

KURZPROTOKOLL

der 12. Sitzung der Enquete-Kommission
„Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern“
am Mittwoch, dem 13. Januar 2021, 15:30 Uhr,
in Schwerin, Schloss, Plenarsaal

Vorsitz: Abg. Jörg Heydorn

TAGESORDNUNG

1. Öffentliche Anhörungen zum aktuellen Stand der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern
2. Allgemeine Kommissionsangelegenheiten

AUSSERHALB DER TAGESORDNUNG

Hinweis auf Mitgliederwechsel

Vors. **Jörg Heydorn** eröffnet die 12. Sitzung der Enquete-Kommission und begrüßt die Sitzungsteilnehmer im Saal und diejenigen, die via Internet zugeschaltet sind. Er habe von der Fraktion DIE LINKE die Mitteilung erhalten, dass Frau Eva-Maria Kröger aus der Kommission ausscheide und Herr Dr. Wolfgang Weiß als neues Mitglied benannt werde.

PUNKT 1 DER TAGESORDNUNG

Öffentliche Anhörungen zum aktuellen Stand der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern

Vors. **Jörg Heydorn** bittet die zugeschalteten Personen darum, ihr Mikrofon auszuschalten, wenn sie gerade nicht sprechen. Bei Fragen an die Anzuhörenden solle in den Chat geschrieben werden. Die Wortbeiträge würden dann nacheinander aufgerufen werden. Er weist darauf hin, dass der Chatinhalt für alle im Saal anwesenden Personen sichtbar sei. Dies betreffe auch private Nachrichten. Herr Heydorn stellt sodann die Anzuhörenden vor. Zugeschaltet seien Herr Dr. Gregor Peikert (Präsident der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer) und für den Bereich Geburtshilfe und Pädiatrie Frau Kathrin Herold (Vorstandsvorsitzende des Landeshebammenverbandes Mecklenburg-Vorpommern e. V.) sowie Frau Prof. Dr. Birgit Seelbach-Göbel (bis 2020 Direktorin der Universitätsfrauenklinik Regensburg und bis vor kurzem Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe). Für das Thema der Volkskrankheiten Diabetes und Adipositas seien Herr Dr. med. Stefan Zimny (Chefarzt für Allgemeine Innere Medizin, Endokrinologie und Diabetologie bei den Helios Kliniken Schwerin) sowie Frau Sabine Ohlrich-Hahn (Vizepräsidentin des Verbandes der Diätassistenten Deutscher Bundesverband e. V.) in der Videokonferenz anwesend. Er bittet die Anzuhörenden, mit ihren Statements den zeitlichen Rahmen von 10 bis 15 Minuten möglichst einzuhalten.

Dr. Gregor Peikert (Präsident der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer) erklärt, die Besonderheit seiner Kammer liege darin, dass sie nicht nur für Mecklenburg-Vorpommern, sondern für alle fünf ostdeutschen Bundesländer spreche. Damit sei sie die einzige länderübergreifende Heilberufekammer in Deutschland. Er spreche über die Gesundheitsversorgung, die der Feststellung und Behandlung psychischer Erkrankungen diene, also insbesondere über die wissenschaftlich begründete Psychotherapie. Es gebe bei psychischen Erkrankungen eine Vielzahl von Hilfsangeboten. Seit 1998 seien die Psychotherapeuten aber durch ein eigenes Psychotherapeutengesetz als Heilberuf begründet. Die Psychotherapeutenkammer sei 2006 als Vertretung der Berufsangehörigen gegründet worden. Sie vertrete sowohl die sogenannten psychologischen Psychotherapeuten als auch die Kinder- und Jugendpsychotherapeuten. Psychotherapie werde in einem vergleichsweise geringen Umfang von ärztlichen Psychotherapeuten erbracht. Derzeit seien in Mecklenburg-Vorpommern 658 Kinder- und Jugendpsychotherapeuten und psychologische Psychotherapeuten Kammermitglieder. Davon arbeite knapp die Hälfte bzw. ein gutes Drittel im Angestelltenverhältnis und damit noch die meistens in eigener Praxis. Sehr wenige arbeiteten sowohl im Angestelltenverhältnis als auch in eigener Niederlassung. Die meisten seien psychologische Psychotherapeuten, also grundberuflich Psychologen. Ein kleinerer Teil sei nur für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen zugelassen. Diese seien dann meistens pädagogisch grundausgebildet. Die Anzahl der Menschen, die innerhalb Mecklenburg-Vorpommerns eine Psychotherapie in Anspruch nähmen, habe sich innerhalb der letzten zehn Jahren stark erhöht. Im letzten Jahr habe die BARMER-Krankenkasse eine Studie veröffentlicht, die dies im Zeitverlauf darstelle. Dieser könne man entnehmen, dass der Anteil der Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern, der Psychotherapie erhalten habe, von unter einem Prozent auf 1,67 Prozent angestiegen sei. Dies sei zwar eine Steigerung, der Wert liege aber weit unter dem bundesdeutschen Durchschnitt. Dort habe der Wert 2009 etwas über zwei Prozent gelegen und sei bis 2018 auf 2,44 Prozent gestiegen. In Mecklenburg-Vorpommern zeichne sich ein starker Aufholungstrend ab. Im Vergleich mit den übrigen Bundesländern liege Mecklenburg-Vorpommern bei der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen an vorletzter Stelle. Nur Sachsen-Anhalt habe eine noch geringere Versorgungsquote. Aufgrund verschiedener Reformen auf Bundesebene und erfolgreicher Arbeit der

Ausbildungsinstitute seien immer mehr Psychotherapeuten in die Versorgung gekommen. Gerechnet auf die Einwohner habe man in Mecklenburg-Vorpommern in den Jahren 2013 bis 2018 eine Steigerung um 81 Prozent verzeichnen können. So seien es im Jahr 2013 auf 100.000 Einwohner 14,1 und im Jahr 2018 auf 100.000 Einwohner 25,5 Psychotherapeuten gewesen. Auch im Bundesdurchschnitt sei die Zahl in dem Zeitraum gewachsen, jedoch nur um ein Viertel. Im Bundesdurchschnitt gebe es etwa 40 Psychotherapeuten auf 100.000 Einwohner. Die Psychotherapeuten in den ostdeutschen Bundesländern und speziell auch in Mecklenburg-Vorpommern arbeiteten wesentlich mehr als der Bundesdurchschnitt. Dies lasse sich daraus schlussfolgern, dass der durchschnittliche Honorarumsatz bei einem niedergelassenen Psychotherapeuten in Mecklenburg-Vorpommern trotz bundesweit einheitlicher Durchschnittshonorare im Jahr 2018 bei 90.000 Euro, der Bundesdurchschnitt aber nur bei 81.200,00 Euro gelegen habe. Auch hier sei wieder eine starke Dynamik zu erkennen. Im Zeitraum, in dem sich der durchschnittliche Honorarumsatz bundesweit – insbesondere wegen Honoraranpassungen – um 6,3 Prozent erhöht habe, sei der Honorarumsatz in Mecklenburg-Vorpommern um 12,5 gestiegen. Dieser Trend zeige sich auch in den anderen ostdeutschen Bundesländern. Der Versorgungsbedarf sei dort höher, was sich auch in den Fallzahlen pro Therapeuten abbilde. Die Zahlen, die bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung als abgerechnete Fälle registriert worden seien, wiesen im Jahr 2018 für einen Psychotherapeuten in Mecklenburg-Vorpommern 240 behandelte Fälle pro Jahr aus, im Bundesdurchschnitt hingegen nur 189. Diese Entwicklung sei größtenteils historisch bedingt. In der DDR seien deutlich weniger Psychotherapeuten ausgebildet worden. Die privaten Ausbildungsinstitute hätten sich erst nach der Wende umgestellt und die Ausbildungszahlen stark erhöht. Es sei aber auch ein Effekt der bundesweiten Bedarfsplanung, die ländliche Regionen generell benachteilige. Die Denkweise dort sei, dass große Städte die umliegenden Regionen mitversorgten. In Mecklenburg-Vorpommern gebe es jedoch kaum große Städte, sodass dieser sogenannte Mitversorgereffekt der Zentren fehle. Die Kreise müssten sich selbst versorgen. Hierfür sehe der Gesetzgeber eine geringere Therapeutenzahl pro 100.000 Einwohner vor. Ein Problem sei ferner, dass die Psychotherapeuten und die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer (OPK) in der Landespolitik in Mecklenburg-Vorpommern wenig wahrgenommen würden. Ein nachvollziehbarer Grund sei der Sitz

der OPK in Leipzig, was nach wie vor als große Entfernung wahrgenommen werde. Manche Entwicklungen seien daher nicht so vorangegangen wie in anderen Ländern. Beispielsweise seien in Mecklenburg-Vorpommern im Kontext der Corona-Pandemie für die Psychotherapie wichtige Regelungen langsamer umgesetzt worden. Er bitte daher darum, die Psychotherapie im Rahmen der Gesundheitspolitik stärker zu denken. In der Illustration der Kreistypen, nach denen die Bedarfsplanung auf Bundesebene erfolge, sehe man, dass in Mecklenburg-Vorpommern der Kreistyp 5 deutlich dominiere. Die Kreise, die sich selber versorgten, wiesen im Vergleich eine unzureichende Psychotherapeutenzahl auf. Psychotherapeuten wirkten diesem Problem entgegen. Insbesondere im Jahr der Corona-Pandemie sei versucht worden, vermehrt digitale Versorgungsmöglichkeiten zu nutzen. Die Psychologen und Psychotherapeuten hätten im Vergleich zu anderen medizinischen Gruppen den höchsten Anteil an Videosprechstunden durchgeführt. Diese Entwicklung werde auch nach der Pandemie nicht nachlassen. Videosprechstunden könnten das Versorgungsangebot – insbesondere in ländlichen Regionen mit sehr weiten Wegen – ergänzen, nicht aber die Behandlung mit direktem Patientenkontakt ersetzen. Voraussetzung sei aber eine gute Internetverbindung, die eine flüssige Videoübertragung ermögliche. Es gebe verschiedene Ansätze, die psychotherapeutische Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern zu verbessern. So könnten in dünner besiedelten Regionen Zweigpraxen zugelassen werden, sodass Psychotherapeuten an mehreren Orten tätig sein könnten. Dies könnte mit der Landespolitik oder einzelnen Landkreisen erprobt werden. Möglicherweise kämen Unterstützungen für die dadurch erhöhten Betriebskosten, z. B. für die zusätzliche Raummiete, in Betracht. Ein weiterer Ansatz sei die Erprobung von aufsuchender Psychotherapie. In der Psychiatrie sei der Begriff des „home treatment“ zunehmend in Diskussion. Es sollte auch Psychotherapeuten ermöglicht werden, die Patienten aufzusuchen. Dies könne beispielsweise mittels eines Psychotherapeutenbusses in Gebieten erfolgen, in denen Praxen nicht rentabel zu betreiben seien. Des Weiteren könnten einige sozialschwache Familien psychotherapeutische Leistungen aufgrund der Fahrtkosten nicht in Anspruch nehmen. Die Behandlung umfasse oftmals 15, 30 oder bis zu über 60 Sitzungen, was zum Teil erhebliche Fahrtkosten bedeute, insbesondere dann, wenn Eltern ihre Kinder begleiteten. Es müsse eine Regelung zur Übernahme von Fahrtkosten bzw. zur Unterstützung geben. Die OPK wünsche sich

bessere Kontakte in die ministerielle und politische Ebene in Mecklenburg-Vorpommern. In manchen anderen Bundesländern sei die OPK in das Gremium nach § 90 a SGB V, in dem es um die sektorenübergreifende Versorgung gehe, miteinbezogen. In Mecklenburg-Vorpommern sei dies noch nicht der Fall. Auf einer Pressekonferenz mit der BARMER seien im letzten Jahr weitere Ideen entwickelt worden, welche im Gespräch oder auf weiteren Veranstaltungen vertieft werden könnten.

Vors. **Jörg Heydorn** bittet Herrn Dr. Peikert darum, seine Präsentation den Kommissionsmitgliedern zur Verfügung zu stellen.

Dr. Gregor Peikert sichert eine Übersendung der Präsentation zu.

Abg. **Dr. Gunter Jess** führt an, eine Verständnisfrage zu haben. Herr Dr. Peikert habe erklärt, ein Psychotherapeut betreue durchschnittlich 240 Patienten im Jahr. Er möchte wissen, wie viele Sitzungen im Durchschnitt erforderlich seien.

Dr. Gregor Peikert erklärt, dies schwanke von Patient zu Patient sehr stark. Ein Mittelwert sei insoweit nicht aussagekräftig. Bei einem ganzen Teil von Patienten reichten wenige, bis zu fünf, Beratungsgespräche. Übliche Behandlungsabschnitte im Rahmen einer sogenannten Kurzzeittherapie umfassten bis zu 24 Sitzungen und lange Verläufe bei z. B. komplexen Störungen könnten bis über 60 Sitzungen umfassen. Bei dieser breiten Spannbreite seien Mittelwerte nicht aussagekräftig, sodass er dies auch nicht vorbereitet habe. Aufgrund der geringen Dichte der Psychotherapeuten in Mecklenburg-Vorpommern und des daraus resultierenden hohen Patientenaufkommens müssten die Therapeuten durchaus ausdünnen und die Sitzungsabstände auch entgegen fachlicher Erforderlichkeit vergrößern, um auch dem dringenden Behandlungsbedarf gerecht werden zu können.

Vors. **Jörg Heydorn** weist darauf hin, als es um den Bereich Planung gegangen sei, habe Herr Dr. Peikert eine Folie gezeigt, die die vor Jahren ergangene Kreisgebietsreform nicht widerspiegele. Die Grafik zeige noch Kreise, die es heute

nicht mehr gebe. Er fragt, ob sich an den Planungsvorgaben etwas geändert habe oder ob sich diese immer noch an diesen alten Kreisgrenzen orientiere.

Dr. Gregor Peikert antwortet, dass dies die Planungsbereiche der Kassenärztlichen Vereinigung seien. Diese Daten seien etwa zwei Jahre alt. Zu den aktuellen Tendenzen hinsichtlich einer Beibehaltung oder Anpassung der alten Planungsgrenzen in der Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigung müsse sich ein Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung aus Mecklenburg-Vorpommern äußern.

Vors. **Jörg Heydorn** führt an, dass die Kassenärztliche Vereinigung in der Kommission vertreten sei. Diese Frage könne daher geklärt werden. Als nächstes schließe sich der Bereich Geburtshilfe und Pädiatrie an, welcher aktuell im Land sehr stark und emotional diskutiert worden sei. In Anbetracht der rückläufigen Geburtenzahlen stellten sich Fragen nach der Vorhaltung von Geburtstationen in kleinen Krankenhäusern, der Zentralisierung von Angeboten und der Qualität. Diese Fragen würden Mecklenburg-Vorpommern aufgrund weiter sinkender Geburtenzahlen auch in den nächsten Jahren noch beschäftigen.

Kathrin Herold (Vorstandsvorsitzende des Landeshebammenverbandes Mecklenburg-Vorpommern e. V.) sei auch als freiberufliche Hebamme tätig und wolle die aktuelle Situation im Land darstellen. Einleitend erklärt sie, alle Frauen hätten einen Anspruch auf Hebammenhilfe ab Feststellung der Schwangerschaft bis zum 9. Lebensmonat des Kindes bzw. bis zum Ende der Stillzeit. Zu jeder Geburt müsse eine Hebamme als Expertin hinzugezogen werden. Hebammen förderten eine gesunde Schwangerschaft, ermöglichten die physiologische Geburt, begleiteten das Wochenbett, die frühe Phase der Elternschaft sowie die Familienentwicklung. Bei Bedarf ziehe die Hebamme andere ExpertInnen hinzu und arbeite interdisziplinär. Im Umgang der betreuten Frauen und Familien mit dem Gesundheitssystem förderten Hebammen die Gesundheitskompetenz, planten gemeinsam mit den Betreuten die Versorgung, seien bei klinischen Entscheidungsprozessen behilflich und ermutigten Frauen zum Selbstmanagement und zur Selbstbeobachtung. Darüber hinaus spielten Hebammen eine wichtige Rolle bei der Begleitung anfälliger und marginalisierter

Bevölkerungsgruppen und trögen somit zum Abbau von Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung bei. Mit ihrer täglichen Arbeit förderten sie maßgeblich die Frauengesundheit. In der Corona-Krise sei zum wiederholten Male deutlich geworden, dass Hebammen in den Entscheidungsgremien von Politik und öffentlichem Gesundheitsdienst nicht vertreten seien. Regelungen für Hebammen hätten an vielen Stellen einzeln verhandelt und eingefordert werden müssen. Dies müsse sich ändern. Die aktuelle Situation stelle sich so dar, dass in Mecklenburg-Vorpommern jährlich zwischen 12.000 und 13.000 Kinder geboren würden. Eine wohnortnahe Betreuung durch Hebammen könne nicht mehr gewährleistet werden, da sowohl auf dem Land als auch in den Städten zu wenig Hebammen zur Verfügung stünden, die das gesamte Leistungsspektrum anböten. Einige Kliniken, z. B. Crivitz, schlossen ihre Kreissäle. Lange Anfahrtswege in die Klinik ließen die Risiken für die Schwangeren steigen. Während des Berufsverkehrs lägen die Fahrtzeiten über den vorgeschriebenen Notfallzeiten von ca. 30 Minuten. Die beruflichen Bedingungen klinisch arbeitender Hebammen hätten sich in den letzten Jahren massiv verschlechtert. Aufgrund unbesetzter Stellen werde die Arbeit für die einzelne Hebamme immer mehr. Häufig betreue eine Hebamme zwei oder mehr Frauen parallel. Viele Kolleginnen arbeiteten daher in Teilzeit. Der Entwurf eines Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetzes habe leider nicht das Potenzial, die strukturellen Mängel in der Pflege dauerhaft abzustellen. Auch in der außerklinischen Geburtshilfe gebe es Probleme. Der Sicherstellungszuschlag sei nur eine Zwischenlösung für die Haftpflichtproblematik. Hebammen, die außerklinische Geburtshilfe anböten, litten unter Existenzsorgen. Für Hebammen, die einsteigen möchten, sei der Zugang erschwert. Außerklinische Geburtshilfe sei der Schlüssel für Frauen zur freien Wahl des Geburtsortes und sollte daher institutionell vom Land gefördert werden. Wünschenswert sei die Entwicklung weiterer Geburtshäuser oder die Entwicklung sogenannter Familienkompetenzzentren. Diese leisteten einen unverzichtbaren Beitrag in der praktischen Ausbildung von Hebammen und seien ein Zukunftsmodell für die Ausübung des Hebammenberufes in der Freiberuflichkeit. Zudem könnten sie als PartnerInnen der Kliniken das Netz der geburtshilflichen Einrichtungen in Mecklenburg-Vorpommern wieder verstärken. Dazu sei die Entwicklung, Einrichtung und Förderung von wohnortnahen geburtshilflichen Modellprojekten nötig, auch als Alternative zur Schließung von geburtshilflichen Kliniken oder Abteilungen. Diese

Modellprojekte könnten Geburtshäuser, Hebammenzentren, Familienkompetenzzentren oder ganz neue Formen der interdisziplinären Zusammenarbeit sein. Eine institutionelle Förderung der Geburtshäuser und Hebammenpraxen mit Geburtshilfe sei zwingend erforderlich. Hinsichtlich der Situation in den Kliniken fordere der Landeshebammenverband gemeinsam mit dem Deutschen Hebammenverband sowie der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe die Überarbeitung des vom Gesundheitsministerium vorgelegten Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetzes, um eine 1:1-Betreuung in der klinischen Geburtshilfe zu ermöglichen. Der vorliegende Gesetzesentwurf sei nicht geeignet, das strukturelle Problem der Arbeitsbedingungen und der Entlohnung und die dadurch bestehende personelle Unterversorgung in den Kreissälen zu lösen. Dafür müssten das nationale Gesundheitsziel sowie das vom Ministerium in Auftrag gegebene IGIS-Gutachten zur Beschäftigungs- und Arbeitssituation von Hebammen berücksichtigt werden. Die Akademisierung sei in Mecklenburg-Vorpommern sehr gut gestartet. Sie fordere eine Anpassung von landesrechtlichen Regelungen im Zusammenhang mit dem Hebammenreformgesetz vom Januar 2020. Dazu gehörten die Anpassung der Berufsordnung aus den Neunziger-Jahren, die Regelung der PraxisanleiterInnen-Ausbildung in Mecklenburg-Vorpommern, die Gleichwertigkeitsanerkennung für altrechtliche Hebammen und insbesondere die Anerkennung der Studienabschlüsse von DDR-Hebammen. Ein weiteres Anliegen sei die Förderung der Externate für SchülerInnen. Es gebe bisher nur eine Lösung für StudentInnen der Hebammenwissenschaft. Die SchülerInnen und StudentInnen würden zudem nicht in den Schlüssel der Kliniken mitaufgenommen. Während der Corona-Pandemie sei es ein Problem gewesen, die Hebammen mit Schutzkleidung zu versorgen. Es sei zudem noch nicht überall geklärt, wie es mit den Impfungen aussehe. Von der Kassenärztlichen Vereinigung sei das Angebot gekommen, eine digitale Durchführung der Hebammenkurse zu ermöglichen. Aufgrund schlechter Internetinfrastruktur im Flächenland Mecklenburg-Vorpommern habe man dieses Angebot aber nicht nutzen können. In der Stadt könnten digitale Möglichkeiten für Beratungen genutzt werden, was aber bei den Familienhebammen häufig nicht möglich sei. Die zu betreuenden Familien seien häufig vulnerable Familien und auf Hausbesuche angewiesen. Für diese fehle es schlicht an Schutzkleidung und Impfungen. Ihren Vortrag werde sie der Kommission zur Verfügung stellen.

Vors. **Jörg Heydorn** befürwortet dies, da dieses Thema die Kommission weiter begleiten werde. Er bittet sodann Frau Prof. Dr. Seelbach-Goebel, die einen Überblick über die Situation in Gesamtdeutschland habe, um Einschätzung der Versorgungssituation und Empfehlung von Maßnahmen, um eine Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern in den nächsten Jahren sicherzustellen.

Prof. Dr. Birgit Seelbach-Göbel (bis 2020 Direktorin der Universitätsfrauenklinik Regensburg und bis vor kurzem Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe) führt an, zwischen 1991 und 2017 habe sich die Anzahl der Krankenhäuser mit Entbindungen von 1.186 um rund 43 Prozent auf 672 reduziert. Der Rückgang habe vor allem kleinere Kliniken mit einer Geburtenzahl von unter 500 pro Jahr betroffen. Deren Anteil an der Anzahl der Kliniken habe allein von 2014 bis 2017 um zehn Prozent abgenommen. Dies habe vorrangig wirtschaftliche Gründe gehabt. Für die Träger habe sich die Aufrechterhaltung der Geburtshilfe angesichts sinkender Geburtenzahlen unter DRG-Gesichtspunkten nicht mehr gelohnt. Der Anteil der Kliniken mit über 3.000 Geburten liege im Durchschnitt bei etwa drei Prozent. Damit sei Deutschland weit abgeschlagenes Schlusslicht in Europa. Mit einem Rückgang von 47 Prozent liege Mecklenburg-Vorpommern nach dem Saarland und Rheinland-Pfalz mit einem Rückgang von jeweils mehr als 50 Prozent und vor Baden-Württemberg und Bayern mit einem Rückgang von 45 Prozent an dritter Stelle. Im Jahr 1991 habe es in Mecklenburg-Vorpommern noch 30 Kliniken mit Geburtshilfe gegeben, im Jahr 2019 nur noch 16. Die Besonderheit im Vergleich zum Bund sei aber, dass dort rund 40 Prozent der Kliniken eine Geburtenzahl von über 1.000 pro Jahr erreichten, in Mecklenburg-Vorpommern sei dies nur in 25 Prozent der Kliniken der Fall. Die Geburtenzahl, ab der unter DRG-Bedingungen kostendeckend gearbeitet werden könne, liege bei etwa 1.200 Entbindungen pro Jahr. Dies bedeute, dass 75 Prozent der Geburtskliniken in Mecklenburg-Vorpommern defizitär seien und entweder innerhalb der Kliniken quersubventioniert werde oder diese von außen bezuschusst würden. Dazu gehörten nach der Melupa-Geburtenliste von 2020 auch zwei der vier Perinatalzentren Level 1. Acht Kliniken hätten weniger als 500 Geburten gehabt, eine davon sogar weit unter 100. Ausgehend von einer Neugeborenenzahl von 13.000 im Jahr 2018 sagten Prognosen zur erwarteten Geburtenzahl, dass diese bis 2023/2024 um 15 Prozent auf unter 11.000 und bis 2029/2030 um rund 23 Prozent

auf 9.500 bis 10.250 sinken werde. Die Geburtenzahl von 2020 mit 11.525 spiegele diesen Trend wider. Sollten sich diese Zahlen bewahrheiten, hieße das, dass in vielen kleinen Kliniken nicht einmal eine Geburt pro Tag stattfinden werde. Aus rein wirtschaftlichen Erwägungen hinaus liege es deshalb nahe, kurz- und mittelfristig kleine Kliniken zu schließen bzw. zusammenzulegen. Nach Kalkulationen der IGIS-Studie zur stationären Hebammenversorgung, welche von der Bundesregierung in Auftrag gegeben und Ende 2019 fertiggestellt worden sei, ergebe sich daraus eine Reduzierung des Personalbedarfs und damit auch der Personalkosten um etwa die Hälfte. Laut IGIS-Studie sei für Kliniken mit bis zu 600 Geburten pro Jahr ein Personalschlüssel von 5,65 Hebammenvollkräften angemessen. Bei einer Geburtenzahl von 600 sei eine Auslastung dieser Stellen von 100 Prozent gegeben. Betrage die Geburtenzahl bei derselben Hebammenbesetzung allerdings nur 300 Geburten, sinke die Auslastung auf nur 50 Prozent. Allein aus dem Blickwinkel der Auslastung und der Belegungszahlen sei eine Zusammenlegung von Standorten mit unter 500 Geburten sinnvoll. Wenn dadurch Geburtenzahlen von über 600 erreicht würden, wären zumindest die Personalkosten für Hebammen um die Hälfte reduzierbar, selbst wenn bei Geburtensteigerung von jeweils 100 über die 600er-Grenze eine zusätzliche 0,93-Vollkrafthebammenstelle notwendig wäre. Jedoch führe die Zusammenlegung von jeweils zwei kleineren Kliniken noch nicht zu einer wesentlichen Verbesserung der Erlössituation. Dieses könne nur mit dem Zusammenschluss mit größeren Kliniken und einer Reduzierung auf ca. neun Standorte geschehen. Neben den wirtschaftlichen Erwägungen spielten Erwägungen zur Behandlungsqualität eine Rolle. Der Gemeinsame Bundesausschuss habe 2016 das IQTIG (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen) mit der Generierung von sogenannten planungsrelevanten Qualitätsindikatoren beauftragt. Auch wenn derzeit noch Kritik an den bestehenden 11 Qualitätsindikatoren der Frauenheilkunde hinsichtlich ihrer Aussagekraft geübt werde, zeichne sich deutlich ab, dass bei der Planung von Abteilungen oder Kliniken zunehmend die Qualität ins Visier gerate. Ein Zusammenhang zwischen einer Mindestzahl an Geburten und der Behandlungsqualität liege nahe. Bestehende Studien zum Zusammenhang von Mindestmengen mit mütterlichem und kindlichem Outcome kämen laut IGES hier zu unterschiedlichen Ergebnissen. Während einerseits eine erhöhte perinatale Mortalität in Kliniken mit einer Geburtenzahl unter 500 festgestellt worden sei, sei andererseits

vermehrtes schlechtes Outcome in großen Kliniken konstatiert worden. 2017 habe die bayerische Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung die Daten der 115 bayerischen Geburtskliniken ausgewertet. Dabei sei aufgefallen, dass die höchsten Kaiserschnittraten in kleinen Kliniken und hier besonders in denen mit einer Geburtenzahl von unter 500 vorkämen. Zudem habe die Rate von beobachteten von zu erwarteten Kaiserschnitten, also risikoadaptiert, dort häufig den Grenzwert überschritten. Dennoch sei die Rate an schlechten Outcomes in den kleinen Kliniken höher gewesen. Die Frage sei, wie dieser scheinbare Widerspruch zustandekomme. Auch wenn an kleinen Kliniken die Mindestbesetzung an Hebammen mit einem Stellenschlüssel von 5,65 Vollzeitkräften vorgehalten werde, bestehe häufig ein Defizit an fachärztlicher Betreuung. Die Ärzte in kleinen Kliniken seien in der Regelarbeitszeit oft nicht ausschließlich für die Geburtshilfe zuständig, sondern auch im OP, in den Ambulanzen und auf Station tätig. Wenn also eine Geburt droht, kompliziert zu werden, sei es naheliegend, bereits präventiv tätig zu werden. Dies geschehe in der Regel durch einen frühzeitigen Kaiserschnitt mit dem Ziel, die Bindung des Facharztes und des OP-Teams im Kreissaal möglichst kurz zu halten. Dass in kleineren, defizitären Kliniken auch die vermeintlich höheren Erlöse Anreiz für mehr Kaiserschnitte seien, sei einmal dahingestellt. Andererseits sei der Facharzt außerhalb der Regelarbeitszeit häufig nur in Rufbereitschaft und damit nicht vor Ort anwesend, wenn eine unvorhersehbare Komplikation, die einer sofortigen Intervention bedürfe – und das auch im Low-Risk-Bereich – auftrete. Eine Verzögerung könne hier für schlechtere Outcomes-Ergebnisse verantwortlich sein. Eine Bündelung der ärztlichen und nicht ärztlichen Medizinkompetenz an einem Standort könne die Versorgung der werdenden Mütter und ihrer Kinder im Falle der Zusammenlegung von Geburtshilfen qualitativ deutlich verbessern. Viele sähen in einer Reduzierung der Geburtskliniken auf wenige Standorte die flächendeckende geburtshilfliche Versorgung in Gefahr. Derzeit seien in Deutschland geburtshilfliche Kliniken für 46,3 Prozent der Schwangeren in weniger als 15 Minuten per PKW zu erreichen, für weitere 41,6 Prozent in 15 bis 30 Minuten, für 8,9 Prozent in 30 bis 40 Minuten sowie für 2,9 Prozent in 40 bis 60 Minuten. Nur 0,2 Prozent der Schwangeren bräuchten länger als eine Stunde zur Geburtsklinik. Als Grenze für die Erreichbarkeit habe der Gemeinsame Bundesausschuss 40 Minuten festgelegt. Für 96,8 Prozent der Schwangeren sei dies machbar. Würden nur Krankenhäuser mit mehr als 500 Geburten berücksichtigt werden, wäre es immer noch

für 94 Prozent der Schwangeren möglich, eine Geburtsklinik innerhalb von 40 Minuten zu erreichen, innerhalb von 30 Minuten wären es 83 Prozent. Bei einer durchschnittlichen Geburtenzahl pro Frau von 1,5 sei dies ihrer Ansicht nach den Schwangeren zuzumuten. Bei einer weiteren Reduzierung der Kliniken auf diejenigen über 1.000 Geburten im Jahr müsste besonders sorgfältig kalkuliert und die Standorte hinsichtlich der Erreichbarkeit lokalisiert werden. Neben der Zumutbarkeit weiterer Wege für die Schwangeren müsse dabei unbedingt berücksichtigt werden, ob das notwendige Personal bereit sei, an den neuen Standort zu wechseln. So sei es ein Unterschied, ob man zweimal im Leben eine Fahrt von 40 Minuten zur Geburtsklinik auf sich nehmen oder dies für die Arbeit zweimal täglich tun. Wenn dazu die Bereitschaft oder die Mobilität fehle, entstünden wirkliche Engpässe in der Versorgung. In einer Blitzumfrage der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe aus dem Jahr 2017 hätten 25 Prozent der befragten Geburtskliniken geantwortet, innerhalb der letzten sechs Monate mindestens einmal eine Schwangere, die zur Geburt kam, wegen mangelnder Kapazitäten abgewiesen zu haben. In 65 Prozent der Fälle sei ein Hebammenmangel der Grund gewesen. Bei einer Schließung frei werdendes Personal werde nicht automatisch an einen anderen Standort wechseln. Um dies zu gewährleisten, müssten Überlegungen angestellt werden, wie der Wechsel attraktiv gestaltet werden könne. Die Engpässe, welche sich in manchen Kreissälen in den letzten Jahren manifestiert hätten, seien nicht zuletzt Folge einer im Wesentlichen unstrukturierten Schließung von Abteilungen aus wirtschaftlichen Gründen, ohne dass zum Ausgleich dafür in den übrigen größeren Einrichtungen die Kapazitäten erhöht worden seien. Dieser Fehler solle in Mecklenburg-Vorpommern nicht passieren.

Vors. **Jörg Heydorn** erkundigt sich, ob seine Einschätzung richtig sei, dass die genannten Prozentzahlen zur Erreichbarkeit Bundeszahlen und keine Zahlen aus Mecklenburg-Vorpommern seien.

Prof. Dr. Birgit Seelbach-Göbel bestätigt dies. Sie habe einmal selbst versucht, auszurechnen, wie es sich verhielte, wenn ein oder zwei kleinere Krankenhäuser zusammengelegt würden. Sie kenne die Verhältnisse in Mecklenburg-Vorpommern nicht so gut, sodass diese Berechnungen nur unter Vorbehalt verwertbar seien. Man komme dann auf etwa 35 Minuten, wenn ein Standort schließe und die Geburtshilfe

dann woanders stattfindende. Diese Berechnung betreffe Kliniken unter 500 Geburten im Jahr.

Vors. **Jörg Heydorn** erläutert, Mecklenburg-Vorpommern habe 67 bis 69 Einwohner pro 100.000 Quadratmeter. Es gebe kein westliches Bundesland, das nicht mindestens 100 Einwohner pro 100.000 Quadratmeter mehr habe. Dies sei eine ganz andere Größenordnung als dies hier im Land der Fall sei. Es müsste sich daher für Mecklenburg-Vorpommern ganz konkret angesehen werden, welche Auswirkungen dieser Vorschlag hätte.

Prof. Dr. Birgit Seelbach-Göbel rät dazu, sich dies einmal für Mecklenburg-Vorpommern anzusehen, da es wirklich wichtig sei. Einerseits sei die Wirtschaftlichkeit in den Blick zu nehmen und andererseits die Erreichbarkeit. Eine Lösung könne und müsse gefunden werden. Ansonsten bliebe nur eine Subventionierung.

Vors. **Jörg Heydorn** führt an, es könne auch die Finanzierung umgestellt werden. Nun folgten die Anhörungen zum Bereich der sogenannten Volkskrankheiten.

Dr. med. Stefan Zimny (Chefarzt für Allgemeine Innere Medizin, Endokrinologie und Diabetologie bei den Helios Kliniken Schwerin) stuft die aktuelle Situation in Mecklenburg-Vorpommern diesbezüglich als bedrohlich ein. Er greife auf die Studie SHIP (Study of Health in Pomerania) zurück. Dies sei eine Kohorten-Studie in der Nähe von Greifswald, in deren Rahmen die Menschen, die dort lebten, regelmäßig unter anderem auf Volkskrankheiten untersucht und analysiert würden. Dabei würden der Typ 2 Diabetes, der Typ 1 Diabetes und Adipositas erfasst sowie der Raucherstatus und Herzkrankheiten. Es bestehe ein aktueller Prävalenz-Durchschnitt von 13,6 Prozent, was bedeute, dass 13,6 Prozent aller Menschen in Mecklenburg-Vorpommern einen Typ 2 Diabetes hätten. Die SHIP-Studie der AOK Nordost komme mit 13,5 Prozent zum selben Ergebnis. Der Bundesdurchschnitt liege bei 8 bis 10 Prozent, je nachdem, welche Kohorten man sich anschau. Mecklenburg-Vorpommern habe die höchste Diabetes-Prävalenz im Bundesgebiet. Diese habe in den letzten 15 Jahren um 25 bis 30 Prozent zugenommen. Hochrechnungen zufolge werde der Wert in den nächsten 10 bis 15 Jahren nochmals um 25 bis 30 Prozent

steigen. Man könne von einer Diabetes-Epidemie sprechen. Zu beachten sei der epidemiologische Wandel mit Zunahme der älteren Menschen und der älteren Patienten. Bei Menschen ab 60 Jahren liege die Typ 2 Diabetes-Prävalenz in Mecklenburg-Vorpommern derzeit bei 30 bis 40 Prozent. Dies sei sehr viel und betreffe Frauen und Männer gleichermaßen. Die Ursachen für den Typ 2 Diabetes, nämlich der Lebensstil mit Ernährung und Bewegung, seien hinlänglich bekannt. Bei der Adipositas habe man im Land derzeit eine Prävalenz von 30 Prozent, der Bundesdurchschnitt liege bei 20 Prozent. Zusammen mit Sachsen-Anhalt und Brandenburg liege Mecklenburg-Vorpommern auch hier vorne. Ihn freue, dass der Gesetzgeber vor etwa einem Monat die Adipositas als chronische Krankheit anerkannt habe. Nun könne die Therapie, medikamentös und chirurgisch, entsprechend geregelt werden. Der Typ 1 Diabetes, der Kinder und Jugendliche, aber auch junge Erwachsene betreffe, werde noch vernachlässigt. Man habe in der Bundesrepublik eine Neuerkrankungsrate pro Jahr von 15,3 je 100.000 Einwohnern. Erkrankte seien immer auf eine lebenslange Behandlung mit Insulin angewiesen. Der Typ 1 Diabetes nehme pro Jahr um etwa drei Prozent zu. Diese Zunahme betreffe das gesamte europäische Gebiet. Das Krankenhaus in Schwerin habe eine große Abteilung für Diabetologie und Endokrinologie. Eine klassische Diabetesstation sei nicht mehr in vielen Krankenhäusern vorhanden. Diabetes komme in allen Fachabteilungen zu 30 Prozent vor. Es seien daher jeweils diabetesbedingte Komplikationen zu beachten und mit zu behandeln. Ein Großteil der Patienten mit Typ 2 Diabetes werde in Hausarztpraxen versorgt. Das Managementprogramm zum Typ 2 Diabetes laufe sehr gut. Es würden auch Daten wie die Amputationsrate und Folgekomplikationen erfasst. Im Land gebe es aktuell nur noch 37 Schwerpunktpraxen. Es seien einmal 41 gewesen. Die Praxeninhaber gingen in den Ruhestand und die Praxen könnten nicht nachbesetzt werden. Patienten müssten dann stattdessen in Krankenhäusern versorgt werden, wobei in vielen kleineren Häusern der Grund- und Regelversorgung keine Diabetologen und kein Assistenzpersonal mehr vorhanden seien. Es gebe drei große Schwerpunktkliniken. Dies seien, historisch gewachsen, Karlsburg, Rostock und Schwerin. Es gebe die epidemiologischen Probleme in Form der Altersstruktur, nämlich durch Zunahme alter Menschen und damit auch eine Zunahme der Diabetes- und Adipositas-Prävalenzen. Diabetes sei ein Risikofaktor für koronare Herzkrankheit, da Verkalkungen der Herzkranzgefäße aufträten, welche ebenfalls versorgt werden

müssten. Es gebe ein Versorgungsproblem in der Fläche. Es stelle sich die Frage, wie der Patient zum Hausarzt komme und dies insbesondere dann, wenn Hausarztpraxen nicht mehr nachbesetzt würden. Es fehle an Diabetologen und Assistenzpersonal. Die Weiterbildungsstellen in den Häusern und die Weiterbildungsstätten müssten gesichert werden, um dem steigenden Behandlungsbedarf gerecht werden zu können. Ein großes Thema sei auch die Weiterbildung in den Schwerpunktpraxen, welche derzeit in keiner Schwerpunktpraxis angeboten werde. Ein medizinisches Problem sei aufgrund der Multimedikation die immer komplexer werdende Behandlung des Typ 2 Diabetes. Es gebe sechs verschiedene Präparate, die in der Kombinationstherapie bei Diabetes Typ 2-Patienten angewendet würden. Mindestens vier oder fünf würden in den nächsten Jahren noch hinzukommen. Zudem schreite die Diabetes-Technologie deutlich voran. Diabetes Typ 1-Patienten würden mit Insulinpumpen versorgt. Dies setze ein bestimmtes Know-How voraus. Die Pumpen-Technologie entwickle sich immer weiter, indem die Pumpen durch Messanalysen oder Rückkopplungsmechanismen gesteuert werden könnten. Lösungsansätze seien der Ausbau der Telemedizin und der Videosprechstunde, welche im Land bereits angewandt würden. Auch sollten die Ausbildung und die Weiterbildung in Schwerpunktpraxen erfolgen. Diesbezüglich sei es sinnvoll, analog zur Allgemeinmedizin eine Ausbildungsförderung zu etablieren. Des Weiteren sei die sprechende Medizin aufzuwerten. Derzeit werde für die Krankenhäuser über das DRG-System und die INEK ein Erlös generiert und dies werde prozedural gesteuert. Je mehr Prozeduren angeboten würden, desto höher sei der Erlös. Man brauche aber auch die sprechende Medizin, sodass die DRGs und die INEK-Werte in der Diabetologie angepasst werden müssten. Ambulant müsse über Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) und GOE gesprochen werden. Eine Möglichkeit, Strukturen in Krankenhäusern und Schwerpunktpraxen zu etablieren, seien Zertifizierungen, da dort Qualitätsstrukturmerkmale gefordert würden. So müssten ein Diabetologe und Assistenzpersonal vor Ort oder zumindest erreichbar sein. Es seien auch überregionale Diabetes-Boards oder eine intersektorale Vernetzung zur Abstimmung zwischen Krankenhaus und Hausarzt denkbar. Die Versorgung von Diabetes-Patienten sei etwa doppelt so teuer wie die Versorgung anderer Patienten. Pro Diabetes-Patienten fielen ohne Komplikationen jährliche Gesamtgesundheitskosten in Höhe von circa 2.500 Euro an, mit Komplikationen, wie

z. B. Herzinfarkt oder Schlaganfall, gehe es in den Bereich von 10.000 Euro bis zu 20.000 Euro. Zukünftig würden die Kosten eher steigen.

Sabine Ohlrich-Hahn (Vizepräsidentin des Verbandes der Diätassistenten Deutscher Bundesverband e. V.) erklärt, ihr Verband arbeite nur auf Bundesebene, länderspezifische Untergruppen gebe es nicht. Dies liege daran, dass es sich bei den Diätassistenten um eine sehr kleine Berufsgruppe handele. Diätassistent sei ein bundesrechtlich reglementierter Gesundheitsberuf. Die Berufsbezeichnung sei nicht zufriedenstellend. Der Begriff Ernährungstherapeut dürfe nicht verwendet werden. Das Wort Diät sei mit sehr negativen Assoziationen verbunden, der Begriff Assistent spiegele nicht die berufsgesetzliche Erlaubnis wider, therapeutische und ernährungsmedizinische Maßnahmen eigenverantwortlich durchführen zu können. Die Hauptarbeitsorte seien Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken. Eigene Niederlassungen seien sehr dünn gestreut. Viele ihrer KollegInnen arbeiteten auf Honorarbasis im ambulanten Bereich, beispielsweise für Krankenkassen, große Arztpraxen oder Medizinische Versorgungszentren. Die Frage, ob das Land eine qualitätsgesicherte und leistungsfähige ernährungstherapeutische Versorgung der Bevölkerung benötige, sei nach dem, was Dr. Zimny vorgetragen habe, eigentlich überflüssig. Deutschlandweit gebe es durch ernährungsbedingte Erkrankungen Folgekosten von etwa 17 Milliarden Euro pro Jahr. Immer mehr in den Fokus rücke auch die krankheitsassoziierte Mangelernährung. In diesem Bereich seien bereits im Jahr 2007 Zusatzkosten von neun Milliarden Euro pro Jahr prognostiziert worden. Diese seien mittlerweile mit Sicherheit angestiegen. Immerhin 58 Prozent der Menschen in Deutschland seien an gesunder Lebensweise und gesunder Ernährung zumindest teilweise interessiert. Bei der Adipositas-Prävalenz stehe Mecklenburg-Vorpommern, wie bereits angesprochen worden sei, hinter Sachsen-Anhalt an zweiter Stelle. Eine gerade veröffentlichte Studie zu den Wirkungen verhaltensbedingter Ernährungsberatung habe ergeben, dass das Gewicht der Probanden abgenommen habe, der Blutdruck gesenkt worden sei und die Cholesterinwerte abgenommen hätten. Die zweite zentrale Frage sei, ob im Land Mecklenburg-Vorpommern im Moment eine qualitätsgesicherte und leistungsfähige ernährungstherapeutische Versorgung der Bevölkerung sichergestellt werden könne. Der Berufsverband der Diätassistenten habe Anfang des Jahres eine Berufsfeld- und Tätigkeitsanalyse unter

den Diätassistenten in Deutschland durchgeführt. Ein Diätassistent oder eine Person in vergleichbarer Tätigkeit betreue im Durchschnitt etwa 188 Patienten im stationären Bereich. Diätassistenten seien die einzige Berufsgruppe in diesem Bereich mit einer reglementierten Ausbildung und einer staatlichen Prüfung. Teilweise betreue ein Diätassistent sogar bis zu 250 oder mehr Patienten. Bei der Deutschen Rentenversicherung seien für Rehabilitationskliniken in den Richtlinien zum Stellenschlüssel für onkologische Rehabilitationskliniken ein Diätassistent auf 100 Patienten sowie für kardiologische/gastroenterologische Rehabilitationskliniken sogar 1,2 Diätassistenten auf 100 Patienten ausgewiesen. Ähnliche Zahlen für den stationären Bereich gebe es nicht, sondern nur eine Empfehlung aus den USA. Danach werde für den klinischen Bereich ein Diätassistent auf 65 bis 75 Patienten empfohlen. Dies scheitere in Deutschland jedoch an den Finanzierungsvorgaben für den klinischen Bereich. Es gebe kaum erlösrelevante Ziffern, mit denen Diätassistenten ihre eigene Tätigkeit abrechnen könnten. Seit 2019 gebe es einen OPS-Code für die ernährungsmedizinische Komplexbehandlung. Die Abrechnung benötige jedoch bestimmte strukturelle Voraussetzungen. Die Häuser müssten in Vorleistung gehen und die notwendigen Strukturen für eine Abrechnung schaffen. Dies führe dazu, dass im Moment nur etwa zehn Prozent der Stationen im Krankenhaus über Diätassistenten oder ähnlich ausgebildete Personen verfügten. Im europäischen Vergleich seien es 63 Prozent. Eine kurzfristige Ad-hoc-Umfrage unter KollegInnen in Mecklenburg-Vorpommern habe ergeben, dass z. B. die Universitätsmedizin Rostock mit etwa 1.100 Betten drei Diätassistentinnen im Hause angestellt habe. Davon sei eine nur für den Bereich Pädiatrie zuständig, eine für die Diabetesberatung und eine im Bereich Gastroenterologie. Zwei weitere Diätassistenten seien über eine Tochtergesellschaft angestellt. Dies entspreche einem Diätassistenten pro 500 Patienten. In Schwerin sehe es etwas besser aus. Dort gebe es 4,5 Kräfte, was einem Schlüssel von 1:370 entspreche. In Neubrandenburg gebe es drei in Vollzeit tätige Diätassistenten und zwei Diabetesberater. Der Schlüssel liege hier bei eins zu 330. Das Fazit ihres Verbandes sei, dass die ernährungstherapeutische Versorgung im klinischen Bereich in Mecklenburg-Vorpommern nur unzureichend gesichert werden könne. Eine Konsequenz sei, dass das, was im stationären Bereich nicht statffinde, auch in der Ambulanz nicht umgesetzt werde. Für die vielen Patienten mit Adipositas-Vorsorge gebe es kaum Angebote der ambulanten Ernährungstherapie.

Sie habe etwa 30 Anbieter finden können. Im Flächenland Mecklenburg-Vorpommern bedeute dies, dass es einen Anbieter für etwa 50.000 Einwohner gebe. Die Patienten würden damit sich selbst überlassen. Diese schlechte Versorgung werde sich auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung auswirken, was zu hohen Folgekosten führe. Fehlende Stellenangebote für Diätassistenten erschwerten die Nachwuchsgewinnung, was wiederum zu fehlenden Angeboten im Bereich der Gesundheitsprävention und -förderung führe. Die Ausbildung sei im Moment recht unattraktiv. Das Berufsgesetz sei veraltet und die Stellen- und Verdienstsituation seien ungünstig. Auf die besonders schlechte Finanzierung von selbstständiger Tätigkeit könne sie aus Zeitgründen nicht eingehen. Es stelle auch eine schwierige Ausgangsbedingung dar, dass ihre Berufsgruppe bei der Akademisierung ganz am Anfang stehe. Dies seien deutschlandweit bestehende Probleme. Sie wolle nun Lösungsansätze diskutieren. Die Ausgangslage in Mecklenburg-Vorpommern sei eigentlich gut, da es eines von zwei Bundesländern in Deutschland sei, die einen Studiengang für Diätassistenten anböten. Zudem gebe es zwei Berufsfachschulen. Dies ermögliche es, neue Ausbildungsmodelle auf den Weg zu bringen und attraktive Angebote für die Studierenden zu entwickeln. Auch könnten im Gesundheitsland Mecklenburg-Vorpommern Forschungs- und Modellprojekte auf den Weg gebracht werden, die Ernährungstherapie vor Ort durchführten, überprüften, evaluierten und weiter ausbauten. Als zweiten Lösungsansatz könnte sich das Land Mecklenburg-Vorpommern auf Bundesebene dafür einsetzen, zügig eine Novellierung des Diätassistentengesetzes auf den Weg zu bringen. Dies sei aufgrund der Corona-Pandemie etwas aus dem Blick geraten. Zudem bedürfe es einer besseren Verankerung der ernährungswissenschaftlichen Therapie im ambulanten und stationären Bereich. Des Weiteren bedürfe es in Mecklenburg-Vorpommern der Schulgeldfreiheit für die Diätassistentenausbildung für Ausbildungsstätten in privater Trägerschaft. Es sei hier immer noch so, dass der erste berufsbildende Abschluss aus eigener Tasche bezahlt werden müsse. Andere Bundesländer hätten das Schulgeld bereits abgeschafft.

Vors. **Jörg Heydorn** dankt den Vortragenden für die erkenntnisreichen Berichte. Er habe schon öfter den Eindruck gehabt, die Gesundheitsversorgung in Deutschland

stehe nicht auf den Füßen, sondern auf dem Kopf. Es sei eine spannende Frage, wie etwas verändert werden könne. Er eröffnet sodann die Fragerunde.

Anja Schießer (Geschäftsstelle SELBSTHILFE M-V e. V.) möchte von Herrn Dr. Peikert wissen, was dieser von der Unterstützung psychisch erkrankter Menschen durch Soziotherapeuten halte und wie er deren Einsatzmöglichkeiten in Mecklenburg-Vorpommern einschätze. Gerade in der Fläche könne dies vielleicht eine Unterstützung sein. Dr. Zimny und Frau Ohlrich-Hahn fragt sie, wie Mecklenburg-Vorpommern hinsichtlich der Einführung der Adipositas-Managementprogramme aufgestellt sei.

Dipl.-Med. Angelika von Schütz (Stellvertretende Vorsitzende des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung M-V) weist darauf hin, die Akademisierung der Psychotherapeutenausbildung werde aufgrund des längeren Ausbildungsweges langfristig dazu führen, dass zwischen dem jetzigen Bestand an Psychotherapeuten und den künftigen Psychotherapeuten vermutlich ein Versorgungsdelta entstehen werde. Bei Herrn Dr. Peikert erkundigt sie sich nach Überbrückungsmöglichkeiten zur Sicherstellung der Versorgung. Zum Thema der Mindestmengen habe sie im GBA eine Diskussion über diese gehört und ihr sei noch nicht klar, wie diese Zahl von 500 Geburten pro Einrichtung zustandekomme. Sie stelle sich die Frage, ob sich die Hebammenversorgung bei Halbierung der Geburtskliniken in irgendeiner Weise ändern würde oder ob die Betrachtungsweise wie dargestellt bliebe. Sie bitte Frau Seelbach-Goebel um Stellungnahme.

Dr. Gregor Peikert erläutert, Soziotherapie könne eine wichtige Ergänzung für einen relativ kleinen Teil der Patienten mit psychischen Störungen sein, nämlich für die Patienten mit einem komplexen Versorgungsbedarf zur Unterstützung in lebenspraktischen Belangen. Psychotherapie wende sich zum Teil an diese Patienten, aber auch an andere. Das Problem der Soziotherapie sei, dass es auch in Mecklenburg-Vorpommern nur eine nicht sehr große zweistellige Zahl an Anbietenden gebe. Es gebe eine Differenz zwischen denen, die Soziotherapie qualifiziert leiten könnten und denen, die Soziotherapie benötigten. Soziotherapie werde daher noch nicht als Ergänzung der Psychotherapie verstanden. Diesbezüglich sehe er einen

Ergänzungsbedarf. Im Moment arbeite der Gemeinsame Bundesausschuss an einer Richtlinie für die Versorgung von Menschen mit komplexem Versorgungsbedarf und er hoffe, dass dort auch die Psychotherapie eine bessere Berücksichtigung finden werde, damit es zukünftig auch mehr Anbieter für Psychotherapie geben werde. Die zweite Frage betreffe die Psychotherapeutenausbildung. Diese sei bisher als postgraduale Berufsausbildung nach einem Psychologiestudium realisiert worden. Seit diesem Jahr gebe es Psychotherapiestudiengänge in Mecklenburg-Vorpommern an der Universität in Greifswald als Bachelor- und Masterstudiengang. Er befürchte bei der derzeitigen Entwicklung keine Versorgungslücke beim Übergang der Systeme. Die bisherige Ausbildung habe so gut funktioniert, dass die Versorgung in den nächsten Jahren sichergestellt sei. Auch die Anzahl der geplanten Studienplätze sei so bemessen, dass es ein Versorgungsdefizit nicht geben werde. Die große Unbekannte sei die Weiterbildung nach dem Studium. Hier seien insbesondere die Krankenhäuser gefragt. Es sei auch auf Landesebene Arbeit notwendig. So müsse die Weiterbildungsverantwortung der Krankenhäuser in das Landeskrankenhausgesetz aufgenommen werden.

Kathrin Herold meint bezüglich der Mindestmenge von 500 Geburten, es sei nur eine Interpretation, dass eine niedrigere Zahl eine schlechtere Qualität bedeute. Sie habe die außerklinischen Hebammen- oder Familienkompetenzzentren angesprochen. Geburtskliniken könnten nicht geschlossen werden ohne Alternativen zu anbieten. Hebammen leisteten nicht nur Geburtshilfe, sondern begleiteten Frauen von Beginn der Schwangerschaft bis zum Ende des ersten Lebensjahres des Kindes. Prof. Dr. Seelbach-Göbel habe die Situation in Bayern abgesprochen. Dort arbeiteten viele Kliniken im Belegsystem, in Mecklenburg-Vorpommern bisher nicht. Grundsätzlich sei das DRG-System für die Geburtshilfe ungeeignet. Dort gebe es Änderungsbedarf. Eine wirtschaftliche Betrachtungsweise sei nicht richtig. Es sei unklar, ob der Bevölkerungsrückgang wie prognostiziert komme. Es müsse auch die Zuwanderung bedacht werden. Das Land werde nicht attraktiver für Familien, wenn sich die Angebote zur Geburtshilfe verringerten.

Vors. **Jörg Heydorn** merkt an, außer in Rostock sei in Mecklenburg-Vorpommern keine Zuwanderung zu erkennen. Gerade in der Fläche verliere das Land seit der

Wende Einwohner. Eine Veränderung dieser Entwicklung sei nicht absehbar, daher sei eine erwartete Zuwanderung nur schwer zu begründen.

Prof. Dr. Birgit Seelbach-Göbel stimme Frau Herold zu, das DRG-System sei ungeeignet, geburtshilfliche Leistungen adäquat abzubilden. In Bayern seien 55 Prozent der Kliniken mit freiberuflichen Hebammen ausgestattet und damit gebe es eine andere Situation als in Mecklenburg-Vorpommern. Das stelle jedoch möglicherweise einen Lösungsansatz für andere Bereiche dar. Die Hebammen an ihrer ehemaligen Arbeitsstätte verdienten bei genügend Geburten wirklich gut, nicht vergleichbar mit angestellten Hebammen. Zu Beginn ihrer Tätigkeit habe es an ihrer Klinik 1.200 Geburten im Jahr gegeben, am Ende 3.400 und 35 freiberufliche Hebammen. Diese hätten ein sehr gutes Auskommen, jedoch auch Risiken. Eine Geburtsklinik mit 200 Geburten im Jahr lohne sich jedoch nicht für Beleghebammen. Dies sei ein Problem, da es in Mecklenburg-Vorpommern viele kleine Kliniken mit geringen Fallzahlen gebe. Die vom G-BA vorgegebene Mindestmenge von 500 Geburten im Jahr sei natürlich eine willkürliche Festlegung. Doch es gebe in Kliniken mit weniger als 1.000 und insbesondere bei weniger als 500 Geburten höhere Kaiserschnittfrequenzen. Es fehle dort das Personal, um kritische Situationen auszusitzen. Dann sei die Versorgung im Geburtshaus auch nicht schlechter. Andererseits sei ihr ehemaliges Klinikum mit 3.400 Geburten überlastet und die Qualität sei damit auch nicht besser gewesen. Es müsse vor Veränderungen genau überlegt werden, damit es nicht zu Engpässen in der Versorgung komme.

Dr. med. Stefan Zimny erklärt, es gebe bezüglich des DMP (Disease-Management-Programm) für Adipositas noch keine genauen Informationen. Viel werde sich im niedergelassen Bereich abspielen. Die KV und die Kassen müssten jetzt die Strukturen für Untersuchung und Therapie entwickeln. Die gesetzliche Entscheidung, Adipositas als chronische Erkrankung anzuerkennen, sei ganz frisch. Jetzt gehe es um die Umsetzung. Es freue ihn, dass es das DMP geben werde, mehr könne er jedoch nicht sagen.

Sabine Ohlrich-Hahn pflichtet Dr. med. Zimny bei, die Ausgestaltung des DMP für Adipositas sei noch unklar. Das DMP sei ein erster Schritt, da nicht jeder Patient über

eine strukturierte Patientenschulung aufzufangen sei. Es müsse begleitend auch individuelle Angebote geben. Das DMP Diabetes laufe zwar gut, doch der Ernährungsplan werde in der Regel von medizinischen Fachangestellten erstellt. Diese könnten sich zwar in die Ernährungstherapie einarbeiten, seien jedoch nicht speziell dafür ausgebildet. Es sei ihr daher ein Anliegen, bei der Ausgestaltung des DMP Adipositas den Bereich der Ernährung von ernährungstherapeutisch spezialisierten Berufen abdecken zu lassen.

Vors. **Jörg Heydorn** bittet die Anzuhörenden, der Kommission die Präsentationen und Aufzeichnungen zur Verfügung zu stellen. Es habe wichtige Hinweise gegeben, die für die weitere Arbeit hilfreich sein könnten.

Abg. **Dagmar Kaselitz** habe oft Kontakt mit Geflüchteten und den dazugehörigen Organisationen. Die psychotherapeutische Beratung werde oft als problematisch dargestellt. Sie fragt Dr. Peikert, ob ihm in Mecklenburg-Vorpommern diesbezüglich besondere Herausforderungen bekannt seien und wie die Sprachmittlung erfolge. Außerdem interessiere sie die Beurteilung des Psychosozialen Zentrums in Greifswald. Es sei aus Mecklenburg-Vorpommern das einzige Zentrum, welches Mitglied in der bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e. V. (BAfF) sei. Ein anderes Thema sei der kultursensible Umgang mit schwangeren Migrantinnen. Sie fragt Frau Herold, wie dort die Betreuung abgesichert werde und ob es Weiterbildungsangebote oder Ausbildungsinhalte zu diesem Thema gebe.

Prof. Dr. med. Andreas Crusius (Präsident der Ärztekammer M-V) fragt Dr. Peikert, ob es Vorstellungen zur Finanzierung des praktischen Teils nach dem Studium gebe. Die Inanspruchnahme von Psychotherapie habe sich laut Dr. Peikert in den letzten neun Jahren verdoppelt. Er wolle wissen, was die OPK vorschlage, um diesen Trend zu stoppen. Das DRG-System sei für die gesamte Medizin ungeeignet, um Leistungen abzurechnen. Er fragt Frau Herold, ob nicht die Entbindung in einer Geburtsklinik zu bevorzugen sei, damit im Notfall ein Gynäkologe bereitstehe. Im Geburtshaus gebe es keine Gynäkologen. In Mecklenburg-Vorpommern werde Geburtshilfe nur bei vorhandener Nephrologie und Pädiatrie angeboten. Dies sei einmalig und dazu

wünsche er eine Stellungnahme von Prof. Dr. Seelbach-Göbel. Ernährungstherapie dürfe nicht über DRGs bezahlt werden, sondern müsse zusätzlich vergütet werden.

Henning Kutzbach (Geschäftsführer der Barmer Landesvertretung M-V) fragt, ob sich Frau Herold ein Geburtshaus als Alternative zu der entsprechenden Fachabteilung eines kleinen Krankenhauses vorstellen könne, wenn diese miteinander vernetzt seien. Seines Wissens nach gebe es in Mecklenburg-Vorpommern kein Geburtshaus mehr und das irritiere ihn. Er wolle wissen, ob das wirtschaftliche Gründe habe oder an den Interessen der Eltern liege. Prof. Dr. Seelbach-Göbel habe gesagt, neun Geburtskliniken reichten in Mecklenburg-Vorpommern aus. Außerdem sollten dann die kleineren mit den großen Krankenhäusern kooperieren. Ihn interessierten die Gründe dafür. Hinsichtlich der Mindestmenge von 500 Geburten hakt er nach, ob neben wirtschaftlichen Aspekten auch die Qualität eine Rolle spiele.

Dr. Gregor Peikert entgegnet der Abg. Dagmar Kaselitz, er habe keine Daten zur Effektivität oder Nachfrage einzelner Zentren. Bei Geflüchteten stünden oftmals zunächst andere Sachen als Psychotherapie auf dem Programm. Psychotherapie werde erst nachgefragt, wenn Fragen zur Aufenthaltsgenehmigung, Wohnung und Beruf geklärt seien und es eine längere Aufenthaltsperspektive gebe. Das große Problem sei die Sprachbarriere. Es gebe noch keine suffizienten Modelle zur Finanzierung der Sprachmittlung, lediglich die digitale Zuschaltung eines Dolmetschers werde angeboten. Dies sei jedoch einer therapeutischen Behandlungssituation nicht sehr genügend. Es bedürfe einer Entwicklung und bei entsprechender Finanzierung gehe er von einer hohen Inanspruchnahme einer Sprachmittlung aus. Prof. Dr. Crusius antwortet er, der praktische Ausbildungsteil nach dem Studium sei klar in § 117 SGB V definiert. Diesbezüglich sehe er keine Schwierigkeiten. Noch nicht gut geklärt seien die berufsqualifizierenden Teile während des Psychotherapiestudiums. Tätigkeiten, die die Studierenden im Krankenhaus oder im ambulanten Bereich zu leisten hätten, seien nicht klar geregelt. Die Inanspruchnahme von Psychotherapie nicht weiter steigen zu lassen sei eine Frage der Prävention. Es gebe einige Ansätze, die weiter zu verfolgen seien. Außerdem könnten die Erwartungen an Psychotherapie geklärt werden, z. B. auch durch Öffentlichkeitsarbeit. Um die vorhandenen Ressourcen besser zu nutzen und die

Indikation zu verdeutlichen sei auch eine Zusammenarbeit der Leistungserbringer gefragt.

Kathrin Herold meint bezüglich der kultursensiblen Betreuung von Frauen und Familien, der Deutsche Hebammenverband (DHV) biete dazu regelmäßig Fortbildungsprogramme an. Auch der Landeshebammenverband in Mecklenburg-Vorpommern versuche, viele Angebote zu machen. Außerdem seien über die Onlineplattform Online Geburtshilfe Akademie (OIGA) Informationen zu diesem Thema abrufbar. Es sei ihr ein großes Anliegen, dieses Thema auch in der Akademisierung zu verankern. Sie selbst sei eine ausgebildete Familienhebamme, die Familien mit besonderen Bedürfnissen betreue. Das treffe auf Familien mit Migrationshintergrund oft zu. In Mecklenburg-Vorpommern gebe es eine Landesfachstelle für Familienhebammen und Familiengesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen. Auch dort wolle sie das Thema noch mal platzieren. Die Frage von Prof. Dr. Crusius, ob eine Geburt in einer Klinik besser sei als im Geburtshaus, könne klar verneint werden. Dafür gebe es auch Belege. Vor einer außerklinischen Geburt erfolge ein gründlicher Eignungsscheck und bei dem Anschein eines Risikos werde die Schwangere an eine Klinik überwiesen. Noch gebe es keine Gynäkologen im Geburtshaus, doch genau solche interdisziplinären Zentren für Familien strebe sie an. Es gebe nur noch ein Geburtshaus in Mecklenburg-Vorpommern. Eine Eröffnung sei mit großem finanziellen Aufwand verbunden und dafür fordere sie Unterstützung. Eine Zusammenarbeit mit einer Klinik, wie von Herrn Kutzbach ins Spiel gebracht, sei denkbar und wünschenswert. Viele Sachen müssten neu gedacht werden. Es gebe bereits erprobte Konzepte. Prof. Dr. Seelbach-Göbel habe das Belegsystem in Bayern als Beispiel genannt. Doch die Hebammen könnten es nur in Zusammenarbeit schaffen.

Prof. Dr. Birgit Seelbach-Göbel erklärt, ein von Frau Herold vorgeschlagenes interdisziplinäres Geburtshaus sei das Gegenteil von ihrer Idee. Sie befürworte einen hebammengeleiteten Kreißsaal in einer Klinik. Es bedürfe eines gesicherten Settings, in dem im Notfall die entsprechenden Fachärzte bereitstünden. Ärzte müssten auch Einblicke in komplizierte und lange Geburtsverläufe bekommen. Bei einer außerklinischen Geburt gebe es große Risiken. Im Notfall könne dann nur noch reagiert werden, die Entbindung müsse ohne viel Wissen erfolgen. In kleinen

Krankenhäusern gebe es nicht ausreichend Geburten für einen wirtschaftlichen Betrieb und es fehle die personelle Ausstattung, um kritische Situation zu lösen. Dies beeinträchtigt natürlich die Qualität und sei kritisch zu betrachten. Es müssten dann jedoch die Kapazitäten in großen Kliniken entsprechend aufgestockt werden. Um eine persönliche Atmosphäre zu schaffen, sei der Hebammengeleitete Kreißsaal eine Idee.

Prof. Dr. med. Marek Zygmunt (Direktor der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und Lehrstuhlinhaber der Universitätsmedizin Greifswald) erkundigt sich bei Frau Herold und Prof. Dr. Seelbach-Göbel, ob freiberufliche Hebammen einen Sicherstellungsauftrag in der Geburtshilfe erfüllen könnten. 98,7 Prozent der Geburten fänden in einer Klinik statt. Er wolle von Frau Herold wissen, wie viele Geburten in Mecklenburg-Vorpommern außerklinisch stattgefunden hätten. 16 bis 20 Prozent der in Geburtshäusern begonnenen Geburten landeten in der Klinik. Fraglich sei, ob es genügend Hebammen mit Interesse an einer außerklinischen Tätigkeit gebe. Er habe diesbezüglich eher verhaltenes Feedback erhalten. Kleine Krankenhäuser hätten eine geringe Attraktivität für Hebammen und Fachärzte. Gründe seien eine geringe Bezahlung, ein hoher Arbeitsaufwand und schlechte Möglichkeiten zur Selbstverwirklichung. Zudem interessiere ihn die Meinung zu Boarding-Konzepten und zur Erreichbarkeit.

Abg. **Torsten Koplín** meint, Dr. med. Zimny habe ein bedrohliches Szenario aufgezeigt. Ihn interessiere seine Einschätzung zur Wirksamkeit und zum Umfang präventiver Maßnahmen zur Vermeidung von Diabetes. Die Zahl der Schwerpunktpraxen sei rückläufig. Fraglich sei daher, wie dieser Prozess wieder umzukehren sei, um mit der steigenden Prävalenz mitzuhalten. Zur Geburtshilfe merkt er an, die Abrechnungssystematik sei nicht mehr tragfähig und müsse daher geändert werden. Eine Zentralisierung auf wenige Geburtskliniken im Land, um auf die entsprechenden Geburtenzahlen zu kommen, lehne er hingegen ab. Die Erreichbarkeit sei auch zu berücksichtigen, daher werde es um Abwägungen und Modelle gehen. Er fragt nach Musterbeispielen, die in Mecklenburg-Vorpommern anwendbar seien. Frau Herold habe die Schwierigkeiten bei der Beschaffung von Schutzmaterial für Hebammen angesprochen. Er interessiere sich für die Gründe, um möglicherweise Abhilfe zu schaffen. In Bayern gebe es besondere

Rahmenbedingungen für die Hebammen. Er fragt Prof. Dr. Seelbach-Göbel, ob sie das genauer ausführen könne.

Prof. Dr. med. Marek Zygmunt fragt Prof. Dr. Seelbach-Göbel zur notwendigen Dichte von Perinatalzentren der Level 1. In Mecklenburg-Vorpommern gebe es vier dieser Zentren und damit sei die Dichte, im Vergleich mit anderen Bundesländern, sehr hoch.

Kathrin Herold gibt an, zurzeit gehe es bei der Bereitschaft von Hebammen zur außerklinischen Tätigkeit nicht um wollen, sondern um können. Bei vielen Geburten sei ein gutes Auskommen möglich. Das sei jedoch in bestimmten Regionen problematisch. In Mecklenburg-Vorpommern schwanke die Zahl außerklinischer Geburten zwischen zwei und vier Prozent und es gebe derzeit vier außerklinisch arbeitende Hebammen. Wichtig sei, dass Schwangere in der Latenzphase vor der Geburt von Hebammen, z. B. in Geburtshäusern, betreut würden. Dann sei die Überführung in ein Krankenhaus möglich. So werde es z. B. in Norwegen gehandhabt und es sei eine weitere Option. Problematisch für die Frauengesundheit sei in Mecklenburg-Vorpommern die fehlende Betreuung der Geburt durch eine Hebamme im Rettungswagen. Sie halte die Durchführung einer außerklinischen Geburt durch eine einzelne Hebamme für nicht machbar. Daher brauche es Konzepte mit Dienstplänen auch für freiberufliche Hebammen und mit interdisziplinärer Zusammenarbeit. Ein weiterer Punkt sei die Nachwuchsgewinnung. Derzeit sei die Ausbildung für freiberufliche Hebammen nicht attraktiv. Die Ausbildung von Studierenden werde nun bezahlt und das sei ein großer Fortschritt. Die von Prof. Dr. med. Zygmunt angesprochenen Boarding-Konzepte könne sie als Hebamme und Frau nicht unterstützen. Ein Musterbeispiel zur Geburtshilfe gebe es in Bremen. Dort sei ein Geburtszentrum mit großer Unterstützung der Stadt entstanden. In Rostock sei auch ein Geburtshaus geplant und orientiert werde sich an einem Modell aus Erlangen. Ein weiteres positives Beispiel sei das Geburtshaus in Bühlau. Bezüglich der Schutzausrüstung gebe es keinen direkten Ansprechpartner. Erster Ansprechpartner sei das Gesundheitsamt. Dort habe sie jedoch keine Schutzkleidung oder Informationen bekommen. Sie habe sich durch einen politischen Kontakt helfen müssen. Sie hätten dann Mund-Nasen-Schutz-Masken erhalten, die sie jetzt bezahlen

müssten. Hebammen würden oft vergessen. Es handele sich um eine kleine Berufsgruppe, in Mecklenburg-Vorpommern gebe es geschätzt 280. Das zeige sich auch bei der Impfung. Laut Gesetz hätten Hebammen eine hohe Priorität, doch niemand wisse genauer Bescheid. Auch das Gesundheitsamt, als ihre berufsbehördliche Aufsicht, könne dabei nicht weiterhelfen. Um dieses Informationsproblem zu lösen, wünsche sie sich einen festen Ansprechpartner. Noch lieber würde sie diese Funktion selbst übernehmen. Die Hebammen in Bayern bekämen vom Land eine große finanzielle Unterstützung.

Prof. Dr. Birgit Seelbach-Göbel gibt an, in Bayern gebe es Sicherstellungszuschläge für Hebammen. Dies werde zum Großteil refinanziert. Weiterhin habe es einen Bonus in Höhe von 1.000 Euro für Hebammen gegeben, die mindestens vier Geburten im Jahr begleitet hätten. Fraglich sei, ob dieses Gießkannenprinzip Sinn mache. Durch unstrukturierte Schließungen seien dort Engpässe entstanden. Der von Prof. Dr. med. Zygmunt angesprochene Sicherstellungsauftrag könne aus ihrer Sicht nicht durch Geburtshäuser erfolgen. Viele Gründe habe Frau Herold bereits genannt. Für sie sei der hebammengeleitete Kreißsaal in größeren Geburtskliniken, mit Strukturen für eine schnelle Intervention, die Lösung. Es gebe in Deutschland 163 Perinatalzentren der Level 1 und 49 mit Level 2. Zu Mecklenburg-Vorpommern könne sie nichts Genaues sagen, insgesamt seien es jedoch deutlich zu viele dieser Zentren. Die Erreichbarkeitsgrenze vom G-BA von 40 Minuten sei eine willkürliche Festlegung. Grundsätzlich sei man bei der Erreichbarkeit in Deutschland verwöhnt. Es gebe große Länder mit großen Entfernungen zwischen Frauen und Geburtszentren. In Australien würden die Frauen dann beispielsweise geflogen und die Ergebnisse seien auch nicht schlechter. Das gelte auch für die Länder, die nur große Geburtszentren hätten, wie Dänemark und Schweden. Tendenziell seien die Ergebnisse dort sogar besser. Bezüglich der Boarding-Konzepte sei es im Zuge der Regionalisierung konsequent, die Frauen vor der Geburt nicht in einem Hotel, sondern im Krankenhaus unterzubringen.

Vors. **Jörg Heydorn** merkt an, Frau Ohlrich-Hahn habe im Chat ebenfalls auf die unzureichende Bereitstellung von Corona-Hilfsmitteln für ihre Berufsgruppe hingewiesen. Dies werde zur Kenntnis genommen.

Dr. med. Stefan Zimny gibt an, die Prävention von Adipositas und Diabetes funktioniere. Vorher sei jedoch die Frage zu klären, welche Menschen ein Risiko hätten. Dies sei wichtig bezüglich der Aufklärung. Es gebe einen Fragebogen zur Risikoerfassung von Diabetes. Dieser beinhalte Anamnesedaten wie z. B. BMI, Größe, Gewicht und Verwandtenstatus. Daraus lasse sich das Risiko, in den nächsten zehn Jahren an Diabetes Typ 2 zu erkranken, berechnen. Auf jeden Diabetespatienten kämen in Mecklenburg-Vorpommern zwei Personen mit hohem Diabetesrisiko. Diese müssten erfasst und aufgeklärt werden. Prävention bedeute eine Lebensstiländerung und das sei eine Lebensaufgabe. Hier liege die Schwierigkeit, da es einer sehr großen Motivation und einer professionellen Begleitung bedürfe, um die Veränderung des Lebensstils zu halten. Hier spiele auch die Psychotherapie eine Rolle, aber auch die Medien und Kliniken hinsichtlich der Aufklärung. Es gebe bei den niedergelassenen Ärzten Check-Ups für bestimmte Altersstufen, die auch bestimmte Marker ermittelten. Doch dann fehle die richtige Aufklärung bei Werten, die das Labor als unauffällig einstufe, die jedoch im Grenzbereich lägen. Diabetes sei nicht zu verharmlosen, es handele sich um eine chronische Erkrankung. Aufklärung gehöre zur sprechenden Medizin, die leider anders vergütet werde als prozedurale Medizin. Es müsse eine Verlagerung von der prozeduralen zur sprechenden Medizin erfolgen. In Studien funktioniere Prävention extrem gut, in der Umsetzung bedürfe es einer sektoralen Zusammenarbeit von Ernährungsberatung, Hausärzten, Therapeuten und Kliniken. Warum es zum Teil nicht gelinge, die Schwerpunktpraxen nachzubesetzen, könne er nicht beantworten. Er wisse von einer Praxis, bei der es an adäquaten Bewerbern, also Diabetologen, gefehlt habe. Es müsse also ausgebildet werden. Daher freue er sich darüber, dass es sechs niedergelassene Diabetologen mit einer Weiterbildungsermächtigung gebe. Die neue Weiterbildungsordnung sei etwas abgespeckt worden und das bedauere er. Trotzdem sei sie nicht schlecht und gut umsetzbar. Er befürworte eine sechsmonatige Ausbildung in den Schwerpunktpraxen, um genügend Ärzte zu generieren. Es komme jetzt die multimodale Ernährungsmedizinische Komplexbehandlung, die jedoch noch nicht erlösrelevant sei. Wann sich das ändere, sei noch unklar, trotzdem finde eine Vorhaltung der Strukturen statt. Das müsse geklärt werden.

Vors. **Jörg Heydorn** schließt die Diskussionsrunde und bedankt sich bei den Anzuhörenden für ihre Beiträge.

PUNKT 2 DER TAGESORDNUNG

Allgemeine Kommissionsangelegenheiten

Vors. **Jörg Heydorn** gibt an, der Termin für den ersten Workshop im Rahmen der Gutachtenerstellung sei, nach Absprache in der Obleuterunde, auf den 1. Februar 2021 von 15:30 bis 17:30 Uhr gelegt worden. Der Workshop diene der Vorstellung und Besprechung des Arbeitsstandes. Die Einwahldaten für das Webex-Meeting seien den Kommissionsmitgliedern bereits zugegangen. Der zweite Workshop sei in der heutigen Obleuterunde für den 16. März 2021 von 16:00 – 18:00 Uhr terminiert worden. Das Verschicken der Einwahldaten werde in nächster Zeit erfolgen. Die Anhörung von Prof. Dr. med. Dr. Maik Gollasch zur geriatrischen Versorgung solle in der 13. Sitzung am 24. Februar 2021 nachgeholt werden. Andere Themen seien noch zu besprechen. Er habe zu dem Aspekt der Mobilität im Rahmen der Gesundheitsversorgung bereits Gespräche geführt. Prof. Dr. Fleßa habe die neuen Gesundheitsberufe eingebracht und ihm eine Übersicht zukommen lassen. Dies werde er in den nächsten Tagen vertiefen und das weitere Vorgehen überlegen. Gleiches gelte für regionalen Versorgungsbudgets und -konzepte. Es gebe einen Antrag der KVMV und der Ärztekammer M-V (K Drs. 7/30) sowie eine dazugehörige Stellungnahme der KGMV (K Drs. 7/31). Er schlage vor, diesen Antrag in der Sitzung am 24.02.2021 aufzurufen, da ihm aus den Fraktionen Erörterungsbedarf angezeigt worden sei.

Vors. **Jörg Heydorn** beruft die nächste Sitzung der Enquete-Kommission für den 24. Februar 2021 um 15:30 Uhr, voraussichtlich als Videokonferenz im Plenarsaal, ein.

Ende der Sitzung: 18:05 Uhr

Jörg Heydorn
Vorsitzender

Ad/Zi