

## **KURZPROTOKOLL**

der 8. Sitzung der Enquete-Kommission  
„Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern“  
am Mittwoch, dem 21. Oktober 2020, 15:30 Uhr,  
in Schwerin, Schloss, Plenarsaal

Vorsitz: Abg. Jörg Heydorn

## **AUßERHALB DER TAGESORDNUNG**

- Hinweis bezüglich Livestream, Getränkeversorgung und Pause

## **TAGESORDNUNG**

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











## AUSSERHALB DER TAGESORDNUNG

### Hinweis bezüglich Livestream, Getränkeversorgung und Pause

Vors. **Jörg Heydorn** eröffnet die 8. Sitzung der Enquete-Kommission und begrüßt die Anwesenden. Er weist zunächst darauf hin, die Sitzung werde über einen Livestream übertragen. Des Weiteren informiert er über die Getränkeversorgung im Raum der Landespressekonferenz und die für die Sitzung eingeplante Pause nach Abschluss des TOP 1.

## PUNKT 1 DER TAGESORDNUNG

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

Vors. **Jörg Heydorn** leitet über zu TOP 1 und stellt die Anzuhörenden aus dem Bereich der Wissenschaft vor. Vor Ort anwesend seien das Kommissionsmitglied Prof. Dr. Steffen Fleßa (Lehrstuhlinhaber für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre und Gesundheitsmanagement an der Universität Greifswald) und Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann (Geschäftsführender Direktor im Institut für Community Medicine Greifswald und Abteilungsleiter der Versorgungsepidemiologie und Community Health). Prof. Dr. med. Reinhard Busse (Professor und Fachgebietsleiter für Management im Gesundheitswesen an der Fakultät Wirtschaft und Management der Technischen Universität Berlin), Dr. Adam Pilny (Wissenschaftler im Kompetenzbereich „Gesundheit“ im RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung e. V.) und Dr. Martin Albrecht (Geschäftsführer im Bereich Gesundheitspolitik der IGES Institut GmbH) seien per Video zugeschaltet. Frau Prof. Dr. rer. biol. hum. Marie-Luise Dierks (Medizinische Hochschule in Hannover) habe leider abgesagt und Herr Prof. Dr. med. Michael Albrecht (Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden) könne den heutigen Termin nicht wahrnehmen, habe aber für den 25. November 2020 zugesagt. Er bittet die Vortragenden, die vorgegebene Redezeit von 30 Minuten möglichst nicht zu überschreiten. Er bittet Herrn Prof. Dr. Fleßa, mit seinem Vortrag zu beginnen.

**Prof. Dr. Steffen Fleßa** (Lehrstuhlinhaber für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre und Gesundheitsmanagement an der Universität Greifswald) beschäftige sich schon seit

Längerem mit der Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen. Mecklenburg-Vorpommern bestehe überwiegend aus ländlichen Regionen. Er habe seinen Vortrag „Der Beitrag der Gesundheitsökonomik“ genannt. Das Gesundheitswesen funktioniere ohne die ökonomische Dimension nicht, wobei die Ökonomik aber immer nur eine Dimension der Realität in der Versorgung sei. Aspekte wie die Medizin, die Pflege, die Politik und die politische Struktur der Bevölkerung vor Ort spielten ebenfalls eine große Rolle. Er konzentriere sich aber auf den Bereich der Gesundheitsökonomik. Nach einer kurzen Einführung wolle er ein paar wenige Prinzipien herausgreifen, aus denen er drei Anwendungsbereiche ableite, nämlich die Themen Zielkonflikte, Krankenhausfinanzierung und Management. Zielkonflikte seien im Gesundheitswesen ganz normal, aber existenziell. Es gehe immer um Leben und Tod sowie um Lebensqualität. Im Gesundheitssystem herrsche Knappheit. Rettungstationen und Krankenhäuser an jeder Ecke könne man sich nicht leisten. Zielkonflikte ließen sich nur durch Innovationen und Veränderungen mildern. Innovation beginne nicht in der Technik, sondern im Kopf. Alte Paradigmen müssten über Bord geworfen werden. Mecklenburg-Vorpommern sei durch viel Land und weite Strecken geprägt, besitze aber eine noch relativ gute Versorgung, wobei es gut und weniger gut versorgte Gebiete gebe. Distanzen auf dem Land seien deutlich größer. In Mecklenburg-Vorpommern sei ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung für den Durchschnitt der Bevölkerung noch in 15 Minuten zu erreichen. Die Frage sei, auf welche Bevölkerungsgruppe sich diese Annahme ausrichte; die 75 %, die ein Krankenhaus in unter 20 Minuten erreichten oder die 5 %, die deutlich länger bräuchten. Die Wirtschaftswissenschaften hätten sich lange Zeit auf den Durchschnitt projiziert. Im Gesundheitswesen müssten jedoch auch Maximaldistanzen berücksichtigt werden. In jeder Wissenschaft gebe es unangreifbare und diskutierbare Prinzipien. Über die sechs Grundprinzipien Fixkostendegression, Größendegression, Verbundvorteile, Übungeffekte, Distanzreibung und Komplexität lasse sich in der Wirtschaftswissenschaft kaum streiten. Die Fixkosten pro Leistungseinheiten sanken mit zunehmender Auslastung. Kleine Einheiten hätten große Probleme bei der Auslastung. Große Einheiten könnten dies besser ausgleichen und hätten damit einen betriebswirtschaftlichen Vorteil. Bezüglich der Größendegression sei eine große Einheit deutlich wirtschaftlicher als viele kleine Einheiten bei gleicher Kapazität. Verbundvorteile ergäben sich, wenn Fachabteilungen an einem Ort konzentriert würden, da die

zuliefernden Abteilungen nur einmal aufgebaut werden müssten. Zumindest in gewissen Bereichen unumstritten seien auch die Übungseffekte. Es sollten Leistungen zusammengezogen werden, um die Fallzahlen zu erhöhen. Das Hebammenwesen sei ein gutes Beispiel. Um in einem Krankenhaus durchgängig eine Hebamme vorzuhalten, müssten fünf Hebammen angestellt werden. Bei zu niedrigen Geburtenzahlen seien diese nicht ausgelastet und nicht hinreichend auf Komplikationen vorbereitet. Dem stehe der sogenannte Distanzreibungseffekt entgegen. Dieser sage aus, die Zahl der Transaktionen nehme mit zunehmender Distanz ab und komme irgendwann ganz zum Erliegen. Die Distanzreibung hänge von vielen Faktoren ab, wie von der Infrastruktur, der kulturellen und mentalen Mobilität sowie, ob die Leistung als wichtig und dringlich erachtet werde. Die Verteilung der Krankenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern erachte er als noch ziemlich gut. Er verweist auf eine Aussage, wonach alle Krankenhäuser unter 400 Betten geschlossen werden sollten. Dies würde für Mecklenburg-Vorpommern Maximaldistanzen von 108 Kilometern bis zum nächsten Krankenhaus bedeuten, was nicht hinnehmbar sei. Einerseits müsse die Konzentration mit den genannten Vorteilen praktiziert werden, andererseits müsse sichergestellt werden, dass eine flächendeckende Versorgung gegeben sei. Hinsichtlich der Komplexität des Managements der Gesundheitseinrichtungen verweist er auf ein Produktionsmodell eines Krankenhauses, bei dem interne Produktionsfaktoren mit den externen Produktionsfaktoren Betriebsmittel, Werkstoffe und Arbeit kombiniert würden. Diese Vorkombination werde wiederum mit den persönlich anwesenden Patienten kombiniert. Erst dann könne die Leistung erstellt werden. Die Notwendigkeit der persönlichen Anwesenheit des Patienten führe dazu, dass der Produktionsfaktor menschliche Arbeit von absolut zentraler Bedeutung für die Leistungserstellung sei. Die dargestellten Prinzipien wolle er nun in drei ausgewählten Bereichen anwenden, nämlich den Zielkonflikt zwischen Kosten, Qualität und Erreichbarkeit, die Krankenhausfinanzierung und das Management. Am Beispiel des Landkreises Vorpommern-Greifswald mit den drei Krankenhäusern Greifswald, Wolgast und Anklam wolle er einen Zielkonflikt erläutern und stelle dabei auf die Situation Ende 2014 ab, also vor Schließung der Abteilungen Pädiatrie und Geburtshilfe des Krankenhauses Wolgast. Es habe Gebiete gegeben, von denen aus das nächste Krankenhaus mit Pädiatrie und Geburtshilfe über 30 Minuten entfernt gewesen sei. Im Jahr 2014 hätten die drei

Krankenhäuser in den Abteilungen Pädiatrie und Geburtshilfe bei Annahme eines Vollzeitbetriebes einen Verlust in Höhe von 3,5 Millionen Euro erlitten. Die Bereitstellung dieses Angebotes in allen drei Krankenhäusern sei somit für alle Häuser defizitär gewesen. Eine Konzentration dieser Abteilungen auf das Uniklinikum Greifswald führte hingegen zu etwa 2 Millionen Euro Gewinn. Das Problem bei Schließung von Abteilungen sei dann aber die Erreichbarkeit. Dies stelle einen Zielkonflikt dar, der nicht vollständig gelöst werden könne. Was an Distanz zumutbar sei, könne nicht von der Wirtschaftswissenschaft, sondern müsse durch die Gesellschaft bestimmt werden. Ein weiterer Zielkonflikt betreffe die Qualität. Die Qualität nehme mit der Entfernung des Krankenhauses zu, da sie mit der Größe des Krankenhauses und den damit verbundenen höheren Übungseffekten steige. Auf der anderen Seite bestehe aber auch eine Transportqualität, welche mit der Entfernung abnehme. Es ergebe sich aus beiden Qualitätsfaktoren eine Gesamtqualität, die bei einem Kompromiss zwischen Krankenhaus- und Transportqualität am größten sei. Bei einem elektiven Eingriff sei die Entfernung nicht so wichtig wie bei Notfällen. Der Zielkonflikt zwischen Qualität, Erreichbarkeit und Finanzierbarkeit sei nur durch Innovationen zu überwinden. Bezüglich der Krankenhausfinanzierung sei im Laufe der Zeit bereits fast alles ausprobiert worden, von der freien Krankenhausfinanzierung über Monistik bis hin zur dualen Finanzierung verbunden mit DRGs. Die Regelungsdichte sei immer stärker gestiegen. Er kenne keinen Krankenhausverwalter, der noch alle Gesetze durchschauen könne. Das DRG-System, das seit 2010 verpflichtend gelte, beinhalte Fallpauschalen, Zusatzentgelte für ganz besondere Leistungen, Mittel für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) sowie Sicherstellungszuschläge. Die Finanzierung der NUB funktioniere nicht, da es ewig dauere, bis Innovationen als NUB anerkannt würden. Auch die Sicherstellungszuschläge seien in Mecklenburg-Vorpommern bisher kaum angewandt worden und seien in der derzeitigen Höhe von 400.000 Euro ohnehin nur ein Tropfen auf den heißen Stein. Die DRGs seien nicht grundsätzlich schlecht, mit deren Einführung habe sich nicht alles verschlechtert. Die Entwicklung der Krankenhausbetten habe sich seit dem Jahr 2005 und damit auch nach Einführung der DRGs stabilisiert. Der Bettenabbau hänge daher nicht mit den DRGs zusammen. Dies gelte auch für die Bettendichte, die Belegungstage und die Fallzahlen. Das Hauptproblem sei, dass zu wenig Geld für die Gesundheitsversorgung bereitgestellt werde. Ein anderes System, wie eine Budgetfinanzierung, könne zwar

Anreize setzen, aber nicht alle Probleme lösen. Das Problem der Knappheit werde bestehen bleiben. Personal sei der zentrale Faktor im Gesundheitswesen. Es komme auf die Qualität an, welche viel mehr als in anderen Bereichen von Persönlichkeit, Zuwendung und persönlicher Einwirkung auf den Patienten abhängt. Die Frage sei, wie Personal im Gesundheitswesen im ländlichen Raum gehalten werden könne. Eine Umfrage zwischen Pflegeschülern im 3. Lehrjahr habe ergeben, dass viele nicht lange in diesem Beruf arbeiten wollten. Hauptgründe seien die Unvereinbarkeit von Familie und Beruf, hohe Belastungen, das Betriebsklima und erst dann eine schlechte Bezahlung. Es brauche eine Veränderung in der Leitung von Krankenhäusern. Im Zentrum moderner Führung stehe die Kompetenz der Führungskraft. Diese müsse ausgebildet werden. Mitarbeitern müsse Wertschätzung entgegengebracht werden. Das Zitat von Stephen Covey, „Führung bedeutet, dem Mitarbeiter solange seinen Wert zu bestätigen, bis er danach lebt“, sei zutreffend. Ein wirksames, zugängliches, nachhaltiges und partizipatives Gesundheitswesen sei möglich, aber nur durch Innovationen. In Ruanda seien bereits vor fünf Jahren Drohnen zum Transport von Medikamenten und Blut in abgelegene Gesundheitsstationen eingesetzt worden. Dies sei ein Beispiel für funktionierende Innovation in einem der abgelegensten Ländern Afrikas. Innovation beginne immer im Denken. Dinge, die heute ganz normal seien, seien früher undenkbar gewesen. Alte Paradigmen müssten überwunden werden. So müsse nicht alles vor Ort erfolgen, eine telemedizinische Behandlung sei nicht notwendigerweise schlechter. Leistungen könnten delegiert und Sektoren überwunden werden. Gemeindegesundheitszentren definierten sich durch Leistungen und nicht durch die Bettenanzahl. Albert Einstein habe gesagt, „Die reinste Form des Wahnsinns ist es, alles beim Alten zu lassen und gleichzeitig zu hoffen, dass sich etwas ändert!“. Er sei stolz darauf, Mitglied der Enquete-Kommission sein zu dürfen, die vieles verändern wolle.

**Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann** (Geschäftsführender Direktor im Institut für Community Medicine Greifswald und Abteilungsleiter der Versorgungsepidemiologie und Community Health) weist darauf hin, die wesentlichen Probleme seien nicht das Altern, sondern die geringe Bevölkerungsdichte, die logistische Probleme bereite, die abnehmende Anzahl an Kindern und Jugendlichen als größter Effekt des demografischen Wandels sowie die zunehmende Anzahl an älteren Menschen, die häufig

mehrere Krankheiten hätten. Das System sei aber auf die Behandlung möglichst nur einer Krankheit angelegt. Die Wiederbesetzung von Arztpraxen sei in bestimmten Regionen schwierig und werde an einigen Stellen zumindest nicht vollständig gelingen. Es erfolge eine Symbolisierung und Politisierung der medizinischen Versorgung. Daseinsvorsorgeprobleme bestünden auch in anderen Bereichen. Diese sollten nicht zu Radikalisierungen, zu Maximalforderungen oder zu ganz ideologischen Argumenten führen. Im Moment gebe es in Mecklenburg-Vorpommern niemanden, der mit dem eigenen Auto länger als 20 Minuten zum nächsten Hausarzt fahren müsse. 97 % benötigten mit dem eigenen Auto sogar weniger Zeit. Das Problem bestehe darin, dass nicht jeder ein eigenes Auto zur Verfügung habe. 32 % der Menschen fuhren mit dem Bus bereits über eine Stunde zum nächsten Hausarzt, 4 % kämen mit dem Bus gar nicht zu einem Hausarzt. Beispielsweise im Gebiet Uecker-Randow müssten zum nächsten Facharzt tatsächlich weite Entfernungen zurückgelegt werden. 4 % der Menschen in Mecklenburg-Vorpommern bräuchten mit dem eigenen Auto über 20 Minuten zum nächsten Augenarzt und bei Inanspruchnahme des Busses benötigten 64 % über eine Stunde. 5 % erreichten keinen Augenarzt mit dem Bus. Bei Wegfall einiger Augenärzte verschärfe sich diese Lage noch. Seines Wissens bestehe aber keine Unterversorgung mit Augenärzten. Die Quoten seien erfüllt, die Praxen lägen nur weit auseinander. Im Moment bestehe noch kein signifikanter Zusammenhang zwischen Erreichbarkeit und Inanspruchnahme. Zum Teil gebe es aber keine verfügbaren Daten. Bei der Palliativmedizin habe definitiv ein Problem bestanden, dies sei aber nicht datentechnisch erfasst worden. Die Datenerfassung habe sich verbessert. Bei Hausärzten und Gynäkologen sei noch kein Problem nachgewiesen worden, ebenfalls nicht bei Krebsvorsorgeuntersuchungen. Dies werde sich aber im Zuge des demografischen Wandels und der damit verbundenen abnehmenden Mobilität der Gesellschaft bald ändern. Negative Einflussfaktoren für die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen seien - mehr als die Entfernung - das höhere Alter, eine niedrigere soziale Schicht, wobei bildungsfernere Schichten Ärzte schlechter erreichten, später diagnostiziert und schlechter behandelt würden, sowie das Alleinleben. Der Anteil älterer Menschen steige zunehmend, was zu Problemen in der ärztlichen Versorgung führe. Die Pflegequote werde von nun etwa 6 % bis zum Jahr 2050 auf 11 % steigen. Seit 2015/2016 gebe es weniger Pflegekräfte als freie Stellen. Im Durchschnitt dauere es 4 Monate, bis eine ausgeschriebene Pflegestelle besetzt

werden könne. Ein Lösungsansatz sei, die Pflege besser zu qualifizieren und zu diversifizieren. Die Aufgaben der Pflege müssten wieder verbreitert werden. Ein Ansatz sei die Akademisierung der Pflege. Diese sollte an den medizinischen Universitäten erfolgen, da auch die Medizinstudenten von dem frühzeitigen beruflichen Kontakt zu Pflegekräften profitierten. Gemäß den bundesgesetzlichen Regelungen sollten möglichst 10 bis 20 % der Auszubildenden der Pflege akademisch qualifiziert werden, was in Mecklenburg-Vorpommern bei weitem nicht der Fall sei. Der Bedarf an akademisch qualifizierten Pflegekräften liege im Land in Akutkrankenhäusern bei etwa 1.400 Personen und in der ambulanten und stationären Langzeitpflege bei ca. 1.200 Personen. Diesen Zahlen lägen moderne Dienstkonzepte zugrunde, bei denen bestimmte Führungsaufgaben von den Pflegekräften selber übernommen würden. Er spricht das Buch zur hochschulischen Pflegebildung in Mecklenburg-Vorpommern an. Das Thema sei bereits mehrfach im Landtag diskutiert worden und müsse nun umgesetzt werden, auch wenn es das quantitative Problem in der Pflege nicht lösen könne. Dinge müssten in regionalen Zusammenhängen gedacht werden. Es gehe nicht, mehrere Sektoren nebeneinander aufzubauen und diese völlig unabhängig voneinander zu betreiben. Man brauche koordinierte, multiprofessionelle und sektorenübergreifende Versorgungspfade für die Patienten, da diese meist mehrere verschiedenartige medizinische Leistungen benötigten. Diese arbeitsteiligen Modelle seien früher als Delegation und Substitution bezeichnet worden, seien aber eher als Koordination oder neue, vernünftige qualifikationsbasierte Arbeitsteilung zwischen den verschiedenen Berufen zu verstehen. Dies betreffe nicht nur Pflegekräfte und Ärzte, sondern auch Physio-, Ergo-, Logotherapeuten und weitere. Wichtig sei auch eine Ortsunabhängigkeit und damit die Telemedizin. Alle Lösungsansätze erforderten e-Health zum Austausch von Daten. Es würden regionale Krankenakten benötigt, in die jeder Zuständige Einsicht habe und sie weiterführen könne. Vor vielen Jahren habe dies in Mecklenburg-Vorpommern mit den AGnES-Projekten angefangen, bei denen Pflegekräfte die Patienten vor Ort behandelt hätten und nur bei Bedarf ein Arzt zugeschaltet worden sei. Seit der Gesetzesänderung aus dem Jahr 2008 dürften von Pflegekräften Leistungen auch ohne Anwesenheit eines Arztes erbracht werden. Dies funktioniere sehr gut. Jeder sollte das machen dürfen, was er könne und daher auch dürfe. Das neueste Projekt in diesem Zusammenhang sei die dementia care management-Schwester, die international sehr gut ankomme. Diese sei eigentlich eine

AGnES-Schwester, die sich auf Demenz-Versorgungsbedarfe konzentriere. Das Problem sei, dass komplexe Versorgungsbedarfe nur in der Häuslichkeit ermittelt werden könnten. Im Schnitt finde man acht unbefriedigte Versorgungsbedarfe, die der Hausarzt nicht gesehen habe. Dies liege daran, dass der Hausarzt nicht immer vor Ort sein könne. Die Pflegekraft mit der entsprechenden Qualifikation organisiere die Umsetzung des Versorgungsplanes für den Patienten mit Demenz. Dies sei eine individuelle Versorgung unter Koordination der vorhandenen und Hinzufügung der fehlenden Versorgungsangebote. Dieses Projekt habe gut funktioniert und man habe es sehr gut etablieren können. Die Patienten, die an diesem System teilnahmen, erhielten passendere Medikamente und eine schnellere Versorgung, entwickelten seltener Komplikationen, hätten eine höhere Lebensqualität und verblieben länger in der eigenen Häuslichkeit, nämlich nach zwei Jahren im Schnitt 7,5 Monate länger. Eine unplanmäßige Verlegung in ein Heim könne durch diese Unterstützung vermieden werden. Auch die Angehörigen seien weniger belastet. Personal müsse entsprechend qualifiziert werden. Dazu sei ein Curriculum entwickelt worden, welches sich in diesem Fall an Pflegefachpersonen richte. Es träten mehr Krankheiten auf, weil die Bevölkerung altere. Dies sei aber nicht das Hauptproblem. Aufgrund der Alterung erhöhten sich die neuen Krebsfälle um 10 % pro Jahr. Diese Angabe beruhe auf einer Hochrechnung für die Jahre 2014 bis 2025 für die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie. Danach lebten 150.000 Menschen mehr mit Krebs in Deutschland, da sich glücklicherweise gleichzeitig die Lebenserwartung erhöhe. Von diesen Krebspatienten wiesen jedoch fast alle noch weitere Krankheiten auf. So gebe es eine Zunahme von Menschen mit Krebs und Demenz. In der Größenordnung werfe dies völlig neue Versorgungsprobleme für die einzelnen Krankheiten auf. Man könne nicht immer sagen, welche Krankheit im Vordergrund stehe. Teilweise widersprächen sich die Therapien der unterschiedlichen Krankheiten auch. Abwägungsprozesse müssten zum Teil in Konferenzen stattfinden. Prof. Dr. med. Hoffmann halte regelmäßig Tumorkonferenzen ab. Evaluationen hätten gezeigt, dass die organisierte Krebsbehandlung vorteilhaft für die Krebspatienten sei. Für Demenz oder Diabetes mellitus gebe es noch keine Konferenzen. In Greifswald hätten Demenzpatienten im Schnitt 8,4 Krankheiten. Es gebe keine hilfreichen Leitlinien zur Behandlung dieser Patienten. Hier sei oft eine individuelle und gemeinsame Herangehensweise gefragt. In der Geriatrie sei die Heilung nicht das Ziel. Auch die wenigsten Demenzpatienten

würden wieder gesundwerden. Dies träfe auch für die Hälfte der Krebspatienten zu. Das Therapieziel sei dann, die Autonomie und soziale Teilhabe so lange wie möglich zu erhalten. Dieses Thema werde immer bedeutender und sei auf den ersten Blick nicht sehr medizinisch. Um Schmerzen und Symptome zu bekämpfen, gehe es für Ärzte oft darum, Patienten zu unterstützen und zu beraten sowie Angehörige auszubilden und zu unterstützen. Für die Verbesserung der selbständigen Versorgung in der Häuslichkeit seien ganz andere Professionen wichtig, z. B. die Ergotherapie. Auch das soziale Netz der Betroffenen sei aufgrund der Einschränkungen häufig problematisch. Die geriatrische Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern sei übersichtlich und es gebe an vielen Stellen offene Bedarfe. In der Geriatrie sei die Kommunikation der beteiligten Akteure essentiell, jedoch sehr schwierig. Fast alle auftretenden Versorgungsprobleme seien Probleme der Kommunikation und fußen auf Informationsverlusten an Schnittstellen. Eine regionale Fallakte sei zu befürworten und Skeptikern werde dies begründet werden. Die behandelnden Akteure eines Patienten müssten sehen, was jeder andere gemacht habe. Dementsprechend seien die Informationen zu strukturieren. In einem Pilotprojekt zum berufsgruppenübergreifenden Austausch von Behandlungsdaten in einem eHealth-gestützten geriatrischen Netz sei dies untersucht worden. In kurzer Zeit habe es bei den Beteiligten eine große Akzeptanz und Vorteile für die Patienten gegeben. Denn es habe keine doppelten Leistungen oder Lücken gegeben, die normalerweise das Problem seien. In dem Projekt gehe es auch um Unterstützung der Entlassplanung. Ihm sei kein Krankenhaus in Mecklenburg-Vorpommern bekannt, welches eine direkte Datenschnittstelle mit einer niedergelassenen Einrichtung habe. Dies wäre jedoch im Hinblick auf eine Entlassung aus dem Krankenhaus zu begrüßen. Nötig sei eine bessere Information des Hausarztes und der anderen Behandelnden. Auf einer eHealth-Plattform könnten Informationen dokumentiert und leicht verwendet werden. Dies müsse jedoch zur Verfügung gestellt werden. In Greifswald sei solch eine Plattform vorhanden. Er hoffe, auch in Rostock werde dies bald der Fall sein. Dann könnten große Teile des Landes mit IT technisch unterstützt werden. Mit Unterstützung der Krankenkassen und der KV sei im Auftrag des Landtages die Palliativversorgung untersucht worden. Das Ergebnis sei insgesamt positiv. In ländlichen Regionen gebe es eine andere Zusammensetzung von Unterstützungsmaßnahmen als in Städten, z. B. weniger spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) und spezialisierte

Kliniken. Trotzdem würden alle Patienten mit palliativen Leistungen erreicht. Am stärksten betroffen seien vom demografischen Wandel jedoch nicht die Älteren, sondern die Kinder. Für die Inanspruchnahme pädiatrischer Leistungen spiele die Entfernung eine große Rolle. Oft würden bei großer Entfernung die Hausärzte die medizinische Versorgung der Kinder übernehmen. In der Ausbildung von Allgemeinmedizinern sei in Mecklenburg-Vorpommern auch ein pädiatrischer Teil dabei und die Ärzte könnten viel in diesem Bereich, aber nicht alles und dann werde ein Pädiater benötigt. In dem Projekt „Tandem-Praxen“ könnten Kinderärzte in einer Hausarztpraxis einmal pro Woche eine Sprechstunde durchführen. Die Pädiater hätten dort Zweigpraxen anmelden müssen. Das Projekt sei von den Eltern, Kindern und beteiligten Arztgruppen gut aufgenommen worden. In der Kinderportalpraxisklinik in Wolgast sei teilweise kein Pädiater anwesend. Dieser werde durch Telemedizin in die Klinik gebracht. Die Evaluation zeige gute Ergebnisse. Im schlimmsten Fall müsse der Hubschrauber kommen. Eine Zentralisierung von Leistungen sei nur durch die Erhöhung von Rettungskapazitäten möglich. Fast alle pädiatrischen Kliniken hätten Schwierigkeiten, Fachkräfte zu finden. In einem Projekt werde versucht, den nächtlichen Bereitschaftsdienst telemedizinisch abzudecken. Der große Bedarf habe sich auch durch eine enorme Teilnahmenachfrage gezeigt. Für den G-BA sei ein Gutachten zur ambulanten Bedarfsplanung erstellt worden. Mecklenburg-Vorpommern sei bei vielen innovativen Sachen beteiligt gewesen und es habe große Übereinstimmungen mit nachfolgenden Ausführungen des Sachverständigenrates (SVR) gegeben. Es gebe Patientengruppen, die bei einem Abbau von wohnortnahen Leistungen besonders betroffen seien. Hier seien zuerst Lösungen zu finden. Bessere Daten müssten schneller bereitgestellt werden, um die Versorgungssituation zu überwachen. Und es müsse regional gedacht werden. Das bestehende System sehe jedoch unverbundene Sektoren vor. Auch die Finanzierung erlaube kaum eine regionale Planung. Neue Finanzierungsformen seien der Schlüssel. Ein weiterer Punkt sei, die Universitätsmedizinen stärker in das Versorgungssystem miteinzubeziehen. Dazu gehöre z. B. die Vorhaltung für die nächste Pandemie. Dies sei dann vor die Klammer der DRGs zu setzen.

**Prof. Dr. med. Reinhard Busse** (Professor und Fachgebietsleiter für Management im Gesundheitswesen an der Fakultät Wirtschaft und Management der Technischen

Universität Berlin) merkt vorab an, sein Zweitwohnsitz liege in Schwarz, im Süden von Mecklenburg-Vorpommern. So seien ihm viele Dinge im Land nicht unbekannt. Er stimme mit vielen Ausführungen von Prof. Dr. Fleßa und Prof. Dr. med. Hoffmann überein. Anders als Prof. Dr. Fleßa sehe er jedoch nicht im fehlenden Geld das Problem. Es gebe aber andere Probleme und diese würden auf einigen Glaubenssätzen beruhen. Davon sei einer: „Viel hilf viel.“ Dies sei insbesondere an der Zahl der Krankenhäuser und der Anzahl von Krankenhausbetten erkennbar. Auch von der Krankenhausgesellschaft werde Nähe, gemessen durch Minuten bis zum nächsten Krankenhaus, als wichtigstes Qualitätsmerkmal dargestellt. Dänemark habe sich vor zehn Jahren dazu entschlossen, seine Krankenhausversorgung grundsätzlich umzustrukturieren. „Qualität vor Nähe“ sei der Leitspruch gewesen. Ein anderer Glaubenssatz sei: „Doppelt hält besser.“ Sichtbar werde dies an der doppelten Facharztstruktur, mit einer starken Trennung der Sektoren. In einem Flächenland wie Mecklenburg-Vorpommern sei dies besonders problematisch und gehöre auf den Prüfstand. Der dritte Glaubenssatz sei: „Selbstregulierung und Markt sind besser als der Staat.“ Dies werde jedoch zunehmend angezweifelt. In der Corona-Zeit sei insbesondere die Vernachlässigung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖDG) deutlich geworden. Er sei als Kind noch von Amtsärzten geimpft worden. Dann hätten das niedergelassene Ärzte übernommen. Der Marburger Bund, als Gewerkschaft der angestellten Ärzte, habe höhere Tarife im Krankenhaus ausgehandelt, aber nicht im ÖDG. Das mangelnde Interesse, im ÖDG arbeiten zu wollen, sei also vorhersehbar gewesen. Das sei jedoch zukünftig ein wichtiger Punkt. § 1 des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG) definiere Krankenhäuser als eigenverantwortlich wirtschaftende Akteure. So hätten Krankenhäuser nur die Zahlen betrachtet und z. B. vor der Pandemie keine Schutzausstattung vorgehalten, obwohl es ihre Aufgabe gewesen sei. Fraglich sei, wie ein neu gedachtes Gesundheitssystem auszusehen habe. Der erste Schritt sei die Definition von Gesundheitssystem-Zielen und Performanzkriterien. Ein wichtiges Kriterium sei der Zugang. Dabei spiele auch die Krankenversicherung eine Rolle, da Nichtversicherte einen schwereren Zugang hätten als Versicherte. Das zweite wesentliche Kriterium sei die Qualität. Diese könne nur für die Menschen mit Zugang zu Leistungen beurteilt und gemessen werden. Die

Multiplikation aus Zugang und Qualität ergebe dann im Ergebnis die Bevölkerungsgesundheit. Bei unterschiedlichen Krankheiten bzw. Krankheitsstadien seien auch unterschiedliche Ziele der Behandlung zu beachten. Zu berücksichtigen sei ebenso die Verteilung von Zugang und Qualität auf unterschiedliche Bevölkerungsgruppen.

### *Kurze Übertragungsstörung.*

Im zweiten Schritt gehe es um die Datengrundlage und Transparenz bei der Darstellung von Ergebnissen. Dies werde benötigt, um im dritten Schritt einen offenen Dialog zwischen Politik und Bürgern zu führen. Dabei gehe es um die Ziele, Performanz und die nötige Umgestaltung. Um den Blick auf Mecklenburg-Vorpommern zu richten, führt Prof. Dr. med. Busse ein Beispiel an. In Mecklenburg-Vorpommern gebe es pro Tag durchschnittlich elf Herzinfarkte. Diese würden in 31 Krankenhäusern versorgt. Von diesen hätten zehn weniger als 28 Fälle im ganzen Jahr. Nur acht Krankenhäusern hätten mehr als 240 Fälle pro Jahr. Wichtig bei der Herzinfarktbehandlung sei ein rund um die Uhr betriebenes Herzkatheterlabor. Dies sei jedoch nur in jedem dritten der 31 Krankenhäuser gegeben. 80 % der Herzinfarktpatienten würden in den adäquat ausgestatteten Krankenhäusern behandelt, 20 % aber nicht. Ein anderes Beispiel seien Bauchspeicheldrüsen-Eingriffe. Davon gebe es in Mecklenburg-Vorpommern sechs pro Woche. Bei diesen komplexen Eingriffen spiele Erfahrung eine große Rolle. In Mecklenburg-Vorpommern würden neun Krankenhäuser diese Eingriffe anbieten. Diese hätten durchschnittlich 35 Fälle im Jahr, nur zwei Krankenhäuser davon mehr als 50 Fälle. Der G-BA habe eine Mindestmenge von zehn Eingriffen pro Jahr vorgegeben. Mecklenburg-Vorpommern sei eines von zwei Bundesländern, in dem dieser Richtwert eingehalten werde. Deutschlandweit würden von 500 Krankenhäusern 100 weniger als diese zehn Eingriffe pro Jahr durchführen. Krebspatienten seien möglichst in Krebszentren zu behandeln. Von den neun behandelnden Krankenhäusern seien fünf ein zertifiziertes Bauchspeicheldrüsenzentrum. Er schlussfolgert, die neun Krankenhäuser mit einem 24/7-betriebenen Herzkatheterlabor reichten für die Versorgung von Herzinfarktfällen aus. Diese hätten dann im Schnitt einen Herzinfarkt pro Tag zu behandeln. Auch beim Bauchspeicheldrüsenkrebs sei eine Konzentration zu bevorzugen. Bei einer Beschränkung auf die fünf zertifizierten Zentren hätte jedes Krankenhaus 1,2 Fälle pro Woche. Nach „dänischen

Verhältnissen“ hätten gebe es in Mecklenburg-Vorpommern nur ein Zentrum mit sechs Fällen pro Woche. Auch ein Kompromiss dazwischen, z. B. zwei Zentren, sei denkbar. Es gebe eine Fiktion einer wohnortnahen Versorgung. Den Bürgern werde suggeriert, in jedem Krankenhaus eine adäquate Behandlung zu erhalten. Im internationalen Vergleich gebe es in Deutschland extrem viele Krankenhäuser mit extrem vielen Betten. Bei vielen Patienten im Krankenhaus sei fraglich, ob eine stationäre Behandlung überhaupt notwendig sei. So werde jedoch pflegerisches und ärztliches Personal gebunden, welches dann entsprechend den „richtigen“ stationären Fällen nicht zur Verfügung stehe. Diese Fälle würden sich auf zu viele Krankenhäuser verteilen, die dazu personell und technisch nicht adäquat ausgestattet seien. In Mecklenburg-Vorpommern kämen ca. 250 stationäre Krankenhausfälle auf 1.000 Einwohner, der Bundesschnitt liege bei 227. In Belgien, Frankreich und den Niederlanden gebe es deutlich niedrigere stationäre Fallzahlen. Fraglich seien die Gründe für diese Feststellung, da die Menschen dort nicht weniger krank seien. Im europäischen Durchschnitt gebe es im Bereich der Augenerkrankungen 68 % weniger stationäre Fälle, 58 % bei Ohrenerkrankungen und 54 % bei Hauterkrankungen. Die meisten zusätzlichen Patienten gebe es in Deutschland bei Kreislauferkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparates und bei Krebs. In Deutschland werde jeder Krebspatient durchschnittlich viermal stationär behandelt, in unseren Nachbarländern nur halb so oft. Viel sei aber nicht immer zwingend besser. Die Hälfte der stationären Patienten käme über die Notaufnahme ins Krankenhaus. In diesem Jahr lägen zum ersten Mal mehr Patienten ohne Einweisung im Krankenhaus als mit Einweisung. Jeder zweite Patient einer Notaufnahme werde stationär aufgenommen, in anderen Ländern sei es ungefähr nur jeder Vierte. Im Vergleich der EU-Länder habe Deutschland überdurchschnittlich viel Personal pro Einwohner. Trotzdem komme am Bett davon wenig an. Deutschland habe ein vergleichsweise schlechtes Patienten-Personal-Verhältnis. In den Niederlanden gebe es 1,8 – in Dänemark sogar 2,7-mal – mehr Pflegepersonal pro Fall. Der Hauptgrund seien niedrigere Patientenzahlen. In Deutschland gebe es 54 Krankenhäuser mit durchschnittlich 600 Herzinfarktpatienten im Jahr. Diese Mengen könnten in Mecklenburg-Vorpommern nur die Universitätsklinik Rostock und das Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum in Neubrandenburg nachweisen. Die meisten Krankenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern hätten weniger als 50 Fälle im Jahr und damit weniger als einen Herzinfarktpatienten pro Woche. Dies sei

problematisch, da die Sterblichkeit in Krankenhäusern mit vielen Fällen ca. ein Drittel niedriger sei. In Dänemark gebe es eine Vorhaltung von Fachärzten rund um die Uhr. Bei einer Übertragung auf Deutschland wäre die Sterblichkeit nur halb so hoch, in Mecklenburg-Vorpommern beträfe das insgesamt 6.000 Patienten im Jahr. Prof. Dr. med. Busse leitet über zur Schlaganfallversorgung. In Rostock seien im Jahr 2014 insgesamt 972 Schlaganfallpatienten in der Universitätsklinik behandelt worden. Es sei fraglich, warum 79 Patienten im Rostocker Südstadtklinikum behandelt worden seien und 87 in Bad Doberan, jeweils Krankenhäuser ohne eine Schlaganfalleinheit. Das sei eigentlich ein Skandal. Gleiches gelte für die Krankenhäuser um Greifswald, Anklam und Grimmen oder die Krankenhäuser um Schwerin in Crivitz und Parchim. Eine neue systematische Analyse zeige, Patienten mit einer Versorgung in Stroke Units hätten im Vergleich eine 25-prozentig niedrigere Sterblichkeit. In Mecklenburg-Vorpommern seien das bei einer Behandlungsrate von derzeit 20 % der Patienten in Krankenhäusern ohne Stroke Unit ca. 30 Versterbende weniger. Bei der Behandlung in einer Stroke Unit gebe es auch nur ca. 18/100 statt 24/100 Patienten, die nach dem Schlaganfall nicht mehr zu Hause leben könnten. Das beträfe in Mecklenburg-Vorpommern jährlich ca. 900 Personen, die nach dem Schlaganfall nicht in ein Pflegeheim müssten. Es gebe noch andere Beispiele, wie Eingriffe an der Bauchspeicheldrüse mit oder ohne Pankreas-Zentrum. Beide Krankenhäuser in Rostock hätten ein solches Zentrum und dies sei komplett irrational. Die Patientenzahlen seien bei allen Zentren nicht wirklich groß. Bei Eingriffen an der Bauchspeicheldrüse habe jedoch die Fallzahl einen großen Einfluss auf die Qualität. Die Sterblichkeit sei bei entsprechenden Mindestmengen nur halb so hoch und damit eine substantielle Größenordnung. Ein anderes Beispiel seien Brustkrebs-Eingriffe. Prof. Dr. med. Busse erklärt, wenn seine Mutter auf Rügen wohnte und Brustkrebs hätte, würde er sie lieber nach Stralsund als nach Bergen ins Krankenhaus einweisen lassen. Es gebe also eine Fiktion der Erreichbarkeit. Die meisten Menschen erreichten das nächste Krankenhaus auch in Mecklenburg-Vorpommern sehr schnell, innerhalb von 15 bis 20 Minuten. Außerhalb der Kernarbeitszeit sei jedoch nur ein Assistenzarzt vor Ort. Der Facharzt habe nach Richtlinien des G-BA 30 Minuten Zeit, um in das Krankenhaus zu kommen. Dann fehle oft die technische Ausstattung, z. B. in Form eines Herzkatheters oder einer Stroke Unit. Dann sei wichtige Zeit vergangen und der Patient werde entweder verlegt oder nicht adäquat behandelt. Es gebe auch Krankenhäuser mit Herzkatheter, die nachts

aber trotzdem keinen Facharzt vorhielten. In Dänemark sei die Fahrt ins Krankenhaus möglicherweise länger, aber zu jeder Zeit sei ein Kardiologe vor Ort. Die Zeit bis zum Therapiebeginn sei also insgesamt oft deutlich kürzer. Ortsnahe Versorgung sei wichtig, doch manche Krankenhäuser müssten umgewandelt werden. Manchmal seien auch mehrere kleine Krankenhäuser zu einem großen zusammenzulegen. In Niedersachsen sei dies im Landkreis Schaumburg geschehen. In einem Modell stünden oben die Maximalversorger, in Mecklenburg-Vorpommern wären das die Universitätskliniken. Dann kämen die Regionalen Regelversorger mit integrierter Notfallversorgung, Intensivstation, Herzkatheter, Stroke Unit und eine 24/7-Besetzung mit Fachärzten. Darunter seien die Grundversorger anzusiedeln. Diese hätten auch Betten, müssten aber integriert ambulant-stationär gedacht werden. So sei das Problem der doppelten Facharztstruktur zu umgehen. Dann käme noch die hausärztliche Versorgung. So sehe ein klares Versorgungsstufen-Konzept aus. Die Enquete-Kommission müsse sich fragen, wie die Gesundheitsversorgung zukünftig zu organisieren sei.

Vors. **Jörg Heydorn** bedankt sich für den Vortrag, der seiner Meinung nach sehr deutlich ausgefallen sei.

**Uwe Borchmann** (Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft M-V) merkt an, er habe eine Frage bezüglich der Darstellung der Qualität der Herzinfarktversorgung. Er wolle wissen, ob in die Studie eingeflossen sei, wie viele Patienten ein Krankenhaus gar nicht mehr erreicht hätten oder in der Häuslichkeit verstorben seien.

**Prof. Dr. med. Reinhard Busse** erklärt, die Daten hätten sich auf Patienten bezogen, die im Krankenhaus behandelt worden seien. Diese Frage höre er sehr oft. Auch in Dänemark habe es diese Bedenken gegeben. Doch de facto sterbe kaum ein Patient im Rettungswagen. Der Transport sei nicht das Problem, eher das Rufen des Rettungswagens. Unabhängig von der Entfernung zum Krankenhaus würden viele Menschen mit Herzinfarkt zu Hause versterben. Doch für ein Versterben auf dem Weg ins Krankenhaus gebe es auch in Dänemark keine Hinweise. Dies sei eine Fiktion.

Vors. **Jörg Heydorn** bittet Herrn Borchmann, ähnliche Fragen für die Diskussion zurückzustellen. Jetzt gehe es nur um Verständnisfragen.

**Dr. Adam Pilny** (Wissenschaftler im Kompetenzbereich „Gesundheit“ im RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung e. V.) gibt an, das RWI habe in der Regel einen Blick auf die gesamtdeutsche Krankenhauslandschaft. Bei bestimmten Punkten werde er detailliert auf Mecklenburg-Vorpommern eingehen. Er verweist auf den Krankenhaus Rating Report, den das RWI seit knapp 15 Jahren erstelle. Bei der Anzahl der Krankenhäuser je 10 Mio. Einwohner liege Mecklenburg-Vorpommern mit 248 dicht am bundesweiten Durchschnitt (241). Das gelte auch für die Anzahl der Standorte je 1 Mio. Fälle mit 103 Standorten (Bundesdurchschnitt 96). Es sei jedoch auch die Verteilung in der Fläche zu beachten. Im Bundesvergleich habe Mecklenburg-Vorpommern mit 17 Krankenhäusern je 10.000 km<sup>2</sup> die wenigsten Standorte in der Fläche. Nordrhein-Westfalen dagegen habe mit 125 Standorten mehr als das Siebenfache. Dänemark habe mit sechs Standorten je 10.000 km<sup>2</sup> aber weniger als Mecklenburg-Vorpommern. Fraglich sei, ob das „Modell Dänemark“ als Vorbild dienen könnte. Im innerdeutschen Vergleich habe dies für Mecklenburg-Vorpommern nicht die Priorität, wie für andere Bundesländer. Aber dies sei eine heterogene Sichtweise. Auch Prof. Dr. med. Busse habe dargelegt, dass die Leistungsspektren der Kliniken zu berücksichtigen seien. Die Daten sprächen aber nicht für eine weitere Zentralisierung in Mecklenburg-Vorpommern, da es dabei einen Zielkonflikt mit der Erreichbarkeit gebe. Im Krankenhaus Rating Report werde auch anhand von Bilanzdaten die Ausfallwahrscheinlichkeit berechnet, also die Insolvenzwahrscheinlichkeit in der Krankenhauslandschaft. In Deutschland habe sich die Ausfallwahrscheinlichkeit vom Jahr 2016 mit 0,6 % auf 1,8 % im Jahr 2018 verschlechtert. Aufgrund der Freihaltelösungen der Corona-Krise für die Krankenhäuser werde nicht von einer weiteren Verschlechterung ausgegangen. In Ostdeutschland sei die wirtschaftliche Lage der Kliniken besser als in Westdeutschland. Die Profitabilität lag bundesweit bei 1,2 %. Die Krankenhäuser in Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern seien im Durchschnitt rentabler mit 1,9 % und  $\frac{3}{4}$  der Häuser erwirtschafteten einen Gewinn. Es gebe einige Herausforderungen für die Gesundheitsversorgung in Mecklenburg-Vorpommern. Es werde eine demografisch bedingte Schrumpfung der Bevölkerung erwartet und ein Wegzug der jungen Bevölkerung vom Land in die Stadt. So könnte

es zu einem Rückgang der Fallzahlen im stationären Bereich kommen und auch das Fachkräftepotential könnte sich verringern. Zukünftig sei mit einer zunehmenden Spezialisierung und Zentrenbildung in der Medizin zu rechnen. Daraus ergebe sich die Herausforderung, wie alle Disziplinen auf dem Land weiter vorgehalten werden könnten. Ein anderer Punkt sei die Ambulantisierung. Ambulant-sensitive Fälle könnten zukünftig weniger häufig stationär erbracht werden. Durch das Ausschöpfen des ambulanten Potentials könnten die stationären Fallzahlen einbrechen. Durch den technologischen Wandel sei mit dem Eintritt von neuen Akteure mit neuen digitalen Angeboten zu rechnen. So könnten Technologieriesen wie Amazon zukünftig auch medizinische Produkte anbieten, wie digitale Assistenten für Ärzte oder Patienten. Dies trage zu mehr Transparenz, Qualitätswettbewerb und Patientenorientierung bei. Aus Sicht des RWI gebe es fünf wichtige Ziele, die hinsichtlich der medizinischen Versorgung im Blick zu behalten seien. Das erste sei die Orientierung am Patientenwohl. Patienten sollten zukünftig besser auf Augenhöhe mit den Leistungsanbietern agieren können. Ein weiterer Punkt sei die Akquise von Fachkräften, z. B. durch verbesserte Anerkennung von Abschlüssen, insbesondere von außerhalb der EU. Drittens sei die Versorgungseffizienz sicherzustellen. Hier sei eine sektorenübergreifende Effizienz anzustreben. Der vierte Punkt sei die flächendeckende Erreichbarkeit der Versorgungsangebote. Stärker ins Bewusstsein gekommen sei dieses Jahr die Robustheit der Versorgung im Katastrophenfall. Dr. Pilny leitet zu den Handlungsempfehlungen über. Im Ordnungsrahmen sei das SGB V zu betrachten, welches die meisten Gesundheitsleistungen reglementiere. Das SGB V sei sehr an die Institutionen gebunden und stark detailreguliert. Hier sei für mehr regionale Gestaltungsfreiheit und eine patientenorientierte Neuformulierung zu plädieren. Allerdings müsse dann der Missbrauch der Freiheiten auch sanktioniert werden. Der nächste Punkt seien die Krankenhausstrukturen. Der Krankenhausstrukturfonds stelle Mittel bereit, um die Strukturen zu verbessern. Da diese vermutlich nicht ausreichen, sollten weitere Investitionen zur Verfügung gestellt werden. Die Gesundheitsberufe seien attraktiver zu gestalten, um auch eine langfristige Bindung zu erreichen. Im Ausland seien Pflegeberufe häufig akademisiert und Pflegekräfte hätten mehr Kompetenzen. Die inhaltliche Stärkung der Pflege sei auch hierzulande auszubauen. Die Zusammenarbeit von Gesundheitsberufen, auch über die Sektoren hinweg, werde an Bedeutung zunehmen. Dazu kämen der Einsatz moderner Technologie und neue

Berufsbilder. Bei dem Punkt der Versorgungsmodelle gehe es um die Überwindung der Schranken zwischen stationär und ambulant. Bisher seien die Sektoren relativ abgeschottet voneinander und hätten ihre eigenen Vergütungsmodelle mit unterschiedlichen Anreizstrukturen. Die Frage sei, wie die Versorgung sektorenübergreifend zu organisieren sei und wie Anreize zu einer stärkeren Ambulantisierung gesetzt werden könnten. Eine Möglichkeit stelle die Erprobung regionaler Gesundheitsbudgets dar. Jedes Vergütungsmodell habe Vor- und Nachteile. Die Patientensteuerung könne mit regionalen Budgets auch effektiver erfolgen. Transparenz über das Versorgungsgeschehen und die Qualität sei ein weiteres wichtiges Thema. Wünschenswert sei eine zentrale Verfügbarkeit von Daten. Positives Beispiel dafür sei die schnelle Einrichtung des Intensivbettenregisters. In der Digitalisierung komme Deutschland nur schleppend voran. Voraussetzung für die Bereitstellung telemedizinischer Produkte sei flächendeckendes Internet. Auch die künstliche Intelligenz (KI) werde mit unabhängigen Algorithmen in beratender Form eine Rolle spielen. Der letzte Punkt seien Risikokonzepte für Katastrophenfälle. Hier gehe es um eine bessere Abstimmung zwischen Politik und Leistungserbringern. Möglich sei ein Katastrophencontrolling. Ermöglicht werden solle auch eine Umwidmung von Ressourcen im Gesundheitswesen.

**Dr. Martin Albrecht** (Geschäftsführer im Bereich Gesundheitspolitik der IGES Institut GmbH) erklärt, aus der Vielzahl an Fragen hinsichtlich der Anhörung habe er sich einige Aspekte herausgesucht. Er wolle auf die aktuelle medizinische Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern und auf die Strukturierung der künftigen Gesundheitsversorgung eingehen. Auch das Finanzierungssystem werde betrachtet. Das Thema der Alterung in Mecklenburg-Vorpommern sei bereits angesprochen worden. Der Anteil der Einwohner im Alter 65+ sei von 2009 bis 2019 von 22 auf 25 % gestiegen. Es sei mit einem Anstieg von Patienten mit chronischen Krankheiten und Multimorbidität zu rechnen. Dies erhöhe die Notwendigkeit einer koordinierenden hausärztlichen Versorgung. Es gebe auch viele Menschen mit eingeschränkter Mobilität. In einem Flächenland sei das eine besondere Herausforderung. Angesprochen worden sei bereits auch die Notwendigkeit einer sektorenübergreifenden Koordination der Versorgung. Diese nehme zu und betreffe vor allem den Pflegebereich. Ein wichtiger Bereich sei die Prävention vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit. Dieser Bereich liege

zurzeit zwischen Krankenversicherung und Pflegeversicherung und werde nicht ausreichend beachtet. Die Arztdichte in Mecklenburg-Vorpommern sei im Bundesvergleich unterdurchschnittlich und insbesondere auf eine geringe Facharztdichte zurückzuführen. Die Hausarztdichte sei dagegen eine der höchsten in Deutschland. Zu beachten sei die regional unterschiedliche Verteilung. Trotz der hohen Dichte seien Stand 11. Juni 2020 104,5 Hausarztsitze derzeit unbesetzt. Dies betreffe nur Landkreise, in Städten gebe es keine freien Hausarztsitze. Die Erreichbarkeit von hausärztlichen Praxen sei in Mecklenburg-Vorpommern häufiger eingeschränkt als im Bundesdurchschnitt. In Deutschland sei die nächste Hausarztpraxis in durchschnittlich sechs Minuten PKW-Fahrzeit erreichbar. 97 % der Bevölkerung benötigten maximal fünf Minuten. Im internationalen Vergleich seien die Werte in Mecklenburg-Vorpommern jedoch auf einem hohen Niveau. Bei Chirurgen und Orthopäden seien die regionalen Verteilungsunterschiede noch deutlicher als bei den Hausärzten. Er stellt fest, es gebe in der Bevölkerung eine große Sorge über die Überalterung der Ärzteschaft. Überraschenderweise stehe Mecklenburg-Vorpommern in diesem Punkt zumindest im innerdeutschen Vergleich nicht schlecht da. Dies zeige zum einen das Durchschnittsalter der niedergelassenen Ärzte, zum anderen der Anteil der niedergelassenen Ärzte im Alter 65+. Dr. Albrecht leitet über zur Krankenhausversorgung. Die Krankenhaushäufigkeit liege in Mecklenburg-Vorpommern 10 % über dem Bundesdurchschnitt. Die Ausstattung der Krankenhäuser mit ärztlichem und pflegerischem Personal sei überdurchschnittlich gut. Die Bettendichte liege 5,5 % über dem deutschen Durchschnitt. Bezogen auf die Fläche habe Mecklenburg-Vorpommern jedoch die niedrigste Bettendichte. Es gebe ein relativ gutes Erreichbarkeitsniveau, jedoch im deutschen Vergleich die größten Einschränkungen bei der Erreichbarkeit. So erreichten in Mecklenburg-Vorpommern ca. die Hälfte der Einwohner ein Krankenhaus innerhalb von 15 Minuten, im Bundesdurchschnitt gelte dies für 2/3 der Bevölkerung. Die Krankenhauskapazitäten seien in Mecklenburg-Vorpommern etwas stärker konzentriert. Der Bereich der KHG-Fördermittel für Krankenhausinvestitionen sei unauffällig und bewege sich dicht am Bundesdurchschnitt. Nun sei die Frage, woran sich die zukünftige Struktur orientieren solle. Das „magische Dreieck“ sei von Prof. Dr. Fleßa bereits erwähnt worden und beschreibe nach wie vor treffend den Zielkonflikt zwischen Erreichbarkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit. Im Bereich der Qualität gebe es zunehmend Vorgaben von der Bundesebene und es gehe um Fachkräftesicherung. Bei der Erreichbarkeit

seien insbesondere die dünnbesiedelten Regionen zu beachten. Die Wirtschaftlichkeit hänge mit den KHG-Investitionsmitteln und dem Anteil defizitärer Kliniken zusammen. Vorgaben der Bundesebene mit Einfluss auf die Krankenhausstrukturentwicklung seien eine sehr wichtige Entwicklung. Dies führe letztlich zu Zentralisierungs- und Konzentrationsprozessen unabhängig von der Landeskrankenhausplanung. Das DRG-System umfasse die fallbezogene Vergütung, Durchschnittskostenorientierung und Vorgaben im Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS). Darüber hinaus gebe es Vorgaben zur Strukturqualität, z. B. in Form von Mindestmengen, Personaluntergrenzen, planungsrelevanten Qualitätsindikatoren und Zentrumsregelungen. Weitere Vorgaben gebe es durch das gestufte System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern und Sicherstellungszuschläge-Regelungen. In Planung befänden sich integrierte Notfallzentren (INZ) und die Erweiterung des Katalogs gemäß § 115b SGB V (ambulante OP und stationersetzende Eingriffe). Es stelle sich auch für die Enquete-Kommission die Frage, ob eine weitere Zentralisierung der stationären Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern anzustreben sei. Faktoren die dafür sprächen, seien die bereits angesprochenen Vorgaben der Bundesebene. Insbesondere die Regelung der INZ-Standorte erachte Dr. Albrecht als wichtig, wenn diese denn käme. Es sei fraglich, wie Krankenhäuser ohne INZ-Standort weiterhin an der Notfallversorgung teilnehmen könnten und ob sie weiterhin überlebensfähig seien. Prof. Dr. med. Busse habe bereits aufgezeigt, dass viele Patienten ohne Überweisung durch die Notaufnahmen ins Krankenhaus kämen. Mindestmengen erzielten durch die neuesten Regelungen stärkere Verbindlichkeit. Es gebe die Forderung, Mindestmengen auf weitere Indikationen auszuweiten. Der Personalmangel sei ein weiterer Faktor, der die Zentralisierung begünstige. Der allgemeine Fachkräftemangel mache es in Verbindung mit Personaluntergrenzen gerade kleinen Krankenhäusern zunehmend schwer. Die Strukturqualität verlange häufig eine 24/7-Verfügbarkeit und sei für kleine Häuser oft nur schwer realisierbar. Große Standorte böten in der Regel attraktivere Bedingungen für fachliche Nachwuchskräfte. Wie von Prof. Dr. Fleßa schon erklärt, sprächen auch die Vorhaltekosten und Skaleneffekte für eine bessere Wirtschaftlichkeit großer Krankenhäuser und damit auch für eine Zentralisierung. Es gebe jedoch auch Hemmnisse für eine Konzentration von Leistungen. Angesprochen worden sei bereits die Erreichbarkeit in dünnbesiedelten Regionen. Dazu komme das politische Ziel, gleichwertige Lebensverhältnisse zu gewährleisten. Dr. Pilny habe bereits auf die

steigende Bedeutung der Versorgungssicherheit hingewiesen, die gerade jetzt in Pandemiezeiten deutlich werde. Es sei eine Abwägung im Hinblick auf solche Vorhaltekapazitäten erforderlich. Im Hinblick auf die Strukturentwicklung würden aus Sicht von Dr. Albrecht weitere Erkenntnisse benötigt. Es sei fraglich, welche Vorgaben zur Strukturqualität derzeit nicht erfüllt würden und welche Konsequenzen sich daraus ableiteten. Es sei zu überlegen, welche Einschränkungen der Strukturqualität gegebenenfalls begründbar bzw. akzeptabel seien und politisch zu entscheiden. Dr. Albrecht wolle die gestellten Fragen anhand der Schlaganfallversorgung erörtern. Hinsichtlich der Vorgaben zur Strukturqualität sei fraglich, an welchen Krankenhausstandorten weniger als 200 Stroke-Unit-Behandlungen durchgeführt würden. Bei den Konsequenzen gehe es um die Anteile der Verlegungen und der im Krankenhaus verstorbenen Fälle bzw. der mit bleibenden Schäden. Bezüglich der Einschränkungen der Strukturqualität werde auf eine Erreichbarkeit von max. 30 Minuten abgestellt. Es sei auch zu prüfen, ob telemedizinische Unterstützung auch bei Standorten mit geringen Fallzahlen eine entsprechende Qualität gewährleisten könne. Letztlich sei zu analysieren, ob akzeptable Lyse-Raten (>10 %) trotz einer geringen Fallzahl erreicht würden. Bei einer weiteren Zentralisierung gebe es eine noch größere Fokussierung auf den Rettungsdienst. Es gebe in Mecklenburg-Vorpommern aktuelle Defizite, wie einen starken Anstieg der Inanspruchnahme und eine relativ häufige Überschreitung der Hilfsfrist. Als Handlungsoption böte sich eine Überprüfung der Standorte von Rettungswachen und Notärzten an. Dies stünde wohl auch bereits auf der Agenda des Landes, von Ergebnissen wisse er aber noch nichts. Seit August dieses Jahres gebe es in Greifswald eine Station für Nachtflüge und über eine weitere Stärkung der Luftrettung werde diskutiert. Es habe das Projekt „PrimAIR“ gegeben – Luftrettung für dünnbesiedelte Regionen. Es lägen auch Ergebnisse vor. Nun sei die Frage, wie damit umgegangen werde. Er schlägt vor, diese Punkte im Rahmen der Enquete-Kommission aufzugreifen. Im Landkreis Vorpommern-Greifswald gebe es ein Modellprojekt zum Telenotarzt und die angestrebte Senkung der Notarzt-Quote sei wohl erreicht worden. Zu prüfen seien weitere Ansätze zur Entlastung der Rettungsdienste. Dies könne über eine Stärkung der Krankentransportkapazitäten erfolgen. Weiterhin sei die vertragsärztliche Versorgung stationärer Pflegeheime zu gewährleisten und dazu seien die KVen verpflichtet. Im Hinblick auf das Finanzierungssystem der Gesundheitsversorgung verweist Dr. Albrecht auf die IGES-Studie von 2020 („Geteilter

Krankenversicherungsmarkt“). In dieser Studie sei insbesondere die Segmentierung des Krankenversicherungsmarktes behandelt worden. Es gebe kaum ersichtliche Effekte. Die Einbeziehung von PKV-Versicherten in die GKV führe zu einer Entlastung 0,2 bis 0,3 Beitragssatzpunkten, bei heutigem Beitragsrecht und unverändertem ärztlichen Honorarvolumen. Eine Veränderung des Beitragsrechts sei kompliziert und es gebe viele offene Fragen. Es gebe eine Korrelation zwischen regionalen Unterschieden der Ärztedichte und der regionalen Verteilung der PKV-Versicherten. Die Effektstärke sei jedoch gering und Belege für einen kausalen Zusammenhang fehlten. Zu berücksichtigen sei auch der vermutlich unterdurchschnittlich hohe Anteil von PKV-Versicherten in Mecklenburg-Vorpommern.

Vors. **Jörg Heydorn** bedankt sich bei den Vortragenden und unterbricht die Sitzung für eine zehninütige Pause.

*Sitzungsunterbrechung von 18.10 Uhr bis 18.22 Uhr*

Vors. **Jörg Heydorn** eröffnet die Fragerunde.

**Uwe Borchmann** fragt Prof. Dr. med. Busse bezüglich des Vergleichs mit Dänemark, wie die tagesklinischen Strukturen bezogen auf die Betten- und Fallzahl mitberücksichtigt worden seien. Prof. Dr. Fleßa habe die Innovation als wichtigen Beitrag zur Lösung von Problemen vorgestellt. Herr Borchmann bittet ihn auszuführen, welche Rolle in der Vergangenheit private Klinikbetreiber dabei gespielt hätten, auch im Hinblick auf Telemedizin, neue Berufsbilder und Delegation ärztlicher Leistungen. Prof. Dr. med. Hoffmann habe die Frage der Erreichbarkeit und des tatsächlichen Besuches in der ambulanten pädiatrischen Versorgung dargestellt. Je weiter ein Kinderarzt entfernt sei, desto seltener werde er aufgesucht. Herr Borchmann fragt, ob sich diese Beobachtung auf den stationären Sektor oder andere Disziplinen im ambulanten Sektor übertragen ließe. Von Prof. Dr. med. Busse wolle er wissen, ob die Krankenhausstruktur im Hinblick auf Mindestmengen und die Standorte in Mecklenburg-Vorpommern nicht bereits sehr fortschrittlich sei im Vergleich mit anderen Bundesländern. Die andere Frage beziehe sich auf die Schlaganfallversorgung in der Region in Rostock. Fraglich sei, ob die Patienten mit Schlaganfällen in den Krankenhäusern

ohne Stroke Unit vielleicht auf eigenen Wunsch oder durch Angehörige in diese Häuser gebracht worden seien. Denkbar sei auch eine Fehldiagnose durch den Rettungsdienst und dass die Patienten daher erst in diesen Krankenhäusern notversorgt, bevor sie in eine Stroke Unit verlegt worden seien. Er fragt, wie dieses Problem zu lösen sei, wenn es diese Versorgungsmöglichkeiten in diesem dezentralen System nicht mehr gebe. Außerdem möchte er von Prof. Dr. med. Busse wissen, ob er die Wartezeiten in Dänemark für Hüft- und Knieendoprothesen im Vergleich zu Deutschland nennen könne und wie die Lebensqualität in der Zeit bis zur OP sei.

Vors. **Jörg Heydorn** merkt an, die Fragen von Herrn Borchmann ergänzen zu wollen. Prof. Dr. med. Hoffmann habe in seiner Stellungnahme ausgeführt, das dänische Modell sei nicht übertragbar. In Dänemark gebe es ein staatliches Gesundheitssystem, während in Deutschland viele private Akteure eingebunden seien. Er bittet Prof. Dr. Busse und Dr. Pilny zu dieser Aussage Stellung zu nehmen.

**Prof. Dr. med. Reinhard Busse** weist darauf hin, er habe keine Daten aus Dänemark aufgeführt. Außerdem sei es immer um die somatischen Fälle gegangen und aus den internationalen Statistiken seien die psychiatrischen Fälle rausgerechnet. Er wisse daher nicht, in welche Richtung er mit den psychiatrischen Tageskliniken argumentieren solle. Das sei ein neues Thema. In Bezug auf die Mindestmengen stellt er fest, relativ gesehen habe Mecklenburg-Vorpommern in diesem Bereich seine Hausaufgaben gemacht. Doch Mindestmengen seien Krücken, da sie nicht an Strukturmerkmalen ansetzten. Bei Erkrankungen wie einem Herzinfarkt mit dem Herzkatheter, einem Schlaganfall mit der Stroke Unit oder Krebserkrankungen mit den Krebszentren gebe es Strukturmerkmale, durch die bessere Ergebnisse möglich seien. In der Statistik der Schlaganfallversorgung seien nur Patienten einbezogen, die durch das Krankenhaus auch stationär aufgenommen worden seien. Im Sana Krankenhaus Bad Doberan und dem Südstadt Klinikum in Rostock sehe er jeweils Fallzahlen knapp unter 100. Daher spreche wenig für ein akzidentielles Auftreten. Es gehe ihm nur um die 20 % der Schlaganfallpatienten, die falsch lotsiert würden. Die Trägerschaft der Krankenhäuser sei tatsächlich problematisch im Hinblick auf eine Übertragung des dänischen Modells. In dem genannten Beispiel aus dem niedersächsischen Landkreis Schaumburg sei der Landkreis selbst Träger von zwei der drei Standorte gewesen.

Der Landkreis habe diese zwei Krankenhäuser dem evangelischen Träger des dritten Hauses übergeben, mit der Auflage, das neue Zentralklinikum zu bauen. Er stellt fest, in Deutschland sei eine Krankenhausreform wie in Dänemark schwieriger. Doch gerade in einem Land wie Mecklenburg-Vorpommern sehe er in diesem Bereich Handlungsbedarf. Im Hinblick auf die Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse halte er es für problematisch, wenn Menschen aus ländlichen Regionen in kleine Krankenhäuser mit schlechter Versorgung kämen.

**Dr. Adam Pilny** erklärt, Zentralisierung solle kein Selbstzweck darstellen. Es sei eine Einzelbetrachtung nötig, die von Landkreis zu Landkreis unterschiedlich ausfallen könne und daher sei eine pauschale Antwort schwierig. Die Umsetzung sei in einem Bundesland wie Nordrhein-Westfalen mit einer siebenfach höheren Krankenhausedichte leichter als in einem Flächenland wie Mecklenburg-Vorpommern.

**Prof. Dr. Steffen Fleßa** stellt fest, er habe die Ursachen für Innovationen nicht diskutiert. Es gehe um Invention, also die Frage, wo etwas wirklich Neues entstehe. Dann komme die Adaption, also wo diese Invention auch angenommen werde. Beim Vergleich von Krankenhäusern der gleichen Ebene sei die Annahmefähigkeit von Neuerungen wahrscheinlich in privatwirtschaftlichen Kliniken etwas höher als bei öffentlicher Trägerschaft. Voraussetzungen für die Annahme von Innovationen seien interne und externe Freiheit. Gebe es in öffentlichen Krankenhäusern dieselbe Führungsstruktur und Entscheidungsfreiheit wie in privatwirtschaftlichen Häusern, sehe er keinen Grund für eine geringere Innovationskraft. Ein anderer Punkt sei die schnelle Ausbreitung einer Innovation innerhalb eines Konzerns. Bei öffentlichen „stand-alone“ Krankenhäusern sei das anders und es trete teilweise das Not-invented-here-Syndrom (NIH) auf. Der empirische Befund sei wohl, dass privatwirtschaftliche Klinikketten was Telemedizin, neuere Berufsgruppen usw. angehe, innovativer seien. Dabei gehe es jedoch nicht primär um die Trägerschaft, sondern um die Führungsstruktur. In Bezug auf das „Modell Dänemark“ verweist Prof. Dr. Fleßa auf seine Stellungnahme. Es müsse bei einer Übertragung das Gesamtsystem übernommen und es dürfe sich nicht auf eine Änderung beschränkt werden. Es gehe dann nicht nur um die Schließung von ein paar Krankenhäusern, sondern um den Neubau von Krankenhäusern, die IT-Infrastruktur, die Veränderung des Rettungs- und

Transportwesens und die Schaffung neuer Berufsgruppen. Dafür sei ein hoher Mitteleinsatz nötig. Momentan sei auch die schlechte Zugänglichkeit einiger Krankenhäuser problematisch. Auch das sei in Dänemark anders gelöst, es gebe z. B. im Erdgeschoss eines Krankenhauses einen Busbahnhof.

**Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann** erklärt im Hinblick auf den Zusammenhang zwischen Erreichbarkeit und Inanspruchnahme in der Pädiatrie, die Ergebnisse seien durch die Befragung von Eltern zustande gekommen. Wenn kein Pädiater in der Nähe verfügbar sei, gingen Eltern zu dem nächsten passenden Arzt. Bei „normalen“ pädiatrischen Fällen sei dies auch kein Problem. Doch bei einem angeborenen Herzfehler, einer rheumatischen Erkrankung oder einer neurologischen Erkrankung stelle sich die Frage nach dem Facharzt. Dies lasse sich weiterführen. Der Pädiater kommuniziere möglicherweise auch über Telemedizin mit einem Kinderkardiologen oder -neurologen. Probleme entstünden, wenn Leute Dinge täten, die sie nicht verstünden oder die sie nicht gewohnt seien. Auf die Frage von Herrn Borchmann antwortet er, das gelte genauso für den stationären Bereich und für andere Fakultäten, z. B. die Neurologie. Es sei das richtige Versorgungssystem für den jeweiligen Bedarf zu finden. In der Regel sei dies regional abzudecken. Die Kompetenzen müssten dann jedoch strukturiert zusammenarbeiten und das sei oft nicht der Fall. Umgekehrt sei eine Eskalationsstrecke nötig, damit Patienten mit besonderem Bedarf an die richtige Leistung kämen. Das sei schon lange nicht mehr wohnortnah. In der Onkologie z. B. sei es gut organisiert. Teilweise seien auch spezielle Verträge mit den Krankenkassen nötig. Das Ganze sei über die Regionen hinaus und über die Träger zu organisieren.

**Uwe Borchmann** hakt nach, ob aus dem Nicht-Aufsuchen des pädiatrischen Spezialisten langfristig ein schlechterer Gesundheitszustand des Kindes abgeleitet werden könne und ob dies auf andere Bereiche übertragbar sei.

**Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann** erwidert, bei der Frage von Herrn Borchmann gehe es um die Königsfrage der Versorgungsforschung. Es gehe um den Outcome und den Einfluss des Arztes darauf. Tendenziell sei der Einfluss geringer als vermutet. Problematisch sei meist nicht eine falsche Behandlung, sondern das Aufsuchen des „falschen“ Facharztes oder wenn gar kein Arzt aufgesucht werde. Das sei in der

Bevölkerung unterschiedlich verteilt und es sei darauf zu achten, dass niemand durch den Rost falle. In der Pädiatrie seien fast alle Probleme sozialbedingt und das gelte wohl auch für andere Bereiche.

Abg. **Julian Barlen** gibt an, eine Frage an Prof. Dr. med. Hoffmann zu dem Spannungsfeld Telemedizin und Personalmangel zu haben. Prof. Dr. med. Hoffmann habe das RTP-NET (Regionales Telepädiatisches Netzwerk Mecklenburg-Vorpommern Brandenburg) erwähnt. Herr Barlen bittet um die Darstellung erster Befunde. Fraglich sei, ob ein solches Netzwerk auch auf andere Fachgebiete übertragbar sei und welche Voraussetzungen es für eine Übertragung in die Regelversorgung gebe. Hintergrund sei auch das Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) und die damit verbundenen Finanzmittel für die Digitalisierung.

Abg. **Maika Friemann-Jennert** führt aus, Prof. Dr. Fleßa habe verschiedene Zielkonflikte dargestellt, insbesondere bei der Finanzierung. Dr. Albrecht habe dies dann noch in Richtung Versorgungsqualität ausgeführt. Sie wolle wissen, in welche Bereiche das Geld, z. B. aus dem KHZG, investiert werden solle. Dabei gehe es auch um die Frage, ob die Verteilung von der Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser abhängig zu machen sei. Weiterhin sei fraglich, ob eine Anpassung von DRGs in bestimmten Bereichen als sinnvoll und machbar erachtet werde. Prof. Dr. med. Hoffmann habe den Datenschutz und die benötigten Schnittstellen angesprochen. Sie fragt, wie die größten Schwierigkeiten bei Innovationen zu überwinden seien.

**Prof. Dr. med. Andreas Crusius** (Präsident der Ärztekammer M-V) erinnert an eine Grafik von Prof. Dr. Fleßa. Diese habe einen Anstieg der Mindestmengen nach der DRG-Einführung gezeigt. Er erklärt, die Ursache sei die Profitmöglichkeit durch DRGs. Es gebe kleine Krankenhäuser, die zwei Viszeralchirurgen angestellt hätten, um Pankreas-Eingriffe durchführen zu können. Diese Krankenhäuser müssten als Mindestmenge zehn solcher Fälle im Jahr operieren. Diese große Konkurrenzsituation, auch mit großen Häusern, sei eine Perversion der Perversion. DRGs seien zwar kalkulierte Fallpauschalen, die aber trotzdem ausgenutzt werden könnten. In Bezug auf die Schlaganfallversorgung führt er aus, es gebe Krankenhäuser, die mit einem unklaren Krankheitsbild angefahren würden. Patienten mit einem diagnostizierten

Apoplex kämen dann oft mit einer Entlassungsdiagnose in eine entsprechend ausgestattete Klinik. Diese Fälle kämen in der Statistik zweimal vor. Hinsichtlich Herzinfarkt stellt Prof. Dr. med. Cruisius fest, Mecklenburg-Vorpommern sei eines der wenigen Bundesländer, in dem eine Qualifikationsvoraussetzung in der Krankenhausplanung festgeschrieben sei. Dafür habe die Ärztekammer mit anderen Planungsbeteiligten gekämpft. Es müssten vier (bzw. fünf) interventionelle Kardiologen vorhanden sein, um ein Herzkatheter rund um die Uhr betreiben zu können. Ein Krankenhaus in Mecklenburg-Vorpommern ignoriere diese Vorgabe und ein anderes habe nur drei Kardiologen. Die Landesregierung schreite leider nicht ein. Fraglich sei, was da getan werden könne. Außerdem wolle er von den Anzuhörenden wissen, was sie von Krankenhauskonzernen hielten, die mit den Krankenversicherungsbeiträgen der Bürger Rendite erwirtschafteten. In seinen Augen sei das eine Fehlnutzung der Beiträge.

**Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann** antwortet auf die Frage des Abg. Barlen, bei der Schaffung von Netzwerken sei eine Voraussetzung die entsprechende IT-Infrastruktur. Mit einer großzügigen Finanzierung des Landes sei ein System ermöglicht worden, mit dem auch andere unterstützt werden könnten. E-Health-Funktionalitäten könnten so für entsprechende Netzwerke bereitgestellt werden. Er hoffe auf eine Ausbreitung im Land und das sei aus seiner Sicht eine Aufgabe der Universitätskliniken. Sonst gebe es eine Abhängigkeit von teilweise unseriösen kleinen IT-Firmen. Landeslösungen seien zu bevorzugen. Natürlich seien solche Modelle auch für andere Bereiche möglich. Jetzt sei es um den pädiatrischen Hintergrunddienst gegangen, dort sei die Situation besonders prekär. Der Nachweis über eine hohe Qualität einer telemedizinischen Behandlung sei noch zu erbringen. Er sei davon überzeugt, doch es seien mehr Daten nötig. So könne der Pool solcher Innovationen erweitert werden, mit Sicherheit für die Patienten und Wirtschaftlichkeit für die Häuser. Die Frage von Abg. Friemann-Jennert sei zurzeit die Frage der Fragen. Im Moment gebe es eine große Unsicherheit und Nervosität in Bezug auf die Umsetzung der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO). Datenschutz zu betreiben sei wichtig, gerade bei der Zusammenführung großer vulnerabler Datenmengen. Und genau das sei geplant. Es werde eine regionale Krankenakte benötigt, in der alle vom Patienten freigegebenen Daten stünden. Die Einwilligung des Patienten sei der Schlüssel und die meisten

Patienten seien einverstanden. Dann sollte die Krankenakte auch möglich sein. Und dann gehe es nicht mehr um Datenschutz, sondern um Datensicherheit, die thematisch völlig vernachlässigt werde. Das sei ein technologisches Problem und der Stand sei, vorsichtig ausgedrückt, auf einem mittelalterlichen Niveau. Aus seiner Sicht sollte auf den Willen der Patienten abgestellt werden. Der Datenschutz habe ein in der Medizin ungerechtfertigt hohes Gewicht bekommen.

**Prof. Dr. Steffen Fleßa** gibt an, er würde das Geld aus dem KHZG für die Förderung von Ideen ausgeben, so wie es auch vorgesehen sei. Es gehe nicht um die Frage, ob es sich um ein kleines oder großes Krankenhaus handele und auch nicht um den Standort oder die Trägerschaft. Ideen und Veränderungen seien nötig. Mit einem kleinen Teilprojekt sei er bei dem telepädiatrischen Netzwerk dabei. Es gebe eine Unsicherheit, was mit dem Projekt nach Auslaufen der Förderung passiere. Innovationsfondsprojekte seien für eine Weiterführung gedacht, aber das brauche Zeit und es entstünden oft Lücken. Es sei eine entsprechende Förderung nötig, um die vielen Modellprojekte in die Regelversorgung zu überführen. Er könne Prof. Dr. med. Busse nicht beipflichten bei der Aussage, es sei genug Geld im System. Er hätte viele Ideen, zu deren Umsetzung jedoch die entsprechenden Mittel fehlten. Er betont, aus seiner Sicht seien die DRGs keine „Bösewichte“. Er habe nur die Stimmung, auch von einigen Mitgliedern der Kommission, aufgegriffen. DRGs seien ursprünglich als Preissystem gedacht worden, da es in Deutschland große Probleme im Krankenhauswesen gegeben habe. Ein Problem seien unglaublich lange Verweildauern gewesen. Das Preissystem der DRGs werde jedoch gerade so ausgehöhlt, dass es nicht mehr als Preissystem funktioniere. Eine Kombination mit Budgets sei möglich. Doch dann dürfe sich nicht beschwert werden, wenn DRGs nicht mehr als Preis funktionierten. Es könne an unterschiedlichen Schrauben gedreht werden, doch die Preisanreize des DRG-Systems werde es dann nicht mehr geben. Dann seien andere Anreize oder Nebenbedingungen zu setzen, um z. B. die immer noch hohen Verweildauern zu senken. Prof. Dr. med. Crusius entgegnet er, nicht auf Mindestmengen eingegangen zu sein, sondern die Fallzahlen betrachtet zu haben. Die Einführung der DRGs habe kein exponentielles Wachstum der Fallzahlen bewirkt, sondern es sei weiterhin eine lineare Steigung zu beobachten. Es gebe schwere Akuterkrankungen wie Herzinfarkt oder Schlaganfall, bei denen es Anreize zur Mengenausweitung gebe. Das werde auch als

supplier induced demand (SID) bezeichnet. Der Arzt habe die Möglichkeit, sich selbst Nachfrage zu schaffen. Doch seit dem Jahr 1990 habe sich die Steigung der Fallzahlen nicht verändert. Also gebe es andere Treiber, wie die Demografie und den technischen Fortschritt.

**Dr. Adam Pilny** verweist auf die Ausgangslage, die Krankenhäuser seien unterfinanziert. Im Krankenhaus Rating Report werde der Investitionsstau berechnet und dieser beziffere sich meist auf mehrere Milliarden. Die Länder seien ihren Investitionsverpflichtungen über Jahre nicht nachgekommen. Den Krankenhäusern stelle sich die Aufgabe, ihren Kapitalbedarf zu decken. Für Krankenhäuser der öffentlichen Hand gebe es möglicherweise noch die Unterstützung von Kommunen. Für andere Krankenhäuser bliebe jedoch nur der externe Kapitalmarkt. Bei einer Kapitalerhöhung durch die Ausgabe von Aktien seien dann auch die entsprechenden Renditen auszu zahlen. Das gelte auch für Bankkredite.

**Prof. Dr. med. Reinhard Busse** merkt bezüglich der Mindestmengen an, diese habe er bereits als Krücken bezeichnet und sie seien in einer sinnvollen Planung gar nicht nötig. In Mecklenburg-Vorpommern gebe es im Jahr durchschnittlich 300 Pankreas-Eingriffe. Eine Mindestmenge von zehn sei aus seiner Sicht unsinnig. Richtige Effekte seien bei einer Menge von 50 oder mehr Fällen zu sehen. Er würde sich als Patient die Zahlen anschauen. In Heidelberg gebe es über 500 Eingriffe an der Bauchspeicheldrüse und dort würde er für eine OP auch von Schwarz aus hinfahren. Es sei eine stärkere Konzentration nötig. Bei 300 Fällen in Mecklenburg-Vorpommern und sichtbaren Effekten ab einer Mindestmenge von 50 sei zu überlegen, wie viele Lizenzen für diese Eingriffe zu vergeben seien. Er sei an dem Gutachten zur Krankenhauslandschaft in Nordrhein-Westfalen beteiligt gewesen. Die Logik der Krankenhausplanung sei umzustellen und die Medizin in Leistungsgruppen zu unterteilen. Für den somatischen Bereich seien 70 Leistungsgruppen definiert worden, für die es Qualitätsanforderungen gebe. Dann könnten sich Krankenhäuser darauf bewerben, wenn sie diese Leistungen anbieten wollten. Für Mecklenburg-Vorpommern seien dann z. B. im Bereich der Pankreas-Eingriffe maximal vier Krankenhäuser für die Erbringung zu ermächtigen. Im Hinblick auf die von Prof. Dr. med. Crusius erwähnten Verlegungen bei der Schlaganfallversorgung gibt er an, sich gerade auf der Internetseite des Sana

Krankenhauses in Bad Doberan informiert zu haben. Dort werde sogar explizit um Herzinfarktpatienten geworben, obwohl es in diesem Haus kein Herzkatheter gebe. Es gehe weniger um akzidentiell auftretende Verlegungen, sondern Krankenhäuser würden Leistungen bewerben, die sie nicht in adäquater Qualität erbringen könnten. Eine Frage sei auch, wie viele Notaufnahmen, über die die Krankenhäuser einen Großteil an Patienten genierten, es im Land geben sollte. Aus seiner Sicht sei es besser, Patienten lieber etwas länger zu einem Krankenhaus mit adäquater Ausstattung zu transportieren. Die Frage hinsichtlich der Erwirtschaftung von Renditen sei schwierig. Auch Arztpraxen gehe es um die Generierung von Gewinn. Leistungserbringer seien für gute Arbeit zu belohnen.

Vors. **Jörg Heydorn** gibt an, eine anschließende Frage an Dr. Albrecht zu haben. Dr. Albrecht habe zum Thema der Erreichbarkeit dargestellt, ein Krankenhaus sollte innerhalb von 30 Minuten erreichbar sein. Prof. Dr. Busse habe aufgezeigt, viele Krankenhäuser seien aber für eine adäquate Behandlung gar nicht geeignet. Er fragt, was in einem solchen Fall die Erreichbarkeit bringe.

**Dr. Martin Albrecht** stellt fest, es gebe gewisse Zielkonflikte. Natürlich sei die Erreichbarkeit auf eine angemessene Behandlung bezogen. Bei einer nötigen Verlegung sei die Zeit bis zur Versorgung deutlich höher als 30 Minuten und bringe nichts. Trotzdem sei eine gewisse Erreichbarkeit sicherzustellen und über Alternativen wie den Einsatz der Luftrettung nachzudenken.

Vors. **Jörg Heydorn** erkundigt sich, ob der Telenotarzt für Dr. Albrecht auch eine geeignete Alternative darstelle.

**Dr. Martin Albrecht** verneint und führt aus, der Telenotarzt diene eher dazu, mit den Notarztkapazitäten auskommen zu können und diese zu schonen. Das Modellprojekt in Mecklenburg-Vorpommern habe eine Senkung der Notarztquote auch nachweisen können.

**Prof. Dr. Steffen Fleßa** erklärt bezüglich der Gewinne von Krankenhäusern, er habe auf das RWI bzw. den Krankenhaus Rating Report verwiesen, da dort eine Statistik

zur Umsatzrendite enthalten sei. Als Betriebswirt halte er 1,5 % Umsatzrendite nicht für viel. In anderen Industriebereichen sei das ein unbefriedigendes Ergebnis. Er komme aus der Non-Profit-Lehre und daher sei es ungewöhnlich, wenn er kommerzielle Unternehmen verteidige. Gewinn sei eine Verzinsung für das eingesetzte Kapital und das Entgelt für das eingegangene Risiko. Der Gewinn diene auch als Prämie für ein effizientes Arbeiten oder eine hohe Innovationskraft. Dies halte er für fair. Monopol- und Ausbeutungsgewinne dagegen seien nicht zu akzeptieren. Dies halte er bei einer Umsatzrendite in Höhe von 1,5 % aber für unwahrscheinlich. Was die Gewinnabsicht angehe, sei es kein Unterschied, eine Arztpraxis oder ein Krankenhaus zu betreiben. Insgesamt halte er die jetzige Situation für akzeptabel. Es sei aber darauf zu achten, keine falschen Entwicklungen zuzulassen.

**Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann** stellt fest, es gebe Patientengruppen, die möglicherweise aus Profitgründen letztlich in öffentlichen Häusern landeten. Für die Universitätsklinik in Greifswald könne er das klar feststellen. Das DRG-System belohne Rosinenpicken. Das habe keinen sehr großen Effekt und sei nicht die Ursache aller Probleme. Es sei jedoch im Blick zu behalten und auffälliger Missbrauch sei anzuprangern.

**Anja Schießler** (Geschäftsstelle SELBSTHILFE M-V e. V.) bedankt sich bei den Anzuhörenden, insbesondere für die Beachtung der Patientenorientierung. Prof. Dr. Fleßa habe in seiner schriftlichen Stellungnahme ausgeführt, es sei viel zu tun und die Kundenorientierung müsse im Blick bleiben. Prof. Dr. med. Hoffmann habe festgestellt, es gebe im Land viele engagierte Patientenvertreter und Selbsthilfegruppen, doch die partnerschaftliche Entscheidungsfindung sei in Deutschland nicht sehr stark ausgeprägt. Dr. Pilny und Prof. Dr. Augurzky hätten in ihrer Stellungnahme angegeben, in Deutschland gebe es keine Patientenorientierung. Sie fragt nach Wegen, um mehr Patientenorientierung im Gesundheitswesen erreichen zu können. Sie denke an die Ebene der Entscheidungsfindung beim Patienten. Dazu komme die Einbeziehung von Erfahrungskompetenz von Patientenorganisationen z. B. bei der Erarbeitung von Qualitätsrichtlinien. Prof. Dr. med. Hoffmann habe die von ihr favorisierten Versorgungsketten dargestellt. Von ihm wolle sie wissen, wer dabei einzubeziehen sei. Momentan fühlten sich viele Patienten allein gelassen.

**Prof. Dr. med. Marek Zygmunt** (Direktor der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und Lehrstuhlinhaber der Universitätsmedizin Greifswald) stellt fest, die meisten angehörten Experten hätten sich auf die Krankenhausversorgung fokussiert. Er fragt, welche Rolle eine engere Verzahnung des ambulanten und stationären Sektors bei der Lösung von vielen thematisierten Problemen spielen könne. Prof. Dr. med. Hoffmann habe die Akademisierung als Heilmittel gegen den Fachkräftemangel dargestellt. Er selbst komme aus einem System in Polen, in dem die Akademisierung schon länger deutlich stärker ausgeprägt sei. Er wolle sich nicht gegen eine Akademisierung aussprechen. Er fragt, ob es nicht die Gefahr gebe, dass die Fachkräfte dann mit dieser Qualifikation nicht in der Pflege, sondern in anderen Bereichen landeten. Diese Erfahrung sei auch bei der Ausbildung der Hebammen gemacht worden. Im Jahr 2018 oder 2019 habe es 70 hochschulausgebildete Hebammen gegeben. Im Kreißaal seien nach einem Jahr nur fünf gelandet.

Vors. **Jörg Heydorn** merkt an, der Bereich Fachkräfte sei von vielen thematisiert worden und stehe in vielen Wirtschaftszweigen bzw. Berufen ganz oben auf der Agenda. Ihn interessiere, warum genau die genannten Vorschläge der Anzuhörenden zu einem Zuwachs führen sollten.

**Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann** antwortet hinsichtlich der Frage nach der Patientenorientierung, es gebe Beispiele, bei denen Patienten unmittelbar an der Definition von Zielen der Beteiligten involviert seien. Das betreffe seines Wissens nach die Demenz- und Krebsversorgung. Lebensqualität als relevantes onkologisches Outcome hätten nicht die Onkologen, sondern die Selbsthilfegruppen durchgesetzt. Mittlerweile sei dies auch ein Zertifizierungskriterium für onkologische Zentren. Auch im Demenzbereich führe er keine Studie ohne die Alzheimergesellschaft durch. Auch die Angehörigen würden bei der Angebotsentwicklung stets bedacht. Das sollte auch in anderen Bereichen so geschehen. Grundsätzlich sei dieses Bewusstsein in der Medizin jedoch angekommen, aber bei der operationalen Umsetzung hapere es noch. In der Selbsthilfe seien die Vernünftigen inzwischen in einer großen Mehrheit. Das sei nicht immer so gewesen. Viele Therapieziele könnten nicht mehr von Medizinern festgelegt werden. Es gebe viele Patienten, die nicht zu heilen seien. Diese Patienten seien selbst nach ihren Zielen zu fragen. Auch die Bescheidenheit der ärztlichen Zunft

sei heutzutage deutlich größer als früher. Eine optimale Behandlung werde nicht allein durch die Ärzte definiert. Alle Akteure seien dabei einzubeziehen, darunter die Patienten, das Pflegepersonal und andere Gesundheitsberufe. Hinsichtlich der Akademisierung in der Pflege gibt er an, das ausgebildete Personal würde durchaus im Beruf bleiben. Die Abwanderung in andere Bereiche habe es früher gegeben, da die Ausbildung an medizinischen Fachhochschulen stattgefunden habe. Die Akademisierung der Pflegekräfte solle für die Aufgaben am Pflegebett erfolgen. Es seien kompetente, problemlösende Pflegekräfte gefragt, dies habe positive Effekte auf die Behandlungsergebnisse. Die Kommunikation mit den Patienten gelinge Pflegekräften oft besser als Ärzten. Durch Übertragung von mehr Verantwortung und Kompetenz an die Pflegenden gehe er von einem längeren Verbleib im Beruf aus. Das sei jedoch nur eine nicht bewiesene Annahme. Die Entwicklung sei zu beobachten. Eine andere Sache sei der Einkommensschub, der in der Pflege bevorstehe. Da gehe es um zweistellige prozentuale Zuwächse. Die sektorenübergreifende Versorgung sei sein Lieblingsthema. Alle Grenzen zwischen den Sektoren seien abzubauen. Es solle eine uneingeschränkte Zusammenarbeit der Gesundheitsakteure ermöglicht werden. Die Bereitschaft steige allmählich, aber es gebe wirtschaftliche Aspekte, die dagegensprächen. Das stelle eine strukturelle gesetzgeberische Aufgabe dar. Der Durchbruch mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz habe sehr viel Positives bewirkt. Das gelte auch für die § 140 SGB V-Projekte. Für Mecklenburg-Vorpommern sei eine sektorenübergreifende Versorgung sehr wichtig. Jeder Akteur müsse in die Lage versetzt werden, seine Kompetenzen in einem regionalen Kontext, in dem es Verträge, Kooperation und Kontrolle gebe, anzuwenden.

Vors. **Jörg Heydorn** stellt fest, die drastische Erhöhung der Vergütung von Pflegekräften sei ein brisantes Thema und es müssten die Auswirkungen dieser Entwicklung beachtet werden.

**Prof. Dr. med. Reinhard Busse** weist darauf hin, er habe das gute Personal-Patienten-Verhältnis in Deutschland im Vergleich zu anderen europäischen Ländern aufgezeigt. Er spüre wieder die Philosophie „viel ist besser“. Personal werde auch in anderen Bereichen gesucht. Um den von manchen Leuten geforderten Pflegebedarf zu erfüllen, müsste sich jeder zehnte Schulabgänger für den Pflegeberuf entscheiden.

Das sei teilweise illusorisch und daher gehe es auch um den optimierten Einsatz der Berufe. Auch die Verzahnung vom ambulanten und stationären Sektor sei voranzutreiben. In Bezug auf die Patientenorientierung merkt er an, viele Patienten würden ungeeignete Krankenhäuser nicht erkennen können. Es gehe zum einen um die Teilnahme der Patienten an der Entscheidung nach der Behandlungsmethode oder ob überhaupt eine Behandlung stattfinden solle. Zum anderen setze er auf mehr Wissen der Patienten, um die asymmetrische Informationsverteilung abzubauen. Das könne nur durch mehr für Patienten aufbereitete Informationen und Transparenz erreicht werden. Dann könnten Patienten stärker an der Entscheidungsfindung teilnehmen.

**Dr. Adam Pilny** erklärt, bei der stärkeren Verzahnung von ambulant und stationär gehe es um die Neuausrichtung der Anreizstruktur. Hinsichtlich der Patientenorientierung könne er sich Prof. Dr. med. Busse anschließen. Es seien Informationsasymmetrien abzubauen.

Vors. **Jörg Heydorn** weist auf das oft angesprochene Ambulantisierungspotential hin. Ein Kommissionsmitglied habe angegeben, dieses Potential könne auch wegen mangelnder Betreuungsstruktur nicht ausgeschöpft werden. Er fragt Dr. Pilny, ob dies ein relevanter Faktor sei und wie die Situation verbessert werden könne.

**Dr. Adam Pilny** erwidert, dieser Sachverhalt sei multidimensional zu betrachten. Potentiell könne und werde es wahrscheinlich künftig mehr ambulant erbrachte Leistungen geben. Bei einer Ambulantisierung oder auch Zentrenbildung müsse die ambulante Kapazität ausgebaut werden, um die Fälle auffangen zu können.

**Dr. Martin Albrecht** gibt an, eine Lanze für die sektorale Versorgung brechen zu wollen. Es gebe sicherlich Bereiche mit einem großen Verzahnungsbedarf, z. B. in der Pflege. Doch es gebe auch viele Fälle, die keiner sektorenübergreifenden Versorgung oder einem Behandlungspfad bedürften. Das betreffe bestimmte Patientengruppen, die multimorbide oder chronisch krank seien und zwischen den Sektoren hergeschoben würden. Eine koordinierte sektorenübergreifende Versorgung sei jedoch eine aufwendige Angelegenheit bei richtiger Durchführung. Aus seiner Sicht sei dieses Bestreben daher auf die Bereiche zu beschränken, in denen der Bedarf

entsprechend groß sei. Es gebe auch Stimmen, die in bestimmten Bereichen für höhere Sektorengrenzen seien. Hinsichtlich der Patientenorientierung fehle das Case Management für komplexe Fälle. Hier gebe es zu wenig Angebote. Es sei darüber nachzudenken, wie die Krankenkassen dabei eine aktivere Rolle spielen könnten, z. B. durch die Finanzierung und stärkere Forcierung als Leistungsangebot. Er stimmt dem Vors. zu, die fehlende Betreuungsstruktur sei ein Hemmnis für die Ambulantisierung. Es werde eine Auffangstruktur benötigt. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) habe intersektorale Gesundheitszentren vorgeschlagen. Diese hätten keine vollstationäre Versorgungsstruktur und trotzdem gebe es eine Vorhaltung von Betten und Pflegekräften. In der ambulanten Pflege oder Kurzzeitpflege sei auch noch mehr Potential zu aktivieren, um eine stärkere Ambulantisierung zu ermöglichen.

**Prof. Dr. Steffen Fleßa** führt aus, die Patienten- und die Personalorientierung hingen zusammen. Aus seiner Sicht habe es lange die Haltung gegeben, jeder Mitarbeiter im Gesundheitswesen müsse dankbar für seinen Arbeitsplatz sein. Wilhelm Löhe, ein großer Diakoniepfarrrer, habe gesagt: „Mein Lohn ist, dass ich dienen darf.“ Diese Haltung sei noch bei vielen Führungskräften verankert. Die andere Einstellung sei: „Die Patienten können sich glücklich schätzen, in unserem Krankenhaus so gut behandelt zu werden.“ Diese Denkhaltungen müssten sich ändern, aber das könne nur schrittweise erfolgen. Jeder Patient sei Kunde und der Kunde sei König. Gleiches gelte für die Mitarbeiter, denen Dankbarkeit für ihre Arbeit gezeigt werden solle. Mit Führungskräften, die dieses Verständnis verinnerlicht hätten, könne sich viel verändern. Das könne auch durch das Land Mecklenburg-Vorpommern beeinflusst werden, z. B. durch die Auswahl von Top-Führungskräften in einigen Kliniken. Dabei seien das Menschenbild und die Innovationskraft wichtige Faktoren, die auch in die Ausbildung zu integrieren seien.

**Dr. med. dent. Alexander Kuhr** (Niedergelassener Arzt) verweist auf die Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“, in der es auch um medizinische Aspekte gegangen sei. Auch da habe Prof. Dr. med. Hoffmann seines Wissens nach mitgewirkt und eine Grundlagenexpertise erstellt. Er fragt Prof. Dr. med. Hoffmann, welche Handlungsempfehlungen der vorangegangenen Enquete-

Kommission bisher umgesetzt worden seien, welche nicht und welche Gründe es gebe.

**Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann** erwidert, es gebe Themenüberschneidungen der beiden Enquete-Kommissionen. Es habe sich tatsächlich etwas getan. Es habe den Beschluss gegeben, gezielt in bestimmten Regionen Probleme zu identifizieren und Lösungen mit den vor Ort beteiligten Akteuren zu entwickeln. Diese Lösungen sollten auch übertragbar sein. Aus seiner Sicht sei das eine sehr innovative Sache und er selbst sei mit der Ehre der Koordination betraut worden. An mehreren Stellen seien Lösungen geschaffen und einiges sei sogar in die Regelversorgung überführt worden. Auch in der Telemedizin gebe es Erfolge in Mecklenburg-Vorpommern. Es habe z. B. drei Telemedizinprojekte in der Psychiatrie gegeben, die auch international Beachtung gefunden hätten. Große Entwicklungsschritte habe es jedoch nicht gegeben, z. B. hinsichtlich der sektorenübergreifenden Versorgung. Er hoffe aber, die Wiederaufnahme der Themen werde zu einer neuen Dynamik führen. Das Bewusstsein sei größer geworden und auch die Bereitschaft der Selbstverwaltungsakteure. Die Herausforderungen seien jedoch ein dickes Brett und nicht in einer Legislaturperiode zu meistern.

Vors. **Jörg Heydorn** merkt an, auch den Vorsitz der Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“ geführt zu haben. Aus seiner Sicht habe es eine Fehlkalkulation gegeben. Die Krankenhausstruktur sei nicht betrachtet worden, da dieses Thema als politisch zu brisant eingeschätzt worden sei. Doch das sei kein nachhaltiges Vorgehen gewesen und inzwischen habe sich diese Haltung geändert. Es müsse endlich vorausschauend und nachhaltig gehandelt werden.

Abg. **Torsten Koplín** betont anknüpfend an die Ausführungen des Vors., um wirklich etwas zu bewegen, sei eine grundsätzliche Herangehensweise nötig. Die Thematik der Zielstellung sei bereits von einigen Anzuhörenden aufgegriffen worden und sei sehr wichtig. Hinsichtlich der Vielfältigkeit und Konflikte zwischen den Zielen fragt er, welche Prioritäten die Enquete-Kommission setzen solle. Prof. Dr. med. Hoffmann habe sich für einen vollständigen Abbau der Sektorengrenzen ausgesprochen. Das würde zu einer ganz anderen Systematik führen. Ihn interessiere, ob unter den jetzigen

Bedingungen eine Honorierung möglich sei, wenn eine Gesundheitsleistung nicht notwendig sei.

**Prof. Dr. Steffen Fleßa** erklärt, es gebe bei Zielen immer Nebenbedingungen. Es sei von der Leistung abhängig. Prof. Dr. med. Busse habe überwiegend hoch akute Erkrankungen wie den Herzinfarkt und Schlaganfall betrachtet. Hier gehe es für den Patienten nur um das Überleben, welches eine hohe Qualität bedeute. Die Erreichbarkeit sei in einem solchen Fall irrelevant. Qualitätsmaximierung erfolge über eine Mortalitätsminimierung. Grund- und Regelversorger im ländlichen Raum hätten jedoch überwiegend andere Fälle, bei denen Erreichbarkeit für den Patienten und die Angehörigen eine große Rolle spiele. Dann sei Erreichbarkeit nicht nur eine Nebenbedingung, sondern auch ein Ziel. Es müsse eine Definition der Leistungen erfolgen, bei denen es unabhängig von der Erreichbarkeit nur um die Qualität gehe. Das gelte jedoch nicht für viele Leistungsangebote der Grund- und Regelversorger im ländlichen Raum. Hinsichtlich der Honorierung von „Nichtleistung“ führt er aus, bei einem Regionalbudget sei das möglich. In der Psychiatrie gebe es Regionalbudgets. Es werde sehr viel ambulant erbracht und das übriggebliebene Geld komme allen Leistungsanbietern zugute. Er fände es spannend und er plädiere dafür, ein Regionalbudget auszuprobieren, z. B. in dem Bereich Greifswald-Wolgast. Dafür sei eine staatliche Unterstützung in Form eines Arbitrators Voraussetzung, der die Fairness verantworten könne.

Vors. **Jörg Heydorn** gibt an, Regionalbudgets seien bereits Thema der Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“ gewesen. Seitdem habe es keine Bewegung diesbezüglich gegeben.

**Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann** führt aus, die zweite Frage von Abg. Koplin wie Prof. Dr. Fleßa beantworten zu wollen. Es gebe in Deutschland mehr und mehr Modelle, die zum Teil sehr erfolgreich mit Budgets arbeiteten, z. B. das Gesunde Kinzigtal. Nach ungefähr zehn Jahren werde sogar Geld gespart und auch die Mortalität sei signifikant gesunken. Es solle ein Modellversuch in Angriff genommen werden. Er würde das in seiner Amtszeit gerne noch erleben und Prof. Dr. Fleßa habe gerade auch seine Bereitschaft signalisiert. Vorpommern sei eine geeignete Region

und eine entsprechende Empfehlung der Enquete-Kommission könne helfen. Als Priorität für Mecklenburg-Vorpommern wünsche er sich die Fortsetzung des Monitorings, bei dem durch das § 90a SGB V-Gremium alle beteiligt seien. Außerdem seien Investitionen in die Weiterentwicklung von eHealth von hoher Bedeutung. Dafür seien ein oder zwei Standorte in Mecklenburg-Vorpommern zu schaffen.

**Prof. Dr. med. Reinhard Busse** erklärt bezüglich der Ziele, es sei auf die Erwartungen der Bürger an das Gesundheitssystem abzustellen. Das sei abhängig von den Bedarfskategorien. Aus seiner Sicht sei der Fokus eher auf das Behandlungsergebnis als auf die Erreichbarkeit zu legen. Dieser Grundlogik würden auch viele der von Prof. Dr. med. Hoffmann angesprochenen Vergütungsmodelle folgen. Eine bessere Versorgung sei oft günstiger, da es weniger unnötig erbrachte Leistungen gebe. Das sei nicht nur im Gesunden Kinzigtal zu beobachten und das sollte das Ziel darstellen. Daher sei auch das Geld nicht als erster Ansatz zu betrachten. Die Belohnung von nicht erbrachten unnötigen Leistungen sei eine schwierige Herausforderung. Das Ziel, solche Modellprojekte entwickeln zu wollen, müsse schriftlich formuliert werden.

**Dr. Martin Albrecht** merkt bezüglich von Regionalbudgets und Capitation an, es werde dann das Versicherungsrisiko auf die Leistungserbringer verlagert. Daher stehe er dieser Sache skeptisch gegenüber. Das große Versicherungssystem in Deutschland biete den großen Vorteil, dass das Risiko breit gestreut werde. Das mache das deutsche System deutlich günstiger als z. B. das US-amerikanische System. Daher sei die Übertragung des Versicherungsrisikos auf Leistungserbringer aus versicherungsökonomischer Sicht ineffizient.

**Dr. Adam Pilny** plädiert dafür, Leistungserbringer vor Ort sollten mehr Gestaltungsfreiheit erhalten. Diese könnten den Bedarf, die Morbidität und die Bevölkerungsstruktur am besten einschätzen. Das könnte auch in experimentellen Pilotprojekten getestet werden.

Abg. **Dr. Gunter Jess** gibt an, alle seine angedachten Fragen seien bereits beantwortet worden. Deshalb habe er nur die abschließende Frage, ob es für die

Strukturveränderung des Gesundheitswesens eher einer Reformierung oder einer Revolution bedürfe.

**Prof. Dr. med. Reinhard Busse** erwidert, es sei zwischen kurz- und mittelfristig zu unterscheiden. Ohne einen Aufbruch werde das Ziel jedoch nie erreicht werden. Auch die Krankenhausreform in Dänemark sei ein langer Prozess gewesen. Grundsatz sei gewesen, dass Krankenhäuser nur Leistungen erbringen dürften, für die sie qualifiziert seien. Zuerst seien also die Ziele zu definieren. Gegenüber heute sei das eine Revolution, aber erforderlich und nur in Schritten erreichbar.

**Dr. Adam Pilny** erklärt, er schätze sich als Revolutionär ein. Derzeit sei das SGB V sehr institutionsbezogen aufgebaut, mit hoher Regulierungsdichte und Detailregulierung. Die von ihm befürwortete Gestaltungsfreiheit der Leistungserbringer stehe in einem starken Widerspruch zu dem aktuellen Regelwerk im SGB V. Wie Prof. Dr. med. Busse bereits angeführt habe, sei es ein langer Weg. Dieser sei schrittweise auch auf der Bundesebene anzugehen, da das SGB V auf Bundesebene geregelt werde. Die Landespolitik habe da wenig Spielraum.

**Dr. Martin Albrecht** gibt an, sich eher in einer Gegenposition zu sehen. Es gebe durchaus Bereiche, in denen langfristig gravierende Veränderungen nötig seien. Trotzdem seien auch die Vorteile des jetzigen Systems zu beachten. Es gebe Mängel, doch vieles funktioniere gut und er halte das System im internationalen Vergleich nicht für schlecht. Auch eine sektorale Versorgung passe für viele Patienten sehr gut und sei völlig ausreichend. Das gelte auch für die Vergütung. Die Einzelleistungsvergütung habe auch Vorteile, die nicht zu vergessen seien. Trotzdem sollten Veränderungen angestoßen werden.

**Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann** betont, er befürworte die Idee von Prof. Dr. med. Busse, zuerst die Ziele zu formulieren. Aus seiner Sicht habe es noch nie so viel Konsens wie in dieser Zeit über die Aufgabe der Medizin gegeben. Die Ziele zu formulieren sei ein guter Start. Es dürfe nicht alles auf das SGB V kapriziert werden, viele Dinge könnten auch auf Landesebene geschehen. Dies habe die Vergangenheit gezeigt und einige Sachen seien auch auf Bundesebene übernommen worden. Er

wünsche der Kommission einen großen Konsens und die schriftliche Festhaltung für die neue kommende Landesregierung.

**Prof. Dr. Steffen Fleßa** führt aus, ihm gefalle das Bild des Innovationskeimlings. Dieser wachse in einer Nische heran und reife dort. Die Nische verlasse der Keimling nur, wenn das Gesamtsystem bereits bröckele. Er plädiere daher dafür, mehr Keimlinge zu generieren und zu schauen, welche gut funktionierten. Diese stünden dann bereit, wenn es auch in der Bevölkerung ein größeres Bewusstsein für die Notwendigkeit von Veränderung gebe. Daher sei er für das Pflanzen von vielen Keimlingen und weniger für eine Revolution. Das könne auch auf Landesebene erreicht werden.

## **PUNKT 2 DER TAGESORDNUNG**

Allgemeine Kommissionsangelegenheiten

hierzu: Anlage 1: Ergänzung der CDU-Fraktion zum Beschlussvorschlag zum Krankenhauszukunftsgesetz

Vors. **Jörg Heydorn** leitet zu TOP 2 über und fragt die Kommissionsmitglieder, ob es Wortmeldungen zum Thema Allgemeine Kommissionsangelegenheiten gebe.

**Dipl.-Med. Angelika von Schütz** (Stellvertretende Vorsitzende des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung M-V) gibt an, einen Geschäftsordnungsantrag vorbringen zu wollen, der mit der Tischvorlage (siehe Anlage 1) zusammenhänge. Es sei ihres Wissens nach geplant, aus der Enquete-Kommission eine Empfehlung an die Landesregierung zu formulieren. Über die vorliegende Tischvorlage gebe es bereits eine Diskussion und Änderungsanträge. Es ergebe sich daraus die Frage, ob sich zusätzlich zu der Zielrichtung der Kommission mit solchen Anträgen zu beschäftigen sei. Denn dann werde es nicht bei diesem Antrag bleiben.

Vors. **Jörg Heydorn** antwortet, er habe die Tischvorlage noch nicht gelesen und er könne die Ausführungen von Frau von Schütz nicht nachvollziehen.

Abg. **Dr. Gunter Jess** merkt an, die Bedenken von Frau von Schütz zu teilen. Die Enquete-Kommission könne keine Anträge in den Landtag einbringen. Dafür gebe es keine gesetzliche Grundlage im Enquete-Kommissions-Gesetz - EKG M-V. Es gebe nur die Möglichkeit, Zwischenberichte vorzulegen. Daher sei eine Abstimmung über die Tischvorlage aus seiner Sicht obsolet.

Vors. **Jörg Heydorn** vergewissert sich, ob es um das KHZG gehe. Er spreche sich dafür aus, zu aktuellen Themen Meinungsbildung zu betreiben. Es gebe auch die Möglichkeit, Sachverhalte in den Landtag einzubringen, auch wenn die Kommission nicht antragsberechtigt sei. In der Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“ habe es bei dem Thema „Wohnen“ eine vergleichbare Situation gegeben. Für eine Initiative der Kommission sei es möglich gewesen, auf aktuelle

Daten und eine Umfrage zurückzugreifen. Im Ergebnis habe dies zu einer Bereitstellung von Haushaltsmitteln geführt. Das KHZG sei verabschiedet und nun gehe es um den Einsatz der finanziellen Mittel. In der Kommission gehe es oft um die Themen eHealth und Digitalisierung. Daher befürworte er die Erarbeitung einer Position der Enquete-Kommission und deren Umsetzung anzustreben.

Abg. **Dr. Gunter Jess** erwidert, in diesem Fall müsse es auch eine Debatte über das Thema KHZG geben, die bis jetzt nicht stattgefunden habe.

Vors. **Jörg Heydorn** betont, es bestehe die Möglichkeit einer Debatte. Er habe einen Vorschlag eingebracht und um Anregungen gebeten, welche er gerne aufnehme und die dann zu besprechen seien.

**Uwe Borchmann** führt aus, er kenne die parlamentarischen Gepflogenheiten nicht. Der Vors. habe einen einführenden Vortrag zum KHZG gehalten, welches bis dahin recht unbekannt gewesen sei. Darauf aufbauend hätten sich verschiedene Ideen entwickelt. Mittlerweile liege das Gesetz in der Endfassung vor und in § 19 KHZG stünden elf harte Kriterien hinsichtlich der Mittelverwendung. Vor dem Hintergrund einer schnellen Geldausschüttung und den kurzen Fristen erachte er zusätzliche Kriterien nicht als förderlich hinsichtlich der Weiterentwicklung der Digitalisierung. Eine Diskussion über die Gewichtung der Kriterien könne sinnvoll sein. Er plädiere dafür, sich innerhalb der Kommission nicht weiter mit diesem Thema zu beschäftigen.

**Dr. med. Dent. Alexander Kuhr** meint, er sehe keinen Vorteil darin, eine weitere politische Bühne zu eröffnen und darauf laufe es hinaus. In der Enquete-Kommission seien Mitglieder aus allen Fraktionen vertreten, die dieses Thema dort einbringen könnten. Dann könne das Thema im Landtag diskutiert werden.

Abg. **Prof. Dr. Ralph Weber** stellt fest, die Enquete-Kommission habe eine Mammutaufgabe vor sich und nur wenig Zeit. Daher solle sich nicht zusätzlich mit dem KHZG befasst werden. Es sei parlamentarischer Brauch, dazu eine Expertenanhörung durchzuführen, bei der die einzelnen Gremien Vorschläge und Änderungswünsche einbringen könnten. So sei auch mit dem KHZG zu verfahren. Sonst bestehe die

Gefahr, dass eine Vielzahl von Anträgen die Arbeit der Kommission aufhalte. Er schlage daher vor, das KHZG nicht weiter zu behandeln.

Vors. **Jörg Heydorn** erwidert, er befürworte die Auseinandersetzung mit solchen aktuellen Themen. Er empfehle, den Vorschlag zum KHZG zur Kenntnis zu nehmen und eine Entscheidung bis zur nächsten Sitzung zurückzustellen. Die Argumente seien ausgetauscht und es gebe sowohl Zustimmung als auch Ablehnung unter den Kommissionsmitgliedern.

Abg. **Dr. Gunter Jess** stellt fest, Vors. Jörg Heydorn habe selbst erklärt, es könne kein Antrag an den Landtag gestellt werden, sondern es sei nur ein Zwischenbericht möglich. Ein Zwischenbericht müsse jedoch anders als die jetzt vorliegende Beschlussvorschlag gestaltet werden. Er könne sich mit der Sache nicht anfreunden.

Abg. **Prof. Dr. Ralph Weber** verweist auf die Aussage des Vors., die Argumente seien ausgetauscht. Wenn dem so sei, stehe einer heutigen Entscheidung aus seiner Sicht nichts im Weg und der Aufschub um zwei Wochen sei unbegründet.

Abg. **Torsten Koplín** erklärt, er wolle auf den Geschäftsordnungsantrag von Frau von Schütz zurückkommen, der grundsätzlicher Natur sei. Er plädiere dafür, die Sachlage zur Kenntnis zu nehmen und in den Fraktionen zu beraten, wie grundsätzlich vorzugehen sei. Dann könne sich in einer Obleuterunde und dann in einer Kommissionsitzung verständigt werden. Bis zum Ende der Enquete-Kommission könnten Themen aufkommen, bei denen es den Wunsch gebe, das Parlament damit zu konfrontieren. Um eine generelle Abwägung vornehmen zu können schlägt er vor, die Entscheidung zu vertagen.

**Prof. Dr. med. Andreas Crusius** meint, er stimme Abg. Koplín und Frau von Schütz zu. Letzlich habe die Kommission eine große Aufgabe vor sich und das KHZG sei nur ein Teilbereich davon. Ein Beschluss dazu, der noch nicht Inhalt der endgültigen Stellungnahme sei, könnte dem Vorschlag von Prof. Dr. Fleßa entgegenstehen. Prof. Dr. Fleßa habe vorgeschlagen, viele kleine Innovationskeimlinge hervorzubringen. Er würde dem Antrag von Frau von Schütz daher zustimmen.

**Henning Kutzbach** (Geschäftsführer der Landesvertretung Barmer M-V) gibt an, mit den parlamentarischen Formalien nicht vertraut zu sein. Die kleinen Innovationskeimlinge müssten auch gedüngt werden. Eine solche Förderung sei aus seiner Sicht durch die Bundesmittel aus dem KHZG möglich und er habe gehofft, dies könne mit Zielstellungen aus der Enquete-Kommission verbunden werden.

**Dr. med. dent. Alexander Kuhr** stellt fest, der Antrag von Frau von Schütz sei ein Geschäftsordnungsantrag und daher sei eine Abstimmung unausweichlich.

Vors. **Jörg Heydorn** führt aus, der Antrag habe das Ziel, sich nicht mit dem KHZG zu befassen. Abg. Koplín habe den Antrag gestellt, die Thematik zu vertagen. Es werde in dieser Sitzung eine Entscheidung geben.

**Manon Austenat-Wied** (Leiterin der Landesvertretung Techniker Krankenkasse M-V) erklärt, die Ausführungen von Frau von Schütz zunächst als Frage verstanden zu haben. Das KHZG sehe vor, dass bis zum 31. Dezember 2021 Anträge gestellt werden könnten und es erfolge eine Kofinanzierung in Höhe von 30 % der Gesamtfördersumme durch das Land. Diese 30 % seien bereits in den Landeshaushalt eingestellt und stünden zur Verfügung. Sie schlage vor, die Gedanken darüber noch mal reifen zu lassen und heute nicht zu übereilten Schlüssen zu kommen. Es gehe darum, Bundesgelder für Mecklenburg-Vorpommern zu gewinnen, um die Ideen aus den Anhörungen zukunftsweisend umzusetzen. Dies setze eine perspektivische Analyse des tatsächlichen Versorgungsbedarfes voraus. Weiterhin gehe es um einen großen Sprung in der Digitalisierung und Vernetzung. Auch die von Prof. Dr. Fleißa angesprochenen Ansätze hinsichtlich des Umgangs mit Fachkräften und Ressourcen, ließen sich für den Krankenhaussektor darunter subsumieren. Daher warne sie bezüglich dieser Sachlage vor einer formalen Debatte über eine positive finanzielle Unterstützung. So werde möglicherweise eine Antragsfrist versäumt.

**Dipl.-Med. Angelika von Schütz** meint, Frau Austenat-Wied habe sie wohl missverstanden. Ihr Ziel sei nicht, den Beschlussantrag zum KHZG zu konterkarieren. Es gehe um die generelle Frage, wie zukünftig mit solchen Anträgen umzugehen sei. Die Arbeit der Kommission werde noch einige Zeit in Anspruch nehmen und es gebe

möglicherweise einige Mitglieder, bei denen der Wunsch aufkommen könnte, eigene Anträge einzubringen. Eine mögliche Flut von Anträgen sehe sie nicht als zielführend an.

Vors. **Jörg Heydorn** bedankt sich für die Klarstellung. Es handele sich also nicht um einen Antrag auf Abstimmung, sondern gehe um die grundsätzliche Arbeitsweise der Enquete-Kommission. Die Kommission sei natürlich offen für Anträge der Mitglieder. Das sei systemimmanent und dieser Input gehöre auch zur Arbeit der Kommission. Bei der Erarbeitung und Fertigstellung der Endergebnisse werde es auch zu Anträgen kommen. Es werde Mehrheiten und Minderheitsvoten geben. Das sei das Wesen von Enquete-Kommissionen. Es habe z. B. auch Schreiben der Krankenhausgesellschaft M-V und der KVMV gegeben, die natürlich Beachtung fänden.

**Uwe Borchmann** erklärt, in seinem Verständnis diene die Enquete-Kommission der Beteiligung und der Diskussion der zum übergeordneten Thema der Gesundheitsversorgung gehörenden Teilbereichen. So solle Wissen vernetzt werden, um der Politik dann gegebenenfalls Entscheidungshilfen im Rahmen des Themas Gesundheitsversorgung in Mecklenburg-Vorpommern an die Hand zu geben. Jetzt gehe es aber um eine besondere Situation. Diese beziehe sich auf ein Bundesgesetz, welches zufälligerweise in das Thema passe. Doch die Abrufung der Mittel durch den Bund und die Länder sei spätestens bis zum 31. Dezember 2021 möglich. Dazu kämen noch Umsetzungsfristen. Deswegen sei eine so späte Antragsstellung schwierig. Außerdem müsse ein solcher Antrag formvollendet sein und könne nach der Antragsfrist nicht mehr korrigiert werden. Eine Formvollendung eines mit dem Land abgestimmten Antrags dauere drei bis fünf Monate. In den Krankenhäusern werde sich daher bereits mit Anträgen beschäftigt. Wenn es nun nach einigen Monaten neue Vorgaben durch die Enquete-Kommission gebe, werde es Schwierigkeiten bezüglich der Antragsfrist und der Umsetzung geben. Daher plädiere er in diesem Einzelfall, den Beschlussvorschlag nicht weiter zu verfolgen. Mit allen anderen Anträgen, die dem eigentlichen Sinn der Kommission dienten, sehe er ein solches Problem nicht.

Vors. **Jörg Heydorn** betont, er vertrete eine andere Sichtweise. Durch die Enquete-Kommission gebe es keine Verzögerung. Wie bereits erwähnt, seien die Mittel bereits

im Landeshaushalt eingeplant. Nun gehe es um die Frage, ob es eine Priorisierung zur Einsetzung der Mittel geben solle. Aus seiner Sicht sei dies eine wesentliche Aufgabe der Kommission.

Abg. **Dr. Gunter Jess** kritisiert hinsichtlich der Sitzungsführung, der Vors. Jörg Heydorn mische sich als Vorsitzender in die Diskussion ein. Die eigentliche Aufgabe als Versammlungsleiter sei jedoch die Koordination. Er weise abermals darauf hin, die Enquete-Kommission sei nicht antragsberechtigt. Eine Beschäftigung mit diesem Thema sei möglich, doch dann müsse entsprechend Zeit eingeräumt werden. Diese Zeit gebe es jedoch nicht und es seien andere Ziele zu verfolgen.

Abg. **Prof. Dr. Ralph Weber** gibt an, Herr Borchmann und Abg. Dr. Jess hätten alles gesagt und seine Wortmeldung habe sich erledigt.

Die **Enquete-Kommission** lehnt den Antrag, dass sich die Kommission nicht weiter mit dem KHZG beschäftigen solle, bei fünf Dafür-Stimmen mehrheitlich ab.

Vors. **Jörg Heydorn** schlägt vor, den Vorschlag des Abg. Koplín aufzugreifen und das Thema in den Fraktionen noch mal zu erörtern. Der Hinweis des Abg. Dr. Jess, die Kommission könne keine Anträge stellen, solle auch aufgegriffen werden. Die Kommission könne aber Empfehlungen beschließen. Dies werde auf die Tagesordnung der nächsten Sitzung am 18. November 2020 gesetzt. Der Beginn dieser Sitzung werde aus Überschneidungsgründen auf 16 Uhr verschoben. Er schlage vor, das Wirtschaftsministerium zu den Themen Nachtragshaushalt und Umsetzung des KHZG einzuladen. Weiterhin sei zu prüfen, wie die Zusammenarbeit zwischen den Ministerien hinsichtlich der Koordination und Abstimmung bei Gesundheitsthemen ablaufe. Dies würde er sich gerne darlegen lassen, da sich dieses auch auf die Umsetzung der Handlungsempfehlungen auswirke. Das betreffe das Wirtschaftsministerium für den Bereich Gesundheit, das Sozialministerium für den Pflegebereich, das Energieministerium für die Bereiche Mobilität, Digitalisierung und Wohnraumversorgung, das Bildungsministerium für den Ausbildungsbereich und die Staatskanzlei.

Die **Enquete-Kommission** beschließt einstimmig, die Anhörungen am 18. November 2020 mit den vorgeschlagenen Ministerien durchzuführen.

Vor. **Jörg Heydorn** informiert, für die Sitzung am 25. November 2020 gebe es eine Zusage von Prof. Dr. med. Michael Albrecht (Medizinischer Vorstand der Universitätsklinik Carl Gustav Carus in Dresden). Außerdem schlage er Matthias Brodkorb als Sonderbeauftragten der Universitätskliniken in Mecklenburg-Vorpommern als Anzuhörenden vor, da mit dem Nachtragshaushalt auch ein Sondervermögen in Höhe von 360 Millionen Euro für die Universitätskliniken gebildet werden solle. Darüber hinaus empfehle er die Anhörung von Prof. Dr. med. Maik Gollasch (Direktor der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin – Geriatrie, Universitätsmedizin Greifswald).

Die **Enquete-Kommission** beschließt einstimmig, die Anhörungen am 18. November 2020 mit den vorgeschlagenen Anzuhörenden durchzuführen.

Vors. **Jörg Heydorn** beruft die nächste Sitzung der Enquete-Kommission für den 4. November 2020 um 15:30 Uhr im Plenarsaal ein. Diese Sondersitzung sei von der Landtagspräsidenten Birgit Hesse genehmigt worden.

Ende der Sitzung: 20:48 Uhr

Ad/Zi

Jörg Heydorn  
Vorsitzender

## Anlage

zum

Kurzprotokoll der 8. Sitzung,  
am 21. Oktober 2020

hier:

- Tischvorlage (Ergänzung der CDU-Fraktion zum Beschlussvorschlag zum Krankenhauszukunftsgesetz)

Landtag Mecklenburg-Vorpommern  
7. Wahlperiode  
**Enquete-Kommission**  
**„Zukunft der medizinischen Versorgung  
in Mecklenburg-Vorpommern“**

Schwerin, 21. Oktober 2020

Tischvorlage

für die

8. Sitzung  
am 21. Oktober 2020, 15.30 Uhr, Schloss Schwerin, Plenarsaal

hier:

Ergänzung der CDU-Fraktion zum Beschlussvorschlag zum Krankenhauszukunfts-  
gesetz

## Ergänzung der CDU-Fraktion zum Beschlussvorschlag

Die Enquete-Kommission „Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern“ begrüßt das Krankenhauszukunftsgesetz des Bundes und sieht mit den damit verbundenen Fördermitteln die Möglichkeiten, vor allem den Digitalisierungsprozess in der Krankenhauslandschaft unseres Bundeslandes voranzutreiben.

Vor diesem Hintergrund empfiehlt die Enquete-Kommission dem Landtag zu beschließen:

1. Das Land Mecklenburg-Vorpommern stellt bei der Förderung aus dem Krankenhauszukunftsgesetz sicher, dass Projekte eine Förderung erhalten, wenn
  - a. mit dem Projekt die im Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie errichteten regionalen Clusterstruktur gestärkt werden, wobei dazu u. a. netzwerkkompatible IT-Systeme einschließlich der hierfür erforderlichen Schnittstellen und Plattformen, die einen sektorenübergreifenden Datenaustausch ermöglichen, zählen, und
  - b. die Fördermittel nachhaltig mit dem Ziel eingesetzt werden, ein digitales Netzwerk zu implementieren, das eine sektorenübergreifende integrierte Kommunikation einschließlich des dazu notwendige Datentransfers gewährleistet.
2. Die notwendigen 30 Prozent Kofinanzierungsmittel werden aus dem Landeshaushalt als Zuschuss zu Verfügung gestellt.
3. Nicht abgerufene Kofinanzierungsmittel werden für weitere Krankenhausinvestitionen zur Verfügung gestellt.
4. Die im Krankenhauszukunftsgesetz geschaffene Möglichkeit, Vorhaben an Hochschulkliniken mit bis zu 10 Prozent des Fördervolumens des jeweiligen Landes zu fördern, wird in Mecklenburg-Vorpommern ausgeschöpft. Voraussetzung hierfür sind entsprechende Projekte, die die Vorgaben des Bundes und des Landes im Rahmen des Gesetzes erfüllen.

### Begründung:

Die Koalitionsfraktionen aus CDU, CSU und SPD im Deutschen Bundestag haben einen Entwurf eines Gesetzes für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser vorgelegt. Der Gesetzentwurf sieht u. a. die Förderung notwendiger Investitionen in Krankenhäusern vor. Schwerpunkte der Förderungen sind z. B. Investitionen in die digitale Infrastruktur.

Der Bundesgesetzgeber will Fördermittel in Höhe von 3 Milliarden zur Verfügung stellen, die durch die Länder bzw. die Krankenhausträger zu 30 Prozent kofinanziert werden sollen. Das Land Mecklenburg-Vorpommern wird dazu 30 Prozent der maximal möglichen Bundesmittel als Ko-Finanzierungsanteil bereitstellen. Nicht abgerufene Ko-Finanzierungsmittel sind für weitere Investitionsvorhaben der Krankenhäuser auszureichen.

Aufgrund der besonderen demografischen und geografischen Situation Mecklenburg-Vorpommerns ist es erforderlich, Telematik und telemedizinische Anwendungen im Gesundheitswesen in einer abgestimmten und strukturierten Art und Weise für unser Bundesland zu befördern. Deswegen sind die Mittel aus dem Krankenhauszukunftsgesetz einschließlich der zu Verfügung zu stellenden Landesmittel so einzusetzen, dass damit eine integrierte, sektorenübergreifende digitalisierte Infrastruktur befördert wird, die zum einen die Kommunikation zwischen den relevanten Akteuren erleichtert und zum anderen den erforderlichen Datentransfer sicherstellt. Die Zielvorstellung dabei muss sein, die Gesundheitsversorgung in all ihren Bereichen digital zu vernetzen.

Sebastian Ehlers  
(Obmann)