

Landtag Mecklenburg-Vorpommern

7. Wahlperiode
Enquete-Kommission
„Zukunft der medizinischen Versorgung
in Mecklenburg-Vorpommern“
- Der Vorsitzende -

Landtag Mecklenburg-Vorpommern,
Lennéstr. 1 (Schloss), 19053 Schwerin

Chirurgische Praxisklinik Schwerin
Mitte Herrn Dr. Andreas Oling
Graf-Schack-Allee 20
19053 Schwerin

Telefon Sekretariat: 0385 525-1610/1612
Telefax Sekretariat: 0385 525-

[E-Mail: enquete@landtag-mv.de](mailto:enquete@landtag-mv.de)

vorab per [E-Mail: info@praxisklinik-schwerin.de](mailto:info@praxisklinik-schwerin.de)

Ihr Zeichen, Ihre Nachricht vom

Unser Zeichen, unsere Nachricht vom
PE 1

Datum
09.09.2020

Öffentliche Anhörung der Enquete-Kommission „Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern“ am 30.09.2020

Sehr geehrter Herr Dr. Oling,

der Landtag hat in seiner 89. Sitzung am 14. Mai 2020 beschlossen, eine Enquete-Kommission mit 21 Mitgliedern zum Thema „Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern“ einzusetzen.

Aufgabe der Kommission ist es, unter Beteiligung der für den Bereich der medizinischen Versorgung relevanten Akteure die derzeitigen Rahmenbedingungen zu skizzieren und Handlungsempfehlungen abzuleiten, um langfristig eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und flächendeckende Gesundheitsversorgung in Mecklenburg-Vorpommern sicherzustellen.

Die Kommission hat in ihrer 3. Sitzung am 19. August 2020 den Beschluss gefasst, eine Vertreterin/einen Vertreter Ihres Hauses in der 6. Sitzung zum aktuellen Stand der medizinischen Versorgung aus Sicht der Ärztinnen und Ärzte anzuhören.

Ich lade Sie daher recht herzlich zur

**öffentlichen 6. Sitzung der Enquete-Kommission
am Mittwoch, dem 30. September 2020, 15.30 Uhr,
im Plenarsaal des Schweriner Schlosses**

ein.

Zu Ihrer Orientierung über die Materie, zu der die Mitglieder der Enquete-Kommission Sie konsultieren möchten, liegt der Einladung eine Auflistung der Fragen bei.

Ich bitte Sie um Übersendung einer schriftlichen Stellungnahme bis zum 25.09.2020.

Für die Sitzung am 30.09.2020 bitte ich Sie, Ihre Antworten zusammengefasst in einem etwa 10-minütigen Vortrag darzustellen und anschließend für Nachfragen der Kommissionsmitglieder bereitzustehen.

Bitte beachten Sie, dass die Kommission beabsichtigt, die Sitzung per Livestream über das Internet zu senden sowie diese aufzuzeichnen und als Video im Internet bereitzustellen. Ihre schriftliche Stellungnahme wird auf der Internetseite des Landtages veröffentlicht werden.

Bei Rückfragen steht Ihnen das Sekretariat der Enquete-Kommission (Tel.: 0385 525 1610/1612, [E-Mail: enquete@landtag-mv.de](mailto:enquete@landtag-mv.de)) gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Jörg Heydorn

Anlage

Fragenkatalog

Fragenkatalog

A. Grundsatzfragen / Detailfragen

A.1 Grundsatzfragen

1. **Wie beurteilen Sie die aktuelle Gesundheitsversorgung in Mecklenburg-Vorpommern mit Blick auf die ärztliche und zahnärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich?**

Nach meinem Kenntnisstand ist die ärztliche und zahnärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich ausreichend, wirtschaftlich und zweckmäßig. Im Hausärztlichen Bereich gibt es, insbesondere im Umland der größeren Städte, zahlreiche nicht besetzte Sitze, was jedoch nicht automatisch eine Unterversorgung der dort ansässigen Bevölkerung bedeutet. Gerade im Umland größerer Städte pendeln viele Einwohner in die Städte zur Arbeit, haben dort häufig ihren Lebensmittelpunkt und tätigen dort ihre Arztbesuche und auch ihre Einkäufe. Deshalb ist das Betreiben einer Hausarztpraxis in diesen Gebieten häufig durch hohen wirtschaftlichen Druck durch die Konkurrenz zur Stadt geprägt. Eine Lösung könnte die Einrichtung von Sozialstützpunkten in den Gemeinden sein, in denen auch Ärzte eine Nebenbetriebsstätte betreiben könnten. Im Bereich der fachärztlichen Versorgung gibt es kaum freie Sitze im gesamten Bundesland, sodass wir hier praktisch von einer Vollversorgung sprechen können.

2. **Welche Probleme sind zu benennen (bitte auch in ihrer Wertigkeit bzw. Dringlichkeit ihrer Lösung) und vor welchen Herausforderungen sehen Sie die Gesundheitsversorgung in M-V?**

Ein Problem sehe ich in den immer kleiner werdenden Haushaltsgrößen, bis hin zu einer Vielzahl von Singlehaushalten, bei denen schon kleinere gesundheitliche Einschränkungen zu Schwierigkeiten in der Selbstversorgung und Körperpflege führen können. Auch damit verbundene Einschränkungen der Mobilität können dann zum Problem werden. Die Herausforderung ist ein erhöhter Bedarf an Pflege und Betreuung.

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

Die Qualität der Versorgung wird aus meiner Sicht durch einen niedrigschwelligen breiten Erstzugang zu medizinischer Hilfe bestimmt, des Weiteren durch ein enges Netz von Rettungsstützpunkten, ggf. in Verbindung mit kassenärztlichen Notfallpraxen, die im Notfall zeitnah Hilfe leisten können und nicht zuletzt durch eine Spitzenmedizin mit ärztlich gesteuertem Zugang entsprechend der medizinischen Notwendigkeit.

4. **Die Vorhaltung einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung 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?**

Welche Leistungen sollten Ihrer Meinung nach in spezialisierten Zentren bzw. konzentriert angeboten werden?

Derzeit ist es so, dass in den Krankenhäusern des Landes die Leistungen der Inneren Medizin und der Chirurgie flächendeckend vorgehalten werden, mit Abstrichen dann auch die Leistungen der Gynäkologie und Geburtshilfe, sowie der Pädiatrie. Hier sollte über eine allmähliche Anpassung und Umwandlung in Abteilungen für Geriatrie und Palliativmedizin nachgedacht werden. Des Weiteren sollten die übrigen Leistungen der Grund- und Regelversorgung zunehmend in die Hände der niedergelassenen Ärzte überführt werden, die bei Bedarf auf die bestehende Infrastruktur zugreifen können. Interdisziplinäre Pflegestationen sollten eingerichtet werden.

5. Wie beurteilen Sie die Medikamentenversorgung im Flächenland MV?

Derzeit gibt es in Mecklenburg-Vorpommern ein flächendeckendes dichtes Netz von Apotheken, welches jedoch durch den Online-Versandhandel unter zunehmendem wirtschaftlichen Druck gerät, und ausgedünnt zu werden droht. Bedenklich sind zunehmende Lieferengpässe bei immer mehr Medikamenten, die ihre Ursachen in einer zunehmenden Konzentration der Hersteller und Produktionsstätten weltweit haben, sodass schon kleinere Störungen zu Lieferschwierigkeiten führen. Weiterhin haben wir festgestellt, dass es bei den von uns verwendeten Medikamenten zu bisher unbekanntem Qualitätsproblemen bezüglich Wirksamkeit und Dosierung gekommen ist, wodurch die Patientensicherheit nicht unerheblich gefährdet wird.

6. 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**

Orientieren sich die o. g. Bereiche ausreichend an den Bedürfnissen der Patient/innen? Wenn ja, bitte begründen. Wenn nein, was kann getan werden? Wie können in den o. g. Bereichen zukünftig Verbesserungen erreicht werden? Welche Konzepte gibt es und wurden diese mit den Patientenorganisationen abgestimmt?

Die Frage sechs ist sehr überkomplex und betrifft in weiten Teilen Themen, zu denen ich nichts sagen kann. Die übrigen Themen finden sich bei der Beantwortung der anderen Fragen wieder.

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

Die Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären Bereichen ist regional sehr unterschiedlich und im starken Maße von den handelnden Personen abhängig. Probleme ergeben sich meist daraus, dass die im stationären Bereich handelnden Personen keinerlei Vorstellungen über die Abläufe im ambulanten Bereich besitzen, da dies nicht integraler Bestandteil der Aus- und Weiterbildung zum Facharzt ist. Deshalb sollten die Weiterbildungsordnungen dahingehend geändert werden, dass in allen Facharztweiterbildungen zwingend ein ambulanter Weiterbildungsteil vorgeschrieben ist, der auch nicht in Klinik-Ambulanzen absolviert werden darf, sondern bei niedergelassenen Kassenärzten zu absolvieren ist.

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

Diese Auffassung teile ich voll und ganz.

9. Was leitet sich daraus aus Ihrer Sicht ab?

Daraus leitet sich ab, dass der Gesetzgeber die gesetzgeberischen Grundlagen und finanziellen Voraussetzungen schaffen muss, damit die am Gesundheitswesen beteiligten Berufsgruppen, insbesondere die in der unmittelbaren Patientenversorgung tätigen Berufsgruppen diese Aufgaben auch erfüllen können, die dafür nötigen Mittel und die nötigen Werkzeuge an die Hand bekommen.

10. Welche Empfehlungen des GBA zur medizinischen Versorgung bewerten Sie kritisch und welche alternativen Vorschläge haben Sie?

Aktuell sind mir keine Empfehlungen des GBA bekannt, die im Rahmen meines Berufsverbandes diskutiert werden.

11. 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 Arztberuf ist ein freier Beruf und muss dies auch bleiben. In den 30 Jahren meiner beruflichen Tätigkeit konnte ich beobachten, wie der Einfluss der Ärzte, der Berufsverbände, aber auch der Standesvertretungen auf die Politik und die Ausgestaltung der medizinischen Versorgung immer weiter zurückgedrängt wurden. Man hat den Eindruck, dass die Lobbyinteressen der Industrie, und hier nicht nur der Pharmaindustrie, sondern auch der IT-Industrie und der Medizinprodukte- und Gerätehersteller in der Politik mehr Gewicht haben, als der Rat der unmittelbar beteiligten Ärzte. Hier muss ein Umdenken erfolgen, da der Beruf unter diesen Prämissen unweigerlich weiter an Attraktivität verlieren

wird. In den Mittelpunkt der politischen Diskussion gehören Arzt und Patient, andere Interessen sind zweitrangig und haben sich dem unter zu ordnen.

A.2 Detailfragen

I. Stationäre Versorgung

1. Halten Sie die stationäre Versorgung in M-V von der Anzahl der Krankenhäuser und Krankenhausbetten für ausreichend?

Obwohl Mecklenburg-Vorpommern nach der Wende zahlreiche Kliniken geschlossen hat, liegt das Bundesland mit der Bettenanzahl gemessen je 100.000 Einwohner immer noch im oberen Feld beim Vergleich der einzelnen Bundesländer. Das Problem ist aus meiner Sicht, nicht so sehr die Anzahl der Häuser oder Betten, sondern die Qualität der medizinischen Versorgung, die in diesen Häusern und Betten erbracht wird und aufgrund der Struktur erbracht werden kann. Hier ist auf der einen Seite eine Förderung von Spezialisierung und Zentrenbildung und auf der anderen Seite eine weitere Ambulantisierung zu befürworten.

2. Könnte aus Ihrer Sicht die Versorgung auch mit weniger Krankenhäusern sichergestellt werden?

Ja, die Versorgung könnte und sollte auch mit weniger Krankenhäusern sichergestellt werden. Ein Teil, der dadurch freiwerdenden Mitteln sollten in eine verbesserte Transport-Infrastruktur investiert werden. Gemeint ist hier der Ausbau des Netzes an Rettungshubschraubern und auch Rettungswagen in den einzelnen Rettungsleitstellen. Und auch die Schaffung von Gemeindeggesundheitszentren und interdisziplinären Kurzzeitpflegestationen.

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

Grundsätzlich wäre es zu begrüßen, wenn die Behandlung weniger systembedingte Schnittstellen aufweisen würde und der Patient von der Diagnostik über die Therapie bis zur Nachsorge und Rehabilitation einen Arzt als zentralen Ansprechpartner hätte.

Derzeitige Realität ist, dass viele vermeintliche Spezialisten eine harten Wettbewerb um attraktiv vergütete Leistungsbestandteile führen, und um den schlecht bezahlten Rest sich keiner kümmern möchte.

4. Wie beurteilen Sie die Ausstattung der Krankenhäuser mit Fachärzten? Wie schätzen Sie das Ressourcenpotenzial der Krankenhäuser zur Unterstützung der niedergelassenen Ärzte bei der ambulanten (spezialfachärztlichen) Versorgung ein?

Soweit mir bekannt ist, haben die meisten Krankenhäuser Probleme ihre Facharztplanstellen zu besetzen, insbesondere einheimische Ärzte die mit der Sprache, der Kultur und auch den regionalen Besonderheiten der ihnen anvertrauten Patientenklientel vertraut sind finden sich immer weniger. Dementsprechend sehe ich den Krankenhäusern überhaupt keine Ressourcen niedergelassene Ärzte bei der ambulanten Versorgung zu unterstützen. Ich beobachte, dass in den letzten Jahren viele hochqualifizierte Ärzte (Chefärzte,

leitende Oberärzte und Oberärzte) das Krankenhaus in Richtung Niederlassung verlassen haben. Hier steht ein Potential zur Verfügung, das bei Schaffung entsprechender rechtlicher Rahmenbedingungen eher die Krankenhäuser bei der Erfüllung ihrer Aufgaben unterstützen könnte, bzw. Teile der Versorgung, die bisher im Krankenhaus erfolgten, übernehmen könnten.

II. Ambulantisierung

1. Welches Potential für die weitere Ambulantisierung bei stationären Behandlungen sehen Sie generell bzw. spezifisch in Mecklenburg-Vorpommern?

Deutschland liegt im OECD-Vergleich im Bereich ambulantes Operieren auf einem der hinteren Plätze. Dementsprechend gibt es ein sehr großes theoretisches Potential für die Verschiebung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich. Solange sich für die gleiche Leistung unter stationären Verhältnissen ein Vielfaches an Umsatz erlösen lässt, als bei ambulanter Erbringung, wird sich an dieser Situation auch nichts ändern. Das ambulante Operieren am Krankenhaus durch Krankenhauspersonal hat eine Feigenblattfunktion. Es soll den Kostenträgern und dem medizinischen Dienst der Krankenversicherung signalisieren, dass man grundsätzlich bereit und auch in der Lage ist ambulant zu operieren. Häufig sind diese Leistungen für ein Krankenhaus wegen seiner aufwendigeren Organisationsstruktur nur defizitär erbringbar. Dementsprechend liegt das Hauptaugenmerk auf der Rekrutierung von stationären Fällen. Wenn der ernsthafte Wille besteht in diesem Bereich etwas zu ändern, muss das Ziel gleicher Preis für gleiche Leistung verfolgt werden. Außerdem wäre die Materiell-Technische-Basis der niedergelassenen Ärzte z.B. durch Investitionskostenzuschüsse oder auch Investitionsförderprogramme zu stärken.

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

Der Standort ist bei dieser Frage nicht das entscheidende, sondern der Betreiber. Ein unabhängig vom Krankenhausbetreiber betriebenes ambulantes OP-Zentrum am Standort eines Krankenhauses, betrieben durch niedergelassene Ärzte oder eine Ärztegenossenschaft, wäre sicherlich eine sinnvolle Maßnahme zur optimalen Ausnutzung der Ressourcen. Wird dieses Gesundheitszentrum jedoch vom Krankenhaus selbst betrieben, besteht immer die Versuchung hieraus Krankenhausesfälle und zusätzliche DRG's zu generieren.

III. Ambulante Versorgung

1. Geben Sie einen Überblick über die Zahl der niedergelassenen Ärzte nach Fachrichtung in M-V heute und im Vergleich vor 5 und 10 Jahren. Welche wesentlichen Veränderungen gab es? Was sind die Ursachen für diese Veränderungen?

Über genaue Zahlen der niedergelassenen Ärzte heute und vor 5 und 10 Jahren verfügt die Kassenärztliche Vereinigung, die für diese Frage der Ansprechpartner ist. Soweit mir bekannt, hat die absolute Zahl der Ärzte in den letzten Jahren nur leicht zugenommen. Ursachen dafür dürften zum einen Teilzeitarbeitsmodelle angestellter beschäftigter Ärzte und der medizinisch-technische Fortschritt sein, der eine weitere Ambulantisierung bisher stationär erbrachter Leistungen zulässt.

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

Entscheidend ist nicht der Standort, an dem Leistungen erbracht werden, sondern der Betreiber. Wenn der Standort eines Krankenhauses in eine Tagesklinische Einrichtung oder in ein Gemeindegesundheitszentrum umgewandelt wird, und die dort größten Teils mit Steuergeldern geschaffenen Ressourcen eine sinnvolle Nachnutzung finden, ist dies zu begrüßen. Wenn der Betreiber jedoch eine Krankenhausgesellschaft ist, sollte man das ganze kritisch sehen, da hier zum einen den niedergelassenen Ärzten, die ohne Investitionskostenförderung des Landes auskommen müssen und auch nur einen eingeschränkten Zugang zum Kapitalmarkt haben, wirtschaftlich unfaire Konkurrenz gemacht wird. Diese ambulanten Angebote werden häufig als Honigtopf zur Generierung stationärer DRG missbraucht und tragen nur wenig zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung bei.

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

Mir sind kaum stationäre diagnostische Möglichkeiten bekannt, die auch für den ambulanten Bereich zu Verfügung gestellt werden. Umgekehrt ist es eher so, dass an vielen Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung niedergelassene Radiologen die bildgebende Diagnostik betreiben und ihre Dienstleistung auch den Krankenhäusern zur Verfügung stellen. Bei festgestellter lokaler Unterversorgung im ambulanten Bereich kann jederzeit eine Institutsambulanz ermächtigt werden. Ein Beispiel dafür ist die Nuklearmedizin der Helios Klinik Schwerin.

4. Wie kann die starre Trennung von ambulanter ärztlicher Versorgung und Krankenhausversorgung durchbrochen werden?

Die starre Trennung kann nach meiner Auffassung nur durchbrochen werden, wenn die Barriere für die handelnden Personen durchlässiger gemacht wird. Die Hürde für niedergelassene Ärzte ihre ärztlichen Leistungen auch im Krankenhaus zu erbringen, sollte abgesenkt werden. Die Vergütung müsste harmonisiert werden. Das Belegarztssystem ist zu fördern.

5. Welche Maßnahmen zur Sicherstellung der Medikamentenversorgung sollten ergriffen werden?

Zur Sicherstellung der Medikamentenversorgung sollte die Bundesrepublik Deutschland in Zentrallagern eine strategische Medikamenten-Reserve aufbauen, die den jeweiligen Jahresbedarf für ein bis zwei Jahre abgedeckt und regelmäßig gewälzt wird. Weiterhin sollte darüber nachgedacht werden, dass Pharmaproduzenten, die ihre Waren auf dem europäischen Markt verkaufen möchten, auch gezwungen werden eine gewisse Mindestquote auf dem europäischen Markt zu produzieren. Andernfalls sollte ihnen der Marktzugang verwehrt werden bzw. der Marktzugang durch die Erhebung von Sonderzöllen erschwert werden.

6. Wie viele Patienten in Prozent suchen auch bei Bagatellerkrankungen trotz vorhandenen ambulanten Bereitschaftsdienstes ein Krankenhaus zur Behandlung auf? Was sind die Gründe für dieses Verhalten?

Die Prozentzahlen sind mir nicht bekannt. Tatsache ist jedoch, dass die Notaufnahmen der Krankenhäuser häufig wegen Bagatellerkrankungen in Anspruch genommen werden. Gründe hierfür sind zumeist Gedankenlosigkeit der Patienten, mangelnde Kenntnis der Organisation des Gesundheitswesens und vor allem fehlende finanzielle Konsequenzen für diese missbräuchliche Inanspruchnahme der Notfallambulanzen der Krankenhäuser. Abhilfe könnte geschaffen werden, wenn das bereits an einigen Krankenhausstandorten vorhandene System der kassenärztlichen Notfallpraxen weiter ausgebaut werden würde.

7. Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen Haus und Fachärzten? Sehen Sie hier Potenziale mit Blick z.B. auf die Arzneimittelsicherheit oder die Vermeidung von Doppeluntersuchungen und welche Maßnahmen werden ggf. zur Verbesserung ergriffen?

Nach meiner Erfahrung klappt die Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen Haus- und Fachärzten im Allgemeinen sehr gut. Bei allen Patienten die mit einem Überweisungsschein des Hausarztes zum Facharzt geschickt werden, erhält der Hausarzt verpflichtend einen Arztbrief mit ausführlichem Befundbericht und Therapieempfehlungen. Durch die Mitgabe relevanter Befunde können Doppeluntersuchungen im Allgemeinen vermieden werden. In diesem Zusammenhang möchte ich darauf hinweisen, dass der Begriff Doppeluntersuchungen von Folge- und Verlaufskontrollen abzugrenzen ist. Leider wird hier häufig alles in einen Topf geworfen.

**8. Deutschland verzeichnet fast 20 Arzt-Patient-Kontakte je Einwohner und Jahr allein bei ambulanten Praxisärzten. Das ist im internationalen Vergleich ein auffällig hoher Wert ohne erkennbaren medizinischen Zusatznutzen. Wie ist dies aus Ihrer Sicht zu erklären und welche Maßnahmen werden ergriffen, um die Kontakte mit Blick auf die begrenzten ärztlichen Ressourcen auf ein notwendiges Maß beschränken? Welche Rolle spielen hierbei die hohe Anzahl an (routinemäßigen) Wiedereinbestellungen in Facharztpraxen? Ließen sich fachärztliche Terminvereinbarungen im nennenswerten Umfang vermeiden, wenn die Kooperation zwischen Haus- und Facharzt optimiert werden würde?
Wäre ein Primärarztsystem besser geeignet um die Patienten effizienter durch das Gesundheitswesen zu steuern oder befürworten Sie den derzeit praktizierten Facharzt-Zugang ohne notwendiges**

Überweisungsverfahren?

Nicht wenige der fraglos häufigen Arzt-Patienten-Kontakte in Deutschland haben einen bürokratischen und organisatorischen Hintergrund, auf den der einzelne Arzt keinen Einfluss nehmen kann. So schreibt beispielsweise das Sozialgesetzbuch vor, dass Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen in der Regel nur für die Dauer von 14 Tagen ausgestellt werden sollen, damit der Arzt sich regelmäßig vom Gesundheitszustand des Patienten überzeugen kann und die Notwendigkeit einer weiteren Arbeitsunfähigkeit einschätzen kann. Ein weiterer Punkt ist die Budgetierung von Arzneimitteln, die hier an das Quartal gebunden sind, sodass für einen Patienten mit einer Dauermedikation allein dadurch schon zwingend vier Arztbesuche im Jahr bei dem verschreibenden Arzt erforderlich werden. Kommen dann noch Dauermedikationen anderer verschreibender Ärzte hinzu, schnellt diese Zahl schnell in die Höhe. In einigen Fachgebieten mit sehr langen Bestellfristen, von teilweise einem Jahr und länger, spielen routinemäßige Wiedereinbestellungen für Kontrolluntersuchungen mit Sicherheit eine erhebliche Rolle. Hier sind die wissenschaftlichen Fachgesellschaften gefordert Leitlinien zu erstellen, mit welcher Frequenz Kontrolluntersuchungen notwendig sind, und wo Einsparpotential besteht. Kritisch zu sehen sind häufige diagnostische Maßnahmen ohne therapeutische Konsequenzen.

Dem Grunde nach haben wir in Deutschland ein Primärarztssystem bei dem der Patient zuerst den Hausarzt aufsuchen soll, der dann als Lotse im Gesundheitswesen die weiteren Maßnahmen einleitet. Daneben ist es jedoch jedem Patienten möglich auch ohne Überweisungsschein sich direkt einem Facharzt vorzustellen. Dies macht auch durchaus Sinn, wenn man an Unfälle oder akute medizinische Notfälle, die eindeutig einem Fachgebiet zugeordnet werden können, denkt. In allen anderen Fällen bestehen viele Facharztpraxen auf eine Überweisung durch den Hausarzt, um nicht überlaufen zu werden, und die knappe Ressource Arzttermin nicht unnötig zu strapazieren.

- 9. Ist Ihnen bekannt, dass Facharzttermine in vielen Bereichen trotz Dringlichkeitsvermerk und Terminservicestelle oft nicht zeitnah möglich sind? Welche Konzepte gibt es?**

In der Chirurgie werden die Patienten, je nach medizinischer Dringlichkeit zeitnah, bei Unfällen in der Regel noch am selben Tag behandelt. Mir ist eine Auswertung der Kassenärztlichen Vereinigung bekannt, wonach nur sehr wenige Fachgebiete zu einer Inanspruchnahme der Terminservicestelle führen, wo die Vermittlung in der Regel zeitnah erfolgen kann. In Mecklenburg-Vorpommern gibt es ein A/B-Überweisungsverfahren, das sich in der Vergangenheit sehr bewährt hat, da für die Dringlichkeit eines Termines die tatsächliche medizinische und von einem Arzt festgestellte Notwendigkeit entscheidend sein sollte und nicht der Wunsch des Patienten.

- 10. Ist bekannt, dass z. B. im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung ggf. nach einem Ersttermin Monate vergehen, bis ein ambulanter Therapieplatz realisiert wird? Welche Handlungsempfehlungen gibt es?**

Es ist bekannt, dass in der Psychotherapie häufig sehr lange auf Termine gewartet werden muss. Hier ist die Fachgruppe der Psychotherapeuten gefordert, Konzepte zu entwickeln, nach denen eine Terminvergabe nach Dringlichkeit möglich ist.

- 11. Um die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten, hat der Gesetzgeber den Kassenärztlichen Vereinigungen und Kommunen das Recht eingeräumt, Eigeneinrichtungen mit angestellten Ärzten zu betreiben. Wurde von dieser Möglichkeit in M-V bereits Gebrauch gemacht? Welche Erfahrungen wurden hierbei ggf. gemacht und welche weiteren Planungen sind diesbezüglich vorgesehen?**

Mir ist bekannt, dass die Landeshauptstadt Schwerin sich die Aufgabe gestellt hat, eine Eigeneinrichtung für Allgemeinmedizin und Pädiatrie einzurichten. Grundsätzlich sehe ich die Gründung solcher Eigeneinrichtungen kritisch, da hier Arztsitze gebunden werden, deren Versorgungswirksamkeit nach den Erfahrungen der Kassenärztlichen Vereinigung der letzten Jahre um bis zu 50% absinken kann. Wenn Kommunen Versorgungsengpässe befürchten wäre es besser, die notwendige Infrastruktur kostenlos bereitzustellen und vertraglich niedergelassene Ärzte zu gewinnen, die diese Nebenbetriebsstätten bewirtschaften.

- 13. Welche Bedeutung haben gegenwärtig Krankenhausapotheken und Online-Apotheken bei der Medikamentenversorgung in M-V und bundesweit? Welche Entwicklung und welche Probleme sehen Sie?**

Diese Frage fällt nicht in meinen Kompetenzbereich.

- 14. Wie kann aus Sicht der Apothekerkammer unter Berücksichtigung der Faktoren Fachkräftemangel, Überalterung und demografische Entwicklung die flächendeckende Arzneimittelversorgung sichergestellt werden? Welchen Beitrag können telepharmazeutische Angebote, Botendienste und der Versandhandel zur Sicherstellung der Arzneimittelversorgung leisten?**

Der Versandhandel ist grundsätzlich kritisch zu sehen, da er keinen Beitrag zur Akutversorgung mit Medikamenten leisten kann und auch keine notwendigen Beratungsdienstleistungen. Er kann aber zur Ausdünnung des Apothekennetzes führen.

- 15. Ist eine flächendeckende Versorgung mit barrierefreien Apotheken gegeben? (Berollbarkeit, Kontraste, Piktogramme, Informationen in einfacher Sprache, etc.)**

Ist mir nicht bekannt.

- 16. Bieten die Apotheken flächendeckend Lieferdienste an, damit Patient*innen nicht mehrfach wegen eines Rezeptes die Apotheke (ggf. im nächsten Ort) aufsuchen müssen? Gilt dies auch für Notdienste?**

Ist mir nicht bekannt.

17. **Welche Hilfen/Ansprechpartner für Patient/innen gibt es in MV bei Verdacht auf fehlerhafte Medikation? Wie werden diese kommuniziert und evaluiert?**

Ist mir nicht bekannt.

18. **Welche Beratungs- und Informationsdienste können die Apotheken den Patient*innen telefonisch oder über das Internet anbieten?**

Ist mir nicht bekannt.

19. **Der BARMER-Arzneimittelreport 2020 hat aufgezeigt, dass die Versorgung über die Sektorengrenzen hinweg nicht gut organisiert ist. Besonders gefährdet sind dabei Polypharmazie-Patienten. Welche Maßnahmen zur Sicherstellung der Arzneimitteltherapiesicherheit an der Schnittstelle ambulant/stationär sollten aus Sicht der Apothekerkammer ergriffen werden?**

Fällt nicht in meinen Kompetenzbereich.

20. **Durch das Masernschutzgesetz werden Modellvorhaben zum Impfen in Apotheken ermöglicht. Welche Möglichkeiten werden vor diesem Hintergrund gesehen die Apotheker stärker in die Versorgung einzubinden?**

Fällt nicht in meinen Kompetenzbereich.

21. **Welche Weiterbildungsmaßnahmen braucht das medizinische und pflegerische Personal im Hinblick auf Verständlichkeit und Patientenorientierung in der Kommunikation?**

Wir haben sehr gut ausgebildetes hochqualifiziertes Personal. Ich sehe hier keinen Bedarf über die üblichen Weiterbildungsmaßnahmen hinaus.

22. **Der Gesetzgeber hat mit im Jahr 2007 mit dem GKV - Wettbewerbsstärkungsgesetz die Zulassungsbeschränkungen im vertragszahnärztlichen Bereich aufgegeben. Wie beurteilen Sie die Entwicklung der Niederlassungsverteilung in ländlichen Regionen im Vergleich zu den Städten? Zum einen in der allgemein Zahnärztlichen Versorgung und zum anderen in der kieferorthopädischen Versorgung seit der Aufgabe der Zulassungsbeschränkungen? Würden Sie die Einführung von Zulassungsbeschränkungen begrüßen? Wenn, nein warum nicht?**

Fällt nicht in meinen Kompetenzbereich.

23. **Die Bundeszahnärztekammer hat gefordert, das Aufkaufen von Zahnarztpraxen durch Fremdkapitalgeber wie Private-Equity-Fonds zu stoppen. Begründet wird dies mit nachteiligen Auswirkungen auf die zahnärztliche Versorgung in ländlichen Regionen. Kann die fremdkapitalgestützte Gründung von MVZ mit angestellten Zahnärzten gerade für die ländlichen Regionen nicht auch eine Chance auf dauerhafte Versorgungssicherheit sein?**

Fällt nicht in meinen Kompetenzbereich.

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?**

Die größte Herausforderung bei der sektorübergreifenden Zusammenarbeit ist die wirtschaftliche Konkurrenz zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten. Die schrittweise Verschmelzung der beiden Sektoren wäre der erfolgversprechende Weg, um die möglichst weitgehende Behandlung des Patienten aus einer Hand zu gewährleisten. Perspektivisch muss insbesondere das SGB V neu gedacht werden, was eine Aufgabe des Bundes ist.

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

Siehe Antwort Frage 1, die Auflösung der Sektoren wo immer möglich.

V. Rehabilitation / Krankenhausnachversorgung

1. **Wie beurteilen Sie das aktuelle Entlass-Management der Krankenhäuser und Reha-Einrichtungen in Mecklenburg-Vorpommern, welchen Handlungsbedarf und welche Herausforderungen sehen Sie?**

Nach meinen Erfahrungen funktioniert das Entlass-Management in Mecklenburg-Vorpommern gut, ich sehe hier keinen Änderungsbedarf.

2. **Wie beurteilen Sie die Kapazitäten von Rehaeinrichtungen/ Pflegeeinrichtungen und häuslicher Krankenpflege zur Nachversorgung von operativen Eingriffen oder Regelversorgung bei medizinischer Indikation/ chronischen Erkrankungen? Welche Herausforderungen sind Ihnen dabei bekannt. Welche Patientengruppen und Diagnosen/Krankheitsbilder sind besonders betroffen?**

Gravierende Kapazitätsengpässe in diesem Bereich habe ich noch nicht feststellen können. Das Problem ist vielmehr die Zugangsmöglichkeit. Patienten ohne Pflegestufe, die wegen einer akuten Erkrankung oder auch einer

ambulanten Operation kurzzeitig Betreuung und Unterstützung benötigen, haben derzeit keinen Zugang zur ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen.

VI. Rettungsdienst

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

Die notfallmedizinische Versorgung im Land ist im Allgemeinen sehr gut, die Rettungszeiten werden regelmäßig eingehalten.

2. Wie beurteilen Sie die Struktur und den Umfang des derzeit organisierten Bereitschaftsdienstes der niedergelassenen Ärzte?

Der organisierte Bereitschaftsdienst der niedergelassenen Ärzte sollte wo immer möglich in Notfallpraxen der Kassenärztlichen Vereinigung durchgeführt werden, die möglichst an den Krankenhäusern oder anderen, der Bevölkerung bekannten Standorten der medizinischen Versorgung zu platzieren sind. Den immer noch flächendeckend vorgehaltenen Hausbesuchsdienst der niedergelassenen Ärzte halte ich für relativ ineffizient. Stattdessen sollten in den Rettungsleitstellen des Landes Telemedizinische-Triage-Systeme, wie z.B. SmED, etabliert werden, die anhand von Checklisten eine erste Einschätzung ermöglichen und damit den Patienten entweder dem Rettungsdienst zuzuordnen, oder aber dem kassenärztlichen Notdienst in einer Notfallpraxis.

3. Wie beurteilen Sie die Ausstattung des Rettungsdienstes, welche Herausforderungen und Probleme sehen Sie?

Sollte sich die Politik zu einer Konzentration der Krankenhäuser entschließen, müssten die Kapazitäten des Rettungsdienstes vergrößert werden, sowohl was die Anzahl der Rettungswagen, als auch der Luftrettungsmittel betrifft.

4. Wie beurteilen Sie den gegenwärtigen Stand der Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzt*innen und den Rettungsdiensten im Land und welchen Handlungsbedarf sehen Sie?

Hier ist vor allen Dingen der Rettungsdienst, insbesondere der Notarzt gefordert einzuschätzen, ob eine stationäre Behandlung erforderlich ist oder eine ambulante Behandlung ausreicht.

5. Wie kann verhindert werden, dass Patientinnen und Patienten, die vom kassenärztlichen Bereitschaftsdienst versorgt werden könnten, in die Notaufnahmen der Krankenhäuser gehen?

Indem das System der kassenärztlichen Notfallpraxen an Krankenhäusern konsequent weiter ausgebaut wird.

6. **Inwieweit würden Sie die Einrichtung einer einheitlichen Rufnummer für den kassenärztlichen Bereitschaftsdienst und den Rettungsdienst befürworten oder welche Argumente sprechen eher gegen eine solche Lösung?**

Die Einrichtung einer einheitlichen Rufnummer wäre zu begrüßen, müsste allerdings einhergehen mit einer Ertüchtigung der Rettungsleitstellen, wie bereits zuvor ausgeführt. Es gibt bereits international erprobte Systeme, die den Mitarbeitern der Rettungsleitstelle erlauben, eine erste Dringlichkeitsabschätzung zu machen und dann den geeigneten Behandlungsort und -pfad auszuwählen.

VII. Öffentlicher Gesundheitsdienst

Es ist bekannt, dass trotz der Regelungen im KiföG M-V weiterhin nicht in allen Kitas die Zähne geputzt werden, da die Träger die Regelungen sehr weit auslegen. Sollte aus Ihrer Sicht die tägliche Zahnpflege in den Kitas verbindlich sein? Welche Maßnahmen schlagen Sie ggf. dem Land vor, um die Verbindlichkeit der täglichen Zahnpflege in den Einrichtungen zu erhöhen?

Fällt nicht in meinen Kompetenzbereich.

VIII. Patientenorientierung

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

Fällt nicht in meinen Kompetenzbereich.

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

Patienten haben bei Beschwerden die Möglichkeit sich an die Kassenärztliche Vereinigung, die Ärztekammer oder an die Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen zu wenden. Die Ergebnisse der Schlichtungsstelle werden in regelmäßigen Abständen ausgewertet und im „Ärzteblatt“ veröffentlicht.

3. **Welche Hilfen/Ansprechpartner für Patient/innen gibt es bei Verdacht auf fehlerhafte Behandlung? Wie werden diese kommuniziert und evaluiert?**

Siehe Antwort zu zwei.

4. **Ist Ihnen die Bandbreite der vorhandenen Patientenorganisationen im Land bekannt?**

Nein.

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

Ist mir nicht bekannt.

6. **Wie kann aus Ihrer Sicht eine Verbesserung der Zusammenarbeit mit den Patientenorganisationen und deren Dachverband, der SELBSTHILFE MV erreicht werden?**

Hier sind die Patientenorganisationen gefragt, mit entsprechenden Vorschlägen auf die Ärzte zuzugehen und nicht umgekehrt.

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

Der Umgang sollte wo auch immer angemessen und respektvoll erfolgen. Den Gedanken auf Augenhöhe miteinander zu reden sollte man fallen lassen, da das enorme Informations- und Wissensgefälle eine Augenhöhe schlicht und einfach nicht zulässt.

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

Siehe Antwort zu zwei.

9. **Ist Ihnen das bundesweite Aktionsbündnis Patientensicherheit bekannt? Wie können die dort erarbeiteten Empfehlungen in MV genutzt werden?**

Nein.

10. **Wie unterstützt die KV MV die Arbeit der ehrenamtlichen Patientenvertreter/innen seit Beginn ihrer Arbeit im Jahr 2004?**

Fällt nicht in meinen Kompetenzbereich.

12. **Wie unterstützt die KV MV die Koordinierungsstelle der Patientenvertretung in MV, die seit 2004 ehrenamtlich beim Dachverband SELBSTHILFE MV erfolgt?**

Fällt nicht in meinen Kompetenzbereich.

13. **Welche Veränderungen müsste es aus Sicht der KV MV geben, um eine Patientenvertretung auf Augenhöhe mit den anderen Beteiligten in den Gremien der Selbstverwaltung zu ermöglichen?**

Fällt nicht in meinen Kompetenzbereich.

14. **Welche Verbesserungen sind geplant und sind diese mit den maßgeblichen Organisationen zur Interessenvertretung von Patient/innen bzw. der Koordinierungsstelle im Land abgestimmt?**

Darüber habe ich keine Kenntnis.

15. **In welchen Bereichen beziehen Sie das Wissen der Patientenorganisationen und ihres Dachverbandes ein? Wo nicht? Welche Veränderungen strebt die KV MV an?**

Fällt nicht in meinen Kompetenzbereich.

16. **Welcher Faktoren bedarf es aus Ihrer Sicht, um den Letter of Intent zwischen der KV MV und der SELBSTHILFE MV zur Verbesserung der Barrierefreiheit in der ambulanten medizinischen Versorgung zum Erfolg zu führen?**

Fällt nicht in meinen Kompetenzbereich.

17. **Welche Konzepte gibt es, um Patient/innen und medizinisches Personal im Versorgungsalltag auf Augenhöhe zu bringen? Gibt es dazu Gespräche mit Patientenorganisationen? Welche Erfahrungen sind Ihnen dazu aus anderen (Bundes)Ländern bekannt?**

Fällt nicht in meinen Kompetenzbereich.

18. **Welche Entwicklung sieht die KV MV auf dem Weg zu mehr Patientenorientierung im Gesundheitswesen?**

Fällt nicht in meinen Kompetenzbereich.

IX. Finanzierung / Vergütung

1. **Wie beurteilen Sie das Finanzierungssystem vor dem Hintergrund einer bedarfsorientierten medizinischen Versorgung auch in der Fläche? Sehen Sie Fehlanreize?**

Kann ich wegen fehlenden Hintergrundwissens nicht beantworten.

2. **Wie bewerten Sie die Zweiteilung der medizinischen Versorgung in Deutschland aufgrund der Unterteilung in privat und gesetzlich Versicherte und die sich daraus ergebenden unterschiedlichen Honorarkataloge?**

Die Zweiteilung der medizinischen Versorgung sollte nicht in privat und gesetzlich **Versicherte** erfolgen, sondern in private und gesetzliche **Leistungen**. Damit hätte das System die notwendige Flexibilität, um auch künftig Innovationen abzubilden und der einzelne Patient könnte im konkreten Fall entscheiden, auf welchem Niveau seine Behandlung erfolgen soll. Dabei darf die heute geltende, gesetzlich definierte Untergrenze von wirtschaftlich ausreichend und zweckmäßig nie unterschritten werden. Eine einheitliche Gebührenordnung mit Kennzeichnung der gesetzlichen und privaten Leistungen wäre bei der Umsetzung hilfreich.

3. **Wie bewerten Sie die Vielfalt der Krankenkassenlandschaft und den begonnenen Prozess der Konzentration und Reduzierung dieser?**

Eine gewisse Vielfalt und Wettbewerb in der Krankenkassenlandschaft sind grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings spürt man von einem Wettbewerb unter den derzeitigen gesetzlichen Rahmenbedingungen äußerst wenig.

4. **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)?**

Nach meinem Kenntnisstand ist der Anteil der Gesundheitsleistungen am BIP in den führenden OECD-Ländern bei ca. 10% angesiedelt. Dies scheint mir auch ein ausreichender Wert zu sein, um alle Aufgaben zu erfüllen. Eine andere Frage ist, welcher Anteil dieses Wertes auf solidarischer Basis getragen werden soll und welchen Anteil dieses Wertes der Bürger in eigener Verantwortung wahrnimmt.

5. **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?**

Siehe Antwort Frage zwei.

6. **Wie stehen Sie zur Vielfalt der Krankenkassenlandschaft?**

Siehe Antwort Frage drei.

X. Telemedizin / Datenschutz

1. **Wie beurteilen sie den gegenwärtigen Einsatz der Telemedizin? Welche Probleme und Verbesserungsmöglichkeiten sehen Sie?**

Wir sind als Praxis an jedem Arbeitsplatz digital ausgerüstet und nutzen von Beginn an eine elektronische Patientenakte. Wir nutzen auch vielfältige telemedizinische Anbindungen, wie zum Beispiel Labordatenübertragung, die Abrechnungsdatenübertragen zur KV, das einloggen in Krankenhaussysteme usw. Richtig eingesetzt trägt Telemedizin zur Effizienzsteigerung und Arbeitserleichterung bei. In der Regel wissen die Anwender vor Ort selbst am aller besten was sinnvoll ist und was nicht. Deshalb können zwar Beratungsangebote etabliert werden, es können Muster- und Lehrpraxen eingerichtet werden, um die Anwender von den Vorteilen zu überzeugen. Abstand nehmen sollte die Politik jedoch von gesetzlichen Verpflichtungen zu bestimmten telemedizinischen Anwendungen, die dann leider häufig auch noch nicht funktionieren, wie es beim Einsatz der Telematikinfrastuktur zu beobachten war. Ärzte wehren sich nicht gegen sinnvolle Innovationen, sie wehren sich lediglich dagegen zum Versuchskaninchen der Anbieter gemacht zu werden, und dafür auch noch zu zahlen.

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

Schon jetzt ist es möglich, auf bestimmte Daten im stationären Sektor von der Hausarztpraxis aus zuzugreifen. Die größten Hindernisse beim Ausbau dieser Modelle sind Datenschutz und Datensicherheit.

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

Ohne den flächendeckenden Internetbreitbandausbau, auch in dünn besiedelten Regionen, wird es nicht möglich sein den flächendeckenden Einsatz von Telemedizin zu etablieren.

4. Welche Chancen und Risiken sehen Sie im Einsatz der Telemedizin im Allgemeinen sowie im Flächenland Mecklenburg-Vorpommern im Besonderen?

Die Telemedizin kann bei der diagnostischen Bewertung bestimmter Befunde im Einzelfall hilfreich sein. Man sollte jedoch nicht zu hohe Erwartungen in die Telemedizin setzen, da letztendlich immer noch ein erfahrener und kompetenter Behandler am Patienten sein muss, der die Behandlung umsetzt und letztendlich dafür auch die rechtliche Verantwortung übernimmt

5. Telemedizinische Angebote wie Videosprechstunden für Patientinnen und Patienten bieten zur Überbrückung der vergleichsweise weiten Wege im Flächenland M-V neue Chancen, um bspw. bei Verlaufskontrollen oder Bagatellerkrankungen Praxisbesuche zu vermeiden. In diesem Markt werben neue – ausschließlich telemedizinisch tätige - Anbieter um die Patientinnen und Patienten, bspw. die TeleClinic mit Sitz in München. Wie beurteilen Sie diese Entwicklung? Betrachten Sie die neuen kommerziellen Anbieter als Konkurrenz oder als sinnvolle Angebotsergänzung und Entlastung für die niedergelassenen Ärzte?

Diese Angebote sehe ich grundsätzlich kritisch, da sie in der Regel nicht geeignet sind, das Problem für den Patienten zu lösen. Für die niedergelassenen Ärzte oder auch die Kliniken stellen diese Angebote, sowohl eine Konkurrenz als auch ein Problem dar, da man einen Teil der knappen Ressource Zeit dazu aufwenden muss, mit dem Patienten erst einmal irgendwelche unverbindlichen Empfehlungen zu diskutieren. Wenn solche Anbieter glauben Patienten behandeln zu können, sollen sie es tun, dann aber ohne Rückgriff und Verweis auf den Arzt vor Ort, von Anfang bis Ende und in voller Verantwortung.

6. Vergleichsweise spät hat die Landesärztekammer M-V Ende 2019 den Weg für die ausschließliche Fernbehandlung freigemacht. Ärztinnen und Ärzte bieten sich nun neue Möglichkeiten, bspw. bei der Gestaltung effizienterer Arbeitsabläufe. Mit welchen Maßnahmen und Angeboten der Ärztekammer und/oder der Kassenärztlichen Vereinigung werden die Ärztinnen und Ärzte auf die neuen Herausforderungen und Chancen vorbereitet und unterstützt?

Dazu kann ich keine Aussage machen.

7. Welche Konzepte existieren, um Telemedizin zu einer breiteren Anwendung zu bringen? Welche Maßnahmen werden ergriffen, um umfassenden Datenschutz zu gewährleisten und so Vertrauen bei den Patient/innen zu schaffen, solche Angebote anzunehmen?

Ist mir nicht bekannt.

- 8. Ist die Zusammenarbeit mit dem Landesdatenschutzbeauftragten im Bereich der gesundheitlichen Versorgung gegeben? Wenn ja, in welcher Form? Wenn nein, welcher Expertise bedienen Sie sich?**

Ist mir nicht bekannt.

- 9. Durch welche Maßnahmen können Sie darauf hinwirken, dass die von Experten bemängelte Datensicherheit in Praxen, angefangen beim Tresen mitten im Wartezimmer bis hin zur von außen angreifbaren IT-Struktur zukünftig flächendeckend sichergestellt wird?**

Dazu fehlt mir die Fachkompetenz.

XI. Fachkräfte/ Personalressourcen

- 1. Wie beurteilen Sie die aktuelle Fachkräftesituation in Ihrem Bereich, welche Über- bzw. Unterversorgung sehen Sie aktuell und künftig?**

Im Fachgebiet Chirurgie ist in Mecklenburg-Vorpommern im niedergelassenen Bereich derzeit kein einziger Arztsitz unbesetzt. In vielen Bereichen herrscht sogar Überversorgung. Dies trifft im wesentlichen auf den gesamten fachärztlichen Versorgungsbereich, bis auf wenige Ausnahmen, zu. Schwieriger ist die Situation im Bereich der medizinischen Fachangestellten und artverwandten Berufen. Obwohl unter den Schulabgängern des Landes sich der Beruf der MFA einer hohen Beliebtheit erfreut, wandern diese nach erfolgreicher Ausbildung zu häufig in andere Bereiche, wegen der dort besseren Vergütung, ab. Häufig in die kaufmännischen Bereiche im Gesundheitswesen, Verwaltungen und bei den Krankenkassen, da hier die Einstiegsgehälter im Durchschnitt um 500 Euro höher liegen. Deshalb wäre zu fordern, dass die Krankenkassen entweder direkte Lohnzuschüsse an die Arztpraxen zahlen, oder aber die ärztliche Gesamtvergütung insgesamt um einen Betrag angehoben wird, der eine entsprechende Anpassung des Tarifniveaus ermöglichen würde.

2. **Welchen Handlungsbedarf sehen Sie und inwieweit sind die Initiativen der Landesregierung in Bezug auf Fachkräftegewinnung von Ärzten und Fachkräften in den nichtakademischen Gesundheitsberufen aus Ihrer Sicht ausreichend oder könnten bzw. müssten in welcher Art und Weise verstärkt bzw. erweitert werden?**

Siehe Antwort eins.

3. **Welche Gründe sind Ihnen bekannt, weswegen junge Ärzt*innen bzw. Pharmazeut*innen eine Niederlassung in M-V nicht anstreben oder sich Schulabgänger*innen in den nichtakademischen Gesundheitsberufen in anderen Bundesländern ausbilden lassen und nicht in unserem Bundesland verbleiben?**

Soweit mir bekannt ist, sind die Universitäten unseres Landes bei Medizinstudenten aus dem gesamten Bundesgebiet sehr beliebt und stark frequentiert. Daraus ergibt sich aber nicht, dass alle diese Studenten nach erfolgreichem Abschluss ihr gesamtes Berufsleben in Mecklenburg-Vorpommern verbringen wollen. Einen nicht geringen Teil zieht es zurück in die ursprüngliche Heimat. Das Schulabgänger in den nicht akademischen Gesundheitsberufen im nennenswerten Umfang in anderen Bundesländern ausgebildet werden, ist mir so nicht bekannt.

4. **Wie bewerten Sie die sogenannte doppelte Facharztstruktur im Gesundheitssystem der Bundesrepublik Deutschland?**

Die doppelte Facharztstruktur ist eine „Ente“ die sich hartnäckig in Medien und Politik hält. Tatsächlich gibt es die nicht. Wie bereits weiter oben ausgeführt, wird die Fläche des Landes durch Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung versorgt, die häufig nur 2 Fachabteilungen, nämlich Innere Medizin und Chirurgie, führen. Alle anderen Fachdisziplinen vor Ort finden sich dann nur im niedergelassenen Bereich wieder. Wer also eine Abschaffung des niedergelassenen Facharztes befürwortet, schafft damit eine wohnortnahe und flächendeckte Vollversorgung der Bevölkerung ab und zwingt diese, zu weiten Wegen und langen Wartezeiten in einigen wenigen Oberzentren.

5. **Die Personalsituation im Land verschärft sich zusehends. Welche Maßnahmen der Politik halten Sie für geeignet um diesem Problem zu begegnen?**

Die Personalsituation im Land ist in Mecklenburg-Vorpommern auch nicht wesentlich anders angespannt, als in anderen Bundesländern. Das Gesundheitswesen gehört zu den Dienstleistungsberufen und es ist bundesweit zu beobachten, dass die Einkommen in den Dienstleistungsberufen seit Jahrzehnten systematisch hinter den Einkommen in der Industrie und auch in der Verwaltung zurückfallen. Damit nehmen die Attraktivität und Nachfrage nach diesen Berufen ab. Um hier eine Entspannung zu schaffen, wäre eine Konzentration der Gesundheitsberufe auf ihre Kernaufgaben wünschenswert. Dazu müsste überflüssiger bürokratischer Ballast abgeworfen werden und die Aufgabenverteilung zwischen ärztlichen und nicht ärztlichen Gesundheitsberufen müsste überdacht werden. Modellprojekte wie zum Beispiel Schwester Vera haben gezeigt, dass hier noch einiges an Potenzial vorhanden ist.

6. **Welche Maßnahmen werden ergriffen um dem demographischen Wandel bei den niedergelassenen Zahnärzten zu begegnen? Welche Konzepte sind in Arbeit und welche werden bereits mit Blick auf den Sicherstellungsauftrag umgesetzt? Gibt es einen regelhaften Austausch zwischen KZV MV und KV MV, um von Erfahrungen zu profitieren? Welche Aktivitäten erfolgen bei oder mit den in MV ansässigen Universitäten, um die Attraktivität einer Niederlassung ggf. gemeinsam mit den Kommunen und dem Land in MV zu erhöhen? Welche Maßnahmen wurden mit den Kommunen/Landkreisen ergriffen, um die Attraktivität von Niederlassungen in ländlichen Regionen zu erhöhen?**

Fällt nicht in meinen Kompetenzbereich.

7. **Welche Aktivitäten seitens der ZÄK MV werden berufspolitisch umgesetzt, um die Attraktivität des Zahnarztberufs zu erhöhen? Es studieren vermehrt Frauen Zahnmedizin, die eher in Anstellungsverhältnissen anstelle einer Selbständigkeit als Zahnärztinnen tätig werden. Welche Maßnahmen sind geplant, um die Niederlassung für Frauen attraktiver zu machen, ggf. die Anzahl der niederlassungswilligen Studierenden zu erhöhen?**

Fällt nicht in meinen Kompetenzbereich.

8. **Halten Sie das Ausbildungsangebot in M-V im Bereich Medizin/ Zahnmedizin für ausreichend?**

Fällt nicht in meinen Kompetenzbereich.

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

Die Antwort habe ich schon weiter oben ausgeführt. In unserem Bundesland studieren viele Studenten aus anderen Bundesländern, die es nach Abschluss des Studiums zurück zu ihren Familien zieht. Weiterhin sind die Weiterbildungsstellen bei den Maximalversorgern begrenzt und bei den Grund- und Regelversorgern oder in den Rehakliniken nicht besonders attraktiv.

10. **Die Facharztausbildung erfolgt entsprechend des Weiterbildungskataloges für das entsprechende Fach. Dieser Katalog wird von den Landesärztekammern festgelegt und orientiert sich an der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer. Wie beurteilen Sie die Bedingungen in M-V aus Sicht von jungen Ärztinnen und Ärzte in Bezug auf Inhalte, Dauer und Organisation der Weiterbildung, insbesondere im Hinblick auf die Konkurrenzsituation mit anderen Bundesländern beim Werben um junge Ärztinnen und Ärzte? Welche Gründe sprechen gegen eine bundesweite Vereinheitlichung der Weiterbildungskataloge?**

Erschwerend auf die Facharztausbildung wirkt sich zum einen das Arbeitszeitgesetz aus, zum anderen die dünne Besiedelung unseres Bundeslandes und die damit einhergehenden geringeren Fallzahlen in den

Krankenhäusern. Junge Ärzte in Weiterbildung brauchen damit unverhältnismäßig lange, um die im Katalog geforderten Fallzahlen zu erreichen. Nicht nur aus diesen Gründen setzt sich der Berufsverband der Deutschen Chirurgen schon seit Jahren für die Einführung eines verpflichtenden Weiterbildungsabschnittes in der Niederlassung ein.

11. **Ist es zielführend, eine doppelte Facharztstruktur dauerhaft beizubehalten? Welche Möglichkeiten sehen sie für eine bessere und bedarfsorientierte Durchlässigkeit beim Zulassungs-/Ermächtigungsverfahren für Krankenhausärzte?**

Ich hatte bereits weiter oben ausgeführt, dass die doppelte Facharztstruktur eine „Ente“ ist, die sich hartnäckig in Medien und der Politik hält. Die niedergelassenen Ärzte sind durchaus in der Lage, den Versorgungsauftrag auch ohne die „Unterstützung“ der Krankenhausärzte zu erfüllen. Ich kann in der Zulassungs-/Ermächtigung von Krankenhausärzten bis auf wenige Ausnahmen keinen Mehrwert für die Versorgung erkennen.

Bei diesen Fragen schwingt immer der Tenor etwas mit, dass niedergelassene Ärzte dumm oder inkompetent sind und die „Hilfe“ und den Rat der Kollegen im Krankenhaus brauchen. Das ist bis auf wenige Spezialfälle, die dann an den Universitätskliniken behandelt werden sollten, regelmäßig nicht der Fall. In manchen Fachgebieten geht der medizinische Fortschritt mittlerweile von niedergelassenen Ärzten aus.

12. **Neben der ärztlichen wird auch die Sicherstellung der zahnärztlichen Versorgung im ländlichen Raum zunehmend zum Problem. Welche (gemeinsamen) Maßnahmen ergreifen Zahnärztekammer und Kassenzahnärztliche Vereinigung beim Werben um den Zahnärztenachwuchs? Inwiefern wird hierbei bspw. auf den Einsatz neuer sozialer Medien gesetzt?**

Fällt nicht in meinen Kompetenzbereich.

13. **Zum siebten Mal in Folge hat die Bundesagentur für Arbeit den Apothekenberuf als Engpassberuf eingestuft. Welche Maßnahmen ergreift die Apothekerkammer beim Werben um den Berufsnachwuchs?**

Fällt nicht in meinen Kompetenzbereich.

XII. Pandemie und Folgerungen

1. **Welche beruflichen Erfahrungen haben Sie in den Zeiten der Corona-Pandemie gemacht und welche beruflichen Schlussfolgerungen ziehen Sie persönlich?**

Ich habe die Erfahrung gemacht, dass die Corona-Pandemie und die damit verbundene mediale Begleitung einen erheblichen Teil der Ärzteschaft verunsichert hat. Ich kann mir das nur so erklären, dass es in der Aus- und Weiterbildung erhebliche Defizite in den Bereichen Hygiene, Infektionsepidemiologie, Seuchenbehandlung usw. gibt. Wir haben mit

unserem MVZ den Versorgungsauftrag unterbrechungsfrei erfüllt und teilweise auch noch in den Krankenhäusern abgewiesene Patienten operiert.

2. 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?

Punkt 1:

Der eine oder andere Patient der in der Pandemie im Krankenhaus nicht behandelt wurde, hat sich einer ambulanten Operation unterzogen und hat mit Erstaunen festgestellt, was in diesem Bereich möglich ist.

Punkt 2:

Eine besondere Belastung ist die völlig dem Spiel von Angebot und Nachfrage überlassene Preisgestaltung bei wichtigen Materialien, wie Desinfektionsmitteln, OP-Abdeckungen usw., deren gestiegene Preise voll und ganz zu Lasten der behandelnden Ärzte gehen.

Punkt 3:

Das Patienten mit Infektionssymptomen sich häufiger als früher telefonisch beim Arzt anmelden und damit der organisatorischer Ablauf der Praxis und die Trennung von infektiösen und nicht infektiösen Patienten organisatorisch besser möglich ist, sollte auch in Zukunft beibehalten werden.

3. Welche Handlungsbedarfe in Bezug auf die Corona-Pandemie sehen Sie nach wie vor in M-V und bundesweit?

Leider hat man als Beobachter den Eindruck, dass die Landesregierung MV auf einen jederzeit möglichen Katastrophenfall weder materiell noch gedanklich ausreichend vorbereitet war. Zu fordern ist die Bildung von strategischen Reserven für die wichtigsten Versorgungsgüter, einschließlich Beatmungsgeräten. Weiterhin die Planung und Benennung von Notfalllazaretten und die regelmäßige Abhaltung von Übungen der Planspielen der Beteiligten.

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

Hierzu ist mir nichts bekannt.

B. Gesamteinschätzung/ Bewertung

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

welchen Maßnahmen können die Mängel beseitigt werden? Welche Herausforderungen werden für die Zukunft gesehen?

Die aktuelle medizinische Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern halte ich für gut bis sehr gut. Die Patienten von heute sind in weiten Teilen informierter, anspruchsvoller und mobiler als das in der Vergangenheit der Fall war. Daraus ergeben sich Probleme für einzelne Versorger, die es bisher versäumt haben sich der geänderten gesellschaftlichen Situation anzupassen, oder denen eine Anpassung aufgrund objektiver Gegebenheiten nicht möglich ist. Eine Subventionierung nicht zukunftstauglicher Strukturen halte ich für eine Steuergeldverschwendung. Die Mängel können nur beseitigt werden, indem man mutig neue Strukturen etabliert die zukunftsfähig sind. Dabei ist ganz klar zwischen Pflege und medizinischer Behandlung zu unterscheiden.

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

Für die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung wurden 30 PKW-Fahrzeit-Minuten bis zum nächsten Krankenhaus der Grundversorgung zu Grunde gelegt. Zur einer medizinischen Basisversorgung gehören Leistungen der Fachabteilungen Innere Medizin und Chirurgie, sowie eine Basisnotfallversorgung. Der Wert ist abgeleitet aus den Erreichbarkeitsstandards in den Raumordnungsgesetzen der Bundesländer. Nach meinem Kenntnisstand gibt es gegenwärtig keine unterversorgten Regionen im Land. Lediglich im Rettungsdienst kann es zu Überschreitungen der gesetzlichen geforderten Rettungszeiten kommen.

C. Zukunftsansätze

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

Wenn man in der Definition zur flächendeckenden Versorgung das Wort Krankenhaus streicht und durch Gemeindeggesundheitszentrum oder Kassenärztliche Notfallpraxis ersetzt, dürfte auch in der Zukunft die flächendeckende wohnortnahe Versorgung kein Problem sein.

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

Die Versorgungsschwerpunkte werden sich in den nächsten Jahren hin zur geriatrischen Versorgung und zur Palliativmedizin, einschließlich der damit verbundenen Pflege verschieben. Aus meiner Sicht ist es daher notwendig, bisher unwirtschaftliche Krankenhaus-Standorte in geriatrische und palliativmedizinische Abteilungen umzuwandeln und als Pflegestützpunkte für die Kurzzeitpflege zu etablieren.

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?**

Um Vorschläge zur Erreichung des o.g. Zieles zu machen, fehlt mir die planerische Kompetenz. Dies ist eine Aufgabe der bundespolitischen Ebene.

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

Hier fehlt mir die verwaltungstechnische Kompetenz zur Beantwortung dieser Frage.

5. **Welche Formen mobiler Angebote der ärztlichen Betreuung und der Medikamentenverteilung sind organisierbar und finanzierbar?**

Soweit mir bekannt ist, liefert eine Vielzahl von Apotheken die Medikamente an ihre Patienten über einen Lieferservice auch nach Hause. Mobile Angebote ärztlicher Betreuungen, wie sie teilweise in Modellprojekten mit fahrenden Bussen praktiziert werden, halte ich für problematisch. In der Regel wird für eine suffiziente Behandlung des Patienten auch die Infrastruktur, wie sie in den Praxen vorgehalten wird, benötigt. Solche Angebote sind eher als ein soziales und kommunikatives Angebot zu sehen und gehören in die Hände von Streetworkern oder Sozialarbeitern, nicht aber in die Hände der knappen Ressource Arzt.

Gemeinden die nicht nur einen „gefühlten“ Mangel an medizinischer Versorgung beklagen, sind gefordert selbst aktiv zu werden. Zum Beispiel könnten mit einem gemeindeeigenen Kleinbus Sammeltransporte zum Arzt organisiert werden, oder die Gemeinde hält Räumlichkeiten im Sinne eines Gemeindegesundheitszentrums vor, die gemeinsam von Pflegediensten, anderen Gesundheitsberufen und Ärzten genutzt werden, die dort zum Beispiel stundenweise eine Außenstelle betreiben könnten.

Entscheidend ist der tatsächliche und nicht nur der „gefühlte“ Bedarf.

Wenn der bestellt, auch bezahlen muss, werden sich viele der derzeit erhobenen Forderungen sehr schnell relativieren.

Fragenkatalog

A. Grundsatzfragen / Detailfragen

A.1 Grundsatzfragen

Wie beurteilen Sie die aktuelle Gesundheitsversorgung in Mecklenburg-Vorpommern mit Blick auf die ärztliche und zahnärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich?

Die ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich kann ich nicht beurteilen.

Im zahnärztlichen Bereich zeigt sich ein Rückgang der Einzelpraxen um etwa 30%, erkennbar am Rückgang der vollen Beitragszahler. Gleichzeitig nimmt die Zahl der Teilzeitbeschäftigten zu, was insofern problematisch ist, da es zur Kompensation des Wegfalls eines niedergelassenen Zahnarztes mehrerer Teilzeitangestellter bedarf.

In den größeren Städten des Landes wie Rostock, Schwerin und Greifswald besteht eine hohe Versorgungsdichte im zahnärztlichen Bereich. Im Gegensatz dazu ist der ländliche Raum bereits abgeschlagen. Viele Praxen schließen, weil sie keinen Nachfolger finden. Dieser Trend ist mittlerweile auch in größeren Städten, wie bspw. Neubrandenburg oder auch Schwerin, erkennbar.

Welche Probleme sind zu benennen (bitte auch in ihrer Wertigkeit bzw. Dringlichkeit ihrer Lösung) und vor welchen Herausforderungen sehen Sie die Gesundheitsversorgung in M-V?

1. ungenügende Anzahl von Absolventen (Uni HRO und HGW haben einen verschwindend geringen Anteil an einheimischen Studenten - Problem: NC)
2. fehlende Anreize für Niederlassung im ländlichen Raum (Arbeit für Lebenspartner/Infrastruktur/Schule/Kindergärten/Kultur/soziale Kontakte)
3. überwiegend weibliche Absolventen -> Niederlassung zweitrangig, primär Angestelltenverhältnis wg. Familie + Scheu vor unternehmerischem Risiko
4. generelles Umdenken der aktuellen Generation "Z", Motto: Etwas arbeiten und ansonsten leben

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

Die WHO nennt drei Kernziele guter Gesundheitsversorgung: Gesundheit, faire Finanzierung und Patientenorientierung. Dies wird durch grundlegende Faktoren wie den Zugang zur allgemeinen medizinischen Versorgung für jeden Menschen erst ermöglicht. Das wiederum bedeutet zunächst eine flächendeckende Arzt/Zahnarztdichte sowohl im ambulanten als auch im klinischen Bereich und verkehrstechnisch gut zu erreichende Fachärzte.

Darüber hinaus gibt es spezifischere Kriterien für die Bestimmung der Qualität wie:

- Erfolgt bei Patienten mit Verdacht auf Erkrankungen die Diagnostik rechtzeitig und gründlich genug?
- Wird der Patient nach erfolgter Diagnostik über seinen Gesundheitszustand, die vorgesehene Behandlung und mögliche Alternativen sowie seine Rechte und Pflichten aufgeklärt?
- Wird die Patientenakte gründlich und vollständig geführt?
- Nehmen die im medizinischen Bereich tätigen Personen regelmäßig an Weiter- oder Fortbildungen teil?

- Werden Statistiken über die Diagnose, Therapie und die Erfüllung des Behandlungsziels nach erfolgter Therapie erhoben, ausgewertet und nötige Schlussfolgerungen gezogen?
- Wie lang sind die Wartezeiten bei Aufnahme/vor Arztkontakt/Behandlung/in Klinik und Praxis?
- Können die Anbieter medizinischer Versorgung die o.g. Kriterien erfüllen und dabei gleichzeitig dauerhaft betriebswirtschaftlichen Erfolg verzeichnen und dauerhaft und verlässlich auf dem Markt bestehen?

Die Vorhaltung einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung 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?

Zahnarzt/Allgemeinarzt/Augenarzt/Hautarzt/Internist/Orthopäde/Psychiater-Psychologe/Gynäkologie-Geburtshilfe

Welcher Leistungen sollten Ihrer Meinung nach in spezialisierten Zentren bzw. konzentriert angeboten werden?

Kardiologie/Neurologie/Tumorerkrankungen/Chirurgische-Systemische Behandlungszentren der flächendeckenden Fachabteilungen

Wie beurteilen Sie die Medikamentenversorgung im Flächenland MV?

Das kann ich nicht beurteilen.

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

Orientieren sich die o. g. Bereiche ausreichend an den Bedürfnissen der Patient/innen? Wenn ja, bitte begründen. Wenn nein, was kann getan werden? Wie können in den o. g. Bereichen zukünftig Verbesserungen erreicht werden? Welche Konzepte gibt es und wurden diese mit den Patientenorganisationen abgestimmt?

Es wird seit Jahren am Bedarf vorbei geplant. Gänzlich unberücksichtigt bleibt bei allen

Planungen die Demografie. Vertragssitze werden prozentual anhand der Bevölkerungsanzahl vorgenommen, statt nach dem Durchschnittsalter der Bevölkerung. Eine Überalterung mit mehr Behandlungsbedarf wird nicht berücksichtigt. Ferner ist problematisch, dass es Kreise gibt, die von Überversorgung gekennzeichnet sind, obwohl in der Fläche Ärzte/ZÄ fehlen. Dies wird besonders im Randgebiet von Ballungsräumen deutlich. Bspw. lassen sich im zu einem Landkreis gehörenden Bereich 3 Zahnärzte nieder, die direkt an einen Stadtkreis angrenzen, dann ist der Landkreis ausreichend versorgt, obwohl es innerhalb der anschließenden 50km keinen Arzt mehr gibt und die Fläche somit unterversorgt ist.

Im Bereich der geriatrischen Versorgung fehlt es prinzipiell an Pflegepersonal. Das vorhandene Personal ist mit der Situation oft unzufrieden, weil für die Pflege/Behandlung von Patienten zu wenig Zeit bleibt und/oder die erbrachte Leistung nicht angemessen honoriert wird.

Um dem Arztmangel entgegenzuwirken, sollte man kurzfristig Möglichkeiten schaffen, um bspw. im Ausland studierende Einheimische nach dem Physikum einen Einstieg an einer der landeseigenen Hochschulen zu ermöglichen. Dies könnte bereits nach kurzer Zeit zu einer deutlichen Entlastung des Ärztenachwuchses führen. Ferner sollte intensiv darüber nachgedacht werden, eine Bevorzugung von Landeskindern bei der Studienplatzvergabe zu ermöglichen. Es kann nicht sein, dass wir zwei Universitäten haben, die nicht in der Lage sind, den eigenen Landesnachwuchs in ausreichender Menge ausbilden zu dürfen.

Hinter vorgehaltener Hand wird gemunkelt, dass vielfach Studienplätze aufgrund von "Spenden" vergeben werden. Hier zeigt sich eine augenscheinliche desolante Finanzlage der Unis. Untermauert wird dies durch das aktuelle Bestreben der Universitäten, einzelne Studiengänge als "Masterstudiengänge", d.h. gegen Bezahlung anzubieten. Dies betrifft derzeit insbesondere die Kieferorthopädie, und hier primär Rostock (sekundär Greifswald). In anderen Bundesländern ist dies bereits Normalzustand.

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

Das kann ich nicht beurteilen.

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

Diese Auffassung teile ich voll und ganz.

Was leitet sich daraus aus Ihrer Sicht ab?

Daraus leitet sich ab, dass der Gesetzgeber die gesetzgeberischen Grundlagen und finanziellen Voraussetzungen schaffen muss, damit die am Gesundheitswesen beteiligten Berufsgruppen, insbesondere die in der unmittelbaren Patientenversorgung tätigen Berufsgruppen diese Aufgaben auch erfüllen können und die dafür nötigen Mittel an die Hand bekommen und die nötigen Werkzeuge.

Welche Empfehlungen des GBA zur medizinischen Versorgung bewerten Sie kritisch und welche alternativen Vorschläge haben Sie?

Zu den Empfehlungen des GBA in meinem Fachgebiet gibt es von meiner Seite keine Kritik.

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?

Wie bereits weiter oben ausgeführt sollten im Ausland studierenden Landeskindern nach dem Physikum die Möglichkeit gegeben werden, ihr Studium an einer der Universitäten unseres Landes fortzuführen. Aktuell gibt es allein in Szeged/Ungarn 15 angehende Mediziner kurz vor dem Physikum. Mit der Rückholung wären erste Erfolge nach 5 Jahren spürbar.

Die Fremdfinanzierung von Krankenhäusern/MVZ sollte kritisch betrachtet bzw. verboten werden. Die Gewinnerzielungsabsicht der Aktionäre sollte nicht im Vordergrund stehen und Dritte sollten sich auf Kosten von Kranken nicht bereichern.

Krankenkassen sollten Auflagen erhalten, ihre Verwaltungskosten von derzeit bis zu 60% (inklusive der "versteckten Kosten") auf 25-30% zu halbieren. Das somit eingesparte Geld könnte den Beitragszahlern somit mehr zur Verfügung stehen und bisher notwendige Zuzahlungen zu bestimmten Leistungen könnten reduziert werden bzw. der Beitragssatz könnte gesenkt werden.

A.2 Detailfragen

I. Stationäre Versorgung

1. Halten Sie die stationäre Versorgung in M-V von der Anzahl der Krankenhäuser und Krankenhausbetten für ausreichend?

Das kann ich nicht beurteilen.

2. Könnte aus Ihrer Sicht die Versorgung auch mit weniger Krankenhäusern sichergestellt werden?

Das kann ich nicht beurteilen.

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

Grundsätzlich wäre es zu begrüßen, wenn die Behandlung weniger systembedingte Schnittstellen aufweisen würde und der Patient von der Diagnostik über die Therapie bis zur Nachsorge und Rehabilitation einen Arzt als zentralen Ansprechpartner hätte.

4. Wie beurteilen Sie die Ausstattung der Krankenhäuser mit Fachärzten? Wie schätzen Sie das Ressourcenpotenzial der Krankenhäuser zur Unterstützung der niedergelassenen Ärzte bei der ambulanten (spezialfachärztlichen) Versorgung ein?

Die Krankenhäuser, die ich kenne, arbeiten an ihrer Belastungsgrenze und haben Schwierigkeiten, ihre Facharztplanstellen zu besetzen. Jeder Patient erwartet einen Arzt bzw. Personal, das "Deutsch" in Wort und Schrift beherrscht. Sofern Arzt und Patient aufgrund mangelnder Sprachkenntnisse nicht vernünftig miteinander kommunizieren können, fehlt die Basis für eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung. Darüber hinaus fehlt die Basis für das Finden der richtigen Diagnose und in Folge auch der richtigen, erfolgsversprechenden Wahl der Therapie. Dementsprechend sehe ich bei den Krankenhäusern überhaupt keine Ressourcen niedergelassene Ärzte bei der ambulanten Versorgung zu unterstützen. Ich beobachte, dass in den letzten

Jahren viele hochqualifizierte Ärzte (Chefärzte, leitende Oberärzte und Oberärzte) das Krankenhaus in Richtung Niederlassung verlassen haben. Hier steht ein Potential zur Verfügung, das bei Schaffung entsprechender rechtlicher Rahmenbedingungen eher die Krankenhäuser bei der Erfüllung ihrer Aufgaben unterstützen könnte.

II. Ambulantisierung

1. Welches Potential für die weitere Ambulantisierung bei stationären Behandlungen sehen Sie generell bzw. spezifisch in Mecklenburg-Vorpommern?

Das kann ich nicht beurteilen.

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

Ambulante OP-Zentren in der Fläche können dazu beitragen, Patientenströme abzufangen und damit die großen Versorger zu entlasten. Darüber hinaus können damit bestimmte ambulante Behandlungen überhaupt erst in der Fläche möglich gemacht werden. Wichtig ist, dass zwischen den ambulanten Zentren und den großen Versorgern keine wirtschaftliche Abhängigkeit besteht.

III. Ambulante Versorgung

1. Geben Sie einen Überblick über die Zahl der niedergelassenen Ärzte nach Fachrichtung in M-V heute und im Vergleich vor 5 und 10 Jahren. Welche wesentlichen Veränderungen gab es? Was sind die Ursachen für diese Veränderungen?

Die Anzahl der niedergelassenen Zahnärzte ist seit Jahren rückläufig mit deutlicher Progredienz seit 2019. Bei den niedergelassenen Zahnärzten gibt es heute im Vergleich zu der Situation vor 5 oder 10 Jahren etwa 30 bzw. 40 Prozent weniger niedergelassene Zahnärzte. Die Anzahl der angestellten Zahnärzte steigt im städtischen Bereich und fällt in der Fläche. Diese Einschätzung ergibt sich aus dem Vergleich der Einstufung der Beitragszahler. Genaue Zahlen sollte die KZV MV kennen.

Die Ursachen sind aus meiner Sicht:

- Geringere Attraktivität der ärztlichen Berufe aufgrund verschlechterter Rahmenbedingungen und ausufernder Bürokratie
- Zunahme weiblicher Studierender
- Veränderte Einstellung zum Beruf (mehr angestellte Ärzte und Zahnärzte, Scheu vor dem unternehmerischen Risiko, veränderte Life-Work-Balance)

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

Ambulante OP-Zentren in der Fläche können dazu beitragen, Patientenströme abzufangen und damit die großen Versorger zu entlasten. Darüber hinaus können damit bestimmte ambulante Behandlungen überhaupt erst in der Fläche möglich gemacht werden. Wichtig ist, dass zwischen den ambulanten Zentren und den großen Versorgern keine wirtschaftliche Abhängigkeit besteht.

- 3. Welche Möglichkeiten sehen Sie, die stationären Diagnostikmöglichkeiten auch für den ambulanten Bereich zur Verfügung zu stellen?**
Im zahnärztlichen Bereich keine.
- 4. Wie kann die starre Trennung von ambulanter ärztlicher Versorgung und Krankenhausversorgung durchbrochen werden?**
Die Trennung ist aus meiner Sicht nicht sinnvoll.
- 5. Welche Maßnahmen zur Sicherstellung der Medikamentenversorgung sollten ergriffen werden?**
Zur Sicherstellung der Medikamentenversorgung sollte die Bundesrepublik Deutschland in Zentrallagern eine strategische Medikamenten-Reserve aufbauen, die den jeweiligen Jahresbedarf für ein bis zwei Jahre abgedeckt und regelmäßig gewälzt wird. Weiterhin sollte darüber nachgedacht werden, dass Pharmaproduzenten, die ihre Waren auf dem europäischen Markt verkaufen möchten, auch gezwungen werden eine gewisse Mindestquote auf dem europäischen Markt zu produzieren. Andernfalls sollte ihnen der Marktzugang verwehrt werden bzw. der Marktzugang durch die Erhebung von Sonderzöllen erschwert werden.
- 6. Wie viele Patienten in Prozent suchen auch bei Bagatellerkrankungen trotz vorhandenen ambulanten Bereitschaftsdienstes ein Krankenhaus zur Behandlung auf? Was sind die Gründe für dieses Verhalten?**
In der Zahnmedizin sind es etwa 10-15% der Patienten. Die Gründe liegen in der teilweisen Überlastung der niedergelassenen Zahnärzte bzw. der telefonischen Nichterreichbarkeit dieser trotz bestehendem Notdienst. Weiterhin sind die Gründe in familiären/beruflichen Umständen sowie in der Bequemlichkeit oder Unkenntnis der Patienten zu suchen. Der Besuch des Krankenhauses ist in der Regel nicht zielführend, da Patienten mit Schmerzen im Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich nicht im Krankenhaus behandelt werden, sondern an den zuständigen zahnärztlichen Notdienst verwiesen werden.
- 7. Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen Haus und Fachärzten? Sehen Sie hier Potenziale mit Blick z.B. auf die Arzneimittelsicherheit oder die Vermeidung von Doppeluntersuchungen und welche Maßnahmen werden ggf. zur Verbesserung ergriffen?**
Das kann ich nicht beurteilen.
- 8. Deutschland verzeichnet fast 20 Arzt-Patient-Kontakte je Einwohner und Jahr allein bei ambulanten Praxisärzten. Das ist im internationalen Vergleich ein auffällig hoher Wert ohne erkennbaren medizinischen Zusatznutzen. Wie ist dies aus Ihrer Sicht zu erklären und welche Maßnahmen werden ergriffen, um die Kontakte mit Blick auf die begrenzten ärztlichen Ressourcen auf ein notwendiges Maß beschränken? Welche Rolle spielen hierbei die hohe Anzahl an (routinemäßigen) Wiedereinbestellungen in Facharztpraxen? Ließen sich fachärztliche Terminvereinbarungen im nennenswerten Umfang vermeiden, wenn die Kooperation zwischen Haus- und Facharzt optimiert werden würde?**
Nicht wenige der fraglos häufigen Arzt-Patienten-Kontakte in Deutschland haben einen bürokratischen und organisatorischen Hintergrund, auf den der einzelne Arzt

keinen Einfluss nehmen kann. So schreibt beispielsweise das Sozialgesetzbuch vor, dass Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen in der Regel nur für die Dauer von 14 Tagen ausgestellt werden sollen, damit der Arzt sich regelmäßig vom Gesundheitszustand des Patienten überzeugen kann und die Notwendigkeit einer weiteren Arbeitsunfähigkeit einschätzen kann. Ein weiterer Punkt ist die Budgetierung von Arzneimitteln, die hier an das Quartal gebunden sind, sodass für einen Patienten mit einer Dauermedikation allein dadurch schon zwingend vier Arztbesuche im Jahr bei dem verschreibenden Arzt erforderlich werden. Kommen dann noch Dauermedikationen anderer verschreibender Ärzte hinzu, schnellst diese Zahl schnell in die Höhe. In einigen Fachgebieten mit sehr langen Bestellfristen, von teilweise einem Jahr und länger, spielen routinemäßige Wiedereinbestellungen für Kontrolluntersuchungen mit Sicherheit eine erhebliche Rolle. Hier sind die wissenschaftlichen Fachgesellschaften gefordert, Leitlinien zu erstellen, mit welcher Frequenz Kontrolluntersuchungen notwendig sind, und wo Einsparpotential besteht. Kritisch zu sehen sind häufige diagnostische Maßnahmen ohne therapeutische Konsequenzen. Ich denke nicht, dass sich fachärztliche Terminvereinbarungen im nennenswerten Umfang durch die Optimierung der Kooperation zwischen Haus- und Facharzt vermeiden lassen würden.

9. Wäre ein Primärarztssystem besser geeignet um die Patienten effizienter durch das Gesundheitswesen zu steuern oder befürworten Sie den derzeit praktizierten Facharzt-Zugang ohne notwendiges Überweisungsverfahren?

Im Grunde haben wir in Deutschland ein Primärarztssystem bei dem der Patient zuerst den Hausarzt aufsuchen soll, der dann als Lotse im Gesundheitswesen die weiteren Maßnahmen einleitet. Daneben ist es jedoch jedem Patienten möglich, sich auch ohne Überweisungsschein direkt einem Facharzt vorzustellen. Dies macht durchaus Sinn, wenn man an Unfälle oder akute medizinische Notfälle, die eindeutig einem Fachgebiet zugeordnet werden können, denkt. In allen anderen Fällen bestehen viele Facharztpraxen auf eine Überweisung durch den Hausarzt, um nicht überlaufen zu werden, und die knappe Ressource Termin nicht unnötig zu strapazieren.

10. Ist Ihnen bekannt, dass Facharzttermine in vielen Bereichen trotz Dringlichkeitsvermerk und Terminservicestelle oft nicht zeitnah möglich sind? Welche Konzepte gibt es?

Ja, das ist mir bekannt. Seit Mai 2019 gibt es ein „Terminservice- und Versorgungsgesetz“ (TSVG), was helfen soll, dieses Problem zu beseitigen. Von verschiedenen Anbietern, darunter Verbraucherzentralen, KV's oder KZV's und Krankenkassen, werden inzwischen Terminservicestellen angeboten, über die der Patient innerhalb eines gewissen Zeitraums Termine beim Facharzt erhalten soll. Inwieweit dieser Service funktioniert, kann ich nicht beurteilen.

11. Ist bekannt, dass z. B. im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung ggf. nach einem Ersttermin Monate vergehen, bis ein ambulanter Therapieplatz realisiert wird? Welche Handlungsempfehlungen gibt es?

Es ist bekannt, dass teilweise bis zu 6 Monate und mehr vergehen. Will man die Wartezeit verringern, muss man zwangsläufig die Zahl der Therapieplätze und Fachärzte aufstocken. Dies kann unter dem bereits bestehenden wirtschaftlichen Druck, der auf Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen lastet, nicht geschehen.

Kliniken sind zunächst mit ausreichend finanziellen Mitteln auszustatten, um das dringend benötigte Personal einzustellen und Gebäude und Technik auf einen guten und aktuellen Stand zu bringen. Dazu bedarf es seines hohen finanziellen Einsatzes, der sich allerdings bald auszahlen würde. Ein erster Schritt in die richtige Richtung könnte die Zahlung der Investitionskosten durch das Land MV an die Krankenhäuser sein. Obwohl eine gesetzliche Verpflichtung dazu besteht, geschieht dies zur Zeit nicht.

Zufriedene, nicht überlastete Ärzte, Krankenschwestern und Pfleger können eine qualitative bessere Arbeit verrichten. Die Anzahl der Behandlungsfehler würde sinken, die der zufriedenen Patienten steigen. Das hat natürlich auch Auswirkungen auf die Volkswirtschaft. Auch diese würde davon profitieren, weil es weniger, durch Krankheit bedingte, Ausfälle hochqualifizierter Arbeitskräfte geben würde.

Auch der positive Effekt für das gesellschaftliche Miteinander wäre erheblich: mehr Platz für Hilfsbereitschaft, Empathie und Menschlichkeit in der Medizin sorgen für mehr sozialen Frieden und weniger Staatsverdrossenheit.

Zu guter Letzt könnten damit die Politiker quasi nebenbei auch die ihnen vom Grundgesetz übertragenen Aufgaben erfüllen: nach besten Kräften für das Wohl Ihrer Bürger zu sorgen.

Das setzt allerdings eine Politik voraus, deren Entscheidungen auf der Grundlage von Vernunft und nicht von Partikularinteressen erfolgen. Darüber hinaus ist es so, dass eine kranke Gesellschaft und ein krankes Gesundheitssystem in Folge mehr (physisch und psychisch) kranke Menschen erzeugt.

- 12. Um die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten, hat der Gesetzgeber den Kassenärztlichen Vereinigungen und Kommunen das Recht eingeräumt, Eigeneinrichtungen mit angestellten Ärzten zu betreiben. Wurde von dieser Möglichkeit in M-V bereits Gebrauch gemacht? Welche Erfahrungen wurden hierbei ggf. gemacht und welche weiteren Planungen sind diesbezüglich vorgesehen?**

Es ist mir bekannt, dass es diese Möglichkeit gibt. Ich habe aber keine Erfahrungen damit gemacht.

- 13. Welche Bedeutung haben gegenwärtig Krankenhausapotheken und Online-Apotheken bei der Medikamentenversorgung in M-V und bundesweit? Welche Entwicklung und welche Probleme sehen Sie?**

Das kann ich nicht beurteilen.

- 14. Wie kann aus Sicht der Apothekerkammer unter Berücksichtigung der Faktoren Fachkräftemangel, Überalterung und demografische Entwicklung die flächendeckende Arzneimittelversorgung sichergestellt werden? Welchen Beitrag können telepharmazeutische Angebote, Botendienste und der Versandhandel zur Sicherstellung der Arzneimittelversorgung leisten?**

Der Versandhandel ist grundsätzlich kritisch zu sehen, da er keinen Beitrag zur Akutversorgung mit Medikamenten leisten kann und auch keine notwendigen Beratungsdienstleistungen.

- 15. Ist eine flächendeckende Versorgung mit barrierefreien Apotheken gegeben? (Berollbarkeit, Kontraste, Piktogramme, Informationen in einfacher Sprache, ect.)**
Das kann ich nicht beurteilen.
- 16. Bieten die Apotheken flächendeckend Lieferdienste an, damit Patient*innen nicht mehrfach wegen eines Rezeptes die Apotheke (ggf. im nächsten Ort) aufsuchen müssen? Gilt dies auch für Notdienste?**
Das kann ich nicht beurteilen.
- 17. Welche Hilfen/Ansprechpartner für Patient/innen gibt es in MV bei Verdacht auf fehlerhafte Medikation? Wie werden diese kommuniziert und evaluiert?**
Ist mir nicht bekannt.
- 18. Welche Beratungs- und Informationsdienste können die Apotheken den Patient*innen telefonisch oder über das Internet anbieten?**
Ist mir nicht bekannt.
- 19. Der BARMER-Arzneimittelreport 2020 hat aufgezeigt, dass die Versorgung über die Sektorengrenzen hinweg nicht gut organisiert ist. Besonders gefährdet sind dabei Polypharmazie-Patienten. Welche Maßnahmen zur Sicherstellung der Arzneimitteltherapiesicherheit an der Schnittstelle ambulant/stationär sollten aus Sicht der Apothekerkammer ergriffen werden?**
Fällt nicht in meinen Kompetenzbereich.
- 20. Durch das Masernschutzgesetz werden Modellvorhaben zum Impfen in Apotheken ermöglicht. Welche Möglichkeiten werden vor diesem Hintergrund gesehen die Apotheker stärker in die Versorgung einzubinden?**
Ich sehe hier aus verschiedenen Gründen keine Möglichkeit, um Apotheker überhaupt in die Durchführung der Impfung einzubeziehen, sofern der Apotheker nicht über eine ärztliche Approbation verfügt und halte den von der Politik eingeschlagenen Weg für falsch. Als Begründung zitiere ich das RKI: „Grundsätzlich sind Impfstoffe Arzneimittel, die nur der Arzt verordnen darf. Es gibt allerdings keine gesetzliche Vorschrift, die die Durchführung einer Impfung ausschließlich dem Arzt vorbehält. Pflegekräfte, Arzthelferinnen und Arzthelfer mit entsprechender Ausbildung dürfen auch Arzneimittel verabreichen. Die Injektionstechniken werden bei der Berufsausbildung dem Pflegepersonal auch vermittelt. Ob das Personal in der Lage ist, eine Impfung korrekt zu verabreichen, ist von fachlichen Vorgesetzten oder dem Arbeitgeber vor einer selbstständigen Ausübung zu überprüfen. Notwendig ist jeweils eine gesonderte ärztliche Anordnung, Überwachung und Dokumentation. Impfungen sollten aber nur in Anwesenheit eines Arztes ausgeführt werden, damit bei unerwarteten Nebenwirkungen und Komplikationen, die in sehr seltenen Fällen auftreten können, sofort optimale Hilfe geleistet werden kann. Indikation und Kontraindikationen sind vom Arzt zu prüfen. Auch die Haftung sowohl für die Impfung selbst als auch für eine korrekte Aufklärung, Anamneseerhebung

trägt der Arzt, unabhängig davon, ob er selbst oder das Personal die Impfung vornimmt.“.

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

Das ist abhängig von den Kenntnissen und Fähigkeiten des jeweiligen medizinischen und pflegerischen Personals und kann nicht pauschal beantwortet werden. Zunächst einmal sollte es die deutsche Sprache in Wort und Schrift beherrschen. Darüber hinaus sollte es Professionalität und gleichzeitig Empathie vermitteln und in der Lage sein, medizinischen Fachjargon in für den Patienten leicht verständliche Erklärungen umzuwandeln. Da die Kommunikation hauptsächlich durch Körpersprache sowie durch Sprache und Stimme stattfindet und nur ein kleiner Teil der Kommunikation auf den verbalen Inhalt der Botschaft entfällt, sollte das Personal auch dies beherrschen. Aus meiner Sicht ist dies alles nicht nur durch Weiterbildungsmaßnahmen zu erreichen, sondern erfordert eine positive Grundeinstellung zum medizinischen Beruf, Menschlichkeit, Mitgefühl, Ausdauer und den Willen, anderen Menschen zu helfen.

22. Der Gesetzgeber hat mit im Jahr 2007 mit dem G K V - Wettbewerbsstärkungsgesetz die Zulassungsbeschränkungen im vertragszahnärztlichen Bereich aufgegeben. Wie beurteilen Sie die Entwicklung der Niederlassungsverteilung in ländlichen Regionen im Vergleich zu den Städten? Zum einen in der allgemein Zahnärztlichen Versorgung und zum anderen in der kieferorthopädischen Versorgung seit der Aufgabe der Zulassungsbeschränkungen? Würden Sie die Einführung von Zulassungsbeschränkungen begrüßen? Wenn, nein warum nicht?

Die Zahnärzte konzentrieren sich im randstädtischen Bereich, aber nicht in der Fläche. Es wird nicht geschaut, ob es eine flächendeckende Verteilung gibt. Eine gesteuerte, gleichmäßige, flächendeckende Zulassung, nach lokalen Kriterien, so dass kein Patient länger als eine gewisse Kilometerzahl zum Zahnarzt fahren muss, könnte hier eine Verbesserung bringen. Auch, wenn das im Zweifelsfall bedeutet, dass man die Kollegen in diesen Regionen staatlich unterstützt.

23. Die Bundeszahnärztekammer hat gefordert, das Aufkaufen von Zahnarztpraxen durch Fremdkapitalgeber wie Private-Equity-Fonds zu stoppen. Begründet wird dies mit nachteiligen Auswirkungen auf die zahnärztliche Versorgung in ländlichen Regionen. Kann die fremdkapitalgestützte Gründung von MVZ mit angestellten Zahnärzten gerade für die ländlichen Regionen nicht auch eine Chance auf dauerhafte Versorgungssicherheit sein?

Nein. Das schließt der finanzielle Ursprung der MVZ aus. Der durch die Fremdkapitalgeber vorhandene Druck, finanzielle Gewinne zu erbringen, erfordert die Gründung dieser MVZ in städtischen Bereichen, weil hier das Geld zu holen ist. Dies wird gewährleistet durch den Verkauf von hochpreisigen Behandlungen bei teilweise zweifelhafter Indikation (Überversorgung). Diverse Beispiele hinsichtlich „Zielvereinbarungen“ und Druck auf Angestellte zum „Verkauf“ hochpreisiger, nicht indizierter Leistungen sind nicht nur mir bekannt. Eine Renditeabsicht diktiert die Therapie. Unbekannte Dritte profitieren von der Erkrankung des Patienten. Die Nachhaltigkeitskomponente fehlt. Der Mensch als Ware. Wenn Sie in Mecklenburg Vorpommern nach MVZ mit angestellten Zahnärzten suchen, so finden Sie diese in

Schwerin, Rostock, Neubrandenburg und Greifswald – also eben nicht in ländlichen Regionen sondern in größeren Städten. Somit könnte man meinen, dass Zahnarzt-MVZ's die allgemeine Entwicklung der Konzentrierung der Zahnärzte in den Städten, und damit eine schlechtere Versorgung im ländlichen Raum, weiter beschleunigen.

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?**

Das kann ich nicht beurteilen.

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

Eine sehr gute Infrastruktur, die die Erreichbarkeit aller medizinischen Einrichtungen per Bahn/Bus aus allen Bereichen des Landes gewährleistet.

V. Rehabilitation / Krankenhausnachversorgung

- 1. Wie beurteilen Sie das aktuelle Entlass-Management der Krankenhäuser und Reha-Einrichtungen in Mecklenburg-Vorpommern, welchen Handlungsbedarf und welche Herausforderungen sehen Sie?**

Das kann ich nicht beurteilen.

- 2. Wie beurteilen Sie die Kapazitäten von Rehaeinrichtungen/ Pflegeeinrichtungen und häuslicher Krankenpflege zur Nachversorgung von operativen Eingriffen oder Regelversorgung bei medizinischer Indikation/ chronischen Erkrankungen? Welche Herausforderungen sind Ihnen dabei bekannt. Welche Patientengruppen und Diagnosen/Krankheitsbilder sind besonders betroffen?**

Das kann ich nicht beurteilen.

VI. Rettungsdienst

- 1. Wie beurteilen Sie die notfallmedizinische Versorgung im Land und welchen Handlungsbedarf sehen Sie?**

Die notfallmedizinische Versorgung im Land ist im Allgemeinen sehr gut, die Rettungszeiten können zum allergrößten Teil regelmäßig eingehalten werden.

- 2. Wie beurteilen Sie die Struktur und den Umfang des derzeit organisierten Bereitschaftsdienstes der niedergelassenen Ärzte?**

Das kann ich nicht beurteilen.

- 3. Wie beurteilen Sie die Ausstattung des Rettungsdienstes, welche Herausforderungen und Probleme sehen Sie?**

Sollte sich die Politik zu einer Konzentration der Krankenhäuser entschließen,

müssten die Kapazitäten des Rettungsdienstes vergrößert werden, sowohl was die Anzahl der Rettungswagen, als auch der Luftrettungsmittel betrifft.

4. Wie beurteilen Sie den gegenwärtigen Stand der Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzt*innen und den Rettungsdiensten im Land und welchen Handlungsbedarf sehen Sie?

Das kann ich nicht beurteilen.

5. Wie kann verhindert werden, dass Patientinnen und Patienten, die vom kassenärztlichen Bereitschaftsdienst versorgt werden könnten, in die Notaufnahmen der Krankenhäuser gehen?

Indem es mehr Fachärzte gibt, die die Patienten im Rahmen der normalen Sprechstunde behandeln können. Dann wird der kassenärztliche Notdienst nicht mehr so oft gebraucht und die Notaufnahmen entlastet.

6. **Inwieweit würden Sie die Einrichtung einer einheitlichen Rufnummer für den kassenärztlichen Bereitschaftsdienst und den Rettungsdienst befürworten oder welche Argumente sprechen eher gegen eine solche Lösung?**

Es spricht nichts dagegen.

VII. Öffentlicher Gesundheitsdienst

Es ist bekannt, dass trotz der Regelungen im KiföG M-V weiterhin nicht in allen Kitas die Zähne geputzt werden, da die Träger die Regelungen sehr weit auslegen. Sollte aus Ihrer Sicht die tägliche Zahnpflege in den Kitas verbindlich sein? Welche Maßnahmen schlagen Sie ggf. dem Land vor, um die Verbindlichkeit der täglichen Zahnpflege in den Einrichtungen zu erhöhen?

Ja. Aufgrund des allgemeinen Mangels an Personal kann dies leider nicht durchgehend vor Ort umgesetzt werden. 10% der Kitas halten sich laut Angaben der Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnheilkunde (LAJ) nicht daran. Seit Januar ist das tägliche Zähneputzen in Kitas allerdings gesetzliche Pflicht. Es gibt aber keinen Kontrollmechanismus. Der Öffentliche Gesundheitsdienst müsste einmal im Jahr (Ende September) an das Sozialministerium die statistischen Daten übermitteln, welche Kindergärten sich nicht daran halten. Allerdings ist mir nicht klar, welche Behörde dies zur Zeit kontrolliert.

VIII. Patientenorientierung

1. **Wie wird die Patientenvertretung bei der stationären Versorgung berücksichtigt? Welche Verbesserungspotentiale sehen Sie?**
Fällt nicht in meinen Kompetenzbereich.
2. **Welche Beschwerdemöglichkeiten haben Patientinnen bzw. Patienten? Wie werden diese Beschwerden ausgewertet und transparent gemacht?**
Patienten können sich zunächst vor Ort, also in der Zahnarztpraxis, beschweren. Diese Möglichkeit sollte als erstes genutzt werden. So gibt es für Füllungen und Zahnersatz eine zweijährige Gewährleistungspflicht. Im Rahmen des Dienstvertrags besteht die Pflicht bzw. das Recht des Zahnarztes auf die Durchführung von erforderlichen Nachbesserungen. Kann eine Einigung in der Praxis nicht erzielt werden, kann sich der Patient an den Beratungs- oder Schlichtungsausschuss der Zahnärztekammer wenden.
3. **Welche Hilfen/Ansprechpartner für Patient/innen gibt es bei Verdacht auf fehlerhafte Behandlung? Wie werden diese kommuniziert und evaluiert?**
Siehe Antwort zu zwei.
4. **Ist Ihnen die Bandbreite der vorhandenen Patientenorganisationen im Land bekannt?**
Nein.
5. **Mit welchen Organisationen wird im Sinne der Patient/innen zusammengearbeitet? Wo besteht der Wunsch nach weiteren Kontakten?**
Ist mir nicht bekannt.

- 6. Wie kann aus Ihrer Sicht eine Verbesserung der Zusammenarbeit mit den Patientenorganisationen und deren Dachverband, der SELBSTHILFE MV erreicht werden?**
Hier sind die Patientenorganisationen gefragt, mit entsprechenden Vorschlägen auf die Ärzte zuzugehen und nicht umgekehrt.
- 7. Welche Konzepte gibt es, um Patient/innen und medizinisches Personal im Versorgungsalltag auf Augenhöhe zu bringen? Gibt es dazu Gespräche mit Patientenorganisationen? Welche Erfahrungen gibt es im Land und aus anderen (Bundes)Ländern?**
Ich verstehe die Frage nicht.
- 8. Welche Hilfen/Ansprechpartner für Patient/innen gibt es in MV bei Verdacht auf fehlerhafte Behandlung? Wie werden diese kommuniziert und evaluiert?**
Siehe Antwort zu zwei.
- 9. Ist Ihnen das bundesweite Aktionsbündnis Patientensicherheit bekannt? Wie können die dort erarbeiteten Empfehlungen in MV genutzt werden? Nein. Wie unterstützt die KV MV die Arbeit der ehrenamtlichen Patientenvertreter/innen seit Beginn ihrer Arbeit im Jahr 2004?**
Das kann ich nicht beurteilen.
- 10. Wie unterstützt die KV MV die Koordinierungsstelle der Patientenvertretung in MV, die seit 2004 ehrenamtlich beim Dachverband SELBSTHILFE MV erfolgt?**
Ist mir nicht bekannt.
- 12. Welche Veränderungen müsste es aus Sicht der KV MV geben, um eine Patientenvertretung auf Augenhöhe mit den anderen Beteiligten in den Gremien der Selbstverwaltung zu ermöglichen?**
Fällt nicht in meinen Kompetenzbereich.
- 13. Welche Verbesserungen sind geplant und sind diese mit den maßgeblichen Organisationen zur Interessenvertretung von Patient/innen bzw. der Koordinierungsstelle im Land abgestimmt?**
Darüber habe ich keine Kenntnis.
- 14. In welchen Bereichen beziehen Sie das Wissen der Patientenorganisationen und ihres Dachverbandes ein? Wo nicht? Welche Veränderungen strebt die KV MV an?**
Fällt nicht in meinen Kompetenzbereich.
- 15. Welcher Faktoren bedarf es aus Ihrer Sicht, um den Letter of Intent zwischen der KV MV und der SELBSTHILFE MV zur Verbesserung der Barrierefreiheit in der ambulanten medizinischen Versorgung zum Erfolg zu führen?**
Fällt nicht in meinen Kompetenzbereich.

16. **Welche Konzepte gibt es, um Patient/innen und medizinisches Personal im Versorgungsalltag auf Augenhöhe zu bringen? Gibt es dazu Gespräche mit Patientenorganisationen? Welche Erfahrungen sind Ihnen dazu aus anderen (Bundes)Ländern bekannt?**

Fällt nicht in meinen Kompetenzbereich.

17. **Welche Entwicklung sieht die KV MV auf dem Weg zu mehr Patientenorientierung im Gesundheitswesen?**

Fällt nicht in meinen Kompetenzbereich.

IX. Finanzierung / Vergütung

1. **Wie beurteilen Sie das Finanzierungssystem vor dem Hintergrund einer bedarfsorientierten medizinischen Versorgung auch in der Fläche? Sehen Sie Fehlanreize?**

Die Honorare decken bei weitem nicht die tatsächlichen Aufwendungen. Kompensation erfolgt derzeit durch Mehrarbeit und Verkürzung der Behandlungszeit. Bspw. GOZ: Seit 30 Jahren kam der Gesetzgeber nicht der verpflichtenden, jährlichen Anpassung des Punktwertes nach. Mehr noch, Arbeitszeitmodelle (HOZ der BZÄK) werden ignoriert und stattdessen von Nichtzahnmedizinern ausgearbeitet.

2. **Wie bewerten Sie die Zweiteilung der medizinischen Versorgung in Deutschland aufgrund der Unterteilung in privat und gesetzlich Versicherte und die sich daraus ergebenden unterschiedlichen Honorarkataloge?**

Aus meiner Sicht gibt es keine Zweiteilung der zahnmedizinischen Versorgung aufgrund der Unterteilung in privat und gesetzlich Versicherte. Ich unterteile Patienten nicht in Kassen- und Privatpatienten. Beide erhalten ihre Termine nach Dringlichkeit der Behandlung, die sich aus den Beschwerden ergibt. Allen Patienten werden bei selber Diagnose die selben Therapiemöglichkeiten angeboten, wobei es oft mehrere Möglichkeiten gibt, über deren Vor- und Nachteile der Patient informiert wird. Letztlich entscheidet der Patient. Der einzige Unterschied ist, dass möglicherweise der Privtpatient prozentual mehr von seiner Krankenkasse erstattet bekommt als der Kassenpatient. Wobei es auch hier Ausnahmen gibt (Notlagen-, Standard- und Basistarif der PKV). Prinzipiell sollte man als Mediziner die Patienten nach ihrem tatsächlich notwendigen Bedarf behandeln.

3. **Wie bewerten Sie die Vielfalt der Krankenkassenlandschaft und den begonnenen Prozess der Konzentration und Reduzierung dieser?**

Eine gewisse Vielfalt und Wettbewerb in der Krankenkassenlandschaft sind grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings spürt man von einem Wettbewerb unter den derzeitigen gesetzlichen Rahmenbedingungen äußerst wenig.

4. **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)?**

Insgesamt 20%. Ambulant 10%, stationär 8%, Zahnmedizin 2%.

5. **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?

Siehe Antwort Frage zwei.

6. **Wie stehen Sie zur Vielfalt der Krankenkassenlandschaft?** Siehe Antwort Frage drei.

X. Telemedizin / Datenschutz

1. **Wie beurteilen sie den gegenwärtigen Einsatz der Telemedizin? Welche Probleme und Verbesserungsmöglichkeiten sehen Sie?**

Wir sind als Zahnarztpraxis an jedem Arbeitsplatz digital ausgerüstet und nutzen eine elektronische Patientenakte. Wir nutzen auch verschiedene telemedizinische Anbindungen, wie zum Beispiel Labordatenübertragung, die Abrechnungsdatenübertragung zur KZV, das verschlüsselte Übermitteln von Röntgenbildern an andere Ärzte usw. Richtig eingesetzt trägt Telemedizin zur Effizienzsteigerung und Arbeitserleichterung bei. In der Regel wissen die Anwender vor Ort selbst am aller besten was sinnvoll ist und was nicht. Deshalb können zwar Beratungsangebote etabliert werden, es können Muster- und Lehrpraxen eingerichtet werden, um die Anwender von den Vorteilen zu überzeugen. Abstand nehmen sollte die Politik jedoch von gesetzlichen Verpflichtungen zu bestimmten telemedizinischen Anwendungen, die dann leider häufig auch noch nicht funktionieren, wie es beim Einsatz der Telematikinfrastruktur zu beobachten war. Ärzte wehren sich nicht gegen sinnvolle Innovationen, sie wehren sich lediglich dagegen zum Versuchskaninchen der Anbieter gemacht zu werden, und dafür auch noch zu zahlen.

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

Das kann ich nicht beurteilen.

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

Ohne den flächendeckenden Internetbreitbandausbau, auch in dünn besiedelten Regionen, wird es nicht möglich sein, den flächendeckenden Einsatz von Telemedizin zu etablieren.

4. **Welche Chancen und Risiken sehen Sie im Einsatz der Telemedizin im Allgemeinen sowie im Flächenland Mecklenburg-Vorpommern im Besonderen?**

Die Telemedizin kann bei der diagnostischen Bewertung bestimmter Befunde im Einzelfall hilfreich sein. Man sollte jedoch nicht zu hohe Erwartungen in die Telemedizin setzen, da letztendlich immer noch ein erfahrener und kompetenter Behandler am Patienten sein muss, der die Behandlung umsetzt und letztendlich dafür auch die rechtliche Verantwortung übernimmt. Insbesondere in der Zahnmedizin sehe ich nur einen sehr kleinen Anwendungsbereich für die Telemedizin, beispielsweise für Beratungen oder Ersteinschätzungen. Allerdings gibt es dafür ja auch bereits die Möglichkeit eines Telefongesprächs zwischen Arzt und Patient.

5. **Telemedizinische Angebote wie Videosprechstunden für Patientinnen und Patienten bieten zur Überbrückung der vergleichsweise weiten Wege im**

Flächenland M-V neue Chancen, um bspw. bei Verlaufskontrollen oder Bagatellerkrankungen Praxisbesuche zu vermeiden. In diesem Markt werben neue – ausschließlich telemedizinisch tätige - Anbieter um die Patientinnen und Patienten, bspw. die TeleClinic mit Sitz in München. Wie beurteilen Sie diese Entwicklung? Betrachten Sie die neuen kommerziellen Anbieter als Konkurrenz oder als sinnvolle Angebotsergänzung und Entlastung für die niedergelassenen Ärzte?

Diese Angebote sehe ich grundsätzlich kritisch, da sie in der Regel nicht geeignet sind, das Problem für den Patienten zu lösen. Für die niedergelassenen Ärzte oder auch die Kliniken stellen diese Angebote, sowohl eine Konkurrenz als auch ein Problem dar, da man einen Teil der knappen Ressource Zeit dazu aufwenden muss, mit dem Patienten erst einmal irgendwelche unverbindlichen Empfehlungen zu diskutieren. Wenn solche Anbieter glauben, Patienten behandeln zu können, sollen sie es tun, dann aber ohne Rückgriff und Verweis auf den Arzt vor Ort, von Anfang bis Ende und in voller Verantwortung.

- 6. Vergleichsweise spät hat die Landesärztekammer M-V Ende 2019 den Weg für die ausschließliche Fernbehandlung freigemacht. Ärztinnen und Ärzte bieten sich nun neue Möglichkeiten, bspw. bei der Gestaltung effizienterer Arbeitsabläufe. Mit welchen Maßnahmen und Angeboten der Ärztekammer und/oder der Kassenärztlichen Vereinigung werden die Ärztinnen und Ärzte auf die neuen Herausforderungen und Chancen vorbereitet und unterstützt?**

Dazu kann ich keine Aussage machen.

- 7. Welche Konzepte existieren, um Telemedizin zu einer breiteren Anwendung zu bringen? Welche Maßnahmen werden ergriffen, um umfassenden Datenschutz zu gewährleisten und so Vertrauen bei den Patient/innen zu schaffen, solche Angebote anzunehmen?**

Ist mir nicht bekannt.

- 8. Ist die Zusammenarbeit mit dem Landesdatenschutzbeauftragten im Bereich der gesundheitlichen Versorgung gegeben? Wenn ja, in welcher Form? Wenn nein, welcher Expertise bedienen Sie sich?**

Ist mir nicht bekannt.

- 9. Durch welche Maßnahmen können Sie darauf hinwirken, dass die von Experten bemängelte Datensicherheit in Praxen, angefangen beim Tresen mitten im Wartezimmer bis hin zur von außen angreifbaren IT-Struktur zukünftig flächendeckend sichergestellt wird?**

Um dazu Aussagen zu treffen müsste ich zunächst wissen, was nach dem Einlesen der Elektronischen Gesundheitskarte mit den Daten passiert, nachdem sie über den Konnektor die Praxis verlassen haben.

Dazu fehlt mir die Fachkompetenz.

XI. Fachkräfte/ Personalressourcen

- 1. Wie beurteilen Sie die aktuelle Fachkräftesituation in Ihrem Bereich, welche Über- bzw. Unterversorgung sehen Sie aktuell und künftig? Im Fachbereich Zahnmedizin gibt**

Es fehlt Fachpersonal sowohl im zahnärztlichen als auch im assistierenden Bereich. Obwohl unter den Schulabgängern des Landes sich der Beruf der ZFA einer stetigen Beliebtheit erfreut, wandern diese nach erfolgreicher Ausbildung zu häufig in andere Bereiche ab. Häufig in die kaufmännischen Bereiche im Gesundheitswesen,

Verwaltungen und bei den Krankenkassen, da hier die Einstiegsgehälter im Durchschnitt um 500 Euro höher liegen. Deshalb wäre zu fordern, dass die Krankenkassen entweder direkte Lohnzuschüsse an die Zahnarztpraxen zahlen, oder aber die zahnärztliche Gesamtvergütung insgesamt um einen Betrag angehoben wird, der eine entsprechende Anpassung des Tarifniveaus ermöglichen würde.

2. **Welchen Handlungsbedarf sehen Sie und inwieweit sind die Initiativen der Landesregierung in Bezug auf Fachkräftegewinnung von Ärzten und Fachkräften in den nichtakademischen Gesundheitsberufen aus Ihrer Sicht ausreichend oder könnten bzw. müssten in welcher Art und Weise verstärkt bzw. erweitert werden?**

Siehe Antwort eins.

3. **Welche Gründe sind Ihnen bekannt, weswegen junge Ärzt*innen bzw. Pharmazeut*innen eine Niederlassung in M-V nicht anstreben oder sich Schulabgänger*innen in den nichtakademischen Gesundheitsberufen in anderen Bundesländern ausbilden lassen und nicht in unserem Bundesland verbleiben?**

Das kann ich nicht beurteilen.

4. **Wie bewerten Sie die sogenannte doppelte Facharztstruktur im Gesundheitssystem der Bundesrepublik Deutschland?**

Das kann ich nicht beurteilen.

5. **Die Personalsituation im Land verschärft sich zusehends. Welche Maßnahmen der Politik halten Sie für geeignet um diesem Problem zu begegnen?**

Die Personalsituation im Land ist in Mecklenburg-Vorpommern auch nicht wesentlich anders angespannt, als in anderen Bundesländern. Das Gesundheitswesen gehört zu den Dienstleistungsberufen und es ist bundesweit zu beobachten, dass die Einkommen in den Dienstleistungsberufen seit Jahrzehnten systematisch hinter den Einkommen in der Industrie und auch in der Verwaltung zurückfallen. Damit nehmen die Attraktivität und Nachfrage nach diesen Berufen ab. Um hier eine Entspannung zu schaffen, wäre eine Konzentration der Gesundheitsberufe auf ihre Kernaufgaben wünschenswert. Dazu müsste überflüssiger bürokratischer Ballast abgeworfen werden.

6. **Welche Maßnahmen werden ergriffen um dem demographischen Wandel bei den niedergelassenen Zahnärzten zu begegnen? Welche Konzepte sind in Arbeit und welche werden bereits mit Blick auf den Sicherstellungsauftrag umgesetzt? Gibt es einen regelhaften Austausch zwischen KZV MV und KV MV, um von Erfahrungen zu profitieren? Welche Aktivitäten erfolgen bei oder mit den in MV ansässigen Universitäten, um die Attraktivität einer Niederlassung ggf. gemeinsam mit den Kommunen und dem Land in MV zu erhöhen? Welche Maßnahmen wurden mit den Kommunen/Landkreisen ergriffen, um die Attraktivität von Niederlassungen in ländlichen Regionen zu erhöhen?**

Das kann ich nicht beurteilen.

7. **Welche Aktivitäten seitens der ZÄK MV werden berufspolitisch umgesetzt, um die Attraktivität des Zahnarztberufs zu erhöhen? Es studieren vermehrt Frauen Zahnmedizin, die eher in Anstellungsverhältnissen anstelle einer Selbständigkeit als Zahnärztinnen tätig werden. Welche Maßnahmen sind geplant, um die Niederlassung für Frauen attraktiver zu machen, ggf. die Anzahl der niederlassungswilligen Studierenden zu erhöhen?**

Fällt nicht in meinen Kompetenzbereich.

8. **Halten Sie das Ausbildungsangebot in M-V im Bereich Medizin/ Zahnmedizin für ausreichend?**
Fällt nicht in meinen Kompetenzbereich.
9. **Sind Ihnen Gründe bekannt, warum viele Medizinstudenten nach Ihrer Ausbildung nicht in unserem Bundesland verbleiben?**
In unserem Bundesland studieren viele Studenten aus anderen Bundesländern, die es nach Abschluss des Studiums zurück zu ihren Familien zieht. Weiterhin sind die Weiterbildungsstellen bei den Maximalversorgern begrenzt und bei den Grund- und Regelversorgern oder in den Rehakliniken nicht besonders attraktiv.
10. **Die Facharztausbildung erfolgt entsprechend des Weiterbildungskataloges für das entsprechende Fach. Dieser Katalog wird von den Landesärztekammern festgelegt und orientiert sich an der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer. Wie beurteilen Sie die Bedingungen in M-V aus Sicht von jungen Ärztinnen und Ärzte in Bezug auf Inhalte, Dauer und Organisation der Weiterbildung, insbesondere im Hinblick auf die Konkurrenzsituation mit anderen Bundesländern beim Werben um junge Ärztinnen und Ärzte? Welche Gründe sprechen gegen eine bundesweite Vereinheitlichung der Weiterbildungskataloge?**
Das kann ich nicht beurteilen.
11. **Ist es zielführend, eine doppelte Facharztstruktur dauerhaft beizubehalten? Welche Möglichkeiten sehen sie für eine bessere und bedarfsorientierte Durchlässigkeit beim Zulassungs-/Ermächtigungsverfahren für Krankenhausärzte?**
Das kann ich nicht beurteilen.
12. **Neben der ärztlichen wird auch die Sicherstellung der zahnärztlichen Versorgung im ländlichen Raum zunehmend zum Problem. Welche (gemeinsamen) Maßnahmen ergreifen Zahnärztekammer und Kassenzahnärztliche Vereinigung beim Werben um den Zahnärztenachwuchs? Inwiefern wird hierbei bspw. auf den Einsatz neuer sozialer Medien gesetzt?**
Fällt nicht in meinen Kompetenzbereich.
13. **Zum siebten Mal in Folge hat die Bundesagentur für Arbeit den Apothekenberuf als Engpassberuf eingestuft. Welche Maßnahmen ergreift die Apothekerkammer beim Werben um den Berufsnachwuchs?**
Fällt nicht in meinen Kompetenzbereich.

XII. Pandemie und Folgerungen

1. **Welche beruflichen Erfahrungen haben Sie in den Zeiten der Corona-Pandemie gemacht und welche beruflichen Schlussfolgerungen ziehen Sie persönlich?**

Ich habe die Erfahrung gemacht, dass Corona und die damit verbundene mediale Begleitung einen erheblichen Teil der Zahnärzte und auch der Patienten anfangs verunsichert hat, was sich in einem teilweise verringerten Patientenaufkommen widerspiegelte. Darüber hinaus habe ich festgestellt, dass die Bundesregierung auf die Pandemie offensichtlich denkbar schlecht vorbereitet war und versucht, dies mit widersprüchlichen Angaben (Bsp. Mundschutz, Notwendigkeit von Schulschließungen, Notwendigkeit des Lockdowns in seiner vollen Härte, fehlende Abwägung Schaden-Nutzen) zu kaschieren. Wir haben mit unserer Zahnarztpraxis unter Einhaltung der jeweils geltenden Verordnungen den Versorgungsauftrag unterbrechungsfrei erfüllt.

2. 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?

zu 1. Das Bewusstsein für Hygiene ist im Allgemeinen gestiegen.

Zu 2.

- Die zunehmende Verängstigung der Bevölkerung durch Medien und Vertreter der Politik aufgrund sich teilweise widersprechender und panikverbreitender Aussagen
- Die Zunahme von psychischen Störungen in der Bevölkerung durch Corona-Maßnahmen, insbesondere bei Kindern.
- Die irrationalen, nicht nachvollziehbaren Preiserhöhungen für Verbrauchsmaterialien im Zusammenhang mit Infektionsschutz (Mundschutz, Handschuhe, Hauben, OP-Kittel, Flächen- und Händedesinfektion) sowie deren allgemeine Knappheit

Zu 3. Keine. Wir arbeiten bereits seit Jahren auf einem hohen Hygieneniveau.

4. Welche Handlungsbedarfe in Bezug auf die Corona-Pandemie sehen Sie nach wie vor in M-V und bundesweit?

Leider hat man als Beobachter den Eindruck, dass die Landesregierung MV auf einen jederzeit möglichen Katastrophenfall weder materiell noch gedanklich ausreichend vorbereitet war. Zu fordern ist die Bildung von strategischen Reserven für die wichtigsten Versorgungsgüter, einschließlich Beatmungsgeräten.

Darüber hinaus ist die weiterhin vorhandene Maskenpflicht sowie die anhaltende Einschränkung der Grundrechte kritisch zu hinterfragen und unverzüglich festzustellen, ob eine epidemische Lage von nationaler Tragweite derzeit tatsächlich noch gegeben ist.

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

Hierzu ist mir nichts bekannt.

B. Gesamteinschätzung/ Bewertung

1. Wie beurteilen Sie allgemein die aktuelle medizinische Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern in Qualität und Quantität (ambulant und

stationär)? Welche Probleme und Ursachen sind zu benennen (bitte auch in ihrer Wertigkeit bzw. Dringlichkeit ihrer Lösung) und welche Auswirkungen haben diese Mängel auf die Patientenversorgung. Mit welchen Maßnahmen können die Mängel beseitigt werden? Welche Herausforderungen werden für die Zukunft gesehen?

Auf dem Gebiet der Zahnmedizin gibt es zur Zeit keine Unterversorgung. Allerdings werden in den nächsten Jahren viele Zahnärzte in den Ruhestand gehen, deren Nachfolge nicht gesichert ist, so dass sich der anhaltende Trend, dass es immer weniger niedergelassene Zahnärzte gibt, noch weiter verstärken wird. Durch die gute zahnmedizinische Vorsorge wird es in Zukunft, wie auch jetzt schon, zunehmend weniger Karies geben (Derzeit sind bereits 80% der Kinder und Jugendlichen kariesfrei) und dadurch kommt es auch zu weniger Behandlungsbedarf bei Füllungen und Zahnersatz. Allerdings haben die letzten Jahre auch gezeigt, dass es einen anhaltenden, nicht gedeckten Bedarf bei der Behandlung von Erkrankungen des Zahnhalteapparates gibt, weil die Patienten mit immer mehr Zähnen immer älter werden. Eine weitere Herausforderung ist der zunehmende Anteil von eingeschränkt mobilen Patienten in Altersheimen und Pflegeeinrichtungen.

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

Das kann ich nicht beurteilen.

C. Zukunftsansätze

- 1. Wie kann eine flächendeckend vernetzte, wohnortnahe ärztliche Versorgung sowie bedarfsgerechte Medikamentenversorgung sichergestellt werden?**

Wenn man in der Definition zur flächendeckenden Versorgung das Wort Krankenhaus streicht und durch Gemeindegesundheitszentrum oder Kassenärztliche Notfallpraxis ersetzt, dürfte auch in der Zukunft die flächendeckende wohnortnahe Versorgung kein Problem sein.

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

Die Versorgungsschwerpunkte werden sich in den nächsten Jahren hin zur geriatrischen Versorgung und zur Palliativmedizin, einschließlich der damit verbundenen Pflege verschieben. Aus meiner Sicht ist es daher notwendig bisher unwirtschaftliche Krankenhaus-Standorte in geriatrische und palliativmedizinische Abteilungen umzuwandeln und als Pflegestützpunkte für die Kurzzeitpflege zu etablieren.

- 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?**

Das kann ich nicht beurteilen.

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?
Diese Frage kann ich nicht beantworten.

5. Welche Formen mobiler Angebote der ärztlichen Betreuung und der Medikamentenverteilung sind organisierbar und finanzierbar?

Soweit mir bekannt ist, liefert eine Vielzahl von Apotheken die Medikamente an ihre Patienten über einen Lieferservice auch nach Hause. Mobile Angebote ärztlicher Betreuungen, wie sie teilweise in Modellprojekten mit fahrenden Bussen praktiziert werden, halte ich für problematisch. In der Regel wird für eine suffiziente Behandlung des Patienten auch die Infrastruktur, wie sie in den Praxen vorgehalten wird, benötigt. Solche Angebote sind eher als ein soziales und kommunikatives Angebot zu sehen und gehören in die Hände von Streetworkern oder Sozialarbeitern, nicht aber in die Hände der knappen Ressource Arzt.

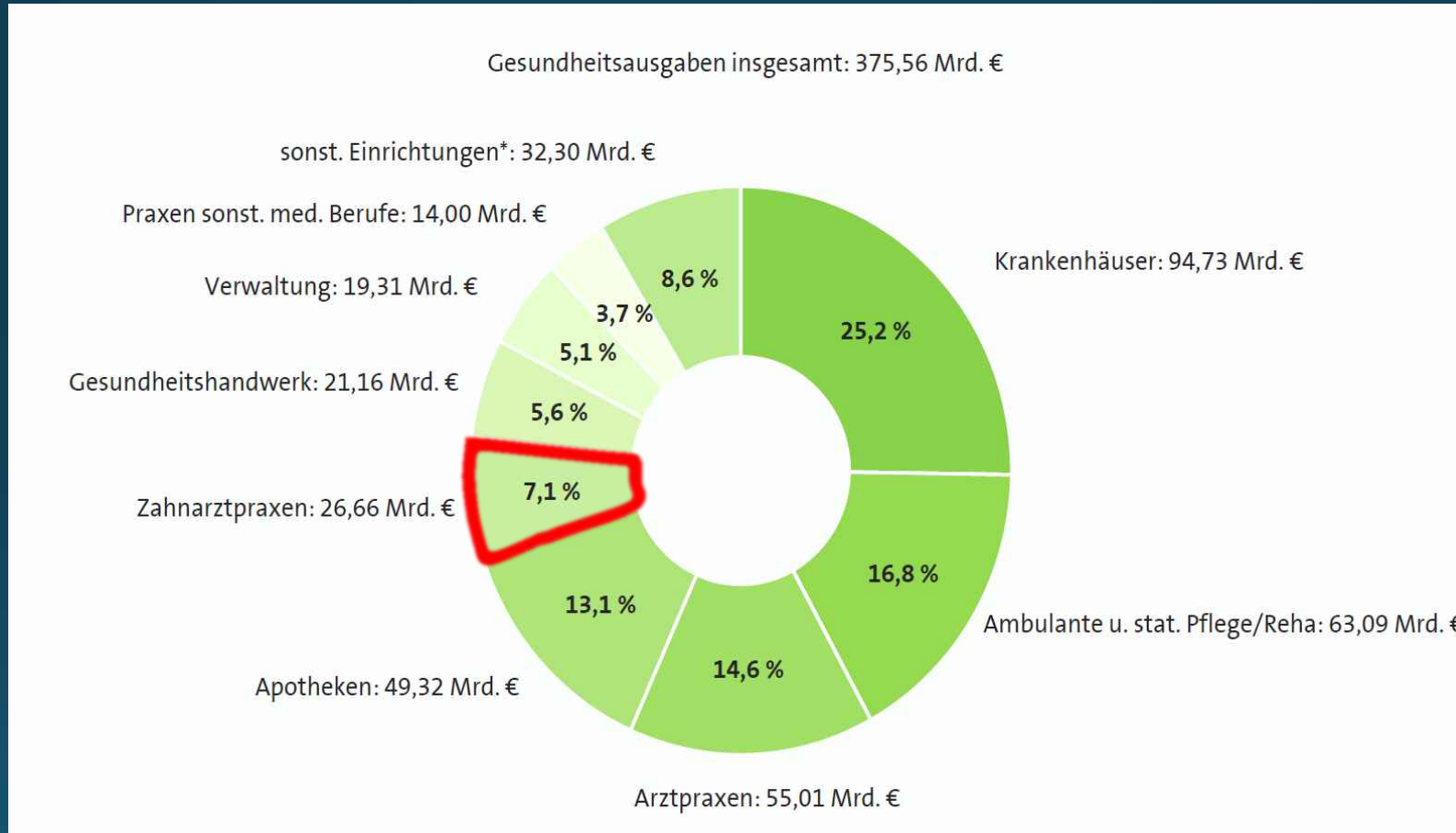
Gemeinden die nicht nur einen „gefühlten“ Mangel an medizinischer Versorgung beklagen sind gefordert selbst aktiv zu werden. Zum Beispiel könnten mit einem gemeindeeigenen Kleinbus Sammeltransporte zum Arzt organisiert werden, oder die Gemeinde hält Räumlichkeiten im Sinne eines Gemeindegesundheitszentrums vor, die gemeinsam von Pflegediensten, anderen Gesundheitsberufen und Ärzten genutzt werden, die dort zum Beispiel eine Außenstelle stundenweise betreiben könnten. Entscheidend ist der tatsächliche und nicht nur der „gefühlte“ Bedarf.

**Enquete-Kommission
"Zukunft der medizinischen
Versorgung in Mecklenburg-
Vorpommern"**

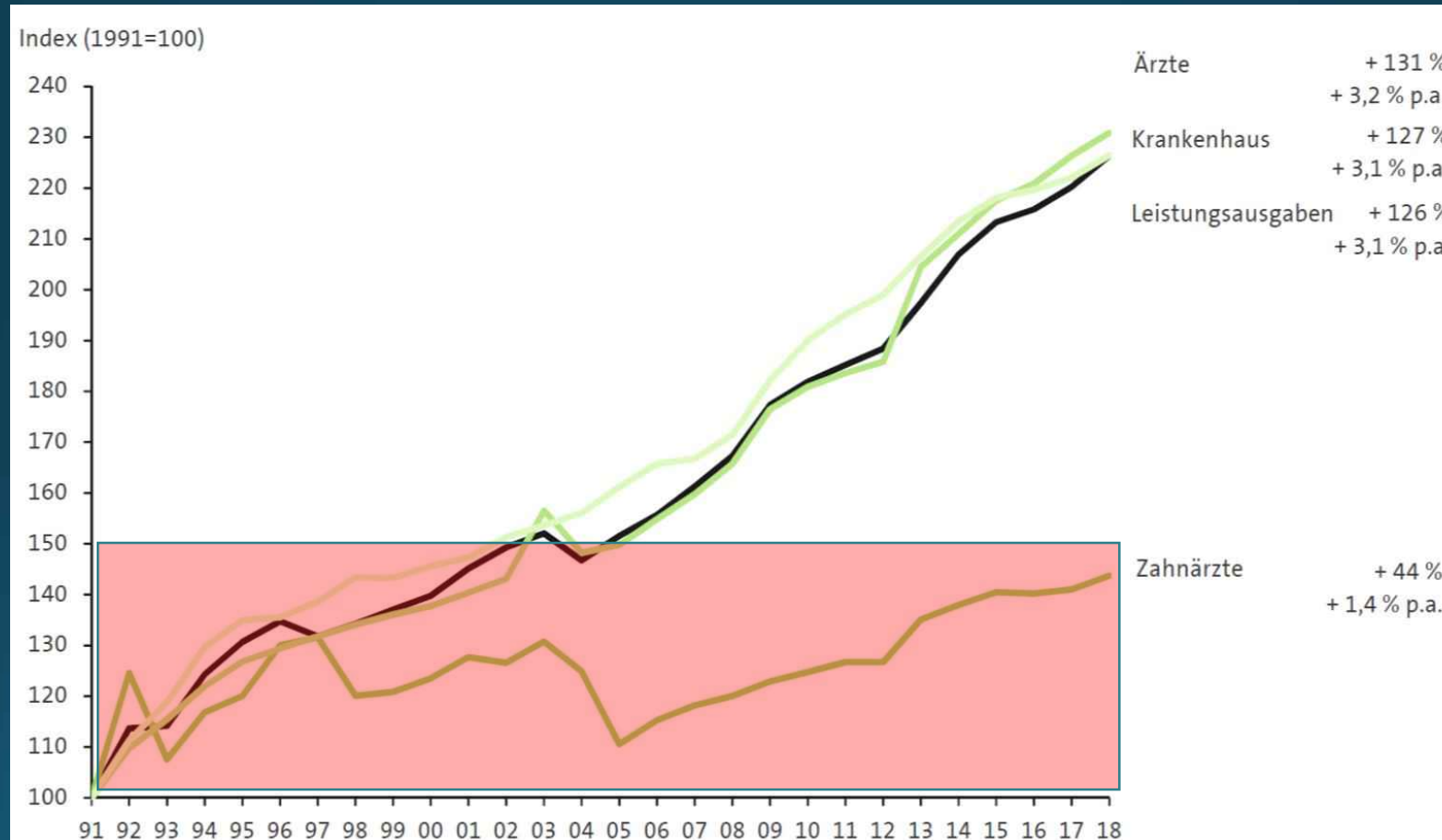


Dr. Alexander Kuhr

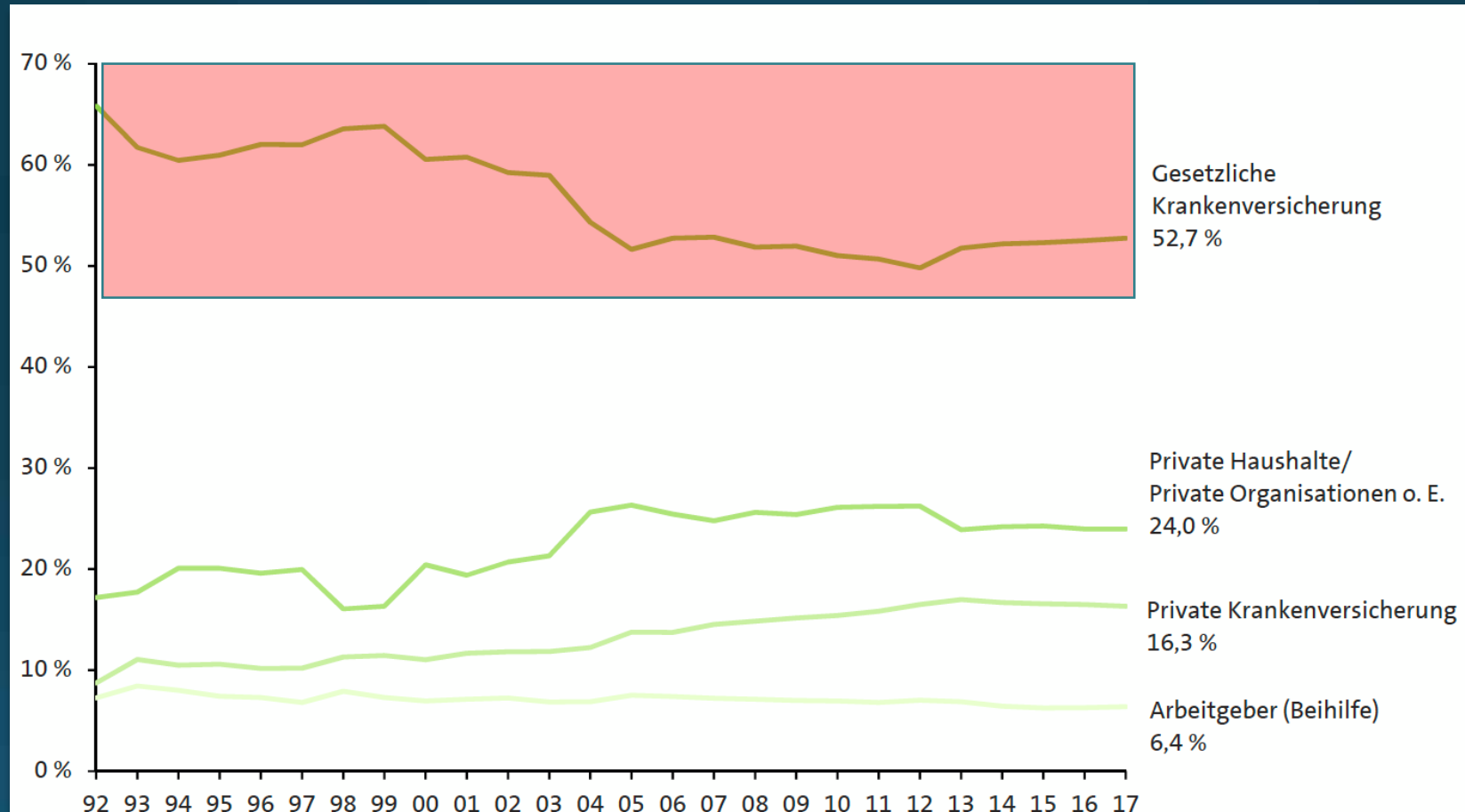
Gesundheitsausgaben – Anteile an den Ausgaben nach Einrichtungen 2017 Deutschland



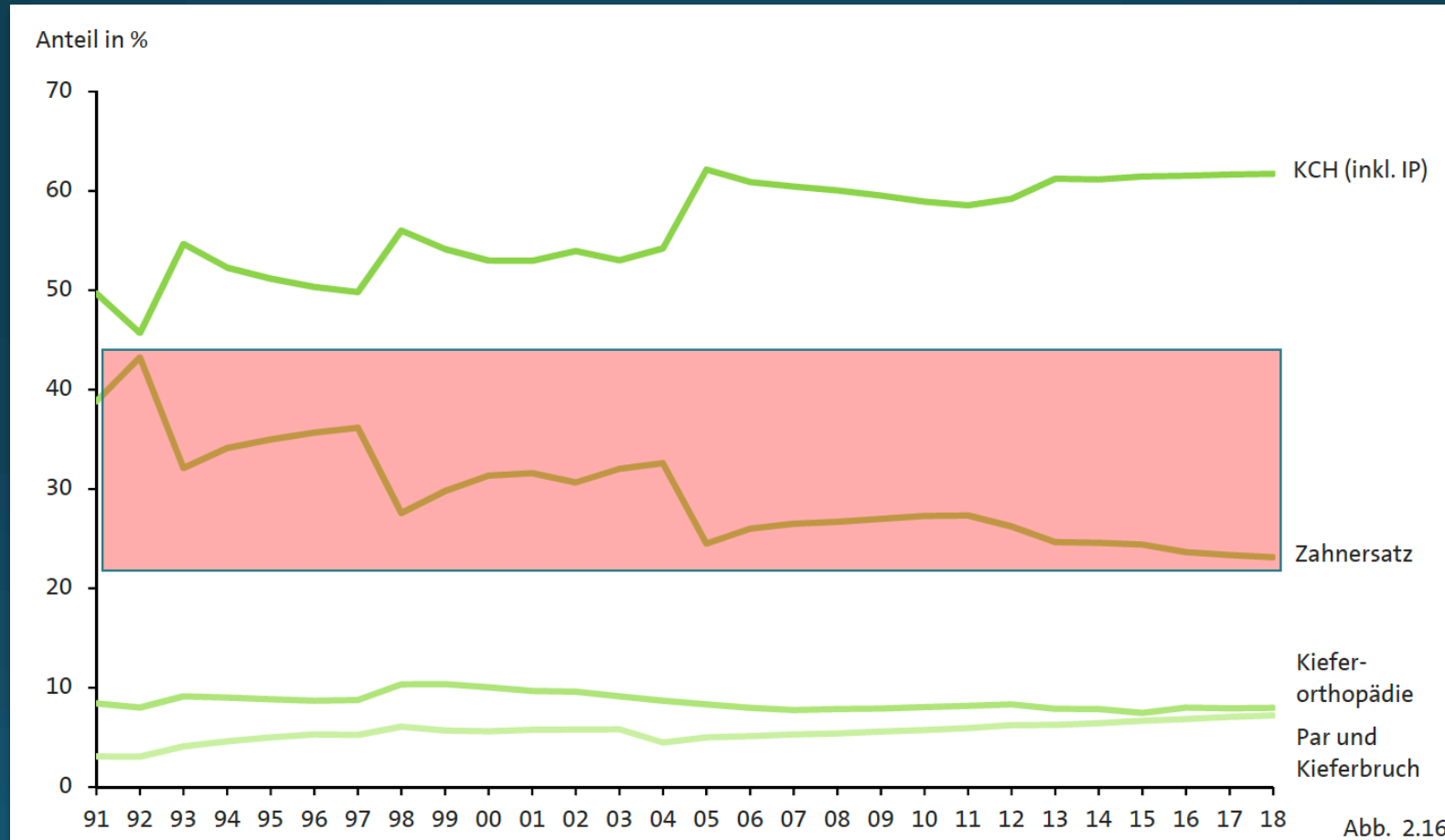
Entwicklung der GKV-Ausgaben (je Mitglied) in ausgewählten Leistungsbereichen 1991 - 2018 – Deutschland



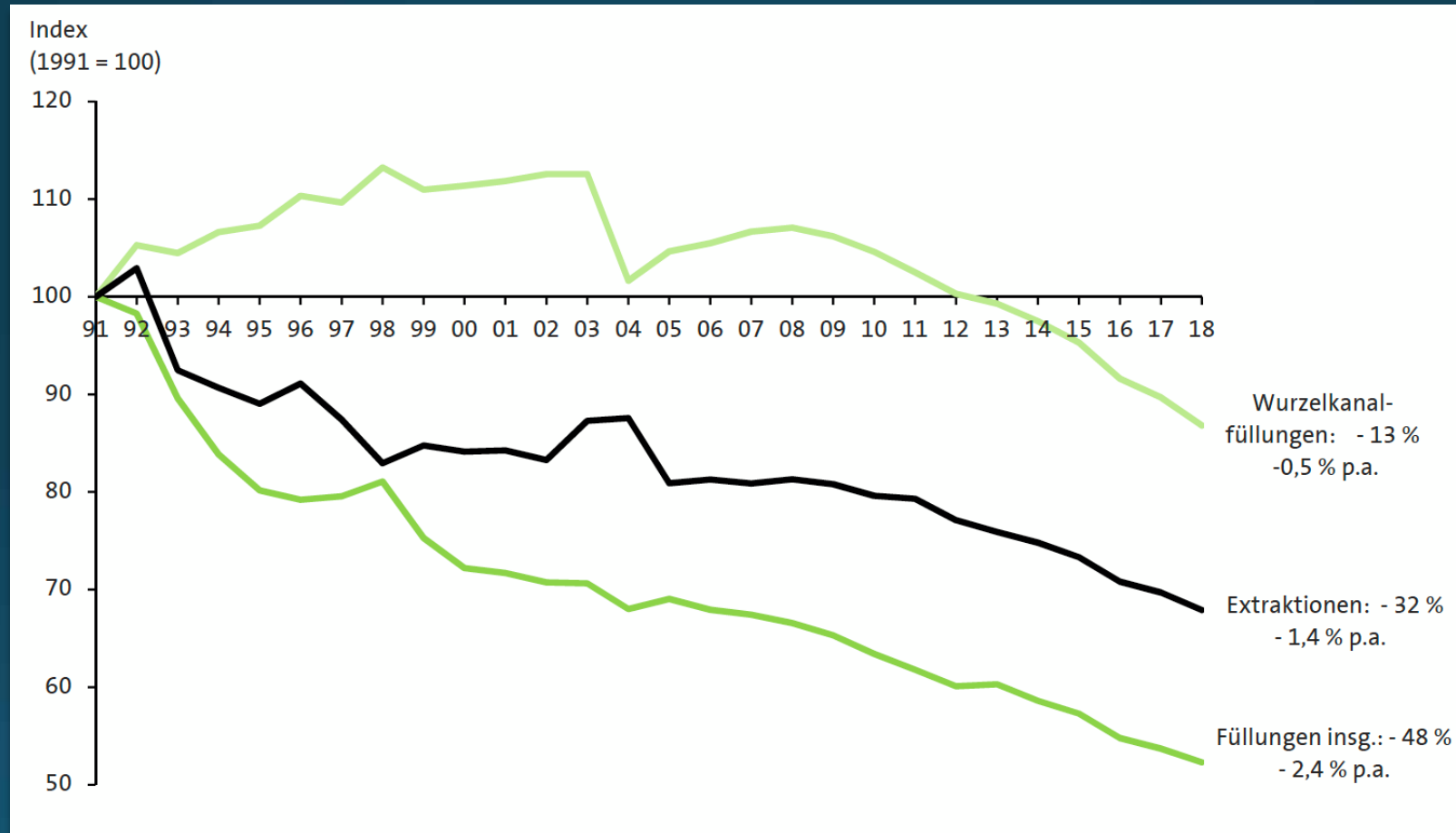
Gesundheitsausgaben in der Einrichtung Zahnarztpraxen nach Ausgabenträgern – Deutschland



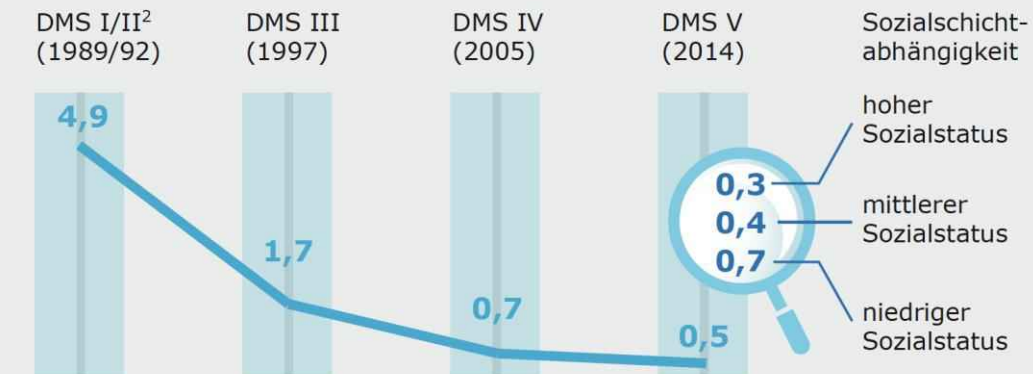
GKV: Anteil der einzelnen Leistungsbereiche an den Ausgaben für zahnärztliche Behandlung 1991 - 2018



Füllungen, Extraktionen, Wurzelkanalfüllungen je Mitglied



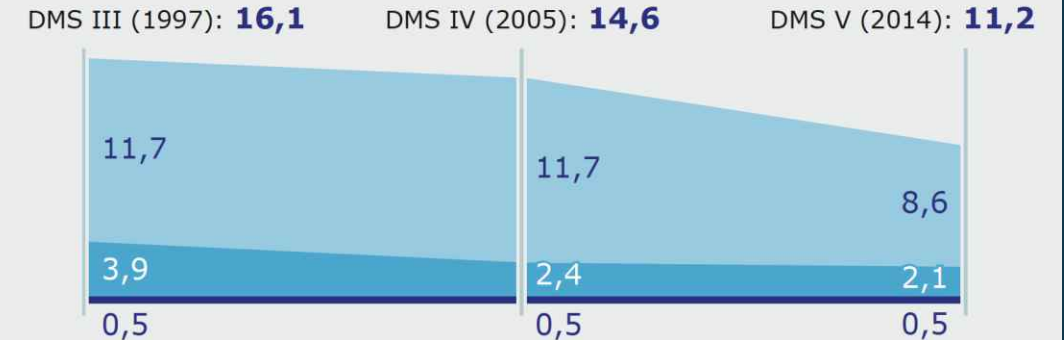
Entwicklung der Karieserfahrung (DMFT)¹ bei Kindern



¹ DMFT: Anzahl der kariösen (Decayed), fehlenden (Missing) und gefüllten (Filled) Zähne (Teeth)

² 13-/14-Jährige

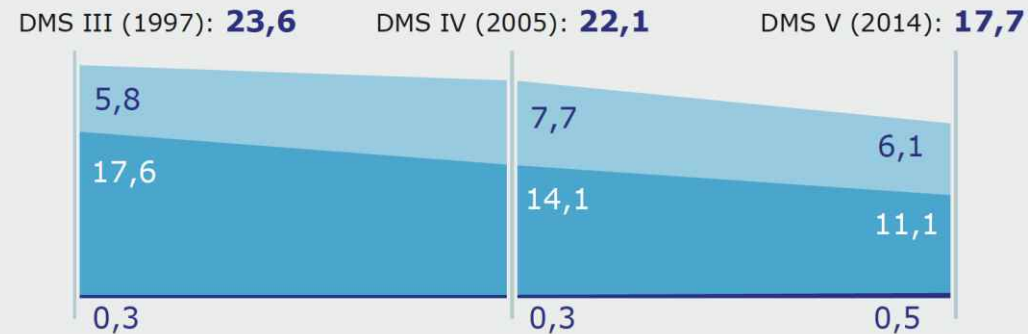
Entwicklung der Karieserfahrung (DMFT)¹ bei jüngeren Erwachsenen



¹ DMFT: Anzahl der kariösen (Decayed), fehlenden (Missing) und gefüllten (Filled) Zähne (Teeth)

■ kariöse Zähne ■ fehlende Zähne ■ gefüllte Zähne

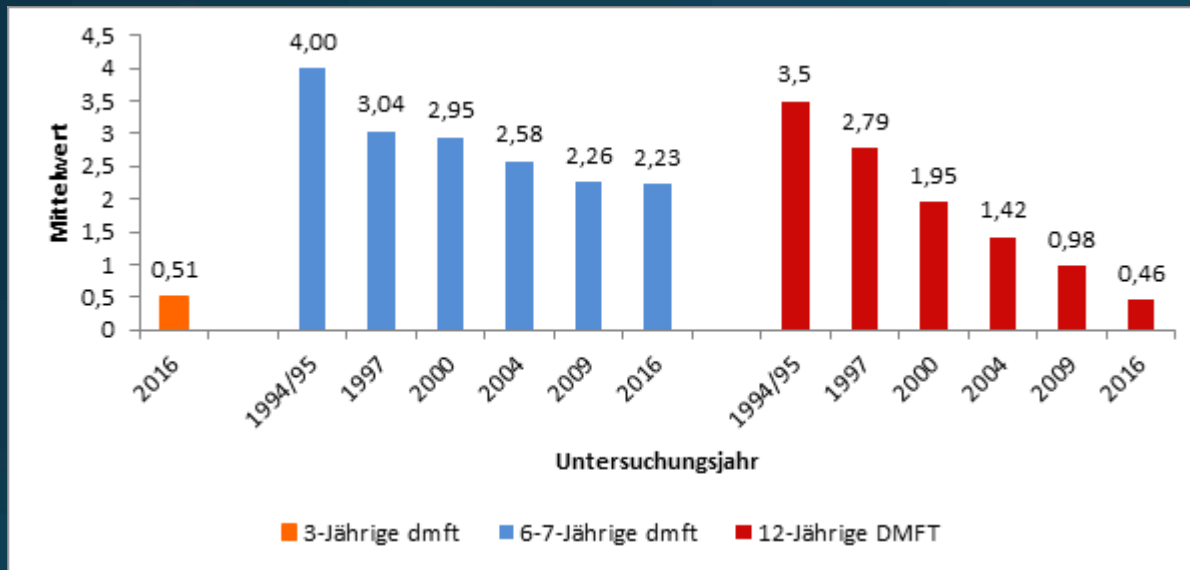
Entwicklung der Karieserfahrung (DMFT)¹ bei jüngeren Senioren



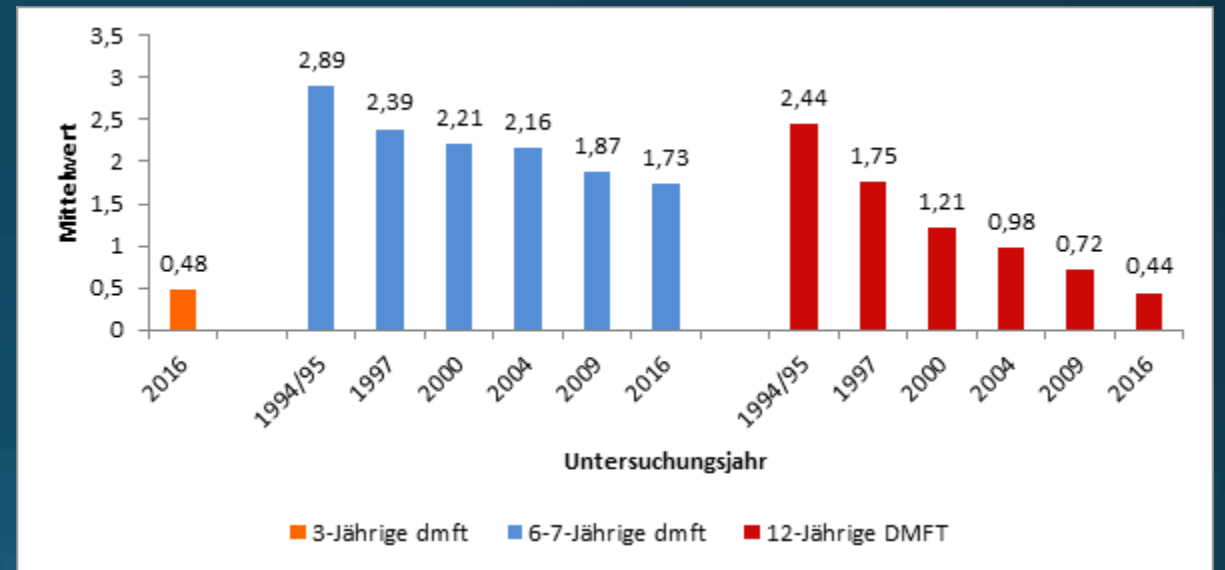
¹ DMFT: Anzahl der kariösen (Decayed), fehlenden (Missing) und gefüllten (Filled) Zähne (Teeth)

■ kariöse Zähne ■ fehlende Zähne ■ gefüllte Zähne

Entwicklung der Karieserfahrung bei 6- bis 7-Jährigen und 12-Jährigen in Mecklenburg-Vorpommern und Deutschland



Mecklenburg-Vorpommern



Deutschland



Flächendeckend Zahn-/Munderkrankungen vorbeugen durch:

- Gruppenprophylaxe in Kindergärten und Schulen
- Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen und Durchführung von Fluoridierungsmaßnahmen
- Zahnärztliche Früherkennung (3-6 J.)
- Individualprophylaxe (GKV-Leistung von 6-18 J., privat ab 18)



Warum funktioniert das?

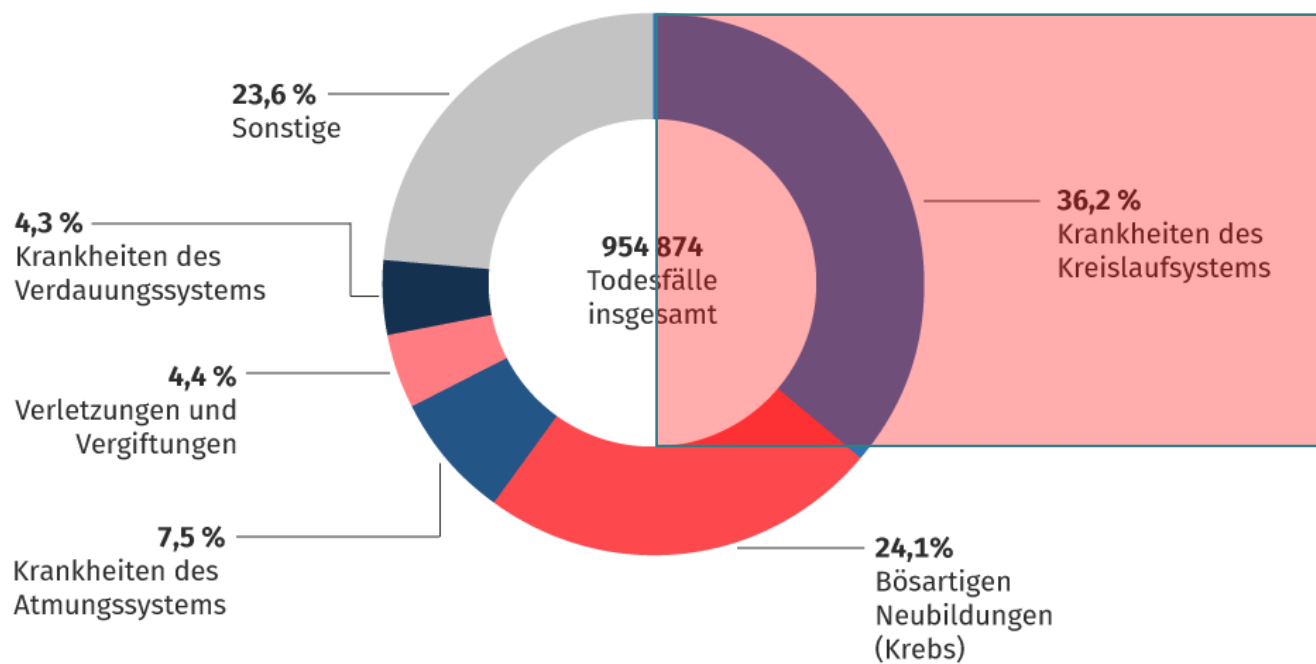
- Ursachen und Risikofaktoren für Karies und Knochenabbau (Parodontitis) als Hauptgrund für Zahnverlust sind bekannt
- Es gibt schnelle und effiziente Maßnahmen zur Früherkennung von Erkrankungen und zur Klassifikation nach Schweregrad und daraus resultierendem Behandlungsbedarf
- Therapie wird nicht nur am Patienten sondern mit dem Patienten durchgeführt.
- Gesundheitserziehung durch Stärkung der eigenen Kompetenz und Selbstverantwortung und damit nachhaltige Verhaltensprägung (Pflege/Ernährung/Rauchen)



Warum ist das interessant?

Todesursachen nach Krankheitsarten 2018

in %



Kosten nach Krankheitsklassen und Geschlecht in Euro und je Einwohner 2015

Kapitel	Krankheit	2015		
		Insgesamt	Männer	Frauen
Alle Kapitel	Krankheiten insgesamt	4 140	3 700	4 570
I.	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	90
II.	Neubildungen	280
III.	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	30	30	30
IV.	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	190
V.	Psychische und Verhaltensstörungen	540
VI.	Krankheiten des Nervensystems	210	190	230
VII.	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	140	120	150
VIII.	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	40	40	40
IX.	Krankheiten des Kreislaufsystems	570	600	540
X.	Krankheiten des Atmungssystems	200	210	190
XI.	Krankheiten des Verdauungssystems	510	490	530
XII.	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	60	60	60
XIII.	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	420	310	520
XIV.	Krankheiten des Urogenitalsystems	140	120	150
XV.	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	50	X	100
XVI.	Zustände mit Ursprung in der Perinatalperiode	20	20	20
XVII.	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten	30	30	30
XVIII.	Symptome und klinische abnorme Befunde andernorts nicht klassifiziert	250	170	310
XIX.	Verletzungen und Vergiftungen	220	200	240
XXI.	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	160	130	190

Krankheiten des Kreislaufsystems	570	600	540
---	-----	-----	-----

Psychische und Verhaltensstörungen	540	420	670
---	-----	-----	-----



Risikofaktoren für Herz-Kreislaufkrankungen

- Bluthochdruck
- Übergewicht (abdominale Adipositas)
- Bewegungsmangel
- Rauchen
- Ernährungsfehler
- ungünstige Blutfettwerte
- Diabetes Mellitus
- Alkoholkonsum
- Stress
- Depressionen



Wie wollen Sie den Patienten erreichen?

Hausarztunterstützung durch

- Medizinische Prophylaxeassistentin?
- Modellprojekt AGnES?

AGnES?

Arzt



Wegen Corona-Pandemie 100 Mal mehr Anträge auf Ratenzahlung

28. September 2020



Jens Baas, Vorstandsvorsitzender der TK Deutschland, aufgenommen 2018 bei einer Pressekonferenz in Berlin (imago/Methodi Popow)

Wegen der Wirtschaftskrise in der Corona-Pandemie haben viele Unternehmen offenbar Probleme, für ihre Beschäftigten die fälligen Beiträge an die Krankenkassen zu zahlen.

Allein bei der Techniker Krankenkasse erhöhte sich die Zahl der Stundungsanträge um das 60-fache. Vorstandschef Baas sagte den Zeitungen der Funke Mediengruppe, auch die Zahl der Anträge auf Ratenzahlung sei 100 Mal so hoch wie vorher. Baas erwartet wegen der Pandemie in den kommenden Jahren zudem eine deutliche Erhöhung der Beitragssätze. Die aktuell geplante Erhöhung des Zusatzbeitrages um durchschnittlich 0,2 Prozent werde das aktuelle Finanzproblem der Kassen vielleicht aufschieben, aber nicht lösen, sagte der TK-Chef.

Quelle: www.deutschlandfunk.de, 28.09.2020



Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!

