

## **KURZPROTOKOLL**

der 4. Sitzung der Enquete-Kommission  
„Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern“  
am Mittwoch, dem 9. September 2020, 15:30 Uhr,  
in Schwerin, Schloss, Plenarsaal

Vorsitz: Abg. Jörg Heydorn

## **AUSSERHALB DER TAGESORDNUNG**

- Hinweis bezüglich Livestream und Getränkeversorgung

## **TAGESORDNUNG**

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











## AUSSERHALB DER TAGESORDNUNG

### Hinweis bezüglich Livestream und Getränkeversorgung

Vors. **Jörg Heydorn** eröffnet die 4. Sitzung der Enquete-Kommission und begrüßt die Anwesenden. Er weist zunächst darauf hin, entgegen der ursprünglichen Planung werde die Sitzung nicht über einen Livestream übertragen, da die Anzuhörenden ihr Einverständnis verweigert hätten. Weiterhin informiert er über die, an Corona angepasste, gegebene Getränkeversorgung.

## PUNKT 1 DER TAGESORDNUNG

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

Vors. **Jörg Heydorn** leitet über zu TOP 1. Zunächst solle das Wirtschaftsministerium als zuständiges Haus seine Sicht auf die medizinische Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern darlegen. Die Situation sei bekannt und Herausforderungen gebe es viele. Der Vors. merkt an, das Wirtschaftsministerium habe darauf hingewiesen, die schriftliche Stellungnahme nicht in der vorgesehenen Zeit abliefern zu können. Diese werde jedoch nachgereicht. Die Krankenkassen hätten umfangreiche Stellungnahmen abgeliefert, doch auch hier seien einige Fragen, mit Hinweis auf den Zeitdruck, unbeantwortet geblieben. Der Vors. äußert die Bitte, die offenen Fragen noch zu beantworten. Anschließend begrüßt er als Vertreter/in des Wirtschaftsministeriums Frau Susanne Roca-Heilborn (Leiterin der Taskforce C I) sowie Herrn Dr. Manfred Hunz (Referatsleiter Krankenhauswesen und Rehabilitation). Daraufhin übergibt der Vors. das Wort an Frau Roca-Heilborn.

**Susanne Roca-Heilborn** begrüßt den Vors. und die Kommissionsmitglieder. Sie bedankt sich für die Möglichkeit, Stellung nehmen zu dürfen und eine Einschätzung zur medizinischen Versorgung im Land geben zu können. Wie der Vors. bereits angemerkt habe, sei es zeitlich, auch aufgrund des Corona-Virus, nicht möglich gewesen, die schriftliche Stellungnahme wie gewünscht abzugeben. Sie bitte um Verständnis, die

schriftliche Beantwortung werde natürlich noch erfolgen. Herr Dr. Hunz werde die einführende Einschätzung zur Situation in Mecklenburg-Vorpommern geben und im Anschluss stünden beide für anschließende Fragen zur Verfügung.

**Dr. Manfred Hunz** bedankt sich ebenfalls für die Gelegenheit zur Stellungnahme. Die herausragende Bedeutung einer leistungsfähigen medizinischen Versorgung für die Gesellschaft dürfte unbestritten sein. Vor dem Hintergrund der aktuellen Corona-Pandemie werde dies noch einmal besonders deutlich. Andererseits habe diese Pandemie auch Aspekte aufgezeigt, bei denen es noch Nachholbedarf gebe. Die Herausforderungen für das Land resultierten aus dem demografischen Wandel und Fachkräftemangel in Verbindung mit ausgedehnten ländlichen Räumen. Die Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen seien ausgesprochen komplex. Dies sei zu berücksichtigen, wenn es darum ginge, das System weiterzuentwickeln und sich auf neue Herausforderungen einzustellen. Von besonderer Bedeutung in diesem Gefüge sei die Rolle der Selbstverwaltung, die über besonders ausgeprägte gesetzlich garantierte Kompetenzen verfüge. Auch deshalb freue sich das Wirtschaftsministerium über die Präsenz der Selbstverwaltung in dieser Enquete-Kommission. Ein funktionierendes Gesundheitswesen brauche die Innovationskraft, den Gestaltungswillen und die Initiative der Selbstverwaltung. Entscheidend seien daneben die Rahmenbedingungen, die durch den Bundesgesetzgeber gesetzt würden. Das Bundesgesundheitsministerium habe gerade in der letzten Zeit gezeigt, wie beherzt und konsequent es bereit sei, die Herausforderungen aktiv anzugehen. Dies sei auch an der Anzahl der verabschiedeten Gesetze im Bereich des SGB V zu sehen. Dr. Hunz wolle nun darlegen, wie sich die medizinische Versorgungslage im Land für das Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit darstelle und welche Lösungsansätze für die bestehenden Herausforderungen erarbeitet worden seien. Eine bedarfsgerechte, gute und erreichbare Gesundheitsversorgung sei als wesentlicher Bestandteil der öffentlichen Daseinsvorsorge zu betrachten. Die vertragsärztliche Versorgung sei im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und den Richtlinien des G-BA durch schriftliche Verträge der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) mit den Verbänden der Krankenkassen geregelt. So sei eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten, unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse, gewährleistet. Dass die ärztliche Leistung angemessen zu vergüten sei, ergebe



sich aus § 72 SGB V. Die Sicherstellung der Krankenhausversorgung sei dagegen eine öffentliche Aufgabe des Landes, der Landkreise und der kreisfreien Städte (§ 1 LKHG M-V). Ein Arbeitsfeld, welches verschiedene Themenbereiche der Gesundheitsversorgung in sich vereine, sei die sektorenübergreifende Versorgung. Das Ministerium orientiere sich bei seiner Arbeit an der Bund-Länder-AG „Sektorenübergreifende Versorgung“. Auch andere Länder und der Bund hätten erkannt, dass die bestehende Trennung zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen eine am Patientenbedarf orientierte und koordinierte Versorgung immer wieder erschwere. Gemeinsames Ziel sei daher, die vorhandene Abgrenzung zwischen den Sektoren zu überdenken und wenn es notwendig und sinnvoll erscheine, sektorenübergreifende Strukturen und Prozesse zu implementieren. Hierbei könnten unterschiedliche Instrumente und Ansätze benutzt werden. Schlagworte seien die verstärkte Bildung von Netzwerkstrukturen, der Ausbau von interdisziplinärer und intersektoraler Kooperation, die Weiterentwicklung von Delegation und Substitution, die Schaffung einheitlicher Vergütungsstrukturen zumindest für einzelne Leistungsbereiche sowie die Auflösung der Dualität der ambulanten stationären Versorgung z. B. durch die verstärkte Ambulantisierung von Leistungen oder die Nutzung stationärer Infrastruktur für die ambulante Versorgung. Einige dieser Ansätze würden im Land im Rahmen der Durchführung von Modellprojekten verfolgt. Bspw. unter dem Dach des Projekts „Regionale Versorgung“, mit dem in den Bereichen Pädiatrie, Geriatrie und Palliativmedizin einige der genannten Ansätze, auch unter Einbeziehung der Selbstverwaltung, erprobt würden. Modellprojekte könnten bei der Erprobung neuer Versorgungsformen sehr hilfreich sein. Es gebe jedoch oft Hürden, wenn erfolgreiche Projekte weitergeführt, ausgeweitet und bestenfalls in die Regelversorgung überführt werden sollen. Auf Bundes- und Landesebene sei dieses Problem inzwischen erkannt worden und es würden unterstützende Maßnahmen entwickelt werden. So habe M-V unter den Ländern die Initiative ergriffen und erarbeite mit anderen Ländern innerhalb der AG „Überführung von Projekten in die Regelversorgung“ ein Konzept und einen darauf aufbauenden Regelungsentwurf für die Verfahrensüberführung von erfolgreichen Projekten in die Regelversorgung. Die Bund-Länder-AG „Sektorenübergreifende Versorgung“ erarbeite ihrerseits ein Konzept als Grundlage für die künftige Gesetzgebung. Ein konkretes Konzept ziele bspw. auf die Etablierung eines künftig festzulegenden gemeinsamen fachärztlichen Versorgungsbereichs, sowohl von ambulanten als auch von stationären Einrichtungen, auf der

Grundlage einheitlicher Rahmenbedingungen und Behandlungsleitlinien. Erklärtes Ziel sei, die Versorgung deutlich patientenzentrierter zu gestalten, indem Leistungen flexibler als bisher dort erbracht werden können, wo es qualitativ und ökonomisch am sinnvollsten sei. Neben der sektorenübergreifenden Versorgung sei auch die Digitalisierung ein zweites Querschnittsthema, welches die Zukunft unserer medizinischen Versorgung maßgeblich beeinflussen werde. Die Digitalisierung sei dabei kein Selbstzweck, sondern solle dazu dienen, die Gesundheitsversorgung zu verbessern und das Gesundheitssystem effizienter und effektiver zu gestalten. Durch diesen Prozess werde bereits jetzt schon oft Gewohntes hinterfragt und viele Dinge würden neu gedacht. Das Ministerium habe deswegen im letzten Jahr mit den Akteuren im Land an einer Strategie zur Digitalisierung der Gesundheitsversorgung in M-V gearbeitet. Genutzt worden sei dazu die AG „Digitalisierung“ des Kuratoriums Gesundheitswirtschaft. Die Strategie werde derzeit abschließend im Ministerium beraten. Besonders wichtig sei es, durch die Digitalisierung die zentralen Herausforderungen im Land zu adressieren. Die Digitalisierung könne die Patientenversorgung gerade in einem Flächenland verbessern, sei es durch Videosprechstunden oder digital unterstützte aufsuchende Behandlungen. Sie sollte genutzt werden, um den Leistungserbringern die Arbeit zu erleichtern, Versorgungspfade zu gestalten und Informationen und Wissen zu teilen. Dies könne bspw. über digitale Plattformen, Aktenformate oder Telekonsile erfolgen. Ein großer Bestandteil sei der bundesweite Ausbau der Telematikinfrastruktur. Diese solle alle am Gesundheitswesen Beteiligten miteinander vernetzen. Medizinische Informationen, die für die Behandlung von Patienten benötigt würden, sollten so schneller und einfacher verfügbar sein. Kernelement sei die elektronische Patientenakte (ePA). Diese diene zur Unterstützung der Versorgung der Versicherten. Zusammenfassend sollten dauerhafte Effekte erzielt werden, z. B. bei der Verbesserung der Patientensicherheit, der Qualitätssicherung, der Therapietreue und der Arzneisicherheit. Die Selbstverwaltung begleite diesen Prozess in M-V sehr aktiv mit. Auf Landesebene werde durch die Förderung von digitalen Projekten, die der Versorgung der Patienten zugutekommen, zu einer sinnvollen Digitalisierung beigetragen. Besonders hervorzuheben sei das Telepädiatrische Netzwerk. Hier sei die telemedizinische Akutversorgung von Kindern im Krankenhaus erprobt worden. Mit dem durch den Innovationsfonds geförderten Projekt „Land|Rettung“ im Landkreis Vorpommern-Greifswald seien digitale Ansätze der Notfallversorgung erprobt worden. Zentrales Element sei

der Telenotarzt, der in Gebieten mit längerer Anfahrt das Rettungsdienstpersonal am Einsatzort unterstütze. Der Telenotarzt könne per Video an die Rettungswagen zugeschaltet werden und lebenswichtige Entscheidungen für die weitere Behandlung des Patienten treffen. Die Ausweitung des Telenotarztsystems habe begonnen. Das Land habe die Rettungsdienstträger aufgefordert, mit den Krankenkassen die erforderlichen Verhandlungen zu führen, um den Telenotarzt auch in anderen Landkreisen einzuführen. Zum Thema der ambulanten Versorgung führt er an, die KV habe den im Juli 2020 beschlossenen neuen Bedarfsplan für die ambulante vertragsärztliche Versorgung bekanntgegeben. Aufgrund gestiegener Arztzahlen habe sich die Versorgung planungsrechtlich verbessert. Es seien insgesamt, insbesondere im Bereich der hausärztlichen Versorgung, 104,5 offene, aber insoweit nicht fehlende, Arztstellen ausgewiesen. Bei einer auch in M-V festzustellenden ungleichmäßigen und nicht immer bedarfsgerechten Versorgung würden sich die meisten offenen Stellen im Umland der selbst gut versorgten Städte Rostock und Schwerin befinden. Die Qualität der medizinischen Versorgung der Bevölkerung in M-V werde bestimmt durch Erreichbarkeit, Verfügbarkeit und ganz allgemein dem Begriff der Qualität. Dieser sei laut der Norm DIN EN ISO 9000 definiert als Grad, in dem ein Satz inhärenter Merkmale eines Objekts Anforderungen erfüllt. Die Qualität gebe also an, in welchem Maß ein Produkt, eine Ware oder eine Dienstleistung den entsprechenden Anforderungen entspricht. Eine bedarfsgerechte, gute und erreichbare Versorgung stelle einen elementaren Bestandteil der öffentlichen Daseinsvorsorge dar. Die Notwendigkeit einer solchen Versorgung habe gerade erst die Covid-19-Pandemie deutlich vor Augen geführt. Die Versorgung der Bevölkerung mit stationären und teilstationären psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Angeboten sei als gut zu bezeichnen. So hätten im Jahr 2019 für stationäre Behandlungen zehn psychiatrische, sieben psychosomatische Kliniken, 48 Tageskliniken, mit insgesamt 1286 Betten und 901 tagesklinische Plätzen zur Behandlung von Erwachsenen und 188 Betten und 188 tagesklinische Plätze für Kinder und Jugendliche zur Verfügung gestanden. Darüber hinaus erfolge die ambulante Behandlung unter anderem bei den niedergelassenen Fachärzten für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie bei den Psychotherapeuten und den psychiatrischen Institutsambulanzen. Ausweislich einer Statistik der KV seien zum Stichtag 15. Juli 2019 in M-V 99 Nervenärzte und 391 Psycho-

therapeuten niedergelassen gewesen. Daneben seien 29 Nervenärzte und 23 Psychotherapeuten zu diesem Zeitpunkt angestellt tätig gewesen. Vor diesem Hintergrund gehe die Landesregierung davon aus, eine bedarfsgerechte, gute und erreichbare Versorgung sei in diesem Bereich gegeben. Die Krankenhauslandschaft sei derzeit geprägt von einer noch ausreichend großen Zahl von Krankenhausstandorten, die flächendeckend im Land aufgestellt seien. Alle Standorte seien bedarfsnotwendig. Dies zeige auch die Vereinbarung der Liste der Krankenhäuser gem. § 9 KHEntgG. Die Vereinbarung zwischen den Spitzenverbänden der Selbstverwaltung definiere die Krankenhäuser, die als unverzichtbar für die Versorgung im ländlichen Raum gelten. Für alle Fachbereiche gelte der Zusammenhang zwischen Expertise, Fallzahl und Qualität. Die Abwägung zwischen wohnortnaher Versorgung und Qualität sei um das Merkmal der Erreichbarkeit zu erweitern. Weitere Chancen biete die Telemedizin zur Unterstützung der Strukturen in der Fläche. Zur Leistungsvergütung im stationären Bereich merkt Dr. Hunz an, die Entgeltregeln seien ein Mix. Die Fallpauschalen (DRGs) stünden nicht monolithisch da. Neben den DRGs existierten die Finanzierung über Zusatzentgelte (ZE), die Vergütung für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB), diverse Zu- und Abschlagsregelungen sowie Pflegesätze der Tageskliniken. Psychiatrische Fachgebiete hätten eigene Regelungen durch den PEPP-Entgeltkatalog. Die DRGs hätten zur Rationalisierung und besseren Wirtschaftlichkeit geführt, die Verweildauern seien gesunken. Die innere Organisation der Krankenhäuser sei gestrafft worden. Es gelte dennoch einige Fehlentwicklungen zu korrigieren, wie etwa den Preisverfall und die Flucht in die Menge. Die Reform der Krankenhausfinanzierung sei Gegenstand der Länder-AG zur Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierungsstrukturen unter Führung des Landes Schleswig-Holstein. Kurzfristig könne möglicherweise innerhalb des DRG-Systems ein Sockelbetrag zur Finanzierung der Vorhaltekosten, vergleichbar mit einem Sicherstellungszuschlag, insbesondere für die Pädiatrie und Geburtshilfe im ländlichen Raum, eine Lösung darstellen. Dr. Hunz merkt an, im Hinblick auf die Engpässe in der Kinder- und Jugendmedizin sei nicht die Vergütung, sondern der Personalmangel das größte Problem. Die Attraktivität des Arbeitsplatzes hänge dabei häufig von Faktoren ab, die der Krankenhausträger oft nur in geringem Umfang beeinflussen könne. Prinzipiell seien hier größere Einheiten bevorzugt, da insbesondere die individuelle Belastung des Bereitschaftsdienstes geringer ausfalle. Gleichzeitig sei das Fallspektrum abwechslungsreicher, was Konsequenzen

für die Weiterbildung habe. Die Regelungen des G-BA sähen für die Zuordnung eines Krankenhauses in die Basisnotfallversorgung mindestens die Fachabteilungen Chirurgie, Unfallchirurgie und Innere Medizin vor. Doch je seltener Leistungen notwendig seien, je höher der Spezialisierungsgrad sei und je höher die Vorhaltekosten ausfielen, desto ortsferner könne die Versorgung erfolgen. Die Krankenhausplanung beziehe in der Planung auch Betroffenheitsmaße ein, welche sich z. B. aus Richtlinien des G-BA herleiten ließen. Dabei seien Erreichbarkeitskriterien und Abstandmaße immer zur Zahl der betroffenen Menschen zu werten. Subjektiv und auf einzelne Orte bezogen mögen sich daraus unvermeidbare Belastungen ergeben. Eine Umstrukturierung im Einzelfall, aufgrund einer entsprechenden Entwicklung der Nachfrage und des Leistungsgeschehens, sei nicht ausgeschlossen. Bei der Fortentwicklung des Krankenhausplans würden regelmäßig neue tagesklinische Angebote wie Schmerzbehandlung, Palliativmedizin, Dermatologie, Pädiatrie und Schlafmedizin hinzutreten. Dabei weise der Krankenhausplan neben 10.142 Planbetten eine steigende Zahl tagesklinischer Plätze aus (Anzahl am 01.02.2020: 1.436). Daneben spiele die weitere Verbreitung vormals exklusiver Angebote wie Bildgebung, Linksherzkatheter-Untersuchung, die Modernisierung von intensivmedizinischen Angeboten, die zentralen Notaufnahmen, neue Therapie- und Versorgungsformen, besondere Aufgaben wie Schlaganfallversorgung, Versorgung von Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung, pädiatrische und herzmedizinische Zentren eine wesentliche Rolle. Es gebe Überlegungen, die Erfahrung aus der Clusterstruktur, im Sinne einer aktiven Mitwirkung, in andere Bereiche zu übertragen. Ganz neu seien die Cluster jedoch nicht, da sie räumlich weitgehend den Planungsregionen entsprächen. Die Telemedizin befinde sich bereits als Strukturqualitätsmerkmal in der Krankenhausplanung. Telemedizinische Netze in der sektorenübergreifenden Versorgung könnten förderfähig sein, nach dem Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) sei dies sogar gewiss. Entscheidend seien die Ausstattung und die Breitbandbandversorgung in der Fläche. In einigen Fachgebieten sei ein Rückgang der Nutzung stationärer Strukturen zu beobachten. Dieser Ambulantisierung lägen Entwicklungen hin zu patientenschonenderen Verfahren zugrunde. So werde nach weniger belastenden Eingriffen kein stationärer Aufenthalt erforderlich. Diese Entwicklung sei zu unterstützen. Bei der sektorenübergreifenden Versorgung spiele die Nutzung der Kapazitäten der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung

eine wesentliche Rolle. Hierzu seien bundesrechtliche Fragen rund um die Institutsermächtigung, persönliche Ermächtigung von Fachärzten und der Zulassung durch die KV zu lösen. Die Hochschulambulanzen und Aspekte der Weiterbildung zählten ebenfalls dazu. Die personelle Situation im öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) in M-V sei angespannt. Davon seien sowohl die Gesundheitsämter der Landkreise und kreisfreien Städte als auch die Gesundheitsabteilung des Ministeriums für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit sowie des Landesamtes für Gesundheit und Soziales (LAGuS) betroffen. In den Gesundheitsämtern sei seit 2015 ein Rückgang auf fast 30 vollbeschäftigte Einheiten beim ärztlichen und zahnärztlichen Personal, beim sozialpädagogischen Personal, beim Hygienepersonal und beim Vorgangspersonal zu verzeichnen. Dem stehe eine Zunahme von fünf vollen Einheiten beim ärztlichen Assistenzpersonal gegenüber. Insgesamt habe sich damit das Gesamtpersonal in den Gesundheitsämtern um mehr als sechs Prozent verringert. Eine derartige Reduktion bleibe nicht ohne Auswirkungen, gerade in den genannten spezialisierten Berufsgruppen. In den Gesundheitsämtern würden derzeit Aufgaben und Maßnahmen priorisiert, um das breite Leitungsspektrum abdecken zu können. Durch diese Priorisierungen und Einbindung von externem Personal seien bisher gravierende Mängel verhindert worden. Jedoch seien gesetzlich vorgeschriebene Aufgaben teilweise nicht in den vorgesehenen Rhythmen erbracht worden. Aktuell habe die Bundesregierung einen Pakt für den ÖGD auf den Weg gebracht, mit dem Ziel, den ÖGD auf allen Ebenen zu stärken und zu modernisieren. Als eine Soforthilfe stelle der Bund Haushaltsmittel für die technische Modernisierung der Gesundheitsämter zur Verfügung. Für Mecklenburg-Vorpommern seien dies etwa 990.000,00 Euro. Darüber hinaus erhielten die Länder über einen Zeitraum von 5 Jahren Mittel in Höhe von rund 4 Milliarden Euro vom Bund. Der Anteil für Mecklenburg-Vorpommern liege hier bei ca. 80 Millionen Euro, wobei 87,5 % davon für Personalausgaben vorgesehen seien. Dies führe dazu, dass demnächst sämtliche Bereiche des öffentlichen Gesundheitsdienstes in der Bundesrepublik Deutschland zusätzliche Stellen ausschrieben. Es stelle auch für Mecklenburg-Vorpommern eine Herausforderung dar, die im öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes zu schaffenden Stellen attraktiv zu gestalten, um eine zeitnahe Besetzung zu realisieren. Diese wichtige Säule des Gesundheitswesens müsse über die 5 Jahre hinaus eine zentrale Stellung bei der Sicherung der Gesundheit der Bevölkerung einnehmen.

Vors. **Jörg Heydorn** dankt Frau Roca-Heilborn und Herrn Dr. Hunz und bittet um Bereitstellung der Stellungnahme, um diese als Kommissionsdrucksache an alle Kommissionsmitglieder zu verteilen. Er fragt, ob es Nachfragen an die beiden Vertreter des Wirtschaftsministeriums gebe.

**Prof. Dr. med. Andreas Crusius** (Präsident der Ärztekammer M-V) verweist auf den Vortrag von Prof. Dr. Maio in der letzten Sitzung und die von diesem als Grundproblem kritisierten Fallpauschalen, welche zu nicht immer medizinisch indizierten Fallsteigerungen führten. Er erkundigt sich, ob das Wirtschaftsministerium Ideen für ein alternatives Finanzierungssystem habe und wie es über ein einheitliches Vergütungssystem für den ambulanten und den stationären Bereich denke.

**Dr. Manfred Hunz** weist auf die Komplexität des Themas Krankenhausfinanzierung hin, welches sich nicht auf die Fallpauschalen beschränke. Dies sei eines der Themen, die in der Länderarbeitsgruppe zur Reform der Krankenhausstruktur/-finanzierung erdacht werden sollen. Ein einheitliches Vergütungssystem hätte das Problem zu lösen, dass Investitions- und Betriebskosten in den beiden Sektoren momentan völlig unterschiedlich betrachtet würden. Für den niedergelassenen Bereich gebe es keine öffentlichen Investitionsförderungen.

**Prof. Dr. med. Andreas Crusius** erklärt, dass es sich um Daseinsvorsorge des Staates handle und eine gemeinsame Finanzierung erfolgen könne. Es könnten auch die Praxen der niedergelassenen Ärzte mit der Ausstattung finanziert werden.

**Dr. Manfred Hunz** weist darauf hin, dass es sich um ein staatlich strukturiertes und nicht um ein staatlich geführtes Gesundheitswesen handle, sodass es immer einen kleinen Unterschied geben werde.

Abg. **Sebastian Ehlers** verweist auf die Schwierigkeit, die im ÖGD neu geschaffenen Stellen mit Personal zu besetzen. In einigen Kommunen erfolge bereits eine übertarifliche Bezahlung. Er möchte wissen, ob dies eine Ausnahme darstelle oder eine solche bereits flächendeckend im Land erfolge. Es sei schwierig, Ärztinnen und Ärzte in das starre Korsett des öffentlichen Dienstes zu bekommen.

Abg. **Prof. Dr. Ralph Weber** nimmt Bezug auf die Probleme in der pädiatrischen Versorgung und in den Geburtshilfeabteilungen. Diese seien besonders kostenintensiv und die Patienten benötigten eine Betreuung rund um die Uhr. Er fragt nach Lösungsansätzen, die eine weitere Ausdünnung dieses Bereiches verhindern könnten.

**Susanne Roca-Heilborn** erklärt, das Problem der unbesetzten Stellen im öffentlichen Gesundheitsdienst existiere bereits seit längerer Zeit. In der Gesundheitsministerkonferenz von 2019 habe es den Beschluss eines umfangreichen Forderungskataloges für den Bereich des öffentlichen Gesundheitsdienstes gegeben. Mecklenburg-Vorpommern habe vor Beschlussfassung die Federführung in der entsprechenden Arbeitsgruppe innegehabt. Themen seien Stellenaufbau, Weiterbildung, die Förderung des Images des ÖGD sowie die Bezahlung, gerade auch der Ärztinnen und Ärzte im ÖGD, gewesen. Kliniken könnten diese besser bezahlen als das Land oder die Kommunen. Sie bedauere, dass erst durch die Corona-Pandemie Maßnahmen in diesem Bereich ergriffen würden und verweist auf den bereits von Herrn Dr. Manfred Hunz angesprochenen Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst. Alle Länder hätten damit die Möglichkeit, Personal aufzustocken und konkurrierten damit um dieselben Leute. Sie hoffe, dass die Landeskinder, die an den Universitäten im Land studierten, auch nach Abschluss ihres Studiums in Mecklenburg-Vorpommern blieben. Es müsse deutlich an der Stellschraube des Gehaltes gedreht werden. Der Beschluss der GMK, der in der letzten Woche gefasst worden sei, sehe diese Möglichkeit vor.

**Dr. Manfred Hunz** könne die Frage, ob die Leistungen in der Gynäkologie und der Geburtshilfe besonders kostenintensiv seien, nicht vollständig bejahen. Höhere Kosten entstünden in der Pflege der Kinder, welche regelmäßig aufwendiger sei als die Pflege erwachsener Patienten. Dies entspanne sich aber im Laufe des Jahres, da die Pflegepersonalkosten seit dem 1. Januar aus den DRGs herausgenommen worden seien und nun vollständig erstattet würden. Es müsse jedoch geprüft werden, ob die Relativgewichte innerhalb des DRG-Systems korrekt ausbalanciert seien. Paradebeispiel für eine ungerechte Vergütung zeige der Unterschied zwischen der natürlichen Geburt und der Geburt per Kaiserschnitt. Bei der letzteren werde der Personalaufwand für die Narkose und die Operation berücksichtigt, bei der natürlichen Geburt aber nicht die oftmals mehrstündige Vorhaltung des gesamten Kreissaalteams einschließlich



Hebamme und Pädiater. Dieses müsse mit eingepreist werden, was innerhalb des bestehenden Systems möglich sei. Im Übrigen sei jedes Krankenhaus im Rahmen seines Versorgungsauftrages gesetzlich zu einer 24-stündigen Bereitschaft verpflichtet und müsse zumindest eine Erstversorgung gewährleisten. Dieses gelte nicht nur für die Pädiatrie oder die Geburtshilfe.

Vors. **Jörg Heydorn** weist auf die geringe Auslastung der pädiatrischen Stationen von teilweise unter 50 % sowie die damit verbundenen Auswirkungen auf die Vergütung und das Versorgungsgeschehen hin. Er bittet das Wirtschaftsministerium um Stellungnahme.

**Dr. Manfred Hunz** führt aus, zwischen der Fallzahl in einer Abteilung und der Auslastungsproblematik müsse unterschieden werden. Die Frage der Auslastung sei in erster Linie eine Frage der Landesplanungsbehörde dahingehend, wie groß das Krankenhaus oder die jeweilige Abteilung sein müsse. Diese Frage betreffe insbesondere die Steuerung von Investitionen für Sanierungen oder Neubauten. Für den klinischen Ansatz und die Erlössituation spielten eher die absolute Fallzahl und der erzielte Case Mix eine Rolle. Die Auslastung in der Pädiatrie von regelmäßig unter 60 % stelle tatsächlich ein Problem dar. Es werde derzeit untersucht, ob es bei den Fächern mit einer niedrigen durchschnittlichen Verweildauer durch das derzeitige Planungsinstrument aus dem Krankenhausplan, welches eine starre Sollauslastung für Fachabteilungen definiere, nicht eine statistische Verzerrung gebe. Der Krankenhausplan solle dahingehend geändert werden, dass sich die Sollauslastung an der durchschnittlichen Verweildauer der Fachabteilungen orientiere. Fachabteilungen mit einer niedrigen Verweildauer von beispielsweise zwei Tagen erschienen bei Umrechnung auf einen Sieben-Tage-Betrieb stets unterausgelastet. Das Problem sei die stark variierende Auslastung, wobei sich bei Vornahme weiterer Kürzungen auf Grundlage des Krankenhausplanungsinstruments die zeitweise starke Überlastung weiter verschärfen würde. Die Durchschnittsauslastungsansprüche müssten daher bei Fächern mit niedriger Verweildauer nach unten und bei hoher Verweildauer nach oben korrigiert werden.

Abg. **Prof. Dr. Ralph Weber** entgegnet, die Ausführungen hätten weder neue Erkenntnisse noch Lösungsansätze beinhaltet. Er fragt, ob Dr. Hunz denke, dass Mogelpackungen wie die Kinderportalklinik in Wolgast für pädiatrische Abteilungen die neue Lösung sein sollten.

**Dr. Manfred Hunz** erklärt, die Kinderportalpraxisklinik in Wolgast sei im Rahmen eines Modellprojekts gestartet, nachdem dort die stationäre Versorgung aus mehreren Gründen eingestellt werden musste. Es sei ein bestimmter Versorgungsbedarf deutlich geworden, der zwischen dem vollstationären und ambulanten Bereich liege. Die dort an der Versorgung beteiligten Vertragspartner, insbesondere die Krankenkassen, die Universitätsmedizin und das Kreiskrankenhaus, hätten das Projekt weiterentwickelt. Dies werde mit Wirkung zum 1. Oktober 2020 zu einer Tagesklinik mit zehn Plätzen überführt. So werde dort eine teilstationäre Struktur dauerhaft etabliert. Wenn dies das Ergebnis sei, aus dem Versuch zu testen, was nach der vollstationären Versorgung vor Ort noch an zusätzlichem Angebot bedarfsnotwendig sei, sei es ein Erfolg. Aus seiner Sicht sei dies ein Gewinn.

**Susanne Roca-Heilborn** erklärt, sie unterstütze die Ausführungen von Dr. Hunz. Anfangs sei gesagt worden, im Hinblick auf sektorenübergreifende Versorgung sei mit Modellprojekten zu beginnen. Dies brauche natürlich eine gewisse Anlaufzeit. Sie sehe die Kinderportalklinikpraxis, anders als Prof. Dr. Weber, nicht als Mogelpackung. Das Projekt sei jetzt um drei Jahre verlängert worden und dann sei der Übergang in die Regelversorgung geplant. Wäre dies im Rahmen eines Modellprojekts nicht versucht worden, wäre dem Ministerium möglicherweise Untätigkeit vorgeworfen worden. Ihrer Meinung nach sei es bisher ein guter Weg gewesen.

Abg. **Torsten Koplín** erklärt, seine Fragen hätten das Ziel, Erkenntnisse zu gewinnen und so zu Handlungsempfehlungen zu kommen. Dr. Hunz habe in seinen Ausführungen immer wieder auf die Bedeutung der Qualität abgestellt. Seine Frage beziehe sich auf eine Anregung, die später wahrscheinlich nochmal von den Krankenkassen vorgebracht werde, nämlich Qualität dezidiert im Landeskrankenhausgesetz zu verankern. Er fragt, wie Dr. Hunz die Möglichkeiten und Grenzen einer solchen Überlegung sehe. Im Hinblick auf den ÖGD sei die jetzt in Rede stehende Hilfe für fünf Jahre im Grunde

nur ein Atemholen und das aus seiner Sicht in zweifelhafter Art und Weise. Denn diejenigen, die durch die Maßnahmen für den ÖGD gewonnen werden, würden woanders abgezogen werden. Einen wirklichen Effekt sehe er jetzt noch nicht. Die Frage sei, ob es Überlegungen gebe, wie über diesen Zeithorizont hinaus eine Veränderung der Bedingungen im ÖGD zu schaffen sei, um diesen attraktiver zu machen und langfristig zu stärken. Die dritte Frage betreffe die Fallpauschalen. Prof. Dr. Giovanni Maio habe vor der Enquete-Kommission dafür plädiert, die Fallpauschalen abzuschaffen. Das Land M-V gehe die Kinder- und Jugendmedizin betreffend den Weg über den Bundesrat. Abg. Koplín fragt, wie der Antrag konkret aussehe und welche Schrittfolge vollzogen werden soll, um eine Veränderung zu bewirken. Im Hinblick auf die Bund-Länder-AG zu den Krankenhausstrukturen unter der Federführung Schleswig-Holsteins, interessiere ihn der Fahrplan. Wann könne mit Ergebnissen gerechnet werden, welche Schwerpunkte seien gesetzt worden.

**Susanne Roca-Heilborn** erklärt im Hinblick auf den ÖGD, die Befristung habe das Ministerium ebenfalls skeptisch gesehen. Im Moment stehe in dem Papier, auf das sich die Gesundheitsminister geeinigt hätten, es handele sich um unbefristete Stellen. Wie das aufgelöst werde und welche Gespräche noch folgen werden oder schon erfolgt seien, entziehe sich ihrer Kenntnis. Durch die Digitalisierung würden viele Mitarbeiter entlastet werden. Es werde versucht, sich besser zu vernetzen, um Informationen schneller austauschen zu können. Es seien mehrere Schritte notwendig. Auch dazu werde es eine AG geben, um die Attraktivität des ÖGD zu erhöhen. Für Anregungen im Hinblick auf Lösungsansätze sei auch die Kommunikation mit den Mitarbeitern des ÖGD wichtig.

**Dr. Manfred Hunz** merkt an, klassisch werde im Bereich der Krankenhaus- bzw. der Gesundheitsversorgung die Trias von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität betrachtet. Bei der Strukturqualität könne früh eingegriffen werden. Es sei auch ein traditionelles Instrument in der Landesplanung, Strukturqualitätsparameter vorzugeben. Dies lasse sich meistens an Einrichtungen und Personalstärken messen. Bei der Prozessqualität werde es schon kniffliger, wenn es Behandlungspfade, Leitlinien der Gesellschaften und G-BA-Richtlinien gebe, die bestimmte Dinge festlegen. Ganz schwie-

rig werde es bei der Ergebnisqualität, wo es aber für den Patienten erst richtig interessant werde. Dort gebe es in der Regel ein Zusammengreifen mehrerer Akteure. Meist handele es sich um den Hausarzt, den einweisenden Facharzt, das Krankenhaus, manchmal um eine Reha-Einrichtung und abschließend um die Nachbetreuung im ambulanten Sektor. All diese Systembrüche hätten es in der Vergangenheit unmöglich gemacht, im großen Stil Ergebnisqualität zu messen in der Patientenkarriere. Es sei auch ein Punkt der ePA, an Daten zu kommen, beispielsweise um zu schauen, wie der Verlauf auch zwei oder drei Jahre nach einer Knie-OP aussehe. Sowa sei momentan kaum greifbar. Es gebe noch eine geltende Richtlinie des G-BA zu sektorenübergreifender Qualitätssicherung. Dies sei jedoch nach der Erinnerung von Dr. Hunz stets gescheitert. Es sei an mehreren Modellprozeduren versucht worden zu etablieren, aber auch an simpelsten EDV-Problemen gescheitert. Auch hier sei eine große Chance im Bereich der Digitalisierung und der ePA, um Patientenkarrieren und Heilungsverläufe zu verfolgen. Ein anderer aktueller Punkt bezüglich der Qualitätssicherung, gerade im stationären Bereich, seien die krankenhausesplanungsrelevanten Qualitätsindikatoren, die vor einigen Jahren eingeführt worden seien. Es seien Indikatoren verwendet worden, die aus dem Bereich der Krankenhausqualitätssicherung bereits bekannt gewesen seien, da schnelle Ergebnisse gewünscht worden seien. Diese seien als Grundlage genommen worden für bestimmte Bereiche aus der Gynäkologie, Geburtshilfe und Kardiologie. Schnell sei festgestellt worden, dass die Daten bzw. Datenmesssysteme, die für andere Zwecke entwickelt worden seien, nicht im Bereich der Planungsentscheidung einsetzbar seien. Deswegen sei das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) vom G-BA mit der Entwicklung neuer krankenhausesplanungsrelevanter Qualitätsindikatoren beauftragt worden. Dr. Hunz habe mehrfach das Vergnügen gehabt, in den dortigen Arbeitskreisen zu sitzen. Momentan sei die Betrachtung von Leistungsbündeln, die zusammengefasst ein repräsentatives Bild für eine Fachabteilung geben könnten, das wahrscheinlichste Modell. Das seien jedoch Forschungsaufträge, die vom IQTIG selbst mit Jahresperspektiven an Aufwand betrachtet würden. Dies werde noch dauern und sei in der Entwicklung, noch gebe es wenig Greifbares. Die Bund-Länder-AG sei eine reine Länder-AG unter der Führung von Schleswig-Holstein und solle bis zur nächsten Gesundheitsministerkonferenz (GMK) ein Ergebnis vorlegen. Die AG sei jedoch auch vom Corona-Virus

ausgebremst worden und laut aktueller Beschlusslage solle ein Ergebnis zur übernächsten GMK vorliegen.

Abg. **Torsten Koplín** hakt bezüglich der Bundesratsinitiative bezüglich der Fallpauschalen nach.

**Dr. Manfred Hunz** merkt an, der Antrag sei keine Geheimsache. Deswegen sei er verwundert, wenn diese im parlamentarischen Raum nicht bekannt sei. Mittlerweile seien Sachsen-Anhalt und Bremen der Initiative beigetreten oder hätten es angekündigt. Kern sei die Aufforderung an den Bund, zu überprüfen, ob es sinnvoll sei die Geburtshilfe und Pädiatrie aus dem DRG-System herauszulösen und dafür ein eigenständiges Vergütungssystem zu entwickeln. Der Bund habe darauf bereits indirekt reagiert in der Antwort auf eine kleine Anfrage der Grünen im Bundestag zur Finanzierung der Pädiatrie. In der Antwort sei ein Vorschlag aus dem Sachverständigenrat zum Gesundheitswesen aufgegriffen worden. In diesem Vorschlag gehe es darum, bestimmte Abteilungen mit besonders hohen Vorhaltekosten mit Sockelbeträgen zu finanzieren. In seiner Antwort habe sich der Bund dieser Idee nicht verschlossen.

Abg. **Julian Barlen** merkt an, Dr. Hunz habe freundlicherweise aus dem Innenleben der Länder-AG berichtet, u. a. zum Thema der Refinanzierung von Leistungen. Daran anknüpfend fragt Abg. Barlen, inwieweit bei den Beratungen eine integrierte sektorenübergreifende Bedarfsfeststellung und eine daraus resultierende integrierte Versorgungsplanung eine Rolle spiele. Im Grunde, als Abgrenzung zur Refinanzierung als weiteren wesentlichen Bestandteil einer solchen Betrachtungsweise, dann auch den Bedarf und das Versorgungsangebot nicht mehr nach Sektoren differenziert zu planen.

**Prof. Dr. med. Marek Zygmunt** (Direktor der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und Lehrstuhlinhaber der Universitätsmedizin Greifswald) fragt im Hinblick auf die Geburtshilfe, welche Rolle die demografischen Entwicklungen in den Planungen des Ministeriums einnehmen. In einer kürzlich publizierten Untersuchung sei ein starker Geburtenrückgang für die nächsten Jahre aufgezeigt worden. In zwei/drei Jahren sei mit einem Rückgang von 15 Prozent zu rechnen und im Jahr 2030 mit ca. 25 Prozent. Momentan würden 16 Kliniken im Land Geburtshilfe anbieten.

Durch den prognostizierten Geburtenrückgang würden in der Hälfte der Kliniken weniger als eine Geburt pro Tag stattfinden. Prof. Dr. med. Zygmunt fragt, wie dieses Problem adressiert werden solle. Ein wichtiger Punkt sei mit der Attraktivität der Arbeit an solchen Standorten bereits angesprochen worden. Es gehe nicht nur um die hohe Verantwortung und die Schichttätigkeit, sondern auch das Arbeitspensum und die Weiterbildungsmöglichkeiten.

Abg. **Dr. Gunter Jess** verweist auf das Problem des Fachkräftemangels. Er habe sich im Zusammenhang mit anderen Themen bereits damit befasst und besitze Daten von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und statistische Unterlagen. Die Arztdichte in M-V sehe komischerweise gar nicht so schlecht aus. Dies sei ein innerer Widerspruch, den es anzusprechen gelte. Er wisse, dass debattiert werde. Dies hänge mit der Feminisierung der Medizin zusammen und der Tendenz bei jungen Ärzten, ein Angestelltenverhältnis statt einer eigenen Praxis anzustreben. Er fragt, ob der Fachkräftemangel nicht auch mit einer unzureichenden Strukturierung der Niederlassungsdichte in den einzelnen Regionen von M-V zusammenhänge. So gebe es in bestimmten Regionen Überversorgung, in anderen Unterversorgung.

**Susanne Roca-Heilborn** entgegnet auf die Frage von Dr. Jess, die Niederlassung von Ärzten sei ein Beschluss der Landesausschüsse der Ärzte und der Krankenkassen. Diesbezüglich gebe es eine aktuelle Übersicht, die von Dr. Hunz in seinem Vortrag erwähnt worden sei. Es gebe in der hausärztlichen und in der fachärztlichen Versorgung Bedarfe. Dies sei auch auf der Internetseite der KV einsehbar. Die Frage sei mit den Kollegen innerhalb der Enquete-Kommission zu diskutieren. Das Ministerium sehe diesbezüglich keinen Handlungsbedarf bei sich.

**Dr. Manfred Hunz** erklärt, er würde gerne auf die Fragen von Prof. Dr. med. Zygmunt eingehen. Natürlich gebe es auch in der Geburtshilfe einen Zusammenhang zwischen Qualität und Menge. Wenn Leistungen in geringstem Umfang in Anspruch genommen würden, ginge dies mit einer Sorge über die Qualität einher. Dies sei eine unbequeme Wahrheit. Ein Krankenhaus, in dem nur noch eine Geburt pro Tag stattfände, hätte z. B. im Komplikationsfall ein großes Risiko. Es gebe einschlägige Publikationen, die

ganz eindeutig einen Zusammenhang zwischen Qualität und Menge in der Geburtshilfe belegten. Dies fange an bei Überlebenschancen und Schädigungsmerkmalen bei Neugeborenen, bei Frühgeborenen sei dies noch eklatanter. Es gebe klare Grenzen. Festzustellen sei, dass Krankenhäuser ab einer bestimmten Größe höchstwahrscheinlich qualitativ ein Problem hätten. Dem könne und dürfe sich nicht verschlossen werden. Dazu komme die Betrachtung des Patientenwahlverhaltens, denn ein großer Anteil der werdenden Mütter entscheide sich nicht für das nächstgelegene Krankenhaus. Dafür gebe es mehrere Gründe. Das Thema werde unterschiedlich diskutiert. In M-V gebe es eine Linie, nach der es ab 300 Geburten kritisch werde. Andere Publikationen zogen die Grenze bei 500 oder sogar 1000 Geburten pro Haus pro Jahr. Das liege an der benötigten Übung für das Haus oder des Teams, welches im OP oder Kreißsaal aufeinandertreffe. Auch in der Rechtssetzung sei dieser Punkt im Entwurf des KHZG aufgegriffen worden. Dort hieße es im Hinblick auf die Förderung von Hebammenstellen, im Jahr seien pro 500 Geburten 0,5 weitere Stellen zu finanzieren. Auch dort sei eine magische Grenze bei 500 Geburten pro Jahr zu sehen. Mehr als ein Drittel der Krankenhäuser im Land könnten diese Grenze bereits gegenwärtig nicht überspringen. Dies sei ein Punkt für die Zukunft, der nicht ignoriert werden dürfe. Zu einer ordnungsgemäßen Versorgung gehöre auch eine qualitativ hochwertige Leistung. Dieser unangenehme Wahrheit sei sich zu stellen. Unter Umständen sei eine längere Fahrtstrecke in Kauf zu nehmen oder die Lebensplanung rund um die Geburt anders einzurichten. Dies sei ein Punkt, der auf das Land und die Bevölkerung zukommen werde. Diese Entwicklung sei nicht zu ignorieren und könne nicht aufgehalten werden.

**Prof. Dr. Steffen Fleßa** (Lehrstuhlinhaber für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre und Gesundheitsmanagement der Universität Greifswald) merkt an, die DRGs seien 2003 optional eingeführt worden, 2004 budgetneutral, hätten in den meisten Krankenhäusern ab 2008 überhaupt erst einen Impact gehabt und bei den meisten Maximalversorgern eigentlich erst ab 2010. Wenn daneben die Statistik für die Verweildauerentwicklung, Fallzahlentwicklung und Betttageentwicklung seit 1991 gelegt werde, sei praktisch kein Strukturbruch festzustellen. DRGs hätten nicht zu irgendwelchen dieser angeblichen negativen Auswirkungen geführt. Alle Entwicklungen seien vorher ange-dacht gewesen und hätten sich bereits seit 1991 abgezeichnet. Trotzdem werde immer, wenn etwas im Krankenhaus nicht funktioniere, auf den DRGs rumgehackt. Die

Frage sei, ob nicht der Mechanismus, wie die Gelder verteilt würden, die Ursache sei. Möglicherweise sie auch zu wenig Geld im Topf. Unabhängig vom Finanzierungssystem reiche das Geld nicht aus, unabhängig davon, wie es verteilt werde. Dies habe der Gesetzgeber bereits 2000 gesehen und die Sicherstellungszuschläge installiert. Seines Wissens nach seien in M-V keine Sicherstellungszuschläge genehmigt worden, anders als in anderen Bundesländern. Die Frage sei, warum und aus welchen Gründen die Landesregierung oder das Ministerium in diesem Bereich nicht stärker im bestehenden Finanzierungsmechanismus abfederten. An den DRGs liege es nicht, wie die Statistik deutlich mache.

**Dr. Manfred Hunz** antwortet, die Einführung der DRGs mit der Korrelation der Trends bei bestimmten Parametern sei ein Phänomen, bei dem die Dinge hinterher klarer zu sehen seien. Im Prozess sei es manchmal schwierig mit der Wahrnehmung und manche Mären hielten sich lange. Das DRG-System sei eigentlich finanzneutral. Die DRGs würden vom Aufwand vergleichbare Leistungen gruppieren, denen unterschiedliche Relativgewichte zugeordnet würden. Das durchschnittliche Relativgewicht liege bei 1,0. Schwere Fälle hätten ein Relativgewicht über 1 und leichte Fälle ein Relativgewicht unter 1. Der Euro komme erst ins Spiel, wenn im Rahmen der Vergütungsvereinbarung die Multiplikation mit dem Landesbasisfallwert erfolge. Und hier sei durchaus etwas an der These von Prof. Dr. Fleßa dran. Die Frage sei, ob das System über genügend Geld verfüge. Das DRG-System sei kostenneutral und nur ein Vergleichssystem. Bei Sicherstellungszuschlägen seien drei Dinge auseinanderzuhalten. Grundsätzlich würden mittlerweile die 400.000 Euro für die unverzichtbaren Krankenhäuser im ländlichen Raum zu den Sicherstellungszuschlägen dazu gerechnet werden. Daran sei die Landesregierung relativ unschuldig. Dies fuße auf einer Vereinbarung der Spitzenverbände der Krankenversicherung und der Krankenhausgesellschaft auf Bundesebene. Einmal im Jahr werde eine Liste mit den betreffenden Krankenhäusern publiziert, die nach gesetzlichen Kriterien ausgewählt würden. In M-V stünden mit Ausnahme der zwei Rostocker Kliniken sowie der Krankenhäuser in Doberan und in Boizenburg alle auf der Liste. Eine andere Sache sei der klassische Sicherstellungszuschlag, der zu zahlen sei, wenn aufgrund eines geringen Versorgungsbedarfs eine defizitäre Struktur an einem Krankenhaus am Leben gehalten werden solle. Hier hätte



es unterschiedliche Auffassungen in der Rechtssetzung gegeben und diese sei mittlerweile novelliert. Nach alter Lesart sei der Krankenhausträger in der Beweispflicht gegenüber der Landesbehörde gewesen, um zu zeigen, dass das Defizit nicht aufgrund unwirtschaftlicher Betriebsführung entstanden sei. Mittlerweile gebe es eine Rechtsänderung. Danach prüfe die Landesregierung nur, ob ein Defizit vorliege. Wenn ein Defizit vorliege, entschieden die Krankenkassen in Verhandlung mit den Krankenhausträgern über die Höhe des Sicherstellungszuschlags. Dies sei ein zweigestuftes Verfahren. Es gebe einen Bescheid aus dem Wirtschaftsministerium, der den Bedarf bestätige. Die Krankenkassen und das Krankenhaus verhandelten dann die Höhe. Es gebe mehrere solche Bescheide und diese seien durch das Ministerium alle positiv beschieden worden. Bisher sei jedoch kein Bescheid zu einer budgetwirksamen Umsetzung ergangen. In einem Fall sei ein Sicherstellungszuschlag in Höhe von 0 Euro vereinbart worden. Alle anderen seien rechtshängig beklagt. Damit sei der Schwarze Peter nicht beim Wirtschaftsministerium zu suchen.

Abg. **Torsten Koplín** merkt an, Frau Roca-Heilborn habe auf die Frage von Dr. Jess geantwortet, im Moment bestehe im ÖGD kein Handlungsbedarf auf Seiten des Wirtschaftsministeriums.

Vors. **Jörg Heydorn** verweist darauf, es sei in diesem Zusammenhang um das Thema Arztdichte gegangen und nicht um den ÖGD.

Abg. **Torsten Koplín** führt aus, die Zahl der Ärztinnen und Ärzte sei auch sein Stichwort. Im Januar 2020 habe es im Zuge des Landarztgesetzes eine Anhörung gegeben. Dort sei eine Erhöhung der Studienplätze für die Humanmedizin bereits Thema gewesen. Abg. Koplín fragt, ob es diesbezüglich neue Erkenntnisse im Wirtschaftsministerium gebe und ob es gerade im Hinblick auf die Überbrückung der fünf Jahre jetzt nicht Zeit sei, die Zahl der Studienplätze zu erhöhen. An Herrn Dr. Hunz habe er eine Nachfrage bezüglich der Frage von Prof. Dr. med. Zygmunt. In der erwähnten Studie sei eine Reduzierung der sechzehn Kliniken mit Geburtshilfe auf neun vorgesehen. Dr. Hunz habe als einen Teilbereich der Qualität die Ergebnisqualität erwähnt, bei der es auch um die Zufriedenheit der Patienten gehe. Damit sei auch die Wohnortnähe ein

Aspekt der Qualität. Er fragt, ob sich weiter rein an den Fallzahlen orientiert werden solle oder nicht auch die emotionale Komponente ein deutliches Gewicht habe.

**Susanne Roca-Heilborn** erklärt, sie erinnere sich gut an die Diskussion zum Landarztgesetz. Es sei durchaus eine Überlegung gewesen, nicht nur für Hausärzte, sondern auch für den ÖDG eine Quote einzuführen. So sei es aber nicht gekommen. Eine AG sei bereits in Kraft getreten, die gemeinsam mit Ländern und Kommunen übergreifend beginne, den Pakt für den ÖGD im Land zu erarbeiten. Sie könne sich vorstellen, die Erhöhung der Studienplätze werde dort auch eine Überlegung sein. Die Federführung in diesem Bereich habe jedoch das Bildungsministerium. Sie würde es sich ohne Frage wünschen, aber es seien vorab noch viele Dinge zu besprechen, insbesondere mit dem Bildungsministerium.

**Dr. Manfred Hunz** stimmt zu, dass die emotionale Komponente gerade beim Geburtsgeschehen nicht außer Acht zu lassen sei. Er gebe jedoch zu bedenken, neben dem Fallzahlenargument seien auch die komplementären Angebote am Ort der Geburt zu beachten. Frage sei, welche Möglichkeiten im Notfall bereitstünden, um Mutter und Kind zu helfen. Dort sei ein Krankenhaus mit mehreren Fachabteilungen augenscheinlich besser aufgestellt als ein Haus, welches sehr schmal aufgestellt sei. Insbesondere überforderten Komplikationen häufig die Kompetenzen kleinerer Häuser. Dies könne zur Isolation des Neugeborenen führen, wenn es in ein größeres Krankenhaus verlegt werden müsse und die Mutter am Geburtsort zurückbliebe. So eine Trennungssituation sei sicher auch nicht günstig für das Kind. Im Falle einer räumlichen Konzentration an dieser Stelle, sei die Frage zu stellen, ob die Krankenhäuser nicht ihr Angebot als Service rund um die Geburt besser aufstellen sollten. So könnte die emotionale Komponente besser abgebildet werden. Es sei auch die grundsätzliche Frage zu stellen, was das nachgefragte Produkt sei. Das sei eine Geburt im Krankenhaus. Diese sehe völlig anders aus als eine Geburt in einem Hebammengeleiteten Saal oder eine Hausgeburt. Eine Geburt im Krankenhaus spiele sich nach bestimmten Qualitätsparametern ab, die am Ende auf dem umfassenden Versorgungsanspruch aus dem SGB V gegenüber den Kassen fußen. Dabei gehe es um die Bereitstellung fachärztlicher Expertise, flankierende G-BA-Richtlinien bis hin zur persönlichen Haftung des Arztes, der die Proze-

dur leite. Nach einer Richtlinie des G-BA sei die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen in vier Level gegliedert. Level eins bis zwei seien Häuser, die sich um die besonders vulnerablen Frühgeborenen kümmern. Im Land gebe es auch solche Häuser. Level drei seien Häuser mit einem perinatalen Schwerpunkt, mit einer stationären Pädiatrie vor Ort. Level 4 seien die reinen Geburtshäuser für die völlig unproblematischen Schwangerschaften, bei denen es im Verlauf keine Komplikationen gebe und bei denen nur ein Kind erwartet werde. Diese Häuser hätten eine Geburtshilfe ohne eine vollstationäre Pädiatrie. Alles was danach käme, sei nicht mehr Thema des Krankenhauses. Das Produkt der Geburt im Krankenhaus gehe nur unter bestimmten Bedingungen.

Vors. **Jörg Heydorn** merkt an, die Frage nach der Emotionalität könne jeder mit „ja“ beantworten. Die Frage sei, ob dies weiterhelfe. Gleich folge die Anhörung der Krankenkassen und er habe sich die Stellungnahmen sorgfältig durchgelesen. Aus den unterschiedlichsten Gründen würden die Stellungnahmen zu dem Ergebnis kommen, es werde eine Konzentration von Behandlungen geben. Dies resultiere aus Fachkräftemangel und fehlender Nachfrage. Ein weiterer Aspekt seien Qualitätsargumente. Wenn die Konzentration ein Zukunftsszenario sei, blieben drei Fragen. Zum einen sei es eine Frage des Transportes. Zum anderen gebe es die Frage nach dem Zugang, gerade für Menschen aus peripheren Bereichen. Eine dritte Frage sei die Frage der Akzeptanz. Es habe in der Vergangenheit viele Diskussionen rund um Wolgast, Crivitz und Parchim gegeben. Die Leute würden ihr Unverständnis für diese Entwicklungen zum Ausdruck bringen. Der Vors. fragt, wie die Kommunikationsstrategien seien, um die Erforderlichkeit für Veränderungen zu vermitteln.

**Dr. Manfred Hunz** erklärt, in der Krankenhausplanung habe sich seit längerer Zeit der Begriff der Erreichbarkeitsplanung eingemistet. So werde bei der Allokation von Versorgungsangeboten beachtet, welche Bevölkerungsgruppen wie weit vom jeweiligen Standort entfernt seien. Die Frage des Transportes sei eine übergreifende Aufgabe, insbesondere im Hinblick auf Infrastruktur und öffentlichen Nahverkehr. Im Krankenhausplan seien Mittel- und Oberzentren bereits auch vor dem Hintergrund der Erreichbarkeit verortet. Der Punkt der Akzeptanz in der Kommunikation sei nicht nur eine Frage nach dem Verkauf des neuesten Plans durch die Pressestelle. Es sei eine Frage

der Einbeziehung bestimmter Gruppen. Hier sei vielleicht eine Reihe von gesetzlichen Regelungen notwendig. Dies gehöre in die Hände der Enquete-Kommission und nicht in seine.

Abg. **Dr. Gunter Jess** erklärt, er wolle noch mal den ÖGD und die für die nächsten Jahre zur Verfügung gestellten Mittel ansprechen. Im Grunde gebe es eine Konkurrenz um Fachkräfte zwischen den Krankenhäusern und dem ÖDG. Wenn nun der ÖGD begünstigt werde, werde der Druck auf die Krankenhäuser erhöht. Er fragt, ob darüber nachgedacht worden sei, im Bereich des ÖGD eine Zwischenqualifizierung ohne Facharztausbildung zu nutzen. Das Aufgabenspektrum des ÖGD sei mit dem im Krankenhaus nicht direkt vergleichbar. So könne ein schneller Zugang und eine Sonderstellung erreicht werden, die keine Konkurrenz zum Krankenhaus erzeuge.

Abg. **Julian Barlen** verweist auf seine gestellte Frage, die wohl unter den Tisch gefallen sei. Er fragt, inwieweit in der Länder-AG auch das Thema Bedarfs- und Versorgungsplanung vor dem Hintergrund von integrierten Ansätzen eine Rolle spiele. Das Thema der Geburtshilfe würde von Dr. Hunz aus Eltern- und Kinderperspektive stark vom größten anzunehmenden Notfall abgeleitet werden. Diese Argumentation könne für jeden Menschen erfolgen. Die Frage sei, wo in der Planung diesbezüglich die Grenze gezogen werde. Er möchte wissen, welche Kenntnisse es über die Outcome-Qualität von Hebammengeleiteten Geburtseinrichtungen gebe. Wenn die genannte Zahl von 1.000 Geburten das Kriterium wäre, blieben nicht viele Kliniken mit Geburtsstation übrig. Hier sei fraglich, ob dies der Weisheit letzter Schluss sei.

**Susanne Roca-Heilborn** erwidert auf die Frage von Dr. Jess, der Pakt für den ÖGD sei erst am Freitag mit dem Bundesgesundheitsminister und den Ländern so vereinbart worden. Wenn dieser so abgesegnet werde, handele es sich um ein mehrstufiges Verfahren. Auf Länderebene würden sich AGs für den ÖGD zusammenfinden. Heute sei in M-V die erste Sitzung der AG gewesen. Sie sei nicht dabei gewesen, würde sich jedoch gerne berichten lassen. Der erste Bericht für die Umsetzung des Paktes für den Gesundheitsdienst sei am 31.12.2021 abzuliefern. Ein Teilbereich in der AG werde sicher das Thema Fachkräftegewinnung. Vielleicht werde der Vorschlag von Dr. Jess als Ergebnis herauskommen. Bisher sei keine Zeit gewesen, darüber nachzudenken.

Doch solche Gedanken könnten sicher mit eingebracht werden, vielleicht auch aus der Enquete-Kommission.

**Dr. Manfred Hunz** entschuldigt sich für das Herunterfallenlassen der Frage von Herrn Abg. Barlen. Die AG zur Krankenhausfinanzierungsreform beschäftige sich sehr breit aufgestellt mit diesem Gedanken. Ein Gedankenfaden sei ein Fallbudget aus einem Guss. Hier werde ein Fall für das Krankenhaus, über die Reha bis hin zur ambulanten Nachversorgung komplett betrachtet. So erfolgte aus dem System heraus eine einheitliche Versorgungsplanung. Inwieweit sich dies im Beschlusspapier wiederfinden werde, könne er nicht sagen. Doch es werde offen diskutiert und dies sei erfrischend. Es müsse aber daran erinnert werden, dass auch im jetzigen System nicht alles pauschalierbar sei. Er denke dabei an die besonderen Einrichtungen, die immer noch nicht über DRGs finanziert werden könnten. Selbst in Fällen, wie in der Psychiatrie mit dem PEPP-System, in denen es pauschalisierte Ansätze gebe, werde aufgrund anderer Daten und Fallkonstellationen anders pauschaliert, als es im Bereich der Somatik für die DRGs geschehe. Auch das seien unterschiedliche Welten. Er habe Zweifel daran, ob dies alles in eine Schablone zu pressen und zu einer einheitlichen Gebührenordnung zu kommen sei. Eine Anzahl von 1.000 Geburten sei für das Land M-V sicher überzogen und ginge zu weit. Dann blieben nur noch zwei bis vier Häuser, die diese Bedingung erfüllten. Bei der Risikobetrachtung des Individuums habe der Abg. Barlen absichtlich verkürzt. In der Arztpraxis greife im Fall eines Notfalls ein Rettungssystem, in dem es gesetzlich einschlägige Hilfsfristen gebe, bevor ein Patient in die adäquate Klinik komme. Die Krankenhausplanung ziele darauf ab, auf keinem Level eine Unterversorgung entstehen zu lassen. Dieser Ansatz führe dazu, auch für den worst case Vorsorge zu treffen. Eine normale Geburt gehe auch in einem Level-1-Krankenhaus unproblematisch über die Bühne und die Häuser könnten sich flexibel auf die jeweilige Geburt einstellen.

**Prof. Dr. med. Andreas Crusius** merkt an, Prof. Dr. Fleßa habe über DRGs gesprochen. Das Gesundheitswesen sei Daseinsvorsorge des Staates. Er wisse nicht, ob der Vortrag von Prof. Dr. med. Maio bekannt sei. Er habe Prof. Dr. med. Maio bereits dreimal gehört. Beispielsweise sei es im Bereich der Kardiologie so, wer nicht bei drei auf dem Baum sei, bekäme einen Herzkatheter. Die Zahl der nicht indizierten Herzkatheter

führe auch zu dem Entgelt. Weil es sich gut abbilde, gebe es Probleme. Er fragt, wie das gesehen werde. Bezüglich der Wohnortnähe merkt er an, eine Schwangere könne natürlich im Falle der Risikogeburt auch im Tiefflug mit einem Hubschrauber zur nächsten Klinik gebracht werden. Neugeborene würden im Fall einer benötigten OP auch zur Charité und zurückgefliegen werden. Dies sei eine Möglichkeit. Im ÖGD seien die Bereiche Epidemiologie, Hygiene und Infektionsmedizin von Bedeutung. Eine Querre-  
gulierung schaffe einen Arzt erster oder zweiter Klasse. Es würden viel mehr Ärzte im ÖGD sein, wenn sie eine entsprechende Bezahlung gehabt hätten. Prof. Dr. Med. Crusius merkt zusätzlich an, Kinder seien eben keine kleinen Erwachsenen. Im Jahr 1995 habe das Gesundheitsministerium zusammen mit der Ärzteschaft festgelegt, dass eine Geburtshilfe nur dort stattzufinden habe, wo es auch eine Kindereinrichtung gebe. Ein Kind habe den gleichen Rechtsanspruch. Daher sei er wohl mit dem Ministerium einer Meinung. Er frag, wie Frau Roca-Heilborn und Herr Fr. Hunz dies sähen.

Vors. **Jörg Heydorn** vergewissert sich, ob die Frage bezüglich des gleichen Rechtsanspruchs von Kindern rhetorisch gewesen sei. Dies wird bejaht. Auf das Thema der Vergütung im ÖGD sei Frau Roca-Heilborn bereits eingegangen. Blicke die Frage an Herrn Dr. Hunz, ob er die Auffassung von Prof. Dr. med. Crusius teile, dass es medizinisch nicht indizierte Behandlungen gebe und dies auf das DRG-System zurückzuführen sei.

Abg. **Torsten Koplín** erklärt, er würde gerne auf die Frage des Vors. und die Antwort von Herrn Dr. Hunz bezüglich der Akzeptanz zurückkommen. Dr. Hunz habe seine Sicht dargelegt und angemerkt, es sei auch eine Frage der Einbeziehung vor Ort. Dies setze Einflussmöglichkeiten voraus, um etwas kommunizieren oder aushandeln zu können. Damit komme er zu den aktuellen Problemfeldern Crivitz und Parchim. Zu Beginn sei der Standpunkt verdeutlicht worden, die Standorte erhalten zu wollen. Es sei die Frage, warum die Verhandlungen in Crivitz stockten. Weiterhin möchte der Abg. Koplín wissen, ob es mit Blick nach vorne etwas zu bedenken gebe, damit zukünftig Verhandlungen nicht mehr an den gleichen Stellen ins Stocken gerieten. Mit Beschlusslage des Landtages solle schließlich das Wirtschaftsministerium gemeinschaftlich mit dem Landkreis handeln. Die zweite Frage betreffe die Handlungsmöglichkeiten. Es sei problematisch, wenn ein Krankenhaus nicht in der Lage oder nicht willig

sei, einen angenommenen Versorgungsauftrag zu erfüllen. Zurzeit sei die Politik in einem solchen Fall hilflos und es gebe keine Handhabe. Er fragt, ob hier nicht Veränderungen im Regelwerk vorzunehmen seien, um darauf reagieren zu können.

**Dr. med. dent. Alexander Kuhr** (niedergelassener Zahnarzt) erklärt, er habe zwei Fragen. Die erste beziehe sich auf die Einführung der ePA. Zurzeit werde gedroht, die Einführung der ePA durch den Bundesbeauftragten für Datenschutz zu stoppen. Hintergrund sei die Einführung des Patientendatenschutzgesetzes, welches vom Bundestag beschlossen worden sei. Dies verstoße aus Sicht des Bundesbeauftragten für Datenschutz gegen die Europäischen Datenschutzverordnung (DSGVO). Das Bundesministerium für Gesundheit habe mit einer Stellungnahme reagiert, die an alle 16 Landesgesundheitsministerien gegangen sei. Das Ganze drohe nun zu einem, möglicherweise langwierigem, Rechtsstreit zu werden. Die Frage sei, welche schnellen Lösungsansätze diesbezüglich gesehen werden. Die zweite Frage sei allgemeiner Natur. Wirtschaftsexperten gingen als Folge des Lockdowns ab Jahresende von einem verstärkten Anstieg von Privatinsolvenzen aus. Dies habe mehrere Effekte. Zum einen führe das zu sinkenden Steuereinnahmen. Zum anderen drohe eine Aushöhlung der Solidargemeinschaft, auf der die gesetzliche Krankenversicherung beruhe. Dr. Kuhr fragt, was Lösungsansätze seien, um dieser Gefahr entgegenzusteuern.

**Susanne Roca-Heilborn** erklärt, sie würde gerne gleich auf Dr. med. dent. Kuhr eingehen. Die Frage zu der ePA würde sie gerne mitnehmen. Darauf sei sie so detailliert nicht vorbereitet. Die Antwort werde schriftlich nachgereicht.

Vors. **Jörg Heydorn** merkt an, dies werde dann als Kommissionsdrucksache verteilt.

**Susanne Roca-Heilborn** erklärt im Hinblick auf die Frage bezüglich der Folgen des Lockdowns, der Anstieg privater Insolvenzen sei ein Wirtschaftsthema. Möglicherweise könnten die Krankenkassen Stellung nehmen. Die Krankenkassen hätten häufig die Kosten von Testungen zu tragen. Dies sei eine Entscheidung auf Bundesebene. Sobald die Gesamtkosten der Corona-Pandemie feststehen, müsse geschaut werden, ob diese von der Solidargemeinschaft der Krankenversicherten und Arbeitgeber oder

vom Steuerzahler getragen werden. Dies könne jedoch nicht vom Landtag entschieden werden. Bezüglich der Frage des Abg. Koplín zur Akzeptanz einer Änderung des Regelwerkes habe es in anderen Bundesländern Schließungen von Kliniken gegeben, die nahezu geräuschlos erfolgten. Dies sei möglich, sofern das Verständnis dafür eingeworben werde.

**Dr. Manfred Hunz** führt hinsichtlich der Transparenz und der Einflussnahme durch die Kommunen ergänzend an, dass diese nicht gering sei. Die Frage sei, ob das gesetzlich Mögliche auch genutzt werde. Der Landkreistag sowie der Städte- und Gemeindetag würden bei Fragen der stationären Versorgung antrags- und stimmberechtigt miteinbezogen. Die Frage, ob ein ausgereicherter Versorgungsauftrag bei Nichtumsetzung wieder entzogen werde oder ob eine Sanktionierung erfolge, sei schwer zu beantworten. Die Umsetzung der Erweiterung eines Versorgungsauftrages sei oftmals abhängig von Personalakquise und von weiteren Investitionen, die der Krankenhausträger erst nach positiver Bescheidung des Antrages tätigte. Dies könne dazu führen, dass gesetzte Fristen nicht eingehalten werden könnten. Anders sei es, wenn der bestehende Versorgungsauftrag vorübergehend nicht mehr ausgeführt werden könne, beispielsweise wegen Personalmangels oder aus technischen Gründen. Dies könne geduldet und der Versorgungsauftrag zeitweise ausgesetzt werden. Sofern ein Versorgungsauftrag von einem Krankenhausträger nicht mehr umgesetzt werde, seien eine Entziehung und eine Übertragung des Versorgungsauftrages an einen Dritten möglich. Sofern kein geeigneter Krankenhausträger dafür zur Verfügung stehe, sehe das Landeskrankenhausgesetz im Falle einer tatsächlichen Unterversorgung als letztes Mittel die Gründung eines eigenen Krankenhauses durch den Landkreis bzw. die Kreisfreie Stadt zur Erfüllung des Versorgungsauftrages vor. Auf die Nachfrage von Prof. Dr. Crusius erklärt Dr. Hunz, ihm sei nicht bekannt, dass massenhaft nicht indizierte ärztliche Leistungen aufgedeckt oder nachgewiesen worden seien. Er vertraue darauf, dass der Arzt die Indikation korrekt stelle. Die angesprochene Einigkeit aus dem Jahr 1995 sei von der Rechtssetzung und der Wirklichkeit längst überholt. Der G-BA habe mit seiner Richtlinie für die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen neues Recht gesetzt.



Vors. **Jörg Heydorn** dankt den Vertretern des Wirtschaftsministeriums für ihre Auskunft und unterbricht die Sitzung für eine kurze Pause.

*Sitzungsunterbrechung von 17.06 Uhr bis 17.20 Uhr*

Vors. **Jörg Heydorn** eröffnet die Sitzung wieder und bittet die Krankenkassen in alphabetischer Reihenfolge um ihre Stellungnahme. Er erteilt Frau Marita Moskwyn für die AOK Nordost das Wort.

**Marita Moskwyn** (Bereichsleiterin Stationäre Versorgung der AOK Nordost) verweist auf die schriftliche Stellungnahme des AOK Landesverbandes und erklärt, sich kurz fassen zu wollen. Auf Nachfrage des Vors. Heydorn sichert sie zu, die Antworten auf die bisher nicht beantworteten Fragen nachreichen zu wollen. Die AOK wolle die Versorgungsplanung als einen integrierten Vorgang sehen. Alle Gesundheitsleistungen müssten generell erreichbar sein. Planung müsse sektorenübergreifend erfolgen. Standorte seien das eine Thema, jedoch seien Strukturen gegebenenfalls den entsprechenden Bedarfen anzupassen. Bei diesem Strukturwandel sollten die regionalen Besonderheiten wie die Inanspruchnahme im Vordergrund stehen. Die Qualität der jeweiligen Krankenhausstandorte müsse integraler Bestandteil der Planung sein. Soziodemografische und epidemiologische Daten sollten einfließen, eine Versorgungsplanung habe interdisziplinär sowie vorausschauend über viele Jahre hinweg zu erfolgen. Sie führt als Beispiel für eine gute regionale Vorgehensweise das „HaffNet“ in Mecklenburg-Vorpommern als Kooperation zwischen niedergelassenen Ärzten und den Aneos-Klinika an. Zudem sei der Standort Templin ein Beispiel für ein Innovationsfonds-Projekt. Dort werde derzeit eine vollstationäre Einrichtung in einen Hybridstandort überführt. Die Kooperation zwischen dem dortigen Krankenhaus, den niedergelassenen Ärzten, der KV und der Bevölkerung sei im Grundsatz ein Vorbild auch für andere Regionen. Dieses Projekt könne gerne besucht werden. Hinsichtlich der vielen offenen Arztstellen habe sich die AOK zusammen mit allen Krankenkassen und der KV in den Planungsgremien, wie dem Landesausschuss, aber auch in weiteren Kooperationen, bemüht, die Weiterbildung zu fördern. Dabei spielten die Universitäten eine große Rolle. Landeskinder müssten motiviert werden, nach dem Studium auch in Mecklenburg-Vorpommern zu praktizieren. Es entstünden auch Engpässe durch die

veränderte Inanspruchnahme der Arbeitszeit niedergelassener Ärzte. Dem müsse durch eine veränderte Planung Rechnung getragen werden. Wie in anderen Ländern sollten Ärzte mehr Teamarbeit auf Augenhöhe, beispielsweise mit Pflegepersonal, leisten. Dies schaffe Effizienz und Entlastung, indem Leistungen delegiert werden könnten. In Mecklenburg-Vorpommern würden ärztliche und pflegerische Leistungen z. B. bereits teilweise von den „Agnes-Schwestern“ erbracht. Sie merkt an, dass der Bereich der Pflege aus den Fragestellungen ausgegrenzt sei, obwohl dieser einen wichtigen Bestandteil der Planung und Diskussion in der Kommission darstelle. Hinsichtlich der Krankenhausplanung spreche sich die AOK dafür aus, Leistungen zu konzentrieren, um ein hochwertiges Angebot bereitzustellen. Die Frage der Wohnortnähe werde von den Menschen sehr unterschiedlich gesehen. Häufig spiele die Qualität die entscheidende Rolle, auch wenn weitere Wege in Kauf genommen werden müssten. Dass oft die Qualität und nicht die Wohnortnähe das maßgebliche Entscheidungskriterium sei, sei vielen Menschen nicht klar. Insoweit müsse eine kommunikative Lücke geschlossen werden. Die Änderungen durch die Corona-Krise müssten ebenfalls beachtet werden. So nähmen Menschen derzeit weniger Präventionsangebote wahr. Dem müsse entgegengewirkt werden. Frau Moskwyn führt ferner an, dass in den Rehabilitationskliniken die Investitionskosten anders geregelt seien als bei den vollstationären Einrichtungen. Es solle in den Blick genommen werden, ob wegen der wichtigen Stellung der Reha-Einrichtungen auch bei diesen eine Übernahme dieser Kosten analog der Krankenhausfinanzierung erfolgen sollte. Die noch nicht angesprochenen Punkte werde die AOK noch beantworten und der Kommission zukommen lassen.

Vors. **Jörg Heydorn** bedankt sich bei Frau Moskwyn und erkundigt sich, ob Verständnisfragen bestünden. Da dies nicht der Fall ist, bittet er Herrn Henning Kutzbach, für die BARMER vorzutragen.

**Henning Kutzbach** (Geschäftsführer der Barmer Landesvertretung) weist darauf hin, dass die gestellten Fragen das gesamte Spektrum der medizinischen Versorgung umfassten und diese seit Jahren immer wieder diskutiert würden. Mittlerweile sei aber der Druck durch den Fachkräftemangel und die angespannte Finanzsituation so groß, dass die Politik und alle handelnden Personen im Gesundheitswesen möglicherweise bereit seien, gemeinsam nach Lösungen zu suchen. Die Barmer habe sich schon vor

längerer Zeit Gedanken dazu gemacht, wie sektorenübergreifend gehandelt werden könnte. Heute gebe es unterschiedliche Zuständigkeiten. Der ambulante Bereich werde vom G-BA und von der KV geplant, die stationäre Planung erfolge durch das Land. In Krankenhäusern gebe es aufgrund von Sonderregelungen teilweise zwar ambulante Operationen und Innovationsverträge, es erfolge aber keine Abstimmung bei der Planung weder im ambulanten noch im stationären Bereich. Gleiche medizinische Leistungen würden in Zugang und Qualität unterschiedlich bedient und auch unterschiedlich vergütet. Die Leistung werde daher im stationären Bereich erbracht, da dort die höhere Vergütung erzielt werden könne. Auch die Sicherstellungsaufträge seien unterschiedlich formuliert. Fehlanreize seien zu verhindern und man müsse zu einer gemeinsamen Versorgungsplanung kommen. Dazu sei die Definition eines Versorgungsbereiches erforderlich. Die Leistungsplanung müsse an der Schnittstelle beginnen, an der fachärztliche Leistungen sowohl ambulant als auch stationär erbringbar seien. Diese Sektoren ließen sich gut aufbrechen. Dies bedeute nicht, dass die spezialisierte und gesonderte Versorgung im ambulanten Bereich aufgehoben oder die Spezial- und Maximalversorgung einbezogen werden sollen. Es müssten nicht mehr Betten oder Arztsitze, sondern Leistungen, die in der Region erforderlich sind, geplant werden. Hier sei der Bundesgesetzgeber gefordert, die Selbstverwaltung (KBV, KG, Spitzenverband der Kassen) zu beauftragen, unter Einbeziehung der Fachexpertise Richtlinien für eine sektorenübergreifende Versorgung zu erarbeiten. Dabei könne auf Altbewährtes, wie den AOP-Katalog oder den ASK-Katalog, zurückgegriffen werden. Für die Definition der Leistung werde ein empirischer Anker benötigt, um Vergleiche ziehen zu können. Als Planungsgrundlage für die Länder würden bundesweit von neutraler Stelle erhobene Referenzwerte benötigt. Die medizinische und technische Entwicklung sei bei der Planung zu berücksichtigen. Daten, die zu Über-, Unter- oder Fehlversorgung führten, könnten auf diese Weise in der Fläche erkannt und abgebaut werden. Als neutrale Erfassungsstelle komme das Statistische Bundesamt in Frage. Leistungs- und Abrechnungsdaten würden dann dort nach einer abgestimmten Verfahrensstruktur gesammelt werden. Ein noch zu gründendes Landesgremium, man könnte es „90b“-Gremium nennen, müsste die sektorenübergreifende Versorgungsplanung zusammenführen. In dieses Landesgremium sollten die KV, die Krankenhausesellschaft, das Wirtschaftsministerium, die Kassen und Patientenvertreter eingebun-

den werden. Aufgaben des Gremiums seien die Analyse der regionalen Versorgungssituation und die Festlegung der Bedarfe an Leistungen, jeweils unter Berücksichtigung der medizinischen, demografischen und technischen Standards und Entwicklung. Delegations- und Substitutionspotentiale seien zu erkennen und zu berücksichtigen. Die Leistungsbereiche seien aus den bisherigen Einrichtungen, ambulant und stationär, herauszunehmen und in eine sektorenübergreifende Leistungsplattform zu überführen. Als Vergütung komme eine indikationsbezogene und sektorenübergreifende Leistungspauschale in Frage. Die Sicherstellung sollte derzeit noch der KV, ggf. im Einvernehmen mit dem Land, obliegen, auf lange Sicht jedoch dem zu schaffenden, sektorenübergreifenden Landesgremium übertragen werden. Zur Umsetzung bedürfe es regionaler Versorgungsverbände und Modellprojekten, wobei zum Gelingen alle Akteure miteinzubeziehen seien. Die Umsetzung sei zwar ein langer Weg, müsse aber in Angriff genommen werden. Zusammenfassend verweist Herr Kutzbach auf das 10-Punkte-Papier der Barmer.

Vors. **Jörg Heydorn** dankt Herrn Kutzbach für den stringenten Vorschlag und weist darauf hin, dass die gesetzlichen Grundvoraussetzungen durch den Bund zu schaffen seien. Dies nehme viel Zeit in Anspruch. Die Frage sei, was in der Zwischenzeit passiere.

**Henning Kutzbach** entgegnet, dass Druck gemacht werden müsse. Dies sei erfolgsversprechend, da das Problem in vielen Bundesländern bestehe. Möglicherweise könne man die Zeit mit Modellen überbrücken. Die Regelung einer sektorenübergreifenden Versorgung könne im Grundsatz nur bundeseinheitlich erfolgen.

Vors. **Jörg Heydorn** bittet nun Frau Sabine Hansen, für die DAK Stellung zu nehmen. Die verwendeten PowerPoint-Präsentationen würden an alle verteilt werden.

**Sabine Hansen** (Leiterin der DAK Landesvertretung M-V) erklärt, sie habe sich bei ihrem Statement auf einen Zukunftsansatz fokussiert und wolle dazu ein kleines Projekt in Northeim in der Grafschaft Bentheim vorstellen. Eine Förderung erfolge mit einer Million Euro aus dem Innovationsfonds. Dort gebe es ein regionales Pflegekompetenz-

zentrum. Anlass des Projektes seien die Überalterung der Bevölkerung und eine geringe Bevölkerungsdichte, die zu einer geringen Auslastung der vorhandenen Krankenhäuser führe. Geringe Auslastung führe zu sinkender Qualität, da bei bestimmten Behandlungen keine Routine bestehe. Zur Sicherung der Qualität seien daher bestimmte Mindestmengen zu gewährleisten. Ein Problem bestehe in der Region Northeim zudem beim Angebot der Kurzzeitpflege. Nachtpflege werde gar nicht angeboten, Tagespflegeplätze seien aufgrund der besseren Arbeitszeiten hingegen ausreichend vorhanden. In Mecklenburg-Vorpommern bestünden dieselben Probleme. Sie verweist auf den Abschlussbericht der Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“ von 2016. Seitdem habe es keine Verbesserungen gegeben, so dass an die damaligen Handlungsempfehlungen angeknüpft werden könne. Eine dieser Empfehlungen sei der Bau eines lokalen Gesundheitszentrums (LGZ) gewesen, was im Grundsatz mit einem regionalen Pflegekompetenzzentrum vergleichbar sei. Dazu sei ausgeführt worden: „Durch Sicherung von Versorgungsankern an den gegenwärtigen Krankenhausstandorten, in denen ambulante und stationäre Versorgung stärker und sektorenübergreifend vernetzt wird, kann Versorgung umfassend gesichert werden.“ Die damalige Enquete-Kommission habe daher die Standorte der Krankenhäuser erhalten, diese aber stärker auch in die ambulante Versorgung einbinden wollen, was Vorteile für Krankenhäuser und Ärzte biete. Das Problem insbesondere kleinerer Krankenhäuser, aufgrund der geringen Auslastung ärztliches und pflegerisches Personal zu finden, könne damit gelöst werden, das Personal auch im ambulanten Bereich einzusetzen. Dies könne einen Anreiz darstellen, da das Personal dann auch andere Krankheitsbilder zu sehen bekomme. An dem Krankenhaus müsste ein MZV gebildet und das Personal einen Teil der Arbeitszeit im ambulanten Bereich eingesetzt werden. Eine andere Möglichkeit sei die Herstellung von Case-Management-Organisationen, wie es bereits von den Sozialdiensten im Krankenhaus betrieben werde. In dieses System könnten die Pflegestützpunkte, welche eine hohe Kompetenz im Case-Management besäßen, miteinbezogen werden, um den entlassenen Patientinnen und Patienten eine bestmögliche Nachversorgung bieten zu können. In Northeim sei der Case-Manager fester Ansprechpartner für die oft hochbetagten Patienten über einen längeren Zeitraum, sowohl für den ärztlichen als auch für den pflegerischen Bereich. Diese Hilfe sei erforderlich, da viele der alten Leute alleine lebten. Als weiteren Vorteil der LGZ habe die vorangegangene Enquete-Kommission angeführt: „Gleichzeitig hält

man Personal und die Ausstattung etc. von Krankenhäusern in der Region. Der sinnvolle Erhalt von kleinen Krankenhäusern ist sicherzustellen. Aber auch deren Weiterentwicklung zu LGZ muss durch das Land nachhaltig gefördert werden.“ Vorteile für den Bürger seien die Behandlung aus einer Hand mit abgestimmten Behandlungsschritten, die Regelversorgung werde erweitert und Doppelstrukturen würden vermieden. In der Anschaffung teure Geräte könnten vom ambulanten und vom stationären Bereich gemeinsam genutzt werden, was Ressourcen spare. In Northeim sei zudem eine digitale Plattform eingerichtet worden, was aber nicht dazu führe, dass jeder alles sehen könne. Das große Problem in diesem Bereich sei immer der Datenschutz. Zugriffe seien jedoch klar geregelt und erfolgten nur im notwendigen Umfang. Die Umsetzung solcher Projekte scheitere oftmals an fehlenden finanziellen Mitteln. Es gebe den Sicherstellungszuschlag. So stelle der Bund defizitären Krankenhäusern 400.000,00 EUR pro Jahr zusätzlich zur Verfügung, wenn dieser zu dem Schluss komme, dass das Krankenhaus unverzichtbar für die regionale Versorgung sei. Mit diesem Geld zementiere man Strukturen. Die Frage sei, ob die Mittel auch dazu verwendet werden könnten, Strukturen zu verändern. Zudem stünden Mecklenburg-Vorpommern etwa 10 Millionen Euro aus dem Krankenhausstrukturfonds I und II zur Verfügung. Voraussetzung sei jedoch, dass ein Krankenhaus eine Fachabteilung oder Abteilung innerhalb einer Fachabteilung schließe. Dies komme aber insbesondere bei den kleineren Krankenhäusern in Mecklenburg-Vorpommern nicht in Frage, da sich die wirtschaftliche Not bei Schließen einer Abteilung noch vergrößern würde. Eine weitere Restriktion ergebe sich aus § 71 SGB XI, wonach eine Pflegeeinrichtung eine eigenständig wirtschaftende Einheit sein müsse. Sofern ein Krankenhaus dahingehend umgebaut werden solle, dass akutstationäre Angebote etwas verkleinert würden, um diese Räumlichkeiten z. B. für die Tages- oder Kurzzeitpflege zu nutzen, müsste diese Pflegeeinrichtung von einem Drittbetreiber bewirtschaftet werden. Es sei zu hinterfragen, ob dieses Konstrukt in kleineren Häusern notwendig sei oder ob dort die Krankenhausverwaltung nicht in der Lage sei, Pflegeangebote mitzuverwalten. Auf Bundesebene müsse daher darauf hingewirkt werden, die Sicherstellungszuschläge anzupassen, den Krankenhausstrukturfonds auf Flächenländer auszurichten und den § 71 SGB XI abzuändern. Auf Länderebene erlaube es der § 63 SGB V, Modellversuche durchzuführen. Sie stimme Herrn Kutzbach zu, dass solche Projekte nur kassen-

übergreifend gelingen könnten. Es sei zu prüfen, ob dieses Modell geeignet sei, kleinere Krankenhäuser zu sichern und die Versorgung für die Menschen in der Region zu verbessern.

Vors. **Jörg Heydorn** dankt Frau Hansen für den zielführenden Vorschlag. Als nächstes bittet er Frau Austenat-Wied, für die Techniker Krankenkasse (TK) vorzutragen.

**Manon Austenat-Wied** (Leiterin der Landesvertretung M-V der TK) weist zu Beginn ihrer Präsentation auf digitale und analoge Projekte hin, die die TK zusammen mit anderen Partnern auf den Weg gebracht habe. Beispiele seien mit der Stellungnahme übermittelt worden. Diese dienten dazu, Wege zu verkürzen und Daten statt Patienten reisen zu lassen. In der Corona-Krise hätten sich einige dieser Projekte bereits bewährt, z. B. das Projekt „TeleDermatologie“, welches die TK zusammen mit der Universität Greifswald umsetze. Die zentrale Frage sei immer, wie Qualität in die Versorgung gebracht werden könne unter der Voraussetzung, dass der Patient im Mittelpunkt aller Bemühungen stehe. Frage sei auch, wie Qualität neu gedacht werden könne. Neben der Planung sei das Thema der Anreize ganz wesentlich. Anreize setze man mit Finanzierung. Sie wolle daher das Thema der Finanzierung der Krankenhausversorgung einmal herausgreifen. Im Jahr 2017 sei der Gesundheitsmarkt 376 Milliarden Euro stark gewesen. Im Vergleich mit der deutschen Automobilindustrie (425 Mrd. EUR) und dem Maschinenbau (252 Mrd. EUR) stelle der Gesundheitsmarkt einen volkswirtschaftlich relevanten Sektor dar. M-V habe etwa 630 Krankenhausbetten je 100.000 Einwohner und liege damit über dem Bundesdurchschnitt. Die Bettendichte sei seit 1990 ungefähr konstant. Die Auslastung der Krankenhäuser liege mit ca. 76,6 % (2017) deutlich unter dem Bundesdurchschnitt. Diese schwanke jedoch erheblich zwischen 14,9 % in einigen Bereichen und über 100 % im Bereich der Pädiatrie und Geburtshilfe. Sie verfolge seit Jahren die Diskussion über die Schließung, Öffnung und Veränderung der Krankenhausstandorte und stellt klar, dass sich die TK zu allen Krankenhausstandorten im Land bekenne. Die Frage sei allerdings, wie diese Standorte verändert werden könnten. Vieles müsse auf Bundesebene angestoßen werden, dies müsse aber erst im Land auf den Weg gebracht werden. Sie erlebe im Land hochmotivierte Ärzte und Pflegekräfte. Die 37 Kliniken im Land verfügten in der Regel über

eine sehr große Bandbreite und Therapieangebote, die zunächst den Eindruck erweckten, einen hochwertigen Gesamtversorgungsbedarf abdecken zu können. Andererseits führe die große Klinikdichte aber auch zu Konkurrenz um Ressourcen, Geld und Fachkräfte. Derzeit herrsche mehr Konkurrenz als Kooperation. Es gebe viele Anstrengungen zur Fachkräftegewinnung, wie durch das Landarztgesetz. Da die Facharztausbildung jedoch etwa 11 Jahre in Anspruch nehme, sei dies ein sehr langer Weg. Hinsichtlich der Krankenhausfinanzierung kommt sie auf das DRG-System zu sprechen, welches sich in Deutschland ausschließlich auf die Fallpauschalen kapriziere. In anderen Ländern in Europa gebe es eine Mischfinanzierung. Das System sei langsam aufgebrochen worden, indem das Pflegebudget herausgenommen worden sei. Es sei dennoch ein System, was sich im Wesentlichen über Fallpauschalen finanziere. Fallpauschalen gewährten gleiches Geld für gleiche Leistungen, was zu Mengenausweitungen in Krankenhäusern führe. Das derzeitige System sei mit problematischen Anreizen verbunden, die man in der Fläche spüre. Eine geringe Fallzahl führe zu Problemen beim Überleben der Krankenhäuser. Die Fokussierung auf die Fallzahlmenge und auf den Case-Mix-Index führe wiederum zu Konkurrenz, da die Häuser gezwungen seien, viele Fälle zu machen. Der durchschnittliche Fallwert in Mecklenburg-Vorpommern liege unterhalb des Bundesdurchschnitts. Mit diesem Geld müsse viel finanziert und es müssten auch Überschüsse erwirtschaftet werden, da die Investitionsfinanzierung nicht ausreichend sei. Innerhalb der letzten 20 Jahre habe sich gezeigt, dass dieses Finanzierungssystem viel Effizienz und Transparenz gebracht habe, aber auch, dass es überarbeitet werden müsse. Die Frage sei nun, welche Anreize gesetzt werden sollten und ob die Finanzierung mittels Budget, leistungsunabhängig oder unter Beibehaltung der DRGs und damit weiterhin mengenabhängig erfolgen solle. Die TK habe eine Überlegung angestellt, wie das System in Deutschland reformiert werden könnte und dazu kürzlich das von ihr beauftragte Gutachten von Prof. Dr. Schreyögg (Gesundheitsökonom an der Universität Hamburg und Mitglied im Sachverständigenrat des Gesundheitswesens) zur Reform des DRG-Systems veröffentlicht. Dieses Gutachten sieht eine Reformoption innerhalb und eine außerhalb des bestehenden Systems vor. Die erste bringe lediglich marginale Verbesserungen, die zweite bringe eine stärkere gestalterische Rolle für das System. Die Reformoption 2 sehe eine modularhaft aufgebaute Vergütung vor. Im Gutachten sei berücksichtigt worden, dass in der Fläche hohe Vorhaltekosten bestünden und es unterschiedliche Situationen zwischen



Stadt und Land gebe. In Mecklenburg-Vorpommern stehe die Erhaltung suffizienter Versorgungsstrukturen, also die Erhaltung von Standorten und die Sicherung dieser, auch wenn sie eine geringe Fallzahldichte und hohe Vorhaltekosten aufwiesen, im Fokus. Das vorgeschlagene Vergütungssystem weise drei wesentliche Komponenten auf: ein Budget zur Sicherstellung der Vorhaltekosten, Fallpauschalen sowie ein Qualitätsbudget für besonders gute Behandlung. Es gebe bereits vergleichbare Budgets, welche jedoch nur punktuell und nicht systemisch zum Einsatz kämen. Ländliche Kliniken oder Kliniken mit Spezialdisziplinen hätten Probleme, ihre Kosten zu decken, sodass für den ländlichen Raum ein Budget zur Sicherstellung der Vorhaltekosten elementar wichtig sei. Der Gesetzgeber müsse festlegen, wie eine Ausstattung auf den unterschiedlichen Versorgungsstufen auszusehen habe. Medizinisch sinnvolle Eingriffe seien adäquat zu vergüten. Für den dargestellten Reformvorschlag sei auch eine Vergütung nach Behandlungsepisoden relevant. Eine solche sei eng am Patienten und seinem Weg durch das deutsche Versorgungssystem zu orientieren. Zudem seien gleiche Leistungen gleichzusetzen, unabhängig davon, ob sie ambulant oder stationär erbracht würden. Leistungen mit geringerem Schweregrad könnten ambulant am Krankenhaus erbracht werden, wofür aber eine einheitliche Vergütung Voraussetzung sei. Eine solche Reform der Vergütung müsse auf Bundesebene angestoßen werden. Sie weist auf die Bundesratsinitiative aus Mecklenburg-Vorpommern, welche aus der Not mit den Geburtskliniken geboren worden sei, hin. Frau Austenat-Wied kommt auf die Planungsmöglichkeiten, die aktuell im Bundesland bestünden und die mit der Unterstützung des Bundes umgesetzt werden könnten, zu sprechen. Dies seien die Krankenhausplanung und die Investitionsförderung über das Krankenhauszukunftsgesetz. Inklusiv der Länderfinanzierung stünden 4,3 Mrd. Euro zur Verfügung. Dies sei ein erheblicher Anteil an Geldern, der zur Veränderung der Krankenhausstruktur in das Land fließe. Mit diesen Mitteln sei es möglich, Versorgung neu zu denken und alles das, was neue Technologien ermöglichten, in die Strukturen einfließen lassen. Man könne eine Chance für den digitalen Durchbruch im Gesundheitswesen ergreifen. Unter Verweis auf ein Zitat von Hannibal erklärt sie, entweder man finde gemeinsam, wobei die Betonung auf gemeinsam liege, einen Weg, oder man mache einen. Der gemeinsame Austausch sei vorhanden, es sei heute bereits an bislang gesteckten Grenzen gekratzt worden.

Vors. **Jörg Heydorn** bedankt sich bei Frau Austenat-Wied. Die Kommission werde sich seines Erachtens mit der Veränderung des Finanzierungssystems auseinandersetzen. Er bittet abschließend Frau Kirsten Jüttner um Stellungnahme.

**Kirsten Jüttner** (Leiterin der vdek Landesvertretung M-V) dankt als Vertreterin des Verbandes der Ersatzkassen für die Einladung und die Möglichkeit, neben den drei großen Ersatzkassen im Land weitere Aspekte benennen zu können. In den Mitglieds-kassen des vdek seien 47 % der Bürgerinnen und Bürger im Land vertreten. Der vdek habe die Federführung für die GKV für den stationären Bereich und vertrete die Ersatzkassen in der Planungsbeteiligtenrunde und dort die heute bereits von den Mitglieds-kassen vorgetragenen Positionen. In ihrem Vertrag wolle sie zwei andere Schwerpunkte setzen, nämlich Prävention/Gesundheitsförderung sowie Notfallversorgung, welche als Paradebeispiel für sektorenübergreifende Versorgung dienen könne. Ende Februar habe der vdek zusammen mit den Vereinbarungspartnern der Landesrahmenvereinbarung „Prävention“ den Gesundheitsbericht der beschäftigten Bevölkerung des Landes Mecklenburg-Vorpommern und gleichzeitig das Webportal zur betrieblichen Gesundheitsförderung vorgestellt. Dort werde die Datenlage bereitgestellt, um in der aktiven betrieblichen Gesundheitsförderung tätig zu werden und es könne von kleinen Betrieben maßgeschneiderte Gesundheitsberatung eingeholt werden. Vor wenigen Tagen habe das Aktionsbündnis Gesundheit, an dem der vdek maßgeblich beteiligt sei, dem Gesundheitsminister die Gesundheitsziele für Mecklenburg-Vorpommern übergeben und damit den Handlungsrahmen für alle Akteure im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung abgesteckt. Der vdek begrüße insbesondere die vorgesehene Stärkung des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Hinsichtlich der Notfallversorgung, welche aus kassenärztlichem Notfalldienst, Notaufnahmen der Krankenhäuser und Rettungsdienst bestehe, wolle sie auf das Innovationsfonds-Projekt Land|Rettung eingehen, welches durch den Eigenbetrieb Rettungsdienst des Landkreises Vorpommern-Greifswald und die Universitätsmedizin Greifswald initiiert worden sei. Der vdek sei im Auftrag seiner Mitglieds-kassen als Kooperationspartner eingebunden gewesen. Kern des Projektes seien die Telenotärzte, die an der Universitätsmedizin Greifswald angesiedelt seien und mittlerweile auch den Landkreis Vorpommern-Rügen mit abdeckten. Auch dort sei ein Teil der Rettungswagen entsprechend technisch ausgestattet worden, damit der Telenotarzt auf den Rettungswagen zugeschaltet werden

und auf dem Bildschirm die Vitalfunktionen mitverfolgen könne. In vielen Fällen müsse kein realer Notarzt mehr hinzugezogen werden. Das Projekt sei bereits evaluiert worden, unter anderem im betriebswirtschaftlichen Bereich von Herrn Prof. Dr. Fleßa. Derzeit werde eine Ausbreitung des Projektes auf ganz Mecklenburg-Vorpommern geprüft. Es überbrücke die therapiefreien Zeiten aufgrund der langen Wege innerhalb des Landes und schone die knappe Ressource Notarzt. Mecklenburg-Vorpommern sei das erste Land gewesen, welches auf Honorarnotärzte, zum Teil aus anderen Bundesländern, zurückgreifen musste. Dies berge Unsicherheiten bezüglich der Verfügbarkeit und sei kostenintensiv. Ein Honorarnotarzt koste etwa 200.000,00 Euro jährlich. In allen Landkreisen laufe derzeit die landesweite Überplanung des Rettungsdienstes. Das Gutachten liege zwar noch nicht vor, es zeichne sich aber ab, dass neue Rettungswagen und neue Notarztstandorte ohne die Berücksichtigung des Telenotarztes geplant würden. Dies berge die Gefahr, dass diese wenig Einsätze hätten oder sogar in Kürze nicht mehr besetzt werden könnten. Es sei ein Augenmerk auf den effizienten Einsatz knapper Personalressourcen zu richten. Hinsichtlich der sonstigen Notfallversorgung könne man sagen, dass der Patient sektorenübergreifend handle, da er häufig als ambulanter Notfall die Notaufnahmen der Krankenhäuser aufsuche. Diese hätten damit Fallzahlen zu bewältigen, für die sie gar nicht ausgestattet seien. Für den Patienten sei die Notaufnahme verlässlich und 24 Stunden am Tag erreichbar. Dieses Problem sei bekannt. Anfang 2016 sei das Krankenhausstrukturgesetz in Kraft getreten. Dieses sehe vor, dass zur Behandlung ambulanter Notfallpatienten Notdienstpraxen in oder an Krankenhäusern eingerichtet oder Notaufnahmen der Krankenhäuser über Kooperationen stärker in den Notdienst eingebunden werden sollten. Ebenfalls 2016 habe das aQua-Institut (Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen) im Auftrag des vdek ein Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung vorgelegt. Viele Aspekte des Gutachtens fänden sich jetzt auch im Entwurf des Bundesgesundheitsministeriums zur Notfallversorgung wieder. Das Gutachten habe damals acht Handlungsempfehlungen formuliert, wobei einiges als Einzelmaßnahmen in Mecklenburg-Vorpommern umgesetzt worden sei. Bei den Handlungsempfehlungen habe es sich erstens um die Einrichtung von Portalpraxen an Krankenhäusern als zentrale Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten gehandelt. Von diesen aus sollen diese dann zur für sie richtigen Versorgungsstruktur geleitet werden, bestenfalls in die

kassenärztliche Notdienstpraxis, welche sich direkt vor Ort befinde. Aufgrund der weiten Wege in Mecklenburg-Vorpommern sei es nicht förderlich, alle Ärzte an den Kliniken zu konzentrieren. Die Handlungsempfehlungen seien daher auf die Besonderheiten des Landes anzupassen. Zweite Handlungsempfehlung sei die Definition von verlässlichen Öffnungszeiten und Zuständigkeiten, damit der Patient wisse, wo er rund um die Uhr eine ambulante Versorgung bekomme. Des Weiteren seien die standardisierte Einschätzung des Behandlungsbedarfes, die Schließung von Kooperationsvereinbarungen zur sektorenübergreifenden Nutzung personeller, räumlicher und technischer Infrastruktur, die Einrichtung gemeinsamer Leitstellen, der Ausbau des Angebotes im niedergelassenen Bereich für Patientengruppen mit besonderen Bedarfen, die Sicherstellung der Qualifikation des Personals sowie die Stärkung der Patientenkompetenz empfohlen worden. Einige dieser Punkte, wie die Etablierung der Praxen des kassenärztlichen Notfalldienstes an Krankenhäusern, würden in Mecklenburg-Vorpommern bereits umgesetzt werden, es fehle jedoch weiterhin an strukturenübergreifenden, transparenten Strukturen, welche von den Patienten auch als solche erkannt, genutzt und unterstützt würden. Frau Jüttner wünscht der Kommission viel Erfolg bei ihrem umfangreichen Auftrag. Abschließend weist sie auf das APS-Weißbuch Patientensicherheit und die Broschüre vdek Basisdaten des Gesundheitswesens 2020 in Deutschland hin. Im Fragenkatalog sei das Bruttoinlandsprodukt angesprochen worden. Eine regionale Fassung der Broschüre für Mecklenburg-Vorpommern gebe es jedoch erst im nächsten Jahr. Im Nachgang zur Sitzung wolle Frau Jüttner den Link zum Gutachten mit den Handlungsempfehlungen übersenden.

Vors. **Jörg Heydorn** bedankt sich bei Frau Jüttner und weist darauf hin, dass zum Thema Rettungsdienst und Krankentransport am 14.10.2020 Anhörungen geplant seien. Inwieweit dabei das Thema Telenotarzt berücksichtigt werden sollte, solle später unter Allgemeine Kommissionsangelegenheiten erörtert werden. Er eröffnet sodann die Fragerunde.

Abg. **Maika Friemann-Jennert** dankt den Kassenvertretern für ihre Ausführungen. Es sei immer wieder angesprochen worden, dass Veränderungen auf Bundesebene erfolgen müssten und in der Zwischenzeit die Kooperation auf Landesebene ausgebaut

werden müsse. Herr Kutzbach habe dazu die Einsetzung eines Gremiums vorgeschlagen. Die Selbstverwaltung müsse dann gemeinsam einen Leistungskatalog definieren. Sie möchte wissen, wie groß die Bereitschaft dazu sei. Sie stimmte zu, dass sich die Kommission mit dem Finanzierungssystem auseinandersetzen müsse. Hinsichtlich des Sicherstellungszuschlages fragt sie, ob die 400.000,00 Euro pauschal an das Krankenhaus gegeben werden. Ihr sei nicht bekannt, dass eine bestimmte Verwendung des Geldes festgeschrieben sei.

Abg. **Sebastian Ehlers** bittet Herrn Kutzbach, das Thema Kapazitätsplanung durch Leistungsplanung weiter auszuführen, insbesondere wie die Ermittlung des Bedarfes tatsächlich stattfinden soll und welche Rolle die Kommunen in einem Lenkungsgremium spielen sollen.

**Prof. Dr. med. Crusius** dankt allen Vortragenden und erkundigt sich, wie das von Herrn Kutzbach angesprochene „90b“-Gremium funktionieren solle.

**Henning Kutzbach** erklärt auf die Nachfrage von Frau Friemann-Jennert, der § 115b SGB V Katalog (zum ambulanten Operieren) werde bereits erweitert. Deshalb sei er guter Hoffnung bezüglich des Leistungskataloges. Bezogen auf die Frage des Abg. Ehlers erwidert er, für die Leistungsplanung diene der empirische Anker, der bundesweit Daten zusammenführe. An diese Stelle müssten die Kassen ihre finanzierten Leistungen melden. Auch die Leistungserbringer müssten angeben, welche Leistungen angefallen seien. So entstehe ein regionaler Überblick und ermögliche auch einen bundesweiten Vergleich. Auf diese Weise könnte die Versorgung auf den tatsächlichen Bedarf angepasst werden. Er gesteht, die Kommunen bisher nicht berücksichtigt zu haben. Diese müssten natürlich auch einbezogen werden. Im Lenkungsausschuss seien diesbezüglich auch der Städte- und Gemeindetag, Landkreise und Städte dabei. Auf die Frage von Prof. Dr. med. Crusius antwortet er, er wisse, dass § 90a SGB V nicht oder nur schlecht laufe. Wenn jedoch eine sektorenübergreifende Versorgung im Land das Ziel sei, müssten sich die betreffenden Akteure in einem Ausschuss zusammenfinden. Spätestens beim Geld werde es bei der Zusammenführung von ambulant und stationär kritisch. Deshalb werde dieses Gremium, namensunabhängig, gebraucht.

**Prof. Dr. med. Andreas Crusius** merkt an, das Projekt in Templin funktioniere auch ohne dieses Gremium.

**Henning Kutzbach** erwidert, es funktioniere jedoch nur als Modell.

Vors. **Jörg Heydorn** weist darauf hin, dies solle an anderer Stelle geklärt werden. Nun gehe es weiter mit der Tagesordnung.

**Sabine Hansen** erklärt, der Sicherstellungszuschlag von 400.000 Euro werde tatsächlich ohne Verpflichtung als Zuschlag zu den DRGs gezahlt. Voraussetzung sei die Notwendigkeit des Krankenhauses, um bestimmte Erreichbarkeitsgrenzen nicht zu unterschreiten. Ihre Idee sei, dies zu lockern, um die Häuser nicht nur wie bisher mit verbundener Existenzangst zu erhalten. Da es sich um die Gelder der Versicherten handle, solle eine Verbesserung für die Bevölkerung angestrebt werden.

**Marita Moskwyn** erklärt in Bezug zur GKV-Zusammenarbeit, eine gemeinsame Versorgungsplanung finde bereits in großem Maße statt. Bei Modellprojekten gingen einzelne voran. Die Beteiligung sei auch abhängig von der Anzahl und Verteilung der Versicherten. Die AOK beziehe die anderen Kassen bei ihren Projekten selbstverständlich mit ein, da Strukturen für Versicherte nicht alleine zu gestalten seien. Bei dem Thema Leistungsplanung gebe es in der Wissenschaft bereits Modelle, die genutzt werden könnten. Statt einer Orientierung an der Inanspruchnahme von Leistungen sei es möglicherweise besser, auf die Erkrankungen und deren Verteilung abzustellen. Dabei seien auch die zukünftige Entwicklung und die Gesamtsituation der Menschen vor Ort zu beachten. Ein wesentlicher Einflussfaktor sei in diesem Zusammenhang der Deprivationsindex. Jetzt sei nicht erkennbar, welche Leistungen möglicherweise aufgrund eines fehlenden Angebots nicht erbracht würden. Auf der anderen Seite gebe es in bestimmten Bereichen ein Überangebot und damit möglicherweise eine höhere Inanspruchnahme als notwendig sei.

Vors. **Jörg Heydorn** fragt, wie viele gemeinsame Modellprojekte der GKV es zu Versorgungsangeboten gebe.

**Marita Moskwyn** erwidert, alle genannten Modelle würden mindestens zwei Partner umfassen. In Templin sei die Barmer mit dabei. Jede Kasse habe begrenzte Kapazitäten und so gebe es Vorreiter in unterschiedlichen Bereichen. Wettbewerb sei an dieser Stelle förderlich.

**Manon Austenat-Wied** erklärt, bei gemeinsamen Projekten sei es manchmal auch eine Fallzahlfrage. Dazu komme die Versichertenstruktur, die auf das jeweilige Projekt passen müsse. Die Projekte hätten jedoch die Suche nach Verbesserungen, auch im bestehenden System, gemeinsam. Die Projekte seien nie ein 100-Prozent-Ansatz. Doch wie in Wolgast könnten Projektphasen evaluiert und daraus Erkenntnisse gezogen werden. Trotz der Kritik sei positiv anzumerken, dass die Kassen dort beispielgebend schnell und gemeinsam gestartet seien. Im Hinblick auf die bundesweite Finanzierung seien alle Punkte absolut machbar. Existierende Ansätze müssten sinnvoll zusammengeführt werden. Es gebe auch eine Kalkulationsgrundlage durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). Die Datenübermittlung sei jedoch freiwillig und die Stichproben würden über die Jahre variieren. So gebe es keine belastbaren Daten für die Pädiatrie und Geburtshilfe. Sonst könnte auch die Vorhaltung anders betrachtet werden. Durch Corona sei es geschafft worden, effiziente Clusterstrukturen aufzubauen und hier sei nicht nachzulassen. Mit der beschleunigten Umsetzung telemedizinischer und vernetzter Planungsansätze könne im Land viel auf den Weg gebracht werden. In Bezug auf die von Prof. Dr. med. Crusius erwähnte Einheitskasse betont Frau Austenat-Wied, eine Konkurrenz zwischen einigen großen Akteuren führe das System voran. Von einigen Punkten abgesehen herrsche eine große Einigkeit. Sie unterstreiche die Aussage von Herrn Kutzbach bezüglich der Insuffizienz des § 90a SGB V Gremiums.

Abg. **Torsten Koplín** merkt an, Herr Kutzbach habe ein Modell vorgestellt und betont, der Bund müsse zunächst die Rahmenbedingungen schaffen. Auf Bundesebene sei jedoch vieles sehr langwierig. Er fragt, ob das Land M-V als Vorreiter ein solches Modellprojekt konzipieren könne um dieses dann, gemeinschaftlich abgestimmt, dem Bund vorzulegen. Frau Hansen fragt er, ob sich bei dem Modellprojekt in Bentheim auch Schwierigkeiten zeigen würden. Frau Moskwyn habe dankenswerterweise unter anderem vorgeschlagen, Qualitätsberichte zu erstellen. Er weist darauf hin, dass es

solche bereits gebe und möchte wissen, ob diese nicht praktikabel bzw. nicht hilfreich seien oder was die Motivation sei, neue erstellen zu lassen. An Frau Austenat-Wied richtet er die Frage, ob das von ihr vorgestellte neue Finanzierungssystem, welches unter anderem auf die Qualität Bezug nehme, bereits umgesetzt werden könne, da Herr Dr. Hunz erklärt habe, dass Qualitätskriterien erst erarbeitet würden und dies noch eine Weile in Anspruch nehme.

**Prof. Dr. Steffen Fleßa** erklärt, dass das derzeitige Entgeltsystem aus Sicht der Krankenhäuser und deren Verwaltungen sehr aufwendig sei. Er befürchte, dass der Verwaltungsaufwand durch die vorgeschlagenen Anpassungen des DRG-Systems, wie die Beachtung von Qualitätskriterien und die Bereitstellung eines Sockelbetrages, nochmals erheblich zunehme. Stattdessen könne überlegt werden, in die Monistik zu gehen, was in den Ministerien ganze Abteilungen einsparen würde.

Vors. **Jörg Heydorn** merkt an, den Vorschlag der Monistik nicht weiter vertiefen zu wollen und bittet Frau Austenat-Wied um Beantwortung der an sie gerichteten Frage.

**Manon Austenat-Wied** sieht den Verwaltungsaufwand bei einer Umstellung des Finanzierungssystems aufgrund der derzeitigen Mittel der Datenübertragung, der Mittel der Kommunikation und einer einheitlichen Telematik-Infrastruktur nicht als Problem an. Krankenhäuser könnten einige Operationen einsparen, wenn sie nicht gezwungen seien, eine bestimmte Fallzahl zu erreichen, um kostendeckend zu wirtschaften. Beispielsweise im Bereich der Rücken-OPs sei ein großer Einsparansatz an Leid, Aufwand und an Prüfung für den Patienten vorhanden. Ein Basisbudget lasse sich kalkulieren. Auch ein neues Finanzierungssystem könne aber den bestehenden Investitionsstau nicht auf einmal beseitigen. Es sei aber ein Ansatz, der evaluiert werden müsse, um Sicherheit in der Kalkulation zu erhalten. Eine solche Kalkulation dürfe nicht auf Zufallsstichproben fußen oder auf einer Freiwilligkeit in der Datenlieferung der Kalkulationsdaten der Häuser beruhen.

**Kirsten Jüttner** führt an, dass Herr Prof. Dr. Fleßa bereits in die konkrete Planung eingestiegen sei. Herr Kutzbach und Frau Austenat-Wied hätten recht zukunftsorientierte Modelle vorgestellt, die anregten, neu zu denken. Die Enquete-Kommission sei



der richtige Ort, auch mal quer zu denken und zu Lösungen für Mecklenburg-Vorpommern zu kommen. Hinsichtlich der Investitionsförderung sei es ausreichend, wenn das Land seinen in den letzten Jahren hinter dem tatsächlichen Bedarf deutlich zurückgebliebenen Finanzierungsverpflichtungen nachkommen würde.

**Marita Moskwyn** erklärt, dass es in der Tat bereits Qualitätsberichtserstattung gebe, es komme aber auf die verständliche Darstellung an. Man brauche Gesundheitswissen in der Bevölkerung, damit die Bürger in der Lage seien, selbst Entscheidungen zu treffen. Dazu seien alle Akteure des Gesundheitswesens gefragt. Sie setze grundsätzlich auf die niedergelassene Ärzteschaft, die Anbieter auszuwählen und die jeweiligen Patienten an die richtige Stelle zu bringen. Patienten sollten sich dennoch mit Qualitätsfragen kritisch auseinandersetzen und selbst mitentscheiden.

**Sabine Hansen** weist darauf hin, dass es früher bereits einen Landesbasisfallwert und auch einen Krankenhausbasisfallwert gegeben habe. Diesbezüglich habe die Station für die normale Vorhaltung Geld erhalten und zusätzlich eine Fachabteilungsvergütung. Somit sei auch damals das Geld bereits aus zwei Schlüssel, dem Basis- und dem Abteilungspflegesatz, gekommen. Die Umsetzung eines neuen Finanzierungssystems könnte an dieses damalige System angelehnt werden. Auf die Nachfrage von Herrn Koplín erwidert sie, dass ihr Probleme in Northeim nicht bekannt seien. Problematisch sei auf längere Sicht, wie es bei dem aus dem Innovationsfonds geförderten Projekt nach Ende der Förderung weitergehe. Case-Manager achteten darauf, dass die Patienten der betroffenen Bevölkerungsgruppe der richtigen Versorgung zugeführt würden. Die Frage sei dann, wo das Geld herkomme. Geld werde auf der einen Seite möglicherweise für Fehl- und Überversorgung, auf der anderen Seite für den Case-Manager ausgegeben. Dies seien alles Versichertengelder, deren Ausgabe gerechtfertigt werden müsse. In Northeim sei ein Krankenhaus komplett in ein Kompetenzzentrum bzw. ein Pflegeheim umgewandelt worden. Dies sei aber nicht ihr Ziel für Mecklenburg-Vorpommern. Es sollten eine Grund- und Regelversorgung am Krankenhaus belassen und zusätzlich weitere Angebote geschaffen werden.

Vors. **Jörg Heydorn** merkt an, dass Frau Hansen bereits darauf hingewiesen habe, dass dies quasi dem Konzept der Lokalen Gesundheitszentren entspreche und damit

in die gleiche Richtung gehe, was die letzte Enquete-Kommission empfohlen habe. Auch wenn jeder Krankenhausstandort für die Grundversorgung erhalten bleiben solle, bereite jede Veränderungsvorstellung zu Krankenhäusern Stress.

**Henning Kutzbach** wisse nicht, ob man Veränderungen auf Bundesebene mit einem Modell aus Mecklenburg-Vorpommern beschleunigen könne. Wenn im Land Einigkeit auch hinsichtlich Leistungsplanung und Finanzierung bestünde, könnte er sich dies vorstellen. Das System der Monistik befürworte er nicht. Wichtig sei, dass das Land dem Investitionsbedarf nachkomme und die DRGs nur noch die am Patienten erbrachten Leistungen vergüteten. Zudem müsse man Krankenhäuser dazu zu bewegen, ihre Daten an das InEK zu liefern. Beim damaligen System der tagesgleichen Pflegesätze habe das Problem bestanden, dass die Entlassung der Patienten aus dem Krankenhaus teilweise hinausgezögert worden sei. Es könne jedes Finanzierungssystem ausgenutzt werden, um Geld zu generieren. Er befürworte das DRG-System grundsätzlich, solange das Geld dafür eingesetzt werden könne, wofür es auch gezahlt worden sei.

Vors. **Jörg Heydorn** weist auf Seite 7 der Stellungnahme der AOK hin. Dort sei angeführt, dass die AOK ein Problem durch das Inkrafttreten des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz sehe, weil dort eine Entkopplung der Vergütung von der Veränderungsrate nach § 71 SGB V vorgesehen sei. Dies hieße, dass sich Personalkosten ohne Berücksichtigung der Veränderungsrate ändern könnten. Die AOK argumentiere, dass die hiesigen Reha-Einrichtungen sehr viele Behandlungsfelder außerhalb Mecklenburg-Vorpommerns hätten und wieder gut ausgelastet seien. Es werde dazu geraten, bei der zukünftigen Entwicklung der Personalkosten eher zurückhaltend zu Werke zu gehen, um die Auslastung der Reha-Einrichtungen nicht zu gefährden. Diese Position impliziere die Aussage, man solle die Leute in Mecklenburg-Vorpommern möglichst anders als in anderen Bundesländern bezahlen, um eine gute Auslastung der Reha-Einrichtungen zu erreichen. Dies könne man vertreten. Er erinnert an eine Veranstaltung bei der Barmer, bei der ein Vertreter einer sehr großen Klinikette darauf hingewiesen habe, die Situation für die Krankenhäuser nach der gesetzlichen Änderung zum Thema Pflege werde so sein, dass die Reha-Einrichtungen und die

Pflege kannibalisiert würden. Die benötigten Pflegekräfte erhielten in den Krankenhäusern eine deutlich höhere Vergütung als in den Reha-Einrichtungen und in der Pflege, sodass diese sich in den Krankenhausbereich bewegten. Dies sei die andere Sicht. Eine hohe Auslastung bringe dann nichts, wenn nicht genug Pflegepersonal zur Verfügung stehe. Er bittet darum, dies zu konkretisieren. Zudem sei die Frage der Mobilität noch nicht hinreichend beleuchtet worden. Aus den Stellungnahmen gehe hervor, dass dies Aufgabe der öffentlichen Hand sei. Wenn man Vorschläge zu Portalen, MVZs und Lokalen Gesundheitszentren mache, müsse man sich unter Berücksichtigung des demografischen Wandels und der Dünnbesiedlung in der Fläche auch mit der Frage der Mobilität beschäftigen. Er richtet die Frage an alle, wie sie sich diesbezüglich in der Verantwortung und gegebenenfalls auch in der Finanzierungsverantwortung für solche Mobilitätsmodelle sehen.

**Marita Moskwyn** erklärt, dass der Punkt in der Kürze der Zeit zu knapp dargestellt worden sei und wolle weiter ausführen. Man stelle durchaus auf attraktive Vergütung und Arbeitsbedingungen ab. Es sei klar, dass das gute Personal vor Ort gebraucht werde und dieses zur Sicherung der Qualität in den Einrichtungen gehalten werden müsse. Eine hohe Auslastung der Einrichtungen führe aber zur besseren Deckung der Fixkosten. Dies sei eine betriebswirtschaftliche Betrachtungsweise. Wenn mit Augenmaß in die Verhandlungen gegangen werde, sei einerseits gesichert, dass das Personal ein gutes Gehalt bekomme, andererseits verringere eine hohe Auslastung aber die Fixkosten je Fall. Zum Thema Mobilität könne sie keine allgemeine Aussage treffen. Es sei nicht machbar, dass die Krankenkassen für jeden Versicherten auch in der ambulanten Versorgung alle Fahrtkosten übernehmen. Dazu müsste in der solidarischen Finanzierung Einigkeit bestehen, dass die Kassen in Gänze verantwortlich sein sollen, dieses Mobilitätsproblem zu lösen. Viele Versicherte dürften ihren Beitrag dafür nicht aufbringen wollen. Es müsse im konkreten Fall geschaut werden, welche mobilen Angebote auf dem flachen Land gemeinsam mit den Kommunen gemacht werden können. Zu überlegen sei auch, wie man mit den Angeboten in die Orte kommen könne.

**Sabine Hansen** stimmt Frau Moskwyn hinsichtlich der generellen Übernahme von Fahrtkosten zu. Die gesetzlichen Krankenkassen könnten das Mobilitätsproblem nicht

alleine lösen. Für besondere Personengruppen würden die Fahrtkosten bereits übernommen, sofern der Patient einen Pflegegrad 3 und einen Schwerbehindertenausweis oder eine vergleichbare Behinderung habe. Ansonsten sei die öffentliche Hand für Daseinsvorsorge zuständig und müsse dafür sorgen, dass der öffentliche Personennahverkehr funktioniere.

**Henning Kutzbach** weist darauf hin, dass die Kosten für solche Mobilitätshilfen bereits stark stiegen. Die Menschen bräuchten Mobilitätsangebote beispielsweise auch zum Einkaufen, sodass die Klärung eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe sei.

**Sabine Hansen** ergänzt, dass ihre Kasse bei der Verordnung von Heilmitteln wie Physio- oder Ergotherapie Leistungen habe, die in der Häuslichkeit erbracht würden. Neben den Dienstleistungen würden damit auch die Kosten für den Hausbesuch getragen werden.

Vors. **Jörg Heydorn** merkt an, dass statt der viel angesprochenen pädiatrischen Versorgung und der Gynäkologie in Mecklenburg-Vorpommern eher der geriatrische Patient dominiere.

**Manon Austenat-Wied** erläutert, dass die TK kollektivvertraglich dabei sei, die Beförderungskosten im Rahmen der Krankentransporte zu vergüten. Ihr sei bewusst, dass es eine erhebliche Ausweitung gebe und damit nicht alle Bedarfe abgedeckt seien. Vielleicht sei es auch sinnvoll, sich die Anlässe, zu denen ein Patient befördert werden müsse oder zu denen eine Pflegekraft den Patienten aufsuche, vor Augen zu führen und zu prüfen, welche Ansätze das Gesamtsystem biete, hier eine Lösung herbeizuführen. Sie weist auf Angebote der Selbsthilfe hin, Lösungen zu bezahlen und mit speziell ausgebildeten Teletherapeuten eine teletherapeutische Unterstützung zu geben. Dies entbinde nicht die Versorgung vor Ort, aber es reduziere möglicherweise die Anlässe, zu denen befördert werden müsse. Leistungen könnten auf qualifizierte Pflegekräfte delegiert werden, die zu dem Patienten fahren. Auf diese Weise würden unter Umständen die Anlässe für bestimmte Beförderungsfahren reduziert. Hinsichtlich der Frage von Herrn Koplín erklärt sie, dass das Thema tagesgleiche Pflegesätze nicht

der Ansatz des Reformvorschlages in Sachen Qualität sei. Es sei die Frage aufzuwerfen, ob Maximalversorger durch das DRG-System in gleicher Weise finanziert werden können wie Grundversorger. Es gebe zwar verschiedene Stufen bei der Fallschwere oder unterschiedliche Basisfallwerte, man habe aber auch regional unterschiedliche Vorhaltekosten und beim Maximalversorger müsse nochmal ein anderes Maß vorgehalten werden. Man könne Qualität beschreiben, indem über eine breite Datengrundlage sauber kalkuliert werde, was für welche Behandlung vorhanden sein müsse. Frankreich, Österreich, England und Dänemark hätten bereits die ausschließliche Pauschalfinanzierung in Mischsysteme unterschiedlicher Ausprägung umgestellt.

**Prof. Dr. med. Marek Zygmunt** führt an, dass die Struktur- bzw. Prozessqualität aus Sicht der Patienten ein nicht verständliches Thema sei. Er möchte von den Krankenkassen wissen, wie diese die Parameter der Ergebnisqualität, wie Komplikationen und Wiederaufnahmen, zur Steuerung der Vertragsgestaltung für ihre Versicherten nutzen.

**Dr. Andreas Oling** (Chirurgische Praxisklinik Schwerin Mitte) werde sich zwei Begriffe merken, die auch in Zukunft eine Rolle spielen sollten, nämlich Leistungsplanung und modulare Finanzierung. Unter Bezugnahme auf das von Frau Hansen vorgestellte Modell und den Vorschlag, dass Krankenhausärzte noch ambulant arbeiten könnten, merkt er an, dass im Krankenhaus bereits Personalmangel herrsche. Die Hälfte aller Ärzte im Krankenhaus seien Assistenzärzte. Er sehe es eher als Zukunftsmodell an, dass die ambulanten Ärzte ihre Patienten auch im Krankenhaus weiter behandelten und möchte wissen, wie Frau Hansen dazu stehe. Er bittet darum, die niedergelassenen Ärzte in der Diskussion nicht zu vergessen. Zudem habe er eine zweite Frage an alle Anzuhörenden zum Thema Kurzzeitpflege. Wenn er Patienten in ein Krankenhaus einweise, geschehe dies meist aus sozialen Gründen, nämlich um eine Versorgung der häufig allein lebenden Personen sicherzustellen. Es gebe keine Möglichkeit, solche Personen für wenige Tage in einer Pflegeeinrichtung unterzubringen. Wäre es möglich, diesen hilfebedürftigen Patienten für einige Tage eine Kurzzeitpflege anzubieten, könnten eine Menge Krankenhaustage und Geld im System gespart werden.

**Prof. Dr. med. Andreas Crusius** erklärt, dass er davon ausgehe, dass in den Versichertenbeiträgen, die Sozialbeiträge seien und jeder Bürger bezahle, in Zukunft auch der Transport enthalten sei. Er bittet die Kassen um Stellungnahme. Zudem möchte er von den Kassen wissen, wie sie zur Ausdehnung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) auf alle Kassen stehen. Diese sei die einzige wirtschaftlich kalkulierte Gebührenordnung im Gesundheitssystem und erlaube dem mündigen Patienten, tatsächlich nicht erhaltene Leistungen aus der Rechnung herauszustreichen. Er begrüße das von Herrn Dr. Oling angesprochene Belegarztsystem sehr. Wenn der Krankenhausarzt ambulant arbeiten dürfe, müsse es auch dem niedergelassenen Arzt möglich sein, seine Patienten im Krankenhaus weiterzubehandeln. Dies gebe es in Deutschland bereits an verschiedenen Stellen.

**Sabine Hansen** stimmt Herrn Dr. Oling zu. Es solle ausdrücklich sektorenübergreifende Versorgung stattfinden. Es könne für Ärzte jedoch dann wieder attraktiv werden, in einem Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung tätig zu werden, wenn sie nicht auf die stationäre Tätigkeit beschränkt seien, sondern auch ambulant tätig werden könnten. Auf der anderen Seite sei es heute schon möglich, dass niedergelassene Ärzte als Konsiliarärzte im Krankenhaus arbeiteten. Hinsichtlich der Kurzzeitpflege sei man durch das SGB XI begrenzt. Dort werde das Vorhandensein eines Pflegegrades vorausgesetzt, welcher in der Regel nicht gegeben sei. Für Patienten, die sich nach einer Operation nicht versorgen können, werde eine häusliche Krankenpflege angeboten. Diese Öffnung im SGB V sei jedoch restriktiv angelegt. Die strikte sektorale Trennung der Finanzierung sei zu bemängeln. Kostengünstigere ambulante Maßnahmen könnten zum Teil nicht umgesetzt werden, weil das Gesetz eine Finanzierung nicht zulasse. Stattdessen fielen im stationären Bereich zur Betreuung der Patienten, die zu Hause nicht ausreichend versorgt wären, höhere Kosten an, die eigentlich nicht notwendig seien. Zur Prüfung der Abrechnungen der ärztlichen Leistungen sei es erforderlich, die Unterlagen an die Patienten zu senden. Diese könnten zwar bestimmte Leistungen beurteilen, aber nicht alle. Aufgrund der hohen Verwaltungskosten rate sie dazu, von dieser Idee Abstand zu nehmen. Auch hätten viele Patienten kein Interesse daran, die Leistungen ihres Arztes zu kritisieren oder Behandlungsfehler zu verfolgen, da sie ihre Ruhe wollten und häufig keinen anderen Arzt zur Verfügung hätten. Auf die

Frage von Prof. Dr. Zygmunt führt sie an, dass die DAK beim Abschluss von Selektivverträgen sehr genau auf die Qualität schaue. Die Frage sei, wie Qualität zu messen sei. Diese sei aus der Sicht des Arztes und der Sicht des Patienten zu beurteilen. Wo es möglich sei, versuche die DAK, Qualität zu implementieren. Dies sei aber oft schwierig, da meistens nicht die Möglichkeit bestehe, den Patienten zu steuern, da die meisten Leistungen ohne Genehmigung der Krankenkassen in Anspruch genommen würden.

**Henning Kutzbach** weist hinsichtlich der Qualität auf den Krankenhausansatz des vdek hin. Sofern es Qualitätskriterien für einzelne Krankenhausleistungen gebe, achte die Barmer darauf, dass diese eingehalten würden. Ansonsten würden diese nicht bezahlt oder kritisch hinterfragt und Fehler nachverfolgt. Hinsichtlich des Vorschlages von Prof. Dr. Crusius zur Anwendung der GOÄ auf Krankenhausleistungen weist auch er auf einen hohen Verwaltungsaufwand und die damit verbundenen Kosten hin. Der Patient habe jetzt schon die Möglichkeit, Rechnungen von seiner KV einzufordern, was aber kaum genutzt werde.

**Marita Moskwyn** bestätigt dies. Auch bei der AOK fragten die Versicherten nicht explizit nach den Abrechnungsinformationen. Dieses Grundmisstrauen den Anbietern gegenüber halte sie für nicht angebracht. Sie habe ein Grundvertrauen, welches erst bei Auffälligkeiten erschüttert werde. Qualitätsdaten würden von den Kassen genutzt, sowohl in der Regelversorgung in der gemeinsamen Arbeit mit dem Vertragspartner als auch bei Modellen. Insbesondere bei neuen Abläufen müssten mit den Partnern und Patienten die Qualität und die Wirtschaftlichkeit evaluiert werden. Dabei spiele die Zufriedenheit der Versicherten eine Rolle, aber auch die Beachtung der medizinischen Aspekte. Diese Evaluationen führten zu einer Verbesserung der Arbeitsabläufe.

**Manon Austenat-Wied** ergänzt zum Thema Qualität, dass es verschiedene Betrachtungsebenen gebe, welche jetzt nicht synchronisiert werden könnten. Aus Patientensicht beurteile sie Qualität danach, wie schnell sie an gute Behandlung / gute Therapie komme. Wenn sie über ihre Patientenakte in einer hervorragend strukturierten Klinik die Rechnungen einsehen könne und erkenne, dass auch nur das abgerechnet, was

gemacht worden sei und sie einen Medikationsplan bekomme, sei dies für sie als Patient Qualität. Dieses System sei ab 2021 verpflichtend. Dies entbinde die Kassen von Bürokratie und der Versicherte erhalte Einsicht. Der Versicherte könne jedoch nicht alles beurteilen. Man brauche daher objektivierte Kriterien und im stationären Bereich Möglichkeiten, um Qualität in den Verträgen sicherzustellen. Zum Thema Belegärzte verweist sie auf Berlin, wo es viele Belegarztbetten an den Krankenhäusern gegeben habe. Dies stelle eine gute Lösung dar, um gleiche Leistung im System gleich bezahlen zu können. Um mit der knappen Ressource „Arzt“ auszukommen, müsse gegebenenfalls die Systemgrenze aufgelöst werden. Hinsichtlich der Kurzzeitpflege stimme sie in der Realität den Ausführungen von Dr. Oling zu. Kassen hätten ganz unterschiedliche Möglichkeiten, beispielsweise eine Haushaltshilfe zu bezahlen. Dies sei indikationsabhängig. Sie weist auf das durch den Innovationsfonds geförderte Projekt „Independence“ hin, bei dem es um die Versorgung demenzkranker Patienten gehe. Dort werde versucht, Leistungen zu delegieren und Patienten durch Kooperationen in der Häuslichkeit zu versorgen.

**Kirsten Jüttner** kommt auf die Frage der Qualität aus Sicht der Patienten zurück. Diese könne nicht damit gleichgesetzt werden, was die Kassen unter Struktur- und Prozessqualität verstehen. Daraus resultiere nicht immer Ergebnisqualität. Zur Lenkung der Patientenströme müsse diesen die Möglichkeit gegeben werden, sich über die Qualität der Versorgung zu informieren. Neben dem Portal vdek Kliniklotse gebe zur Bereitstellung von Informationen es noch den vdek Arztlotsen und den vdek Pflegelotsen.

Vors. **Jörg Heydorn** dankt den Anzuhörenden und schließt den ersten Tagesordnungspunkt.



## PUNKT 2 DER TAGESORDNUNG

### Allgemeine Kommissionsangelegenheiten

Vors. **Jörg Heydorn** weist darauf hin, dass der Sondersitzungstermin am 30.09.2020 durch die Landtagspräsidentin genehmigt worden sei. Der Anhörungsplan für die Termine 16. und 30.09.2020 sei bereits beschlossen worden. Für die Anhörung am 14.10.2020 sei sich für den Bereich Rettungsdienst und Krankentransport bereits auf das DRK und den Eigenbetrieb Rettungsdienst Landkreis Vorpommern-Greifswald sowie für die kommunalen Seite auf den Städte- und Gemeintagtag, den Landkreistag und den Landrat des Landkreises Vorpommern-Greifswald, Herrn Michael Sack, geeinigt worden. Offen sei ein Vertreter einer kleinen Kommune mit Krankenhaus. Es seien bereits Orte wie Crivitz, Bützow und Boitzenburg im Gespräch gewesen. Herr Heydorn unterbreitet den Vorschlag, sich stattdessen auf Pasewalk zu kaprizieren. Als kleine Kommune ohne Krankenhaus schlägt er aufgrund der besonderen Situation beim Krankentransport auf der Insel Usedom die Gemeinde Heringsdorf vor. Unter Bezugnahme auf den von Frau Jüttner bereits angesprochenen Telenotarz im Landkreis Vorpommern-Greifswald unterbreitet er zudem den Vorschlag, den Verantwortlichen für das Projekt, Herrn Prof. Dr. Hahnenkamp, einzuladen.

Die Kommission stimmt diesem Vorschlag einstimmig zu.

Vors. **Jörg Heydorn** führt an, dass sowohl Dr. Hunz als auch Frau Austenat-Wied auf den Entwurf eines Krankenhauszukunftsgesetzes hingewiesen hätten. Dieses stehe kurz vor der Verabschiedung. Inklusive Eigenanteil der Länder stünden Mecklenburg-Vorpommern damit etwa zwischen 70 und 90 Millionen Euro zur Verfügung. Dieses höchst aktuelle Thema solle in der nächsten Sitzung aufgegriffen werden. Die Kommission solle sich dazu äußern, wie eine vernünftige Verwendung dieser Mittel erfolgen könnte. Mit diesem Gesetz könnten die technische und insbesondere die informationstechnische Ausstattung der Notaufnahmen, die digitale Infrastruktur zur Förderung der internen, innersektoralen und sektorenübergreifenden Versorgung von Patientinnen und Patienten, die Informationssicherheit und die gezielte Entwicklung und die Stärkung wettbewerbsrechtlich zulässiger regionaler Versorgungsstrukturen

gefördert werden. Er schlägt vor, dieses Thema auf die Tagesordnung der nächsten Sitzung zu setzen und zu erörtern, ob und welche Hinweise an die Landesregierung für die Verwendung dieser Mittel gegeben werden sollten.

Abg. **Torsten Koplín** befürwortet diese Idee, stellt aber infrage, ob es in der nächsten Woche zeitlich machbar sei.

Vors. **Jörg Heydorn** weist auf die Dringlichkeit des Themas hin. Er schlägt vor, die Regelungsinhalte des Gesetzesentwurfes in der nächsten Sitzung als Powerpoint-Präsentation vorzustellen.

Abg. **Torsten Koplín** fragt, ob das Thema in der Sitzung am 30.09.2020 behandelt werden könne.

Vors. **Jörg Heydorn** schlägt vor, den Gegenstand auf die Tagesordnung der nächsten Sitzung zu setzen und falls die Zeit nicht ausreichen sollte, es in der übernächsten Sitzung am 30.09.2020 weiter zu besprechen.

Ende der Sitzung: 19:54 Uhr

Ad/Zi

Jörg Heydorn  
Vorsitzender