

Kommissionsdrucksache

20.10.2020

Inhalt

Schreiben des Ministeriums für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit
Mecklenburg-Vorpommern vom 15.10.2020 inkl. Anlagen (zu TOP 1
der 4. Sitzung)

Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern



Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit
Mecklenburg-Vorpommern, 19048 Schwerin

Landtag Mecklenburg-Vorpommern
Enquete-Kommission
„Zukunft der medizinischen Versorgung in
Mecklenburg-Vorpommern“
Das Sekretariat
Anne-Kristin Adam

Bearbeiter: Oliver Gladrow
Telefon: 0385/588-5074
AZ: 130-00099-2019/118-036
Email: o.gladrow@wm.mv-regierung.de

Schwerin, 15.10.2020

Anhörung in der 4. Sitzung der Enquete-Kommission "Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern"

Ihr Schreiben vom 25.09.2020

- 4 Anlagen

Sehr geehrte Frau Adam,

vielen Dank für Ihr o.g. Schreiben. Zur Frage bzgl. der „Aushöhlung der Solidargemeinschaft“ hat Frau Roca-Heilborn bereits in der Sitzung Stellung genommen. Dies müsste im Protokoll entsprechend nachlesbar sein. Beigefügt erhalten Sie zudem den Vortrag von Herrn Dr. Hunz, den Bundesrat-Entschließungsantrag der Länder Mecklenburg-Vorpommern, Bremen und Sachsen-Anhalt auf Bundesrats-Drucksache 513/20 sowie eine Stellungnahme des Ministeriums für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern zur DSGVO-Konformität des Patientendaten-Schutz-Gesetzes und eine entsprechende Stellungnahme des Bundesministeriums für Gesundheit.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Oliver Gladrow

Allgemeine Datenschutzinformationen:

Der Kontakt mit dem Ministerium ist mit einer Speicherung und Verarbeitung der von Ihnen ggf. mitgeteilten persönlichen Daten verbunden (Rechtsgrundlage: Art 6 (1) e DSGVO i.V.m. § 4 DSG-MV).

Weitere Informationen zu Ihren Datenschutzrechten finden Sie unter www.regierung-mv.de/datenschutz/.

Hausanschrift:
Johannes-Stelling-Straße 14
19053 Schwerin

Postanschrift:
19048 Schwerin

Telefon: 0385/588-0
Telefax: 0385/588-5045
poststelle@wm.mv-regierung.de
www.wm.mv-regierung.de

Sehr geehrte Kommissionsmitglieder,

die herausragende Bedeutung einer leistungsfähigen medizinischen Versorgung für unsere Gesellschaft ist unbestritten. Dies gilt in besonderem Maße vor dem Hintergrund der aktuellen Corona-Pandemie, die uns verdeutlicht, wie wichtig ein funktionierendes Gesundheitswesen ist. Andererseits werden uns aber auch Aspekte der Gesundheitsversorgung bewusster, in denen ein Nachholbedarf besteht.

Die besonderen Herausforderungen des Landes Mecklenburg-Vorpommern, die es vor diesem Hintergrund zu bewältigen gilt, resultieren wie Sie wissen aus dem demografischen Wandel mit dem einhergehenden Fachkräftemangel in Verbindung mit unseren ausgedehnten ländlichen Räumen.

Die Rahmenbedingungen zur Gestaltung des Gesundheitswesens sind von komplexer Natur und müssen immer mitgedacht werden, wenn es gilt, unser bestehendes System weiterzuentwickeln und immer wieder auf neue Herausforderungen einzustellen. Von besonderer Bedeutung in diesem Gefüge ist hierbei die Selbstverwaltung, die über besonders ausgeprägte gesetzlich garantierte Kompetenzen verfügt. Auch deshalb freut es uns, dass die Selbstverwaltung so gut in dieser Enquete-Kommission vertreten ist, denn ein funktionierendes Gesundheitswesen ist auf die Innovationskraft, den Gestaltungswillen und die Initiative der Selbstverwaltung angewiesen.

Entscheidend sind außerdem die Rahmenbedingungen, die durch den Bundesgesetzgeber gesetzt werden. Das Bundesgesundheitsministerium hat gerade in der letzten Zeit gezeigt, wie beherzt und konsequent es bereit ist, die Herausforderungen aktiv anzugehen, was man auch an der Anzahl an verabschiedeten Gesetzen im Bereich des SGB V sehen kann.

Ich möchte nun darlegen wie sich die medizinische Versorgungslage im Land für das Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit darstellt und welche Lösungsansätze für die bestehenden Herausforderungen erarbeitet wurden.

Das WM teilt Ihre Auffassung, wonach eine bedarfsgerechte, gute und erreichbare Gesundheitsversorgung als elementarer Bestandteil der öffentlichen Daseinsvorsorge zu betrachten ist.

Die vertragsärztliche Versorgung ist im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses durch schriftliche Verträge der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Verbänden der Krankenkassen geregelt, so dass eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleistet ist und die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden. § 72 Absatz 2 SGB V

Die Sicherstellung der Krankenhausversorgung ist eine öffentliche Aufgabe des Landes, der Landkreise und der kreisfreien Städte. § 1 Absatz 2 Landeskrankenhausgesetz Mecklenburg-Vorpommern.

Beginnen möchte ich mit einem Arbeitsfeld, das seinerseits verschiedene Themenbereiche des Gesundheitswesens in sich vereint: der Sektorenübergreifenden Versorgung.

Das Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit orientiert sich bei seiner Arbeit an der Bund-Länder-AG „Sektorenübergreifende Versorgung“. Denn auch die anderen Länder und der Bund haben erkannt, dass die bestehende Trennung zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen eine am Patientenbedarf orientierte und koordinierte Versorgung immer wieder erschwert.

Gemeinsames Ziel ist es daher, die vorhandenen Abgrenzungen zwischen den einzelnen Sektoren zu überdenken, und - wenn es notwendig und sinnvoll erscheint – professions- und sektorenübergreifende Strukturen und Prozesse zu implementieren.

Hierbei können ganz unterschiedliche Instrumente und Ansätze genutzt werden. Als Schlagworte wären hier die verstärkte Bildung von Netzwerkstrukturen, der Ausbau von interdisziplinärer und intersektoraler Kooperation, die Weiterentwicklung von Delegation und Substitution, die Schaffung einheitlicher Vergütungsstrukturen - zumindest für einzelne Leistungsbereiche - sowie die Auflösung der Dualität der ambulanten-stationären Versorgung zum Beispiel durch die verstärkte Ambulantisierung von Leistungen oder die Nutzung stationärer Infrastruktur für die ambulante Versorgung.

Einige dieser Ansätze verfolgen wir im Land durch die Durchführung von Modellprojekten, beispielsweise unter dem Dach des Projektes „Regionale Versorgung“, bei dem in den Bereichen Pädiatrie, Geriatrie und Palliativmedizin einige der genannten Ansätze auch unter Einbeziehung der Selbstverwaltung erprobt werden.

Modellprojekte können bei der Erprobung neuer Versorgungsformen sehr hilfreich sein. Jedoch gibt es oft Hürden, wenn erfolgreiche Projekte weitergeführt, ausgeweitet und bestenfalls in die Regelversorgung überführt werden sollen. Sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene ist dieses Problem inzwischen erkannt und es werden hierzu unterstützende Maßnahmen entwickelt. So hat Mecklenburg-Vorpommern hier unter den Ländern die Initiative ergriffen und erarbeitet mit anderen Ländern innerhalb der AG „Überführung von Projekten in die Regelversorgung“ ein Konzept und einen darauf aufbauenden Regelungsentwurf für ein Verfahren zur Überführung von erfolgreichen Projekten in die Regelversorgung.

Die Bund-Länder-AG „Sektorenübergreifende Versorgung“ arbeitet ihrerseits an Konzepten, die Grundlage für die künftige Gesetzgebung sein sollen.

Ein konkretes Konzept der AG zielt beispielsweise auf die Etablierung eines künftig festzulegenden gemeinsamen fachärztlichen Versorgungsbereichs sowohl von ambulanten als auch von stationären Einrichtungen auf der Grundlage einheitlicher Rahmenbedingungen und entlang einheitlicher Behandlungsleitlinien.

Erklärtes Ziel ist, die Versorgung deutlich patientenzentrierter zu gestalten, indem Leistungen flexibler als bisher dort erbracht werden können, wo es qualitativ und ökonomisch am sinnvollsten ist.

Neben der sektorenübergreifenden Versorgung ist die Digitalisierung ein zweites Querschnittsthema, welches die Zukunft unserer Gesundheitsversorgung maßgeblich beeinflussen wird.

Die Digitalisierung ist dabei kein Selbstzweck, sondern sie soll dazu dienen die Gesundheitsversorgung zu verbessern und das Gesundheitssystem effizienter und effektiver machen. Dieser Prozess führt schon jetzt dazu, dass oftmals Gewohntes hinterfragt wird und viele Dinge neu gedacht werden. Das Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit hat deshalb im letzten Jahr mit den Akteuren im Land an einer Strategie zur Digitalisierung der Gesundheitsversorgung in Mecklenburg-Vorpommern gearbeitet. Genutzt wurde dazu die AG Digitalisierung des Kuratoriums Gesundheitswirtschaft. Die Strategie wird gerade abschließend im Ministerium beraten.

Aus unserer Sicht ist besonders wichtig, dass die Digitalisierung die zentralen Herausforderungen im Land adressiert. Die Digitalisierung kann die Patientenversorgung gerade in einem Flächenland verbessern – sei es durch Videosprechstunden oder digital unterstützte aufsuchende Behandlung.

Sie sollte dazu genutzt werden, um den Leistungserbringern die Arbeit zu erleichtern, Versorgungspfade besser zu gestalten und Informationen und Wissen zu teilen. Dies kann beispielsweise über digitale Plattformen, Aktenformate oder Telekonsile erfolgen.

Ein großer Bestandteil der Digitalisierung ist dabei der bundesweite Aufbau der Telematik Infrastruktur. Diese soll alle beteiligten Leistungserbringer im Gesundheitswesen miteinander vernetzen. Medizinische Informationen, die für die Behandlung der Patienten benötigt werden, sollen so schneller und einfacher verfügbar sein. Kernelement ist die elektronische Patientenakte, diese dient zur Unterstützung der Versorgung der Versicherten. Zusammenfassend sollen dauerhafte Effekte beispielsweise bei der Verbesserung der Patientensicherheit, der Qualitätssicherung, der Therapietreue und der Arzneimittelsicherheit erzielt werden. Die Selbstverwaltung in Mecklenburg-Vorpommern begleitet diesen Prozess seit langem sehr aktiv mit.

Auf Landesebene tragen wir zu einer sinnvollen Digitalisierung bei, indem wir unter anderem Projekte fördern, die der Versorgung der Patienten zugutekommen. Besonders hervorzuheben ist hierbei das telepädiatrische Netzwerk. Hierbei wurde die telemedizinische Akutversorgung von Kindern im Krankenhaus erprobt.

Mit dem durch den Innovationsfonds geförderten Projekt „Land/Rettung“ im Landkreis Vorpommern-Greifswald wurden digitale Ansätze der Notfallversorgung erprobt. Zentrales Element war der Telenotarzt, der in Gebieten mit längerer Anfahrt das Rettungsdienstpersonal am Einsatzort unterstützt. Der Telenotarzt kann per Video in die Rettungswagen am Einsatzort zugeschaltet werden und lebenswichtige Entscheidungen für die weitere Behandlung des Patienten treffen bis der Notarzt eintrifft.

Die Ausweitung des Telenotarztsystems hat begonnen. Das Land hat die Träger Rettungsdienst aufgefordert, mit den Krankenkassen die erforderlichen Verhandlungen zu führen, um auch in den anderen Landkreisen den Telenotarzt einzuführen.

Ambulante Versorgung

Die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern hat mit dem Septemberheft ihres Journals den vom Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen am 17. Juli 2020 beschlossenen neuen Bedarfsplan für die (ambulante) vertragsärztliche Versorgung bekanntgemacht.

Bei wiederum aufgrund gestiegener Arztzahlen planungsrechtlich verbesserter Versorgung werden insbesondere für den Bereich der hausärztlichen Versorgung noch insgesamt 104,5 offene (insoweit aber nicht fehlende) Arztstellen ausgewiesen.

Bei einer auch in Mecklenburg-Vorpommern festzustellenden ungleichmäßigen und nicht immer bedarfsgerechten Versorgung befinden sich wiederum die meisten offenen Stellen im Umland der selbst gut versorgten Städte Rostock und Schwerin (32).

Die Qualität der medizinischen Versorgung der Bevölkerung von Mecklenburg-Vorpommern wird bestimmt durch Erreichbarkeit, Verfügbarkeit und ganz allgemein: Qualität wird laut der Norm DIN EN ISO 9000:201511 als „Grad, in dem ein Satz inhärenter Merkmale eines Objekts Anforderungen erfüllt“ definiert. Die Qualität gibt damit an, in welchem Maße ein Produkt (Ware oder Dienstleistung) den bestehenden Anforderungen entspricht.

Eine bedarfsgerechte, gute und erreichbare Versorgung mit psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Angeboten stellt einen elementaren Bestandteil der öffentlichen Daseinsvorsorge dar. Die Notwendigkeit einer solchen Versorgung hat gerade erst die COVID-19 Pandemie deutlich vor Augen geführt.

Die Versorgung der Bevölkerung mit stationären und teilstationären psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Angeboten ist als gut zu bezeichnen. So standen im Jahr 2019 für stationäre Behandlungen zehn psychiatrische und sieben psychosomatische Kliniken und 48 Tageskliniken, mit insgesamt 1.286 Betten sowie 901 tagesklinischen Plätzen zur Behandlung von Erwachsenen und 188 Betten sowie 188 tagesklinischen Plätzen für Kinder und Jugendliche, zur Verfügung.

Vor diesem Hintergrund geht die Landesregierung davon aus, dass eine bedarfsgerechte, gute und erreichbare Versorgung mit psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Angeboten gegeben ist.

Die Krankenhauslandschaft ist derzeit geprägt von einer noch ausreichend großen Zahl von Krankenhausstandorten, die flächendeckend im Land aufgestellt sind. Alle Standorte sind bedarfsnotwendig (Dies zeigt auch die Vereinbarung der Liste der Krankenhäuser gemäß §9 Abs.1a Nr.6 KHEntgG). Für alle Fachgebiete gilt der Zusammenhang zwischen Expertise, Fallzahl und Qualität. Die Abwägung zwischen wohnortnaher Versorgung und Qualität muss um das Qualitätsmerkmal der Erreichbarkeit erweitert werden. Weitere Chancen bieten die Möglichkeiten der Telemedizin zur Unterstützung der Strukturen in der Fläche.

Kurz ein Wort zur Leistungsvergütung im stationären Bereich: Die Entgeltregeln sind ein Mix. Die DRG stehen nicht monolithisch da. Neben den DRG existieren die Finanzierung über Zusatzentgelte, die Vergütung für Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, diverse Zu- und Abschlagsregelungen, Pflegesätze der Tageskliniken, die Psychiatrischen Fachgebiete haben eigene Regeln (PEPP) und daneben existieren die besonderen Einrichtungen. Die DRG haben zu Rationalisierung und mehr Wirtschaftlichkeit geführt, die Verweildauern sind gesunken. Die innere Organisation der Krankenhäuser wurde gestrafft. Es gilt einige Fehlentwicklungen zu korrigieren, wie etwa den Preisverfall und das Phänomen der Flucht in die Menge. Die Reform der Krankenhausfinanzierung ist Gegenstand der „Länderarbeitsgruppe zur Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierungsstrukturen“ unter Führung des Landes Schleswig-Holstein.

Kurzfristig könnte möglicherweise innerhalb des DRG Systems ein Sockelbetrag zur Finanzierung der Vorhaltekosten, vergleichbar einem Sicherstellungszuschlag, insbesondere für die Pädiatrie oder Geburtshilfe im ländlichen Raum eine Lösung darstellen.

Ergänzend sei hier angemerkt, dass das vordringlichste Problem mit Blick auf Engpässe in der Kinder- und Jugendmedizin nicht deren Vergütung, sondern der Personalmangel darstellt. Die stationären Pädiatrien in Mecklenburg-Vorpommern beklagen übereinstimmend Schwierigkeiten bei der Akquise von Fachpersonal. Die Attraktivität des Arbeitsplatzes hängt dabei auch von Faktoren ab, die der Krankenhausträger nur im geringen Umfang beeinflussen kann. Prinzipiell sind hier größere Einheiten im Vorteil, da insbesondere die individuelle Belastung durch Bereitschaftsdienste geringer ausfällt und gleichzeitig das Fallspektrum abwechslungsreicher ist. Dies hat auch Konsequenzen für die Weiterbildung.

Die Regelungen des G-BA sehen vor, dass ein Krankenhaus für die Zuordnung in die Basisnotfallversorgung (Stufe 1) mindestens über die Fachabteilungen Chirurgie/Unfallchirurgie sowie Innere Medizin am Standort verfügen muss.

Aber: Je seltener Leistungen notwendig werden, je höher der Spezialisierungsgrad ist oder je höher die Vorhaltekosten ausfallen, desto ortsferner kann die Versorgung erfolgen. Die Krankenhausplanung bezieht in ihre Planungen jedenfalls auch Betroffenheitsmaße ein, welche sich bspw. aus Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses herleiten lassen. Dabei sind Erreichbarkeitskriterien oder Abstandsmaße immer in Relation zur Zahl der Betroffenen Menschen zu werten. Subjektiv und auf einzelne Ortslagen bezogen, mögen sich daraus unvermeidbare Belastungen ergeben. Es ist nicht ausgeschlossen, dass entsprechend der Entwicklung der Nachfrage und des Leistungsgeschehens im Einzelfall auch bisher vorhandene Fachabteilungen umstrukturiert werden müssen (Krankenhausplan Punkt 4.2).

Bei der Fortentwicklung des Krankenhausplans treten regelmäßig neue tagesklinische Angebote, z.B. TK Schmerz, Palliativ, Dermatologie, Pädiatrie, Schlafmedizin hinzu. Daher weist der Krankenhausplan neben 10.142 Planbetten eine steigende Zahl tagesklinischer Plätze, mit Stand 01.02.2020: 1.436 Plätze, aus. Daneben spielt die weitere Verbreitung vormals exklusiver Angebote (Bildgebung, LHK o.ä.), die Modernisierung von ITS/IMC-Einheiten und ZNA, neue Therapie- und Versorgungsformen durch „Besondere Aufgaben“ wie Stroke Units, akut-stationäre Versorgung von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung, Pädiatrische Zentren, Herzmedizinische Zentren eine wesentliche Rolle. Es gibt frühe Überlegungen die Erfahrungen aus den Clusterstrukturen im Sinne einer aktiven Mitwirkung in andere Bereiche zu übertragen. Ganz neu sind die Cluster jedoch nicht, entsprechen sie doch räumlich weitgehend den Planungsregionen und finden z.B. bei Pädiatrischen Zentren bereits organisatorisch Anwendung. Die Telemedizin findet sich bereits als Strukturqualitätsmerkmal in der Krankenhausplanung, telemedizinische Netze in der sektorenübergreifenden Versorgung können förderfähig sein (KHZG). Entscheidend sind die Ausstattung am Point of Service und die Breitbandversorgung in der Fläche.

In einigen Fachgebieten beobachten wir einen Rückgang der Nutzung stationärer Strukturen. Dieser Ambulantisierung liegen Entwicklungen hin zu patientenschonenderen Verfahren zu Grunde, so dass nach weniger belastenden Eingriffen kein stationärer Aufenthalt erforderlich wird. Dieser Entwicklung ist keinesfalls entgegenzutreten, sie ist zu unterstützen.

Bei der bereits eingangs genannten sektorenübergreifenden Versorgung spielt die Nutzung der Kapazitäten der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung eine wichtige Rolle. Hierzu müssen bundesrechtliche Fragen rund um die Institutsermächtigung, persönliche Ermächtigung von Fachärzten und der Zulassung durch die KV gelöst werden. Die Hochschulambulanzen zählen hier ebenfalls dazu. Auch Aspekte der Weiterbildung werden berührt.

Zum Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) ist festzustellen: Die personelle Situation des ÖGD in Mecklenburg-Vorpommern ist angespannt. Davon betroffen sind sowohl die Gesundheitsämter der Landkreise und kreisfreien Städte, als auch die Gesundheitsabteilungen des Ministeriums für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit sowie des Landesamtes für Gesundheit und Soziales Mecklenburg-Vorpommern.

In den Gesundheitsämtern ist seit 2015 ein Rückgang um fast 30 Vollbeschäftigteneinheiten (VbE) beim ärztlichen und zahnärztlichen Personal, beim sozialpädagogischen, beim Hygienepersonal und auch beim Verwaltungspersonal zu verzeichnen. Dem steht eine Zunahme um ca. 5 VbE beim ärztlichen Assistenzpersonal gegenüber.

Insgesamt hat sich damit das Gesamt-Personal in den Gesundheitsämtern um mehr als 6 % verringert.

Eine derartige Reduktion bleibt nicht ohne Auswirkungen, gerade wenn es sich um die genannten spezialisierten Berufsgruppen handelt. Um das breite Leistungsspektrum abdecken zu können werden in den Gesundheitsämtern derzeit Aufgaben und Maßnahmen priorisiert.

Durch derartige Priorisierungen und Einbindung externen Personals konnten bisher gravierende Mängel oder Auswirkungen verhindert werden, jedoch konnten gesetzlich vorgeschriebene Aufgaben teilweise nicht in den Rhythmen erfüllt werden, wie vorgesehen.

Öffentlicher-Gesundheitsdienst-Pakt / ÖGD-Pakt

Aktuell hat die Bundesregierung einen „Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst“ auf den Weg gebracht. Dieser hat das Ziel, den Öffentlichen Gesundheitsdienst auf allen Aufgaben- und Verwaltungsebenen zu stärken und zu modernisieren. Als eine Soforthilfe stellt der Bund Haushaltsmittel zur technischen Modernisierung der Gesundheitsämter zur Verfügung. Für Mecklenburg-Vorpommern werden es ca. 990.000 Euro sein.

Darüber hinaus sollen die Länder über einen Zeitraum von 5 Jahren Mittel i. H. v. 4 Mrd. Euro vom Bund erhalten. Hier liegt der Anteil für Mecklenburg-Vorpommern bei ca. 80 Mio. Euro, wobei 87,5 % für Personalausgaben vorgesehen sind.

Durch die Zuweisung von Mitteln des Bundes im Rahmen des ÖGD-Paktes Anfang 2021 an die Länder werden demnächst sämtliche Bereiche des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in der Bundesrepublik zusätzliche Stellen ausschreiben und bewerben.

Es wird daher auch für Mecklenburg-Vorpommern eine Herausforderung sein, die im Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes zu schaffenden Stellen attraktiv zu gestalten, um eine zeitnahe Besetzung zu realisieren. Wir müssen aber ebenfalls erreichen,

dass auch über die 5 Jahre Bundesförderung hinaus diese wichtige Säule des Gesundheitswesens eine zentrale Stellung bei der Sicherstellung der Gesundheit der Bevölkerung einnehmen kann und wird.

09.09.20**Antrag
der Länder Mecklenburg-Vorpommern,
Bremen, Sachsen-Anhalt**

Entschließung des Bundesrates zur Herausnahme der Kinder- und Jugendmedizin sowie Kinderchirurgie aus dem Fallpauschalensystem in der Krankenhausfinanzierung

Die Ministerpräsidentin
des Landes Mecklenburg-Vorpommern

Schwerin, 8. September 2020

An den
Präsidenten des Bundesrates
Herrn Ministerpräsidenten
Dr. Dietmar Woidke

Sehr geehrter Herr Präsident,

die Landesregierungen von Mecklenburg-Vorpommern, Bremen und Sachsen-Anhalt haben beschlossen, dem Bundesrat die als Anlage beigefügte

Entschließung des Bundesrates zur Herausnahme der Kinder- und Jugendmedizin sowie Kinderchirurgie aus dem Fallpauschalensystem in der Krankenhausfinanzierung

zuzuleiten.

Ich bitte, die Vorlage gemäß § 36 Absatz 2 der Geschäftsordnung des Bundesrates in die Tagesordnung der 993. Sitzung des Bundesrates am 18. September 2020 aufzunehmen und eine sofortige Sachentscheidung herbeizuführen.

Mit freundlichen Grüßen
Manuela Schwesig

Entschließung des Bundesrates zur Herausnahme der Kinder- und Jugendmedizin sowie Kinderchirurgie aus dem Fallpauschalensystem in der Krankenhausfinanzierung

Der Bundesrat möge folgende Entschließung fassen:

Der Bundesrat fordert die Bundesregierung auf, unter Einbeziehung der Selbstverwaltungsorgane im Gesundheitswesen ein System für eine flächendeckende stationäre pädiatrische sowie eine kinderchirurgische Versorgung außerhalb des Fallpauschalensystems im 4. Quartal 2020 zu entwickeln, welches eine auskömmliche Finanzierung und die erhöhten Qualitäts- und Personalbedarfe in der Geburtsmedizin einschließt.

Begründung:

Zur Begrenzung des Kostenanstiegs im Gesundheitswesen wurde in Deutschland ab dem Jahr 2003 für Krankenhausleistungen ein leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem (DRG - Diagnosis Related Groups) eingeführt. Die Anwendung dieses Fallpauschalensystems, das lediglich auf Durchschnittskosten basiert, führt im Krankenhausbereich jedoch aus unterschiedlichen Gründen sowohl in kleinen Krankenhäusern als auch mindestens Krankenhäusern der universitären Maximalversorgung zur Nichtauskömmlichkeit der Finanzierung und dadurch zu Fehlanreizen. Folge ist, dass zentrale Bereiche der medizinischen Versorgung mittlerweile unwirtschaftlich sind.

Hiervon ist die Pädiatrie in besonderem Maße betroffen: Kinderkliniken stehen unter besonderem Druck. Die voll- und teilstationäre Versorgung von Kindern erfordert in besonderem Maße Ressourcen. Kinder sind keine kleinen Erwachsenen, ihre Behandlung benötigt wesentlich mehr Zeit. Deshalb sind die Personalkosten höher als in anderen Fachrichtungen. Außerdem ist die Pädiatrie eine Fachrichtung mit einem breiten Leistungsspektrum, das dadurch hohe Vorhaltekosten verursacht. Da diese Aspekte durch das gegenwärtige DRG-System nicht abgebildet werden, kommt es zu einer systematischen Unterfinanzierung der Kinderkliniken mit der

dramatischen Folge, dass immer mehr Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin von den Krankenhausbetreibern von der Versorgung abgemeldet werden und die verbleibenden Einrichtungen durch zunehmende Arbeitsverdichtung immer unattraktiver für medizinisches Fachpersonal werden.

In gleichem Maße gilt dies auch für die Kinderchirurgie, die zwar traditionell der Chirurgie zugeordnet wird, aber ebenfalls den besonderen Bedarfen der Versorgung der jungen Patientinnen und Patienten entsprechen muss.

Die Finanzierung durch das Fallpauschalensystem bildet die Leistungen der Pädiatrie nicht angemessen ab. Grund ist die Komplexität der Medizin im Kindes- und Jugendalter, es ist der gesamte Bereich der Medizin. Von insgesamt über 1.300 Fallpauschalen fallen im Fachgebiet Kinder- und Jugendmedizin ca. 500 regelmäßig an, in einer Klinik für Erwachsenenmedizin hingegen nur rund 200. Für solche z.T. hochkomplexe Versorgung braucht es Expertise und Ausstattung. Zusätzlich erfordert die hohe Notfallquote in der Kinder- und Jugendmedizin (ca. 80 % der stationären Aufnahmen) ebenfalls eine aufwändige Bereitschaft von Struktur, Ausstattung und Personal. Da aber im DRG-System nur behandelte Fälle vergütet werden, ist der Aufwand für die Vorhaltung nicht umfasst. Hinzu treten in der Geburtsmedizin gestiegene qualitative Anforderungen und der Mangel an erforderlichem Fachpersonal (Hebammen und Ärztinnen und Ärzte). Diese Entwicklung führt besonders in strukturschwächeren Regionen zu einer Ausdünnung des Versorgungsangebotes, zu Versorgungsengpässen und längeren Anfahrtswegen. Neben den Folgen für die Flächenversorgung durch nichtauskömmliche Fallpauschalen im Bereich der Pädiatrie sind auch Maximalversorger negativ vom derzeitigen Finanzierungssystem betroffen. Während kleine Krankenhäuser insbesondere unter der auslastungsbedingt nicht auskömmlichen Finanzierung leiden, müssen Maximalversorger besondere Vorhaltekosten für Spezialbehandlungen finanzieren, die durch die durchschnittlich ermittelten Fallpauschalen ebenfalls nicht gedeckt sind. Um dieser Entwicklung entgegenzuwirken, soll die Pädiatrie sowie Kinderchirurgie aus dem allgemeinen DRG-System herausgenommen werden.

Ähnlich wie im Bereich der Psychiatrie sollte vielmehr ein differenziertes Vergütungs- und Versorgungsmodell entwickelt werden, das den besonderen Bedürfnissen der Versorgung von kranken Kindern und Jugendlichen gerecht wird.

Auffassung des WM zur DSGVO-Konformität des PDSG

Sachverhalt/Anlass

In der öffentlichen Sitzung der Enquete-Kommission „Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern am 9.9.2020 hat das WM einen Vortrag zu grundsätzlichen Fragestellungen der Kommission gehalten. Im Anschluss wurden dem WM Nachfragen gestellt, die im Nachgang beantwortet werden sollen.

Eine Nachfrage bezog sich auf die Auffassung des WM zu datenschutzrechtlichen Fragen des Patientendatenschutzgesetzes (PDSG), welches am 18. September 2020 im 2. Durchgang den Bundesrat passieren soll. Die datenschutzrechtlichen Fragen wurden dabei vom Bundesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit (BfDI) in einer Pressemitteilung vom 19.08.2020 zum Ausdruck gebracht. Kern der Auffassung des BfDI bezüglich des PDSG ist dabei, dass die enthaltenen Regelungen zur elektronischen Patientenakte (ePa) gegen die europäische Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) verstoßen.

Stellungnahme

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat in einer schriftlichen Stellungnahme auf die Ausführungen des BfDI reagiert und hierbei seine Rechtsauffassung dargelegt, wonach das PDSG nicht gegen die DSGVO verstoße. Die Gründe hierfür sind in der Stellungnahme (siehe Anlage 4) ausgeführt.

Das WM teilt die Auffassung des BMG und verweist hierbei auf die schriftliche Stellungnahme des BMG.

Stellungnahme zu datenschutzrechtlichen Fragen im Zusammenhang mit dem Patientendaten-Schutz-Gesetz

Am 3. Juli 2020 hat der Deutsche Bundestag das Patientendaten-Schutz-Gesetz (PDSG) beschlossen. Den für den 18. September angesetzten zweiten Durchgang des Bundesrates nimmt das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zum Anlass, auch vor dem Hintergrund zwischenzeitlicher Kritik des Bundesdatenschutzbeauftragten (BfDI), ergänzend zu datenschutzrechtlichen Fragen Stellung zu nehmen.

Datenschutz und Datensicherheit haben bei der Ausgestaltung der elektronischen Patientenakte (ePA) im PDSG von Beginn an eine herausragende Rolle gespielt. Dem tragen insbesondere das vorgesehene differenzierte Zugriffsmanagement, die umfangreich geregelten Informationspflichten der Krankenkassen sowie das ausdrückliche Diskriminierungsverbot (§ 335 SGB V) Rechnung. Die Neuregelung gewährleistet, dass die Rechte der Versicherten bereits mit dem Start der ePA ab dem 1. Januar 2021 den Anforderungen der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) entsprechend datenschutzkonform ausgestaltet sind.

Das Gesetz wurde vor seiner Verabschiedung im Bundestag von den Verfassungsressorts (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz sowie Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat) umfassend geprüft – auch hinsichtlich der Vereinbarkeit mit dem nationalen und europäischen Datenschutzrecht. Zudem war der BfDI selbst fortlaufend in die fachlichen Diskussionen eingebunden und hat an der Erarbeitung der Regelungen des PDSG mitgewirkt. Das Bundesministerium für Gesundheit befindet sich darüber hinaus in einem kontinuierlichen fachlichen Austausch mit dem BfDI.

Ein wesentlicher Gesichtspunkt ist, dass es sich bei der ePA um eine freiwillige Anwendung handelt. Über deren Funktionsweise müssen die Krankenkassen ihre Versicherten vorab umfassend informieren. Schon in der ersten Umsetzungsstufe ab dem 1. Januar 2021 können die Versicherten frei entscheiden, welche Daten im Einzelnen in der ePA gespeichert werden und welche Daten eben nicht in die ePA aufgenommen oder aber wieder gelöscht werden sollen. Frei entscheiden können sie ebenfalls, welcher Ärztin und welchem Arzt sie Zugriff erteilen oder aber versagen wollen und auf welche Daten sie oder er zugreifen können soll. Denn es gilt auch schon in der ersten Ausbaustufe nicht etwa ein „Alles-oder-nichts-Prinzip“. Vielmehr besteht die Wahlmöglichkeit, indem der Zugriff zum Beispiel ausdrücklich nicht für die durch die Versicherten selbst eingestellten Daten erteilt wird oder – alternativ – ausschließlich hierauf begrenzt wird. Auch steht es den Versicherten frei, sich erst für die ePA in der zweiten Umsetzungsstufe ab dem 1. Januar 2022 zu entscheiden. Umgekehrt hätten die Forderungen des BfDI möglicherweise zur Folge, dass bestimmte Versicherte

von der Nutzung der ePA ausgeschlossen werden. Da dies in einem großen Umfang besonders vulnerable Bevölkerungsgruppen betreffen dürfte, die in hohem Maße von den Vorteilen der ePA profitieren würden, ist ein Ausschluss gerade dieses Personenkreises nicht vertretbar. Das wäre auch nicht vereinbar mit Grundprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung.

Insbesondere wird nicht die Auffassung des BfDI geteilt, dass die DSGVO zwingend eine bestimmte Form der ePA als einzig europarechtskonform vorgibt. Dagegen spricht das heterogene Bild in der Europäischen Union. So gibt es beispielsweise in Österreich das sog. Opt-Out-Verfahren, das heißt die Versicherten müssen widersprechen, wenn sie die elektronische Akte nicht wollen. In Dänemark gibt es kein eigenständiges Löschrecht der Versicherten, in Portugal entscheiden die Ärztinnen und Ärzte, welche Einträge in der elektronischen Akte für die Patientin oder den Patienten sichtbar sind, in Spanien ist keine ausdrückliche Zustimmung der Patientin oder des Patienten für die Schaffung und Einrichtung der elektronischen Akte und für den Zugang von Ärztinnen und Ärzten vorgesehen. In Großbritannien haben die Patientinnen und Patienten selbst keinen elektronischen Zugang zu ihrer Akte und sie können generell auch nicht bestimmen, welche Ärztin oder welcher Arzt ihre Daten einsehen darf. Sie können lediglich ihre Einwilligung für die elektronische Akte insgesamt zurückziehen, wodurch die elektronische Akte gänzlich gelöscht werden muss. Diese Beispielfälle verdeutlichen, dass die DSGVO den Mitgliedstaaten weitreichende Gestaltungsspielräume eröffnet. Die Bundesregierung hat mit dem PDSG hiervon im Sinne des absoluten Vorrangs der Patientensouveränität Gebrauch gemacht.

Die Ankündigungen des BfDI stehen dem Starttermin der ePA nicht entgegen, weil den Krankenkassen ein Zeitraum bis zum 31. Dezember 2021 für die Umsetzung des feingranularen Zugriffsmanagements eingeräumt wird. Dieses ist ohnehin zum 1. Januar 2022 im PDSG verpflichtend für die Krankenkassen vorgesehen. Die Krankenkassen könnten gegen etwaige aufsichtsrechtliche Maßnahmen eigene Rechtsmittel mit aufschiebender Wirkung einlegen.

Ziel der ePA ist es, möglichst vielen Versicherten eine sichere und gleichzeitig benutzerfreundliche Möglichkeit zur Verwaltung ihrer persönlichen Gesundheitsdaten anzubieten – auch ohne Nutzung einer Chipkarte wie der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) oder des neuen Personalausweises. Für den benutzerfreundlichen und sicheren Zugriff auf die ePA stehen den Versicherten mehrere Möglichkeiten zur Verfügung. Diese werden zurzeit im kontinuierlichen Austausch mit dem BfDI, dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) und der gematik weiterentwickelt.