

Ausschussdrucksache

(09.10.2023)

Inhalt:

Stellungnahme der TK-Landesvertretung
im Rahmen der Beratungen zum Doppelhaushalt 2024/2025

zur Anhörung des Sozialausschusses am 18.10.2023
(Thema Gesundheit)

(Drucksachen 8/2398, 8/2399 und 8/2400)

Fragenkatalog

zur Anhörung des Sozialausschusses am 18. Oktober 2023

zum Thema Gesundheit

bezüglich der

Beratung zu den

Gesetzentwürfen der Landesregierung

Entwurf eines Gesetzes über die Feststellung des Haushaltsplans des Landes Mecklenburg-Vorpommern für die Haushaltsjahre 2024 und 2025 (Haushaltsgesetz 2024/2025)

- Drucksache 8/2400 -

in Verbindung mit

Entwurf eines Haushaltsbegleitgesetzes 2024/2025

- Drucksache 8/2399 -

in Verbindung mit

Unterrichtung durch die Landesregierung

Mittelfristige Finanzplanung 2023 bis 2028 des Landes Mecklenburg-Vorpommern einschließlich Investitionsplanung

- Drucksache 8/2398 –

Manon Austenat-Wied, Leiterin TK-Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern

Antwort zu Fragenkomplex 1 - Allgemein

Die Korrekturbedarfe werden in den jeweiligen Fachantworten hergeleitet und spezifisch ausgeführt.

Antwort zu Fragenkomplex 2 – Krankenhäuser

Wir schätzen die Situation der stationären Einrichtungen in Mecklenburg-Vorpommern als gut ein. Dabei lohnt es allerdings eine differenzierte Perspektive einzunehmen, um systematische Fehlentwicklungen im Krankenhauswesen offenzulegen. Infolge der geringen Investitionen des Landes in die Krankenhausstandorte deckt die öffentliche Finanzierung der Investitionskosten bei einigen Häusern höchstens die jährlichen Abschreibungen. Der Großteil der Investitionen erfolgt in den Kliniken durch die Träger selbst. Dies hat eine Spirale in Gang gesetzt, die zuletzt der DRG-

Finanzierung allein zur Last gelegt wurde. Wenn die Bundesländer ihrer rechtlichen Pflicht zur Investitionskostenfinanzierung in den vergangenen Jahren nachgekommen wären, hätte es Probleme wie Mengenausweitungen, nicht-notwendige Operationen und auch Fachkräftengpässe nicht oder in wesentlich geringerem Umfang gegeben. Mit der auf Bundesebene vorangetriebenen Krankenhausreform werden diese Fehlentwicklungen nun ebenso adressiert, wie weitere dringend notwendige Kursänderungen. Die Ausrichtung der Versorgungslandschaft hin zu einer stärkeren Qualitätsorientierung und die Konzentration von Leistungen ist der richtige Schritt. Die Krankenhausplanung muss zu einer konkreten Leistungsplanung in den einzelnen Häusern werden. Nur so können die Kernanliegen der Krankenhausreform auch in Mecklenburg-Vorpommern umgesetzt werden und die Bevölkerung kann von einer besseren Versorgung profitieren. Dabei sollten spezialisierte Eingriffe aus Qualitätsgründen zentralisiert werden und die Strukturen so angepasst werden, dass sie zu den tatsächlichen Bedarfen der Menschen vor Ort passen. Dabei ist insbesondere auch auf eine leistungsgerechte Bezahlung der Fachkräfte zu achten, die Vereinbarkeit von Familie und beruflicher Tätigkeit zu unterstützen und eine langfristig attraktive Arbeitsbelastung in allen Berufsgruppen des Gesundheitswesens herzustellen. Auch mit Blick auf die weniger werdenden Fachkräfte im Gesundheitswesen sind die stärkere Konzentration und die sektorenübergreifende Ausrichtung der Versorgungseinheiten wichtige Elemente. Denn wenn weniger Einzeleinrichtungen betrieben werden, verteilen sich die Fachkräfte auf weniger Standorte in einer Region. Gleichzeitig führen größere Leistungseinheiten dazu, dass urlaubs- oder krankheitsbedingte Abwesenheiten besser kompensiert werden können.

Wenn es um die Struktur der Krankenhauslandschaft geht, braucht es auch die Weiterentwicklung einiger Krankenhausstandorte zu integrierten Gesundheitszentren (IGZ) – wie im Rahmen der Enquete-Kommission zur Zukunft der medizinischen Versorgung in der 7. Wahlperiode – mehrheitlich befürwortet. Diese Einrichtungen sollten die Akut- und Notfallversorgung sowie Leistungen der ambulanten und stationären (Grund-)Versorgung abdecken. Dabei können auch Angebote der (Kurzzeit-)pflege angedockt sein. Ein modular zu entwickelndes IGZ das sich am konkreten Versorgungsbedarf vor Ort orientiert, könnte regionale Versorgungsbedarfe in der ambulanten und/oder stationären Versorgung adressieren. Durch eine umfassende Vernetzung mit den Niedergelassenen und den Krankenhäusern sowie Maximalversorgern der Umgebung, sind die IGZ ein wichtiger Versorgungsknotenpunkt in der Fläche. Die Umwandlung von Krankenhausstandorten in IGZ sollte im Einklang mit der Umsetzung der Krankenhausreform geschehen. Bei den Transformationskosten sind Bund und Land in der Pflicht, die Finanzierung sicherzustellen. Die Beitragsgelder der Versicherten sind dazu da, die laufenden Betriebskosten der Kliniken zu decken. Die Versäumnisse der Vergangenheit dürfen sich bei der Umsetzung der Krankenhausreform nicht wiederholen. Es gibt bereits Bundesländer, die Umwandlungsprozesse von Klinikstandorten in

Gesundheitszentren mit Krankenhausinvestitionsmitteln unterstützen. Mecklenburg-Vorpommern sollte dies auch tun. Aus Perspektive der TK braucht es eine bedarfsorientierte Leistungsplanung und die Umwandlung der relevanten Standorte in IGZ. Ein gesonderter Härtefallfonds des Landes würde die dringend notwendigen Strukturveränderungen nur verzögern und das Geld der Bürgerinnen und Bürger in nicht zukunftsfähige Strukturen leiten.

Damit die Krankenhausreform umgesetzt werden kann und auch die Schnittstellen zum ambulanten Bereich mitgedacht werden, sind vielfältige Expertisen notwendig. Unabhängig einzelner vertiefter Fachkenntnisse (Juristen, Mediziner, Ökonomen, Versorgungsplaner) die wichtig sind, braucht es Menschen mit einem ganzheitlichen Blick auf das Versorgungssystem. Eine ausgefeilte Versorgungslösung bringt nichts, wenn sie nicht langfristig finanzierbar ist oder die Menschen im Land zusätzlich finanziell belastet werden. Daher schlagen wir vor, dass bei der Umsetzung der Krankenhausreform auch diejenigen hinzugezogen werden, die ohnehin an der Krankenhausplanung nach §9 Krankenhausgesetz für das Land Mecklenburg-Vorpommern (Landeskrankenhausgesetz LKHG M-V) beteiligt sind. Dies sind laut LKHB M-V die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen, der Landesausschuss des Verbandes der privaten Krankenversicherung, die Krankenhausgesellschaft des Landes, die kommunalen Landesverbände und die Landesärztekammer Mecklenburg-Vorpommern.

Die zukünftige Investitionskostenfinanzierung sollte größer sein als bisher. Nur das Saarland und Bremen stellten in der vergangenen Dekade weniger Investitionsmittel zur Verfügung als Mecklenburg-Vorpommern. Dabei hat das Saarland 24 Krankenhäuser (13 weniger als Mecklenburg-Vorpommern) und Bremen 14 Krankenhäuser (23 weniger als Mecklenburg-Vorpommern). Es ist angesichts der kommenden Herausforderungen notwendig, dass sich Mecklenburg-Vorpommern wieder dem durchschnittlichen Investitionsvolumen der Jahre von 1991 bis 2010 annähert und mit über 90 Millionen Euro an Fördermitteln jährlich zu den Nachbarn Schleswig-Holstein und Brandenburg aufschließt.

Antwort zu Fragenkomplex 3 – Rettungsdienst

Die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung hat am 7. September 2023 die neunte Stellungnahme „Reform der Notfall- und Akutversorgung: Rettungsdienst und Finanzierung“ veröffentlicht. Herzstück der Vorschläge ist die Überführung des Rettungsdienstes als eigenes Leistungssegment in das SGB V. Dies ist ein richtiger und wichtiger Schritt. Dabei legen die Expertinnen und Experten auch einen Vorschlag für die Finanzierung dar. Sie regen an, dass die Zuständigkeit für die Investitionskosten auf die Länder und Kommunen über geht.

Auf bundeseinheitlicher Grundlage sollen zwischen den Krankenkassen und Leistungserbringern Entgelte für die Vergütung von Leistungen der Leitstelle, medizinische Leistungen des Rettungsdienstes und Fahrkosten für medizinische Notfälle ausgehandelt werden. Dabei soll gelten, dass die Betriebs- und Vorhaltekosten von den Krankenkassen zu tragen sind. Es ist also eine Reproduktion des Ansatzes zur Einführung einer Vorhaltekostenfinanzierung im Krankenhauswesen. Dabei sollte die Finanzierung der Vorhaltekosten – wenn in vorgesehener Form eingeführt – analog zu den Regelungen im stationären Bereich erfolgen. Das möglichst unbürokratische Verfahren der Abwicklung wird bereits im Rahmen der Pflegebudgets in diesem Bereich eingesetzt und entschlackt die bürokratischen Hürden erheblich. Weiterhin ist es elementar, dass Investitionskosten von Kommunen und Ländern in ausreichendem Maße realisiert werden, um eine ähnliche Fehlentwicklung wie im Krankenhauswesen zu verhindern.

Die Regierungskommission skizziert weiterhin die Einführung eines digitalen Ressourcenregisters, um Patientinnen und Patienten besser zu steuern. Eine einheitlich strukturierte digitale Echtzeit-Vernetzung des Rettungsdienstes mit anderen Leistungserbringern in der präklinischen und klinischen Notfallversorgung einschließlich der ambulanten vertragsärztlichen Notfallversorgung soll implementiert werden. Mit dem Echtzeitregister können verfügbare Ressourcen und deren Auslastung erfasst und abgefragt werden. Dies ist ein wichtiger Schritt zu einer besser vernetzten und ressourcenschonenden Versorgung. Für eine hochwertige Notfallversorgung auch in ländlichen Regionen und in Abhängigkeit der Krankenhausplanung des Bundeslandes soll der Luftrettungsdienst, insbesondere durch Ausbau von Landemöglichkeiten und Nachtbetrieb, erweitert werden. Es ist unsere Aufgabe, eine Ausweitung der Luftrettung harmonisch mit der Bodenrettung abzustimmen, um die Einhaltung der Rettungszeitvorgaben zu erzielen und gleichzeitig effizient und wirtschaftlich mit den immer knapper werdenden finanziellen und personellen Ressourcen umzugehen. Eine Anpassung der Rettungsdienststrukturen an zukünftig veränderte Krankenhaus- bzw. Notaufnahmestrukturen zur Einhaltung von Qualitätsstandards in der Versorgung ist dabei wichtig.

Die zukünftige Finanzierung des Rettungsdienstes soll zu großen Teilen durch die Krankenkassen realisiert werden. Diese sollen die Leistungen der Leitstelle, die Notfallversorgung vor Ort, den Notfalltransport sowie zusätzliche Dienste (wie die pflegerische Notfallversorgung) vergüten. Die Vergütung des Rettungsdienstes soll sich aus Vorhalte- und Leistungsanteilen zusammensetzen. Neben bundesweit geltenden Entgelten sollten regionale Anpassungsfaktoren vereinbart werden. Hier bleibt abzuwarten, wie in den angedachten zukünftigen Verhandlungen mit den "Leistungserbringern" die Aufteilungen der Kosten in jeweils eine Pauschale für die medizinische Notfallversorgung und den Transport erfolgt. Durch die zukünftige Einbeziehung der finanzierenden Krankenkassen kann hier auf eine "kostenneutrale" Umsetzung auf Seiten aller Beteiligten hingewirkt werden. Dabei müssen Planungsschritte vor Finanzierungsschritten unternommen werden, um eine moderne und

zukunftsichere Struktur adäquat zu finanzieren und nicht die gesamte Versorgung durch die zwanghafte Aufrechterhaltung des Status quo zu gefährden. Bundesweit geltende Entgelte sind sehr zu begrüßen, da durch die derzeitige Festlegung von Gebühren durch Städte und Kommunen keine Mitspracherechte sowie die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Gebührenfestlegungen gegeben sind. Wichtig ist, dass Kosten originärer Aufgaben von Ländern und Kommunen nicht in Richtung der Sozialgemeinschaft verschoben werden. Dann drohen ähnliche Effekte, wie sie die mangelnde Investitionskostenfinanzierung der Länder in den Krankenhäusern verursachte.

Antwort zu Fragenkomplex 4 – Landeskoordinierungsstelle für Suchtthemen

Die Suchtberatung ist Aufgabe der Kommunen. Neben lokalen Anlaufstellen gibt es auch bundesweit verfügbare Hilfs- und Informationsangebote per Telefon oder Internet. Diese leiten die Betroffenen auf dem richtigen Weg zur passenden Versorgungsstruktur. Die Finanzierung der ambulanten und stationären Therapien wird von den Krankenkassen realisiert. Weiterhin unterstützen wir als TK die Arbeit der Suchtberatung durch Informationsmaterialien, Online-Beratungsangebote und kooperieren auch mit Selbsthilfegruppen. Dabei verschaffen wir den Interessierten auch einen Überblick über verschiedene Therapieformen und stellen die jeweiligen Vor- und Nachteile dar. Es ist wichtig, dass die Suchtberatungsstellen im Land (finanziell und personell) gut ausgestattet sind und ihre Arbeit vollumfänglich realisieren können.

Antwort zu Fragenkomplex 5 – Auswirkungen des Klimawandels

Das Wetter hat Auswirkungen auf die Gesundheit der Menschen, auch in unserem Bundesland. Ein wichtiger Faktor ist die Hitzewelle, die in den vergangenen Jahren allein in Deutschland zu Tausenden Todesfällen geführt hat. Laut Robert-Koch-Institut sind in den drei Sommern von 2018 bis 2020 über 19.000 Menschen auf Grund der Hitze gestorben. Besonders gefährdet sind chronisch Kranke, Kleinkinder und ältere Menschen. Doch höhere Temperaturen über einen längeren Zeitraum können auch das Herz-Kreislaufsystem von gesunden Menschen belasten. Einige Experten gehen auch davon aus, dass die steigende Belastung durch UV-Strahlen zu mehr Hautkrebserkrankungen führt. Laut Robert-Koch-Institut hat sich die Zahl der Erkrankten von 2000 bis heute mehr als verdoppelt. Mit rund 270.000 Neuerkrankungen pro Jahr ist Hautkrebs die häufigste Krebserkrankung in Deutschland.

Eine weitere Gefahr geht von Mücken und Zecken aus. Durch die längeren und wärmeren Sommer erschließen diese Insekten, die teilweise schwere Krankheiten übertragen können, neue

Lebensräume und können sich zahlreicher vermehren. Das zählt auch für viele Pflanzenarten: Deren Blütezeit beginnt teilweise früher und dauert länger an, was auch die Leidenszeit für Pollenallergiker verlängert. Aus all diesen Gründen - es gibt aber noch deutlich mehr - ist Klimaschutz auch Gesundheitsschutz. Daher setzen wir als TK uns auch für Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen ein. Das muss auch sein, denn mehr als fünf Prozent der CO₂-Emissionen in Deutschland werden hier verursacht. Wir Krankenkassen sind in diesem System ein großer Player. Deshalb fordern wir als TK, dass Nachhaltigkeit neben dem Wirtschaftlichkeitsgebot im SGB V verankert wird. Aus unserer Sicht können so nachhaltige Aspekte unter anderem in Beschaffungs- und Vergabeprozesse integriert werden. Als TK verfolgen wir das Ziel, vor dem Jahr 2030 CO₂-neutral zu werden. Dafür ermitteln wir unseren ökologischen Fußabdruck und ergreifen relevante Maßnahmen, um diesen zu reduzieren.

Mit „Health in all Policies“ wird deutlich, dass es viele Möglichkeiten gibt, die eigene Gesundheit zu fördern und Krankheiten in einem gewissen Maße vorzubeugen. Damit die Prävention und die Gesundheitsförderung ihr gesamtes Potenzial entfalten können, ist aber auch die Politik gefordert. Gesundheit ist, laut der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen. Eine Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wird dafür immer wichtiger: Prävention und die Gesundheitsförderung der Versicherten. So bieten wir als TK unseren Versicherten viele Angebote, die auf die jeweiligen Lebenswelten abgestimmt sind. Neben Programmen für KinderkartinKinder gibt es auch Ansprechpartnerinnen und -partner für Betriebe, Schulen oder Universitäten. Zusätzlich beteiligt sich die TK an den Kosten für zertifizierten Präventionskurse. Aber auch digitale Möglichkeiten zählen zum Portfolio. Mit dem TK-Coach können Nutzerinnen und Nutzer beispielsweise maßgeschneiderte Programme zu den verschiedensten Themen in Anspruch nehmen, egal ob Fitness, Rauchentwöhnung, Stressbewältigung oder Ernährung. Damit das Potenzial im Bereich Prävention voll ausgeschöpft werden kann, sind aber auch politisch einige Maßnahmen nötig. Zum einen müssen aus TK-Sicht auch andere Sozialversicherungsträger verbindlich in die Finanzierung von Prävention und Gesundheitsförderung eingebunden werden. Nur so kann der Anspruch von „Health in all Policies“ Realität werden.

Ein besonderes Augenmerk sollte dabei aus unserer Sicht auf der Männergesundheit sowie geschlechterspezifischen Ansätzen liegen. Das 2015 verabschiedete Präventionsgesetz formuliert beispielsweise an die Gesetzliche Krankenversicherung den Auftrag, geschlechtsspezifischen Besonderheiten bei der Leistungserbringung Rechnung zu tragen (§ 2b SGB V) und den Abbau geschlechtsbezogener Ungleichheit bei den Gesundheitschancen (§ 20 SGB V) zu fördern. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat in ihrer ersten Strategie zur Förderung der Gesundheit und

des Wohlbefindens von Männern in der Europäischen Region 2018 klar benannt, dass effektive männergerechte Gesundheitsförderung auf Stärken und positiven Bildern von Männern aufbauen sollte und eben nicht Männer als vom Gesundheitsbewusstsein her defizitäre Wesen betrachtbar sind. In anderen Bundesländern (Niedersachsen) gibt es bereits Modellprojekte zu diesem Thema und deutliches Engagement für mehr Gesundheitsförderung und Prävention – gerade vom Land. Aus Perspektive der TK sollten die bereitgestellten Mittel für die Präventionsmittel mit den Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen in diesem Bereich schritthalten, um langfristig die Aktivitäten in diesem Bereich zu sichern und die Aktiven zu stärken.