

Kommissionsdrucksache

16.09.2020

Inhalt

Fragenkatalog und Stellungnahmen der Krankenhäuser (TOP 1 der 5. Sitzung)
vom 16.09.2020

hier:

- Helios Hansekllinikum Stralsund
- Universitätsmedizin Greifswald
- Universitätsmedizin Rostock

Fragenkatalog Krankenhäuser

A. Grundsatzfragen / Detailfragen

A.1 Grundsatzfragen

1. Wie beurteilen Sie die aktuelle stationäre Gesundheitsversorgung in Mecklenburg-Vorpommern?
2. Die Vorhaltung einer qualitativ hochwertigen Krankenhausversorgung ist ein komplexer Vorgang und muss eng mit allen Beteiligten der Politik, Leistungserbringer und Kostenträger abgestimmt werden.
Die Leistungen welcher Fachabteilungen sollten Ihrer Meinung nach flächendeckend vorgehalten werden?
Die Leistungen welcher Fachabteilungen sollten Ihrer Meinung nach in spezialisierten Zentren angeboten werden?
3. Inwieweit teilen Sie die Auffassung (aus dem Einsetzungsbeschluss), wonach eine bedarfsgerechte, gute und erreichbare Gesundheitsversorgung als elementarer Bestandteil der öffentlichen Daseinsvorsorge zu betrachten ist? Was leitet sich daraus aus Ihrer Sicht ab?
4. Welche Kriterien bestimmen aus Ihrer Sicht die Qualität einer medizinischen Versorgung der Bevölkerung von Mecklenburg-Vorpommern?

A.2 Detailfragen

I. Stationäre Versorgung

1. Wie gestaltet sich die Krankenlandschaft in Mecklenburg-Vorpommern? Wo sehen Sie aktuell die größten Herausforderungen in der Krankenhauslandschaft?
2. Welche Herausforderungen für die stationäre Krankenversorgung haben sich in den letzten Jahren entwickelt, gerade auch verbunden mit speziellen Krankheitsbildern?
3. Wie beurteilen Sie die derzeitige pädiatrische und geburtshilfliche Versorgung im stationären Bereich?
4. Wie beurteilen Sie aus aktueller Sicht das Modell der Portalpraxisklinik am Beispiel von Wolgast als Nachfolge für eine vormalige Fachabteilung?
5. Wo sehen Sie die Stärken Ihrer Einrichtung – eher als Versorger mit mehreren Fachabteilungen zur Grundversorgung der Region oder als Spezialversorger?
6. Inwieweit ist die aktuelle Anzahl und Verteilung der Krankenhäuser und Krankenhausbetten mit Blick auf eine bedarfsrechte und flächendeckende Versorgung ausreichend? Inwieweit gibt es ausreichende Angebote der Spitzenmedizin sowie der Grund- und Regelversorgung? Könnte aus Ihrer Sicht die Versorgung auch mit weniger Krankenhäusern sichergestellt werden?

7. Sollte es aus krankenhauplanerischer Sicht eine stärkere Steuerung durch die Planungsbehörde geben, z.B. bei der Ausweisung einzelner Fachbereiche?
8. In welcher Form kooperieren Sie mit umliegenden Krankenhäusern und gibt es Versorgungsverbände?
9. Welche Herausforderungen ergaben sich im Jahr 2019 (vor CORONA) für Ihr Haus und wie sind Sie diesen begegnet?
10. Wo liegen aus Ihrer Sicht Probleme in folgenden Bereichen und was wird zu deren Behebung getan? (bitte stationär, ambulant und Schnittstellen sowie städtisch und ländlich geprägte Versorgungsräume)
 - Kinder- und Jugendmedizin
 - Geriatrische Versorgung
 - Palliativ- und schmerzmedizinische Versorgung
 - psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung
 - Anschlussheilbehandlungen und Rehabilitation
 - Versorgung seltener Erkrankungen
 - Gendermedizin
 - Medizinische Versorgung von Migrant/innen
 - Barrierefreiheit im Gesundheitswesen
 - Erreichbarkeit von Haus- und Fachärzten sowie weiteren Behandlern in der Fläche
 - Medikamentenversorgung
11. Halten Sie die Qualitätsvorgaben des G-BA für (einzelne) Fachbereiche für angemessen, oder sehen Sie andere Regelungsnotwendigkeiten, um die Versorgung in unserem Flächenland sicherzustellen, z.B. für besondere Leistungsbereiche?
12. Wie beurteilen Sie die notfallmedizinische Versorgung im Land und welchen Handlungsbedarf sehen Sie?
13. Inwieweit orientieren sich die Kliniken im Land aus Ihrer Sicht ausreichend an den Bedürfnissen der Patient/innen und/oder welchen Handlungsbedarf sehen Sie? (Wenn ja, bitte begründen. Wenn nein, was wird zur besseren Patientenorientierung getan?) Wie evaluieren Sie Patientenorientierung und Patientenzufriedenheit?
14. Welche Weiterbildungsmaßnahmen besucht das medizinische und pflegerische Personal im Hinblick auf Verständlichkeit und Patientenorientierung in der Kommunikation?
15. Welche Probleme gibt es in den Kliniken konkret bei der Versorgung im Krankenhaus und beim Entlass-Management bzw. beim Übergang in die stationäre Versorgung von Menschen?
 - mit vielen verschiedenen Erkrankungen
 - mit hohem Nachbehandlungsbedarf
 - mit seltenen Erkrankungen

- mit kognitiven Einschränkungen
- mit psychischen Erkrankungen
- mit chronischen Erkrankungen
- ohne familiäre Betreuung
- aus kleinen Dörfern und Gemeinden

Welche Konzepte zur Verbesserung gibt es und was wird zur Umsetzung benötigt?

16. Welche Konzepte gibt es, um Patient/innen und medizinisches Personal im Versorgungsalltag auf Augenhöhe zu bringen? Inwieweit gibt es dazu regelmäßige Gespräche mit Patientenorganisationen? Welche Erfahrungen gibt es im Land und aus anderen (Bundes-)Ländern?
17. Inwieweit ist bekannt, dass z. B. im Bereich der Tageskliniken seitens der Patient/innen ein Mangel an Kapazitäten beklagt wird? Was unternehmen Sie, um dem tatsächlichen oder vermeintlichen Mangel zu begegnen? Wie erklären Sie sich das Zustandekommen des beklagten Zustandes, wenn Sie diesen Mangel nicht bestätigen können? Wie bewerten Sie den aktuellen Bedarf im Bereich Tageskliniken und dessen voraussichtliche Entwicklung?
18. 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?

II. Ambulantisierung

1. Welches Ambulantisierungspotential sehen Sie bei stationären Behandlungen?
2. Wie beurteilen Sie die ambulante Versorgung in den Universitätsmedizinen? Wie ist sie strukturiert? Welche Herausforderungen gibt es? Gehen Sie dabei insbesondere auf die Notwendigkeit des Facharztstatus in den Ambulanzen ein.
3. Sollten grundsätzlich noch stärker ambulante Versorgungsangebote am Standort eines Krankenhauses – Stichwort Gemeindegesundheitszentren - geschaffen werden? Welche Vor- bzw. Nachteile sehen Sie?

III. Ambulante Versorgung

1. Welche Möglichkeiten sehen Sie, die stationären Diagnostikmöglichkeiten auch für den ambulanten Bereich zur Verfügung zu stellen?
2. Wie beurteilen Sie die Struktur und den Umfang des derzeit organisierten Bereitschaftsdienstes der niedergelassenen Ärzte? Wie viele Patienten in Prozent suchen auch bei Bagatellerkrankungen trotz vorhandenem ambulanten Bereitschaftsdienst ein Krankenhaus zur Behandlung auf? Was sind die Gründe für dieses Verhalten?
3. Welches Potenzial gibt es aus Ihrer Sicht im Zusammenspiel von Landespolitik, Krankenhausgesellschaft, Krankenkassen, Kassenärztlicher Vereinigung und

Ärztekammer, um den Gesundheitsstandort Mecklenburg-Vorpommern weiter zu stärken und insbesondere für Fachkräfte deutlich attraktiver zu machen?

4. Welche Bedeutung haben gegenwärtig Krankenhausapotheken bei der Medikamentenversorgung?

IV. Sektorenübergreifende Versorgung

1. Welche Herausforderungen existieren bei der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit? Was hindert aus heutiger Sicht daran, gemeinsame sektorenübergreifende Strukturen zu etablieren und wie könnten neue Lösungswege aussehen? Wie lassen sich mögliche Probleme perspektivisch lösen?
2. Welche sektorenübergreifenden Maßnahmen wären aus Sicht der Krankenhäuser notwendig, um in Flächenlandregionen, gemeinsam mit allen verfügbaren Ressourcen, den ambulanten und stationären Versorgungsbedarf zu sichern?
3. Sehen Sie perspektivisch eine noch stärkere Verzahnung zwischen stationärer Leistung und ambulantem Leistungsangebot am Krankenhaus?

V. Rehabilitation / Krankenhausnachversorgung

1. Wie beurteilen Sie die Kapazitäten für die anschließende Unterbringung von Patienten nach einem Krankenhausaufenthalt / einer OP in einer Übergangspflege / Langzeitpflege oder die Sicherstellung von Hilfen im Haushalt? Welche Herausforderungen sind Ihnen dabei bekannt. Welche Patientengruppen und damit verbunden Fachstationen sind davon unmittelbar betroffen. Welche Diagnosen/Krankheitsbilder betrifft es besonders?
2. Welchen Beitrag können die Reha-Kliniken zur flächendeckenden medizinischen Versorgung zukünftig leisten?

VI. Rettungsdienst

Wie beurteilen Sie die Ausstattung des Rettungsdienstes. Welche Herausforderungen und Probleme sehen Sie aus Sicht der Kliniken.

VII. Patientenorientierung

1. Wie wird die Patientenvertretung bei der stationären Versorgung berücksichtigt? Welche Verbesserungspotentiale sehen Sie?
2. Welche Beschwerdemöglichkeiten haben Patientinnen bzw. Patienten? Wie werden diese Beschwerden ausgewertet und transparent gemacht?
3. Welche Hilfen/Ansprechpartner für Patient/innen gibt es in Ihren Häusern bzw. in MV bei Verdacht auf fehlerhafte Behandlung? Wie werden diese kommuniziert und evaluiert?

4. Inwieweit werden in den Kliniken im Land die vom bundesweiten Aktionsbündnis Patientensicherheit erarbeiteten Empfehlungen in M-V berücksichtigt und in die Arbeit einbezogen? Falls dies nicht der Fall ist, warum nicht?
5. Inwieweit ist den Kliniken die Bandbreite der vorhandenen Patientenorganisationen im Land bekannt und in welcher Art und Weise gibt es eine kontinuierliche Zusammenarbeit bzw. mit welcher Begründung gibt es diese Zusammenarbeit nicht?
6. Mit welchen Organisationen wird im Sinne der Patient/innen zusammengearbeitet? Wo besteht der Wunsch nach weiteren Kontakten?
7. Wie unterstützen die Kliniken die Arbeit der überwiegend ehrenamtlich tätigen Patientenorganisationen?
8. Wie erfolgt die Unterstützung der Patientenvertreter/innen in den Gremien zur Qualitätssicherung? Welche Verbesserungen sind vorstellbar?
9. Wie kann aus Sicht der Krankenhausgesellschaft und aller Kliniken, egal in welcher Trägerschaft eine Verbesserung ihrer Zusammenarbeit mit den Patientenorganisationen und deren Dachverband, der SELBSTHILFE MV erreicht werden?

VIII. Finanzierung / Vergütung

1. Wie beurteilen Sie das Finanzierungssystem über Fallpauschalen (DRG – Diagnosis Related Groups) mit Blick auf eine flächendeckende und bedarfsorientierte Krankenhausversorgung? Sehen Sie Fehlanreize?
2. Welche Chance sehen Sie, die Fehlsteuerung der Versorgung durch DRGs zu überwinden, um eine patientenorientierte und patientenzentrierte Versorgung im Sinne der ethisch-ärztlichen Vorgaben zu realisieren?
3. Erörtern Sie Möglichkeiten, die Vergütung der medizinischen Leistungen durch eine Abrechnungsmöglichkeit analog zur GOÄ sowohl für den ambulanten als auch den stationären Bereich für die Zukunft zu realisieren. Was spricht dafür, was dagegen?
4. Wie bewerten Sie die Instrumente der Sicherstellungszuschläge nach § 5 Abs. 2 KHEntgG („Individuell, Defizit abhängiger Sicherstellungszuschlag“) und § 9 Abs. 1a Nr. 6 KHEntgG (Sicherstellungszuschlag "ländliche Versorgung" 400€ p.a.) in Bezug auf die wirtschaftliche Sicherung kleiner Standorte im ländlichen Raum? Welchen Änderungsbedarf sehen Sie?
5. Wie beurteilen Sie die finanziellen Rahmenbedingungen für die Universitätsklinika insbesondere im Hinblick auf den Auftrag zur Krankenversorgung in Verzahnung mit Forschung und Lehre sowie klinischen Ausbildungsaufgaben für ärztliche und nichtärztliche Berufe?

6. Wie beurteilen Sie die finanziellen Rahmenbedingungen im Vergleich zu anderen Bundesländern?
7. Mit welcher Begründung halten Sie es für notwendig oder nicht, dass die Bundesratsinitiative der Ministerpräsidentin zur Herauslösung der Kinder- und Jugendmedizin aus dem DRG-System um andere Leistungsbereiche ergänzt wird, z.B. die Geburtshilfe?
8. Inwieweit ist die derzeitige Investitionsfinanzierung für Krankenhäuser ausreichend und wo sehen Sie ggf. Verbesserungsbedarf?
9. Welchen prozentualen Anteil des BIP halten Sie 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)?
10. 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?
11. Wie stehen Sie zur Vielfalt der Krankenkassenlandschaft?

IX. Telemedizin / Datenschutz

1. Wie beurteilen Sie den gegenwärtigen Einsatz der Telemedizin? Welche Verbesserungsmöglichkeiten sehen Sie?
2. Wie beurteilen Sie die Verknüpfung der IT-Struktur zwischen dem ambulanten und stationären Sektor? Was müsste verbessert werden?
3. Welche infrastrukturellen und organisatorischen Voraussetzungen werden für einen realistischen, flächendeckenden Einsatz von Telemedizin benötigt?
4. Welche Ideen und Vorschläge haben die Kliniken, um telemedizinische Konzepte im Land zu einer breiteren Anwendung zu bringen?
5. Welche Maßnahmen werden ergriffen, um umfassenden Datenschutz zu gewährleisten und so Vertrauen bei den Patient/innen zu schaffen? Wie und wo können sich Patient/innen zu den Datenschutzkonzepten der Kliniken informieren? Wird dabei auf Verständlichkeit geachtet?
6. Inwieweit ist die Zusammenarbeit mit dem Landesdatenschutzbeauftragten im Bereich der gesundheitlichen Versorgung gegeben? Wenn ja, in welcher Form? Wenn nein, welcher Expertise bedienen sich die Kliniken?

X. Fachkräfte/ Personalressourcen

1. Wie beurteilen Sie die aktuelle Fachkräftesituation im ärztlichen und pflegerischen Bereich und deren Folgen an Ihren Häusern bzw. allgemein für die Krankenhäuser im Land?

2. Was wird von Ihnen gegenwärtig unternommen, um Fachkräfte zu gewinnen? Welche Strategien beim Aufbau von Personalressourcen haben sich bisher bei Ihnen bewährt?
3. Welche Maßnahmen der Politik halten Sie für geeignet um diesem Problem zu begegnen? Inwieweit sind die Initiativen der Landesregierung in Bezug auf Fachkräftegewinnung von Ärzten und Pflegekräften (z. B. in der Pädiatrie) aus Ihrer Sicht ausreichend oder könnten bzw. müssten in welcher Art und Weise verstärkt bzw. erweitert werden?
4. Wie schätzen Sie die ärztliche Besetzung in den Krankenhäusern in M-V ein, um eine ausreichende Versorgung sicherzustellen? Haben Sie einen Rückgang an Fachärzten festgestellt? Wenn ja, für welche Fachrichtungen? Wo liegen aus Ihrer Sicht die Ursachen?
5. Halten Sie das Ausbildungsangebot in M-V im Bereich Medizin für ausreichend?
6. Sind Ihnen Gründe bekannt, warum viele Medizinstudenten nach Ihrer Ausbildung nicht in unserem Bundesland verbleiben?

XI. Pandemie und Folgerungen

Nach ca. einem Jahr der Versorgung in der Corona-Pandemie lassen sich neue Rückschlüsse auf Versorgungsstrukturen ziehen.

1. Welche Entwicklungen sehen Sie als besonders positiv?
2. Welche Entwicklungen sehen Sie als besondere Belastung?
3. Welche Neuerungen wollen Sie über das Ende der Pandemie hinaus beibehalten?

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? Inwieweit gibt es aus Ihrer Sicht und Erfahrung gegenwärtig unterversorgte bzw. überversorgte Regionen?
3. Was sind aus Ihrer Sicht die hauptsächlichen Mängel bei bzw. in der medizinischen Versorgung der Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern und welche Auswirkungen haben diese Mängel auf die Patientenversorgung? Worin sehen Sie die Ursachen der von Ihnen benannten Mängel und wie können diese behoben werden?

C. Zukunftsansätze

1. Wie kann eine flächendeckend vernetzte, wohnortnahe ärztliche Versorgung sichergestellt werden?
2. 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?
3. Was müsste verändert werden, damit die heute sektorale Bedarfsplanung in eine Versorgungsplanung im integrierten Sinne mit den Kernelementen der kleinräumigen (deutlich kleiner als die Landkreisgrenzen), sektorenübergreifenden sowie morbiditätsorientierten Planung überführt werden kann? Ist ein solcher Ansatz in überschaubaren Zeiträumen überhaupt realisierbar?
4. Wie kann die Zusammenarbeit mit dem Bund, den Kommunen, den Kassen, der KV, der Krankenhausgesellschaft und den Vertretern der Pflege sowie Vertreter/innen der maßgeblichen Patientenorganisationen in verbindlicher, ergebnisorientierter Weise sichergestellt werden?
5. Wie sind Mindestangebote und mengenkritische Bedarfe in ein auch ökonomisch tragfähiges Verhältnis zu bringen?
6. Wie können ländliche, kleine Krankenhäuser ambulante und stationäre Leistungen so zusammengeführt anbieten, dass Investitionen und Personalkosten wirtschaftlich sind?
7. Welche Formen mobiler Angebote der ärztlichen Betreuung und der Medikamentenverteilung sind von kleinen Krankenhäusern aus organisierbar und finanzierbar?
8. 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?
9. Welche Veränderungen sind beim Rettungsdienst mit Blick auf die sich ändernde Versorgungslandschaft notwendig?

Helios Hansekllinikum Stralsund GmbH
Große Parower Straße 47-53 • 18435 StralsundKlinikgeschäftsführer
Johannes RascheTel +49 3831 35-2000
Fax +49 3831 35-2005johannes.rasche@helios-gesundheit.de
www.helios-gesundheit.de/stralsundLandtag Mecklenburg-Vorpommern
Enquete-Kommission
z. Hd. Herrn Heydorn
Lennéstraße 1
19053 Schwerin**Statement zur öffentlichen Anhörung in der Enquete-Kommission des Landtages
Mecklenburg-Vorpommern zu dem Thema „Zukunft der medizinischen Versorgung
in Mecklenburg-Vorpommern“**

Die stationäre Gesundheitsversorgung in Mecklenburg-Vorpommern schätzen wir insgesamt als gut ein. Eine detailliertere Betrachtung fällt jedoch differenzierter aus. So gibt es zentrale Leistungsbereiche wie bspw. die Notfallmedizinische Versorgung, die in der Fläche infolge zahlreicher Notaufnahmen, Rettungsmittel und eines gut verknüpften Rettungsdienstnetzes adäquat abzudecken sind. Demgegenüber stehen Fachabteilungen wie bspw. die Pädiatrie und Geburtshilfe, die quantitativ und qualitativ unzureichend aufgestellt sind, weil die Anzahl Verfügbarkeit von Fachkräften, Kinderkrankenschwestern und Hebammen angespannt ist. Weitere davon betroffene Fachbereiche sind bspw. die onkologische Chirurgie (Pankreas, Ösophagus), Kardiologie (Links-Herz, Elektrophysiologie, TAVI, Weaning) und die Pulmologie (Beatmung). Somit stellt sich in diesen Fällen die Herausforderung der Fachkräftegewinnung bzw. Ausbildung sowie die Frage der Zentralisierung von Leistungen auf weniger Standorte um das vorhandene Personal besser einsetzen und durch die Steigerung der Leistungen Qualitätsfragen adäquat beantworten zu können sowie die med. Qualität verbessert wird. Ziel muss es sein, komplexe stationäre Elektivleistungen zu zentrieren und weniger komplexe Eingriffe zunehmend ambulant durchzuführen.

Diese Vorgehensweisen folgen dem Gedanken der Zentrenbildung mit Leistungskonzentration, bei der sich die Qualität aus der Häufigkeit durchgeführter Eingriffe ergibt. Eine bedarfsgerechte, gute und erreichbare Gesundheitsversorgung definiert sich über die Qualität und Zugänglichkeit der medizinisch angebotenen Leistung. Dabei darf Zugänglichkeit in Bezug

Sitz der Gesellschaft: Stralsund • AG Stralsund • HRB 3082 • USt-IdNr.: DE234311463 • St-Nr.: 079/133/06052
Geschäftsführer: Johannes Rasche • Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Marc Baenkler • Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. habil. Prof. h. c. Matthias Birth • Bankverbindung: Hamburg Commercial Bank AG • IBAN DE22 2105 0000 0053 052447 • BIC HSHNDEHH

auf eine flächendeckende Versorgung in der politischen Diskussion eines nicht bedeuten: Rekommunalisierung und Erhalt aller Krankenhäuser.

Die Folge daraus wäre zum einen die zunehmende Aufwendung öffentlicher Mittel zur Aufrechterhaltung defizitärer Strukturen. Damit würden der öffentlichen Daseinsvorsorge weitere Ausgaben zugemutet, die weder erforderlich noch zielführend sind. Zum anderen hieße das für die öffentliche Hand Einnahmeausfälle in Form von Abgaben und Steuern in Kauf zu nehmen, die an anderer Stelle wiederum fehlen würden. Qualität und Wirtschaftlichkeit müssen hier ineinandergreifen.

Die Finanzierung der Krankenhausversorgung über Fallpauschalen nebst Zusatzentgelten sehen wir insgesamt als gut und bewährt an. Sie setzt Maßstäbe in Effektivität und Effizienz, schafft damit Anreize für eine qualitativ hochwertige Versorgung sowie für einen effizienten und optimierten Ressourceneinsatz. Die vorgenommene Ausgliederung des Pflegbudgets beschreibt eine sukzessive Rückkehr hin zum Selbstkostendeckungsprinzip. Ähnliches gilt für die Überlegung, die Kinder- und Jugendmedizin aus dem DRG-System herauszulösen. Dabei sollte der Fokus nicht auf der reinen Selbstkostendeckung, als vielmehr auf der Zentrierung von Leistungen lauten. Eine adäquate finanzielle Abdeckung der Pädiatrie ist auch im DRG-System möglich, indem die entsprechenden DRG's im CMI aufgewertet werden.

Zukunftsorientiert sehen wir ein Sektorenübergreifendes Modell in Form einer Mischkalkulation aus dem stationären DRG-Katalog und dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Hybrid-DRGs können hier einen Ansatz bilden. Ein weiterer Ansatz, gerade im ländlichen Raum wie in MV, können auch die sog. Capitation-Modelle sein mit einer Vergütung pro Einwohner in einer Region mit einer dann sektorenübergreifenden Versorgung.

Die davon unabhängige Konsolidierung der Krankenhauslandschaft gilt es unterdessen weiter zu fokussieren. Eine Stärkung und Weiterentwicklung der ambulanten Versorgungsstruktur ist dabei zeitgleich erforderlich.

Infolge des bestehenden Investitionsstaus und der angespannten finanziellen Lage der öffentlichen Haushalte deckt die öffentliche Investitionsfinanzierung im besten Fall die Höhe der jährlichen Abschreibungen. Der Großteil der Investitionen erfolgt in den Kliniken durch die privaten Träger selbst, die zusätzlich durch die Zahlung von Abgaben und Steuern die öffentlichen Haushalte finanziell entlasten. Gleichzeitig werden kommunale, nicht wirtschaftlich tragfähige Häuser durch die öffentliche Mittel finanziert und damit indirekt auch durch die Beiträge der privaten Träger.

Dennoch gibt es zahlreiche Angebote von Spitzenmedizin in Mecklenburg-Vorpommern. Allerdings sind diese Angebote aufgrund struktureller Vorgaben (z.B. Mindestmengen) nicht immer finanziert. Diese Eintrittsbarrieren sind aus qualitativer Sicht grundsätzlich richtig, dürfen aber nicht dazu führen, dass gewachsene Strukturen nicht mehr hinterfragt bzw. überprüft werden. Der Ein- und Ausstieg von Zentren in das Leistungsgeschehen, aufgrund der Leistungs- und Qualitätsentwicklung (Erfüllung und Nichterfüllung von Mindestmengen) muss möglich sein.

Helios setzt im Vergleich zu den G-BA-Vorgaben höhere Mindestmengen an, weil wir von der damit verbundenen positiven Qualitätsentwicklung überzeugt sind. Die Häufigkeit der Durchführung eines Eingriffs hat maßgeblichen Einfluss auf die Behandlungsqualität und auch gerade bei den onkologischen Operationen auf die Letalität. Gleichzeitig ergeben sich in der stationären Krankenversorgung durch die aktuelle gesetzliche Regelung und Umsetzung Herausforderungen in der Qualitätssicherung und Erbringung von Mindestmengen.

Beispielsweise gibt es in Bezug auf die Qualitätssicherung derzeit keinen Informationsaustausch. Kliniken, die ein und denselben Patienten aufgrund der gleichen Indikation nacheinander behandeln (z.B. aufgrund unzureichender Behandlungsqualität) erfahren in der Regel nicht, dass sich der Patient an eine andere Klinik wendet. Somit ist eine qualitätsbezogene Rückkopplung an die erstbehandelnde Klinik nahezu ausgeschlossen; Doppeluntersuchungen und -behandlungen sind die Folge.

Darüber hinaus wird die Erbringung von Mindestmengen durch ein gewissermaßen subventionsbedingtes Aufrechterhalten von Kapazitäten zwischen Kliniken deutlich erschwert. Grundsätzlich begrüßen wir die Wettbewerbssituation, da wir überzeugt davon sind, dass Qualität der Entscheidungsmaßstab für den Patienten sein muss. Allerdings führt die Mengenverdrängung zu Fehlanreizen, wenn Mindestmengen in spezialisierten Kliniken nicht erreicht werden können.

Das schadet dem Patienten, belastet das Gesundheitssystem finanziell zusätzlich und setzt Fehlanreize in der strukturellen Ausrichtung von Kliniken. Die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung kann mit weniger, dafür aber zentrierten Behandlungsleistungen hochwertiger sichergestellt werden. Wenige Zentren mit guter Anbindung für den Patienten sorgen auch dafür, dass die Mindestmengen in der Regel weit übererfüllt werden und man gar nicht zu dem Gedanken kommt, muss ich am Jahresende noch unbedingt eine Behandlung durchführen, um die Mindestmenge zu erreichen.

Letzteres gewinnt umso mehr an Bedeutung, als das aktuell noch ein geringer Einsatz von Telemedizin erfolgt. Das liegt vor allem an der Komplexität der einzuhaltenden

Datenschutzbestimmungen, der dafür notwendigen aber noch nicht flächendeckend bereitgestellten öffentlichen Netzinfrastruktur sowie Hindernissen im Bereich der Digitalisierung. Auch ist die Verknüpfung der IT-Struktur zwischen stationärem und ambulantem Sektor ausbaufähig.

Insbesondere der digitale Austausch von Patientendaten zwischen Krankenhäusern und Praxen mittels Anbindung unterschiedlicher Softwarelösungen in den Praxen an die Krankenhausinformationssysteme ist nach wie vor ein schwieriges Thema. Dagegen hat die Vernetzung innerhalb einer Trägerschaft mittlerweile eine gute Qualität erreicht und wird weiter forciert. Damit Telemedizin generell flächendeckend etabliert werden kann, sollten Netzabdeckung, garantierte Datengeschwindigkeiten, festgelegte IT-Standards sowie Konformität in den Datenschutzregelungen umgesetzt werden. Das Thema Datenschutz genießt generell einen besonders hohen Stellenwert in unserem Unternehmen. Dafür sehen wir in den Kliniken Datenschutzbeauftragte, die die gesetzeskonforme Erfassung, Verarbeitung und Weitergabe von Patientendaten regeln und überwachen vor. Für unsere Patienten schaffen wir vielfältige und transparente Angebote, sich über unser Datenschutzkonzept zu informieren, bspw. auf unserer Website, in den Behandlungsverträgen oder direkt bei unserem Personal. Zudem stehen wir in engem und regelmäßigem Austausch mit dem Landesdatenschutzbeauftragten und werden unternehmensseitig durch zentral und regional bereitgestellte Ressourcen unterstützt.

Ebenso kommt der Patientenorientierung und -zufriedenheit ein immer höherer Stellenwert zu. Die Erwartungen von Patienten beschränken sich zu Recht nicht mehr nur auf die Qualität der Heilbehandlung, sondern auch auf die Berücksichtigung individueller Bedürfnisse zur Qualität und Service des Aufenthaltes abseits von Medizin und Pflege. Wir befragen daher wöchentlich unsere Patienten bezüglich ihrer Zufriedenheit und nehmen uns schriftlichen, mündlichen und elektronisch eingereichten Beschwerden mittels eines zentralen Beschwerdemanagements unverzüglich an. Darüber hinaus schulen wir unser Personal in patientenzentrierter Kommunikation, um noch professioneller mit Respekt und Empathie auf die Bedürfnisse unserer Patienten in unterschiedlichen Situationen eingehen zu können. Zusätzlich steht ein Patientenförsprecher als Vermittler zwischen Patient und Klinikum zur Verfügung.

Ferner müssen auch die Bedürfnisse der Patienten nach Zugänglichkeit, hoher Qualität und Versorgungssicherheit adressiert werden. In dem Zusammenhang muss neben der stationären Behandlung auch über die Ausweitung weiterer, bereits bestehender Versorgungsformate nachgedacht werden. Patienten wollen nicht bzw. nicht länger als notwendig stationär in Behandlung bleiben, sondern möglichst schnell in ihre vertraute Umgebung zurückkehren.

Zusätzliche ambulante und teilstationäre Versorgungsangebote können diesem Bedarf entsprechen. Auch die Ansiedlung von Praxen an den Kliniken (wie die ehemaligen Polikliniken) können hier ein guter Ansatz für die Patienten und die Kliniken sein. Die Überwindung der durch zwei Vergütungssysteme geschaffenen unterschiedlichen Anreize stellt dabei eine der wesentlichen Herausforderungen bei der Schaffung einer Sektoren übergreifenden Versorgung dar.

Umso wichtiger ist es, unsere bereits bestehenden Strukturen und Kapazitäten dahingehend optimal nutzen zu können. Diesbezüglich bedarf es u.a. auch einer stärkeren Einbindung des kassenärztlichen Notfalldienstes, der sich aktuell für uns als unzureichend und wirtschaftlich unattraktiv darstellt. Nach wie vor ist die Anzahl der Patienten hoch, die in der Notaufnahme vorstellig werden. Dabei sollten die vom Gesetzgeber einzusetzenden INZ an den Kliniken zwingend auch von den Kliniken betrieben und verantwortet werden. Gerne gemeinsam mit der KV oder auch einzelnen niedergelassenen Ärzten.

Abschließend gilt aus unserer Sicht anzumerken: Dem Ansinnen vieler Städte und Gemeinden eine eigene Krankenhausversorgung vorzuhalten und ein nahegelegenes Krankenhaus einer guten Gesundheitsversorgung gleichzustellen ist kritisch zu diskutieren. Vielmehr zeigt es ein Wahrnehmungsproblem in der Öffentlichkeit auf. Ein Krankenhaus erbringt nicht per se aufgrund seiner baulichen Verortung hochwertige Medizin. Vielmehr sind Qualitätsmerkmale ausschlaggebend. Der „Entfernungssorge“ in der Bevölkerung sollte stattdessen mit einem stabilen und bedarfsadäquaten Rettungsdienstangebot incl. Rettungshubschrauber sowie ggf. Portalpraxiskliniken begegnet werden.

Mit freundlichen Grüßen



Johannes Rasche

Öffentliche Anhörung der Enquete-Kommission des Landtags
Mecklenburg-Vorpommern zur
„Zukunft der medizinischen Versorgung
in Mecklenburg-Vorpommern“
am 16.09.2020

Stellungnahme der Universitätsmedizin Greifswald

Inhalt

Teil1: Zusammenfassung der gemeinsamen Positionen der Universitätsmedizin Rostock und der Universitätsmedizin Greifswald	3
Zur richtigen Zeit, am richtigen Ort, die angemessene Gesundheitsleistung – Hochqualitative Medizin für die Bevölkerung in allen Regionen von Mecklenburg-Vorpommern	3
1. Die Universitätsmedizinen sind Versorgungs- und Qualitätsgaranten in Mecklenburg-Vorpommern.	3
2. Qualität ist immer im Sinne der Patientinnen und Patienten.	4
3. Universitätsmedizinen sind Zentren regionaler Versorgungsnetze.	4
4. Universitätsmedizinen bilden Fachkräfte aus.	5
5. Universitätsmedizinen bringen medizinische Innovationen durch Forschung voran.	6
6. Intersektorale Zusammenarbeit kann Versorgungslücken schließen.	7
Teil 2: Fragen der Enquete-Kommission an die Universitätsmedizin Greifswald	8
A. Grundsatzfragen / Detailfragen	8
A.1 Grundsatzfragen.....	8
A.2 Detailfragen.....	9
I. Stationäre Versorgung.....	9
II. Ambulantisierung	22
III. Ambulante Versorgung.....	24
IV. Sektorenübergreifende Versorgung.....	26
V. Rehabilitation / Krankenhausnachversorgung.....	27
VI. Rettungsdienst	28
VII. Patientenorientierung.....	28
VIII. Finanzierung / Vergütung.....	30
IX. Telemedizin / Datenschutz	34
X. Fachkräfte/ Personalressourcen	37
XI. Pandemie und Folgerungen	42
B. Gesamteinschätzung/ Bewertung	43
C. Zukunftsansätze	44

Stand: 11.09.2020

Teil1: Zusammenfassung der gemeinsamen Positionen der Universitätsmedizin Rostock und der Universitätsmedizin Greifswald



Zur richtigen Zeit, am richtigen Ort, die angemessene Gesundheitsleistung – Hochqualitative Medizin für die Bevölkerung in allen Regionen von Mecklenburg-Vorpommern

1. Die Universitätsmedizinen sind Versorgungs- und Qualitätsgaranten in Mecklenburg-Vorpommern.

Die Universitätsmedizinen Rostock und Greifswald sind für die Hälfte der Bevölkerung Mecklenburg-Vorpommerns der nächstgelegene Maximalversorger. Sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich sind wir nicht nur Qualitätsgaranten der medizinischen Versorgung, sondern schließen auch Versorgungslücken vor Ort, wo immer nötig. Als Krankenhäuser der höchsten medizinischen Versorgungsstufe behandeln wir überdurchschnittlich schwere und seltene Erkrankungen und führen oft Eingriffe durch, die mangels Ausstattung und Expertise in einem Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung nicht vorgenommen werden können. Höchste Qualität ist der Kern universitärer Krankenversorgung. Die Qualitätssicherung unserer medizinischen und nicht-medizinischen Leistungen (Zertifizierung, Akkreditierungen etc.) hat bereits ein sehr hohes Niveau erreicht und wird kontinuierlich erweitert. Auch Steuerungselemente wie G-BA Richtlinien weisen in die richtige Richtung, um Qualitätsstandards in der medizinischen Versorgung umzusetzen. Vor allem im Bereich der hochkomplexen Leistungssegmente sollte einer Streuung der Versorgung auf zu viele Standorte entgegengewirkt werden. Gleichzeitig müssen demografische und strukturelle Spezifika im Flächenland Mecklenburg-Vorpommern ausreichend berücksichtigt werden. Dabei gilt es, wichtige medizinische Schlüssel-qualifikationen im Bundesland aufrecht zu erhalten bzw. zu sichern.

Handlungsableitung:

- 1) Flächendeckende Umsetzung von Strukturmerkmalen wie G-BA Richtlinien, um Qualitätsstandards in der medizinischen Versorgung umzusetzen
- 2) Ggf. Erweiterung der Strukturvorgaben durch die Planungsbehörden, um kritisch relevante Leistungen zu zentralisieren und so die Kompetenz im Bundesland zu sichern
- 3) Vorhaltung hochspezialisierter Fachexpertise an den zwei universitären Standorten für eine akzeptable wohnortnahe Versorgung muss gegenfinanziert sein.

2. Qualität ist immer im Sinne der Patientinnen und Patienten.

Medizin wird an den Universitätsmedizinen immer vom Patienten her gedacht, die Qualität einer medizinischen Leistung muss sich aus unserer Sicht in erster Linie am Ergebnis der Behandlung messen lassen. Auf die Bedürfnisse von Patient*innen einzugehen, bedeutet darüber hinaus, den Krankenhausaufenthalt von der Aufnahme bis zur Entlassung sowie die ambulante Vor- und Nachbehandlung aus der Sicht des Patienten zu optimieren sowie die (u.a. digitale) Infrastruktur möglichst patientenfreundlich zu gestalten. Qualität führt zu Patientensicherheit führt zu Patientenwohl. Eine patientengerechte Versorgung bedeutet daneben auch, dass die Zugänglichkeit zur qualitativ hochwertigen Leistung gegeben ist.

Handlungsableitung:

- 1) Politischer Wille, die Sektoren miteinander zu verzahnen – Qualität wird durch die Verzahnung der Sektoren für den Patienten*innen spürbar
- 2) Programm für Investitionen in Infrastruktur für patientenfreundliche Behandlung, unabhängig von Sektorengrenzen

3. Universitätsmedizinen sind Zentren regionaler Versorgungsnetze.

Die besondere Rolle der Universitätsmedizinen im Versorgungssystem liegt darin begründet, dass sie auf der Basis ihrer fachlichen Verbundexpertise und besonderen medizintechnischen Therapie- und Diagnostikmöglichkeiten die naheliegenden Zentren der Krankenversorgung bilden. Wir stellen für alle Anbieter im Gesundheitswesen den kompetenten Ansprechpartner in allen Bereichen der Medizin dar. Bereiche mit Spezialkenntnissen und Fähigkeiten entfalten Ihre Stärken im Verbund – im Verbund innerhalb eines Hauses zwischen den Fächern, aber gerade auch zwischen Krankenhäusern und auch in der intersektoralen Zusammenarbeit. Kooperationsstrategien wie wir sie am Beispiel des standortübergreifenden Comprehensive Cancer Centers MV verfolgen, stellen ein Übersetzungsmodell von exzellenter Fachkenntnis und Versorgung in die Fläche dar, das mit begrenzten Ressourcen eine medizinische Versorgung auf höchstem Niveau für die gesamte Bevölkerung Mecklenburg-Vorpommerns ermöglicht. Analog gilt dies für das bundeslandweite Traumanetzwerk MV, das von den beiden Universitätsmedizinen seit 2007 koordiniert wird. Genau diese Überlegungen der innovativen und langen Versorgungsketten im Rahmen standortübergreifender Kooperationen sollten in die Überlegung der Landesbettenplanung einfließen. Die jetzt neu etablierten Zentrumsstrukturen, wie bspw. für die Kindermedizin, sind hier ebenfalls ein zukunftsweisender Weg, der auch für andere Fachdisziplinen oder ausgewählte

Leistungen durchdacht werden sollte. Dabei müssen die Universitätsmedizinen auch Koordinierungsaufgaben in den Clustern übernehmen und jederzeit Ansprechpartner für niedergelassene Kollegen, Krankenhäuser und Patient*innen sein. Dieser Koordinationsaufwand (Care Center) muss in der Vergütung abgebildet sein. In einigen Fachdisziplinen wird die ambulante Versorgung durch Fachärzte in Zukunft nicht mehr möglich sein (Dermatologie, HNO, spezielle Innere Medizin, etc.).

Handlungsableitung:

- 1) Die Koordination mit anderen Akteuren der Versorgungslandschaft von Zentren muss zentral geregelt werden und finanziell abgebildet sein.
- 2) Die in der Pandemie-Zeit etablierten Clusterstrukturen sollten zu diesem Zweck beibehalten und weiterentwickelt werden. Kooperation und Zentralisierung schließen sich keineswegs aus.
- 3) Ambulante Öffnung der Maximalversorger im Cluster in ausgewählten Fachdisziplinen, um die Versorgung mit Fachärzten in der Fläche zu sichern (wie in NRW bereits erprobt).

4. Universitätsmedizinen bilden überdurchschnittliche viele Fachkräfte aus.

Die Universitätsmedizinen nehmen eine zentrale Rolle als Ausbilder zukünftiger Pflegerinnen und Pfleger, Ärztinnen und Ärzte und von medizinischem Fachpersonal wahr und tragen daher auf elementare Weise zur Zukunftssicherung der Krankenversorgung in Mecklenburg-Vorpommern bei. Um dem Fachkräftemangel in den medizinischen Berufen zu begegnen, müssen nicht nur der Beruf selbst – durch Anerkennung der Leistung, ein gutes Arbeitsklima, angemessene Vergütung –, sondern auch die Berufsausbildung möglichst attraktiv gestaltet werden. Die Fachkräfte an den Universitätsmedizinen nehmen ihren Lehrauftrag ernst: Was die nächste Generation an Medizinern und Pflegekräften wissen muss und lernen kann, ist mit den Aufgaben in Krankenversorgung und Forschung eng verzahnt. Für eine ausgewogene Ausbildung am Krankenbett bedarf es eines möglichst breiten Patientenspektrums – schwerer wie auch leichter Fälle. Eine Universitätsmedizin mit einem Auftrag zur Grund- und Regelversorgung ist hierfür der ideale Ort. Wir wenden enorme personelle Ressourcen auf, um unserem eigenen Anspruch an eine qualitativ hochwertige, forschungsbasierte, patientennahe und interprofessionelle Ausbildung gerecht zu werden, ohne dass sich dieser Aufwand derzeit im Finanzierungssystem der Universitätsmedizinen abbildet. Unser Lehrauftrag ist nicht nur ein Motor der Vernetzung und Kooperation mit unseren Lehrkrankenhäusern, sondern auch ein bedeutender Weg zur Steuerung von Fachkräften in der Region. Ausbilden steht am Beginn der Versorgungssicherung.

Handlungsableitung:

- 1) Die Weiterbildung zum Facharzt nach dem Studium muss subventioniert werden, um die medizinische Versorgung in der Fläche in der Zukunft abzubilden.
- 2) Die Deckung des Bedarfs an Pflegekräften und Hebammen kann durch die Akademisierung des Ausbildungsganges erreicht werden – die Universitätsmedizinen sind vorbereitet, die Ausfinanzierung ist jedoch nicht gesichert.

5. Universitätsmedizinen bringen medizinische Innovationen durch Forschung voran.

Durch den Aufgabenverbund von Krankenversorgung, Forschung und Lehre tragen die Universitätsmedizinen Sorge dafür, „*dass neue medizinische Erkenntnisse möglichst schnell bei den Patient*innen ankommen*“ (Verband der Universitätsklinika Deutschlands, VUD). Unser Qualitätsversprechen in der medizinischen Versorgung und Ausbildung gründet ganz elementar auf der Innovationsfähigkeit durch (bio-)medizinische und Versorgungsforschung. Viele erfolgreiche Projekte wie der Sepsis-Dialog, und das Projekt Land | Rettung sowie HerzEffekt MV demonstrieren den direkten Zusammenhang zwischen Forschung und einem Qualitätsgewinn in medizinischen Behandlungsformen und Versorgungsstrukturen für die gesamte Bevölkerung Mecklenburg-Vorpommerns. Die Universitätsmedizinen liefern hier Blaupausen der Gesundheitsversorgung auch für andere Regionen und für die Regelversorgung. Gerade die Telemedizin kann sich zu einer Zukunftstechnologie entwickeln, nicht nur um Patientenbilder und -daten zu übertragen, sondern um räumliche Distanzen zu überbrücken und Behandlungspfade zu verkürzen. In einigen Spezialdisziplinen ist eine telemedizinische Unterstützung der Diagnostik und Behandlung heute schon aus der Regelversorgung nicht mehr wegzudenken (z.B. Schlaganfall, Notfall-Pädiatrie). Neben der Weiterentwicklung der eigenen Forschungsschwerpunkte wollen wir überregionale Verbundprojekte zukünftig noch stärker ausbauen. Für die Forschungsvorhaben gilt ebenso wie für die Lehrausgaben: sie sind im derzeitigen Finanzierungsmodell nicht ausreichend abgebildet. Spitzenforschung kostet Geld – aber sie lohnt sich für die Patient*innen.

Handlungsableitung:

- 1) Die Erforschung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) und die leistungsorientierte Mittelvergabe (LOM) müssen ausreichend finanziert sein.
- 2) Die telemedizinische Versorgung sollte ausgeweitet und gefördert werden.

6. Intersektorale Zusammenarbeit kann Versorgungslücken schließen.

Angesichts der demografischen Entwicklung, die in Mecklenburg-Vorpommern akzentuiert in Erscheinung tritt und sich auf die Entwicklung der Fallzahlen ebenso auswirkt wie auf die Verfügbarkeit von Fachkräften, kann nur eine deutliche Verbesserung der intersektoralen Zusammenarbeit eine nachhaltige Versorgung im Bundesland gewährleisten. Dies trifft insbesondere auf die Notfallversorgung zu, aber auch auf die Regelversorgung, die Versorgung in den Kleinstfächern und jenen mit besonders hohen Anforderungen und Risiken wie der Geburtshilfe und der Pädiatrie. Eine flexible Krankenversorgung bindet alle medizinischen Berufsgruppen effektiv ein, nutzt alle vorhandenen Ressourcen, kombiniert die Erstversorgung leichter Fälle vor Ort mit der Möglichkeit zur Behandlung schwerer Fälle in den Zentren. Auf der Basis raumübergreifender Versorgungsformen wie der Luftrettung und der Telemedizin, neuer Datenaustauschformate wie den eHealth-Plattformen, einer sektorenübergreifenden Bedarfsplanung sowie neu zu entwickelnder Finanzierungsmodelle, die stationäre und ambulante Vergütungssysteme harmonisieren und somit lange Versorgungsketten fair abbilden, kann hier eine integrative Lösung erzielt werden. Wir müssen neu und mutig denken.

Handlungsableitung:

- 1) Die Finanzierung neuartiger intersektoraler Versorgungsformen muss im Finanzierungssystem ermöglicht werden, damit aus einer Projektfinanzierung unkompliziert eine Regelversorgung werden kann.

Teil 2: Fragen der Enquete-Kommission an die Universitätsmedizin Greifswald

A. Grundsatzfragen / Detailfragen

A.1 Grundsatzfragen

1. Wie beurteilen Sie die aktuelle stationäre Gesundheitsversorgung in Mecklenburg-Vorpommern?

Wir verfügen in Mecklenburg-Vorpommern über eine flächendeckende, also wohnortnahe Versorgung mit Krankenhäusern (und einer ausreichenden Struktur von ambulanten Leistungen durch niedergelassene Ärzt*innen), wobei leichte regionale Schwankungen bestehen. Die drängendsten Aufgaben für die zukunftssichere Aufstellung der Krankenhausstruktur besteht darin, Wege zu finden, wie die Qualität der Versorgung in diesem gut gestalteten Netzwerk noch besser gefördert, Spezialisierungen klar herausgearbeitet und gesteuert und Kooperationen gestärkt werden können.

2. Die Vorhaltung einer qualitativ hochwertigen Krankenhausversorgung ist ein komplexer Vorgang und muss eng mit allen Beteiligten der Politik, Leistungserbringer und Kostenträger abgestimmt werden.

Die Leistungen welcher Fachabteilungen sollten Ihrer Meinung nach flächendeckend vorgehalten werden?

Die Notwendigkeit einer flächendeckenden Vorhaltung sehen wir im Bereich der Inneren Medizin und der Chirurgie sowie aller hierfür notwendigen akutdiagnostischen Versorgungsstrukturen wie etwa der Radiologie und der Anästhesiologie. Jedoch sollte in letzteren Fachbereichen das Vorhalten von medizinischen Leistungen insbesondere in den Abend- und Nachtzeiten in enger Abstimmung mit den Maximalversorgern geplant und umgesetzt werden, um knappe ärztliche und pflegerische Ressourcen möglichst schonend einsetzen zu können.

Die Leistungen welcher Fachabteilungen sollten Ihrer Meinung nach in spezialisierten Zentren angeboten werden?

Es sollten all jene medizinischen Leistungen ausschließlich in spezialisierten Zentren angeboten werden, für die nachweislich durch eine solche Zentralisierung bessere medizinische Ergebnisse erzielt werden. Hochkomplexe Krankheitsbilder wie beispielsweise im Bereich der großen Bauch- und Gefäßchirurgie, der Neonatologie und der Onkologie verlangen eine interdisziplinäre Kompetenz für Diagnose und Therapie, eine den Behandlungsrisiken entsprechende Mindestanzahl an Fällen, sowie umfassende strukturelle Vorhaltungen, die nur von Zentren getragen werden können.

3. Inwieweit teilen Sie die Auffassung (aus dem Einsetzungsbeschluss), wonach eine bedarfsgerechte, gute und erreichbare Gesundheitsversorgung als elementarer Bestandteil der öffentlichen Daseinsvorsorge zu betrachten ist? Was leitet sich daraus aus Ihrer Sicht ab?

Wir stimmen dieser Auffassung unbedingt zu. Eine hochqualitative, angemessene und wohnortnahe Krankenversorgung aller Menschen in Deutschland muss unser Anspruch und der Anspruch der politischen Institutionen in Mecklenburg-Vorpommern sein. Daraus leitet sich für uns eine Verantwortung des Bundes und der Länder ab, in die Zukunftsfähigkeit der Krankenversorgung in Mecklenburg-Vorpommern zu investieren und eine politische Steuerungsaufgabe zu übernehmen. Ziel muss eine Versorgungsstruktur sein, die vom Patienten her gedacht und zukunftsorientiert, gleichzeitig aber auch ausfinanziert ist. Mit dem Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG), das unlängst vom Bundeskabinett beschlossen wurde, ist hierfür ein erster wichtiger Schritt gemacht worden. Jetzt müssen weitere notwendige Investitionen und Reformen, ggf. auch auf Bundesebene mutig angegangen werden.

4. Welche Kriterien bestimmen aus Ihrer Sicht die Qualität einer medizinischen Versorgung der Bevölkerung von Mecklenburg-Vorpommern?

Das zentrale Qualitätskriterium der medizinischen Versorgung muss aus unserer Sicht das Ergebnis der Behandlung sein. Ist aus medizinischer Sicht das bestmögliche Ergebnis für den*die Patient*in erzielt worden, so war dies nur möglich aufgrund des komplexen Zusammenspiels vieler untergelagerter Qualitätsparameter: Fächerübergreifende Expertise, sektorenübergreifende Kooperation, forschungsbasierte Innovation, gut ausgebildetes medizinisches Personal, Prozess- und Strukturqualität.

A.2 Detailfragen

1. Stationäre Versorgung

1. Wie gestaltet sich die Krankenlandschaft in Mecklenburg-Vorpommern? Wo sehen Sie aktuell die größten Herausforderungen in der Krankenhauslandschaft?

Die Krankenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern haben ebenso wie im bundesdeutschen Trend mit Fachkräftemangel zu kämpfen, wobei der ländliche Charakter und die Strukturschwäche des Landes das Problem verstärken. Weitere Herausforderungen sehen wir in der starken Zersiedelung medizinischer Leistungen im Land und dem Fehlen einer klaren Zuteilung von Zuständigkeiten. Hier wären mehr Strukturvorgaben und normative Richtungsentscheidungen wünschenswert, auch was die privaten Krankenhausträger angeht. Private Träger sind nach dem derzeit gelebten Krankenversorgungsmodell nicht steuerbar.

2. Welche Herausforderungen für die stationäre Krankenversorgung haben sich in den letzten Jahren entwickelt, gerade auch verbunden mit speziellen Krankheitsbildern?

Die Kombination aus medizinischem Fortschritt und der demografischen Entwicklung bringt es mit sich, dass der Anteil älterer und multimorbider Patient*innen kontinuierlich zunimmt. Diese Patient*innen bedürfen zum einen einer hochspezialisierten Therapie, weshalb die Ansprüche an die medizinische Behandlung und die Nachfrage nach ärztlichen und pflegerischen Fachkräften besonders im Bereich der Herzmedizin, der Krebsmedizin, der Geriatrie und der Palliativmedizin stetig wachsen. Zum anderen sind die stationären Aufenthalte dieser Patient*innen überdurchschnittlich lang, weshalb das Risiko der Verbreitung von und der Ansteckung mit multiresistenten Erregern in den Krankenhäusern steigt. Eine weitere Herausforderung für die stationäre Krankenversorgung bringen mögliche weitere Pandemie-Szenarien mit sich. Die Notwendigkeit, doppelte Versorgungsstrukturen vorzuhalten, verschärft im Krisenfall die bestehenden Herausforderungen.

3. Wie beurteilen Sie die derzeitige pädiatrische und geburtshilfliche Versorgung im stationären Bereich?

Die Pädiatrie verlangt den ärztlichen und pflegerischen Fachkräften ein überdurchschnittlich großes Leistungsprofil ab, weshalb die Ausbildung neuer Fachkräfte aufwändig ist und das Risiko der Unterversorgung in Subdisziplinen gegeben ist. Die medizinische Versorgung am Kind ist hochkomplex, zeit- und kostenintensiv, sowie risikohoch, was sich im DRG-System nicht abbilden lässt. Dennoch beurteilen wir die pädiatrische Grundversorgung in unserer Region als ausreichend. Sie wird von insgesamt 16 Krankenhäusern angeboten. Dabei variiert die Zahl der behandelten Patienten sehr stark (zwischen 185 und 3300 pro Jahr). Vier Standorte (Rostock, Schwerin, Neubrandenburg und Greifswald) behandeln 3000 und mehr Patienten pro Jahr.

Die Abteilungen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe werden in Mecklenburg-Vorpommern von 16 Krankenhäusern vorgehalten (2019). Die gegenwärtige Struktur der Gynäkologie und Geburtshilfe ist durch viele kleine Einrichtungen und hohen Vorhalteaufwand geprägt. Über 98 % der Kinder werden in diesen stationären Einrichtungen geboren. Die Konzentration der peri- und neonatologischen Versorgung erfolgt in vier Perinatalzentren der höchsten Versorgungstufe I (Rostock, Greifswald, Schwerin, Neubrandenburg). Die Dichte dieser Zentren ist höher als im bundesdeutschen Schnitt. Die universitären Frauenkliniken (2) spielen in der Versorgungslandschaft des Landes in diesem Fachgebiet eine herausragende Rolle. Sie versorgen fast 40 % der gynäkologischen und geburtshilflichen stationären Patientinnen (13.819 von insgesamt 35.678 Fällen, 2019). Gemeinsam mit zwei weiteren größeren Einrichtungen in Schwerin und in Neubrandenburg werden über 55 %

der stationären Patientinnen versorgt (19.747 von insgesamt 35.678 Fällen, 2019). Es wird erwartet, dass die demographischen Entwicklungen sowie die starke Ambulantisierung der gynäkologischen Leistungen in den kommenden Jahren zur sinkenden Zahl der Patientinnen und Geburten führen werden. Die kürzlich publizierte Prognose des UCEF zeigt, dass die Anzahl der Neugeborenen in Mecklenburg-Vorpommern bis 2023/24 unter 11.000 sinken, mit 9.500 bis 10.250 den Tiefpunkt 2029 bis 2031 erreichen und dann langsam wieder etwas zunehmen wird. Die zu erwartende Anzahl der Neugeborenen in M-V wird mit einem Rückgang der Geburten um mehr als 15 % (2023/24) und 2029/31 sogar um 21 bis 26 % verbunden sein. Dies würde bedeuten, dass in den acht (von 16) Geburtskliniken mit den niedrigsten Geburtenzahlen in diesem Zeitraum (2023 bis 2031) fast durchgängig weniger als eine Geburt pro Tag erfolgen wird (Jost & Kehl, 2020). Diese Entwicklungen werden die bereits jetzt schwierige wirtschaftliche Lage der geburtshilflichen Kliniken noch weiter verschärfen.

Der wachsende Mangel an qualifizierten ärztlichen und nichtärztlichen Fachkräften wird darüber hinaus zu weiteren Problemen bei der Versorgung der Schwangeren und Patientinnen führen. Die von der heranwachsenden Generation der Ärzt*innen häufig als unattraktiv und stark belastend angesehene Schichttätigkeit, gepaart mit einem sehr hohem Verantwortungsgrad im Kreissaal sowie die Abwanderung der Hebammen (deren Zahl in den letzten Jahren zwar signifikant zunahm) aus dem Kreissaal in die sehr wichtigen außerklinischen Bereiche (Vor- und Nachsorge und Geben von Geburtsvorbereitungs- und Rückbildungskursen), werden die Probleme nur aggravieren. Es ist deshalb anzunehmen, dass die genannten Faktoren in den kommenden Jahren deutschlandweit zum Marktaustritt einige Anbieter, sowie zur daraus resultierenden Bündelung der Kapazitäten führen werden.

Auch weil die Forderung nach wohnortnaher, geburtshilflicher Versorgung häufig in den Mittelpunkt des öffentlichen Interesses rückt, bedarf es eines Gesamtkonzeptes mit Hochleistungszentren und Kliniken, die eine adäquate Versorgung, auch bei nicht vorhersehbaren Komplikationen, gewährleisten können und bei erwarteten Risiken eine interdisziplinäre Versorgung auf höchstem Niveau sichern (Regionalisierung). Dabei ist zu berücksichtigen, dass wohnortnahe Versorgung nicht gleichzusetzen ist mit hoher Qualität. Die Aspekte der Qualität und der Patientensicherheit sowie Achtung der Persönlichkeit und des Willens der werdenden Eltern müssen im Vordergrund stehen. Dabei scheint die Entfernung der geburtshilflichen Klinik für die Qualität der geburtshilflichen Versorgung eine untergeordnete Rolle zu spielen (Seelbach-Göbel, 2018). Dies zeigen eindeutig die Perinatalstatistiken anderer Länder mit großen Entfernungen zur nächsten Entbindungsklinik.

4. Wie beurteilen Sie aus aktueller Sicht das Modell der Portalpraxisklinik am Beispiel von Wolgast als Nachfolge für eine vormalige Fachabteilung?

Mit der Portalpraxisklinik am Kreiskrankenhaus Wolgast ist ein Modellprojekt erfolgreich umgesetzt worden. Das Modell stellt eine sehr gute strukturelle Lösung für das Problem dar, eine wohnortnahe pädiatrische Versorgung trotz Fachkräftemangel und Unterfinanzierung zu gewährleisten. Es setzt auf die sektorenübergreifende Zusammenarbeit mit Pädiatern, die in den Räumlichkeiten der Klinik eine fachkundige Diagnose stellen und bei der Indikation für eine stationäre Versorgung eine Verlegung in die Fachabteilung der Universitätsmedizin Greifswald veranlassen können. In Kooperation mit der Universitätsmedizin und auf der Basis telemedizinischer Strukturen können auf diese Weise auch Randzeiten abgedeckt werden. Das Modell hat sich bewährt, ruft jedoch auch eine Reihe versicherungsrechtlicher Fragen auf, die derzeit in Abklärung sind und die die Herausforderungen einer begrüßenswerten und notwendigen sektorenübergreifenden Zusammenarbeit verdeutlichen.

5. Wo sehen Sie die Stärken Ihrer Einrichtung – eher als Versorger mit mehreren Fachabteilungen zur Grundversorgung der Region oder als Spezialversorger?

Die Stärke der Universitätsmedizin liegt in der Kombination aus beidem. Als Multidienstleister und einziges Krankenhaus in Greifswald decken wir die Grund- und Regelversorgung ab und gewährleisten gleichzeitig eine Verbundexpertise von Spezialisten, die für die Diagnose und die Entwicklung von Therapiekonzepten auch bei komplexen und seltenen Krankheitsbildern zusammenarbeitet. Wir schließen die blinden Flecken in der stationären und ambulanten Versorgung – auch im Sinne einer zukunftsgerichteten Facharztausbildung (Weiterbildung) und medizinischer Innovationen!

6. Inwieweit ist die aktuelle Anzahl und Verteilung der Krankenhäuser und Krankenhausbetten mit Blick auf eine bedarfsrechte und flächendeckende Versorgung ausreichend? Inwieweit gibt es ausreichende Angebote der Spitzenmedizin sowie der Grund- und Regelversorgung? Könnte aus Ihrer Sicht die Versorgung auch mit weniger Krankenhäusern sichergestellt werden?

Die Krankenhausedichte in Mecklenburg-Vorpommern liegt im bundesdeutschen Durchschnitt. Um zu beurteilen, ob die bestehende Krankenhauslandschaft bedarfsgerecht und flächendeckend ist, ist zu berücksichtigen, dass die Einwohnerdichte des Bundeslandes stark zwischen ländlichen und urbanen Regionen variiert. Die derzeitige Situation aller Krankenhäuser im Land muss deshalb individuell betrachtet werden. Dabei erscheint es sinnvoll, im ländlichen Raum auch einen künftigen Transformationsprozess in Richtung Gesundheitszentren zu skizzieren, der eine wohnortnahe Grundversorgung 24/7 sicherstellen würde. Nur wenn alle strukturellen Voraussetzungen gegeben sind, also im Rahmen weitreichender Kooperationsstrukturen und nach einem erfolgreichen Transformationsprozess, ist eine Reduktion der Zahl der Krankenhäuser denkbar.

7. Sollte es aus krankenhauplanerischer Sicht eine stärkere Steuerung durch die Planungsbehörde geben, z.B. bei der Ausweisung einzelner Fachbereiche?

Eine stärkere Steuerung ist wünschenswert. Spezialisierungen, die aus unserer Sicht als eigene Fächer ausgewiesen werden sollten, sind beispielsweise die Geriatrie, die Adipositasmedizin, die Hämatologie/Onkologie sowie insbesondere die Neonatologie. Für eine stringente Planung der Behandlung von „Frühchen“ ist eine stärkere Zentralisierung notwendig und richtig.

8. In welcher Form kooperieren Sie mit umliegenden Krankenhäusern und gibt es Versorgungsverbünde?

Eine enge Kooperation besteht mit dem Kreiskrankenhaus Wolgast, in Form sowohl gemeinsamer administrativer Strukturen als auch einer engen fachlichen Verzahnung u.a. durch Teleradiologie. Das Kreiskrankenhaus Wolgast ist eines der Lehrkrankenhäuser, mit denen die UMG eine überregionale Zusammenarbeit pflegt; mit dem Kreiskrankenhaus Demmin und dem Klinikum Karlsburg besteht eine Kooperation speziell im Bereich der anästhesiologischen Weiterbildung. Im Rahmen hochspezialisierter Versorgung bestehen verschiedene Kooperationen mit anderen Kliniken. Als Beispiel seien hier das Comprehensive Cancer Center Mecklenburg-Vorpommern (CCC M-V) und das Herzzentrum Vorpommern zu nennen. Das CCC M-V wird zurzeit als gemeinsames standortübergreifendes onkologisches Spitzenzentrum mit der Universitätsmedizin Rostock etabliert. Neben der intensivierten und spezialisierten Forschung soll insbesondere die Optimierung der Krankenversorgung im Bereich Onkologie durch die Anwendung neuester therapeutischer Verfahren sichergestellt werden. Dabei werden auch Kooperationen mit weiteren Kliniken und niedergelassenen Ärzten angestrebt, um eine optimale, flächendeckende Patientenversorgung zu gewährleisten. Zusammen mit dem Klinikum Karlsburg soll zudem im Rahmen der UMG Strategie 2026 das Herzzentrum Vorpommern als integriertes überregionales Herzzentrum ausgebaut werden. Das Herzzentrum Vorpommern soll dann sowohl einer qualitativ hochwertigen und flächendeckenden Versorgung im Bereich Kardiologie und Kardiochirurgie dienen als auch die Forschung und Lehre optimieren. Verschiedene Versorgungsverbünde sind bereits im Bereich Geriatrie, Pädiatrie und Psychiatrie etabliert. Dabei wird vorrangig über telemedizinische Maßnahmen und gemeinsame Patientendaten die flächendeckende Patientenversorgung sichergestellt und gleichzeitig Daten erhoben zur Nutzung im Bereich Forschung. Für die Bewältigung der CoViD-19-Pandemie hat die Universitätsmedizin die Zusammenarbeit mit den acht Akutkrankenhäusern des Cluster III in Vorpommern ausgeweitet.

9. Welche Herausforderungen ergaben sich im Jahr 2019 (vor CORONA) für Ihr Haus und wie sind Sie diesen begegnet?

Die hauptsächlichen Herausforderungen für die Universitätsmedizin im Jahr 2019 bestanden im Fachkräftemangel und den Auswirkungen auf kritische Bereiche wie die Geburtshilfe (siehe etwa die Ausführungen unter Kapitel I.3 sowie Kapitel X), den Risiken der dualen Finanzierung (siehe Kapitel

IIIIV), sowie dem Umgang mit multiresistenten Erregern (MRE). Die Vermeidung und Behandlung von Infektionen mit MRE stellt für alle Krankenversorgungseinrichtungen im Land eine wachsende Herausforderung dar. MRE breiten sich über Versorgungsketten interinstitutionell aus. Im vergangenen Jahr hat sich dies insbesondere im Rahmen des regionalen 4-MRGN-Ausbruches in Vorpommern gezeigt. Universitäre Maximalversorger sind von dem Problem besonders betroffen, u.a. da sie Patient*innen mit besonders hoher Fallschwere behandeln. An der UMG ist es 2019 gelungen, durch die Arbeit des neu geschaffenen Zentralbereiches Hygiene, den raschen Ausbau von Diagnostikmöglichkeiten und die enge Zusammenarbeit im MRE-Netzwerk den Erreger erfolgreich in den Griff zu bekommen. Jedoch gilt: die nachhaltige Eindämmung von Infektionserregern in der Versorgungskette bedarf einer Reihe von aufwändigen Grundmaßnahmen, die von den Krankenhäusern zusätzlich gestemmt werden müssen: die betroffenen Patient*innen müssen identifiziert, unter besonderen Bedingungen behandelt und Informationen zur nachbehandelnden Einrichtung übergeleitet werden. Dieses Thema wird auch in Zukunft bestimmend bleiben: Für 4-MRGN hat z. B. das Land unlängst seine Risikobewertung angepasst.

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

Die Bereiche Pädiatrie (siehe die Ausführungen in Kapitel I.3. und I.4), Geriatrie und Palliativmedizin stellen die medizinische Versorgung in einem Flächenland wie Mecklenburg-Vorpommern vor große Herausforderungen. Auf die Zunahme des Anteils älterer Menschen in der Bevölkerung und damit auch altersbedingter Krankheitsbilder lässt sich in einer ruralen Region nur über die kooperative Zusammenarbeit verschiedener Leistungserbringer erfolgreich reagieren. Dabei kann auf verschiedene Kooperationen zurückgegriffen werden, um den speziellen Anforderungen der geriatrischen Patient*innen Rechnung zu tragen. Unter anderem wird eine Kooperation mit dem Kreiskrankenhaus Wolgast gelebt, um geriatrische Patient*innen adäquat zu versorgen. Es werden aktuell über telemedizinische Kooperationen Patient*innen in Versorgungsnetzwerken durch unterschiedliche Einrichtungen behandelt.

Auch in der Palliativmedizin ist landesweit ein wachsender Bedarf an ambulanten und stationären Leistungen zu verzeichnen, der bisher nicht ausreichend gedeckt ist. Dabei sind die Anforderungen an die intersektorale Zusammenarbeit in diesem Bereich besonders hoch, etwa zwischen Leistungserbringern der Hospiz- und Palliativversorgung sowie ambulanten Pflegediensten. Im stationären Bereich stellen Therapieansätze wie die Palliativmedizinische Komplexbehandlung einen guten Ansatz dar, eine sektorenübergreifende, bedarfsgerechte und patientenorientierte Versorgung

bereitzustellen. In der Praxis sind hier jedoch hohe bürokratische Hürden und ein nicht-leistungsbezogenes Abrechnungssystem zu beklagen.

Die Möglichkeiten der Anschlussbehandlung und Rehabilitation ist im stationären Bereich klar geregelt im SGB-V und über die Rentenversicherung. Dennoch gibt es über das Entlassmanagement die Möglichkeit, den Sozialdienst der UMG mit einzubinden und so die Nachsorge zu optimieren. In MV spielt sowohl der sichere Patiententransport als auch die gute Erreichbarkeit bei der medizinischen Nachsorge eine große Rolle. Die Patient*innen müssen oft längere Strecken mit einem weniger gut ausgebauten Nahverkehrsnetz als in Großstädten zurücklegen und gleichzeitig ist die Versorgung durch medizinische Leistungserbringer in einer ruralen Region eingeschränkter, da auch hier weitere Wegstrecken zurückgelegt werden müssen als in urbanen Gebieten. Eine gute Zusammenarbeit zwischen den Kliniken und den Zuweisern über Netzwerke und das Angebot telemedizinischer Möglichkeiten lassen ein Entlassmanagement und damit die Nachsorge effizienter werden (siehe hierzu auch die Ausführungen in Kapitel II.15).

Der Anspruch, allen Patient*innen einen barrierefreien Zugang zur Krankenversorgung zu gewährleisten, prägt unsere Zukunftsplanung. So soll das Klinikum durch Umbaumaßnahmen besser an das öffentliche Nahverkehrsnetz angebunden werden und es soll eine Haltestelle direkt vor dem Haupteingang des Klinikums eingerichtet werden. Das aktuelle Wegeleitsystem wird zeitnah durch eine Smartphone-gestützte „Indoor-Navigation“ ersetzt, was vor allem für alle sehbehinderten Patient*innen und deren Angehörige einen echten Fortschritt darstellen werden. Die medizinische Versorgung von Migrant*innen kann durch besondere Serviceleistungen im stationären Betrieb verbessert werden. Gleichzeitig erlaubt die Ausweitung des ambulanten Operierens im geplanten ambulanten OP, ein schnelles Rückkehren und Erholen in der eigenen Häuslichkeit. Dies reduziert die Belastung, welche mit einem stationären Aufenthalt einhergehen könnte, erheblich. Die Sprachbarriere stellt hier oft ein Problem dar, kann an der UMG aber sowohl mit einem ehrenamtlichen innerbetrieblichen Dolmetscherdienst als auch mit professionellen Dolmetschern gelöst werden.

Wo liegen aus Ihrer Sicht Probleme bei der Medikamentenversorgung im stationären und ambulanten Bereich und was wird zu deren Behebung getan?

Bei der stationären Versorgung spielen die Lieferengpässe und der damit verbundene Aufwand für Beschaffung von Alternativen eine große Rolle. Die Beschaffung von Alternativen für nicht lieferbare Arzneimittel nimmt viel Zeit in Anspruch. Durch Lieferengpässe kann sich die Fortsetzung der Therapie der Patient*innen verzögern, was sich nachteilig auswirken kann. Im ambulanten Bereich ergeben sich zusätzlich Probleme durch Rabattverträge und damit verbundene Logistik (Lagerhaltung für die Apotheke, mehrere Wege in die Apotheke für die Patient*innen oder alternativ mehr

Botendienste durch die Apotheke). Arzneimittel werden zudem häufig in Großpackungen in Verkehr gebracht, die für die Anwendung ungeeignet sind. Das führt im Krankenhaus – bei durchschnittlichen Liegezeiten um eine Woche – zu erheblichem Verwurf. Die manuelle Übertragung von Medikamentenverordnungen stellt eine mögliche Fehlerquelle dar, die durch einen elektronischen Medikationsplan, die Digitalisierung der ärztlichen Verordnung (physician order entry) und im Krankenhaus das maschinelle Stellen der individuellen Medikation für eine*n Patientin*en (Unit-Dose) behoben werden kann. Die Schnittstelle ambulant-stationär funktioniert aus der Sicht der Medikamentenversorgung nicht optimal. So ist die Hausmedikation ist der Aufnahme auch bei geplanten Eingriffen häufig unklar. Für die Qualität der medizinischen Versorgung der Patient*innen sind jedoch klare Angaben zum Medikationsplan (welches Präparat, welche Dosierung, Indikation) erforderlich. Es bleibt abzuwarten, ob die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte hier Abhilfe schafft.

11. Halten Sie die Qualitätsvorgaben des G-BA für (einzelne) Fachbereiche für angemessen, oder sehen Sie andere Regelungsnotwendigkeiten, um die Versorgung in unserem Flächenland sicherzustellen, z.B. für besondere Leistungsbereiche?

Als Universitätsmedizin mit höchsten Ansprüchen an die Ergebnis-, Prozess- und Strukturqualität unserer medizinischen Leistungen befürworten wir prinzipiell die Qualitätsvorgaben des G-BA. Diese sollten für einige Leistungsbereiche, wie etwa im Bereich der Intensivmedizin ausgeweitet werden, wie nicht zuletzt die Zeit der CoViD-19-Pandemie gezeigt hat. Das Beispiel des strukturschwachen Flächenlandes Mecklenburg-Vorpommern, das zudem über eine regional stark schwankende Bevölkerungsdichte verfügt, zeigt jedoch, dass Qualitätsvorgaben immer mit den besonderen infrastrukturellen und demografischen Voraussetzungen einer Region in Einklang gebracht werden sollten. Im Fall Mecklenburg-Vorpommerns sollte ein Maximalversorger aus unserer Sicht binnen 60 Minuten erreichbar sein. Das Augenmerk der Krankenhausplanung sollte entsprechend auf den Ausbau der strukturellen (auch logistischen) Voraussetzung zwischen Maximalversorgern und (ggf. in Gesundheitszentren umgewandelten) Grund- und Regelversorgern liegen.

12. Wie beurteilen Sie die notfallmedizinische Versorgung im Land und welchen Handlungsbedarf sehen Sie?

Die notfallmedizinische Versorgung in einem Flächenland stellt uns vor große Herausforderungen. Ohne Phantasie, gezielten Forschungsprojekten und viel Umsetzungskraft kann in der ländlich geprägten Struktur bleibt eine robuste, zukunftsfeste notfallmedizinische Versorgung hinter den Möglichkeiten zurück.

Die Planungshoheit für unser Bundesland liegt in den Händen des Landes. Das Land kann unter Einbezug verschiedener Kriterien bestimmen, welche Rettungswachen sich an welchem Ort befinden,

um eine möglichst gute, flächendeckende Versorgung der Bevölkerung auf der Grundlage des Rettungsdienstgesetzes mit den unterschiedlichen vorgegebenen Eintreffzeiten nach Alarmierung zu gewährleisten. Die Umsetzung wiederum liegt in den Händen der Landkreise.

Die Unimedizinen verstehen sich nicht nur als hochqualifiziertes ärztliches Personal der Notarztstandorte, sondern als Innovationskraft und Keimzelle für neue Entwicklungen sowohl in der konkreten Notfallversorgung von Patient*innen (z.B. Einsatz von Blut auch präklinisch) als auch der Notfallversorgung in der Fläche. Aus letzterem ging beispielsweise das vom Innovationsfonds geförderte Projekt Land | Rettung hervor, das – gemeinsam mit dem Landkreis Vorpommern Greifswald – seinen Fokus auf die Versorgung von Patient*innen mit Herzstillstand legt.

Flächendeckende Schulungen in der Reanimation durch Laien und Alarmierung durch die Leitstelle von speziell vorgebildeten und nochmals geschulten freiwilligen Ersthelfern zum Ort des Notrufs setzen auf die Bürgerverantwortung. Gleichzeitig wurde ärztliche notfallmedizinische Kompetenz („Telenotarzt“) auf die Rettungsmittel gebracht und innerhalb des Projektes eine Telenotarztwache eingerichtet. Diese Wache ist die zweite Wache ihrer Art in Deutschland und wird 24/7 durch eine*n Notärztin*arzt besetzt. Das flächendeckende Ausrollen dieser drei Säulen ist sehr erfolgreich, die Laienreanimationsquote stieg von unter 17% auf in zwei Jahren in Folge 60% an. Damit ist der Landkreis Vorpommern-Greifswald unter den besten drei Teilnehmern des Deutschen Reanimationsregisters. Eine Laienreanimation verdoppelt die Chance, einen Herz-Kreislaufstillstand zu überleben. Die telemedizinische Betreuung hat die Qualität der Rettungseinsätze gesteigert und den*die fahrende*n Notarzt*ärztin entlastet. Dies führt dazu, dass die Ressource „fahrende*r Notärztin*arzt“ zu den Einsätzen fahren konnte, an denen dessen physische Präsenz notwendig war. Verstetigung: Aus diesem Innovationsfondsprojekt wird eine „Telenotarztwache“ durch den Landkreis Vorpommern-Greifswald kassenfinanziert weiterbetrieben. Für die Schulungen und Akquise von vorgeschulten Ersthelfern, die per Handy App zum Notfallort geleitet werden und für die Schulungen der Laienreanimation bedarf es allerdings der Eigeninitiative. Der Verein Land | Rettung MV e.V. wurde gegründet, der sich zu Teilen aus Spendengeldern und Kassenzuwendungen (HandyAPP) finanziert. Die Schulungen von Laien in der Reanimation gehört nicht zum Finanzierungsauftrag der Krankenkassen nach SGB-V.

Ärzt*innen, die telemedizinische Notfallkompetenz vermitteln können, sind extrem gut weitergebildet. Sie müssen über die Zusatzweiterbildung für Notfallmedizin verfügen, über eine große Erfahrung als fahrender oder fliegender Notarzt*in verfügen und besondere Kursformate besucht haben. Die Notarztstätigkeit soll zwingend aufsatteln auf eine hauptsächliche ärztliche Tätigkeit in der Krankenversorgung, so dass die im Notfall notwendigen manuellen ärztlichen Fähigkeiten aus der täglichen klinischen Routine abzurufen sind und aktuelle Entwicklungen in der

Medizin präsent sind. Daher ist aus medizinischen Gründen eine Anbindung der telemedizinischen Notfallzentrale an ein Krankenhaus unabdingbar. Die Krankenhäuser sollten über ausreichend notfallmedizinische Forschungsexpertise verfügen, da dieses Gebiet noch weiter erforscht werden muss. Die Weiterbildung zum „Telenotarzt“ ist kostenintensiv, die Ärzt*innen sind hochspezialisierte und seltene Experten, die mit der Gegend und der Infrastruktur vor Ort vertraut sein müssen.

Telemedizinische Notfallzentren sollten auf Landesebene ebenso überplant werden wie Rettungswachen und Notarztstandorte. Die Telemedizin unterliegt keinen Sektoren- oder Landkreisgrenzen, sie kann notfallmedizinische ärztliche Kompetenz nicht nur bodengebunden, sondern auch zur Unterstützung eines Rettungshubschraubers oder der Rettung auf See vermitteln. Siehe auch die Ausführungen in Kapitel C. 9. Die Etablierung von „Telemedizinischen Notfallzentren“ an den Universitätsmedizinen könnte einerseits die Sektorengrenzen überwinden als auch andere Aufgabengebiete in der Notfallmedizin in der ambulanten und stationären Versorgung übernehmen.

13. Inwieweit orientieren sich die Kliniken im Land aus Ihrer Sicht ausreichend an den Bedürfnissen der Patient/innen und/oder welchen Handlungsbedarf sehen Sie? (Wenn ja, bitte begründen. Wenn nein, was wird zur besseren Patientenorientierung getan?) Wie evaluieren Sie Patientenorientierung und Patientenzufriedenheit?

Die Universitätsmedizin Greifswald stellt die Patient*innen in den Mittelpunkt aller operativen und strategischen Überlegungen und widmet sich einer noch stärkeren Patientenorientierung u.a. in mehreren Projekten der Strategie 2026. Mit den Plänen zur Etablierung eines Patientenportals wird den Patient*innen eine zentrale Anlaufstelle für Ihre Belange geboten. Schrittweise werden hier z.B. Dokumente, Termine und Informationsangebote bereitgestellt, erste Funktionen wie z.B. die Digitale Patientenorientierung als App sind bereits in der Pilotierung und werden im engen Austausch mit der Patientenorganisation Blinden- und Sehbehinderten-Verein MV entwickelt. Auch der Verbesserung des Aufnahme-, Aufenthalts- u. Entlassmanagements ist ein eigenes Projekt gewidmet. Hier wird der Krankenhausaufenthalt aus der Sicht des*r einzelnen Patienten*in optimiert. Mit dem systematischen Aufbau von Patient Reported Outcomes (PROMs) werden patientenzentrierte Kennzahlen die individuelle Behandlung und Nachbetreuung abbilden. Zusätzlich zur Linientätigkeit des zentralen Lob- und Beschwerdemanagements werden hier von den Patient*innen selbst berichtete Behandlungsergebnisse systematisch erhoben, um in die zukünftige Planung klinischer Abläufe einzufließen. Auch im Onkologischen Zentrum werden Patientenorganisationen aktiv in die Gestaltung der Prozesse miteinbezogen (siehe hierzu auch die Ausführungen in Kapitel VII.1).

Die Zugänglichkeit des Campus wird sowohl für das Ankommen der Patient*innen (Parkplätze, Outdoornavigation und Abstimmung mit ÖPNV) als auch für die Orientierung in der Klinik verbessert.

Für die Patient*innen wird ein selbsterklärendes Wegeleitsystem den Aufenthalt vereinfachen, und bei längeren Aufenthalten bedürfnisgerechte Mobilität auch im Sinne der Gesundheit ermöglichen.

14. Welche Weiterbildungsmaßnahmen besucht das medizinische und pflegerische Personal im Hinblick auf Verständlichkeit und Patientenorientierung in der Kommunikation?

Die Veränderung des Krankheitsspektrums führt zu einer kontinuierlichen Differenzierung und Weiterentwicklung des medizinischen und pflegerischen Wissens. Die einzelnen Mitwirkenden des Gesundheitssystems müssen eng miteinander kooperieren, um die steigenden Anforderungen bewältigen zu können. Dieser Prozess wird an der Weiterbildungsstätte der Universitätsmedizin Greifswald unterstützt und gefördert. Ziel ist es, die Teilnehmer*innen zu eigenverantwortlichen, selbstständigen und selbstbewussten Mitarbeiter weiterzuentwickeln und sie mit den notwendigen Kompetenzen für lebenslanges Lernen auszustatten.

Auch die Auswertung der Mitarbeiterbefragung 2019 hat die zentrale Bedeutung der innerbetrieblicher Fort- und Weiterbildung aufgezeigt. In groß angelegten Workshops im Nachgang zur Mitarbeiterbefragung wurde auch das Thema Kommunikationskompetenz als zentral herausgearbeitet, die in den nächsten Jahren im Rahmen von Führungskräfte Seminaren u.a. geschult werden soll. Die Bedeutung einer zielgruppenorientierten Kommunikation wurde im Verlauf der Entwicklung der UMG Strategie 2026 immer wieder hervorgehoben, weshalb dem Themenkomplex zwei eigene Projekte gewidmet worden sind.

Die Fachweiterbildungsgänge Anästhesie und Intensivpflege, neonatologische- und pädiatrische Intensivpflege, Pflege von Schlaganfallpatient*innen, Atmungstherapie werden an der Weiterbildungsstätte der Universitätsmedizin Greifswald modularisiert angeboten. Die Teilnehmer*innen erweitern und vertiefen in der Weiterbildung ihre berufliche Handlungskompetenz in der Versorgung von kritisch kranken Patient*innen. Die Fachweiterbildungsgänge stellen hierbei einen engen Bezug zum Arbeitsfeld Krankenhaus und zu der intensivmedizinischen ambulanten Versorgung her. Zusätzlich werden im Rahmen der innerbetrieblichen Fortbildung unterschiedliche Formate zu Förderung der übergreifenden Kommunikationskompetenz und Patientenorientierung angeboten. Hierzu zählen pädagogische Fortbildung für Praxisanleiter und Mentoren, Simulationstraining Crew- Ressource Management^[1], fachspezifische Fortbildungsangebot (z.B. Schmerz, Hygiene, Kompetenztraining (z.B. Corona-Schulung,) und alle notwendigen Pflichtfortbildungen. Derzeitig erfolgt eine Bedarfsanalyse zur Fortbildung der Mitarbeiter. Zielsetzung ist zukünftig ein pädagogisch didaktisches Fortbildungscurriculum zu entwickeln. Hierbei soll die insbesondere die Kompetenzentwicklung in den unterschiedlichen Versorgungsbereichen gefördert werden.

15. Welche Probleme gibt es in den Kliniken konkret bei der Versorgung im Krankenhaus und beim Entlass-Management bzw. beim Übergang in die nachstationäre Versorgung von Menschen?

Prinzipiell ist die Versorgung von Menschen, die sich auch im Vorfeld des Krankenhausaufenthaltes nur schwer allein um sich selbst kümmern konnten, ein Problem. Die bereits im Alltag benötigte Hilfestellung sattelt auf die sich durch die Akuterkrankung, aus der sich der Krankenhausaufenthalt ergibt, auf. Dies ist im Betreuungsschlüssel der Erkrankung nicht vorgesehen.

Der Sozialdienst der Universitätsmedizin Greifswald kümmert sich im Rahmen des Entlassungsmanagements um die nachstationäre Versorgung der Patient*innen. In erster Linie versucht der Sozialdienst, die Selbsthilfefähigkeit der Patient*innen zu stärken und ergänzende Leistungen, die zur Versorgung notwendig sind, zu organisieren. Insbesondere Patient*innen ohne familiären Rückhalt oder auch multimorbide Patient*innen benötigen darüber hinaus häufig eine stationäre Unterbringung. Die Kapazitäten in den nachstationären Einrichtungen, wie z. B. in der Kurzzeitpflege oder der Langzeitpflege, sind nur sehr eingeschränkt verfügbar. Es gibt Patient*innengruppen, die von den nachstationären Einrichtungen fast gar nicht übernommen werden. Dazu gehören u.a. Patient*innen mit einer Alkoholabhängigkeit oder auch Patient*innen, die aufgrund eines multiresistenten Keims isolationspflichtig sind. Zur Weiterversorgung dieser Patient*innen ist ein großer Aufwand nötig und die mittlere stationäre Verweildauer kann nur selten eingehalten werden. Weiterhin gibt es immer wieder Zeiträume, in denen die Weiterversorgung erschwert ist. Aufgrund der hohen Nachfrage an Feiertagen und in den Ferien sind viele Einrichtungen in dieser Zeit voll ausgelastet. Auch Einrichtungen zur Versorgung von Patient*innen mit palliativem Schwerpunkt sind nicht ausreichend vorhanden. Der Sozialdienst verfügt aufgrund jahrelanger Netzwerkarbeit über ein gutes Netzwerk bestehend aus Pflegeheimen, Rehabilitationseinrichtungen, Pflegediensten oder auch Kurzzeitpflegeeinrichtungen, daher kann sofern erforderlich auf kurzem Wege auf freie Kapazitäten zurückgegriffen werden. Somit wäre eine zeitnahe Versorgung theoretisch durch uns realisierbar. Derzeit müssen allerdings Pflegeeinrichtungen im Umkreis von 150 km angefragt werden. Das heißt, dass Patient*innen häufig nicht heimatnah untergebracht werden können. Dies ist aus unserer Sicht nicht im Sinne des Patient*innen und der Angehörigen. Um eine bedarfsgerechte Versorgung gewährleisten zu können, bräuchten wir feste Kooperationspartner, die ggf. Kapazitäten für uns als Maximalversorger vorhalten. Möglicherweise würde eine eigene Kurzzeitpflegeeinrichtung die Situation sowohl für die Universitätsmedizin Greifswald als auch für die Patient*innen deutlich verbessern.

Ähnlich verhält es sich im ambulanten Bereich. Insbesondere im ländlichen Raum kann nicht immer ein geeigneter Pflegedienst gefunden werden, der die Patient*innen zeitnah und bedarfsgerecht versorgen kann. Häufig ist eine Abstimmung mit den Hausärzt*innen oder der Krankenkasse

notwendig. Sollte ein*e Patient*in nicht in einer vollstationären Pflege untergebracht werden können, ist es allerdings umso wichtiger, dass die ambulante Versorgung schnell und zuverlässig durch uns organisiert werden kann. Auch die Verlegung in Rehabilitationseinrichtungen ist zeitweise mit erheblichen Wartezeiten verbunden, sodass die Patient*innen vor Übergang in eine Anschlussheilbehandlung für einige Wochen in die Häuslichkeit entlassen werden müssen. Auch Direktverlegungsverfahren (z.B. neurologische Reha Phase C) können häufig nicht während der vorgesehenen Liegeverweildauer realisiert werden.

Der Sozialdienst steht regelmäßig fest im Austausch mit Pflegediensten, Pflegeeinrichtungen und Rehabilitationseinrichtungen, um die Kommunikation und Abstimmung zu verbessern. Feste Kooperationspartner würden die Entlassung der Patient*innen erleichtern. Weiterhin ist es wichtig, dass Patient*innen mit kurz -oder langfristigem Unterstützungsbedarf rechtzeitig durch die Stationen beim Sozialdienst angemeldet werden, damit die Versorgung adäquat und zeitgerecht organisiert werden kann. Bereits bei der Aufnahme der Patient*innen sollte die häusliche Versorgung betrachtet, hinterfragt und der Sozialdienst ggf. hinzugezogen werden.

16. Welche Konzepte gibt es, um Patient/innen und medizinisches Personal im Versorgungsalltag auf Augenhöhe zu bringen? Inwieweit gibt es dazu regelmäßige Gespräche mit Patientenorganisationen? Welche Erfahrungen gibt es im Land und aus anderen (Bundes-)Ländern?

Den (Informations-)Austausch zwischen Patient*innen und medizinischem Personal fördern wir auf der Basis unterschiedlicher Formate. Beispielsweise sollen Seminare mit Studierenden zum Thema gemeinsame Entscheidungsfindung in Zusammenarbeit mit der Frauenselbsthilfe (FSH) Krebs, mit der wie in regelmäßigem Austausch stehen, dazu beitragen, die Patientenperspektive bereits in die Ausbildung medizinischer Fachkräfte zu integrieren (siehe hierzu auf die Ausführungen in Kapitel I. 14). In Zusammenarbeit mit der AOK Nordost bietet die Universitätsmedizin zudem Pflegekurse und individuelle Beratungen für pflegende Angehörige an (PFIFF – Pflege in Familien fördern) und schult Gesundheits- und Krankenpfleger für die Unterstützung von Patient*innen und Angehörigen in der häuslichen Pflege. Das Patienteninformationszentrum (PIZ) der Universitätsmedizin versteht sich dabei als zentrale Anlauf- und Beratungsstelle für Patient*innen und Angehörige: die genannten Pflegekurse gehören dabei ebenso zum Leistungsangebot wie Patientengespräche zum besseren Verständnis von Diagnose und Therapie, die Vermittlung von Experten und Selbsthilfegruppen oder die Stärkung der rechtlichen und Selbstmanagement-Kompetenz der Patient*innen. Darüber hinaus ist die UMG Mitglied im Netzwerk Patienten- und Familienedukation in der Pflege e.V., die sich um eine größtmögliche Selbstbestimmung der Patient*innen in Gesundheits- und Pflegefragen bemüht.

17. Inwieweit ist bekannt, dass z. B. im Bereich der Tageskliniken seitens der Patient/innen ein Mangel an Kapazitäten beklagt wird? Was unternehmen Sie, um dem tatsächlichen oder vermeintlichen Mangel zu begegnen? Wie erklären Sie sich das Zustandekommen des beklagten

Zustandes, wenn Sie diesen Mangel nicht bestätigen können? Wie bewerten Sie den aktuellen Bedarf im Bereich Tageskliniken und dessen voraussichtliche Entwicklung?

Die tagesklinischen Plätze an der Universitätsmedizin Greifswald werden von den Patient*innen sehr gut nachgefragt und durch die zunehmende Ambulantisierung wird der Bedarf an tagesklinischer Versorgung nicht abnehmen. Die Tageskliniken spielen eine wichtige Rolle als Bindeglied zwischen stationärer und ambulanter Patientenversorgung im Krankenhaus und in Ergänzung zur Versorgung durch niedergelassene Ärzte. Sie zeichnen sich durch multiprofessionelle Behandlungsteams aus, die gemeinsam an Diagnostik und Therapie gemäß aktueller Leitlinien Patient*innen zielgerichtet versorgen. Die UMG bietet derzeit tagesklinische Behandlungsplätze für psychiatrische, schmerzmedizinische, neurologische und onkologische Erkrankungen an. Die onkologische Tagesklinik ist räumlich zentralisiert und verfügt über speziell ausgebildetes onkologisches Fachpersonal im nichtärztlichen Bereich. Für die optimale Versorgung der Patient*innen mit Erkrankungen sämtlicher Tumorentitäten behandeln hier alle Fachdisziplinen unter einem Dach – Hämatologie-Onkologie, Gynäkologie, Gastroenterologie, Pneumologie, Urologie, Neurologie, HNO sowie MKG und Schmerzmedizin.

Wichtig bei neuen Regelungen für Tageskliniken ist ein patientenbezogenes Vorgehen. Die Weiterentwicklung der onkologischen Tagesklinik an der UMG wird stets in enger Abstimmung mit Patientenvertretern, Selbsthilfegruppen und niedergelassenen Ärzten vorangetrieben.

18. 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?

Das Krisenmanagement des Cluster III war maximal patientenorientiert. Das Konzept der Einteilung in weiße und schwarze Bereiche sowohl in der stationären Krankenversorgung als auch in der Notfallambulanz, also das Vorhalten von Doppelstrukturen, hat sich als Konzept zur Gewährleistung der Krankenversorgung in Pandemiezeiten bewährt. Sowohl die überregionale Organisation des Krisenmanagements im Cluster als auch die Koordination der intersektoralen Zusammenarbeit am Standort durch einen Clustermanager waren darauf ausgerichtet, auf die Bedürfnisse der Patient*innen individuell reagieren zu können. Dass uns dies gelungen ist, zeigten die positiven Rückmeldungen der Bevölkerungen über soziale Medien und die Presse. Ein direkter Austausch mit Patientenorganisationen im weiteren Verlauf ist aus unserer Sicht absolut wünschenswert.

II. Ambulantisierung

1. Welches Ambulantisierungspotential sehen Sie bei stationären Behandlungen?

Wir sehen ein großes Ambulantisierungspotential an der UMG v.a. im Bereich der ambulanten Operationen, dabei besonders in den Fächern HNO, Kinderchirurgie, Gynäkologie, Urologie, Augenheilkunde, Orthopädie sowie Unfallchirurgie. Dass immer mehr Operationen auch ambulant durchgeführt werden können, hängt einerseits damit zusammen, dass die Operationsverfahren so weiterentwickelt worden sind, dass eine Entlassung in die Häuslichkeit gesundheitlich vertretbar ist. Andererseits sind auch die Begleitprozesse mit Vor- und Nachsorge heute so gut koordiniert, dass eine zuverlässige Versorgung der Patient*innen rund um die Operation gewährleistet werden kann. Für einen Großteil der Patient*innen ist es deutlich angenehmer, wenn stationäre Krankenhausaufenthalte vermieden werden können. Im ländlichen Raum ist es zudem eine Erleichterung für die Patient*innen, wenn nur eine An- und Abreise zum Standort notwendig ist und längere Wege nicht an mehreren Tagen zurückgelegt werden müssen. Eine Verbesserung der Strukturen für das ambulante Operieren an der Universitätsmedizin Greifswald ist auch im Hinblick auf die alternde Bevölkerung sinnvoll. Der Anteil der Bevölkerung, welche 65 Jahre und älter ist, wird in den kommenden Jahren signifikant steigen. Ältere Menschen sind anfälliger für nosokomiale Infektionen aufgrund ihrer geschwächten Immunabwehr. Entsprechend sollte so viele Eingriffe wie möglich in einem ambulanten Rahmen erbracht werden. Zudem muss für viele operative Eingriffe nicht die vollumfängliche technische und personelle Ausstattung und interne Anbindung der Zentral-OPs vorgehalten werden. Ein ambulantes OO-Zentrum wie derzeit an der UMG geplant, wird hier eine deutliche Entlastung der Zentral-OPs mit sich bringen.

2. Wie beurteilen Sie die ambulante Versorgung in den Universitätsmedizinern? Wie ist sie strukturiert? Welche Herausforderungen gibt es? Gehen Sie dabei insbesondere auf die Notwendigkeit des Facharztstatus in den Ambulanzen ein.

Die ambulante Versorgung in der Universitätsmedizin findet weitestgehend auf vier Wegen statt: der Hochschulambulanz (HSA), den Ermächtigungen, dem ambulanten Operieren (siehe Kapitel III.2) und der Notfallambulanz (ZNA). Die Hochschulambulanzen schließen eine Lücke in der ambulanten Versorgungslandschaft, indem sie Fachärzt*innen auch in kleinen Fächern und Subspezialisierungen vorhalten. Herausforderungen bestehen hierbei in der mangelnden Ausfinanzierung der in der Regel schweren und komplexen Fälle der Hochschulambulanzen, wobei in den letzten Jahren einige Erfolge bei der Annäherung der Hochschulambulanzpauschalen an die tatsächliche Aufwandsentwicklung zu verzeichnen war. Die Ermächtigung von Klinikärzten für einzelne KV-Leistungen im Rahmen der Hochschulambulanzen ist im Sinne der intersektoralen Versorgung zu begrüßen, wobei die Bindung der Ermächtigung auf Einzelpersonen im Sinne eines bedarfsgerechten Einsatzes der Fachärzt*innen aufgehoben werden sollte. Auch in den Notfallambulanzen sind sektorenübergreifende Versorgungskonzepte sinnvoll, um eine bessere Patientensteuerung – gerade auch im Hinblick auf die Versorgung außerhalb der normalen Dienstzeiten – zu gewährleisten. Der Ansatz eines

Integrierten Notfallzentrums, bei dem Rettungsdienste und niedergelassene Dienstärzte von einer zentralen Stelle in der Notaufnahme des Krankenhauses aus koordiniert und auch Räumlichkeiten der Notaufnahme gemeinsam genutzt werden, wird von uns befürwortet.

3. Sollten grundsätzlich noch stärker ambulante Versorgungsangebote am Standort eines Krankenhauses – Stichwort Gemeindegesundheitszentren - geschaffen werden? Welche Vor- bzw. Nachteile sehen Sie?

Es gibt einige Bereiche in der ambulanten Versorgung, die durch die vertragsärztliche Versorgung nicht richtig abgedeckt werden (können). Dies kann verschiedene Ursachen haben, z.B. weil es spezialisierte Bereiche betrifft, für die in dünnbesiedelten Regionen die wirtschaftliche Basis fehlt (z.B. Subspezialisierungen in der inneren Medizin oder in der Pädiatrie), weil es nicht ausreichend Ärzte mit der benötigten Qualifizierung im Land gibt (z.B. in der Geriatrie), oder weil vakante Arztsitze nicht besetzt werden können (z.B. in der Pädiatrie). Damit die ambulante Versorgung auch in ländlichen Regionen auf einem hohen Niveau gesichert werden kann, ist es notwendig, dass bestimmte Bereiche der Krankenversorgung zentralisiert werden und dass auch Krankenhäuser sich hier engagieren. Kooperationen zwischen der ambulanten und stationären Versorgung, z.B. in Gesundheitszentren, sind eine gute Option, die Versorgung insgesamt zu stärken. Die Kooperation zwischen (Sub)Spezialisierungen und Basisversorgung kann in solchen Zentren gut abgebildet werden. Die Gründung von Gesundheitszentren an Klinikstandorten kann effizient und inhaltlich sinnvoll sein.

III. Ambulante Versorgung

1. Welche Möglichkeiten sehen Sie, die stationären Diagnostikmöglichkeiten auch für den ambulanten Bereich zur Verfügung zu stellen?

Soll die ambulante und stationäre Versorgung besser integriert werden, so müssen perspektivisch auch kostenintensive stationären Diagnostikmöglichkeiten gemeinsam genutzt werden können. Der Schlüssel zur gemeinsamen Nutzung von Infrastruktur ist ein Vergütungsmodell, das diese Kooperationsmöglichkeiten abbildet.

2. Wie beurteilen Sie die Struktur und den Umfang des derzeit organisierten Bereitschaftsdienstes der niedergelassenen Ärzte? Wie viele Patienten in Prozent suchen auch bei Bagatellerkrankungen trotz vorhandenem ambulanten Bereitschaftsdienst ein Krankenhaus zur Behandlung auf? Was sind die Gründe für dieses Verhalten?

Ein Gutachten der Deutschen Krankenhausgesellschaft hat bereits im Jahr 2015 festgestellt, dass in den Notaufnahmen der Krankenhäuser viele ambulante Fälle behandelt werden, die hinsichtlich des Schweregrades auch in KV-Praxen behandelt werden könnten. Dieses Phänomen verstärkt sich vor

allem außerhalb der normalen Öffnungszeiten der KV-Praxen, was darauf hindeutet, dass ein Faktor die Erreichbarkeit und Verfügbarkeit der KV-Notdienste in den Rand- und Nachtzeiten ist.

3. Welches Potenzial gibt es aus Ihrer Sicht im Zusammenspiel von Landespolitik, Krankenhausgesellschaft, Krankenkassen, Kassenärztlicher Vereinigung und Ärztekammer, um den Gesundheitsstandort Mecklenburg-Vorpommern weiter zu stärken und insbesondere für Fachkräfte deutlich attraktiver zu machen?

Der Wettbewerb um Fachkräfte hat sich bundesweit verschärft, jedoch ist der Fachkräftemangel aufgrund der strukturellen und demografischen Voraussetzungen in Mecklenburg-Vorpommern als eines der größten Zukunftsprobleme für die Krankenversorgung im Land anzusehen. Der Verdienst der Fachkräfte kann in einer Generation, die eine ausgeglichene Work-Life-Balance und eine attraktive Infrastruktur fordert, nicht der einzige Anreiz für Fachkräfte sein. Während eine bessere logistische Anbindung an urbane Zentren die Region für Fachkräfte nachhaltig attraktiver machen könnte, sehen wir als Universitätsmedizin unseren Beitrag in erster Linie in einem attraktiven Lehr- und Forschungsangebot und einer digitalisierten Lehr- und Forschungsinfrastruktur. Die Universitätsmedizin verfügt bereits über einen breiten Ansatz zur Gewinnung von Nachwuchskräften durch spezielle wissenschaftliche Förderprogramme wie das Gerhard-Domagk-Nachwuchsförderprogramm in Greifswald und das FORUN-Programm in Rostock. Die UMG Strategie 2026 verfolgt außerdem mit Projekten in allen Bereichen verschiedene Ansätze, um Nachwuchskräfte stärker an den Standort und die Region zu binden.

4. Welche Bedeutung haben gegenwärtig Krankenhausapotheken bei der Medikamentenversorgung?

Krankenhausapotheken sind integraler Bestandteil von Krankenhäusern. Als Abteilung des Krankenhauses handeln sie im Interesse ihrer Einrichtung. In Zusammenarbeit mit der Arzneimittelkommission der von ihnen versorgten Krankenhäuser erstellen sie eine Liste der für die Behandlung notwendigen und wirtschaftlich sinnvollen Arzneimittel. Krankenhausapotheken stellen für ihre Häuser eine qualitativ hochwertige Arzneimittelversorgung sicher. Anforderungen der Stationen prüfen sie auf Plausibilität und Wirtschaftlichkeit. Sie gleichen aufgrund ihrer fachlichen Kompetenz die zurzeit regelmäßig bestehenden Lieferdefizite aus und beschaffen für ihre Einrichtungen adäquate Alternativpräparate. Sie gewährleisten über eine 24-Stunden-Bereitschaft die Versorgung des Krankenhauses. Krankenhausapotheken stellen patientenindividuelle Zubereitungen, Dosierungen und Darreichungsformen, z. B. für Kinder, her. Bei der Zytostatikatherapie gehören dazu auch die Pflege der Verordnungssoftware und die Plausibilitätsprüfung für die verordneten Therapieschemata. Krankenhausapotheker sind Ansprechpartner für die Ärzte und Pflegedienst. Sie beraten Ärzte zu wirtschaftlichen Aspekten der Arzneimitteltherapie und zu Fragen der Anwendung.

IV. Sektorenübergreifende Versorgung

1. Welche Herausforderungen existieren bei der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit? Was hindert aus heutiger Sicht daran, gemeinsame sektorenübergreifende Strukturen zu etablieren und wie könnten neue Lösungswege aussehen? Wie lassen sich mögliche Probleme perspektivisch lösen?

Herausforderungen sind die zum größten Teil strikt sektorierte Organisations-, Dokumentations- und Abrechnungsmodalitäten. Die Etablierung und Nutzung von regionalen Plattformen für den Austausch von Daten und Dokumenten (eHealth Plattform) wäre einen ersten Schritt zur Förderung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit. Finanzierungsmodelle müssen so gestaltet werden, dass keine finanziellen Nachteile entstehen, wenn die Aufgaben in der Behandlung von Patient*innen anders den Sektoren zugeordnet werden. Budgetmodelle für bestimmte Regionen, eventuell auch für bestimmte Patientengruppen, wären hier eine Lösungsstrategie.

2. Welche sektorenübergreifenden Maßnahmen wären aus Sicht der Krankenhäuser notwendig, um in Flächenlandregionen, gemeinsam mit allen verfügbaren Ressourcen, den ambulanten und stationären Versorgungsbedarf zu sichern?

Bei den Übergängen von ambulant zu stationär (bei einer Krankenhausaufnahme) und von stationär zu ambulant (Krankenhausentlassung) ist eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit und Abstimmung zwischen den Leistungserbringern notwendig, z.B. über den Austausch von Daten und Dokumenten über einer eHealth-Plattform. In Bereichen, in dem die Versorgung nicht abgesichert werden kann, ist eine regional abgestimmte, kompensierende Versorgung zwischen den Bereichen und Sektoren notwendig. Beispiele sind die Pädiatrie (Vernetzung zwischen Krankenhäusern, zwischen Krankenhäusern und Praxen, Unterstützung von Hausärzten durch Pädiater der KH), Geriatrie (Unterstützung der ambulanten Versorgung durch stationäre Ärzte), Unterstützung der Palliativversorgung in Pflegeheimen durch Palliativabteilungen der Krankenhäuser. Prinzipiell bedarf es des politischen Willens zur Versorgung aus einer Hand.

3. Sehen Sie perspektivisch eine noch stärkere Verzahnung zwischen stationärer Leistung und ambulantem Leistungsangebot am Krankenhaus?

Eine stärkere Verzahnung könnte dadurch zustande kommen, dass Berechtigungen sowohl für die stationäre als auch für die ambulante Versorgung in einem Träger möglich werden, im Idealfall inklusive Pflegeleistungen. Wir sehen ganz explizit die Vorteile einer Institutsambulanz, in der Ermächtigungen auf mehrere Fachärzt*innen verteilt sind, um auf diese Weise den bestmöglichen Einsatz der Fachkräfte zu gewährleisten (siehe auch die Ausführungen unter Kapitel II.2).

V. Rehabilitation / Krankenhausnachversorgung

1. Wie beurteilen Sie die Kapazitäten für die anschließende Unterbringung von Patienten nach einem Krankenhausaufenthalt / einer OP in einer Übergangspflege / Langzeitpflege oder die Sicherstellung von Hilfen im Haushalt? Welche Herausforderungen sind Ihnen dabei bekannt. Welche Patientengruppen und damit verbunden Fachstationen sind davon unmittelbar betroffen. Welche Diagnosen/Krankheitsbilder betrifft es besonders?

In allen Fachkliniken der UMG existiert die Herausforderung, die kurzfristige oder langfristige Unterbringung von Patient*innen in Pflegeeinrichtungen zu regeln. Die Kapazitäten in den nachstationären Einrichtungen, wie z. B. in der Kurzzeitpflege oder der Langzeitpflege, sind nur sehr eingeschränkt verfügbar. Es gibt Patientengruppen, die von den nachstationären Einrichtungen fast gar nicht übernommen werden. Dazu gehören u.a. Patient*innen mit einer Alkoholabhängigkeit oder auch Patient*innen, die aufgrund eines multiresistenten Keims isolationspflichtig sind. Zur Weiterversorgung dieser Patient*innen ist ein großer Aufwand nötig und die Liegeverweildauer kann nur selten eingehalten werden. Weiterhin gibt es immer wieder Zeiträume, in denen die Weiterversorgung erschwert ist. Aufgrund der hohen Nachfrage an Feiertagen und in den Ferien sind viele Einrichtungen in dieser Zeit voll ausgelastet. Auch Einrichtungen zur Versorgung von Patient*innen mit palliativem Schwerpunkt sind nicht ausreichend vorhanden.

Der Sozialdienst der Universitätsmedizin Greifswald verfügt aufgrund jahrelanger Netzwerkarbeit über ein gutes Netzwerk bestehend aus Pflegeheimen, Rehabilitationseinrichtungen, Pflegediensten oder auch Kurzzeitpflegeeinrichtungen, daher könnte auf kurzem Wege auf freie Kapazitäten zurückgegriffen werden. Somit wäre eine zeitnahe Versorgung theoretisch durch uns realisierbar. Derzeit müssen allerdings Pflegeeinrichtungen im Umkreis von 150 km angefragt werden. Das heißt, dass Patient*innen häufig nicht heimatnah untergebracht werden können. Dies ist aus unserer Sicht nicht im Sinne der Patient*innen und der Angehörigen. Um eine bedarfsgerechte Versorgung gewährleisten zu können, bräuchten wir feste Kooperationspartner, die ggf. Kapazitäten für uns als Maximalversorger vorhalten. Möglicherweise würde eine eigene Kurzzeitpflegeeinrichtung die Situation sowohl für die Universitätsmedizin Greifswald als auch für die Patient*innen deutlich verbessern.

2. Welchen Beitrag können die Reha-Kliniken zur flächendeckenden medizinischen Versorgung zukünftig leisten?

Der Sozialdienst der Universitätsmedizin Greifswald steht im stetigen Austausch mit Pflegediensten, Pflegeeinrichtungen und Rehabilitationseinrichtungen, um die um die Kommunikation und Abstimmung zu verbessern. Feste Kooperationspartner würden die Entlassung der Patient*innen erleichtern. Die Verlegung in Rehabilitationseinrichtungen ist zeitweise mit erheblichen Wartezeiten

verbunden, sodass die Patient*innen vor Übergang in eine Anschlussheilbehandlung für einige Wochen in die Häuslichkeit entlassen werden müssen. Auch Direktverlegungsverfahren (z.B. neurologische Reha Phase C) können häufig nicht während der vorgesehenen Liegeverweildauer realisiert werden. Siehe auch die Ausführungen in Kapitel I.10 und 1.15.

VI. Rettungsdienst

1. Wie beurteilen Sie die Ausstattung des Rettungsdienstes. Welche Herausforderungen und Probleme sehen Sie aus Sicht der Kliniken.

Die Lage der notfallmedizinischen Versorgung wurde in Kapitel I.12 ausführlich dargestellt. Unsere Erfahrungen mit dem Projekt Land | Rettung MV zeigen, dass die Qualität der Rettungseinsätze durch das Ausschöpfen digitaler Vernetzungsmöglichkeiten, etwa durch Ausstattung der Rettungsmittel mit ärztlicher notfallmedizinischer Kompetenz („Telenotarzt“) deutlich gesteigert werden können. Die große Herausforderung besteht deshalb darin, die notfallmedizinische Forschungsexpertise in den Krankenhäusern weiterhin hochzuhalten und die kostenintensive Weiterbildung zum „Telenotarzt“ voranzutreiben. Auch die Ausbildung von Ersthelfern und deren Einbindung in die Rettungskette anhand einer HandyApp haben erwiesenermaßen positiven Einfluss auf die notärztliche Versorgungsqualität in ländlichen Strukturen, wird aber bisher nur im Rahmen von Projekten finanziert. Siehe auch die Ausführungen zu den Zukunftsmodellen in Kapitel C. 9.

VII. Patientenorientierung

1. Wie wird die Patientenvertretung bei der stationären Versorgung berücksichtigt? Welche Verbesserungspotentiale sehen Sie?

Die Universitätsmedizin ist ein selbsthilfefreundliches Krankenhaus, auf verschiedenen Wegen findet ein Austausch mit Selbsthilfegruppen statt. Eine zentrale Vermittlerposition nimmt dabei das Patienteninformationszentrum (PIZ) ein. Viele Kooperationen mit Selbsthilfegruppen, etwa der Deutsche ILCO e.V. oder der Frauenselbsthilfe nach Krebs e.V, werden von hier aus koordiniert (siehe auch die Ausführungen in Kapitel I.16). Zahlreiche Selbsthilfegruppen bringen sich auf diesem Weg in die klinische Qualitätssicherung etwa des Onkologischen Zentrums (OZ) direkt ein. Eine Mitgliedschaft im Deutschen Netzwerk Rauchfreier Krankenhäuser streben wir an. Ein Verbesserungspotential sehen wir in der Wiedereinführung der Besucherdienste in der Frauenklinik, der Neurologie und der Chirurgie und der Neuetablierung in weiteren Kliniken.

2. Welche Beschwerdemöglichkeiten haben Patientinnen bzw. Patienten? Wie werden diese Beschwerden ausgewertet und transparent gemacht?

Das Lob- & Beschwerdemanagement steht allen Patient*innen, deren Angehörigen, Besuchern und Mitarbeitern der Universitätsmedizin sowie niedergelassenen Ärzten, Zuweisern und Krankenkassen zur Abgabe von Loben und Beschwerden zur Verfügung über verschiedene Kanäle zur Verfügung: E-Mail, Telefon, Fax, Papiergebundenes Formular, Online-Formular im Intra- und Internet. Jede Patientenrückmeldung wird in unsere entsprechende Software eingepflegt. Die Datenbank erstellt eine Digitale Akte zu jeder Rückmeldung. Die Kommunikation mit Bereichen der UMG um Stellungnahmen zu erfassen sowie die strukturierte Rückmeldung an den Patient*innen erfolgt direkt über die Software und wird per Zeitstempel revisionssicher Dokumentiert und archiviert. Jede Rückmeldung wird kategorisiert, verschlagwortet und mit entsprechenden Metadaten (z.B. Beschwerdeeingang, Datum, Ort, Stimmung, Zugeordnete Organisationseinheit) versehen. Dies lässt differenzierte Auswertungen zu, welche regelhaft erstellt und bereichsbezogen mit den Mitarbeitern kommuniziert werden. Jeder Beschwerdeführer erhält, sofern er dies wünscht einen individuellen Antwortbrief.

3. Welche Hilfen/Ansprechpartner für Patient/innen gibt es in Ihren Häusern bzw. in MV bei Verdacht auf fehlerhafte Behandlung? Wie werden diese kommuniziert und evaluiert?

Patient*innen können sich (wie in Kapitel VII. 2 dargelegt) an unser Lob und Beschwerdemanagement wenden. Patientenmeldungen, welche zentral beim ärztlichen Vorstand auflaufen, werden auch an das Lob- und Beschwerdemanagement weitergeleitet und von dort nachverfolgt. Extern steht den Patient*innen weiterhin die Norddeutsche Schlichtungsstelle zur Verfügung (<https://www.norddeutsche-schlichtungsstelle.de>).

Hinweise auf unzureichende Behandlungs- und Versorgungsqualität können von Mitarbeitern über das UMG-interne CIRS abgegeben werden. CIRS-Fälle werden intern aufgearbeitet und Maßnahmen zur Verbesserung abgeleitet.

4. Inwieweit werden in den Kliniken im Land die vom bundesweiten Aktionsbündnis Patientensicherheit erarbeiteten Empfehlungen in M-V berücksichtigt und in die Arbeit einbezogen? Falls dies nicht der Fall ist, warum nicht?

Siehe die Ausführungen in Kapitel VII.5.

5. Inwieweit ist den Kliniken die Bandbreite der vorhandenen Patientenorganisationen im Land bekannt und in welcher Art und Weise gibt es eine kontinuierliche Zusammenarbeit bzw. mit welcher Begründung gibt es diese Zusammenarbeit nicht?

Siehe oben. Die Universitätskommission des Landes hat der UMG einen insgesamt überdurchschnittlichen Standard im Bereich der Patientensicherheit attestiert. Verschiedene Maßnahmen unterstreichen unseren hohen Anspruch: Gemeinsam mit der Techniker-Krankenkasse

(TK) bereiten wir ein Exzellenzzentrum Patientensicherheit vor. Dazu gehört auch der „Sepsisdialog“ und die Patienten- bzw. Angehörigen-Partizipation an der Einhaltung der Hygiene-Regeln („AHOI“ – Patient im Boot). Mit dem Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS), dessen Handlungsempfehlungen wir umsetzen, findet ein Austausch auf Vorstandsebene sowie im klinischen Bereiche (Lernziel-Katalog und Sepsis-Dialog) statt. Wir waren zudem Vorreiter bei der Implementierung der OP-Checkliste und der Patientenidentifizierung.

6. Mit welchen Organisationen wird im Sinne der Patient/innen zusammengearbeitet? Wo besteht der Wunsch nach weiteren Kontakten?

Siehe oben. Zusätzlich findet ein Austausch mit der Caritas und den Pflegestützpunkten der Region sowie besonders auch dem Blinden- und Sehbehindertenverein Greifswald statt. Die besonderen Anforderungen blinder und sehbehinderter Patient*innen werden bei der geplanten Verbesserung des Patientenleitsystems an der UMG berücksichtigt. Mit dem Behinderten- und Seniorensportverein besteht eine gemeinsame Reha-Sportgruppe für onkologisch erkrankte Patient*innen. Wir bieten zudem ein „Onko-Cafe“ für junge onkologisch erkrankte Patient*innen an, verbunden mit Kinderbetreuung.

7. Wie unterstützen die Kliniken die Arbeit der überwiegend ehrenamtlich tätigen Patientenorganisationen?

Es bestehen Angebot der Kliniken (etwa der Frauenklinik und Urologie), bei Treffen der Patientenorganisationen informative Vorträge zu halten (etwa z.B.). Im PIZ liegt umfangreiches Infomaterial aus, das 24 Stunden für die Patient*innen zugänglich ist.

8. Wie erfolgt die Unterstützung der Patientenvertreter/innen in den Gremien zur Qualitätssicherung? Welche Verbesserungen sind vorstellbar?

Siehe oben. Eine Patientenvertretung könnte gegründet werden.

9. Wie kann aus Sicht der Krankenhausgesellschaft und aller Kliniken, egal in welcher Trägerschaft eine Verbesserung ihrer Zusammenarbeit mit den Patientenorganisationen und deren Dachverband, der SELBSTHILFE MV erreicht werden?

Durch regelmäßigen Austausch und Konsultationen bei grundsätzlichen Prozessänderungen im Bereich der Krankenversorgung.

VIII. Finanzierung / Vergütung

1. Wie beurteilen Sie das Finanzierungssystem über Fallpauschalen (DRG – Diagnosis Related Groups) mit Blick auf eine flächendeckende und bedarfsorientierte Krankenhausversorgung? Sehen Sie Fehlanreize?

Das DRG-System ist ein Finanzierungssystem und hat als solches offensichtliche Stärken und Schwächen. Es ist kein Paradigmenwechsel weg von einer leistungsorientierten Vergütung ersichtlich. Daraus erwächst den Universitätsklinika jedoch auch kein Nachteil. Chancen ergeben sich, wenn die „Sonderbelastungen“ der Universitätsklinika (und anderer Maximalversorger) insb. in der Notfallversorgung oder das besondere Engagement in der ambulanten Krankenversorgung, der Zentrumsversorgung und der Weiterbildung konsequent und ausreichend finanziert werden. Hier wurden erste Schritte getan, beispielsweise über die Neuregelung der Finanzierung der Hochschulambulanzen und der Zuschläge für Zentren und die Notfallversorgung. Jedoch sind die Ansätze nicht zufriedenstellend. Eine klare Fehlsteuerung des DRG-Systems sehen wir in der Schaffung finanzieller Anreize für Menge anstatt für Qualität. Siehe hierzu auch die folgenden Ausführungen.

2. Welche Chance sehen Sie, die Fehlsteuerung der Versorgung durch DRGs zu überwinden, um eine patientenorientierte und patientenzentrierte Versorgung im Sinne der ethisch-ärztlichen Vorgaben zu realisieren?

Mindestmengen und Qualitätskriterien sollten im Rahmen von G-BA-Richtlinien ausgeweitet und umgesetzt werden. Die Systematik der DRG-Finanzierung führt zu dem Fehlanreiz der starken Fokussierung auf die Fallmenge. Denn Umsätze können im Wesentlichen nur gesteigert werden, wenn stationäre Fallmengen/Casemix zunehmen. Die Versorgungsqualität ist jedoch von einer untergeordneten Rolle. Die Einführung zusätzlicher Zielvorgaben wie Qualität und Spezifika vor Ort – neben den Fallpauschalen- in das Vergütungssystem könnte einerseits in Zukunft die Kliniken von der Konzentrierung auf Fallzahlen entkoppeln und andererseits die erbrachte Qualität honorieren. Spezifika vor Ort können demografische Faktoren sowie im Falle der Universitätsmedizinen die Notwendigkeit eines hohen Spezialisierungsgrades sein, die einen Zuschlag für Vorhaltekosten erfordern. Das jetzige DRG-System kann für die Pauschalen eine solide Grundlage bilden, jedoch widerspricht das aktuelle System „Gleicher Preis für gleiche Leistung“ einfach nicht der Realität, besonders im ländlichen Raum.

3. Erörtern Sie Möglichkeiten, die Vergütung der medizinischen Leistungen durch eine Abrechnungsmöglichkeit analog zur GOÄ sowohl für den ambulanten als auch den stationären Bereich für die Zukunft zu realisieren. Was spricht dafür, was dagegen?

Jede*r Patient*in, egal ob gesetzlich oder privat versichert, muss gleich und bedarfsgerecht behandelt werden.

4. Wie bewerten Sie die Instrumente der Sicherstellungszuschläge nach § 5 Abs. 2 KHEntgG („Individuell, Defizit abhängiger Sicherstellungszuschlag“) und § 9 Abs. 1a Nr. 6 KHEntgG (Sicherstellungszuschlag "ländliche Versorgung" 400T€ p.a.) in Bezug auf die wirtschaftliche Sicherung kleiner Standorte im ländlichen Raum? Welchen Änderungsbedarf sehen Sie?

Das Instrument der Sicherstellungszuschläge funktioniert aufgrund hoher bürokratischer Hürden nur eingeschränkt. Strukturelle Risiken der ländlichen Versorgung gleicht es nicht verlässlich aus.

5. Wie beurteilen Sie die finanziellen Rahmenbedingungen für die Universitätsklinika insbesondere im Hinblick auf den Auftrag zur Krankenversorgung in Verzahnung mit Forschung und Lehre sowie klinischen Ausbildungsaufgaben für ärztliche und nichtärztliche Berufe?

Die Verzahnung von Krankenversorgung, Forschung und Lehre an den Universitätsmedizinen garantiert eine medizinische Versorgung auf höchstem Qualitätsniveau und auf dem neuesten Stand der Forschung. Das nächste Haus der Maximalversorgung ist in Neubrandenburg und rund 70 km entfernt. In Greifswald erfolgt daher im besonderen Maße die Versorgung von Patient*innen mit besonders schweren Erkrankungen, auch in Zentren der Medizin wie dem Onkologischen Zentrum. Die hochspezialisierte Expertise zur Behandlung von besonderen Erkrankungen, die hier vorgehalten wird, ist sehr kostenintensiv. Der damit einhergehende gesteigerte Finanzierungsbedarf an Universitätskliniken wird nicht ausreichend berücksichtigt. Auch das Beispiel Neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) zeigt deutlich die Unterfinanzierung von auf Innovation beruhender Expertise: Die innovative Rolle der Universitätsmedizin kann im Kern nur über die stetige Weiterentwicklung von Diagnostik und Therapie gesichert werden. Die notwendige Vorleistung zur Etablierung von NUB, kann aber bei fehlender Sicherheit einer Finanzierung durch die Krankenkassen nicht aus Eigenmitteln der UMG gestemmt werden. Die UMG regt daher die gesetzgeberische Neuregelung zur Refinanzierung von NUB an.

Auch im Bereich der Lehre zeigt sich die fehlende Abbildung von Forschung und Lehre im Finanzierungsmodell der Universitätskliniken. Ein universitäres Krankenhaus bildet im Vergleich zu anderen Großkrankenhäusern mit mehr als 800 Betten mehr als doppelt so viele Assistenzärzt*innen aus, verfügt also über einen überproportional hohen Anteil an Ärzt*innen in Weiterbildung. Die Weiterbildung von Assistenzärzten ebenso wie die Aus-, Fort- und Weiterbildung von Angehörigen nichtärztlicher Berufe ist ein bedeutender Beitrag zur Zukunftssicherung der Krankenversorgung im Land, der mit hohem personellen Aufwand verbunden ist. Dieser Mehraufwand wird in der bestehenden Fallpauschalkalkulation nicht ausreichend abgebildet. Die Universitätsmedizin begrüßt die Anstrengungen der Landesregierung, welche die Facharztweiterbildung in Mecklenburg-Vorpommern z. B. in der Pädiatrie federführend vorantreibt. Gleichwohl wird bei der weiterhin ungeklärten Finanzierungszusage dieses Einzelvorhabens klar, wie komplex die Umsetzung solcher Vorhaben im deutschen Gesundheitswesen ist. Die Universitätsmedizin befürwortet daher ein noch stärkeres Engagement der Landesregierung, z. B. in einem klar definierten Programm zur fachärztlichen Weiterbildung an beiden Universitätsmedizinen. Dieses Programm sollte das

strukturpolitische Ziel einer flächendeckenden fachärztlichen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern verfolgen.

6. Wie beurteilen Sie die finanziellen Rahmenbedingungen im Vergleich zu anderen Bundesländern?

Im Bereich der Forschung ist eine Stärkung des Systems der Leistungsorientierten Mittelvergabe durch zusätzliche Mittel aus einer Landesleistungsorientierten Mittelvergabe (LLOM) zu befürworten. Darüber hinaus sollte eine zusätzliche strategische Förderung beider Standorte unbedingt erwogen werden, mit dem Ziel, dass aus zwei spezifisch geförderten Forschungsschwerpunkten in Greifswald und Rostock zwei in Mecklenburg-Vorpommern koordinierte Sonderforschungsbereiche hervorgehen.

7. Mit welcher Begründung halten Sie es für notwendig oder nicht, dass die Bundesratsinitiative der Ministerpräsidentin zur Herauslösung der Kinder- und Jugendmedizin aus dem DRG-System um andere Leistungsbereiche ergänzt wird, z.B. die Geburtshilfe?

Die Kinder- und Jugendmedizin ist nachweislich unterfinanziert und muss oft durch andere Fachbereiche quersubventioniert werden. Ein Ungleichgewicht zwischen Aufwand und Kostendeckung durch DRGs findet sich ebenso bei der palliativmedizinischen Versorgung.

8. Inwieweit ist die derzeitige Investitionsfinanzierung für Krankenhäuser ausreichend und wo sehen Sie ggf. Verbesserungsbedarf?

Die derzeitige Investitionsfinanzierung der Universitätsmedizin ist nicht ausreichend. In den vergangenen Jahren nahm – auch durch die Fertigstellung Großer Bauprojekte an der UMG – die Investitionsquote an den Universitätsmedizinen des Landes ab. Investitionen waren bislang auch durch Eigenbeiträge der Kliniken möglich, die jedoch voraussichtlich in den nächsten Jahren nicht aufzubringen sein werden. Ein Absinken der landesfinanzierten Investitionen ist auch auf Verzögerungen bei der Umsetzung von Investitionen – insbesondere im Baubereich – zurückzuführen. Tatsächlich schwankt die „Umsetzungsquote“ im Baubereich regelmäßig zwischen 66 und 75 Prozent. Dies führt zum schrittweisen Aufbau erheblicher Haushaltsreste und damit auch Investitionsdefizite.

Das investive Geschehen an einem Universitätsklinikum ist nicht nur durch Bau-, sondern maßgeblich auch durch Investitionen in Geräte bestimmt. Zudem stellt die fortschreitende Digitalisierung alle Kliniken vor neue Herausforderungen. Beide Universitätsmedizinen haben den abschreibungsbezogenen Investitionsstau ermittelt. Der reine Buchwert beläuft sich mit dem Stichtag 2018 auf rund 135 Mio. Euro. Bei den Geräten sind durch das Vorhalten von Geräteparks und Fortschritte in der Technik Optimierungen zu erwarten. Auch Einkaufsgemeinschaften der UMR und UMG können zur Kosteneffizienz beitragen. Andererseits sind auch Preissteigerungen bei Neuzugängen zu berücksichtigen. Ziel muss es sein, die Investitionslücken schrittweise abzubauen.

Daher sollte die bisherige Mittelausstattung für den Bereich Bau und Geräte kritisch überprüft und zusätzliche Mittel ggf. bedarfsgerecht und flexibel bereitgestellt werden. Klinisch essentielle Baumaßnahmen sollten möglichst zügig umgesetzt werden können.

Das neue Krankenhauszukunftsgesetz sieht einen Krankenhauszukunftsfonds vor, mit dem umfangreiche Investitionen u.a. im Bereich der Digitalisierung, der Notfallversorgung und der regionalen Versorgungsstrukturen finanziert werden sollen. Diese Fördermöglichkeiten müssen auf Landesebene vollumfänglich unterstützt werden (siehe die Ausführungen in Kapitel VIII.6).

Gleichzeitig fordert der VUD eine Berücksichtigung der Universitätsmedizin auch im verlängerten Krankenhausstrukturfonds, der etwa Zentren für Seltene Erkrankungen oder Ausbildungskapazitäten in der Pflege finanziell fördert.

9. Welchen prozentualen Anteil des BIP halten Sie 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)?

Aufgrund der Kürze der Zeit keine Beantwortung dieser Frage

10. 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?

Alle Patient*innen müssen bedarfsgerecht behandelt werden.

11. Wie stehen Sie zur Vielfalt der Krankenkassenlandschaft?

Aufgrund der Kürze der Zeit keine Beantwortung dieser Frage

IX. Telemedizin / Datenschutz

1. Wie beurteilen Sie den gegenwärtigen Einsatz der Telemedizin? Welche Verbesserungsmöglichkeiten sehen Sie?

Telemedizinische Versorgungskonzepte können die Versorgung in bestimmten Bereichen gut ergänzen und/oder (zum Teil) kompensieren. Telemedizin findet noch eher selten in der Regelversorgung statt, es gab aber durch die CoViD-19-Situation eine Zunahme bei Videosprechstunden in ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen sowie eine generelle Zunahme der Akzeptanz telemedizinischer Lösungen. Ein Problem ist, dass viele telemedizinische Versorgungsmodelle in der Regelversorgung als Verträge zur integrierten Versorgung nach §140a gestaltet sind. Dies bedeutet, dass die Leistungen nur für die Patient*innen der beteiligten Krankenkassen und regional eingeschränkt verfügbar sind.

Nach wie vor werden die meisten telemedizinischen Versorgungskonzepte als Forschungsprojekte oder z.B. als innovatives Versorgungsmodell im Innovationsprojekt umgesetzt, eine Weiterführung in der Regelversorgung bei positiven Evaluationsergebnissen ist hier meistens angestrebt, aber kein Selbstläufer. Telemedizinprojekte gibt es in einer Vielzahl von Bereichen (z.B. Psychiatrie, Kardiologie, Dermatologie, Rettungsmedizin). Wichtig ist eine Evaluation der konkreten Ziele und Fragestellungen der Konzepte, dies betrifft sowohl klinische Parameter als auch Parameter zur Implementation (Organisation, Integration der Telemedizin in Praxis- und Klinikabläufe, Barrieren bei der Implementation, Akzeptanz bei Patient*innen und Leistungserbringer).

Erfahrungen aus Telemedizinprojekten zeigen, dass die meisten Barrieren nicht technischer Natur sind, sondern die Integration der telemedizinischen Abläufe (und damit verbunden die Neuordnung von Ressourcen) in die Klinik- und Praxisabläufe betreffen. Auch ist die Nutzung von Telemedizin noch stark von den beteiligten Personen abhängig, bei einigen Ärzten und Pflegekräften gibt es Vorbehalte zur Qualität der Behandlung oder auch Unsicherheit zu rechtlichen Randbedingungen.

Wir sehen verschiedene Verbesserungsmöglichkeiten: Die Telemedizin sollte im Rahmen von Praxisprojekten weiter implementiert und evaluiert werden. Es sollte gezielt untersucht werden, in welchen Bereichen und für welche Patientengruppen eine (teilweise) telemedizinische Versorgung Vorteile bringt. Gleichzeitig sollte die Perspektive der Leistungserbringer mit-evaluiert werden, damit Barrieren identifiziert und gelöst werden können. Außerdem ist die Telemedizin sehr geeignet für die Förderung einer sektorenübergreifenden Versorgung. Eine nachhaltige Finanzierung ist aber außerhalb von §140a sehr schwierig. Hier braucht es politische Unterstützung, damit positiv evaluierte Telemedizin Konzepte nachhaltig implementiert werden können und für alle Patient*innen verfügbar sind.

2. Wie beurteilen Sie die Verknüpfung der IT-Struktur zwischen dem ambulanten und stationären Sektor? Was müsste verbessert werden?

Eine Verknüpfung der IT-Struktur des ambulanten und stationären Sektors ist an der Universitätsmedizin mit Ausnahme der Psychiatrischen Institutsambulanz bisher nicht gegeben. Jedoch zielt ein Projekt der Strategie 2026 darauf, diese Lücke zu schließen und die intersektorale Zusammenarbeit auch IT-seitig zu stärken. Mit der Ausweitung unserer E-Health-Plattform u.a. um ein Zuweiserportal soll der Informationsaustausch zwischen den KV-Ärzt*innen und den Fachkliniken verbessert und auf diese Weise auch die Vor- und nachstationäre Behandlung der Patient*innen reibungsloser gestaltet werden. Dieser Prozess wird auch bei uns zukünftig entscheidend durch die gesetzlich geforderte Einführung der digitalen Patientenakte geprägt sein.

3. Welche infrastrukturellen und organisatorischen Voraussetzungen werden für einen realistischen, flächendeckenden Einsatz von Telemedizin benötigt?

Für eine Nutzung von Telemedizin auch außerhalb von Praxen und Krankenhäusern ist eine flächendeckende Verfügbarkeit von Breitbandnetz notwendig. Außerdem sind separate Telemedizinzentren (mit speziellen Telemedizinärzten und/oder -pflegekräften) für bestimmte Bereiche sinnvoll, z.B. für ein zentrales Monitoring von bestimmten Parametern wenn in diesem Bereich ausreichend Patient*innen vorhanden sind. In anderen Bereichen ist ein solches Konzept nicht machbar und ist es sinnvoll, wenn Praxen oder Krankenhausabteilungen die Telemedizin neben der normalen klinischen Arbeit „mitmachen“. Damit Ärzte und Pflegekräfte einen Teil ihrer Arbeitszeit mit telemedizinischer Patientenversorgung verbringen können, müssen diese Stellenanteile aktiv benannt, eingeplant und gefördert werden.

4. Welche Ideen und Vorschläge haben die Kliniken, um telemedizinische Konzepte im Land zu einer breiteren Anwendung zu bringen?

An der Universitätsmedizin Greifswald widmen sich eine Reihe von Forschungsprojekten den gegenwärtigen und zukünftigen Anwendungsbereichen der Telemedizin. Ein am Institut für Community Medicine angesiedeltes, vom Innovationsfond des G-BA gefördertes Projekt zielt auf die Implementierung eines regionalen telemedizinischen Netzwerks zur Sicherstellung der stationären pädiatrischen Versorgung in ländlichen Regionen in Mecklenburg-Vorpommern und Nord-Brandenburg. Das Beispiel der Kinderportalpraxisklinik am Kreiskrankenhaus Wolgast zeigt, wie die Telemedizin dazu beitragen kann, knappe fachärztliche Ressourcen möglichst effektiv einzusetzen. Im Projekt Land | Rettung, das ebenso vom Innovationsfond gefördert wird, ist der Einsatz einer*s Telenotärztin*arztes eine von vier Säulen für eine notfallmedizinische Neuausrichtung im ländlichen Raum: gerade in Regionen, in denen immer weniger Notärzte zur Verfügung stehen, die Zahl der Einsätze aber zunimmt, ist der Einsatz der*s Telenotärztin*arztes in Kombination mit Laienreanimation, die schnelle Alarmierung qualifizierter Ersthelfer und eine engere Zusammenarbeit von Kassenärztlichem Bereitschaftsdienst und Rettungsdienst wegweisend. Eine Neuaufstellung der präklinischen Notfallversorgung in strategischen, nachhaltigen Netzwerken verfolgt auch das Projekt MV/Life/Drone der Universitätsmedizin. Das BMG-geförderte Projekt erforscht die Machbarkeit einer Integration eines von einer Drohne transportierten automatischen externen Defibrillator (AED) in die Erstversorgung eines präklinischen Herz-Kreislaufstillstand durch Laien und geschulte Ersthelfende. Im Rahmen des Projektes konnte auch die Reaktion von Laien auf Tele-CPR untersucht werden. Darüber hinaus wurden in der Zeit der CoViD-19-Pandemie ein neues telemedizinisches Versorgungsmodell entwickelt, das eine Entscheidung über die bedarfsgerechte intensivmedizinische Versorgung einer*s CoViD-19-Patientin*en durch telemedizinische Beratung zwischen den Fachärzten und -ärztinnen der Krankenhäuser des Clusters III erleichtern wird (siehe die Ausführungen in Kapitel XI.3).

5. Welche Maßnahmen werden ergriffen, um umfassenden Datenschutz zu gewährleisten und so Vertrauen bei den Patient*innen zu schaffen? Wie und wo können sich Patient*innen zu den Datenschutzkonzepten der Kliniken informieren? Wird dabei auf Verständlichkeit geachtet?

Die Patienten*innen werden schon bei der Aufnahme über den Datenschutz in der UMG informiert. Diese Informationspflicht beinhaltet die Anforderungen aus der Datenschutzgrundverordnung. Die Information und Einwilligung zur Nutzung der Daten zu Forschungen an der UMG erfolgt davon getrennt. Eine hohe Transparenz und Verständlichkeit ist der UMG dabei wichtig. Bei Fragen des Datenschutzes können sich die Patienten*innen direkt an den Konzerndatenschutzbeauftragten der UMG wenden. Auch bei Anfragen über das Lob-/Beschwerdemanagement werden Fragen zum Datenschutz an den Datenschutzbeauftragten (DSB) weitergeleitet. Patient*innen steht der direkte Zugang zum DSB immer offen. In der Vergangenheit haben Patienten*innen davon auch Gebrauch gemacht. Dies gut funktionierende System spiegelt sich z.B. darin wider, dass keine Beschwerden beim Landesdatenschutzbeauftragten zur Wahrnehmung der Betroffenenrechte vorliegen.

6. Inwieweit ist die Zusammenarbeit mit dem Landesdatenschutzbeauftragten im Bereich der gesundheitlichen Versorgung gegeben? Wenn ja, in welcher Form? Wenn nein, welcher Expertise bedienen sich die Kliniken?

Der Konzerndatenschutzbeauftragte hält einen engen Kontakt zum Landesdatenschutzbeauftragten. In regelmäßigen quartalsweisen Vorortterminen werden aktuelle Themen ausgetauscht. Der Landesdatenschutzbeauftragte wird ebenfalls zum aktuellen Umsetzungsstand zu Themen des Datenschutzes an der UMG informiert. Bei ungeklärten bzw. schwierigen Sachverhalten erfolgt eine Abstimmung und Beratung. Damit wird von dem Beratungsrecht nach der DSGVO Gebrauch gemacht. Des Weiteren erfolgt eine Abstimmung der Kollegen deutschlandweit über den VUD und andere Gremien, um im Datenschutz aktuell zu bleiben.

X. Fachkräfte/ Personalressourcen

1. Wie beurteilen Sie die aktuelle Fachkräftesituation im ärztlichen und pflegerischen Bereich und deren Folgen an Ihren Häusern bzw. allgemein für die Krankenhäuser im Land?

Aufgrund des erheblichen Pflegekräftemangels besteht ein hohes Risiko in der Allokation von Pflegekräften von inzwischen allen Versorgungsbereichen. Die Universitätsmedizin hat sich bereits vor der Neuregelung der Pflegefinanzierung mit dieser Herausforderung befasst und hat diverse Anstrengungen unternommen, um die Anzahl der Pflegekräfte auszubauen. Es ist jedoch absehbar, dass durch den verschärften Wettbewerb die Ausgangslage grundsätzlich erschwert worden ist. Trotz unserer Bemühungen im Bereich der Mitarbeiterrekrutierung sowie der Aus-, Fort- und Weiterbildung sind seit einigen Jahren nicht alle personellen Lücken auf den Stationen zu füllen. Die

Zahl der besetzten Stellen ermöglicht jedoch, die Pflegepersonaluntergrenzen durchschnittlich hundertprozentig einzuhalten.

Auch im ärztlichen Bereich sind derzeit einige unbesetzte Stellen zu verzeichnen und analog zur Situation im Pflegebereich wird der Fachkräftemangel in absehbarer Zeit durch den bundesweiten Wettbewerb eher zunehmen. Die Arbeitslast der Ärzt*innen nimmt darüber hinaus durch dokumentarische und administrative Aufgaben zu. Es wird daher in Zukunft darauf ankommen, die wertvolle Ressource der medizinischen Fachkräfte möglichst gezielt einzusetzen und das Lern- und Arbeitsumfeld möglichst attraktiv zu gestalten. Zu möglichen Korrekturmaßnahmen siehe die Ausführungen unter X.2.

2. Was wird von Ihnen gegenwärtig unternommen, um Fachkräfte zu gewinnen? Welche Strategien beim Aufbau von Personalressourcen haben sich bisher bei Ihnen bewährt?

Hauptaugenmerk liegt auf der Nachwuchskräftegewinnung für das Haus. Trotz der aktuell schwierigen Situation ist es auch im Jahr 2020 wieder gelungen, 110 Pflegeschüler*innen für das Haus zu gewinnen. Dies wurde insbesondere durch flexible, fortlaufende Planung der Vorstellungsgespräche erreicht. Es wurden zeitnah Termine für Gespräche versandt und jedem/jeder interessierten & geeigneten Bewerber*in schnell eine Zusage gegeben. Die meisten Gespräche wurden per zoom-Meeting geführt. Der Pflegebereich verfügt zudem über ein eigenes Marketing-Budget, aus welchem diverse Akquise-Maßnahmen finanziert werden. Beispielhaft seien hier die Inserate in regionalen Broschüren rund um das Thema Ausbildung (mit journalistischem Interview mit einer Pflegeschülerin) oder unsere Social-Media-Aktivitäten. Aber auch redaktionelle Artikel der regionalen Tagespresse oder die Plakatveröffentlichungen im Stadtbild wirkten sich positiv aus.

Der Fokus der Fachkräftegewinnung im Pflegebereich beginnt derzeitig bereits in der Ausbildung. Ziel ist, als Ausbildungsstandort für die zukünftigen Mitarbeiter ein ansprechendes Profil als Lernort vorzuhalten. Die Berufliche Schule für Gesundheitsfachberufe befindet sich in Trägerschaft des Unternehmens. Die Berufliche Schule der Universitätsmedizin bildet ein breites Spektrum von Ausbildungsberufen des Gesundheitswesens aus. Zu den insgesamt sieben Ausbildungsgängen gehören neben der Gesundheits- und Krankenpflege bzw. generalistische Pflegeausbildung, die medizinische-technische Laboratoriumsassistenten, Diätassistenten, Medizinische Dokumentation, Logopädie und Orthoptik. Aktuell besuchen insgesamt 459 Schüler die Schule der Universitätsmedizin. Ziel der Universitätsmedizin Greifswald ist die Implementierung innovativer Bildungskonzepte inklusive Entwicklung eines grundständigen Studienganges Pflege. Die Schule verfügt über verschiedene moderne, praxisnahe Klassen- und Übungsräume sowie Pflegekabinette. Das Gebäude in dem sich die Schule befindet wurde ursprünglich mit einem anderen Nutzungsziel erbaut, deshalb sind einige Unterrichtsräume sehr schmal und klein. Auf dem Campusgelände der

Universitätsmedizin sind zusätzliche zwei Unterrichtsräume und ein Lehrerzimmer untergebracht. Mit dem Ziel, die Ausbildungszahlen in der Pflege zu erhöhen, fand zum Schuljahr 2020 eine räumliche Kapazitätserweiterung statt.

Die berufliche Schule und die Praxisanleitung der Universitätsmedizin Greifswald entwickelten bereits 2009 ein gemeinsames Ausbildungskonzept als Basis für die Zusammenarbeit. Ziel hierbei ist, die Ausbildungssituation der Lernenden durch eine stetige Verzahnung von praktischen und theoretischen Ausbildungsinhalten zu optimieren. Um dies zu ermöglichen und darüber hinaus positive Effekte auf die individuellen Lernprozesse zu erzielen, wurden für die Berufsausbildung der Gesundheits- und Krankenpfleger so genannte „Transfertage“ eingeführt. Das Lernarrangement fördert die Integration des erworbenen Fachwissens und des beruflichen Könnens. Während der Transfertage kommt es zur Anwendung, Vertiefung und Erweiterung der erworbenen Kenntnisse und zugleich zur begleiteten Umsetzung des Gelernten in die konkrete Praxissituation an der Universitätsmedizin. Die Lernenden der Gesundheits- und Krankenpflege haben darüber hinaus die Gelegenheit gemeinsam mit Medizinstudierenden an einen praktischen Kurs der klinischen Notfallmedizin teilzunehmen. Dieses interprofessionelle Schockraumtraining wurde im Rahmen eines Kooperationsprojekts der Klinik für Anästhesiologie und der Praxisanleitung entwickelt.

Derzeitig ist es gelungen, die jährlichen Bewerberzahlen zu steigern und alle Ausbildungsplätze zum Start der Pflegeausbildung zu besetzen. Eine Herausforderung stellt aktuell die Begleitung der Auszubildenden in der realen Versorgungspraxis dar. Anliegen und Ziel ist es derzeit Voraussetzungen und Rahmenbedingungen zu schaffen, in denen bereits während der Ausbildung die interprofessionelle Kompetenz angebahnt und gefördert wird. Für die Lernenden der Gesundheitsberufe bildet der betriebliche Lernort Krankenhaus einen wichtigen Bezugspunkt. Der Arbeitsort und der Ort des Lernens sind im Praxisfeld identisch. Während der praktischen Ausbildungszeit durchlaufen die Auszubildenden und Studenten der Gesundheitsberufe unterschiedliche Arbeitsbereiche im Krankenhaus. Die enge Anbindung der Gesundheitsberufe, insbesondere der Pflege und Medizin an den betrieblichen Lernort Krankenhaus, ermöglicht die Zusammenführung der Ausbildungssysteme. Deshalb wird aktuell die Implementierung von interprofessionellen Ausbildungsstationen angestrebt.

In Vorbereitung auf die Implementierung eines grundständigen Pflegestudienganges wurden ausgehend von der bereits entwickelten Bildungsinfrastruktur an der Universitätsmedizin Greifswald die Aufgaben und Tätigkeiten der Praxisanleitung im Rahmen des berufspraktischen Teils des Studiums definiert. Angestrebt wird die Entwicklung und Umsetzung des Praxiscurriculums in Kooperation mit der Hochschule.

Ein weiteres Konzept der Universitätsmedizin Greifswald dem Fachkräftemangel entgegen zu wirken ist die Bildung von inter- und transkulturellen Teams. Bereits seit einiger Zeit wurde mit der Integration ausländischer Pflegekräfte in die Pflegelandschaft der Universitätsmedizin Greifswald begonnen. Mit Beginn des Jahres 2019 erfolgte die Etablierung eines Traineeprogramms. Hierbei erhalten akademisierte Pflegekräfte an der Universitätsmedizin Greifswald die Möglichkeit ihre erworbenen Fähigkeiten und Fertigkeit in die Praxis umzusetzen. Durch den Transfer von neuesten pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen in die direkte Patientenversorgung steigt die Versorgungsqualität und eröffnet den Fachkräften neue Perspektiven. Zur Förderung der Einarbeitungsprozesse wurde an der Universitätsmedizin Greifswald das „TRAINING ON THE JOB“-Programm integriert. Fachkräfte haben hierbei die Möglichkeit, sich in verschiedenen Bereich der UMG einarbeiten zu lassen und im Anschluss des Programmes einen Bereich, in dem Sie fest arbeiten wollen, auszuwählen.

Einen wichtigen Beitrag zur Fachkräftegewinnung leistet die Medienarbeit zur Krankenversorgung sowie zur Forschung an der UMG. Ausschreibungen (insb. für ärztliches Personal) werden zudem nach Absprache mit dem jeweiligen Fachbereich adressatengerecht in Fachzeitschriften oder passenden Onlineportalen platziert. Hierzu nutzen wir auch die Expertise einer Personalmarketing GmbH. Die Beschäftigung von ausländischem Personal gewinnt weiterhin an Bedeutung. Neben vereinzelt geschlossenen Beschäftigungsverhältnissen gibt es auch erste Erfahrungen in Projektform (Einstellung von polnischem Pflegepersonal). Diese Form des Personalaufbaus gestaltet sich allerdings sehr aufwendig und stellt hohe Anforderungen an alle Beteiligten. Zur Entlastung des Pflegepersonals gab es zudem bereits vor einigen Jahren Bestrebungen fachfremdes Personal zur Übernahme administrativer Aufgaben oder/und pflegerischer Hilfstätigkeiten einzusetzen. Das Projekt „Fortbildung zum/zur pflegerischen Stationsassistenten*in“ erfolgte in den Jahren 2016/2017 in Kooperation mit einem regionalen Bildungsträger und der Agentur für Arbeit.

Im ärztlichen Bereich besteht die Erwartung, dass die Ergebnisqualität des Studiums sich nicht nur an der Vermittlung von Wissen, sondern an der Vermittlung von Kompetenzen messen muss, ganz im Sinne des Masterplans 2020 des Medizinstudiums und der Einführung der neuen Zahnärztle-Approbationsordnung. Eine exzellente studentische Ausbildung ist ein wichtiges Aushängeschild für die Standorte der Universitätsmedizin im Lande. Ein sehr gutes Ranking ist nur zu erreichen und zu halten, wenn der Lehre in der Zielstellung der jeweiligen Universitätsmedizin ein beachtliches Ansehen eingeräumt wird und auch in der Praxis entsprechend personell unteretzt ist. Die Evaluation von Lehrveranstaltungen und die LOM in der Lehre bleiben wichtige Ansatzpunkte, um die Qualität der Lehre stetig zu erhöhen. Die studentische Ausbildung ist am Universitätsklinikum einer der wichtigsten Wege, zukünftige Assistenz*ärztinnen zu gewinnen. Wer während des Studiums eine

Klinik als attraktiven Lernort erfahren hat, möchte hier gerne seine Facharztausbildung absolvieren. In der Zeit der Ausbildung wiederum ist es essentiell, die Nachwuchskräfte über die Weiterbildungsordnung der Ärztekammer hinaus individuell zu fördern. In der Strategie 2026 hat die UMG die Implementierung eines UMG weiten Weiterbildungsprogrammes mit umfassenden „Skills“ Trainings und Unterstützungen in den Weiterbildungen der unterschiedlichen Fachdisziplinen beschlossen. Ziel ist, eine bundesweite Reputation in der Weiterbildung aufzubauen. Dazu gehören ebenso regelmäßige Personalentwicklungsgespräche sowie die Möglichkeit, eigene klinische Schwerpunkte zu Entwicklung, Forschungsvorhaben umzusetzen, sich extern und intern – auch fachfremd – weiterzubilden. Auch hier gilt: Je besser sich eine Nachwuchskraft die zukünftige Entwicklung am Haus vorstellen kann, desto eher wird sie auch nach der Facharztausbildung (Weiterbildung) am Haus bleiben.

3. Welche Maßnahmen der Politik halten Sie für geeignet um diesem Problem zu begegnen? Inwieweit sind die Initiativen der Landesregierung in Bezug auf Fachkräftegewinnung von Ärzten und Pflegekräften (z. B. in der Pädiatrie) aus Ihrer Sicht ausreichend oder könnten bzw. müssten in welcher Art und Weise verstärkt bzw. erweitert werden?

Mit der Akademisierung des Pflegeberufs kann aus Sicht der Universitätsmedizin bereits ein wichtiger Schritt gemacht werden, um dem Fachkräftemangel im Pflegebereich entgegenzuwirken. Stiftungsprofessuren könnten diesen Schritt explizit untermauern. Aber auch im ärztlichen Bereich könnten für bestimmte Fächer bzw. Spezialisierungen Anreizsysteme geschaffen werden, um dem Mangel zu begegnen, gleichzeitig müssten die Weiterbildungskapazitäten durch Freistellung von Ausbildern gesteigert werden. Hinsichtlich einer Bindung von medizinischem Fachpersonal an die Region müssen gleichzeitig familienfreundliche Arbeitsmodelle und Karrierewege, etwa durch Möglichkeiten der Teilzeitbeschäftigung an MVZ, ausgeweitet werden (siehe auch die Ausführungen unter Kapitel III.3).

4. Wie schätzen Sie die ärztliche Besetzung in den Krankenhäusern in M-V ein, um eine ausreichende Versorgung sicherzustellen?

Die ärztliche Besetzung ist im universitären Bereich ausreichend, jedoch stehende wachsende Dokumentations- und Verwaltungsaufgaben einem bestmöglichen Einsatz der ärztlichen Ressource in der Krankenversorgung entgegen.

5. Halten Sie das Ausbildungsangebot in M-V im Bereich Medizin für ausreichend?

Ja, das Angebot für Studenten im Bereich Human- und Zahnmedizin ist ausreichend.

6. Sind Ihnen Gründe bekannt, warum viele Medizinstudenten nach Ihrer Ausbildung nicht in unserem Bundesland verbleiben?

Zum Werdegängen der Ärzt*innen und Fachärzt*innen in Mecklenburg-Vorpommern gibt es an der Universitätsmedizin keine systematische Erhebung.

XI. Pandemie und Folgerungen

Nach ca. einem Jahr der Versorgung in der Corona-Pandemie lassen sich neue Rückschlüsse auf Versorgungsstrukturen ziehen.

1. Welche Entwicklungen sehen Sie als besonders positiv?

Die Zeit der CoViD-19-Pandemie hat aus der Sicht der Universitätsmedizin Greifswald wichtige Impulse für die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen gesetzt, v.a. im Bereich der sektoren- und berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit und Kommunikation. Die in der Krisensituation getroffene Entscheidung, die Versorgungsstrukturen in Mecklenburg-Vorpommern zu clustern, um Maßnahmen der Krisenbewältigung überregional und von einem der vier Maximalversorger ausgehend zu koordinieren, hat sich als effektiv und nachhaltig erwiesen. In täglichen Telefonkonferenzen des Clustermanagers mit weiteren Akteuren im Cluster wie dem Rettungsdienst, Reha-Kliniken, Pflegeheimen etc. fanden Absprachen zu Patientenströmen und Teststrategien statt und konnten neben organisatorischen auch medizinische Fragen geklärt werden. Die etablierten Kommunikationsstrukturen dienen seither dem Informationsaustausch und der Weiterbildung und haben nachhaltig Vertrauen zwischen den Akteuren aufgebaut. An Kliniken hat die enge Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen zudem das Verständnis für die Arbeitssituation und die spezifischen Anforderungen der verschiedenen Berufsfelder gesteigert und die Sichtbarkeit zentraler Dienstleistungsbereiche wie Logistik und Einkauf erhöht.

2. Welche Entwicklungen sehen Sie als besondere Belastung?

Das Cluster III hat die Krisenzeit sehr gut gemeistert. Die notwendigen Vorhaltungen in der ambulanten und stationären Versorgung der CoViD-19-Patient*innen und -Verdachtsfälle stellten das medizinische und nicht-medizinische Personal punktuell vor große Herausforderungen, jedoch war und ist die Versorgung der Patient*innen zu keiner Zeit gefährdet.

Als erschwerender Faktor für das Krisenmanagement wurde die Kommunikationshürden und -verzögerungen mit übergeordneten Entscheidungsträgern (Ministerium, KV Krankenhausgesellschaft) über Richtlinien und Regelungen empfunden.

Wir stimmen dem VUD in der Einschätzung zu, dass durch die politisch gewollte und notwendige Konzentration auf CoViD-19-Patient*innen sowie diverse Schutzmaßnahmen an den Häusern den Universitätsklinik in diesem Jahr finanzielle Belastungen vielfach im zweistelligen Millionenbereich

drohen. Die bisherigen Ausgleichszahlungen sind für einen sachgerechten Ausgleich dieser Belastungen nicht ausreichend gewesen. Der nun gewählte Ansatz mit Orientierung an den stationären Erlösen des Jahres 2019 ist der richtige. Maßgeblich wird allerdings sein, ob die Höhe des Ausgleichssatzes für die Universitätsklinik am Ende eine sachgerechte Kompensation darstellt.

Es ist daher explizit zu begrüßen, dass das KHZG neben dem Krankenhausstrukturfonds Finanzierungsregelungen für die CoViD-19-bedingten Erlösausfälle und Mehrkosten der Krankenhäuser vorsieht, die durch die Freihaltepauschalen nicht ausreichend gegenfinanziert wurden. Auch für die absehbaren Verluste in den Hochschulambulanzen benötigen die Universitätsklinik dringend eine Ausgleichsregelung.

3. Welche Neuerungen wollen Sie über das Ende der Pandemie hinaus beibehalten?

Die Versorgungsstruktur der Cluster sollte beibehalten werden, um insbesondere die Behandlung von besonderen Erkrankungen im Mecklenburg-Vorpommern zu gewährleisten. Die fachliche Kooperation und Kommunikation sowohl zwischen Maximalversorger und Akutkrankenhäusern als auch intersektoral profitieren von den etablierten Strukturen. Die Möglichkeiten der Telemedizin und der telefonischen Am-Bett-Beratung über einzelne Fälle können in Zukunft noch umfassender genutzt werden, auch ganz explizit zum Zweck der Aus- und Weiterbildung. Perspektivisch könnte eine Ausweitung von Qualitätsrichtlinien auf weitere Fachbereiche wie die Intensivmedizin sowie Cluster-interne Regelungen zu Verlegungen (und Rückverlegungen) dazu beitragen, Patientenströme zu regulieren und jeder*m Patientin*en die richtige Therapie am richtigen Standort zuteilwerden zu lassen. Eine Verstetigung der intersektoralen Jour Fixe sollte angestrebt werden, um den Austausch zu fachlichen und organisatorischen Entwicklungen zu ermöglichen, wobei eine stärkere Einbindung der niedergelassenen Ärzt*innen auf Arbeitsebene (etwa mit Ärzteverbänden) wünschenswert wäre. Denkbar ist auch eine Ausweitung des Austausches zu anderen Krankheitsbildern wie multiresistente Keime und Hygieneregeln.

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?

Aktuell wird die Versorgung in den meisten Bereichen, auch durch kreative Lösungen in den Regionen, sichergestellt. In einigen Bereichen ist die Situation prekär. Insbesondere in kleinen Krankenhäusern kann die Sicherstellung der Versorgung durch den Ausfall weniger Ärzte oder

Pflegekräfte problematisch werden. Beispiel ist die Pädiatrie. Da wahrscheinlich die Anzahl der Ärzte und Pflegekräfte mittelfristig nicht zunehmen wird, hat die Entwicklung und Implementation innovativer Versorgungslösungen eine hohe Priorität.

2. Wie wird die flächendeckende Versorgung definiert? Inwieweit gibt es aus Ihrer Sicht und Erfahrung gegenwärtig unterversorgte bzw. überversorgte Regionen?

Flächendeckende oder wohnortnahe Versorgung ist wichtig für die Basisversorgung, also insbesondere für die Abdeckung mit Hausärzten. Die Etablierung von Zweigpraxen war sinnvoll und hat dafür gesorgt, dass auch in kleineren Orten häufig noch an einigen Tagen in der Woche eine*n Hausärztin*arzt vor Ort ist. Auch eine bessere Integration der Clusterstrukturen könnte dazu beitragen, Unterschiede in der Versorgung auszugleichen.

3. Was sind aus Ihrer Sicht die hauptsächlichen Mängel bei bzw. in der medizinischen Versorgung der Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern und welche Auswirkungen haben diese Mängel auf die Patientenversorgung? Worin sehen Sie die Ursachen der von Ihnen benannten Mängel und wie können diese behoben werden?

Eine wichtige Barriere bei der Sicherstellung der Versorgung in ländlichen Regionen ist die strikte Trennung der Sektoren und Gesundheitsberufe, hierzu fallen auch die Reha und die Pflege.

Die Versorgung in ländlichen Regionen kann besser gesichert werden, wenn

- die Versorgung flexibler unter Einbezug der Akteure regional gestaltet werden kann,
- Aufgaben sinnvoll zwischen Sektoren und Gesundheitsberufen verteilt werden können,
- die Akteure telemedizinisch vernetzt sind und
- Patient*innen (teilweise, da wo es sinnvoll ist) telemedizinisch betreut werden können.

Es besteht zudem derzeit viel Konkurrenz im Gesundheitsmarkt, die bisher nur sehr geringfügig politisch reguliert wird. Es existiert kein wirksames Instrument, um Leistungen und Bedarfe nach einem qualitätsorientierten Ansatz zu steuern. Dies führt dazu, dass komplexe medizinische Leistungen, im Wesentlichen ohne Restriktionen, von vielen Leistungserbringern erbracht werden können, ohne dass hierzu ein notwendiges Mindestmaß an qualitativer Vorhaltung definiert ist. So fehlt eine Zuordnung der Patienten*innen aus qualitativer Sicht: eine Garantie, die richtige Behandlung vom richtigen Arzt zu erhalten.

C. Zukunftsansätze

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

Wichtig in ländlichen Regionen ist die Sicherstellung der Basisversorgung. Hausärzte sollten wohnortnah vorhanden sein. Fachärzte und Krankenhäuser sollten an zentralen Orten geplant werden, aber so, dass die Erreichbarkeit (mit Pkw und ÖPNV) gewährleistet ist. Für die notärztliche Versorgung sind integrative Strukturen wie die im Projekt Land | Rettung erproben und auch der Einsatz der Luftrettung zukunftsweisend. Siehe auch die Ausführungen unter Kapitel B.3.

2. 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?

Es wird einen größeren Bedarf bei altersassoziierten Erkrankungen geben sowie in der Geriatrie und Palliativmedizin. Gleichzeitig wird es schwieriger, die Versorgung für kleiner werdende Patientengruppen (Pädiatrie, Gebärende) aufrechtzuerhalten. Ansätze wie die Portalpraxisklinik am KKH Wolgast sind hierbei zukunftsweisend.

3. Was müsste verändert werden, damit die heute sektorale Bedarfsplanung in eine Versorgungsplanung im integrierten Sinne mit den Kernelementen der kleinräumigen (deutlich kleiner als die Landkreisgrenzen), sektorenübergreifenden sowie morbiditätsorientierten Planung überführt werden kann? Ist ein solcher Ansatz in überschaubaren Zeiträumen überhaupt realisierbar?

Man kann mit Pilotregionen und Pilotpatientengruppen anfangen. Hierfür sollte eine Finanzierung sektorenübergreifender Konzepte entwickelt werden. Die Offenheit und Akzeptanz für innovative Versorgungskonzepte steigt. Die neue Generation ist zum größten Teil offen für die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Gesundheitsberufen und für digitale Unterstützung der Versorgung.

4. Wie kann die Zusammenarbeit mit dem Bund, den Kommunen, den Kassen, der KV, der Krankenhausgesellschaft und den Vertretern der Pflege sowie Vertreter/innen der maßgeblichen Patientenorganisationen in verbindlicher, ergebnisorientierter Weise sichergestellt werden?

Durch enge Gespräche und dem unbedingten Willen aller Beteiligten, eine Lösung zu finden.

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

Durch den politischen Willen, eine Leistung nicht zu vergüten, wenn Mindestmengen (und Qualitätsstandards) nicht erfüllt sind. Der Anspruch auf eine qualitativ hochwertige, bedarfsgerechte Versorgung der Patient*innen muss Ausgangspunkt für politische Steuerungsansätze sein. Das bedeutet im Umkehrschluss, dass hohe Qualität in der medizinischen Versorgung auch entsprechend vergütet sein sollte.

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

Wie kleine Krankenhäuser ambulante und stationären Leistungen zugleich bedarfsgerecht und wirtschaftlich integrieren können, ist am Beispiel der Kinderportalpraxisklinik am Kreiskrankenhaus Wolgast gut zu sehen: hier wurde eine Kombination aus stationären Notfallversorgung (mit kurzer Liegedauer), ambulanter Weiterbehandlung leichter Fälle durch KV-Ärzt*innen und Verlegungen von schweren Fällen zum Maximalversorger – also ein komplexes, bedarfsorientiertes Kooperationsmodell – implementiert. Der Schlüssel ist hierbei der Einsatz von Telemedizin und die Integration von KV-Ärzt*innen in das stationäre Versorgungskonzept.

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

Abseits der klassischen Vorstellung der*s fahrenden Landärztin*arztes, birgt eine neu gedachte Mobilität von Ärzt*innen durchaus Chancen für die Krankenversorgung im ländlichen Raum. Etwa könnten Pädiater Termine in Hausarztpraxen in unterversorgten Regionen vergeben und damit räumliche und personelle Ressourcen geteilt werden.

8. 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?

Siehe die Ausführungen unter Kapitel V.

9. Welche Veränderungen sind beim Rettungsdienst mit Blick auf die sich ändernde Versorgungslandschaft notwendig?

Für Mecklenburg-Vorpommern erscheinen 2 Telemedizinische Notfallzentren geboten. Für das Cluster III und IV ist ein Zentrum in Greifswald unter Einbezug der Universitätsmedizin Greifswald, für das Cluster I und II ein weiteres Zentrum in Rostock unter Einbezug der Universitätsmedizin Rostock sinnvoll. Neben der telemedizinischen Anbindung bleibt der rasche Transport der Patient*innen an ein geeignetes Zentrum zur Erst- und Weiterversorgung per Hubschrauber (Tag und Nacht) unabdingbar. Werden in den angefahrenen/ angeflogenen Zentren Spezialuntersuchungen (z.B. Herzkatheter, Hirnkatheter bei Stroke) angeboten, muss sichergestellt sein, dass diese 24/7 ohne Ausnahme verfügbar sind. Ungelöst ist bisher in unserem wasserreichen Bundesland die schnelle notärztliche Versorgung des Schiffverkehrs und auf Seen. Ungelöst ist auch die intersektorale Verzahnung der ambulanten notärztlichen Versorgung mit der rettungsdienstlichen notärztlichen Versorgung. Konzepte und Modellversuche existieren zuhauf. Die Verstetigung und die Durchführung scheitern an den starren Sektorengrenzen, den Grenzen der Finanzierbarkeit und den Grenzen der Dokumentation. Es bedarf unbedingt, großem politischen Willen und Durchsetzungsvermögen, diese logische Ableitung der Verzahnung in der notärztlichen Versorgung auf dem Land umzusetzen.



ZUKUNFT DER MEDIZINISCHEN VERSORGUNG IN MECKLENBURG-VORPOMMERN

UNIVERSITÄTSMEDIZIN GREIFSWALD

Klaus Hahnenkamp
Stv. Ärztlicher Vorstand

UNIVERSITÄTSMEDIZIN IM LÄNDLICHEN RAUM

01



UNIVERSITÄTSMEDIZIN IM LÄNDLICHEN RAUM



- Maximalversorger
- Grund- und Regelversorger
- Erheblicher Anteil an der Krankenversorgung in MV – beide Universitätsmedizinen erbringen 25% der Case-Mix-Punkte im Land MV
- Qualität auch bei komplexen Krankheitsbildern durch vernetzte interdisziplinäre Versorgung – Spezialisten im Krankenhaus
- Innovationsträger für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

AUS- UND WEITERBILDUNG

02

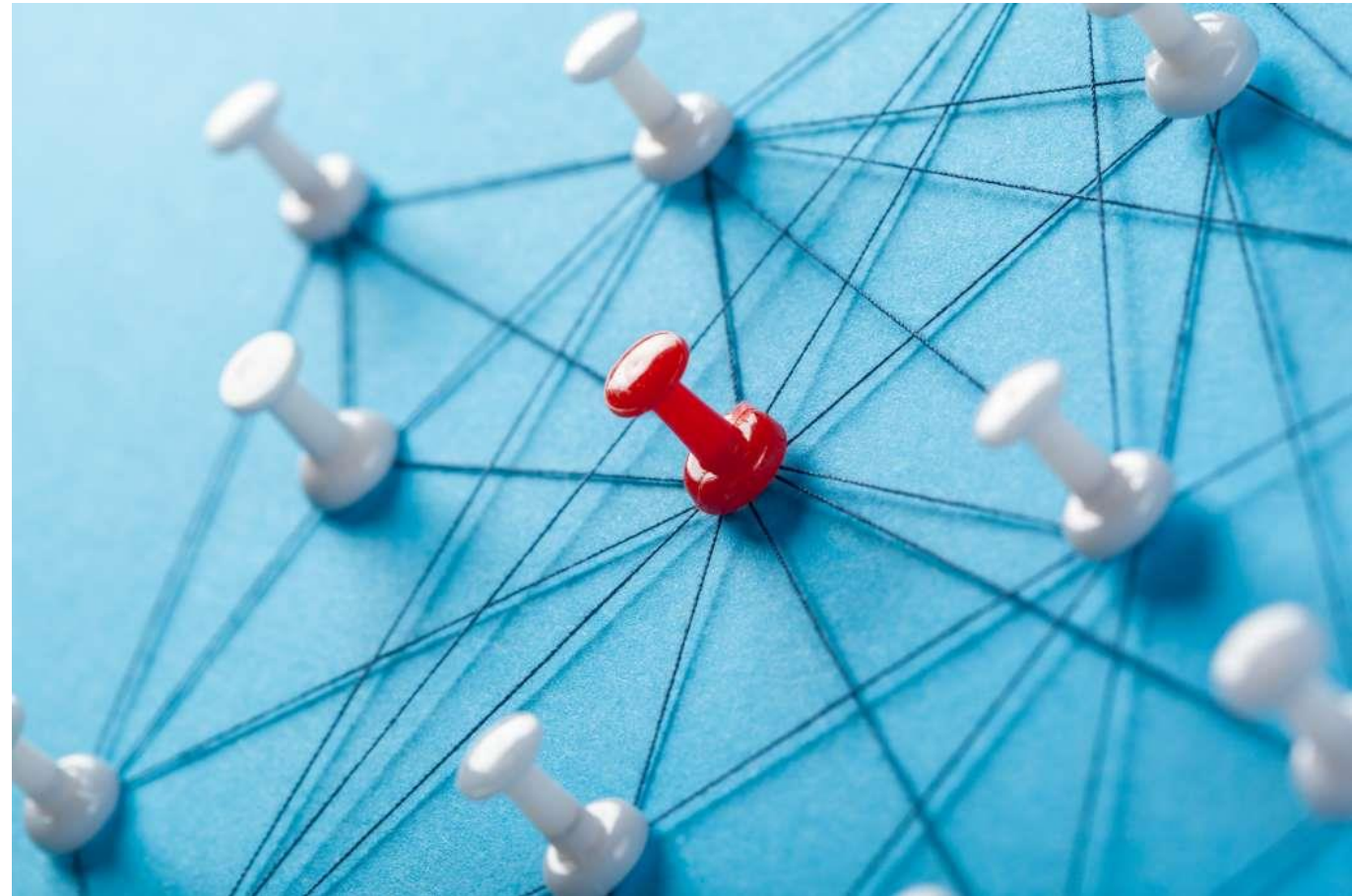


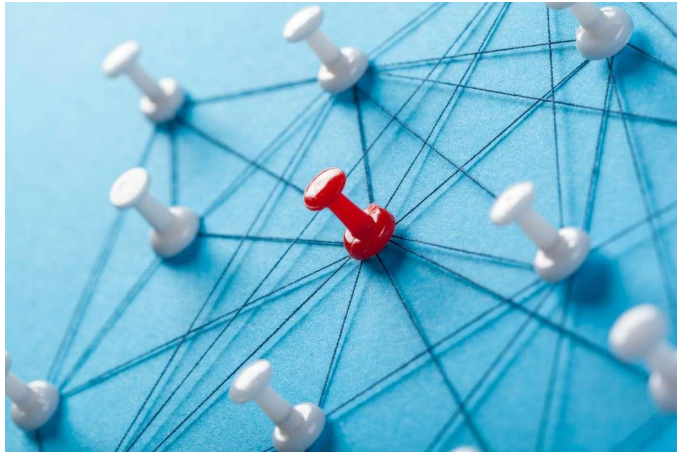


- Ausbildung zu Ärzt*innen für die Region
- Weiterbildung zu Fachärzt*innen (erheblicher Anteil an Facharztweiterbildungen in MV)
- Langjährige Weiterentwicklung zu Spezialisten
- Ausbildung in Gesundheitsberufen (Pflegekräfte, Hebammen, Diätassistentinnen, OTA, MTA, RTA...)

VERNETZUNG UND CLUSTERSTRUKTUREN

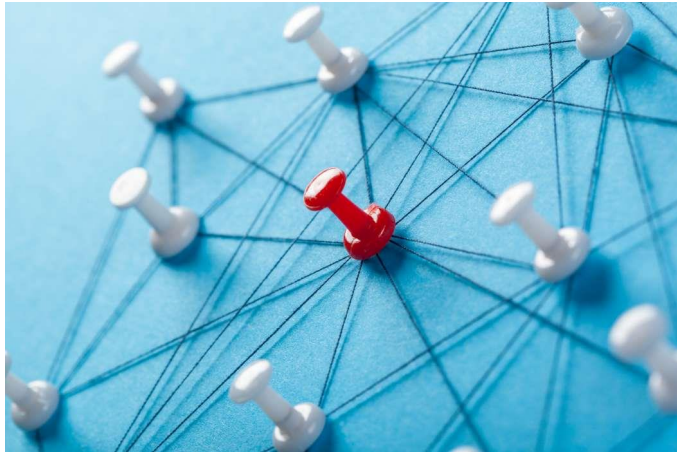
03





- 03/2020 Aufteilung in 4 Cluster-Regionen mit dem größten Krankenhaus als erster unter Gleichen
- Intersektoral in Cluster III:
 - stationärer Bereich: 9 Krankenhäuser plus 2 Rehakliniken in 2 Landkreisen
 - ambulanter Bereich: Abstrichzentrum, Fieberambulanz, Beratung der Tourismusbranche, Zusammenarbeit mit Ärzte-Netzwerken
 - öffentlicher Gesundheitsdienst
 - direkter und schneller Informationsaustausch

VERNETZUNG UND CLUSTERSTRUKTUREN MÖGLICHKEITEN DER VERSTETIGUNG



- Clusterstruktur beibehalten und ausbauen
- 4 koordinierende Kliniken führen jeweils ein Cluster
- Intersektorale Patientenstromsteuerung ermöglichen
- Finanzielle Ausstattung der Cluster
- z.B. Quotale Ausschüttung aus KZHG an Krankenhäuser, die im Cluster aggregiert wird
 - Auszahlung erst bei Erfüllung von Vorgaben für Clusterstruktur (Telemedizinische Endstrecke, digitale Austauschplattform)
 - für Projekte nach zu bestimmenden Kriterien


INNOVATION – BLAUPAUSEN FÜR DIE REGION

04



INNOVATION – BLAUPAUSEN FÜR DIE REGION



- Projekte verbinden Sektoren, unabhängig von Finanzierungsregeln
- Telemedizin in vielen Lösungsansätzen für die regionale Gesundheitsversorgung enthalten 
- Verstetigung immer ein Problem – wird dann in Sektor „gepresst“
- Folge: Projekt“itis“; „nach dem Projekt ist vor dem Projekt“
- Verstetigung sektorenübergreifendes Vergütungssystem für Verstetigung von Innovationen fehlt

Einfache Möglichkeit der Fortführung erfolgreicher Projekte:
Sektorenübergreifende Vergütung durch „Innovations -
Verstetigungsfond -MV“

FINANZIERUNG

05

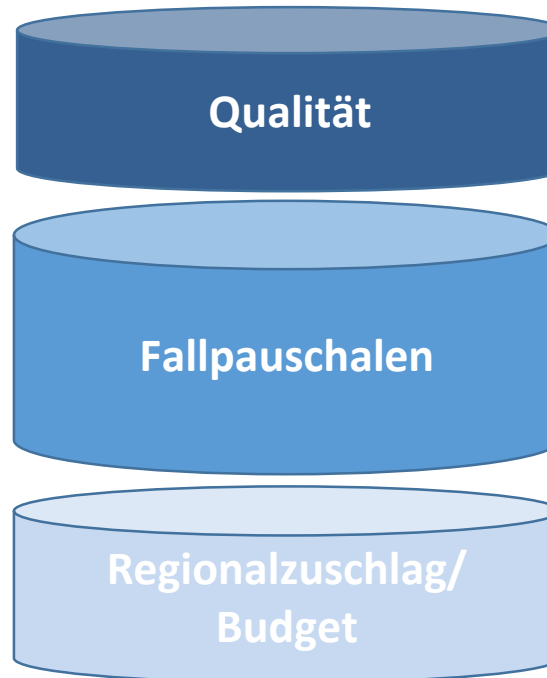


FINANZIERUNG FINANZIERUNGSMODELL

Qualität der Versorgung spielt im derzeitigen System nur eine untergeordnete Rolle

Fehlanreiz: Menge ohne Berücksichtigung der Qualität

Zuschlag für Vorhaltekosten:
Maximalversorger mit Spezialisten
Ländlicher Raum



Qualität: Strukturqualität, Prozessqualität, Ergebnisqualität

Anreiz zu Effizienz und Wirtschaftlichkeit, Sicherheit in der Finanzplanung für Kliniken

Entkoppelung von der Fallzahl

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Zusammenfassung der gemeinsamen Positionen der Universitätsmedizin Rostock und der Universitätsmedizin Greifswald



Zur richtigen Zeit, am richtigen Ort, die angemessene Gesundheitsleistung –
Hochqualitative Medizin für die Bevölkerung in allen Regionen von
Mecklenburg-Vorpommern

1. Die Universitätsmedizinen sind Versorgungs- und Qualitätsgaranten in Mecklenburg-Vorpommern.

Die Universitätsmedizinen Rostock und Greifswald sind für die Hälfte der Bevölkerung Mecklenburg-Vorpommerns der nächstgelegene Maximalversorger. Sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich sind wir nicht nur Qualitätsgaranten der medizinischen Versorgung, sondern schließen auch Versorgungslücken vor Ort, wo immer nötig. Als Krankenhäuser der höchsten medizinischen Versorgungsstufe behandeln wir überdurchschnittlich schwere und seltene Erkrankungen und führen oft Eingriffe durch, die mangels Ausstattung und Expertise in einem Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung nicht vorgenommen werden können. Höchste Qualität ist der Kern universitärer Krankenversorgung. Die Qualitätssicherung unserer medizinischen und nicht-medizinischen Leistungen (Zertifizierung, Akkreditierungen etc.) hat bereits ein sehr hohes Niveau erreicht und wird kontinuierlich erweitert. Auch Steuerungselemente wie G-BA Richtlinien weisen in die richtige Richtung, um Qualitätsstandards in der medizinischen Versorgung umzusetzen. Vor allem im Bereich der hochkomplexen Leistungssegmente sollte einer Streuung der Versorgung auf zu viele Standorte entgegengewirkt werden. Gleichzeitig müssen demografische und strukturelle Spezifika im Flächenland Mecklenburg-Vorpommern ausreichend berücksichtigt werden. Dabei gilt es, wichtige medizinische Schlüssel-qualifikationen im Bundesland aufrecht zu erhalten bzw. zu sichern.

Handlungsableitung:

- 1) Flächendeckende Umsetzung von Strukturmerkmalen wie G-BA Richtlinien, um Qualitätsstandards in der medizinischen Versorgung umzusetzen
- 2) Ggf. Erweiterung der Strukturvorgaben durch die Planungsbehörden, um kritisch relevante Leistungen zu zentralisieren und so die Kompetenz im Bundesland zu sichern

- 3) Vorhaltung hochspezialisierter Fachexpertise an den zwei universitären Standorten für eine akzeptable wohnortnahe Versorgung muss gegenfinanziert sein.

2. Qualität ist immer im Sinne der Patientinnen und Patienten.

Medizin wird an den Universitätsmedizinen immer vom Patienten her gedacht, die Qualität einer medizinischen Leistung muss sich aus unserer Sicht in erster Linie am Ergebnis der Behandlung messen lassen. Auf die Bedürfnisse von Patient*innen einzugehen, bedeutet darüber hinaus, den Krankenhausaufenthalt von der Aufnahme bis zur Entlassung sowie die ambulante Vor- und Nachbehandlung aus der Sicht des Patienten zu optimieren sowie die (u.a. digitale) Infrastruktur möglichst patientenfreundlich zu gestalten. Qualität führt zu Patientensicherheit führt zu Patientenwohl. Eine patientengerechte Versorgung bedeutet daneben auch, dass die Zugänglichkeit zur qualitativ hochwertigen Leistung gegeben ist.

Handlungsableitung:

- 1) Politischer Wille, die Sektoren miteinander zu verzahnen – Qualität wird durch die Verzahnung der Sektoren für den Patienten*innen spürbar
- 2) Programm für Investitionen in Infrastruktur für patientenfreundliche Behandlung, unabhängig von Sektorengrenzen

3. Universitätsmedizinen sind Zentren regionaler Versorgungsnetze.

Die besondere Rolle der Universitätsmedizinen im Versorgungssystem liegt darin begründet, dass sie auf der Basis ihrer fachlichen Verbundexpertise und besonderen medizintechnischen Therapie- und Diagnostikmöglichkeiten die naheliegenden Zentren der Krankenversorgung bilden. Wir stellen für alle Anbieter im Gesundheitswesen den kompetenten Ansprechpartner in allen Bereichen der Medizin dar. Bereiche mit Spezialkenntnissen und Fähigkeiten entfalten Ihre Stärken im Verbund – im Verbund innerhalb eines Hauses zwischen den Fächern, aber gerade auch zwischen Krankenhäusern und auch in der intersektoralen Zusammenarbeit. Kooperationsstrategien wie wir sie am Beispiel des standortübergreifenden Comprehensive Cancer Centers MV verfolgen, stellen ein Übersetzungsmodell von exzellenter Fachkenntnis und Versorgung in die Fläche dar, das mit begrenzten Ressourcen eine medizinische Versorgung auf höchstem Niveau für die gesamte Bevölkerung Mecklenburg-Vorpommerns ermöglicht. Analog gilt dies für das bundeslandweite Traumanetzwerk MV, das von den beiden Universitätsmedizinen seit 2007 koordiniert wird. Genau diese Überlegungen der innovativen und langen Versorgungsketten im Rahmen standortübergreifender Kooperationen sollten in die Überlegung der Landesbettenplanung

einfließen. Die jetzt neu etablierten Zentrumsstrukturen, wie bspw. für die Kindermedizin, sind hier ebenfalls ein zukunftsweisender Weg, der auch für andere Fachdisziplinen oder ausgewählte Leistungen durchdacht werden sollte. Dabei müssen die Universitätsmedizinen auch Koordinierungsaufgaben in den Clustern übernehmen und jederzeit Ansprechpartner für niedergelassene Kollegen, Krankenhäuser und Patient*innen sein. Dieser Koordinationsaufwand (Care Center) muss in der Vergütung abgebildet sein. In einigen Fachdisziplinen wird die ambulante Versorgung durch Fachärzte in Zukunft nicht mehr möglich sein (Dermatologie, HNO, spezielle Innere Medizin, etc.).

Handlungsableitung:

- 1) Die Koordination mit anderen Akteuren der Versorgungslandschaft von Zentren muss zentral geregelt werden und finanziell abgebildet sein.
- 2) Die in der Pandemie-Zeit etablierten Clusterstrukturen sollten zu diesem Zweck beibehalten und weiterentwickelt werden. Kooperation und Zentralisierung schließen sich keineswegs aus.
- 3) Ambulante Öffnung der Maximalversorger im Cluster in ausgewählten Fachdisziplinen, um die Versorgung mit Fachärzten in der Fläche zu sichern (wie in NRW bereits erprobt).

4. Universitätsmedizinen bilden Fachkräfte aus.

Die Universitätsmedizinen nehmen eine zentrale Rolle als Ausbilder zukünftiger Pflegerinnen und Pfleger, Ärztinnen und Ärzte und von medizinischem Fachpersonal wahr und tragen daher auf elementare Weise zur Zukunftssicherung der Krankenversorgung in Mecklenburg-Vorpommern bei. Um dem Fachkräftemangel in den medizinischen Berufen zu begegnen, müssen nicht nur der Beruf selbst – durch Anerkennung der Leistung, ein gutes Arbeitsklima, angemessene Vergütung –, sondern auch die Berufsausbildung möglichst attraktiv gestaltet werden. Die Fachkräfte an den Universitätsmedizinen nehmen ihren Lehrauftrag ernst: Was die nächste Generation an Medizinern und Pflegekräften wissen muss und lernen kann, ist mit den Aufgaben in Krankenversorgung und Forschung eng verzahnt. Für eine ausgewogene Ausbildung am Krankenbett bedarf es eines möglichst breiten Patientenspektrums – schwerer wie auch leichter Fälle. Eine Universitätsmedizin mit einem Auftrag zur Grund- und Regelversorgung ist hierfür der ideale Ort. Wir wenden enorme personelle Ressourcen auf, um unserem eigenen Anspruch an eine qualitativ hochwertige, forschungsbasierte, patientennahe und interprofessionelle Ausbildung gerecht zu werden, ohne dass sich dieser Aufwand derzeit im Finanzierungssystem der Universitätsmedizinen abbildet. Unser Lehrauftrag ist nicht nur ein Motor der Vernetzung und Kooperation mit unseren

Lehrkrankenhäusern, sondern auch ein bedeutender Weg zur Steuerung von Fachkräften in der Region. Ausbilden steht am Beginn der Versorgungssicherung.

Handlungsableitung:

- 1) Die Weiterbildung zum Facharzt nach dem Studium muss subventioniert werden, um die medizinische Versorgung in der Fläche in der Zukunft abzubilden.
- 2) Die Deckung des Bedarfs an Pflegekräften und Hebammen kann durch die Akademisierung des Ausbildungsganges erreicht werden – die Universitätsmedizinen sind vorbereitet, die Ausfinanzierung ist jedoch nicht gesichert.

5. Universitätsmedizinen bringen medizinische Innovationen durch Forschung voran.

Durch den Aufgabenverbund von Krankenversorgung, Forschung und Lehre tragen die Universitätsmedizinen Sorge dafür, „*dass neue medizinische Erkenntnisse möglichst schnell bei den Patient*innen ankommen*“ (Verband der Universitätsklinika Deutschlands, VUD). Unser Qualitätsversprechen in der medizinischen Versorgung und Ausbildung gründet ganz elementar auf der Innovationsfähigkeit durch (bio-)medizinische und Versorgungsforschung. Viele erfolgreiche Projekte wie der Sepsis-Dialog, und das Projekt Land | Rettung sowie HerzEffekt MV demonstrieren den direkten Zusammenhang zwischen Forschung und einem Qualitätsgewinn in medizinischen Behandlungsformen und Versorgungsstrukturen für die gesamte Bevölkerung Mecklenburg-Vorpommerns. Die Universitätsmedizinen liefern hier Blaupausen der Gesundheitsversorgung auch für andere Regionen und für die Regelversorgung. Gerade die Telemedizin kann sich zu einer Zukunftstechnologie entwickeln, nicht nur um Patientenbilder und -daten zu übertragen, sondern um räumliche Distanzen zu überbrücken und Behandlungspfade zu verkürzen. In einigen Spezialdisziplinen ist eine telemedizinische Unterstützung der Diagnostik und Behandlung heute schon aus der Regelversorgung nicht mehr wegzudenken (z.B. Schlaganfall, Notfall-Pädiatrie). Neben der Weiterentwicklung der eigenen Forschungsschwerpunkte wollen wir überregionale Verbundprojekte zukünftig noch stärker ausbauen. Für die Forschungsvorhaben gilt ebenso wie für die Lehrausgaben: sie sind im derzeitigen Finanzierungsmodell nicht ausreichend abgebildet. Spitzenforschung kostet Geld – aber sie lohnt sich für die Patient*innen.

Handlungsableitung:

- 1) Die Erforschung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) und die leistungsorientierte Mittelvergabe (LOM) müssen ausreichend finanziert sein.
- 2) Die telemedizinische Versorgung sollte ausgeweitet und gefördert werden.

6. Intersektorale Zusammenarbeit kann Versorgungslücken schließen.

Angesichts der demografischen Entwicklung, die in Mecklenburg-Vorpommern akzentuiert in Erscheinung tritt und sich auf die Entwicklung der Fallzahlen ebenso auswirkt wie auf die Verfügbarkeit von Fachkräften, kann nur eine deutliche Verbesserung der intersektoralen Zusammenarbeit eine nachhaltige Versorgung im Bundesland gewährleisten. Dies trifft insbesondere auf die Notfallversorgung zu, aber auch auf die Regelversorgung, die Versorgung in den Kleinstfächern und jenen mit besonders hohen Anforderungen und Risiken wie der Geburtshilfe und der Pädiatrie. Eine flexible Krankenversorgung bindet alle medizinischen Berufsgruppen effektiv ein, nutzt alle vorhandenen Ressourcen, kombiniert die Erstversorgung leichter Fälle vor Ort mit der Möglichkeit zur Behandlung schwerer Fälle in den Zentren. Auf der Basis raumübergreifender Versorgungsformen wie der Luftrettung und der Telemedizin, neuer Datenaustauschformate wie den eHealth-Plattformen, einer sektorenübergreifenden Bedarfsplanung sowie neu zu entwickelnder Finanzierungsmodelle, die stationäre und ambulante Vergütungssysteme harmonisieren und somit lange Versorgungsketten fair abbilden, kann hier eine integrative Lösung erzielt werden. Wir müssen neu und mutig denken.

Handlungsableitung:

- 1) Die Finanzierung neuartiger intersektoraler Versorgungsformen muss im Finanzierungssystem ermöglicht werden, damit aus einer Projektfinanzierung unkompliziert eine Regelversorgung werden kann.

Fragenkatalog Universitätsmedizin Rostock

A. Grundsatzfragen / Detailfragen

A.1 Grundsatzfragen Fragen 1 – 4

Insgesamt ist die aktuelle stationäre Gesundheitsversorgung in Mecklenburg-Vorpommern unserer Einschätzung nach gut aufgestellt. Verglichen mit Nordrhein-Westfalen, wo insgesamt zu viele Krankenhäuser vorhanden, und Brandenburg, wo zu wenige Krankenhäuser für die flächendeckende Versorgung übrig geblieben sind, ist Mecklenburg-Vorpommern mit der Anzahl und Verteilung der Häuser über die Landesfläche gut versorgt.

Die wesentlichen Fragen für die Zukunft werden allerdings sein:

- Welche medizinischen Leistungen müssen zukünftig, zentral beispielsweise in einem Cluster, angeboten werden, damit die Expertise im Land verbleibt?
- Welche Leistungen müssen zwingend für die wohnortnahe Versorgung der Patientinnen und Patienten dezentral vorgehalten werden?

Dabei lassen sich Zentralisierung und wohnortnahe Expertise im Rahmen digitaler Versorgungsmodelle auch verbinden. Dann muss jedoch auch die Ausbildung der Ärzte über eine Rotation durch die Häuser eines Clusters für zentralisierte Fachdisziplinen möglich sein.

Die wohnortnahe und qualitativ hochwertige Versorgung ist ein essentieller Bestandteil der öffentlichen Daseinsvorsorge. Daraus leitet sich ab, dass für bestimmte Leistungen innerhalb von Mecklenburg-Vorpommern neue Versorgungsmodelle gefunden werden müssen, die sowohl einen Erhalt dieser spezialisierten Leistungen im Bundesland, aber auch eine Erreichbarkeit in vertretbarem Maße für die Patientinnen und Patienten sicherstellen.

Zu berücksichtigen sind hierbei auch die Mindestmenvorgaben und Mindestanforderungen des G-BA an die Struktur- und Prozessqualität. Diese werden in einigen Bundesländern durch spezifische Landesvorgaben noch verschärft.

Wichtige Themenfelder, über die bei einer Zentralisierung nachgedacht werden muss, sind:

- Leber-, Nieren- und Pankreastransplantation
- Implantation von Innen- und Mittelohrhörgeräten
- komplexe Viszeralchirurgie (Ösophagus)
- ausgewählte Eingriffe am Schädel und Wirbelsäule
- Hämatologie und Onkologie (komplexe Fälle, Leukämien inklusive der (Knochenmark-) Stammzelltransplantation und zelluläre Therapien)
- Hochspezifische Diagnostik (molekulare Analysen, Immunsystem)

- komplexe kardiologische Intervention, wie TAVI's, Mitraclips und Eingriffe an der Trikuspidalklappe
- komplexe Herzchirurgie.

Für diese Fächer bzw. weitere Eingriffe sollten Versorgungsansätze erarbeitet werden, die innerhalb der Cluster eine zumutbare Erreichbarkeit für alle Bürgerinnen und Bürger ermöglichen. Zusammenfassend stellt sich also die Frage, in wie weit eine wohnortnahe Versorgung mit dem Erhalt der Spezialmedizin innerhalb des Bundeslandes möglich ist. Hierbei sind verschiedene Versorgungsmodelle, möglichst innerhalb der Clusterregion, zu erarbeiten.

A.2 Detailfragen

I. Stationäre Versorgung Fragen 1-4

Die Krankenhauslandschaft in Mecklenburg-Vorpommern umfasst 39 Krankenhäuser. Von denen sind insgesamt 34 Einrichtungen in privater Trägerschaft. Darüber hinaus kristallisiert sich eine starke Privatisierung im ambulanten Sektor heraus, welche in Mecklenburg-Vorpommern vor allem die Bereiche Dialyse und Augenheilkunde betrifft.

Innerhalb der privaten Krankenhauskonzerne, die stationär und ambulant tätig werden, sind ebenfalls Bestrebungen zur Zentralisierung bestimmter medizinischer Leistungen über die Landesgrenzen hinaus zu sehen. Diese Strategie könnte im Konflikt mit den Interessen des Landes und der Enquete-Kommission stehen. Für die nächsten Jahre wird insbesondere der Erhalt wichtiger Spezialdisziplinen im Bundesland relevant sein.

Darüber hinaus sind aber auch der Fachkräftemangel und der Erhalt von hochspezialisierten Fachkräften im Bundesland von Bedeutung. Dabei ist vor allem die pädiatrische und geburtshilfliche Versorgung im stationären Bereich zu nennen. Innerhalb von Mecklenburg ist bereits ein hohes Maß an Zentralisierung vorhanden, sodass überwiegend das HELIOS Klinikum Schwerin und das Klinikum Südstadt Rostock, hier in Kooperation mit der UMR die geburtshilfliche Versorgung durchführen. Innerhalb von Vorpommern sehen wir möglicherweise hier noch Anpassungsbedarf. Insgesamt zeigt sich auch, dass eine Zentralisierung der geburtshilflichen Medizin notwendig ist. Ein kostendeckendes Arbeiten ist nur in Zentren mit mehr als 2.000 Geburten möglich, wie aktuelle Studien zeigen. Darüber hinaus sollten auch Leistungen, wie die Neonatologie, die als zwingende Voraussetzung für ein Perinatalzentrum Level 1 immer eine Kinderchirurgie vorsieht, nur an den maximalversorgenden Häusern der Clusterregionen vorgehalten werden. Um dennoch die pädiatrische Versorgung im gesamten Bundesland aufrecht zu erhalten, könnten Modelle wie die Portalpraxisklinik in Wolgast analog der ehemaligen DDR-Polikliniken eine Lösung für eine wohnortnahe Versorgung in Anbindung an einen Maximalversorger sein. Diese Revitalisierung der alten Strukturen könnte im Rahmen der gestuften Versorgungsmodelle innerhalb der Cluster einen vielversprechenden Lösungsansatz darstellen.

Frage 5: Wo sehen Sie die Stärken Ihrer Einrichtung - eher als Versorger mit mehreren Fachabteilungen zur Grundversorgung der Region oder als Spezialversorger?

Die Universitätsmedizin Rostock ist innerhalb des Versorgungsclusters II der führende Maximalversorger mit einem Grundversorgungsauftrag für die Region Rostock. Zahlreiche Fächer haben überregionale Versorgungsrelevanz, welche sich insbesondere im Rahmen der COVID-19-Krise zeigte. Hier war der Patientenzuspruch ungebrochen, da Endversorgerpflichten wahrgenommen werden mussten. Die Stärken der Universitätsmedizin Rostock liegen im operativen Bereich, den Neurowissenschaften, der Herzmedizin und der Onkologie. Jedoch sind auch in der Inneren Medizin spezialversorgende Kliniken, wie die Pneumologie, Infektiologie, Endokrinologie und Nephrologie endversorgende Abteilungen, die das Spektrum des Hauses abrunden. Schließlich stellt auch die Kindermedizin einen regionalen Schwerpunkt der Versorgung im Stadt- und Landkreis Rostock dar.

Für die Zukunft wird zu prüfen sein, in wie weit der Maximalversorgungsanteil innerhalb der Universitätsmedizin ausgebaut werden muss, um die hochspezialisierte Medizin auch zukünftig anbieten zu können. Diese Umverteilung müsste dann innerhalb des Clusters kompensiert werden und Häuser niedriger Versorgungsstufen sich stärker auf die Grund- und Regelversorgung konzentrieren. Dafür wären die Krankenhäuser innerhalb der Planungsregionen I und II (Schwerin und Rostock) sehr gut aufgestellt. Zu prüfen ist, mit welchem medizinischen Spektrum die kleinen Häuser mit etwa 100 Betten, zukünftig aufgestellt werden sollten. Ein Herzkatheter Labor in einem 100-Betten-Krankenhaus zu verorten und dort auch noch eine Intensivstation vorzuhalten, muss vor dem Hintergrund der Mindeststrukturvorgaben des G-BAs kritisch geprüft werden. Dazu wäre jedoch eine stärkere Steuerung der Verteilung der einzelnen Fachbereiche innerhalb der Planungsregion, analog der Vorgehensweis in Nordrhein-Westfalen, notwendig.

Für den Erhalt der Spezialversorgung hat die Universitätsmedizin Rostock eine Kardiochirurgische Dependence an den HELIOS Kliniken Schwerin eröffnet. Dies versetzt die Schweriner Kollegen in die Lage, Notfälle direkt vor Ort zu operieren und nicht wie zuvor in Lübeck oder weiter außerhalb des Bundeslandes behandeln zu lassen. Seit Einrichtung dieser Kooperation ist kein Patient mehr nach Lübeck geflogen worden. Somit ist die wohnortnahe Versorgung sichergestellt worden. Versorgungsverbünde werden derzeit im Bereich der Schmerzmedizin und der elektronischen/telefonischen Verfolgung von chronisch herzkranken Patienten weiter ausgebaut und in die Regelversorgung überführt.

Schon vor der COVID-19-Krise lagen die Herausforderungen in der Rekrutierung von qualifiziertem Pflegepersonal, und hier vor allem für die Funktionsbereiche (OP- und Intensivstation), als auch für die Stationspflege. Dies betrifft vor allem die operativen Disziplinen inklusive der Kardiochirurgie, die pädiatrischen Subdisziplinen, die psychiatrischen Fächer und die innere Medizin.

Frage 10: Wo liegen aus Ihrer Sicht Probleme in folgenden Bereichen und was wird zu deren Behandlung getan? (bitte stationär, ambulant und Schnittstellen sowie städtische und ländliche geprägte Versorgungsräume)

a. Kinder-und Jugendmedizin

Wie bereits erwähnt, gilt es hier, die pädiatrischen Subdisziplinen über die Versorgungscluster so zu verteilen, dass Mindestmengen und ausreichende

Personalausstattung bzw. ausreichende Personalqualifikation im Bundesland gehalten werden kann. Dies gilt insbesondere für die:

- Kinderonkologie,
- Kinderneurologie,
- Kinderendokrinologie,
- Kinderrheumatologie und
- Kinderchirurgie
- Kinder-Intensivmedizin

b. Geriatrische Versorgung

Auch hier muss geprüft werden, ob diese Leistungen innerhalb der Maximalversorger oder im Rahmen eines abgestuften Versorgungskonzeptes in Häusern niedriger Versorgungsstufen vorgehalten werden sollen. Dies könnte z.B. mit der geriatrischen Frührehabilitation verbunden werden. Im Rahmen der demographischen Entwicklung in MV muss jedoch überlegt werden, ob auch andere Konzepte, wie beispielsweise die neurologische und internistische Geriatrie/Frührehabilitation nicht doch in universitärer Trägerschaft sinnvoller aufgehoben sind.

c. Palliativ-und schmerzmedizinische Versorgung

Die Palliativmedizin bei Maximalversorgern mit überregionaler Patientenversorgung und dem Angebot von Spezialleistungen hat besondere Herausforderungen. Die Spanne zwischen Maximaltherapie und Palliativsituation (Bsp. Transplantation mit Rückfall der Erkrankung) ist besonders groß und bedeutet, dass besondere Expertise in adäquater Größe vorgehalten werden muss. Dies wird deutlich, wenn berücksichtigt wird, dass manchmal eine Rückverlegung in die wohnortnahe Region aufgrund der vorausgegangenen Therapie nicht möglich ist. Die Palliativversorgung muss in besonderer Größe bei Zentren, die eine große Hämatologie/ Onkologie bzw. onkologisches Spektrum, Transplantationsmedizin und auch Spezialleistungen mit hoher Frühletalität vorhalten, eingerichtet sein.

Die schmerzmedizinische Versorgung umfasst im Wesentlichen ein tagesklinisches Setting, was gut durch eine MVZ-Praxis abgerundet werden kann. Darüber hinaus ist aber auch die schmerzmedizinische Komplexbehandlung zwingend in einem Krankenhaus vorzuhalten. Diese findet sich üblicherweise angedockt an Patienten aus der Orthopädie, Rheumatologie, Neurochirurgie oder Unfallchirurgie.

d. Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung

Auch hier sehen wir einen wachsenden Bedarf, der nach Möglichkeit an einem maximalversorgenden Haus vorgehalten werden sollte. Dies vor allem, um den Schulterschluss zu den neurologischen, psychiatrischen und psychosomatischen Fächern zu gewährleisten. Auch hier wird sich zukünftig die Frage zu stellen sein, in wie weit qualifiziertes ärztliches Personal in ausreichendem Maße vorgehalten werden kann. Eine Kompensation mit Psychologen ist hier in großen Teilen möglich. Diese Leistungen sollten nach Möglichkeit über die psychiatrischen Institutsambulanzen und ein tagesklinisches Setting abgerundet werden.

e. Anschlussheilbehandlungen und Rehabilitation

Auch hier können bestimmte Aufgaben innerhalb eines Versorgungsclusters auch Häusern mit niedrigen Versorgungsstufen zugewiesen werden. Dies könnte über Versorgungsketten bei chronisch Kranken oder in der Onkologie bzw. in den operativen Fächern im Rahmen einer Clusterumgreifenden Kooperation ermöglicht werden.

f. Versorgung seltener Erkrankungen

Diese Leistungen sollten nach Möglichkeit einem maximalversorgenden Haus mit der entsprechenden Breite der Diagnostik und einzubindenden Fächern vorgehalten werden. Die NAMSE-1 und 2 Zentren sind mit erheblichen Vorgaben für Diagnostik und Interdisziplinarität verbunden. Daher sollten diese Leistungen in einem Maximalversorgungshaus verortet werden. Gleiches gilt für Spezialdiagnostikleistungen, die im Rahmen eines Comprehensive Cancer Centers vorgehalten werden (Hämatologische Spezialdiagnostik, Bildgebung, Molekulardiagnostik)

g. Medizinische Versorgung von Migrant/innen

Diese speisen sich ganz normal mit ihrem Erkrankungsspektrum in die Patienten der einzelnen Häuser ein.

h. Barrierefreiheit im Gesundheitswesen

Die Barrierefreiheit ist in eine Selbstverständlichkeit.

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

Hier sollten telemedizinische Modelle analog der Beispiele aus Münster und Aachen so eingeführt werden, dass niedergelassene Haus- und Fachärzte jederzeit auf die medizinische Kompetenz der maximalversorgenden Einrichtung zugreifen können. Dies kann jedoch nicht ohne ein Vergütungskorrelat geschehen.

j. Medikamentenversorgung

Auch hier sollte in Anteilen das elektronische Rezept möglich sein, so wie Versandapotheken die letzten Wiesen des Bundeslandes versorgen können.

Frage 11: Halten sie die Qualitätsvorgaben des G-BAs für (einzelne) Fachbereiche für angemessen, oder sehen Sie andere Regelungsnotwendigkeiten, um die Versorgung in unserem Flächenland sicherzustellen, z.B. für besondere Leistungsbereiche?

Der größte Teil der G-BA-Vorgaben macht Sinn, einige Bereiche, wie bspw. die Vorgaben für die Behandlung des Plasmozytoms, sind sinnbefreit. Der G-BA hat seit langem versucht über bestimmte Struktur- und Qualitätsvorgaben Mindeststandards zu gewährleisten, um die Anzahl der Leistungserbringer zu begrenzen bzw. bestimmte Leistungen in der versorgungsstufe zu verorten, wo sie auch hingehören. Auch dieses sollte für die Zukunft berücksichtigt werden. Zu nennen sind die Belegpraxen mit 1-2 Ärzten, die in mehreren kleineren Häusern Leistungen der

Thoraxchirurgie, Endoprothetik, Wirbelsäulenchirurgie und kleineren unfallchirurgische Leistungen in fragwürdiger Qualität und Serienlänge erbringen. Die 24 Stunden/7 Tage-Erreichbarkeit sollte daher ein wesentliches Kriterium für die Erbringung komplexer und spezialisierter Leistungen sein.

Frage 13: Inwieweit orientieren sich die Kliniken im Land aus Ihrer Sicht ausreichend an den Bedürfnissen der Patient/innen und/oder welchen Handlungsbedarf sehen Sie? Wie evaluieren Sie Patientenorientierung in der Kommunikation?

Aus unserer Sicht orientieren sich die Kliniken im Land schon ausreichend an den Bedürfnissen der Patienten. Dies zeigt die hohe Eigenversorgungsrate in Mecklenburg-Vorpommern, die etwa 1,5% über dem Bundesdurchschnitt liegt. Für die einzelnen Cluster wird jedoch zu prüfen sein, inwieweit der Servicegedanke für Angehörige und Patienten in den Häusern verankert ist. Durch eine Online-Terminvergabe, telefonische Hotlines für die AHB und das Überleitungsmanagement sowie einer fachlichen Konsilbereitschaft kann die Koordination und Betreuung von Patienten im Planungscluster jederzeit gewährleistet werden. Auf diese Weise könnte ein sinnvoller Service für die niedergelassenen Ärzte, Angehörige und Patienten angeboten werden.

Speziell im Bereich der hochspezialisierten Onkologie ist eine Ein-Campusstrategie notwendig, d.h. z.B. gynäkologische Operationen, Metastasen Chirurgie und Patientenbetreuungen werden interdisziplinär an einem Ort durchgeführt. Hier gilt: die Behandlungsteams kommen zum Patienten und nicht der Patient zu den Teams. Dieser Paradigmenwechsel ist der zunehmenden Komplexität der Onkologie geschuldet und im unbedingten Sinne des Patienten.

Frage 14: Welche Weiterbildungsmaßnahmen besucht das medizinische und pflegerische Personal im Hinblick auf Verständlichkeit und Patientenorientierung in der Kommunikation?

Die Mitarbeiter der einzelnen Häuser, insbesondere auch der Universitätsmedizin Rostock, werden regelmäßig geschult. Durch das Sanierungsprojekt „ImPuls.Mensch“ werden wesentliche Aspekte im Hinblick auf die Verständlichkeit und Patientenorientierung und für die Inbetriebnahme des Neubaus „Zentrale Medizinische Funktionen“ bereits aufgegriffen. Angebotene Palliativ- und Onkologiepflegeweiterbildungen adressieren die Aspekte kontinuierlich. Inwieweit diese Maßnahmen zu einer höheren Zufriedenheit der Patienten beitragen, muss in den nächsten Jahren überprüft werden.

Frage 15: Welche Probleme gibt es in den Kliniken konkret bei der Versorgung im Krankenhaus und beim Entlass-Management bzw. beim Übergang in die stationäre Versorgung von Menschen? Welche Konzepte zur Verbesserung gibt es und was wird zur Umsetzung benötigt?

Wir haben in der vergangenen Woche an der Universitätsmedizin Rostock das Interdisziplinäre chirurgisches Patientenmanagement (ICP) im Perioperativen Zentrum etabliert. Diese Einheit übernimmt die gesamte Vor- und Nachbereitung der Patienten im Rahmen einer stationären Behandlung. Sie koordiniert das Aufnahmemanagement, das zentrale Bettenmanagement sowie das Belegungsmanagement in Abstimmung mit dem OP-Management. Hier befinden sich auch die Prämedikationsambulanz sowie koordinierende Ärzte, die ebenso im

ambulanten als auch im stationären Sektor tätig sind. Auf diese Weise wurde eine zentrale Serviceeinheit an der Universitätsmedizin Rostock geschaffen, die sowohl für niedergelassene Ärzte, Patienten als auch Angehörige, aber vor allem für das eigene Pflegepersonal verschiedenste medizinische und administrative Dienstleistungen übernimmt. Dieses Modell wird in den nächsten Jahren auch auf das Zentrum für Innere Medizin übertragen werden.

Eine weitere Versorgungslücke stellt die elektronische und telefonische Nachverfolgung von chronisch kranken oder auch speziell gefährdeten (immungeschwächte) Patienten dar. Insbesondere in der Herzmedizin konnte mit dem Projekt HerzEffekt M-V gezeigt werden, dass eine Nachbetreuung der Patienten bis in die Häuslichkeit und eine Koordination von chronisch kranken Patienten eine wesentliche Verbesserung der Versorgungsqualität mit sich bringt. Stationäre Aufenthalte konnten verringert und die Patientenzufriedenheit erhöht werden. Diese Projekte aus dem Innovationsfond des Bundes können helfen, die Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern von verschiedensten chronischen Erkrankungen als auch für seltene Erkrankungen oder andere noch zu definierende Patientengruppen zu verbessern.

Frage 16: Welche Konzepte gibt es, um Patient/innen und medizinisches Personal im Versorgungsalltag auf Augenhöhe zu bringen? Inwieweit gibt es dazu regelmäßige Gespräche mit Patientenorganisationen? Welche Erfahrungen gibt es im Land und aus anderen (Bundes-) Ländern?

Hier geht es im Wesentlichen um Schulungsmodelle, die sicherlich in Abstimmung mit den Patientenorganisationen in den nächsten Jahren Eingang in die Qualifizierungsprogramme in der Medizin und Pflege finden können.

Im Onkologischen Zentrum der UMR findet ein regelmäßiger Austausch zwischen den verschiedenen Selbsthilfegruppen der Region, der Krebsgesellschaft MV und den Beteiligten der UMR statt. Ebenso auch gezielt in den einzelnen Kliniken der UMR. Darüber hinaus werden die Selbsthilfegruppen in zahlreiche Patienteninformationsveranstaltungen eingebunden und erhalten Unterstützung unsererseits bei eigenen Veranstaltungen.

Frage 17: Inwieweit ist bekannt, dass z.B. im Bereich der Tageskliniken seitens der Patient/innen ein Mangel an Kapazitäten beklagt wird. Was unternehmen Sie, um den tatsächlichen oder vermeintlichen Mangel zu begegnen? Wie erklären Sie sich das Zustandekommen des beklagten Zustands, wenn Sie diesen Mangel nicht bestätigen können? Wie bewerten Sie den aktuellen Bedarf im Bereich der Tageskliniken und dessen voraussichtliche Entwicklung?

In den letzten 5 Jahren wurde die tagesklinische Versorgung an der Universitätsmedizin Rostock massiv ausgebaut. Von anfänglich 35 tagesklinischen Plätzen verfügt die Universitätsmedizin Rostock inzwischen über 100 tagesklinische Angebote, die sich von der Kindermedizin über die psychiatrischen Fächer bis in die Somatik erstrecken und die untereinander vernetzt sind. Hier muss in jedem Fall geprüft werden, inwieweit eine weitere Bündelung dieser Leistungen, beispielsweise im Sinne einer zentralen „Outpatient-Clinic“, Synergieeffekte schafft und inhaltlich Sinn macht. Auch vor dem Hintergrund der zunehmenden Ambulantisierung der stationären Medizin können Tageskliniken eine zielführende Ergänzung zum

stationären bzw. ambulanten Leistungsangebot darstellen. Dies muss jedoch für die Zukunft für jede einzelne Fachdisziplin im Detail geprüft werden.

Frage 18: 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 gute Koordination der Maximalversorger innerhalb der Cluster und die schnelle Einführung der Clustersteuerung durch die Landesregierung haben dazu beigetragen, das Ausmaß der Pandemie und deren Folgen in unserem Bundesland in den Griff zu bekommen und gering zu halten. Selten hat die Universitätsmedizin eine derartige Kommunikation mit den umliegenden Häusern als auch mit der Landesregierung und den Institutionen (Gesundheitsämter) mit begleiten dürfen. Patientenorganisationen in einer Akutphase mit einzubeziehen halten wir jedoch im Rahmen des Krisenmanagements für verzichtbar. Hier gilt es eher, die Notfallmedizinische Versorgung in der Clusterregion sicherzustellen und eine enge Abstimmung mit den versorgenden Häusern zu führen. Das Notfallkonzept für die Versorgung der Krebspatienten in Pandemiezeiten wurde unter der Federführung der UMR verfasst und liegt im Land vor.

II. Ambulantisierung Fragen 1-3

Die seit 2016 sinkenden Case Mix Punkte sind im Wesentlichen auf das hohe Maß an Ambulantisierung, das aggressive MDK-Management sowie den Wunsch der Patienten, kürzere Zeiten im Krankenhaus zu verbringen, zurückzuführen. Dies wird gepaart mit einem gesetzlich vorgeschriebenen Zweitmeinungsverfahren, das ebenfalls zur Verringerung der stationären Fälle beigetragen hat.

Diese Ambulantisierung betrifft die Fachdisziplinen in unterschiedlicher Weise. Gleichzeitig gehen jedoch in zahlreichen Fachdisziplinen niedergelassene Ärzte in Rente, ohne dass Nachfolger in Aussicht sind. Daher wird auch für die Zukunft geprüft werden müssen, wo und in welchem Umfang eine ambulante Öffnung von Krankenhäusern notwendig werden wird. Dies sollte dann jedoch nicht im Rahmen von höchstpersönlichen KV-Ermächtigungen erfolgen, sondern mindestens über Institutsambulanzen, wenn nicht sogar über einen Sicherstellungsauftrag, der den ambulanten Sektor umfasst. Für zahlreiche Fachdisziplinen werden diese Überlegungen sehr offensiv auch im Rahmen der Landesbettenplanung geführt werden müssen. Geschieht dies nicht, werden Versorgungslücken bei Spezialdisziplinen unvermeidbar werden.

III. Ambulante Versorgung

Frage 1: Welche Möglichkeiten sehen Sie, die stationären Diagnostikmöglichkeiten auch für den ambulanten Bereich zur Verfügung zu stellen?

Im Rahmen von Gerätepartnerschaften als auch über unsere bestehenden MVZ-Strukturen sind zahlreiche Möglichkeiten vorhanden, mit der Universitätsmedizin Rostock über Labor- und Radiologie-Gemeinschaften sowie die Nuklearmedizin bzw. die Strahlentherapie zu kooperieren.

Frage 2: Wie beurteilen Sie die Struktur und den Umfang des derzeit organisierten Bereitschaftsdienstes der niedergelassenen Ärzte? Wie viele Patienten in Prozent suchen auch bei Bagatellerkrankungen trotz vorhandenem ambulanten Bereitschaftsdienst ein Krankenhaus zur Behandlung auf?

Wie auch in anderen Regionen kommen zahlreiche Patienten zur Nachtzeit mit Bagatellerkrankungen bzw. -verletzungen in die Universitätsmedizin, weil hier eine relativ schnelle Versorgung, Erreichbarkeit und Diagnostikmöglichkeiten der verschiedensten Fachdisziplinen gegeben ist. Durch die Etablierung eines KV-Notfallsitzes, angeschlossen an die zentralen Notaufnahmen der größeren bzw. maximalversorgenden Häuser, könnte hier Abhilfe geschaffen werden.

Frage 3: Welches Potenzial gibt es aus Ihrer Sicht im Zusammenspiel von Landespolitik, Krankenhausgesellschaft, Krankenkassen, Kassenärztlicher Vereinigung und Ärztekammer, um den Gesundheitsstandort Mecklenburg-Vorpommern weiter zu stärken und insbesondere für Fachkräfte deutlich attraktiver zu machen?

Über die Enquete-Kommission können alle Ideen und Vorschläge der hier genannten einzelnen Institutionen zusammengefasst und zu einem gremienübergreifenden Konzept zusammengefügt werden. Um den Gesundheitsstandort Mecklenburg-Vorpommern attraktiver zu gestalten, wären auch Themenfelder des Job-Enrichment und Enlargement im stationären Sektor zu berücksichtigen. Diese könnten über lange Versorgungsketten und telemedizinische Angebote abgebildet werden. Darüber hinaus wären Ausbildungsrotationen von ärztlichem und pflegerischem Personal, bspw. innerhalb der Versorgungscluster, wünschenswert und würden möglicherweise für die Mitarbeiter als Mehrwert wahrgenommen. Im Rahmen der Akademisierung der Pflegeberufe und anderer medizinischer Berufe erscheint die Einrichtung spezialisierter Lehrstühle (Bsp. Onkologiepflege, Palliativpflege, Physiotherapie) an den Einrichtungen der Maximalversorgung (Universitätsmedizinen) sinnvoll.

Frage 4: Welche Bedeutung haben gegenwärtig Krankenhausapotheken bei der Medikamentenversorgung?

Die Krankenhausapotheken der einzelnen Häuser versorgen im Wesentlichen die stationären und tagesklinischen Patienten und handeln im Interesse ihrer Einrichtung. Sie gewährleisten eine 24-Stunden-Bereitschaft in der qualitativ hochwertigen Arzneimittelversorgung und stellen patientenindividuelle Zubereitungen, Dosierung und Darreichungsformen her. Hier ist insbesondere die Zytostatikaherstellung als komplexe Dienstleistung zu nennen. Ein ebenfalls sehr hoher Stellenwert kommt der Beschaffung von adäquaten Alternativpräparaten, aufgrund der zurzeit regelmäßig bestehenden Lieferengpässe, zu. Eine Ausweitung dieser Leistungen innerhalb der Ballungszentren erscheint jedoch nicht sinnvoll. In sehr schwach strukturierten Regionen kann aber über eine Öffnung der Krankenhausapotheken analog der tätigen Offizin-Apotheken eine Ergänzung der wohnortnahen Versorgung sein.

IV. Sektorenübergreifende Versorgung Fragen 1-3

Selbstverständlich macht in ländlichen Strukturen eine sektorenübergreifende Versorgung Sinn. Die Versorgungscluster zeigen jetzt schon, dass abgestufte Versorgungskonzepte zwingend notwendig werden, um spezialversorgende Leistungen im Bundesland zu halten. Auch die Einbindung des niedergelassenen Sektors macht insbesondere da Sinn, wo über die Kassenärztliche Vereinigung die Kassensitze nicht mehr bedient werden können (z.B. Dermatologie). Hier ist eine ambulante Öffnung der Krankenhäuser möglicherweise zwingend notwendig, um überhaupt eine Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Die Etablierung von Gesundheitszentren an großen Maximalversorgern kann ebenso sinnhaft sein, wie die Wiedereinführung der DDR-Polikliniken, die ggf. dann telemedizinisch an die großen Versorger angebunden sind. Über eine tageweise Vertretung einzelner Fachdisziplinen innerhalb einer Woche, könnte so eine flächendeckende Versorgung, auch spezialisierter Fachdisziplinen ohne KV-Sitz, gewährleistet werden.

Die Etablierung und Nutzung von regionalen Plattformen für den Austausch von Daten und Dokumenten (eHealth Plattform) wäre ein weiterer Schritt zur Förderung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit. Auch müssten die Finanzierungsmodelle an die Versorgungssituation angepasst werden. Regional- oder Clusterbudgets wären hier denkbar, um die regionalen Modelle umsetzen und auskömmlich finanzieren zu können. Budgetmodelle für bestimmte Regionen (Clusterübergreifend), eventuell auch für bestimmte Patientengruppen, könnten ebenfalls eine Lösungsstrategie sein.

V. Rehabilitation / Krankenhausnachversorgung Fragen 1-2

Insgesamt stellt sich die Versorgungssituation der Rehabilitationskliniken in Mecklenburg-Vorpommern als ausreichend dar. Für den Bereich der Intensiv- und Beatmungsrehabilitation gilt dies jedoch nicht. Hier muss ggf. über die Maximalversorger im Rahmen einer Verlängerung der Versorgungskette mit unterstützt werden. Eine engere Kooperation und eine bessere Koordination wären jedoch übergreifend, bspw. in den Clusterregionen, sinnhaft. Dies könnte z. B. über ein entsprechendes Care Center in einer Region gewährleistet werden. Beispiele aus Holland, Spanien und Portugal zeigen, dass medizinische Serviceangebote, ausgehend von den Maximalversorgern, zur Koordination der Patienten außerhalb von Praxen und Krankenhäusern durchaus einen Mehrwert für Patienten und Angehörige darstellen können.

Dies vor allem, weil sich nicht nur die Universitätsmedizin Rostock, sondern auch andere Krankenhäuser im Land, mit der Herausforderung konfrontiert sehen, Patientinnen und Patienten zeitnah in heimatnahe Pflegeeinrichtungen verlegen zu können. Die Kapazitäten für die Kurzzeitpflege, Rehabilitation und AHB sind jedoch insgesamt nicht ausreichend vorhanden, weshalb hier ein Wettbewerb entsteht. Dies führt zum Teil zu verlängerten Verweildauern, zu einer erschwerten Weiterversorgung der Patienten und geringerem Komfort für die Patienten und ihre Angehörigen.

VI. Rettungsdienst

Wie beurteilen Sie die Ausstattung des Rettungsdienstes? Welche Herausforderungen und Probleme sehen Sie aus Sicht der Kliniken.

Der Rettungsdienst in Mecklenburg-Vorpommern ist grundsätzlich gut ausgestattet. Die ärztliche Besetzung des Rettungsdienstes aus den einzelnen Kliniken heraus ist jedoch mit dem neuen Tarifvertrag, der ab 01.10.2020 gilt, eine Herausforderung. Hintergrund ist, dass die im Rettungsdienst geleisteten Dienste auf die Arbeitszeitschutzkonten im Krankenhaus angerechnet werden und die Ärzte am diensthabenden Tag oder ggf. am darauffolgenden Tag nicht in der Klinik zur Verfügung stehen. Darüber hinaus stellt der neue Tarifvertrag mit den Regelungen zum Bereitschaftsdienst die Krankenhäuser ohnehin vor nahezu unüberwindbare Hürden, insbesondere in kleinen Fächern mit einer dünnen Personaldecke. Hier stellt sich die Frage, wie in Zukunft sowohl die stationäre Versorgung als auch der Rettungsdienst, unter Einhaltung der tariflichen Bestimmungen und ohne refinanzierten Personalzuwachs, gewährleistet werden soll.

VII. Patientenorientierung Fragen 1-10

Die Universitätsmedizin Rostock verfügt über ein zentrales Beschwerdemanagement, welches von Patienten, Angehörigen und weiteren Dritten regelmäßig in Anspruch genommen wird. Die Kontaktmöglichkeiten werden nicht nur auf der Webseite, sondern auch in Patientenbroschüren genannt und insbesondere über Aushänge in den Einrichtungen bekannt gemacht. So können Lob, Kritik und Anregungen via Telefon, E-Mail, über ein Formular aber auch als Brief oder im persönlichen Gespräch geäußert werden. Die eingegangenen Meldungen werden mit den betreffenden Einrichtungen ausgewertet und Verbesserungsmaßnahmen ergriffen. Der Beschwerdeführer erhält ein abschließendes Antwortschreiben, in dem der Sachverhalt erläuternd dargestellt wird und über die ergriffenen Maßnahmen informiert wird.

Darüber hinaus gibt es sogenannte Ombudsleute, die sich um potenzielle Fehler und Risiken in der Medizin und deren Behebung kümmern. Auch die Empfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit werden in die tägliche Arbeit an der Universitätsmedizin Rostock eingebunden. Zahlreiche Selbsthilfegruppen sowie die Ständige Kommission Patientensicherheit prüfen jederzeit, wo Verbesserungspotenziale in einzelnen Kliniken vorhanden sind. Im Rahmen von Monatsgesprächen werden diese Rückmeldungen dann mit den Kliniken diskutiert und Optimierungshebel umgelegt.

Wie bereits in Kapitel I, Frage 16 ausgeführt, pflegt die Universitätsmedizin Rostock eine enge Zusammenarbeit sowohl mit der Kontaktstelle der Selbsthilfegruppen als auch den Selbsthilfegruppen der Region selbst.

Für und bei den Krebspatienten werden regelmäßige und umfassende Umfragen durchgeführt, um Beschwerden, Kommentare und Empfehlungen zu erfassen. Diese erfolgen im Rahmen des durch die Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Onkologischen Zentrums der UMR, welches die Wertigkeit dieses Zertifizierungsmoduls als Qualitätskriterium unterstreicht, da es die Patientenorientierung adressiert. Verschiedene Forschungsprojekte der UMR adressieren ferner die Patientenorientiertheit.

VIII. Telemedizin / Datenschutz Fragen 1-6

Im Rahmen der COVID-19-Krise wurde über die sofortige Etablierung der Clusterregionen und die damit verbundene Ausstattung mit telemedizinischen Hilfsmitteln ein Meilenstein in der Umsetzung digitaler Versorgungsmodelle vollzogen. Alle Aspekte des Datenschutzes werden über den Landesdatenschutzbeauftragten und die damit verbundenen Voraussetzungen bzw. Anforderungen abgearbeitet. Die Vernetzung im stationären Sektor scheidet bis jetzt noch an einheitlichen Vorgaben bzw. der Umsetzung der telematischen Infrastruktur. So kann bspw. ein Arztbrief nicht problemlos von Klinik A nach Klinik B ausgetauscht werden, denn dieser Austausch setzt voraus, dass im Archivsystem dieser Arztbrief mit derselben Nummer im Krankenhaus A als auch im Krankenhaus B hinterlegt ist. Dies ist zurzeit nicht der Fall. In einem zu fördernden Projekt mit dem Fraunhofer Institut sind wir dabei, innerhalb des Versorgungsclusters diese Harmonisierung der IT-Systeme herbeizuführen. Die nächste Herausforderung ist dann die Harmonisierung der IT-Systeme mit dem ambulanten Sektor. Hier haben die großen Firmen, welche Praxissoftware anbieten, bislang kein Interesse gezeigt, eine engere Verzahnung mit dem stationären Sektor zu vollziehen. Ob dies zwingend notwendig ist oder ob hier auch Internet-basierte Portale einen engen Austausch von Patientendaten ermöglichen, ist für die Zukunft noch zu prüfen. Modellhaft könnte hier im Rahmen eines Versorgungsclusters über ein Pilotprojekt eine Blaupause entwickelt werden.

IX. Fachkräfte / Personalressourcen

Insgesamt wird sich der Krankenhausmarkt im Wettbewerb um qualifiziertes Personal entscheiden. Sowohl Ärzte, Pflegekräfte als auch alle weiteren im Krankenhaus tätigen Berufsgruppen wählen ihren Arbeitgeber zunehmend nach den Aspekten Arbeitsklima, der Breite und Verbindlichkeit des Angebotes, der Familienfreundlichkeit sowie den Perspektiven für den Aufstieg bzw. den Verbleib im Unternehmen aus. Zukünftig wird es vor allem in den Ballungszentren wichtiger werden, bei immer weiter steigenden Miet- und Immobilienpreisen, Angebote des täglichen Lebens vorzuhalten. Hierzu gehören bezahlbarer Wohnraum, Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln, KiTa, Altenhilfe und ggf. weitere Serviceangebote für Mitarbeiter und ihre Angehörigen. Eine entsprechende Kantine und Essenversorgung sind hier selbstverständlich.

Diejenigen Kliniken, die sich mit einem Portfolio von sozialer Fürsorge gegenüber ihren Mitarbeitern, sinnhaften Tätigkeiten und einer guten Arbeitsorganisation bzw. einem guten Arbeitsklima hervorheben, werden in diesem Wettbewerb obsiegen. In diesem Hinblick ist insbesondere der überregionale öffentliche Personennahverkehr als ein wichtiger Wettbewerbsfaktor zu betrachten. Die Bahnverbindungen nach Hamburg und Berlin sind mittlerweile etwas besser geworden, jedoch ersetzen sie noch nicht die Fahrzeiten eines PKW's. Erst wenn diese Voraussetzungen erfüllt sind, könnte Mecklenburg-Vorpommern auch Ärzte aus den großen Ballungszentren, wie Hamburg und Berlin, für sich gewinnen.

Darüber hinaus sehen wir auch in der Zusammenarbeit mit der Ärztekammer MV eigentlich leicht abbaubare Hürden, die bisher Ärzten die Facharztausbildung erschweren. Dies wird auch von unseren weiterzubildenden Ärzten durchaus kritisch wahrgenommen. Eine bessere Unterstützung durch die Ärztekammer, insbesondere für die internistischen Fachdisziplinen bei der Anerkennung von

Rotationsprogrammen und Vorzeiten in anderen Häusern sollte harmonisiert werden, um qualifizierte Mitarbeiter in MV zu halten oder zu gewinnen.

X. Pandemie und Folgerungen

Besonders positiv aus der COVID-19-Pandemie haben wir die enge Kommunikation mit dem Land, Behörden und anderen Häusern wahrgenommen. Auch innerhalb des Unternehmens haben wir durch regelmäßige, teilweise tägliche Runden innerhalb des Vorstands und wöchentlich mit den Zentren die Kommunikation intensiviert. Auch im Rahmen der regelmäßigen Pressekonferenzen konnte die UMR ihre führende Rolle in der Bewältigung der Pandemiefolgen dokumentieren. Dies hat erheblich zur Stabilisierung des sozialen Gefüges innerhalb der Universitätsmedizin Rostock beigetragen. Doch nicht nur hier hat die enge Kommunikation uns zusammenrücken lassen, sondern auch innerhalb der Clusterregionen, die wir als Universitätsmedizin Rostock haben koordinieren dürfen. Die nahezu zweitäglichen Telefonkonferenzen mit den verantwortlichen Ministerien und Gesundheitsämtern der kreisfreien Städte und Landkreise, hat uns gezeigt, welche Herausforderungen in den einzelnen Regionen des Landes zu bewältigen sind. Hier konnte die Universitätsmedizin Rostock mit Fachkompetenz an vielen Stellen unterstützen.

Insgesamt hat uns die COVID-19-Pandemie gezeigt, dass Mecklenburg-Vorpommern mit seinen maximalversorgenden Häusern in der Lage ist, komplexe Clusterregionen von den maximalversorgenden Häusern aus zu steuern. Auch die Landesregierung hat sämtliche Schritte behutsam und in enger Abstimmung mit den maximalversorgenden Leistungserbringern vollzogen, sodass sich zu keinem Zeitpunkt Häuser überfordert gefühlt haben. Dies ist besonders positiv hervorzuheben.

Eine besondere Belastung ist selbstverständlich für die Patienten entstanden, die auf einen elektiven Eingriff gewartet haben. Die meisten von diesen Patienten haben jedoch Verständnis für die Situation gezeigt und wünschen sich jetzt ein schnelles Nachholen der Behandlung. Dies ist vor dem Hintergrund der vorhandenen Ressourcen derzeit nur erschwert möglich, so dass wir auch mit Wochenendarbeit mühsam den „Berg“ abarbeiten. Über die Pandemie hinaus, sollten die entstandenen Ideen aus den Versorgungsclustern und auch der enge fachliche Austausch mit allen beteiligten Institutionen beibehalten werden.

Bezüglich der baulichen Situation ist festzustellen, dass eine (relative) räumliche Trennung der Infektiologie (Ambulanz/ Station) aus den „Patienten-reichen“ Gebäuden – hier dem Zentrum für Innere Medizin unbedingt notwendig ist. Gleiches gilt für die besonders gefährdeten Patienten (Patienten ohne Abwehrzellen, d.h. häufig Krebspatienten, Leukämie-, Knochenmark- und Organ-Transplantierte Patienten. Der Bau eines speziellen Gebäudes für diese Patienten („Neutropenie-/Lymphopenie Zentrum“) mit entsprechenden Strukturvorgaben ist unbedingt nötig.

B. Gesamteinschätzung / Bewertung / Zukunftsansätze

Mecklenburg-Vorpommern ist insgesamt in der Gesundheitsversorgung der Bürger sehr gut aufgestellt. Mit den 39 Häusern wird auch in der Fläche adäquat die medizinische stationäre Versorgung sichergestellt. Der Mangel an qualifiziertem Fachpersonal, die immer enger werdenden Vorgaben des G-BA und auch der

demografische Wandel, insbesondere im niedergelassenen Bereich, zwingen jedoch die Planungsbehörden zum Handeln. Im Rahmen dieser Überlegung sind zwei Herausforderungen zu bewältigen:

- Wie stellen wir zukünftig die wohnortnahe Versorgung der Bürger sicher?
- Wie stellen wir die spezialisierte Medizin in Mecklenburg-Vorpommern für die Zukunft sicher?

Die spezialisierte Medizin in Mecklenburg-Vorpommern kann über kurz oder lang nur bei einer Zentralisierung bestimmter Leistungen sichergestellt werden. Dennoch kann eine wohnortnahe Versorgung durch Unterstützung mit telemedizinischen Versorgungsansätzen gewährleistet werden. Gepaart werden sollten diese Offensiven mit der Ausrichtung der Häuser als attraktiver Arbeitgeber. Neben den Serviceangeboten für Ärzte, Pflegekräfte und medizinisch-technische Mitarbeiter im Hinblick auf ihre täglichen Bedürfnisse (Wohnort, Arbeitsorganisation, Familienbetreuung) muss an einigen Stellen nachjustiert werden.

Das gesamte Konzept der Aus- und Weiterbildung, bspw. auch in Clustern, muss auch von der Ärztekammer MV wohlwollend flankiert werden. Treffen Ärzte hier auf Widerstand, was die Anerkennung von Zeiten, die Anzahl von Untersuchungen, OPs etc. und die Anzahl/den Umfang von Rotationen betrifft, verabschieden sich diese Kollegen/innen schneller in andere Bundesländer als wir nachjustieren können.

Im Rahmen der Landesbettenplanung wird es für einige Fachdisziplinen sinnvoll sein, eine Zentralisierung herbeizuführen. Hierzu zählen unserer Auffassung nach die Pädiatrie und ihre Subdisziplinen, sowie zahlreiche maximalversorgende aber auch grund- und regelversorgende Eingriffe, die jetzt (noch) in Häusern durchgeführt werden, die nicht in die entsprechende Versorgungsstufe gehören. Auch für diese Häuser kann im Rahmen von Anschlussheilbehandlungen, Rehabilitationsmedizin oder Komplexleistungen ein attraktives Angebot zur Zukunftssicherung gefunden werden. Dazu ist jedoch eine Abstimmung der Versorgungsleistungen innerhalb der Versorgungscluster notwendig. Genau diese Herausforderung wird die Planungsbehörde zukünftig zu meistern haben.

Die Universitätsmedizinen nehmen in diesem Spannungsfeld eine besonders wichtige Rolle wahr, wie sie bereits im Rahmen der COVID-19-Pandemie bewiesen haben. Sie sind Garanten der öffentlichen Daseinsvorsorge und können die Interessen des Landes bei der Gesundheitsversorgung bzw. der Erreichung von Gesundheitszielen mit umsetzen. Sie sind Motor der Innovation und Zentrum der Aus- und Weiterbildung für Ärzte und Pflegekräfte. Universitätskliniken sichern die Implementierung neuer Versorgungsmodelle, wie dies unlängst im Rahmen der Innovationsfondsprojekte in Rostock und Greifswald, in Projekten (mit überregionaler Strahlkraft) sichtbar geworden ist, aber auch der Gründung des Exzellenzzentrums CCC-MV. Nur auf diese Weise lassen sich die Versorgungsstrukturen in Mecklenburg-Vorpommern weiterentwickeln, evaluieren und qualitativ hochwertig implementieren.

Daher werden die Universitätsmedizinen auch in Zukunft eine wichtige Rolle bei der Gestaltung und Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung in Mecklenburg-Vorpommern einnehmen. Wird dies gepaart mit einer ambulanten Öffnung der Häuser, können auch medizinische Randdisziplinen (Dermatologie, HNO, MKG und

weitere) flächendeckend für die Bürger von MV gesichert werden. Wird dies dann zusätzlich um tagesklinische Angebote erweitert, entsteht eine flächendeckende lange Versorgungskette, die zukunftsweisend sowohl attraktiv für Patienten als auch für Mitarbeiter ist. Diese Chance sollte im Rahmen der Landesbettenplanung ergriffen werden.