

Kommissionsdrucksache

09.09.2020

Inhalt

Fragenkatalog und Stellungnahmen der Krankenkassen (TOP 1 der 4. Sitzung)
vom 09.09.2020

hier:

- AOK Nordost
- BARMER
- DAK
- TK
- vdek

Fragenkatalog Krankenkassen

A. Grundsatzfragen / Detailfragen

A.1 Grundsatzfragen

1. Inwieweit teilen Sie die Auffassung (aus dem Einsetzungsbeschluss), wonach eine bedarfsgerechte, gute und erreichbare Gesundheitsversorgung als elementarer Bestandteil der öffentlichen Daseinsvorsorge zu betrachten ist?
2. Was leitet sich daraus aus Ihrer Sicht ab?
3. Welche Kriterien bestimmen aus Ihrer Sicht die Qualität einer medizinischen Versorgung der Bevölkerung von Mecklenburg-Vorpommern? Wie werden die Qualitätsindikatoren den Patientinnen und Patienten zur Verfügung gestellt?

A.2 Detailfragen

I. Stationäre Versorgung

1. Wie bewerten Sie die Krankenhausdichte in M-V und welche Vor- bzw. Nachteile ergeben sich aus dieser?
2. Welche Bedeutung haben aus Ihrer Sicht Sicherstellungszuschläge und welchen Änderungsbedarf sehen Sie?
3. Wo liegen aus Sicht der Krankenkassen Probleme in folgenden Bereichen und was wird zu deren Behebung getan? (bitte immer stationär, ambulant und Schnittstellen sowie städtisch und ländlich geprägte Versorgungsräume)
 - a. Kinder- und Jugendmedizin
 - b. Geriatrische Versorgung
 - c. Palliativ- und schmerzmedizinische Versorgung
 - d. psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung
 - e. Anschlussheilbehandlungen und Rehabilitation
 - f. Versorgung seltener Erkrankungen
 - g. Gendermedizin
 - h. Medizinische Versorgung von Migrant/innen
 - i. Barrierefreiheit im Gesundheitswesen
 - j. Erreichbarkeit von Haus- und Fachärzten sowie weiteren Behandlern in der Fläche
 - k. Medikamentenversorgung

II. Ambulante Versorgung

1. Ist den Krankenkassen bekannt, dass Facharzttermine in vielen Bereichen trotz Dringlichkeitsvermerk oft nicht möglich sind? Welche Konzepte gibt es?

2. Wo liegen aus Sicht der Krankenkassen Probleme in folgenden Bereichen und was wird zu deren Behebung getan? (bitte immer stationär, ambulant und Schnittstellen sowie städtisch und ländlich geprägte Versorgungsräume)
 - a. Kinder- und Jugendmedizin
 - b. Geriatrische Versorgung
 - c. Palliativ- und schmerzmedizinische Versorgung
 - d. psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung
 - e. Anschlussheilbehandlungen und Rehabilitation
 - f. Versorgung seltener Erkrankungen
 - g. Gendermedizin
 - h. Medizinische Versorgung von Migrant/innen
 - i. Barrierefreiheit im Gesundheitswesen
 - j. Erreichbarkeit von Haus- und Fachärzten sowie weiteren Behandlern in der Fläche
 - k. Medikamentenversorgung

3. Innerhalb der OECD ist ein Trend zur Ambulantisierung der Medizin zu beobachten. Deutschland befindet sich quantitativ beim ambulanten Operieren auf einem der hinteren Plätze. Wie bewerten Sie diese Situation? Gibt es Pläne dies ggf. zu ändern, und wenn ja welche? Welches Ambulantisierungspotential sehen Sie bei stationären Behandlungen?

4. Obwohl Deutschland im internationalen Vergleich bei der Mund- und Zahngesundheit eine Spitzenposition einnimmt, gibt es Personengruppen, die von den Versorgungsmöglichkeiten nicht ausreichend profitieren. Dies betrifft insbesondere alte und pflegebedürftige Menschen, Personen mit Handicaps sowie Kleinkinder bis zum dritten Lebensjahr. Was ist geplant, um die zahnmedizinische Versorgung für diese Personen zu verbessern?

5. Durch die hohe und zunehmende administrative Belastung bleibt den Praxisteams weniger Zeit für die Behandlung und Versorgung von Patienten. Dazu gehören beispielsweise die wachsenden Dokumentations- und Kontrollpflichten, die sich aus Gesetzen und Verordnungen wie der Röntgenverordnung, dem Medizinproduktegesetz, dem Patientenrechtegesetz sowie der Datenschutzgrundverordnung ergeben, das komplizierte Abrechnungsverfahren über die Kassenärztlichen Vereinigungen oder das Verfassen von Berichten zum Beispiel für private Krankenversicherungen und Beihilfestellen. Auch durch diese hohe administrative Belastung verliert der Beruf des niedergelassenen Arztes/Zahnarztes für den Nachwuchs zunehmend an Attraktivität. Welche Maßnahmen werden ergriffen, um die ausufernde Bürokratie abzubauen?

III. Rehabilitation

Wie können die medizinischen Kompetenzen und Ressourcen der Rehakliniken unter Berücksichtigung eines abgestuften und realisierbaren Vorgehens in die medizinische Versorgung im Land einbezogen und integriert werden?

IV. Patientenorientierung

1. Wie bewerten Sie die Situation der Patientenvertretung und der Patientenorganisationen in M-V und welchen Handlungsbedarf sehen Sie?
2. Welche Unterstützung bzw. Hinweise für die Patienten/Patientinnen gibt es? Welche Hilfen/Ansprechpartner für Patient/innen gibt es bei den Krankenkassen bei Verdacht auf fehlerhafte Behandlung? Wie werden diese kommuniziert und evaluiert? Werden die Krankenkassen zukünftig ihre Zusammenarbeit mit Drittanbieter (privaten Versicherungen etc.) ausbauen? Wenn ja, wie wird sichergestellt, dass dies im Sinne der Patient/innen ist und nicht der weiteren Ökonomisierung der gesundheitlichen Versorgung sowie der Zunahme privat zu finanzierender Leistungen dient?
3. Welche Entwicklung sehen die Krankenkassen auf dem Weg zu mehr Patientenorientierung im Gesundheitswesen?
4. Welche Konzepte gibt es, um zukünftig im Pandemiefall die Versorgung der Patient/innen sicherzustellen? Wurden die Patientenorganisationen bzw. ihre aktuellen Erfahrungen in deren Entwicklung einbezogen?
5. Ist den Kassen das bundesweite Aktionsbündnis Patientensicherheit bekannt? Wie können die dort erarbeiteten Empfehlungen in MV genutzt werden?
6. Ist den Krankenkassen die Bandbreite der Arbeit der Patientenvertretung im Land bekannt? (Gremien, Beteiligte, Koordination) Wie unterstützen die Kassen die Arbeit der ehrenamtlichen Patientenvertreter/innen seit Beginn ihrer Arbeit im Jahr 2004? Welche Verbesserungen sind geplant und sind diese mit den maßgeblichen Organisationen zur Interessenvertretung von Patient/innen bzw. der ehrenamtlich arbeitenden Koordinierungsstelle bei der SELBSTHILFE MV abgestimmt?
7. In welchen Bereichen beziehen die Krankenkassen das Wissen der Patientenorganisationen und ihres Dachverbandes SELBSTHILFE MV ein? Wo nicht? Welche Veränderungen sind denkbar?
8. Welche Konzepte gibt es, um Patient/innen und medizinisches Personal im Versorgungsalltag auf Augenhöhe zu bringen? Gibt es dazu Gespräche mit Patientenorganisationen?
9. Welche Konzepte gibt es, um Mitarbeiter/innen der Krankenkassen für die verschiedenen Bedarfe und Ansprüche der Patient/innen zu sensibilisieren?
10. Welche Beschwerdemöglichkeiten haben Patient/innen, die mit ihren Kassen unzufrieden sind? Wie werden diese Beschwerden ausgewertet und transparent gemacht?

V. Finanzierung / Vergütung

1. Wie bewerten Sie die Wirkung der Fallpauschalen (DRG – Diagnosis Related Groups) als Finanzierungsgrundlage für die stationäre medizinische Versorgung und welche Alternative sehen oder gar bevorzugen Sie?
2. Welchen prozentualen Anteil des BIP halten Sie für Ausgaben für die medizinische Versorgung der Bevölkerung für sinnvoll und anstrebenswert (Bitte unterteilen in: Gesamt und ggf. anteilig in Stationäre Versorgung, Ambulante Versorgung und Zahnmedizinische Versorgung)?
3. Wie stehen Sie zur Zweiteilung der medizinischen Versorgung in Deutschland aufgrund der Unterteilung in privat und gesetzlich Versicherte und den sich daraus ergebenden unterschiedlichen Honorarkatalogen?
4. Wie stehen Sie zur Vielfalt der Krankenkassenlandschaft in Deutschland?
5. Die Versorger erleben derzeit Sachkostensteigerungen um das 4 -10fache gegenüber den kalkulierten Daten in den gültigen Honorarkatalogen. Dies belastet derzeit allein die am Patienten tätigen Versorger. Warum reagieren die Kassen nicht auf kurzfristige Sachkostensteigerungen in Katastrophen- oder Pandemiefällen?
6. Die Anbieter von Medical- und Arzneiprodukten haben in den letzten Jahrzehnten einen Konzentrationsprozess durchlaufen. Wie reagieren die Krankenkassen auf Wucher-/Monopolpreise der Anbieter im Medicalprodukte- und Arzneimittelbereich im Gesundheitsmarkt?
7. Der gesetzlich Versicherte erhält in der Zahnmedizin die Grundleistung von seiner Krankenkasse erstattet, auch wenn er sich auf eigene Kosten eine höherwertige Versorgung leistet; d.h. der Patient zahlt ggf. nur den Differenzbetrag selbst. Warum findet dieses Prinzip nicht auch in der ambulanten Humanmedizin Anwendung?
8. Für Krankenhäuser können durch individuelle Vergütungsverhandlungen „Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ (NUB) extra vergütet werden. Warum wird dies im ambulanten Bereich nicht ebenso gehandhabt?
9. Aus Sicht der Niedergelassenen Operateure beinhaltet die Vergütung gleicher Operationen im ambulanten und stationären Sektor eine Wettbewerbsverzerrung, da die ambulant tätigen Ärzte die Infrastruktur selbstständig finanzieren müssen. Wie beurteilen Sie diese Situation?
10. Trotz anteilig gesunkener Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für die zahnmedizinische Versorgung und steigenden Versorgungsansprüchen der Patienten gibt es nach wie vor eine jährliche Budgetierung für vertragszahnärztliche Leistungen. Warum wird diese Budgetierung nicht abgeschafft?

VI. Telemedizin / Datenschutz

1. Welche infrastrukturellen und organisatorischen Voraussetzungen werden für einen realistischen, flächendeckenden Einsatz von Telemedizin benötigt? Welche Konzepte haben die Krankenkassen, um Telemedizin zu einer breiteren Anwendung zu bringen? Welche Maßnahmen werden ergriffen, um umfassenden Datenschutz zu gewährleisten und so Vertrauen bei den Patienten/innen zu schaffen, solche Angebote anzunehmen? Ist die Zusammenarbeit mit dem Landesdatenschutzbeauftragten im Bereich der gesundheitlichen Versorgung gegeben? Wenn ja, in welcher Form? Wenn nein, welcher Expertise bedient sich die Kassen? Durch welche Maßnahmen können die Krankenkassen sicherstellen, dass die von Experten bemängelte Datensicherheit im Gesundheitswesen zukünftig flächendeckend sichergestellt wird?
2. Wozu generieren die Krankenkassen Daten über die Hausarztverträge? Inwiefern kommen diese Daten den Versicherten, oder der Versorgung insgesamt zugute? Was rechtfertigt den Einsatz von Versicherungsgeldern, um diese Daten zu generieren?
3. Patientendaten sind hochsensible Daten und müssen gut und dauerhaft geschützt sein. An den Datenschutz in der gesamten Medizin werden daher zu Recht sehr hohe Anforderungen gestellt. Im Rahmen der Etablierung der Telematikinfrastruktur (TI) im gesamten Gesundheitswesen wurden allerdings in der Vergangenheit wiederholt Sicherheitslücken festgestellt. Mit der Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) sowie der elektronischen Ausstellung von Rezepten und Krankenschreibungen im kommenden Jahr werden an die Datensicherheit der TI sehr hohe Anforderungen gestellt. Allerdings hat die ePA schon jetzt mit einer Reihe von technischen Problemen zu kämpfen. So räumte Gesundheitsminister Jens Spahn kürzlich ein, dass es 2021 noch nicht möglich sein wird, individuell festzulegen, welche Inhalte der ePA zur Ansicht freigegeben sind. Der Patient kann also nicht wie geplant selbst entscheiden, welche Informationen der Akte für welchen Arzt, Apotheker oder Therapeuten einsehbar sind. Laut Professor Ulrich Kelber, dem Bundesbeauftragten für Datenschutz, verstößt das vor kurzem vom Bundestag beschlossene Patientendaten-Schutzgesetz gegen die europäische Datenschutzgrundverordnung. Kelber drohte demzufolge an, die Einführung der ePA zu stoppen. Bleibt das Gesetz unverändert, würden die Datenschutzrechte von Patienten und die Datenschutzpflichten von Ärzten erheblich eingeschränkt. Das Gesetz verpflichtet jedoch Krankenhäuser und Ärzte, dass sie Patienten bei der erstmaligen Aktivierung und Nutzung der ePA unterstützen!

Dazu folgende Fragen:

- 3.1 Wie konnte es in der Vergangenheit zu diesen Sicherheitslücken kommen?

- 3.2 Welche Maßnahmen werden ergriffen, um Sicherheitslücken im Rahmen der Nutzung der TI in Zukunft zu verhindern?
- 3.3 Welche Maßnahmen werden ergriffen, um Verstöße gegen die europäische Datenschutzgrundverordnung im Rahmen der Einführung weiterer Funktionen der elektronischen Gesundheitskarte (ePA, elektronisches Rezept + AU) auszuschließen?
- 3.4 Warum wird Ärzten, die aufgrund der o.g. bekannten Mängel mit der Einführung der Telematikinfrastruktur in ihrer Praxis zögern, mit Sanktionen und Honorarkürzungen gedroht?
- 3.5 Welche Maßnahmen werden ergriffen, um die durch die o.g. Punkten verringerte Attraktivität von medizinischen Berufen zu erhöhen?

B. Gesamteinschätzung/ Bewertung

1. Wie beurteilen Sie allgemein die aktuelle medizinische Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern in Qualität und Quantität (ambulant und stationär)? Welche Probleme sind zu benennen (bitte auch in ihrer Wertigkeit bzw. Dringlichkeit ihrer Lösung) und welche Auswirkungen haben diese Mängel auf die Patientenversorgung. Welche Herausforderungen werden für die Zukunft gesehen?
2. Wie wird die flächendeckende Versorgung definiert? Gibt es gegenwärtig unterversorgte bzw. überversorgte Regionen?
3. Worin sehen Sie die Ursachen der von Ihnen benannten Mängel?

C. Zukunftsansätze

1. Wie werden sich die Versorgungsschwerpunkte in den kommenden zehn Jahren verschieben? Was ist aus Ihrer Sicht notwendig, um eine bedarfsgerechte und flächendeckende medizinische Versorgung in Zukunft sicherzustellen?
2. Welche Ansätze sehen Sie, diesen Herausforderungen zu begegnen? Welche sind die zehn wichtigsten Forderungen aus Sicht ihrer Krankenkasse zur zukünftigen Gestaltung der Gesundheitsversorgung in?
3. Welches sind die drei wichtigsten Projekte Ihrer Krankenkasse, die für die zukünftige gesundheitliche Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern als Modell dienen können oder wesentlich neue Erkenntnisse bieten und eine praxisorientierte Umsetzung beinhalten. Skizzieren Sie maximal drei

zukunftssträchtige Versorgungsprojekte, die in Mecklenburg-Vorpommern stattfinden oder für das Land eine herausragende Bedeutung haben.

verbunden damit:

Beschreiben Sie mögliche und notwendige digitale Lösungsansätze der Patientenversorgung und des Gesundheitsmanagements aus ihrer Sicht.

Welche aktuellen Modellprojekte gibt es?

Welche stehen unter der Schirmherrschaft ihrer Krankenkasse?

4. Was müsste aus Ihrer Sicht unternommen werden, um in der Bevölkerung das Vertrauen für notwendige Veränderungsprozesse zu stärken?
5. Welchen Korrekturbedarf sehen Sie bezüglich des aktuell gültigen Krankenhausplanes?
6. Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären Bereichen der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern, welche Probleme sehen Sie und welche Lösungsvorschläge hätten Sie?
7. Wie müsste aus Ihrer Sicht die ambulante Notfallversorgung aufgestellt sein? Wie müssten ambulanter und stationärer Notdienst sowie Rettungsdienst miteinander verzahnt sein?
8. Welche Empfehlungen des GBA zur medizinischen Versorgung bewerten Sie kritisch und welche alternativen Vorschläge, zum Beispiel zur Erreichbarkeit von Fachabteilungen oder zu anderen Empfehlungen, haben Sie?
9. Wie kann die Zusammenarbeit mit dem Bund, den Kommunen, den Kassen, der KV, der Krankenhausgesellschaft und den Vertretern der Pflege in verbindlicher, ergebnisorientierter Weise sichergestellt werden?
10. Welche die Versorgungsplanung flankierenden, ökonomischen Instrumente der Landesregierung sind vorstellbar, um die Umsetzung der Versorgungskonzepte zu erleichtern?
11. Wie kann eine flächendeckend vernetzte, wohnortnahe ärztliche Versorgung sichergestellt werden?
12. Wie sind Mindestangebote und mengenkritische Bedarfe in ein auch ökonomisch tragfähiges Verhältnis zu bringen?
13. Wie können ländliche, kleine Krankenhäuser ambulante und stationäre Leistungen so zusammengeführt anbieten, dass Investitionen und Personalkosten wirtschaftlich sind?
14. Welche Formen mobiler Angebote der ärztlichen Betreuung und der Medikamentenverteilung sind von kleinen Krankenhäusern aus organisierbar und finanzierbar?

Antwort der AOK Nordost
auf den Fragenkatalog der Enquetekommission
„Zukunft der gesundheitlichen Versorgung in Mecklenburg-
Vorpommern“ an die gesetzlichen Krankenkassen

A. Grundsatzfragen / Detailfragen

A.1 Grundsatzfragen

1. Inwieweit teilen Sie die Auffassung (aus dem Einsetzungsbeschluss), wonach eine bedarfsgerechte, gute und erreichbare Gesundheitsversorgung als elementarer Bestandteil der öffentlichen Daseinsvorsorge zu betrachten ist?

Wir stimmen dem zu. Daraus ableitend folgt gleichermaßen auch eine Gestaltungs- und Finanzierungsverantwortung, die gemeinsam mit den weiteren Partnern auszugestalten und umzusetzen ist.

Gesundheit ist ein hohes, wenn nicht sogar das höchste Gut. In diesem Sinne ist die Sicherstellung einer bedarfsgerechten, qualitativ hochwertigen und dabei erreichbaren Gesundheitsversorgung von außerordentlich besonderer Bedeutung.

Das Flächenland Mecklenburg-Vorpommern steht vor der großen Herausforderung, trotz des demografischen Wandels (Landflucht und Alterung in der Fläche) und eines zunehmenden medizinischen Fachkräftemangels, die Versorgung im Land auf qualitativ hochwertigen und überall gleichwertigem Niveau sicherzustellen.

Dieser Spagat zwischen wohnortnaher/erreichbarer Versorgung und bestmöglicher Qualität kann nur erfolgreich sein, wenn bestehende Versorgungsstrukturen auf den Prüfstand kommen. Bestehende Strukturen dürfen nicht in Stein gemeißelt sein. Sie müssen zum Zwecke der Sicherstellung einer zukunftsfesten und qualitativ hochwertigen Versorgung auch angepasst werden dürfen. Der Fokus muss dabei auf eine flächendeckende und wohnortnahe Notfallversorgung in der Fläche und eine qualitativ notwendige Konzentration von Hochleistungsmedizin an spezialisierten Standorten gesetzt werden. Es darf hierbei kein Halt an Sektorengrenzen gemacht werden. Es gilt die verfügbaren Ressourcen sinnvoll zu bündeln und die Versorgung zukunftssicher zu gestalten.

Zur Sicherstellung von guter Qualität bedarf es ferner einheitlicher, flächendeckend gültiger und verbindlich einzuhaltender Qualitätskriterien, welche auch im Krankenhausplan Mecklenburg-Vorpommern verstärkt Berücksichtigung finden müssen. Verpflichtende und regelmäßig nachgehaltene Qualitätskriterien sichern einen Mindeststandard in der Versorgung.

Abschließend müssen für zukunftsfähige Versorgungsstrukturen auch die notwendigen Investitionsmittel zur Verfügung gestellt werden. Hier muss das Land seiner Verpflichtung einer auskömmlichen Investitionsfinanzierung dringend nachkommen. Andernfalls droht eine weitere Verschärfung der Zweckentfremdung von Betriebsmitteln durch die Krankenhäuser, die letzten Endes, z. B. durch Einsparungen beim Pflegepersonal, immer zu Lasten des Patienten geht.

Durch selektivvertragliche Lösungen hat die AOK Nordost bereits frühzeitig darauf hingewirkt, Facharzttermine nach deren Dringlichkeit durch den überweisenden Arzt einzuschätzen und entsprechend zu kennzeichnen. Dieses Konstrukt hatte sich in Mecklenburg-Vorpommern bei der AOK Nordost derart etabliert, dass andere Krankenkassen nachgezogen haben.

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) wurde die Einschätzung der Dringlichkeit bei Überweisungen gesetzlich für alle Bundesländer und Krankenkassen einheitlich geregelt und durch entsprechende Vergütungsziffern im Abrechnungswerk der Ärzte (EBM) abgebildet.

Die Einschätzung der Dringlichkeit und Überweisung zu Fachärzten obliegt ausschließlich den Ärztinnen und Ärzten.

Mit der Einrichtung der Terminservicestellen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen im Jahr 2016 (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz) besteht für die Versicherten die Möglichkeit innerhalb von 4 Wochen einen Arzttermin zu erhalten. Versicherte die dennoch Schwierigkeiten bei der Arztsuche haben, werden, wie bereits in der Vergangenheit, weiterhin durch die AOK Nordost unterstützt und bei der Vermittlung begleitet. Dabei wird das Recht der freien Arztwahl stets berücksichtigt.

2. Was leitet sich daraus aus Ihrer Sicht ab?

Fokus in der Arbeitsteilung richten auf:

- Gestaltung der Gesundheitsversorgung durch Krankenkassen mit den regionalen Versorgungsakteuren (unter anderem über § 140 a-Verträge)
- Sicherung Erreichbarkeit/Infrastruktur (ÖPNV, Internet etc.) bedarfsgerecht Land und Kommunen
- Finanzierung allgemein und kassenunabhängig zu nutzender Unterstützungssysteme/Leistungen in der Versorgung (bspw. spezifische apparative Ausstattung – bspw. Telerucksack) erfolgt mindestens anteilig durch Land und Kommunen - Vorbilder für die Übernahme der Finanzierung existieren bereits
- Stärkung der öffentlichen Gesundheitsförderung/Gesundheitsvorsorge durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst unter anderem in Schulen ist Länderaufgabe - Sie muss in Verknüpfung mit anderen Versorgungslösungen umgesetzt werden und führt dadurch zu Synergien.

3. Welche Kriterien bestimmen aus Ihrer Sicht die Qualität einer medizinischen Versorgung der Bevölkerung von Mecklenburg-Vorpommern? Wie werden die Qualitätsindikatoren den Patientinnen und Patienten zur Verfügung gestellt?

Um Qualität in der medizinischen Versorgung objektiv darstellen bzw. bewerten zu können, braucht es einheitliche und vergleichbare Kriterien. In diesem Zusammenhang gibt es leistungs- und fachabteilungsspezifische Anforderungen struktureller sowie personeller Art, anhand derer sich ein qualitativer Mindeststandard ablesen lässt.

Die Verbindlichkeit dieser Anforderungen reicht von rechtsverbindlich zwingend umzusetzenden Richtlinien des G-BA bis hin zu einer optionalen Berücksichtigung von Qualitätskriterien von Fachgesellschaften im Rahmen der Krankenhausplanung. Die Berücksichtigung von Qualitätskriterien im Rahmen der Krankenhausplanung muss eine zunehmende Bedeutung im Krankenhausplan Mecklenburg-Vorpommern erlangen, um gute Qualität in der Versorgung sicherzustellen und transparent zu machen. Qualitätskriterien sind verpflichtend durch die Leistungserbringer einzuhalten und werden durch den Krankenhausplaner regelmäßig nachgehalten.

Ergebnisse sind stets adressatengerecht und transparent aufzubereiten. Hierbei muss differenziert werden, ob es sich um einen Fach- oder Patientenkreis handelt, damit eine richtige Interpretation der Informationen gewährleistet werden kann.

Kriterien für gute Versorgung:

- Verfügbarkeit
- Erreichbarkeit
- Behandlungsergebnisse auf Heilung, Verbesserung, Stabilisierung oder palliative Begleitung ausrichten
- Bedarfsorientierung als Handlungsmaxime
- Ermittlung von Qualitätsindikatoren mittels Routinedaten (reduziert Aufwand bei Ärzten) in Zusammenarbeit von Kliniken, Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassen

Maßnahme-Vorschlag:

- Regelmäßige Befragung der Bewohner zu ihrer persönlichen Situation hinsichtlich Versorgung
- Erstellen eines jährlichen Qualitätsberichtes und Veröffentlichung in verständlichen Darstellungen in ausgewählten Tageszeitungen, Plakataktionen und Broschüren in Arztpraxen, Apotheken und Krankenhäusern

A.2 Detailfragen

I. Stationäre Versorgung

1. Wie bewerten Sie die Krankenhausdichte in M-V und welche Vor- bzw. Nachteile ergeben sich aus dieser?

Die Krankenhäuser im Land Mecklenburg-Vorpommern leisten mit ihren Standorten einen zentralen Beitrag im Rahmen der medizinischen Versorgung im Land. Wichtig ist, dass diese Standorte für eine zukunftssichere medizinische Versorgung nicht mehr zwingend als reine Krankenhausstandorte in ihrer heutigen Form, sondern vielmehr sektorenübergreifend als Gesundheitsstandorte verstanden und neu gedacht werden müssen.

Auf dem Weg zu diesen neuen und zukunftsorientierten Strukturen muss nicht jedes Krankenhaus alles anbieten. Vielmehr gilt es die verfügbaren Ressourcen sektorenübergreifend sinnvoll zu bündeln und Kompetenzen zu konzentrieren, um so eine hohe Qualität zu gewährleisten und Kannibalisierungseffekte unter konkurrierenden Standorten zu vermeiden. Eine sinnvolle und qualitätsorientierte Aufgabenteilung in den bestehenden Strukturen muss das Ziel sein.

2. Welche Bedeutung haben aus Ihrer Sicht Sicherstellungszuschläge und welchen Änderungsbedarf sehen Sie?

Sicherstellungszuschläge dienen dem Ausgleich finanzieller Defizite in für die Versorgung der Bevölkerung relevanten Fachgebieten von für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Krankenhäusern. Hintergrund ist eine für die umliegende Bevölkerung notwendige Sicherstellung einer stationären (Notfall-) Versorgung bei gleichzeitig vorliegendem geringen Versorgungsbedarf.

Voraussetzung für einen Sicherstellungszuschlag sind die bundeseinheitlich definierten Kriterien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen. Sind diese plausibel erfüllt, können Krankenhäuser einen Sicherstellungszuschlag im Rahmen der Budgetverhandlungen verhandeln.

Sicherstellungszuschläge allein können jedoch keinen notwendigen strukturellen Wandel herbeiführen. Sie dienen lediglich dazu finanzielle Lücken in der für die Bevölkerung notwendig vorzuhaltenden medizinischen Versorgung temporär zu füllen. Bei einer dauerhaften Finanzierung von Sicherstellungszuschlägen werden bestehende, nicht zukunftsfähige Strukturen zementiert und damit notwendige Veränderungen struktureller Art gehemmt bis gar blockiert. Dies gefährdet die Versorgung in der Region nachhaltig bzgl. der Struktur und Qualität.

Daher sind Sicherstellungszuschläge kein Ersatz für strukturell notwendige Anpassungen in der Versorgungslandschaft. Sie sind lediglich als möglicher Teil eines strukturellen Wandels zu verstehen, um die betreffenden Krankenhausstandorte zukunftsfest zu machen.

Werden Sicherstellungszuschläge vereinbart, sind stets parallel Bewertungen anzustellen, unter welchen Voraussetzungen bzw. strukturellen Anpassungen der betreffende Standort zukünftig die Versorgung auf qualitativ hochwertigem Niveau auch ohne einen Sicherstellungszuschlag sicherstellen kann.

3. Wo liegen aus Sicht der Krankenkassen Probleme in folgenden Bereichen und was wird zu deren Behebung getan? (bitte immer stationär, ambulant und Schnittstellen sowie städtisch und ländlich geprägte Versorgungsräume)

a. Kinder- und Jugendmedizin

Der demografische Wandel, der Fachkräftemangel, die zunehmende Ausdünnung der ländlichen Regionen und die Konzentration der Bevölkerung in den Oberzentren sowie die bundesrechtlichen Vorgaben (z. B. G-BA Regelungen), stellen die pädiatrische Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern unstrittig vor große Herausforderungen.

Gemeinsames Ziel muss daher sein, ein zukunftsfähiges, sektorenübergreifendes, pädiatrisches Versorgungskonzept für Mecklenburg-Vorpommern zu entwickeln und umzusetzen.

Die Aufgabe aller an der pädiatrischen Versorgung Beteiligten liegt darin, eine ganzheitliche Betrachtung über alle Versorgungsbereiche und Institutionen hinweg vorzunehmen und in diese Betrachtung neue innovative Versorgungsarten, wie Telemedizin, sektorenübergreifende Versorgungsformen, ggf. die Neuausrichtung der stationären pädiatrischen Standorte (z. B. hin zu pädiatrischen Versorgungshybriden/ambulant-stationären Einrichtungen) sowie Delegations- und Substitutionskonzepte zwingend mit einzubeziehen.

Für komplexe und seltene Erkrankungen wird man daher die Leistungsangebote im Land bündeln müssen. Und für die Sicherstellung der wohnortnahen pädiatrischen Grundversorgung ist eine gemeinsame, mit den ambulanten Pädiatern abgestimmte Versorgung zielführend.

b. Geriatrische Versorgung

Den besonderen Bedürfnissen älterer Patientinnen und Patienten wird im aktuellen Krankenhausplan Mecklenburg-Vorpommern bereits in einem ersten Schritt Rechnung getragen, indem auf erforderliche Voraussetzungen einer „Geriatrischen Einheit“ hingewiesen sowie auf die Empfehlungen des Geriatrieplans Mecklenburg-Vorpommern verwiesen wird. Hierauf aufbauend sollten weitere verbindliche Qualitätskriterien für die Geriatrie im Krankenhausplan verankert werden, um eine qualitativ hochwertige geriatrische Versorgung im Land weiter zu stärken.

Darüber sollte die Vernetzung der bestehenden Strukturen weiter gestärkt werden, um eine ganzheitliche Betrachtung in der geriatrischen Versorgung (Prävention über ambulante Versorgung, stationäre Versorgung, Rehabilitation und Pflege) weiter voranzutreiben.

c. Palliativ- und schmerzmedizinische Versorgung

Ein flächendeckendes, strukturiertes Versorgungsangebot für Patienten mit Bedarfen an Leistungen der Palliativ- und/oder Schmerzmedizin wird befürwortet. Der Aufbau dieses Fachbereiches gewinnt in der Krankenhausplanung deutlich an Bedeutung, was sich am stetigen Ausbau palliativmedizinischer Einheiten zeigt. Darüber hinaus machen technologische medizinische Errungenschaften weitere innovative, sektorenübergreifende Behandlungsformen möglich. Um eine

bedarfsgerechte Versorgung von Patienten zu gewährleisten, ist die Einhaltung und Einführung relevanter Qualitätskriterien unabdingbar. Eine Ausweitung in der Fläche darf in diesem sensiblen Tätigkeitsfeld nicht zu Lasten der Behandlungs- und Lebensqualität der Patienten gehen.

d. psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung

Für eine bedarfsgerechte Versorgung im Fachbereich Psychiatrie/ Psychosomatik in Mecklenburg-Vorpommern wird seit Langem eine ambulante gegenüber einer stationären Behandlung der Vorzug gegeben. So lange es möglich ist Betroffene in ihrer eigenen Häuslichkeit zu belassen, sollte eine stationäre Aufnahme vermieden werden. Aktuell ist hier eine gegenläufige Tendenz zurück zur Hospitalisierung zu sehen. Daher wird es in Zukunft noch wichtiger sein, valide Versorgungskonzepte zu entwickeln und entsprechende Qualitätskriterien zu etablieren. Die wichtigste Forderung an dieser Stelle liegt im Zusammenschluss sektorenübergreifender Themen in der Krankenhausplanung. Die Komplexität der Psychiatrie und psychotherapeutischen Versorgung macht eine komplementäre Planung aller, an der Versorgung beteiligten Sektoren notwendig. Solche ambulanten, zugänglichen und ganzheitlichen Versorgungskonzepte tragen wesentlich zur Verbesserung der Behandlungsergebnisse, der Lebensqualität sowie der Reduzierung einer Stigmatisierung der Patienten bei.

e. Anschlussheilbehandlungen und Rehabilitation

Der Gesetzgeber hat mit dem Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) in § 39 SGB V den Anspruch gesetzlich versicherter Patienten auf ein Entlassmanagement eingefügt. Damit sollen Versicherte beim Übergang in die nachfolgende Versorgung nach der Krankenhausbehandlung unterstützt werden. Die Kontinuität der Versorgung soll gewährleistet, die Patienten und ihre Angehörigen sollen entlastet, die Kommunikation zwischen den beteiligten Versorgungsbereichen verbessert und der sogenannte „Drehtüreffekt“ vermieden werden.

Im Rahmen des Entlassmanagements unterstützen die Krankenhäuser die Patienten bei der Antragstellung auf Maßnahmen zur Anschlussheilbehandlung und Rehabilitation, so dass sich diese Maßnahmen unmittelbar an die stationäre Krankenhausbehandlung anschließen und eine Behandlungskontinuität sichergestellt werden kann. Leider zeigt aber die Praxis, dass noch immer nicht alle Krankenhäuser ein Entlassmanagement etabliert bzw. dieses Instrument in ihren regelhaften Abläufen verankert haben. Somit kommt es weiterhin zu Versorgungsbrüchen, die den vorangestellten Zielsetzungen zuwiderlaufen und der Überwindung der Sektorengrenzen entgegenstehen.

Das Grundproblem der Vergangenheit, die unzureichende Auslastung der über 60 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Mecklenburg-Vorpommern, existiert seit vielen Jahren nicht mehr. Die durchschnittliche Auslastung liegt bei über 90 Prozent. Von den coronabedingten Herausforderungen abgesehen, haben einige Einrichtungen erhebliche Schwierigkeiten Fachpersonal zu halten bzw. neu für sich zu gewinnen.

Ursache hierfür sind z. B. gesetzliche Änderungen, wodurch die um Fachpersonal mitkonkurrierenden Leistungserbringer (Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen) höhere finanzielle Anreize bieten können.

Ein weiteres Problemfeld sieht die AOK Nordost für die Rehabilitations-Landschaft in Mecklenburg-Vorpommern durch das Inkrafttreten des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz) und der darin vorgesehenen Abkopplung der Vergütung von der Veränderungsrate nach § 71 SGB V. Die hiesigen Einrichtungen werden zu ungefähr 50 Prozent im Erwachsenen- und ca. 80 Prozent im Mutter-Kind-Bereich durch Patienten mit einem Wohnsitz außerhalb von Mecklenburg-Vorpommern belegt. Neben der hohen Qualität der erbrachten Leistungen und der hohen Patientenzufriedenheit, spielt in der Belegung das attraktive Preis-/Leistungsverhältnis im deutschlandweiten Vergleich der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen eine gewichtige Rolle. Diesen Standortvorteil gilt es in zukünftigen Vergütungsverhandlungen mit Augenmaß, unter Beachtung attraktiver Vergütungen und Arbeitsbedingungen für Angestellte, sorgfältig auszutarieren. So kann gewährleistet werden, dass einerseits der Patientenzufluss über die Landesgrenzen hinweg konstant bleibt, die Rehakliniken im Wettbewerb um Fachpersonal gestärkt werden und die Existenz der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen dauerhaft gesichert ist.

f. Versorgung seltener Erkrankungen

In der Europäischen Union gilt eine Erkrankung als selten, wenn nicht mehr als 5 von 10.000 Menschen in der EU von ihr betroffen sind. Derzeit werden etwa mehr als 8.000 Erkrankungen als selten eingestuft.

Vor dem Hintergrund des per Definition geringen Fallaufkommens und dem dennoch geltenden Anspruch der bestmöglichen Versorgung, ist das Versorgungsangebot für seltene Erkrankungen an wenigen Standorten zu konzentrieren, um die notwendige besondere und seltene Expertise in diesem Bereich der Hochleistungsmedizin, allein aus Qualitätsgesichtspunkten, gewährleisten zu können.

Der G-BA hat der besonderen Bedeutung der Versorgung seltener Erkrankungen Rechnung getragen und Qualitätskriterien als auch zuschlagswürdige besondere Aufgaben von Zentren für seltene Erkrankungen im Rahmen der Zentrumsregelung definiert.

g. Gendermedizin

Die Gendermedizin beschäftigt sich, stark vereinfacht ausgedrückt, mit den Unterschieden in der Ausprägung von Symptomen und Krankheiten von Frauen und Männern. Da dies kein landesspezifisches und zudem wissenschaftlich gesehen „frisches“ Thema ist, kann noch keine valide Aussage zur Ausprägung in Mecklenburg-Vorpommern festgestellt werden. Richtig ist, dass aufgrund biologischer, sozialer und psychologischer Rollenspezifika der Geschlechter, die Medizin für eine erfolgreiche Behandlung „Gender“ stärker als bisher in den Fokus nehmen muss.

h. Medizinische Versorgung von Migrant/innen

Die Kapazitäten der Versorgung mit medizinischen Dienstleistungen sind für alle entsprechenden Bedarfe verfügbar und dementsprechend zu nutzen. Um hierzu genauere Angaben machen zu können, ist eine Konkretisierung des rechtlich schwach konturierten Begriffs „Migranten“ notwendig.

i. Barrierefreiheit im Gesundheitswesen

Die Herstellung von Barrierefreiheit im Gesundheitswesen gewinnt zunehmend an Bedeutung. Vor diesem Hintergrund sind Leistungserbringer im Gesundheitswesen sektorenübergreifend angehalten einen barrierefreien Zugang zu gewährleisten. Zur Herstellung von Barrierefreiheit in Krankenhäusern können diese hierfür notwendige Maßnahmen im Rahmen der Investitionsfinanzierung umsetzen. Hierfür müssen die Länder jedoch ihrer Verpflichtung zu einer auskömmlichen Investitionsfinanzierung nachkommen und ausreichend Investitionsmittel zur Verfügung stellen.

j. Erreichbarkeit von Haus- und Fachärzten sowie weiteren Behandlern in der Fläche

Aufgrund der Kürze der Zeit können hierzu keine Ausführungen erfolgen.

k. Medikamentenversorgung

Aufgrund der Kürze der Zeit können hierzu keine Ausführungen erfolgen.

II. Ambulante Versorgung

1. Ist den Krankenkassen bekannt, dass Facharzttermine in vielen Bereichen trotz Dringlichkeitsvermerk oft nicht möglich sind? Welche Konzepte gibt es?

Ein Vertrag zur Überweisungssteuerung ist bereits seit 2011 in Kraft. Der Vertrag unterstützt die ärztliche Steuerung entlang von Dringlichkeitskategorien.

Durch selektivvertragliche Lösungen hat die AOK Nordost bereits frühzeitig darauf hingewirkt, Facharzttermine nach deren Dringlichkeit durch den überweisenden Arzt einzuschätzen und entsprechend zu kennzeichnen. Dieses Konstrukt hatte sich in Mecklenburg-Vorpommern bei der AOK Nordost derart etabliert, dass andere Krankenkassen nachgezogen haben.

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) wurde die Einschätzung der Dringlichkeit bei Überweisungen gesetzlich für alle Bundesländer und Krankenkassen einheitlich geregelt und durch entsprechende Vergütungsziffern im Abrechnungswerk der Ärzte (EBM) abgebildet.

Die Einschätzung der Dringlichkeit und Überweisung zu Fachärzten obliegt ausschließlich den Ärztinnen und Ärzten.

Mit der Einrichtung der Terminservicestellen bei den Kassenärztlichen

Vereinigungen im Jahr 2016 (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz) besteht für die Versicherten die Möglichkeit innerhalb von 4 Wochen einen Arzttermin zu erhalten. Versicherte die dennoch Schwierigkeiten bei der Arztsuche haben, werden, wie bereits in der Vergangenheit, weiterhin durch die AOK Nordost unterstützt und bei der Vermittlung begleitet. Dabei wird das Recht der freien Arztwahl stets berücksichtigt.

2. Wo liegen aus Sicht der Krankenkassen Probleme in folgenden Bereichen und was wird zu deren Behebung getan? (bitte immer stationär, ambulant und Schnittstellen sowie städtisch und ländlich geprägte Versorgungsräume)

Aufgrund des hohen Durchschnittsalters der Ärzteschaft und des Fachkräftemangels werden kurz- /mittelfristig viele Arztsitze (insbesondere Haus-/Kinderärzte) unbesetzt bleiben, gleiches gilt für Facharztsitze in unattraktiven Regionen Mecklenburg-Vorpommerns, beispielsweise für Dermatologen.

Gemäß § 75a SGB V fördern die GKV und die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern die Ausbildung von diversen Facharztgruppen, insbesondere die von Allgemeinmedizinern. Die AOK Nordost fördert zusätzlich die Ausbildung von ärztlichen und nichtärztlichen Personal in den pädiatrischen Praxen sowie Strukturen des Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin, welcher der besseren Vernetzung von Medizinstudenten und praktizierenden Ärzten dient.

Daneben stehen der ambulante und der stationäre Bereich sowie die einzelnen KV-Bezirke hinsichtlich der ärztlichen Fachkräfte in einem ständigen Wettbewerb.

In einigen Teilen des Landes sind Fachärzte nicht niedergelassen bzw. gehen demnächst in Rente z.B. Pädiater, Rheumatologen: Dadurch wird Unterstützung von den Hausärzten benötigt für:

- Folgeverordnung von Arzneimitteln
 - Ausbildung der medizinischen Fachangestellten
 - Internetgestützte Programme zu Unterstützung der Ärzte können in manchen Regionen nicht genutzt werden
 - RSV (Rheumastrukturvertrag) hier können Hausärzte und Rheumatologen zur Unterstützung zusammenarbeiten
 - Etablierung von Maßnahmen zur Gewährleistung der Arzneimitteltherapiesicherheit (Programm eLiSA)
- a. Kinder- und Jugendmedizin
Aufgrund der Kürze der Zeit können hierzu keine Ausführungen erfolgen.
 - b. Geriatrische Versorgung
Aufgrund der Kürze der Zeit können hierzu keine Ausführungen erfolgen.
 - c. Palliativ- und schmerzmedizinische Versorgung
Aufgrund der Kürze der Zeit können hierzu keine Ausführungen erfolgen.
 - d. psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung
Aufgrund der Kürze der Zeit können hierzu keine Ausführungen erfolgen.
 - e. Anschlussheilbehandlungen und Rehabilitation

Im Bereich der ambulanten Rehabilitation gibt es in Mecklenburg-Vorpommern aus Sicht der AOK Nordost aktuell keine nennenswerten Probleme. Die Ausführungen zum Thema Fachpersonal unter 1.3.e gelten ebenfalls.

- f. Versorgung seltener Erkrankungen
Aufgrund der Kürze der Zeit können hierzu keine Ausführungen erfolgen.
- g. Gendermedizin
Aufgrund der Kürze der Zeit können hierzu keine Ausführungen erfolgen.
- h. Medizinische Versorgung von Migrant/innen
Aufgrund der Kürze der Zeit können hierzu keine Ausführungen erfolgen.
- i. Barrierefreiheit im Gesundheitswesen
Aufgrund der Kürze der Zeit können hierzu keine Ausführungen erfolgen.
- j. Erreichbarkeit von Haus- und Fachärzten sowie weiteren Behandlern in der Fläche
Aufgrund der Kürze der Zeit können hierzu keine Ausführungen erfolgen.
- k. Medikamentenversorgung
Aufgrund der Kürze der Zeit können hierzu keine Ausführungen erfolgen.

3. Innerhalb der OECD ist ein Trend zur Ambulantisierung der Medizin zu beobachten. Deutschland befindet sich quantitativ beim ambulanten Operieren auf einem der hinteren Plätze. Wie bewerten Sie diese Situation? Gibt es Pläne dies ggf. zu ändern, und wenn ja welche? Welches Ambulantisierungspotential sehen Sie bei stationären Behandlungen?

Die Ambulantisierung muss als gesamthafter Veränderungsprozess gedachte und gelebt werden. Dabei kommt es auf ein gemeinsames Verständnis des Themas an wie auch auf eine gemeinsame von den Partnern ambulant und stationär gestützte Strategie. Idealerweise erfolgt die Umsetzung durch und in entsprechenden regional aufgestellten ambulant-stationären Netzwerken.

Hinweise auf ein Ambulantisierungspotential ergeben sich insbesondere aus Untersuchungen der Versorgungslage über beispielsweise Analysen zu den sogenannten ambulant-sensitiven Krankenhausfällen, also Krankenhausfällen, die bei suffizienter ambulanter Struktur und Verfügbarkeit nicht auftreten würden. Dabei zeigt sich ein hohes Potential im Bereich kardiologischer Erkrankungen, Lungenerkrankungen, psychischer Erkrankungen aber unter anderem auch bei Rückenschmerzen. Ein Beitrag könnte die Gründung von MVZs sein, bei denen eine interdisziplinäre Versorgung an einem Ort besser angeboten werden kann.

4. Obwohl Deutschland im internationalen Vergleich bei der Mund- und Zahngesundheit eine Spitzenposition einnimmt, gibt es Personengruppen, die von den Versorgungsmöglichkeiten nicht ausreichend profitieren. Dies betrifft insbesondere alte und pflegebedürftige Menschen, Personen mit Handicaps sowie Kleinkinder bis zum dritten Lebensjahr. Was ist geplant, um die zahnmedizinische Versorgung für diese Personen zu verbessern?

Alte- und Pflegebedürftige sowie Personen mit Handicaps

- BEMA Positionen für das Aufsuchen von Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 des SGB XI zugeordnet sind, Eingliederungshilfe nach § 53 des SGB XII erhalten und die die Zahnarztpraxis aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit, Behinderung oder Einschränkung nicht oder nur mit hohem Aufwand aufsuchen können (vgl. § 87 SGB V Abs. 2i).
- Verpflichtung, dass stationäre Pflegeheime Kooperationsvereinbarungen nach § 87 Abs. 2j SGB V abschließen sollen (§ 119b SGB V)
- Richtlinie des GBA über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen

Kleinkinder bis 3 Jahre

- § 21 SGB V – Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe)
- Einführung zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen zum 01.07.2019

MV

Der Gesetzgeber hat zum 01.07.2019 die Leistungen der Früherkennung bei Kindern unter drei Jahren eingeführt. Dies kann aber in der Bekämpfung der frühkindlichen Karieslast nur zum Erfolg führen, wenn eine verbindliche Regelung der Politik zum verpflichtenden Zähneputzen in den Kitas aufgenommen wird, da die derzeitige Regelung im Kindertagesförderungsgesetz Mecklenburg-Vorpommern immer noch Interpretationsspielraum zulässt und die Regelungen seitens der Träger als erfüllt angesehen werden, wenn man z.B. Ernährungstage durchführt. Für Personen mit Handicaps hat der Gesetzgeber seit 2013 neue Leistungen eingeführt und die Verpflichtung verstärkt, dass Zahnärzte mit Pflegeheimen Kooperationsverträge abschließen sollen. Dies ist noch nicht flächendeckend erfolgt. Aber die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sind bemüht, Zahnärzte dafür zu motivieren.

5. Durch die hohe und zunehmende administrative Belastung bleibt den Praxisteams weniger Zeit für die Behandlung und Versorgung von Patienten. Dazu gehören beispielsweise die wachsenden Dokumentations- und Kontrollpflichten, die sich aus Gesetzen und Verordnungen wie der Röntgenverordnung, dem Medizinproduktegesetz, dem Patientenrechtegesetz sowie der Datenschutzgrundverordnung ergeben, das komplizierte Abrechnungsverfahren über die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen oder das Verfassen von Berichten zum Beispiel für private Krankenversicherungen und Beihilfestellen. Auch durch diese hohe administrative Belastung verliert der Beruf des niedergelassenen Arztes/Zahnarztes für den Nachwuchs zunehmend an Attraktivität. Welche Maßnahmen werden ergriffen, um die ausufernde Bürokratie abzubauen?

Die Einführung elektronisches Genehmigungsverfahren ist geplant. Sie soll ab 2022 für alle zahnärztlichen Leistungen umgesetzt werden, die beantragt werden müssen.

Elementare Bestandteile zur Lösung müssen geeignete digitalisierte und automatisierte Lösungen werden, die von allen Beteiligten gemeinsam entwickelt, etabliert und getragen werden. Dabei ist es vor allem wichtig, dass einzelne Partner der Versorgung und/oder deren Landesorganisationen ihre pauschalen Blockadehaltungen aufgeben und in einen konstruktiven Dialog eintreten.

Außerdem ist die Etablierung von Netzwerken und/oder größeren Einrichtungen erforderlich, in denen verschiedene administrative Aspekte zentralisiert werden und einheitliche abgewickelt werden können.

Die „hohe und zunehmende administrative Belastung“ ist durch Gesetze und Verordnungen verpflichtend vorgesehen. Ein Abweichen davon ist nicht zulässig und einzig durch den Gesetzgeber sowie den Gemeinsamen Bundesausschuss etc. änderbar.

Das Abrechnungsverfahren über die Kassenärztliche Vereinigung ist notwendig und wird durch die verschiedenen Anbieter von Praxisverwaltungssystemen organisiert und optimiert. Vielmehr vertreten wir die Auffassung, dass die Abrechnung über diesen Weg eher erleichtert wird.

Die Dokumentation und Transparenz sind überaus wichtig. Dies sollte unterstützt werden durch Einsatz und Schulung der Ärzte sowie der Angestellten bei der Anwendung von digitalen Formaten.

Die Einführung der elektronisches Genehmigungsverfahren ist geplant. Bis 2022 sollen alle zahnärztlichen Leistungen enthalten sein, die beantragt werden müssen.

III. Rehabilitation

Wie können die medizinischen Kompetenzen und Ressourcen der Rehakliniken unter Berücksichtigung eines abgestuften und realisierbaren Vorgehens in die medizinische Versorgung im Land einbezogen und integriert werden?

Die medizinische Kompetenz des Reha-Fachpersonals zur Behandlung von Patienten im niedergelassenen Bereich ist in vielen Häusern zweifelsohne vorhanden. Allerdings ist das Personal so bemessen, dass die zugewiesenen Reha-Patienten entsprechend von Behandlungsleitlinien oder -konzepten versorgt werden können. Kapazitäten darüber hinaus sind in nennenswerten Größenordnungen nach Kenntnis der AOK Nordost nicht vorhanden.

IV. Patientenorientierung

1. Wie bewerten Sie die Situation der Patientenvertretung und der Patientenorganisationen in M-V und welchen Handlungsbedarf sehen Sie? Aufgrund der Kürze der Zeit können hierzu keine Ausführungen erfolgen.

2. Welche Unterstützung bzw. Hinweise für die Patienten/Patientinnen gibt es? Welche Hilfen/Ansprechpartner für Patient/innen gibt es bei den Krankenkassen bei Verdacht auf fehlerhafte Behandlung? Wie werden diese kommuniziert und evaluiert?

Wenn Patienten/Patientinnen vermuten, dass bei einer medizinischen Behandlung ein Fehler unterlaufen ist, können Sie sich an Ihre AOK wenden. Wir haben ein professionelles Behandlungsfehlermanagement etabliert. Wir prüfen den Verdacht auf Behandlungs- oder Pflegefehler sowie Schäden, die durch Medizinprodukte oder Arzneimittel entstanden sein könnten. Unsere Mitarbeiter des Behandlungsfehlermanagements beraten auf Grundlage von § 66 SGB V (Behandlungsfehler) und § 115 Abs. 3 SGB XI (Pflegefehler)

Die Unterstützung des Versicherten bei einem Behandlungsfehler erfolgt in fünf Schritten:

1. Beratung

Das Behandlungsfehlermanagement der AOK unterstützt mit umfangreicher medizinischer und juristischer Fachkompetenz ganz individuell. Wir helfen, Behandlungsabläufe richtig einzuschätzen und zu bewerten. So geben wir dem Patienten/der Patientin Auskunft zum Medizinrecht, Sozial-, Zivil-, Straf-, Berufs- und Prozessrecht. Aber auch bei der Suche nach Beratungsalternativen, zum Beispiel durch Rechtsanwälte, Selbsthilfegruppen oder Patientenvereinigungen, sind wir behilflich.

2. Anforderung der Behandlungsunterlagen

Wenn die AOK den Verdacht prüfen soll, fordern wir auf Wunsch des Versicherten/der Versicherten hin die notwendigen Behandlungsunterlagen an. Dafür müssen die Betroffenen der AOK eine Schweigepflichtentbindungserklärung und Herausgabegenehmigung erteilen. Mit der Anforderung der Behandlungsunterlagen übernehmen wir außerdem den kompletten Schriftverkehr mit den betreffenden Behandlern, zum Beispiel Ärzten, Krankenhäusern oder Therapeuten. Wichtig für die medizinische und juristische Bewertung sind darüber hinaus Angaben vom Patienten/von der Patientin zum Behandlungsverlauf.

3. Medizinische Bewertung

Unsere Fachleute prüfen alle Unterlagen, die mit dem Verdacht auf einen Behandlungsfehler zusammenhängen. Wir prüfen auch, ob es im Rahmen der Behandlung noch weitere Standardverstöße gab, zum Beispiel bei der Vor- und Nachbehandlung. Erhärtet sich der Verdacht auf einen Behandlungs- oder Pflegefehler, werden die Unterlagen unter Zugrundelegung konkreter, einzelfallbezogener Fragestellungen medizinisch bewertet. Dabei unterstützt uns unter anderem der Medizinische Dienst (MD) mit medizinischen Stellungnahmen und Gutachten. Die AOK übernimmt die Kosten für die von ihr veranlassten Stellungnahmen und Gutachten.

4. Prüfung des Gutachtens und juristische Bewertung

Liegt das Ergebnis der gutachterlichen Bewertung des MD vor, wird es von unseren Fachleuten noch einmal eingehend auf Vollständigkeit, Schlüssigkeit und Widerspruchsfreiheit geprüft. Unstimmigkeiten klären wir direkt mit dem MD und fordern gegebenenfalls eine Nachbesserung oder Neubewertung an. Das Ergebnis der medizinischen Bewertung wird dem Versicherten zur Verfügung gestellt. Bei komplexeren medizinischen Sachverhalten fügen wir zum besseren Verständnis eine Erläuterung der Bewertung und der medizinischen Fachbegriffe bei. Abhängig vom Ergebnis informieren wir über weitere Handlungsoptionen.

5. Durchsetzung von Schadenersatzansprüchen

Wir unterstützen:

- unsere Versicherten im Rahmen der außergerichtlichen und gerichtlichen Geltendmachung und Durchsetzung von berechtigten Ansprüchen auf Schadenersatz
- die Betroffenen auf ihrem Weg der Verhandlungen mit Schädigern, Haftpflichtversicherern und auch dann, wenn sich für eine Klage entschieden wurde: Zur Qualitätssicherung und weiteren Optimierung unserer Prozesse haben wir ein umfangreiches internes und bundesweites Berichtswesen eingeführt.

Werden die Krankenkassen zukünftig ihre Zusammenarbeit mit Drittanbieter (privaten Versicherungen etc.) ausbauen? Wenn ja, wie wird sichergestellt, dass dies im Sinne der Patient/innen ist und nicht der weiteren Ökonomisierung der gesundheitlichen Versorgung sowie der Zunahme privat zu finanzierender Leistungen dient?

Aufgrund der Kürze der Zeit können hierzu keine Ausführungen erfolgen.

3. Welche Entwicklung sehen die Krankenkassen auf dem Weg zu mehr Patientenorientierung im Gesundheitswesen?

Aufgrund der Kürze der Zeit können hierzu keine Ausführungen erfolgen.

4. Welche Konzepte gibt es, um zukünftig im Pandemiefall die Versorgung der Patient/innen sicherzustellen? Wurden die Patientenorganisationen bzw. ihre aktuellen Erfahrungen in deren Entwicklung einbezogen?

Auf- und Ausbau digitaler Selbsthilfeangebote und Austauschformate im Rahmen der Selbsthilfeförderung nach § 20h SGB V in Abstimmung mit den Selbsthilfeverbänden zur Vermeidung von Isolation und gesundheitlichen Verschlechterungen der Betroffenen während einer Pandemie.

5. Ist den Kassen das bundesweite Aktionsbündnis Patientensicherheit bekannt? Wie können die dort erarbeiteten Empfehlungen in MV genutzt werden?

Im Zusammenhang mit der Optimierung der Auswertung von behandlungsfehlernbedingten Patientenschäden in Deutschland arbeitete eine Vertreterin des AOK Bundesverband in einer Expertengruppe mit. Leider

konnte diese Arbeitsgruppe kein Ergebnis erzielen, das von allen Mitgliedern mitgetragen wird, so dass eine eigene Positionierung des Vorstandes des Aktionsbündnisses erforderlich wurde. Siehe [HTTPS://WWW.APS-EV.DE/STELLUNGNAHME/](https://www.aps-ev.de/stellungnahme/)

„08.01.2020 Mehr Transparenz wagen: Positionspapier des Vorstands des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. zur vollständigen Erfassung von vermeidbaren unerwünschten Ereignissen in Deutschland“

6. Ist den Krankenkassen die Bandbreite der Arbeit der Patientenvertretung im Land bekannt? (Gremien, Beteiligte, Koordination) Wie unterstützen die Kassen die Arbeit der ehrenamtlichen Patientenvertreter/innen seit Beginn ihrer Arbeit im Jahr 2004? Welche Verbesserungen sind geplant und sind diese mit den maßgeblichen Organisationen zur Interessenvertretung von Patient/innen bzw. der ehrenamtlich arbeitenden Koordinierungsstelle bei der SELBSTHILFE MV abgestimmt?

s. Antwort auf Frage 7.

7. In welchen Bereichen beziehen die Krankenkassen das Wissen der Patientenorganisationen und ihres Dachverbandes SELBSTHILFE MV ein? Wo nicht? Welche Veränderungen sind denkbar?

Entsprechend § 20h Abs. 4 SGB V zur Förderung der Selbsthilfe werden die Vertreter der für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Organisationen bei der Vergabe der pauschalen Fördermittel an Selbsthilfegruppen, -organisationen und –kontaktstellen im Arbeitskreis Selbsthilfe Mecklenburg-Vorpommern beratend hinzugezogen. Ebenso erfolgt eine Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen und ihren Dachverbänden im Rahmen der kassenartenübergreifenden und der krankenkassen-individuellen Projektförderung (hier z.B. Ausrichtung der Förderung an den von den Selbsthilfeakteuren signalisierten Hauptproblemen bzw. Bedarfen) mit dem Ziel, die Situation der Betroffenen/Angehörigen zu verbessern und deren gesundheitliche Ressourcen zu stärken. Aufwendungen, die aus der Erfüllung der Aufgaben im Rahmen der Patientenvertretungen entstehen, können aus den Mitteln der Selbsthilfeförderung nicht finanziert werden.

8. Welche Konzepte gibt es, um Patient/innen und medizinisches Personal im Versorgungsalltag auf Augenhöhe zu bringen? Gibt es dazu Gespräche mit Patientenorganisationen?

Aufgrund der Kürze der Zeit können hierzu keine Ausführungen erfolgen.

9. Welche Konzepte gibt es, um Mitarbeiter/innen der Krankenkassen für die verschiedenen Bedarfe und Ansprüche der Patient/innen zu sensibilisieren?

Aufgrund der Kürze der Zeit können hierzu keine Ausführungen erfolgen.

10. Welche Beschwerdemöglichkeiten haben Patient/innen, die mit ihren Kassen unzufrieden sind? Wie werden diese Beschwerden ausgewertet und transparent gemacht?

Aufgrund der Kürze der Zeit können hierzu keine Ausführungen erfolgen.

V. Finanzierung / Vergütung

1. Wie bewerten Sie die Wirkung der Fallpauschalen (DRG – Diagnosis Related Groups) als Finanzierungsgrundlage für die stationäre medizinische Versorgung und welche Alternative sehen oder gar bevorzugen Sie?

Aufgrund der Kürze der Zeit können hierzu keine Ausführungen erfolgen.

2. Welchen prozentualen Anteil des BIP halten Sie für Ausgaben für die medizinische Versorgung der Bevölkerung für sinnvoll und anstrebenswert (Bitte unterteilen in: Gesamt und ggf. anteilig in Stationäre Versorgung, Ambulante Versorgung und Zahnmedizinische Versorgung)?

Die Frage müsste eher den Versicherten bzw. der Bevölkerung gestellt werden, wie viel Prozent ihres Bruttoeinkommens sie bereit sind, für die Sozialversicherung auszugeben.

3. Wie stehen Sie zur Zweiteilung der medizinischen Versorgung in Deutschland aufgrund der Unterteilung in privat und gesetzlich Versicherte und den sich daraus ergebenden unterschiedlichen Honorarkatalogen?

Hinsichtlich der Vergütung ärztlicher Leistungen hat die Bundesregierung bereits eine Kommission (KOMV – Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem) etabliert, dieser Frage nachzugehen und Vorschläge für eine Vereinheitlichung vorzubereiten. Wir verweisen auf diese Ausführungen. Hinsichtlich der Finanzierung der Krankenversicherung und einer einheitlichen Vergütung aller Krankenkassenleistungen verweisen wir auf die politische Diskussion um die Bürgerversicherung.

4. Wie stehen Sie zur Vielfalt der Krankenkassenlandschaft in Deutschland?

Der gleichberechtigte Wettbewerb der gesetzlichen Krankenkassen wurde durch gesetzliche Änderungen mit dem Gesundheitsstrukturgesetz 1992 ermöglicht, begleitet durch den Risikostrukturausgleich ab 1994 und die freie Kassenwahl ab 1996. Er hat zu einer Reduktion der Krankenkassenzahl seit 1990 um nahezu 90 Prozent auf derzeit 105 geführt. Mit dem Wettbewerb der Krankenkassen hat sich die Professionalität der Arbeit der Krankenkassen deutlich verbessert. Die Kernaufgaben der Krankenversicherung konnte unter den Bedingungen des Wettbewerbes effizienter sowie stärker patienten- und serviceorientiert umgesetzt werden.

Damit die unterschiedliche Versichertenstruktur (Alter, Geschlecht, Morbidität, beitragspflichtige Einnahmen, Anzahl der beitragsfrei Mitversicherten) zwischen den verschiedenen Krankenkassen nicht zu Wettbewerbsnachteilen oder zu Vorteilen führt, gibt es einen finanziellen Ausgleich zwischen den Krankenkassen. Der Risikostrukturausgleich (RSA) sowie der Einkommensausgleich für die Zusatzbeiträge sorgen dafür, dass für die Krankenkassen gleiche Wettbewerbsbedingungen hergestellt werden. Der RSA

muss regelmäßig überprüft und bestehende Regelungen, die zu Wettbewerbsverzerrungen führen, müssen analysiert und verändert werden.

5. Die Versorger erleben derzeit Sachkostensteigerungen um das 4-10fache gegenüber den kalkulierten Daten in den gültigen Honorarkatalogen. Dies belastet derzeit allein die am Patienten tätigen Versorger. Warum reagieren die Kassen nicht auf kurzfristige Sachkostensteigerungen in Katastrophen- oder Pandemiefällen?

Im Rahmen der Corona-Pandemie wurden für die Leistungserbringer erhebliche Sondervergütungen gesetzlich vereinbart. Allein um die infolge der Covid-19-Epidemie stattfindenden Umsatzrückgänge in den Zahnarztpraxen zu begrenzen und zu erwartende Liquiditätsengpässe zu überbrücken, werden die für 2020 zu leistenden Gesamtvergütungen auf 90 Prozent der im Jahr 2019 erfolgten Zahlungen festgeschrieben. In Anspruch genommene Einzelleistungen werden weiterhin mit den für 2020 vereinbarten Punktwerten vergütet.

6. Die Anbieter von Medical- und Arzneiprodukten haben in den letzten Jahrzehnten einen Konzentrationsprozess durchlaufen. Wie reagieren die Krankenkassen auf Wucher-/Monopolpreise der Anbieter im Medicalprodukte- und Arzneimittelbereich im Gesundheitsmarkt?

Aufgrund der Kürze der Zeit können hierzu keine Ausführungen erfolgen.

7. Der gesetzlich Versicherte erhält in der Zahnmedizin die Grundleistung von seiner Krankenkasse erstattet, auch wenn er sich auf eigene Kosten eine höherwertige Versorgung leistet; d.h. der Patient zahlt ggf. nur den Differenzbetrag selbst. Warum findet dieses Prinzip nicht auch in der ambulanten Humanmedizin Anwendung?

Aufgrund der Kürze der Zeit können hierzu keine Ausführungen erfolgen.

8. Für Krankenhäuser können durch individuelle Vergütungsverhandlungen „Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ (NUB) extra vergütet werden. Warum wird dies im ambulanten Bereich nicht ebenso gehandhabt?

Aufgrund der Kürze der Zeit können hierzu keine Ausführungen erfolgen.

9. Aus Sicht der Niedergelassenen Operateure beinhaltet die Vergütung gleicher Operationen im ambulanten und stationären Sektor eine Wettbewerbsverzerrung, da die ambulant tätigen Ärzte die Infrastruktur selbstständig finanzieren müssen. Wie beurteilen Sie diese Situation?

Aufgrund der Kürze der Zeit können hierzu keine Ausführungen erfolgen.

10. Trotz anteilig gesunkener Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für die zahnmedizinische Versorgung und steigenden Versorgungsansprüchen der Patienten gibt es nach wie vor eine jährliche Budgetierung für vertragszahnärztliche Leistungen. Warum wird diese Budgetierung nicht abgeschafft?

Die Betrachtung des Anteils der Ausgaben für zahnärztliche Leistungen an den Gesamtausgaben der GKV alleine, bildet kein aussagefähiges Bild. Wenn z.B. durch gesetzliche Regelungen die Ausgaben im Krankenhausbereich steigen, sinkt folgelogisch der Anteil in anderen Bereichen. Die Ausgaben für die reinen zahnärztlichen Leistungen ohne Zahnersatz sinken nicht. Der Rückgang ist eher im Bereich der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen zu verzeichnen. Dies wiederum lässt sich mit der allgemeinen Verbesserung der Mundhygiene in der Bevölkerung erklären. Die Bemühungen in der zahnärztlichen Präventionsarbeit tragen langsam Früchte. Die Leistungen der Prävention werden in den zahnärztlichen Leistungen abgebildet und unterliegen nicht der Budgetierung. Die Budgetierung an sich bietet den Krankenkassen als auch den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen Planungssicherheit bezogen auf die zur Verfügung stehenden Mittel. Einzelne Bereiche werden eventuell nicht ausgeschöpft, andere hingegen überschreiten die Budgetobergrenze. Nur anhand einer sicheren Planung können die Versichertengelder effizient verwaltet werden.

VI. Telemedizin / Datenschutz

1. Welche infrastrukturellen und organisatorischen Voraussetzungen werden für einen realistischen, flächendeckenden Einsatz von Telemedizin benötigt? Welche Konzepte haben die Krankenkassen, um Telemedizin zu einer breiteren Anwendung zu bringen? Welche Maßnahmen werden ergriffen, um umfassenden Datenschutz zu gewährleisten und so Vertrauen bei den Patienten/innen zu schaffen, solche Angebote anzunehmen? Ist die Zusammenarbeit mit dem Landesdatenschutzbeauftragten im Bereich der gesundheitlichen Versorgung gegeben? Wenn ja, in welcher Form? Wenn nein, welcher Expertise bedient sich die Kassen? Durch welche Maßnahmen können die Krankenkassen sicherstellen, dass die von Experten bemängelte Datensicherheit im Gesundheitswesen zukünftig flächendeckend sichergestellt wird?

Es wird ein flächendeckender Breitbandausbau benötigt, um die Qualität und den Zugang zu telemedizinischen Anwendungen in den ländlichen Regionen zu sichern. Zudem sollte erwartet werden, dass sowohl Leistungserbringer als auch Patienten über entsprechende Hard- und Software verfügen und in der Anwendung sicher sind. Auch der „Austausch“ und die Kommunikation der einzelnen Geräte miteinander hat auf sicheren Datenleitungen zu erfolgen.

Erforderlich ist ein Vertrag zur Erbringung von Videosprechstunden zwischen Haus/Fachärzten und einem stationären Pflegeheim mit z. T. mehrfachschwerstbehinderten Versicherten. Die Ausdehnung auf weitere Haus/Fachärzte und Pflegeheime befindet sich aktuell in Erarbeitungsphase. In diesem Setting sollen alle Interessierten einen einfachen und schnellen Zugang zur Videosprechstunde für diverse Krankheitsbilder erhalten.

Im Zuge der Konzeptionierung und der Vertragsgestaltung erfolgt eine enge Zusammenarbeit mit dem internen Datenschutz bzw. dem

Landesdatenschutzbeauftragten in MV, um die bestmögliche Einhaltung aller Vorgaben zu gewährleisten.

2. Wozu generieren die Krankenkassen Daten über die Hausarztverträge? Inwiefern kommen diese Daten den Versicherten, oder der Versorgung insgesamt zugute? Was rechtfertigt den Einsatz von Versicherungsgeldern, um diese Daten zu generieren?

Es besteht die gesetzliche Verpflichtung, Hausarztverträge anzubieten. Zur Bonusausschüttung sind Daten über Erfüllungsquoten erforderlich.

Die Generierung von Daten über Verträge allgemeiner Art dienen der Qualitätssicherung der angebotenen besonderen Programme und der Identifikation weiterer Ansatzpunkte zur Optimierung der Programme unter verschiedenen Gesichtspunkten.

In der hausarztzentrierten Versorgung dient die Datengenerierung darüber hinaus der Umsetzung der gesetzlichen Verpflichtung zur Bemessung einer möglichen Bonifizierung aber auch zur Durchführung der Programme.

3. Patientendaten sind hochsensible Daten und müssen gut und dauerhaft geschützt sein. An den Datenschutz in der gesamten Medizin werden daher zu Recht sehr hohe Anforderungen gestellt. Im Rahmen der Etablierung der Telematikinfrastruktur (TI) im gesamten Gesundheitswesen wurden allerdings in der Vergangenheit wiederholt Sicherheitslücken festgestellt. Mit der Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) sowie der elektronischen Ausstellung von Rezepten und Krankenschreibungen im kommenden Jahr werden an die Datensicherheit der TI sehr hohe Anforderungen gestellt. Allerdings hat die ePA schon jetzt mit einer Reihe von technischen Problemen zu kämpfen. So räumte Gesundheitsminister Jens Spahn kürzlich ein, dass es 2021 noch nicht möglich sein wird, individuell festzulegen, welche Inhalte der ePA zur Ansicht freigegeben sind. Der Patient kann also nicht wie geplant selbst entscheiden, welche Informationen der Akte für welchen Arzt, Apotheker oder Therapeuten einsehbar sind. Laut Professor Ulrich Kelber, dem Bundesbeauftragten für Datenschutz, verstößt das vor kurzem vom Bundestag beschlossene Patientendaten-Schutzgesetz gegen die europäische Datenschutzgrundverordnung. Kelber drohte demzufolge an, die Einführung der ePA zu stoppen. Bleibt das Gesetz unverändert, würden die Datenschutzrechte von Patienten und die Datenschutzpflichten von Ärzten erheblich eingeschränkt. Das Gesetz verpflichtet jedoch Krankenhäuser und Ärzte, dass sie Patienten bei der erstmaligen Aktivierung und Nutzung der ePA unterstützen!

Dazu folgende Fragen:

- 3.1 Wie konnte es in der Vergangenheit zu diesen Sicherheitslücken kommen?

Die Telematikinfrastruktur (TI) wird von der gematik bereitgestellt. Für sie gelten dieselben Sicherheitsanforderungen wie für kritische Infrastruktur.

Die Sicherheit der TI wird vom Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik regelmäßig überprüft und an die neuesten Entwicklungen angepasst. Die Sicherheitsstandards im Rahmen der TI sind um ein vielfaches höher als es einer durchschnittlichen Arztpraxis heutzutage noch der Fall ist.

3.2 Welche Maßnahmen werden ergriffen, um Sicherheitslücken im Rahmen der Nutzung der TI in Zukunft zu verhindern?

Die TI wird durch die gematik bereitgestellt. Wir sind davon überzeugt, dass Sicherheitslücken, insofern diese tatsächlich vorhanden sind, frühzeitig erkannt und geschlossen werden. Hinweise von Datenschützern nehmen wir als AOK Nordost natürlich auf. Bereits jetzt stehen wir im engen Austausch mit den Landesdatenschützerinnen und Landesdatenschützern, insbesondere in Mecklenburg-Vorpommern. Beim Gesundheitsnetzwerk (GeN), einem Vorläufer der ePA, haben wir gemeinsam mit den Datenschützern abgestimmte Lösungen entwickelt und erfolgreich implementiert.

3.3 Welche Maßnahmen werden ergriffen, um Verstöße gegen die europäische Datenschutzgrundverordnung im Rahmen der Einführung weiterer Funktionen der elektronischen Gesundheitskarte (ePA, elektronisches Rezept + AU) auszuschließen?

Die Kritik des Bundesdatenschutzbeauftragten ist nicht neu, sie wurde schon während des Gesetzgebungsverfahrens geäußert. Dennoch wurde das Gesetz so verabschiedet. Die jetzige Situation führt die Krankenkassen in ein Dilemma: Zum einen sind sie unter Androhung von Strafzahlungen gezwungen, die von der gematik spezifizierte ePA einzuführen. Zum anderen könnten die Aufsichtsbehörden mit Sanktionen drohen, zu denen neben Warnungen und Verwarnung auch Anweisungen an die Krankenkassen gehören könnten. Leidtragende dieser Sanktionen wären in beiden Fällen die Beitragszahler, obwohl weder sie, noch die zur Umsetzung verpflichteten Krankenkassen etwas zu dieser rechtlich verfahrenen Situation beigetragen haben. Fakt ist: Beitragszahler und Akteure im Gesundheitswesen dürfen zu Recht eine Normenklarheit seitens der Aufsichtsbehörden und der politischen Verantwortlichen erwarten. Mit Blick auf das Wahljahr 2021 besteht nun die Chance für die Verantwortlichen, Lösungskompetenz in dieser Frage vorzulegen.

3.4 Warum wird Ärzten, die aufgrund der o.g. bekannten Mängel mit der Einführung der Telematikinfrastruktur in ihrer Praxis zögern, mit Sanktionen und Honorarkürzungen gedroht?

Der Anschluss der Praxen an die Telematikinfrastruktur sowie möglicher Sanktionierung ist gesetzlich verpflichtend und wurde bereits frühzeitig

kommuniziert. Das Gesetz sieht Sanktionen gemäß § 291 Abs. 2b vor, weil die TI nur sinnvoll genutzt und funktionieren kann, wenn alle Ärzte und Zahnärzte angebunden sind.

Die Krankenkassen werden sanktioniert, wenn Krankenkassen gesetzlich die vorgeschriebene ePA nicht rechtzeitig zum 01.01.2021 anbieten. Die Einführung der TI im ambulanten Bereich wurde für die Ärzteschaft entsprechend subventioniert. Es ist aus unserer Sicht wichtig das die TI, aber auch die kommenden digitalen Neuerungen (wie ePA, eRezept und eAU), auf Basis der TI zeitnah bereitgestellt, umgesetzt und genutzt werden. Wenn staatliche Akteure und Krankenkassen dies nicht tun, würden vermutlich bekannte, oft aus dem Ausland agierende große Privatunternehmen die Digitalisierung des Gesundheitswesens gestalten, bei denen viel niedrigere Datenschutz-Standards gelten.

3.5 Welche Maßnahmen werden ergriffen, um die durch die o.g. Punkten verringerte Attraktivität von medizinischen Berufen zu erhöhen?

Wir sind der festen Überzeugung, dass die Digitalisierung eine Hilfe und keine Last ist. Ängste und Hindernisse, welche heute diesbezüglich noch bestehen, werden sich aus unserer Sicht stark relativieren, wenn die immensen Vorteile erst einmal spürbar sind. Wir gehen davon aus, dass moderne Arbeitsmittel die Attraktivität von medizinischen Berufen erhöhen und nicht senken. Letztlich trägt die Digitalisierung dazu bei, dass Behandlerinnen und Behandler künftig weniger Zeit mit bürokratischen Prozessen verlieren und mehr Zeit für ihre Patientinnen und Patienten haben werden. Hierbei werden wir unsere Partner auch in der Zukunft weiter unterstützen

B. Gesamteinschätzung/ Bewertung

1. Wie beurteilen Sie allgemein die aktuelle medizinische Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern in Qualität und Quantität (ambulant und stationär)? Welche Probleme sind zu benennen (bitte auch in ihrer Wertigkeit bzw. Dringlichkeit ihrer Lösung) und welche Auswirkungen haben diese Mängel auf die Patientenversorgung. Welche Herausforderungen werden für die Zukunft gesehen?

Die zahnmedizinische Versorgung in MV kann in Quantität und Qualität gut beschrieben werden. Im zahnärztlichen Bereich gibt es im Regensatz zum ärztlichen Bereich keine Zulassungsbeschränkung.

Die Kombination der demografischen Entwicklung mit einer steigenden Tendenz zur Urbanisierung sowie dem technologischen Fortschritt der Medizin wird neue sektoren- und trägerübergreifende Versorgungskonzepte möglich und notwendig machen. Ganzheitliche, flexible Versorgungsnetzwerke werden ein wichtiger Pfeiler der medizinischen Absicherung der Bevölkerung sein.

Eine Verschärfung des bestehenden Fachkräftemangels wird eine Bündelung der Standorte mit entsprechenden Fachbereichen notwendig machen. Dabei ist die Notfallversorgung in der Fläche sicherzustellen und Hochleistungsmedizin an spezialisierten Einrichtungen im Land zu konzentrieren. Im Gegensatz zum bisherigen Vorgehen sind dabei nicht nur stationäre, sondern auch ambulante und weitere sektorenfremde Angebote zu berücksichtigen.

2. Wie wird die flächendeckende Versorgung definiert? Gibt es gegenwärtig unterversorgte bzw. überversorgte Regionen?

Auf Rügen gibt es für die Diagnose Rheuma eine Unterversorgung. Das Südstadtklinikum Rostock steht im Streit um Ermächtigung mit niedergelassenen Ärzten in Rostock. Dadurch sind nur wenige Patienten in der Behandlung fürs Klinikum möglich.

Es gibt in MV im zahnärztlichen Bereich keine unterversorgten Bereiche. Auch wurden bislang vom Landesausschuss keine drohend unterversorgten Bereiche festgestellt. Trotzdem steht der zahnärztliche Bereich auch vor den Herausforderungen des demografischen Wandels. Auch heute schon ist es schwierig, Praxisnachfolger in strukturschwachen Gebieten zu finden. Junge Mediziner wählen eher das Angestelltenverhältnis.

3. Worin sehen Sie die Ursachen der von Ihnen benannten Mängel?

Rheuma ist eine Erkrankung die zwei Prozent der Bevölkerung trifft. Ein schneller Therapieeinstieg ist wichtig, um eine chronische Erkrankung, viele Laborkontrollen um das Entzündungsgeschehen auf einem niedrigen Niveau zu halten und gleichzeitig die teure Therapie mit preisgünstigen Alternativen zu präferieren.

Ursachen der benannten Mängel bestehen auch in der teilweise nicht vorhandenen Infrastruktur und den hohen Investitionskosten einer Zahnarztpraxis.

C. Zukunftsansätze

1. Wie werden sich die Versorgungsschwerpunkte in den kommenden zehn Jahren verschieben? Was ist aus Ihrer Sicht notwendig, um eine bedarfsgerechte und flächendeckende medizinische Versorgung in Zukunft sicherzustellen?

Zukünftige Versorgungsschwerpunkte müssen sich deutlich stärker bedarfsorientiert darstellen und nach klaren Verantwortlichkeiten versorgt werden. Dabei gilt es, unterschiedliche Personen entlang ihrer jeweiligen Qualifikation zielorientiert in die Versorgung einzubinden (ambulant, stationär, nichtärztlich etc.). Die Versorgung muss künftig weg von Sektoren hin zu bedarfsorientierter sektorenübergreifender Versorgungsplanung organisiert werden. Neue Bedarfe werden entlang sektorenübergreifender Analysen identifiziert und es werden entsprechende Lösungen geschaffen. Der Ausbau der intersektoralen Vernetzung und Kommunikation sollte forciert werden.

Zunehmend mehr Ärzte gehen in Rente und nachfolgende Ärzte haben die Wahl zwischen einer Tätigkeit im Krankenhäusern, Ambulanzen, auf dem Land oder in der Stadtpraxis. Bereits heute müssen Zukunftskonzepte entwickelt werden, die die aufsuchende Versorgung ersetzen und deren Finanzierbarkeit durch den Gesetzgeber garantiert wird.

2. Welche Ansätze sehen Sie, diesen Herausforderungen zu begegnen? Welche sind die zehn wichtigsten Forderungen aus Sicht ihrer Krankenkasse zur zukünftigen Gestaltung der Gesundheitsversorgung in Mecklenburg-Vorpommern?

Forderungen:

- Bedarfsorientierung
- (technische und sektorenübergreifende) Vernetzung
- Digitalisierung
- sektorenübergreifende Versorgungsplanung
- Patientenorientierung
- regelhafte (sektorenübergreifende) Qualitätssicherung
- ergebnisorientierte Vergütung
- gezielte Strukturveränderungen
- gemeinsame getragene Finanzierung der Veränderungsprozesse

Ansätze:

Apotheken könnten zu Gesundheitskoordinatoren heranwachsen mit Apothekern in Gesundheitsteams – gesetzliche Voraussetzungen schaffen

Zusammenarbeit Krankenkasse-Apotheken-Ärzte ausbauen

Teambildung von Gesundheitsfachkräften zu bestimmten Erkrankungen

Flächendeckendes Angebot eines stabilen Internets sichern

Regelmäßige fachliche Fortbildungen und Austausch organisieren

IT Unterstützung durch ipads bzw. Fragebögen zur Vorbereitung des Arztes vor der Praxissprechstunde

In Schulen feste Etablierung der Gesundheitserziehung als Unterrichtsfach, z.B. über Gesundheit, Ernährung, Bewegung zur Prävention bei der Vermeidung von Folgeerkrankungen

3. Welches sind die drei wichtigsten Projekte Ihrer Krankenkasse, die für die zukünftige gesundheitliche Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern als Modell dienen können oder wesentlich neue Erkenntnisse bieten und eine praxisorientierte Umsetzung beinhalten. Skizzieren Sie maximal drei

zukunftssträchtige Versorgungsprojekte, die in Mecklenburg-Vorpommern stattfinden oder für das Land eine herausragende Bedeutung haben.

verbunden damit:

Beschreiben Sie mögliche und notwendige digitale Lösungsansätze der Patientenversorgung und des Gesundheitsmanagements aus ihrer Sicht.

Die ePA kann und wird mit ihren bereits geplanten Ausbaustufen gerade in den Bereichen Patientenversorgung und des Gesundheitsmanagements eine wichtige Hilfe sein. Gerade durch die damit für teilnehmenden Leistungserbringer entstehende Transparenz können Lücken in der Versorgung erfolgreich geschlossen werden.

Sinnvoll sind eine offene und verbindliche Kommunikation, Transparenz sowie Best-Practice-Beispiele.

Welche aktuellen Modellprojekte gibt es?

- Vernetzte Versorgung aus einer Hand: sektorübergreifendes Versorgungsprojekt mit dem Arztnetz HaffNet und den AMEOS-Klinika auf Basis des Vertrages Mein AOK-Gesundheitsnetz® der AOK Nordost. Die Finanzierung erfolgt erfolgsabhängig entlang von Ergebnissen, auf systematischen Routinedaten basierter Qualitätssicherung, mittels sektorenübergreifende Behandlungspfade und Kommunikation, durch Stärkung der sektorenunabhängigen, bedarfsorientierten Versorgung mit gezielter Vernetzung und Kommunikation.
- IF-Projekt StimMT – Strukturmigration im Mittelbereich Templin: Etablierung eines ambulant-stationären Versorgungszentrum durch Umbau eines kleinen Landkrankenhauses und Einbindung ambulanter Angebote
- VERAH-care/agnesZWEI: Stärkung des Berufsbildes der nichtärztlichen Praxismitarbeiterinnen zur Nutzung der entsprechenden Kompetenzen und Kapazitäten

Welche stehen unter der Schirmherrschaft ihrer Krankenkasse?

Alle genannten Modellprojekte.

4. Was müsste aus Ihrer Sicht unternommen werden, um in der Bevölkerung das Vertrauen für notwendige Veränderungsprozesse zu stärken?

Um möglichst große Akzeptanz zu Umstellungsprozessen in der Bevölkerung zu schaffen, ist es wichtig, diese in den Entstehungsprozess einzubinden. Der Abschlussbericht der Enquete-Kommission „Älterwerden in Mecklenburg-Vorpommern“ verweist dazu explizit in seinem Bericht auf die Relevanz von Transparenz, Engagement sowie Partizipation der Zielgruppen bei den durchgeführten Umstellungs- und Teilhabeprozessen.

5. Welchen Korrekturbedarf sehen Sie bezüglich des aktuell gültigen Krankenhausplanes?

Um der Bedeutung einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung sowie auch der Gleichwertigkeit der Versorgung Rechnung zu tragen, sollte der Krankenhausplan Mecklenburg-Vorpommern verstärkt verbindliche Qualitätskriterien in die Krankenhausplanung einbinden sowie verbindlich und transparent nachhalten sowie bei nicht Einhaltung entsprechende Konsequenzen umsetzen.

6. Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären Bereichen der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern, welche Probleme sehen Sie und welche Lösungsvorschläge hätten Sie?

Probleme bestehen unabhängig von regionalen Fragen in Mecklenburg-Vorpommern durch fehlendes Vertrauen zwischen den Beteiligten, insuffiziente Kommunikation, fehlende gemeinsame Datenbasis für Befunde und Behandlungen, fehlende Transparenz zu Medikation.

Einerseits kann die Kommunikation zwischen beiden Bereichen genannt werden, die durch die Telematikinfrasturktur verbessert wird. Unnötige und teure Doppeluntersuchungen ließen sich so vermeiden. Andererseits ist mit Blick auf andere EU-Länder die Frage sinnvoll, inwiefern sich Deutschland weiterhin die doppelte Facharztstruktur „leisten“ möchte.

Aufgrund der besonderen Herausforderungen im Land Mecklenburg-Vorpommern bei der Gestaltung des demografischen Wandels sowie des Fachkräftemangels, muss die Versorgung im Land zwingend auch sektorenübergreifend gedacht werden. Insbesondere in der Fläche müssen rückläufige Kapazitäten neu geordnet und sektorenübergreifend sinnvoll gebündelt werden können.

Dafür müssen die teilweise noch starren und deutlich spürbaren Sektorengrenzen weiter aufgebrochen werden sowie trügerspezifische Befindlichkeiten zum Wohle des gemeinsamen Ziels, einer zukunftsfesten Versorgung, in den Hintergrund rücken.

7. Wie müsste aus Ihrer Sicht die ambulante Notfallversorgung aufgestellt sein? Wie müssten ambulanter und stationärer Notdienst sowie Rettungsdienst miteinander verzahnt sein?

Die ambulante Notfallversorgung sollte so organisiert sein, dass der Patient an einer Stelle erstbegutachtet (Telefonisch über die Rettungsleitstelle / persönlich am Krankenhaus) und dann in die erforderliche Versorgungsebene (Kassenärztliche Vereinigung/Krankenhaus/Häuslichkeit) geleitet wird. Unter Berücksichtigung des Fachkräftemangels sollte dies sinnvollerweise an den vorhandenen Krankenhäusern, insbesondere in den ländlichen Regionen Mecklenburg-Vorpommerns erfolgen. Hierzu ist die Vernetzung aller drei Sektoren unerlässlich.

Für die Verzahnung des ambulanten, stationären Notdienstes sowie des Rettungsdienstes ist es wichtig, dass der Zugang des Patienten über eine Leitstelle erfolgt. Im Referentenentwurf eines Gesetzes zur Notfallreform ist dafür die Schaffung eines gemeinsamen Notfalleitsystems vorgesehen. Auf der

Basis eines standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens werden dann die entsprechenden Leistungen disponiert. Für die umfassende Kooperation der an der medizinischen Notfallversorgung Beteiligten ist dabei die digitale Vernetzung von Bedeutung. Entsprechende Softwarelösungen wurden bzw. werden im Rettungsdienst beschafft, um Daten digital auch an Kliniken zu übertragen. Gleichzeitig tragen diese Systeme mit dazu bei, die Abrechnungsverfahren gegenüber den Krankenkassen zu erleichtern und zukünftig papierloses Arbeiten zu ermöglichen.

8. Welche Empfehlungen des GBA zur medizinischen Versorgung bewerten Sie kritisch und welche alternativen Vorschläge, zum Beispiel zur Erreichbarkeit von Fachabteilungen oder zu anderen Empfehlungen, haben Sie?

„Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das höchste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen. Er bestimmt in Form von Richtlinien, welche medizinischen Leistungen die ca. 73 Millionen Versicherten beanspruchen können. Darüber hinaus beschließt der G-BA Maßnahmen der Qualitätssicherung für Praxen und Krankenhäuser. Der G-BA wird von den vier großen Selbstverwaltungsorganisationen im Gesundheitssystem gebildet: Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband). Organisationen, die auf Bundesebene maßgeblich die Interessen von Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen vertreten, besitzen im G-BA entsprechend den Vorgaben des Fünften Sozialgesetzbuchs Mitberatungs- und Antragsrechte, jedoch kein Stimmrecht. (Quelle: <https://www.g-ba.de/ueber-den-gba/wer-wir-sind/>)“

Damit arbeitet der G-BA mit den Erfahrungen, Daten und Vorgaben von einschlägig tätigen Spitzenverbänden und Akteuren. Von ihm aufgestellte Qualitätskriterien sollen medizinische Leistungen für die Patienten auf das höchstmögliche Niveau bringen und den größten Sicherheitsstandard etablieren. Dazu werden umfangreiche Studien durch den G-BA beauftragt und/oder durchgeführt, die die Qualitätskriterien wissenschaftlich validieren sollen, bevor es in eine Umsetzung geht.

Zum Punkt der Verfügbarkeit medizinischer Leistungen in der Fläche muss gesagt werden, dass eine flächendeckende Versorgung nicht zu Lasten einer qualitativ hochwertigen Versorgung gehen kann und darf. Die vom G-BA eingesetzten Standards haben einen signifikanten Einfluss auf medizinische Outcome-Scores, die für den Patienten eine wichtige Bedeutung haben. So kann die Anwesenheit eines Pädiaters bei einer Frühgeburt, im Vergleich zu einer Frühgeburt ohne Pädiater, die Sterblichkeit um den Faktor 3,1 verringern.

Im Ergebnis schaffen die Regelungen des G-BA eine Grundlage für gleichwertige Versorgungsbedingungen sowie einen Mindeststandard in der medizinischen Versorgung.

9. Wie kann die Zusammenarbeit mit dem Bund, den Kommunen, den Kassen, der KV, der Krankenhausgesellschaft und den Vertretern der Pflege in verbindlicher, ergebnisorientierter Weise sichergestellt werden?

Aufgrund der Kürze der Zeit können hierzu keine Ausführungen erfolgen.

10. Welche die Versorgungsplanung flankierenden, ökonomischen Instrumente der Landesregierung sind vorstellbar, um die Umsetzung der Versorgungskonzepte zu erleichtern?

Um eine qualitativ hochwertige und zukunftsfähige Versorgung im Land Mecklenburg-Vorpommern sicherzustellen, bedarf es einer auskömmlichen Investitionsfinanzierung des Landes für seine Krankenhäuser, d. h. das Land muss seiner Verpflichtung nachkommen und dem tatsächlichen Bedarf entsprechende Investitionsmittel zur Verfügung stellen.

11. Wie kann eine flächendeckend vernetzte, wohnortnahe ärztliche Versorgung sichergestellt werden?

Die Sicherstellung kann durch die Etablierung von kleinräumigen, vernetzten Versorgungsregionen mit jeweils individuell zu gestaltender Grund- und Regelversorgung erfolgen, durch die Definition von Versorgungsbedarfen je Region sowie mittels einer regionsübergreifender Etablierung einheitlicher Qualitäts- und Ergebnismessung.

Die wohnortnahe, ärztliche Versorgung kann aufgrund des demografischen Wandels, des Fachkräftemangels und des Wettbewerbs um diese Fachkräfte künftig nicht mehr in jeder Region in der bekannten Art und Weise sichergestellt werden. Während es weiterhin wünschenswert wäre, die hausärztliche und pädiatrische Versorgung wohnortnah anzubieten, sollte die Bevölkerung verstärkt dazu sensibilisiert werden, sich auf längere Fahrwege/-zeiten sowie Wartezeiten für fachärztliche Leistungen einzustellen. Im Bedarfsfall müssen arztentlastende Unterstützungen implementiert werden, die dem Arzt kleinere und/oder Routineuntersuchungen und Hausbesuche abnehmen. Außerdem ist vorstellbar, dass bestimmte Praxisbesuche künftig im Rahmen einer Videokonferenz erfolgen können. Die Bevölkerung sollte sich jedoch darauf verlassen können, dass die ambulante Notfallversorgung trotz ausgedünnter ärztlicher Strukturen Sicherheit und Verlässlichkeit bietet.

12. Wie sind Mindestangebote und mengenkritische Bedarfe in ein auch ökonomisch tragfähiges Verhältnis zu bringen?

Aufgrund der Kürze der Zeit können hierzu keine Ausführungen erfolgen.

13. Wie können ländliche, kleine Krankenhäuser ambulante und stationäre Leistungen so zusammengeführt anbieten, dass Investitionen und Personalkosten wirtschaftlich sind?

In strukturschwachen Regionen sollten medizinische Angebote sektoren- und trägerübergreifend sinnvoll konzentriert werden, sodass eine ambulante-stationäre Versorgung trotz knapper Ressourcen unter qualitativ hochwertigen Bedingungen gewährleistet ist. Auf langer Sicht ist die Netzwerkbildung

medizinischer Leistungserbringer im Mecklenburger Raum wünschenswert. Die Bildung von Teams stärkt diesen Prozess.

Auch hier ist eine auskömmliche Investitionsfinanzierung durch das Land zwingend notwendig.

- 14.** Welche Formen mobiler Angebote der ärztlichen Betreuung und der Medikamentenverteilung sind von kleinen Krankenhäusern aus organisierbar und finanzierbar?

Die Umsetzung des bereits gesetzlich verankerten Entlassmanagements und die Einführung von Krankenhausinformationssystemen (KIS-Systemen) sind im Krankenhausbetrieb vielversprechend, patientenfreundlich und umsetzbar.

Fragenkatalog Krankenkassen

BARMER

A. Grundsatzfragen / Detailfragen

A.1 Grundsatzfragen

1. Inwieweit teilen Sie die Auffassung (aus dem Einsetzungsbeschluss), wonach eine bedarfsgerechte, gute und erreichbare Gesundheitsversorgung als elementarer Bestandteil der öffentlichen Daseinsvorsorge zu betrachten ist?
2. Was leitet sich daraus aus Ihrer Sicht ab?
3. Welche Kriterien bestimmen aus Ihrer Sicht die Qualität einer medizinischen Versorgung der Bevölkerung von Mecklenburg-Vorpommern? Wie werden die Qualitätsindikatoren den Patientinnen und Patienten zur Verfügung gestellt?

Antwort zu den Grundsatzfragen 1,2,3:

Die Gesundheitsversorgung in Mecklenburg-Vorpommern steht vor erheblichen Herausforderungen, bedingt durch den demographischen Wandel mit Fachkräftemangel, die besondere Situation eines dünnbesiedelten Flächenlandes, einen veränderten Versorgungsbedarf, den technologischen und wissenschaftlichen Fortschritt sowie bundesrechtliche Rahmenbedingungen. Umso mehr muss es elementare Aufgabe aller Akteure im Gesundheitswesen (Politik, Leistungserbringer, Krankenkassen etc.) sein, eine bedarfsgerechte, gute und erreichbare Gesundheitsversorgung für die Bürgerinnen und Bürger im Land auch in Zukunft sicherzustellen.

Dafür bedarf es zwingend einer Neuausrichtung der medizinischen Versorgungsstrukturen. Im Fokus stehen dabei die Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten. Dringend notwendig ist die Verzahnung der unterschiedlichen Versorgungsbereiche von ambulant und stationär mit einer gemeinsamen Versorgungsplanung und einem einheitlichen Vergütungssystem. Durch den Systemwechsel kann eine Ausrichtung am tatsächlichen Bedarf von medizinischen Leistungen ermöglicht werden, statt einer Orientierung an bestehenden Kapazitäten von Arztsitzen und Krankenhausbetten. Das schont Ressourcen und macht medizinische Versorgung dort möglich, wo sie gebraucht wird.

Mit der Schaffung von regionalen Versorgungsnetzwerken können darüber hinaus Leistungsanbieter in der Fläche optimal vernetzt werden. Zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung, besonders auch in dünn besiedelten oder unterversorgten Regionen, muss der Einsatz von telemedizinischen Anwendungen ausgebaut werden. Die Telemedizin kann die klassische ärztliche Versorgung zwar nicht ersetzen, bietet jedoch, insbesondere in Kombination mit regionalen Versorgungsnetzwerken, ein großes Potential zur Gewährleistung einer hochwertigen und flächendeckenden medizinischen Versorgung.

Bei bestimmten Krankheitsbildern hängt die Qualität der Gesundheitsversorgung nicht von einer wohnortnahen Erreichbarkeit, sondern von Routine und Erfahrung ab. Aus diesem Grund sollten gerade seltene und schwere Erkrankungen an ausgewählten Standorten konzentriert werden. Die Spezialisierung von Krankenhäusern auf bestimmte Eingriffe ist für die Patientensicherheit sinnvoll und erhöht die Qualität der medizinischen Versorgung. Diese sogenannten Kompetenzzentren könnten – beispielsweise im Bereich der Onkologie oder der Rheumatologie – auch sektorenübergreifend eine stärkere Koordination der Versorgung übernehmen.

Aktuelle und brisante Themen in der medizinischen Versorgung werden über die BARMER Reporte öffentlichkeitswirksam transportiert. Mit dem BARMER Arzneimittelreport wurde beispielsweise jüngst auf Informationslücken an den Sektorengrenzen in der Arzneimitteltherapie von Polypharmazie-Patienten hingewiesen. Im BARMER Arztreport ging es um die Frage, wie der Zugang zur Psychotherapie verbessert werden könnte. Zusätzlich zu dieser öffentlichen Kommunikation über Qualitätsmaßstäbe haben Bürgerinnen und Bürger des Landes auch die Möglichkeit, sich mittels vdek-Lotsen online über Ärzte, Krankenhäuser oder Pflegeangebote zu informieren. Das gemeinsame Angebot der Ersatzkassen präsentiert Ergebnisse aus Qualitätsprüfungen, sodass es für die Bevölkerung eine wichtige Lotsenfunktion übernimmt.

A.2 Detailfragen

I. Stationäre Versorgung

1. Wie bewerten Sie die Krankenhausdichte in M-V und welche Vor- bzw. Nachteile ergeben sich aus dieser?

Die 37 Krankenhausstandorte sind ausreichend, um eine flächendeckende Versorgung im Lande sicherzustellen. Im Vergleich zu anderen Bundesländern haben wir keine Überversorgung im stationären Bereich. Eine eher geringe Dichte von Krankenhäusern (im Sinne von durchschnittlicher Größe des Einzugsgebiets je Krankenhaus) stellt eine Herausforderung für die flächendeckende Versorgung dar. Das Land hat jedoch damit die Chance, sich auf die vorhandenen Standorte zu konzentrieren und entsprechende Investitionsmittel zur Verfügung zu stellen.

Auch im Nordosten besteht ein Investitionsstau in den Krankenhäusern. Das Land muss stärker in die Krankenhäuser investieren. (vgl. Antwort C, 10.)

Die Krankenhäuser müssen im Sinne der Patientensicherheit Mindestmengen und Qualität nachweisen. Um dies in einem Flächenland wie Mecklenburg-Vorpommern sicherzustellen, sollte es zu einer engeren Absprache zwischen den Krankenhausstandorten kommen. Die Grund-

und Regelversorgung muss an jedem Standort sichergestellt sein. Weitere Fachabteilungen sollten so zwischen den Krankenhäusern zugeordnet werden, dass Entfernung und gesicherte Qualität durch entsprechende Fallzahlen miteinander vereinbar sind.

Zu berücksichtigen ist vor allem der Versorgungsbedarf. Da die Alters- und Morbiditätsstruktur der Bevölkerung ein besonders wichtiger Einflussfaktor für die Entwicklung der stationären Fälle ist, liegt hier für das Bundesland eine besondere Aufgabe.

Routine und Erfahrung im Krankenhaus retten Leben. Deshalb sollten seltene und schwere Erkrankungen künftig in Kompetenzzentren behandelt werden. Also dort, wo die Spezialisten mit größtem Wissen und Routine über die Erkrankung arbeiten. Mindestmengen für Eingriffe in Krankenhäusern sorgen dafür, dass genug Erfahrung und Kompetenz für die Behandlung vorhanden sind.

Generell gilt, dass zur Absicherung der Versorgung sektorenübergreifende Lösungen zwingend notwendig sein werden.

- 2. Welche Bedeutung haben aus Ihrer Sicht Sicherstellungszuschläge und welchen Änderungsbedarf sehen Sie?**

Durch das Krankenhausstrukturgesetz (KHSKG) bekam der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) Regelungskompetenzen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen. Die bislang landesplanerische Entscheidung über die Vorhaltung eines Krankenhauses wurde damit durch die bundesweit gültigen Vorgaben flankiert.

Krankenhäuser, die für die Versorgung unverzichtbar sind, aber ein geringes Patientenaufkommen haben, laufen Gefahr, die notwendigen Vorhaltungen, wie z. B. ärztliches Personal, nicht aus den regulären Einnahmen finanzieren zu können. Wenn dies für das gesamte Haus zu einem Defizit führt, kann ein Sicherstellungszuschlag gewährt werden. Der Sicherstellungszuschlag ermöglicht somit den Ländern, eine flächendeckende Versorgung sicherzustellen, obwohl einzelne Krankenhäuser ein Defizit aufweisen.

Die jährliche Pauschale für „den ländlichen Raum“ in Höhe von bundesweit ca. 50 Millionen Euro (in Mecklenburg-Vorpommern sind dies rund 10 Millionen Euro), die an die betreffenden Krankenhäuser verteilt werden, sollte zielgerichteter sein. Insbesondere Häuser, die aufgrund von Strukturmerkmalen wirtschaftliche Schwierigkeiten haben, sollten stärker unterstützt werden.

Die Kinder- und Jugendmedizin soll bereits ab dem kommenden Jahr in die Förderung für ländliche Krankenhäuser aufgenommen werden. Wie aus dem Referentenentwurf des Versorgungsverbesserungsgesetzes (GPVG) hervorgeht, soll der G-BA die Liste der Kliniken, die pauschal 400.000 Euro erhalten, bis Ende des Jahres um Kinderkrankenhäuser

und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin erweitern. Der GKV-Spitzenverband geht davon aus, dass davon bis zu 31 Kliniken bundesweit profitieren könnten.

- 3.** Wo liegen aus Sicht der Krankenkassen Probleme in folgenden Bereichen und was wird zu deren Behebung getan? (bitte immer stationär, ambulant und Schnittstellen sowie städtisch und ländlich geprägte Versorgungsräume)
- a. Kinder- und Jugendmedizin
 - b. Geriatrische Versorgung
 - c. Palliativ- und schmerzmedizinische Versorgung
 - d. psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung
 - e. Anschlussheilbehandlungen und Rehabilitation
 - f. Versorgung seltener Erkrankungen
 - g. Gendermedizin
 - h. Medizinische Versorgung von Migrant/innen
 - i. Barrierefreiheit im Gesundheitswesen
 - j. Erreichbarkeit von Haus- und Fachärzten sowie weiteren Behandlern in der Fläche
 - k. Medikamentenversorgung

Wird die aktuelle Versorgung den Ansprüchen der Menschen gerecht? Diese Frage stellt sich jeden Tag bei der Versorgung der Menschen mit den vorhandenen Strukturen in den einzelnen Fachbereichen. Dabei geht es darum, Versorgungslücken nicht entstehen zu lassen. Personalknappheit führt beispielsweise immer wieder zu Versorgungsengpässen.

Die Probleme in der kinder- und jugendmedizinischen Versorgung sind allseits bekannt. Portalpraxiskliniken sollen hier einen ersten Lösungsansatz bieten. Der gesamte Fachbereich Kinder- und Jugendmedizin steht bereits im Fokus weitreichender Änderungen und wird in der separaten Arbeitsgruppe „Kindermedizin“ im Ministerium betrachtet.

Die geriatrischen und schmerztherapeutischen Fachbereiche wurden und werden zunehmend von den Kliniken abgedeckt, so dass es hier nur gilt, ambulante und stationäre Versorgung langfristig miteinander zu verzahnen. Zu hinterfragen ist immer wieder die konkrete Abgrenzung zwischen Akutbehandlung und Rehabedarf, da es sich meist um langwierige bzw. Dauerbehandlungen handelt.

Für Menschen mit psychischen Krankheiten ist die medizinische Versorgung sichergestellt. Für stationäre Behandlungen stehen diverse psychiatrische und psychosomatische Kliniken bzw. Tageskliniken zur Verfügung.

Darüber hinaus verfügt das Land Mecklenburg-Vorpommern über Kontakt- und Begegnungsstätten, Einrichtungen zum ambulant betreuten Wohnen, Tagesstätten, Arbeitsangebote in Werkstätten für behinderte Menschen, Wohngruppen, psychosoziale Einrichtungen, psychiatrische Pflegeeinrichtungen bzw. Integrationsprojekte.

Wir haben mit den vorhandenen Rehakliniken in Mecklenburg-Vorpommern Bedingungen, die andere Bundesländer nicht haben. Unser Land ist als Reha-Standort bundesweit beliebt und die Mehrzahl der Rehapatienten stammt nicht aus unserem Bundesland. Die Rehabranche als Wirtschaftsfaktor ist daher von besonderer Bedeutung für unser Bundesland. Mit der Alterung der Gesellschaft, der abwandernden jungen und einer zuwandernden älteren Bevölkerung steht MV zusätzlich vor ganz besonderen Herausforderungen, auch im ambulanten und stationären Rehasektor.

Je seltener die Erkrankung, umso weiter entfernt sind in der Regel die Versorgungsangebote. In einem Flächenland ist die Erreichbarkeit der Universitätsstandorte oder der Standorte, die sich auf die Behandlung spezieller Erkrankungen konzentriert haben, schwieriger als in Ballungsgebieten. Umso mehr gilt es darüber nachzudenken, mit welchen Mitteln und Regelungen man den Zugang zur Behandlung erleichtern kann (vgl. hierzu auch C, 3).

Die Analyse von Routinedaten der BARMER zeigt, dass es in Jahrzehnten nicht gelungen ist, die Versorgung über die Sektorengrenzen hinweg besser zu organisieren. Häufig würden wichtige Informationen zum Patienten, zum Beispiel zur Medikation, einem Krankenhaus gar nicht vorliegen. Aber auch nach Entlassung aus der Klinik wurden Patient und weiterbehandelnde Ärzte nicht ausreichend über Therapieänderungen informiert. So hatten laut Analyse nur 29 Prozent der Patienten bei der Klinikaufnahme den bundeseinheitlichen Medikationsplan, der Informationsverluste zwischen Ärzten verhindern soll. 17 Prozent verfügten über gar keine aktuelle Aufstellung ihrer Medikamente. Jeder dritte Patient mit geänderter Therapie habe zudem vom Krankenhaus keinen aktualisierten Medikationsplan erhalten. Besonders gefährdet sind dadurch Millionen von Polypharmazie-Patienten. Ursache der Informationsdefizite ist weniger der einzelne Arzt, als vielmehr der unzureichend organisierte und nicht adäquat digital unterstützte Prozess einer sektorenübergreifenden Behandlung.

Entscheidend ist es, gemeinsam nach Lösungen zu suchen, um der Ärzteschaft die Arbeit zu erleichtern und Risiken für Patienten zu minimieren. Daher hat die BARMER mit zahlreichen Partnern das Innovationsfondsprojekt TOP ins Leben gerufen, das im Oktober startet. TOP steht für „Transsektorale Optimierung der Patientensicherheit“ und stellt den behandelnden Ärzten aus Krankenkassendaten alle behandlungsrelevanten Informationen zur Verfügung, sofern der Patient sein Einverständnis gegeben hat. Dazu gehören Vorerkrankungen und eine Liste aller verordneten Arzneimittel. Zudem arbeiten Ärzte und Apotheker im Krankenhaus zusammen. Im Krankenhaus werde der Medikationsplan des Patienten vervollständigt oder erstellt, sofern noch nicht vorhanden, und die Therapie erklärt.

II. Ambulante Versorgung

1. Ist den Krankenkassen bekannt, dass Facharzttermine in vielen Bereichen trotz Dringlichkeitsvermerk oft nicht möglich sind? Welche Konzepte gibt es?

Probleme bei der Vermittlung von Facharztterminen resultieren regelmäßig

- a) aus prozessualen Gegebenheiten (Priorisierung der Dringlichkeit, niedrigschwelliger Zugang ohne Überweisung vom Hausarzt, Wiedereinbestellungsquoten u.a.), welche die Terminvermittlung – insbesondere für Neupatienten - erschweren und/oder
- b) aus einem Mangel an Ärzten in bestimmten Fachgruppen.

Terminvermittlung

Den Herausforderungen bei der Vermittlung von Facharztterminen ist der Gesetzgeber mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG, in Kraft seit 11.05.2019) mit einem ganzen Maßnahmenbündel begegnet. Mit dem Ziel, schnellere Arzttermine für gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten sicherzustellen, wurden folgende zentrale Maßnahmen beschlossen:

- **Ausbau der Terminservicestellen (TSS) zur zentralen Anlaufstelle**

Inzwischen sind die TSS rund um die Uhr und an allen Tagen der Woche erreichbar. Zu den Aufgaben gehören u.a.:

- Innerhalb einer Woche einen Behandlungstermin zu vermitteln
 - Bei der Suche nach einem Hausarzt zu unterstützen
 - In Akutfällen auch ohne Überweisung eine ärztliche Versorgung zu vermitteln
- **Mehr Sprechstundenzeiten**
 - Erhöhung der Mindestsprechstundenzahl von bisher 20 auf 25 Wochenstunden (Vollzeit)
 - Facharztgruppen der grundversorgenden und wohnortnahen Versorgung (z.B. konservativ tätige Augenärzte, Frauenärzte, HNO-Ärzte) müssen mindestens fünf Stunden pro Woche als offene Sprechstunde anbieten
 - Die Kassenärztlichen Vereinigungen informieren im Internet über die Sprechstundenzeiten der Vertragsärzte und Psychotherapeuten.
 - **Vergütungsanreize für Ärzte**

Die bei der ärztlichen Vergütung gemäß § 87a Abs.3 SGB V grundsätzlich vorgesehene Budgetierung der Gesamtvergütung wurde für „Neupatienten“ im Sinne des TSVG weitgehend aufgehoben.

- Für die erfolgreiche Vermittlung eines dringenden Facharzttermins erhalten Hausärzte einen Zuschlag von mindestens 10 Euro
- (Akut-)Leistungen für von der Terminservicestelle vermittelte Patienten werden extrabudgetär und je nach Wartezeit mit einem gestaffelten Zuschlag vergütet
- Alle Leistungen für Neupatienten werden im ersten Quartal extrabudgetär vergütet
- Alle Leistungen in den offenen Sprechstundenzeiten sowie eventuelle Anschlussleistungen werden im ersten Quartal extrabudgetär vergütet
- Ebenso werden alle Leistungen für übernommene Patienten nach Terminvermittlung durch einen Hausarzt im ersten Quartal extrabudgetär vergütet

Wir begrüßen die durch das TSVG eingetretenen Änderungen zugunsten unserer Versicherten grundsätzlich und gehen davon aus, dass die Maßnahmen hilfreich sind, um sowohl objektiv als auch subjektiv wahrgenommene Probleme beim Zugang zu Fachärzten zu beheben oder zumindest einzudämmen.

Bedarf an Fachärzten

Die o.a. Maßnahmen zur Verbesserung der Terminvermittlung können jedoch nur dann optimal wirken, wenn flächendeckend ausreichend Fachärzte für die ambulante Versorgung zur Verfügung stehen.

Laut der aktuellen Bedarfsplanung werden in einigen Planungsbereichen die angestrebten Versorgungsgrade nicht erreicht.

Die Krankenkassen(verbände) und die Kassenärztliche Vereinigung (KV) sind sich ihrer Verantwortung bei der Sicherstellung der (fach-)ärztlichen Versorgung bewusst. So werden im Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in M-V die möglichen Spielräume bei der Umsetzung der Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) regelmäßig zugunsten der ärztlichen Versorgung in M-V genutzt, beispielsweise durch eine Abweichung bei den Verhältniszahlen für den hausärztlichen Bereich im ländlichen Raum oder bei der Feststellung von zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfen in Bezug auf Fachärzte.

Zusätzlich trägt eine bedarfsorientierte Förderung der Weiterbildung von grundversorgenden Fachärzten entsprechend § 75a Abs. 9 SGB V zur mittelfristigen Sicherstellung der fachärztlichen Versorgung bei. Gefördert werden derzeit die Fachgruppen Augenheilkunde, Allgemeinchirurgie, Dermatologie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kinder- und Jugendmedizin, Neurologie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Physikalisch u. Rehabilitative Medizin, Psychiatrie sowie Urologie.

2. Wo liegen aus Sicht der Krankenkassen Probleme in folgenden Bereichen und was wird zu deren Behebung getan? (bitte immer stationär, ambulant und Schnittstellen sowie städtisch und ländlich geprägte Versorgungsräume)
- a. Kinder- und Jugendmedizin
 - b. Geriatriische Versorgung
 - c. Palliativ- und schmerzmedizinische Versorgung
 - d. psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung
 - e. Anschlussheilbehandlungen und Rehabilitation
 - f. Versorgung seltener Erkrankungen
 - g. Gendermedizin
 - h. Medizinische Versorgung von Migrant/innen
 - i. Barrierefreiheit im Gesundheitswesen
 - j. Erreichbarkeit von Haus- und Fachärzten sowie weiteren Behandlern in der Fläche
 - k. Medikamentenversorgung

Die Fragen haben wir im Abschnitt A2, I, 3 beantwortet.

3. Innerhalb der OECD ist ein Trend zur Ambulantisierung der Medizin zu beobachten. Deutschland befindet sich quantitativ beim ambulanten Operieren auf einem der hinteren Plätze. Wie bewerten Sie diese Situation? Gibt es Pläne dies ggf. zu ändern, und wenn ja welche? Welches Ambulantisierungspotential sehen Sie bei stationären Behandlungen?

Deutschland steht international bei den Operationen insgesamt an der Spitze. Je 100.000 Einwohner werden in Deutschland beispielsweise über 600 Herzkatheter-Eingriffe vorgenommen, im OECD-Durchschnitt sind es weniger als 200. Auch künstliche Hüft- und Kniegelenke werden hierzulande etwa doppelt so häufig eingesetzt wie im OECD-Durchschnitt. Die hohe Gesamtzahl operativer Eingriffe in Deutschland ist zumindest teilweise auf die nachteilige demographische Verteilung (z.B. Medianalter: Deutschland auf Platz 2 hinter Japan; Anteil 65-Jähriger: Platz 3 hinter Japan und Italien) zurückzuführen. Mit zunehmendem Alter der Patienten steigt tendenziell die Notwendigkeit einer vollstationären Aufnahme z. B. durch Begleiterkrankungen oder das Risiko postoperativer Komplikationen, sodass das Potenzial für stationersetzende ambulante Operationen in Deutschland mutmaßlich geringer ist als in Staaten mit deutlich jüngerer Bevölkerung, wie bspw. Mexiko, die Türkei oder Israel. Auch andere Parameter wie die Angebotsstruktur (unterschiedliche stationäre Versorgungsdichte) sollten bei der Interpretation solcher Vergleiche berücksichtigt werden.

Laut „Gesundheitsberichterstattung des Bundes“ hat sich die Anzahl ambulanter Operationen nach § 115 b SGB V im Krankenhaus bei Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung zwischen 2000 und 2018 mehr als versechsfacht (2000= 258.918, 2018= 1.646.813). Der Vertragsarztbereich verzeichnet seit dem Jahr 2009 eine durchschnittliche jährliche

Wachstumsrate von 2,4 Prozent. Die in der Fragestellung angesprochene Ambulantisierung geht also auch an Deutschland unzweifelhaft nicht vorbei.

Die aufgezeigte Entwicklung in Richtung Ambulantisierung darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass diesbezüglich noch enormes Potenzial besteht und das übergeordnete Ziel, die sektorale Trennung zu durchbrechen, bisher nicht umfassend erreicht wurde.

Aus Sicht eines Kostenträgers unterstützen wir schon aus Gründen der Wirtschaftlichkeit die Entwicklung in Richtung des ambulanten Operierens. Außerdem haben wir neben der Präferenz unserer Versicherten für ambulantes Operieren auch die medizinischen Vorteile im Blick, etwa die geringere Exposition gegenüber Krankheitserregern im Krankenhaus oder die geringeren psychischen und sozialen Belastungen gegenüber einem stationären Aufenthalt. Auf der anderen Seite darf eine potenziell schlechtere Nachsorge außerhalb von Krankenhäusern nicht außer Betracht bleiben, da sich gerade im ländlichen Bereich eine engmaschige medizinische Versorgung schwieriger gestaltet. Dies gilt insbesondere dann, wenn im Nachgang einer Operation Komplikationen auftreten. Unter dem Strich ist eine Verschiebung hin zum ambulanten Operieren wünschenswert, wenn die Qualität der medizinischen Versorgung nicht darunter leidet.

In Deutschland sind sämtliche Operationen, stationersetzende Eingriffe und Behandlungen, die ambulant durchgeführt werden können, in einem Katalog (AOP-Katalog) aufgelistet, welcher von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) zusammengestellt wird. Das MDK-Reformgesetz (in Kraft seit 01.01.2020) sieht eine Erweiterung des AOP-Kataloges vor. Dies wird die Grundlage für mehr ambulante Behandlungsmöglichkeiten werden. Der neue Katalog soll mithilfe eines Experten-Gutachtens unter Berücksichtigung aktueller medizinischer Erkenntnisse neu erstellt werden (§ 115b Abs.1a SGB V).

- 4.** Obwohl Deutschland im internationalen Vergleich bei der Mund- und Zahngesundheit eine Spitzenposition einnimmt, gibt es Personengruppen, die von den Versorgungsmöglichkeiten nicht ausreichend profitieren. Dies betrifft insbesondere alte und pflegebedürftige Menschen, Personen mit Handicaps sowie Kleinkinder bis zum dritten Lebensjahr. Was ist geplant, um die zahnmedizinische Versorgung für diese Personen zu verbessern?

Zahnärztliche Versorgung von Kleinkindern bis zum dritten Lebensjahr

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Richtlinie über die Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten zum 01.07.2019 neugefasst. Es wurden zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen für Kinder ausgeweitet und die Angebote altersgruppenspezifisch neu strukturiert. Es wurden

erstmalig Kleinkinder unter drei Jahren einbezogen. Es wird damit insbesondere das Ziel verfolgt, dass das Auftreten von frühkindlicher Karies verringert werden soll.

Bei Kindern zwischen dem 6. und 72. Lebensmonat übernehmen die Krankenkassen die Kosten für sechs zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen, die der Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten dienen. Bisher waren diese Leistungen vor dem 01.07.2019 erst ab dem dritten Lebensjahr Kassenleistung. Damit wurde eine Versorgungslücke geschlossen.

Zahnärztliche Versorgung pflegebedürftiger Menschen und Menschen mit Behinderung

Der Gesetzgeber hat bereits die Problematik der Mundhygiene und Zahnärztlichen Versorgung bei pflegebedürftigen Menschen, Menschen mit Behinderung und eingeschränkter Alltagskompetenz erkannt und entsprechende Maßnahmen bereits umgesetzt. Hier ein kleiner chronologischer Überblick über die Entwicklung:

1.4.2013:

Neue BEMA-Gebührenpositionen zur aufsuchenden Betreuung von Pflegebedürftigen, Menschen mit Behinderung und eingeschränkter Alltagskompetenz werden in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aufgenommen. Anpassung des zahnärztlichen Weggeldes für Haus- und Heimbesuche (GKV-Versorgungsstrukturgesetz).

1.4.2014

Rahmenvereinbarung zwischen Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband für den Abschluss von Kooperationsverträgen zwischen Zahnärzten und stationären Pflegeeinrichtungen. In den Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) wurden entsprechende Gebührennummern aufgenommen bzw. geändert. Von den rund 250 Pflegeheimen in Mecklenburg-Vorpommern haben 105 Einrichtungen bis Ende Juni 2020 insgesamt 79 Kooperationsverträge abgeschlossen.

1.7.2018

Neue präventive Leistungen nach § 22a Sozialgesetzbuch V für die zahnärztliche Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung. Darunter fallen die Erhebung des Mundgesundheitsstatus, die Erstellung eines Mundgesundheitsplans, die Mundgesundheitsaufklärung und die zusätzliche Entfernung harter Zahnbeläge. Diese Leistungen können nicht nur im Pflegeheim, sondern auch bei einem Besuch zuhause oder in der Zahnarztpraxis in Anspruch genommen werden. Durch das verbesserte Leistungsspektrum soll das überdurchschnittlich hohe Risiko für Karies-, Parodontal- und Mundschleimhautrekrankungen für diesen Personenkreis gesenkt werden.

Erste Ergebnisse der im Jahr 2013 und 2014 neu beziehungsweise modifizierten Leistungsziffern im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) hat die BARMER in Ihrem Zahnreport 2018 vorgestellt. Mit diesen Leistungsziffern kann der Zahnarzt den Besuch zum Beispiel im Pflegeheim höher abrechnen. Erste Auswertungen lassen erkennen, dass die Leistungsziffern nicht den erwünschten Effekt bringen. Das Ziel einer besseren zahnärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern wird allenfalls bei den Kontakten und möglicherweise bei der Prävention, definitiv aber nicht bei der Therapie erreicht, da die Inanspruchnahme einfacher Therapieleistungen wie kleinere Reparaturen an Zahnprothesen im Vergleich nicht zugenommen haben.

Es werden vertiefende Analysen erforderlich sein, damit hier nicht Geld ohne nennenswerten Nutzen versickert. Dabei muss es zunächst einmal um die Frage gehen, wie die Rahmenbedingungen geändert werden müssen, damit Pflegeheimbewohner tatsächlich mehr therapeutische Leistungen bekommen. Ob die Richtlinie aus dem Jahr 2018 die Mundgesundheit von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung nachhaltig verbessert, wäre ebenfalls zu prüfen.

5. Durch die hohe und zunehmende administrative Belastung bleibt den Praxisteams weniger Zeit für die Behandlung und Versorgung von Patienten. Dazu gehören beispielsweise die wachsenden Dokumentations- und Kontrollpflichten, die sich aus Gesetzen und Verordnungen wie der Röntgenverordnung, dem Medizinproduktegesetz, dem Patientenrechtegesetz sowie der Datenschutzgrundverordnung ergeben, das komplizierte Abrechnungsverfahren über die Kassenärztlichen Vereinigungen oder das Verfassen von Berichten zum Beispiel für private Krankenversicherungen und Beihilfestellen. Auch durch diese hohe administrative Belastung verliert der Beruf des niedergelassenen Arztes/Zahnarztes für den Nachwuchs zunehmend an Attraktivität. Welche Maßnahmen werden ergriffen, um die ausufernde Bürokratie abzubauen?

Die Frage impliziert bereits, dass sich die Notwendigkeit eines Großteils der administrativen Aufwände aus gesetzgeberischen Anforderungen ergibt, welche durch uns als Kostenträger nicht oder höchstens indirekt beeinflussbar sind.

Hier ist der Gesetzgeber gefordert, eine Balance zwischen z.B. Patientensicherheit und Bürokratieabbau sicherzustellen. Die BARMER sieht in der Digitalisierung von Prozessen eine entscheidende Möglichkeit, zu einer Vereinfachung zu kommen.

Wir tragen zur Minimierung der nicht-versorgungsbezogenen Aufwände bei, indem wir bspw. unsere Rückfragen und Anforderungen bei Leistungserbringern auf das Maß des Notwendigen beschränken bzw. durch beratende Kommunikation diese zukünftig vermeiden. Denn auch wir haben natürlich ein Eigeninteresse, die Abläufe im Sinne unserer Versicherten möglichst effizient zu gestalten.

Mit der elektronischen Patientenakte eCare schaffen wir eine neue digitale Plattform, mit der Gesundheitsdaten sicher gespeichert und mit Ärzten geteilt werden können.

Bereits heute gibt es viele Apps zum Download, mit denen sich das eigene Gesundheitsverhalten aufzeichnen und optimieren lässt. Die BARMER bietet beispielsweise zahlreiche Gesundheits-Apps, die Mitglieder kostenfrei nutzen können, oder Online-Kurse, deren Kosten als Präventionsleistung von der BARMER übernommen werden. Mit der Einführung von Digi-Apps (App auf Rezept) wird diese Entwicklung weiter an Dynamik gewinnen. Wir gehen davon aus, dass damit die Compliance verbessert wird und die Ärzte entlastet werden.

III. Rehabilitation

Wie können die medizinischen Kompetenzen und Ressourcen der Rehakliniken unter Berücksichtigung eines abgestuften und realisierbaren Vorgehens in die medizinische Versorgung im Land einbezogen und integriert werden?

Die Verlängerung der Lebenszeit führt zu einer deutlichen Zunahme der chronischen Erkrankungen, der Multimorbidität und deren Folgen. Die Akutmedizin kann die dafür notwendige Versorgung nicht alleine sicherstellen.

Die Versorgung chronisch kranker und multimorbider Menschen braucht die medizinische Rehabilitation, weil sich die Rehabilitation nicht nur auf die körperlichen, sondern auch die psychischen und sozialen Krankheitsursachen und Krankheitsfolgen in multiprofessioneller Zusammenarbeit konzentriert.

In Mecklenburg-Vorpommern gibt es bereits eine enge Verzahnung zwischen Krankenhaus- und Rehabilitationsbereich. Dies hat nicht zuletzt die vom Ministerium eingeleitete Versorgungserlaubnis von Krankenhauspatienten in Rehakliniken im Rahmen der Covid-19-Behandlung gezeigt.

IV. Patientenorientierung

1. Wie bewerten Sie die Situation der Patientenvertretung und der Patientenorganisationen in M-V und welchen Handlungsbedarf sehen Sie?

Aus unserer Sicht ist die Patientenvertretung in Mecklenburg-Vorpommern gut aufgestellt. In einer Vielzahl von Gremien wirken Patientenvertreter bei Entscheidungen mit, die die Gesundheitsversorgung im Land beeinflussen. Sie sind u.a. in den Landesausschüssen nach § 90 SGB V (Ärzte-Krankenkassen, Zahnärzte-Krankenkassen), im erweiterten Landesausschuss (§ 90a SGB V), im Zulassungs- und Berufungsausschuss und im Beirat des MDK vertreten.

2. Welche Unterstützung bzw. Hinweise für die Patienten/Patientinnen gibt es? Welche Hilfen/Ansprechpartner für Patient/innen gibt es bei den Krankenkassen bei Verdacht auf fehlerhafte Behandlung? Wie werden diese kommuniziert und evaluiert? Werden die Krankenkassen zukünftig ihre Zusammenarbeit mit Drittanbieter (privaten Versicherungen etc.) ausbauen? Wenn ja, wie wird sichergestellt, dass dies im Sinne der Patient/innen ist und nicht der weiteren Ökonomisierung der gesundheitlichen Versorgung sowie der Zunahme privat zu finanzierender Leistungen dient?

Jede Versicherte und jeder Versicherter hat das Recht auf Unterstützung durch die Krankenkassen, wenn sie eine fehlerhafte Behandlung vermuten. Diese Unterstützungsmaßnahmen sind im § 66 SGB V festgehalten und werden von den Mitarbeitenden der Kassen entsprechend angeboten.

Die Zusammenarbeit der GKV mit privaten Versicherungen ist gesetzlich fixiert.

3. Welche Entwicklung sehen die Krankenkassen auf dem Weg zu mehr Patientenorientierung im Gesundheitswesen?

Durch die zunehmende Einbindung der Patientenvertreterorganisationen in die Entscheidungen (s.o.) sehen wir gute Möglichkeiten, das Gesundheitswesen stetig weiterzuentwickeln.

4. Welche Konzepte gibt es, um zukünftig im Pandemiefall die Versorgung der Patient/innen sicherzustellen? Wurden die Patientenorganisationen bzw. ihre aktuellen Erfahrungen in deren Entwicklung einbezogen?

Bei einer Pandemie sind die Krankenkassen nur mittelbar eingebunden. Im Pandemiefall sind in erster Linie die Gesundheitsbehörden gefordert.

5. Ist den Kassen das bundesweite Aktionsbündnis Patientensicherheit bekannt? Wie können die dort erarbeiteten Empfehlungen in MV genutzt werden?

Die BARMER ist Premium-Fördermitglied im Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS). Viele unerwünschte Ereignisse gehen auf Fehler zurück, die infolge komplexer und arbeitsteiliger Abläufe entstehen. Das wichtigste Instrument zur Verbesserung der Patientensicherheit ist daher das gemeinsame Lernen aus Fehlern. Dieser Leitsatz des APS setzen wir durch unsere konsequente Qualitätsorientierung im Gesundheitswesen in die Praxis um. Wir engagieren uns für Qualitätsleitlinien und sehen auch in Mindestmengen ein wichtiges Instrument, um mehr Patientensicherheit zu gewährleisten.

6. Ist den Krankenkassen die Bandbreite der Arbeit der Patientenvertretung im Land bekannt? (Gremien, Beteiligte, Koordination) Wie unterstützen die Kassen die Arbeit der ehrenamtlichen Patientenvertreter/innen seit Beginn ihrer Arbeit im Jahr 2004? Welche Verbesserungen sind geplant und sind diese mit den maßgeblichen Organisationen zur Interessenvertretung von Patient/innen bzw. der ehrenamtlich arbeitenden Koordinierungsstelle bei der SELBSTHILFE MV abgestimmt?

Die Arbeit der Patientenvertreter und der Selbsthilfeorganisationen sind uns bekannt, mit vielen arbeiten wir eng zusammen. Die Unterstützung reicht von der Förderung von Einzelmaßnahmen bis zur Erstattung von Fahrtkosten bei der Teilnahme an Gremiensitzungen.

7. In welchen Bereichen beziehen die Krankenkassen das Wissen der Patientenorganisationen und ihres Dachverbandes SELBSTHILFE MV ein? Wo nicht? Welche Veränderungen sind denkbar?

Neben der Zusammenarbeit in den Gremien, nutzen wir die Kompetenz der Organisationen, wenn es um Informationen zu einzelnen Krankheitsbildern geht. Vorrangig nutzen wir dort die Kontakte zu einzelnen Einrichtungen und nicht zum Dachverband.

8. Welche Konzepte gibt es, um Patient/innen und medizinisches Personal im Versorgungsalltag auf Augenhöhe zu bringen? Gibt es dazu Gespräche mit Patientenorganisationen?

Grundvoraussetzung für einen mündigen Patienten ist eine umfassende Informationsmöglichkeit. Dies ermöglicht die Begegnung auf Augenhöhe.

Die BARMER bietet daher seit Jahren den „Teledoktor“ an. Hier können sich unsere Versicherten rund um die Uhr zu allen Fragen der Gesundheit beraten lassen. Diese werden entweder am Telefon, per E-Mail, im Chat oder im Expertenforum beantwortet.

Der BARMER Teledoktor wird durch unseren langjährigen, renommierten Partner almeda GmbH betreut. Die Ärzte und die medizinischen Teams unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht – auch gegenüber der BARMER. Der Schutz von Patientendaten ist jederzeit gewährleistet.

Patientenorganisationen sind für uns ein wichtiger Ansprechpartner, um Anliegen und Sorgen unserer Kunden noch besser verstehen zu können.

9. Welche Konzepte gibt es, um Mitarbeiter/innen der Krankenkassen für die verschiedenen Bedarfe und Ansprüche der Patient/innen zu sensibilisieren?

Die BARMER verfügt über ein breit gefächertes Bildungsangebot für die Mitarbeitenden. Hier werden grundlegende Kommunikationstechniken

vermittelt, um eine patientenorientierte Ansprache zu sichern. Darüber hinaus werden in allen Einheiten mit Kundenkontakt wöchentlich Besprechungen durchgeführt, in denen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sensibilisiert werden.

10. Welche Beschwerdemöglichkeiten haben Patient/innen, die mit ihren Kassen unzufrieden sind? Wie werden diese Beschwerden ausgewertet und transparent gemacht?

Jede Beschwerde ist ein Geschenk! Dieser Leitsatz prägt unser Beschwerdemanagement. Jede/r Versicherte kann sich bei uns beschweren und jeder Beschwerde wird auch nachgegangen. Berechtigte Beschwerden werden in den Schulungen der Mitarbeitenden ausgewertet und Prozesse ggf. angepasst.

Von entscheidender Bedeutung für die Interessenvertretung von Versicherten ist die Selbstverwaltung. Der Verwaltungsrat und seine Ausschüsse sorgen dafür, dass die Bedürfnisse und Interessen der Versicherten gewahrt werden. Die Versicherten haben die Möglichkeit, Leistungsentscheidungen im sogenannten Widerspruchsausschuss der Selbstverwaltung überprüfen zu lassen.

V. Finanzierung / Vergütung

1. Wie bewerten Sie die Wirkung der Fallpauschalen (DRG – Diagnosis Related Groups) als Finanzierungsgrundlage für die stationäre medizinische Versorgung und welche Alternative sehen oder gar bevorzugen Sie?

Die Finanzierung von Klinikleistungen über Fallpauschalen ist grundsätzlich ein sehr geeignetes Vergütungsinstrument. Das zeigt der weltweite Erfolg der Fallpauschalen, auch Diagnosis Related Groups (DRG) genannt. Diese vergüten aber nur bei den richtigen Rahmenbedingungen gute Versorgung angemessen. Das ist in Deutschland nicht der Fall. Die medizinisch sinnvolle Planung von Krankenhäusern, die dazu notwendigen Investitionen und die Zuweisung und Bindung medizinischer Leistungen an Einheiten, die strukturell, personell und apparativ eine hochwertige Versorgung leisten können, muss a priori ordnungspolitisch abgesichert werden. Diese Aufgabe kann nicht der steuernden Anreizwirkung von Fallpauschalen überlassen werden.

Das heutige System der dualen Finanzierung von Krankenhäusern, in dem sich die Bundesländer (Investitionen) und die gesetzlichen Krankenkassen (Betriebskosten) die Kostenblöcke teilen, gibt es seit 1972. Allerdings kommen die Länder ihrer Verpflichtung mit einer durchschnittlichen Investitionsquote von weniger als 4 Prozent nicht nach, erforderlichlich wären 8 bis 10 Prozent. Das zwingt Krankenhäuser, ihre Betriebsmittel zu einem beträchtlichen Teil ihrem Zweck zu entfremden.

2004 wurde ein pauschaliertes Entgeltsystem eingeführt, das auf dem australischen DRG-System basiert. Damit sollte ein umfassendes System von Leistungspreisen eine Strukturbereinigung erzwingen. Schon damals hatten Fachleute darauf hingewiesen, dass das DRG-Modell ursprünglich in zentral budgetierten Systemen Ressourcen von oben nach unten verteilen sollte. Das deutsche Krankenhaussystem gründet jedoch auf lokalen, rechtlich unabhängigen Budgetverhandlungen in jedem Krankenhaus, die zudem mit einem Verhandlungsergebnis vor Schiedsstellen ziehen konnten. Die Verteilung wird hierzulande also von unten festgelegt.

Unter dem Strich hat das DRG-System in Deutschland zu kürzeren Verweildauern und mehr Klinikaufenthalten geführt. Viele Häuser bauten ihre erlösstarken ärztlichen Kapazitäten zu Lasten der erlösschwachen Pflege aus. Ein inkonsistenter Rechtsrahmen und ungleiches Handeln von Bund und Ländern brachten uns heute alle negativen Anreizwirkungen von DRG, wie medizinisch fragwürdige Leistungsausweitungen und ausgedünnte Pflege. Die gewollte Strukturkonsolidierung aber wurde komplett verfehlt. Es wäre falsch, deshalb das Fallpauschalensystem abzuschaffen.

Notwendig für eine gute Krankenhausversorgung ist Zentralisierung und Spezialisierung. Sinnvoll ist es, wenn sich je Region wenige Kliniken spezialisieren, weil Erfahrung zu besseren Ergebnissen führt. Die BAR-MER macht sich für eine solche Zentrenbildung in den deutschen Kliniken stark.

Mecklenburg-Vorpommern könnte diese Strategie vorantreiben, die von medizinischen Fachgesellschaften und Krankenkassen unterstützt wird. Darüber hinaus muss die Krankenhausplanung schnell zu einer sektorübergreifenden und qualitätsorientierten Versorgungsplanung werden. Damit könnte bei weiteren Anpassungen, wie z.B. die korrekte Ermittlung von Zeitaufwänden in der Kinder- und Jugendmedizin, eine zukunftssichere Finanzierung gewährleistet werden.

- 2. Welchen prozentualen Anteil des BIP halten Sie für Ausgaben für die medizinische Versorgung der Bevölkerung für sinnvoll und anstrebenswert (Bitte unterteilen in: Gesamt und ggf. anteilig in Stationäre Versorgung, Ambulante Versorgung und Zahnmedizinische Versorgung)?**

Die Gesundheitswirtschaft hat eine erhebliche ökonomische Bedeutung für den Standort Deutschland. Die Bruttowertschöpfung der Gesundheitswirtschaft lag zuletzt bei mehr als 12 Prozent des Bruttoinlandsprodukts. Die Gesundheitswirtschaft ist damit weiterhin eine Wachstumsbranche auf Expansionskurs, wobei die medizinische Versorgung in den Ländern von unterschiedlich großer Bedeutung für die Gesundheitswirtschaft ist. Insbesondere in den östlichen Bundesländern trägt sie aber bereits in großem Maße zur Bruttowertschöpfung in der Gesundheitswirtschaft bei.

In Mecklenburg-Vorpommern liegen das BIP, aber auch die Beschäftigtenzahlen im Gesundheitsbereich, deutlich über dem Bundesdurchschnitt. Rein statistisch sind aber die Gesundheitsausgaben stärker als das Bruttoinlandsprodukt – wie in fast allen Bundesländern - gestiegen.

Eine Empfehlung, welche prozentualen Anteile für den stationären bzw. ambulanten Versorgungsbereich sinnvoll erscheinen, ist nicht möglich. Kritisch betrachten und begleiten muss man aber, wenn die Gesundheitsausgaben weiter deutlich steigen als die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit.

- 3. Wie stehen Sie zur Zweiteilung der medizinischen Versorgung in Deutschland aufgrund der Unterteilung in privat und gesetzlich Versicherte und den sich daraus ergebenden unterschiedlichen Honorarkatalogen?**

Die Teilung des Krankenversicherungsmarkts in eine gesetzliche und eine private Krankenversicherung (GKV und PKV) ist nicht mehr zeitgemäß. Damit die Versicherten eine Wahl zwischen den besten Versorgungsangeboten haben, müssen sich das gesetzliche und das private Versicherungssystem einander annähern.

In den letzten Jahren hat der Gesetzgeber durch zahlreiche Reformen eine Konvergenz beider Versicherungssysteme vorangetrieben. Für einen vereinheitlichten Versicherungsmarkt bedarf es weiterer gesetzgeberischer Schritte.

Zu einem vereinheitlichten Versicherungsmarkt gehört das Recht aller Versicherten, ihre Krankenversicherung ohne Nachteile frei zu wählen. Deshalb sollte ein nachteilsfreies Wechselrecht für alle Privatversicherten geschaffen werden, das die vollständige Mitnahme der Alterungsrückstellungen zum neuen Versicherer einschließt.

Sowohl für PKV-Versicherte als auch für GKV-Versicherte sollten die vertragsärztlichen Leistungen über einen neuen Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) vergütet werden. Die Entwicklung eines neuen EBM in der ambulanten Versorgung eröffnet auch die Möglichkeit, die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu integrieren.

- 4. Wie stehen Sie zur Vielfalt der Krankenkassenlandschaft in Deutschland?**

Die Vielfalt der Krankenkassenlandschaft hat sich bewährt. Der Wettbewerb führt zu einer starken Kundenorientierung und schafft im Bereich der Versorgung Innovationen. Durch die Anpassung des Risikostrukturausgleich ist der Wettbewerb fairer geworden.

5. Die Versorger erleben derzeit Sachkostensteigerungen um das 4 -10fache gegenüber den kalkulierten Daten in den gültigen Honorarkatalogen. Dies belastet derzeit allein die am Patienten tätigen Versorger. Warum reagieren die Kassen nicht auf kurzfristige Sachkostensteigerungen in Katastrophen- oder Pandemie-fällen?

Wir gehen davon aus, dass sich „derzeit“ auf die Zeit seit Beginn der Pandemie bezieht. Steigerungen bei Sachkosten sind aufgrund der erhöhten Nachfrage insbesondere bei Schutzausrüstungs- und Hygieneartikeln zu verzeichnen. Insofern unterstellen wir, dass die Fragestellung auf diese Preissteigerungen abzielt.

Nur der Vollständigkeit halber sei erwähnt, dass die Krankenkassen selbstverständlich keinen Einfluss auf die Preisbildung an (internationalen) Märkten haben, sodass eine Reaktion an dieser Stelle nicht möglich ist.

Für die (de)zentrale Beschaffung und Finanzierung des plötzlichen Mehrbedarfs an Schutzausrüstungs- und Hygieneartikeln wurden zur Aufrechterhaltung des Gesundheitssystems sehr kurzfristig sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene diverse (Übergangs-)Vereinbarungen geschlossen. Die (de)zentrale Beschaffung – wie sie beispielsweise bei den niedergelassenen Ärzten überwiegend erfolgt ist - hat den Vorteil, dass die Finanzierung unmittelbar durch die Kostenträger erfolgt. Für die Mehrkosten bei selbstbeschaffter Schutzkleidung sind je nach Leistungs-/Versorgungsbereich unterschiedliche Regelungen getroffen worden (z.B. Hygienezuschläge für Reha-Einrichtungen und Rettungsdienst).

6. Die Anbieter von Medical- und Arzneiprodukten haben in den letzten Jahrzehnten einen Konzentrationsprozess durchlaufen. Wie reagieren die Krankenkassen auf Wucher-/Monopolpreise der Anbieter im Medicalprodukte- und Arzneimittelbereich im Gesundheitsmarkt?

Die Preisbildung von Arzneimittel ist in der Arzneimittelpreisverordnung geregelt. Grundlage für die Preisbildung ist der vom Pharmaunternehmen frei kalkulierbare Abgabepreis. Apotheken und der Großhandel erheben auf ihre Einkaufspreise in der Höhe gesetzlich vorgeschriebene Zuschläge. Für Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen muss der Hersteller sofort bei der Markteinführung Nachweise über den Zusatznutzen für die Patienten vorlegen. Der Gemeinsame Bundesausschuss entscheidet, ob und welchen Zusatznutzen ein neues Arzneimittel hat. Auf dieser Grundlage vereinbart der Hersteller mit der gesetzlichen Krankenversicherung einen Erstattungsbetrag, der ab dem 13. Monat nach der Markteinführung gilt. Im ersten Jahr kann der Hersteller den Preis frei gestalten. Der Gesetzgeber ist hier gefordert, die bereits vorhandenen Instrumente, so zu schärfen, dass der Erstattungsbetrag rückwirkend ab Markteinführung Gültigkeit entfaltet, ohne Ausnahme alle neueingeführten Wirkstoffe

das Verfahren durchlaufen und das Verfahren ggf. durch eine Kosten-Nutzenbewertung ergänzt wird.

7. Der gesetzlich Versicherte erhält in der Zahnmedizin die Grundleistung von seiner Krankenkasse erstattet, auch wenn er sich auf eigene Kosten eine höherwertige Versorgung leistet; d.h. der Patient zahlt ggf. nur den Differenzbetrag selbst. Warum findet dieses Prinzip nicht auch in der ambulanten Humanmedizin Anwendung?

Hier muss unterschieden werden zwischen Leistungen, die für sich allein gesehen eine reine privat Zahnärztliche bzw. privatärztliche Behandlung darstellen, sogenannte Selbstzahlerleistungen, oder durch die Wahl einer höherwertigen Versorgung zu Mehrkosten auf Patientenseite führt.

Beispielhaft seien die professionelle Zahnreinigung für die Zahnmedizin und die Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) in der Humanmedizin als klassische Selbstzahlerleistungen genannt. Diese sind vom Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung nicht umfasst.

In der Zahnmedizin gibt es weitere Konstellationen, welche so in der Humanmedizin nicht bekannt sind. Diese betreffen die Kieferorthopädie und die Versorgung mit Zahnersatz.

Sofern die Versicherten kieferorthopädische Leistungen wählen, die mit der im einheitlichen Bewertungsmaßstab für Zahnärztliche Leistungen abgebildeten kieferorthopädischen Leistung vergleichbar sind und sich lediglich in der Durchführungsart oder durch die eingesetzten Behandlungsmittel (z. B. die eingesetzten Materialien) unterscheiden, trägt die Krankenkasse die Kosten der im einheitlichen Bewertungsmaßstab für Zahnärztliche Leistungen abgebildeten vergleichbaren kieferorthopädischen Leistungen. Die Kosten werden als Sachleistung über die Kassenzahnärztliche Vereinigung abgerechnet.

Für den Versicherten bedeutet dies, dass die ihm gestellte Rechnung für die kieferorthopädische Behandlung nur den Differenzbetrag zwischen den Kosten der vom Versicherten gewählten kieferorthopädischen Leistung und den Kosten für die vergleichbare im einheitlichen Bewertungsmaßstab für Zahnärztliche Leistungen abgebildete Leistung ausweisen darf. Werden neben vertraglichen Leistungen, Mehrleistungen oder Zusatzleistungen erbracht, ist der Versicherte vor Beginn der Behandlung vom Kieferorthopäden über mögliche Behandlungsalternativen aufzuklären (§ 29 Abs. 7 SGB V).

Ähnlich ist es bei der Versorgung mit Zahnersatz. Die Regelversorgung (§§ 55, 56 SGB V) orientiert sich an den Zahnmedizinisch notwendigen Zahnärztlichen und Zahntechnischen Leistungen, die zu einer dem Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechenden Versorgung des jeweiligen Befundes führen. Dazu wurde das befundorientierte Festzuschuss-System für

den Zahnersatz eingeführt. Zusätzlich können jedoch noch private Mehrleistungen, die der Kosmetik/ Ästhetik (z.B. Vollverblendungen oder Verblendungen im nicht sichtbaren Bereich) und/oder einer Komfortverbesserung (z.B. Verbindungsvorrichtungen) dienen, geplant werden. Diese privaten Mehrkosten werden den Versicherten nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. nach der Bundeseinheitlichen Benennungsliste für Zahntechnik (BEB) in Rechnung gestellt.

8. Für Krankenhäuser können durch individuelle Vergütungsverhandlungen „Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ (NUB) extra vergütet werden. Warum wird dies im ambulanten Bereich nicht ebenso gehandhabt?

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) werden von Ärzten dann eingesetzt, wenn die Mittel der anerkannten und über die Krankenkasse vergütungsfähigen Leistungen der Schulmedizin entweder ausgeschöpft oder im Einzelfall nicht erfolgversprechend sind. Tatsächlich erfolgt die Beurteilung der Abrechnungsfähigkeit einer NUB bis zu deren abschließender Nutzenbewertung für den ambulanten und den stationären Sektor nach unterschiedlichen Prinzipien. Dieses ist auf gesetzliche Bestimmungen zurückzuführen, welche wir im Folgenden erläutern.

Erlaubnisvorbehalt in der ambulanten Versorgung

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 135 Abs. 1 SGB V dürfen als vertragsärztliche Leistung zu Lasten der Krankenkassen nur erbracht und abgerechnet werden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V deren Anerkennung empfohlen hat. Die Grundsätze des Wirtschaftlichkeitsgebotes verbieten den Trägern der Gesetzlichen Krankenversicherung, die Erprobung neuer Methoden oder die medizinische Forschung zu finanzieren.

Das Ergebnis der Prüfung von Anträgen neuer Verfahren wird vom G-BA in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) veröffentlicht. Diesen Richtlinien kommt normativer Charakter zu, d.h. sie stellen nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes unmittelbar verbindliches und nach außen wirksames Recht dar, welches für die Krankenversicherungsträger und Vertragsärzte verbindlich ist; außerhalb dieses Rahmens haben Versicherte grundsätzlich keine Leistungsansprüche.

Solange der G-BA die medizinische Notwendigkeit einer neuen Methode nicht positiv bewertet und somit erlaubt hat, ist die Anwendung der betreffenden NUB zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) „verboten“.

Verbotsvorbehalt im Krankenhaus

Für Krankenhäuser hat der Gesetzgeber der besonderen Situation einer stationären Behandlung Rechnung getragen. Hier gilt im Vergleich zur ambulanten Versorgung das umgekehrte Prinzip, nämlich ein Verbotsvorbehalt für die Anwendung der jeweiligen NUB. Dies resultiert aus § 137c Abs. 3 SGB V. Dieser legt fest, dass neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Rahmen des GKV-Systems auch ohne positiven Richtlinienbeschluss durch den G-BA erbracht werden dürfen. Dies gilt jedoch nur, wenn sie das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bieten und die Anwendung nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgt. Der Verbotsvorbehalt gilt so lange, bis der G-BA auf Antrag eine Prüfung mit anschließender Bewertung vorgenommen hat. Die Antragsberechtigten sind gesetzlich festgelegt. Sofern die Methodenbewertung ergibt, dass der Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit nicht gegeben ist, wird die Methode per Richtlinienbeschluss aus dem Leistungskatalog ausgeschlossen. Eine Abrechnungsmöglichkeit ist dann auch für Krankenhäuser nicht mehr gegeben.

Innovationen sind wichtig und unerlässlich für die Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung. So können beispielsweise herkömmliche Behandlungsmethoden, die mit schweren Nebenwirkungen verbunden sind, durch neue Verfahren ersetzt werden. Dabei muss eine geregelte Einführung der Innovationen in die Regelversorgung gewährleistet werden. Die Sicherheit der Patienten hat jedoch oberste Priorität – auch und gerade bei neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Innovationen gehören ausschließlich in erfahrene Hände, die über das Know-how für eine strukturierte Einführung im Rahmen klinischer Studien verfügen. Eine Ausweitung auf den ambulanten Bereich ist nicht sinnvoll.

9. Aus Sicht der Niedergelassenen Operateure beinhaltet die Vergütung gleicher Operationen im ambulanten und stationären Sektor eine Wettbewerbsverzerrung, da die ambulant tätigen Ärzte die Infrastruktur selbständig finanzieren müssen. Wie beurteilen Sie diese Situation?

Die BARMER hat in ihrem 10-Punkte-Papier zur Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung gefordert, eine einheitliche Vergütung für definierte Leistungen an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu schaffen. Der Gesetzgeber sollte die Vereinbarung einer pauschalierten Vergütung ermöglichen, mit denen gleiche Leistungen gleich vergütet werden, unabhängig davon, ob die Leistung in der vertragsärztlichen Versorgung oder in Kliniken erbracht wird. Wird eine eigene Vergütungssystematik geschaffen, die für Ärzte und Krankenhäuser gleichermaßen gelten soll, muss auch ein einheitlicher Rahmen für die Bedarfsplanung und den Versorgungsauftrag geschaffen werden.

10. Trotz anteilig gesunkener Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für die zahnmedizinische Versorgung und steigenden Versorgungsansprüchen der Patienten gibt es nach wie vor eine jährliche Budgetierung für vertragszahnärztliche Leistungen. Warum wird diese Budgetierung nicht abgeschafft?

Die Vergütung für die vertragszahnärztliche Versorgung erfolgt auf Grundlage des § 85 SGB V. Dieser bestimmt, dass die zu vergütenden vertragszahnärztlichen Leistungen von den regionalen Vertragspartnern als Festbetrag oder auf der Grundlage des Bewertungsmaßstabes nach Einzelleistungen, nach einer Kopfpauschale, nach einer Fallpauschale oder nach einem System vereinbart werden, das sich aus der Verbindung dieser oder weiterer Berechnungsarten ergibt. Sollte dabei die Gesamtvergütung auf der Grundlage von Einzelleistungen vereinbart sein, ist ein Ausgabenvolumen nach zu bestimmen. Insofern sind durch den Gesetzgeber kostenbegrenzende Komponenten vorgesehen und durch die Vertragspartner auf Landesebene in den Vereinbarungen zu berücksichtigen.

VI. Telemedizin / Datenschutz

1. Welche infrastrukturellen und organisatorischen Voraussetzungen werden für einen realistischen, flächendeckenden Einsatz von Telemedizin benötigt? Welche Konzepte haben die Krankenkassen, um Telemedizin zu einer breiteren Anwendung zu bringen? Welche Maßnahmen werden ergriffen, um umfassenden Datenschutz zu gewährleisten und so Vertrauen bei den Patienten/innen zu schaffen, solche Angebote anzunehmen? Ist die Zusammenarbeit mit dem Landesdatenschutzbeauftragten im Bereich der gesundheitlichen Versorgung gegeben? Wenn ja, in welcher Form? Wenn nein, welcher Expertise bedient sich die Kassen? Durch welche Maßnahmen können die Krankenkassen sicherstellen, dass die von Experten bemängelte Datensicherheit im Gesundheitswesen zukünftig flächendeckend sichergestellt wird?

Die Entwicklungen im Bereich der Informationstechniken (IT) schaffen viele neue Möglichkeiten im Gesundheitswesen. Viele Entwicklungen sind bereits umgesetzt oder angestoßen, andere warten auf ihre Implementierung. Manchmal besteht der Eindruck, die technischen Entwicklungen eilen der Umsetzung in der Medizin weit voraus.

Im Fokus der Krankenhäuser z.B. stehen die Menschen mit ihren Erkrankungen, Sorgen sowie Nöten und dies wird sich auch nicht ändern, denn dafür sind sie da. Scheinbar besteht hier ein Widerspruch – ein Spannungsfeld – zwischen dem Einsatz neuer Technologien, der Weiterentwicklung der Strukturen unter Berücksichtigung der neuen Möglichkeiten, aber auch zum Dienst an den Patientinnen und Patienten. Dies äußert sich in deutlichen Vorbehalten und insbesondere in der Geschwindigkeit der Einführung neuer Technologien. Eine Digitalisierung ist dann sinnvoll, wenn sie den Patientinnen und Patienten dient oder in deren Interesse ist. Wir zählen hierzu auch die Erleichterung von Arbeitsabläufen oder der Analyse von Arbeitsprozessen.

Sie dienen nicht den Patientinnen und Patienten, wenn digitale Technologien zum Selbstzweck werden; wenn Daten nur um ihrer selbst willen erhoben und Auswertungen nur gemacht werden, weil „man sie machen kann“.

Telemedizinische Angebote können zwar die klassische ärztliche Versorgung nicht ersetzen, bieten aber für die Sicherstellung einer hochwertigen und flächendeckenden medizinischen Versorgung großes Potenzial. Um dieses Potenzial für Versicherte nutzbar zu machen, war insbesondere die Aussetzung des sogenannten „Fernbehandlungsverbotes“ eine wegweisende und aus unserer Sicht richtige Entscheidung. Die Corona-Pandemie zeigt, wie wichtig Videosprechstunden für die medizinische Versorgung sein können. Bei den Behandlern hat sich die digitale Fernbehandlung etabliert. So haben laut einer Umfrage der Stiftung Gesundheit im Mai dieses Jahres mehr als 50 Prozent der Ärztinnen und Ärzte eine Videosprechstunde angeboten (2017 waren es keine 2 Prozent). Telemedizin stößt in Mecklenburg-Vorpommern jedoch insbesondere dort an ihre Grenzen, wo die digitale Infrastruktur fehlt. Aufgrund dessen muss als Voraussetzung das Ziel der Landesregierung, den größten Teil des Landes mit Breitband-Internet zu versorgen, zwingend eingehalten werden.

Für uns als Krankenkasse ist Datenschutz von je her ein zentrales Thema, da Versichertendaten hochsensibel und besonders schützenswerte Informationen sind. So wurden für die Umsetzung der Datensicherheit im Zusammenhang mit der BARMER eCare (elektronische Patientenakte) die extrem hohen Vorgaben des BSI (Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik) und der gematik befolgt.

Gesetzliche Grundlage für die Patientenakte ist das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG). Hier ist festgelegt, dass die gesetzlichen Krankenkassen zum 1.1.2021 eine von der gematik zugelassene ePA anbieten müssen. Mit den technischen Vorgaben ist die gematik betraut, die Krankenkassen setzen diese und damit gleichzeitig die Vorgaben des Gesetzgebers um. Dabei wurde sehr viel Wert daraufgelegt, dass die datenschutzrechtlichen Bestimmungen eingehalten werden und höchste Priorität haben. Durch die aktuellen Entwicklungen sind die gesetzlichen Krankenkassen in eine Dilemma-Situation aus gesetzlicher Verpflichtung einerseits und Datenschutzbedenken andererseits geraten. Wir brauchen hier unbedingt Klarheit und Rechtssicherheit, um die Umsetzung der ePA weiter vorantreiben zu können.

2. Wozu generieren die Krankenkassen Daten über die Hausarztverträge? Inwiefern kommen diese Daten den Versicherten, oder der Versorgung insgesamt zugute? Was rechtfertigt den Einsatz von Versichertengeldern, um diese Daten zu generieren?

Wie in allen Bereichen gilt auch hier das Prinzip der Datensparsamkeit sowie die Einhaltung aller datenschutzrechtlichen Bestimmungen, insbesondere der DSGVO. Zudem können wir versichern, dass in diesem Zusammenhang für die Erhebung von Daten keine zusätzlichen finanziellen Mittel eingesetzt werden.

Der § 295 a SGB V sieht vor, dass alle Patienten, die an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen, ausführlich über die Nutzung und Verwendung ihrer personenbezogenen Daten informiert werden und der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der HZV zustimmen müssen.

Nachfolgend aufgeführte Daten werden für die Durchführung der HZV erhoben und verarbeitet. Bei den Datenübermittlungsverfahren handelt es sich immer um gesicherte und verschlüsselte Verfahren, welche in der gesamten GKV einheitlich geregelt und vorgeschrieben sind.

HZV-Teilnahmedaten:

Die „Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte“ wird durch den Hausarzt in der Regel an ein Rechenzentrum des Hausärzteverbandes geschickt. Das Rechenzentrum bereitet die Teilnahmeerklärungen (in Form von sog. Einschreibebelagen) als Datensätze auf und leitet diese in elektronischer Form an die BARMER weiter.

Folgende persönliche Patienten- und Teilnahmeangaben werden hierfür übermittelt: Name, Anschrift, Geburtsdatum, Versicherten-Nr., Daten zum gewählten Hausarzt, Teilnahmebeginn sowie ein Merkmal über die HZV-Teilnahme.

Bei der BARMER werden die Daten der Teilnahmeerklärung geprüft. Dabei wird jedem Teilnehmer ein Teilnahmezustand zugewiesen. Mögliche Teilnahmezustände sind „Teilnahme (T)“, „Ablehnung (A)“ und „Prüfung (P)“.

Die BARMER übermittelt dem Rechenzentrum des Hausärzteverbandes bzw. der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) vor jedem Abrechnungsquartal ein Teilnahmeverzeichnis.

HZV-Abrechnungsdaten:

Damit der gewählte Hausarzt eine Vergütung für seine Leistungen erhält, muss er eine Abrechnung erstellen. Hierzu übermittelt der Hausarzt gemäß § 295 a SGB V die Daten verschlüsselt an das vom Hausärzteverband bzw. der KV beauftragte Rechenzentrum.

Dort werden die Abrechnungsdaten entschlüsselt und auf Richtigkeit geprüft. Anschließend erstellt das Rechenzentrum aus den erhaltenen Daten eine Abrechnungsdatei, die der BARMER verschlüsselt zur Verfügung gestellt wird.

Folgende persönliche Patienten- und Teilnahmeangaben werden hierfür übermittelt: Name, Geschlecht, Kontaktdaten, Geburtsdatum, Versicherungsnummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus, Teilnahmedaten, Gültigkeit der Krankenversicherungskarte, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Gebührennummern und ihr Wert; Angaben zu den dokumentierten Leistungen, Verordnungsdaten, Diagnosen nach ICD 10 je Behandlungstag mit Datumsangabe; Überweisungen und Unfallkennzeichen unter Angabe des Abrechnungsquartals.

Befundaustausch:

Um eine optimale Versorgung sicherstellen zu können, ist der Austausch von Befunden zwischen den behandelnden Ärzten und Therapeuten sinnvoll. Mit der Einwilligung des Versicherten zur Datenverarbeitung und Teilnahme an der HZV wird ausdrücklich das Einverständnis erklärt, dass Auskünfte darüber sowie Befunde und Therapieempfehlungen zwischen den behandelnden Ärzten und Therapeuten ausgetauscht werden. Im Einzelfall kann der Versicherte der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.

Wechsel des behandelnden Hausarztes:

Innerhalb der HZV übergibt der bisherige Hausarzt dem neu gewählten Hausarzt eine Kopie der wesentlichen Behandlungsdaten, Befunde und Berichte. Hierzu ist zwingend die Zustimmung des Versicherten notwendig.

- 3.** Patientendaten sind hochsensible Daten und müssen gut und dauerhaft geschützt sein. An den Datenschutz in der gesamten Medizin werden daher zu Recht sehr hohe Anforderungen gestellt. Im Rahmen der Etablierung der Telemedizininfrastruktur (TI) im gesamten Gesundheitswesen wurden allerdings in der Vergangenheit wiederholt Sicherheitslücken festgestellt. Mit der Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) sowie der elektronischen Ausstellung von Rezepten und Krankenschreibungen im kommenden Jahr werden an die Datensicherheit der TI sehr hohe Anforderungen gestellt. Allerdings hat die ePA schon jetzt mit einer Reihe von technischen Problemen zu kämpfen. So räumte Gesundheitsminister Jens Spahn kürzlich ein, dass es 2021 noch nicht möglich sein wird, individuell festzulegen, welche Inhalte der ePA zur Ansicht freigegeben sind. Der Patient kann also nicht wie geplant selbst entscheiden, welche Informationen der Akte für welchen Arzt, Apotheker oder Therapeuten einsehbar sind. Laut Professor Ulrich Kelber, dem Bundesbeauftragten für Datenschutz, verstößt das vor kurzem vom Bundestag beschlossene Patientendatenschutzgesetz gegen die europäische Datenschutzgrundverordnung. Kelber drohte demzufolge an, die Einführung der ePA zu stoppen. Bleibt das Gesetz unverändert, würden die Datenschutzrechte von Patienten und die Datenschutzpflichten von Ärzten erheblich eingeschränkt. Das Gesetz verpflichtet jedoch Krankenhäuser und Ärzte, dass sie Patienten bei der erstmaligen Aktivierung und Nutzung der ePA unterstützen!

Dazu folgende Fragen:

- 3.1** Wie konnte es in der Vergangenheit zu diesen Sicherheitslücken kommen?

Siehe Antwort Frage V, 1

- 3.2** Welche Maßnahmen werden ergriffen, um Sicherheitslücken im Rahmen der Nutzung der TI in Zukunft zu verhindern?

Siehe Antwort Frage V, 1

- 3.3** Welche Maßnahmen werden ergriffen, um Verstöße gegen die europäische Datenschutzgrundverordnung im Rahmen der Einführung weiterer Funktionen der elektronischen Gesundheitskarte (ePA, elektronisches Rezept + AU) auszuschließen?

Siehe Antwort Frage V, 1

- 3.4** Warum wird Ärzten, die aufgrund der o.g. bekannten Mängel mit der Einführung der Telematikinfrastruktur in ihrer Praxis zögern, mit Sanktionen und Honorarkürzungen gedroht?

Die Pflicht zur Anbindung an die Telematikinfrastruktur (TI-Struktur) beruht auf einer gesetzlichen Regelung. Gemäß § 291 Abs. 2b Satz 14 SGB V sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, die die Prüfung nach § 291 Abs. 2b Satz 3 SGB V ab dem 01.01.2019 nicht durchführen, von einer pauschalen Vergütungskürzung um 1 Prozent betroffen. Nach § 291 Abs. 2b Satz 3 SGB V prüfen die Ärzte (...) bei der erstmaligen Inanspruchnahme ihrer Leistungen durch einen Versicherten im Quartal die Leistungspflicht der Krankenkasse durch Nutzung der Dienste nach § 291 Abs. 2b Satz 1 SGB V. Mit diesen Diensten ist die TI-Struktur gemeint.

Eventuelle Honorarkürzungen sind aufgrund dieser gesetzlichen Regelung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen vorzunehmen.

- 3.5** Welche Maßnahmen werden ergriffen, um die durch die o.g. Punkten verringerte Attraktivität von medizinischen Berufen zu erhöhen?

Die Frage haben wir unter A, II, 5. beantwortet.

B. Gesamteinschätzung/ Bewertung

1. Wie beurteilen Sie allgemein die aktuelle medizinische Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern in Qualität und Quantität (ambulant und stationär)? Welche Probleme sind zu benennen (bitte auch in ihrer Wertigkeit bzw. Dringlichkeit ihrer Lösung) und welche Auswirkungen haben diese Mängel auf die Patientenversorgung. Welche Herausforderungen werden für die Zukunft gesehen?
2. Wie wird die flächendeckende Versorgung definiert? Gibt es gegenwärtig unterversorgte bzw. überversorgte Regionen?
3. Worin sehen Sie die Ursachen der von Ihnen benannten Mängel?

Die Fragen 1.-3. werden im Zusammenhang beantwortet

Während die Metropolregionen in Deutschland seit Jahren wachsen, müssen ländliche Räume mit schrumpfenden Einwohnerzahlen zurechtkommen. Diese Entwicklung hat nicht zuletzt Auswirkungen auf die medizinische Versorgung. Stadtbewohner haben weniger Probleme, einen Arzt zu finden und bei Apotheken herrscht Vielfalt.

Menschen, die in kleinen Kommunen leben, verlieren häufig zunächst ihren Hausarzt und anschließend die Apotheke. Im Krankheitsfall sind dann lange Wege die Regel. Es muss davon ausgegangen werden, dass sich die Abwanderung aus den ländlichen Räumen in Mecklenburg-Vorpommern weiter verstetigt. Die Probleme wachsen ebenso schnell, wie Kommunen diesen mit Aktivitäten zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung in ihrem Verantwortungsbereich zu begegnen versuchen.

Viele Kommunen haben die Strukturierung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum auf ihre Agenda gesetzt. Stichworte lauten hier:

- Landarztpraxen erhalten
- Arztsitze sichern
- Nachfolger gewinnen
- Gesundheitszentren initiieren
- MVZ-Gründungen fördern
- Ärztliche Kooperationen unterstützen

Verschiedene Ursachen haben zu den heutigen Strukturproblemen beigetragen: Aus den ländlichen Räumen wandern vor allem jüngere Menschen – meist aus beruflichen Gründen – ab, während die Älteren, die häufiger medizinische Leistungen in Anspruch nehmen müssen, zurückbleiben. Zudem erreichen die geburtenstarken Jahrgänge langsam das Ruhestandsalter. Das macht sich auch im Gesundheitssektor bemerkbar. So plant fast jeder vierte Arzt in den kommenden fünf Jahren aus dem Berufsleben auszuschcheiden.

Jenseits der Metropolregionen dünnt die medizinische Versorgung immer weiter aus, so dass in einigen Gebieten bereits eine Unterversorgung konstatiert werden muss.

Gesundheitsversorgung muss daher als kommunale Kernaufgabe verstanden werden. In unserem 10-Punkte-Papier haben wir Lösungsansätze aufgezeigt.

C. Zukunftsansätze

1. Wie werden sich die Versorgungsschwerpunkte in den kommenden zehn Jahren verschieben? Was ist aus Ihrer Sicht notwendig, um eine bedarfsgerechte und flächendeckende medizinische Versorgung in Zukunft sicherzustellen?

Durch den sich abzeichnenden demografischen Wandel und den sich verschärfenden Fachkräftemangel im Gesundheitsbereich ist den Herausforderungen nur mit einer sektorenübergreifenden Planung und Versorgung zu begegnen.

2. Welche Ansätze sehen Sie, diesen Herausforderungen zu begegnen? Welche sind die zehn wichtigsten Forderungen aus Sicht ihrer Krankenkasse zur zukünftigen Gestaltung der Gesundheitsversorgung in?

1. Kapazitätsplanung durch Leistungsplanung ersetzen

Mit der Weiterentwicklung zu einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung wird die Orientierung an den bestehenden Kapazitäten von Ärztsitzen und Krankenhausbetten aufgegeben zugunsten einer Ausrichtung am tatsächlichen Bedarf an medizinischen Leistungen.

2. Auftrag für die gemeinsame Selbstverwaltung und ein neutrales Institut

Die gemeinsame Selbstverwaltung legt den sektorenübergreifenden Leistungsbereich fest. Ein neutrales Institut führt Leistungs- und Abrechnungsdaten zusammen und ermittelt die Behandlungskapazitäten, zum Beispiel das Statistische Bundesamt.

3. Bundesweiter Datensatz dient als „empirischer Anker“

Die statistischen Referenzwerte des neutralen Instituts dienen den sektorenübergreifenden Landesgremien als „empirischer Anker“ für die sektorenübergreifende Versorgungsplanung.

4. Landesgremium für die sektorenübergreifende Planung wird verpflichtend

Die Länder werden verpflichtet, ein sektorenübergreifendes Landesgremium einzurichten. Dieses legt den Bedarf an medizinischen Leistungen in der Region fest.

5. Sicherstellung im sektorenübergreifenden Leistungsbereich neu ordnen

Der Sicherstellungsauftrag für den neuen sektorenübergreifenden Leistungsbereich liegt bei der Kassenärztlichen Vereinigung im Einvernehmen mit dem Land. Perspektivisch erfolgt die Sicherstellung unter Einbindung der sektorenübergreifenden Landesgremien.

6. Notfallbehandlung sektorenübergreifend ausrichten

Der ambulante ärztliche Bereitschaftsdienst, Klinikambulanzen sowie die Notaufnahme in Krankenhäusern werden sektorenübergreifend und nach einheitlichen Kriterien organisiert. Hierzu werden Integrierte Leitstellen und Notfallzentren in den Ländern eingerichtet.

7. Sektorenübergreifendes Vergütungssystem schaffen

Für definierte Leistungen (sektorenübergreifende indikationsspezifische Leistungskomplexe) an der Schnittstelle zwischen allgemeiner fachärztlicher Versorgung und Grund- und Regelversorgung im Krankenhaus wird eine einheitliche Vergütung geschaffen.

8. Regionale Versorgungsverbünde entwickeln

Versorgungsverbünde sind eine Antwort auf die Forderung nach einer stärkeren Vernetzung der Leistungserbringer. Sie können die Zusammenarbeit und Kommunikation an den Sektorengrenzen entscheidend verbessern.

9. Potentiale von Digitalisierung und Delegation nutzen

Für eine Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung ist die digitale Vernetzung aller Beteiligten von wesentlicher Bedeutung. Notwendig ist auch eine neue Arbeitsteilung zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Professionen.

10. Sektorenübergreifende Versorgung in Modellprojekten erproben

Praxistauglichkeit ist die Voraussetzung für den Erfolg und die Akzeptanz von Strukturveränderungen. Die BARMER spricht sich deshalb für die Erprobung sektorenübergreifender Versorgung in Modellregionen unter Beteiligung der Krankenkassen aus.

- 3.** Welches sind die drei wichtigsten Projekte Ihrer Krankenkasse, die für die zukünftige gesundheitliche Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern als Modell dienen können oder wesentlich neue Erkenntnisse bieten und eine praxisorientierte Umsetzung beinhalten. Skizzieren Sie maximal drei zukunftssträchtige Versorgungsprojekte, die in Mecklenburg-Vorpommern stattfinden oder für das Land eine herausragende Bedeutung haben.

verbunden damit:

Beschreiben Sie mögliche und notwendige digitale Lösungsansätze der Patientenversorgung und des Gesundheitsmanagements aus ihrer Sicht.

Welche aktuellen Modellprojekte gibt es?

Welche stehen unter der Schirmherrschaft ihrer Krankenkasse?

Für die Weiterentwicklung in der medizinischen Versorgung sind sogenannte Innovationsfond-Projekte maßgeblich. Mit dem Innovationsfonds sollen neue Versorgungsformen zur Verbesserung der Versorgung sowie die Versorgungsforschung gefördert werden. Gut evaluierte Projekte können in die Regelversorgung überführt werden. Die BARMER ist aktuell an 79 geförderten Innovations-Fond-Projekten bundesweit beteiligt. Davon sind 49 Projekte den neuen Versorgungsformen zuzurechnen und 30 Projekte zählen zum Bereich der Versorgungsforschung.

Hierbei unterstützen wir vielfältige Themen, um eine möglichst große Bandbreite abzudecken. Es gibt beispielsweise Projekte zur ärztlichen und sektorenübergreifenden Zusammenarbeit, zur Arzneimittelsicherheit, Versorgung von Menschen mit seltenen Erkrankungen u.v.m. Eine Wertigkeit kann hier nicht vorgenommen werden, da die Projekte für den jeweils betroffenen Personenkreis eine hohe Bedeutung haben und jeweils neue und wertvolle Impulse für die Regelversorgung geben können. Im Folgenden werden drei ausgewählte Projekte vorgestellt, an denen die BARMER beteiligt ist und die in Mecklenburg-Vorpommern umgesetzt werden.

PAIN 2020 – Gemeinsam mit dem Schmerzzentrum am Krankenhaus Hagenow

Etwa 27 Prozent der Bevölkerung leiden unter chronischen Schmerzen. Oft sind die Betroffenen auch körperlich und psychisch beeinträchtigt, was ihre Lebensqualität stark einschränkt. Die Therapie chronischer Schmerzen ist zurzeit häufig von einer Über-, Unter- oder Fehlversorgung geprägt.

Um chronische Schmerzen zu vermeiden, müssen die an der Diagnostik und an der Therapie beteiligten Berufsgruppen (Fachärzte, Physiotherapeuten und Psychotherapeuten) künftig stärker und rechtzeitig zusammenarbeiten. Zudem sind die Betroffenen im Umgang mit ihrer Erkrankung besser zu schulen und in die Therapieentscheidungen einzubeziehen.

Das Projekt PAIN 2020 untersucht, ob eine neue Versorgungsform die Versorgungsqualität und -effizienz von Menschen mit Risikofaktoren für chronische Schmerzen verbessern kann. Ein Element dieser neuen Versorgungsform ist die umfassende Untersuchung der Betroffenen in Form eines interdisziplinären multimodalen Assessments durch ein Team aus ärztlichen, psychologischen und physiotherapeutischen Disziplinen. Die BARMER arbeitet hier mit dem Schmerzzentrum am Krankenhaus Hagenow eng zusammen. Aktuell wird dort eine Gruppe betreut, die nach den neuen Erkenntnissen behandelt. Das Institut für CommunityMedicine der Universität Greifswald begleitet und evaluiert das Projekt.

CARE-FAM-NET – Kinder mit seltenen Erkrankungen, deren Geschwister und Eltern

CARE-FAM-NET steht für „Children affected by rare disease and their families – network“. Eine Erkrankung gilt als selten, wenn nicht mehr als 5 von 10.000 Menschen von ihr betroffen sind. Schätzungen zufolge leben in Deutschland etwa zwei Millionen Kinder und Jugendliche mit einer seltenen Erkrankung. Betroffene Familien sind häufig körperlich und psychisch hoch belastet, denn die dauernde Pflege und Unterstützung des erkrankten Kindes kann kräftezehrend sein. Studien zufolge werden beispielsweise zwischen 30 und 40 Prozent der Mütter in Folge der erheblichen Belastungen depressiv oder entwickeln eine Angststörung. Auch die Geschwisterkinder weisen ein erhöhtes Risiko für Verhaltensstörungen auf, denn sie wachsen in einem Lebensumfeld auf, das durch die Pflege und medizinische Versorgung des erkrankten Kindes geprägt ist.

Hier setzt das Konsortium CARE-FAM-NET an, um die bestehende Lücke an psychosozialer Versorgung von Familien mit betroffenen Kindern und Jugendlichen zwischen 0 und 21 Jahren zu schließen. Dafür arbeiten im Konsortium insgesamt 45 Konsortialpartner mit Kooperationspartnern aus Jugendhilfe, Bildungssystem und Bundespolitik eng zusammen. Das gemeinsame Ziel ist eine sektorenübergreifende psychosoziale Versorgung für Kinder mit seltenen Erkrankungen, deren Geschwister und Eltern in die Regelversorgung. Dafür werden die Kinderkliniken mit einer psychosozialen Versorgungseinheit und dem regionalen Zentrum für seltene Erkrankungen vernetzt und zwei neue Ansätze erprobt, die sowohl die Diagnostik als auch die Früherkennung und Behandlung psychischer Begleiterkrankungen aller Familienangehörigen leisten sollen.

Mit einer niederfrequenten Familienintervention in etwa sechs bis acht Gesprächen über ein halbes Jahr oder einer Online-Beratung sollen alle betroffenen Kinder und Angehörigen frühestmöglich begleitend zur Behandlung individuelle psychosoziale Hilfen erhalten, die eine positive Krankheitsbewältigung unterstützen und psychischen Störungen begegnen. Eingeschlossen werden 1.000 Familien mit Kindern mit seltenen Erkrankungen. Im Erfolgsfall wird durch die neuen Versorgungsformen eine bedeutsame Versorgungslücke geschlossen und die psychische Gesundheit und Lebensqualität von Kindern mit Seltene Erkrankungen und ihren Angehörigen nachhaltig verbessert.

LandRettung – Notfallversorgung in Mecklenburg-Vorpommern

Die Einsatzzahlen von Notärzten steigen seit mehreren Jahren deutlich. Gleichzeitig stehen in ländlichen Regionen immer weniger Notärzte zur Verfügung. Besonders in dünn besiedelten Landkreisen wird es daher zunehmend schwierig, die durchschnittliche Hilfsfrist von 10 Minuten ab

Alarmierung einzuhalten. Hinzu kommt, dass in Mecklenburg-Vorpommern saisonal und gebietsweise sehr viele Touristen zusätzlich versorgt werden müssen.

Das Projekt LandRettung zielt darauf ab, die Notfall-Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern zu sichern. Die neue Versorgungsform umfasst mehrere Elemente und ist sehr vielschichtig. Zentrales Element ist der Telenotarzt, der in Gebieten mit längeren Anfahrten den professionellen Rettungsdienst unterstützt.

Für Patienten mit einem Herz-Kreislaufstillstand sollen zudem geschulte Laien und ausgebildete Ersthelfer die Zeit bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes überbrücken. Zusätzlich wird die Zusammenarbeit des Kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes, des Rettungsdienstes und der Notaufnahme neu geordnet.

Während der gesamten Erprobungsphase wird geschaut, ob die neue Versorgungsform in medizinischer und wirtschaftlicher Hinsicht besser ist als in vergleichbaren Landkreisen. So wird beispielsweise die Verfügbarkeit und Qualität von Notarzteinsätzen sowie deren Kostenentwicklung ausgewertet. Zudem wird in einer arbeits- und organisationswissenschaftlichen Evaluation untersucht, wie sich die Kooperationsbeziehungen entwickeln, welche Widerstände einer Vernetzung im Wege stehen und welche Impulse die Umsetzung erleichtern.

Im Erfolgsfall kann die neue Versorgungsform in ähnlich dünn besiedelten Regionen in Mecklenburg-Vorpommern und in anderen Bundesländern in das bestehende Gesundheitssystem eingebaut werden.

- 4. Was müsste aus Ihrer Sicht unternommen werden, um in der Bevölkerung das Vertrauen für notwendige Veränderungsprozesse zu stärken?**

Siehe Frage 2

- 5. Welchen Korrekturbedarf sehen Sie bezüglich des aktuell gültigen Krankenhausplanes?**

Zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern verpflichtet das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) die Bundesländer, Krankenhauspläne aufzustellen. Es soll eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung erreicht werden, was als zusätzliches Zielkriterium für krankenhauserplanerische Entscheidungen der Länder eingeführt wurde.

Die Krankenhauslandschaft unterliegt einem tief greifenden Wandel. Besonders deutlich spiegelt sich der Wandel in der Entwicklung der Krankenhaus- und Bettenzahlen sowie in deren Verteilung auf öffentliche, freigemeinnützige und private Krankenhausträger wider. Aber auch viele

andere Indikatoren, darunter z. B. die durchschnittliche Verweildauer der Patienten oder die Anzahl der stationären Behandlungsfälle, machen deutlich, dass sich sowohl die Strukturen als auch das Leistungsgeschehen der Krankenhäuser mit hoher Geschwindigkeit fortentwickeln.

Der gültige Krankenhausplan seit 2012 in Mecklenburg-Vorpommern ist als Rahmenplanung angelegt und hatte sich mit seinen Richtwerten für eine angemessene Platz- und Bettennutzung angesetzten Auslastungsgraden bewährt.

Der Krankenhausplan muss sich aber der Bedarfsentwicklung anpassen. Die Krankenhausplanung sollte sich nicht länger an Betten orientieren, sondern an Fallzahlen und dem tatsächlichen Bedarf.

- 6. Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären Bereichen der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern, welche Probleme sehen Sie und welche Lösungsvorschläge hätten Sie?**

Die Frage haben wir unter C, 2. beantwortet.

- 7. Wie müsste aus Ihrer Sicht die ambulante Notfallversorgung aufgestellt sein? Wie müssten ambulanter und stationärer Notdienst sowie Rettungsdienst miteinander verzahnt sein?**

In den letzten Jahren ist die Inanspruchnahme der Notfallaufnahmen der Krankenhäuser und der Rettungsdienste kontinuierlich gestiegen. Von diesen Patienten könnten rund 30 bis 40 Prozent nach einer ärztlichen Ersteinschätzung in einer ambulanten Bereitschaftspraxis behandelt werden.

Es gibt viele Gründe dafür, dass immer mehr Patienten die Notfallaufnahmen aufsuchen, obwohl dies aus medizinischen Gründen gar nicht erforderlich wäre. Dazu zählen insbesondere die 24-stündige Verfügbarkeit der Notfallaufnahmen, Termenschwierigkeiten beim Arzt, die Unsicherheit bei plötzlich auftretenden Erkrankungen oder bei Unfällen und offenbar fehlendes Wissen über die ambulante Versorgungsstruktur im Notfall.

Die Bundesregierung hat den Reformbedarf erkannt und im Koalitionsvertrag die Notwendigkeit neuer Strukturen festgehalten.

Dabei müssen die drei Sektoren – vertragsärztlicher Bereitschaftsdienst, Krankenhausnotaufnahme und Rettungsdienst – besser organisiert und aufeinander abgestimmt werden. Das Ziel der Reform muss eine koordinierte, sektorenübergreifende Notfallversorgung sein, die sich an den Bedürfnissen der Patienten orientiert.

Der Patient muss von Anfang an die Hilfe bekommen, die er tatsächlich benötigt.

Ein neues Konzept muss aus drei zentralen Elementen bestehen: einer einheitlichen Notfallnummer, Telefonleitstellen als erstem Lotsen und

speziellen Notfallzentren (für die ambulante und stationäre Versorgung unter einem Dach) in der Klinik als zentrale Anlaufstelle.

Anstehende Neuregelungen müssen sich unbedingt im Rahmen des geplanten Gesetzgebungsverfahrens zur Neustrukturierung der Notfallversorgung wiederfinden.

8. Welche Empfehlungen des GBA zur medizinischen Versorgung bewerten Sie kritisch und welche alternativen Vorschläge, zum Beispiel zur Erreichbarkeit von Fachabteilungen oder zu anderen Empfehlungen, haben Sie?

Der G-BA sollte die Mindestmengen und Vorgaben für weitere Eingriffe verbindlich festlegen, wenn diese wissenschaftlich gerechtfertigt sind. Die G-BA-Vorgaben für die Erreichbarkeit von Krankenhäusern müssen auf realistischen Modellen basieren und zu nachvollziehbaren Fahrzeiten führen. Wenn die nächsten Kliniken nicht in 30 und 60 Minuten erreichbar sind, müssen primär Rettungsdienste und Zubringerdienste für Angehörige optimiert werden.

Die Länder müssen zusätzlich die apparative Ausstattung für eine leitliniengerechte Behandlung verbindlich festlegen.

Qualität darf nicht länger nur ein „weiteres Kriterium“ der Krankenhausplanung sein, sondern als Selbstverständnis in der medizinischen Versorgung betrachtet werden.

9. Wie kann die Zusammenarbeit mit dem Bund, den Kommunen, den Kassen, der KV, der Krankenhausgesellschaft und den Vertretern der Pflege in verbindlicher, ergebnisorientierter Weise sichergestellt werden?

Die Frage haben wir unter C, 2. beantwortet.

10. Welche die Versorgungsplanung flankierenden, ökonomischen Instrumente der Landesregierung sind vorstellbar, um die Umsetzung der Versorgungskonzepte zu erleichtern?

Das Land sollte seiner gesetzlichen Aufgabe nachkommen und die Investitionsmittel für die Krankenhäuser dem Bedarf anpassen. Die Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern hat in einer öffentlichen Anhörung zur Recht auf fehlende Investitionsmittel hingewiesen. „Mit Blick auf die vergangenen 15 Jahre und auch den vorliegenden Doppelhaushalt 2020/2021 wird das Land Mecklenburg-Vorpommern seiner Verantwortung gegenüber den Kliniken des Landes jedoch nicht gerecht. Es besteht inzwischen ein exorbitanter Investitionsstau.“ Seit Jahren hat sich das Fördervolumen aber weder in der Einzelförderung noch in der Pauschalförderung für die Krankenhäuser erhöht. Für die Jahre 2020/2021 sind jeweils 27 Millionen Euro im Landeshaushalt eingestellt. Den vorgenannten Einzelfördermitteln steht inzwischen eine Antragssumme von 260 Mio. Euro gegenüber.

11. Wie kann eine flächendeckend vernetzte, wohnortnahe ärztliche Versorgung sichergestellt werden?

Die Frage haben wir unter C, 2. beantwortet.

12. Wie sind Mindestangebote und mengenkritische Bedarfe in ein auch ökonomisch tragfähiges Verhältnis zu bringen?

Die aktuellen Herausforderungen, stetig steigende Qualitätsanforderungen und die Verschärfung der Mindestmengendiskussion in Deutschland führt auf Seiten der Krankenhäuser vermehrt zu Aussagen, nicht mehr wirtschaftlich arbeiten zu können.

Krankenhäuser wollen und müssen sich spezialisieren und einvernehmliche Schwerpunkte herstellen bzw. die Strukturen von Kliniken und Fakultät weitentwickeln. Unternehmenssteuerungen müssen noch effizienter erfolgen, das „richtige“ Leistungsportfolio festlegen und Kooperationen und strategische Partnerschaften anstreben.

Innovationen und Alleinstellungsmerkmale mit Wachstumspotential müssen mit der Sicherung und Verbesserung der Qualität einhergehen. Nur mit einer bestehenden Qualitätssicherung können die Patientinnen und Patienten bedarfsgerecht und wirtschaftlich versorgt werden.

13. Wie können ländliche, kleine Krankenhäuser ambulante und stationäre Leistungen so zusammengeführt anbieten, dass Investitionen und Personalkosten wirtschaftlich sind?

Die Frage haben wir unter C, 2. beantwortet.

14. Welche Formen mobiler Angebote der ärztlichen Betreuung und der Medikamentenverteilung sind von kleinen Krankenhäusern aus organisierbar und finanzierbar?

Die ambulante Behandlung durch Krankenhäuser umfasst eine Vielfalt unterschiedlicher Aufgabenstellungen und Vergütungsformen. Das Spektrum reicht von der Hochschulambulanz über die Ermächtigung, psychiatrische Institutsambulanzen bis zu ambulanten Operationen.

Die Krankenhäuser erhalten zunehmend Möglichkeiten, Patienten in ganz unterschiedlichen Rechtsrahmen ambulant zu behandeln.

Welche Versorgungsmöglichkeiten insbesondere kleine Krankenhäuser mit einem engen Personalbudget haben, kann an dieser Stelle nicht abschließend beantwortet werden.

Der Medikamentenverteilung durch Krankenhäuser sind durch die einschlägigen Gesetze im Apothekenbereich enge Grenzen gesetzt.

Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung

**4. Sitzung der Enquete-Kommission „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“
am 9. September 2020**

Vortrag Henning Kutzbach, Landesgeschäftsführer Mecklenburg-Vorpommern

Sektorenübergreifende Versorgungsplanung

Status Quo

- Unterschiedliche Zuständigkeiten: Ambulante Bedarfsplanung nach Vorgaben des G-BA durch KVen und Kassen / stationäre Planung durch Bundesländer
- Zahlreiche Regelungen zur Öffnung der Krankenhäuser

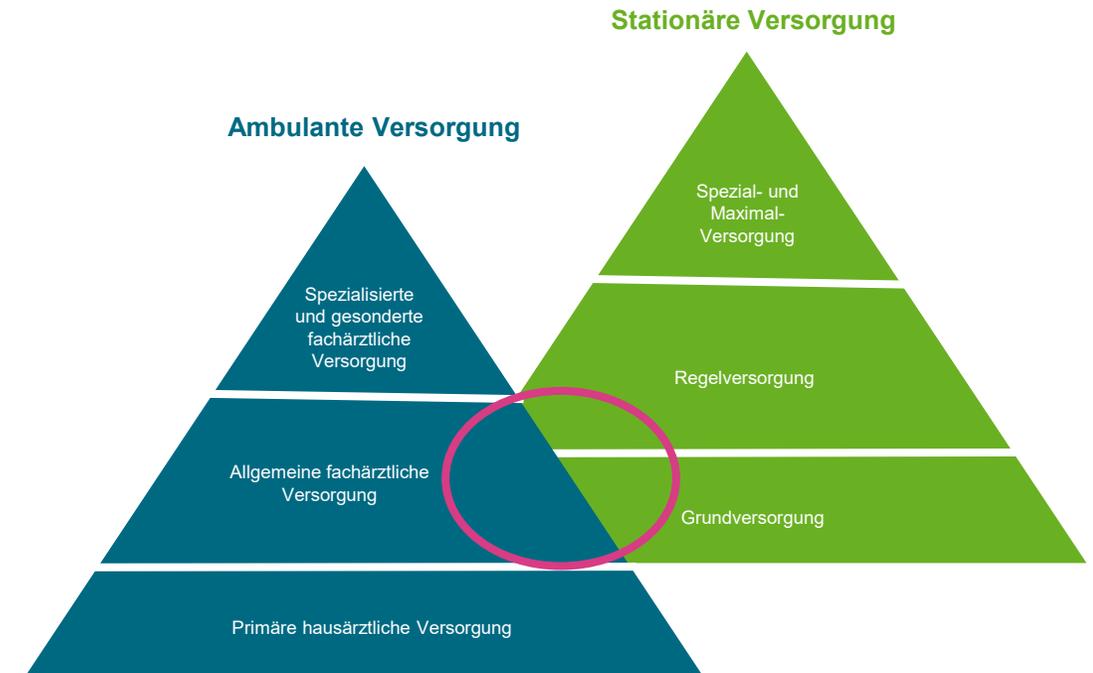


- Keine Abstimmung bei Planung ambulant / stationär
- Gleiche medizinische Leistungen unterliegen unterschiedlichen Bedingungen für Zugang, Vergütung, Qualität, Leistungsdefinition
- Leistungen werden dort erbracht, wo die Vergütung höher ist
- Sicherstellungsauftrag uneinheitlich

Vermeidung von Fehlanreizen durch gemeinsame Planung

Definition Versorgungsbereich

- Fokus auf Schnittstelle zwischen allgemeiner fachärztlicher Versorgung sowie Grund- und Regelversorgung
- Fachärztliche Leistungen, die sowohl ambulant als auch stationär erbringbar sind
- Ausgenommen sind primäre hausärztliche Versorgung, spezialisierte und gesonderte fachärztliche Versorgung (ambulant) und Spezial- und Maximalversorgung (stationär)



Kapazitätsplanung durch Leistungsplanung ersetzen

Definition Versorgungsbereich

- Gesetzgeber beauftragt die Selbstverwaltung mit Erarbeitung von Richtlinien für die sektorenübergreifende Versorgungsplanung
- Selbstverwaltung definiert Leistungskatalog (GKV-Spitzenverband, KBV und DKG – Partner für die Bestimmung des AOP-Katalogs)
- Einbeziehung der Expertise von Fachgesellschaften
- Orientierung an bereits konsentierten Katalogen für ambulant erbringbare Leistungen (AOP- und ASK-Katalog) – wichtige Vorüberlegungen wurden bereits gemacht

Es gibt viele Vorüberlegungen für die Definition der Leistungen

Definition Versorgungsbereich

Bundesweite Referenzwerte als Bedingung für bedarfsgerechte, regionale Versorgungsplanung

„Empirischer Anker“

- Notwendig: Bundesweite Referenzwerte als Planungsgrundlage in den Ländern
- Neutrale Stelle auf Bundesebene stellt regelmäßig (z. B. im zweijährigen / jährlichen Rhythmus) Daten zur Verfügung, unter Einbeziehung der medizinischen und technischen Entwicklung
- Daten können regionalbezogen Über-, Unter- und Fehlversorgung aufzeigen

Neutrale Stelle auf Bundesebene

- Kein neues Institut, sondern eines mit Erfahrung (z. B. Statistisches Bundesamt)
- Nur neutrale Stelle findet notwendige Akzeptanz
- Abrechnungs- und Leistungsdaten an neutraler Stelle zusammenführen
- Beauftragung der gemeinsamen Selbstverwaltung mit der Vereinbarung notwendiger Datenstrukturen, Termine, Verfahren, der geeigneten Indikationen und der Methodik der Leistungsbedarfe und Behandlungskapazitäten

Datenbereitstellung dient Versorgungsoptimierung

Sektorenübergreifende Landesgremien

Verpflichtendes Landesgremium für die sektorenübergreifende Planung

- Gesetzliche Verpflichtung der Länder zur verbindlichen Einführung eines Gremiums für die sektorenübergreifende Versorgungsplanung (§ 90b SGB V – neu –)
- Ausrichtung des Gremiums auf eine künftige sektorenübergreifende Versorgungsplanung
- Stimmberechtigt sind Kassen, KVen, KH-Gesellschaften und Gesundheitsministerien
- Patientenvertreter sind beratend beteiligt

90b-Gremium	
<ul style="list-style-type: none">▪ Krankenkassen▪ Kassenärztliche Vereinigungen (KV)▪ Krankenhaus-Gesellschaften▪ Gesundheitsministerien	stimmberechtigt
<ul style="list-style-type: none">▪ Patientenvertreter	beratend

Sektorenübergreifende Landesgremien

Überwindung der Sektoren nur mit bundeseinheitlichen Vorgaben für die sektorenübergreifende Planung

- Analyse der regionalen Versorgungssituation und Festlegung des Bedarfs an Leistungen
- Beachtung medizinischer, demografischer, technischer Entwicklung / Standards
- Benennung des Delegations- und Substitutionspotenzials
- Herauslösen des sektorenübergreifenden Leistungsbereichs aus der herkömmlichen Bedarfs- und KH-Planung, Bereinigung von Leistungen und Budgets
- Anwendung einer einheitlichen Vergütung in Form von sektorenübergreifenden indikationsbezogenen Leistungspauschalen

Sektorenübergreifende Sicherstellung

Sicherstellungsauftrag der KV findet seine Grenzen dort, wo Anreizsysteme nicht mehr wirken

- Länder führen aufgrund bundesgesetzlicher Vorgabe (SGB V) verbindlich die sektorenübergreifende Versorgungsplanung ein
- Sicherstellung obliegt der KV – gegebenenfalls im Einvernehmen mit dem Land (Kontinuität)
- Sicherstellung perspektivisch unter Einbindung der sektorenübergreifenden Landesgremien (§ 90b-Gremien)

Schrittweise Einführung

Planung „behutsam“ weiterentwickeln

- Sicherstellung zunächst bei KV im Einvernehmen mit KH-Planungsbehörde
- Beibehaltung der Planungsbereiche gemäß Bedarfsplanungsrichtlinie
- Zulassungsverfahren gemäß KV, gegebenenfalls Übertragung auf erweiterten Landesausschuss
- Aufnahme des Leistungsbereichs in die sektorenübergreifende Qualitätssicherung

Sektorenübergreifende Versorgung in der Praxis

Regionale Versorgungsverbünde schaffen

- Vernetzung von Leistungserbringern, um die Ressourcen einer Region optimal zu nutzen
- Sicherstellung einer sektorenübergreifenden Versorgung besonders im ländlichen Raum
- Kooperation einer Vielfalt von Beteiligten mit unterschiedlichen Organisations-, Eigentums- und Rechtsformen

Modellvorhaben anstoßen

- Erprobung der sektorenübergreifenden Versorgung in unterschiedlichen Regionen mit unterschiedlichem Bedarf
- Sammeln von Erfahrungswerten
- Mögliche Zusammenarbeit von Länderministerien und Leistungserbringern / Kostenträgern

Vielen Dank

Beantwortung des Fragenkatalogs „Krankenkassen Enquete-Kommission
„Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern“

Der am 26.08.2020 zur Verfügung gestellte Fragenkatalog umfasst annähernd 50 teilweise umfangreiche Fragen. Damit ist er mit einer großen Anfrage an den Landtag vergleichbar.

In der, für die Beantwortung gesetzten Frist war eine umfangreiche und ausführliche Beantwortung aller Fragen nicht möglich. Daher wurden einige Detailfragen zusammengefasst beantwortet.

A. Grundsatzfragen / Detailfragen

A.1 Grundsatzfragen

- 1. Inwieweit teilen Sie die Auffassung (aus dem Einsetzungsbeschluss), wonach eine bedarfsgerechte, gute und erreichbare Gesundheitsversorgung als elementarer Bestandteil der öffentlichen Daseinsvorsorge zu betrachten ist?**

Die Sicherstellung der medizinischen Versorgung gehört zu einer der wichtigsten Aufgaben der Daseinsvorsorge. Die DAK-Gesundheit sieht mit Blick auf die demographische Entwicklung und des sich abzeichnenden Fachkräftemangels im Bereich der medizinischen Versorgung die Notwendigkeit, die aktuelle Versorgungssituation zu analysieren und aus den Ergebnissen dieser Analyse Maßnahmen abzuleiten, die auch für die Zukunft eine qualitativ gute, bedarfsnotwendige und erreichbare Versorgung für alle Bürgerinnen und Bürger des Landes sicherstellt.

- 2. Was leitet sich daraus aus Ihrer Sicht ab?**
- 3. Welche Kriterien bestimmen aus Ihrer Sicht die Qualität einer medizinischen Versorgung der Bevölkerung von Mecklenburg-Vorpommern? Wie werden die Qualitätsindikatoren den Patientinnen und Patienten zur Verfügung gestellt?**

Antwort zu Fragen 2 und 3

Alle Bürgerinnen und Bürger müssen Zugang zu einer qualitativ dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechenden medizinischen Versorgung haben. Die Rechtzeitigkeit der Diagnostik muss sichergestellt werden. Den Patientinnen und Patienten müssen in adäquater, verständlicher Form Informationen über den Gesundheitszustand, die vorgesehene Behandlung und ggfs. vorhandene Alternativen zur Verfügung gestellt werden. Die vorgesehenen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen müssen angemessen, zweckmäßig und wirtschaftlich sein.

Mitarbeitende in Gesundheitsberufen müssen kontinuierlich an Aus-, Weiter- und Fortbildungsmaßnahmen teilnehmen, um jeweils auf dem aktuellen Erkenntnisstand der Wissenschaft und Forschung behandeln zu können.

Eine routinemäßige Information der Patientinnen und Patienten über alle Leistungsbereiche gibt es nicht. Lediglich Krankenhäuser sind zur Veröffentlichung Ihrer Qualitätsberichte verpflichtet. Darüber hinaus werden die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen im Pflegebereich im Internet veröffentlicht.

A.2 Detailfragen

I. Stationäre Versorgung

- 1. Wie bewerten Sie die Krankenhausedichte in M-V und welche Vor- bzw. Nachteile ergeben sich aus dieser?**
- 2. Welche Bedeutung haben aus Ihrer Sicht Sicherstellungszuschläge und welchen Änderungsbedarf sehen Sie?**

Beantwortung der Fragen 1 und 2:

Bereits im Rahmen der Arbeit der Enquete-Kommission „Älter werden in M-V“ wurden zu diesem Themenkomplex umfangreiche Erhebungen durchgeführt und Gutachten eingefordert. Wir verweisen daher auf den Abschlussbericht aus dem Juli 2016. Seitdem hat sich an der Krankenhausedichte nichts Gravierendes verändert. Im Kapitel E sind die Erkenntnisse und Empfehlungen der Kommission dargestellt.

Die Krankenhausedichte in Mecklenburg-Vorpommern darf nicht nur aus Sicht der Erreichbarkeit für die Bevölkerung betrachtet werden. Große Bedeutung für die Planung muss der Qualität der dort erbrachten Leistungen beigemessen werden. Hier stellt sich dann die Frage, ob in allen Häusern / Fachabteilungen das Patientenaufkommen groß genug ist, damit die für die Behandlungsqualität erforderliche Menge an Behandlungen erreicht werden kann.

Nach dem Krankenhausentgeltgesetz werden Sicherstellungszuschläge gewährt, wenn die für die Versorgung der Bevölkerung notwendige Vorhaltung von Leistungen, die auf Grund des geringen Versorgungsbedarfs mit den auf Bundesebene vereinbarten Fallpauschalen und Zusatzentgelten nicht kostendeckend finanzierbar ist. Qualitätsaspekte sind in diesem Zusammenhang nicht zu berücksichtigen.

Aktuell können Krankenhäuser parallelen Anspruch auf Sicherstellungszuschläge nach zwei gesetzlichen Grundlagen haben.

Ohne weitere Prüfung auf Landesebene haben Krankenhäuser Anspruch auf einen jährlichen Zuschlag in Höhe von 400.000 €, wenn dies durch die Vertragspartner auf der Bundesebene beschlossen wurde (§ 9 Abs. 1a Nr. 6 KHEntgG). Das trifft in M-V aktuell für 23 Standorte zu, darunter 2 Häuser der Maximalversorgung.

Unabhängig davon können Krankenhäuser beim zuständigen Ministerium einen Sicherstellungszuschlag beantragen. Bedingung für die Gewährung dieses Zuschlags ist u. a. ein Bilanzverlust im Vorjahr und die Erfüllung der G-BA Vorgaben.

Das Ministerium hat für einige Krankenhäuser diese Anträge positiv beschieden. Anders als in anderen Bundesländern wurde den Kassen vor der Entscheidung

kein rechtliches Gehör gewährt. Für die Kassen ist nicht nachvollziehbar, ob das Defizit auf Grund des fehlenden Versorgungsbedarfs entstanden ist, oder ob dies durch eine wirtschaftlichere Betriebsführung zu vermeiden bzw. zu minimieren gewesen wäre.

Hier sehen wir dringenden Änderungsbedarf, da Gelder der Solidargemeinschaft nicht zum Ausgleich von fehlender wirtschaftlicher Betriebsführung verwendet werden dürfen.

- 3. Wo liegen aus Sicht der Krankenkassen Probleme in folgenden Bereichen und was wird zu deren Behebung getan? (bitte immer stationär, ambulant und Schnittstellen sowie städtisch und ländlich geprägte Versorgungsräume)**
- a. Kinder- und Jugendmedizin**
 - b. Geriatrische Versorgung**
 - c. Palliativ- und schmerzmedizinische Versorgung**
 - d. psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung**
 - e. Anschlussheilbehandlungen und Rehabilitation**
 - f. Versorgung seltener Erkrankungen**
 - g. Gendermedizin**
 - h. Medizinische Versorgung von Migrant/innen**
 - i. Barrierefreiheit im Gesundheitswesen**
 - j. Erreichbarkeit von Haus- und Fachärzten sowie weiteren Behandlern in der Fläche**
 - k. Medikamentenversorgung**

Grundsätzlich besteht in einem Flächenland mit einer dünnen Besiedelung das Problem, die medizinische Versorgung im gebotenen Umfang und einer zumutbaren Erreichbarkeit vorzuhalten. Gerade die fachärztliche Versorgung in den dünnbesiedelten Regionen ist mit dem Problem konfrontiert, dass das Patientenaufkommen für die Einzelpraxis häufig zu gering ist, um die Praxis wirtschaftlich zu betreiben. Bei der Niederlassung spielen diese wirtschaftlichen Überlegungen selbstverständlich eine wichtige Rolle und sind ein Entscheidungskriterium bei der Wahl des Praxissitzes, die dann häufig für eine größere Stadt ausfällt.

Auch Krankenhäuser sind mit diesem Problem konfrontiert. Die Verteilung der Krankenhäuser in der Grund- und Regelversorgung führt zwar zu einer akzeptablen Erreichbarkeit, insbesondere kleinere Krankenhäuser können jedoch durch das geringe Patientenaufkommen in wirtschaftliche Schwierigkeiten geraten. Diese führen häufig dazu, dass an den Häusern ökonomisch lukrative Behandlungsangebote etabliert werden. Als Folge davon droht angebotsinduzierte Nachfrage von Gesundheitsleistungen, ohne dass in jedem Fall eine wirtschaftliche Stabilität erreicht wird. Beispielhaft sei hier die Etablierung von zwei Linksherzkatheter-Messplätzen in einem kleinen Kreiskrankenhaus genannt.

Die vom Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit quartalsweise zur Verfügung gestellte Belegungsstatistik weist aus, dass die Krankenhäuser in M-V z. B. im ersten Quartal 2020 im Durchschnitt über alle Fachabteilungen zu ca. 76 % ausgelastet waren. (Die coronabedingte Freihaltung von Krankenhausbetten wurde

erst zum Quartalsende verfügt, somit sind die Zahlen noch repräsentativ). Dabei schwankt die Auslastung von 37,50 % in der Kinderchirurgie bis 95,75% in der Herzchirurgie.

Diese Auslastungsgrade können dahingehend interpretiert werden, dass es in M-V ausreichend stationäre Behandlungsmöglichkeiten gibt. Daraus lässt sich aber keine Aussage darüber ableiten, wie stark die Krankenhäuser schon heute vom Fachkräftemangel betroffen sind und Patienten aus diesem Grund nicht oder nur zeitverzögert (z. B. bei planbaren Operationen) aufgenommen werden können.

In Bezug auf die Erreichbarkeit der Behandlungsangebote sowohl ambulant als auch stationär bedarf es besonderer Anstrengungen des Landes M-V, um die entsprechende Infrastruktur im Bereich des ÖPNV vorzuhalten. Insbesondere in dünn besiedelten Regionen haben die Bürgerinnen und Bürger Schwierigkeiten, mit dem ÖPNV z. B. zum Arzt zu kommen. Allein das Zugestehen von Sicherstellungszuschlägen (siehe Ausführungen zu A2) löst die Fragen der Erreichbarkeiten nicht.

- a. Die Probleme in der Kinder- und Jugendmedizin in M-V sind hinlänglich bekannt und Gegenstand der Beratungen im Gemeinsamen Landesgremium nach § 90a SGB V.
- b. Das Geriatriekonzept für M-V wird aktuell überarbeitet. Unabhängig davon ist bekannt, dass es auch im Fachgebiet Geriatrie an Fachärzten mangelt.
- c. In M-V gibt es 13 SAPV-Teams, ein SAPPV-Team (Kinderversorgung) und eine Vielzahl von Krankenhäusern verfügen über Palliativstationen.

Darüber hinaus können

- alle niedergelassenen, hausärztlich tätigen Vertragsärzte die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV).
- 100 Ärzte die besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung erbringen und abrechnen.

Im ambulanten Bereich haben darüber hinaus 34 Ärzte eine Zulassung für die Schmerztherapie.
(Stand August 2020)

- d. Die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgungssituation in M-V stellt sich wie folgt dar.

Stationäre Behandlungskapazitäten Stand 2017: 72,1 Betten je 100.000 Einwohner (Vergleich Bund: 68,0 Betten je 100.000 Einwohner
(Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, abgerufen am 02.09.2020)

Ambulante vertragsärztliche Versorgung: Die psychotherapeutische Versorgung ist mit einem Versorgungsgrad von 100% und mehr je Planungsbereich annähernd sichergestellt. Trotzdem finden Patientinnen und Patienten häufig keine zeitnahe Behandlungsmöglichkeit und müssen lange Anfahrtswege in Kauf nehmen.

Für Neurologen gibt es in den eher ländlich geprägten Zulassungsbezirken noch geringe Niederlassungsmöglichkeiten. (Stand 11.06.2020)

- e. *Im Land Mecklenburg-Vorpommern gibt es eine gute Versorgung im Bereich der Rehabilitation. In der AHB werden neben den Patienten und Patientinnen aus M-V auch viele aus Berlin, Brandenburg und weiteren Bundesländern behandelt.*
- f. *Die vier Krankenhäuser der Maximalversorgung sind in ihrem Behandlungsspektrum breit aufgestellt und übernehmen sowohl stationär als auch ambulant den überwiegenden Teil dieser Patienten. Vereinzelt ist sicherlich die nächste Behandlungsmöglichkeit im UKE in Hamburg oder in der Charité in Berlin.*

Für die spezielle ambulante Versorgung von Kindern und Jugendlichen gibt es darüber hinaus Verträge nach § 120 Abs. 1a SGB V, die sicherstellen, dass die ambulante Krankenhausleistung unabhängig von der Vergütung der Krankenhausambulanzen zusätzlich vergütet wird.

Das Gremium nach § 90a SGB V beschäftigt sich auch mit der Frage, wie die Subspezialisierung der Pädiater zukünftig sichergestellt werden kann.

- g. *Mecklenburg-Vorpommern nimmt in Bezug auf die Gendermedizin keine Sonderrolle in der Bundesrepublik ein. Daher sind hierzu keine landesspezifischen Aussagen möglich.*
- h. *Die medizinische Versorgung von Migranten und Migrantinnen sollte nach gleichen Kriterien erfolgen, wie sie auch für Bundesbürger erfolgt. Die Finanzierung ist über gesonderte Gesetze geregelt.*
- i. *Die Barrierefreiheit in der medizinischen Versorgung ist Gegenstand der Beratungen im Gemeinsamen Gremium nach § 90 a SGB V.*
- j. *Siehe Einleitung zu Frage 3*
- k. *Die Medikamentenversorgung ist durch die Apotheken im Land gut sichergestellt. Bezüglich der - Anfang des Jahres – aufgetretenen Lieferengpässe für einzelne Präparate gibt es aktuell intensive Gespräche und Bemühungen auf der Bundesebene.*

Insgesamt gilt, dass es für die Sicherstellung der Versorgung der Bürgerinnen und Bürger einer besseren Verzahnung der Leistungsbereiche ambulant und stationär hin zu einer sektorenübergreifenden Versorgung bedarf. Dafür ist es erforderlich, dass die strenge sektorale Abgrenzung der Vergütung für die Sektoren aufgehoben wird und das Geld der Leistung folgt.

II. Ambulante Versorgung

1. Ist den Krankenkassen bekannt, dass Facharzttermine in vielen Bereichen trotz Dringlichkeitsvermerk oft nicht möglich sind? Welche Konzepte gibt es?

Das Thema ist bekannt. Ein kassenspezifisches Konzept bedarf es aktuell nicht. Der Gesetzgeber hat das Thema der langen Wartezeiten auf Facharztterminen mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) einer Lösung zugeführt. Gem. § 75 Abs. 1a SGB V haben die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV)

Terminservicestellen einzurichten. Die KV Mecklenburg-Vorpommern informiert die Bürgerinnen und Bürger auf Ihrer Homepage über das Verfahren. Die Informationsblätter sind mit den nachfolgend eingefügten Links abrufbar.

https://www.kvmv.de/export/sites/default/.galleries/downloadgalerie_kvmv/patienten/Patienteninformation_TSS-MV_05112019.pdf

https://www.kvmv.de/export/sites/default/.galleries/downloadgalerie_kvmv/patienten/Patienteninformation_TSS-PSY-MV_05112019.pdf

(abgerufen am 31.08.2020, 14.10 Uhr)

Gelingt es der Terminservicestelle nicht, eine Terminvergabe innerhalb von vier Wochen zu vermitteln, hat sie ersatzweise eine ambulante Behandlung in einer Klinik anzubieten.

2. Wo liegen aus Sicht der Krankenkassen Probleme in folgenden Bereichen und was wird zu deren Behebung getan? (bitte immer stationär, ambulant und Schnittstellen sowie städtisch und ländlich geprägte Versorgungsräume)

- a. **Kinder- und Jugendmedizin**
- b. **Geriatrische Versorgung**
- c. **Palliativ- und schmerzmedizinische Versorgung**
- d. **psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung**
- e. **Anschlussheilbehandlungen und Rehabilitation**
- f. **Versorgung seltener Erkrankungen**
- g. **Gendermedizin**
- h. **Medizinische Versorgung von Migrant/innen**
- i. **Barrierefreiheit im Gesundheitswesen**
- j. **Erreichbarkeit von Haus- und Fachärzten sowie weiteren Behandlern in der Fläche**
- k. **Medikamentenversorgung**

Siehe Antworten zu A.2 Detailfragen Ziffer 3

3. Innerhalb der OECD ist ein Trend zur Ambulantisierung der Medizin zu beobachten. Deutschland befindet sich quantitativ beim ambulanten Operieren auf einem der hinteren Plätze. Wie bewerten Sie diese Situation? Gibt es Pläne dies ggf. zu ändern, und wenn ja welche? Welches Ambulantisierungspotential sehen Sie bei stationären Behandlungen?

Das Problem des ambulanten Potentials im Leistungsbereich der Krankenhäuser ist hinlänglich bekannt. Die Krankenkassen lassen durch den MDK im Rahmen ihres gesetzlichen Auftrags zur Rechnungsprüfung Krankenhausabrechnungen dahingehend prüfen, ob die Behandlung unter stationären Bedingungen erfolgen musste. Kommt der MDK zum Schluss, dass es keine medizinische Begründung für die stationäre Versorgung gab, wird die Abrechnung beanstandet. Durch das MDK-Reformgesetz wurde das Recht der Krankenkassen auf Rechnungsprüfung allerdings drastisch eingeschränkt. Es ist nicht auszuschließen, dass der Anteil der

ambulant durchgeführten Operationen im Krankenhaus als Folge daraus zukünftig sinkt.

Um die Situation zu verbessern, sind gemäß § 115b Absatz 1a SGB V der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung verpflichtet, ein Gutachten in Auftrag zu geben, in dem der Stand der medizinischen Erkenntnisse zu ambulant durchführbaren Operationen, stationersetzenden Eingriffen und stationersetzenden Behandlungen untersucht werden.

Begründet wird diese Verpflichtung genau mit dem in Frage 3 aufgeworfenen Sachverhalt. Gründe für den niedrigen Anteil an ambulanten Operationen werden darin vermutet, dass der AOP-Katalog nach § 115 b Absatz 1 Nummer 1 SGB V seit 2005 nur marginal überarbeitet wurde und das Potential an ambulant durchführbaren Operationen daher nur unzureichend ausgeschöpft wird. Das in Auftrag zu gebende Gutachten soll zur Vorbereitung einer substanziellen Erweiterung des AOP-Katalogs die Grundlage bilden.

- 4. Obwohl Deutschland im internationalen Vergleich bei der Mund- und Zahngesundheit eine Spitzenposition einnimmt, gibt es Personengruppen, die von den Versorgungsmöglichkeiten nicht ausreichend profitieren. Dies betrifft insbesondere alte und pflegebedürftige Menschen, Personen mit Handicaps sowie Kleinkinder bis zum dritten Lebensjahr. Was ist geplant, um die zahnmedizinische Versorgung für diese Personen zu verbessern?**

Für die Versorgung von alten und pflegebedürftigen Versicherten und Personen mit Handicaps gibt es vertragliche Regelungen, die auf § 87 Absätze 2i und 2j in Verbindung mit § 119b SGB V getroffen wurden. Danach werden für das erforderliche Aufsuchen von Personen aus den o. g. Personengruppen im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen zusätzliche Leistungen vorgesehen und vergütet. Für die ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen sind Kooperationsverträge zwischen Zahnärzten und Pflegeeinrichtungen zu schließen. Mit Stand 30.06.2020 bestanden in M-V Verträge mit 123 Pflegeeinrichtungen. 79 Zahnärzte und Zahnärztinnen sind im Rahmen dieser Kooperationen in Pflegeeinrichtungen tätig.

Auch die zahnmedizinische Versorgung von Säuglingen und Kleinkindern ist Gegenstand der Versorgung. Nach Anpassung der Richtlinien über die Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen haben Kinder zwischen dem 6. und 34. Lebensmonat Anspruch auf drei Früherkennungsuntersuchungen. Sich daraus ergebende Behandlungsbedarfe sind Leistungsinhalt der gesetzlichen Krankenversicherung.

https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1848/FU-RL-2019-01-17_iK_2019-07-01.pdf

(abgerufen am 31.08.2020, 15 Uhr)

- 5. Durch die hohe und zunehmende administrative Belastung bleibt den Praxisteams weniger Zeit für die Behandlung und Versorgung von Patienten. Dazu gehören beispielsweise die wachsenden**

Dokumentations- und Kontrollpflichten, die sich aus Gesetzen und Verordnungen wie der Röntgenverordnung, dem Medizinproduktegesetz, dem Patientenrechtegesetz sowie der Datenschutzgrundverordnung ergeben, das komplizierte Abrechnungsverfahren über die Kassenärztlichen Vereinigungen oder das Verfassen von Berichten zum Beispiel für private Krankenversicherungen und Beihilfestellen. Auch durch diese hohe administrative Belastung verliert der Beruf des niedergelassenen Arztes/Zahnarztes für den Nachwuchs zunehmend an Attraktivität. Welche Maßnahmen werden ergriffen, um die ausufernde Bürokratie abzubauen?

Arztanfragen stellen auch für die DAK-Gesundheit einen zusätzlichen Verwaltungsaufwand da. Ein Versand erfolgt nur, wenn eine Leistungsentscheidung auf Grund der vorliegenden Unterlagen nicht sachgerecht möglich ist.

III. Rehabilitation

Wie können die medizinischen Kompetenzen und Ressourcen der Rehakliniken unter Berücksichtigung eines abgestuften und realisierbaren Vorgehens in die medizinische Versorgung im Land einbezogen und integriert werden?

Wünschenswert wäre, dass in Fällen der Nichtsicherstellung der ambulanten Versorgung die Möglichkeiten der Zulassungsverordnung Ärzte konsequent ausgeschöpft würden.

In §§ 31 Abs. 1 und § 31a Ärzte-ZV ist die Möglichkeit der Ermächtigung von Ärzten in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen geregelt. Danach können Ärztinnen und Ärzte, die in Rehabilitationseinrichtungen tätig sind, ermächtigt werden, sofern dies aus quantitativer oder qualitativer Sicht erforderlich ist.

Zitat:

„§ 31 Ärzte-ZV

Die Zulassungsausschüsse können über den Kreis der zugelassenen Ärzte hinaus „weitere Ärzte, insbesondere in Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, stationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation oder in besonderen Fällen Einrichtungen zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung, ermächtigen, sofern dies notwendig ist, um

1.eine bestehende oder unmittelbar drohende Unterversorgung nach § 100 Abs. 1 SGB V abzuwenden oder einen nach § 100 Abs. 3 SGB V festgestellten zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf zu decken oder

2.einen begrenzten Personenkreis zu versorgen, beispielsweise Rehabilitanden in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation oder Beschäftigte eines abgelegenen oder vorübergehenden Betriebes“

§ 31a Ärzte-ZV

(1) 1Die Zulassungsausschüsse können Ärzte, die

1.in einem Krankenhaus,

2. in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Versorgungsvertrag nach § 111 Abs. 2 SGB V besteht, oder

3. nach § 119b Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V in einer stationären Pflegeeinrichtung tätig sind, zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten ermächtigen, soweit sie über eine entsprechende abgeschlossene Weiterbildung verfügen und der Träger der Einrichtung, in der der Arzt tätig ist, zustimmt. ²Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von hierfür geeigneten Ärzten nach Satz 1 nicht sichergestellt wird.“

Neben dem ärztlichen Personal sind in den Einrichtungen beispielsweise auch Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden tätig. Fast alle Rehakliniken verfügen über eine Zulassung zur Erbringung von ambulanten Leistungen und sind damit im Heilmittelbereich schon heute in die ambulante Versorgung integriert.

IV. Patientenorientierung

1. Wie bewerten Sie die Situation der Patientenvertretung und der Patientenorganisationen in M-V und welchen Handlungsbedarf sehen Sie

Vertreterinnen und Vertreter der Patientenorganisationen sind in allen Gremien vertreten, in denen der Gesetzgeber dies nach § 140f SGB V vorsieht. Beispielfhaft seien hier genannt die Zulassungsausschüsse, Berufungsausschüsse, der Landesausschuss Ärzte – Krankenkassen. Sie haben in den entsprechenden Gremien ein Mitspracherecht und das Recht zur Anwesenheit bei Beschlussfassung und werden bei der Durchführung ihrer gesetzlich vorgesehenen Beteiligungsrechte auf Landesebene von den Landesausschüssen nach § 90 SGB V durch geeignete Maßnahmen organisatorisch und inhaltlich unterstützt.

2. Welche Unterstützung bzw. Hinweise für die Patienten/Patientinnen gibt es? Welche Hilfen/Ansprechpartner für Patient/innen gibt es bei den Krankenkassen bei Verdacht auf fehlerhafte Behandlung? Wie werden diese kommuniziert und evaluiert? Werden die Krankenkassen zukünftig ihre Zusammenarbeit mit Drittanbieter (privaten Versicherungen etc.) ausbauen? Wenn ja, wie wird sichergestellt, dass dies im Sinne der Patient/innen ist und nicht der weiteren Ökonomisierung der gesundheitlichen Versorgung sowie der Zunahme privat zu finanzierenden Leistungen dient?

Wir stellen unseren Kundinnen und Kunden über unsere Homepage www.dak.de umfangreiche Informationen zu den Themen Patientenrechte, Behandlungsfehler, Schadensersatz und Co. zur Verfügung. Darüber hinaus stehen unsere Kundenberaterinnen und -berater telefonisch, persönlich in den Servicestellen und über Online-Filiale „Meine DAK“ für Fragen und Informationen zur Verfügung.

3. Welche Entwicklung sehen die Krankenkassen auf dem Weg zu mehr Patientenorientierung im Gesundheitswesen?

Patientenorientierung bedeutet für uns, unsere Kundinnen und Kunden umfangreich über ihre Rechte und Möglichkeiten aufzuklären. Hierfür nutzen wir - neben den üblichen Kommunikationswegen - in erster Linie unsere Homepage.

Beispielsweise klären wir dort umfangreich über das Zweitmeinungsverfahren auf. Mit den Informationen wollen wir erreichen, dass eine Kommunikation zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient auf Augenhöhe möglich wird.

4. Welche Konzepte gibt es, um zukünftig im Pandemiefall die Versorgung der Patient/innen sicherzustellen? Wurden die Patientenorganisationen bzw. ihre aktuellen Erfahrungen in deren Entwicklung einbezogen?

Die Pandemiebekämpfung fällt in den Aufgabenbereich des Staates. In der aktuellen Pandemie arbeiten Bund und Länder zusammen, um eine möglichst bundesweit koordinierte Vorgehensweise zu erreichen.

Das Land Berlin beispielsweise hat einen Beschlussvorschlag in die Amtschefkonferenz der GMK am 02.0.9.2020 zum Thema "Erfahrungen und Schlussfolgerungen in der Pandemiebekämpfung (Lessons learned)": mit nachfolgendem Inhalt eingebracht:

„Durch die Erfahrungen der bisherigen Pandemiebewältigung wurden Lücken ersichtlich, aber auch innovative Ansätze und neue Techniken entwickelt, die bei einer künftigen Bewältigungsstrategie berücksichtigt werden sollten. Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder sehen in den nachfolgenden Bereichen Nachbesserungsbedarf (der Wortlaut des Beschlussvorschlages ist als Anlage 1 beigefügt) und fordern den Bund zur gemeinsamen Umsetzung der notwendigen Maßnahmen auf, um für den weiteren Verlauf und eventuell auftretende neue Pandemien und die damit verbundenen besonderen Belastungen des Gesundheitsbereichs besser und nachhaltig vorbereitet zu sein.“

Dieser Antrag wird bis zur GMK durch alle Länder weiterentwickelt und dann in einen Beschluss einmünden.

5. Ist den Kassen das bundesweite Aktionsbündnis Patientensicherheit bekannt? Wie können die dort erarbeiteten Empfehlungen in MV genutzt werden?

Ja, das Bündnis ist bekannt. Über den vdek gibt es eine intensive Zusammenarbeit. Die DAK-Gesundheit stellt das Material des Bündnisses ihren Kunden und Kundinnen sofern möglich über www.dak.de zur Verfügung.

6. Ist den Krankenkassen die Bandbreite der Arbeit der Patientenvertretung im Land bekannt? (Gremien, Beteiligte, Koordination) Wie unterstützen die Kassen die Arbeit der ehrenamtlichen Patientenvertreter/innen seit Beginn ihrer Arbeit im Jahr 2004? Welche Verbesserungen sind geplant und sind diese mit den maßgeblichen Organisationen zur Interessenvertretung von Patient/innen bzw. der ehrenamtlich arbeitenden Koordinierungsstelle bei der SELBSTHILFE MV abgestimmt?

Die Selbsthilfeorganisationen werden gemäß § 20h SGB V gefördert.

- 7. In welchen Bereichen beziehen die Krankenkassen das Wissen der Patientenorganisationen und ihres Dachverbandes SELBSTHILFE MV ein? Wo nicht? Welche Veränderungen sind denkbar?**

Siehe Antwort zu IV Ziffer 1

- 8. Welche Konzepte gibt es, um Patient/innen und medizinisches Personal im Versorgungsalltag auf Augenhöhe zu bringen? Gibt es dazu Gespräche mit Patientenorganisationen?**

Siehe Antworten zu IV Ziffern 2 und 3

- 9. Welche Konzepte gibt es, um Mitarbeiter/innen der Krankenkassen für die verschiedenen Bedarfe und Ansprüche der Patient/innen zu sensibilisieren?**

Mitarbeitende der DAK-Gesundheit werden regelmäßig geschult. Inhalt der Schulungen sind sowohl Fach- als auch Kommunikationsthemen.

- 10. Welche Beschwerdemöglichkeiten haben Patient/innen, die mit ihren Kassen unzufrieden sind? Wie werden diese Beschwerden ausgewertet und transparent gemacht?**

Das Beschwerdemanagement ist gelebte Kundenorientierung. Unsere Kundinnen und Kunden können sich schriftlich, telefonisch oder digital mit ihren Beschwerden an uns wenden. Beschwerden werden sofort bearbeitet, und grundsätzlich innerhalb von 24 Stunden abschließend erledigt. Ist dies nicht möglich, erhält der Beschwerdeführer telefonisch eine Zwischennachricht.

V. Finanzierung / Vergütung

- 1. Wie bewerten Sie die Wirkung der Fallpauschalen (DRG – Diagnosis Related Groups) als Finanzierungsgrundlage für die stationäre medizinische Versorgung und welche Alternative sehen oder gar bevorzugen Sie?**

Die Fallpauschalen sind nicht perfekt, aber ein gutes System, um eine flächendeckende und wirtschaftliche Krankenhausversorgung sicherzustellen. Sie wurden als lernendes und sich weiterentwickelndes System konzipiert. Jährlich werden die Fallpauschalen vom InEK angepasst. Diese Anpassung erfolgt auf Datenmeldungen der Krankenhäuser. Bedauerlicherweise verweigern die meisten Krankenhäuser in M-V die Meldung der erforderlichen Daten an das Institut. Damit fehlen wertvolle Angaben für die sachgerechte Weiterentwicklung der Pauschalen. Eventuell bestehende Unterfinanzierungen sind auch durch diesen Umstand verursacht.

- 2. Welchen prozentualen Anteil des BIP halten Sie für Ausgaben für die medizinische Versorgung der Bevölkerung für sinnvoll und anstrengenswert (Bitte unterteilen in: Gesamt und ggf. anteilig in Stationäre Versorgung, Ambulante Versorgung und Zahnmedizinische Versorgung)?**

Der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP) in Deutschland ist in den letzten Jahren relativ konstant geblieben: Im Jahr 2000 lag der Anteil bei 10,2 %, im Jahr 2018 bei 11,7 %. Dieser Anteil der Gesundheitsausgaben ist grundsätzlich ausreichend, um eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung zu sichern. Denn es ist vor allem der Einsatz und die Verteilung der zur Verfügung stehenden Mittel entscheidend. Hier besteht weiterhin Handlungsbedarf. Über-, Unter- und Fehlversorgung müssen systematisch abgebaut werden, um auch in Zukunft eine hochwertige medizinische Versorgung der Bevölkerung garantieren zu können.

- 3. Wie stehen Sie zur Zweiteilung der medizinischen Versorgung in Deutschland aufgrund der Unterteilung in privat und gesetzlich Versicherte und den sich daraus ergebenden unterschiedlichen Honorarkatalogen?**
- 4. Wie stehen Sie zur Vielfalt der Krankenkassenlandschaft in Deutschland?**

Antwort zu Fragen 3 und 4

Es gibt keinen Grund, sich vom dualen System der Krankenversicherung zu verabschieden. Sinnvoll wäre, das bestehende System weiterzuentwickeln und zu optimieren. Dabei muss die GKV vom Grundsatz her auch weiterhin den medizinisch erforderlichen Leistungskatalog komplett erbringen können.

- 5. Die Versorger erleben derzeit Sachkostensteigerungen um das 4 - 10fache gegenüber den kalkulierten Daten in den gültigen Honorarkatalogen. Dies belastet derzeit allein die am Patienten tätigen Versorger. Warum reagieren die Kassen nicht auf kurzfristige Sachkostensteigerungen in Katastrophen- oder Pandemiefällen?**

Die Darstellung entspricht nicht dem tatsächlichen Sachverhalt. Im Rahmen der Pandemie wurden diverse gesetzliche Regelungen verabschiedet, die genau dafür sorgen, dass die pandemiebedingten Mehrkosten für Schutzausrüstungen von der GKV finanziert werden.

- 6. Die Anbieter von Medical- und Arzneiprodukten haben in den letzten Jahrzehnten einen Konzentrationsprozess durchlaufen. Wie reagieren die Krankenkassen auf Wucher-/Monopolpreise der Anbieter im Medicalprodukte- und Arzneimittelbereich im Gesundheitsmarkt?**

Die GKV hat z. B. durch Rabattverträge und Ausschreibungen für Arzneimittel und Hilfsmittel auf die beschriebene Problematik reagiert. Bedauerlicherweise wurden die Möglichkeiten der Ausschreibungen für die Hilfsmittelversorgung durch das Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung aufgehoben. (Wegfall § 127 Abs. Satz 1 SGB V)

7. **Der gesetzlich Versicherte erhält in der Zahnmedizin die Grundleistung von seiner Krankenkasse erstattet, auch wenn er sich auf eigene Kosten eine höherwertige Versorgung leistet; d.h. der Patient zahlt ggf. nur den Differenzbetrag selbst. Warum findet dieses Prinzip nicht auch in der ambulanten Humanmedizin Anwendung?**

Im SGB V sind die Fragen der Kostenerstattung wie folgt geregelt: Gemäß § 55 SGB V werden die Kosten für notwendigen Zahnersatz nicht zu 100 % von der GKV getragen. Der Festzuschuss beträgt in der Regel 60 %. Der Versicherte trägt somit in der Regelversorgung schon 40 % der entstehenden Kosten selbst. Wird eine über die Regelversorgung hinausgehende Versorgung gewählt, müssen die entstehenden Mehrkosten vom Versicherten zusätzlich getragen werden. Der Umfang der Regelversorgung ist in § 56 SGB V abschließend geregelt. Implantate gehören beispielsweise nicht zur Regelversorgung und werden daher auch nicht bezuschusst.

In der ambulanten Humanmedizin gilt das Sachkostenprinzip mit wenigen Ausnahmen (z. B. künstliche Befruchtung) zu 100 %. Gemäß § 13 Abs. 2 SGB V können Versicherte anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Dabei besteht der Anspruch auf Kostenerstattung höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. Außerdem darf die Leistung nur von Leistungserbringern in Anspruch genommen werden, die über eine Zulassung zur Versorgung gesetzlich Versicherter verfügen. Die Kostenerstattung ist auf die Leistungen begrenzt, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss als Kassenleistung anerkannt sind. Dadurch soll sichergestellt werden, dass nur Behandlungsmethoden von der Solidargemeinschaft finanziert werden, die dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnis entsprechen.

8. **Für Krankenhäuser können durch individuelle Vergütungsverhandlungen „Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ (NUB) extra vergütet werden. Warum wird dies im ambulanten Bereich nicht ebenso gehandhabt?**

Für die Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die mit den Fallpauschalen und Zusatzentgelten noch nicht sachgerecht vergütet werden können und die nicht gemäß § 137 SGBV von der Finanzierung ausgeschlossen worden sind (Verbotsvorbehalt), sollen die Vertragsparteien zeitlich befristete, fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte außerhalb des Erlösbudgets und der Erlössumme vereinbaren.

Demgegenüber besteht im Bereich der ambulanten Versorgung ein Genehmigungsvorbehalt. Näheres dazu ist in § 135 SGB V (Stand Juli 2020) geregelt.

Die Krankenkassen sind an diese Regelungen gebunden.

9. **Aus Sicht der Niedergelassenen Operateure beinhaltet die Vergütung gleicher Operationen im ambulanten und stationären Sektor eine**

Wettbewerbsverzerrung, da die ambulant tätigen Ärzte die Infrastruktur selbständig finanzieren müssen. Wie beurteilen Sie diese Situation?

Zum Ambulanten Operieren wurde unter II Ziffer 3 ausführlich Stellung genommen. Mit der Festlegung, dass in beiden Leistungsbereichen die gleiche Vergütung zu zahlen ist, wollte der Gesetzgeber einen Anreiz für die Krankenhäuser setzen, ambulant durchführbare Operationen auch ambulant zu erbringen und somit die Solidargemeinschaft vor unnötigen Kosten schützen. Das niedergelassene Chirurgen dies als eine ungerechte Benachteiligung empfinden ist nachvollziehbar.

- 10. Trotz anteilig gesunkener Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für die zahnmedizinische Versorgung und steigenden Versorgungsansprüchen der Patienten gibt es nach wie vor eine jährliche Budgetierung für vertragszahnärztliche Leistungen. Warum wird diese Budgetierung nicht abgeschafft?**

Eine Vergütung stellt den Gegenwert für eine erbrachte Leistung dar. In Mecklenburg-Vorpommern stellt die DAK-Gesundheit ein Budget als Obergrenze der Vergütung zahnärztlicher Leistungen zur Verfügung, das es ermöglicht, jede abrechenbare Leistung mit dem Vertragspunktwert zu vergüten.

Bei den Vergütungsverhandlungen haben die Vertragspartner § 70 SGB V zu beachten. Danach gilt als oberste Regel, dass die Vergütungen so zu gestalten sind, dass Beitragserhöhungen ausgeschlossen werden. Nur in Ausnahmefällen, die nachzuweisen sind, kann davon abgewichen werden.

VI. Telemedizin / Datenschutz

- 1. Welche infrastrukturellen und organisatorischen Voraussetzungen werden für einen realistischen, flächendeckenden Einsatz von Telemedizin benötigt? Welche Konzepte haben die Krankenkassen, um Telemedizin zu einer breiteren Anwendung zu bringen? Welche Maßnahmen werden ergriffen, um umfassenden Datenschutz zu gewährleisten und so Vertrauen bei den Patienten/innen zu schaffen, solche Angebote anzunehmen? Ist die Zusammenarbeit mit dem Landesdatenschutzbeauftragten im Bereich der gesundheitlichen Versorgung gegeben? Wenn ja, in welcher Form? Wenn nein, welcher Expertise bedient sich die Kassen? Durch welche Maßnahmen können die Krankenkassen sicherstellen, dass die von Experten bemängelte Datensicherheit im Gesundheitswesen zukünftig flächendeckend sichergestellt wird?**

Für einen flächendeckenden Einsatz von Telemedizin ist erste Bedingung der entsprechende Ausbau des Breitbandkabelnetzes sowie der Datenmobilfunkabdeckung. Als organisatorische Voraussetzungen sehen wir, wie bei allen anderen Formen der medizinischen Versorgung, den klaren Nutznachweis sowie die Bereitschaft der Leistungserbringer zur digitalen Interaktion.

Den Versicherten/Patienten geeignet zu unterstützen, damit das nötige Wissen und die Fähigkeiten zur digitalen Interaktion hergestellt werden, ist für uns ein Herzensanliegen aber auch eine gemeinsame Aufgabe aller Beteiligten. Die fortschreitende Digitalisierung der Beziehung Versicherter – Krankenkasse bedarf sicherer und einfacher Interaktionsformen, wie wir sie in unseren digitalen Angeboten leben und ständig weiterentwickeln. Die gleichen Anforderungen sehen wir auch in der Digitalisierung der Beziehung Versicherter – Leistungserbringer.

Zum Datenschutz ist die Herstellung und Führung einer sicheren digitalen Identität gemäß EIDAS für alle Akteure im Gesundheitswesen ein wesentlicher Erfolgsfaktor. Hierzu ist von allen gesetzlichen Krankenkassen eine interoperable Plattform für alle Versicherten vorgesehen, die ohne elektronische Gesundheitskarte einen sicheren Zugang in digitale Services im Gesundheitswesen gewährleistet und für weitere Verfahren im Verwaltungswesen nachnutzbar ist. Der Datenschutz hat bei der DAK-Gesundheit selbstverständlich einen hohen Stellenwert und wird durch einen hausinternen Datenschutzbeauftragten sichergestellt. Als bundesunmittelbare Krankenkasse arbeiten wir im Bedarfsfall mit Herrn Kelber, dem derzeitigen Bundesbeauftragten für Datenschutz zusammen.

- 2. Wozu generieren die Krankenkassen Daten über die Hausarztverträge? Inwiefern kommen diese Daten den Versicherten, oder der Versorgung insgesamt zugute? Was rechtfertigt den Einsatz von Versichertengeldern, um diese Daten zu generieren?**

Daten werden ausschließlich in dem Umfang erhoben, wie sie für die Erfüllung unserer gesetzlichen Pflichten erforderlich sind. Auf Basis, der von uns rechtskonform vorliegenden Daten stellen wir - wie vom Gesetzgeber beschrieben - die Versorgungsbedarfe für unsere Versicherten fest. Auf Basis der festgestellten Bedarfe entwickeln wir Versorgungsinnovationen, die geeignet sind, diese Versorgungsbedarfe zu bedienen.

- 3. Patientendaten sind hochsensible Daten und müssen gut und dauerhaft geschützt sein. An den Datenschutz in der gesamten Medizin werden daher zu Recht sehr hohe Anforderungen gestellt. Im Rahmen der Etablierung der Telematikinfrastruktur (TI) im gesamten Gesundheitswesen wurden allerdings in der Vergangenheit wiederholt Sicherheitslücken festgestellt. Mit der Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) sowie der elektronischen Ausstellung von Rezepten und Krankenschreibungen im kommenden Jahr werden an die Datensicherheit der TI sehr hohe Anforderungen gestellt. Allerdings hat die ePA schon jetzt mit einer Reihe von technischen Problemen zu kämpfen. So räumte Gesundheitsminister Jens Spahn kürzlich ein, dass es 2021 noch nicht möglich sein wird, individuell festzulegen, welche Inhalte der ePA zur Ansicht freigegeben sind. Der Patient kann also nicht wie geplant selbst entscheiden, welche Informationen der Akte für welchen Arzt, Apotheker oder Therapeuten einsehbar sind. Laut Professor Ulrich Kelber, dem**

Bundesbeauftragten für Datenschutz, verstößt das vor kurzem vom Bundestag beschlossene Patientendaten-Schutzgesetz gegen die europäische Datenschutzgrundverordnung. Kelber drohte demzufolge an, die Einführung der ePA zu stoppen. Bleibt das Gesetz unverändert, würden die Datenschutzrechte von Patienten und die Datenschutzpflichten von Ärzten erheblich eingeschränkt. Das Gesetz verpflichtet jedoch Krankenhäuser und Ärzte, dass Patienten bei der erstmaligen Aktivierung und Nutzung der ePA unterstützen! Dazu folgende Fragen:

3.1 Wie konnte es in der Vergangenheit zu diesen Sicherheitslücken kommen?

Die entsprechenden gesetzlichen (SGB V) und untergesetzlichen Vorgaben (im Wesentlichen die gematik Spezifikationen) sind für die Umsetzungsaufgaben der Krankenkassen maßgeblich. Funktionen zur granularen Rechtevergabe sind zum 01.01.2022 dort verpflichtend vorgesehen, das Bundesgesundheitsministerium hat zu den BfDI Ausführungen bereits eine entsprechende Stellungnahme gegeben. Da das Vorhaben der elektronischen Patientenakte sowohl eine große Bedeutung für die Zukunftsfähigkeit des Gesundheitswesens hat, aber auch gleichzeitig höchsten Datenschutzerfordernissen genügen muss, ist hier eine entsprechende Roadmap für uns Krankenkassen vorgegeben, die sich an der Machbarkeit der Umsetzungen, am Datenschutz und an den Zielen gleichermaßen ausgewogen orientiert. Eine einseitige Priorisierung eines dieser Rahmenbedingungsfelder über andere halten wir für nicht angemessen, das Wording „Sicherheitslücken“ können wir nicht nachvollziehen. Darüber hinaus ist die Nutzung der Akte freiwillig. In den aktuellen Pandemiezeiten, die uns vor Augen führen, wie wichtig Informationen und Zusammenwirken über Distanz sind, sehen wir große Chancen und eine starke Bereitschaft für die digitale Modernisierung unseres Gesundheitswesens.

3.2 Welche Maßnahmen werden ergriffen, um Sicherheitslücken im Rahmen der Nutzung der TI in Zukunft zu verhindern?

Wie unter 3.1 ausgeführt, liegen die Vorgaben beim Gesetzgeber und der gematik. Die DAK-Gesundheit wirkt seit Beginn der Gesetzgebung zur Digitalisierung des Gesundheitswesens Ende 2003 laufend in allen fachlichen Gremien mit und vertritt die Interessen unserer Versicherten, insbesondere mit großen Schwerpunkten im Datenschutz. Die aktuelle Roadmap sowie die Datenschutz- und Datensicherheitsvorgaben zur der elektronischen Patientenakte halten wir für sachgerecht. Zur Frage weiterer Maßnahmen ist die gematik der geeignetste fachliche Ansprechpartner.

3.3 Welche Maßnahmen werden ergriffen, um Verstöße gegen die europäische Datenschutzgrundverordnung im Rahmen der Einführung weiterer Funktionen der elektronischen Gesundheitskarte (ePA, elektronisches Rezept + AU) auszuschließen?

Wir verweisen auf Antwort zu 3.2.

3.4 Warum wird Ärzten, die aufgrund der o.g. bekannten Mängel mit der Einführung der Telematikinfrastruktur in ihrer Praxis zögern, mit Sanktionen und Honorarkürzungen gedroht?

Wir halten Sanktionsmaßnahmen generell für nicht geeignet, gleich ob es Leistungserbringer oder Krankenkassen betrifft. Digitalisierung im Gesundheitswesen gelingt nur, wenn möglichst viele mitmachen und das Selbstverständnis der jeweils eigenen Rollen und Aufgaben um diese digitale Dimension erweitert wird. Allerdings sehen wir auch keine objektiv begründeten Sachverhalte, die einen Anschluss an die Telematikinfrastuktur verhindern, die „Digital Readyness“ ist für alle Beteiligten im Gesundheitswesen eine große Herausforderung.

3.5 Welche Maßnahmen werden ergriffen, um die durch die o.g. Punkten verringerte Attraktivität von medizinischen Berufen zu erhöhen?

Die DAK-Gesundheit bildet, wie viele andere traditionsreiche Unternehmen und Institutionen in Deutschland, mit ihren Mitarbeitenden die ganze Vielfalt der digitalen Lebensläufe, beginnend mit den „digital Immigrants und Pioniers“ und fortgeschrieben den „digital Natives“ in ihren verschiedenen technologischen Prägungen ab. Die rasanten Veränderungen der Arbeitswelten sind immer auch von den Erfahrungen und Erwartungen der arbeitenden Menschen geprägt. Wir glauben deshalb, dass die Digitalisierung im Gesundheitswesen für viele junge Menschen ein großer positiver Anreiz sein wird für die Berufsentscheidung im Gesundheitswesen.

B. Gesamteinschätzung/ Bewertung

1. Wie beurteilen Sie allgemein die aktuelle medizinische Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern in Qualität und Quantität (ambulant und stationär)? Welche Probleme sind zu benennen (bitte auch in ihrer Wertigkeit bzw. Dringlichkeit ihrer Lösung) und welche Auswirkungen haben diese Mängel auf die Patientenversorgung. Welche Herausforderungen werden für die Zukunft gesehen?

Das medizinische Versorgungssystem im Land steht vor erheblichen Herausforderungen, die auf den demographischen Wandel mit Fachkräftemangel, die besondere Situation eines dünn-besiedelten Flächenlandes, einen veränderten Versorgungsbedarf, den technologischen und wissenschaftlichen Fortschritt sowie bundesrechtliche Rahmenbedingungen zurückzuführen sind.

Insbesondere in der Kinder- und Jugendmedizin und in der Geburtshilfe besteht dringender Handlungsbedarf. Eine Analyse der Belegung von Kinderstationen, Geburtshilfe und Gynäkologie im gesamten Land zeigt die Gefahr auf, dass weitere Krankenhausträger ihren Versorgungsauftrag in der Zukunft nicht mehr sicherstellen können. Die Nachbesetzung von Pädiatern im ambulanten Bereich ist gerade in ländlichen Regionen schwierig. Selbst wenn es gelingt, für einzelne Standorte eine Lösung zu finden, ist eine Gesamtstrategie unverzichtbar.

2. Wie wird die flächendeckende Versorgung definiert? Gibt es gegenwärtig unterversorgte bzw. überversorgte Regionen?

Definition der flächendeckende Versorgung laut Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro Europa:

„Der Arbeitsbegriff umfasst zwei wichtige Elemente: die Erreichbarkeit von hochwertigen Angeboten im Bedarfsfall ohne Risiko des finanziellen Ruins. Zwar wird die Abgrenzung und Messung von Bedarfsfall, hochwertigen Angeboten und finanziellem Ruin noch diskutiert, doch werden diese Merkmale der flächendeckenden Versorgung nicht grundsätzlich in Frage gestellt.“

„Flächendeckende Versorgung ist das Gütesiegel für die Entschlossenheit einer Regierung, alle ihre Bürger zu versorgen. Flächendeckende Versorgung ist letztendlich ein Ausdruck von Gerechtigkeit“, sagte die WHO-Generaldirektorin Dr. Margaret Chan hierzu auf der 55. Weltgesundheitsversammlung.

(Quelle: <https://www.euro.who.int/de/health-topics/Health-systems/health-systems-financing/news/news/2012/11/universal-health-coverage-from-technical-report-to-global-movement>, abgerufen am 04.09.2020, 9.30)

Aktuell gibt es in M-V sowohl über- als auch unterversorgte Gebiete.

3. Worin sehen Sie die Ursachen der von Ihnen benannten Mängel?

Siehe Antwort zu Ziffer 1

C. Zukunftsansätze

1. Wie werden sich die Versorgungsschwerpunkte in den kommenden zehn Jahren verschieben? Was ist aus Ihrer Sicht notwendig, um eine bedarfsgerechte und flächendeckende medizinische Versorgung in Zukunft sicherzustellen?

In den kommenden zehn Jahren werden die Baby-Boomer-Jahrgänge aus dem Erwerbsleben ausscheiden. Dadurch wird sich der Fachkräftemangel weiter verschärfen. Die demographische Entwicklung wird gleichzeitig dazu führen, dass der Bedarf an medizinischer Versorgung sowohl ambulant als auch stationär steigen wird.

Es müssen intelligente Lösungen entwickelt werden, die hohe Qualitätsanforderungen mit regionaler Erreichbarkeit verknüpfen. Dabei muss zwingend ein sektorenübergreifender Ansatz verfolgt werden. Um mehr Patientenorientierung in der Versorgung zu gewährleisten und Versorgungsbrüche zu vermeiden, sollten sich Leistungserbringer im Land stärker als bisher in regionalen Versorgungsnetzen zusammenschließen. Regionale Versorgungsnetze könnten Innovationstreiber für zukunftsfähige Versorgungsstrukturen werden.

2. Welche Ansätze sehen Sie, diesen Herausforderungen zu begegnen? Welche sind die zehn wichtigsten Forderungen aus Sicht ihrer Krankenkasse zur zukünftigen Gestaltung der Gesundheitsversorgung in?

Die Versorgung muss sektorenübergreifend geplant werden. Krankenhäuser sollten stärker in die ambulante Versorgung eingebunden werden. Daraus ergibt sich,

dass die stricte sektorale Trennung der Vergütung nach den Leistungsbereichen aufgehoben werden muss. Das Geld muss der Leistung folgen.

Weiter wäre zu überdenken, ob die doppelte Facharztstruktur bei sich verschärfendem Facharztmangel beibehalten werden kann. Vorstellbar ist beispielsweise, dass Ärzte eine Teilzeitanstellung am Krankenhaus und gleichzeitig eine (Teil)Zulassung zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung haben.

In Mecklenburg-Vorpommern verfügen viele Ärzte über eine VERAH. Deren Kompetenzen sollten ausgeweitet werden, damit Ärzte und Ärztinnen von delegierbaren Aufgaben entlastet werden.

Die Möglichkeiten der Digitalisierung und Telemedizin müssen stärker genutzt werden.

Die Patientenverantwortung und -souveränität muss gestärkt werden. Hier sollte der Schwerpunkt auf Gesundheitsbildung liegen, um Zivilisationskrankheiten wie Diabetes oder Koronare Herzkrankheiten vorzubeugen

- 3. Welches sind die drei wichtigsten Projekte Ihrer Krankenkasse, die für die zukünftige gesundheitliche Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern als Modell dienen können oder wesentlich neue Erkenntnisse bieten und eine praxisorientierte Umsetzung beinhalten. Skizzieren Sie maximal drei zukunftssträchtige Versorgungsprojekte, die in Mecklenburg-Vorpommern stattfinden oder für das Land eine herausragende Bedeutung haben.**

verbunden damit:

Beschreiben Sie mögliche und notwendige digitale Lösungsansätze der Patientenversorgung und des Gesundheitsmanagements aus ihrer Sicht.

Welche aktuellen Modellprojekte gibt es?

Welche stehen unter der Schirmherrschaft ihrer Krankenkasse?

Regionale Pflegekompetenzzentren

Den sich durch Abwanderung von jungen Menschen und der demographischen Entwicklung entstehenden Versorgungsproblemen in dünnbesiedelten Regionen kann durch die Umwandlung oder Teilumwandlung von kleinen Krankenhäusern begegnet werden.

Durch die eingangs beschriebene Entwicklung bekommen kleinere Krankenhäuser zunehmend Auslastungs- und Qualitätsprobleme, weil sie die für eine gute medizinische Versorgung notwendigen Mindestmengen nicht mehr sicherstellen können. Hier setzt der Vorschlag der DAK-Gesundheit an, solche Krankenhäuser in Pflegekompetenzzentren umzuwandeln und parallel vorhandene Krankenhausressourcen zu erhalten. In den Zentren können wichtige Angebote, von Beratung über spezialisierte Wohngruppen bis Kurzzeit- und Nachtpflege und ambulante medizinische Versorgung angeboten werden.

Ein Pflegekompetenzzentrum kann einen wesentlichen Beitrag zu einer integrierten und bedarfsgerechten Infrastruktur insbesondere in unterversorgten und strukturschwachen Regionen leisten. In seiner Bündelungsfunktion kann es sich als eine effiziente, bisher schwer zu behandelnde Schnittstellen überwindende Institution des Pflege- und Gesundheitswesens bewähren, das nicht nur formelle Leistungen, sondern auch die Solidaritätsleistungen der An- und Zugehörigen sowie der von Freiwilligen getragenen Beiträge zur Sorge integriert. Es ermöglicht neue Steuerungsoptionen auf der regionalen und kommunalen Ebene hinsichtlich der Infrastrukturentwicklung und kann einen Beitrag zur Entwicklung einer örtlichen Kultur der Sorge leisten.

Zur Unterstützung der Pflegekompetenzzentren ist ein IT-Instrumentarium vorgesehen.

Ein digitales Ökosystem bietet besseren Informationsaustausch bei den Sektorenübergängen und der Sicherstellung einer kontinuierlichen Betreuung innerhalb des Pflegekompetenzzentrums. Durch die Vernetzung von sozialen, medizinischen und pflegerischen Lösungsanbietern können Daten, Anwendungen und Services miteinander verknüpft werden und zu einer Kosteneinsparung im Gesundheitswesen beitragen.

Das digitale Ökosystem ermöglicht einen zentralen Datenzugriff und eine transparente Darstellung von Gesundheits- und Krankheitsdaten sowie ein selbstbestimmtes Teilen und Nutzen der Daten durch die Versicherten. Somit ergeben sich für Ärzte, Patienten, Kliniken, Apotheken, ambulante Akteure und Versicherer u.a. folgende Vorteile: Kontinuierlicher Einblick in medizinische Daten, Mehrwert durch personalisierte Angebote sowie eine vereinfachte Kommunikation und sektorenübergreifender Datenaustausch. Gleichzeitig wird die Versorgung kontinuierlich optimiert, da Versorgungslücken besser identifiziert werden können, die Versorgungsqualität vom individuellen Wohnort entkoppelt wird und automatisierte Verbesserungsvorschläge generiert werden.

Da auf der Plattform höchst sensible Gesundheitsdaten gespeichert werden, kommt dem Datenschutz eine besonders hohe Bedeutung zu. Hierbei gilt der Grundsatz: Der Nutzer bleibt Herr der eigenen Daten.

Diese Aussagen gelten unabhängig vom vorgestellten Model der Pflegekompetenzzentren grundsätzlich für alle Versorgungsangebote.

Das Model wird bereits mit Mitteln des Innovationsfonds im niedersächsischen Nordhorn erprobt.

Genauerer kann der beigefügten Anlage 2 entnommen werden.

4. Was müsste aus Ihrer Sicht unternommen werden, um in der Bevölkerung das Vertrauen für notwendige Veränderungsprozesse zu stärken?

Die Kommunikation muss auf den Mehrwert der Veränderung und die damit verbundenen Qualitätsaspekte aufgebaut werden. Außerdem muss wie unter A2 I

Ziffer 3 ausgeführt, der ÖPNV so gestaltet werden, dass die Erreichbarkeit der Behandlungseinrichtungen mit Mitteln des ÖPNV sichergestellt ist.

5. Welchen Korrekturbedarf sehen Sie bezüglich des aktuell gültigen Krankenhausplanes?

Die aktuelle Krankenhausplanung ist gekennzeichnet durch die Fortschreibung von bisherigen Bettenkapazitäten, der fehlenden Verknüpfung zum ambulanten Bereich und einer ausbaufähigen Bedarfsplanung. Das bisherige eher statische Verfahren erschwert die Antizipation von kurzfristigen Entwicklungen. Durch die viel zu geringe Investitionsförderung durch das Land fehlt ein wichtiges Steuerungsinstrument.

Eine konkrete Bedarfsanalyse steht an erster Stelle in einer zukunftsfähigen Planung. Dazu müssen die demographischen Entwicklungen in jeder Region in die Planung integriert werden. Das bedeutet z.B., dass in Regionen mit einem hohen Anteil von Frauen im gebärfähigen Alter auf jeden Fall eine Geburtshilfe vorhanden sein muss.

Der nächste Schritt ist eine Verknüpfung mit der Raum- und Verkehrsplanung. Damit wird sichergestellt, dass die Infrastruktur einer Region Grundlage für die Krankenhausplanung wird und gewährleistet werden kann, dass jeder Krankenhausstandort auch mit dem ÖPNV erreichbar ist. Alternativen wie Rufbusse oder ehrenamtliche Fahrdienste ergänzen das Angebot. Auch Standorte für Hubschrauber sollten sich an der Planung orientieren.

Es wird sektorenübergreifend geplant. Die in einer Region verfügbaren Kapazitäten im stationären und ambulanten Bereich werden Bestandteil einer integrierten Versorgungsplanung. Konkret bedeutet dies z.B., dass an einem Krankenhausstandort mit Pädiatrie auch vom Krankenhaus die ambulante Leistung sichergestellt wird. Die angestellten Krankenhausärzte können ergänzend über eine Teilzulassung auch niedergelassen arbeiten. Gleichzeitig können niedergelassene Ärzte stärker in die stationäre Versorgung eingebunden werden. Nur so kann dem Ärztemangel durch die Überwindung von Sektoren konkret entgegengewirkt werden. In Verbindung damit werden Zentren ausgewiesen, die über eine entsprechende Fallzahl verfügen und die Qualitätskriterien erfüllen.

6. Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären Bereichen der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern, welche Probleme sehen Sie und welche Lösungsvorschläge hätten Sie?

Zu dieser Frage wurde bereits mehrfach Stellung bezogen. Als Stichworte seien genannt die sektorübergreifende Versorgung und die damit verbundene geänderte Finanzierung.

7. Wie müsste aus Ihrer Sicht die ambulante Notfallversorgung aufgestellt sein? Wie müssten ambulanter und stationärer Notdienst sowie Rettungsdienst miteinander verzahnt sein?

Bevor zu diesem Bereich der Versorgung Überlegungen auf der Landesebene an- gestellt werden, sollte das Ergebnis des Gesetzgebungsverfahrens zur Reform der Notfallversorgung abgewartet werden.

Darüber hinaus sollten aber die Erkenntnisse aus dem Telenotarztprojekt in Vor- pommern bei zukünftigen Überlegungen berücksichtigt werden.

- 8. Welche Empfehlungen des GBA zur medizinischen Versorgung bewerten Sie kritisch und welche alternativen Vorschläge, zum Beispiel zur Erreichbarkeit von Fachabteilungen oder zu anderen Empfehlungen, haben Sie?**

Es gibt keine grundsätzliche Kritik an den Empfehlungen des G-BA. Die langen Bearbeitungszeiten waren allerdings problematisch. Durch die Verordnung über die Verfahrensgrundsätze der Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung und im Krankenhaus (Methodenbewertungsverfahrensverordnung – MBVerfV) wurden die Fristen neu festgesetzt.

Sinnvoll wäre bei der Festsetzung von Mindestmengen, die Möglichkeiten teleme- dizinischer Kooperationen bei ausgewählten Indikationen zu berücksichtigen.

- 9. Wie kann die Zusammenarbeit mit dem Bund, den Kommunen, den Kassen, der KV, der Krankenhausgesellschaft und den Vertretern der Pflege in ver- bindlicher, ergebnisorientierter Weise sichergestellt werden?**

Die Antwort auf diese Frage zieht sich durch die Antworten des gesamten Fra- genkatalogs.

- 10. Welche die Versorgungsplanung flankierenden, ökonomischen Instrumente der Landesregierung sind vorstellbar, um die Umsetzung der Versorgungskonzepte zu erleichtern?**

Wichtigstes Instrument ist hier eine auskömmliche Investitionskostenförderung für den stationären Bereich durch das Land!

- 11. Wie kann eine flächendeckend vernetzte, wohnortnahe ärztliche Versorgung sichergestellt werden?**

Siehe Antwort zu C 1.

- 12. Wie sind Mindestangebote und mengenkritische Bedarfe in ein auch ökonomisch tragfähiges Verhältnis zu bringen?**

Hier nimmt die Telemedizin eine wichtige Rolle ein.

- 13. Wie können ländliche, kleine Krankenhäuser ambulante und stationäre Leistungen so zusammengeführt anbieten, dass Investitionen und Personalkosten wirtschaftlich sind?**

Hier verweisen wir auf unser Konzept für Pflegekompetenzzentren. Außerdem wurden zu der Frage umfangreiche Ausführungen im Abschlussbericht der Enquete-

Kommission „Älter werden in M-V“ gemacht (Seite 154). Dort wird vorgeschlagen, kleinere Krankenhäuser in lokale Gesundheitszentren umzuwandeln.

14. Welche Formen mobiler Angebote der ärztlichen Betreuung und der Medikamentenverteilung sind von kleinen Krankenhäusern aus organisierbar und finanzierbar?

Auch dies könnte Bestandteil des Modells Pflegekompetenzzentrum sein

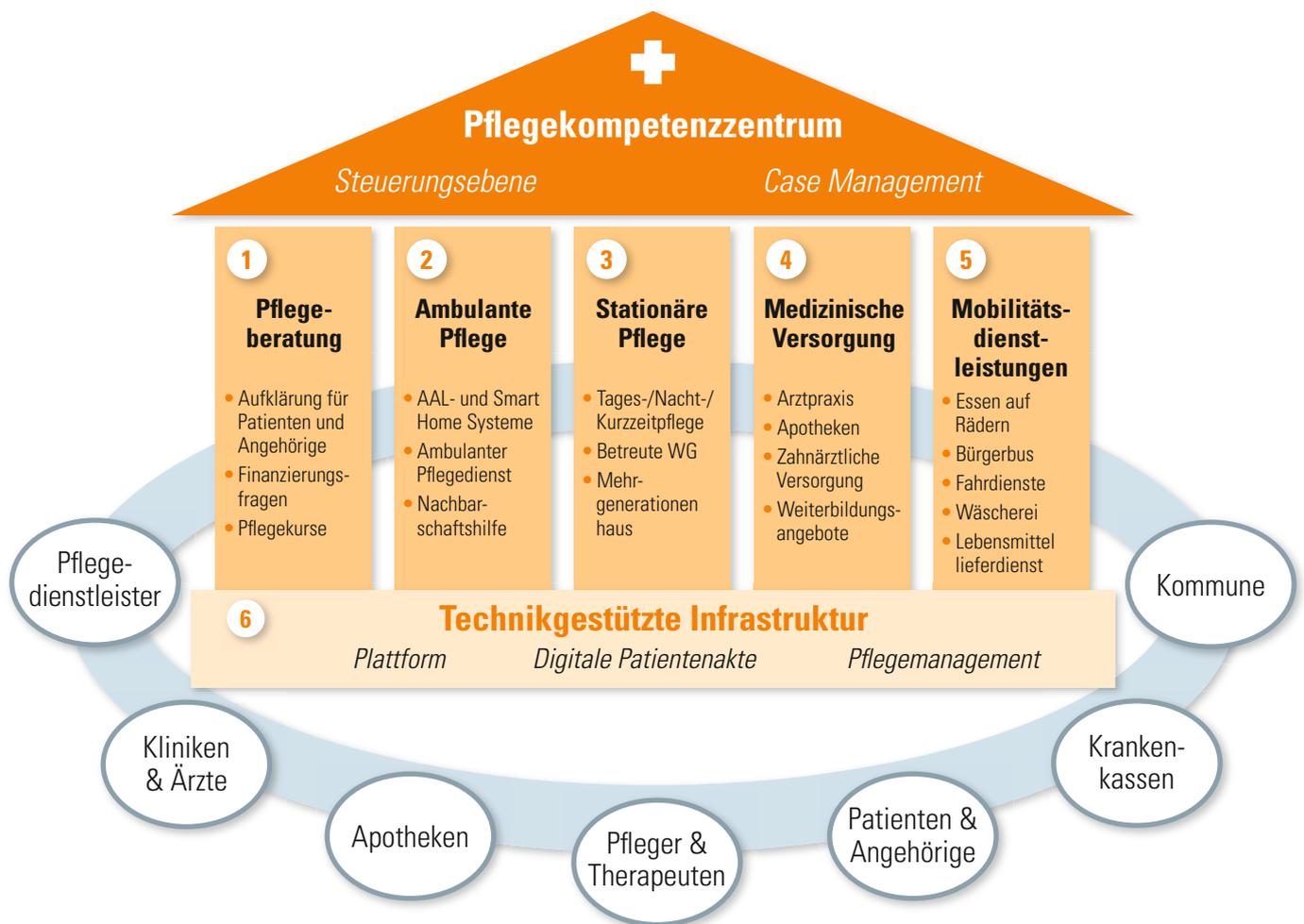
Anlagenverzeichnis:

Anlage 1 Beschlussvorschlag des Landes Berlins für die GMK - Amtschefkonferenz zum Thema "Erfahrungen und Schlussfolgerungen in der Pandemiebekämpfung"

*Anlage 2 Regionale Pflegekompetenzzentren
Konzept-Zusammenfassung der DAK-Gesundheit*

Regionale Pflegekompetenzzentren

Innovationsstrategie für die Langzeitpflege vor Ort



Eine Konzept-Zusammenfassung
der DAK Gesundheit

DAK
Gesundheit
Ein Leben lang.

Regionale Pflegekompetenzzentren

Innovationsstrategie für die Langzeitpflege vor Ort

Hintergründe

Die Versorgung älterer auf Pflege angewiesener Menschen stellt sich als eine der großen gesellschafts- und sozialpolitischen Herausforderungen der nächsten Jahrzehnte dar. Insbesondere im ländlichen Raum wird diese Problematik neben der zunehmenden Alterung noch durch die Abwanderung junger Menschen in Ballungszentren verschärft. In der Folge des veränderten Versorgungsbedarfs verlieren vorwiegend kleine und mittlere Krankenhäuser der Grundversorgung in den betroffenen Regionen an Fallvolumen. Sie bekommen zunehmend Auslastungs- und Qualitätsprobleme, weil sie die für eine gute medizinische Versorgung notwendigen Mindestmengen nicht mehr sicherstellen können. Nicht selten sind sie daher von Schließung bedroht. Hier setzt der Vorschlag der DAK-Gesundheit an, solche Krankenhäuser in Pflegekompetenzzentren umzuwandeln und parallel vorhandene Krankenhausressourcen zu erhalten. Dort können wichtige Angebote, von Beratung über spezialisierte Wohngruppen bis Kurzzeitpflege, unter einem Dach gebündelt werden.

Kernfunktionen des Pflegekompetenzzentrums

Das Pflegekompetenzzentrum, eine zentrale Infrastruktureinrichtung, wird als Case Managementorganisation verstanden, die sich durch eine wirksame Fallsteuerung und Prozessgestaltung auszeichnet. Je nach bestehender Infrastruktur, Infrastrukturdefiziten und Bedarfslage bündelt ein Pflegekompetenzzentrum folgende Angebote und Einrichtungen der Langzeitpflege:

Beratung und Case Management

- kommunale Beratung gem. § 71 SGB XII
- Pflegeberatung gem. § 7a SGB XI
- palliativ Beratung gem. § 39 b SGB V
- Pflegekurse gem. § 45 SGB XI
- Ggf. integriert in Pflegestützpunkt gem. § 7 c SGB XI

Einrichtungen der Langzeitpflege

- Kurzzeitpflege (solitär) gem. § 42 SGB XI
- Tages- und Nachtpflege gem. § 41 SGB XI
- vollstationäre Einrichtung gem. § 43 SGB XI
- ambulanter Pflegedienst

Medizinische Angebote

- Physiotherapie, Ergotherapie, § 32 SGB V
- SAPV gem. § 37 b SGB V
- MVZ/ haus-, zahn- und heimärztliche Versorgung § 28 SGB V

Selbsthilfe und Engagement

- Selbsthilfegruppen
- Freiwilligenagentur
- Alzheimergesellschaft
- Hospizgruppe

Beratung und Case Management

Die verschiedenen Beratungsstellen bündeln ihre Angebote im Pflegekompetenzzentrum und sind hier angesiedelt um als zentrale Anlaufstation zu dienen. Eine integrierte und aufeinander bezogene Pflegeberatung ist Voraussetzung für eine wirksame Case Managementorganisation. Die Angebote der Beratung sowie Schulung werden in der jeweiligen Häuslichkeit als auch im Pflegekompetenzzentrum angeboten. Die unübersichtliche und häufig fragmentierte Beratungslandschaft wird im Pflegekompetenzzentrum organisatorisch an einem Ort gebündelt.

Einrichtungen der Langzeitpflege

Die Einrichtungen und Dienste der Langzeitpflege werden unter dem Dach des Pflegekompetenzzentrums miteinander verbunden und Ressourcen gemeinsam genutzt. Hierbei werden unterschiedliche Zielgruppen berücksichtigt, für Menschen mit Demenz ergeben sich ganz andere Anforderungen als für somatische Pflegebedürftige. Der Bedarf an Kurzzeitpflegeeinrichtungen, Tages-, und Nachtpflegeangebote ist für die Entlastung pflegender Angehöriger und die Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements von größter Bedeutung aber fast überall nicht vorhanden. Zudem soll darauf geachtet werden, dass baulich geprägte Krankenhausstrukturen einer modernen Wohnorientierung, auch bei der Organisation kleiner Wohngruppen nicht im Weg stehen.

Medizinische Angebote

In den Krankenhäusern, die einem Konversionsprozess unterzogen werden, werden medizinische Kompetenzen sowie personelle, technische und räumliche Ressourcen, soweit es möglich ist einbezogen. Das medizinische Angebot des Pflegekompetenzzentrums zeichnet sich durch eine besondere geriatrische Kompetenz und Qualifikation aus.

Selbsthilfe und Engagement

Im Sinne eines wohlfahrtspluralistischen Ansatzes werden auch Organisationen und Institutionen der Selbsthilfe und des Engagements Platz im Pflegekompetenzzentrum finden. Hier können Selbsthilfegruppen, eine Freiwilligenagenturen oder auch Hospizgruppen in abgestimmter Vorgehensweise ihre Angebote sicherstellen.

Komplementär Funktionen

Für die Pflegeinfrastruktur und den örtlichen Bedarf an Ausbildung für Pflege- und Assistenzberufe wird ein Bildungszentrum mit entsprechenden Schulen, Fort- und Weiterbildungsangeboten bis hin zu Qualifizierungsangeboten für Freiwillige integriert. Weitere komplementäre Funktionen des Pflegekompetenzzentrums können aus den vorhandenen regionalen Ressourcen sowie über die Ressourcen und die vorhandenen Strukturen des ehemaligen Krankenhauses gewonnen werden:

Bildungszentrum

- Pflegeausbildung
- Fort- und Weiterbildungen
- Qualifizierung von Freiwilligen

Alltagsversorgung/Catering

- Restaurant/Mittagstisch
- Essen auf Rädern

Mobilität

- Transportdienste
- Bürgerbus
- E-mobility

Kultur

- Vortragsveranstaltungen
- Konzerte

Rechtsfragen

Bei der Realisierung des Pflegekompetenzzentrums sind sehr unterschiedliche Steuerungslogiken aus dem SGB V, XI und XII zu berücksichtigen. Keineswegs soll ein Pflegekompetenzzentrum als monolithischer allround-Anbieter alle Dienste anbieten, sondern als Institution und auch als Case Managementorganisation in die regionalen Koordinierungs-, Abstimmungs- und Planungsstrukturen eingebunden werden. Folglich wird ein regionales Pflegekompetenzzentrum als Dach für unterschiedliche Rechtsträger etabliert und organisiert. Als innovative Leistungserbringungsform hat das Pflegekompetenzzentrum pflegepolitisch eine hohe Attraktivität als Ort einer modellhaften hybriden Organisation. Je nach landesrechtlichen Vorgaben könnte die Rahmenvereinbarung der Pflegestützpunkte modellhaft weiterentwickelt werden.

Anderenfalls bietet sich die Rechtsform einer eingetragenen Genossenschaft in besonderer Weise an, da sie in der Lage sein kann, als Rahmen für die unterschiedlichen wirtschaftlichen Aktivitäten zu dienen und gleichzeitig die Prinzipien der Gemeinwirtschaft, d.h. die Bewirtschaftung des Gebäudekomplexes aber auch der Case Managementorganisation mit in die Finanzkonzeption einzubeziehen.

Leistungserbringungsrechtlich können die Potenziale und Optionen von Innovationsklauseln und –programmen sowohl im Gesundheits- als auch im Bereich der Langzeitpflege genutzt werden (integrierte Versorgungsverträge, Innovationsfonds, Modellvorhaben gemäß §8 Abs. 3 SGB XI, Modellkommunen etc.). In jedem Fall stellt sich ein Pflegekompetenzzentrum auch als ein Beitrag zur Überwindung rein wettbewerblicher und auf Konkurrenz hin angelegter Strukturen im Bereich der Langzeitpflege und der gesundheitlichen Versorgung dar.

IT-Instrumentarium zur Unterstützung eines Pflegekompetenzzentrums

Ein digitales Ökosystem bietet besseren Informationsaustausch bei den Sektorenübergängen und der Sicherstellung einer kontinuierlichen Betreuung innerhalb des Pflegekompetenzzentrums. Durch die Vernetzung von sozialen, medizinischen und pflegerischen Lösungsanbietern können Daten, Anwendungen und Services miteinander verknüpft werden und zu einer Kosteneinsparung im Gesundheitswesen beitragen.

Das digitale Ökosystem ermöglicht einen zentralen Datenzugriff und eine transparente Darstellung von Gesundheits- und Krankheitsdaten sowie ein selbstbestimmtes Teilen und Nutzen der Daten durch die Versicherten. Somit ergeben sich für Ärzte, Patienten, Kliniken, Apotheken, ambulante Akteure und Versicherer u.a. folgende Vorteile: Kontinuierlicher Einblick in medizinische Daten, Mehrwert durch personalisierte Angebote sowie eine vereinfachte Kommunikation und sektorenübergreifender Datenaustausch. Gleichzeitig wird die Versorgung kontinuierlich optimiert, da Versorgungslücken besser identifiziert werden können, die Versorgungsqualität vom individuellen Wohnort entkoppelt wird und automatisierte Verbesserungsvorschläge generiert werden.

Da auf der Plattform höchst sensible Gesundheitsdaten gespeichert werden, kommt dem Datenschutz eine besonders hohe Bedeutung zu. Hierbei gilt der Grundsatz: Der Nutzer bleibt Herr der eigenen Daten.

Zusammenfassung und Ausblick

Ein Pflegekompetenzzentrum kann einen wesentlichen Beitrag zu einer integrierten und bedarfsgerechten Infrastruktur insbesondere in unterversorgten und strukturschwachen Regionen leisten. In seiner Bündelungsfunktion kann es sich als eine effiziente, bisher schwer zu behandelnde Schnittstellen überwindende Institution des Pflege- und Gesundheitswesens bewähren, das nicht nur formelle Leistungen, sondern auch die Solidaritätsleistungen der An- und Zugehörigen sowie der von Freiwilligen getragenen Beiträge zur Sorge integriert. Es ermöglicht neue Steuerungsoptionen auf der regionalen und kommunalen Ebene hinsichtlich der Infrastrukturentwicklung und kann einen Beitrag zur Entwicklung einer örtlichen Kultur der Sorge leisten.

Pflegekompetenzzentren verbessern die Lebens- und Versorgungssituationen von auf Pflege angewiesenen Menschen deutlich. Das gilt auch für An- und Zugehörige, die auf bedarfsgerechtere Hilfen und Entlastungsangebote zurückgreifen können. Schnittstellenprobleme zwischen dem Pflege- und Gesundheitswesen lassen sich bearbeiten, Kooperationsstrukturen und -kulturen entwickeln, die bislang durch eine überwiegend wettbewerbliche Ausrichtung eher behindert werden. Leistungserbringungsrechtlich lassen sich neue, effiziente Versorgungsarrangements gestalten. Zentrale Akteure wie die der Kommunen und der Pflege- und Krankenkassen nehmen ihre Steuerungsfunktionen aufeinander bezogen wahr. Durch die Einbeziehung der Bürgerinnen und Bürger lässt sich das Thema Langzeitpflege zu einem kommunalpolitischen erheben und Schritte in Richtung der Entwicklung einer örtlichen Sorgeskultur unterstützen.

Die Schließung von örtlich häufig hochgeschätzten, kleinen Krankenhäusern kann durch die Konversion in Pflegekompetenzzentren kommunalpolitisch besser verarbeitet und in der Bürgerschaft besser mitgetragen werden.

Basis dieser Konzept-Zusammenfassung boten wissenschaftliche Konzeptionen zu den Pflegekompetenzzentren von:

Herr Prof. Dr. Thomas Klie, Freiburg/Berlin

Herr Prof. Dr. Michael Monzer, Stuttgart

Herr Prof. Dr. Frank Teuteberg, Osnabrück

The image shows a close-up of a white sign with orange 3D lettering. The sign reads 'DAK' in a large, bold, sans-serif font, with 'Gesundheit' in a smaller, rounded sans-serif font below it. The sign is mounted on a grey metal structure. The background is a blurred outdoor scene with trees and a building.

DAK
Gesundheit

Enquete-Kommission
Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V
Statement für Anhörung am 09. September 2020

GRUNDSÄTZLICHES ZUM FRAGENKATALOG

- **Fragenkatalog wurde unter großem Zeitdruck bearbeitet**
- **Stehe für Rückfragen gerne zur Verfügung**
- **Schwerpunkt meines Statements: Schwerpunkt Pflegekompetenzzentren**

REGIONALE PFLEGEKOMPETENZZENTREN

HINTERGRUND:

- **Abwanderung junger Menschen**
- **Demographische Entwicklung**
- **Versorgungsprobleme in dünn besiedelten Gebieten**
- **Auslastungs- und Qualitätsprobleme kleinerer Krankenhäuser**
- **Fehlende Angebote der Kurzzeit-, Tages- und Nachtpflege**

REGIONALE PFLEGEKOMPETENZCENTREN VORSCHLAG:

- **Nutzung der freien Kapazitäten des Krankenhauses für ein regionales Pflegekompetenzzentrum bzw. Lokalen Gesundheitszentren (LGZ) wie von der Enquete-Kommission „Älter werden in M-V“ vorgeschlagen**
- **Bericht Enquete**
„Durch Sicherung von Versorgungsankern an den gegenwärtigen Krankenhausstandorten, in denen ambulante und stationäre Versorgung stärker und sektorenübergreifend vernetzt wird, kann Versorgung umfassend gesichert werden“

(Zitat Bericht Juli 2016, Seite 154)

REGIONALE PFLEGEKOMPETENZCENTREN VORSCHLAG

- **Krankenhausärzte werden sowohl stat. als auch amb. tätig – Teilzulassung im MVZ am Krankenhaus**
- **Bündelung des Entlassmanagements und des Casemanagements Pflege im Rahmen einer Casemanagement-Organisation**

REGIONALE PFLEGEKOMPETENZCENTREN VORTEILE FÜR BÜRGERINNEN UND BÜRGER:

- Enquete „Älter werden in M-V“

„...Gleichzeitig hält man Personal und die Ausstattung etc. von Krankenhäusern in der Region. Der sinnvolle Erhalt von kleinen Krankenhäusern ist sicherzustellen. Aber auch deren Weiterentwicklung zu LGZ (Lokale Gesundheitszentren) muss durch das Land nachhaltig gefördert werden.“

Zitat: Bericht Stand Juli 2016, Seite 154

REGIONALE PFLEGEKOMPETENZZENTREN VORTEILE FÜR BÜRGERINNEN UND BÜRGER:

- **Organisation der Versorgung aus einer Hand**
- **Hilfe- und Behandlungsschritte werden aufeinander abgestimmt**
- **Erweiterung zur bestehenden Regelversorgung**
- **Ausschluss von Parallelstrukturen und damit evtl. verbundenen Doppeluntersuchungen**
- **Verbesserung der Kommunikation aller Beteiligten durch Nutzung einer Digitalen Plattform**

REGIONALE PFLEGEKOMPETENZENTREN WAS HINDERT AN DER EINRICHTUNG?

- **Wie können die notwendigen Investitionen i. Z. m der Umwandlung finanziert werden?**
- **Sicherstellungszuschlag nach § 9 Abs. 1a Nr. 6 KHEntgG (400.000 €) dafür einsetzen, statt sie nur für die Sicherung der Krankenhausstandorte zu zahlen**
- **Regelungen Krankenhausstrukturfonds I u. II (§ § 12 und 12a KHG) müssten dafür erweitert werden**

REGIONALE PFLEGEKOMPETENZENTREN WAS HINDERT AN DER EINRICHTUNG?

- **§ 1 Abs. 1 Ziff. 3 Buchstabe b Krankenhausstrukturfonds-Verordnung:**
Förderung für Umwandlung einer Fachabteilung bzw. Abteilung in eine stat. Pflegeeinrichtung
- **Problem: Kleine Krankenhäuser verfügen oft nicht über mehrere Abteilungen einer Fachrichtung**
→Abteilungsschließung dann gleich Abbau einer Fachabteilung

REGIONALE PFLEGEKOMPETENZZENTREN WAS HINDERT AN DER EINRICHTUNG?

- **§ 71 SGB XI**
 - **Einrichtungen der Pflegeversicherung müssen selbständig wirtschaftende Einrichtungen mit eigener Leitung durch ausgebildete Pflegefachkraft sein**

REGIONALE PFLEGEKOMPETENZCENTREN NOTWENDIGE GESETZESÄNDERUNGEN

- **Der Krankenhausstrukturfonds müsste eine Förderung zulassen**
- **Sicherstellungszuschläge (§ 9 Abs. 1a Nr. 6 KHEntgG) anpassen**
- **§ 71 SGB XI muss zulassen, dass Pflegekompetenzentren / Gemeindegesundheitszentren an Krankenhäusern betrieben werden können, bzw. Organisationsform ist zu klären**



**Antworten der Techniker Krankenkasse auf den
Fragenkatalog der Enquete-Kommission zur
„Zukunft der medizinischen Versorgung in
Mecklenburg-Vorpommern“**



A.1 Grundsatzfragen

1. Inwieweit teilen Sie die Auffassung (aus dem Einsetzungsbeschluss), wonach eine bedarfsgerechte, gute und erreichbare Gesundheitsversorgung als elementarer Bestandteil der öffentlichen Daseinsvorsorge zu betrachten ist?

2. Was leitet sich daraus aus Ihrer Sicht ab?

3. Welche Kriterien bestimmen aus Ihrer Sicht die Qualität einer medizinischen Versorgung der Bevölkerung von Mecklenburg-Vorpommern? Wie werden die Qualitätsindikatoren den Patientinnen und Patienten zur Verfügung gestellt?

Die Antworten gelten für die Fragen 1 bis 3.

Die Gesundheitsversorgung ist eine der Kernaufgaben der Daseinsvorsorge. Die rasch voranschreitenden Veränderung der Versorgungssituation in den ländlichen Regionen, durch fehlende wohnortnahe Versorgungsstrukturen, stellt uns als Gesellschaft vor große Herausforderungen. Die staatliche Verantwortung für die Gesundheitsversorgung leitet sich aus dem Artikel 20 des Grundgesetzes (GG) ab. Das dort verankerte Sozialstaatsprinzip definiert den Rahmen für zahlreiche Gestaltungsmöglichkeiten und Verpflichtungen der staatlichen Akteure in der solidarischen Gesundheitsversorgung. Staatliche Regulierungen finden im deutschen Gesundheitswesen auf verschiedenen Ebenen statt. Aus diesem staatlichen Gestaltungsrecht leiten sich sowohl auf formeller Ebene, als auch aus dem Anspruch der Bürgerinnen und Bürger berechtigterweise staatliche Pflichten zur Sicherstellung der bedarfsgerechten, guten und erreichbaren Gesundheitsversorgung ab. Für eine glaubwürdige und damit bürgerzentrierte Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung, sind die staatlichen Akteure in besonderem Maße dazu verpflichtet ihren Pflichten nachzukommen und gleichermaßen die Organe der Versicherungsgemeinschaft an den Lösungen zu beteiligen. Wobei an dieser Stelle der Grundsatz: Gestaltungsspielräume durch finanzielle Verantwortung gelten muss.

Das Zielresultat einer qualitativ hochwertigen Behandlung, ist ein langfristig optimales Versorgungsergebnis des Patienten. Die Wiederherstellung und Aufrechterhaltung der körperlichen und seelischen Gesundheit lässt sich in der Regel nicht flächendeckend und personenbezogen erfassen. Stattdessen können und sollten Indikatoren als Instrument der Qualitätsmessung hinzugezogen werden. Insbesondere im stationären Bereich verdeutlichen bundesweite Analysen, dass Mindestmengen für bestimmte medizinische Eingriffe die Ergebnisqualität verbessern. Die gesteigerte Behandlungserfahrung und damit die Behandlungssicherheit wird durch routinierte Abläufe verbessert und das Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko reduziert. Mindestmengen auf Haus- bzw. Operateursebene sind in diesem Zusammenhang nicht nur isoliert zu betrachten, sondern

müssen entsprechend planerische Konsequenzen nachsichziehen. Hierbei sind insbesondere die Stichworte Zentren- und Clusterbildung zu nennen. Wir sind überzeugt, dass es nicht im Sinne der Versorgungsqualität ist, jedes hochspezialisierte Leistungsangebot in jeder Klinik vorzuhalten. Mit der Konzentration spezialisierter Leistungen auf höhere Versorgungsebenen, wird ein höheres Maß an Behandlungsqualität sichergestellt. Die Krankenkassen können grundsätzlich den Versorgungsauftrag von Krankenhäusern mitbestimmen. Das Leistungsspektrum können sie jedoch gegenwärtig nicht in der nötigen Tiefe mitgestalten. Es besteht nur die Möglichkeit, den Versorgungsauftrag eines Hauses durch eine optionale Vereinbarung zu konkretisieren. Diese Option wird bisher selten genutzt. Für eine wirtschaftliche und damit langfristig tragfähige Patientenversorgung vor Ort ist es notwendig, dass innerhalb der Rahmenvorgaben der Bundesländer die Krankenkassen das Recht haben, das Leistungsspektrum der Krankenhäuser zu konkretisieren bzw. einzugrenzen. Wir fordern daher eine differenzierte Krankenhausplanung. Weiterhin können wir als Akteur der Gesundheitsversorgung die flächendeckende medizinische Versorgung nur gewährleisten, wenn ebenfalls klar definierte Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität im Gesundheitswesen berücksichtigt werden. Insbesondere der durch die Digitalisierung möglich gewordene, verbesserte Informationsaustausch, ermöglicht im ambulanten und stationären Bereich Potential für Prozessoptimierungen. Hierzu führen wir konkrete Beispiele und Maßnahmen unter Fragenkomplex C aus.

A.2 Detailfragen

I. Stationäre Versorgung

1. Wie bewerten Sie die Krankenhausdichte in M-V und welche Vor- bzw. Nachteile ergeben sich aus dieser?
2. Welche Bedeutung haben aus Ihrer Sicht Sicherstellungszuschläge und welchen Änderungsbedarf sehen Sie?
3. Wo liegen aus Sicht der Krankenkassen Probleme in folgenden Bereichen und was wird zu deren Behebung getan? (bitte immer stationär, ambulant und Schnittstellen sowie städtisch und ländlich geprägte Versorgungsräume)

Die Antworten gelten für die Einzelfragen 1 bis 3.

Die Anzahl der Krankenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern ist unstrittig. Die Herausforderung der Zukunft besteht darin, die Krankenhäuser in ihrer Aufgabenwahrnehmung an den regional vorhandenen Versorgungsbedarfen auszurichten. Dazu ist aus unserer Perspektive die Einführung eines Versorgungsmonitorings, das ambulante und stationäre Bedarfe anhand von Realdaten prognostiziert, alternativlos. Als Datengrundlage können die DRG-Statistiken und die Diagnosedaten

der Krankenhausstatistik herangezogen werden. Da für die gesetzlichen Krankenversicherungen aus dem Monitoring finanzielle Verpflichtungen resultieren, zum Beispiel in Form von Sicherstellungszuschlägen, erfordert dies ein Mitspracherecht im Planungsprozess. Beispielhaft für die Differenz zwischen realem Bedarf und gefühlter Unterversorgung sind an dieser Stelle die Bettenanzahl der Kinderheilkunde und Kinderchirurgie je 100.000 Einwohner zu nennen. Im Bereich der Kinderheilkunde weisen nur die Bundesländer Bremen, Sachsen und Sachsen-Anhalt eine höhere Bettenanzahl pro 100.000 Einwohner aus, als Mecklenburg-Vorpommern. Im Bereich der Bettenzahlen der Kinderchirurgie bekleidet Mecklenburg-Vorpommern gar den Spitzenplatz (Stand: 2017).

Damit die Krankenhäuser nicht in den ruinösen Wettbewerb mit den weiteren Versorgungsstrukturen vor Ort treten, ist ein sektorenübergreifender Planungsansatz gefragt. Für eine sektorenübergreifende Ausrichtung und damit patientenzentrierte Krankenhausplanung, müssen auch die regional verfügbaren ambulanten Kapazitäten berücksichtigt werden. Die Daten der Kassenärztlichen Vereinigung sollten entsprechend in das Versorgungsmonitoring integriert werden. Damit erhält der Krankenhaus-Planungsausschuss einen Überblick des tatsächlichen ärztlichen Leistungsangebots in einer Region. Ziel dieses erweiterten Analysevorgangs ist es, ambulante und stationäre Leistungen der Grund- und Notfallversorgung flächendeckend und patientennah zur Verfügung zu stellen. Resultierend werden Krankenhäuser im ländlichen Raum eine wichtige Aufgabe für die Sicherstellung der zukünftigen Versorgung übernehmen. In Gebieten mit wenigen niedergelassenen Haus- und Fachärzten ist es notwendig, dass ambulante Leistungen auch innerhalb eines Krankenhauses erbracht werden dürfen. Im Umkehrschluss sollen niedergelassene Ärzte durch Kooperationen mit Krankenhäusern auch sinnvoll zur stationären Versorgung beitragen. Für die passgenaue Ausrichtung der Leistungsspektren in beiden Sektoren ist es höchste Zeit, da Angebote am Bedarf der Bevölkerung vorbei gehen, zunehmend wirtschaftliche Schwierigkeiten bei den betroffenen Häusern und Ärzten auslösen. Diese Dynamik trifft auch auf das Thema Sicherstellungszuschläge zu. Denn inwieweit der Zuschlag zur kostendeckenden Finanzierung von einer für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Struktur aufgrund eines geringen Versorgungsbedarfes oder wegen einer unwirtschaftlichen Betriebsführung ergeben hat, wird nicht hinreichend geprüft. In dem Erlassprozess von Sicherstellungszuschlägen sollten die gesetzlichen Krankenversicherungen, als Vertreter der Solidargemeinschaft und mit Blick auf echte Versorgungsdaten, enger eingebunden werden. Denn bei einer wiederkehrenden bzw. dauernden Finanzierung über Sicherstellungszuschläge, besteht die Gefahr, dass nicht notwendige Versorgungsstrukturen subventioniert und strukturelle Anpassungen nicht durchgeführt werden. Dies gefährdet die Patientenversorgung vor Ort und bindet wichtige Ressourcen.

Sicherstellungszuschläge dürfen daher kein Ersatz für eine Adaption der Versorgungslandschaft an den Patientenbedarf sein.

II. Ambulante Versorgung

1. Ist den Krankenkassen bekannt, dass Facharzttermine in vielen Bereichen trotz Dringlichkeitsvermerk oft nicht möglich sind? Welche Konzepte gibt es?

Der gesetzliche Auftrag zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung obliegt den Kassenärztlichen Vereinigungen, in unserem Bundesland der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern. Die TK förderte als erste Kasse das Überweisungskonzept der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern finanziell.

Wir bieten unseren Versicherten weiterhin einen Online-Service zur Terminvereinbarung. Der TK-TerminService unterstützt bei der Vereinbarung eines Arzttermins, zum Beispiel, wenn die Versicherten keine Zeit haben sich selbst um einen Arzttermin zu kümmern oder keinen geeigneten Facharzt finden. Der Service ist selbstverständlich kostenlos. Ebenfalls können unsere Versicherten diesen Service nutzen, wenn Sie einen Termin beim Physiotherapeuten, Krankengymnasten, Masseur, Ergotherapeuten, Logopäden oder Podologen brauchen und eine entsprechende Verordnung haben.

Weiterhin bietet die TK als erste gesetzliche Krankenversicherung ihren Versicherten virtuelle Arztbesuche per Video-App an. Behandelt werden acht Krankheitsbilder vom grippalen Infekt über Magen-Darm-Infekt und Migräne bis hin zu Rückenschmerzen und Corona-Symptomen. Bei Arzneimittelverordnungen können die Versicherten zwischen einem klassischen Papierrezept und einem elektronischen Rezept wählen. Hierzu erhält der Versicherte einen QR-Code auf sein Smartphone, den er direkt an eine der teilnehmenden Apotheken weiterleiten kann. Durch den Botendienst der Apotheken ist auch eine Lieferung nach Hause inklusive einer kontaktlosen Übergabe des Arzneimittels möglich. Auch eine Krankschreibung ist bis zu einer Dauer von drei Tagen möglich. Auf Wunsch des Versicherten erfolgt die Übermittlung an die TK auf elektronischem Weg. Der Versand der Durchschläge für den Versicherten und den Arbeitgeber muss derzeit aus rechtlichen Gründen noch auf dem Postweg erfolgen.

2. Wo liegen aus Sicht der Krankenkassen Probleme in folgenden Bereichen und was wird zu deren Behebung getan? (bitte immer stationär, ambulant und Schnittstellen sowie städtisch und ländlich geprägte Versorgungsräume)

Siehe dazu die Antworten der Frage B. 2.

3. Innerhalb der OECD ist ein Trend zur Ambulantisierung der Medizin zu beobachten. Deutschland befindet sich quantitativ beim ambulanten Operieren auf einem der hinteren Plätze. Wie bewerten Sie diese Situation? Gibt es Pläne dies ggf. zu ändern, und wenn ja welche? Welches Ambulantisierungspotential sehen Sie bei stationären Behandlungen?

4. Obwohl Deutschland im internationalen Vergleich bei der Mund- und Zahngesundheit eine Spitzenposition einnimmt, gibt es Personengruppen, die von den Versorgungsmöglichkeiten nicht ausreichend profitieren. Dies betrifft insbesondere alte und pflegebedürftige Menschen, Personen mit Handicaps sowie Kleinkinder bis zum dritten Lebensjahr. Was ist geplant, um die zahnmedizinische Versorgung für diese Personen zu verbessern?

5. Durch die hohe und zunehmende administrative Belastung bleibt den Praxisteams weniger Zeit für die Behandlung und Versorgung von Patienten. Dazu gehören beispielsweise die wachsenden Dokumentations- und Kontrollpflichten, die sich aus Gesetzen und Verordnungen wie der Röntgenverordnung, dem Medizinproduktegesetz, dem Patientenrechtegesetz sowie der Datenschutzgrundverordnung ergeben, das komplizierte Abrechnungsverfahren über die Kassenärztlichen Vereinigungen oder das Verfassen von Berichten zum Beispiel für private Krankenversicherungen und Beihilfestellen. Auch durch diese hohe administrative Belastung verliert der Beruf des niedergelassenen Arztes/Zahnarztes für den Nachwuchs zunehmend an Attraktivität. Welche Maßnahmen werden ergriffen, um die ausufernde Bürokratie abzubauen?

Die Antworten gelten für die Fragen 3, 4 und 5.

Der Grundsatz ambulant vor stationär ist bereits im §39 des Sozialgesetzbuch V verankert. Trotz sektoral getrennter Planung stammt ein wachsender Anteil medizinischer Behandlungen in Krankenhäusern aus dem Grenzbereich zwischen ambulanter und stationärer Leistungserbringung. Diese ist durch sehr unterschiedliche Vergütungshöhen und Abrechnungsbedingungen geprägt, die im Ergebnis zu erheblichen Fehlanreizen bei der Patientenversorgung führen (können). Der Anreiz für Leistungserbringer, diese unterschiedliche Höhe der Vergütung als Entscheidungskriterium für Ort und Umfang der Versorgung heranzuziehen, birgt das Risiko falscher oder unnötiger Behandlungen. Dies trägt nicht zur Verbesserung der Versorgungsqualität für die Patienten bei. Um weniger die Erlösanreize, als die richtige medizinische Indikation in den Mittelpunkt der Behandlung zu rücken, sind das stationäre und ambulante Vergütungssysteme zu harmonisieren. Die TK schlägt dazu die Bildung von Hybrid-DRG vor. Grundlagen der Kalkulation von Hybrid-DRG sind der DRG-Fallpauschalenkatalog und der EBM. Hieraus wird ein Mischpreis ermittelt. Der Hybrid-DRG-Katalog

sollte klar abgrenzbare Leistungen enthalten. Als flankierende Maßnahme bedarf es einer zusätzlichen Qualitätssicherung, welche Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität umfasst. Außerdem müssen nachvollziehbare Kriterien zur Indikationsstellung entwickelt werden. Grundsätzlich müssen natürlich für eine versichertenorientierte Leistungssteuerung im ambulanten und stationären Bereich natürlich symmetrische Leistungsvoraussetzung vorliegen.

Der Gesetzgeber hat unlängst mit dem §87 As. 2i im Sozialgesetzbuch V eine Verbesserung der Mundgesundheit der in der Frage genannten Zielgruppen auf den Weg gebracht. Die Vergütung des zeitlichen, personellen und instrumentellen Mehraufwandes für das Aufsuchen der betroffenen Personen wird entsprechend abgebildet. In Fragen der Versorgungssicherheit, hat die Corona-Pandemie gezeigt, wie unkompliziert und unbürokratisch die Akteure der Gesundheitsversorgung zusammenarbeiten können. Digitale Kommunikationswege, Austauschplattformen und die Vernetzung ermöglichen den Abbau von Bürokratie. Mit der Telematikinfrastruktur und der elektronischen Patientenakte und noch folgenden digitalen Services sind die zunehmenden administrativen Prozesse gut zu adressieren. Die TK setzt sich dafür ein, dass bürokratische Prozesse einfacher werden. Rechnungen bezahlen, Urlaube buchen, Einkäufe tätigen, die Bürgerinnen und Bürger sind es gewohnt, ihre Anliegen komfortabel und schnell online zu erledigen. Bei Anliegen rund um die gesetzliche Krankenversicherung ist dies in vielen Fällen noch nicht möglich, da in vielen Fällen noch immer der postalische Weg für die Kommunikation mit Versicherten festgeschrieben ist. Wie in anderen Lebensbereichen sollte auch die Kommunikation zwischen Versicherten, Krankenkassen und Ärzten komfortabel online stattfinden können. Dafür ist es wichtig, dass die gesetzlichen Regelungen den modernen Kommunikationswegen folgen.

Dass elektronische Kommunikation bürokratische Prozesse vereinfacht, zeigt die elektronische Teilnahmeerklärung. Als erste Krankenkasse ermöglicht die TK ihren Versicherten die komfortable digitale Einschreibung, wenn sie an einem besonderen Versorgungsangebot der TK teilnehmen möchten. So können sich TK-Versicherte z. B. für eine erweiterte Herzdiagnostik oder eine besondere Augen-OP schnell und unkompliziert mit einer Unterschrift auf dem Tablet bei ihrem Arzt oder auf ihrem eigenen Smartphone einschreiben. Die TK bestätigt die Teilnahme online und Arzt und Patient können sofort mit der Behandlung beginnen. Auf diesem Weg reduziert die elektronische Teilnahmeerklärung den Bürokratieaufwand und beschleunigt die Therapie.

III. Rehabilitation

1. Wie können die medizinischen Kompetenzen und Ressourcen der Rehakliniken unter Berücksichtigung eines abgestuften und realisierbaren Vorgehens in die medizinische Versorgung im Land einbezogen und integriert werden?

Die Rehakliniken erfüllen den Versorgungsauftrag im Rahmen ihres Sektors. Ansätze zur verbesserten sektorenübergreifenden Zusammenarbeit der Rehakliniken mit den weiteren Sektoren werden bereits in Selektivverträgen und Innovationsfondsprojekten erprobt. Insbesondere über telemedizinische Schnittstellen können die Patientinnen und Patienten in den Rehakliniken profitieren. Die Erfahrungen des Projekts TeleDermatologie zeigen, wie unkompliziert medizinische Behandlungen auf einem digitalen Pfad zwischen Rehakliniken und Maximalversorgern abgewickelt werden können.

IV. Patientenorientierung

1. Wie bewerten Sie die Situation der Patientenvertretung und der Patientenorganisationen in M-V und welchen Handlungsbedarf sehen Sie?

2. Welche Unterstützung bzw. Hinweise für die Patienten/Patientinnen gibt es? Welche Hilfen/Ansprechpartner für Patient/innen gibt es bei den Krankenkassen bei Verdacht auf fehlerhafte Behandlung? Wie werden diese kommuniziert und evaluiert?

3. Welche Entwicklung sehen die Krankenkassen auf dem Weg zu mehr Patientenorientierung im Gesundheitswesen?

4. Welche Konzepte gibt es, um zukünftig im Pandemiefall die Versorgung der Patient/innen sicherzustellen? Wurden die Patientenorganisationen bzw. ihre aktuellen Erfahrungen in deren Entwicklung einbezogen?

5. Ist den Kassen das bundesweite Aktionsbündnis Patientensicherheit bekannt? Wie können die dort erarbeiteten Empfehlungen in MV genutzt werden?

6. Ist den Krankenkassen die Bandbreite der Arbeit der Patientenvertretung im Land bekannt? (Gremien, Beteiligte, Koordination) Wie unterstützen die Kassen die Arbeit der ehrenamtlichen Patientenvertreter/innen seit Beginn ihrer Arbeit im Jahr 2004? Welche Verbesserungen sind geplant und sind diese mit den maßgeblichen Organisationen zur Interessenvertretung von Patient/innen bzw.

der ehrenamtlich arbeitenden Koordinierungsstelle bei der SELBSTHILFE MV abgestimmt?

7. In welchen Bereichen beziehen die Krankenkassen das Wissen der Patientenorganisationen und ihres Dachverbandes SELBSTHILFE MV ein? Wo nicht? Welche Veränderungen sind denkbar?

8. Welche Konzepte gibt es, um Patient/innen und medizinisches Personal im Versorgungsalltag auf Augenhöhe zu bringen? Gibt es dazu Gespräche mit Patientenorganisationen?

9. Welche Konzepte gibt es, um Mitarbeiter/innen der Krankenkassen für die verschiedenen Bedarfe und Ansprüche der Patient/innen zu sensibilisieren?

10. Welche Beschwerdemöglichkeiten haben Patient/innen, die mit ihren Kassen unzufrieden sind? Wie werden diese Beschwerden ausgewertet und transparent gemacht?

Der Fragekomplex IV. ist im Block beantwortet.

Als gesetzliche Krankenkasse arbeiten wir eng mit den Patientenvertretern zusammen. Unser Engagemant geht über die gesetzlichen Erwartungen des § 20h Sozialgesetzbuch V hinaus. Dies betrifft insbesondere die Zusammenarbeit mit den Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen im Land. Dieser Aspekt wird unter Frage IV. 7 erneut aufgegriffen. Die Zusammenarbeit mit den Patientenvertretern ist ein wichtiger Baustein für eine qualitative und patientenzentrierte Versorgung. Insbesondere die Aufklärung und zukünftige Vermeidung von Behandlungsfehlern steht hier im Fokus. Von einem Behandlungsfehler spricht man, wenn Ihnen durch eine medizinische Behandlung ein gesundheitlicher Schaden entstanden ist. Wir helfen unseren Versicherten, die den Verdacht haben, dass ein Behandlungsfehler vorliegt. Dieser Grundsatz gilt auch, wenn TK-Versicherte unzufrieden mit der Behandlung sind. Dazu bietet die Techniker Krankenkasse das Portal „Wegweiser Behandlungsfehler“ und ein eigenes Beschwerdemangement. Selbstverständlich steht unseren Versicherten die telefonische oder persönliche Kontaktaufnahme frei. Ebenfalls können sich unsere Versicherten von TK-Experten im Medizinrecht unterstützen lassen. Das Expertenteam berät gemeinsam mit den Betroffenen über die weitere Vorgehensweise und informiert diese über ihre Rechte. Wenn die TK den Verdacht auf einen Behandlungs- oder Pflegefehler prüfen soll, fordern wir die notwendigen Behandlungsunterlagen an. Dafür benötigen wir von dem Betroffenen eine Schweigepflicht-Entbindung und die Genehmigung zur Herausgabe von Behandlungsunterlagen. Anschließend übernehmen wir dann den Schriftverkehr mit allen Ärzten und Therapeuten.

Die Digitalisierung liefert zahlreiche Anstöße für mehr Patientenorientierung und Transparenz im Gesundheitswesen. Für eine bessere Patientenorientierung ist es zwingend erforderlich, dass im ersten Schritt bestehende Prozesse effizienter und zeitgemäßer gestaltet werden. Für uns bedeutet dies, dass bürokratische Prozesse für Versicherte einfacher werden. In Zukunft sollen Versicherte Anliegen bequem online erledigen dürfen. Für viele Versicherte ist die gedruckte Schriftformerfordernis eine unkomfortable bürokratische Hürde. Wie in anderen Lebensbereichen sollte auch die Kommunikation zwischen Versicherten, Krankenkassen und Ärzten komfortabel online stattfinden können. Dafür ist es wichtig, dass die gesetzlichen Regelungen den modernen Kommunikationswegen folgen. Damit die Bürgerinnen und Bürger zukünftig noch komfortabler mit ihrer Krankenkasse kommunizieren können, müssen die entsprechenden Vorschriften im Sozialgesetzbuch V reformiert werden. Dafür müssen die Prozesse, die bislang laut Gesetz noch auf dem Papier stattfinden müssen, vollständig digitalisiert werden. Weiterhin müssen die Versorgungsangebote besser den individuellen Bedarf der Versicherten treffen. Dies kann nur auf Grundlage von Daten geschehen. Die Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherungen sind zwar keine Daten, die ausdrücklich für wissenschaftliche Zwecke gesammelt werden, dennoch können sie, klug ausgewertet und verknüpft, die tatsächliche Versorgung der Versicherten seriös darstellen und Verbesserungspotential aufzeigen. Um Routinedaten noch besser nutzen zu können, sind längere gesetzliche Aufbewahrungsfristen notwendig. Die Auswertung von Routinedaten ist ein wichtiger Baustein für Monitoring und Weiterentwicklung von Versorgungsangeboten in der GKV. Besonders durch die intelligente Verknüpfung von Daten aus verschiedenen Quellen bieten sich vielfältige Möglichkeiten in der Versorgungsforschung, die direkt für eine Verbesserung der Versorgung genutzt werden können. Dass Routinedatenauswertungen eine hohe Relevanz für das Versorgungsgeschehen haben, zeigt sich unter anderem darin, dass im Innovationsfonds der Förderschwerpunkt "Einsatz und Verknüpfung von Routinedaten zur Verbesserung der Versorgung" ausgerufen wurde. Dennoch gibt es eine Reihe von Faktoren, welche die Verfügbarkeit und Auswertungen von Routinedaten erschweren beziehungsweise die Aussagekraft von Ergebnissen limitieren.

Die TK will die Versorgung ihrer Versicherten kontinuierlich auf Basis von Routinedatenauswertungen überprüfen und verbessern. Dafür brauchen die Krankenkassen die Möglichkeit, sektorenübergreifend Behandlungssequenzen und Behandlungspfade zu analysieren. Hierfür ist es notwendig die Möglichkeiten der Auswertungen zu verbessern, indem die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen für Abrechnungsdaten aufgehoben (über alle Sektoren hinweg) und alle Diagnoseangaben (ebenfalls sektorenunabhängig) tagesgenau dokumentiert werden. Darüber hinaus

sollten die rechtlichen Rahmenbedingungen so angepasst werden, dass Erkenntnisse aus der Versorgungsforschung bezüglich Krankheiten und Risiken den betroffenen Versicherten unmittelbar zur Verfügung gestellt und von diesen genutzt werden können. Dies verbessert die Sicherheit unserer Versicherten.

Die Techniker Krankenkasse hat als erste gesetzliche Krankenversicherung einen Beauftragten für Patientensicherheit berufen. In Anerkennung des Themas Patientensicherheit, engagiert sich die TK seit vielen Jahren im Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) und stellte längere Zeit den Generalsekretär. Traditionell sind wir Vorreiter beim Ausbau der Patientensicherheit zum Beispiel im Bereich des aktiven Behandlungsfehlermanagements. Lange vor der gesetzlichen Verpflichtung Versicherte bei einem Verdacht auf Behandlungsfehler zu unterstützen, war die TK hier aktiv. Daneben engagierte sich die TK in Projekten zum Ausbau der Patientensicherheit bspw. durch eine Krankenhausbefragung im Jahr 2015 zum Stand des klinischen Risikomanagements in deutschen Kliniken. Ein anderes Projekt "TK-CIRS" unterstützte und überprüfte die Einführung von Lernsystemen in der ambulanten Praxis. Die TK unterstützt das APS seit seiner Gründung im Jahr 2005 bis heute durch aktive Mitarbeit in den Organen und in den Arbeitsgruppen des APS. Auch die Selbsthilfe ist ein wichtiger Baustein in der Gesundheitsversorgung und für mehr Patientensicherheit. Für Menschen, die mit einer lebensverändernden Erkrankung konfrontiert werden oder deren Alltag und Zukunftsplanung sich durch die Pflege eines Familienmitgliedes schlagartig verändert, kann die Selbsthilfe ein wichtiger Anlaufpunkt und eine Hilfe sein. Dort erfahren sie wichtige Hinweise zum Umgang mit der Erkrankung, Informationen zu aktuellen Veranstaltungen und können sich mit anderen Betroffenen austauschen. Diese Mischung aus Information, Aktion und Gespräch kennzeichnet die wertvolle Arbeit der lokalen und regionalen Selbsthilfeorganisationen. Zur Stärkung der Selbsthilfe haben wir unlängst die erste Selbsthilfe App für Mecklenburg-Vorpommern auf den Weg gebracht. Gemeinsam mit der Selbsthilfekontaktstelle Rostock und der Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe Güstrow verbinden wir rund 260 Selbsthilfegruppen im digitalen Raum. Die Anwendung für Smartphone und Tablets ist ein Novum und steht kostenfrei zum Download für die gängigen Betriebssysteme Android und IOS zur Verfügung.

Grundlage unserer strategischen Arbeit ist zum einen der enge Kontakt zu unseren Versicherten, zum anderen die jährlichen repräsentativen Meinungsbefragungen und Umfragen. Diese im TK-Meinungspuls und weiteren Reporten publizierten Daten setzen den Rahmen für das intensive Engagement. Ebenfalls sind Patientenbefragungen fester Bestandteil unterschiedlicher selektivvertraglicher Regelungen und dienen gleichermaßen der Qualitätssicherung und der patientenorientierten Weiterentwicklung des Versorgungsangebotes.

V. Finanzierung / Vergütung

1. Wie bewerten Sie die Wirkung der Fallpauschalen (DRG – Diagnosis Related Groups) als Finanzierungsgrundlage für die stationäre medizinische Versorgung und welche Alternative sehen oder gar bevorzugen Sie?

Das DRG-System hat sich bewährt. Die jährliche Anpassung durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (INEK) hat dazu geführt, dass sich die Zahl der DRGs seit dem Jahr 2003 von rund 660 bislang mehr als verdoppelt hat. Damit wird das Krankheitsgeschehen immer präziser abgebildet. Problematisch ist im stationären Bereich vor allem, dass die Bundesländer ihrer Pflicht zu Finanzierung der Investitionskosten nach § 4 KHG nicht oder nur unzureichend nachkommen. Die Krankenhäuser decken daher ihre Investitionskosten zum Teil durch Erlöse aus den DRG. Um die Gewinne zu erhöhen und aus den Entgelten mehr Investitionen finanzieren zu können, haben die Krankenhäuser in den letzten Jahren vor allem Möglichkeiten der Mengensteigerung genutzt. Diese ist jedoch mit Qualitätseinbußen in der Versorgung verbunden. Somit tragen die Krankenkassen in zunehmendem Maße zur Finanzierung der stationären Versorgungsstrukturen bei, ohne Einfluss auf deren Ausgestaltung nehmen zu können. Gleichwohl haben diese Defizite einen erheblichen Einfluss auf die Verfügbarkeit und Qualität der erbrachten Leistungen und damit letztlich auf die Gesundheit der Patienten. Die Pflegepersonalkosten der Krankenhäuser sind in diesem Jahr erstmalig aus den DRG-Fallpauschalen ausgegliedert und werden über ein krankenhausespezifisches Pflegebudget - quasi nach dem Selbstkostendeckungsprinzip - finanziert. Das bedeutet, dass bei einem durchschnittlichen Pflegekostenanteil rund 20 Prozent unabhängig von der Fallpauschale vergütet werden. Gleichsam existiert mit dem Mechanismus der Sicherstellungszuschläge eine Förderung für Krankenhäuser in dünn besiedelten Regionen, um ein stationäres Versorgungsangebot aufrechtzuerhalten. Aus Perspektive der Menschen in Mecklenburg-Vorpommern steht die Behandlungsqualität und nicht der Ort der erbrachten Leistung im Fokus.

2. Welchen prozentualen Anteil des BIP halten Sie für Ausgaben für die medizinische Versorgung der Bevölkerung für sinnvoll und anstrebenswert (Bitte unterteilen in: Gesamt und ggf. anteilig in Stationäre Versorgung, Ambulante Versorgung und Zahnmedizinische Versorgung)?

3. Wie stehen Sie zur Zweiteilung der medizinischen Versorgung in Deutschland aufgrund der Unterteilung in privat und gesetzlich Versicherte und den sich daraus ergebenden unterschiedlichen Honorarkatalogen?

4. Wie stehen Sie zur Vielfalt der Krankenkassenlandschaft in Deutschland?

Die Antworten gelten für die Fragen 2, 3 und 4.

Das von vielen Experten geforderte einheitliche Arzthonorarsystem in der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung würde zu einer Kostenexplosion im Gesundheitswesen führen. Das Grundproblem ist, dass sich Gutverdiener aus dem Solidarsystem verabschieden können. Um dieses Problem zu lösen, benötigen wir einen einheitlichen Versicherungsmarkt. Erst mit einem einheitlichen System können die Honorare kostenneutral angeglichen werden. Wichtig ist, den Übergang in einen einheitlichen Versicherungsmarkt sorgfältig zu planen und nicht in Aktionismus zu verfallen. Grundsätzlich ist es für die Techniker Krankenkasse wichtig, die Stärken der gesetzlichen Krankenversicherung zu bewahren. Die GKV muss leistungsfähig und solidarisch zu gleich bleiben. Aus Sicht der TK kann dieses Ziel nur durch eine Verbesserung des Wettbewerbs im GKV-System untereinander und mit der PKV erreicht werden. Hierzu gehören neben einer nachhaltigen Finanzierung samt Beitragsautonomie vor allem faire und transparente Wettbewerbsbedingungen. Wir fordern im Sinne unserer Versicherten, dass Eingriffe der Politik, die ausschließlich und einseitig die PKV betreffen, nicht zu Lasten der GKV vorgenommen werden dürfen. Solche Verschiebungen der Systemgrenzen stellen die leitenden Prinzipien aus Trennung und zugleich Ausbalancierung beider Strukturen in Frage.

5. Die Versorger erleben derzeit Sachkostensteigerungen um das 4-10fache gegenüber den kalkulierten Daten in den gültigen Honorarkatalogen. Dies belastet derzeit allein die am Patienten tätigen Versorger. Warum reagieren die Kassen nicht auf kurzfristige Sachkostensteigerungen in Katastrophen- oder Pandemiefällen?

Diese Frage zeugt von einer falschen Informationslage. Die gesetzlichen Krankenversicherungen haben bereits zu Beginn der Pandemie auf unbürokratischem Wege mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen diverse Vereinbarungen zur Kostenübernahme geschlossen. Dies betrifft insbesondere die Vereinbarung über die Ausstattung der Vertragsärzte und Vertragszahnärzte mit Schutzausrüstung und die Erstattung zusätzlicher Kosten für außerordentliche Maßnahmen zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung. Die angenommen und noch nicht belegten Einnahmeausfälle konnten bereits durch Rettungs- und Schutzschirme der GKV für die Ärzte finanziert werden. Die Techniker Krankenkasse leistet exemplarisch für die gesamte gesetzliche Krankenversicherung mit dem Reha-Rettungsschirm, dem Pflege-Rettungsschirm und der Auszahlung der Pflege-Prämie einen wichtigen Beitrag zur Systemstabilität in Mecklenburg-Vorpommern.

6. Die Anbieter von Medical- und Arzneiprodukten haben in den letzten Jahrzehnten einen Konzentrationsprozess durchlaufen. Wie reagieren die Krankenkassen auf Wucher-/Monopolpreise der Anbieter im Medicalprodukte- und Arzneimittelbereich im Gesundheitsmarkt?

Die Fragen 7 bis 9 tangieren das Feld der Privaten Krankenversicherungen und sind entsprechend nicht Gegenstand des TK-Leistungsbereichs.

10. Der gesetzlich Versicherte erhält in der Zahnmedizin die Grundleistung von seiner Krankenkasse erstattet, auch wenn er sich auf eigene Kosten eine höherwertige Versorgung leistet; d.h. der Patient zahlt ggf. nur den Differenzbetrag selbst. Warum findet dieses Prinzip nicht auch in der ambulanten Humanmedizin Anwendung?

11. Für Krankenhäuser können durch individuelle Vergütungsverhandlungen „Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ (NUB) extra vergütet werden. Warum wird dies im ambulanten Bereich nicht ebenso gehandhabt?

12. Aus Sicht der Niedergelassenen Operateure beinhaltet die Vergütung gleicher Operationen im ambulanten und stationären Sektor eine Wettbewerbsverzerrung, da die ambulant tätigen Ärzte die Infrastruktur selbständig finanzieren müssen. Wie beurteilen Sie diese Situation?

13. Trotz anteilig gesunkener Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für die zahnmedizinische Versorgung und steigenden Versorgungsansprüchen der Patienten gibt es nach wie vor eine jährliche Budgetierung für vertragszahnärztliche Leistungen. Warum wird diese Budgetierung nicht abgeschafft?

Die Antworten gelten für die Fragen 10, 11, 12 und 13.

Als gesetzliche Krankenversicherung bietet die TK ihren Versicherten in Mecklenburg-Vorpommern eine nahezu 100 regionalspezifische Leistungen in Mecklenburg-Vorpommern. Ebenfalls ist die TK an zahlreichen Innovationsfonds-Projekten im Land beteiligt, von denen die Versicherten profitieren. Weiterhin bieten wir zusätzliche Satzungsleistungen, die über den üblichen Leistungskatalog hinausgehen. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im ambulanten Bereich sind u. a. über Modellvorhaben nach § 63ff SGB V, integrierte Versorgung nach § 140a ff. SGB V und Ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V möglich. Die Vergütung der erbrachten medizinischen Leistung wird entsprechend zwischen den Vertragsparteien vereinbart.

VI. Telemedizin / Datenschutz

1. Welche infrastrukturellen und organisatorischen Voraussetzungen werden für einen realistischen, flächendeckenden Einsatz von Telemedizin benötigt? Welche Konzepte haben die Krankenkassen, um Telemedizin zu einer breiteren Anwendung zu bringen? Welche Maßnahmen werden ergriffen, um umfassenden Datenschutz zu gewährleisten und so Vertrauen bei den Patienten/innen zu schaffen, solche Angebote anzunehmen? Ist die Zusammenarbeit mit dem Landesdatenschutzbeauftragten im Bereich der gesundheitlichen Versorgung gegeben? Wenn ja, in welcher Form? Wenn nein, welcher Expertise bedient sich die Kassen? Durch welche Maßnahmen können die Krankenkassen sicherstellen, dass die von Experten bemängelte Datensicherheit im Gesundheitswesen zukünftig flächendeckend sichergestellt wird?

Die Digitalisierung ist kein Trend mehr, sondern Realität. Die Telematik ist dabei ein wichtiger Fortschritt auf dem Weg ins digitale Zeitalter des Gesundheitswesens. Smartphones und Tablets sind im Alltag vieler Menschen nicht mehr wegzudenken. Auch in der medizinischen Versorgung werden diese Geräte bald fester Bestandteil sein. Telemedizinische Angebote entfalten ihr vollständiges Potential erst, wenn sie an den Bedürfnissen der Patienten ausgerichtet und benutzerfreundlich sind. Die Telematik ermöglicht eine ortsunabhängige Kontrolle und Therapie. Der schnellere Zugriff auf behandlungsrelevante Informationen stellt einen zentralen Vorteil für alle an der telemedizinischen Versorgung beteiligten Akteure dar. Darüber hinaus ist es möglich, medizinisches Wissen in Echtzeit über vernetzte Fachzentren auszutauschen. Interdisziplinarität steht bei allen telemedizinischen Lösungen im Fokus. Digitale Kommunikationswege ermöglichen es, dass Ärzte, Unikliniken und andere Leistungserbringer fachübergreifend Informationen teilen und so noch besser zusammenarbeiten. Vom Abschmelzen der Sektorengrenzen, als Informations- und Versorgungsgrenzen, können die Patienten am stärksten profitieren.

Die Akzeptanz der Leistungserbringer für telemedizinische Angebote ist ein zentraler Erfolgsfaktor für den Einzug der Telemedizin in die Gesundheitsversorgung. Hierbei hat der behandelnde Arzt eine Schlüsselfunktion. Nur wenn er von dem Nutzen überzeugt ist, findet die Telematik Anwendung in den individuellen Behandlungspfaden. Für Patienten ist die Einhaltung des Datenschutzes ein bedeutender Faktor in der Entscheidungsfindung. Eine einfache Bedienbarkeit entsprechender Apps erleichtert für Ärzte und Patienten aller Altersklassen den Zugang zu den Innovationen.

Grundvoraussetzung für den erfolgreichen Einsatz telemedizinischer Verfahren ist der Aufbau einer technischen Infrastruktur. Dies gilt insbesondere für den ländlichen Raum. Schnelles und sicheres Internet ist gleichermaßen auch ein Anreiz, um die Niederlassung von jungen IT-orientierten Medizinern in den ländlichen Gegenden des Bundeslandes zu protegieren. Wir fordern die Landesregierung auf, wie im Koalitionsvertrag vorgesehen, den Versorgungsgrad mit schnellem Internet von mindestens 50 Megabit pro Sekunde bis zum Jahr 2021 in Gänze umzusetzen und diesen Anteil kontinuierlich auszubauen. Dies ist notwendig, um weitere digitale Versorgungsleistungen mit belastbaren Finanzierungskonzepten umzusetzen. Der Breitbandausbau wird zahlreiche neue digitale, telemedizinische Ansätze ermöglichen und einen wertvollen Beitrag in der Patientenversorgung leisten. So können wir Defizite in medizinisch unterversorgten Gebieten ausgleichen und Effizienzpotenziale realisieren. Ebenso erleichtert die Telemedizin den Zugang zu Gesundheitsinformationen und erhöht die Transparenz für die eigenen Patientendaten. Die Vollständigkeit der Patienteninformationen ist besser sichergestellt und die Anzahl von Arztbesuchen wird vermindert. Routineuntersuchungen oder die Kontrolle von Parametern können bequem von Apps oder anderen mobilen Geräten übernommen werden. Ein Aspekt, der vor allem Patienten aus ländlichen Regionen zugutekommt. Demzufolge können lange Wartezeiten überbrückt und weite Anfahrtswege erspart werden. Ferner unterstützen die neuen technischen Anwendungen die Optimierung des Krankheitsmanagements.

2. Wozu generieren die Krankenkassen Daten über die Hausarztverträge? Inwiefern kommen diese Daten den Versicherten, oder der Versorgung insgesamt zugute? Was rechtfertigt den Einsatz von Versichertengeldern, um diese Daten zu generieren?

3. Patientendaten sind hochsensible Daten und müssen gut und dauerhaft geschützt sein. An den Datenschutz in der gesamten Medizin werden daher zu Recht sehr hohe Anforderungen gestellt. Im Rahmen der Etablierung der Telematikinfrastruktur (TI) im gesamten Gesundheitswesen wurden allerdings in der Vergangenheit wiederholt Sicherheitslücken festgestellt. Mit der Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) sowie der elektronischen Ausstellung von Rezepten und Krankschreibungen im kommenden Jahr werden an die Datensicherheit der TI sehr hohe Anforderungen gestellt. Allerdings hat die ePA schon jetzt mit einer Reihe von technischen Problemen zu kämpfen. So räumte Gesundheitsminister Jens Spahn kürzlich ein, dass es 2021 noch nicht möglich sein wird, individuell festzulegen, welche Inhalte der ePA zur Ansicht freigegeben sind. Der Patient kann also nicht wie geplant selbst entscheiden, welche Informationen der Akte für welchen Arzt, Apotheker oder Therapeuten einsehbar sind. Laut Professor Ulrich Kelber, dem Bundesbeauftragten für

Datenschutz, verstößt das vor kurzem vom Bundestag beschlossene Patientendaten-Schutzgesetz gegen die europäische Datenschutzgrundverordnung. Kelber drohte demzufolge an, die Einführung der ePA zu stoppen. Bleibt das Gesetz unverändert, würden die Datenschutzrechte von Patienten und die Datenschutzpflichten von Ärzten erheblich eingeschränkt. Das Gesetz verpflichtet jedoch Krankenhäuser und Ärzte, dass sie Patienten bei der erstmaligen Aktivierung und Nutzung der ePA unterstützen!

3.1 Wie konnte es in der Vergangenheit zu diesen Sicherheitslücken kommen?

3.2 Welche Maßnahmen werden ergriffen, um Sicherheitslücken im Rahmen der Nutzung der TI in Zukunft zu verhindern?

3.3 Welche Maßnahmen werden ergriffen, um Verstöße gegen die europäische Datenschutzgrundverordnung im Rahmen der Einführung weiterer Funktionen der elektronischen Gesundheitskarte (ePA, elektronisches Rezept + AU) auszuschließen?

3.4 Warum wird Ärzten, die aufgrund der o.g. bekannten Mängel mit der Einführung der Telematikinfrastruktur in ihrer Praxis zögern, mit Sanktionen und Honorarkürzungen gedroht?

3.5 Welche Maßnahmen werden ergriffen, um die durch die o.g. Punkten verringerte Attraktivität von medizinischen Berufen zu erhöhen?

Die Antworten beziehen sich auf den gesamten Fragenkomplex 3.

Daten über den Gesundheitszustand gehören zu den sensibelsten und schützenswertesten Informationen. Wir tragen somit eine große Verantwortung für unsere Versicherten, die unser digitalen Produkte nutzen und mit uns diese hochsensiblen Daten austauschen. Aus diesem Grund haben wir uns beim Sicherheitskonzept nicht für die einfachste, sondern für die sicherste Lösung entschieden. Beispielhaft ist folgend der Sicherheitsmechanismus der elektronischen Patientenakte (TK-Safe) skizziert:

Der Zugang zur App erfolgt ausschließlich über die TK-App. Diese ist mit einer sogenannten Zwei-Faktoren-Authentifizierung gekoppelt. Der eine Faktor ist die Registrierung des Mobilgeräts mit einem persönlichen Freischaltcode. Der andere Faktor ist die Anmeldung in der App mit Ihrem Benutzernamen und Passwort. Die Daten werden inhaltsverschlüsselt (End-to-End) auf Servern

gespeichert, die in Deutschland stehen und damit unter das deutsche Datenschutzrecht fallen. Konkret heißt das: Nur die Versicherten können die Daten lesen, da nur sie den Schlüssel dazu besitzen. Weder die TK noch der IT-Partner, die IBM Deutschland GmbH, können die Daten der Versicherten lesen. Die Entschlüsselung der Daten erfolgt erst auf dem Smartphone des Nutzers. Das höchste Schutzniveau bedeutet aber auch: Wenn die Versicherten den Schlüssel verlieren, sind alle Ihre Daten unwiederbringlich verloren. Grundsätzlich begrüßt die TK die neuen Vorgaben die das Patientendaten-Schutz-Gesetz (PDSG) zum Berechtigungsmanagement vorsieht. Sie ebnen den Weg dafür, dass die ePA wie geplant zum 1. Januar 2021 starten kann. Die Versicherten haben die Möglichkeit selbst zu entscheiden, wer auf ihre Akte zugreifen kann, sodass die Patientensouveränität gewährleistet ist. Für den Erfolg der Digitalisierung des Gesundheitswesens ist es entscheidend, dass der Versicherte mit der elektronischen Patientenakte (ePA) ein praktisches Tool an die Hand bekommt, mit dem er seine Gesundheit bequem managen kann. Alle Daten wie Befunde, Arztbriefe, Verordnungen und Rezepte des Versicherten müssen deshalb auf einer Plattform - der ePA - abgelegt sein. Alle Krankenkassen haben eine besondere Aufklärungspflicht gegenüber ihren Versicherten. Wir informieren unsere Versicherten über die Möglichkeiten der ePA, weisen auf Rechte hin und gewährleisten somit einen sicheren Umgang mit der Akte. Weiterhin ist das Angebot einer elektronischen Patientenakte für die Versicherten freiwillig. Mit den bestehenden Regelungen ist es aus Sicht der TK gelungen für ausreichende Patientensouveränität und Sicherheit zu sorgen.

B. Gesamteinschätzung / Bewertung

1. Wie beurteilen Sie allgemein die aktuelle medizinische Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern in Qualität und Quantität (ambulant und stationär)? Welche Probleme sind zu benennen (bitte auch in ihrer Wertigkeit bzw. Dringlichkeit ihrer Lösung) und welche Auswirkungen haben diese Mängel auf die Patientenversorgung. Welche Herausforderungen werden für die Zukunft gesehen?
2. Wie wird die flächendeckende Versorgung definiert? Gibt es gegenwärtig unterversorgte bzw. überversorgte Regionen?
3. Worin sehen Sie die Ursachen der von Ihnen benannten Mängel?

Die Antworten gelten für die Einzelfragen 1 – 3.

Eine flächendeckende Gesundheitsversorgung liegt dann vor, wenn jeder Mensch medizinische Versorgung in Anspruch nehmen kann, ohne dabei in eine finanzielle Notlage zu geraten. Sie ist

sichergestellt, wenn ein Jeder die medizinische Versorgung erhält, die er braucht und wann immer er sie braucht. Die großen Herausforderungen der Gegenwart und Zukunft: der demografischer Wandel, der Fachkräftemangel und die fehlende Digitalisierung treffen das Gesundheitswesen in Mecklenburg-Vorpommern besonders. Die Auswirkungen auf die Leistungsbereiche werden folgend stichwortartig skizziert:

Demografischer Wandel

- überalterte Ärzteschaft und damit zukünftig potentiell offene Arztsitze
- Morbiditäts-, Mobilitäts- und Inanspruchnahmesveränderungen in der Bevölkerung
- Potentiell fehlende Patientenversorgung in Flächenlandkreisen

Der Fachkräftemangel

- fehlendes Personal in allen Bereichen des Gesundheitswesens
- größere körperliche und psychische Belastung der Arbeitnehmer (AN)
- Attraktivitätsverlust des Landes MV für Arbeitgeber und Arbeitnehmer

Fehlende Digitalisierung und geringer Informationsaustausch

- abgeschottene Versorgungssektoren behindern die optimale med. Versorgung
- schwerere Krankheitsverläufe durch unentdeckte und unbehandelte Erkrankungen

Laut Bedarfsplanung liegt gegenwärtig im Bereich der hausärztlichen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern keine Unterversorgung vor. Dies trifft ebenfalls auf die Arztgruppen: Kinderärzte, Augenärzte, Chirurgen und Orthopäden, Dermatologen, Gynäkologen, Nervenärzte, Psychotherapeuten, Urologen, Anästhesisten, Kinder- und Jugendpsychiater, Radiologen und Fachinternisten zu. Im Bereich der HNO-Ärzte besteht im Planungsbereich Ludwigslust eine Unterversorgung und im Bereich der physikalisch und Rehabilitativen Medizin für das komplette Landesgebiet. Die Niederlassungsmöglichkeiten bis zur Sperrung betragen für diese beiden Fachgruppen addiert 7,5 Ärztinnen bzw. Ärzte.

Diese Daten zeigen entsprechend, dass in der medizinischen Versorgung kein Mengen-, sondern ein Verteilungsproblem vorliegt. Während beispielsweise in Greifswald (Mecklenburg-Vorpommern) ein Hausarzt nur 1.340 Einwohner versorgt, sind es wenige Kilometer weiter in der Region Grimmen (mit 2.259 Einwohnern fast doppelt so viele (Stand: 2017)). Zusätzliche Arztsitze und Versorgungskapazitäten bringen entsprechend wenig, wenn die zusätzlichen Mediziner sich nicht dort niederlassen, wo die Menschen sie brauchen, sondern wo sie bevorzugt leben möchten. Die radikalste und einfachste Lösung wäre es, die Ärzte neu zu verteilen. Angesichts der rechtlichen Lage und der politischen Widerstände ist ein Abbau von Überversorgung allerdings nur langfristig und in

kleinen Schritten möglich. Es gibt zahlreiche Gründe, warum es junge Mediziner eher in städtische und attraktive Gebiete und nicht so sehr in strukturschwache Regionen und soziale Brennpunkte zieht. Und wir als gesundheitspolitische Akteure können dies nur bedingt beeinflussen. Das Landarztgesetz ist ein erster richtiger Schritt. Neben strukturellen und den gesetzgeberischen Rahmenbedingungen, können die Akteure des Gesundheitswesens auch mit finanziellen Anreizen die Versorgung steuern. Ein deutlicher Anreiz für neue Praxen oder die Übernahme von Praxen wäre es deshalb, wenn wir für Regionen mit einem Mangel an bestimmten Arztgruppen die normale Honorarverteilung aussetzen würden. Stattdessen würden die Ärzte dann ihre vertragsärztlichen Leistungen als Einzelleistungen entsprechend dem sogenannten EBM-Katalog abrechnen. Von der Mengenbegrenzung wären diese Ärzte dann ausgenommen – sie bekämen also das volle Entgelt ohne einen Abschlag für eine Behandlung. Gerechterweise muss dies dann natürlich für alle Ärzte dieser Arztgruppe in der Region gelten. Da es eine Ausnahme vom bestehenden Vergütungssystem ist und die Situation sich im Laufe der Jahre auch ändern kann, ist es notwendig, die Regelung auf zehn Jahre zu befristen. Insgesamt ist allerdings zu beachten, dass Mecklenburg-Vorpommern schon heute die höchste ärztliche Vergütung je Versicherten hat und auch den bundesweit höchsten Anteil an der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Für die medizinische Versorgung der Bevölkerung müssen wir zukünftig die digitalen Möglichkeiten nutzen, weiterdenken und schnellstmöglich ausbauen. Denn die Digitalisierung schafft Vorteile, die sich auch ohne Corona-Pandemien bewähren werden. Die Versicherten erhalten ihre Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und Arzneimittelrezepte ohne dazu eine Arztpraxis aufsuchen zu müssen. Patienten und Ärzte sehen Versorgungsdaten wie beispielsweise Testergebnisse in Echtzeit. Experten könnten große Datenmengen nutzen, um Empfehlungen für die medizinische Versorgung auszusprechen. Die Digitalisierung hilft Über-, Unter- und Fehlbehandlungen zu vermeiden und sorgt dafür, dass unser Gesundheitssystem bezahlbar und qualitativ hochwertig bleibt.

Unser Ziel muss es sein, die Chancen der Digitalisierung auch nach der Corona-Krise zu nutzen, nicht zum Selbstzweck, sondern dort wo es Sinn macht. Wir wollen ein digitales Versorgungsmodell, das dem Arzt und seinen Patienten gleichermaßen nutzt. An diesem gilt es zu arbeiten. Es wird weiterhin zahlreiche Indikationen geben, die nicht digital oder per Videotelefonie behandelt werden können. Doch schlüssig ist, dass bei einer bestätigten Corona-Infektion oder einer Magen-Darm-Verstimmung, die sich schlimmstenfalls in der Arztpraxis verbreiten würde, der Patient besser eine ärztliche Konsultation über die Ferne mit digitaler AU-Bescheinigung erhalten könnte.

C. Zukunftsansätze

1. Wie werden sich die Versorgungsschwerpunkte in den kommenden zehn Jahren verschieben? Was ist aus Ihrer Sicht notwendig, um eine bedarfsgerechte und flächendeckende medizinische Versorgung in Zukunft sicherzustellen?

2. Welche Ansätze sehen Sie, diesen Herausforderungen zu begegnen? Welche sind die zehn wichtigsten Forderungen aus Sicht ihrer Krankenkasse zur zukünftigen Gestaltung der Gesundheitsversorgung in Mecklenburg-Vorpommern?

3. Welches sind die drei wichtigsten Projekte Ihrer Krankenkasse, die für die zukünftige gesundheitliche Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern als Modell dienen können oder wesentlich neue Erkenntnisse bieten und eine praxisorientierte Umsetzung beinhalten. Skizzieren Sie maximal drei zukunftssträchtige Versorgungsprojekte, die in Mecklenburg-Vorpommern stattfinden oder für das Land eine herausragende Bedeutung haben.

verbunden damit:

Beschreiben Sie mögliche und notwendige digitale Lösungsansätze der Patientenversorgung und des Gesundheitsmanagements aus ihrer Sicht.

Die Antwort gilt für die Einzelfragen 1 – 3.

Wir erwarten in den kommenden Jahren folgende Entwicklungen im Gesundheitsland Mecklenburg-Vorpommern:

a) Die Grenzen zwischen den einzelnen Versorgungssektoren müssen nach und nach verschwinden.

Insbesondere der demografische Wandel und der Wegzug jüngerer Personen aus den ländlichen Gebieten, wird diesen Trend beschleunigen. Zukünftig werden bestehende Kapazitäten in den einzelnen Sektoren gezielt zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung eingesetzt. Einige Forscher liefern bereits einen spannenden Ansatz zur sektorenübergreifenden Bedarfsplanung. Die

TK ist ebenfalls überzeugt von der Idee, Kapazitäten ganzheitlich zu planen und fordert dies in ihrer politischen Position.

b) Politische und geografische Grenzen verlieren ihre Relevanz bei der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen.

Im Herzen des freizügigen Euros werden die Menschen Gesundheitsdienstleistungen unabhängig von Ort und Zeit nachfragen. Die technischen Lösungen für derartige Services gibt es bereits. Für zukunftssichere und leistungsfähige Versorgungsstrukturen ist es daher wichtig, Versorgungsprozesse nah an den Bedürfnissen der Patienten auszurichten und nicht an den Organisationsbedürfnissen der Körperschaften oder Leistungserbringer. Die Aufhebung des Fernbehandlungsverbots in Mecklenburg-Vorpommern zeigt, dass die Ärzteschaft in M-V diesen Trend bereits erkannt hat.

c) Die traditionellen Berufsbilder im Gesundheitswesen werden sich verändern.

Seit dem Zeitalter der Industrialisierung sind die Menschen davon fasziniert monotone und körperlich belastende Aufgaben durch Roboter substituieren zu lassen. In einigen Wirtschaftsbereichen, z. B. in der Automobilindustrie, erleichtern Maschinen die Arbeitslast der Beschäftigten bereits seit Jahrzehnten. Nun liefern digitale Helfer ähnliche Aussichten für das Gesundheitswesen. OP-Roboter und spezielle Eingabegeräte unterstützen bereits heute die Versorgungsakteure. In Zukunft werden in den datengetriebenen Disziplinen die Aktionen der Behandler unterstützen. Zukünftige Generationen von Ärzten, Pflegern und Physiotherapeuten werden direkt mit Computerprogrammen kommunizieren. Insbesondere die intelligenten Bildinterpretationen und Datenauswertungen von Softwareprogrammen werden den Bedarf für veränderte Berufsbilder schaffen.

d) Computertechnologien werden den menschlichen Austausch im Gesundheitswesen fördern.

Bürokratische Pflichten, z. B. die Patientendokumentation, Ausfertigung von Arztbriefen und Befundablagen binden eine Vielzahl dringend benötigter Versorgungskapazitäten. Die zeitlichen Ressourcen für diese Aufgaben fehlen am Patienten. Digitale Technologien wie die elektronische Patientenakte (ePA) werden das Personal im Gesundheitswesen entlasten. Gleichsam bildet die ePA eine zentrale Säule für das Selbstmanagement und die Gesundheitskompetenz von Patienten. Für

zukünftige Erweiterungen ist es wichtig, dass die Akten nicht als Sammelbehälter von Daten und Dokumenten missbraucht werden. Nur wenn die Ablage entsprechender Dateien strukturiert ist - also die einzelnen Datenfelder genau definiert sind - können mit Hilfe von Algorithmen entsprechende Hinweise an Behandler und Patienten gegeben werden.

e) Intuition und Erfahrung bleiben im Gesundheitssystem der Zukunft unerlässlich.

Gegenwärtig entsteht oftmals der Eindruck, dass computergestützte Systeme und menschliche Expertise im Wettstreit befinden. Die Zukunft der bestmöglichen Versorgung ist allerdings vernetzt, interdisziplinär und kooperativ. Im Wettstreit quantitativer Analysen, der Datenspeicherung und Datenauswertung werden Wissensnetze die Behandler unterstützen. Die Heilkunst wird für absehbare Zeit Heilkunst bleiben. Intuition und Erfahrung sind weiterhin Schlüsselfähigkeiten der Patientenbehandlung. Die Bedeutung von Expertensystemen zur Entscheidungsfindung wird dennoch beträchtlich zunehmen. Einige Länder in der Europäischen Union haben sich bereits vor einiger Zeit auf den Weg gemacht, ihre Versorgungsprobleme zu lösen. Das dänische Gesundheitssystem beispielsweise kranke vor zwei Jahrzehnten an mangelnder Versorgungsqualität, elendigen Wartezeiten und ausbaufähigen Behandlungsergebnissen. Dies führte dazu, dass ein erheblicher Teil der süddänischen Bevölkerung den Weg zu einem Arzt in Deutschland auf sich nahm. Seitdem hat die dänische Regierung eifrig die Weichenstellung für ein besseres Gesundheitswesen betrieben. Der ambulante Sektor wurde massiv gestärkt, die dänischen Krankenhäuser haben sich spezialisiert und auch die digitale Infrastruktur wurde rasch ausgebaut. Mittlerweile zeigen die Reformen Wirkung. Mit Blick auf die Versorgungsherausforderungen in unserem Bundesland wird angesichts der dänischen Erfahrungen deutlich, ein einfaches weiter so wird die Probleme ebenso wenig lösen, wie politisch motivierte Individuallösungen.

Unsere Kernforderungen, die bisherigen Forderungen für die Einzelbereiche der Gesundheitsversorgung ergänzend, sind:

a) Wir müssen sektorenübergreifende Behandlungspfade regelhaft ermöglichen!

Die bedarfsgerechte Planung der stationären und ambulanten Versorgung, insbesondere in den ländlichen Gebieten, ist der entscheidende Schlüsselfaktor für die qualitativ hochwertige und wohnortnahe medizinische Versorgung. In den dünn besiedelten Landkreisen unseres Bundeslandes können bereits gegenwärtig nur sektorenübergreifend organisierte Behandlungspfade eine optimale Patientenbehandlung sicherstellen. Immer wiederkehrende Herausforderungen, wie zum Beispiel

Stationsschließungen in einzelnen Krankenhäusern können mit einem integrierten Versorgungsansatz abgedeckt werden. Wenn die notwendige spezialisierte ärztliche Expertise und versorgungsbedürftige Patienten zueinander finden, sind rasche Versorgungsabläufe und qualitativ hochwertige Behandlungsergebnisse sicher. Damit uns das in Mecklenburg-Vorpommern noch besser gelingt, müssen die Akteure dynamischer zusammenarbeiten. Ein wichtiger Baustein für integrierte Versorgungspfade in der Regelversorgung ist eine harmonisierte Vergütung zwischen ambulantem und stationärem Sektor. Wir sind davon überzeugt, dass die optimale Versorgungsentscheidung nur frei von Vergütungsanreizen für einen bestimmten Sektor getroffen werden kann.

b) Die flächendeckende Gesundheitsversorgung ist zu erhalten!

Die qualitativ hochwertige und wohnortnahe Versorgung hat für die Menschen in einem Flächenland oberste Priorität. Mit zwei Universitätskliniken und über 400 Studienplätzen im Bereich der Humanmedizin verfügt unser Bundesland über ein auskömmliches Fachkräftereservoir. Zudem verfügt Mecklenburg-Vorpommern gegenwärtig über so viele ausgebildete Ärzte wie noch nie. Damit ist eine wichtige Grundvoraussetzung für die langfristig stabile Versorgung vorhanden.

Auch zukünftige Generationen von Medizinern sollen gerne in unserem Bundesland tätig sein. Daher ist es wichtig, Arbeitsstrukturen und Prozesse an den Lebensbedürfnissen der jungen Fachkräfte auszurichten. Insbesondere moderne Arbeitsmittel, wie zum Beispiel unsere elektronische Gesundheitsakte TK-Safe, optimieren die Versorgungsrealität bei Patienten und Ärzten. Die allermeisten jungen Menschen sind geübt im Umgang mit digitalen Medien. Es wird höchste Zeit, dass zertifizierte und sichere digitale Anwendungen Einzug in die Versorgung und damit in den Praxisalltag finden.

c) Digitale Innovationen im Gesundheitswesen müssen schneller in der Versorgung ankommen!

Erst der zügige Breitbandausbau ermöglicht digitale Innovationen in der Gesundheitswirtschaft. Der Netzausbau an den Belastungskapazitäten des Bundeslandes ist aus unserer Perspektive obligatorisch, um bestehende Wettbewerbsnachteile abzubauen. Gleichzeitig sollte die Landesregierung Gründer und Unternehmen, die digitale Innovationen für das Gesundheitswesen entwickeln, stärker unterstützen. Die neuen Angebote TK-BabyZeit und TK-Doc zeigen beispielhaft, welche Potenziale für digitale Anwendungen noch im Gesundheitswesen schlummern. Damit Mecklenburg-Vorpommern im Wettbewerb der Innovationen nicht den Anschluss verliert, ist es wichtig, die erfolgreich verlaufenden Modellprojekte in Pilotprojekte bzw. die Regelversorgung zu

überführen. Es ist höchste Zeit, bereits bekannte Innovationen der Vergangenheit, wie zum Beispiel Videosprechstunden und Telekonsile in die Regelversorgung zu bringen.

TeleDermatologie ist ein Telemedizin-Projekt zur teledermatologischen Behandlung von Patienten im ländlichen Raum. Das Versorgungsziel ist die Sicherstellung der dermatologischen Patientenversorgung im strukturschwachen Raum. Dafür werden multidisziplinäre, sektorenübergreifende und digitale Versorgungsstrukturen geschaffen. Bereits heute ist eine flächendeckende, dermatologische Versorgung von Patienten in Mecklenburg-Vorpommern nicht mehr sichergestellt. Wartezeiten für Termine von mehreren Monaten sind nicht unüblich. Gegenwärtig können die Hautärzte im Land die medizinisch erforderliche, fachärztliche Versorgung nur schwer sicherstellen. Der Schwerpunkt liegt im Auf- und Ausbau telemedizinischer Strukturen. Gerade die Dermatologie bietet sehr gute Voraussetzungen, um die Möglichkeiten der Telemedizin zu nutzen. Für die Realisierung des Modellvorhabens wurde die von der Universitätsmedizin Greifswald (UMG) bereits seit 2012 verwendete teledermatologische Applikation mskin[®] weiterentwickelt und optimiert. Zielgruppe der Versorgungsform sind alle Patienten mit dermatologischen Problemen, die sich an einen der kooperierenden hausärztlichen Partner wenden. Der behandelnde Arzt sendet mittels App ein Bild der betroffenen Hautstelle mit Angaben zu Anamnese, Symptomen oder Beschwerden des Patienten an einen dermatologischen Spezialisten, der anschließend dem niedergelassenen Kollegen mitteilt, wie weiter zu verfahren ist. Durch die digitale Befundung und die sektorenübergreifende Zusammenarbeit sollen lange Wartezeiten und Anfahrtswege für Facharzttermine reduziert werden. Gleichzeitig ist zu erwarten, dass sich die Anzahl schwerwiegender Verläufe bestimmter Hauterkrankungen verringert. Außerdem ist mit einer sinkenden Fallzahl von dermatologischen Patienten in Notaufnahmen zu rechnen. Die TK betreut dieses Projekt als Konsortialführer.

HerzEffekt MV ist ein telemedizinisches Projekt zur innovativen Versorgung von Herzpatienten. Um eine lebenslange medizinische Versorgung bei Herzpatienten zu gewährleisten testet die Universitätsmedizin Rostock gemeinsam mit ihren Projektpartnern, welche Möglichkeiten die Telemedizin eröffnet, um herzkranken Patienten besser zu versorgen und gleichzeitig deren Lebensqualität zu steigern. Chronische Herzerkrankungen stellen die häufigste Todesursache in Deutschland dar. Der Anstieg von Herzerkrankungen ist auf die demografische Entwicklung sowie auf die Veränderung von soziokulturellen Faktoren wie Lebensstil und ungesunder Ernährungsweise zurückzuführen. In Mecklenburg-Vorpommern kommt erschwerend hinzu, dass der Mangel an Ärzten zunimmt und Patienten für eine fachärztliche Untersuchung oftmals lange Wege und Wartezeiten in Kauf nehmen müssen. Aus diesem Grund steht MV vor der großen Herausforderung, den steigenden

Versorgungsbedarf an herzkranken Patienten mit den zur Verfügung stehenden, knapper werdenden Ressourcen zu decken. Gemeinsam analysiert das Konsortium, ob die herzmedizinische Versorgung in MV mit Hilfe der Telemedizin flächendeckend optimiert werden kann. Im Rahmen des Projektes wird ein Versorgungszentrum samt Leistungsinstrumenten aufgebaut. Mit dessen Hilfe werden relevante Gesundheitsdaten der Patienten auf digitalem Wege zusammengeführt und live ausgewertet. Die TK betreut dieses Projekt als Konsortialpartner.

InDePendent widmet sich der Interprofessionellen Demenzversorgung. Ziel ist die Aufgabenneuverteilung zwischen Ärzten und qualifizierten Pflegepersonal in der häuslichen Versorgung. Gesamtziel des Modellprojektes ist es, die Lebens- und Versorgungssituation von Menschen mit Demenz in der Häuslichkeit zu verbessern und die höchstmögliche Selbstständigkeit zu erhalten. Das Versorgungsziel soll durch den Einsatz von speziell qualifizierten Pflegefachkräften erreicht werden. Dabei werden die Pflegefachpersonen für ein sektorenübergreifendes Dementia Care Management ausgebildet und erwerben Kompetenzen, um ärztliche Aufgaben in Delegation und Substitution ausführen zu können. Im Fokus der Qualifizierung (Weiterbildung) der Pflegefachpersonen steht eine Kombination aus diversen Präsenzphasen und e-Learning Modulen, welche auf Basis von webbasierten modularem Lehr- und Lernkonzepten angeboten werden. Die TK betreut dieses Projekt als Konsortialpartner.

Übertragbare digitale Lösungsansätze:

Als zentrale und übertragbare Elemente bieten **Telekonsile** erhebliches Potenzial, um die Gesundheitsversorgung in Mecklenburg-Vorpommern zu verbessern. Als telemedizinische Konsile bzw. Telekonsile werden die digitalen fachlichen Beratungen zwischen mehreren Ärzten der gleichen oder verschiedener Fachrichtungen bezeichnet. Der telemedizinische Austausch erfolgt in der Regel über eine spezielle Patientendiagnose oder über das Behandlungsvorgehen in einem konkreten Versorgungsfall. Als zentrale Hilfsmittel werden audio-visuelle Kommunikationswege, z. B. Videokonferenzen und Apps eingesetzt. Im Rahmen von TeleDermatologie setzen wir bereits zeitlich asynchrone Telekonsile ein, um die dermatologische Versorgung in ländlichen Gebieten zu sichern. Im Projekt können die teilnehmenden Hausärzte Bilder einer Hautstelle mit unklarer dermatologischer Befundlage und weitere Befundinformationen an einen Pool fachärztlicher Spezialisten übermitteln. Das asynchrone Telekonsil hilft besonders Hausärzten, die viele Patienten mit unterschiedlichen Krankheitsbildern behandeln. Denn der Bedarf an zusätzlicher fachlicher Expertise ist für diese schwer planbar. Auf dem digitalen Weg können Anfragen und Auskünfte in zeitlich asynchroner Form optimal in den Praxisalltag integriert werden.

Ein zeitlich synchrones Telekonsil ermöglicht den unmittelbaren telemedizinischen Austausch zur Befundbeurteilungen. In Form von Videokonferenzen können sich fachübergreifende Behandlungsteams gemeinsam beraten und einen spezialisierten Behandlungsplan für den begutachteten Fall entwickeln. Das verbessert insbesondere die Versorgung von multimorbiden Patienten. Zeitgleich reduziert die digitale Austauschmöglichkeit natürlich ebenfalls Wegzeiten und -Strecken für Ärzte und Patienten. Insbesondere in ländlichen Regionen, in denen es an einem dichten Facharztnetz mangelt, schafft das synchrone Telekonsil zusätzliche Versorgungsmöglichkeiten. In Zukunft könnten die Einsatzfelder des synchronen Telekonsils über die fachübergreifende medizinische Befundung hinausgehen. In Zeiten des Fachkräftemangels könnten telemedizinisch ausgestattete Erstanlaufstellen die Hausärzte und Kinderärzte entlasten und einen Teil der medizinischen Grundversorgung übernehmen.

Ebenso können **mobile Gesundheitsanwendungen** helfen, die flächendeckende Versorgung sicherzustellen. Die Krankheitslast der Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern hat sich in den vergangenen 100 Jahren sehr positiv entwickelt. Ende des 19. Jahrhunderts hießen die großen Gesundheitsherausforderungen noch Unterernährung, Infektionskrankheiten und Arbeitsunfälle. Gegenwärtig binden in unserem Bundesland chronische Erkrankungen, wie Diabetes, Rückenschmerzen oder Depressionen einen erheblichen Teil der verfügbaren Behandlungskapazitäten. Die historisch einmaligen, leistungsfähigen Strukturen des deutschen Gesundheitswesens sind längst nicht überflüssig, sie benötigen nur ein Update ins 21. Jahrhundert. Denn nicht mehr der Besuch beim Arzt oder eine Operation im Krankenhaus ist der wichtigste Gesundheitsfaktor, sondern die medizinische Intervention im Alltag des Versicherten. Der unverfälschte Alltag als entscheidendes Interventionsmoment entzieht sich bisher der planbaren Gesundheitsversorgung. Diese Bruchstelle im Gesundheitssystem können auch sektorenübergreifende Bedarfsplanungen und digitale Kommunikationskanäle zwischen den Leistungserbringern nicht kitten. Mit der Verbreitung von Smartphones, immerhin 60 Millionen derartige Geräte sind in Deutschland im Einsatz, besitzt quasi jeder Bundesbürger das nötige Instrument, um seinen seelischen und körperlichen Gesundheitszustand langfristig zu verbessern. Bisher mangelte es vor allem an strukturellen Voraussetzungen für den flächendeckenden Einsatz von nutzenbringenden Gesundheitsanwendungen. Beispielsweise fehlen in der gegenwärtigen Pionierphase noch Abrechnungsziffern für die kassenärztliche Abrechnung mobiler Gesundheitsdienstleistungen in der Versorgung. Dennoch zeigen bereits Anwendungsbeispiele aus dem Ausland, dass mobiles Gesundheitsmanagement funktioniert. So können Anwender dank der permanenten Verfügbarkeit eines digitalen Diabetesmanagement-Systems erlernen, wie das der richtige Umgang mit Insulin, Blutzuckerwerten und Proteineinheiten funktioniert. Wissenschaftliche Analysen belegen, dass das für

Diabetiker so wichtige Gütemaß der Insulineinstellung - der Glykohämoglobin-Wert - durch die Anwendung einer solchen Diabetes-Applikation positiv beeinflusst wird. Als alltägliches Beratungs- und Interventionsmodul kann das Smartphone die Kluft zwischen Versorgung und Alltag schließen.

Als Techniker Krankenkasse haben wir unlängst das **elektronische Rezept** (E-Rezept) auf den Weg gebracht. Nach der erfolgreichen Testphase in Hamburg rollen wir das elektronische Rezept deutschlandweit aus. So funktioniert das E-Rezept: Der Versicherte erhält in der Arztpraxis einen QR-Code sowie ein Abbild des bekannten "rosa" Rezepts in eine App auf seinem Smartphone. Möchte der Patient das Rezept einlösen, scannt die Apotheke den QR-Code ein. Die Apotheke kann daraufhin das vom Arzt verordnete Arzneimittel an den Patienten abgeben. Der Übertragungsweg ist Ende-zu-Ende verschlüsselt und die Rezeptdaten liegen, bis zu deren Abruf in der Apotheke, dezentral in der Arztpraxis. Der Einsatz des E-Rezept ist freiwillig.

Der Königsweg zum digitalen Gesundheitsmanagement ist die **elektronische Patientenakte**. Die TK bietet mit TK-Safe eine vollfunktionsfähige Lösung. TK-Safe ist ein digitaler Datentresor, auf den die Versicherten überall und jederzeit mit ihrem Smartphone über die TK-App zugreifen können. Vorausgesetzt: Die Versicherten möchten dieses Angebot annehmen, die Nutzung ist freiwillig und kostenlos. Bislang liegen medizinische Daten dezentral bei Ärzten, Krankenhäusern, Therapeuten oder Krankenkassen. Patienten müssen ihre eigenen Daten mühsam bei verschiedenen Ärzten anfragen und zusammentragen. Mit TK-Safe haben Versicherte direkten Zugriff auf ihre eigenen medizinischen Informationen. Nur der Versicherte selbst hat Einblick in die Daten und er bestimmt, ob er diese einem Arzt zur Einsicht freischalten möchte. Ob im Urlaub, beim Umzug in eine andere Stadt oder bei einem Arztwechsel: Mit TK-Safe haben Versicherte ihre medizinischen Daten jederzeit zur Hand. Die elektronische Patientenakte verbessert den sektorenübergreifenden Informationsaustausch und wird zukünftig als smarte Gesundheitsanwendung dabei helfen, die individuelle Gesundheit zu managen.

4. Was müsste aus Ihrer Sicht unternommen werden, um in der Bevölkerung das Vertrauen für notwendige Veränderungsprozesse zu stärken?

Der Schutz persönlicher Daten hat für uns oberste Priorität. Neue Technologien und Geschäftsmodelle bringen das europäische Sicherheitsverständnis allerdings an die Belastungsgrenzen. Wir benötigen daher ein wehrhaftes und gesamtgesellschaftlich akzeptierbares Verständnis von Datensicherheit. Die Geschäftsmodelle der Zukunft basieren auf dem Sammeln, Strukturieren und Analysieren von riesigen Datenmengen. Im Kern geht es darum, existierende menschliche Erfahrungen in prospektive Handlungsoptionen umzuwandeln. Das Internetverhalten der Menschen, immerhin mehr als 3,7 Mrd. Personen weltweit nutzen die digitale Welt, generiert enorme Datenmengen. Mit Blick auf das Gesundheitssystem wird deutlich, dass hierzulande gigantische Datenschätze existieren. Diese gilt es

bestmöglich vor unbefugten Zugriffen zu schützen. Nur in einer Kombination von Fortschritt und maximaler Datensicherheit können dringend notwendige Veränderungsprozesse umgesetzt werden.

5. Welchen Korrekturbedarf sehen Sie bezüglich des aktuell gültigen Krankenhausplanes?

- siehe Antwort zum Fragekomplex A.II –

6. Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären Bereichen der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern, welche Probleme sehen Sie und welche Lösungsvorschläge hätten Sie?

Aus wissenschaftlichen Studien wissen wir, dass sich die Inanspruchnahme von ambulanten und stationären Versorgungsleistungen gegenseitig beeinflusst. Diese Beziehungen können ganz unterschiedlich sein: so kommt es in einigen Bereichen zu Verschiebungen stationärer Leistungen in den ambulanten Bereich - ein Beispiel hierfür sind ambulante Operationen. In anderen Bereichen ergänzen die Leistungen der verschiedenen Sektoren einander und müssen möglichst gut abgestimmt sein. Dies ist beispielsweise in Hinblick auf die ambulante Nachsorge nach einem Krankenhausaufenthalt der Fall. Eine sektorenübergreifende Sichtweise in der Planung ist insbesondere vor dem Hintergrund der alternden Gesellschaft und der Zunahme chronischer Erkrankungen wichtig. Der daraus entstehende ambulante Versorgungs- und Koordinationsbedarf kann durch die Betrachtung von Krankenhausfällen abgeschätzt werden, die als potenziell vermeidbar gelten. Diese umfassen verschiedene Behandlungen, von denen man annimmt, dass sie durch effektives Management chronischer Erkrankungen, effektive Akutbehandlungen im ambulanten Sektor oder Immunisierungen vermeidbar wären. Solche Fälle liefern einen Hinweis auf Probleme beim Zugang zur ambulanten Versorgung (bspw. aufgrund langer Wartezeiten oder schlechter Erreichbarkeit der Arztpraxen). Andersherum gibt es auch Hinweise, dass Krankenhauskapazitäten, die für Notfälle vorgesehen sind, vermehrt im Rahmen von Erkrankungen beansprucht werden, die auch in der ambulanten Grundversorgung behandelt werden könnten. Letztlich kann sich die Versorgung nur durch eine sektorenübergreifende Planung patientenorientiert ausrichten. Steht der Patientennutzen im Mittelpunkt, würde dies bedeuten, dass sich nicht nur die Planung sondern auch die eng damit verbundene Finanzierung von Einrichtungen und Leistungen am tatsächlichen Bedarf orientiert. Demgegenüber ist die Struktur der Gesundheitsversorgung aktuell zu stark geprägt von der Verteilung finanzieller Mittel im System. Diese ist wiederum eine Folge der historisch bedingten, strikten Trennung der Sektoren, die neben unterschiedlichen

Planungsmechanismen auch unterschiedliche Qualitäts- und Behandlungsstandards und Vergütungsstrukturen zur Folge hat. Diese Unterschiede führen letztlich dazu, dass sich die Versorgung an der Vergütungslogik und stark sektorenspezifisch ausrichtet, denn es bestehen zu wenige Anreize für eine sektorenübergreifende, optimale Versorgung. Ohne eine solche Ausrichtung werden Patienten von einem Sektor zum anderen verwiesen, wo spezifische Leistungen ohne den Blick auf das Gesamtergebnis erbracht und abgerechnet werden. Eine solche Abschottung führt zu sogenannten Schnittstellenverlusten - in Form von mangelnder Kommunikation, fehlender Information, lückenhafter Dokumentation, intransparenten Abläufen und unnötiger Doppelarbeit. Für Patienten kann dies spürbare Folgen haben: Versorgungsverantwortung wird von einem Sektor zum anderen verlagert, Behandlung und Betreuung erfolgen nicht optimal aufeinander abgestimmt oder werden unterbrochen, die Diagnostik wird unnötig wiederholt, Informationen werden nicht oder nicht korrekt weitergegeben und es kommt zu vermeidbaren langen Wartezeiten. Letztlich bergen diese Probleme die Gefahr schlechterer Ergebnisse der Versorgung, im Hinblick auf Heilungschancen, Sterblichkeit und Lebensqualität, bei unnötig hohen Kosten. Eine sektorenübergreifende Planungsperspektive kann dazu beitragen, diese Abschottung zu überwinden. Damit kann zum einen ein bedarfsgerechter Zugang zu Versorgung in Regionen mit unterschiedlichen Versorgungsstrukturen gefördert werden. Dies wäre bspw. der Fall, wenn in ländlichen, von Unterversorgung bedrohten Regionen, Krankenhäuser zu interdisziplinären ambulanten Gesundheitszentren umgebaut werden. Zum anderen sind auch Verbesserungen in der Versorgungsqualität zu erwarten, wenn Strukturen so geplant werden, dass eine Versorgung von Patienten zum richtigen Zeitpunkt und im richtigen Sektor gefördert wird. Detaillierte Ausführungen dazu liefern die Antworten im Fragenkomplex A.2.

7. Wie müsste aus Ihrer Sicht die ambulante Notfallversorgung aufgestellt sein? Wie müssten ambulanter und stationärer Notdienst sowie Rettungsdienst miteinander verzahnt sein?

Der vom Bundesgesundheitsministerium präsentierte Ansatz, die Notfallversorgung zu steuern und klar zu strukturieren ist wichtig und richtig. Mit den Integrierten Notfallzentren (INZ), die an geeigneten Kliniken eingerichtet werden sollen, ist die Absicht verbunden, Patientinnen und Patienten früher als bisher zum Beispiel bei Herzinfarkt oder Schlaganfall an die richtige Stelle zu bekommen. Diesem Ziel dient auch die digitale Vernetzung der Akteure untereinander. Die Rettungsdienste müssen z. B. automatisiert Informationen darüber erhalten, welche Kliniken Notfallbetten frei haben. Den gemeinsamen Notfallleitstellen (GNL) käme entsprechend eine Lotsenfunktion zu. Da es sich bei den GNL um keine eigenständigen Organisationseinheiten handelt, sondern Rettungsdienst und vertragsärztlicher Bereitschaftsdienst zur Zusammenarbeit verpflichtet

werden, braucht es die Bereitschaft zur Kooperation bei allen Beteiligten. Die fachliche Leitung durch die KV ist allerdings konsequent, da dadurch dem Grundsatz "ambulant vor stationär" Rechnung getragen wird. Denn wenn die Notaufnahmen tatsächlich zu stark von Patienten genutzt werden, die auch von niedergelassenen Ärzten versorgt werden können, braucht die KV für eine Umsteuerung auch die notwendigen Möglichkeiten. Allerdings gibt es gegen diese Kompetenzaufteilung auch haftungsrechtliche und organisatorische Bedenken der Krankenhausesseite. Diese gilt es zu lösen. Insgesamt gilt auch bei der Notfallversorgung, dass nur ein sektorenübergreifender Ansatz langfristig erfolgreich sein wird. Alle Beteiligten müssen sich dazu von alten und lieb gewonnenen Denkmustern und Konkurrenzdenken verabschieden. Dazu gehört auch die Akzeptanz, dass der Rettungsdienst, so wie vorgesehen, ein eigener Leistungsbereich wird.

8. Welche Empfehlungen des GBA zur medizinischen Versorgung bewerten Sie kritisch und welche alternativen Vorschläge, zum Beispiel zur Erreichbarkeit von Fachabteilungen oder zu anderen Empfehlungen, haben Sie?

9. Wie kann die Zusammenarbeit mit dem Bund, den Kommunen, den Kassen, der KV, der Krankenhausgesellschaft und den Vertretern der Pflege in verbindlicher, ergebnisorientierter Weise sichergestellt werden?

10. Welche die Versorgungsplanung flankierenden, ökonomischen Instrumente der Landesregierung sind vorstellbar, um die Umsetzung der Versorgungskonzepte zu erleichtern?

Die Antworten beziehen sich auf die Fragen 8, 9 und 10.

Die Zusammenarbeit der genannten Körperschaften und Institutionen kann durch anlassbezogene Gremien, mit einem konkreten Arbeitsauftrag ohne politische Einflussnahme am besten gewährleistet werden. Insbesondere die anlassbezogene Auseinandersetzung innerhalb neuer Gremienstrukturen bieten das Potential bestehende Pfade zu verlassen. Beispielhaft ist folgend die Einführung eines Bedarfsplanungsgremiums geschildert. Am effizientesten für eine regionale Bedarfsplanung ist ein zweistufiges Verfahren. Im ersten Schritt sollte das Landesgremium, bestehend aus Vertretern des Landes, der Kassenärztliche Vereinigung, der Krankenhausgesellschaft und der Landesverbände der Kassen sowie der Ersatzkassen nach § 90a SGB V die regionalen Bedarfe ermitteln und planen. Für das Patientenwohl ist es elementar, dass im zweiten Schritt der konkreten Kapazitätsplanung die Mitglieder des Landesgremiums mit Versorgungs- und Finanzierungsverantwortung ein gleichrangiges Mitsprache- und Gestaltungsrecht haben. Nur ein solches politisch unabhängiges Gremium kann seine Aufgabe, die optimale Verteilung der Behandlungskapazitäten angepasst an die regionalen Versorgungsbedürfnisse, erfüllen.

Krankenhäuser, deren Versorgungsspektrum einen hohen Anteil an Leistungen umfasst, die an der Schnittstelle zur ambulanten Versorgung liegen, sind zukünftig in der Form eines neu zu etablierenden Integrierten Versorgungszentrums (IVZ) aufzustellen. In den IVZs wird die bedarfsnotwendige Facharztkapazität für ambulante Behandlungen sowie eine ausreichend medizinisch-technische Ausstattung für die stationäre Grund- und Notfallversorgung vorgehalten. Infolge entstehen am medizinischen Bedarf ausgerichtete Versorgungszentren. Ergänzend kommen innovative und selektivvertragliche Regelungen, die eine integrierte medizinische Versorgung im ländlichen Raum gewährleisten, zum Einsatz. Denn grundsätzlich darf die ambulante Versorgung nicht durch nachteilige Wettbewerbsbedingungen per se schlechter gestellt werden.

11. Wie kann eine flächendeckend vernetzte, wohnortnahe ärztliche Versorgung sichergestellt werden?

12. Wie sind Mindestangebote und mengenkritische Bedarfe in ein auch ökonomisch tragfähiges Verhältnis zu bringen?

13. Wie können ländliche, kleine Krankenhäuser ambulante und stationäre Leistungen so zusammengeführt anbieten, dass Investitionen und Personalkosten wirtschaftlich sind?

14. Welche Formen mobiler Angebote der ärztlichen Betreuung und der Medikamentenverteilung sind von kleinen Krankenhäusern aus organisierbar und finanzierbar?

Die Antworten beziehen sich auf die Fragen 11,12, 13 und 14.

- Siehe Fragenkomplex Vi. C. Frage 3 – ergänzend dazu: Andere Bundesländer, wie Nordrhein-Westfalen (NRW) haben sich längst auf den Weg gemacht und eigene Pläne zur intelligenten Vernetzung und Zentralisierung von Leistungen entwickelt. Mit dem Konzept des „virtuellen Krankenhauses“ übernimmt NRW eine bundesweite Vorreiterrolle. Der geplante Einsatz von Telemedizin und die Vernetzung von medizinischem Expertenwissen wird die Behandlung und damit das Patientenwohl entscheidend verbessern können. An diese Entwicklung sollten wir auch in Mecklenburg-Vorpommern anknüpfen. Die Patienten erwarten eine hochwertige und sichere Versorgung im Krankenhaus. Gerade deshalb ist es notwendig, spezialisierte Leistungsbereiche in Zentren zu bündeln. Diese spezialisierten Kliniken haben mehr Erfahrungen mit komplizierten Eingriffen und umfangreichen Behandlungen. Zwar werden die Patienten dafür längere Wege in Kauf nehmen, die Qualität der Versorgung wird aber zunehmen. Und entscheidend ist, die Mecklenburger und Vorpommern würde dies nicht stören: Gemeinsam mit dem Meinungsforschungsinstitut Forsa

hat die TK bevölkerungsrepräsentative Erwachsene konkret gefragt, wo es im Deutschen Gesundheitssystem hakt und was sich ändern muss. 90 Prozent der fast 200 Befragten aus Bremen, Hamburg, Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern gaben an, dass sie bereit sind, für die optimalen medizinisch-technischen Standards und die größtmöglicher Erfahrung weitere Wege in Kauf zu nehmen. Analog zum Punkt A.2 II gilt, dass trotz sektoral getrennter Planungsprozesse ein wachsender Anteil medizinischer Behandlungen in Krankenhäusern aus dem Grenzbereich zwischen ambulanter und stationärer Leistungserbringung stammt. Diese ist durch sehr unterschiedliche Vergütungshöhen und Abrechnungsbedingungen geprägt, die wie ausführlich geschildert im Ergebnis zu erheblichen Fehlanreizen bei der Patientenversorgung führen können. Der Anreiz für Leistungserbringer, diese unterschiedliche Höhe der Vergütung als Entscheidungskriterium für Ort und Umfang der Versorgung heranzuziehen, birgt das Risiko falscher oder unnötiger Behandlungen. Dies trägt nicht zur Verbesserung der Versorgungsqualität für die Patienten bei.



Eine leistungsstarke Gesundheitswirtschaft in Mecklenburg-Vorpommern benötigt stetige Innovationen und Investitionen. Die bedarfsgerechte Versorgung im stationären und ambulanten Bereich, insbesondere in den ländlichen Gebieten, ist der entscheidende Schlüsselfaktor für den Erfolg der Branche. Wir fördern und unterstützen als aktiver Partner zahlreiche Versorgungsprojekte im Land. Die Übersicht unserer Leuchtturmprojekte zeigt, wie regional stark wir die Versorgung stützen.

Innovative Versorgungsprojekte

TeleDermatologie

TeleDermatologie ist eines der ersten durch den Innovationsausschuss des G-BA geförderten Projekte. Gemeinsam mit der Universitätsmedizin Greifswald (UMG) und der Informations- und Kommunikationsgesellschaft mbH aus Neubrandenburg verbessern wir die Behandlung von Patienten mit Hauterkrankungen. Dazu wurde ein telemedizinisches Konsil zwischen Haus- und Fachärzten etabliert. Die teilnehmenden Ärzte nutzen dafür eine App, mit der sich Veränderungen der Haut abbilden lassen. Anschließend leiten die anfragenden Hausärzte die Daten an die Dermatologie der UMG oder an kooperierende niedergelassene Dermatologen weiter. Die dermatologischen Experten beantworten die Anfrage anschließend als konsiliarische Empfehlung. Aktuell nutzen über 100 Hausärzte, 13 Kliniken und eine Reha-Klinik die App in der täglichen Praxis.

Herz-Effekt M-V

Auch HerzEffekt M-V wird vom Innovationsausschuss gefördert. Im Rahmen des Projekts wird analysiert, welche Möglichkeiten die Telemedizin für Patienten mit Herzerkrankungen bietet. Herzstück der Versorgungsleistung ist der Einsatz medizinischer Wearables, welche den Patienten ermöglichen, ihre Vitalparameter von zu Hause aus an das neu eingerichtete Care-Center zu übermitteln. Das dort eingesetzte medizinische Personal überwacht den Zustand der Teilnehmer aus der Ferne. Das Care-Center steht den Patienten für telefonische Auskünfte und Beratungen zur Verfügung. Anfang des kommenden Jahres, ist mit den ersten belastbaren Ergebnissen zu HerzEffekt M-V zu rechnen. Ein Fokus der gegenwärtigen Bemühungen ist die Übertragung der Versorgungsleistung in die Regelversorgung.

InDePendent

Am 1. April 2020 starteten wir gemeinsam mit der Universitätsmedizin Greifswald und weiteren Partnern ein Modellprojekt zur Verbesserung der Lebens- und Versorgungssituation von Menschen mit Demenz. Im Fokus stehen speziell qualifizierte Pflegefachkräfte. Diese werden für ein sektorenübergreifendes Dementia Care Management ausgebildet und erwerben Kompetenzen, um ärztliche Aufgaben in Delegation und Substitution ausführen zu können.

GAIN-Studie

Die GAIN-Studie ist ein Versorgungsforschungsprojekt. Mit dem neuen computergestützten Versorgungsmanagementsystem für pflegende Angehörige von Demenzerkrankten, sollen Vorschläge für passgenaue Versorgungsangebote in Mecklenburg-Vorpommern unterbreitet werden. Der Haus- oder Facharzt des Angehörigen kann außerdem durch das Computersystem Empfehlungen für weitere Behandlungsmöglichkeiten aussprechen. Eine stetig aktualisierte Datenbank hilft dabei, einen Überblick über die regionalen Angebote zu erhalten und die Unterstützung passgenau zu realisieren.

TwIN-MoVE

Zur Umsetzung einer telemedizinischen Betreuung von Patienten mit schweren Lungenerkrankungen bis hin zum Lungenversagen wurde das Projekt TWIN-MOVE von der Universitätsmedizin Rostock ins Leben gerufen. Mittels eines sogenannten Tele-ITS-Mobiles können Ärzte der kooperierenden Kliniken eine Expertenmeinung oder eine Zweitmeinung einholen. Die Kommunikation der Experten per Videotelefonie wird standortunabhängig ermöglicht. Über das Videokonferenzsystem erhalten die Experten zusätzlich

Übersicht über innovative Versorgungsprojekte

medizinische Daten der Patienten. So werden die beteiligten Krankenhäuser bei der Diagnose und Therapie unterstützt und können eine multi- und interdisziplinäre Fachexpertise heranziehen. Dies entlastet besonders Krankenhäuser, die in strukturschwachen Regionen mit einer geringeren intensivmedizinischen Versorgung zu kämpfen haben.

Exzellenzzentrum für Patientensicherheit

Die Universitätsmedizin Greifswald und die TK werden gemeinsam ein Exzellenzzentrum für Patientensicherheit aufbauen. Im Exzellenzzentrum werden alle bisherigen Einzelinitiativen zur Erhöhung der Patientensicherheit in ein gesamtheitliches Konzept überführt. Ziel ist es, viele Krankenhäuser und Nachsorgeeinrichtungen in das Zentrum miteinzubeziehen. Damit legen die Universitätsmedizin und die TK den Grundstein für eine flächendeckende und nachhaltige Netzwerk- und Kooperationsstruktur im stationären Sektor. Mit der Berufung eines eigenen Beauftragten für Patientensicherheit entspricht die TK, als erste gesetzliche Krankenversicherung, den aktuellen gesundheitspolitischen und -wissenschaftlichen Anforderungen zum Ausbau der Patientensicherheit.

Selbsthilfeförderung

DMSG

Der Landesverband der Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft in MV und TK können bereits auf ein erfolgreiches langjähriges gemeinsames Engagement in der Selbsthilfearbeit zurückblicken. Dazu gehören u. a. „MS-online für Alle“ und "MS-CONNECT". Aktuell plant die DMSG in Zusammenarbeit mit der Universitätsmedizin Greifswald die Entwicklung einer Physiotherapie-App. In Kooperation mit niedergelassenen Physiotherapeuten erhalten die Patienten individuell erstellte Therapiepläne und Anleitungen. Eine kontinuierliche und örtlich unabhängige Behandlung wird so möglich. Dies ist insbesondere in einem Flächenland wie Mecklenburg-Vorpommern ein wichtiger Baustein in der Versorgung.

Selbsthilfe App für Mecklenburg-Vorpommern

Gemeinsam mit der Selbsthilfekontaktstelle Rostock und der Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe Güstrow haben wir die erste Selbsthilfe-App für Mecklenburg-Vorpommern ins Leben gerufen. Rund 260 tätige Selbsthilfegruppen von Rostock bis Güstrow sind so bereits digital vernetzt. Die App ist kostenlos für Smartphone und Tablets verfügbar.

Deutsche Alzheimergesellschaft

Mit Unterstützung der TK konnte der Landesverband der Deutschen Alzheimergesellschaft MV ein "Mobiles multimediales Licht-Naturerlebnis für Menschen mit Demenz" verwirklichen. Es handelt sich um den innovativen Ansatz einer smarten Kombination von zur Verfügung stehenden Ressourcen bzw. bereits erprobten Angeboten der Stimulation der Sinnesorgane. Des Weiteren wurde u. a. unter Beteiligung der Deutschen Alzheimer Gesellschaft LV MV e.V., der Hochschule Stralsund und der BioCon Valley GmbH eine technische Alltagshilfe, um verlorene Gegenstände wiederfinden zu können, entwickelt. Durch Betätigung eines von acht, auf dem "Memoboard" befestigten, Tasten wird an einem kleinen Empfänger ein Ton- und Leuchtsignal aktiviert. Ein großes Stück Eigenständigkeit für die Betroffenen kann so längerfristig erhalten werden. Gegenwärtig befindet sich ein Online-Beratungs-Chat für (pflegende) Angehörige von Menschen mit Demenz (Chatbot) in der Entwicklung.

Für Rückfragen:

Techniker Krankenkasse
Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern
0385 – 76 09 574



In Mecklenburg-Vorpommern (MV) ist eine flächendeckende, fachärztliche, dermatologische Versorgung von Patienten schon heute in einigen Regionen nur schwer sicherzustellen. Hautarztpraxen sind gegenwärtig vor allem in Zentren und Mittelzentren (z.B. Rostock oder Schwerin) konzentriert. Ziel des Projektes ist es, die Behandlung von Patienten mit Hauterkrankungen durch multidisziplinäre, sektorenübergreifende und digitale Versorgungsstrukturen sicherzustellen. Gerade die Dermatologie, als visuelles Fach, bietet sehr gute Voraussetzungen, die Möglichkeiten der Telemedizin zu nutzen.

Was ist TeleDermatologie?

Das Projekt zur teledermatologischen Behandlung von Patienten im ländlichen Raum, hat vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in der ersten Förderwelle des Innovationsfonds den Zuschlag erhalten. Das Versorgungsziel ist die Sicherstellung der dermatologischen Patientenversorgung. Dafür werden multidisziplinäre, sektorenübergreifende und digitale Versorgungsstrukturen geschaffen und eingesetzt.

Herzstück des Projektes ist die mskin®-App. Eine webbasierte Anwendung, die es Ärzten ermöglicht, ärztliche Konsile im Bereich der Dermatologie umzusetzen. Dieses vereinfacht die diagnostische und therapeutische Praxis und kann dazu beitragen fachärztliche Expertise auch in der Fläche verfügbar zu machen. Das Projekt wird von der Techniker Krankenkasse geleitet. Partner sind die Universitätsmedizin Greifswald (UMG), die Informations- und Kommunikationsgesellschaft mbH Neubrandenburg sowie das Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH (Evaluation). Das Projekt ist zum 01. März 2017 gestartet. Aktuell nutzen über 100 Hausärzte, 13 Kliniken und eine Reha-Klinik die App in der täglichen Praxis. Die App wird regelmäßig technisch weiterentwickelt und angepasst. Zudem werden die Ärzte im Umgang mit der App geschult. Ziel ist die Übertragung der neuen Versorgungsform in den Praxisalltag der hausärztlichen Versorgung und der Ausbau auf weitere Indikationsgruppen z.B. in der Augenheilkunde.

Wie wird die Versorgungssituation verbessert?

Für die Realisierung des Modellvorhabens wurde die von der Universitätsmedizin Greifswald bereits seit 2012 verwendete teledermatologische Applikation mskin® weiterentwickelt und optimiert. Zielgruppe der Versorgungsform sind alle Patienten mit dermatologischer Erstdiagnostik, die sich an einen der kooperierenden ärztlichen Partner wenden. Der behandelnde Arzt sendet mittels App ein Bild der betroffenen Stelle mit Angaben zu Anamnese, Symptomen oder Beschwerden des Patienten an einen dermatologischen Spezialisten, der anschließend dem niedergelassenem Kollegen mitteilt, wie weiter zu verfahren ist. Durch die digitale Befundung und die sektorenübergreifende Zusammenarbeit sollen lange Wartezeiten und Anfahrtswege für Facharzttermine reduziert werden. Gleichzeitig ist zu erwarten, dass sich die Anzahl schwerwiegender Verläufe bestimmter Hauterkrankungen verringert. Außerdem ist mit einer sinkenden Fallzahl von dermatologischen Patienten in Notaufnahmen zu rechnen.

Wie werden die Daten geschützt?

Der Konsortialpartner Infokom GmbH und der Datenschutzexperte Prof. Hansjürgen Garstka haben das Datenschutzkonzept des Projekts entwickelt. Besonderes Augenmerk lag auf der Implementierung der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung. Für die Datenverarbeitung werden zwei zertifizierte Rechenzentren in Köln und Straßburg genutzt. Die zentrale Maxime des Datenschutzkonzeptes ist safety by design. Die Richtlinien für die Verarbeitung von personenbezogenen Daten werden durch eine Reihe von technisch-organisatorischen Maßnahmen, wie der gesicherten verschlüsselten Datenübertragung und getrennten Datenbanken, umgesetzt.



Evaluation des Innovationsfondsprojektes

Im Rahmen der Evaluation des Projekts soll untersucht werden, inwiefern sich die Qualität der dermatologischen Patientenversorgung in Mecklenburg-Vorpommern durch eine telemedizinische Mitbetreuung mittels App verbessert.

In Bezug auf diese Fragestellung sollen folgende Hypothesen überprüft werden:

1. Die Zufriedenheit der Patienten bzw. der behandelnden Ärzte mit der Organisationsform der hautärztlichen Versorgung steigt. Die Zufriedenheit der Patienten bzw. der behandelnden Ärzte mit dem Therapieergebnis steigt.
2. Die durchschnittliche Wartezeit der Patienten nimmt ab (zwischen Auftreten der Hauterkrankung ↔ dermatologisches Konsil ↔ Therapiebeginn).
3. Die Rate an Überweisungen vom Hausarzt an den Dermatologen kann durch den Einsatz der App reduziert und die Qualität der Versorgung verbessert werden. Die Fälle für die persönliche Behandlung werden somit auf schwere Fälle konzentriert.
4. Der Kostenaufwand für die dermatologische Versorgung mit App ist geringer als ohne Anwendung des Telekonsils.

Die Evaluation ist als Methodenmix konzipiert. Zum einen wird auf Routinedaten der Krankenkassen zurückgegriffen und zum anderen sollen Patienten und Ärzte befragt werden.

Für Rückfragen:

Techniker Krankenkasse
Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern
0385 – 76 09 574

Die Position der TK

Krankenhausplanung in Mecklenburg-Vorpommern modernisieren

Die Krankenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern stehen vor großen Herausforderungen. Die TK bekennt sich ebenso wie die politischen Entscheidungsträger zu allen 37 Krankenhausstandorten im Land. Die Kliniken verfügen über eine große Bandbreite an Behandlungsangeboten. Die verfügbaren Therapieangebote sind jedoch selten auf den Gesamtversorgungsbedarf vor Ort abgestimmt. Stattdessen führen ähnliche, regional konkurrierende Versorgungsleistungen zu einem unwirtschaftlichen Wettbewerb, der weder der Versorgungsqualität noch dem Versichertenwohl dient. So bedarf es einer Modernisierung der stationären Versorgungsplanung in Mecklenburg Vorpommern. Als ersten Schritt schlagen wir drei Anpassungen für eine patientenorientiertere Versorgungsplanung im Planungsprozess vor.

Versorgungsmonitoring als Grundlage der Krankenhausplanung

Die Krankenhausplanung in unserem Bundesland ist ein historisch gewachsener Prozess, geprägt durch die Fortschreibung von Bettenkapazitäten. Gerade deshalb ist es wichtig, den Planungsvorgang zukünftig prospektiver aufzustellen. Wir schlagen als ersten Reformschritt vor, ein systematisches Versorgungsmonitoring einzuführen. Anhand der Analyse von Realdaten, können lokale Bedarfe und Auffälligkeiten systematisch erkannt und Fehlversorgungstendenzen aufgedeckt werden. Als Datengrundlage können die DRG-Statistiken und die Diagnosedaten der Krankenhausstatistik herangezogen werden. Da für die gesetzlichen Krankenversicherungen aus dem Monitoring finanzielle Verpflichtungen resultieren, zum Beispiel in Form von Sicherstellungszuschlägen, dies erfordert ein Mitspracherecht im Planungsprozess.

Sektorenübergreifende Planungsprozesse ermöglichen

Für eine sektorenübergreifende Ausrichtung und damit patientenzentrierte Krankenhausplanung, müssen auch die regional verfügbaren ambulanten Kapazitäten berücksichtigt werden. Die Daten der Kassenärztlichen Vereinigung sollten entsprechend in das Versorgungsmonitoring integriert werden. Damit erhält der Krankenhaus-Planungsausschuss einen Überblick des tatsächlichen ärztlichen Leistungsangebots in einer Region. Ziel dieses erweiterten Analysevorgangs ist es, ambulante und stationäre Leistungen der Grund- und Notfallversorgung flächendeckend und patientenah zur Verfügung zu stellen. Resultierend werden Krankenhäuser im ländlichen Raum eine wichtige Aufgabe für die Sicherstellung der zukünftigen Versorgung übernehmen. In Gebieten mit wenigen niedergelassenen Haus- und Fachärzten ist es notwendig, dass ambulante Leistungen auch innerhalb eines Krankenhauses erbracht werden dürfen. Im Umkehrschluss sollen niedergelassene Ärzte durch Kooperationen mit Krankenhäusern auch sinnvoll zur stationären Versorgung beitragen.

Leistungsangebot qualitätsorientiert planen

Im Interesse der Patientensicherheit steht die optimale Behandlungsqualität über der Maxime einer wohnortnahen Versorgung im ländlichen Raum. Wir sind überzeugt, dass es nicht im Sinne der Versorgungsqualität ist, jedes hochspezialisierte Leistungsangebot in jeder Klinik vorzuhalten. Mit der Konzentration spezialisierter Leistungen auf höhere Versorgungsebenen, wird ein höheres Maß an Behandlungsqualität sichergestellt. Die Krankenkassen können grundsätzlich den Versorgungsauftrag von Krankenhäusern mitbestimmen. Das Leistungsspektrum können sie jedoch nicht in der nötigen Tiefe mitgestalten.

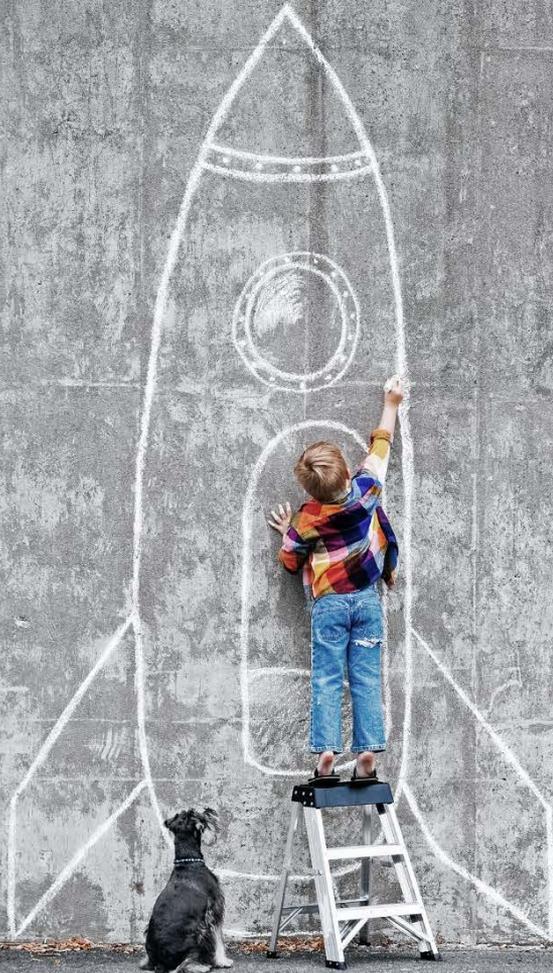
Es besteht nur die Möglichkeit, den Versorgungsauftrag eines Hauses durch eine optionale Vereinbarung zu konkretisieren. Diese Option wird bisher selten genutzt. Für eine wirtschaftliche und damit langfristig tragfähige Patientenversorgung vor Ort ist es notwendig, dass innerhalb der Rahmenvorgaben der Bundesländer die Krankenkassen das Recht haben, das Leistungsspektrum der Krankenhäuser zu konkretisieren bzw. einzugrenzen. Wir fordern daher eine differenzierte Krankenhausplanung und nicht die Etablierung von Verträgen nach § 109 SGB V. In Kombination mit der Einführung des sektorenübergreifenden Versorgungsmonitorings werden so hypertrophe und hypotrophe Strukturen systematisch identifiziert und können anschließend abgebaut werden.

Techniker Krankenkasse
Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern
Wismarsche Straße 142, 19053 Schwerin
Tel. 03 85 - 76 09-0
lv-mv@tk.de

Daseinsvorsorge Krankenhausplanung und -finanzierung

Enquete-Kommission zur „Zukunft der
medizinischen Versorgung in Mecklenburg-
Vorpommern“, 9. September 2020, Landtag

Wie können wir
gemeinsam Qualität in
der Versorgung neu
denken und gestalten?



Determinanten oder worüber reden wir?

- 1.942 Einrichtungen
- 35 Unikliniken nach landesrechtl. Hochschulbauvorschriften
- Behandlung von rund 19,4 Mio. stationären Fällen (-0,5% ggü. Vorjahr)

- Marktvolumen von 94,7 Mrd. €
- Gesundheitsmarkt insgesamt 376 Mrd. € (Automobilindustrie 425 Mrd.€, Maschinenbau 252 Mrd. €)

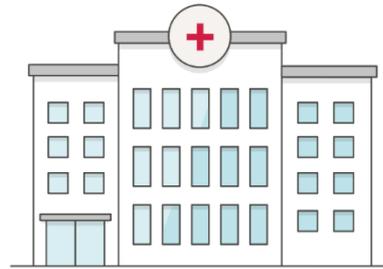
Krankenhausversorgung und -finanzierung in Mecklenburg-Vorpommern

Determinanten oder worüber reden wir?

- **37 Krankenhausstandorte**
 - **11.578 Betten** (inkl. Tagesklinik)
 - **10.142 Betten** (ohne Tagesklinik)
 - => 630 Betten pro 100.000 Einwohner (ohne Tagesklinik) (Bund 602)
 - Die Bettendichte je 100.000 EW ist in MV seit 1999 fast konstant. (Schwankungsbereich +/- 50 Betten)
 - Überdurchschnittlich hohe Zahl an Betten je 100.000 Einwohner bei unterdurchschnittlicher Auslastung von rund 76,6% (2017) (Bund 77,8%)
- Behandlung von rund 215 stationären Fällen je 1.000 Einwohner (Bund 235)
- Kosten pro KH-Fall (2017) von 4411 € (Bund 4695 €)

Krankenhausversorgung und -finanzierung in Mecklenburg-Vorpommern

Die TK bekennt sich ebenso wie die politischen Entscheidungsträger zu den Krankenhausstandorten im Land.

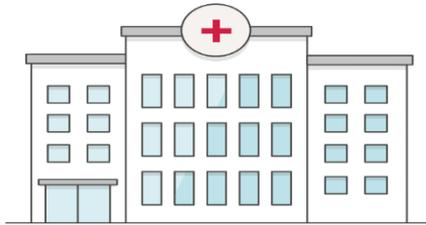


Wir müssen gemeinsam entscheiden:

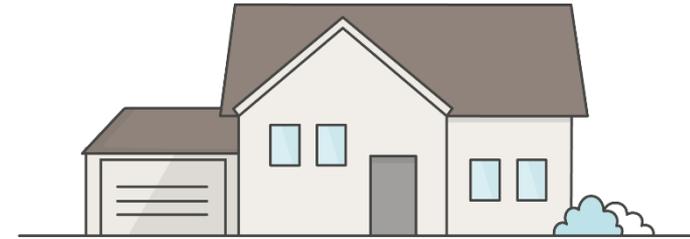
- Was sollen diese Standorte leisten?
- Wie planen wir aufgrund realer regionaler Bedarfe
- Wie bringen wir Interessen von Patienten und Leistungserbringern in möglichst große Übereinstimmung?

Krankenhausversorgung und -finanzierung in Mecklenburg-Vorpommern

Die Kliniken verfügen über eine große Bandbreite an Behandlungsangeboten.



Die verfügbaren Therapieangebote sind jedoch selten auf den Gesamtversorgungsbedarf vor Ort abgestimmt.



Fehlanreize durch deutsches Fallpauschalensystem



Finanzierung

G-DRG-System - Zeit für Reformen?

- Klare Zielorientierung in der bestehenden Krankenhausvergütung **“Transparenz, Effizienz, Wirtschaftlichkeit”**
 - Transparenz ↑, Effizienz ↑, Verweildauer ↓, aber: Menge ↑, Qualität ?

- **“Gleicher Preis für gleiche Leistung”** widerspricht Realität
 - Andere *Grundkosten* durch Vorhaltekosten (Uniklinik – Landkrankenhaus), geografische Charakteristika (Lohn Stadt – Land)
 - Andere Kosten *pro Fall* in Abhängigkeit von Versorgungsstufe

- DRG-System stellt **solide Grundlage** dar, aber Fehlanreize erfordern **Weiterentwicklung der Krankenhausvergütung**
 - Systemverzerrung durch nicht repräsentative und sich ändernde **Kalkulationsstichprobe**
 - jährliche Kalkulation durch das INEK anhand der Ist Kosten der KH

(Hinlänglich) bekannte Probleme der stationären Versorgung

- Finanzierung
- Planung
- Sektorale Gliederung des Gesundheitswesens

- **werden verschärft durch:**
- demografischen Wandel
- Fachkräftemangel
- medizinischer Fortschritt
- mangelnde Qualitätssicherung

Corona unterstreicht Wichtigkeit einer Neuordnung

- **„Ambulanter Schutzwall“:** Länder mit Fokus niedergelassenen Sektor deutlich weniger betroffen als Länder mit krankenhausbasierter Strategie
 - Frühes Ausrollen der Teststrategie in Deutschland (Februar)
 - Umfangreiche, landesweit verteilte Laborkapazitäten
 - Behandlung von Covid-Fällen i.d.R. im niedergelassenen Sektor
- **Mangelnde personelle Ausstattung**
 - Z.B. lombardische Krankenhäuser besser ausgestattet
- Druck zur Aufnahme **zusätzlicher Fälle** zur Kostendeckung
 - Belastung jenseits des „Kerngeschäftes“
 - Fallzahlrückgang kann nicht kompensiert werden

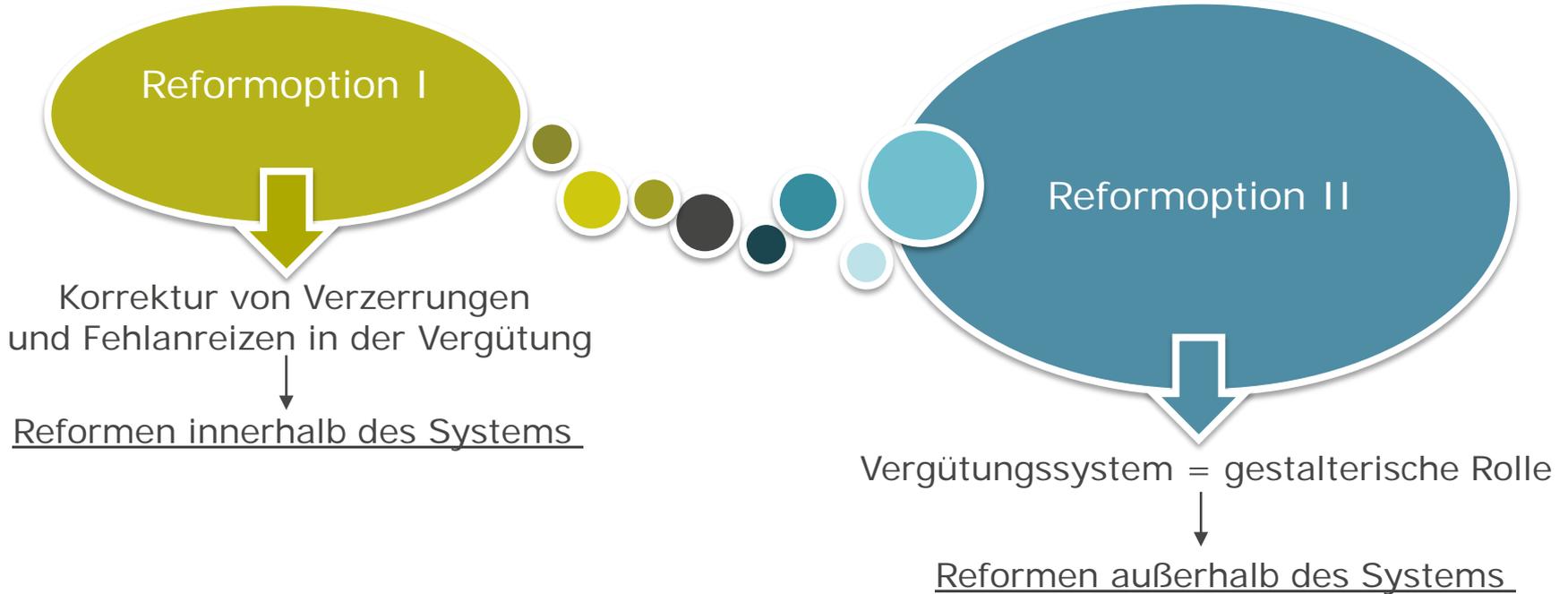
Welche Anreize wollen wir setzen?



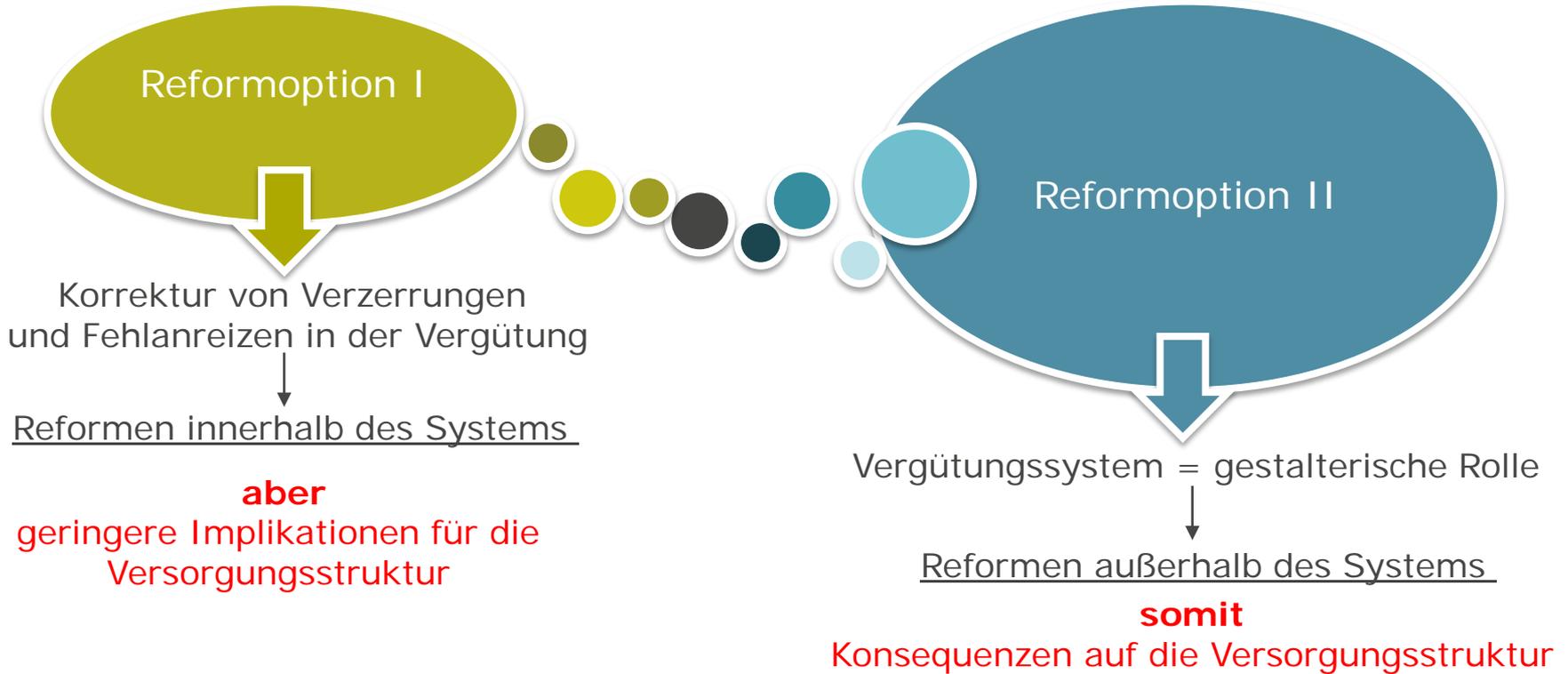
- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Vergütung mengen Unabhängig • Weniger Druck zur Fallzahlsteigerung • Hohe Kostenkontrolle • Evtl. weiter Zielvorgaben notwendig | <ul style="list-style-type: none"> • Vergütung mengen ABhängig • Leistungsspektrum finanziell beeinflusst • Anreize zu hoher Aktivität • Effizienz und geringere Verweildauer |
|---|--|

Das Vergütungssystem gestaltet die Leistungserbringung

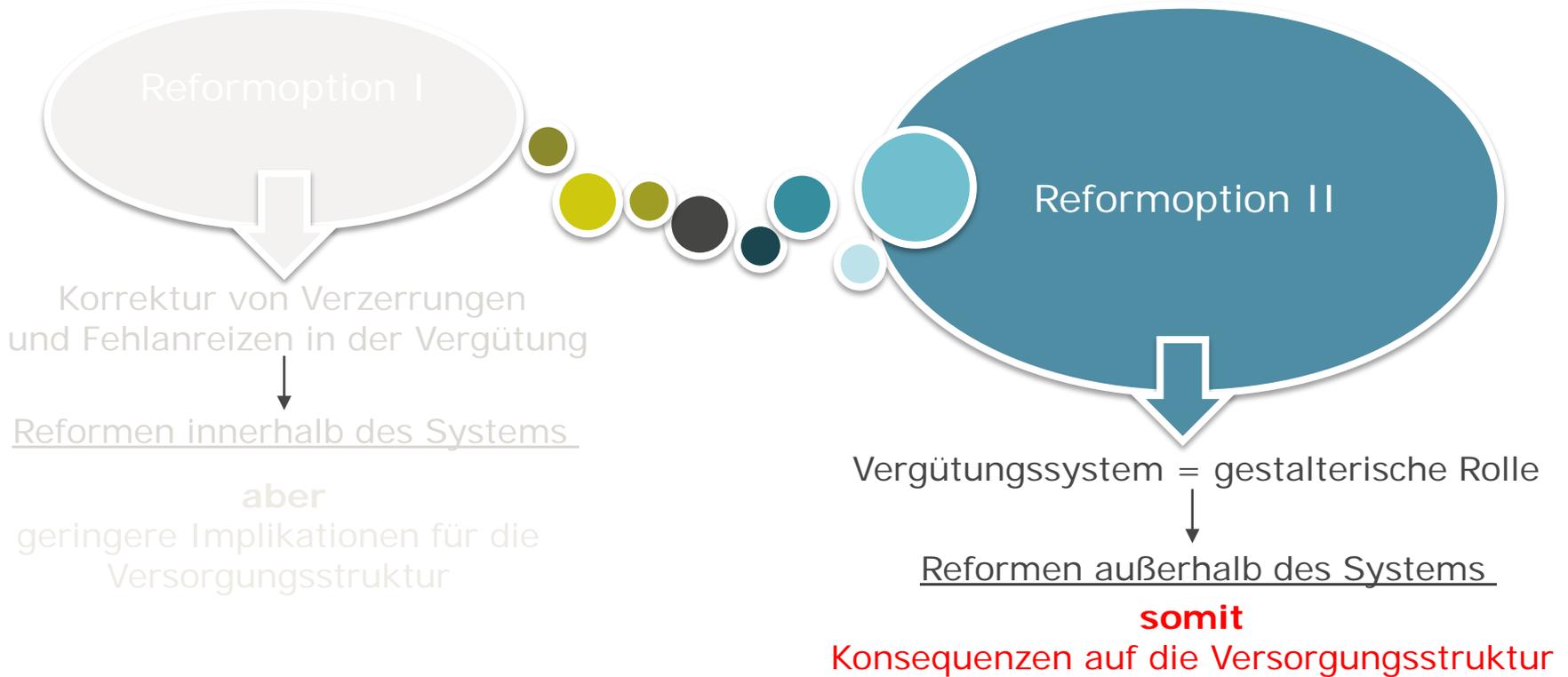
Wie kann das DRG-System in Deutschland reformiert werden?



Wie kann das DRG-System in Deutschland reformiert werden?

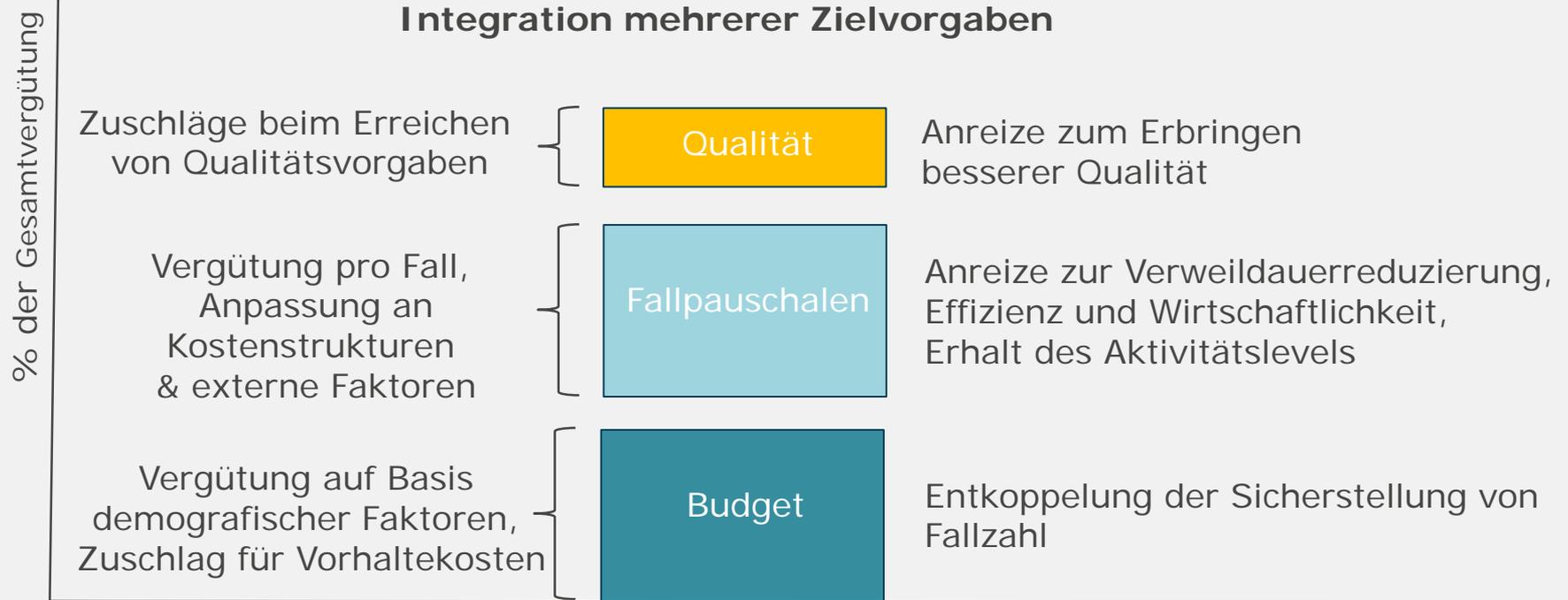


Wie kann das DRG-System in Deutschland reformiert werden?



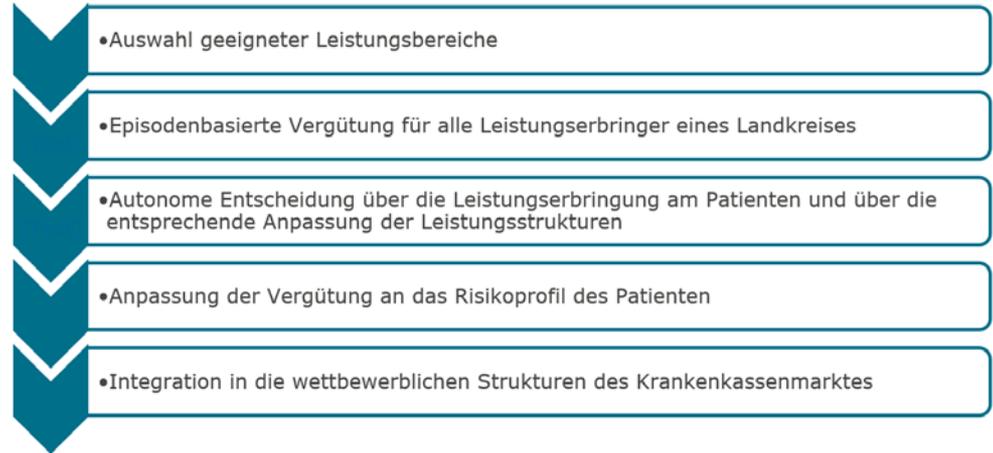
Außerhalb des Systems: Performanzorientierte Budgetierung von Krankenhausleistungen

Integration mehrerer Zielvorgaben



Außerhalb des Systems: Finanzielle Anreize für sektorenübergreifende Leistungen (Bundled Payments)

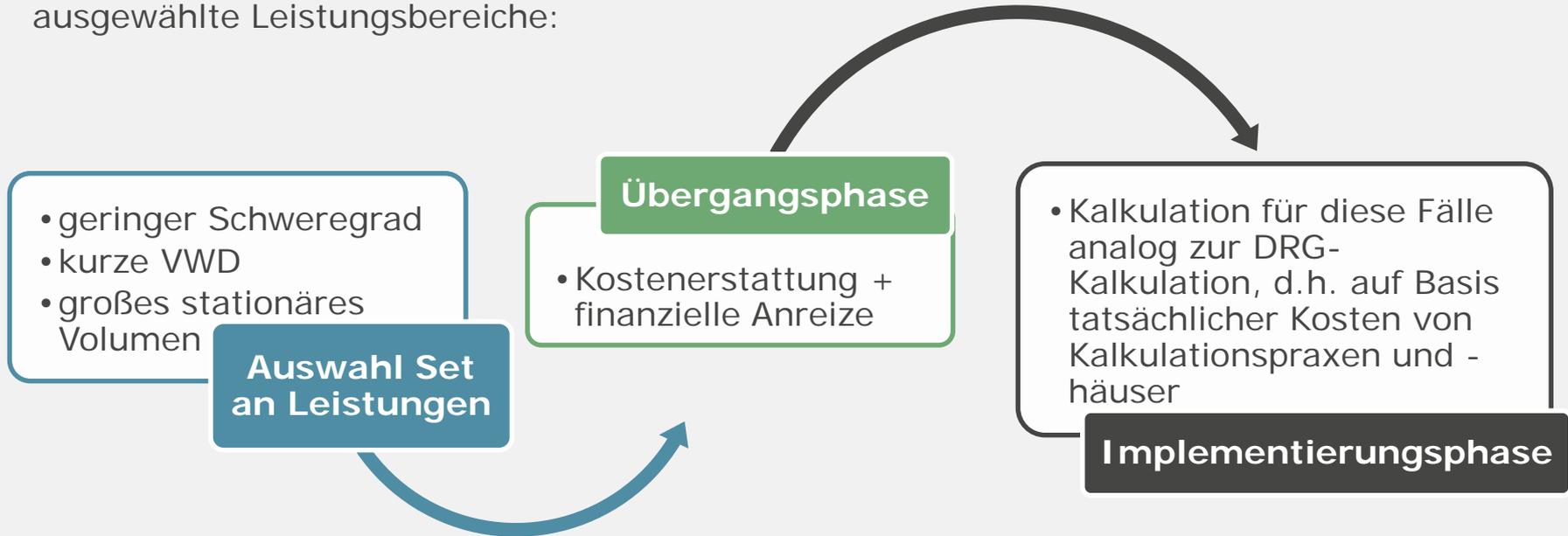
- Vergütung nach Behandlungsepisoden
- Kostenreduktion z. B. durch Vermeidung von Doppeluntersuchungen
- Reale Inanspruchnahme des Patienten
- Beispiel für eine mögliche Umsetzung



Fazit | Die Bündelung von ambulanten und stationären Leistungserbringern entlang des Behandlungspfades von Patienten fasst diese Sektoren zusammen und schafft ein gemeinsames Verständnis der Leistungserbringung.

Außerhalb des Systems: Finanzielle Anreize für sektorengleiche Leistungen

Gleichsetzung der Vergütung der ambulanten und stationären Leistungserbringung für ausgewählte Leistungsbereiche:



Krankenhausplanung - Investitionsförderung

- Mit dem **Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG)** macht die Bundesregierung den Weg frei für ein zusätzliches Investitionsprogramm für die Krankenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern.
- Insgesamt werden mit dem Gesetz **4,3 Milliarden** Euro für Investitionen in die digitale Infrastruktur der Krankenhäuser in Deutschland bereitgestellt.
- Den Kliniken des Landes stehen davon mehr als 77 Millionen Euro zu. Mit den Mitteln sollen Prozesse innerhalb der stationären und sektorenübergreifenden Versorgung verbessert, sowie die Notfallkapazitäten modernisiert werden.
- Die Techniker Krankenkasse (TK) begrüßt diese Ausrichtung und sieht darin eine Chance für die Verbesserung der Versorgung im Land, nicht zuletzt für den Erhalt und die eine bedarfsorientierte Modifikation von Versorgung.

Chance für den digitalen Durchbruch im Gesundheitswesen ergreifen!

»Entweder wir finden einen Weg,
oder wir machen einen.«

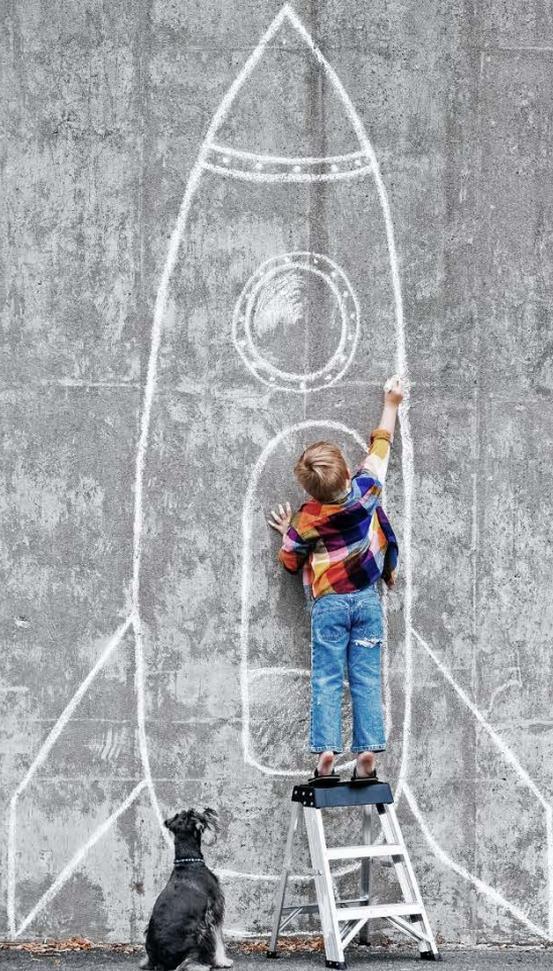
Hannibal, Feldherr der Antike

Manon Austenat-Wied

TK - Landesvertretung

Mecklenburg - Vorpommern

0385-7609574



Schwerin, 7.9.2020

vdek-Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern zu dem „Fragenkatalog Krankenkassen“ der Enquete-Kommission „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“

A. Grundsatzfragen / Detailfragen

A.1 Grundsatzfragen

1. Inwieweit teilen Sie die Auffassung (aus dem Einsetzungsbeschluss), wonach eine bedarfsgerechte, gute und erreichbare Gesundheitsversorgung als elementarer Bestandteil der öffentlichen Daseinsvorsorge zu betrachten ist?
2. Was leitet sich daraus aus Ihrer Sicht ab?
3. Welche Kriterien bestimmen aus Ihrer Sicht die Qualität einer medizinischen Versorgung der Bevölkerung von Mecklenburg-Vorpommern? Wie werden die Qualitätsindikatoren den Patientinnen und Patienten zur Verfügung gestellt?

Zusammengefasste Antwort zu den Grundsatzfragen 1 bis 3:

„Die Gesundheit ist zwar nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts“ ist ein Zitat, das womöglich nicht wahrhafter Weise immer wieder Arthur Schopenhauer zugeschrieben wird. Hingegen ist unstrittig, dass die Sicherstellung der medizinischen Versorgung ein grundlegender Bestandteil der Daseinsvorsorge ist. Insofern ist die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen und bedarfsgerechten medizinischen Versorgung sogleich die Grundvoraussetzung, um die Gesundheit eines jeden Einzelnen von uns wiederherzustellen bzw. diese in einem bestmöglichen Umfang aufrechtzuerhalten. Dieser Aspekt im Einzelnen, sowie das Bestreben nach einer gut erreichbaren Gesundheitsversorgung stellt uns, vor dem Hintergrund der Stichworte demographischer Wandel, dünnbesiedeltes Flächenland und drohender Fachkräftemangel im ärztlichen sowie pflegerischen Bereich, gemeinsam in Mecklenburg-Vorpommern vor große Herausforderungen.

Ziel einer Neuausrichtung der medizinischen Versorgungsstruktur sollte daher eine bedarfsgerechte Versorgungsplanung unter Mitwirkung der Krankenkassen sein, die insbesondere den ambulanten und stationären Sektor umfangreich miteinander verknüpft. Eine sektorenübergreifende Versorgung, flankiert durch den Ausbau und die Nutzung von Telemedizin sowie die Vorhaltung von hochspezialisierter und standortbezogen konzentrierter Medizin, bilden den Lösungsansatz für eine qualitativ hochwertige Versorgung, welche nur flächendeckend unter der Maßgabe

einer guten Infrastruktur sowie eines entsprechenden Notfallrettungskonzeptes erfolgen kann.

Zudem bedarf es ebenfalls der Vorhaltung entsprechender räumlicher und technischer Ausstattung, die in Abhängigkeit zu den bereitgestellten Investitionsmitteln stehen. Hier ist insbesondere im stationären Sektor auf die nicht hinreichende Investitionsfinanzierung durch das Land hinzuweisen. Neben diesen Punkten ist es außerdem notwendig, konkrete und klardefinierte Struktur- und Prozessvorgaben zu verankern. Als Beispiel eignen sich hier bereits umgesetzte Mindestmengenvorgaben für bestimmte Eingriffe in Krankenhäusern. Auswertungen zeigen, dass die Qualität und der Erfolg des Eingriffes maßgeblich durch die Anzahl der erbrachten Leistungen des durchführenden Operationsteams beeinflusst werden. Behandlungserfahrung und Patientensicherheit stehen somit in einem direkten Zusammenhang. Diese Erkenntnis ist somit aufzugreifen und Struktur- und Prozessvorgaben weiter auszubauen.

Darstellbare Qualitätsaspekte gilt es für die Bürgerinnen und Bürger zugänglich zu machen. Hier eignet sich insbesondere eine Verknüpfung zu der Suche nach einer geeigneten Behandlungsmöglichkeit, da die Qualität direkten Einfluss auf die Wahl des Leistungserbringers hat. Dies haben die Ersatzkassen bereits aufgegriffen und online die „vdek-Lotsen“ ins Leben gerufen (www.vdek-kliniklotse.de; www.vdek-arztlotse.de; www.pflegelotse.de). Alle Bürgerinnen und Bürger haben hier die Möglichkeit detaillierte Informationen zu Krankenhäusern bzw. Ärzten oder Pflegeeinrichtungen in Bezug auf Behandlung, Ausstattung und Qualität zu erhalten.

A.2 Detailfragen

I. Stationäre Versorgung

1. Wie bewerten Sie die Krankenhausdichte in M-V und welche Vor- bzw. Nachteile ergeben sich aus dieser?
2. Welche Bedeutung haben aus Ihrer Sicht Sicherstellungszuschläge und welchen Änderungsbedarf sehen Sie?
3. Wo liegen aus Sicht der Krankenkassen Probleme in folgenden Bereichen und was wird zu deren Behebung getan? (bitte immer stationär, ambulant und Schnittstellen sowie städtisch und ländlich geprägte Versorgungsräume)
 - a. Kinder- und Jugendmedizin
 - b. Geriatriische Versorgung
 - c. Palliativ- und schmerzmedizinische Versorgung
 - d. psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung

- e. Anschlussheilbehandlungen und Rehabilitation
- f. Versorgung seltener Erkrankungen
- g. Gendermedizin
- h. Medizinische Versorgung von Migrant/Innen
- i. Barrierefreiheit im Gesundheitswesen
- j. Erreichbarkeit von Haus- und Fachärzten sowie weiteren Behandlern in der Fläche
- k. Medikamentenversorgung

Zusammengefasste Antworten zu den Fragen 1 bis 3:

Die Krankenhausstandorte sind maßgeblich an der medizinischen Versorgung in unserem Land beteiligt und in der ausreichend vorgehaltenen Anzahl nicht zu hinterfragen. Die Betrachtung sollte eher auf die dort zukünftig zu erbringenden Leistungen in Bezug auf eine flächendeckende und qualitative Versorgung unter der Maßgabe der Anpassung an den tatsächlichen Versorgungsbedarf abzielen. Dies kann aus unserer Sicht zum einen nur erfolgen, wenn sich die Krankenhäuser schwerpunktmäßig spezialisieren. Ein sich nahezu deckendes Leistungsspektrum ist dahingehend kontraproduktiv, da es zu Lasten der Fallzahlen, einen negativen Einfluss auf die Behandlungsqualität hat. Außerdem werden unnötig die ohnehin knappen Fachpersonalressourcen belastet.

Anderes gilt für die Grund- und Regelversorgung, die an jedem Standort sicherzustellen ist. Insbesondere Krankenhäuser in ländlichen Regionen, in denen die Sicherstellung der ambulanten Versorgung eine zunehmende Herausforderung darstellt, sollten in puncto sektorenübergreifende Versorgung ebenfalls ambulante Leistungen zum Zwecke der Sicherstellung übernehmen dürfen. Andersherum sollte niedergelassenen Ärzten ebenfalls der Zugang zu stationären Strukturen im Rahmen von ambulanten Eingriffen ermöglicht werden, um Synergien zu nutzen und auch die Beteiligung im Rahmen von Kooperationen mit Krankenhäusern zu Gunsten der Sicherstellung der stationären Versorgung nicht ausgeschlossen werden. Nur somit kann eine bedarfsgerechte und patientenorientierte Planung der Gesundheitsversorgung erfolgen. Dies erfordert ein Umdenken in der bisher grenzbasierten Finanzierung der einzelnen Sektoren.

Die Gewährung von Sicherstellungszuschlägen basiert auf den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) und dient dazu, eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung in den relevanten Fachabteilungen eines Krankenhauses im Falle von finanziellen Defiziten aufgrund eines geringen Versorgungsbedarfes sicherzustellen. Grundsätzlich sollte eine differenzierte Betrachtung der Gründe für ein finanzielles Defizit des Krankenhauses erfolgen – ist

dieses tatsächlich aufgrund eines geringen Versorgungsbedarfes oder eher auf eine nicht ausreichend wirtschaftliche Betriebsführung zurückzuführen? In den Entscheidungsprozess sollten die Krankenkassen hinsichtlich einer eingehenden Prüfung im Rahmen der Finanzierungsverantwortung im Sinne der Solidargemeinschaft mit einbezogen werden.

Des Weiteren ist zu konstatieren, dass Sicherstellungszuschläge lediglich eine Art der Symptombekämpfung darstellen und nur als überbrückendes und unterstützendes Instrument gesehen werden sollten. Unabhängig hiervon ist zwingend eine bedarfsgerechte und patientenorientierte Struktur der Gesundheitsversorgung anzustreben, die sich selbst zukunftsicher und wirtschaftlich trägt.

II. Ambulante Versorgung

1. Ist den Krankenkassen bekannt, dass Facharzttermine in vielen Bereichen trotz Dringlichkeitsvermerk oft nicht möglich sind? Welche Konzepte gibt es?

Am 11.5.2019 trat das Terminservice- und Versorgungsgesetz in Kraft, mit dem sich der Bundesgesetzgeber der Situation um die Vermittlung von Facharztterminen angenommen hat.

Zwei Regelungen seien hier herausgegriffen:

- Der Auf- bzw. Ausbau der Terminservicestellen, die unter anderem innerhalb von vier Wochen, in Akutfällen auch direkt, einen Facharzttermin vermitteln,
- die extrabudgetäre Vergütung von Neupatienten sowie verschiedene Zuschlagsregelungen bei vermittelnden Hausärzten und behandelnden Fachärzten.

Letzteres ist von den Krankenkassen zusammen mit der Kassenärztlichen Vereinigung M-V in den Honorarverhandlungen umgesetzt und unterstützt die KV bei ihrem Sicherstellungsauftrag.

2. Wo liegen aus Sicht der Krankenkassen Probleme in folgenden Bereichen und was wird zu deren Behebung getan? (bitte immer stationär, ambulant und Schnittstellen sowie städtisch und ländlich geprägte Versorgungsräume)

- a. Kinder- und Jugendmedizin
- b. Geriatrische Versorgung
- c. Palliativ- und schmerzmedizinische Versorgung
- d. psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung
- e. Anschlussheilbehandlungen und Rehabilitation

- f. Versorgung seltener Erkrankungen
- g. Gendermedizin
- h. Medizinische Versorgung von Migrant/Innen
- i. Barrierefreiheit im Gesundheitswesen
- j. Erreichbarkeit von Haus- und Fachärzten sowie weiteren Behandlern in der Fläche
- k. Medikamentenversorgung

Die demographische Entwicklung, stagnierende Geburtenzahlen, steigende Fallzahlen im Bereich der Psychotherapie sind gerade auch in M-V ein Thema. Im Honorarbereich werden vom Bewertungsausschuss auf Bundesebene jährlich Veränderungsdaten festgestellt, die die Diagnose- und die Demographieentwicklung je Bundesland berücksichtigen. Die Steigerungsraten sind in M-V im Vergleich zu den anderen Bundesländern hoch. Die gesetzliche Krankenversicherung trägt dieser Entwicklung Rechnung, indem sie in M-V diese vergleichsweise hohen Honorarsteigerungen für die ambulante medizinische Versorgung bereitstellen. Zudem finanzieren die Kassen nach entsprechender Abstimmung mit der KVMV die Förderung der Weiterbildung gem. § 75a SGB V und den Strukturfonds nach § 105 (1a) SGB V. Alle Instrumente dienen dem Ziel, die ambulante medizinische Versorgung zu halten und wo immer es geht auch zu verbessern.

- 3. Innerhalb der OECD ist ein Trend zur Ambulantisierung der Medizin zu beobachten. Deutschland befindet sich quantitativ beim ambulanten Operieren auf einem der hinteren Plätze. Wie bewerten Sie diese Situation? Gibt es Pläne dies ggf. zu ändern, und wenn ja welche? Welches Ambulantisierungspotential sehen Sie bei stationären Behandlungen?**

Nach dem SGB V gilt der Grundsatz ambulant vor stationär. Wann immer eine ambulante Behandlung indiziert ist, ist dieser Ansatz vorrangig zur stationären Versorgung. Bezüglich der verschiedenen Hemmnisse einer weiteren Ambulantisierung verweisen wir auf die Ausführungen unserer Mitgliedskassen TK, BARMER und DAK-G.

- 4. Obwohl Deutschland im internationalen Vergleich bei der Mund- und Zahngesundheit eine Spitzenposition einnimmt, gibt es Personengruppen, die von den Versorgungsmöglichkeiten nicht ausreichend profitieren. Dies betrifft insbesondere alte und pflegebedürftige Menschen, Personen mit Handicaps sowie**

Kleinkinder bis zum dritten Lebensjahr. Was ist geplant, um die zahnmedizinische Versorgung für diese Personen zu verbessern?

Ab dem 3. Lebensjahr ist die Gruppenprophylaxe, ebenso wie die Individualprophylaxe eine Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung und wird durch diese finanziert. Die Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (LAJ), über die sich der vdek und die Ersatzkassen im Bereich der Gruppenprophylaxe engagieren, diskutierte diese auch für jüngere Kinder, hier bestehen aber pädagogische Grenzen. Mit der Neufassung der G-BA Richtlinie über die Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen werden Säuglinge und Kleinkinder vor dem dritten Lebensjahr jetzt im Rahmen der Individualprophylaxe versorgt.

Kinder mit Handicaps werden in Behinderteneinrichtungen in M-V, anders als in anderen Bundesländern, im Rahmen einer Intensivierung der Gruppenprophylaxe einbezogen.

Für pflegebedürftige Personen in Pflegeeinrichtungen hat der Gesetzgeber die Möglichkeit integriert, dass eine Pflegeeinrichtung mit einem Zahnarzt eine Kooperation eingehen kann. In MV haben wir mittlerweile 123 Kooperationsverträge.

5. Durch die hohe und zunehmende administrative Belastung bleibt den Praxisteams weniger Zeit für die Behandlung und Versorgung von Patienten. Dazu gehören beispielsweise die wachsenden Dokumentations- und Kontrollpflichten, die sich aus Gesetzen und Verordnungen wie der Röntgenverordnung, dem Medizinproduktegesetz, dem Patientenrechtegesetz sowie der Datenschutzgrundverordnung ergeben, das komplizierte Abrechnungsverfahren über die Kassen-ärztlichen Vereinigungen oder das Verfassen von Berichten zum Beispiel für private Krankenversicherungen und Beihilfestellen. Auch durch diese hohe administrative Belastung verliert der Beruf des niedergelassenen Arztes/Zahnarztes für den Nachwuchs zunehmend an Attraktivität. Welche Maßnahmen werden ergriffen, um die ausufernde Bürokratie abzubauen?

Die Krankenkassen/-verbände sind wie die KVMV als vollziehende Institutionen an Recht und Gesetz gebunden. Wo regionale Lösungen möglich sind, werden diese mit der KVMV angestrebt.

III. Rehabilitation

Wie können die medizinischen Kompetenzen und Ressourcen der Rehakliniken unter Berücksichtigung eines abgestuften und realisierbaren Vorgehens in die medizinische Versorgung im Land einbezogen und integriert werden?

Das Land Mecklenburg-Vorpommern ist durch eine breit aufgestellte Vorsorge- und Rehabilitationslandschaft mit weitreichenden Kapazitäten gekennzeichnet, die im Durchschnitt zu über 90 Prozent ausgelastet sind. Die rehabilitative Versorgung mit ihrem multiprofessionellen Ansatz bildet bereits jetzt eine gut in die Versorgungsstruktur integrierte Leistung ab. Insofern unter Betrachtung der hohen Auslastung der Einrichtungen verfügbare Ressourcen bestehen, könnten diese zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung in defizitären Regionen genutzt werden. Der Gesetzgeber hat hierzu ausdrücklich die Möglichkeit der Ermächtigung auch von Ärzten aus Rehabilitationseinrichtungen vorgesehen.

IV. Patientenorientierung

1. Wie bewerten Sie die Situation der Patientenvertretung und der Patientenorganisationen in M-V und welchen Handlungsbedarf sehen Sie?

Nach unserer Kenntnis wird der § 140f SGB V, der die Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten vollumfänglich umgesetzt. Die Patientenvertretungen sind in allen genannten Gremien vertreten und werden entsprechend unterstützt.

Darüber hinaus stellen die Patientenvertretungen Mitglieder im Beirat des MDK M-V und haben somit einen umfassenden Einblick in die Tätigkeiten des MDK.

2. Welche Unterstützung bzw. Hinweise für die Patienten/Patientinnen gibt es? Welche Hilfen/Ansprechpartner für Patient/innen gibt es bei den Krankenkassen bei Verdacht auf fehlerhafte Behandlung? Wie werden diese kommuniziert und evaluiert? Werden die Krankenkassen zukünftig ihre Zusammenarbeit mit Drittanbietern (privaten Versicherungen etc.) ausbauen? Wenn ja, wie wird sichergestellt, dass dies im Sinne der Patient/innen ist und nicht der weiteren Ökonomisierung der gesundheitlichen Versorgung sowie der Zunahme privat zu finanzierenden Leistungen dient?

Diese Frage richtet sich in erster Linie an Krankenkassen. Wir verweisen daher auf die Antworten unserer Mitglieds-kassen TK, BARMER und DAK-G.

Bezüglich Unterstützung für Patientinnen und Patienten sei ergänzend auf die Selbsthilfeförderung hingewiesen. Nach § 20h SGB V fördern die Krankenkassen und Ersatzkassen die Strukturen und Aktivitäten der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe. In 2020 finanzierten die Ersatzkassen insgesamt 445.799 € - für die Kontaktstellen im Land, 22 Landesorganisationen und ca. 400 Selbsthilfegruppen.

Damit geben die Ersatzkassen den Versicherten die Möglichkeit die gesundheitliche Prävention und Rehabilitation zu fokussieren. Für die Ausgestaltung vor Ort werden die Selbsthilfevertreter regelmäßig bei der Förderung einbezogen.

3. Welche Entwicklung sehen die Krankenkassen auf dem Weg zu mehr Patientenorientierung im Gesundheitswesen?

Wir verweisen auf die Antworten unserer Mitglieds-kassen TK, BARMER und DAK-G.

4. Welche Konzepte gibt es, um zukünftig im Pandemiefall die Versorgung der Patient/innen sicherzustellen? Wurden die Patientenorganisationen bzw. ihre aktuellen Erfahrungen in deren Entwicklung einbezogen?

Die Pandemie-Bekämpfung ist in erster Linie eine hoheitliche Aufgabe des Bundes und der Länder. Der Gesetzgeber hat hier sehr schnell reagiert und zumindest die leistungsrechtlichen Grundlagen geschaffen, dass die gesetzliche Krankenversicherung und somit auch die Ersatzkassen in M-V die Leistungserbringer finanziell unterstützen konnten (Stichwort Rettungsschirme, Finanzierung von Schutzausrüstung, Hygienezuschläge).

5. Ist den Kassen das bundesweite Aktionsbündnis Patientensicherheit bekannt? Wie können die dort erarbeiteten Empfehlungen in MV genutzt werden?

Als vdek sind wir sehr froh, dass Patientensicherheit über das von Ärzten, Krankenhäusern, der Pflege und Krankenkassen getragene Aktionsbündnis immer mehr als relevanter Faktor wahrgenommen wird. Die Ersatzkassengemeinschaft sowie der Verband der Ersatzkassen setzen sich seit vielen Jahren für die Patientensicherheit ein und arbeiten eng mit dem Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) zusammen. Mit dem APS-Weißbuch Patientensicherheit, dessen Veröffentlichung 2018 vom vdek gefördert wurde, liegt eine

Zusammenstellung vor, Strukturen, Prozesse und Behandlungsabläufe als ein komplexes Zusammenspiel zu begreifen.

6. Ist den Krankenkassen die Bandbreite der Arbeit der Patientenvertretung im Land bekannt? (Gremien, Beteiligte, Koordination) Wie unterstützen die Kassen die Arbeit der ehrenamtlichen Patientenvertreter/innen seit Beginn ihrer Arbeit im Jahr 2004? Welche Verbesserungen sind geplant und sind diese mit den maßgeblichen Organisationen zur Interessenvertretung von Patient/innen bzw. der ehrenamtlich arbeitenden Koordinierungsstelle bei der SELBSTHILFE MV abgestimmt?

Auch dem vdek ist die Bandbreite der Arbeit der Patientenvertretungen nicht nur aus den unter IV.1 genannten Gremien bekannt und wir stehen sowohl mit einzelnen Organisationen als auch der Koordinationsstelle in Kontakt.

7. In welchen Bereichen beziehen die Krankenkassen das Wissen der Patientenorganisationen und ihres Dachverbandes SELBSTHILFE MV ein? Wo nicht? Welche Veränderungen sind denkbar?

8. Welche Konzepte gibt es, um Patient/innen und medizinisches Personal im Versorgungsalltag auf Augenhöhe zu bringen? Gibt es dazu Gespräche mit Patientenorganisationen?

9. Welche Konzepte gibt es, um Mitarbeiter/innen der Krankenkassen für die verschiedenen Bedarfe und Ansprüche der Patient/innen zu sensibilisieren?

10. Welche Beschwerdemöglichkeiten haben Patient/innen, die mit ihren Kassen unzufrieden sind? Wie werden diese Beschwerden ausgewertet und transparent gemacht?

Zu den Fragen IV. 7 bis IV. 10 verweisen wir auf die Antworten unserer Mitglieds-kassen TK, BARMER und DAK-G.

V. Finanzierung/ Vergütung

1. Wie bewerten Sie die Wirkung der Fallpauschalen (DRG – Diagnosis Related Groups) als Finanzierungsgrundlage für die stationäre medizinische Versorgung und welche Alternative sehen oder gar bevorzugen Sie?

Die Fallpauschalen sind ein lernendes System, das jährlich auf Grundlage der Datenmeldungen von Krankenhäusern an das InEK (InEK GmbH – Institut für das

Entgeltsystem im Krankenhaus) aktualisiert wird. Wünschenswert wäre, dass die Kritiker aus der Krankenhauslandschaft, auch aus M-V, die erforderlichen Daten auch zur Verfügung stellen. Das hieße, dass sich erforderliche Zeitaufwände wie beispielsweise für die Kinder- und Jugendmedizin zuletzt reklamiert auch zuverlässiger abbilden ließen.

Des Weiteren verweisen wir auf die dezidierten Ausführungen unserer Mitgliedschaften TK, BARMER und DAK-G.

2. Welchen prozentualen Anteil des BIP halten Sie für Ausgaben für die medizinische Versorgung der Bevölkerung für sinnvoll und anstrebenswert (Bitte unterteilen in: Gesamt und ggf. anteilig in Stationäre Versorgung, Ambulante Versorgung und Zahnmedizinische Versorgung)?

Ob der Anteil am BIP der geeignete Maßstab zur Bewertung von Gesundheitsausgaben ist sei dahingestellt. Für die USA liegt der Anteil bei etwa 17 Prozent, für Deutschland bei etwa 12 Prozent und für die skandinavischen Länder bei etwa 11 Prozent.

BIP und Gesundheitsausgaben haben sich ebenso wie die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung in den letzten 20 Jahren in Deutschland nahezu parallel entwickelt. Mit der positiven wirtschaftlichen Entwicklung waren somit auch entsprechende Leistungssteigerungen im Gesundheitswesen finanzierbar.

3. Wie stehen Sie zur Zweiteilung der medizinischen Versorgung in Deutschland aufgrund der Unterteilung in privat und gesetzlich Versicherte und den sich daraus ergebenden unterschiedlichen Honorarkatalogen?

In Zeiten weltweiter finanzieller Unsicherheiten hat im Gegensatz zur kapitalgedeckten Absicherung die Umlagefinanzierung der GKV dafür gesorgt, dass die Gesundheitsversorgung finanzierbar bleibt und die Absicherung der Menschen über die GKV attraktiv ist. Die tragenden Prinzipien der GKV sind gerade in Zeiten großer Veränderungen und Unsicherheiten unersetzlich. Die Politik darf diese Stabilität, Verlässlichkeit und Attraktivität der GKV nicht durch systemfremde Eingriffe gefährden. In Bezug auf die Systemgrenze GKV / PKV darf die Politik keine einseitigen Eingriffe zugunsten der PKV und zulasten der GKV vornehmen.

4. Wie stehen Sie zur Vielfalt der Krankenkassenlandschaft in Deutschland?

Die Zahl der Krankenkassen hat sich von über 1000 Krankenkassen auf 420 im Jahr 2000 und 105 Krankenkassen zum 1.1.2020 reduziert.

Als Ersatzkassenverband haben wir sechs leistungsstarke Mitglieds-kassen. Der Versichertenanteil der Ersatzkassen beläuft sich bundesweit auf 38,4 Prozent der gesetzlich Versicherten, in M-V sogar auf über 47 Prozent. Die Kassenvielfalt ist dabei ein Motor für Innovation.

5. Die Versorger erleben derzeit Sachkostensteigerungen um das 4 -10fache gegenüber den kalkulierten Daten in den gültigen Honorarkatalogen. Dies belastet derzeit allein die am Patienten tätigen Versorger. Warum reagieren die Kassen nicht auf kurzfristige Sachkostensteigerungen in Katastrophen- oder Pandemiefällen?

Die Aussage entbehrt jeder Grundlage. Die Selbstverwaltung hat bewiesen, dass sie auch in einer Pandemie schnell, abgestimmt und unbürokratisch zu Lösungen etwa bei der persönlichen Schutzausrüstung kommt. Hierzu wurden auch auf Landesebene entsprechende Vereinbarungen zur direkten Kostenübernahme oder Zuschlagregelungen kurzfristig geschlossen und umgesetzt.

6. Die Anbieter von Medical- und Arzneimittelprodukten haben in den letzten Jahrzehnten einen Konzentrationsprozess durchlaufen. Wie reagieren die Krankenkassen auf Wucher-/Monopolpreise der Anbieter im Medicalprodukte- und Arzneimittelbereich im Gesundheitsmarkt?

7. Der gesetzlich Versicherte erhält in der Zahnmedizin die Grundleistung von seiner Krankenkasse erstattet, auch wenn er sich auf eigene Kosten eine höherwertige Versorgung leistet; d.h. der Patient zahlt ggf. nur den Differenzbetrag selbst. Warum findet dieses Prinzip nicht auch in der ambulanten Humanmedizin Anwendung?

8. Für Krankenhäuser können durch individuelle Vergütungsverhandlungen „Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ (NUB) extra vergütet werden. Warum wird dies im ambulanten Bereich nicht ebenso gehandhabt?

9. Aus Sicht der Niedergelassenen Operateure beinhaltet die Vergütung gleicher Operationen im ambulanten und stationären Sektor eine Wettbewerbsverzerrung, da die ambulant tätigen Ärzte die Infrastruktur selbständig finanzieren müssen. Wie beurteilen Sie diese Situation?

10. Trotz anteilig gesunkener Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für die zahnmedizinische Versorgung und steigenden Versorgungsansprüchen der Patienten gibt es nach wie vor eine jährliche Budgetierung für vertragszahnärztliche Leistungen. Warum wird diese Budgetierung nicht abgeschafft?

Bezüglich der Fragen 6 bis 10 verweisen auf die Antworten unserer Mitglieds-kassen TK, BARMER und DAK-G.

VI. Telemedizin / Datenschutz

Der Fragenkomplex VI. richtet sich an Krankenkassen und nicht an uns als Ersatzkassenverband. Als Verband haben wir keine Versicherten.

B. Gesamteinschätzung / Bewertung

- 1. Wie beurteilen Sie allgemein die aktuelle medizinische Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern in Qualität und Quantität (ambulant und stationär)? Welche Probleme sind zu benennen (bitte auch in ihrer Wertigkeit bzw. Dringlichkeit ihrer Lösung) und welche Auswirkungen haben diese Mängel auf die Patientenversorgung. Welche Herausforderungen werden für die Zukunft gesehen?**
- 2. Wie wird die flächendeckende Versorgung definiert? Gibt es gegenwärtig unterversorgte bzw. überversorgte Regionen?**
- 3. Worin sehen Sie die Ursachen der von Ihnen benannten Mängel?**

Zusammengefasste Antworten zu den Fragen 1 bis 3:

Mecklenburg-Vorpommern ist aktuell bezüglich der medizinischen Infrastruktur in Qualität und auch (noch) Quantität gut aufgestellt. Doch nimmt die Bevölkerungszahl außerhalb der Städte weiterhin ab, einhergehend mit einer kontinuierlichen Überalterung in ländlichen Gegenden. Im ländlichen Raum zeigen sich seit einiger Zeit Strukturprobleme, die sich verschärfen werden, wenn die geburtenstarken Jahrgänge, soweit sie in Gesundheitsberufen tätig sind, in den nächsten fünf bis spätestens zehn Jahren in den Ruhestand gehen.

Unter anderem zur flächendeckenden Versorgung, zur Bedarfsplanung im vertragsärztlichen Bereich sowie die Situation in der Kinder- und Jugendmedizin haben unsere Mitglieds-kassen ausführlich ausgeführt.

Daher sei hier ein Versorgungsbereich herausgegriffen, der sich aktuell im Umbruch befindet. Zurzeit erfolgt die Landesüberplanung im Rettungsdienst mit dem Ziel, gesetzliche Hilfefristen, deren Einhaltung sich auf dem Land als zunehmend kritisch darstellt, zu gewährleisten. Das hierzu von den Landkreisen in Auftrag gegebene Gutachten liegt noch nicht in der Endfassung vor. In der Information mit den Krankenkassen zeichnet sich aber ab, dass sehr wohl eine umfangreiche Verlagerungen und eine Erhöhung der Gesamtzahl von Rettungswachen und Notarztstandorten diskutiert werden. Zu berücksichtigen ist aber aus unserer Sicht, dass auch heute schon bestehende Probleme daraus resultieren, dass zunehmend weniger Personal, insbesondere Notärzte in der Fläche zur Verfügung stehen. Mecklenburg-Vorpommern war das erste Land, das Personalengpässe mit Honorar-Notärzten begegnen musste.

Das Kernelement des Innovationsfonds-Projekts Land|Rettung, das in Greifswald angesiedelt ist und zurzeit Vorpommern-Greifswald und Vorpommern-Rügen abdeckt, ist der Einsatz des Telenotarztes, der soweit notwendig bei Einsätzen des Rettungsdienstes vor Eintreffen oder anstelle eines Notarztes digital zugeschaltet werden kann und den Rettungsdienst unterstützt. Hier wird also der knappen Ressource Notarzt begegnet. Eine Landesüberplanung ohne Berücksichtigung des Telenotarztes führt hingegen zu Strukturen, die schon in kürzester Zeit nicht mehr zukunftsfest sind.

C. Zukunftsansätze

- 1. Wie werden sich die Versorgungsschwerpunkte in den kommenden zehn Jahren verschieben? Was ist aus Ihrer Sicht notwendig, um eine bedarfsgerechte und flächendeckende medizinische Versorgung in Zukunft sicherzustellen?**
- 2. Welche Ansätze sehen Sie, diesen Herausforderungen zu begegnen? Welche sind die zehn wichtigsten Forderungen aus Sicht Ihrer Krankenkasse zur zukünftigen Gestaltung der Gesundheitsversorgung in Mecklenburg-Vorpommern?**
- 3. Welches sind die drei wichtigsten Projekte Ihrer Krankenkasse, die für die zukünftige gesundheitliche Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern als Modell dienen können oder wesentlich neue Erkenntnisse bieten und eine praxisorientierte Umsetzung beinhalten. Skizzieren Sie maximal drei zukunftssträchtige Versorgungsprojekte, die in Mecklenburg-Vorpommern stattfinden oder für das Land eine herausragende Bedeutung haben.**

verbunden damit:

Beschreiben Sie mögliche und notwendige digitale Lösungsansätze der Patientenversorgung und des Gesundheitsmanagements aus ihrer Sicht.

Wir verweisen auf die Ausführungen unserer Mitglieds-kassen TK, BARMER und DAK-G, die den Fragenkomplex C. ausführlich und kassenindividuell beantwortet haben.

Gemeinsame Handlungsfelder der Ersatzkassen werden von diesen zusammen mit uns als Verband umgesetzt.