



Landtag Mecklenburg-Vorpommern  
Enquete-Kommission  
Herrn  
Jörg Heydorn  
Lennéstraße 1

19053 Schwerin

Stellungnahme – Nur per E-Mail

PRÄSIDENT

August-Bebel-Straße 9 a  
18055 Rostock

TELEFON ▪ 0381 49280-12/-13

TELEFAX ▪ 0381 49280-10

E-MAIL ▪ [praesident@aek-mv.de](mailto:praesident@aek-mv.de)

[www.aek-mv.de](http://www.aek-mv.de)

Rostock, 29.09.2020

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

**Bezug:** Ihre E-Mail vom 9. September 2020

Sehr geehrter Herr Heydorn,

vielen Dank für die Möglichkeit der Stellungnahme im Rahmen der öffentlichen Anhörung der Enquete-Kommission am 30.09.2020.

Die Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern begrüßt, dass Sie die Sichtweise der Ärztinnen und Ärzte zum aktuellen Stand der medizinischen Versorgung anhören möchten.

Hiermit übersenden wir Ihnen die Stellungnahme der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern. Für Rückfragen stehen wir sehr gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. A. Crusius

– Präsident –

Grundsatzfragen / Detailfragen

## A1. Grundsatzfragen:

- 1. Wie beurteilen Sie die aktuelle Gesundheitsversorgung in Mecklenburg-Vorpommern mit Blick auf die ärztliche und zahnärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich?*
- 2. Welche Probleme sind zu benennen (bitte auch in ihrer Wertigkeit bzw. Dringlichkeit ihrer Lösung) und vor welchem Herausforderungen sehen Sie die Gesundheitsversorgung in M-V?*

### **Antwort:**

Aktuell ist die Gesundheitsversorgung in Mecklenburg-Vorpommern im niedergelassenen ärztlichen Bereich weitestgehend gesichert. Dennoch macht sich bereits der seit Jahren angekündigte Mangel an Fachärzten, besonders im ländlichen Bereich, sichtbar. Mit Stand August 2019 war das Durchschnittsalter der Fachärzte und Psychotherapeuten 52 Jahre, davon sind 44 % von ihnen zwischen 50 und 59 Jahre alt.

Es besteht aufgrund der älter werdenden Bevölkerung mit zunehmender Multimorbidität, eingeschränkter Mobilität sowie kognitiven Einschränkungen zukünftig ein erweiterter Bedarf an hausärztlicher und fachärztlicher Betreuung. Die Schwierigkeit besteht darin, dass wir es mit einer älter werdenden Ärzteschaft und quantitativ für die Kompensation nicht ausreichend ärztlichem Nachwuchs im ländlichen Raum zu tun haben.

Die Verabschiedung des Landarztgesetzes durch unsere Landesregierung ist positiv hervorzuheben. Dennoch bedarf es weiterer Anstrengungen und Anreize, damit junge Menschen aufs Land gehen.

An dieser Stelle erneuern wir unsere Forderung die wir beim Landarztgesetz erhoben haben. Die Kapazitäten der beiden Universitäten in Mecklenburg-Vorpommern müssen derart erhöht werden, sodass hier der Anteil der Studenten pro Studienjahrgang um 50 Studenten je Universität erhöht wird. Dies können auch diejenigen sein, die ansonsten im Ausland studieren würden gegen Devisen. Wir sind davon überzeugt, dass etliche Eltern bereit wären, auch eine Inlandfinanzierung zu übernehmen.

Darüber hinaus werden die Krankenhäuser in der Peripherie durch das altersbedingte Ausscheiden einzelner niedergelassener Ärzte, und größeren Entfernungen zu anderen medizinischen Leistungserbringern, vermehrt in Anspruch genommen. Vor diesem Hintergrund ist eine flächendeckende Krankenhausversorgung gerade im ländlichen Raum von zentraler Bedeutung für die Versorgungssicherheit. Deshalb müssen auch kleine Krankenhäuser in dünn besiedelten Regionen erhalten werden. Eine Stärkung der peripheren Krankenhäuser ist erforderlich, um auch für diese Situation gewappnet zu sein.

Darüber hinaus ist eine ambulante Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Behandlung von Patienten nicht außer Acht zu lassen, wohlwissend, dass dies seitens der Kassenärztlichen Vereinigung nicht so gesehen wird. Dennoch ist die Priorität an dieser Stelle

dem Wohl der Patienten gewidmet. Das bedeutet, dass Krankenhausärzte einen Teil der ambulanten Behandlung mit übernehmen.

Zudem haben wir in unserem Bundesland 60 Rehabilitationskliniken. Diese sind häufig eher auf Orthopädie, Neurologie, Psychiatrie, konservative Medizin, Dermatologie und Nachsorge nach Transplantation und Wiederherstellung nach Operationen ausgerichtet, sodass auch diese Ärztinnen und Ärzte für die ambulante Betreuung zur Verfügung stünden. Dies wäre gewährleistet, indem man in unterversorgten Gebieten Praxen nach Art einer ländlichen Poliklinik in den Rehakliniken bei Bedarf eröffnen kann. Diese Rehakliniken liegen flächenmäßig im Land verteilt.

Darüber hinaus muss konstatiert werden, dass mit der Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen die Orientierung an wirtschaftlichen Zielen weiter zunimmt. Die ökonomische Logik wird zum Maß der Dinge. Dies wirkt sich negativ auf die Patientenversorgung und auf den Arbeitsalltag der Ärztinnen und Ärzte aus. Das DRG System ist maßgeblich verantwortlich für die Fehlsteuerung im Gesundheitswesen. Die Bezahlung der im Krankenhaus und in der Niederlassung erbrachten Leistung sollte daher auf ein einheitliches System hingeführt werden und zwar auf das Einzige, was derzeit wirtschaftlich und fachlich begründet ist, nämlich die Gebührenordnung für Ärzte. Diese wäre das einzig medizinisch begründete und ökonomisch kalkulierte Abrechnungssystem.

Der Patient ist mündig und kann eine gestellte Rechnung überprüfen lassen. Diese wird dann von der Krankenkasse bezahlt. Die kalkulierten Fallpauschalen und Sonderentgelte führen stets dazu, dass es bei den politisch vorgegebenen Mindestmengen durch den gemeinsamen Bundesausschuss zu einer Fehlentwicklung kommt.

Diese Fehlentwicklung spiegelt sich allein in jeder Sitzung der Krankenhausplanungsgruppe in unserem Bundesland wieder.

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

#### **Antwort:**

Eine Liste solcher Kriterien wurde bereits 1988 von der Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) veröffentlicht. Diese Kriterien sind bis heute aktuell und international gebräuchlich.

Im Folgenden sind die JCAHO Kriterien aufgeführt:

- Zugänglichkeit der Versorgung
- Angemessenheit der Versorgung
- Stetigkeit/Koordination der Versorgung
- Wirksamkeit unter Idealbedingungen (Efficacy of care)
- Wirksamkeit in der Versorgungspraxis (Effectiveness of care)
- Wirtschaftlichkeit der Versorgung (Efficiency of care)
- Patientenorientierung der Versorgung

- Sicherheit der Versorgungsumgebung
- Rechtzeitigkeit der Versorgung

Die WHO spricht sich dafür aus, die Kriterien zur Gesamtbeurteilung von Gesundheitssystemen einzusetzen. Sie benennt für eine Gesamtbewertung drei Kernziele guter Gesundheitsversorgung: Gesundheit, faire Finanzierung und Patientenorientierung.

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

**Antwort:**

Es sollten in spezialisierten Zentren unfallchirurgisch-orthopädische Leistungen, komplizierte viszeralchirurgische Leistungen sowie neurochirurgische, herzchirurgische, thoraxchirurgische, kardiologische, gastroenterologische und hämatologische Leistungen etc. vorgehalten und angeboten werden.

Dabei kann jedoch auch ein bestimmter Teil der spezialisierten Leistungen durch qualifizierte Kollegen an den Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung sowie Schwerpunktversorgung angeboten werden, da diese die Tätigkeiten während ihrer Weiterbildung und anschließenden Weiterqualifikation erlernt haben.

Wichtig ist die spezialisierte Leistung in der Kinderheilkunde (speziell der Neonatologie), der Hämatologie, der Pneumologie und der Kardiologie. Diese sollten an den vier Oberzentren in Greifswald, Neubrandenburg, Schwerin und in Rostock dargeboten werden. Flächendeckend muss die Innere Medizin, Chirurgie, insbesondere Abdominal- und Unfallchirurgie sowie die pädiatrische Versorgung vorgehalten werden.

Darüber hinaus ist eine Grundversorgung im Rahmen der Schlaganfallsbehandlung an Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung einzuleiten. Die Patienten müssen unverzüglich an Schlaganfallzentren weitergereicht werden im Sinne einer Stroke-Unit Betreuung.

Die ambulante Betreuung in den Bereichen HNO, Augenheilkunde, Dermatologie, Gynäkologie und Urologie sowie der Psychiatrie und Neurologie sind im Basisbereich durch die niedergelassenen Ärzte vorzuhalten. Dabei sind auch die Rehabilitationskliniken, da sie in der Fläche verteilt sind, mit in die ambulante Behandlung einzubeziehen (im Bedarfsfall).

Die Notfallversorgung muss flächendeckend durch ein System der notärztlichen Betreuung über die Leitstellen abgesichert werden. Dabei ist zu beachten, dass bestimmte Erkrankungen direkt über den Rettungsdienst in die hochspezialisierte Betreuung, zum Beispiel Angiologie oder Neurochirurgie, zu überführen sind. Die Geburtshilfe soll auch künftig nur dort durchgeführt werden, wo eine pädiatrische Versorgung der Neugeborenen möglich ist. Frühgeborene sollten pränatal in Oberzentren verlegt werden.

## 5. Wie beurteilen Sie die Medikamentenversorgung im Flächenland MV?

**Antwort:**

Siehe Ausführungen der KV MV und der Apothekerkammer.

## 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?*

**Antwort:**

Ein sozialverantwortlicher Staat muss sich **Kinder- und Jugendmedizin** leisten können. Dabei darf die Finanzierung durch die DRG keine Rolle spielen. Um den Nachwuchs in der kinderärztlichen Versorgung zu sichern, bedarf es weiterer Anstrengungen in der Fläche. Diesbezüglich hat die Ärztekammer ein Rotationssystem zwischen großen und kleinen Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken angestoßen, um eine komplette Weiterbildung auch an den kleinen Häusern zu ermöglichen. Das bedeutet jedoch eine zusätzliche Finanzierung, die seitens der Arbeitsgruppe bei der Krankenhausplanung ein jährliches Zuschussvolumen durch das Land von zwei Millionen Euro bedeuten würde.

Die **geriatrische Versorgung** muss durch qualifizierte Fachärzte für Allgemeinmedizin und durch über das Land verteilte geriatrische Fachabteilungen für die Akutgeriatrie in Krankenhäusern der Grund-, Regel- und Schwerpunktversorgung übernommen werden.

Bei der **Palliativ- und schmerzmedizinischen Versorgung** hat es in den letzten Jahren einen Aufschwung gegeben, sodass es für die Basispalliativ- und schmerzmedizinische

Versorgung keine Probleme gibt. In der pädiatrischen Versorgung muss die Palliativmedizin unterstützt werden, da es bisher nur eine gut funktionierende Palliativeinheit an der Universität Rostock gibt.

Die **psychiatrische- und psychotherapeutische Versorgung** ist im stationären Bereich derzeit noch ausreichend abgedeckt, in Stralsund entstehen bereits die ersten Defizite. Im ambulanten Bereich fehlt es durch ins Rentenalter eintretende Kolleginnen und Kollegen zum Teil erheblich an Nachwuchs. Durch Erhöhung der Zahl der Weiterbildungsstätten an den Kliniken kann diese Entwicklung zumindest gebremst werden. Besonders im Bereich der motorischen Behinderungen bei Kindern und Jugendlichen gibt es Probleme, auch in der entsprechenden Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Medikamenten, da diese sehr streng an die Verschreibung durch Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie gebunden sind.

**Anschlussheilbehandlungen und Rehabilitationen** werden in unserem Bundesland an vielen Orten flächendeckend angeboten. Fakt ist jedoch, dass die Entlassung aus dem Akutkrankenhaus in komplizierten Fällen aufgrund des ökonomischen Drucks zu früh geschieht. Die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit seltenen Erkrankung muss an spezialisierten Krankenhäusern der Maximalversorgung angeboten werden. Hinsichtlich der **Gendermedizin** gibt es eine Arbeitsgruppe im Rahmen des Aktionsbündnisses für Gesundheit und Prävention, die beim Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit ansiedelt ist.

Die **medizinische Versorgung von Migrantinnen und Migranten** ist in allen Krankenhäusern des Landes- und Rehabilitationskliniken möglich.

Die **Barrierefreiheit** ist in der Mehrzahl der niedergelassenen Arztpraxen und MVZ gegeben. Auf die Erreichbarkeit von Haus- und Fachärzten und weiteren Behandlern in der Fläche kommen wir im späteren Tagesordnungspunkt zurück.

Bei der **Medikamentenversorgung** sieht die Ärztekammer einen Ansatz darin, dass die Medikamentenversorgung durch Zulieferung durch Apotheken an Gemeindegesundheitszentren und die Austeilung durch Gemeindeschwestern sichergestellt werden kann.

**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?**

**Antwort:**

Die Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären Bereichen funktioniert in der Regel. Allerdings ist anzumerken, dass bestimmte Bereiche der ambulanten Versorgung mit langen Wartezeiten zum Beispiel in der fachärztlichen Versorgung verbunden sind. So wartet man auf Langzeit-EKGs und Fahrrad-Ergometrie mehrere Wochen, mehrere Monate Wartezeit sind es mitunter für ambulante Gastro- und Koloskopie-Termine. Das

könnte geändert werden, indem Krankenhausärzte zur Erbringung dieser Leistungen ermächtigt würden.

**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?**

**Antwort:**

Diese Auffassung teilt die Ärztekammer M-V. Besonders für die immobile ältere Bevölkerung auf dem Land und als attraktiver Standortfaktor ist eine gute Erreichbarkeit von Praxen und Notfallambulanzen von großer Bedeutung. Um das zu gewährleisten, sollte über ein effektives Transportsystem nachgedacht werden, zum Beispiel über einen Bus oder ein Taxi auf Anforderung.

**9. Was leitet sich daraus aus Ihrer Sicht ab?**

**Antwort:**

Damit Ärztinnen und Ärzte ihrer Pflicht zur Sicherung der Daseinsvorsorge nachkommen können, brauchen sie ein Arbeitsumfeld, das Familie und Beruf vereinigt, frei von wirtschaftlichem Druck ist und in dem sie entsprechend ihrer Qualifikation gefördert werden. Besonders für den ambulanten Bereich ist die Digitalisierung von Arbeitsabläufen evident, sodass auch die Telemedizin ein wichtiger Faktor zur Erfüllung der Daseinsvorsorge ist, vor allem bei der Betreuung von Menschen mit chronischen Erkrankungen.

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

**Antwort:**

Mit dem Wegfall der DRG würde an den Krankenhäusern der Anreiz fehlen, bevorzugt bestimmte Erkrankungen zu behandeln, Stattdessen würde das am Krankenhaus erbracht, was regelhaft aufwandsbedingt bezahlt wird.

Die Mindestmengen sind zwar ein Punkt zur Qualitätssicherung. Jedoch führen sie dazu, dass die Zahl der zu erbringenden Mindestmengen an einzelnen Krankenhäusern möglicherweise an der Indikation vorbei erbracht wird, um die Berechtigung zur weiteren Durchführung der Untersuchung und Behandlung zu haben.

Hier gibt es zahlreiche Beispiele aus der Krankenhausplanung.

**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?**

**Antwort:**

In Mecklenburg-Vorpommern existieren bereits Aktivitäten gegen den drohenden Ärztemangel, aber es fehlte an der Vernetzung der Akteure, der Gemeinden, der Bürgermeister, der niedergelassenen Ärzte und der Schulen und Kitas und an einer zielgerichteten Kommunikation. Nur durch ein gemeinsames und abgestimmtes Vorgehen aller Partner bei der Gewinnung junger Ärzte lassen sich Synergien finden, Ressourcen bündeln und Energien sinnvoll sparen, um insbesondere diese für eine Tätigkeit im ländlichen Raum zu gewinnen. Ein wichtiger Schritt in diese Richtung wäre ein Aufbau eines Netzwerkes zur Fachkräftesicherung nach dem Vorbild „Ärzte für Sachsen“. Nach Gründung des Netzwerkes im Jahr 2009 ist nach 10 Jahren ein signifikanter Anstieg des Anteils junger Ärzte um 37% zu verzeichnen.

Die Ziele beinhalten die Kommunikation konkreter Fördermaßnahme, die Vorstellung weicher Standortvorteile (Leben in MV, Beruf & Familie), die Beratungsangebote (Schüler, Studenten, deutsche und ausländische Ärzte, Gemeindevertreter), die Bündelung von Kräften und Ressourcen und das Gemeinsame, einheitliche Auftreten unter dem Dach. Die Kernzielgruppe der Netzwerkaktivitäten sind die jungen Ärzte. Neben Dem Netzwerk beitreten können alle Einrichtungen/ Verbände des Gesundheitswesens, die thematisch befasst sind.

Die Ärztekammer spricht sich für den Aufbau eines Netzwerkes M-V aus! Dieses Projekt sollte entsprechend finanziell unterstützt werden.

Die Anstrengungen der Ärztekammer M-V und des LAGuS hinsichtlich der Gewinnung ausländischer Ärzte aus dem Nicht-EU-Ausland verschlingen personelle und finanzielle Ressourcen, werden hervorragend akzeptiert, führen jedoch nur zu 50% Erfolg, da ca. die Hälfte der Kollegen nach bestandener Prüfung Mecklenburg-Vorpommern verlassen, siehe Tabelle:

Jahr	Zahl der Approbationen, die in MV erteilt wurden	Zahl derjenigen, die noch in MV tätig sind
2016	88	36 (59% sind abgewandert)
2017	76	18 (76 % sind abgewandert)
2018	96	58 (40 % sind abgewandert)
2019 (bis August)	63	61

## A 2. Detailfragen:

### *I: Stationäre Versorgung*

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

**Antwort:**

Die stationäre Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern bezogen auf die Anzahl der Krankenhäuser und Krankenhausbetten wird für ausreichend gehalten. Lediglich in der Vergangenheit gemachte Fehler, wie die Reduzierung der Pädiatrie und Geburtshilfe z. B. in Wolgast, haben sich als Fehler erwiesen, weil diese Entwicklung für die Versorgung der einheimischen Bevölkerung und der Urlauber nicht mehr ausreichend gewährleistet werden konnte. Gleiches gilt für die gynäkologische geburtshilfliche Betreuung in Crivitz und Parchim.

2. *Könnte aus Ihrer Sicht die Versorgung auch mit weniger Krankenhäusern sichergestellt werden?*
3. *Sehen Sie perspektivisch eine noch stärkere Verzahnung zwischen stationärer Leistung und ambulantem Leistungsangebot?*

**Antwort auf Frage 2 und 3:**

Die Versorgung könnte **nicht** mit weniger Krankenhausbetten sichergestellt werden, da die anschließende Nachbehandlung durch niedergelassene Ärzte nicht in allen Fällen gesichert ist.

Perspektivisch wäre eine Öffnung der Krankenhäuser in den Bereichen, in denen die niedergelassene Ärzteschaft sehr dünn gesät ist, sinnvoll für die Erbringung ambulanter Leistungen. An dieser Stelle wäre zu überlegen, ob man nicht dazu übergeht, dass niedergelassene Ärzte auch Teilleistungen an Krankenhäusern erbringen. Als Beispiele wären Rostock und Stralsund zu nennen, wo niedergelassene Ärzte Herzkatheter am Krankenhaus durchführen. Sie verstärken damit das Team der Krankenhausärzte auch im Rahmen des Bereitschaftsdienstes. Umgekehrt sollten Krankenhausärzte ermächtigt werden, Leistungen im ambulanten Sektor zu erbringen, insbesondere in den Regionen, in denen kein niedergelassener Arzt zur Verfügung steht.

**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 (spezial-)fachärztlichen Versorgung ein?**

**Antwort:**

Nach Auffassung der Ärztekammer ist der ärztliche Fachkräftebedarf an den Krankenhäusern nicht gesichert. Dies wird untermauert durch das Ergebnis unserer Facharztstudie aus dem Jahr 2014, deren Aussagen nach wie vor zutreffend sind. An dieser Studie nahmen 585 von 2.200 Fachärzten in Krankenhäusern im Land Mecklenburg-Vorpommern. Damit haben wir eine Rücklaufquote von rund 23 %.

Sowohl Abteilungen als auch Notaufnahmen sind nicht mit einer ausreichenden Anzahl an Fachärzten bzw. -ärztinnen ohne Chefarzt-/Oberarzt-Funktion besetzt. (Abbildung 1)

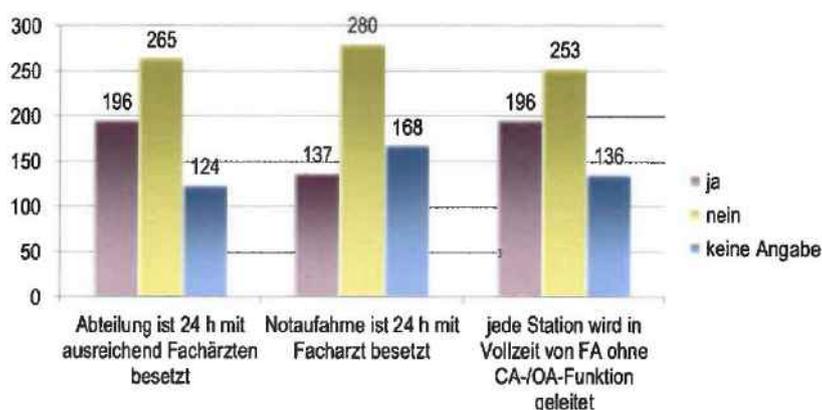
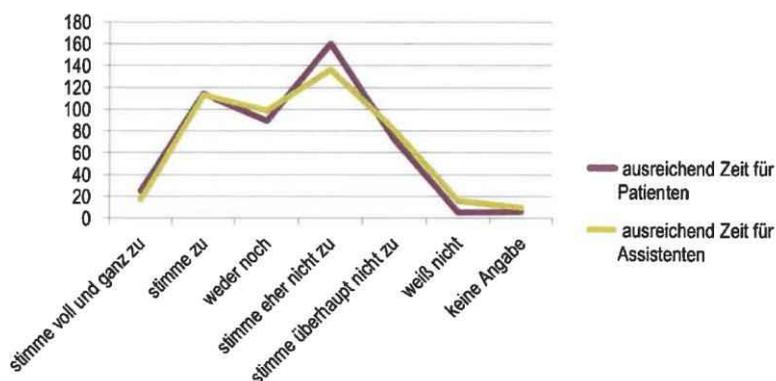


Abbildung 1

Ein möglicher Grund dafür sind die tatsächlichen Arbeitszeiten in Krankenhäusern: Fachärzte arbeiten nach der Studie im Durchschnitt 52,5 Stunden pro Woche. Die Ergebnisse zeigen, dass die meisten Fachärzte der Meinung sind, dass Sie nicht genügend Zeit für die Patienten und Patientinnen und für die Ausbildung und Betreuung der Assistenzärzte und -ärztinnen haben. (Abbildung 2)



Genügend und qualifiziertes Personal ist unabdingbare Voraussetzung für die Qualität überall im Krankenhaus. Gerade im ärztlichen Bereich ist eine adäquate Personalausstattung hochgradig qualitätsrelevant. Die Ärztekammer fordert daher Personaluntergrenzen

im stationären Bereich einzuführen. Ärztliche Personalvorgaben gibt es beispielsweise in der Landeskrankenhausplanung in Thüringen. Dort müssen Krankenhäuser jede Fachabteilung mit mindestens 5,5 Vollzeit-Stellen für Ärztinnen und Ärzte ausstatten, davon mindestens drei Fachärztinnen bzw. Fachärzte des entsprechenden Fachs. Diese Regelung kann als Vorbild für eine Einführung entsprechender Qualitätsvorgaben in Mecklenburg-Vorpommern sein.

Bedenkenswert ist in diesem Zusammenhang, dass der ärztliche Fachkräftebedarf teilweise durch ausländische Ärzte mit Berufsrelaubnis kompensiert wird, wenn diese allein im Nachtdienst eingesetzt oder ohne fachärztliche Aufsicht am Patienten tätig werden. Dies stellt eine straf- und haftungsrelevante Vorgehensweise dar.

## ***II. Ambulantisierung***

- 1. Welches Potential für die weitere Ambulantisierung bei Behandlungen sehen Sie generell bzw. spezifisch in Mecklenburg-Vorpommern?*
- 2. Sollten grundsätzlich noch stärker ambulante Versorgungsangebote Standort eines Krankenhauses – Stichwort Gemeindegesundheitszentren geschaffen werden? Welche Vor- bzw. Nachteile sehen Sie?*

### **Antwort auf Frage 1 und 2:**

Grundsätzlich sollten noch weitere ambulante Versorgungsangebote am Standort eines Krankenhauses im Sinne von Gemeindegesundheitszentren geschaffen werden, da hier vollstationäre Leistungen und auch poststationäre Leistungen erbracht werden können und auf eine Anlaufstelle für Patienten zu Erbringung fachärztlicher Leistungen bei dünner Besiedlung der Fachärzte in der Fläche möglich wäre. Nachteile sind eine Konkurrenz zum Kassenärztlichen vertragsärztlichen Bereich, der durch die Kassenärztliche Vereinigung geregelt wird. Von Vorteil für den Patienten wäre jedoch, dass die vordiagnostischen Maßnahmen vor einer Operation in einem Gemeindegesundheitszentrum bzw. ambulanter Einrichtung am Krankenhaus geschaffen werden könnte.

### ***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?***

**Antwort:**

Den Überblick über die Zahl der niedergelassenen Ärzte gibt die Kassenärztliche Vereinigung. Die Zahl ist in den letzten Jahren gestiegen. Näheres dazu ist bereits oben beschrieben. Die Ursachen für diese Steigerung ist auch die Unzufriedenheit der Ärzte im Facharztstatus oder in der Subspezialisierung am Krankenhaus und durch die Krankenhaus-träger betriebene Gängelung der Ärztinnen und Ärzte zu erhöhter Leistungserbringung weiter.

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

**Antwort:**

Ja, es sollten stärker ambulante Versorgungsangebote am Standort eines Krankenhauses geschaffen werden bezüglich der Tätigkeit von niedergelassenen Ärzten am Krankenhaus und Gemeinde-Gesundheitszentrum bzw. der Tätigkeit der klinisch tätigen Ärzte, auch in der Ambulanz und der weiteren nichtärztlichen Betreuung, zum Beispiel durch Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und geriatrische Anschlussbehandlung.

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

**Antwort:**

Die stationären Diagnostikmöglichkeiten werden für den ambulanten Bereich bereits zur Verfügung gestellt, in dem niedergelassene Ärzte am Krankenhaus Leistungen erbringen, zum Beispiel Herzkatheterendoskopieabteilung, ambulantes Operieren am Krankenhaus und Teilnahme von niedergelassenen Ärzten bei orthopädischen Operationen, Schenkelhalsoperationen, Hüftendoprothetik und Schulterendoprothetik, zum Beispiel durch niedergelassene Ärzte am Krankenhaus Bad Doberan.

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

**Antwort:**

Die starre Trennung von ambulanter ärztlicher Versorgung und Krankenhausversorgung kann durch eine stärkere Beteiligung der niedergelassenen Ärzte im Rahmen einer belegärztlichen Tätigkeit und einer Ermächtigung von Krankenhausärzten für die Durchführung ambulanter Leistungen durchbrochen werden. (zum Beispiel: Endoskopie, Sonografie, Endosonografie, nach Betreuung nach Herzkatheter etc.)

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

**Antwort:**

Die Sicherstellung der Medikamentenversorgung muss zum einen bundesrechtlich geregelt werden, damit entsprechende Substanzen nicht nur aus zwei asiatischen Ländern zur Verfügung gestellt werden. Deshalb muss die pharmazeutische Industrie in der Bundesrepublik wieder gestärkt werden. Hinsichtlich der Ausgabe von Medikamenten im Rahmen von Gemeindeschwesternstationen bzw. Gemeindeggesundheitszentren, die durch die Apotheken der umliegenden Region, die nach Rezeptierung durch niedergelassene oder Krankenhausärzte versorgt werden haben wir uns bereits geäußert.

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

**Antwort:**

Die Zahl der ambulanten Patienten, die das Krankenhaus in Anspruch nehmen, ist sehr hoch. Genaue Prozentzahlen liegen der Ärztekammer nicht vor. Diese können von den Krankenhäusern geliefert werden. Die Gründe für dieses Verhalten ist die Erreichbarkeit von 24 Stunden, auch bei Bagatellverletzungen. Hier bedarf es vielleicht auch einer gewissen Öffentlichkeitsarbeit, um nicht zu sagen, Umerzählung des Denkens, das alles für jeden 24 Stunden vorhanden ist. Dies gilt natürlich nicht bei Unfällen, das ist selbstverständlich.

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?*

**Antwort:**

Diese Frage zielt darauf ab, dass man nicht miteinander kommuniziert. Durch digitale Vernetzung kann hier letztendlich die Doppeluntersuchung ausgeschlossen werden. Auch die Kontrolle der Herausgabe von Medikamenten könnte optimiert werden, um Doppelverordnungen oder Änderung der Verordnung zu vermeiden.

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?*

**Antwort:**

Auch hier kann die Digitalisierung und damit Datenübermittlung und Zugriff durch Fachärzte auf Daten, die von Hausärzten erhoben sind und umgekehrt eine Verbesserung bringen. Jedoch muss hier zunächst festgestellt werden, dass die Betreuung in der Bundesrepublik Deutschland zu den besten in der Welt gehört. Dies spiegelt die hohe Qualität unseres Gesundheitswesens wider. Der Abrechnungsmodus spielt auch eine Rolle, da der Patient quartalsweise den Arzt aufsuchen muss, um eine entsprechende Abrechnung der Leistungen zu erbringen.

9. *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?*

**Antwort:**

Ein Primärarztsystem wäre nicht besser, da der Patient möglicherweise dann auch länger in der primärärztlichen Versorgung zurückgehalten werden würde. Zum einen vor einer entsprechenden Behandlung seines Leidens, zum anderen ist allein durch ein Überweisungsverfahren ein nochmaliger Zugang zum Hausarzt nötig. Auch bei der

Erbringung von ambulanten Krankenhausleitungen ist dieses notwendig, dadurch erhöht sich per se die Zahl der Besuche beim Arzt.

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

**Antwort:**

Dies ist in Mecklenburg-Vorpommern mit dem von der Kassenärztlichen Vereinigung bedingten Verfahren der gestuften Dringlichkeit geregelt. Hier gibt es keine Notwendigkeit der Veränderung.

**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?**

**Antwort:**

Die Zahl der im ambulanten Bereich tätigen ärztlichen und nicht ärztlichen Psychotherapeuten müsste erhöht werden bzw. müssten die Leistungen auch im stationären Bereich vorstationär erbracht werden können.

**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?**

**Antwort:**

Diese Frage sollte von der Kassenärztlichen Vereinigung beantwortet werden.

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

**Antwort:**

Diese Frage sollte von der Apothekenkammer beantwortet werden.

**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?**

**Antwort:**

Wir möchten auf Frage 2 verweisen.

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

**Antwort:**

Diese Frage sollte von der Apothekenkammer beantwortet werden.

**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?**

**Antwort:**

Diese Frage sollte von der Apothekenkammer beantwortet werden.

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

**Antwort:**

Bei Verdacht auf fehlerhafte Medikation gibt es eine Möglichkeit der direkten Kommunikation zwischen Apotheker und den verordneten Arzt. Des Weiteren gibt es die Institute für Klinische Pharmakologie an den Universitäten Rostock und Greifswald, die hier beratend tätig werden.

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

**Antwort:**

Diese Frage sollte von der Apothekenkammer beantwortet werden.

**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?**

**Antwort:**

Diese Frage sollte von der Apothekenkammer beantwortet werden.

**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?**

**Antwort:**

Die Ärztekammer wendet sich gegen den Ansatz der Impfung durch Apotheker. Die Impfung stellt einen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit des Patienten dar, die nur durch Einwilligung des Patienten nach erfolgter Aufklärung gerechtfertigt ist. Die Aufklärung hat durch einen Arzt zu erfolgen.

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

**Antwort:**

Medizinisches und pflegerisches Personal müssen im Hinblick auf Verständlichkeit und Patientenorientierung in der Kommunikation bereits während der Ausbildung geschult werden.

Notwendig ist diese zusätzliche Qualifikation nur bei Mitarbeitern, die aus dem Ausland kommen und möglicherweise Sprachbarrieren haben. Hier sind Qualifizierungsangebote zwingend notwendig. Für den ärztlichen Bereich werden diese durch die Ärztekammer seit Jahren erfolgreich durchgeführt.

*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 allgemeinärztlichen Versorgung und zum anderen in der kieferorthopädischen Versorgung seit der Aufgabe der Zulassungsbeschränkungen? Würden Sie die Einführung von Zulassungsbeschränkungen begrüßen? Wenn, nein warum nicht?*

**Antwort:**

*Diese Frage sollte durch die Zahnärztekammer beantwortet werden.*

*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?*

**Antwort:**

Die fremdkapitalgestützte Gründung von MVZ führt dazu, dass der durch die Zahnärztekammer aufzustellende Bereitschaftsdienst nicht mehr realisiert werden kann, da die angestellten Ärzte in fremdkapitalgestützten MVZ, in der Nacht keinen Zugang zu den Praxen genehmigt bekommen. Die fremdkapitalgestützte Gründung sollte diesbezüglich aus Gesetzeserwägungen verboten werden.

## ***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?*

**Antwort:**

Die sektorenübergreifende Versorgung wurde bereits in den vorangehenden Fragen ausführlich mit betrachtet.

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

**Antwort:**

Die sektorenübergreifende Versorgung wurde bereits in den vorangehenden Fragen ausführlich mit betrachtet.

## ***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?*

**Antwort:**

Bei großen durchgeführten Operationen sind zu frühe Entlassungen eher schädlich für den Patienten, da die pflegerische Betreuung über 24 Stunden nicht gewährleistet ist. Somit sollten hier bei Abschaffung der DRG über die Möglichkeiten geschaffen werden, dass der Patient ausreichend lange im Krankenhaus nach durchgeführten Eingriffen bis zur Entlassungsfähigkeit verbleiben.

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?*

**Antwort:**

Nachversorgungen müssen zunächst nach Entlassung aus dem Krankenhaus durch die Akutpflege und dann bei Rehabeginn durch die ambulanten bzw. stationären Rehaeinrichtungen weitergeführt werden.

## VI. Rettungsdienst

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

#### Antwort:

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

Die Planungshoheit für unser Bundesland liegt in den Händen des Landes. Das Land kann unter Einbezug verschiedener Kriterien bestimmen, welche Rettungswachen sich an welchem Ort befinden, um eine möglichst gute, flächendeckende Versorgung der Bevölkerung auf der Grundlage des Rettungsdienstgesetzes mit den unterschiedlichen vorgegebenen Eintreffzeiten nach Alarmierung zu gewährleisten. Die Umsetzung wiederum liegt in den Händen der Landkreise.

Es wird nicht nur hochqualifiziertes ärztliches Personal für die Notarztstandorte benötigt, sondern auch Innovationskraft für neue Entwicklungen sowohl in der konkreten Notfallversorgung von Patienten und Patientinnen, als auch der Notfallversorgung in der Fläche. Aus der Unimedizin Greifswald ging beispielsweise das vom Innovationsfonds geförderte Projekt Land | Rettung hervor, das – gemeinsam mit dem Landkreis Vorpommern Greifswald – seinen Fokus auf die Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Herzstillstand legte. Flächendeckende Schulungen in der Reanimation durch Laien und Alarmierung durch die Leitstelle von speziell vorgebildeten und nochmals geschulten freiwilligen Ersthelfern zum Ort des Notrufs setzen auf die Bürgerverantwortung. Gleichzeitig wurde ärztliche notfallmedizinische Kompetenz („Telenotarzt“) auf die Rettungsmittel gebracht und innerhalb des Projektes eine Telenotarztwache eingerichtet. Diese Wache ist die zweite Wache ihrer Art in Deutschland und wird 24/7 durch einen Notarzt bzw. Notärztin besetzt. Das flächendeckende Ausrollen dieser drei Säulen ist sehr erfolgreich. Die Laienreanimationsquote stieg von unter 17 % auf 60 % in zwei aufeinanderfolgenden Jahren an. Damit ist der Landkreis Vorpommern-Greifswald unter den besten drei Teilnehmern des Deutschen Reanimationsregisters. Eine Laienreanimation verdoppelt die Chance, einen Herzkreislaufstillstand zu überleben. Die telemedizinische Betreuung hat die Qualität der Rettungseinsätze gesteigert und den fahrenden Notarzt / die Notärztin entlastet. Dies führt dazu, dass die Ressource „fahrender Notarzt“ zu den Einsätzen fahren konnte, an denen dessen physische Präsenz notwendig war. Verstetigung: Aus diesem Innovationsfondsprojekt wird eine „Telenotarztwache“ durch den Landkreis Vorpommern-Greifswald kassenfinanziert weiterbetrieben.

Grundsätzlich kommt auch dem Rettungspersonal – neben dem Notarzt auch ein Notfallsanitätern und Rettungsassistenten und –sanitätern eine wichtige Bedeutung zu, sodass hier eine Delegation / Substitution ärztlicher Leistungen erfolgen sollte.

Ärzte und Ärztinnen, die telemedizinische Notfallkompetenz vermitteln können, sind sehr gut (zusatz-) weitergebildet. Sie müssen über die Zusatzweiterbildung für Notfallmedizin sowie über eine große Erfahrung als fahrender oder fliegender Notarzt verfügen und besondere Kursformate besucht haben. Eine Notarztztätigkeit sollte zwingend aufsatteln auf eine hauptsächliche ärztliche Tätigkeit in der Krankenversorgung, so dass die im Notfall notwendigen manuellen ärztlichen Fähigkeiten aus der täglichen klinischen Routine abzurufen sind und aktuelle Entwicklungen in der Medizin präsent sind. Daher ist aus medizinischen Gründen eine Anbindung der telemedizinischen Notfallzentrale an ein Krankenhaus wünschenswert und kann in eine größere Struktur mit weiteren telemedizinischen Schwerpunkten für die Notfallversorgung in den umliegenden Krankenhäusern (z.B. Kinderchirurgie, Dermatologie, Neurologie, Intensivmedizin) eingebunden werden.

Die Weiterbildung zum „Telenotarzt“ ist kostenintensiv, die Ärztinnen und Ärzte sind hochspezialisierte und seltene Experten, die mit der Gegend und der Infrastruktur vor Ort vertraut sein müssen.

Auf Landesebene sollte eine Überplanung von „Telemedizinischen Notfallzentren“ erfolgen, wie es für Rettungswachen und Notarztstandorte erfolgt. Grundsätzlich passt die Telemedizin in keinen der bestehenden Sektoren, sondern funktioniert intersektoriell. Sie kann notfallmedizinische ärztliche Kompetenz im ambulanten und stationären Bereich anbieten, dem bodengebundenen Rettungsdienst zur Verfügung stehen, den luftgebundenen Rettungsdienst unterstützen und auch auf dem Wasser ärztliche Kompetenz vermitteln. Die Notfallversorgung in den Krankenhäusern kann aus den „Telemedizinischen Notfallzentren“ mit Spezialisten entscheidend unterstützt werden und helfen, den Patienten zur rechten Zeit am richtigen Ort zu versorgen.

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

### **Antwort:**

Ein Gutachten der Deutschen Krankenhausgesellschaft hat bereits im Jahr 2015 festgestellt, dass in den Notaufnahmen der Krankenhäuser viele ambulante Fälle behandelt werden, die hinsichtlich des Schweregrades auch in KV-Praxen behandelt werden könnten. Dieses Phänomen verstärkt sich vor allem außerhalb der normalen Öffnungszeiten der KV-Praxen, was darauf hindeutet, dass ein Faktor die Erreichbarkeit und Verfügbarkeit der KV-Notdienste in den Rand- und Nachtzeiten ist.

Hinzu kommt, dass sich die Einsatzbereiche vergrößert haben, sodass teilweise erhebliche Fahrzeiten und –strecken zurückgelegt werden müssen.

Die Erfahrung hat außerdem gezeigt, dass der Bereitschaftsdienst der niedergelassenen Ärzte in der Bevölkerung nicht präsent ist (*Tel. 116/117*).

**3. Wie beurteilen Sie die Ausstattung des Rettungsdienstes. Welche Herausforderungen und Probleme sehen Sie?**

**Antwort:**

Die Lage der notfallmedizinischen Versorgung wurde oben ausführlich dargestellt. Die Erfahrungen mit dem Projekt Land | Rettung M-V zeigen, dass die Qualität der Rettungseinsätze durch das Ausschöpfen digitaler Vernetzungsmöglichkeiten, etwa durch Ausstattung der Rettungsmittel mit ärztlicher notfallmedizinischer Kompetenz („Telenotarzt“) deutlich gesteigert werden kann. Die große Herausforderung besteht deshalb darin, die notfallmedizinische Forschungsexpertise in den Krankenhäusern weiterhin hochzuhalten und die kostenintensive Weiterbildung zum „Telenotarzt“ voranzutreiben. Auch die Ausbildung von Ersthelfern und deren Einbindung in die Rettungskette anhand einer Handy-App haben erwiesenermaßen positiven Einfluss auf die notärztliche Versorgungsqualität in ländlichen Strukturen, wird aber bisher nur im Rahmen von Projekten finanziert. Wie auch in anderen Bereichen besteht auch im Rettungswesen das Problem der Nachwuchsgewinnung.

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

**Antwort:**

Die Ressourcen in der Notfallmedizin sind begrenzt und sollten unabhängig von den bestehenden Sektoren gebündelt werden. Eine Verknüpfung zwischen ambulantem ärztlichen Notdienst und rettungsdienstlichem Notarzt erscheint zwingend geboten. Zwischen den im Rettungsdienst tätigen Ärzten und den niedergelassenen Ärzten existiert keine ausreichende Koordinierung. Bei der Nachforderung des Rettungsdienstes erfolgt oftmals keine persönliche Übergabe durch den niedergelassenen Arzt.

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

**Antwort:**

Dieses Problem existiert seit vielen Jahren und hat sich weiter verstärkt. Ausschlaggebend sind dafür folgende Punkte:

- a) Das gestiegene Anspruchsverhalten der Patienten an die medizinische Versorgung als „Dienstleistung“.

- b) Das Freizeitverhalten der Patienten verursacht z.t. auch Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen.
- c) Mecklenburg-Vorpommern hat sich als Urlaubsland etabliert, in das zahlreiche ältere Menschen, die nicht Einwohner von M-V sind, in Akutstrukturen versorgt werden müssen.
- d) Es ist allgemein bekannt, dass Notaufnahmen keine Patienten ohne Untersuchung ablehnen dürfen.
- e) Die Kapazitäten für Akutpatienten im KV-Bereich sind zu gering und zu wenig bekannt.

Ein Lösungsansatz könnte sein, dass der KV-Bereitschaftsdienst räumlich in die Notaufnahmen der Krankenhäuser integriert wird. Sektorenübergreifende Versorgungskonzepte sind nicht nur notwendig, um leichte Fälle in den Notfallambulanzen bedarfsorientiert und ressourcenschonend zu steuern, sondern auch, um die Versorgung außerhalb der normalen Dienstzeiten zu gewährleisten. Der Ansatz eines Integrierten Notfallzentrums, bei dem Rettungsdienste und niedergelassene Dienstärzte von einer zentralen Stelle in der Notaufnahme des Krankenhauses aus koordiniert und auch Räumlichkeiten der Notaufnahme gemeinsam genutzt werden, wird befürwortet.

## 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?*

### **Antwort:**

Die Ärztekammer sieht es als äußerst wichtig an, dass die tägliche Zahnpflege an den Kindertagesstätten verbindlich wird. Dies sollte nicht von Träger zu Träger unterschiedlich gehandhabt werden, sondern für alle gelten. Besonders in dieser Zeit, in der der Hygiene noch einmal ein besonderer Stellenwert zukommt, sollte das tägliche Zähneputzen an den Einrichtungen vorgeschrieben werden.

Durch die Corona-Pandemie war es nicht möglich, dass zahnärztliche Prophylaxehelfer aus den Gesundheitsämtern in die Kitas kommen, um die Bedeutung des Zähneputzens zu demonstrieren. Diese Besuche sollen laut dem Landesamt für Gesundheit und Soziales jetzt wieder anlaufen.

## VIII. *Patientenorientierung*

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

### **Antwort auf Fragen 1 bis 3:**

Patientinnen und Patienten haben Beschwerdemöglichkeiten über die Ärztekammer, und sie können sich bei Verdacht auf eine Fehlbehandlung an die Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der Norddeutschen Kammer wenden.

- 4. Ist Ihnen die Bandbreite der vorhandenen Patientenorganisationen im Land bekannt?*
- 5. Und mit welchen Organisationen wird im Sinne der Patient/innen zusammengearbeitet? Wo besteht der Wunsch nach weiteren Kontakten?*

### **Antwort auf 4. und 5.**

Die Bandbreite der Patientenorganisationen im Land ist uns bekannt. Hingewiesen sei auf die Asthma-Gruppen, auf die Rheuma-Gruppen sowie auf die Herzsport-Gruppen, auf die Betreuung von tumorkranken Patienten und auf die Patienteninitiative zur Betreuung nach Organtransplantationen.

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

### **Antwort auf Frage 6 und 7:**

Bei Problemen in der Zusammenarbeit mit Patientenorganisationen und den Dachverbänden müssen sich diese an die Ärztekammer wenden.

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

**Antwort:**

Hier verweisen wir auf die vorhergehenden Antworten.

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

**Antwort:**

Die Ärztekammer ist durch den Präsidenten im Beirat des Aktionsbündnisses Patientensicherheit vertreten. Die dort erarbeiteten Empfehlungen finden Eingang in die Facharztqualifikation und in die Qualitätssicherungsvereinbarungen, die mit der Ärztekammer geschlossen werden.

*Fragen 10 bis 17 sind durch die Kassenärztliche Vereinigung MV zu beantworten.*

## **IX. Finanzierung / Vergütung**

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

**Antwort:**

Das Finanzierungssystem ist überholt und falsch orientiert, weil es Anreize zur Quantifizierung gibt. Das System wird nicht nach dem geleisteten Aufwand kalkuliert. Die einzige Vergütungsordnung im gesundheitlichen System der Bundesrepublik Deutschland die vollständig evaluiert ist, ist die Gebührenordnung für Ärzte, die gemeinsam von den Krankenkassen mit der Ärzteschaft und den einzelnen medizinischen Fachgesellschaften erneuert wurde. Sie liegt bei Bundesgesundheitsminister Spahn und wartet auf die Genehmigung. Diese Gebührenordnung für Ärzte könnte sowohl für die komplett erbrachten Leistungen im Krankenhausbereich und im niedergelassenen Bereich als auch in der Rehabilitationsmedizin zur Anwendung kommen. Wir sprechen immer vom mündigen Patienten; dieser sollte in der Lage sein, eine Rechnung - egal ob im gesetzlichen oder privatärztlichen Bereich – analysieren zu können und die nicht gemachten Bereiche streichen

können. Dann wäre es nur Aufgabe der jeweiligen Krankenkasse diese Rechnung zu bezahlen. Das führt zu mehr Transparenz und zu mehr Verantwortung auf beiden Seiten – nämlich auf Patientenseite und auf Seite des Krankenhauses. Das Fallpauschalensystem setzt einen völlig falschen Anreiz. Auch die Pauschalen, die nicht wirtschaftlich begründet sind, hinken der GOÄ hinterher.

Hier bedarf es aber politischen Mutes, eine Änderung herbeizuführen. Das Land Mecklenburg-Vorpommern mit der Landesregierung sollte an dieser Stelle einen Vorstoß wagen und über eine Initiative im Bundesrat das völlig überalterte Finanzierungssystem zu ändern!

*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?*

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

**Antwort auf Fragen 2. und 3:**

Man könnte mit der Gesamtfinanzierung sowohl gesetzlich Versicherte als auch privat Versicherte über einen Honorarkatalog in der Finanzierung absichern. Die Konzentration und Reduzierung der Krankenkassen würde seitens der Ärzteschaft begrüßt werden.

*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)?*

**Antwort:**

Diese Frage ist durch Wirtschaftsexperten zu beantworten.

*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?*

**Antwort:**

Wenn es die GOÄ als einzige Honorarordnung geben würde, würde die Zweiteilung per se aufgehoben, denn die GOÄ ist die einzig durchkalkulierte Ordnung.

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

**Antwort:**

Siehe dazu die vorangegangenen Antworten.

## ***X. Telemedizin / Datenschutz***

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

**Antwort:**

Der Einsatz der Telemedizin ist sehr inhomogen. In bestimmten Bereichen, Fachgebieten und Regionen finden sich seit Jahrzehnten telemedizinische Anwendungen, die aufgrund der ausgeprägten Implementierung in Prozesse essentiell geworden sind – in der Kardiologie, Radiologie, Dermatologie, Psychotherapie und Notfallmedizin finden wir solche Einsatzgebiete. Vereinzelt sind Vernetzungen zum Austausch von Befundkonstellationen und Durchführung interaktiver Visiten und Fallbesprechungen bereits etabliert oder in Planung. Regional geben vor allem infrastrukturelle Bedingungen den Takt der Entwicklung telemedizinischer Projekte vor.

Zu beachten sind systemeigene Bedingungen. Neben Gebieten, in denen Telemedizin einfach etabliert werden kann, existieren viele Fachbereiche, in denen Telemedizin nur begrenzt oder gar nicht eingesetzt werden kann. Unabhängig von infrastrukturellen Begrenzungen wird es zudem immer auch Menschen geben, die einer Digitalisierung und telemedizinischer Betreuung aus verschiedensten Gründen unzugänglich bleiben werden. Diese Menschen dürfen von der Versorgung nicht ausgeschlossen werden.

Die infrastrukturellen und organisatorischen Probleme werden in Frage 3 erläutert.

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

**Antwort:**

Die intersektorale Verknüpfung ist mangelhaft. Es bestehen technische, organisatorische und finanzielle Problembereiche. Obwohl technisch erhebliche Möglichkeiten gerade in der Vernetzung bestehen, werden diese nur schwer genutzt. Neben den vielen Schnittstellenproblemen, die bei der eGK beginnen und in der Datenübergabe zwischen Krankenhaus nicht aufhören, ist die Diversität der vorhandenen Praxis- und Krankenhausverwaltungssysteme ein erheblich begrenzender Faktor. Die Organisation solcher Abläufe unterliegt vielen Begrenzungen – Vorgaben und Gesetze auf europäischer, Bundes- und Länderebene sind in Kongruenz mit den Vorstellungen der Leistungsempfänger, Leistungsträger und deren Vereinigungen sowie der Kostenträger zu bringen. Das erzeugt ein

sehr inhomogenes Bild in der Vernetzungslandschaft in Abhängigkeit von Krankenhaus(ketten), Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen. Während in einigen Bereichen das Hochladen eines Befundes in das Krankenhausverwaltungssystem unproblematisch ist, sind andere Strukturen auf die Post angewiesen. Zudem bestehen erhebliche Finanzierungslücken, die sowohl die Anschaffung als auch den Unterhalt solcher Vernetzungen betreffen – das begründet sich in den unterschiedlichen Finanzierungssystemen mit erheblich komplexer aber auch veralteter und damit überholungsbedürftiger Verteilungsarithmetik. Der Datenschutz wird weiter unten beleuchtet.

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

**Antwort:**

Die wichtigste infrastrukturelle Voraussetzung ist der Anschluss aller Beteiligten an ein leistungsfähiges Internet - sowohl kabelgebunden als auch kabellos. Bei der Organisation von Telemedizin sind notwendige und einheitliche Regelungen zu erarbeiten. Das erscheint unter Berücksichtigung der einzelnen Länderbefugnisse schwierig –in den Grenzbereichen zwischen einzelnen Bundesländern kann es daher zu organisatorischen Schwierigkeiten kommen. Telemedizinische Prozesse werden in regional und organisatorisch-administrativ unterschiedlichen Kassenbereichen, KV-Bereichen und ÄK-Bereichen auch unterschiedlich organisiert.

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

**Antwort:**

Vorteile der Telemedizin sind in vielen Untersuchungen belegt – der Einsatz unterliegt letztlich den vorhanden und sich entwickelnden Anwendungen. Sind diese evaluiert und zukünftig nach einheitlichen Eckpunkten zertifiziert, ist die systemeigene Risikokonstellation niedrig.

Die Auswirkungen der Telemedizin auf das Gut „Arzt-Patienten-Beziehung“ müssen sorgfältig untersucht und kontinuierlich bedacht werden. Hier bestehen ethisch und berufsrechtlich große Herausforderungen.

Zudem werden nicht alle Menschen mit dieser Versorgungsform erreicht – daher besteht immer die Verantwortung, allen Menschen den Zugang zur Medizin offen zu halten.

**5. Telemedizinische Angebote wie Videosprechstunden für Patientinnen und Patienten bieten zur Überbrückung der vergleichsweise weiten Wege im Flächenland MV neue Chancen, um beispielsweise bei Verlaufskontrollen oder Bagatellerkrankungen Praxisbesuche zu vermeiden. In diesem Markt werben neue – ausschließlich telemedizinische 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?**

**Antwort:**

Diese Frage beruht auf nicht ganz korrekten Annahmen. Es ist zwischen haus- und fachärztlicher Versorgung zu unterscheiden. Die Basis der hausärztlichen Versorgung ist die direkte Arzt-Patienten-Beziehung. Sicher sind hier Telefon- und Videosprechstunden bei einzelnen Indikationen möglich, ein Ersatz sind die o.g. Angebote nicht. Fraglich ist zudem die Bezahlung dieser Dienste – Kassenzulassungen sind nach aktuellem Kenntnisstand nicht vorhanden. Damit ist dieser Bereich der Beziehung zwischen Angebot-Nachfrage-Kosten unterworfen und bedroht aus unserer Sicht die niedergelassenen Ärzte nicht. Im Bereich der fachärztlichen Versorgung wird in einigen Fachgebieten bereits eine intensive telemedizinische Betreuung durchgeführt. Bereits oben wurde ausgeführt, dass einige Fachgebiete für die telemedizinische Versorgung nicht geeignet sind.

Problematisch ist die Schaffung von Parallelstrukturen von verschiedenen Kostenträgern und Krankenkassen mit Programmen zur telemedizinischen Überwachung von Patienten. Das kann – insbesondere bei Ignoranz der fachärztlichen Versorgung vor Ort – zu erheblichen Problemen führen. Zudem sind die bisher präsentierten Daten (zum Beispiel von der AOK) nicht wirklich repräsentativ in Bezug auf den Vergleich von entsprechenden Patientengruppen.

Grundsätzlich ist nur mit einer Entlastung für die niedergelassenen Ärzte zu rechnen, wenn die telemedizinische Versorgung auch in deren Hand bleibt und die Kenntnis der Vor-Ort-Bedingung gegeben ist. Es ist wenig hilfreich, nur um zwanghaft Telemedizin zu betreiben, Programme neben der Ärzteschaft, die die Patienten vor Ort betreuen, zu etablieren. Es ist ein Irrglaube, der Telemedizin eine Lösungsfunktion für alle existierenden Versorgungsprobleme zuzuschreiben.

**6. Vergleichsweise spät hat die LÄK MV 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 ÄK und/oder der KV werden die Ärztinnen und Ärzte auf die neuen Herausforderungen und Chancen vorbereitet und unterstützt?**

**Antwort:**

Innerhalb der ärztlichen Fortbildungswoche werden spezielle Fortbildungen zur Digitalisierung angeboten, zudem sind mehrere Fortbildungen für Ärzte und mittleres medizinisches Personal in Vorbereitung.

**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?**

**Antwort:**

Grundlage der ärztlichen Betreuung bleibt die direkte Arzt-Patienten-Beziehung. Es wird nicht möglich sein, die politische Forderung nach breiter Anwendung der Telemedizin in allen Bereichen umzusetzen. Das ist aus medizinischer Sicht nicht sinnvoll. Vielmehr muss über den sinnvollen Umgang mit der Telemedizin in den einzelnen Bereichen in den Fachgruppen unter Berücksichtigung der berufsrechtlichen Aspekte befunden werden. Akzeptierte telemedizinische Anwendungen sollten in der Breite angewendet werden, wenn die bislang noch immer nicht regulierte Finanzierung gewährleistet und die infrastrukturellen und technischen Voraussetzungen gegeben sind.

Der Datenschutz ist nach unserer Überzeugung in den telemedizinischen Anwendungen unproblematisch zu gewährleisten. Die Umsetzung dieses Datenschutzes ist nicht zwingend geeignet, Vertrauen der Patientinnen und Patienten zu generieren. Das kann nur über Information und Aufklärung geschehen. Dafür sind die Anwender telemedizinischer Anwendungen verantwortlich.

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?*

**Antwort:**

Die Zusammenarbeit ist nach unserer Auffassung gegeben und wird genutzt. Über konkrete Anfragen und vermittelte Problemlösungen kann der Datenschutz in allen Bereichen umgesetzt werden. Unstrittig ist aber die Umsetzung der Datenschutzbelange in den einzelnen Bereichen durch die verantwortlichen Leiter der Einrichtungen. Wichtig – und hier besteht sicher Nachbesserungsbedarf – ist das Erkennen von Auslegungsfehlern des Datenschutzes. Daher sind Fortbildungen in Kooperation mit dem Datenschutz MV in . Durch die Corona-Situation ist leider in diesem Jahr eine Fortbildung während der Fortbildungswoche im Herbst nicht möglich.

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?*

**Antwort:**

Die Bedingungen des Datenschutzes und der davon zu trennenden Datensicherheit sind allen Praxisinhabern bekannt und der Großteil der Praxen ist datensicher. Mängel sind durch Begehungen insbesondere durch die Software-Anbieter erkennbar und zu beheben – hier muss aber auch vermieden werden, dass es eine Überregulation gibt. Einheitliche Regelungen sind hier schwer umsetzbar.

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass die Datensicherheit der IT-Struktur in den Praxen immer professioneller und spätestens mit Anbindung an die Telematik-Infrastruktur sicherer wird.

## ***XI. Fachkräfte/ Personalressourcen***

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

**Antwort:**

Die Situation der Krankenschwestern und Pfleger im stationären Bereich ist kritisch zu sehen, da aufgrund zahlreicher Angebote ein Weggang von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern nicht zu verhindern ist. Die Menschen gehen dorthin, wo sie günstigere ökonomische und günstigere soziale Bedingungen finden.

- 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?***

**Antwort:**

In Bezug auf die Fachkräftegewinnung von Ärzten wurde schon auf das Landarztgesetz hingewiesen sowie auf die Möglichkeit Studienplätze für Humanmedizin an beiden Universitäten zu erhöhen. Bei den nicht-akademischen Gesundheitsberufen gibt es im Bereich der Geburtshilfe und Schwangerschaftsbetreuung ein Lichtblick am Horizont, da eine Höherqualifizierung und damit ein höherer Anspruch an Hebammen gesetzt wird.

- 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 nicht-akademischen Gesundheitsberufen in anderen Bundesländern ausbilden lassen und nicht in unserem Bundesland verbleiben?***

**Antwort:**

Über diese Frage kann nur spekuliert werden.

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

**Antwort:**

Die doppelte Facharztstruktur im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland ist sinnvoll, sollte jedoch zukünftig mehr vernetzt werden, durch die Möglichkeit der Erweiterung des Belegarztsystems durch niedergelassene Ärzte und der Einbeziehung in die ambulante Versorgung durch im Krankenhaus und in Rehakliniken tätige Ärzte.

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

**Antwort:**

Zum einen die Finanzierung zum anderen die berufsbegleitende Attraktivitätserhöhung durch Sportangebote und Qualifikationsmöglichkeiten ein Mittel, um die Personalsituation im Land zu verändern. Außerdem spielt der Umgang mit dem Personal durch Verwaltungsstrukturen eine große Rolle beim Wechsel des Arbeitsplatzes. Dieser Umgang ist nicht optimal und nicht förderlich einer gemeinsamen Lösung der Probleme.

**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 regelmäßigen 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?***

**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?***

**Antwort auf Fragen 6 und 7:**

Diese Fragen sich nicht durch die Ärztekammer zu beantworten.

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

**Antwort:**

Auch das Ausbildungsangebot im Bereich Medizin / Zahnmedizin in Mecklenburg-Vorpommern ist nicht ausreichend. Wir verweisen auf die schon getätigten Äußerungen hinsichtlich der Erhöhung der notwendigen Studienplätze auch unter dem Gesichtspunkt, dass ansonsten die Kolleginnen und Kollegen ins Ausland gehen und dort für Devisen studieren.

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

**Antwort:**

- a) Studentinnen und Studenten lernen sich im Studium kennen und gehen an den Ort, wo der jeweilige andere Partner fester verwurzelt ist
- b) vielerorts wird zum Teil auch mit unlauteren Mitteln geworben, sodass es einen Einfluss auf den Weggang hat
- c) die Finanzierung im Osten immer noch nicht bei derjenigen aus dem Westen angekommen

**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?**

**Antwort:**

Die Weiterbildungsordnung Mecklenburg-Vorpommern ist angelehnt an die Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer. Die Weiterbildungsordnung Mecklenburg-Vorpommern nimmt darüber hinaus Rücksicht auf die versorgungsspezifischen Notwendigkeiten im Land, in dem zum Beispiel bei fehlender Facharztdichte im ländlichen Raum auch der Facharzt für Allgemeinmedizin eine pädiatrische Weiterbildung, sowohl in dem Krankenhaus als auch in der Niederlassung zu absolvieren hat, um künftig für seine Aufgabe als Hausarzt in der Fläche gewappnet zu sein.

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

**Antwort:**

Hier wird nochmals darauf hingewiesen, dass die Durchlässigkeit mit Zulassung, Ermächtigungsverfahren und Beleg-Arztssystem für Niedergelassene gefördert werden sollte.

*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?*

*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?*

**Antwort:**

Die Fragen sind durch die Ärztekammer M-V nicht zu beantworten.

## ***XII. Pandemie und Folgerungen***

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

**Antwort:**

Die Erfahrung hat gezeigt, dass die strukturierte Clusterbildung hervorragend funktioniert hat zwischen den einzelnen Krankenhausstrukturen und den Rehabilitationseinrichtungen. Was fehlt, ist eine ausreichende Versorgung für den Notfall mit Schutzmaßnahmen im Sinne einer Staatsreserve und eine kontinuierliche Bereitstellung von Schutzbekleidung.

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

**2.1. Welche Entwicklungen sehen Sie als besonders positiv?**

**Antwort:**

Es ist vor allem das kollegiale Miteinander gestärkt worden.

**2.2. Welche Entwicklungen sehen Sie als besondere Belastung?**

**Antwort:**

Belastend, vor allem für das Klinikpersonal war, dass die ins Krankenhaus kommende Patienten keinerlei vor Diagnostik im Sinne einer Fieberambulanz und ähnlichem verfügen und anfangs noch nicht getestet wurden. Ärztinnen und Ärzte sowie Schwestern waren und sind im Alltag einem hohen Ansteckungsrisiko ausgesetzt.

**2.3. Welche Neuerungen wollen Sie über das Ende der Pandemie hinaus beibehalten? 3. Welche Handlungsbedarfe in Bezug auf die Corona-Pandemie sehen Sie nach wie vor in M-V und bundesweit?**

**Antwort:**

Die Maßnahmen der Landesregierung und der Ministerpräsidentin mit ihrem Beraterkreis sind vortrefflich organisiert und sollten aus Sicht der Ärztekammer M-V nicht gelockert werden.

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

Antwort: Siehe Antwort zu XII.1

**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?**

**Antwort:**

Die Clusterbildung der Abstufung im Rahmen einer Erkrankung sollte beibehalten werden für künftige Entwicklungen.

## ***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?*

**Antwort:**

Die Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern ambulant und stationär ist in Qualität hervorragend, in Quantität in bestimmten Bereichen nicht ausreichend, zum Beispiel in der kindermedizinischen Betreuung, in der geriatrischen Versorgung und in der palliativmedizinischen Versorgung. Probleme der durch die Fallpauschalen und durch den GBA gesetzte Mindestmengen führen dazu, dass möglicherweise die Indikationen weiter gefasst werden, um am gemeinsamen Topf der Gelder der Fallpauschalen teilhaben zu können. Mit einer einzigen Maßnahme können diese Mängel beseitigt werden, nämlich mit einer Einführung einer einzigen Abrechnungsmethode über eine wirtschaftlich völlig durchkalkulierte Gebührenordnung für alle ärztlichen Leistungen. Das ist auch die Herausforderung für die Zukunft.

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

**Antwort:**

Flächendeckende Versorgung bedeutet, dass der Patient rechtzeitig und noch vor Verschlechterung seiner Erkrankung in stationäre oder ambulante Behandlung ohne Zeitverzug kommt. Eine Geburt muss nicht im Rettungswagen stattfinden, d.h. dass auch geburtsmedizinische Einrichtungen gehören zur flächendeckenden Versorgung. Das Kind hat ein gleiches Recht auf Leben und deshalb ist die kindermedizinische Betreuung unmittelbar mit der geburtshilflichen Betreuung - wie seit 1995 in unserem Bundesland festgeschrieben - weiter aufrecht zu erhalten. Das bedeutet, dass die Zahl der notwendigen Kinderärzte durch staatliche Zuschüsse in der Qualifikation gefördert wird durch ein effizientes Rotationssystem.

Eine Überversorgung dürfte mit Hausärzten in den Großstädten vorliegen, da verweisen wir auf die Analyse der Kassenärztlichen Vereinigung. Unterversorgung dürfte mit spezialärztlichen Leistungen in den dünn besiedelten Regionen vorliegen.

## C. Zukunftsansätze

1. *Wie kann eine flächendeckend vernetzte, wohnortnahe ärztliche Versorgung sowie bedarfsgerechte Medikamentenversorgung sichergestellt werden?*
2. *Wie werden sich die Versorgungsschwerpunkte in den kommenden zehn Jahren verschieben? Was ist aus Ihrer Sicht notwendig, um eine bedarfsgerechte und flächendeckende Versorgung in Zukunft sicherzustellen?*

**Antwort zu Fragen 1. und 2.**

Zur Medikamentenversorgung haben wir uns schon im Sinne von Gesundheitszentren und Gemeindeschwesternstation geäußert. Der Zuzug nach Mecklenburg-Vorpommern aus anderen Bundesländern durch Rentner nimmt seit Jahren zu, sodass der Bedarf einer flächendeckenden Versorgung auch in der Peripherie um die großen Städte herum zunimmt. Damit ist die Stärkung der allgemeinen medizinischen Versorgung weiterhin notwendig.

3. *Was müsste verändert werden, damit die heute sektorale Bedarfsplanung in eine Versorgungsplanung im integrierten Sinne mit den Kernelementen der kleinräumigen (deutlich kleiner als die Landkreisgrenzen), sektorenübergreifenden sowie morbiditätsorientierten Planung überführt werden kann? Ist ein solcher Ansatz in überschaubaren Zeiträumen überhaupt realisierbar?*
4. *Wie kann die Zusammenarbeit mit dem Bund, den Kommunen, den Kassen, der KV, der Krankenhausgesellschaft und den Vertretern der Pflege sowie Vertreter/innen der maßgeblichen Patientenorganisationen in verbindlicher, ergebnisorientierter Weise sichergestellt werden?*

**Antwort zu Frage 4. und 5.**

Kernproblem ist die unterschiedliche Finanzierung über verschiedene Systeme – Fallpauschalen, EBM und GOÄ. Wenn man das alles zusammenfassen würde, auch unter Reduzierung der Verschiedenartigkeit der Krankenkassen mit ihren verschiedenartigen Präventionsangeboten, wäre mehr Geld auch nach einer vernünftigen Gebührenordnung für die ganze zu erbringende Leistung da. Dann müsste die Versorgungsplanung gemeinsam mit allen Beteiligten, nämlich auch mit der Kassenärztlichen Vereinigung im Sinne einer erweiterten Krankenhausplanung durchgeführt werden.

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

**Antwort:**

Hinsichtlich der ärztlichen Betreuung und der Medikamentenverteilung sind Ambulanzbusse, die in stark unterversorgte Regionen fahren und dort einmal wöchentlich eine Sprechstunde durchführen, ein mobiles Angebot – eine Ultima Ratio, die aber nicht zum Grundsatz werden sollte.



**Enquete-Kommission  
„Zukunft der medizinischen Versorgung in  
Mecklenburg-Vorpommern“**

Landtag Mecklenburg-Vorpommern  
Schwerin, 30. September 2020

# Derzeitige und zukünftige zahnmedizinische Versorgung in M-V

## Erfolge

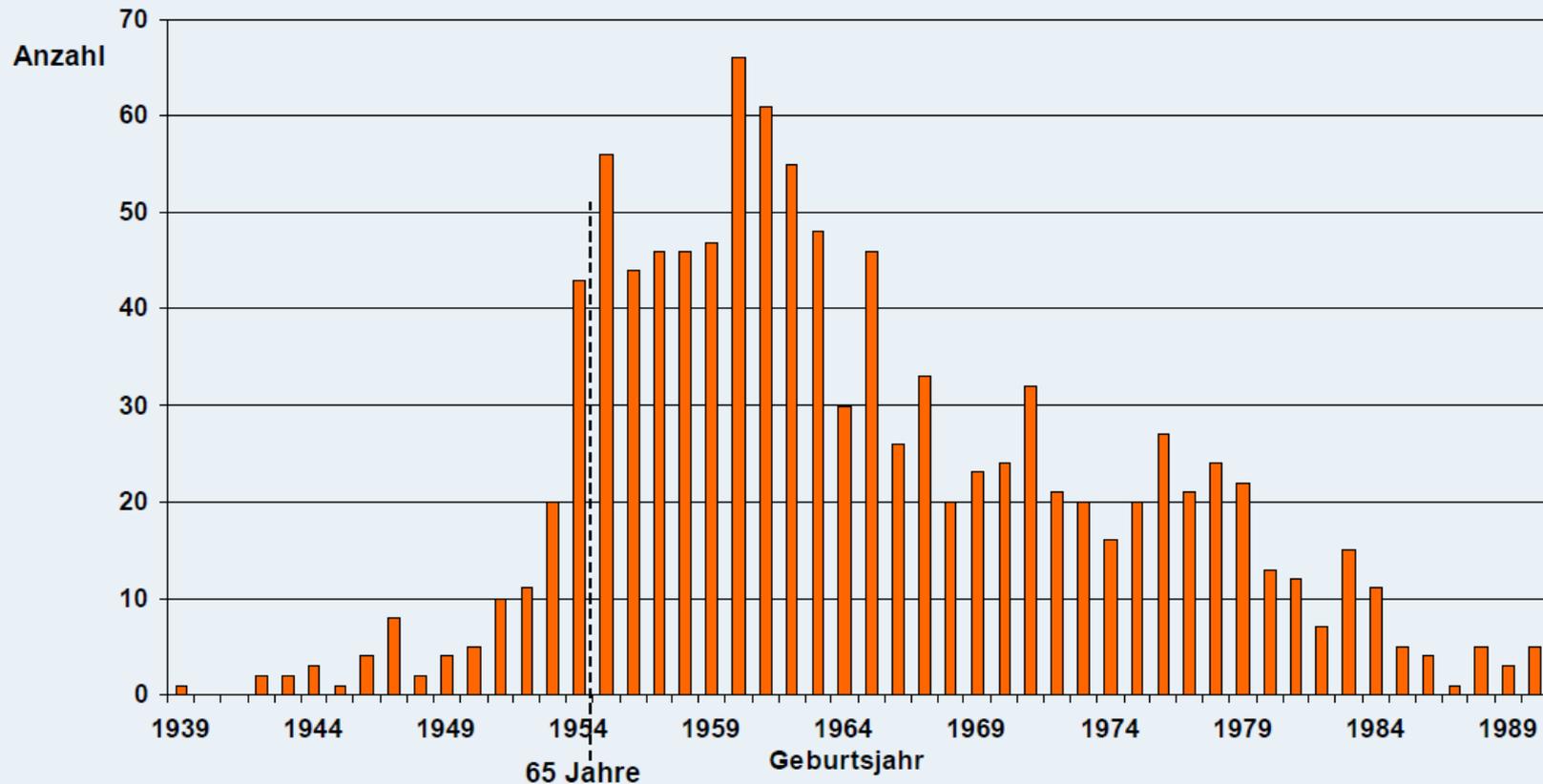
- Deutliche Verbesserung der Mundgesundheit
- Prävention wirksam
- Derzeit wohnortnahe Versorgung

## Herausforderungen

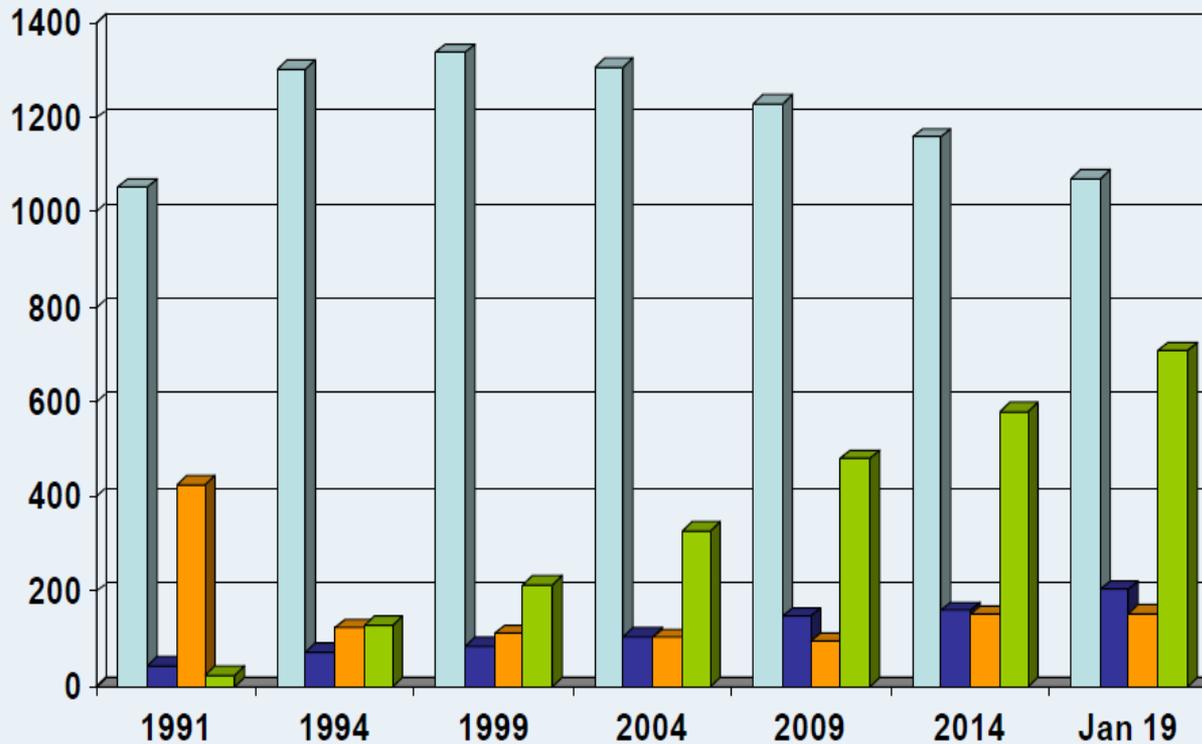
- Demographischer Wandel
- Wohnortnahe Versorgung
- Zunehmende medizinische Bedeutung der Zahnmedizin

# Demografischer Wandel im Berufsstand

Altersverteilung der niedergelassenen Zahnärzte in Mecklenburg-Vorpommern,  
Stand 30.1.2019 (N = 1071, Altersdurchschnitt 54,06 Jahre)



# Entwicklungen der Zahnärztezahlen von 1991 – 2019 in Mecklenburg-Vorpommern



- Niedergelassen
- Assistenten/Angestellte in Praxen
- Zahnärztlich tätige Angestellte außerhalb von Praxen (Universitäten, ÖGD, Bundeswehr usw.)
- ohne zahnärztliche Tätigkeit (Rentner usw.)

# Demografischer Wandel im Berufsstand

Altersverteilung der niedergelassenen Zahnärzte in den Kreisstellen der ZÄK M-V,  
Stand 31.1.2019 (n=1069), gelb markiert: hoher Anteil an über 58-jährigen ZÄ (ab 50 %)

Kreisstellen der ZÄK M-V	Notfalldienstbereiche/ „alte Kreisstellen“	Anzahl Niedergelassenen	Altersdurchschnitt in Jahren	Anzahl 58 Jahre und älter	Anteil an der Gesamtanzahl in %
Bad Doberan	Bad Doberan	35	53,6	15	42,3
	Rostock-Land	28	53,6	13	46,4
Demmin	Altentreptow	10	58,4	6	60,0
	Demmin	19	57,4	9	47,4
	Malchin	18	55,5	7	38,9
Greifswald	Greifswald	49	53,0	19	38,8
Mecklenburg-Strelitz	Neustrelitz	28	52,7	10	35,7
	Neubrandenburg-Land (Friedland / Woldegk)	11	57,1	7	63,6
Müritz	Müritz	38	56,8	18	47,4
Neubrandenburg	Neubrandenburg	61	53,0	22	36,1
Nordvorpommern	Grimmen	11	56,9	6	54,5
	Stralsund-Land	10	52,7	3	30,0
	Ribnitz-Damgarten	37	53,9	12	32,4
Ostvorpommern	Anklam	17	55,5	10	58,8
	Wolgast	29	52,0	9	31,0
Parchim	Lübz	16	56,5	9	56,2
	Parchim	18	57,0	10	55,5
Parchim-Nord	Parchim-Nord	26	49,8	9	34,6
Rostock	Rostock	183	53,2	61	33,3
Ludwigslust	Ludwigslust	29	53,9	10	34,5
	Hagenow	41	55,9	21	51,2
Schwerin	Schwerin	75	54,1	30	40,0
Wismar	Wismar	47	53,3	17	36,1
Güstrow	Bützow	13	53,1	5	38,5
	Güstrow	37	51,3	8	21,6
	Teterow	14	56,6	8	57,1
Rügen	Rügen	40	54,9	20	50,0
Nordwestmecklenburg	Nordwestmecklenburg	38	58,0	18	47,4
Uecker-Randow	Pasewalk	14	54,1	5	35,7
	Strasburg	5	61,1	5	100
	Ueckermünde	27	53,8	10	37,0
Stralsund	Stralsund	45	53,3	14	31,1
<b>Summe</b>	<b>Mecklenburg-Vorpommern</b>	<b>1069</b>	<b>54,1 Jahre</b>	<b>426</b>	<b>39,9 %</b>

# Immatrikulationszahlen Studenten Zahnmedizin in M-V mit Anteil an Landeskindern

## Universität Greifswald

Immatrikulationsjahr	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Summe
Immatrikulierte (Gesamt)	48	44	49	44	48	47	280
Immatrikulierte (Anteil MV-absolut)	11	5	11	8	12	6	53
Immatrikulierte (Anteil MV-in Prozent)	23%	11%	22%	18%	25%	13%	19%

## Universität Rostock

Immatrikulationsjahr	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Summe
Immatrikulierte (Gesamt)	28	29	35	33	38	41	204
Immatrikulierte (Anteil MV-absolut)	10	10	7	8	9	10	54
Immatrikulierte (Anteil MV-in Prozent)	36%	34%	20%	24%	24%	24%	26%

# Lösungsansätze

- Z MVZ ?
- KiföG M-V umsetzen
- Patientenorientierung / Patientenberatung
- Duales KV-System erhalten
- Telemedizin durch Infrastruktur, TI-Vorteil für die Praxis schaffen
- Fachkräftemangel beseitigen

# Wissenschaftliche Erkenntnisse nutzen

Projektantrag an das  
Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit,  
Mecklenburg-Vorpommern

## *Querschnittsstudie zur Erfassung der zahnärztlichen Berufszufriedenheit in Mecklenburg-Vorpommern*

Prof. Dr. Dietmar Oesterreich<sup>1</sup>, Dr. Christin Löffler<sup>2</sup>,  
Ulrike Burmeister<sup>3</sup>, PD Dr. habil. Anne Glass<sup>4</sup>, Prof. Dr. Attila Altiner<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern

<sup>2</sup> Institut für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Rostock

<sup>3</sup> Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie der Universitätsmedizin Rostock

<sup>4</sup> Institut für Biostatistik und Informatik in Medizin und Altersforschung der  
Universitätsmedizin Rostock

**Kontakt:**

Prof. Dr. med. dent. Dietmar Oesterreich  
KONTAKTDATEN

Rostock, 04.02.2020

Prof. Dr. Dietmar Oesterreich

Präsident der ZÄK M-V



# Pandemie – Brennglas für Entwicklungen

1. Hohe Hygienestandards in zahnärztlichen Praxen
2. Daseinsvorsorge - Arbeitsschutz

# Stärken des Landes

- Nutzung der Körperschaften
- Nutzung der Kompetenzen
- Nutzung der Ressourcen