

## **KURZPROTOKOLL**

der 17. Sitzung der Enquete-Kommission  
„Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern“  
am Donnerstag, dem 8. April 2021, 16:00 Uhr,  
in Schwerin, Schloss, Plenarsaal

Vorsitz: Abg. Jörg Heydorn

## **TAGESORDNUNG**

1. Vorstellung des Gutachtens durch die Institute for Health Care Business GmbH
2. Allgemeine Kommissionsangelegenheiten









## **PUNKT 1 DER TAGESORDNUNG**

Vorstellung des Gutachtens durch die Institute for Health Care Business GmbH

Vors. **Jörg Heydorn** eröffnet die 17. Sitzung der Enquete-Kommission und begrüßt die Anwesenden im Saal sowie diejenigen, die per Video zugeschaltet sind. Insbesondere freue er sich, Herrn Prof. Dr. Augurzky im Plenarsaal begrüßen zu dürfen. Er bittet die zugeschalteten Personen darum, ihr Mikrofon auszuschalten, wenn sie gerade nicht sprechen. Bei Fragen solle in den Chat geschrieben werden. Er weist darauf hin, dass der Chatinhalt für alle im Saal anwesenden Personen sichtbar sei.

**Prof. Dr. Boris Augurzky** (Geschäftsführer der Institute for Health Care Business GmbH) erklärt zur Bestandsaufnahme, Mecklenburg-Vorpommern sei ein dünn besiedeltes Flächenland und habe im Vergleich zu anderen Bundesländern eine gute Verwaltungsstruktur, auch im Gesundheitsbereich. In Mecklenburg-Vorpommern lebten 1,9 Prozent der Gesamtbevölkerung Deutschlands und dort lägen zwei Prozent aller Stadt- und Landkreise. Diese wiesen mit jeweils etwa 200.000 Einwohnern eine gute Größe auf. Mecklenburg-Vorpommern mache 6,5 Prozent der Fläche Deutschlands aus, was bedeute, dass man 70 Prozent weniger Einwohner pro Quadratkilometer habe. Er habe den Unterschied zum Ruhrgebiet mit einer sehr hohen Bevölkerungs- und Versorgungsdichte heute selbst feststellen können. Das Netz des öffentlichen Nahverkehrs sei recht dünn, sodass zu überlegen sei, wie man die Menschen von ihrem Wohnort hin zu den medizinischen Versorgungsangeboten bringen könne. Mecklenburg-Vorpommern weise die geringste Einwohnerdichte in Deutschland auf. Die Bevölkerungszahl sei in den letzten Jahren stagniert. Das große Problem sei die überdurchschnittliche Überalterung. Im Süden und Osten des Landes finde ein Bevölkerungsrückgang statt, während in den Städten und im Nordwesten ein Wachstum zu verzeichnen sei. Bis 2030 werde in Mecklenburg-Vorpommern ein Bevölkerungsrückgang um 3,3 Prozent erwartet. Innerhalb des Bundeslandes gebe es aber hinsichtlich des Bevölkerungswachstums große Unterschiede. In den Gebieten mit Schrumpfung, wie Mecklenburgische Seenplatte, Vorpommern-Greifswald und Ludwigslust-Parchim, würden die Probleme schneller sichtbar. Sinkende Bevölkerungszahlen bedeuteten eine schlechtere Auslastung, was zu wirtschaftlichen

Schwierigkeiten der Anbieter von Gesundheitsleistungen führe. Der öffentliche Nahverkehr sei dünn. In der Woche sei es in den meisten Gebieten noch möglich, innerhalb von 45 Minuten die Zentren zu erreichen. Am Wochenende müssten häufig Anfahrtszeiten von 90 Minuten in Kauf genommen werden. Nach der Wende sei damit begonnen worden, die Krankenhausstruktur gut neu zu ordnen. Es gebe heute 40 Krankenhausstandorte, von denen etwa zwei Drittel der Basisversorgung zugeordnet werden könnten. Diese versorgten circa 420.000 Patienten pro Jahr. Bezogen auf die Fläche habe man damit deutschlandweit die geringste Krankenhausedichte. Gemessen an der Bevölkerungszahl liege man im Durchschnitt. Die Erreichbarkeit betrage teilweise mehr als 30 Minuten mit dem PKW. Die Erreichung von Mindestmengen sei wegen der Verteilung der Standorte auf die Fläche oft kritisch. 60 Prozent der Standorte in Mecklenburg-Vorpommern erhielten einen Sicherstellungszuschlag, was nirgendwo anders der Fall sei. Bei der Geburtshilfe gebe es viele kleine Abteilungen und die Erreichbarkeit mit dem PKW liege teilweise bei über 45 Minuten. Die Hospitalisierungsrate liege über dem Durchschnitt, was auch aus dem höheren Altersdurchschnitt resultiere. Die Fallzahlen im Krankenhaus würden in den nächsten Jahren trotz der zunehmenden Alterung der Bevölkerung eher sinken, da ein Trend zur Ambulantisierung in der Medizin stattfinde. Krankenhausleistungen würden damit in den nächsten Jahren vermehrt ambulant erbracht. In der Corona-Krise habe es im letzten Jahr eine Leistungsreduktion in den Krankenhäusern um 13 Prozent gegeben. Ob dies mit der Ambulantisierung, der Verschiebung der Leistungen oder einem Ausfall der Leistungen zusammenhänge und ob sich die Zahlen wieder erhöhten, sei eine offene Frage. Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser sei in Mecklenburg-Vorpommern leicht besser als im Bundesdurchschnitt. Es gebe zwar viele Häuser mit Gewinn, aber auch viele, die einen Verlust verzeichneten. Wenn man über Sicherstellungszuschläge spreche, müsse man sich gerade die Häuser mit Verlust ansehen und überlegen, ob man diese brauche und daher unterstützen sollte. Der Rückgang der Investitionsfördermittel sei in allen Bundesländern festzustellen. Viele Krankenhäuser verzeichneten einen hohen Gewinn, jedoch müssten auch 32 Prozent einen Verlust hinnehmen, was viel sei. Das Jahresergebnis sinke seit einigen Jahren und der Anteil der Häuser mit Verlust steige. 25 der 40 Standorte seien bei den Daten des Krankenhaus Rating Report 2020 berücksichtigt worden, was eine gute Beurteilung zulasse. Die wirtschaftliche Lage der übrigen 15 Standorte könne nicht beurteilt

werden. Kleine Krankenhäuser schnitten dabei schlechter ab als große, wobei Fachkliniken unabhängig von ihrer Größe sehr gute Ergebnisse erzielten. Krankenhäuser in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft wiesen überwiegend ein negatives Ergebnis aus, bei freigemeinnützigen Krankenhäusern habe man kein Muster erkennen können. Hochgerechnet auf 10.000 km<sup>2</sup> gebe es in Mecklenburg-Vorpommern 17 Krankenhäuser, in Nordrhein-Westfalen seien es mit 126 die meisten. In den Niederlanden seien es jedoch nur sechs Krankenhäuser auf 10.000 km<sup>2</sup>. Die Standorte mit Gynäkologie/Geburtshilfe seien teilweise nicht in der vom G-BA vorgegebenen Zeit von 45 Minuten mit dem PKW zu erreichen. Die Standorte der Geburtshilfe und Frauenheilkunde erreichten nur in einem Haus in Rostock eine zufriedenstellende Menge. Viele Häuser lägen bezüglich der Menge im roten Bereich. Dies bedeute medizinisch, wirtschaftlich und bezogen auf die Fachkräfte Probleme. Seit 2016 stagniere die Zahl stationärer Fälle in Deutschland, in Mecklenburg-Vorpommern stagnierten die Zahlen schon länger. Krankenhäuser lebten einerseits von Preissteigerungen auf der Erlösseite und andererseits von einer steigenden Patientenzahl. Damit könnten Kostensteigerungen aufgefangen werden. Da dies nicht mehr funktioniert habe, habe sich die wirtschaftliche Lage vieler Häuser verschlechtert. Projiziere man die Bevölkerungsstruktur auf 2030 fort, könnten theoretisch etwa sechs Prozent mehr Fälle erwartet werden. Man gehe aber davon aus, dass mindestens zehn Prozent der stationären Leistungserbringung in den nächsten Jahren wegfallen. Auf Bundesebene gebe es bereits einen Auftrag, einen Katalog ambulant durchführbarer Leistungen neu zu definieren. Dieser solle im Januar nächsten Jahres veröffentlicht werden. Die Medizin ermögliche immer mehr Ambulantisierung. Die stationäre Fallzahl werde daher voraussichtlich sinken. Mit fünf bis sechs Prozent weniger Auslastung lasse sich ein Krankenhaus kaum noch wirtschaftlich betreiben. Die Rolle der Krankenhäuser müsse sich daher ändern. Beim Thema Schwangerschaft/Geburt würden die Fälle bis 2030 um etwa 14 Prozent abnehmen. Dies hänge nicht mit der Ambulantisierung zusammen, sondern mit der Bevölkerungsentwicklung. Man müsse sich Gedanken machen, wie man die Geburtshilfe abgedeckt bekomme. Gegebenenfalls müsse über eine stärkere Zentralisierung nachgedacht werden. Bei der Altenpflege gebe es in Mecklenburg-Vorpommern deutlich mehr Pflegebedürftige als im Bund. Bis 2040 würden 50 bis 60 Prozent mehr Pflegebedürftige erwartet. Die Altersmedizin werde eine immer wichtigere Rolle spielen. Dafür müssten Angebote

vorgehalten und der Zugang geschaffen werden. Die Anzahl der Haus- und Fachärzte liege leicht über dem Bundesdurchschnitt. Es gebe aufgrund der Altersstruktur aber auch einen höheren Bedarf. In den nächsten Jahren drohe eine Unterversorgung gerade bei den Hausärzten in Mecklenburg-Vorpommern. Dies betreffe alle Landkreise außer die beiden kreisfreien Städte. Das Problem der Unterversorgung bestehe vorrangig in den neuen Bundesländern. Im niedergelassenen Bereich gebe es immer mehr angestellte Ärzte. Dies betreffe Haus-, besonders aber auch Fachärzte. Junge Ärzte wollten eher in Teilzeit, im Angestelltenverhältnis und in größeren Einheiten, in denen man sich die Arbeitszeit und Investitionskosten teilen könne, arbeiten. Das Durchschnittsalter der niedergelassenen Ärzte sei etwas niedriger als der Bundesdurchschnitt, aber steigend. Da in den nächsten Jahren immer mehr Menschen einen erhöhten Versorgungsbedarf haben würden, brauche man Lösungen. Die Krankenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern beteiligten sich sehr stark an der ambulanten Versorgung, insbesondere über Medizinische Versorgungszentren (MVZ). 71 Prozent dieser MVZ wiesen eine Krankenhausbeteiligung auf. Vor allem in der Daseinsvorsorge im ländlichen Raum stünden in Mecklenburg-Vorpommern erhebliche Herausforderungen an. Die Bevölkerung schrumpfe und die Fallzahlen im Krankenhaus dürften sinken. Es werde eine weitere Konzentration der Versorgung in Ballungszentren erwartet. Die Patienten würden älter und damit gewannen die Altersmedizin und die Pflege weiter an Bedeutung. Der Fachkräftemangel, der heute schon spürbar sei, werde sich weiter verschärfen. Das erste Plakat, das er in Schwerin gesehen habe, sei die Suche nach einem Kinderarzt gewesen. Dies habe er in dieser Form noch nicht gesehen. Die Medizin spezialisieren sich zwar schon seit Jahren, dies werde aber weiter voran gehen. Spezialisierung bedeute, dass man mehr Fachkräfte brauche. Dies werde insbesondere für kleine Krankenhäuser schwierig, da es für diese nicht möglich sei, eine Fachkraft, die in Rente gehe, durch mehrere verschiedene Spezialisten zu ersetzen. Auch technologische Innovationen erzeugten Veränderungsdruck, wobei darin für ein Land wie Mecklenburg-Vorpommern auch eine riesige Chance liege, die genannten Probleme zumindest abzumildern. Ein Ansatzpunkt, um mit knapperen Ressourcen auszukommen, sei die Zusammenarbeit. Infrage kämen dort eine sektorenübergreifende Versorgung und die Ambulantisierung. Damit zusammen hingen auch eine Zentralisierung und Schwerpunktbildung. Wichtig sei auch die Prävention, um den Bedarf an Versorgung zu verringern. Auf die Chancen

neuer Technologien habe er bereits hingewiesen. Es müsse auch ganz genau geschaut werden, wie das vorhandene Personal am besten eingesetzt werden könnte, indem z. B. bestimmte ärztliche Aufgaben übertragen oder unterstützt würden. Es müsse überlegt werden, wie die Gesundheitsversorgung in einem Bundesland wie Mecklenburg-Vorpommern aussehen sollte. Auch wenn bei manchen Ansätzen die Umsetzung bezweifelt werden könnte, gehöre die Definition eines Sollzustandes stets dazu. Die Handlungsempfehlungen seien dann die Maßnahmen, um diesen Sollzustand zu erreichen. Auch kleine Schritte seien hilfreich. Wenn man beginne zu laufen, müsse man nur die richtige Richtung einschlagen. Jeder Schritt sei ein wichtiger, um dem Ziel näher zu kommen. Es sollte eine Top-Versorgungsqualität zumindest auf dem heutigen Niveau erreicht werden. Verbesserungen seien anzustreben. Versorgungsangebote müssten auch erreichbar sein und dürften sich daher nicht auf die vier großen Zentren beschränken. Die Versorgungsstruktur müsse auch bei exogenen Schocks stabil sein. Das Ganze müsse am Ende jedoch auch finanzierbar sein. Die gesamte Versorgung müsse sehr breit gedacht werden. Es beginne bei einfachen aufklärenden Leistungen für Familien, in den Schulen und Betrieben bis hin zur Versorgung akuter und chronischer Erkrankungen. Zu beachten seien auch die Schnittstelle zur geriatrischen Versorgung und die Begleitung Sterbender. Dies sei eine riesige Palette, für die man dezentrale, erreichbare Angebote benötige. Der medizinisch-pflegerische Bedarf, der unter anderem die Akutversorgung, die Rehabilitation und die Pflege enthalte, sei das Kernstück. Es müsse auch eine Steuerung durch das System ermöglicht werden, z. B. eine Begleitung der Patienten durch Case-Management. Wichtig sei auch die Prävention durch Information und Förderung von Personal. Im Zentrum müsse der Patient stehen. In Deutschland habe man noch keine patientenorientierte Versorgung. Angebote seien nicht um den Patienten herum aufgebaut worden, sondern diese seien historisch gewachsen, oft um die Institutionen herum. Patienten müssten sich zurechtfinden und irrten manchmal im System herum. Dies erzeuge am Ende unnötigen Ressourcenverbrauch. Case-Management sei daher wichtig. Weitere wichtige Ziele seien die Schaffung von Mobilitätsangeboten und eine sektorenübergreifende Versorgung. Für die Patienten gebe es oft keine Sektoren. Die Trennung sei für diese unverständlich. Die Versorgung sollte daher ohne Sektoren erbracht werden. Digitalisierung müsse genutzt und Tätigkeiten müssten delegiert werden, um

Ressourcen effizient zu nutzen. In jeder Region müssten passgenaue Angebote gemacht werden. Diese müssten von Angeboten in Großstädten abweichen, da dort ganz andere Bedingungen herrschten. Er plädiere für eine bessere Orientierung am Patienten und dazu für eine Stärkung des Hausarztes, der durch einen Case-Manager bzw. Kümmerer sowie digitale Tools unterstützt werde. Der „dezentrale Kümmerer“ sei Ansprechpartner für jegliche Gesundheitsfragen und agiere für die Patienten als Bindeglied. Als Unterstützungsleistung für den Hausarzt agiere der Kümmerer im Bereich Pflege. Im Ausland gebe es diesbezüglich die Community Health Nurse, Advanced Nurse und die Practitioner. Unterstützung könnte insbesondere im Bereich Prävention auch durch den Sozialarbeiter erfolgen. Ein Umdenken müsse auch die Überlegung enthalten, wofür das Geld ausgegeben werde - für das Kurieren oder das Vermeiden. Die elektronische Patientenakte, die gerade gestartet sei, sei eine Basis. Eine Umsetzung werde noch dauern, auch 2025 werde noch nicht alles voll funktionsfähig sein. Als Zielbild habe man aber einen Horizont von diesem Jahrzehnt. Er könne nur dafür plädieren, dieses aufzugreifen und das Potenzial zu nutzen. Am Ende sei ein vollständiger Datenaustausch möglich. Womöglich sollte man diese Kümmerer, Case-Manager und die hausärztliche Versorgung in größeren Gesundheitszentren bündeln. In Zukunft werde man Hausärzte und insbesondere Landärzte nicht mehr in ausreichender Anzahl haben. Diesen müsse man das Angebot machen, in größeren Zentren tätig zu werden und andere Berufsgruppen miteinbinden zu können. Zur Zentralisierung der primärärztlichen Versorgung auch in größeren Zentren habe er als Vorbild die Zentren in Finnland betrachtet. Diese seien dort Erstanlaufstelle für die Patienten. Dort finde eigentlich immer der Erstkontakt mit dem Krankenpflegepersonal statt. Dies erfolge häufig über das Telefon. 56 Prozent der dort Tätigen kämen aus dem Bereich der Pflege und 37 Prozent sei ärztliches Personal. Es erfolgten eine primärärztliche Akutversorgung und eine Versorgung chronisch Kranker. Man mache auch häusliche Krankenpflege und übernehme Public-Health-Aufgaben. Man könne überlegen, den Öffentlichen Gesundheitsdienst zumindest mit dem Gesundheitszentrum zu vernetzen. Dies gewährleiste einen Austausch und unterstütze Präventionsangebote. Oft seien auch eine zahnärztliche Versorgung und die Arbeitsmedizin integriert. Damit könne mehr angeboten werden als derzeit bei den Hausärzten und es seien mehr Gerätschaften vorhanden. In Finnland müsse eine riesige Fläche versorgt werden. Dort habe man nur ein Drittel der Bevölkerungsdichte

wie in Mecklenburg-Vorpommern. Dieses Problem werde in Finnland aber gut gelöst. Er plädiere dafür, auch die Fachärzte mit in das Gesundheitszentrum zu integrieren. Diese befänden sich historisch gewachsen dezentral in den Praxen. In Finnland gebe es diese Fachärzte nicht. Dort finde die fachärztliche Versorgung ausschließlich am Krankenhaus statt. In Mecklenburg-Vorpommern könnte man diese aber in das Ambulante Gesundheitszentrum eingliedern. Zu bedenken sei, was mit den kleinen Krankenhäusern mit etwa 100 Betten, die aufgrund ihrer Auslastung nicht wirtschaftlich tätig sein könnten, geschehen solle. Diese brauche man, um die Erreichbarkeit in der Fläche gewährleisten zu können. Die verschiedenen Angebote von ambulant und stationär sollten verbunden und das Ambulante Gesundheitszentrum zu einem Integrierten Gesundheitszentrum (IGZ) erweitert werden. Auch Reha-Kliniken, von denen es in Mecklenburg-Vorpommern relativ viele gebe und die eine große ambulante Expertise aufwiesen, könnten miteingebunden werden. In so einem Zentrum könne die lokale Gesundheitsversorgung besser koordiniert und sektorenübergreifend so organisiert werden, dass für die Patienten keine Schnittstellen entstünden. Dazu müsse auch die Kurzzeitpflege angedockt werden. Auch wenn die Presse dieses Thema als neu aufgreife, sei das Problem der Kurzzeitpflege im Krankenhausbereich schon lange diskutiert worden. In den finnischen Gesundheitszentren gebe es oft auch bis zu fünf Betten, die aber nur der Überwachung dienten. Auch ambulantes Operieren finde dort immer am Krankenhaus statt. Die Landarztpraxis in der Fläche solle dadurch nicht zerstört werden, sondern bleibe weiter bestehen. Jedoch sollten Neuansiedlungen in Zentren erfolgen. Kleinen Grundversorgern im Krankenhausbereich solle eine neue Rolle gegeben werden. Diese sollten in ein Zentrum integriert werden und die Verantwortung für die lokale Versorgung mit übernehmen. Ihnen sollte auch die Koordination der medizinischen Angebote obliegen. Der „Kümmerer“ kümmere sich individuell um den einzelnen Patienten und das Zentrum mit einem kleinen Grundversorger kümmere sich um die Koordination der Akteure der Leistungserbringung. Überaus wichtig zur Abdeckung der Fläche sei eine klare telemedizinische Anbindung. Die Expertise der größeren Regionalversorger, der größeren Zentren der Region oder sogar der Maximalversorger müsse durch telemedizinische Verbindungen in die Fläche gebracht werden. Auch müsse von einem lokalen Zentrum Expertise durch Telemedizin in die Apotheke gebracht werden. In Abstimmung mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst könnte sich

zudem um Prävention gekümmert werden. In einem Landkreis könnte es z. B. vier solcher lokaler Zentren geben und dazwischen gebe es für die gesamte Region einen großen Regionalversorger, der in der Region eine größere Verantwortung und eine Koordinationsfunktion übernehme und telemedizinisch angebunden sei. Dieser könnte sich vom Maximalversorger in der Region oder in der nächsten Region Leistungen einkaufen. Das Ganze sei mit einer digitalen Vernetzung zu versehen. In Mecklenburg-Vorpommern gebe es bereits vier gut geschnittene Großregionen. Diese könne man so beibehalten und nutzen. Eine Region stellten mit der Stadt Schwerin als Zentrum die Landkreise Nordwestmecklenburg und Ludwigslust-Parchim dar. Ein weiterer umfasse den Landkreis Rostock mit der Stadt Rostock. Der Landkreis Mecklenburgische Seenplatte habe in Neubrandenburg ein Zentrum und viele Standorte in der Fläche. Zudem könnte man überlegen, ob man die beiden Vorpommern-Landkreise, Vorpommern-Rügen und Vorpommern-Greifswald, mit Greifswald als Zentrum als Versorgungsregion zusammenfasse. In Stralsund gebe es zwar ein größeres Krankenhaus, da Greifswald aber an der Grenze der beiden Landkreise liege, empfehle er eine gemeinsame Betrachtung. Die Basisversorgung, die zwei Drittel ausmache, finde dann an den Gesundheitszentren, an dem Regionalversorger und auch am Maximalversorger, der Spitzenmedizin vorhalten, aber auch in der lokalen Umgebung die Grundversorgung mit abdecken solle, statt. Spezialversorgung solle dann im Maximalversorger, in Fachkliniken oder auch zum Teil im Regionalversorger stattfinden. Um dieses Zielbild erreichen zu können, müsse die Krankenhausplanung in einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung, die für die Region entwickelt werden müsse, aufgehen. Zudem müsse die nötige Menge an Personal gesichert werden. Dies stelle eine große Herausforderung dar. Aufgrund der Personalknappheit müsse eine effiziente Allokation erreicht werden. Am Ende müssten Angebot und Nachfrage zusammengebracht werden, wozu auch neue Angebote benötigt würden. Das Gutachten enthalte eine umfangreiche Tabelle mit zahlreichen Handlungsempfehlungen, von denen manche prioritärer seien als andere. Dabei gebe es jeweils eine Angabe, durch wen die entsprechende Maßnahme initiiert werden müsse und welche Akteure darüber hinaus beteiligt sein sollten. Sie dienten aber alle dazu, sich den zuvor definierten Zielen weiter zu nähern. Die Handlungsempfehlungen ließen sich zehn Themengebieten unterordnen, angefangen bei der Krankenhausversorgung bis hin zu Personal. Er empfehle, wenn man in diese

Richtung gehen und auch Maßnahmen davon einleiten wolle, sollte dies von Anfang an von einer Kommunikationsoffensive begleitet werden. Die Erkenntnis, dass Herausforderungen bestünden, müsse erst einmal vermittelt werden. Man lebe nicht in der Zukunft, sondern in der Vergangenheit, weil man diese erlebt habe, und in der Gegenwart. Man habe nicht das Gespür, was kommen könnte. Wenn man sich nicht damit befasse, habe man dieses Gespür für bestehende und künftige Probleme nicht. So könne man nicht nachvollziehen, dass die Fallzahlen trotz eines steigenden Altersdurchschnitts sanken. Die Gründe dafür müsse man vermitteln, um ein Verständnis dafür zu schaffen, warum manche Schritte nötig seien und andere nicht. In der Krankenhausplanung müsse sich überlegt werden, wie man besser zu den drei Versorgungsstufen zuordnen könne. Dies seien die Grundversorgung mit den eher kleineren Zentren, die mit dem ambulanten Bereich kombiniert seien, die Regionalversorgung und die Maximalversorgung. Die bereits bestehende Clusterbildung sollte verstärkt werden. Diese sei gut nutzbar. Eine große, aber für das Zielbild wichtige Herausforderung sei die lokale Kooperation zwischen den Akteuren innerhalb einer Region. Zwischen den Regionen sei Wettbewerb wünschenswert. Die Bevölkerung solle immer die Möglichkeit haben, eine andere Region mit möglicherweise besserer Versorgung aufzusuchen. Lokal sei aber aufgrund der Knappheit der Ressourcen eine enge Zusammenarbeit erforderlich. Innerhalb einer Region habe man in Mecklenburg-Vorpommern leider viele verschiedene Träger, was eine dauerhafte Kooperation erschwere. Eine Kooperation sei immer auf Zeit angelegt und von den jeweiligen Akteuren abhängig. Wechselten die Handelnden, könne die Kooperation instabil werden. Gegebenenfalls besser seien daher Fusionen oder es gebe eine Abstimmung zur Aufteilung der Regionen unter den Krankenhäusern. Auch eine Zusammenarbeit der beiden Universitätskliniken in patientenfernen Bereichen sei denkbar. Eine gemeinsame Versorgung von Patienten sei aufgrund der relativ großen Entfernung der Kliniken zueinander eher nicht möglich. Investitionsmittel sollten aufgrund ihrer Knappheit vorrangig so verteilt werden, dass sie die Erreichung des Zielbildes förderten. Möglicherweise könnte man die Gewährung der Investitionsmittel von einer Kooperation der Häuser abhängig machen. Diese Vorschläge könnten auch durch das Land initiiert werden. Welche anderen Institutionen dabei zu beteiligen seien, sei dem Gutachten zu entnehmen. Das Land müsse aber den Startschuss geben. Die sektorenübergreifende Versorgung sei eine ganz zentrale Forderung, bei

der Mecklenburg-Vorpommern auch Vorreiter sein müsse. Es sei 30 Jahre darüber geredet worden, aber nicht viel passiert. Der Druck und die Not nähmen zu. Eine Zusammenarbeit über die Sektoren hinaus sei notwendig. Da die Not in Mecklenburg-Vorpommern besonders groß sei, müsse das Land damit vorangehen und könnte damit auch als Vorbild für andere Regionen Deutschlands dienen. Die Bildung der Ambulanten Gesundheitszentren könne auch durch die Leistungserbringer zusammen mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) vorangetrieben werden, was jedoch nicht ganz einfach sei. Das Land könne dann die Einbindung der anderen Berufsgruppen, insbesondere die im Pflegebereich, und der Krankenhäuser der Grundversorgung initiieren. Zudem könnten die Reha-Kliniken und die Kurzzeitpflege angedockt werden. Dies erfordere Verträge nach SGB XI. Es könne auch über eine einfachere Übernahme von KV-Sitzen durch solche Integrierte Gesundheitszentren nachgedacht werden. Die KV-Ermächtigungen sollten dann an den Betrieb und nicht an Personen geknüpft werden, sofern die Qualifikationen im Betrieb auch vorhanden seien. Dies sei beim Krankenhausplan ebenfalls der Fall. Auch dort werde nicht an die im Krankenhaus arbeitenden Personen, sondern an den Betrieb angeknüpft. Dieser erhalte die Lizenz, sofern er gewisse Strukturen aufweise. Sofern man stärker zentralisieren wolle, müsse man die Notfallversorgung professionalisieren. Dies sei in Dänemark, als dort vor 15 Jahren trotz großer Widerstände durch den Bau von Superkrankenhäusern stark zentralisiert worden sei, der wichtigste Punkt gewesen. Vom Ort des Notfalls müsse die Zeit bis zur Behandlung minimiert werden. Eine Behandlung müsse bereits im Rettungswagen beginnen und es müsse eine telemedizinische Vernetzung mit dem Krankenhaus stattfinden. Dazu gebe es bereits Modellprojekte. Dafür müssten Ressourcen vorgehalten und eine stabile Verbindung ausgebaut werden. Diese Vernetzung ermögliche, dass die Behandlung im Krankenhaus sofort beginnen könne, wenn der Patient im Krankenhaus eintreffe. Vorbereitungen könnten damit bereits erfolgen, wenn der Patient sich noch im Krankenwagen befinde. An bestimmten Stellen könne auch über Luftrettung nachgedacht werden. Es müsse abgewogen werden, was ein defizitär wirtschaftendes Krankenhaus und was die Luftrettung koste, die schließlich auch teuer sei. Bei den Sicherstellungszuschlägen könne nun nach oben etwas differenziert werden, sodass es nicht mehr den gleichen Betrag für alle gebe. Sofern ein Versorgungsauftrag erfüllt werden solle, dies aber dazu führe, dass das Krankenhaus defizitär wirtschaften müsse, sollte dieses Defizit ausgeglichen

werden. Wenn ein Versorgungsauftrag aufkrotyiert werde, müsse auch aufgezeigt werden, wie dies wirtschaftlich möglich sei. Die Krankenhausplanung sollte unter Beteiligung aller Stakeholder in eine Versorgungsplanung weiterentwickelt werden. Schon heute gebe es bei der Krankenhausplanung andere Stakeholder neben den Krankenhäusern und dem Land. Hierfür sei eine Datengrundlage wichtig, die nicht nur das stationäre Leistungsgeschehen beinhalte, sondern auch das ambulante. Daraus lasse sich für jede Region der Versorgungsbedarf ableiten. Für eine sektorenübergreifende Versorgung sei auch eine sektorenübergreifende Planung wichtig. Dabei müsse nicht jedes Detail zentral geplant sein, sondern viel mehr der Bedarf zentral ermittelt und vor Ort konkret ausgestaltet werden. Eine weitere Handlungsempfehlung des Gutachtens beziehe sich auf Modellprojekte. Da es einige Verbesserungen gebe, deren Umsetzung nur auf Bundesebene erfolgen könne, sei es sinnvoll, diese zuvor im Rahmen von Modellprojekten zu erproben. Hierfür gebe es auch entsprechende gesetzliche Möglichkeiten. Entscheidend sei bei einem erfolgreich abgeschlossenen Modellprojekt, dieses in die Regelversorgung zu überführen. Dafür müsse es die Möglichkeit einer Zwischenfinanzierung geben, die derzeit leider oft nicht gewährleistet sei. Eine mögliche Form für ein Modellprojekt sei ein Regionalbudget in einer Pilotregion. Diese Region erhalte ein festes Budget und sei anschließend verantwortlich für die Gesundheitsversorgung in der Region. Dies ermögliche viele Freiheiten bei der Gestaltung, etwa das Erbringen von ambulanten Leistungen an den Krankenhäusern der Region, ohne dabei die Finanzierung zu gefährden. Ein Regionalbudget könne somit die Ambulantisierung fördern und mehr Flexibilität für die Krankenhäuser schaffen. Im Psych-Bereich gebe es nach § 64 SGB V die Möglichkeit für ein Regionalbudget. Dies sei auch auf die Somatik übertragbar, wobei hier auch der § 140 a SGB V Anwendung finden könne. Bei einem Regionalbudget nach § 64 SGB V sei keine gesonderte Einschreibung der Versicherten notwendig, sondern diese erfolge automatisch im Hintergrund. Jedoch müsse im Gegenzug das KV-Budget für diese Region bereinigt werden, was ein sehr komplexes Verfahren sei. Bei der Durchführung von Projekten nach § 140 a SGB V sei eine Einschreibung aller Versicherten in der Region notwendig. Zudem sei die Zustimmung der Patienten zur Datenverarbeitung erforderlich. Diese sektorenübergreifenden Gesundheitsdaten seien erforderlich, um entsprechend evaluieren zu können. Die Einschreibepflicht für Projekte und Regionalbudgets nach

§ 140 a SGB V gelte es entsprechend anzupassen, damit eine Verwendung der Daten für Evaluationen und für die Weiterentwicklung der Versorgung möglich sei. Zudem müsse ein Modellprojekt eine Mindestlaufzeit von acht bis zehn Jahren haben, damit eine getätigte Investition auch tatsächlich ihre Wirkung entfalten könne. Für Regionen, in denen es Nachhaltigkeitsprobleme gebe, müsse es die Möglichkeit geben, einen Sonderstatus zu schaffen. Indikatoren hierfür seien etwa Probleme bei der Besetzung von Arztsitzen, ein Rückgang der stationären Fallzahlen, eine sinkende Bevölkerung und damit verbunden die fehlende Auslastung der Krankenhäuser sowie ein Mangel an Fachkräften. Beim Auftreten dieser Merkmale müsse es gesetzlich möglich sein, weitere Maßnahmen zu ergreifen. Hierfür sei eine entsprechende Öffnungsklausel durch den Bund zu schaffen. Für altersgerechte Angebote gebe es die Handlungsempfehlung, mehr Angebote der Kurzzeitpflege zu schaffen. Dafür sei die Kooperation mit ambulanten Pflegediensten und Einrichtungen für betreutes Wohnen zielführend. Zudem müsse es Anreize geben, dass die ältere Bevölkerung eher in zentralen Orten als in der Fläche wohne, um so das gesundheitliche Versorgungsangebot zentraler ausrichten zu können. Dennoch seien auch Mobilitätsangebote wie Rufbusse und Sammeltaxen, aber auch Patientenpensionen auszubauen oder einzurichten. Über Maßnahmen wie die Apotheke plus könne die Versorgung in der Fläche ebenfalls besser gesichert werden. Dabei führe eine Assistenzkraft in einem separaten Raum einer Apotheke in Zusammenarbeit mit Telemedizin Leistungen durch und könne somit die Patienten unterstützen. Ebenso sei eine Pflegepraxis ein alternatives Angebot zum Landarzt, indem dort ebenfalls in Verbindung mit Telemedizin gewisse Leistungen erbracht würden. Voraussetzung hierfür sei ein flächendeckendes und verlässliches Internet, da nur so eine moderne Gesundheitsversorgung realisiert werden könne. Für viele Leistungen sei eine körperliche Präsenz nicht mehr zwingend notwendig. Dennoch könne es auch als eine weitere Möglichkeit eine mobile Sprechstunde geben. Die elektronische Patientenakte und weitere technische und digitale Unterstützungen seien ebenfalls wichtige Schritte auf dem Weg zu einer modernen Gesundheitsversorgung. Hinsichtlich des Fachpersonals schlage das Gutachten vor, Maßnahmen zu ergreifen, mit denen der richtige Personaleinsatz gefördert werde, etwa indem die Teilzeitquote reduziert werde und das vorhandene Personal so die Stundenzahl erhöhe. Dadurch sei es möglich, den Fachkräftemangel bereits teilweise abzufedern. Der Schlüssel hierzu liege in

einem guten betrieblichen Gesundheitsmanagement und einer Steigerung der Attraktivität des Berufsfeldes. Für das Anwerben von ausländischen Fachkräften sei entscheidend, diesen die gleichen Tätigkeiten und Befugnisse zu ermöglichen, wie in der Ausbildung im Ausland erlernt. Hinsichtlich der Finanzierung und der Vergütung der gesundheitlichen Versorgung seien Maßnahmen auf Bundesebene zu treffen. Eine Handlungsempfehlung sehe die zuvor erläuterten Regionalbudgets anstatt des bisherigen DRG-Systems vor. Alternativ sei auch eine kleinere Änderung zu einer ambulanten DRG-Vergütung denkbar. Derzeit gebe es eine rein mengenabhängige und sektorale Vergütung. Diese gelte es aufzuweichen, um so auch sektorenübergreifende Bedarfe finanzieren zu können. Dabei müsse Verantwortung an die Planungsregionen abgegeben werden unter der Vorgabe von Qualitätszielen. Solche Maßnahmen auf Bundesebene bedürften in jedem Fall der Unterstützung durch die Länder.

**Dipl.-Med Angelika von Schütz** (Stellvertretende Vorsitzende des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung M-V) gibt an, die Aufteilung und Betrachtung der Planungsregionen im Gutachten sei nicht nachvollziehbar. Die Regionen umfassten jeweils sehr große Gebiete. Zudem fehle bei der Region Vorpommern eine gesonderte Betrachtung der Inseln Usedom, Rügen und Fischland-Darß-Zingst. Gerade hier sei die gesundheitliche Versorgung mit besonderen Herausforderung verbunden.

**Prof. Dr. Boris Augurzky** erklärt, bei den Steckbriefen der Regionen seien in erster Linie die Krankenhausstandorte berücksichtigt worden, da zu den kassenärztlichen Sitzen keine Daten vorlägen. Für die Erreichbarkeit seien die Entfernungen anhand der Strecke, die mit einem PKW zurückgelegt werden müsse, gemessen worden. Somit seien auch längere Entfernungen berücksichtigt. Für die Inseln seien diese Fahrtzeiten wahrscheinlich in der Urlaubszeit nicht immer zutreffend. Denkbar sei ein gesonderter Versorgungsauftrag für die Inseln mit einem eigenen Gesundheitsbudget. Jedoch sei es nicht sinnvoll, dort ein vollständiges Leistungsspektrum zu etablieren. Für die Spezialversorgung müsse es eine Kooperation mit den Maximalversorgern geben. Die Größe der Planungsregionen orientiere sich an der Spezialversorgung durch die Maximalversorger. Innerhalb dieser Regionen gebe es weitere Grund- und

Regelversorger sowie die ambulante Versorgung in der Fläche. Dies gelte auch für die Inseln.

Abg. **Torsten Koplín** stellt fest, wenn Mecklenburg-Vorpommern eine Vorreiterrolle einnehmen wolle, dann müsse sowohl für das gesamte Land gedacht und geplant werden als auch im Detail für alle Patientinnen und Patienten. Die hierfür wichtige Kooperation innerhalb der Planungsregionen hänge dabei von vielen Faktoren ab. Oftmals seien dort Konkurrenten nebeneinander tätig, den es in erster Linie um Marktanteile gehe. Einzelinteressen stünden dabei im Vordergrund. Um dennoch in einer Planungsregion Kooperation zu ermöglichen, sei die Bildung von Dachgesellschaften zielführend, unter denen die einzelnen Akteure sich auf eine Gewährleistung der Versorgung einigen müssten. Hierzu werde die Einschätzung erbeten, inwiefern eine solche großflächige Planung umsetzbar sei.

**Prof. Dr. Boris Augurzký** erläutert, eine Dachgesellschaft für die Versorgung in einer Region sei denkbar, jedoch auch nicht problemfrei. Grundsätzlich stellten die Krankenhausplanung und die Versorgungsplanung einen Bedarf fest. Anhand dessen werde ein Versorgungsauftrag vergeben. Dabei nehme der Maximalversorger eine zentrale Rolle ein. Über einen festgelegten Vergütungsrahmen sei es möglich, Druck auszuüben und somit eine Kooperation unter den Akteuren der Versorgung zu forcieren. Denkbar sei es etwa, Investitionsfördermittel an eine Kooperation zu knüpfen. Diese müsse jedoch langfristig angelegt sein, damit die Fördermittel auch langfristig wirkten. Eine Eigentümerübertragung sei hingegen eine eher komplizierte Lösung.

Abg. **Torsten Koplín** äußert Bedenken hinsichtlich der Integrierten Gesundheitszentren. Es gebe bereits Krankenhäuser, Medizinische Versorgungszentren und ärztliche Niederlassungen. Durch ein weiteres Angebot in der gesundheitlichen Versorgung bestehe die Gefahr einer Überstrukturierung.

**Prof. Dr. Boris Augurzký** erklärt, auch ein MVZ könne ein Integriertes Gesundheitszentrum sein. Ebenso könne auch eine Universitätsklinik die Aufgabe

eines solchen Zentrums wahrnehmen. Somit gebe es keine neuen Strukturen, sondern lediglich ein neues Angebot in den vorhandenen Strukturen.

Abg. **Torsten Koplín** möchte wissen, inwiefern es möglich sei, die bisher gezahlten Sicherstellungszuschläge einzusetzen, um neue Strukturen zu fördern und so Anreize für Veränderung zu schaffen. Dabei seien jedoch die verschiedenen Vorgaben für die Auszahlung von Fördermitteln aus der EU, dem Bund oder vom Land zu berücksichtigen. Hier gebe es rechtliche Normen als Grundsätze für die Fördermittel, die den Ansätzen der Handlungsempfehlungen eher entgegenstünden. Dazu gebe es die Nachfrage, an welcher Stelle das Land hier ansetzen könne.

**Prof. Dr. Boris Augurzky** verweist auf die Möglichkeit, über monetäre Anreize die gewünschten Strukturen zu schaffen. Ein Bundesland könne in dieser Hinsicht auch viel eigenständig erreichen, wenn ausreichend Geld vorhanden sei. Eine Einschränkung stellten lediglich die Vorgaben zur Verwendung von Fördermitteln aus höheren Ebenen dar.

Vors. **Jörg Heydorn** gibt an, durch die Corona-Krise seien sowohl auf Bundesebene als auch im Land die finanziellen Spielräume in weiten Teilen erstmal ausgeschöpft.

Abg. **Torsten Koplín** verweist auf den Krankenhausreport, der bis zum Jahr 2030 sinkende Fallzahlen in der gesundheitlichen Versorgung prognostiziere. Dadurch erhöhe sich der Druck hinsichtlich der Finanzierbarkeit von Angeboten. Dazu gebe es die Nachfrage, welche Möglichkeiten das Land Mecklenburg-Vorpommern beispielsweise über Vorhaltebudgets habe, hier zu unterstützen und welche Maßnahmen der Bund ergreifen müsse. Durch sinkende Fallzahlen gebe es steigende Vorhaltekosten. Gleichzeitig sei es jedoch auch nicht sinnvoll, die Fallzahlen steigern zu wollen, da es eigentlich den Anspruch gebe, so wenig Fälle wie möglich in der gesundheitlichen Versorgung zu haben. Zentrale Frage sei also, wie das Land Kosten möglichst gering halten, aber gleichzeitig dennoch das Angebot vorhalten könne.

**Prof. Dr. Boris Augurzky** führt aus, ein Vorhaltebudget müsse sich an dem Bedarf an Leistungen für eine Region orientieren und nicht an den Fallzahlen in einem Krankenhaus. Wenn ein Bedarf bereits von zwei Krankenhäusern gedeckt werden könne, es aber in der Region drei Häuser gebe, so sei eine Einigung zu erzielen, da ansonsten nicht wirtschaftlich gearbeitet werde. Letztendlich sei die Vergütung auf Bundesebene geregelt. Somit sei es notwendig, seitens der Länder aktiv zu werden, um eine Finanzierung der gewünschten Strukturen zu ermöglichen. Auch ein Krankenhaus müsse grundsätzlich den Anspruch haben, möglichst geringe Fallzahlen zu haben, da dies im Sinne der Patientinnen und Patienten sei. Jedoch sei das derzeitige Vergütungssystem auf eine möglichst hohe Fallzahl ausgerichtet. Ziel müsse es demnach sein, ambulante Leistungen und Prävention in den Krankenhäusern zu fördern, ohne dabei einen finanziellen Schaden zu verursachen.

**Monika Petau** (Krankenhausgesellschaft M-V e. V., Leiterin Ref. III – Planung) stellt fest, der Krankenhausbereich nehme einen großen Teil des Gutachtens ein. Es gebe derzeit noch keine mit dem Vorstand der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern abgestimmte Stellungnahme, somit werde hier eine persönliche Stellungnahme zum Gutachten abgegeben. Das Gutachten sei generell gründlich recherchiert und enthalte nachvollziehbare Handlungsempfehlungen. Dabei werde betont, bereits Mitte der 90er Jahre seien die Krankenhausstandorte in Mecklenburg-Vorpommern optimiert worden. Weiteres Potential in dieser Hinsicht sei nur noch wenig vorhanden. Bei der Hospitalisierungsrate liege Mecklenburg-Vorpommern leicht über dem durchschnittlichen Wert in Deutschland. Auch die Zahl der Krankenhausbetten sei etwas höher. Hierfür gebe es dem Gutachten zufolge demografische Gründe. Zur Bettenkapazität sei festzuhalten, hier gebe es eine regelmäßige Anpassung an den Bedarf. Im Bereich der Psychiatrie erfolge die Überprüfung des Bedarfs sogar jährlich. Dem Gutachten zufolge gebe es für 60 Prozent der Krankenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern einen Sicherstellungszuschlag. Gleichzeitig erreiche ein Anteil von 16 Prozent der Bevölkerung ein Krankenhaus nicht innerhalb einer PKW-Fahrzeit von 30 Minuten. Folglich sei es notwendig, alle 37 Krankenhäuser mit den 40 Standorten in Mecklenburg-Vorpommern zu erhalten. Dennoch könne es eine Änderung bei den Strukturen und den Aufgaben der Krankenhäuser geben. Dafür müsse jedoch die

Bundesgesetzgebung angepasst werden, um insbesondere sektorenübergreifende Vergütungsmodelle zu ermöglichen. Hierfür gebe es großes Interesse seitens der Krankenhäuser. Für eventuelle Modellprojekte sei eine Beteiligung der Kostenträger erforderlich, wobei alle Krankenkassen zu berücksichtigen seien. Zudem müsse auch nach dem Ende eines Projektes die Finanzierung gewährleistet sein. Ein Vorhaltebudget des Landes, durch das ein gleiches gesundheitliches Versorgungsangebot an mehreren Standorten erhalten bleiben sollte, sei theoretisch nachvollziehbar. Praktisch sei ein solcher Ansatz jedoch nicht realistisch, da ärztliches Personal kein Interesse daran habe, mit zu geringen Fallzahlen zu arbeiten. In vielen Krankenhäusern im Land gebe es eine negative Jahresbilanz trotz guter Fallzahlen. Gleichzeitig seien die Investitionsmittel des Landes rückläufig. Somit sei es für die Krankenhäuser schwer, ausgleichende Investitionen zu tätigen. Das Land müsse folglich eine ausreichende Krankenhausförderung auflegen. Derzeit gebe es Anträge im Umfang von 196 Mio. Euro für Mittel aus dem Krankenhauszukunftsfonds. Gleichzeitig liege die Fördersumme jedoch bei nur 84 Mio. Euro. Über diese Mittel erfolge auch die Finanzierung von Maßnahmen zur Digitalisierung und Vernetzung. Diese seien insbesondere wichtig für die Zusammenarbeit mit dem ambulanten Bereich, für die es großes Interesse seitens der Krankenhäuser gebe. Das Gutachten führe zur älter werdenden Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern und dem dadurch steigenden Bedarf an Gesundheitsversorgung aus. Gleichzeitig sinke jedoch die Zahl an Erwerbstätigen im Land und somit auch beim Personal im Gesundheitsbereich. Ein vorgeschlagener Lösungsansatz sei die Zentralisierung und Schwerpunktbildung, sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich. Diese Maßnahme habe insgesamt eine Steigerung der Qualität zur Folge und finde im stationären Bereich bereits seit einigen Jahren statt. Das Gutachten empfehle nach Möglichkeit Kooperation oder gesellschaftliche Zusammenschlüsse, um die Versorgung zu optimieren. Auch solche Schritte seien in Mecklenburg-Vorpommern in der Vergangenheit bereits erfolgt. So habe es etwa eine krankenhauserische Prüfung gegeben, ob in Mecklenburg-Vorpommern ein Herzzentrum etabliert werden könne. Nach den Vorgaben des G-BA sei dies nur möglich, wenn ein solches Zentrum an einem Krankenhaus mit nur einem Standort angesiedelt sei. Gleichzeitig sei ein Herzzentrum für die gesundheitliche Versorgung wichtig. Aus diesem Grund habe sich die Universitätsklinik Greifswald zusammen mit dem Klinikum in Karlsburg

entschieden, ein medizinisches Herzzentrum einzurichten, auch ohne einen finanziellen Zuschuss, da es nicht den G-BA-Vorgaben entspreche. Aus versorgungspolitischen Gründen sei ein solches Zentrum jedoch notwendig. Ebenso betreibe die Universitätsmedizin gemeinsam mit Helios herzchirurgische Betten am Standort Schwerin. In beiden Fällen gebe es eine Zusammenarbeit zwischen einer Universitätsmedizin und einem privaten Krankenhausträger. Die Konkurrenz um Marktanteile spiele dabei nur eine untergeordnete Rolle. Auch die im Gutachten vorgeschlagene Delegation und Substitution von Leistungen zur Verbesserung der Personalsituation sei bereits gängige Praxis. Unterstützt werde dies durch die Entwicklung und Etablierung von neuen Berufsfeldern. Ebenso finde die Handlungsempfehlung des Gutachtens, durch die Bauweise eines Krankenhauses effiziente Arbeitsabläufe zu fördern, bereits Berücksichtigung. Eine hohe Versorgungsqualität und gute Erreichbarkeit seien auch der Anspruch des zuständigen Gesundheitsministeriums. Im Krankenhausplan stehe hinsichtlich der Erreichbarkeit, neben der Ortsnähe hätten die Sicherstellung der medizinischen Qualität und die wirtschaftliche Leistung eines Krankenhauses eine besondere Bedeutung. Dies könne in vielen Fällen nur durch eine Konzentration und Abstimmung von Leistungsschwerpunkten realisiert werden. Grundsätzlich gilt, je allgemeiner und häufiger eine Leistung sei, desto ortsnäher sei diese verfügbar. Eine spezialisierte Leistung hingegen bedeute auch längere Wege. Bei einer Zentralisierung müsse insbesondere der Rettungsdienst professionell aufgestellt sein. Auch der Ausbau der Kurzzeitpflege mit Anbindung an Krankenhäuser sei eine sinnvolle Forderung und könne eine Verbesserung beim Entlassmanagement bewirken. Ebenso zielführende Handlungsempfehlungen seien der Abbau von Hürden für die Übernahme von ambulanten Leistungen durch Krankenhäuser sowie die damit verbundene Übertragung von Ermächtigungen auf Krankenhäuser und nicht auf Personen. Die hohe Quote von MVZs an Krankenhäusern spiegele auch den Wunsch von jungen Medizinerinnen und Medizinern nach einer Anstellung als Alternative zur Niederlassung wider. Es sei somit sinnvoll, dass Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung auch die Aufgabe eines Integrierten Gesundheitszentrums übernehmen. Dafür seien ambulante Zulassungen und mehr Kurzzeitpflege erforderlich.

Vors. **Jörg Heydorn** erinnert daran, bereits in der Enquete-Kommission "Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern" habe es die Forderung nach IGZs gegeben. Allerdings sei diese damals nicht positiv bewertet worden. Die Schließung von Krankenhausstandorten sei hingegen nie Thema gewesen. Es habe lediglich Überlegungen für eine Veränderung der Struktur der Standorte gegeben sowie zum Aufbau von zwei weiteren Standorten.

**Monika Petau** ergänzt, die Ambulantisierung der medizinischen Versorgung sei in den letzten Jahren vorangeschritten. Es bedürfe jedoch einer Änderung der gesetzlichen Regelungen. Seitens der Krankenhäuser gebe es hierfür Interesse.

**Manon Austenat-Wied** (Leiterin der Landesvertretung M-V der Techniker Krankenkasse) merkt an, der Umgang mit dem exogenen Schock der Corona-Pandemie sei sehr unterschiedlich im Land. Dabei habe es nur teilweise eine sofortige Reaktion der Krankenhäuser gegeben. Wichtig sei ein Austausch über die besten Methoden zum Umgang mit der Situation, auch über die Clusterstrukturen hinaus. Hierzu gebe es die Nachfrage, wie der Umgang mit der Corona-Krise aus Sicht der medizinischen Versorgung in anderen Bundesländern aussehe und wie die Vorbereitung auf ähnliche Krisen organisiert werden könne. Ebenso gebe es zur Handlungsempfehlung im Hinblick auf die Digitalisierung die Nachfrage, welche Ideen und Ansätze in anderen Bundesländern im Gespräch seien. Generell sei die Digitalisierung in Mecklenburg-Vorpommern eher rückständig. Dies behindere viele Maßnahmen. Daraus ergebe sich die Nachfrage, ob die Digitalisierung in der medizinischen Versorgung die oberste Priorität unter den empfohlenen Maßnahmen haben solle und welche Projekte es in anderen Ländern in dieser Hinsicht bereits gebe. Zu den Modifikationen im Vergütungssystem sei an die Ausführungen in der 4. Sitzung der Enquete-Kommission am 9. September 2020 erinnert. Dabei habe es Ausführungen zu Alternativen zum DRG-System auf Grundlage eines Gutachtens von Prof. Dr. Schreyögg gegeben, bei der eine Vergütung von sektorengleichen Leistungen möglich werde. Dennoch gebe es das Problem, dass Investitionsmittel nur sektorengetrennt beansprucht werden könnten. Insgesamt gebe es zudem zu wenig Mittel seitens des Landes. Für die Kassenärztliche Vereinigung gebe es jedoch nach § 105 Abs. 1 c SGB V die Möglichkeit, sich mit Investitionen an Gesundheitszentren

zu beteiligen. Dazu gebe es die Nachfrage, ob es solche Modelle bereits in anderen Ländern gebe.

**Prof. Dr. Boris Augurzky** führt aus, für eine neuerliche Pandemie müsse die Digitalisierung in der medizinischen Versorgung vorangekommen sein. Dies betreffe nicht nur die Krankenhäuser, sondern die gesamte Gesundheitsversorgung. Bislang sei die Digitalisierung hier noch nicht ausreichend genug. Ein wichtiger Punkt im Zusammenhang mit Digitalisierung sei Transparenz über das Versorgungsgeschehen. Dabei müsse stets erkennbar sein, wo welche Kapazitäten verfügbar seien. Dies gelte insbesondere auch für die Rettungswägen. Die Vernetzung zwischen den Leistungserbringern müsse sektorenübergreifend organisiert sein. Letztendlich sei die Umsetzung des Zielbildes im Hinblick auf Regionalversorger und die Koordination in einer Planungsregion mit ambulanten Versorgern ein wichtiger Baustein auch im Hinblick auf den Umgang mit Pandemien. Ein Intensivbettenregister habe es schon lange geben müssen. Jedoch müsse es auch entsprechend geschultes Personal geben, welches im Notfall auch auf Intensivstationen eingesetzt werden könne. Ein Vorratslager für Schutzkleidung sei hingegen eher fraglich. Die Digitalisierung sei letztendlich auch Aufgabe der Praxen und Krankenhäuser selbst, da es sich hier in gewisser Form um wirtschaftliche Betriebe handele. Ein Austausch zwischen den Anbietern und den Patienten müsse dabei das Ziel sein. Bezüglich der Vergütungsmodelle und Digitalisierungsmaßnahmen in anderen Ländern sei kein Überblick vorhanden. Hierzu sei eine Einschätzung seitens der bundesweiten Krankenkassen denkbar. Diesbezüglich könne noch nachgearbeitet werden.

**Prof. Dr. med. Marek Zygmunt** (Universitätsmedizin Greifswald, Direktor der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Lehrstuhlinhaber) nimmt Bezug auf die Darstellung des Ist-Zustandes und der Fallzahlen. Für psychische Erkrankungen seien rückläufige Patientenzahlen prognostiziert worden. Hierzu gebe es die Nachfrage, woher diese Angabe stamme. In der heutigen Gesellschaft sei eher ein Anstieg von psychischen Erkrankungen und Verhaltensauffälligkeiten zu erwarten. Das finnische Modell sei mit dem deutschen System nur schwer vergleichbar. Es handele sich um ein steuerfinanziertes Modell, in dem es keine freie Arztwahl gebe. 60 Prozent der Patienten würden beim Erstkontakt durch eine Krankenschwester triagiert, betreut und weitergeleitet. Dieses System sei sehr effizient, aber nicht auf die

deutsche Mentalität abgestimmt. Fraglich sei, wer die Rolle des Patientenlotsen übernehme. Die vorgeschlagene sektorenübergreifende Versorgungsplanung stelle einen Paradigmenwechsel dar. Ihn interessiere, was als Grundlage für die Planung dienen sollte und wer sie zu verantworten habe.

**Prof. Dr. Boris Augurzky** erklärt hinsichtlich der rückläufigen Zahlen im psychiatrischen Bereich, in den Analysen werde auf die Bevölkerungsstruktur abgestellt und diese für die Zukunft prognostiziert. Dazu komme das Ambulantisierungspotential. In der Psychiatrie sei der Altersdurchschnitt eher niedriger, da auch viele jüngere Menschen in Behandlung seien. Durch den Bevölkerungsrückgang in jüngeren Altersstufen kombiniert mit dem Ambulantisierungspotential komme im Ergebnis eine Prognose für sinkende Fallzahlen. Pro Person hätten die psychiatrischen Fälle in den letzten Jahren tatsächlich zugenommen. Es sei unklar, ob dieser Trend anhalten werde. Aufgrund des bereits hohen Niveaus sei die Fallzahl pro Kopf in den Berechnungen konstant gelassen worden. Bei dem finnischen Modell gehe es um die Idee, die ambulanten Ressourcen in einem Gesundheitszentrum zu bündeln. Dazu zwingt auch der äußere Druck. Hinzu komme die starke Einbindung nicht-ärztlicher Berufe, um den ärztlichen Bereich zu entlasten. Eine Patientensteuerung nach finnischem Vorbild durch eine Pflegekraft sei nur optional. Bisher werde sich in Deutschland nicht an dieses Thema heran getraut. Der Gesundheitsdienst sei derzeit nicht in der Lage, eine Versorgungsplanung durchzuführen. Die Krankenkassen könnten sich stärker in die Versorgungsgestaltung einbringen und dabei von ihren Daten profitieren. In der Lotsenfunktion sehe er aber eher den Hausarzt. Hausärzte seien jedoch knapp und sollten daher durch entsprechend ausgebildete Pflegekräfte entlastet werden. Außerdem könnten einige Bedarfe auch durch digitale Anwendungen abgedeckt werden und so einen effizienteren Ressourceneinsatz ermöglichen. Bei einer sektorenübergreifenden Planung müssten die Krankenhäuser, die Kassenärztliche Vereinigung, das Bundesland, die Krankenkassen und in irgendeiner Form auch organisierte Patientenvertretungen eingebunden werden. Als Grundlage sollte der erwartete Leistungsbedarf dienen, der sich durch Analysen mithilfe von Bevölkerungsstruktur, Alter, Geschlecht und anderer Kriterien ermitteln lasse. Hinsichtlich des Datenschutzes sollte zumindest im Gesundheitsbereich eine

großzügigere Linie angestrebt werden, um auf die benötigten Daten zugreifen zu können.

**Prof. Dr. med. Marek Zygmunt** gibt an, die Pandemie könnte auch zu einer Zunahme psychiatrischer Fälle führen.

Abg. **Dr. Gunter Jess** bedankt sich für die angenehme Präsentation, in der einige Punkte auch moderater formuliert worden seien als im Gutachten. Das Gutachten erscheine allerdings sehr krankenhaustlastig. Der Vorschlag, im ambulanten Bereich Ermächtigungen von Personen auf Institutionen zu übertragen, stelle einen Paradigmenwechsel dar. Ihn interessiere, wie die niedergelassenen Ärzte in ein solches System eingebunden seien.

Abg. **Julian Barlen** stellt fest, Integrierte Gesundheitszentren seien bereits in der Enquete-Kommission "Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern" vorgeschlagen und danach in einigen Bundesländern diskutiert worden. Seitens der KVen sei befürchtet worden, die ärztliche Freiheit werde durch solche Modelle gefährdet. Er erkundigt sich diesbezüglich nach der Meinung von Prof. Dr. Augurzky. Außerdem fragt er, welchen Zeithorizont es für die vorgeschlagenen Transformationsprozesse gebe.

**Prof. Dr. Boris Augurzky** erklärt, die niedergelassenen Ärzte seien über Vertretungen in die Versorgungsplanung einzubinden. Als Zeithorizont sei auf das jetzige Jahrzehnt abgestellt worden. Den Ärzten müsse, gekoppelt an ein Zielbild, die Einbindung in neue Strukturen angeboten werden. Das bedeute aber nicht, die bestehenden Strukturen sofort aufzulösen. Profitiert werden könnte möglicherweise von einer sektorenübergreifenden Investitionsförderung. Die Auswirkungen der Corona-Krise und der starke demografische Wandel würden Veränderungen zwingend notwendig machen. Er halte dieses Jahrzehnt als realistisches Zeitfenster für die Umsetzung vieler Anpassungen. Wichtig sei bei jeder Investition und Weichenstellung die Orientierung am Zielbild. Für die Koordination des komplexen Prozesses könnte das Land ein Projektbüro mit der Beteiligung der entsprechenden Akteure einrichten. Wichtig dabei sei die Gewährleistung einer schnelleren Entscheidungsfindung. Bei den Ärzten sei eine Veränderung von Vorstellungen zu beobachten. Der Nachwuchs

tendiere immer stärker zu einer Anstellung in größeren Einheiten und zu einer Teilzeittätigkeit. Dieses Umdenken müsse berücksichtigt werden.

Vors. **Jörg Heydorn** fragt, wie eine schrittweise Entwicklung umsetzbar sei. Im Gutachten sei hinsichtlich einer sektorenübergreifenden Versorgung auf eine einheitliche Vergütung hingewiesen worden. Im Gutachten sei auf § 63 und § 64 SGB V hingewiesen worden, durch die wohl auch im somatischen Bereich Modellvorhaben möglich seien. Voraussetzung sei aber die Bereinigung des KV-Budgets. Fraglich sei, welche Hürden es diesbezüglich gebe. Bei der Umsetzung von Regionalbudgets über § 140 a SGB V komme die Hürde der Einschreibung. Ihn interessiere, ob eine Einschreibung zwingend erforderlich sei. Die aufgeführten Paragraphen gebe es schon mehrere Jahre, aber bisher sei nicht viel passiert. Er erkundigt sich nach zugrunde liegenden Gründen. Prof. Dr. Augurzky habe Krankenhausbudgets als Idee erwähnt. Ihn interessiere, wer bei so einem Budget zu beteiligen sei.

**Prof. Dr. Boris Augurzky** erwidert, die Ziele seien nur über die Verknüpfung mit entsprechenden Vergütungsmodellen erreichbar. Bei einer Anwendung von § 63 und § 64 SGB V sei zwingend eine KV-Budget-Bereinigung erforderlich. Hier könnte es Widerstände geben, was die Angelegenheit nicht vereinfache. Beim § 140 a SGB V sei die Einschreibung von Versicherten in das Modellprojekt nötig, sodass immer nur ein Teil der Versicherten teilnehme. Trotzdem ließen sich die Versorgungsprozesse nach seiner Erfahrung auch ohne Einschreibung in einer Region mit Geltung für alle Versicherten verändern. Es ließen sich dann die Ausgaben der verschiedenen Modelle gegenüberstellen. Im besten Fall werde eine Einsparung erzielt, die dann unter allen Beteiligten aufzuteilen sei. Das dies in der Praxis kaum umgesetzt werde, liege auch an einer oftmals zu kurzen Laufzeit. Er empfiehlt, Dr. Helmut Hildebrandt als Experte für regionale Versorgungsbudgets bei der geplanten Anhörung am 21. April 2021 direkt nach Problemen und Hürden bei der Implementierung zu fragen. Für die notwendige Evaluation von Modellprojekten müsse der Datenaustausch gewährleistet werden. Die Idee hinter den angepassten Krankenhausbudgets sei gewesen, dass Krankenhäuser durch eine Ambulantisierung, die weniger stationäre Fälle bedeute, finanziell nicht schlechter gestellt würden. Ähnliches könne während der Corona-Pandemie beobachtet werden. Hier werde vermutlich bald ein Erlösausgleich für die

Differenz der Einnahmen aus dem Jahr 2021 zum Jahr 2019 beschlossen. Das komme einer Budgetsicherheit gleich. Allerdings müsse verhindert werden, dass Krankenhäuser diese Sicherheit ausnutzten und möglichst viele Fälle den KV-Ärzten überließen. Das müsse bei der Vertragsgestaltung durch entsprechende Anreize verhindert werden. Er regt an, dies im Rahmen von Modellprojekten zu erproben.

Vors. **Jörg Heydorn** fragt, ob Prof. Dr. Augurzky solche Modellprojekte kenne.

**Prof. Dr. Boris Augurzky** antwortet, ihm sei kein Modell bekannt. Er kenne nur die Überlegungen.

Vors. **Jörg Heydorn** weist darauf hin, dass es durch Krankenhäuser geführte MVZ gebe. Er fragt, ob eine Einbeziehung der MVZ nach § 63 und § 64 SGB V bereits eine hinreichende Beteiligung des ambulanten Sektors darstelle.

**Prof. Dr. Boris Augurzky** bejaht die Nachfrage grundsätzlich. Für eine abschließende Beurteilung fehle ihm aber das juristische Fachwissen.

Abg. **Sebastian Ehlers** gibt an, die Diskussionen über die Krankenhausstandorte seien der Grund für die Gründung der Enquete-Kommission gewesen. Daher empfinde er das Gutachten nicht als zu krankenhaushastig. Er habe sich über die Aussage gefreut, dass die Krankenhausstruktur im Land bereits gut aufgestellt sei. Andererseits sei auf den Trend der Ambulantisierung hingewiesen worden, der Bewegung in die Krankenhausstruktur bringen könnte. Er fragt, ob es sich bei der Ambulantisierung um einen nachhaltigen Trend handele oder um eine coronabedingte Erscheinung. Außerdem interessiere ihn, ob sich die derzeitige Krankenhausstruktur trotz der Ambulantisierung aufrechterhalten ließe.

**Dr. med. dent. Alexander Kuhr** (niedergelassener Zahnarzt) stellt fest, im Gegensatz zu Deutschland sei das Gesundheitssystem in anderen Ländern wie Finnland oder Dänemark in staatlicher Hand. In Deutschland gebe es bei Krankenhäusern und MVZ den Trend zur Privatisierung. Einrichtungen in privater Trägerschaft hätten als oberstes Ziel die Gewinnmaximierung. Dieses Problem werde sich weiter verschärfen

und sei noch nicht ausreichend beachtet worden. Es gehe diesen Einrichtungen nicht primär um die Gesundheit der Patienten, sondern um die Befriedung der Aktionäre. Es sei daher zu überlegen, Teile des Gesundheitswesens wieder zu verstaatlichen. Abg. Dr. Jess habe die Rolle der niedergelassenen Ärzte bereits angesprochen. Er befürworte das Hausarztmodell und regt an, jungen Medizinerinnen bessere Bedingungen für eine Niederlassung zu schaffen.

**Prof. Dr. Boris Augurzky** erklärt, über viele Daten zum stationären Sektor zu verfügen, was einen Grund für eine gewisse Krankenhauslastigkeit darstellen könnte. Er wünsche sich auch in anderen Gesundheitsbereichen mehr Datenzugänge, die auch für eine sektorenübergreifende Versorgung nötig seien. Ob sich die coronabedingte Reduzierung der stationären Fallzahlen verstetige, werde aktuell viel diskutiert. Eine Antwort gebe es aufgrund der Datenlage erst am Ende dieses Jahres. Er gehe davon aus, dass das alte Fallzahlenniveau nicht mehr erreicht werde. Durch diesen Trend ändere sich die Rolle der Krankenhäuser, aber alle Standorte im Land seien auch zukünftig wichtig für die Gesundheitsversorgung. Durch die Umwandlung in ein Integriertes Gesundheitszentrum verringere sich möglicherweise das stationäre Leistungsspektrum, was jedoch durch andere Leistungen und ein anderes Finanzierungssystem auszugleichen sei. Daher werde sich die Krankenhausstruktur durchaus verändern, nicht aber die Versorgungsstruktur. Dr. med. dent. Kuhr antwortet er, in Finnland gebe es auch Kommunen, die die Rahmenbedingungen festlegten, obwohl das Gesundheitszentrum privat geführt werde. Aus seiner Sicht sollte die öffentliche Hand bei der Versorgungsplanung immer beteiligt sein. Private Betreiber könnten ohne einen Gewinn nicht dauerhaft bestehen. Fraglich sei stets, ob der medizinische und der ökonomische Nutzen deckungsgleich seien. Darauf müsse durch Anreize hingewirkt werden. Die Investitionsfinanzierung sei schon jahrelang unzureichend und diese Lücke werde teilweise durch privates Kapital geschlossen. Privates Kapital gebe es aber nur im Gegenzug für Rendite. Er befürworte staatliche Vorgaben, die Trägerschaft spiele dann keine große Rolle.

**Monika Petau** weist auch darauf hin, dass viele Krankenhäuser im Land aufgrund fehlender finanzieller Mittel privatisiert worden seien. Fast alle Kliniken hätten sich in den letzten Jahren bei Investitionen mit einem Eigenanteil beteiligen müssen.

Vors **Jörg Heydorn** berichtet von einem Mediziner, der seine Facharztausbildung an der Charité in Berlin absolviert habe. Im Rahmen seiner Ausbildung sei er auch in einem Helios Krankenhaus tätig gewesen. Dort seien im privaten Bereich viele Prozesse deutlich schneller und effizienter abgelaufen. Er bedankt sich bei Prof. Dr. Augurzky und seinem Team für das Gutachten und die gute Zusammenarbeit. Er weist darauf hin, der Abschlussbericht müsse bis zum 26. Mai 2021, 12:00 Uhr bei der Landtagspräsidentin angemeldet und dieser bis zum 2. Juni, 12:00 Uhr vorgelegt werden. Der Beschluss der Handlungsempfehlungen erfolge in der Sitzung am 26. Mai 2021. Die Frist zur Einreichung von Sondervoten sei der 31. Mai 2021.

## **PUNKT 2 DER TAGESORDNUNG**

Allgemeine Kommissionsangelegenheiten

Vors. **Jörg Heydorn** weist auf den Antrag der KVMV und der Ärztekammer M-V vom 18. März 2021 (K Drs. 7/40) hin, der auf die Tagesordnung der nächsten Sitzung am 21. April 2021 gesetzt werde. In dieser Sitzung erfolge auch die Nachholung der Anhörung der Bürgerinitiativen Crivitz, Parchim und Wolgast. Zu dem Thema „Integrierte Versorgungsplanung“ sei sich in der Obleute-Runde auf die Anzuhörenden Dr. h. c. Helmut Hildebrandt (Vorstandsvorsitzender der OptiMedis AG und damaliger Geschäftsführer der Gesundes Kinzigtal GmbH) und Prof. Dr. Neeltje van den Berg (Institut für Community Medicine Universitätsmedizin Greifswald) verständigt worden. Die Sitzung werde voraussichtlich wieder in Form einer Hybridveranstaltung stattfinden.

Ende der Sitzung: 17:59 Uhr

Ad/Wil/Zi

Jörg Heydorn  
Vorsitzender