

KURZPROTOKOLL

der 5. Sitzung der Enquete-Kommission
„Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern“
am Mittwoch, dem 16. September 2020, 15:30 Uhr,
in Schwerin, Schloss, Plenarsaal

Vorsitz: Abg. Jörg Heydorn

TAGESORDNUNG

1. Öffentliche Anhörung zum aktuellen Stand der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern
2. Beratung und Beschlussfassung über die Anhörung am 21.10.2020
3. Allgemeine Kommissionsangelegenheiten

AUSSERHALB DER TAGESORDNUNG

Hinweis bezüglich Livestream und Getränkeversorgung

Vors. **Jörg Heydorn** eröffnet die 5. 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 einige Anzuhörende ihr Einverständnis verweigert hätten. Weiterhin informiert er über die gegebene Getränkeversorgung.

PUNKT 1 DER TAGESORDNUNG

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

Der Vors. **Jörg Heydorn** leitet über zu TOP 1 und stellt alle Anzuhörenden vor. Für die Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern ist der Geschäftsführer Herr Uwe Borchmann, für die Universitätsmedizin Greifswald sind Frau Marie le Claire (Kaufmännischer Vorstand, stellvertretende Vorstandsvorsitzende) und Prof. Dr. Klaus Hahnenkamp (stellvertretender Ärztlicher Vorstand), für die Universitätsmedizin Rostock Herr Prof. Dr. Christian Schmidt (Ärztlicher Vorstand), für das Helios Hanseklinikum Stralsund Herr Johannes Rasche (Klinikgeschäftsführer), für das Sana-Krankenhaus Rügen Frau Silke Ritschel (Geschäftsführerin) und als Vertreter des Kreiskrankenhaus Demmin ist Herr Kai Firneisen (Geschäftsführer) anwesend. Als Vertreter der DRK Krankenhäuser (DRK Landesverband Mecklenburg-Vorpommern e.V.) ist Herr Jan Weyer (Geschäftsführer) zugegen. Seitens des Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum Neubrandenburg erfolgte eine Absage.

Prof. Dr. Klaus Hahnenkamp (Stellvertretender Ärztlicher Vorstand der Universitätsmedizin Greifswald) bedankt sich für die Einladung beim Vors., den Kommissionsmitgliedern und für die Möglichkeit, Stellung für die Universitätsmedizin Greifswald im ländlichen Raum nehmen zu können. Die Universitätsmedizin sei nicht nur Maximalversorger, sondern auch Grund- und Regelversorger. Dies führe zu hohen Vorhaltekosten. Dafür biete sie aber exzellente Bedingungen für Aus- und Weiterbildungen. Die beiden Universitätsmedizinen bringen zusammen 25 % der Case Mix Punkte im Land MV. Sie bieten Qualität bei ganz komplexen Krankheitsbildern

durch die vernetzte interdisziplinäre Versorgung, d.h. die Universitätsmedizinen hätten Spezialisten vor Ort, die sich an allen Prozessen beteiligten und sie seien Innovationsträger für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Prof. Hahnenkamp zeigt die Vorteile der Aus- und Weiterbildung an der Universitätsmedizin auf. Neben der Ausbildung der Ärzt*innen für die Region erfolgen auch die Facharztweiterbildungen in MV zu Spezialisten. Auch weitere Gesundheitsberufe, wie Pflegekräfte, Hebammen, Diätassistenten, UTAs, MTAs und RTAs, werden unter exzellenten Voraussetzungen ausgebildet.

Im Zuge der Corona-Krise sei die Region Mecklenburg-Vorpommern in vier Clusterregionen aufgeteilt worden mit jeweils einem großen Krankenhaus als koordinierende Klinik. Die Universitätsmedizin Greifswald befinde sich im Cluster 3. Dieses Cluster habe im stationären Bereich neun Krankenhäuser und zwei Rehakliniken in zwei Landkreisen. Neben dem bekannten ambulanten Bereich gebe es im Cluster 3 ein Abstrichzentrum, eine Fieberambulanz und eine Beratung der Tourismusbranche. Die Zusammenarbeit mit dem Ärztenetzwerk und dem öffentlichen Gesundheitsdienst habe intersektoral funktioniert und führe zu einem direkteren und schnelleren Informationsaustausch. Das Vertrauen gegenüber allen anderen Sektoren und Partnern wachse. Nach Meinung Prof. Hahnenkamps sollte die Clusterstruktur beibehalten und ausgebaut werden. Durch die koordinierenden Kliniken für jeweils ein Cluster werde eine intersektorale Patientenstromsteuerung ermöglicht. Voraussetzung sei die finanzielle Ausstattung der Cluster durch z.B. quotale Ausschüttung aus dem Krankenhauszukunftsgesetz an die Krankenhäuser, die im Cluster gesammelt werden. Die Auszahlungen erfolgten erst bei Erfüllung von Vorgaben für die Clusterstruktur oder für Projekte nach noch zu bestimmenden Kriterien. Es gebe innovative Projekte, wie z.B. die Telemedizin, die Sektoren verbinde und Lösungsansätze für die regionale Gesundheitsentwicklung und -versorgung enthalte. Diese solle sich unabhängig von Finanzierungsregeln entwickeln können. Probleme bei der Bewältigung von Projekten seien, dass die Projekte in einen bestehenden Sektor gepresst werden und die Folge daraus sei, dass man sich von Projekt zu Projekt hangeln müsse („Projektitis“). Man benötige für innovative Projekte eine Verstetigung eines sektorenübergreifenden Vergütungssystems z.B. anhand eines Innovations-Verstetigungs-Fonds in MV. In seinem Statement geht Prof. Hahnenkamp auf das Thema Fallpauschalen ein. Nach seiner Meinung gebe die Fallpauschale einen Fehlanreiz, führe aber auch zu einem Anreiz der Effizienz und Wirtschaftlichkeit und das bringe Sicherheit in der

Finanzplanung für die Kliniken. Jedoch sei die Qualität nicht berücksichtigt oder spiele nur eine untergeordnete Rolle. Diese müsse aber berücksichtigt werden, da es um Strukturen, Prozesse und Ergebnisse in der Qualität gehe. Die Universitätsmedizin Greifswald sei ein Maximalversorger im ländlichen Raum und habe höhere Vorhaltekosten. Deshalb sollte es eine 3. Ebene geben in Form eines Regionalzuschlages oder eines Budgets, damit man von der Quantität, also einer Entkopplung von der Fallzahl, wegkommen könnte. Prof. Hahnenkamp verweist auf einen Artikel von Herrn Schreyögg im Krankenhausreport von 2017.

Der Vors. **Jörg Heydorn** dankt Herrn Prof. Hahnenkamp für seinen Vortrag und fragt die Kommission, ob es Verständnisfragen gebe. Er weist darauf hin, dass die Diskussion am Ende aller Redebeiträge erfolgen werde. Danach übergibt er das Wort an Herrn Prof. Dr. Christian Schmidt.

Prof. Dr. Christian Schmidt (Ärztlicher Vorstand der Universitätsmedizin Rostock) bedankt sich beim Vors. für das Wort. Er möchte eine Ergänzung zum gemeinsamen schriftlichen Statement der Universitätsmedizinen geben. Die Krankenhauslandschaft in MV sei im Bundesvergleich ziemlich gut aufgestellt. Mecklenburg-Vorpommern habe 39 Krankenhäuser und sichere mit der geographischen Verteilung der Häuser ziemlich gut die Fläche ab. Die Eigenversorgungsquote liege bei 93,5 %; 1,5 % mehr als der Bundesdurchschnitt. Zum Vergleich: Brandenburg verliere 15 % an den Großraum Berlin. NRW zeige eine vollständige Überversorgung durch zu viele Krankenhäuser gerade in den Rändern. Die demografische Entwicklung werde in Mecklenburg-Vorpommern nicht Halt machen. In den nächsten 10-15 Jahren werde MV noch 150-180.000 Einwohner verlieren. Der Bevölkerungsanteil der über 65-Jährigen werde sich deutlich erhöhen und der der unter 65-Jährigen verringern. Auf Landkreisebene werde ein Zugewinn der Einwohner in Stadt und Landkreis Rostock von 5,5 % erwartet, dagegen verliere der größte Landkreis Mecklenburgische Seenplatte weitere 100.000 Einwohner (5,5 %), genauso wie im Landkreis Vorpommern Greifswald. Unter dem Aspekt der demografischen Entwicklung müsse die Daseinsvorsorge, die wohnortnahe Versorgung realisiert und dem Fachkräftemangel entgegengetreten werden. Ein Fachkräftemangel werde nicht nur bei den niedergelassenen Ärzten erwartet, sondern auch im stationären Bereich. Das bedeute für dieses Bundesland, dass Spezialqualifikationen, spezialisiertes Wissen und Schlüsselqualifikationen

verloren gingen. Die Überlegung mit den Clustern sei richtig. Man könne in den Vielversorgungsclustern mit jeweils vier Maximalversorgern bestimmte Leistungen zentralisieren, müsse sich nur Gedanken machen, wie Schlüsselkompetenzen bspw. bei telemedizinischer Anbindung oder Ausbildungsrotation in allen versorgenden Häusern eines Clusters vorhanden sein könnten. Wie die Kommunikation auf dem kurzen Dienstweg zwischen den Häusern funktioniere, zeige die Covid-19-Krise, wo die Häuser mit technischer Infrastruktur ausgestattet worden seien. Wenn man im stationären Sektor über eine Zentralisierung nachdenke, müsse man es auch im niedergelassenen Sektor. Das Bundesland NRW erlaube eine ambulante Öffnung der Krankenhäuser für bestimmte Fachdisziplinen. In Mecklenburg-Vorpommern gebe es 20 niedergelassene Dermatologen, von denen in den nächsten 3-4 Jahren über die Hälfte in Rente gehe und es keine Nachfolger gebe. Es gebe zwei Möglichkeiten der Nachfolgeregelung. Entweder der Maximalversorger in einem Cluster übernehme die Versorgung, die Anstellung der Ärzte und die Versorgung der Praxen oder es erfolge die Reaktivierung der alten DDR-Poliklinik als Versorgungsmodell. Prof. Dr. Schmidt regt die Überlegung an, sich nochmal mit der Versorgungsstruktur der Poliklinik als Versorgungsmodell für den ländlichen Raum auseinander zu setzen. Telemedizinisch könne das an den Maximalversorger angebunden werden. Je nachdem wie die Verteilung der Schlüsselqualifikation im Cluster sei, hätte man die Möglichkeit, bestimmte Schlüsselqualifikationen näher an eine solche Versorgungseinheit heranzubringen. Zusammenfassend stellt Prof. Schmidt die Themen vor, mit denen man sich beschäftigen müsse. Dies seien die Aktivierung der Cluster, die Zentralisierung von Schlüsselqualifikationen und Möglichkeiten zur Übertragung von Aufgaben aus dem stationären Bereich in den ambulanten Sektor.

Vors. **Jörg Heydorn** dankt Prof. Dr. Schmidt für seinen Redebeitrag und fragt die Kommission, ob es Verständnisfragen gebe. Er übergibt das Wort an Herrn Johannes Rasche vom Helios Hanseklitorium Stralsund.

Johannes Rasche (Klinikgeschäftsführer Helios Hanseklitorium Stralsund) bedankt sich für das Wort, die Einladung und die Möglichkeit der Stellungnahme zu den Themen Qualität der medizinischen Behandlung und zur Fachkräftesituation. Die Qualität in den Krankenhäusern könne durch zwei Dinge gewährleistet werden:

1. Quantität: Wer in den Leistungen geübt sei, könne eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung gewährleisten und sicherstellen.
2. Zentralisierung der Leistungen, insbesondere der elektiven, komplexeren medizinischen Leistungen

Wohnortnahe Versorgung bedeute nicht, einfach ein Krankenhaus in unmittelbarer Nähe vorzuhalten, sondern man sei ausreichend medizinisch versorgt durch eine exzellente Behandlungsqualität. Leistungen in kleineren Kliniken müssen in der Peripherie vorgehalten werden. Dazu gehöre die Notfallversorgung, die eine adäquate Anlaufstelle anbieten solle, um in Stresssituationen/Ausnahmesituationen eine adäquate Hilfe bekommen zu können. Die Antwort könne aber nicht sein, defizitäre Klinikstrukturen aufrecht zu erhalten und durch öffentliche Gelder zu subventionieren. Über Portalkliniken das Zentrum oder die Fachklinik ansteuern zu können, sei eine mögliche Antwort. Die Rekommunalisierung sei mit Blick auf die Versorgungsstruktur in MV dringend zu diskutieren. In der jetzigen Zeit, wo Steuerzahlungen ausblieben, könne man dem öffentlichen Haushalt nicht zumuten, zu den finanziellen Aufwendungen auch noch defizitäre Klinikstrukturen vorzuhalten, um zu suggerieren, an diesen Standorten finde Hochleistung oder qualitativ hochwertige Medizin statt. Das Ansinnen vieler Städte und Gemeinden, eine eigene Krankenhausversorgung vorzuhalten und ein nahegelegenes Krankenhaus einer guten Gesundheitsversorgung gleichzustellen, sei kritisch zu diskutieren. Es gebe ein Wahrnehmungsproblem in der Öffentlichkeit, ein Krankenhaus erbringe per se qualitativ hochwertige Leistungen. Die Antwort müsse der Qualitätsanspruch sein. Herr Rasche plädiere für einen Datenaustausch bei Weiterbehandlungen zwischen den Kliniken. Durch Rücktransformationsprozesse von Informationen werde maßgeblich dazu beigetragen, dass man in seinem eigenen Leistungsanspruch nach oben schaue. Dadurch müsse die digitale Vernetzung unter den einzelnen Akteuren ausreichend aufgestellt sein.

Vors. **Jörg Heydorn** dankt Herrn Rasche für seinen Redebeitrag. Nach der Frage nach Verständnisfragen erfolgt eine Überleitung an die nächste Rednerin, Frau Ritschel.

Silke Ritschel (Geschäftsführerin des Sana-Krankenhauses Rügen) bedankt sich für das Wort und die Einladung und möchte ein Statement aus Sicht eines kleinen Krankenhauses geben. Das Sana-Krankenhaus befinde sich in Bergen auf der Insel

Rügen mit einer Einwohnerzahl von 65.000 und das seit 150 Jahren an diesem Standort. Seit 1991 sei es unter privater Trägerschaft der Sana-Kliniken als Grund- und Regelversorger. Die Fachabteilungsstruktur habe sich bereits Anfang der 90-er Jahre manifestiert und sei definiert nach dem Krankenhausplan Grund- und Regelversorgung mit den Fachabteilungen der Inneren Medizin und Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie, der Gynäkologie und der Geburtshilfe (Letzte auf einer Insel in Deutschland) und einer Hauptfachabteilung für Kinderheilkunde. In der Klinik gebe es zwei Belegabteilungen für HNO und Urologie. Das Sana-Klinikum sei der wohnortnahe Versorger für die Insel und 1,5 Mio. Touristen. Der Belegungsanteil für touristische Patienten (stationäre Versorgung) liege bei mindestens 15 % mit durchschnittlich 11.000 stationäre Patienten. Zusätzlich kommen noch mindestens 12.000 an ambulanten Fällen dazu. Seit 1999 sei dieser Krankenhausstandort vereint unter dem Dach der GmbH mit weiteren Gesundheitsleistungen und Kooperationen. Unter ihnen befinde sich eine stationäre Hospizeinrichtung, eine Krankenpflegeschule mit 60 Ausbildungsplätzen und mehrere ambulante Praxen in Kooperation mit dem Krankenhaus, wie Radiologie, Labor und KV-Anlaufpraxis für Randzeitenversorgung. Seit 2008 sei der Standort ein MVZ mit eigenen Sana-Arztpraxen. Fiskalisch umfasse der reine Krankenhausbetrieb für die GmbH noch 75 % der Umsatzleistung und die restlichen 25 % werden durch andere Umsätze generiert, womit ein Teil der Defizite der stationären Versorgung finanziert werde. Krankenhäuser als Grund- und Regelversorger, die über eine Gynäkologie, Geburtenhilfe und Kinderabteilung verfügen, stehen vor einer Herausforderung bzgl. der Demografie. Während 1991 noch eine Geburtenzahl von 1000 habe verzeichnet werden können, habe es 2019 nur noch 383 Geburten gegeben, davon 332 im Sana-Krankenhaus. Die Fallzahlentwicklung in der Pädiatrie in der Zeit von 2002 bis heute sei nicht dramatisch gesunken. Nur die Verweildauer sei von durchschnittlich fünf auf nicht mal mehr drei Tage gesunken. Durch die Verkürzung der Verweildauer gebe es einen Spagat der Vorhaltekosten, die nicht ausreichend refinanziert werden können. Dies führe andererseits zu einem großen Ambulanzanteil. 2019 habe man in der Kinderabteilung 2500 ambulante Patienten (großer Teil Touristen) versorgt, davon seien 1250 traumatologisch geprägte Fälle gewesen. Für eine wohnortnahe Versorgung gebe es eine Herausforderung. Denn es müsse für die Standorte klar sein, dass die notwendigen Vorhaltekosten refinanziert werden müssten. Da reiche das DRG-System unter den jetzigen Bedingungen leider nicht aus. Ganz im Gegenteil habe das

DRG-System mit der leistungs- und mengenadaptierten Finanzierung zu einem erhöhten Konkurrenzdruck innerhalb der Region geführt. Durch die Demografie gebe es keine Leistungsausweitung. Der Effekt der Ambulantisierung zeige eine doppelte Rolle. Die Frauenheilkunde zeige dramatische Entwicklungen, da viele Leistungen in den ambulanten Operationssektor tendierten. Auf der Insel Rügen gebe es acht niedergelassene Gynäkologen, wobei keiner ambulant operiere. Dieses werde durch die Krankenhausabteilung übernommen. Dadurch sei die Hälfte der OP-Anzahl am Standort vom stationären in den ambulanten Bereich gewechselt. Die Vergütungsregeln für ambulante OPs reiche nicht aus, um stationäre Vorhaltekosten sicherzustellen. Frau Ritschel kommt auf den Sicherstellungszuschlag zu sprechen. Mittlerweise gebe es einen pauschalen Sicherstellungszuschlag. Dies sei bundesweit ein guter Ansatz, da alle Krankenhäuser die gleichen Herausforderungen haben. Dafür müssen Lösungen gefunden werden, da die Krankenhäuser im ländlichen Raum andere Antworten geben als in Ballungsgebieten. Die Sana-Krankenhäuser hätten als Ziel die größtmögliche qualitative Versorgung sicherzustellen. Eine Konzentration, die gefordert und notwendig sei, solle sich auf wesentliche Leistungen mit Spezialisierungsgrad konzentrieren. Es müsse klar definiert werden, was Grund- und Regelversorgung sei. Da sei die Politik in Abstimmung mit Vertretern der Leistungserbringerseite gefragt. Die Ambulanzstruktur sei die Schnittstelle, wo es um Zulassung gegenüber KV-Ermächtigung oder KV-Strukturen gehe. Man müsse gemeinsam überlegen, wie gerade kleine Häuser in der Fläche auch solche Abteilungsstrukturen wie die Kindermedizin oder ambulante Leistungen aufrechterhalten können, wenn das Haus in diesem Bereich ein Mengenproblem in der stationären Versorgung aufweise. Gerade in der Flächenversorgung sei die Frage, wie bündle man die wenigen zur Verfügung stehenden Ressourcen, um diese Modelle zusammenzuführen, die mit 3-fach Ärzten à 24 h in der Krankenhausversorgung zur Verfügung stehen sollen. Das bedeute für jeden Facharzt zehn Hintergrunddienste im Monat, während in der Ambulanz die Praxen im KV-Dienst für zwei Dienste im Monat eingeteilt seien. Daraus leite sich die Frage ab, unter welchen Arbeitsbedingungen zukünftige Ärzte arbeiten wollen. Durch eine Verweiblichung der Medizin gebe es vermehrt Teilzeitausbildung und Teilzeitweiterbildung der Facharztausbildung. Man müsse über neue Versorgungsmodelle nachdenken. Für die Maximalversorger solle die Clusterbildung nach klar definierten und abgestuften Versorgungsfragen erfolgen. Es müsse geregelt werden, was in der Grund- und Regelversorgung bleibe. Der

Patient müsse gelenkt werden in Bezug auf freie Arztwahl. Eine andere Frage sei die Sicherstellung der Notfallversorgung unter der demografischen Entwicklung in Bezug auf den Fachkräftemangel. Ein Cluster mit den Sektoren benötige ein abgestimmtes Versorgungsmodell. In der Kernzeit, wo Kompetenz vor Ort sei, und für die Randzeiten müsse es abgestimmte Strukturen zwischen den einzelnen Versorgern geben. Dies solle aber nicht dazu führen, dass die kleinen Krankenhäuser bestraft werden in der Weiterbildung. Sie sollen in der Lage sein, adäquates Personal zu akquirieren und ein attraktiver Arbeitgeber zu sein. Über andere Entscheidungen solle nachgedacht und durchexerziert werden.

Vors. **Jörg Heydorn** dankt Frau Ritschel und stellt eine Nachfrage zur Attraktivität von kleinen Krankenhäusern für Angestellte, die da arbeiten wollen/sollen. Er möchte wissen, über welche anderen Entscheidungen man nachdenken müsse.

Silke Ritschel entgegnet auf diese Frage, dass es Krankenhäuser in dieser Form und heutigen Struktur nicht mehr geben könne, wenn Mindestmengen nicht mehr erfüllt würden. Wenn man bestimmte Leistungsspektren nicht anbieten dürfe, weil sie zentralisiert oder in weiterer Entfernung seien, müsse der Standort komplett umgebaut werden. Dann sei die stationäre Versorgung in der heutigen Form schwierig anzubieten.

Vors. **Jörg Heydorn** stellt die Frage nach weiteren Verständigungsfragen. Danach erfolgt die Überleitung zu Herrn Kai Firneisen vom Kreiskrankenhaus Demmin.

Kai Firneisen (Geschäftsführer des Kreiskrankenhauses Demmin) bedankt sich für die Einladung. Das Kreiskrankenhaus Demmin sei ein kleines Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung mit rund 200 Betten und einer Tagesklinik für Rheumatologie mit 10 Plätzen. Weiterhin verfüge die Klinik über zwei Herzkatheter-Labore, in dem die Akutversorgung von Herzinfarkten 24 h sichergestellt werde. Weitere Abteilungen seien Gynäkologie, Geburtshilfe (24 h), Pädiatrie, Chirurgie, Unfallchirurgie, Orthopädie, Innere Medizin mit Geriatrie und zwei Belegabteilungen für Urologie und Augenheilkunde. Pro Jahr gebe es 10.000 stationäre Fälle und ebenso viele ambulante Operationen. In seinem Statement möchte Herr Firneisen auf die Problematik Fachärzte / Fachkräftemangel (wie Intensivschwestern) an einem

Beispiel eingehen. Der eigene Chefarzt für Pädiatrie habe beschlossen, in eine Niederlassung nach Wolgast zu gehen. Nun folge die Suche nach einem neuen Chefarzt. Im Frühjahr 2020 habe es im gesamten Bundesgebiet 8 offene Vakanzen für Chefarztstellen für Pädiatrie gegeben. Einen Monat lang habe die Klinik die Station mit Honorarärzten versorgen müssen. Unter großem Einsatz mehrerer Headhunters habe eine Chefärztin aus Bayern abgeworben werden können. Nun habe die Abteilung für Pädiatrie in Bayern schließen müssen. Die Situation der Fachärzte werde sehr schwierig werden. Honorarärzte seien Systemsprenger, die dem Gesundheitssystem Unmengen von finanziellen Mitteln entziehen. Hier sei es politisch angebracht, die Honorararztstätigkeit zu unterbinden. Gegenüber einem normal eingruppierten Arzt verdiene ein Honorararzt das 3-4 –fache. Dieses entziehe dem System zu viel Geld und Ressourcen. Dies könne auf Dauer nicht gut gehen. Die Chance aus der Pandemiesituation sei die Digitalisierung, da viele Prozesse sich digital abbilden ließen, wie Telefonkonferenzen oder Telemedizin. Gerade als kleines Haus im ländlichen Raum wolle man das zukünftig mehr nutzen. Dafür müsse man verstärkt in die Digitalisierung und Vernetzung von Krankenhäusern investieren. Das Kreiskrankenhaus sei ein akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Greifswald. Für die Pädiatrie gebe es eine Art Verbund-Weiterbildungskooperationsvertrag für die Ärzte zur Facharztausbildung für Kinderheilkunde. Durch eine Verbund-Weiterbildung gebe es die Möglichkeit, dem Fachkräftemangel entgegen zu wirken. Ein weiterer Punkt sei die Leerhaltepauschale, die nur noch bis 30.09.2020 laufe. Ab dem 01.10. gebe es keine mehr und die Krankenhäuser seien für das Infektionsgeschehen nicht so ausgerichtet, dass die volle Leistungsfähigkeit, wie vor der Pandemie, erreicht werde. Aufgrund der Hygienevorschriften müsse man die Abstandsregeln einhalten. Das führe dazu, dass die Zimmer nicht mehr effektiv belegt werden können. Durch Hygieneabstandsregeln und bauliche Struktur der kleineren Häuser könne man nicht einfach eine Isolationsstation errichten und auch nicht alles umbauen. Somit könne man nicht mehr so viele Patienten wie in der Vergangenheit behandeln. Das seien Herausforderungen, über die man nachdenken müsse.

Vors. **Jörg Heydorn** bedankt sich für den Redebeitrag und erkundigt sich nach Verständnisfragen.

Dr. Wilfried Schimanke möchte das Plädoyer gegen die Honorarärzte unterstützen.

Vors. **Jörg Heydorn** unterbricht Herrn Schimanke. Die Stellungnahmen erfolgten nach den Redebeiträgen. Danach übergibt er an Herrn Jan Weyer als Vertreter der DRK Krankenhäuser.

Jan Weyer (Geschäftsführer DRK Landesverband Mecklenburg-Vorpommern e.V.) bedankt sich für die Einladung. Das DRK betreibe vier Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung. Das kleinste Krankenhaus sei in Teterow mit 95 Betten und das größte in Neustrelitz mit 164 Betten. Die Geburtshilfe mit 300 Geburten jährlich subventioniere man mit 300.000 Euro. Hier sei die Frage, ob man sich das zukünftig noch leisten könne. Die Geburtshilfe sei eine Dauerbaustelle, die man in der Fläche nur gemeinsam hinbekomme. Aber gerade die kleinen Häuser stehen für Qualität in der medizinischen Versorgung, was die Inanspruchnahme zeige. Die Kassenkassen haben jährlich eine unabhängige Befragung über die Patientenzufriedenheit für die Krankenhäuser ohne Einflussnahme durchgeführt und eine weiße Liste erstellt. Herr Weyer zitiert aus der Bertelsmann Stiftung: „Gute Krankenhausversorgung ist auch in strukturschwachen Regionen möglich. Generell sind schlechte Basisversorger in abgelegenen ländlichen Gebieten ein ernsthaftes Problem. Allerdings gibt es Bundesländer, in denen die Versorgung auch in entlegenen Regionen gut gelingt. Besonders positiv fällt Mecklenburg-Vorpommern auf. Dort befinden sich fünf der 10 von Patienten am besten bewerteten Kliniken an strukturschwachen Standorten.“ Vier davon seien DRK Krankenhäuser. Der Rettungsdienst sei ebenso eine zentrale Baustelle. Der notärztliche Dienst des DRK in MV sei der größte Anbieter an 15 Standorten für die notärztliche Versorgung. Da bekomme man die Probleme direkt mit. Die Regelungen im Rettungsdienstgesetz verlangen ab 2025 eine Ausschreibung der Dienste über einen Zeitraum von 10 Jahren. Dadurch sei keine stabile Versorgung möglich. Der DRK betreibe an drei Krankenhausstandorten (Grevesmühlen, Grimmen, Neustrelitz) im Auftrag des Landes die Medical Task Force. Sie sei besetzt mit ehrenamtlichen Mitarbeitern aus dem Rettungsdienst der Krankenhäuser. Dinge, die ineinandergreifen, sollen mitbedacht werden. Der Sicherstellungszuschlag sei gedacht zur Stärkung der Häuser im ländlichen Raum. Den Zuschlag von 400.000 Euro pro Jahr haben drei DRK Krankenhäuser erhalten. Man gehe danach, wie viele Patienten benötigen mehr als 30 min Fahrzeit zum nächsten Krankenhaus, wenn der Standort geschlossen werden würde. Der Wert der Einwohnerdichte müsse unter 100 liegen. In

Grevesmühlen mit 13.609 Einwohnern liege der Wert bei 102,1. Dies sei ein Grund für das Versagen des Sicherstellungszuschlages, den auch das Krankenhaus Grevesmühlen dringend gebrauchen könne. Für die Investitionsfinanzierung gebe es zwei Beispiele. Die Klinik Neustrelitz sei von 2007-2010 komplett neu mit einem Investitionsvolumen von 32 Mio. Euro errichtet worden. Vom Land seien 22 Mio. Euro übernommen worden und der Rest seien die Eigenmittel gewesen. Das zweite Beispiel sei Teterow mit einer Komplettsanierung und eines teilweisen Neubaus mit einem Investitionsvolumen von 13 Mio. Euro. Vom Land seien 13 Mio. Euro übernommen worden. Drei von vier DRK Krankenhäusern schreiben rote Zahlen. Deswegen seien die Investitionen eine wirtschaftliche Belastung. Die Investitionsfinanzierung müsse aus anderen Bereichen subventioniert und aufgebracht werden. Hierfür benötige man Lösungen. Wenn wohnortnahe Versorgung nur noch Wald- und Wiesenmedizin sei, gebe es ein ernsthaftes Problem für die Attraktivität der Arbeitsplätze/Standorte. Schon 2012 habe man einen Antrag auf Fördermittel für die digitale Patientenakte gestellt. Alle vier Krankenhäuser seien komplett digitalisiert und verfügten über digitale Patientenakten, die aus Eigenmitteln finanziert würden. Des Weiteren seien alle vier Häuser Lehrkrankenhäuser der Universität Rostock und Grevesmühlen für die Universität zu Lübeck.

Vors. **Jörg Heydorn** bedankt sich bei Herrn Weyer. Nun gebe es eine Gesamtsicht auf die Krankenhäuser durch Herrn Uwe Borchmann.

Uwe Borchmann (Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft MV e.V.) bedankt sich für die gute Einleitung und dafür, auf die verschiedenen Sichtweisen der Krankenhäuser (private, öffentliche und freigemeinnützige Träger) sehen zu können. Die Unterschiedlichkeit der Sichtweisen sei nicht erkennbar in der Frage der Trägerschaft, sondern des Standorts der Krankenhäuser und der Größe. Der Fachverband der Krankenhäuser, die Krankenhausgesellschaft, sei von ihren Mitgliedern geprägt. Herr Borchmann möchte seinen Dank für die konstruktive Zusammenarbeit mit den Fachleuten aus dem zuständigen Ministerium (einen Dank an Herrn Dr. Hunz) voranstellen. Die Planungsbeteiligten seien ein wesentlicher Garant dafür, dass auf die Versorgungsengpässe angemessen reagiert werde, um den Verfahrensweg der Krankenhausplanung anders zu wählen.

Der Redebeitrag von Herrn Bachmann hat 10 zentrale Botschaften, diese werden in Form eines Schriftstückes allen Kommissionsteilnehmern übergeben.

1. Alle 37 Krankenhäuser seien bedarfsnotwendig, was alle Krankenkassen z.T. schriftlich und auch mündlich wiederholt postuliert haben. Gleichzeitig müssen die Krankenhausträger Fachabteilungen schließen, weil sie die nicht mehr aufrechterhalten können. Die Aufgabe der Krankenhausplanung gegenüber den Jahrtausendanfängen haben sich deutlich verändert, nahezu umgekehrt. Es gehe nicht mehr um eine auslastungsbedingte Bettenreduzierung und Restriktion/Umwidmung. Die politisch begleitete Standortstärkung müsse das Ziel der Krankenhausplanung sein. Für den flächendeckenden Zugang der Bevölkerung zur stationären Grund- und Regelversorgung sei die Aufrechterhaltung einer gesunden Infrastruktur und Wirtschaftskraft der Landkreise und Kommunen wichtig. So bekommen 24 von 39 Standorten den Sicherstellungszuschlag von 400.000 Euro. Kein anderes Bundesland habe eine derart hohe Quote an Sicherstellungszuschlägen.
2. Versorgungsplanung müsse die Interaktion der Krankenhäuser berücksichtigen. Die Entscheidung über die Aufrechterhaltung oder Schließung einer Fachabteilung an einem Standort beeinflusse unmittelbar die Leistungsquantität und Qualität der übrigen Fachabteilungen einer Planungsregion oder eines Clusters. Welche Versorgung in Kooperation mit welchem Dienstleister jetzt oder in Zukunft am effektivsten gestaltbar wäre, könne dabei nur mit den sachverständigen Krankenhausakteuren in ihrer jeweiligen Region besprochen werden. Das hochkomplexe Zusammenspiel von Bundesgesetzen und Richtlinien im Land müsse sortiert werden. Dabei seien popularitätsorientierte Meinungsäußerungen politischer und verbandlicher Mandatsträger ohne vorherige fachliche Rückkopplung selten hilfreich für ein Krankenhaus und grundsätzlich für das Finden der richtigen Versorgungsstruktur in M-V nicht geeignet. Diese Aussage treffe für Nord-Vorpommern und Mecklenburg gleichermaßen zu.
3. Das Dreieck aus Qualität, Menge und Erreichbarkeit müsse richtig verstanden werden. Die Qualität einer Krankenhausleistung stehe in einem grundsätzlichen Zusammenhang mit der erbrachten Menge, aber die Korrelation sei für die einzelnen Leistungen und die ihr zugehörigen Mengen stark unterschiedlich. Zudem beeinflusse die Erbringung einer Leistung auch die Qualität anderer

Leistungen in derselben Abteilung, z.B. durch die Anschaffung eines Gerätes für eine spezialisierte Leistung, welches gleichzeitig in besonderer Qualität für andere Grundleistungen verwendet werden könne, oder durch einen Spezialisten, der sein Spezialistentum an einem Krankenhaus ausüben, aber auch in der Grund- und Basisversorgung tätig sein könne. Menge und Erreichbarkeit stehen ebenfalls in einem engen Zusammenhang, genauso wie Qualität und Menge. Das Maß der Erreichbarkeit sei aber stark abhängig von der Lebens-/Überlebenssituation als Bedeutung der Leistung für den Einzelnen. Die Outcome-Qualität sei nicht selten auch abhängig vom Zeitfenster zwischen Ereignis und medizinischer Intervention. Am deutlichsten werde dies am Beispiel der Stroke Units. Wenn man die Stroke Units weiter zentralisierte, stiege eventuell die Versorgung der Schlaganfälle bei denjenigen, die es noch rechtzeitig in eine Stroke Unit schafften. Für alle anderen würde sie sinken. Vor diesem Hintergrund sei es politische Aufgabe, für alle stationären Leistungen das richtige Mittel aus Erreichbarkeit und Qualität zu finden. Die Leistungsqualität gegenüber dem Einzelnen müsse in einem sinnhaften Verhältnis zum Zugang der Leistung für alle stehen.

4. Es müsse Fachkräftegewinnung statt Trägerdiskussionen stattfinden. Alle Krankenhäuser könnten ihre Arzt- und Pflegestellen nicht mehr vollumfänglich besetzen. Aktuell seien in Mecklenburg-Vorpommern nahezu 300 Arztstellen unbesetzt. Zusätzlich haben den Krankenhäusern über 400 Mitarbeiter*innen in der Pflege gefehlt. Das sei gegenüber der letzten Erhebung aus dem Jahr 2017 nahezu eine Verdopplung im Pflegebereich und eine Steigerung um 2/3 im Arztdienst. Diese exponentielle Kurve werde sich in den nächsten Jahren fortsetzen. Die Zahl der offenen Stellen eines Krankenhauses sei dabei nicht abhängig von der Trägerschaft. Insoweit löse ein Wechsel der Trägerschaft nicht das Problem der fehlenden Fachkräfte. Die Trägerpluralität hingegen werde verantwortlich bleiben für die richtige Mischung aus Wettbewerb, Innovation und Versorgungsgarantie. Die Investition von Gewinnen aus der Patientenversorgung sichere auch den medizinischen Fortschritt und die medizinische Qualität, insbesondere dort, wo Fördermittel nicht ausreichen.
5. Die Positionierung gegenüber dem BMG und dem G-BA zur Stärkung der Landeshoheit über die Krankenhausplanung müsse erfolgen. Die sei aus Sicht Mecklenburg-Vorpommerns ein zentraler Punkt, denn die auf Bundesebene

festgesetzten Mindestmengen können nicht die Besonderheiten der Erreichbarkeit in einem Flächenland berücksichtigen. Die Planungshoheit des Landes M-V über die Frage der Leistungszentrierung und Versorgung in der Fläche nehme durch erheblich überzogene Entscheidungskompetenzen des G-BA stetig ab. Wenn es den Flächenländern nicht gelinge, die Entscheidungsspielräume des gemeinsamen Bundesausschusses durch eine Ratsinitiative einzudämmen, bestehe die Gefahr, dass in M-V keine hochspezialisierte Leistung für die Bürger*innen mehr angeboten werden könne. Ebenso sei eine wohnortnahe Geriatrie, elementarer Bestandteil des Landesgeriatrieplaners, in Gefahr. Ein Beispiel sei die Lebertransplantation. Die G-BA-Richtlinie sei gerade geändert worden und führe dazu, dass man unter anderer Zählung der OPS Codes demnächst keine Lebertransplantationen mehr in M-V durchführen dürfe. Das grundgesetzliche Föderalismusprinzip, wonach die Ausübung staatlicher Befugnisse und die Erfüllung staatlicher Aufgaben primär Sache der Länder sei, werde durch mehrere G-BA-Richtlinien ausgehöhlt und die eigene Planungskompetenz müsse zurückgeholt werden. Dies widerspreche nicht der These der Zentrenbildung.

6. Die Spezialisierung müsse gestärkt und die Versorgung in der Fläche gesichert werden. Ohne spezialisierte Medizin und ohne Leuchttürme der medizinischen Versorgung, insbesondere in den Maximalversorgern, aber auch in kleineren Krankenhäusern, werde es in M-V „dunkel“. Die Attraktivität des Arztberufes gerade in einem kleinen Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung hänge auch von der Nähe der Expertise in der speziellen Versorgung ab. Lokale Versorgungsverbände sichern die Kompetenz in einer Versorgungsregion und fördern sowohl die Grundversorgung als auch die Spitzenmedizin.
7. Die Flexibilität der Krankenhäuser müsse erhalten statt eingeschränkt werden. Hier gebe es einen leichten Dissens gegenüber den Krankenkassen aus der letzten Anhörung. Krankenhausplanung auf der Einzelleistungsebene sei nur in Ausnahmefällen sinnvoll, denn die Leistungsfähigkeit einer Fachabteilung sei von ihrer ärztlichen Besetzung abhängig. Die Krankenhausträger benötigten innerhalb des Leistungsspektrums einer Fachabteilung größtmögliche Flexibilität in der Leistungserbringung. Die Einzelleistung bekomme man nicht so schnell geplant, wie die Fachärzte derzeit zwischen Krankenhäusern wechselten. Dies dürfe durch eine zunehmende Zentrenbildung nicht

ausgeschlossen werden. Daher sei die Rahmenplanung, wie M-V sie habe, durch konsequente Weiterverfolgung kombiniert mit der Ausweisung weiterer Zentrenaufgaben für hochspezialisierte Leistungen der richtige Weg. Zu beachten sei, dass die Aufrechterhaltung einer flächendeckenden Akutversorgung, die Verschiebung besonderer Leistungen in die Zentren, keine Einbahnstraße sein dürfe. Im Gegenzug müsse eine Dezentralisierung der Leistungen der Grund- und Regelversorgung angesprochen werden, um den Krankenhäusern in der Fläche eine Existenzgrundlage zu geben.

8. Für den Notfall müsse man auf der sicheren Seite sein. Die Krankenhäuser seien die Garanten für die Notfallversorgung in der jeweiligen Versorgungsregion und zwar stationär, aber auch ambulant. Auch wenn Arztpraxen keine Nachfolger fänden und freiberufliche niedergelassene Ärzte innerhalb eines Planungsbezirkes ihre Praxis verlegten, seien die Krankenhäuser für die Versorgung verantwortlich. Daher müsse eine automatische institutionelle Ermächtigung zur ambulanten fachärztlichen Leistungserbringung ein gesetzlicher Automatismus für den Fall sein, dass eine ambulante Unterversorgung in einer Region festgestellt worden sei.
9. Durch Telemedizin müsse der Subspezialist zum Patienten gebracht werden. Mecklenburg- Vorpommern sei ein Flächenland wie kein anderes Bundesland. Hier gebe es, mit Ausnahme der Hansestadt Rostock, keine Großstadt mit mehr als 100.000 Einwohnern. Gerade deswegen sei die Entwicklung von telemedizinischer Fachkompetenz in nahezu allen Fachabteilungen in keinem anderen Bundesland von so herausragender Bedeutung. Diverse lokale Insellösungen haben bisher keinen nennenswerten Durchbruch gebracht. Die Ansiedlung eines telemedizinischen Zentrums für M-V, mit der Verpflichtung, trägerübergreifend Fachkompetenz in der Fläche zur Verfügung zu stellen, könne einen wesentlichen Beitrag zur Verteilung des Wissens weniger Experten auf alle Patienten leisten.
10. Die besondere Situation der Kinder und Familien müsse berücksichtigt werden. Kinder könnten keine Autos fahren. Die Aufrechterhaltung einer erreichbaren Kinder- und Jugendmedizin sei derzeit die wichtigste Aufgabe unserer Krankenhauspolitik. Fast 40 fehlende Ärzte in den Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin seien nur die Spitze des Eisberges, der in den kommenden Jahren in unseren Heimathafen treibe und stetig langsam schmelze. Zur

Verbesserung dieser Situation wolle die Krankenhausgesellschaft mit einem eigenen Konzept zur Erhöhung der Anzahl der Ärzt*innen in Weiterbildungen zum Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin sowie den zugehörigen Schwerpunktweiterbildungen beitragen und man wolle dieses Konzept noch im September vorstellen.

Man müsse heute beginnen, die Standorte unserer Krankenhäuser durch geeignete, politische und finanzielle Bekenntnisse zu stärken, bevor sie nicht mehr vorhanden seien. Die Krankenhäuser müsse man für die ambulante Versorgung öffnen und mit dem jeweiligen Träger gemeinsam herausfinden, welcher Weg für seinen Standort der Richtige sei. Es gebe nur 37 Krankenhäuser, sodass man es individualisiert besprechen könne. Vor dem Hintergrund der massiv voranschreitenden Spezialisierung müsse man die Struktur des öffentlichen Rettungsdienstes anpassen und die Sektorengrenzen, insbesondere in der fachärztlichen Versorgung, öffnen. Gemeinsame Bereitschaftssysteme, die die knappen Ressourcen des ambulanten und stationären Sektors miteinander verbinden, könnten dazu beitragen, dass man an 365 Tagen und 24 h die Notfallversorgung fachärztlich aufrechterhalten könne. Die Krankenhausgesellschaft sehe die Aufgabe der Enquete-Kommission darin, die Sektoren zu verbinden und das Fachwissen der stationären Planungsbeteiligten zu nutzen. Gegenüber dem Bund müsse man sich stärker für die Interessen eines Flächenlandes einsetzen.

Vors. **Jörg Heydorn** bedankt sich für den Redebeitrag. Das Thema der Krankenhausstandorte beschäftige den politischen Bereich schon eine ganze Zeit. In der letzten Legislaturperiode habe es eine Enquete-Kommission „Älter werden in M-V“ gegeben, die das Thema der Gesundheit und Pflege auf der Agenda gehabt habe. Die 37 Standorte seien von keinem in Frage gestellt worden und stehen nicht zur Disposition. Was aber diskutiert werde, sei die Frage nach dem Umfang der Angebote. Herr Borchmann sei auf die Frage eingegangen, dass sich diese Enquete-Kommission mit dem Thema der Krankenhausplanung beschäftigen solle. Dazu gebe es ein Schreiben von der Krankenhausgesellschaft, was alle Kommissionsteilnehmer erhalten haben. Die Krankenhausgesellschaft beziehe die Position, dass sich mit der Krankenhausplanung und Bettenplanung Fachleute beschäftigt haben, die es in der Vergangenheit gut gemacht haben. Deswegen solle sich die Enquete-Kommission / der politische Raum ein Stückweit zurückhalten. Man müsse sich aber wegen

angrenzender Bereiche, wie die Mobilität der Patienten, damit beschäftigen, wie sie zu einer reduzierten Anzahl von Angeboten kommen könnten. Wenn man zufriedene und qualitativ gut versorgte Patienten haben wolle, dann müsse in der Kommission darüber gesprochen werden. Der Vors. Jörg Heydorn stellt den nächsten Experten, Herrn Dr. Josef Düllings, als Hauptgeschäftsführer des Sankt-Vincent-Krankenhauses aus Paderborn, und Präsident des Verbandes der Krankenhausdirektoren in Deutschland, vor. Damit habe Herr. Dr. Düllings einen guten Überblick über die Krankenhauslandschaft im gesamten Bundesgebiet. Vielleicht könne er Hinweise geben, die über den Tellerrand von M-V hinausgehen.

Dr. Josef Düllings (Hauptgeschäftsführer des Sankt-Vincent-Krankenhauses) bedankt sich für die Einladung und möchte die Gelegenheit wahrnehmen, Ideen und Vorschläge für eine bessere Gesundheitsversorgung zu diskutieren. Diese Kommission habe eine Chance über M-V hinaus einige Akzente zu setzen, je nach dem was am Ende entschieden werde. Herr Dr. Düllings komme aus einer ländlichen Region aus Ost-Westfalen. Das Sankt-Vincent-Krankenhaus sei ein Schwerpunktversorger mit 2200 Mitarbeiter*innen, wo jährlich 40.000 stationär und 80.000 ambulante Patienten an drei Standorten versorgt werden. Der Jahresumsatz liege bei 180 Mio. Euro. Dadurch könne man die Details mit abgleichen, wie es in anderen ländlichen Regionen in Deutschland sei. Herr Dr. Düllings möchte seinen Redebeitrag auf eine Kernfrage reduzieren. Wie lasse sich in einem Flächenland eine bürgernahe und zukunftsfähige Gesundheitsversorgung sicherstellen. Die Wahrnehmungen seien Anomalien, die zeigten, dass die Sicherstellung gefährdet sei. Vergleiche man die Zahlen vom Landkreis Ostwestfalen-Lippe (OWL) und M-V, seien die Unterschiede gar nicht so groß. In OWL lebten etwa 2 Mio. Menschen und hätten 40 Krankenhäuser zur Verfügung, die die Bevölkerung versorgen. Die Bettenzahl je 1000 Einwohner sei mit etwas über sechs auch identisch. In NRW sehe es etwas anders aus, da die Ballungszentren miteinbezogen werden. Der Unterschied in OWL sei, dass ein Krankenhaus auf 160 km² komme, in M-V seien es 630 km², also 4-mal so viel. Der Gesundheitsminister Laumann habe eine Devise ausgegeben, dass die Entfernung zu einem Krankenhaus nicht mehr 30 min, sondern 20 min, sein solle. Durch den Erfahrungswert aus der Corona Krise sei es zur Reduzierung gekommen. Die Anzahl der Standorte in M-V stehen nicht zur Disposition, so auch die Haltung der anderen Länder. Das DRG-System sei ein Mengenvergütungssystem, mit dem 75-80

% des Umsatzes akquiriert werde. Das führe dazu, dass die Standorte mehr und mehr gefährdet werden. Die Frage für eine bürgernahe Versorgung sei, ob das System der Wirtschaftlichkeit das Richtige sei. Es gehe um die Wahrnehmung der Bevölkerung, denn die Menschen seien heute mobiler und es habe weniger mit der Frage der Erreichbarkeit in der Fläche zu tun, sondern was man im „Supermarkt Krankenhaus“ erhalte. Im Rettungsdienst und bei den Krankenhäusern sei eine schnelle Verfügbarkeit gegeben. Einige Fragen gebe es für die ambulante, im KV-System organisierte Versorgung. Jedes Jahr würden etwa 10 Mio. ambulante Notfallpatienten nicht im KV-System versorgt, sondern durch niedergelassene Ärzte im ambulanten Bereich der Krankenhäuser. Im KV-System würden pro Jahr 9 Mio. Patienten versorgt. Diese 10 Mio. Notfallpatienten müssten eigentlich nicht im Krankenhaus versorgt werden. Dies erfolge jedoch aufgrund der Engpässe im KV-System. Der Patient suche sich letztlich den Weg, der ihm am schnellsten Diagnose und Behandlung für seine Erkrankung biete. Das Qualitätsversprechen des KV-Systems werde an dieser Stelle durch die Krankenhäuser eingelöst, auch wenn man bundesweit für dieses Leistungssegment eine Unterfinanzierung von über 1 Mrd. Euro habe. Die Corona-Krise habe gezeigt, dass das KV-System an vielen Stellen überfordert sei. Im Landkreis Ostwestfalen-Lippe hätten sich Hausärzte und Kinderärzte geweigert, Abstriche zu machen, obwohl es nach dem Sicherstellungsauftrag deren Aufgabe sei. Stattdessen habe man Plakate an die Praxistür geheftet und den Verweis hinterlassen, bei Verdacht auf Corona ins Krankenhaus zu gehen. Das gehe an dieser Stelle nicht. Zudem werde die Medikamenteninteraktion überhaupt nicht diskutiert. Dies betreffe vor allem ältere Patienten und dieses Problem nehme zu. Etwa 10 % der ambulanten Notfallpatienten in den Kliniken (von 10 Mio. immerhin 1 Mio.) habe dieses Problem. Pro Jahr stürben an Medikamenteninteraktion etwa 30-50.000 Menschen. Die zentrale Ursache liege in der Zersplitterung der ambulanten Versorgung des KV-Systems und darin, dass dieses Problem von den Apotheken kaum adressiert werde. Dass 36-60 Menschen je 100.000 Einwohner jedes Jahr an Medikamenteninteraktion stürben, dieses Problem müsse dringend adressiert werden. Jährlich würden bundesweit etwa 20.000 Beatmungspatienten im ambulanten Bereich oder in der hausärztlichen Häuslichkeit oder Heimversorgung betreut. Das Ziel einer Entwöhnung von der Beatmung würde überwiegend nicht erreicht. Vielfach würden die Patienten solange beatmet, bis sie stürben. Der Grund sei, dass das Personal und die Infrastruktur im ambulanten Bereich darauf nicht ausgerichtet seien. Nach Auswertung der GDGP

(Deutsche Gesellschaft für Pneumologie) könnten etwa 60 % dieser Patienten von der Beatmung entwöhnt werden. Stattdessen würden bundesweit etwa 4 Mrd. Euro pro Jahr für ambulante Weiterentwicklung ohne wesentlichen Effekt ausgegeben. In ausgewählten KV-ambulanten Leistungssegmenten sehe man, dass die Versorgung nicht sichergestellt sei, wie Radiologie, Chirurgie, Gastroenterologie, Neurologie, Kardiologie und Augenheilkunde. Viele Praxen seien so durchgetaktet (Ökonomisierung), dass für die Versorgung von Patienten, die außerhalb der Routine kämen, keine Valenzen mehr verfügbar seien. Das bedeute, der Patient komme wieder ins Krankenhaus zurück. Zusammenfassend könne man sagen, dass die KV-ambulante Versorgung seit vielen Jahren einer immer stärkeren Ökonomisierung ausgesetzt sei. Dies führe dazu, dass dieses System sich von nicht-passenden Patienten entlaste. Die Krankenhäuser sprängen als Backup ein, ohne dass die Kosten gedeckt seien. Die Defizitentwicklung vieler Krankenhäuser sei durch diesen Entlastungseffekt nachweislich bedingt. Daraus lasse sich ableiten, dass der Schlüssel zu einer bürgernahen Gesundheitsversorgung ambulant und stationär in der Ambulanz am Krankenhaus liege. Die letzten Jahre hätten gezeigt, dass der Grundsatz ambulant vor stationär sich nicht umsetzen lasse, wenn damit gemeint sei, Kassenarzt vor Krankenhaus. Das Zentrale einer Lösung dieser Versorgungsprobleme sei, dass man von Seiten der Landesregierung diese Frage nicht als Verbändethema adressiere, sondern dass man vom Patienten aus denke. Es gebe eine Grundsatzfrage, die sich seit der Brüning'schen Gesetzgebung (1931) und der Zuweisung als ambulanten Sicherstellungsauftrages (1955) an die KV stelle. Können die kassenärztliche Vereinigung und wollten die Vertragsärzte in den Praxen vor Ort selbst noch die Sicherstellung der ambulanten Versorgung nach 75 SGB V. Die Qualität der Versorgung solle nicht abhängig von Verbändepositionen sein. In den Praxen könne man Tendenzen beobachten, die den Anspruch der Sicherstellung in Frage stellten. Dazu zählten die Verrentung der „Babyboomer“ und der zunehmende Ärztemangel im vertragsärztlichen Bereich, die Praxisübernahmen durch Investoren, die zunehmende Ökonomisierung der vertragsärztlichen Versorgung und damit eine Entlastung von eher aufwendigen ambulanten Fällen in Richtung Krankenhaus, eine geänderte Work-Life-Balance junger Ärzte*innen mit vermehrter Präferenz für Teilzeitstellen, die Abkehr von der Einzelarztpraxis und dem Einzelunternehmer hin zu Teamstrukturen im Angestelltenverhältnis sowie eine Veränderung des Patientenspektrums mit höherem Bedarf an Interdisziplinarität (demographische Alterung) bei der Versorgung

älterer Patienten. Wollte man in M-V eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung gestalten, dann könnte es für die Landesregierung als Aufsichtsbehörde der Kassenärztlichen Vereinigung um die Frage gehen, ob man den Krankenhäusern einen neuen Versorgungsauftrag zuweise, um den Patienten eine durchgängige ambulant stationäre Versorgung ohne Umwege, Brüche, Doppelstrukturen oder kompliziertes Hin-und Her-telefonieren zu ermöglichen. Für eine bessere Patientenversorgung sollte es ein Ende der doppelten Facharztschiene in ausgewählten Bereichen geben, damit künftig mehr Ärzte für eine medizinische Versorgung der Bürger zur Verfügung stehen könnten. Organisatorisch sinnvoll wäre die Einrichtung von Polikliniken, wie sie etwa in Österreich, der Schweiz, Dänemark, den Niederlanden und auch in der ehemaligen DDR erfolgt sei. Eine innerorganisatorische Integration stationärer und ambulater Versorgung am Krankenhaus sei ungeachtet aller anderen Aspekte für den Patienten eine bessere Lösung. Niedergelassene Ärzte würden miteingebunden werden, was eine gute Antwort für eine bürgernahe zukunftsfähige Gesundheitsversorgung sei.

Vors. **Jörg Heydorn** bedankt sich für die Redebeiträge aller eingeladenen Experten und eröffnet die Fragerunde. Er möchte von Herrn Dr. Düllings wissen, wie der Gesundheitsminister Herr Laumann auf die beschriebene Problematik und den Hinweis, er solle seine aufsichtsbehördlichen Möglichkeiten nutzen, reagiert habe.

Dr. Josef Düllings meint, dass es ausweichende Antworten gewesen seien, da ein Gesetz zur Reform der Notfallversorgung anstehe. Das Einzige, was die Länder irritiere, sei der Versuch der Einbindung der Rettungsdienste. Dieser werde abgewehrt. Aus Politikersicht sei genau das das Problem. Als Gesundheitsminister tue man sich schwer, eine patientenorientierte Lösung zu finden. Der Sicherstellungsauftrag liege bei der KV und dies führe zu einer künstlichen Verknappung von Praxissitzen an vielen Stellen. Die Meinung aus Sicht von Kollegen sei, dass die KV-Sicherstellung die Sicherstellung des Einkommens der niedergelassenen Ärzte sei. Als Landesregierung solle die Politik aus Sicht des Patienten und nicht aus Sicht der Verbände gemacht werden.

Vors. **Jörg Heydorn** bedankt sich für die klare Aussage.

Abg. **Sebastian Ehlers** bedankt sich für die umfangreichen Vorträge und den Einblick in die Sichtweise der verschiedenen Krankenhäuser. Zwei Themenschwerpunkte möchte er an die Experten richten. Er interessiert sich für die Zusammenarbeit bezüglich Austausch und Konkurrenz zwischen benachbarten Krankenhäusern (Stralsund, Rügen) in der Praxis bezugnehmend auf die Clusterbildung. Das zweite Thema seien praktische Erfahrungen bei der Suche nach Fachkräften.

Abg. **Torsten Koplín** bedankt sich für die Vorträge und möchte von Herrn Prof. Dr. Hahnenkamp wissen, wie die Erfahrungen der Clusterbildung während der Corona-Krise gewesen seien in der Zusammenarbeit mit dem ÖGD, dem ambulanten und dem Reha-Bereich. An Frau Ritschel sei die Frage nach Outsourcings / Insourcings gerichtet und was aus wirtschaftlicher Erwägung outgesourced worden sei. Die Frage zu den Erfahrungen mit Tarifverträgen von akademischen und nichtakademischen Gesundheitsberufen im Zuständigkeitsbereich und wie die tarifliche Entlohnung einen reduzierenden Einfluss auf die Fluktuation habe, richte er an Dr. Düllings. Bei der Frage an Herrn Rasche gehe es um das Thema der Rekommunalisierung und den verschiedenen Eigentumsverhältnissen, verschiedener Eigentumsformen der Träger der Krankenhäuser und wo Probleme bei der Zusammenarbeit und den Abrechnungen bestehen könnten.

Dr. Josef Düllings führt bzgl. der Tarifbindung an, dass das Krankenhaus in katholischer Trägerschaft (Caritas/ AVR) liege und es dort einen Rahmentarif gebe. Zwischen den Krankenhäusern im Kreis Paderborn gebe es eine Abmachung, keine Abwerbprämie für Pflegekräfte zu zahlen. Wenn die Vergütung mit den umliegenden Krankenhäusern in etwa identisch sei, könne man nur durch interessante Angebote und Weiterbildungen das Personal halten.

Prof. Dr. Klaus Hahnenkamp greift das Thema Clusterbildung auf und stimmt dem zu, dass man aus Patientensicht denken solle. In einem Cluster sei nicht nur der stationäre Bereich, sondern dazu gehörten der ambulante und stationäre Bereich, der Transport, die Rehakliniken und die Pflegeheime. Fortbildungsmaßnahmen könne man innerhalb eines Clusters durchführen und die Behandlungswege vorsortieren. Gegen den Fachkräftemangel könnten Lösungen gefunden werden.

Vors. **Jörg Heydorn** merkt dazu an, dass sich nicht alle Experten zu dieser Clusterbildung bekannt haben. Während der Corona Krise seien diese Clusterstrukturen gebildet worden, das habe sich bewährt und sollte in dieser Form vertieft und verstetigt werden.

Kai Firneisen möchte an einem Beispiel aus Demmin auf die Fachkräfterekrutierung eingehen. Durch einen aus Argentinien stammenden Chefarzt am Krankenhaus Demmin sei man auf die Idee gekommen, eine Anzeige nach Weiterbildungsassistenten in einem deutschsprachigen Teil einer argentinischen Tageszeitung zu schalten. Es habe viele Bewerbungen von gut Deutsch sprechenden Auswanderern aus Argentinien gegeben, die sehr schnell die Sprachtests bestünden und dadurch schnell einsetzbar seien. Somit sei ein Kooperationsvertrag mit einer Universität in Argentinien zustande gekommen, weil auch die Ausbildungsinhalte der Ärzte und des Pflegepersonals den Strukturen in Deutschland entsprächen.

Silke Ritschel geht auf das Thema Outsourcing / Kooperationen zwischen Krankenhäusern ein. Die Krankenhäuser Rügen und Stralsund seien traditionell eng miteinander verbunden. Die Zusammenarbeit auf Patientenversorgungsebene funktioniere ohne auf Verträge zugreifen zu müssen. Es gebe ein abgestimmtes Versorgungsmodell und fehlende Leistungskompetenzen könnten durch Verlegungen realisiert werden. Das Modell der Clusterbildung sei für Rügen interessant. Man müsse nur überregional denken, wo es ein abgestimmtes Versorgungsmodell gebe, die Vorortbasis definiert sei und die Basis der Maximalversorgung und universitären spezialisierten Versorgung abgestimmt seien. Man solle im Cluster vorrangig auf die stationäre Kompetenz schauen, Gemeinsamkeiten und Abstimmungsbedarfe festlegen und den ambulanten Sektor, den man über die Initiative der Öffnung der Klinikstandorte in der Fläche brauche, definieren. Hätte man die Tendenzen der gemeinsamen Trägerschaft der beiden Krankenhäuser weiterverfolgt, wäre der Schritt der Zusammenarbeit beider Standorte in der Abstimmung des Leistungsspektrums heute deutlich spürbarer.

Johannes Rasche könne sich den Ausführungen von Frau Ritschel anschließen. Unterschiedliche Träger bedeuteten ein Wettbewerb um Patienten. Als positiven Punkt sehe er die Arzneimittelversorgung zwischen Rügen und Stralsund. Unter dem Dach

eines Träger könne man verschiedene Formen der Zusammenarbeit beschleunigen und die gleiche Zielrichtung definieren. Für eine trägerübergreifende Zusammenarbeit gebe es Verträge, Verabredungen (auch das gesprochene Wort) und eine Vertrauensbasis. Das habe die Clusterleitung in Form der Unimedizin Greifswald während der ersten Covid-Hochphase vorbildlich gezeigt. Wenn die Kliniken nicht zur Disposition stünden und gleichzeitig die Bertelsmann Stiftung zitiert werde, die einen Abbau von Kliniken im 3-stelligen Bereich in Deutschland sehe und Modelle aus Dänemark als Beispiel herauführe, stelle sich die Frage, wie dann mit den Kliniken in M-V umzugehen sei. Finanzielle Unterstützung gebe es für kommunale oder landeseigene Kliniken, aber private und freigemeinnützige Träger, die ebenfalls defizitär arbeiteten, erhielten keine Unterstützung. Als Antwort komme eine Rekommunalisierung. Das bedeute, die Träger trennten sich von defizitären Kliniken. Da sei die öffentliche Hand mehr gefragt.

Jan Weyer merkt an, im Cluster gebe es einen Wettbewerb um den Patienten. Wenn man im Cluster Patienten steuern wolle, benötige man finanzielle Lösungen für diese Steuerung in Form einer Absicherung. Diese müsse klar definiert sein und die Cluster könnten trägerübergreifend funktionieren.

Vors. **Jörg Heydorn** fragt nach, ob man Clusterstrukturen befürworten könne, wenn es klare Regeln gebe und wie die Verteilung der Leistungen innerhalb eines Clusters sein müsste, damit es nicht zu einer wechselseitigen „Kannibalisierung“ führe.

Jan Weyer bejaht die Frage.

Abg. **Dr. Gunter Jess** bedankt sich bei allen Vortragenden. Die Clusterstruktur sei ein Modell, was relevant werden könnte. Er fragt bei Prof. Hahnenkamp nach, wie er die Gliederung eines Clusters sehe, nach Hierarchien, wo praktisch die Maximalversorger die Steuerungsfunktion hätten und welche Probleme zwischen verschiedenen Trägern auftreten könnten. An Herrn Düllings richtet er die Frage, ob er das KV-System in Frage stelle und damit auch die Selbstverwaltung in Frage gestellt werde.

Uwe Borchmann möchte über die Entstehung der Cluster berichten. In der Hochphase der Corona Krise habe es mehrere Telefonkonferenzen und eine 12-

stündige Sitzung im Ministerium gegeben. Eine Lösung könne nicht einheitlich für M-V sein, da man nicht wisse, wo Infektionsherde sein werden. Man bekomme es nicht einheitlich durch ein Gremium im Land gesteuert. Nach ausdifferenzierten Diskussionen sei die Clusterbildung als Lösung entstanden und die Zuordnung der Häuser erfolgt. Um in den Gedankengängen näher zusammen zu rücken, bedürfe es öfter mal einer Krise. Weiterhin werde der Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern in einem Cluster bleiben. Da brauche man eine Neutralität im Clustermanagement in dieser fachlichen Leistungssteuerung. Das Cluster solle nicht dazu missbraucht werden, die Leistungen von dem einen zum anderen zu ziehen, bloß weil man das Primat habe. Ansonsten funktioniere der Clustergedanke nicht. Für die praktische Versorgungssteuerung vor Ort sei die Clusterstruktur viel effizienter als alles, was man im Rahmen von Planungen vornehmen könne. Bei Diskussionen über die Aufrechterhaltung einer wohnortnahen Versorgung müsse man sich die Zahlen ansehen und sie mit anderen Standorten mit kleinen Abteilungen dahingehend vergleichen, ob es wohnortnahe Versorgung oder elektive Wunschversorgung sei.

Prof. Dr. Klaus Hahnenkamp erklärt, dass es bei der Etablierung der Cluster nicht ums Geld gehe, sondern um die Patientenversorgung und um die Bewältigung der Situation. Es gehe nicht um die Existenzsicherung der Krankenhäuser.

Marie le Claire gibt eine Ergänzung zur Entstehung der Cluster. Es habe Telefonkonferenzen zwischen den Geschäftsführern zur Klärung der Vorgehensweise gegeben. Die Universität Greifswald sei der Leiter des Clusters. Es habe eine Trennung der geschäftsführenden zur kaufmännischen und ärztlichen Ebene gegeben. Die Leitung des Clusters habe ein erfahrener Intensivmediziner übernommen. Diese Clusterstrukturen hätten nichts mit einem monetären Anreizsystem mit Fallzuständigkeit im Sinne von Abrechnungen zu tun. Es gehe um den Umgang mit der Situation und der Versorgung der Patienten.

Vors. **Jörg Heydorn** fragt nach, ob für die Patientensteuerung im Cluster medizinische Aspekte absolute Priorität hätten und kaufmännische Belange dabei hintenanstünden.

Marie le Claire entgegnet, dass man einen Rahmen schaffe, der es ermögliche, innerhalb des Clusters die Patienten zu steuern. Dies sei eine medizinische Steuerung.

Die Patientensteuerung/Versorgung solle im Mittelpunkt stehen. Dazu habe man diese Trennung der verschiedene Ebenen gezielt vorgenommen.

Vors. **Jörg Heydorn** hakt nochmals nach, welche Möglichkeiten es für die Ebene der Landesregierung gebe, Einfluss auf die Entwicklung der Cluster zu nehmen.

Marie Le Claire antwortet, dass jedes Cluster anders sei und es unterschiedliche Fragestellungen dahinter gebe, z.B. Vorpommern als ländliche Region mit anderen Entfernungen, wo der Transport eine größere Rolle spiele im Gegenzug zu anderen Clustern mit städtischen Regionen. Es müsse ein Rahmen für ein Cluster gesetzt werden, der am Ende eine Zielstruktur für den Patienten habe. Dafür müssten Mittel zur Verfügung gestellt werden. Gemeinsam müsse man überlegen, wie man diese Mittel im Sinne der Patienten verteile.

Prof. Dr. Christian Schmidt meint, dass ein Cluster irgendwie gesteuert werden müsste. Einerseits habe man eine High-End-Versorgung und andererseits wolle man eine flächendeckende, wohnortnahe Versorgung gewährleisten. Dafür müsse man Instrumente für die Leistungssteuerung einführen, weil sich die Krankenhäuser spannende und interessante inhaltliche und medizinische Aspekte gesucht hätten. Am Beispiel Thorax Chirurgie und Knie TEP erläutert Prof. Schmidt die Problematik mit dem G-BA und der Fallzahl, wenn Häuser Leistungen anböten, aber die Fallzahl nicht stimme. Man könne solange darauf warten, bis der G-BA so viele Vorgaben mache, dass die normative Kraft des Faktischen einen einhole und es eine Umverteilung zu den Maximalversorgern gebe. Oder man führe einen Leistungsbedarf von Qualitätserwägung/Steuerungsinstrumenten ein, mit dem man vorgreifen könnte. Die Diskussion unter den Krankenhäusern werde nicht einfach, wer welche Leistungen anbieten oder nicht mehr anbieten dürfe.

Vors. **Jörg Heydorn** geht auf die Stellungnahmen der Experten zu den G-BA-Richtlinien ein, wozu es unterschiedliche Haltungen gebe. Die großen Kliniken stünden den G-BA-Vorgaben über Mengensteuerung positiv gegenüber, die kleinen Krankenhäuser und die Krankenhausgesellschaft sähen dies kritisch. Er fragt, ob man die Haltungen perspektivisch zusammenführen könne.

Dr. Gunter Jess meint, dass es während der Corona-Situation eine massive Entlastung der Krankenhäuser gegeben habe und somit sei die Situation relativ entspannt gewesen. Das sei mit einer wirklichen Belastungssituation nicht vergleichbar. Mögliche Härtefälle würden bei einer vollen Belastung in der Zusammenarbeit auftreten. Es sei zu klären, wie man die Strukturen eines Clusters gestalten müsse, um auf eine wirkliche Belastungssituation vorbereitet zu sein.

Dr. Josef Düllings möchte etwas zum Cluster-KV-System und zu dem DRG-System sagen. Man könne noch nicht abschätzen, ob das DRG-System ein Mengensystem bleibe oder in Richtung Ist-Kosten-Finanzierung gehe. In NRW überlege man, Leistungsbereiche/Gruppen zu bilden. Auf dem Papier solle gezeigt werden, dass von den 345 Krankenhäuser in NRW 100 in den Ballungsräumen aus der Versorgung genommen werden sollen. Jens Spahn habe explizit Prof. Busse in den Beirat ausgewählt, weil die Politiker auf Bundesebene eine zentrale Steuerung und Reduzierung der Krankenhauszahl im Kopf hätten. Das DRG-System sei geeignet, wenn es sich nur auf Ballungszentren beziehe. In M-V als Flächenland sei die Untergrenze erreicht. Ein Cluster müsse nicht nur eine Einbahnstraße in High-End-Richtung sein, sondern auch in die andere Richtung. Dafür benötige man Schwerpunkte. Stehe die Qualität im Vordergrund, brauche man für den Grundversorger eine Ist-Kosten-Finanzierung, bei der die ambulanten Leistungen inklusiv enthalten seien, damit es sich besser rechne. Dazu müsse sich die Politik bekennen, weil die Bürgermeister und Landräte würden von Schließungskommunikation eingeholt werden. Herr Dr. Düllings sei der Meinung, dass das gesamte KV-System nicht abgeschafft werden könne. Es gebe funktionierende Bereiche. In einer Selbstverwaltung müsse man klären, ob man für sich selber oder für den Patienten da sei. Man müsse eher für den Patienten mit Übergangslösungen da sein. Aktuell nehme der Patient dies nicht als eine Topversorgung wahr.

Prof. Dr. Steffen Fleßa stellt eine Frage an die Krankenhausgesellschaft nach der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung z.B. im Krankenhaus. Prof. Schmidt habe dargestellt, dass ein Konflikt mit den ersten Gesetzen zu den DRGs im Jahr 2000 artikuliert worden sei, nämlich, dass bestimmte Leistungen aus Qualitäts- und Kostengründen konzentriert werden sollten. Die Situation, dass kleine Krankenhäuser nicht überleben könnten, könne man in den Entwürfen nachlesen. Die Antwort sei

damals ein kostendeckender Sicherstellungszuschlag gewesen, nicht wie jetzt eine Pflasterpauschale von 400.000 Euro. Die Frage des Sicherstellungszuschlages ist an Frau Ritschel gerichtet, da das Sana Klinikum einen kostendeckenden Sicherstellungszuschlag beantragt habe.

Vors. **Jörg Heydorn** teilt mit, dass das Thema grenzüberschreitende Zusammenarbeit in der letzten Legislatur den Sozialausschuss beschäftigt habe. Der anwesende Prof. Zygmunt sei damals zugegen gewesen. Es habe einen Austausch mit der Stadt Aachen gegeben, die eine Kooperation mit der Gemeinde Maastricht/Niederlande habe. Die Antwort sei gewesen, dass das polnische System derartig zentralisiert sei, dass regionale, grenznahe Kooperation schwierig sei.

Uwe Borchmann gibt zur Kenntnis, dass nicht die Krankenhausgesellschaft die Planung mache, sondern nur planungsbeteiligt sei. Das zuständige Ministerium mache die Planung. Im Bereich der statistischen Einbeziehung von Leistungsmöglichkeiten polnischer Krankenhäuser oder anders herum, spiele sie keine Rolle. Auf der Ebene des Krankenhausbudgets spiele es eine Rolle, da ausländische Patienten außerhalb des Budget versorgt würden. Dies sei vor Jahren aus der Budgetsystematik ausgegliedert worden. Die Findung einer Finanzierung für die Grundversorger, bei denen die Mengen nicht mehr ausreichen, sei das eine. Das andere sei, ob Grund- und Regelversorger noch attraktiv für Ärzte seien. Um diese weiterhin vorhalten zu können, müsse der Maximalversorger in einem Cluster mit unterstützen, z.B. durch Telemedizin. Dies seien genauso wichtige Fragestellungen wie die der Finanzierung. Nachfolgend äußert sich Herr Borchmann zum G-BA. Die Frage von Mindestmengen sei immer unkritisch, wenn man sie schaffe. Das Problem sei, wenn die Mindestmengen des G-BAs dazu führten, dass keine Klinik im Bundesland das mehr leisten könne, würde man die Frage anders diskutieren. Er habe nichts gegen die Frage der Mindestmengen und der wissenschaftlichen Untersuchung, die nicht vom G-BA durchgeführt werde, sondern von beauftragten Institutionen. Ihm sei wichtig, dass das Land M-V sich die Kompetenz zurückhole. Man müsse gegebenenfalls abweichend entscheiden und die Erreichbarkeit in einem großen Flächenland berücksichtigen, damit nicht eine Ecke abgeschnitten werde. Er sei Mitglied im Unterausschuss Bedarfsplanung der G-BA. Die Frage der Erreichbarkeit spiele keine Rolle in der Betrachtung der mengenadjustierten Qualität. Das fehle und es gebe

keinen Hebel als Land dagegen zu wirken. Er hinterfrage die Sinnhaftigkeit der wissenschaftlichen Untersuchung von Mengen und Qualität. Auch die beste Qualität bringe nur etwas, wenn man noch rechtzeitig hinkomme. Hierfür benötige man die Hoheit für M-V, um selber entscheiden zu können.

Vors. **Jörg Heydorn** erwidert auf Herrn Borchmanns Statement, dass es zwei Komponenten gebe, nämlich das Angebot vor Ort und die Frage des Transportes. Wenn man über den Transport sicherstellen könnte, dass es ein Aspekt für eine qualitativ gute Versorgung sei, dann sei dies was anderes als ein Versorgungsangebot um die Ecke.

Dr. Josef Düllings führt an, dass es eine „G-BA-trisierung“ der Krankenhausplanung der Länder gebe. Im G-BA seien auch Ländervertreter, die sich stark heraushielten. Dies sei wie eine Resonanzbeziehung. Er möchte Herrn Borchmann beipflichten, dass die Länder mehr in die Verantwortung genommen werden müssten, weil dort werde Politik für Ballungszentren gemacht und nicht für Flächenländer. Das DRG-System sei ein System für Ballungszentren. Es profitierten auch die Krankenkassen, die 20 Mrd. Euro Rücklagen und zusätzlich 10 Mrd. Euro im Strukturfonds hätten. Die AOK habe im 2. Quartal trotz Corona nochmals 700 Mio. Euro Überschuss erwirtschaftet. Die KV habe die Pflicht, die gesetzlich versicherten Patienten gut zu versorgen. Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) sei ein typisches Beispiel einer Zwei-Klassen-Medizin. Abschließendes Plädoyer sei, dass die Länder sich stärker einbringen und das Thema Fläche im Blick haben sollten.

Silke Ritschel erläutert das Vorgehen des Sana Klinikums Rügen zum Durchsetzen des alten Sicherstellungszuschlages nach dem Gesetz zum DRG-System aus dem Jahr 2000. Dieses Verfahren sei seit 10 Jahren beim Oberverwaltungsgericht (OVG) gegen das Land M-V anhängig. Das Instrument des defizitorientierten Sicherstellungszuschlages, den Vorhaltekosten für Leistungen mit sogenanntem geringen Versorgungsbedarf in der Fläche ausfinanzieren sollen, sei faktisch schwer umzusetzen. Eine private Trägerschaft sei nicht förderlich für die Rechtsprechung in Greifswald. In erster Instanz sei der Sicherstellungszuschlag als nicht notwendig erachtet worden. Zu der Frage von Herrn Koplin nach dem Umsatz in Höhe von 25 % antwortet Frau Ritschel, das habe nichts mit Outsourcing zu tun. Dies seien Umsätze

aus der Versorgung von Apotheken anderer Krankenhausstandorte über die eigene Hausapotheke. Nebenher gebe es noch einen großen Vermietungsbereich durch Praxisvermietung und Umsätze durch Fremdgeschäfte für bestimmte Leistungen. Die Apothekenversorgung beinhaltet auch die Chemotherapie-Zubereitung für die Onkologie in Stralsund. Dies seien große Umsatzblöcke, die sich manifestiert hätten und die ein Teil der defizitären Krankenhausfinanzierung stützten. Frau Ritschel gibt eine Anmerkung zu den Tarifverträgen. 2011 habe man den Tarifvertrag aus dem Konzerntarif abgekoppelt, weil man nicht in der Lage gewesen sei, einen Sicherstellungszuschlag zu verhandeln und durchzusetzen. Die Entgelthöhe liege deutlich unter dem bundesweiten Tarif, die für den Konzern gelten. Dies sei eine Auswirkung der Defizitfinanzierung.

Anja **Schießer** pflichtet Prof. Hahnenkamp und Dr. Düllings bei, dass Patienten in den Mittelpunkt zu stellen seien für eine zukunftsorientierte Medizin. Weiter zitiert Frau Schießer eine Pressemitteilung des deutschen Ethikrates: „Das Patientenwohl hat in Kliniken im Mittelpunkt zu stehen“. Die erste Frage richtet sich an Herrn Dr. Düllings, was er für eine Idee für ein System im ländlichem Raum habe, wenn das DRG-System im ländlichem Raum nicht wirtschaftlich arbeite. Weitere Fragen gehen an alle Experten zur Patientenorientierung/Patientenzentrierung und zu aufgeschobenen Behandlungen während der Pandemiezeit.

Uwe Borchmann nimmt Stellung zur Situation während der Pandemie. Im Bereich der Tagesklinik seien Meldungen aus den Verbänden über unzureichende Kapazitäten eingegangen. Die Einrichtung neuer Tageskliniken sei schwierig, denn die Vertreter der Krankenkassen seien oftmals die Verhinderer, die den Bedarf bezweifelten.

Dr. Josef Düllings antwortet auf die Frage von Frau Schießer. In Deutschland gebe es eine Tendenz, alles einheitlich zu regeln. Wenn man unterschiedliche Strukturen habe, brauche man auch unterschiedliche Vergütungssysteme. Nach 20 Jahren DRG-System merke man, dass es im ländlichen Bereich nicht funktioniere. Es sei nicht vernünftig, das komplette System abzuschaffen. Die Ist-Kosten-Finanzierung sei ein Ansatz, aber benötige eine Kontrolle, damit nicht mehr gemacht werde als erforderlich sei. Wenn man Cluster mache, hätten die Häuser der Grundversorgung eine Art Feuerwehrfunktion. Durch Digitalvernetzung werde entschieden, wo eine optimale

Versorgung des Patienten erfolge. Ein Clustersystem sei ein Erfahrungswert. Bei der Patientenorientierung müsse man wegen der Medikamenteninteraktion bei den Hochbetagten beginnen, denn sie könnten nicht mehr so entscheiden und benötigten oftmals Betreuer, die weitestgehend unabhängig von der Ökonomie entscheiden sollten. Dafür benötige man ein anderes Vergütungssystem. Für die Flächenversorgung/Grundversorgung sollte man eine höhere Vorhaltekomponekte einbauen. Man müsse proaktiv politisch handeln. Dies sei ein Gewinn dieser Enquete-Kommission.

Uwe **Borchmann** möchte die Bedarfsfragen zur Erläuterung an Frau Petau weitergeben. Das Problem der Reaktion auf den Bedarf liege darin, dass investive Mittel erforderlich würden. Dieser Bedarf müsse nachgewiesen werden. Aus Sicht der Patienten dauere der Prozess zu lange.

Monika Petau (Krankenhausgesellschaft M-V e. V., Leiterin Ref. III - Planung) führt aus, dass sehr viele Tageskliniken in M-V etabliert seien, auch die Anzahl der Plätze habe sich in den vergangenen Jahren erhöht. Zeigen etablierte Tageskliniken eine hohe Auslastung über ein Jahr, gebe es kein Problem damit, eine Genehmigung für zusätzliche Kapazitäten zu bekommen. Die Schwierigkeiten, neue Tageskliniken zu etablieren, zeigt sie am Beispiel der „Nachtlinik“ für Schlafmedizin in Schwerin. Die Kostenträger seien der Meinung, dass diese Leistungen ambulant erbracht werden könnten. Ein Interesse der Patienten an der Etablierung einer Tagesklinik verneinen die Kostenträger mit dem Hinweis auf ein ambulantes Angebot in M-V. Ein weiteres Beispiel sei die Etablierung von Tageskliniken für Kinder- und Jugendmedizin. Dies sei eine Lösung aus der Not heraus, um dem Ärztemangel und dem Pflegemangel entgegenzutreten und um überhaupt noch eine Versorgung der Kinder und Jugendlichen im Land zu haben. Frau Petau weist auf das IGES-Gutachten hin. 2015 habe der Gutachter sehr deutlich dargestellt, wie die demografische Entwicklung auf die Kinder- und Jugendmedizin Einfluss habe. Man müsse eine Lösung im Interesse der Patienten finden.

Uwe Borchmann knüpft an den Beitrag von Frau Petau an, dass eine entscheidende Zahl von einem Jahr genannt worden sei. Genau ein Jahr sei der Nachweis einer Überauslastung an vorhandenen Tagesplätzen, um zusätzliche Tagesplätze bei

bestehenden Tageskliniken durchzusetzen. Herr Borchmann habe den Wunsch nach schnelleren Reaktionszeiten, um neue tagesklinische Angebote zu schaffen.

Vors. **Jörg Heydorn** erinnert an die Frage von Frau Schießler nach der Patientenorientierung.

Anja Schießler entgegnet als Nachtrag, dass nicht nur die Patientenorientierung die Frage gewesen sei, sondern auch der Aspekt der aufgeschobenen Behandlungen (Bugwelle).

Johannes Rasche führt zur „Bugwelle“ aus, dass elektive OPs mit Blick auf das Vorhalten von Kapazitäten zeitlich nach hinten verschoben worden seien. Dies sei aber nicht sonderlich ausgeprägt gewesen. Aufgrund des zeitnahen Wiederanlaufens des anzustrebenden Regelbetriebes unter dem Hygienekonzept habe eine relative OP-Kapazität wieder erreicht werden können. Während der Pandemie habe es ein großes Problem mit der Überzeugungsarbeit in der Öffentlichkeit gegeben, weil die Notaufnahmen bewusst gemieden werden. Dadurch werden Indikationen komplexer und Behandlungen von Krankheitsbildern unter höherem Aufwand versorgt. Bei der Patientenzentrierung sei die Frage, ob die Alternative zur stationären Versorgung immer ambulant oder die Alternative zu ambulant per se stationär sei. In der Palliativ-Versorgung könne man Leistungen in tagesklinische Strukturen zentrieren, damit der Patient seine Häuslichkeit nicht verlassen müsse. Die Diskussion müsse dahingehen, was der Patient benötige, denn das sei der Gegenstand des täglichen Tuns. Bei Kliniken in privater Trägerschaft folgten wirtschaftlichen Fragestellungen den der Qualitätsfragen.

Jan Weyer zeigt auf, dass es in seiner Klinik eine Warteliste gegeben habe. Man habe Betten freihalten müssen für erwartete Corona Patienten. Möglichkeiten der räumlichen Trennung in kleinen Häusern seien schwierig, so dass die Zimmer mit weniger Patienten belegt werden konnten und die volle Kapazität nicht zur Verfügung stünde. Zum Thema Patientenorientierung verweist er auf die Weiße Liste 2020 und auf die Weiterempfehlungsrate, wobei die Krankenhäuser in M-V im Bundesdurchschnitt bei 81 % (KH Grevesmühlen 88 %; KH Grimmen 91 %; KH Neustrelitz 91; KH Teterow 90 %) lägen.

Silke Ritschel möchte sich dem Statement von Herrn Rasche anschließen. Das Sana Krankenhaus leide an der Verknappung der Kapazitäten durch die festgelegten Abstandsregelungen. Sollte es ab dem 01.10.2020 den Rettungsschirm nicht mehr geben, müsse man eine Normalität herbeiführen. Für die Akutversorgung habe es im Rahmen der Pandemie keine Kapazitätsengpässe gegeben. Der Patient stehe immer im Mittelpunkt und dafür gebe es seit Jahren ein ausgeprägtes Qualitätsmanagement. Das Krankenhaus lasse sich regelmäßig extern zertifizieren. Dies sei ein professioneller Umgang mit diesem Thema. Die finanziellen Rahmenbedingungen würden vom Arbeitgeber vorgegeben. Der Niedergang im DRG-Systems erfolge von einem krankenhausindividuellen Budget zu einem landesweiten einheitlichen Preissystem.

Kai Firneisen möchte sich der Aussage von Herrn Rasche anschließen. In Demmin habe es keine größeren Engpässe gegeben. Es seien weniger Herzinfarkte aufgetreten. Zur Ermittlung der Patientenzufriedenheit habe man Fragebögen für alle Patienten verteilt, die auch ausgewertet worden seien. Das Krankenhaus Demmin biete Selbsthilfegruppen, wie u. a. der Rheumaliga, kostenlose Räumlichkeiten an.

Prof. Dr. Klaus Hahnenkamp zeigt auf, dass an der Universitätsmedizin Greifswald weniger erreicht worden sei, als gehofft. An Herrn Dr. Jess gerichtet, bemerkt Prof. Hahnenkamp, dass es zu Beginn der Corona-Krise ein unglaubliches Arbeitsaufkommen gegeben habe. Man habe Doppelstrukturen, wie Personal und räumliche Doppelstrukturen, vorhalten müssen. Das Uniklinikum Greifswald befinde sich im Abarbeiten einer Krisensituation.

Marie le Claire möchte in Bezug auf die Patientenorientierung auf das Beispiel Dänemark eingehen. Dänemark habe seinen Fokus auf die Patienten- und Regionsorientierung gelegt. Wenn ein Patient mit dem Krankenwagen komme, habe das Krankenhaus bereits die Daten über alle Behandlungsabläufe, die vorher vorhanden gewesen seien. Es gebe über alles Informationen, wie Mehrfachmedikationen und Ambulanz- und Krankenhausaufenthalte in einem Cluster einer Region. Dadurch erfolge ein Datenaustausch, der Patient werde versorgt und komme dann in die Region, die festgesetzt sei. Der Patient erhalte die beste Versorgungsstruktur. Dies habe dem Nebeneffekt geführt, dass weniger

Krankenhausstandorte in Dänemark vorhanden seien. Hier höre die Patientenfokussierung an der Krankenhausgrenze auf. Wegen fehlender ambulanter Versorgungsstruktur könne man die Patienten nicht übergreifend versorgen. Frau Le Claire werbe dafür, in der Clusterstruktur übergreifend auch den Rettungsdienst miteinzubeziehen.

Prof. Dr. Christian Schmidt beschreibt die Situation während des Krisenmodus in der Universitätsklinik Rostock. Alle Notfälle und Tumor-OPs seien durchgeführt worden. Bei einem Klinikum mit überregionaler Versorgungsrelevanz für das gesamte Bundesland sei der Ablauf durch die Krise fast gar nicht betroffen gewesen. Es habe kaum Bettenabbau oder Patientendruck gegeben. Elektive Eingriffe würden an Wochenenden mit abgearbeitet. Der Krankenhausplan NRW zeige zusätzliche Vorgaben zum G-BA, um eine Leistungskonzentration für bestimmte Eingriffe zu bekommen. Die Studienlage zeige eine Variation bei den Fallzahlen, Leistungsgeschehen und Qualität. Die Studie aus dem British Medical Journal (2017) zeige, wonach eine Behandlung von weniger als 40 Herzinfarkten pro Jahr eine 30 %-ig höhere Mortalität hätte. Würden weniger als 30 Kolonrektalkarzinome pro Jahr operiert werden, ergäbe es nur eine 25 %-ige Qualität. In Köln gebe es ein Zentrum für integrierte Onkologie (ZIO), das durch vier Unikliniken zusammen mit den umliegenden Krankenhäusern betrieben werde. Dort erfolge die Behandlung der Patienten von den Kollegen, obwohl es weniger Fallzahlen in den Häusern gebe und nur die Hälfte der Patienten eine Mortalität aufweise. Dies sei ein Versorgungsmodell, mit dem man die Qualität, die Wirtschaftlichkeit und die Fallzahl vereinen könne. Dies solle als Impuls für diese Kommission dienen. Zur Patientenorientierung unter Corona-Bedingungen gebe es schwierigere Verhältnisse, wie z.B. Bettensperrungen und das Vorhalten von Intensivbetten. Jede Klinik müsse selber vertreten, welche Patienten vorrangig behandelt würden müssen und welche nicht. Es gehe nach medizinischer Indikation und Notwendigkeit.

Abg. **Maika Friemann-Jennert** regt an, dass man in der Enquete-Kommission nicht nur über den wirtschaftlichen Teil der medizinischen Versorgung spreche, sondern wie man den Patienten mit einbeziehen könne. Sie stellt eine Frage an Herrn Dr. Düllings und Herrn Borchmann zum DRG-System und ob es einen Vorschlag gebe, was man an der Fallpauschale für ein Flächenland ändern könnte.

Vors. **Jörg Heydorn** verabschiedet Prof. Hahnenkamp.

Dr. Josef Düllings beschäftige sich schon seit Jahren mit den Krankenhäusern. Alle 5 Jahre habe es eine stufenförmige Veränderung gegeben. In den 90er Jahren habe es die Einführung der Leistungsentgelte und Fallpauschalen gegeben, die abgezogen worden seien. Das Restbudget habe dann 2/3 betragen. Nachfolgend habe es das DRG-System gegeben. 2011 unter Gesundheitsminister Daniel Bahr sei das GKV-Finanzierungsgesetz in Kraft getreten. In dieser Zeit sei der Überschuss bei den Krankenkassen und das Defizit bei den Krankenhäusern gestiegen. Mit dem Krankenhausstrukturgesetz habe es eine Ist-Kostenfinanzierung für Hygienefachkräfte und die Abkopplung des Pflegebudgets gegeben. Nun überlege man, ob auch der ärztliche Dienst in eine Ist-Kostenfinanzierung überführt werden solle. Nach der Bundestagswahl 2021 werde man die Krankenhäuser mit den Ideen von Herrn Prof. Dr. Busse traktieren. Für eine Flächenversorgung könne man sich eine Vorhaltekomponente vorstellen, die so ausgestaltet sei, dass Krankenhäuser nicht in die Insolvenz gingen, wenn es Leistungsschwankungen gebe. Die Clusterentwicklung sei charmant für Patienten, führe aber zur Entkernung von Abteilungen. Herr Dr. Düllings erläutere dies am Beispiel der Behandlung von Brustkrebspatientinnen. In NRW habe es 250 Frauenkliniken gegeben, die Brustkrebspatientinnen operierten mit 20-30 Fällen. Durch das Land habe es die Einführung eines Brustkrebszentrums gegeben, mit der Folge der Entkernung von kleineren Kliniken. Die Leistungen seien auf die größeren Kliniken übertragen worden.

Uwe Borchmann merke an, dass man kein ursprüngliches DRG-System mehr habe. Es habe einen Grund gegeben, aus einem Ist-Kosten-System auszusteigen, nämlich einen Fehlanreiz. Er habe sich in entsprechenden Fachgruppen für eine Basisfinanzierung innerhalb des DRG-Systems eingesetzt. Diese sehe die Finanzierung eines großen Teils der Sockelkosten und eine adjustierte, mit der steigenden Menge sinkende Finanzierung vor. Das vorhandene Problem seien die vielen Eingriffe im bestehenden System (z.B. Pflegebudget, Kinder- und Jugendmedizin). Dies führe zur Aufteilung der Kosten/Abrechnungen in einem Krankenhaus. Die Folge sei eine mengenadjustierte Degression bei einzelnen Leistungen. Weitere Eingriffe ins Primärsystem seien Qualitätszuschläge für bestimmte Leistungen und Kürzungen über die virtuellen Unterschreitungsversuche

von Verweildauern. Man benötige die Konsequenz und Stringenz eines Systems, das die Versorgung grundsätzlich durch eine Sockelfinanzierung, einen Mengen- und Schweregrad und eine besondere leistungsorientierte Zusatzkomponente sichere.

Henning **Kutzbach** hat eine Frage zum DRG-System. Er habe in den Stellungnahmen der Krankenhäuser gesehen, dass aus der DRG-Finanzierung auch Investitionen finanziert würden. Wenn das Geld nicht reiche, um Behandlungen an sich zu finanzieren, sei fraglich, warum noch Geld für die Finanzierung von Investitionen übrig sei. Die Idee der Versorgungsregionen (Cluster) sei eine gute. Es sollte das Budget aus den einzelnen Krankenhäusern aus dem jeweiligen Cluster zusammengefügt werden, um ein vernünftiges Leistungsgeschehen für die einzelnen Häuser daraus ableiten zu können, damit alle finanziell gut dastünden. An Herrn Borchmann sei die Frage zu den GBA Richtlinien gerichtet. Eine gute Qualität könne nur ab einer Fallzahl von 100 gewährleistet werden. Dies hätte man nur bei drei Krankenhäusern in M-V. Wenn es Landesregelungen mit abweichenden Fallzahlen gäbe, um 4 oder 5 Krankenhäuser zu erhalten, würde man der Bevölkerung suggerieren, diese sei weniger wert, wenn sie auf dem Lande lebe, wo nur eine Fallzahl von beispielsweise 75 erreicht werde. Wenn man die Leistungen gar nicht bringen könne, müsse der Patient in angrenzenden Bundesländern versorgt werden.

Vors. **Jörg Heydorn** möchte zum Thema Regionalbudget eine Ergänzung geben. Er frage sich, ob es das Capitation-Modell in Deutschland überhaupt gebe. Dies sei ein regionales Budget, das für die Versorgung der dort ansässigen Bevölkerung zur Verfügung stehe und wie in Spanien die Gesundheitsversorgung möglichst komplett absichere. Das Capitation-Modell habe den Vorteil, dass diese Struktur eine Zusammenarbeit ermögliche. Wenn man ein regionales Budget zur Verfügung stelle, müsse es gesteuert und gewährleistet werden, dass die Teilnehmer in diesem System adäquat beteiligt und finanziert werden.

Uwe Borchmann erklärt, dass er in der Summe keine schlechtere Qualität für M-V haben wolle. Es sei differenzierter. Bei vielen Behandlungen habe man eine gewisse Erreichbarkeit als notwendiges Erfolgskriterium. Die Qualität solle für jeden Einzelnen gegeben sein. Es sei unrealistisch zu sagen, man wolle die maximal mögliche Qualität für jeden Einzelnen in unserem Bundesland an jeder Stelle gewährleisten. Der

Kompromiss, den man eingehen könne, wäre, die Einzelleistungsqualität im Verhältnis zur Frage der Erreichbarkeit zu sehen. Es werde kritisch bei Leistungen, die eine Sofortversorgung in unmittelbarer Erreichbarkeit brauchten und wie häufig und wie weit man für elektive Leistungen Wege zurücklegen müsse. Dies sei eine Frage der Politik unter Einbeziehung der Wissenschaft. Zu klären sei, wie viel man an der Mindestmenge nachlassen könne und wie viel Qualitätseinschränkungen man in Kauf nehmen müsse, um die Leistungen zu erhalten. In M-V sei man derzeit nicht in der Lage, ein Herzzentrum nach G-BA-Kriterien abzubilden. Nach Aussage des G-BA werde nur ein Krankenhausstandort benötigt. Man könne es in Kooperation an zwei Krankenhausstandorten gemeinsam erbringen. Dafür gebe es keinen Zuschlag. Die zweite Kritik sei, dass die Erreichbarkeit und die Vorhaltung des öffentlichen Gutes Gesundheit bisher in der Qualitätsdiskussion keine Rolle spielten. Das Maß zwischen Qualität und Erreichbarkeit sei nicht Bestandteil der Studien. Die Nachbetreuung von Eingriffen trage maßgeblich zur Qualität bei. Auch hier stelle sich die Frage der Erreichbarkeit. Herr Borchmann könne sich grundsätzlich ein Regionalbudget vorstellen. Private Träger könnten Gewinne erzielen, die in einem gewissen Maß innerhalb einer Region steuerbar seien.

Abg. **Prof. Dr. Ralph Weber** stellt aus den Redebeiträgen fest, dass alle 37 vorhandenen Krankenhäuser versorgungsnotwendig seien und erhalten bleiben sollten. Das Krankenhaus lebe von der Zahl der Abteilungen, die es betreibe. Es schreite eine Skelettierung der kleinen Häuser durch die Maximalversorger fort, so dass am Ende nur noch eine Hülse übrigbleibe. In einem Cluster blieben die kleinen Häuser weiter auf der Strecke. Durch einen Sicherstellungszuschlag könnten die kleinen Häuser nur aus Hülle bestehend überleben oder die Zentren der Maximalversorger unterstützten die Spezialisierung der kleinen Häuser. Sei es so gedacht, oder wollen die Maximalversorger alle Leistungen behalten.

Prof. Dr. Christian Schmidt gibt an, dass es in Holland keinen niedergelassenen Facharzt mehr gebe. Die Fachärzte seien alle am Krankenhaus in einem Ärztezentrum tätig, wo das gesamte ambulante Geschäft abgearbeitet werde. In regionalen Clustern habe es Funktionsteilung gegeben. Es gebe eine Grundversorgung in der Region aus Chirurgie und Innere, so dass das Notfallgeschäft mit abgebildet werden könnte. Einige Kliniken arbeiteten in Verbänden. So gebe es eine Klinik nur für Endoprotetik

mit einer hohen Fallzahl, in der die Ärzte rotierten, wodurch eine hohe Qualität erreicht werde. Man müsse sich die Ausstattung in den Clustern ansehen, ob man einen Spezialversorger mitanbieten könne. In den Maximalversorgern solle das Maximal- und Supermaximalgeschäft vorgehalten werden. Von den 37 Krankenhäusern seien 90 % in privater Trägerschaft. Diese könnten nur über Konzernzentralen entscheiden. Da sei es schwierig, mit jedem Haus einzeln zu verhandeln.

Vors. **Jörg Heydorn** greift nochmal das Beispiel Holland auf. Die Unimedizin in Holland biete keine Grund- und Regelversorgung an, sondern konzentriere sich nur auf Spitzenmedizin. Die Grund- und Regelversorgung laufe an anderen Häusern. Er merkt an, dass die geriatrische Versorgung zu wenig angesprochen werde.

Dr. Josef Düllings erläutert die Entwicklungsphasen bis hin zu den DRGs. Bis Ende der Konvergenzphase 2010 seien die Krankenhäuser voll in die Menge gegangen, wodurch viele Investitionen getätigt worden seien. Etwa 3 Jahre später habe es unter Mitwirkung der Krankenkassen Veränderungen gegeben. Das sei die Phase der Roten Zahlen (Gesetzgebung Rühr) gewesen. Durch die Krankenkassen sei der MDK gekommen und haben dann 3 % abgezogen. Bei 100 Mrd. Umsatz gingen 3 Mrd. an die Krankenkassen. Das KKO (katholische Krankenhaus Oberhausen) habe in Insolvenz gehen müssen. Dieses habe keine Prüfquote von 42 % gehabt. Dann erhalte man nicht mehr die Erlöse für die vor 5 Jahren getätigten Investitionen und habe Abschreibungen in der Bilanz, die man darstellen müsse. Bei 180 Mrd. Umsatz im Jahr fange man jedes Jahr mit 2 Mio. Miese an. Das müsse man erstmal ausgleichen. Zusätzlich müsse man einen Überschuss schaffen, wenn noch für Investitionen bezahlt werden müsse. Sehr viele Kliniken investierten nicht mehr aus den Fallpauschalen. Auch die Quersubventionierungen über diese 25 % seien nicht dazu gedacht, Fallpauschalen quer zu subventionieren. Diese müssten aus sich heraus deckungsgleich sein. Herr Dr. Düllings habe ein Buch geschrieben „Platt durch Rabatt“. Es gebe 5 bis 7 Mechanismen, die die Krankenhäuser in die Mangel nähmen. Der politische Wille in Deutschland sei die Reduzierung der Krankenhausstandorte. Man schaue nicht auf die Gegebenheiten der Bundesländer. Bei weiterer Forcierung würden die Flächenländer wieder hinten runterfallen und man würde nicht die Bereinigung bekommen, die man in den Ballungszentren möchte.

Uwe Borchmann erklärt, dass das Schließen einer Geburtsklinik unter Wirtschafts- und Qualitätsaspekten möglich sei, wenn die nächstliegende Geburtsklinik erreichbar sei. Die Situation sei in unserem Bundesland nicht überall gleich. Die Cluster könnten zur Qualitätssteigerung führen durch Planung und Verschiebung der Leistungen. Man könne in der Planungshoheit mit den Beteiligten (auch privater Träger) in einem Cluster sprechen. Dieses müsse moderiert werden. Das könne Krankenhausplanung bei guter Ausstattung der Fachabteilungen im Ministerium leisten.

Johannes Rasche erläutert, dass die Grundlage für die DRG-Kalkulation die InEK-Kalkulationshäuser seien. Den Kalkulationen unterlägen alle Kliniken und alle Träger seien vertreten. Es obliege dem unternehmerischen Geschick, erforderliche Investitionen, die durch Investitionslücken nicht zu schließen seien, durch paritätische Investitionsfinanzierung zu subventionieren. Bei der Finalisierung der Budgetverhandlungen sei ein klassischer Nebensatz, der unternehmerisch nicht unerheblich sei, dass seitens der Krankenkasse der Verzicht auf Mindererlösausgleich komme. Man müsse auf den Punkt sagen, wie viele Patienten man in einem Jahr behandle. Durch Mehrbehandlung als der prognostizierten Voraussage kämen seitens der Krankenkassen eine Reduktion der Kosten mit der Begründung, die Fixkosten seien gedeckt. Für den Fall der geringeren Behandlung von Patienten kämen die Krankenkassen mit dem unterschriebenen Mindererlösausgleichsverzicht. Dadurch müsse man wirtschaftlich agieren und Lücken schließen.

Jan Weyer meint, dass es für Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung eine extrem spannende Herausforderung sei. Das Krankenhaus Neustrelitz habe eine Abschreibung der Eigenmittel von 800.000 Euro und das Krankenhaus Grevesmühlen von 350.000 Euro. Dies seien Beträge von Investitionen der Eigenmittel, die refinanziert werden müssten.

Silke Ritschel erwidert, dass am Sana Krankenhaus Kreditlasten innerhalb des Konzerns für die Refinanzierung der Eigenanteile liefen und diese nicht aus den DRG-Erlösen erfolge. Alle Fördermittel aus dem Landeshaushalt seien Festbetragsförderungen und ein Eigenanteil des Hauses werde erwartet. Es müssten die Fördermittel weiter angehoben werden, um nicht über andere Einnahmen eine Querfinanzierung tätigen zu müssen.

Kai Firneisen sagt, dass sich das Kreiskrankenhaus Demmin derzeit nicht in der Wirtschaftlichkeitszone befinde und keine schwarzen Zahlen schreibe. Der Grund sei das Herzkatheter Labor, das Fixkostenregressionsabschläge von 4 Mio. Euro in drei Jahren an die Krankenkassen zahle. Die Finanzierung von Investitionen laufe über Kredite, da die Pauschalfördermittel nicht ausreichten.

Dr. Andreas Oling möchte sich auf die Ausführung des Herrn Borchmann beziehen. In den Krankenhäusern im Land seien derzeit 300 Arztstellen nicht besetzt. Trotzdem könne man die ambulante Versorgung sicherstellen. Die Frage sei, woher das Personal komme sowie wie man postuliere, dass es im niedergelassenen Bereich einen Bedarf gebe, wenn es fast keine freien Planstellen in der fachärztlichen Versorgung gebe.

Uwe Borchmann erwidert auf die Fachkräftefrage. In Krankenhäusern erbringe man einen Teil an Leistungen mit Bestandpersonal ohne Bezahlung. Durch Wegfall der doppelten Facharztschiene werde es zu Personalfreisetzung kommen. Es gebe einen Vorrang des niedergelassenen Bereiches vor der Behandlung im Krankenhaus. Der Krankenhausarzt könnte den ambulanten Bereich mitmachen, andersherum sei es schwierig. Zum Thema, es gebe keinen Bedarf bei den niedergelassenen Fachärzten, erläutert Herr Borchmann eine Situation an einem Beispiel. Ein neuer Patient, der einen Facharzt benötige, bekomme keinen Termin. Somit gehe der Patient für die eigentliche ambulante Versorgung ins Krankenhaus. Das Krankenhaus habe einen Behandlungsauftrag, den es unter strafrechtlicher Relevanz nicht ablehnen dürfe. Für diese Behandlung bekomme das Krankenhaus keine Bezahlung. Herr Borchmann geht auf die belegärztliche Versorgung ein. Es gebe viele Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten, die im Krankenhaus operative und diagnostische Leistungen erbrächten. Die aktuelle Strafrechtseinführung habe zu einer Restriktion geführt. Krankenhausträger hätten mit Einführung des Gesetzes alle Kooperationsvereinbarungen gekündigt. Die Krankenhäuser seien grundsätzlich offen für den niedergelassenen Bereich. Die Kinderversorgung in Bergen habe gemeinsam mit niedergelassenen Ärzten ein Bereitschaftssystem, um die nächtliche Rufbereitschaft abzusichern.

Dr. Josef Düllings kritisiert das KV-System. Es gebe 10 Mio. ambulante Fälle, die im Krankenhaus behandelt würden. Diese müssten nach 75 SGB V vollumfänglich durch Bereitschaftsdienstpraxen versorgt werden. Das KV-System sei auch für niedergelassene Ärzte an vielen Stellen restriktiv.

Abg. **Torsten Koplín** möchte von Prof. Schmidt und Herrn Borchmann zum Thema G-BA wissen, welche Chancen man für M-V habe, zu konzipieren und Mengenvorgaben zu definieren, wenn die Bestimmungen vom Bund komme und das Bundesland keinen Einfluss habe.

Johannes Rasche äußert sich zu den Mindestmengen und der Qualität. Die vorgegebenen Mindestmengen könnten nicht alleine die Qualitätsfrage beantworten. Man müsse unternehmenseigene Mindestmengen auf den Weg bringen. Im Qualitätsdiskurs solle man nicht nur über die Menge sprechen, sondern müsse die Daten von den Kostenträgern nutzen, um Informationen zu erhalten, wenn wegen gleicher Indikation an anderer Stelle wieder operiert werden müsse. Nur so könne man Evaluation sicherstellen.

Vors. **Jörg Heydorn** spricht die Themen Finanzierung der Telemedizin und Nachversorgungsmöglichkeiten an und fragt, wie man die Telemedizin regelhafter finanziert bekomme. In den Stellungnahmen finde man die Kritik an fehlenden Nachversorgungsmöglichkeiten und erkundigt sich nach Lösungsvorschlägen für die Kurzzeitpflege. An Herrn Weyer richtet er die Frage nach dem Abschluss eines Tarifvertrages, weil das DRK es verweigere, Gespräche mit der Gewerkschaft und der Belegschaft zu führen.

Jan Weyer erwidert, dass der Tarifvertrag nicht in diese Runde gehöre. Man habe ein hohes Interesse, die Mitarbeiter vernünftig zu bezahlen. Probleme mit dem Fachkräftemangel habe man dort, wo Tarifverträge vorhanden seien.

Prof. Dr. Christian Schmidt möchte auf die Zentralisierung von Leistungen eingehen. Bei der Steuerung im Cluster werde man, was bestimmte Leistungen angehe, nicht weiterkommen. Über den Paragraph 2 Abs. 4 des Krankenhausentgeltgesetzes habe man die Möglichkeit, über Zentrumstrukturen zu reden. Bei Ausweisung der

pädiatrischen Abteilung in ein Zentrum müssten alle umliegenden Krankenhäuser und die niedergelassenen Ärzte eines Clusters bei der telemedizinischen Versorgung 24/7 unterstützen. Eine Art von telemedizinischer Abrechnungsmöglichkeit für Krankenhäuser müsse geschaffen werden. Dies gebe es schon für den niedergelassenen Bereich. Die Öffnung der Krankenhäuser für bestimmte Aufgaben im ambulanten Bereich seien über Zentrumsstrukturen möglich. Das Krankenhauszukunftsgesetz biete Möglichkeiten, infrastrukturelle Maßnahmen zu beantragen und Technik vor Ort zu haben. Zum Thema Nachversorgung und Kurzzeitpflege verweist Prof. Schmidt auf das ZIO Köln. Für dieses Zentrum gebe es als Nachsorgekliniken kleine Kliniken auf dem Lande. Hier erfolge die komplette Nachsorge mit einer Abrechnung dafür.

Vors. **Jörg Heydorn** fragt speziell zur Kurzzeitpflege bei geriatrischer Versorgung nach. Über die DRG sei die Krankenhausaufenthaltsdauer reglementiert, die aber nicht ausreichen könnte.

Dr. Josef Düllings erwidert, in NRW habe es Modellprojekte zur Kurzzeitpflege am Krankenhaus gegeben, die in die Regelversorgung übernommen werden sollten.

Johannes Rasche bejaht die Frage und erklärt, dass derzeit am Krankenhaus Stralsund die Möglichkeit bestehe, Kurzzeitpflege am Haus vorzuhalten, um die Einrichtungen mit Blick auf die Covid-Thematik zu entlasten. Er spreche sich dafür aus, diese Möglichkeit weiterhin zu behalten, weil es so eine nahtlose Anschlussversorgung gebe. Die Alternative dazu sei eine längere Verweildauer in der Klinik, was mit Blick auf den MDK nicht mitfinanziert werde.

Uwe Borchmann antwortet auf die Frage des Abg. Koplitz zum GBA. Mecklenburg-Vorpommern sei nicht das einzige Bundesland, das als Flächenland Probleme mit den GBA-Richtlinien habe. Die Hoheit des GBA gehe nur soweit, wie der Bundesgesetzgeber sie durch die Regelung des SGB V zulasse. Man habe Einflussmöglichkeiten über eine Länderinitiative über den Bundesrat. In M-V habe man pädiatrische Zentren geschaffen, deren Aufgabe die Versorgung in der Fläche sei. Da das Zentrum kein Zentrum nach G-BA Definition sei, erhalte man keinen Zuschlag dafür. Wenn man in M-V einen eigenen Zuschlag möchte, führe das zur Absenkung

des Landesbasisfallwertes und somit zur Minderung der Vergütung aller anderen Leistungen der Häuser. Für die Telemedizin gebe es Finanzierungsfonds. In anderen Bundesländern (Bayern, Sachsen) habe es Modellprojekte (Bsp. Telestroke) mit den Krankenkassen zur Anschubfinanzierung gegeben, die in die Regelversorgung und das DRG-System überführt worden seien. Herr Borchmann könne sich eine Finanzierung zwischen den Häusern durch Verträge vorstellen, die es einem Krankenhaus als Nutzer der Telemedizin ermögliche, eine gewisse Vergütung an den Anbieter zu zahlen.

Vors. **Jörg Heydorn** schließt TOP 1 und verabschiedet Herrn Dr. Düllings.

PUNKT 2 DER TAGESORDNUNG

Beschlussfassung über die Anhörung am 21.10.2020

Zu diesem Termin sollen die Patientenvertreter und Vertreter der Wissenschaft angehört werden. Für die Patientenvertretung sollen Vertreter der Selbsthilfe und Bürgerinitiativen aus Crivitz, Parchim und Wolgast eingeladen werden. Vertreter der Wissenschaft könnten Prof. Dr. Hoffmann von der Community Medicin aus Greifswald und Prof. Dr. Fleßa als Gesundheitsökonom sein. Weitere Vorschläge seien Frau Prof. Marie Luise Dierks aus Hannover (Forschung zum Thema Patientenorientierung), Herr Prof. Busse von der TU Berlin, Prof. Boris Augurzky von der Universität Duisburg/Essen und Herr Prof. Albrecht aus Dresden.

Frau **Schießer** möchte für die Patientenvertreter viele Vertreter aus relevanten Bereichen für die Anhörung mitbringen. Sie fragt an, ob man für die Wissenschaft einen Extratermin einräumen könnte.

Vors. **Jörg Heydorn** meint, dass die Lösung eine Sondersitzung sei. In einer Obleuterunde erfolge die Klärung eines Termin für eine Sondersitzung. Damit wird der TOP 2 zurückgestellt.

PUNKT 3 DER TAGESORDNUNG

Allgemeine Kommissionsangelegenheiten

Der Vorsitzende leitet zu TOP 3 über und stellt anhand eines Vortrages den Entwurf eines Krankenhauszufunftgesetzes vor. Es gehe um das Thema Digitalisierung, die an Krankenhäusern vorangebracht werden könne. Nach Aussage des Bundes sei die Digitalisierung grundsätzlich Ländersache. Als Erkenntnis aus der Coronakrise sehe man einen Investitionsbedarf in einigen Bereichen, wofür Geld zur Verfügung gestellt werden müsse. Aus dem Bundeshaushalt kämen 70 % der Summe, etwa 3 Mrd. Euro. Die restlichen 30 % müssten entweder durch das Land, das Krankenhaus oder durch eine Kombination aus beidem finanziert werden. Für Krankenhausträger, die nicht in der Lage seien, die Summe aufzubringen, gebe es den Auftrag an die KfW, ein Förderprogramm aufzulegen, um die Ko-Finanzierungsmittel im Rahmen von Eigenkapital zu ersetzen. Diese müssten zinsgünstig zur Verfügung gestellt werden. Insgesamt stünden für M-V 60 Mio. Euro aus Bundesmitteln zur Verfügung. Das Land müsse 20 Mio. Euro aufbringen. Die Verteilung erfolge von der Bundesebene aus über den Königssteiner Schlüssel. Ziel der Projekte sei, das Digitalisierungsniveau erheblich auszubauen. Weitere Ziele seien die Verbesserung der Souveränität und Selbstbestimmung der Patient*innen, langfristige Sicherstellung der Versorgungsqualität und neue Perspektiven für Mitarbeit*innen. Das Gesetz sei am 3. Juni 2020 von der Koalition beschlossen worden. Der Artikel 1 sehe eine Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vor. Der Paragraph 14a führe zu einer Einführung eines Krankenhausstrukturfonds und solle im Oktober 2020 in Kraft treten. Aus dem Bundeshaushalt würden mit Beginn des Jahres 2021 3 Mrd. Euro zur Verfügung gestellt werden und die Umsetzung erfolge über die gesetzliche Erweiterung des Krankenhausstrukturfonds. Abgezogen von den 3 Mrd. Euro werde der Aufwand des Bundesministeriums und des Bundesamtes für soziale Sicherung. Jedes Bundesland könne den nach dem Königssteiner Schlüssel (Stand: Oktober 2018) bestimmten Anteil beantragen. Für M-V seien es fast 2 %. Bereiche, für die Gelder zur Verfügung gestellt würden, seien für technische und informationstechnische Ausstattung von Notaufnahmen, Förderung von Telemedizin, Telematik und Informationssicherheit sowie Förderung von wettbewerbsrechtlich zulässigen regionalen Versorgungsangeboten. Länderübergreifende Projekte könnten gefördert

werden. Die Universitätsmedizin habe einen Anspruch auf höchstens 10 % des Fördervolumens und mindestens 15 % der gewährten Fördermittel müssten für Maßnahmen der Informationssicherheit verwendet werden. Der Projektbeginn müsse nach dem Zeitpunkt des Kabinettsbeschlusses liegen. Der Antragsteller müsse sicherstellen, dass die 30 % gewährleistet seien und das antragstellende Land müsse sich verpflichten, dass die Haushaltsmittel für die Investitionsförderung etwa dem Durchschnitt der für die vergangenen 3 Jahre ausgewiesenen Haushaltsmitteln entspreche. Die Anträge würden durch das jeweilige Krankenhaus gestellt und das Ministerium befinde über das Projekt und treffe eine Abschlussentscheidung. Die Länder könnten ab dem 02.09.2020 bis 31.12.2021 Förderanträge an das Bundesamt für Soziales stellen. Die Enquete Kommission sollte sich mit diesem Thema beschäftigen. Es sei ein aktuelles Thema, bei dem die Finanzierung der Krankenhausinvestition im digitalen Bereich eine wichtige Rolle spiele. In einer Präambel solle das große Ziel vorweggestellt werden. Das Ziel sei ein digital vernetztes Gesundheitsversorgungssystem für ganz M-V, was sektorenübergreifend und berufsübergreifend alle einbindet. Zum einen solle es eine digitalisierte Kommunikation von allen Leistungserbringern ermöglichen und die 30 % würden allen Krankenhäusern aus Landesmitteln zur Verfügung gestellt werden. Zur Zeit habe man eine Digitalisierung mit verschiedenen Anbietern von Digitalisierungsprojekten, trotzdem gebe es eine schwierige Situation in der digitalen Kommunikation durch Fehlen von geeigneten Plattformen. Man müsse eine grundsätzliche Aussage als Enquete-Kommission treffen, damit die Gelder für das Endziel "Digitale Kommunikation für M-V" eingesetzt würden. Ebenso solle eine Prüfung der Nachhaltigkeit für diese Projekte erfolgen.

Abg. **Prof. Dr. Ralph Weber** stellt die Anfrage, ob der Vortrag als Kommissionsdrucksache an alle Mitglieder der Kommission weitergegeben werden könnte.

Vors. **Jörg Heydorn** erwidert, dass es noch Zeit für eine Entscheidung über den Antrag zum Krankenhauszukunftsgesetz habe, da Antragsschluss für die Fördermittel der 31.12.2021 sei.

Uwe Borchmann fragt sich, wo die 30 % herkommen sollten. Die Bundesländer, wie Schleswig Holstein, NRW und Niedersachsen eiferten mit öffentlichen Erklärungen, dass die 30 % übernommen würden. Herr Borchmann sei sich nicht sicher, ob die beschlossene Gesetzesvorlage vorliege. Nach seiner Kenntnis sei der Beschlussstand, dass die Koalitionsfraktionen und der Bundesrat darüber befunden hätten, aber es noch keine die Beteiligung des Bundestages gebe.

Vors. **Jörg Heydorn** erwidert, dass der Beschluss im Oktober erfolgen solle.

Uwe Borchmann meint, dass die Investitionsfähigkeit der Träger in der Diskussion untergegangen sei. Die Änderung des DRG-Systems und die Ausgliederung eines wesentlichen Kostenbestandteils in die Ist-Kosten (Bsp. Pflege) führten dazu, dass die Investitionsfähigkeit der Träger massiv nachlassen werde. Der Strukturfonds 2, der eine Beteiligung der Träger vorsehe, führe zu einer defensiven Antragslage für Projekte. Der Zukunftsfonds ohne Kostenträgerbeteiligung sei eine Möglichkeit, im Bereich der Digitalisierung voranzukommen. Wenn landesseitig nicht weiter aufgestockt werde und die Träger sich nicht beteiligen könnten/wollten, verpasse man einen ganz wesentlichen Innovationsschub.

Manon Austenat-Wied ergänzt, dass Anfang Oktober die Beschlussfassung erwartet werde. Andere Bundesländer seien im Stadium der Antragsskizzen. In Sachsen-Anhalt habe es eine Veranstaltung dazu gegeben.

Vors. **Jörg Heydorn** ist der Meinung, wenn auf Bundesebene beschlossen werde, dass die 30 % von den Ländern zu erbringen seien, dann habe sich die Diskussion erledigt.

Henning Kutzbach meint, dass im Zukunftsgesetz eine Möglichkeit eines Weges der Finanzierung der Digitalisierung aufgezeigt werden müsse. Private Träger, die sich die Digitalisierung leisten könnten, würden es machen. Für kleine und mittlere Häuser sei es eher schwierig. Er begrüße es, wenn das Land eine Möglichkeit sehe, die 30 % zu finanzieren.

Vors. **Jörg Heydorn** erwidert, dass das Land das finanzieren sollte. Das Land müsse dort helfen, wo Träger nicht im Stande seien. Aber sei man auch dafür, dass das Land M-V Gelder aus der Gesundheitsversorgung für Träger bereitstelle, die Millionen für Gesellschafter herausnähmen.

Henning **Kutzbach** stellt sich die Frage, wie man herausfinde, ob ein Krankenhaus durch Unvermögen Verluste mache oder durch falsche Entscheidungen. Wie solle die Entscheidung aussehen, ob ein Krankenhaus Defizite aus der Situation oder aus kaufmännischer Arbeit heraus erwirtschaftet habe.

Vors. **Jörg Heydorn** teilt mit, dass jeder Einzelne Stellungnahmen zu dem Krankenhauszukunftsgesetz geben könne. Alle Stellungnahmen würden als Drucksache an alle Kommissionsteilnehmer gehen.

Vors. Heydorn verabschiedet die Kommissionsteilnehmer und schließt die Sitzung.

Ende der Sitzung: 19:58 Uhr

Jörg Heydorn
Vorsitzender

Ad/Sc