enquete-Kommission
- Prof. Dr. med. dent. Dietmar Oesterreich (Präsident der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern
- Dr. med. Dr. phil. nat. Georg Engel, Präsident der Apothekerkammer Mecklenburg-Vorpommern

7. Sitzung am 14. Oktober 2020

- Anhörung zum aktuellen Stand der medizinischen Versorgung in M-V
- Angehört wurden:
- Thomas Deiters, Städte- und Gemeindetag M-V e. V.
- Dirk Flörke, Bürgermeister in Parchim
- Lars Prahler (Bürgermeister in Grevesmühlen
- Matthias Köpp, Geschäftsführendes Vorstandsmitglied im Landkreistag M-V e. V.
- Laura Isabelle Marischen, Bürgermeisterin der Gemeinde Ostseebad Heringsdorf
- Sandra Nachtweih (Bürgermeisterin in Pasewalk
- Dr. Timm Laslo, Betriebsleiter Eigenbetrieb Rettungsdienst, Landkreis Vorpommern-Greifswald
- Prof. Dr. med. Klaus Hahnenkamp, stellv. ärztlicher Vorstand der Universitätsmedizin Greifswald
- Jan-Hendrik Hartlöhner, Vorsitzender des Vorstandes des DRK Landesverband M-V e. V.

8. Sitzung am 21. Oktober 2020

- Anhörung zum aktuellen Stand der medizinischen Versorgung in M-V
- Angehört wurden:
- Prof. Dr. Steffen Fleßa, Lehrstuhlinhaber für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre und Gesundheitsmanagement an der Universität Greifswald
- Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann, Geschäftsführender Direktor im Institut für Community Medicine Greifswald und Abteilungsleiter der Versorgungsepidemiologie und Community Health
- Prof. Dr. med. Reinhard Busse, Professor und Fachgebietsleiter für Management im Gesundheitswesen an der Fakultät Wirtschaft und Management der Technischen Universität Berlin
- Dr. Adam Pilny, Wissenschaftler im Kompetenzbereich „Gesundheit“ im RWI - Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung e. V.
- Dr. Martin Albrecht, Geschäftsführer Gesundheitspolitik der IGES Institut GmbH

9. Sitzung am 18. November 2020

- Anhörung zum aktuellen Stand der medizinischen Versorgung in M-V
- Angehört wurden:
- Mathias Schuldt, Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit
- Benjamin Goffrier, Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit
- Dr. Susanne Drückler, Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit
- Ina-Maria Ulbrich, Ministerium für Energie, Infrastruktur und Digitalisierung
- Dr. Manfred Hunz, Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit
- Dr. Melanie Gahrau, Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur
- Kerstin Mieth, Ministerium für Soziales, Integration und Gleichstellung

10. Sitzung am 25. November 2020

- Anhörung zum aktuellen Stand der medizinischen Versorgung in M-V
- Angehört wurden:
- Mathias Brodkorb, Sonderbeauftragter des Landes für die Universitätsmedizinen Rostock Greifswald
- Prof. Dr. Jens Scholz, Vorstandsvorsitzender des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein
- Prof. Dr. med. Michael Albrecht, Vorstand des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden

11. Sitzung am 2. Dezember 2020

- Anhörung zum aktuellen Stand der medizinischen Versorgung in M-V
- Angehört wurden:
- Bea Premper, Vorsitzende der Landesgruppe Mecklenburg-Vorpommern des DVE - Deutscher Verband der Ergotherapeuten
- Dr. Natalie Sharifzadeh, Geschäftsführerin des DBfK Nordost e. V. - Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
- Annett Dietzel, Vorsitzende des Landesverbandes Mecklenburg-Vorpommern (komm.) für Logopädie
- Matthias T. Paulsen, Vorsitzender der Landesgruppe Mecklenburg-Vorpommern und der Bezirksstelle Schwerin des VPT - Verband Physikalische Therapie
- Christiane Maschek, Präsidentin des DVTA - Dachverband für Technologen/-innen und Analytiker/-innen in der Medizin Deutschland e. V.
- René Portwich, Vorsitzender des Landesverbandes Mecklenburg-Vorpommern des VDB - Physiotherapieverband
- Claudia Stühling, 2. Vorsitzende des Vorstandes der Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg des Bundesverbandes für Podologie
- Peggy Becker (Vorstandsmitglied BVpta - Bundesverband der Pharmazeutisch-technischen AssistentInnen e. V., Regionalgruppe Mecklenburg-Vorpommern
- Marco König, 1. Vorsitzender des Vorstandes des Deutschen Berufsverbandes Rettungsdienst e. V.

12. Sitzung am 13. Januar 2021

- Anhörung zum aktuellen Stand der medizinischen Versorgung in M-V
- Angehört wurden:
- Dr. Gregor Peikert, Präsident der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer
- Kathrin Herold, Vorstandsvorsitzende des Landeshebammenverbandes Mecklenburg-Vorpommern e. V.
- Prof. Dr. Birgit Seelbach-Göbel, ehemalige Direktorin der Universitätsfrauenklinik Regensburg (bis 2020) und Past-Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
- Dr. med. Stefan Zimny, Helios Kliniken Schwerin, Chefarzt Allgemeine Innere Medizin, Endokrinologie/Diabetologie
- Sabine Ohlich-Hahn, Vizepräsidentin des Verbandes der Diätassistenten Deutscher Bundesverband e. V.

13. Sitzung am 24. Februar 2021

- Anhörung zum aktuellen Stand der medizinischen Versorgung in M-V
- Angehört wurde:
- Prof. Dr. med. Dr. Maik Gollasch (Direktor der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin - Geriatrie der Universitätsmedizin Greifswald sowie Chefarzt des Altersmedizinischen Zentrums einschließlich der Abteilung für Innere Medizin und Geriatrie am Krankenhaus Wolgast)

14. Sitzung am 3. März 2021

- Anhörung zum aktuellen Stand der medizinischen Versorgung in M-V
- Angehört wurden:
- Gunnar Liebau (Geschäftsführer LiEBAU orthopädietechnik GmbH)
- Axel Pudimat (Vorsitzender des Vorstandes des Apothekerverbandes M-V e. V.)
- Dipl.-Phys. Stefan Miltenyi (Geschäftsführer Miltenyi Biotech GmbH)
- Lars Bauer (Sekretär des Kuratoriums Gesundheitswirtschaft)

15. Sitzung am 17. März 2021

- Anhörung zum aktuellen Stand der medizinischen Versorgung in M-V
- Angehört wurden:
- Berthold Witting (Verkehrsgesellschaft M-V mbH, neuer Geschäftsführer)
- Birgit Klemer (VVG Verkehrsgesellschaft Vorpommern-Greifswald mbH, Mitarbeiterin Fachgebiet Fahrplan und Tarife)
- Stefan Lösel (Verkehrsgesellschaft Ludwigslust-Parchim mbH, Geschäftsführer)
- Dr. phil. Jürgen Gies Deutsches Institut für Urbanistik gGmbH, Forschungsbereich Mobilität, Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Projektleiter)
- Christoph Gipp (IGES Institut GmbH, Geschäftsführer und Bereichsleiter Mobilität)
- Dr. Christian Mehlert (KCW GmbH, Berater)

16. Sitzung am 24. März 2021

- Anhörung zum aktuellen Stand der medizinischen Versorgung in M-V
- Angehört wurden:
- Anja Schießer (Mitglied der Enquete-Kommission; Geschäftsstelle der SELBSTHILFE MV)
- Gerold Ahrens (Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew MV e. V.)
- Karin Glause (Deutsche Parkinson Vereinigung e. V.)
- Thomas Warning (Landesverband Seelische Gesundheit MV e. V.)
- Hans-Joachim Walter (Mukoviszidose e. V.)
- Jörg Foitzik (Deutsche Rheuma-Liga MV e. V.)
- Helmut Mädler (Deutsche Gesellschaft für Muskelkranke e. V.)
- Dr. Antje Bernier (Lebenshilfe MV e. V.)

17. Sitzung am 8. April 2021

- Vorstellung des Gutachtens durch die Institute for Health Care Business GmbH

18. Sitzung am 21. April 2021

- Anhörung zum aktuellen Stand der medizinischen Versorgung in M-V
- Angehört wurden:
- Marlies Schulz (Bürgerinitiative zum Erhalt der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung des Krankenhauses „Am Crivitzer See“)
- Dr. med. Bernhard Moldenhauer (Bürgerinitiative zum Erhalt der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung des Krankenhauses „Am Crivitzer See“)
- Annett Mehrlitz-Albat
- Nastja Maria Lange Bürgerinitiative „Parchimer Kinderklinik und Kreißsaal bleiben (PKKB)“
- Dr. Brigitte Knappik (Bürgerinitiative für den Erhalt des Kreiskrankenhauses Wolgast e. V.)
- Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann (Geschäftsführender Direktor und Abteilungsleiter am Institut für Community Medicine der Universitätsmedizin Greifswald)
- Prof. Dr. Neeltje van den Berg (Stellvertretende Abteilungsleiterin am Institut für Community Medicine der Universitätsmedizin Greifswald)
- Dr. h. c. Helmut Hildebrandt (Vorstandsvorsitzender der OptiMedis AG und damaliger Geschäftsführer der Gesundes Kinzigtal GmbH)

19. Sitzung am 28. April 2021

- Anhörung zum aktuellen Stand der medizinischen Versorgung in M-V
- Angehört wurden:
 - Dr. med. Jörg-A. Rüggeberg (Vizepräsident Berufsverband der Deutschen Chirurgen e. V.)
 - Dr. Grit Braeseke (Bereichsleiterin Pflege IGES Institut GmbH)
 - Dr. Mina Baumgarten (Universitätsmedizin Greifswald)
 - Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann (Institut für Community Medicine)
 - Prof. Dr. Dr. Melanie Börries (Institutsdirektorin Institut für Medizinische Bioinformatik und Systemmedizin Medizinische Fakultät / Albert-Ludwigs-Universität Freiburg)
 - Dr. med. Christine Mundlos (Stellv. Geschäftsführerin Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen (ACHSE) e. V.)
 - Prof. Peter Bauer (Chief Genomic Officer, CENTOGENE GmbH)
 - Institut für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin der Unimedizin Greifswald
 - Prof. Dr. med. Matthias Nauck (Institutsdirektor)
 - Dr. Cornelia Müller (Leiterin Neugeborenenenscreeninglabor)
 - Prof. Dr. med. Holger Lode (Geschäftsführender Direktor der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin Universitätsmedizin Greifswald)

20. Sitzung am 26. Mai 2021

- Beratung und Beschlussfassung zum Abschlussbericht und zu den Handlungsempfehlungen