

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

Kommissionsdrucksache 7/14

Kommissionsdrucksache

16.09.2020

Inhalt

Fragenkatalog und Stellungnahme der Krankenhausgesellschaft M-V
(TOP 1 der 5. Sitzung) vom 16.09.2020

Fragenkatalog Krankenhausgesellschaft M-V

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. 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?

6. Sollte es aus krankenhauplanerischer Sicht eine stärkere Steuerung durch die Planungsbehörde geben, z.B. bei der Ausweisung einzelner Fachbereiche?
7. In welcher Form kooperieren Krankenhäuser miteinander und gibt es Versorgungsverbände?
8. 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?
9. Welche Herausforderungen ergaben sich im Jahr 2019 (vor CORONA) aus Ihrer Sicht für die Krankenhäuser und wie wurde 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. Wie beurteilen Sie die notfallmedizinische Versorgung im Land und welchen Handlungsbedarf sehen Sie?
12. 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?
13. Welche Weiterbildungsmaßnahmen bestehen für das medizinische und pflegerische Personal im Hinblick auf Verständlichkeit und Patientenorientierung in der Kommunikation?
14. 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?

15. 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?
16. 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?
17. 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

Ärztammer, 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 sektorübergreifenden 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 der KGMV 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 unterstützt die Krankenhausgesellschaft die Koordinierung der Patientenvertretung in M-V, die seit 2004 ehrenamtlich beim Dachverband SELBSTHILFE M-V erfolgt?
9. Wie erfolgt die Unterstützung der Patientenvertreter/innen in den Gremien zur Qualitätssicherung? Welche Verbesserungen sind vorstellbar?
10. 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 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 an den Kliniken 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?
10. Welche Versorgungsformen, ggf. auch in Kombination, könnten aus Ihrer Sicht eine gute Lösung für Mecklenburg-Vorpommern, insbesondere den ländlichen Raum sein? Wie beurteilen Sie in diesem Zusammenhang das MVZ? Gehen Sie dabei auf die verschiedenen Formen (kapitalgesteuert, kommunal u.a.) ein.

Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V.

Wismarsche Straße 175, 19053 Schwerin



Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V.
Wismarsche Straße 175 ■ 19053 Schwerin

Landtag Mecklenburg-Vorpommern
Enquete-Kommission
z. Hd. Herrn Heydorn
Lennéstraße 1
19053 Schwerin

Ansprechpartner:
Uwe Borchmann
Tel.: 0385 / 4 85 29-0
Fax: 0385 / 4 85 29 29
E-Mail: info@kgmv.de
Internet: www.kgmv.de

AZ: 0371-01

Datum: 11.09.2020

per E-Mail: enquete@landtag-mv.de

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

Sehr geehrter Herr Heydorn,
sehr geehrte Mitglieder der Enquete-Kommission,

am 02.09.2020 erreichte uns der umfassende Fragenkatalog zur Anhörung der Krankenhausgesellschaft und der Krankenhäuser am 16.09.2020 in der Enquete-Kommission.

Die aufgeworfenen Fragen zeigen bei teilweiser Dopplung die Breite der Thematik. Eine vollumfängliche inhaltliche Bearbeitung der Fragestellungen ist innerhalb der gesetzten Antwortfrist bis zum 11.09.2020 nicht möglich. Neben der benötigten innerverbandlichen Diskussionszeit bedarf bereits die Beschreibung des jeweiligen Status Quo eines erheblichen Arbeitsaufwandes.

Vor dem Hintergrund der durch den Vorsitzenden vorgetragene Zeitplanung bis zur Darstellung erster Ergebnisse der Kommission gegenüber dem Landtag, hat sich die Krankenhausgesellschaft daher grundsätzlich auf cursorische Statements zur Anregung einer tiefergehenden Diskussion beschränkt.

Letztlich dient die Anhörung primär dem Aufzeigen der Entwicklungspotentiale in der Gesundheitsversorgung unseres Bundeslandes. Die Anhörung kann keinesfalls eine Darstellung umfassender Lösungswege für die bestehenden Probleme leisten. Insoweit sind auch unsere Aussagen als keinesfalls abschließend zu verstehen. Wir bitten dies zu beachten!

Hinsichtlich der im Fragenkatalog immer wieder aufgeworfenen Diskussion zur Krankenhausplanung verweisen wir nochmals auf unser Schreiben vom 29.04.2020 an Frau Landtagspräsidentin Birgit Hesse, in dem wir unter anderem auch die Arbeit der an der Krankenhausplanung Beteiligten dargestellt haben. Die Aufgabe der Enquete-Kommission sehen wir eher in der Verbesserung der sektorübergreifenden Patientenversorgung und nicht in der Diskussion über die Notwendigkeit von Fachabteilungsstandorten.

Mit freundlichen Grüßen


Uwe Borchmann
Geschäftsführer

Anlage: Fragenkatalog KGMV

Fragenkatalog Krankenhausgesellschaft M-V

A. Grundsatzfragen / Detailfragen

A.1 Grundsatzfragen

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

Die Zuständigkeit für die Krankenhausversorgung in Mecklenburg-Vorpommern liegt beim Landesministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit. Die dort verantwortliche Abteilung für Gesundheit steht regelmäßig mit den an der Krankenhausplanung Beteiligten in einem engmaschigen Abstimmungsprozess, um die Krankenhausversorgung in unserem Bundesland bedarfsgerecht zu regeln. An der Krankenhausplanung nehmen hier neben der Krankenhausgesellschaft und den Krankenkassen auch die Ärztekammer, der Städte- und Gemeindetag, der Landkreistag sowie das Bildungsministerium, mithin die maßgeblichen Akteure der stationären Gesundheitsversorgung, teil.

Vor dem Hintergrund der sehr verantwortungsvollen Standortplanung nach der sogenannten politischen Wende (Reduzierung der Standorte von 55 auf 37) ist es in den letzten Jahren zu keiner Standort- bzw. Fachabteilungsschließung gekommen. Gegenwärtig bekannt gewordene Überlegungen seitens der Krankenhausträger, Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin bzw. Fachabteilungen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe zu schließen, erfolgen ausschließlich aus dem Verantwortungsbewusstsein dieser Krankenhausträger, wenn die vorgeschriebenen Qualitätskriterien nicht mehr eingehalten werden können, wie zum Beispiel die Einhaltung des Facharztstandards rund um die Uhr. Die Schließungen erfolgen dann nachvollziehbar und im Interesse des Patientenwohls. Sie werden im Rahmen der Krankenhausplanung besprochen und soweit möglich abgestimmt.

Unter den vorgenannten Voraussetzungen sind die Krankenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern mit hohem persönlichem Engagement aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gefordert, die Ihnen durch die Landeskrankenhausplanung zugewiesenen Versorgungsaufträge zu erfüllen. Vereinzelt auftretende kurzfristige Engpässe sind vor allem dem Personalmangel in Mecklenburg-Vorpommern geschuldet. Auch in diesem Fall versuchen alle Träger durch innovative Konzepte ein Mindestmaß an Versorgung aufrechtzuerhalten.

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?

Grundsätzlich hat jeder Bürger Mecklenburg-Vorpommerns wohnortunabhängig dasselbe Recht auf eine qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung. Dies bedeutet, dass er einen Zugang zu jeder Fachabteilung haben muss. Insoweit müssen alle

Fachabteilungen flächendeckend vorgehalten werden. Die Entfernung zu den Wohnorten kann dabei abhängig von der Fachabteilung und ihrem Anteil an Notfällen sein.

Unter dem Aspekt der sich verknappenden Ressourcen einerseits und dem grundgesetzlich verankerten Gleichbehandlungsgrundsatz andererseits rückt die Zumutbarkeit der Entfernungen stärker in den Fokus und verdrängt dabei die jeweilige Bevölkerungsdichte als Planungsparameter.

Eine Zuweisung einzelner Fachabteilungen ausschließlich zu Zentren ist bereits begrifflich falsch. Beispielsweise können auch in der Peripherie hochspezialisierte Fachkrankenhäuser arbeiten, die nur eine oder zwei Fachabteilungen vorhalten. Insoweit dient die Zentrumsbildung, unabhängig von der jeweiligen Fachabteilung, eher der interdisziplinären abteilungsübergreifenden Behandlung komplexer Krankheitsbilder.

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?

Die Aussage ist richtig. Der Erhalt der Gesundheit ist elementare Voraussetzung für den Erhalt der Leistungsfähigkeit der Gesellschaft. Weiterhin stellt er eine wesentliche Verpflichtung der wirtschaftlich präsenten Generation gegenüber ihren Vorgängern und Nachfolgern da.

Vor diesem Hintergrund muss der Mangel an Fachkräften zwar beseitigt, aber bis zu einer Besserung akzeptiert werden und durch Einsatz innovativer Versorgungskonzepte eine möglichst an Effizienz ausgerichtete Ressourcen-steuerung erfolgen.

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

Die Kriterien sind vielfach und lassen sich nicht nur an den auf Bundesebene vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festgesetzten und von den Fachgesellschaften erarbeiteten Qualitätsparametern prüfen, die in den Qualitätsbüros auf Länderebene überwacht und validiert werden. Jede Region hat ihre spezifischen Eigenheiten, die individuelle Regelungen auf Landesebene erfordern, um das menschliche Naturell der Bürger, besonders im Bereich der Landbevölkerung, die Infrastruktur und politische Strömungen nicht aus dem Blick zu verlieren. Für ein Flächenland ist es deshalb wichtig, für jedes einzelne Fachgebiet die richtige Abwägung aus Qualität und Erreichbarkeit vorzunehmen. Eine medizinische Leistung auf höchstem Niveau nützt dem Bürger unseres Bundeslandes nichts, wenn er diese aus Erreichbarkeitsgründen nicht in Anspruch nehmen kann.

A.2 Detailfragen

I. Stationäre Versorgung

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

Hinsichtlich einer grundsätzlichen Übersicht über die Krankenhauslandschaft in Mecklenburg-Vorpommern verweisen wir auf den aktuellen Krankenhausplan, welcher auf der Homepage des Ministeriums für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit eingesehen werden kann. In den vergangenen Jahren spielte die „Zentrumsbildung“ und die Zuweisung von „Besonderen Aufgaben“ eine wesentliche Rolle in der Krankenhausplanung Mecklenburg-Vorpommerns, die sich auch in den kommenden Jahren fortsetzen wird. Hintergrund dafür war und ist die Bündelung besonderer Expertise. Insbesondere die Zentren sollen den Krankenhäusern in der Peripherie als Kooperationspartner zur Verfügung stehen.

Die größte Herausforderung liegt in der Notwendigkeit des zeitnahen Zuzuges von Fachkräften, um die stationäre Versorgung 365 Tage / 24 Stunden aufrecht erhalten zu können. Entsprechend einer Umfrage der KGMV aus August 2020 fehlen gegenwärtig 295 Ärzte und 385 Pflegekräfte in den Krankenhäusern unseres Landes. Die Qualifizierung des ärztlichen und pflegerischen Personals bei laufendem Betrieb und bestehendem Personalmangel ist in diesem Zusammenhang eine der größten Herausforderungen unserer Krankenhäuser.

Die überdimensionierten Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in seinen Richtlinien zur Krankenhausplanung gefährden eher die Versorgung in unserem Bundesland, da es hier oftmals um eine überdurchschnittlich hohe Anzahl an hochqualifiziertem Personal geht. Die Landesregierung ist unter anderem deswegen gefordert, ihren politischen Einfluss geltend zu machen, um die an Ballungsgebieten orientierte Leistungsplanung des G-BA für Mecklenburg-Vorpommern auszusetzen.

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

Eine wesentliche Herausforderung stellt der Umgang mit den einzelnen sich widersprechenden Aussagen und Planungszielen der föderalen Gesetzgebungskompetenz dar. Während die Bundespolitik, insbesondere über den G-BA, massiv daran interessiert ist, Krankenhäuser zu schließen, versucht die Landespolitik die Aufrechterhaltung einzelner Fachabteilungen anzuweisen. Die Träger der Krankenhäuser stehen in diesem Spannungsfeld vor einer unlösbaren Aufgabe.

Eine weitere wesentliche Herausforderung ist im Fachkräftemangel sowie den sich verändernden Bedürfnissen der Mitarbeiter zu sehen.

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

Das vom zuständigen Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit in Auftrag gegebene IGES-Gutachten aus dem Jahr 2015 stellte bereits sehr konkret dar, dass auf Grund des demografischen Wandels und des weiteren Rückgangs der Anzahl an jüngeren Menschen, insbesondere in den ländlichen Regionen, die aktuelle Bedarfsplanung in der vertragsärztlichen Versorgung deutlich weniger Kinderärzte in der Versorgung in MV vorsieht.

Der Gutachter schlussfolgerte, dass es mit einer deutlich geringeren Anzahl an niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten entsprechend schwieriger sein wird, flächendeckend einen patientennahen Zugang zu den niedergelassenen Praxen zu organisieren. Er erklärte weiterhin, dass in dünner besiedelten Gebieten Kinderarztpraxen kaum noch wirtschaftlich betreibbar seien und dies in ähnlicher Weise auch die Krankenhäuser beträfe. Folglich werde es für kleinere Fachabteilungen in Krankenhäusern immer schwieriger werden, die Mindestanforderung an die Strukturqualität sowie den Facharztstandard zu gewährleisten. In seinem Fazit hieß es dann: „Solange die Strukturqualitätskriterien eingehalten werden, sollte die Entscheidung, auch eine kleine pädiatrische Abteilung am Leben zu halten, mit Blick auf den grundsätzlich politisch gewollten Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern primär den Krankenhausträgern überlassen werden.“

Auf Grund des nicht zur Verfügung stehenden fachärztlichen Personals (weil sich in den vergangenen 30 Jahren auf Grund des demografischen Wandels nur wenige Medizinstudenten für das Fachgebiet Kinder- und Jugendmedizin entschieden haben), handeln die Krankenhausträger verantwortungsvoll, wenn sie wegen einer nicht rund um die Uhr zu gewährleistenden fachärztlichen Besetzung, wie sie von Krankenhäusern gefordert wird, darüber nachdenken, die Fachabteilung vom Netz zu nehmen.

Vorgenannte Aussagen können auf die geburtshilfliche Versorgung übertragen werden. Zusammengefasst kann die Versorgung in beiden Fachgebieten als noch ausreichend bewertet werden. Ohne ein politisches Gegensteuern, welches sich vor allem in der Gewinnung von Personal bei Sicherstellung der dafür notwendigen Finanzierung äußern muss, ist die Versorgung aber gefährdet.

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

Die gewählte Versorgungsform stellt einen Kompromiss aus notwendiger Erreichbarkeit und vorhandenen Ressourcen dar. Eine tagesklinische Struktur, wie jetzt geplant, erscheint vor der Nähe zu pädiatrischen Fachabteilungen umliegender Krankenhäuser als geeignet, kann aber die Inanspruchnahme dieser umliegenden Fachabteilungen auch negativ beeinflussen und daher für diese ein Risiko darstellen.

5. 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?

Inwieweit die vorhandenen Angebote ausreichend sind, liegt vor allem in einer politischen Diskussion hinsichtlich des Leistungswillens und der finanziellen Leistungsbereitschaft einer Gesellschaft begründet. Unter dem gesellschaftlich konstatierten Status quo ist die Flächendeckung gegeben. Eine Reduzierung der Anzahl der Krankenhäuser führt dazu, dass eine wachsende Zahl an Bürgerinnen und Bürgern aus Erreichbarkeitsgründen nicht mehr gleichwertig versorgt werden kann.

Der Begriff der Spitzenmedizin ist in diesem Zusammenhang wenig sachgerecht. Generell erbringen alle Krankenhäuser hervorragende Leistungen. Soweit hier aber auf die Besonderheit einzelner komplexer Krankheitsbilder abgestellt wird, kann die Antwort nicht pauschal gegeben werden. Dabei ist es offensichtlich, dass die Bürgerinnen und Bürger bereits heute nicht mehr alle Leistungen in unserem Bundesland erhalten.

Neben der Frage der Erreichbarkeit hochspezialisierter Leistungen durch den Bürger birgt die Verlagerung dieser Leistungen an ggf. sogar über Bundesländer hinaus agierende Zentren der Großstädte vor allem auch die Gefahr, dass der Arztberuf in unserem Bundesland an Attraktivität verliert.

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

Nein. Vor dem Hintergrund sich weiter verknappender Ressourcen ist den Krankenhausträgern ein hohes Maß an Flexibilität einzuräumen. Die Rahmenplanung unseres Bundeslandes ermöglicht dies. Entscheidend ist, dass die Krankenhausplanung einerseits schneller auf die örtlichen Notwendigkeiten reagiert und andererseits sich auch mit Negativszenarien und deren Lösung für die Fälle beschäftigt, in denen Träger eine Versorgung temporär oder dauerhaft nicht aufrechterhalten können.

Die Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und Planungsbehörde ist durch ein hohes Maß an Kompetenz auf beiden Seiten geprägt. Nachteilig für die Gesundheitsversorgung ist die oft restriktive Haltung der Kostenträger, die die Behörde zu Letztentscheiden zwingt. Ebenso behindert die häufig von mangelnder Sachkenntnis geprägte öffentliche politische Diskussion die Krankenhäuser in ihrer Arbeit und trägt zu einer falschen Wahrnehmung bei.

7. In welcher Form kooperieren Krankenhäuser miteinander und gibt es Versorgungsverbünde?

Die Zahl der Kooperationen ist vielfältig und beginnt beim Austausch von Personal zur übergreifenden Verbundweiterbildung, setzt sich bei Fallkonferenzen, wie z.B. Tumorboards in der Krebsbehandlung oder in der Behandlung von Patienten, die an

strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP) teilnehmen, fort und ist auch in der sektorenübergreifenden Versorgung oder im Bereich der Belegärzte angekommen. Ein weiteres Beispiel stellt die Telemedizin dar, die Befundungen von Fachärzten in der Radiologie, Kardiologie usw. regionenübergreifend ermöglicht, ohne dass Ärzte oder Patienten dafür reisen müssen. In der Spitze gibt es zwischen Krankenhäusern abgestimmte strukturierte Behandlungspfade zur gemeinsamen, hausübergreifenden Patientenbetreuung. Vor dem Hintergrund der aktuellen politischen Diskussion ist es wichtig darauf hinzuweisen, dass vorgenannte Kooperationen sowohl zwischen den Krankenhäusern eines Trägers, als auch trägerübergreifend bestehen.

8. 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?

Die Vorgaben des G-BA gefährden immer mehr die Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern. Die Regelungskompetenz des G-BA ist zugunsten der Länderkompetenz zurückzufahren (s.a. A2 / I. / 1.).

9. Welche Herausforderungen ergaben sich im Jahr 2019 (vor CORONA) aus Ihrer Sicht für die Krankenhäuser und wie wurde diesen begegnet?

Das Jahr 2019 war, wie die Vorjahre auch, durch eine im Grunde nicht ausreichende Finanzierung geprägt. Insbesondere Investitionen in die bauliche Instandhaltung und die Verbesserung der Krankenhausinfrastruktur konnten aufgrund der nicht ausreichenden Förderpolitik des Landes nicht hinreichend umgesetzt werden.

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 Haus- u. Fachärzte / weiteren Behandlern i. d. Fläche**
- **Medikamentenversorgung**

Soweit eine differenziert und fachlich fundierte Aussage zu den vorgenannten Punkten gewünscht ist, sollten hierzu die Experten aller Krankenhäuser befragt werden. Hier möchten wir lediglich anmerken, dass die Medikamentenversorgung immer stärker durch Lieferengpässe geprägt ist.

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

Unter Beachtung der Fläche Mecklenburg-Vorpommerns ist eine Erweiterung des Hubschrauberbestandes ebenso zu prüfen, wie die zusätzliche Planung von Rettungsmitteln zur Kindernotfallrettung und -verlegung.

12. 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 Kliniken in Mecklenburg-Vorpommern versorgen die Patienten bestmöglich. Die Versorgung ist von höchstem Engagement der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei gleichzeitiger Frustration über die Zunahme patientenferner Dokumentationsaufgaben geprägt. Primär haben sich die Kliniken dabei an den zur Verfügung stehenden Finanzmitteln zu orientieren. Diese müssen vor dem Hintergrund steigender Personalkosten und nicht hinreichender Investitionsfinanzierung möglichst sachgerecht verteilt werden.

Bei ihrer Arbeit stehen die Kliniken ebenso im Spannungsfeld zwischen den individuellen Bedürfnissen eines jeden Patienten und der zur Versorgungsqualität notwendigen hohen Prozessstandardisierung. Dabei führen nahezu alle Kliniken Erhebungen zur Patientenzufriedenheit durch. Gleiches gilt für die Kostenträger. Dabei werden flächendeckend gute und sehr gute Werte erzielt.

Der Wettbewerb zwischen den Kliniken führt auch zu einer bewussten Investition der Krankenhausträger in die von Patienten besonders wahrgenommenen „Wohlfühlparameter“. Primär ist aber auch hier das Land durch geeignete Förderung zuständig. Gerade vor den aktuell entstandenen Hygieneanforderungen ist eine flächendeckende Versorgung in Ein- und Zweibettzimmern zu gewährleisten. Hierfür müssen erhebliche Investitionsmittel zur Verfügung gestellt werden.

13. Welche Weiterbildungsmaßnahmen bestehen für das medizinische und pflegerische Personal im Hinblick auf Verständlichkeit und Patientenorientierung in der Kommunikation?

Zwischenzeitlich ist auch dieser Fortbildungsbedarf in allen Kliniken angekommen. Häufig wird der Fortbildungswunsch durch das medizinische Personal selbst geäußert. Insbesondere werden entsprechende Kommunikationsfortbildungen mit Bezug auf alltägliche Konfliktsituationen angeboten.

14. 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

Soweit eine differenziert und fachlich fundierte Aussage zu den vorgenannten Punkten gewünscht ist, sollten hierzu die Experten aller Krankenhäuser befragt werden. Generell stellt die unzureichende Erreichbarkeit über den ÖPNV eine Herausforderung für mehrere kleine Krankenhäuser in der Fläche dar.

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

Die Probleme vor Ort sind unterschiedlich. Ungeachtet aller gesetzlichen Regelungen ist insbesondere das Entlassmanagement von der Notwendigkeit einer kooperativen menschlichen Zusammenarbeit zwischen den an der Versorgung Beteiligten geprägt. Offensichtlich ist aber der Mangel an Kurzzeitpflegeplätzen in unserem Bundesland. Hier ist den Krankenhäusern die Möglichkeit zu geben, selbst Kurzzeitpflege in freien Betten anzubieten.

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?

Die KGMV verfügt über keine Erkenntnisse in der Zusammenarbeit der einzelnen Krankenhäuser und der ortsansässigen Patientenorganisationen. Auf der Verbandsebene sind die Patientenorganisationen in die Qualitätssicherung eingebunden.

Wir weisen darauf hin, dass nach allgemeinem wissenschaftlichen Standard eine Wissensasymmetrie zwischen Arzt und Patienten über das jeweilige Krankheitsbild und auch die Behandlung besteht. Insoweit bedarf es eines besonderen Maßes an Vertrauen.

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?

Eine Pauschalaussage über alle Tageskliniken hinweg ist nicht hilfreich. Sobald eine Tagesklinik im somatischen Bereich einen über ihre Platzzahl hinausgehenden

Versorgungsbedarf erkennt und diesen lt. Krankenhausplan für 12 Monate entsprechend der Auslastung nachweist, kann der zusätzliche Bedarf an Tagesklinikplätzen beantragt werden. Die zusätzlichen Kapazitäten werden dann in der Regel sehr zeitnah genehmigt. Das dazu im Psychiatrischen Bereich eingeführte Amtsverfahren, hier also ohne Antragstellung, ist nicht förderlich, da in der Praxis die zu genehmigenden zusätzlichen Kapazitäten ca. 10 Monate nach Feststellung rückwirkend genehmigt werden. Aufgrund dieses zeitlichen Verzuges kommt es zu einer verzögerten Reaktion des Angebotes auf die Nachfrage und stellt für den Fall, dass mit der Kapazitätserhöhung auch investive Maßnahmen verbunden sind, ein weiteres Problem dar.

Besonders problematisch ist die Errichtung von neuen Tageskliniken. Hier sind die Vertreter der Krankenkassen oftmals die Verhinderer und bezweifeln den Bedarf.

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 Krankenhäuser unseres Bundeslandes verfügen über individuelle Konzepte. Inwieweit die Patientenorganisationen hier eingebunden sind, entzieht sich unserer Kenntnis.

II. Ambulantisierung

1. Welches Ambulantisierungspotential sehen Sie bei stationären Behandlungen?

Eine weitergehende Ambulantisierung beinhaltet bei vielen Eingriffen das Risiko der fehlenden Notversorgung bei unerwarteten Behandlungskomplikationen. Ebenso sind die ambulanten Versorger, insbesondere in der Pflege, bereits an ihre Kapazitätsgrenze angekommen. Die Krankenhausgesellschaft steht daher der Verlagerung weiterer Leistungen in den ambulanten Bereich kritisch gegenüber.

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.

Das restriktive Verhalten bei der Vergabe von Institutsermächtigungen behindert die Universitätsklinik in der Gestaltung der Versorgung. Mit lediglich temporären persönlichen Ermächtigungen sind Spezialisten nicht haltbar. Gleichzeitig ist die Versorgung zwingend notwendig, da im niedergelassenen Bereich häufig keine kurzfristigen Termine verfügbar sind oder das Angebot gar nicht besteht.

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

Die Öffnung der Krankenhäuser für eine umfassende ambulante Versorgung wird dauerhaft zur Aufrechterhaltung einer wohnortnahen fachärztlichen Versorgung erforderlich sein. Aufgrund des restriktiven Vergabeverhaltes im ambulanten Sektor sollte gesetzlich eine automatische Ermächtigung zur Leistung erfolgen, sobald eine an objektiven Kriterien messbare Unterversorgung besteht oder eine hinreichende Zahl von Patienten sich über fehlende zeitnahe Termine beklagt.

III. Ambulante Versorgung

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

Die Kliniken können dies bereits heute über Kooperationsverträge ermöglichen. Allerdings haben die Einführung der §§ 299a und 299b StGB und § 31 der Muster-Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä) hier restriktive Folgen gehabt. Vor dem Hintergrund eines theoretisch konstruierbaren Zusammenhangs zwischen gemeinsamer Gerätenutzung und der Einweisung von Patienten kann das gemeinsame Versorgungspotential derzeit nicht voll umfänglich gehoben werden.

Insbesondere die aufgrund unsauberer Gesetzesformulierungen und fehlender Rechtsprechung bestehende unklare Situation hat teilweise zur Beendigung sinnhafter Kooperationen geführt.

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?

Die Erreichbarkeit und die Wartezeiten an Wochenenden sowie in der Nacht sind in den Krankenhäusern häufig besser. Insbesondere für Urlauber sind die Wege zum diensthabenden KV-Arzt wenig nachvollziehbar, wenn eine Krankenhausambulanz in der Nähe ist. Entsprechend wird das Angebot auch durch die Tourismusbetriebe kommuniziert.

Grundsätzlich muss unterstellt werden, dass das subjektive Empfinden des Patienten immer häufiger eben nicht von einer Bagatellerkrankung ausgeht. Im Krankenhaus rechnet er mit dem Vorhandensein eines für seine Erkrankung geeigneten Facharztes. Hier liegt aus Perspektive des Patienten ein Problem im fachübergreifenden niedergelassenen KV-Dienst. Krankheitsbild und Facharztrichtung des diensthabenden Arztes passen im Bereitschaftsdienst nicht immer zueinander, was zu Zeitverlusten und Negativerfahrungen führt. Im Ergebnis entscheidet sich daher eine wachsende Zahl der Patienten im Notfall vorsorglich gleich die Krankenhäuser aufsuchen.

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?

Während die Zusammenarbeit mit den Fachbehörden grundsätzlich positiv zu bewerten ist, stellen sich die öffentlich-politischen Schnellschüsse eher nachteilig für die Entwicklung des Gesundheitsstandortes MV dar. Seitens der Krankenhäuser wird die kurzfristige Interaktion ohne hinreichende Prüfung der fachlichen Fakten bemängelt.

Die derzeit öffentlich stattfindende Diskreditierung einzelner Trägergruppen ist ebenso wenig hilfreich für die Entwicklung der Krankenhausstandorte. Das richtige Maß aus

Innovation, Effizienz und Patientenfürsorge entsteht durch die Mitwirkung der verschiedenen Träger im Bundesland. Auf diese Trägervielfalt sollte daher geachtet werden.

Die Zusammenarbeit im ambulanten Bereich ist von tradierten Verhaltensmustern geprägt, die nur durch eine Änderung der Gesetzgebung und einer echten Öffnung des ambulanten Sektors für die Krankenhäuser aufgebrochen werden kann.

4. Welche Bedeutung haben gegenwärtig Krankenhausapotheken bei der Medikamentenversorgung?

Sie sind gemäß der Verträge nach § 129a SGB V deutlich preiswerter als die öffentlichen Apotheken.

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?**

Hier verweisen wir grundsätzlich auf unsere Antworten in den vorherigen Fragen.

Insbesondere die Gefahr der Unterstellung, womöglich verdeckte Einweiserpauschalen zu zahlen, erschwert die Zusammenarbeit erheblich. An den Stellen, wo der Gesetzgeber auf Bundesebene Kooperationen vorschreibt, sind zudem die Struktur- und Prozessvoraussetzungen zur Leistungserbringung so einschränkend durch den G-BA geregelt, dass die Leistungserbringung im Rahmen von Kooperationen an den bürokratischen Vorgaben scheitert. Das prominenteste Beispiel hierfür findet man wohl im § 116b SGB V, der die ambulante spezialfachärztliche Versorgung definiert. Die korsettartigen Voraussetzungen haben dazu geführt, dass in M-V nicht eine einzige Kombination aus niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern dazu existiert. Selbst wenn sie gelänge, ist die Finanzierung nicht ausreichend geregelt und muss im Nichteinigungsfall von einem noch zu bildenden sektorenübergreifenden Schiedsgremium gem. § 89a SGB V festgesetzt werden.

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

Eine breite Ermächtigung der Krankenhäuser für die fachärztliche ambulante Versorgung würde die Situation verbessern. Gleichzeitig sollten niedergelassene Ärzte für gemeinsame sektorübergreifende Rufbereitschaftsdienste zur Verfügung stehen, um an kleineren Standorten eine Notfallversorgung zu Unzeiten für beide Bereiche effizient sicherzustellen.

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

Ja.

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 verbundenen Fachstationen sind davon unmittelbar betroffen. Welche Diagnosen/Krankheitsbilder betrifft es besonders?**

Das Angebot an Kurzzeitpflegeplätzen aber auch das Angebot an ambulanter und stationärer Langzeitpflege sowie hauswirtschaftlichen Diensten ist aufgrund des Personalmangels unzureichend.

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

Dies ist stark abhängig vom Fachgebiet. In einzelnen fachärztlichen Bereichen kann das Angebot von Spezialsprechstunden die Versorgung verbessern und gleichzeitig das Berufsbild des Arztes in der Rehabilitation attraktiv gestalten.

VI. Rettungsdienst

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

Derzeit besteht keine hinreichende Personalkapazität zur ärztlichen Begleitung von Verlegungsfahrten. Vor dem Hintergrund eines Flächenlandes ist die Versorgung mit Verlegungshubschraubern, ggf. auch gesondert für Kinder- und Jugendliche, verstärkt zu prüfen.

VII. Patientenorientierung

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

Bereits beantwortet – siehe Frage A.2 I Nr.12

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

Mit dem Patientenrechtegesetz wurde 2014 das Patientenorientierte Beschwerdemanagement verpflichtend eingeführt. Diese Vorgabe wurde zunächst in den „Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (KQM-RL)“ aufgenommen. Diese Richtlinie ist seit dem 16. November 2016 durch die sektorenübergreifende „Qualitätsmanagement-Richtlinie“ (QM-RL, Stand: 17. Dezember 2015 – in Kraft getreten am 16. November 2016) des G-BA über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte sowie zugelassene Krankenhäuser“ ersetzt worden. Vor der Nichtbeanstandung dieser Richtlinie durch das BMG würdigte das Ministerium die Bedeutung des Patientenorientierten Beschwerdemanagements und hob die Verpflichtung für Krankenhäuser noch einmal hervor.

Im Jahre 2017 hatte der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigte für Pflege, Herr Staatssekretär Karl-Josef Laumann, eine Studie in Auftrag gegeben, mit der geprüft werden sollte, wie die gesetzlichen Vorgaben in den stationären Einrichtungen umgesetzt werden. Mit dieser Aufgabe war das AQUA-Institut in Göttingen (Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH) beauftragt worden. Die Ergebnisse der Studie legen u.a. dar, dass bundesweit in den erfassten Krankenhäusern das Beschwerdemanagement weitgehend implementiert ist und ca. 90 % der Kliniken über strukturierte und / oder schriftlich niedergelegte Prozessabläufe verfügen.

Auch gemäß § 7 Abs. 1 des Landeskrankenhausgesetzes M-V haben die Krankenhäuser Vorkehrungen für die Entgegennahme und Bearbeitung von Patientenbeschwerden durch organisatorisch konkret benannte Stellen getroffen, die in der Regel mit allgemein anerkannten Einrichtungen der Gesundheitsvorsorge und des Patientenschutzes sowie der Selbsthilfe eng zusammenarbeiten. Den Patientinnen und Patienten ist es dabei unbenommen, weitere Beschwerden zu führen.

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?**

Erster Ansprechpartner sollte stets das Krankenhaus sein. Ein direktes Gespräch zwischen betroffenen Patienten und verantwortlichem Arzt ist der bereits beschriebenen Vertrauenssituation angemessen.

Die Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern GbR ist zudem ein wichtiges Element der vorgerichtlichen Fallklärung.

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?

Die KGMV ist Mitglied der Deutschen Krankenhausgesellschaft, die ihrerseits Vereinsmitglied und Förderer des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS) ist. Über die verschiedenen Arbeitsgruppen ist die KGMV damit beteiligt. Alle Informationen und Veranstaltungen des APS werden den Krankenhäusern im Land über den Newsletter der KGMV zur Kenntnis gegeben.

5. Inwieweit ist der KGMV 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?

Die KGMV steht allen Patientenorganisationen als Ansprechpartner zur Verfügung. Bedarfsgerecht wird auf alle Anfragen reagiert und ggf. auch die Vermittlung an vor Ort tätige Akteure vorgenommen. Im Rahmen der strukturierten Qualitätssicherung gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V sind die nach der Patientenbeteiligungsverordnung nach § 140g SGB V anerkannten Organisationen in den zuständigen Lenkungsorganen und Fachgruppen zu beteiligen. Auf Landesebene erfolgt die Abstimmung hierzu mit der Koordinierungsstelle Patientenbeteiligung bei der Selbsthilfe Mecklenburg-Vorpommern e.V.

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

Die grundsätzliche Zusammenarbeit sollte anlassbezogen mit der / den jeweils zuständigen Organisationen erfolgen, wie am Beispiel der strukturierten Qualitätssicherung erläutert (siehe Frage 5). Weitere Zusammenarbeit besteht darüber hinaus im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V. Weiterhin erfolgt ein intensiver Austausch bei der Klinischen Krebsregistrierung.

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

Das Entlassmanagement im Krankenhaus nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement) erfordert bei Bedarf eine umfassende Anschlussversorgung der Patientinnen und Patienten. Dies umfasst auch die Kontaktaufnahme und Terminvereinbarung mit Selbsthilfegruppen, sofern von den Patientinnen und Patienten gewünscht. Dazu gibt es einen regen Informationsaustausch zwischen den Selbsthilfegruppen und den Sozialdiensten der Krankenhäuser.

8. Wie unterstützt die Krankenhausgesellschaft die Koordinierung der Patientenvertretung in M-V, die seit 2004 ehrenamtlich beim Dachverband SELBSTHILFE M-V erfolgt?

Die Unterstützung erfolgt vornehmlich in der Qualitätssicherung (siehe Folgefrage).

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

Die Koordinierungsstelle Patientenbeteiligung bei der Selbsthilfe Mecklenburg-Vorpommern e.V. erhält im Rahmen der strukturierten Qualitätssicherung alle Informationen über bestehende Beteiligungsmöglichkeiten. Darüber hinaus erhalten die Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter die Möglichkeit zur Fortbildung und können Reisekosten nach dem Landesreisekostengesetz abrechnen.

10. 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?

Die Notwendigkeit der Verbesserung setzt einen objektiven Mangel voraus. Insoweit ist eine Pauschalaussage nicht hilfreich. Die KGMV unterstützt die Patientenorganisationen gerne bei der Arbeit vor Ort in Kooperation mit dem jeweiligen Krankenhaus.

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?**

Vereinzelte Fehlanreize dürfen nicht über die Leistungsfähigkeit des Systems hinwegtäuschen. Problematisch ist vor allem die Aushebelung des Systems durch verschiedene eingreifende Momente. Neben der Ausgliederung der Pflege aus dem System, erfolgt eine ständige Beschränkung der Leistungserbringung durch den G-BA und die Kostenträger. Die Ex-post Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherungen (MDK) verhindern das Ankommen der im DRG System zur Verfügung stehenden Mittel bei den Krankenhäusern.

Die Schwierigkeit des Systems liegt für die Krankenhäuser in M-V in seiner mengenorientierten Pauschalkalkulation. Zur wirtschaftlichen Aufrechterhaltung der Arbeitsfähigkeit von Fachabteilungen hinsichtlich der notwendigen personellen und sachlichen Ressourcen ist aufgrund des bundesweit einheitlichen Pauschalensystems eine Fallzahl erforderlich, die in vielen Abteilungen im MV so nicht mehr dauerhaft geleistet werden kann. Die hier ursächlich angesiedelte Logik der Mengenkonzentration auf größere Abteilungen geht zu Lasten der flächendeckenden Versorgung.

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?**

Das Vergütungssystem muss die Besonderheiten eines Flächenlandes besser abbilden. Während es eine Rabattierung der Vergütung bei hohen Mengenzahlen bereits grundsätzlich ermöglicht, fehlt es an einer mengenunabhängigen Basisfinanzierung für Fachabteilungen, die aufgrund der Fläche unseres Bundeslandes zwar in bestimmten Regionen notwendig sind aber keine wirtschaftlichen Mengen erreichen.

Die Ausweitung von Sicherstellungszuschlägen auf alle Fachabteilungen in der Fläche kann ein erstes Mittel sein – jedoch nur, wenn im Gegenzug keine Kürzung des Landesbasisfallwertes erfolgt.

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?**

Die GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) bildet die Grundlage für die Abrechnung der Vergütung von privatärztlichen Leistungen. Mit dem pauschalisierten Entgeltsystem werden die allgemeinen voll- und teilstationären Krankenhausleistungen für einen Behandlungsfall vergütet. Die Vergütung bildet die betrieblichen Kosten eines Krankenhauses ab. Als Betriebskosten gelten im Wesentlichen die Personalkosten (berufsgruppenübergreifend), Sachkosten und Infrastrukturkosten. Zudem ist das G-DRG System einem stetigen Anpassungsprozess unterworfen, um mögliche Fehlanreize

durch eine systematische Übervergütung im voll- und teilstationären Sektor zu analysieren und geeignete Maßnahmen zum Abbau zu ergreifen (Vgl. § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz).

Die GOÄ ist in ihrer Systematik nicht für den stationären Sektor ausgelegt, da sie die Komplexität der stationären Versorgung insbesondere hinsichtlich der nichtärztlichen Berufsgruppen nicht abbildet.

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?

In MV haben 24 Krankenhausstandorte für 2020 einen Sicherstellungszuschlag erhalten. Prozentual ist dies die höchste Quote aller Bundesländer. Insofern tragen die neu eingeführten Sicherstellungszuschläge erheblich zur Sicherung der Versorgung bei. Eine Ausdifferenzierung nach bestimmten Fachabteilungen ist hilfreich. Die Sicherstellungszuschläge könnten perspektivisch in eine grundsätzliche mengenunabhängige Basisfinanzierung überführt werden.

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?

Insbesondere die Ausbildungs- und Weiterbildungsaufgaben sind nicht hinreichend im klinischen Vergütungssystem abgebildet. Ebenso fehlen diese bei der Kostenerstattung für Forschung und Lehre. Insbesondere hier wird die Entwicklung von hochspezialisierter Spitzenmedizin, die neben der Versorgungsbedeutung erheblich für Attraktivität des Gesundheitsstandortes MV wichtig ist, blockiert.

Weitere Ausführungen werden hier die beiden Universitätsklinika direkt vornehmen.

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

Hinsichtlich der Vergütung der Behandlung verweisen wir auf unsere vorherigen Antworten sowie auf Frage 8 dieses Komplexes.

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?

Eine Zersplitterung des DRG-Systems in weitere Subsysteme führt lediglich zu mehr Verwaltungsaufwand und einem höheren Konfliktpotential. Die Zuordnung der

fachabteilungsübergreifenden Kosten in die dann möglichen verschiedenen Vergütungssysteme stellt eine nahezu unlösbare Herausforderung dar. Diese Kostenzuordnung ist bereits Hauptdiskussionspunkt in den aktuellen Abgrenzungen zwischen Pflegebudget und allgemeinen Krankenhauskosten. Die Ergänzung des bestehenden Systems um eine mengenunabhängige Basisfinanzierung für ausgewählte Fachabteilungen wäre für Mecklenburg-Vorpommern sicher hilfreicher.

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

Vor dem Hintergrund der hohen Investitionsquote nach der Wiedervereinigung sind 30 Jahre danach erhebliche Finanzmittel zur Sanierung der zwischenzeitlich 25 Jahre alten Gebäudestrukturen erforderlich. Zusätzlich sind Investitionsmittel für den medizinischen technischen Fortschritt erforderlich. Das Land ist gefordert, die Einzelfördermittel jährlich um 30 Mio. Euro aufzustocken. Die Co-Finanzierung der Länder für den Krankenhausstrukturfonds und den Zukunftsfonds sind ohne Beteiligung der Träger zu übernehmen.

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

Aus Sicht der Krankenhausgesellschaft kann keine Obergrenze gezogen werden.

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?

Im stationären Bereich ist diese Zweiteilung in Mecklenburg-Vorpommern nachrangig. Zum einen sind die Patientenanteile nicht signifikant, zum anderen sind die Vergütungen im Rahmen der DRG-Abrechnung grundsätzlich identisch. Die Vorteile der privaten Krankenversicherung liegen hier eher im Bereich der Komfortmerkmale.

11. Wie stehen Sie zur Vielfalt der Krankenkassenlandschaft?

Grundsätzlich ist auch ein Wettbewerb zwischen den Krankenkassen hilfreich für die Entwicklung der Versorgungsqualität. Die Ausdifferenzierung ist aber zu weit fortgeschritten. Analog der Vorgaben über gewisse Leistungsmengen im Krankenhaus könnten Mindestvorgaben für die Versichertenzahl das System deutlich verschlanken.

IX. Telemedizin / Datenschutz

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

Der Einsatz der Telemedizin könnte weiter fortgeschritten sein, wenn einerseits mehr Fördermittel zur Verfügung stünden und andererseits eine Standardisierung der Kommunikationsschnittstellen vorgegeben werden würde.

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

Beide Sektoren sind durch ein Anbieteroligopol der IT-Firmen geprägt. Ohne staatliche Eingriffe explodieren die Kosten. Eine Standardisierung ist erforderlich.

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

Die Anschlussmöglichkeit der Krankenhäuser an stabile Datenleitungen mit höchsten Upload-Geschwindigkeiten und Mengen ist nicht flächendeckend gegeben. Auch die Kostensituation ist gerade für kleine Krankenhäuser unbefriedigend. Über ein Landesprojekt könnten flächendeckend ausschließlich für Krankenhäuser zur Verfügung stehende Direktleitungen zum nächsten „schnellen“ Anschlusspunkt kostenfrei ermöglicht werden.

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

Da sich die Frage an die einzelnen Kliniken richtet, verzichtet die KGMV auf eine detaillierte individuelle Beantwortung. Ggf. könnte die Ansiedlung eines Telemedizin-Zentrums bei einem Maximalversorger den Zugang der peripheren Krankenhäuser zur telemedizinischen Fachexpertise erleichtern.

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 Anforderungen sind gesetzlich normiert. Die Krankenhäuser verfügen über einen Datenschutzbeauftragten. Dies ist gegenüber den Patienten dokumentiert. In der Regel werden die Hinweise mit dem Behandlungsvertrag zur Verfügung gestellt. Der Landesdatenschutzbeauftragte hat bereits einzelne Krankenhäuser auditiert. Die Zusammenarbeit mit der Behörde ist sehr ergebnisorientiert und positiv.

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?

Siehe Frage 5. Zusätzlich sind diverse zertifizierte Datenschützer in die Prozesse eingebunden.

X. Fachkräfte/ Personalressourcen

1. Wie beurteilen Sie die aktuelle Fachkräftesituation im ärztlichen und pflegerischen Bereich und deren Folgen für die Krankenhäuser im Land?

Die Situation ist unzureichend. Perspektivisch steuert Mecklenburg-Vorpommern auf den Versorgungskollaps zu. Derzeit können die Krankenhäuser fast 300 Arztstellen nicht besetzen. In der Pflege ist die Situation mit fast 400 offenen Stellen wenig besser. Aufgrund der gesetzlichen Systematik führt diese Situation bereits zu Leistungseinschränkungen in einzelnen Fachgebieten.

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

Zur Steigerung der Anzahl der Ärzte in Weiterbildung zum Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin und damit zu einer mittelfristigen Erhöhung der Anzahl der Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin in MV wird die KGMV in den kommenden Tagen ein detailliertes Konzept vorlegen.

In den Vorjahren hat die KGMV gemeinsam mit Personalvermittlungsagenturen und dem LAGuS Jobbörsen in Österreich, Tschechien und Bulgarien organisiert, um von dort Ärzte für M-V zu gewinnen. Auch mit dem Verein „genres-Gesellschaft für nachhaltige Regionalentwicklung und Strukturforchung e.V.“ steht die KGMV im Kontakt zur Personalrekrutierung. Bewährt haben sich überdies die Med-Ahoi-Touren, in denen Studenten sich ihre Wunschtouren durch in M-V verortete Krankenhäuser zusammenstellen lassen können, um Arbeitgeber in der Region kennenzulernen und sich auf diesem Wege für ein Beschäftigungsverhältnis im Land zu entscheiden. Zahlreiche Initiativen zur Gewinnung von Pflegekräften aus dem Ausland und das Bemühen um eine Anerkennung der ausländischen Bildungsabschlüsse durch unser Bundesland runden das Strategiespektrum ab.

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?

Die Maßnahmen sind aufgrund der Anzahl der offenen Stellen nicht ausreichend. Die KGMV wird insbesondere in der Pädiatrie mit einem ersten eigenen Konzept die Landesregierung zur Intensivierung auffordern.

In der Vergangenheit ist es nicht selten vorgekommen, dass Ärzte, die in MV zu lange auf ihre Facharztprüfung warten mussten das Land verlassen haben. Das Gleiche gilt, wenn bestimmte Fortbildungen in MV nicht angeboten wurden. Die Anerkennung ausländischer Fachkräfte erfolgt in MV besonders langsam und restriktiv. Hier muss die Landesregierung mit den betroffenen Verbänden und Kammern auf eine zeitnahe Verbesserung hinwirken.

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?

Wie bereits in unserer Antwort zu Frage 1 beschrieben, fehlen nahezu 300 Ärzte in den Krankenhäusern Mecklenburg-Vorpommerns, davon 37 Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, 23 Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie 7 Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.

Grundsätzlich werden zu wenig Mediziner ausgebildet. Nur ein Überangebot an Arbeitskräften führt zu einer Besetzung von weniger attraktiven Stellen. Aufgrund der zu geringen Anzahl an eigenen Landeskindern ist Mecklenburg-Vorpommern auf den Zuzug von Arbeitskräften angewiesen. Die allgemeine Einkommenssituation in unserem Bundesland ist hier im Wettbewerb wenig hilfreich. Insbesondere Studierende aus anderen Bundesländern verlassen unser Land innerhalb der ersten Arbeitsjahre nach dem Studium und kehren in ihre Heimat zurück.

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

Nein. In allen wesentlichen Bereichen werden mehr Stellen angeboten, als besetzt werden können. Die Restriktionen der Vergangenheit sind ursächlich für den heutigen Mangel.

Bei Medizinstudienplätzen ist die Zahl der Studierenden aus dem eigenen Bundesland signifikant zu erheben.

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

Diese Frage wurde bereits teilweise beantwortet. Ursächlich ist häufig die eigene Herkunft. Ärzte gehen oft nach der eigenen Familiengründung zurück in die Heimat. Ebenso stellt der Mangel an attraktiven Subspezialisierungsmöglichkeiten einen Grund für eine Stellensuche in anderen Bundesländern dar.

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?**

Insbesondere die Erkenntnis über die Notwendigkeit der Vorhaltung von freien Kapazitäten gebietet der ständigen Bettenkürzungsdiskussion Einhalt und ist zu begrüßen.

Während die politisch Verantwortlichen zunächst von pragmatischem Handeln geprägt waren, hat mit zunehmender Beruhigung der Situation dieser Pragmatismus erheblich nachgelassen. Jegliche Neuerungen sind von einem überdimensionalen Verwaltungsaufwand geprägt. Die praktische Perspektive fehlt. Politische Pauschalankündigungen werden im verordnungstechnischen Teil aber ad absurdum geführt.

Die Flexibilisierung des Arbeitszeitgesetzes ist ein positives Beispiel für Zeiten nach der Pandemie. Die Aussetzung jeglicher restriktiver Personaluntergrenzenverordnungen etc. sollte unbefristet bestehen bleiben.

B. Gesamteinschätzung/ Bewertung

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

Die Versorgung in unserem Bundesland ist grundsätzlich gewährleistet. Das Gefahrenpotential möchten wir mit einem „Bild“ aus der Seefahrt beschreiben.

Die „Mecklenburg-Vorpommern“ schwimmt. Die vereinzelt durch kleinere Lecks eintretenden Wellen sind ein Zeichen dafür, dass unser Schiff nur noch knapp über der Wasserlinie fährt. Das Hineinschwappen einzelner Wellen führt ohne entsprechende Gegenmaßnahmen zur weiteren Abnahme der Schwimmfähigkeit. Das Schiff droht unterzugehen. Daher sind prioritäre Gegenmaßnahmen zur Sicherung der Schwimmfähigkeit unseres Schiffes erforderlich.

Vordergründig sehen wir in der schnelleren Anerkennung von ausländischen Berufsabschlüssen und der Verbesserung der ärztlichen Weiterbildung in der Pädiatrie sofortigen Handlungsbedarf.

Der Fachmeinung der Krankenhausträger ist bei zukünftigen Entscheidungen über die Standorte einzelner Fachabteilungen mehr Gehör zu schenken. Dies gilt insbesondere vor Beginn öffentlicher Diskussionen.

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

Im stationären Sektor wird die flächendeckende Versorgung fachabteilungsbezogen über Erreichbarkeiten definiert (siehe Frage 2 zu A1). Eine Überversorgung ist nicht erkennbar.

Im ambulanten Sektor ist ein Einbruch der fachärztlichen Versorgung in den kleineren Städten mit einer Verlagerung der Sitze in Ballungsgebiete oder (aufgrund planungsrechtlicher Vorgaben) in deren Nähe zu beobachten. Die langen Wartezeiten bei der Terminvergabe in einzelnen Fachrichtungen können ein Indiz für eine beginnende Unterversorgung sein.

- 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 Pauschalaussage ist hier lediglich in einem Bereich indiziert. In Mecklenburg-Vorpommern sind nicht genügend Fachkräfte (für alle Berufsgruppen des Krankenhauses) verfügbar.

C. Zukunftsansätze

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

Eine konsequente Planungsdiskussion mit den betroffenen Trägern sowie trägerübergreifende abgestufte Versorgungskonzepte könnten einen Beitrag leisten. Die Öffnung der Krankenhäuser für die fachärztliche ambulante Versorgung kann diese in der Fläche verbessern.

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?**

Während die Versorgungskapazität in der Altersmedizin wachsen muss, sind einige Fachbereiche, wie beispielsweise die Kinder- und Jugendmedizin an kritischen Kleinstgrößen angekommen. Politisch muss die Entscheidung getroffen werden, welche medizinische Leistung in welcher Erreichbarkeit gewährleistet sein soll.

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?**

Aus stationärer Sicht ist der Ansatz nicht hilfreich. Die im Rahmen der Krankenhausplanung auf das Land ausgedehnte Betrachtung ist der richtige Weg. Lediglich hinsichtlich einer Öffnung der ambulanten Versorgung für die Krankenhäuser ist eine kleinräumige Betrachtung indiziert. Hier sind die Planungsbereiche der Kassenärztlichen Vereinigung grundsätzlich angemessen. Ungeachtet dessen muss der Konzentration einzelner Facharztstühle auf ausgewählte mittelgroße Städte entgegengewirkt werden.

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?**

Die Zusammenarbeit mit dem zuständigen Ministerium ist gut. Vereinzelt ist eine Abstimmung von Verordnungen und Erlassen vor Veröffentlichung hilfreich, um unnötige Kritik und daraus resultierenden Veränderungsbedarf zu vermeiden. Hierfür steht die KGMV immer zur Verfügung. Auch die Zusammenarbeit zwischen den Berufsverbänden innerhalb der Krankenhauslandschaft ist von einer hohen Funktionalität geprägt und wird anlassbezogen intensiviert.

Traditionell gestaltet sich die Zusammenarbeit mit den Kostenträgern und den Vertretern der anderen Leistungserbringer nicht reibungslos. Insbesondere mit den Kostenträgern ist sie ungeachtet der verschiedenen Perspektiven seitens der KGMV von Vertrauen geprägt.

Eine wesentliche Hürde für eine bessere Zusammenarbeit stellt die im SGB V und angelehnten Gesetzen verankerte sektorale Trennung dar, die den örtlichen Vertretern nur wenig Handlungsspielraum lässt.

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

Dies ist eine besondere Herausforderung für Mecklenburg-Vorpommern. Während anderenorts vielfach noch über die qualitative Verbesserung von Angeboten durch die Schaffung / Erhöhung von Mindestmengen vor dem Hintergrund einer hohen Bevölkerungsdichte diskutiert werden kann, stellt sich für unser Bundesland häufig schon die Frage, ob die Leistung überhaupt noch angeboten werden kann. Hier muss MV auf eine höhere Länderkompetenz gegenüber dem G-BA hinwirken. (siehe auch Frage 1 zu A2)

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

Durch eine konsequente Gestaltung und Finanzierung der Erbringung ambulanter Leistungen im fachärztlichen Bereich (institutioneller Ermächtigung) sowie eine auskömmliche Finanzierung der Behandlung ambulanter Notfälle an allen Krankenhäusern.

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

Vor dem Hintergrund der kurzen Frist war eine Abfrage hierzu bei den Krankenhäusern leider nicht möglich.

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 Frage 2 V.

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

Siehe Frage 1 VI.

- 10. Welche Versorgungsformen, ggf. auch in Kombination, könnten aus Ihrer Sicht eine gute Lösung für Mecklenburg-Vorpommern, insbesondere den ländlichen Raum sein? Wie beurteilen Sie in diesem Zusammenhang das MVZ? Gehen Sie dabei auf die verschiedenen Formen (kapitalgesteuert, kommunal u.a.) ein.**

Grundsätzlich gelten hier unsere bereits zu vorangestellten Fragen gegebenen Antworten. Eine weitere Verdichtung wird der Bedeutung dieser Frage nicht gerecht. Die Medizinischen Versorgungszentren gewinnen an Bedeutung für die ambulante Versorgung. Sie ermöglichen es derzeit Krankenhausärzten auch anteilig ambulant tätig zu sein und damit die regionale Versorgung zu verbessern.

Die Trägerschaft von MVZs sollte auf niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser und Kommunen begrenzt sein, da bei diesen Beteiligten der Versorgungsgedanke im Vordergrund steht. Finanzinvestoren sind als Träger abzulehnen.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde bei Personenbezeichnungen und personenbezogenen Hauptwörtern in der Regel die männliche Form verwendet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter. Die verkürzte Sprachform hat nur redaktionelle Gründe und beinhaltet keine Wertung.

10 Minuten für 10 zentrale Botschaften!

zur Gesundheitsversorgung in M-V



- 1 Alle 37 Krankenhäuser sind bedarfsnotwendig!**
- 2 Versorgungsplanung muss die Interaktion der Krankenhäuser berücksichtigen!**
- 3 Das Dreieck aus Qualität, Menge und Erreichbarkeit richtig verstehen!**
- 4 Fachkräftegewinnung statt Trägerdiskussion!**
- 5 Positionierung gegenüber dem BMG und dem G-BA zur Stärkung der Landeshoheit über die Krankenhausplanung!**
- 6 Spezialisierung stärken und Versorgung in der Fläche sichern!**
- 7 Flexibilität der Krankenhäuser erhalten statt einschränken!**
- 8 Für den Notfall auf der sicheren Seite!**
- 9 Telemedizin - Den Subspezialisten zum Patienten bringen!**
- 10 Die besondere Situation der Kinder und Familien berücksichtigen!**

**Krankenhausgesellschaft
Mecklenburg-Vorpommern e.V.**
Wismarsche Straße 175, 19053 Schwerin