

Kommissionsdrucksache

(12.05.2021)

Inhalt:

Stellungnahmen zur 7. Sitzung am 14.10.2020

zu den Themen

Aktueller Stand der medizinischen Versorgung
aus Sicht des Rettungsdienstes und des Krankentransports und der Kommunen

- DRK-Landesverband M-V e. V.
- Landkreis Vorpommern-Greifswald
- Laura Isabelle Marisken, Bürgermeisterin Heringsdorf
- Lars Prahler, Bürgermeister Grevesmühlen
- Prof. Dr. Klaus Hahnenkamp, Universitätsmedizin Greifswald
 - Landkreistag M-V e. V.
 - Städte- und Gemeindetag M-V e. V.
 - Artikel Prof. Dr. Fleßa



DRK-Landesverband Mecklenburg-Vorpommern e.V. Wismarsche Str. 298 19055 Schwerin

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

19053 Schwerin

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

Schwerin, 09.10.2020

Öffentliche Anhörung der Enquete-Kommission „Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern“ am 14.10.2020

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

uns erreichte Ihre Einladung zur öffentlichen Anhörung der Enquete-Kommission am 14.10.2020 in Schwerin. Zur Vorbereitung der Thematik haben Sie uns einen umfangreichen Fragebogen übersandt und die Bitte formuliert, Ihnen unsere Beantwortung bis spätestens 09.10.2020 zurückzusenden. In unserem Verband ist es bei derlei bedeutenden Stellungnahmeverfahren nicht unüblich einen innerverbandlichen Prozess vorzuschalten. Dies bedarf aber einer gewissen Zeit und war daher mit der gesetzten Frist kaum umfangreich durchzuführen. Daher erlauben wir uns eine ausführliche Beantwortung des Fragenkatalogs nur zum Kapitel „Rettungsdienst“ abzugeben. Die übrigen Kapitel werden von uns mit einer zusammengefassten, thematischen Einschätzung beantwortet.

In der Anlage übersenden wir Ihnen den bearbeiteten Fragenkatalog des DRK-Landesverbandes Mecklenburg-Vorpommerns e. V. zur weiteren Verwendung.

In der öffentlichen Anhörung am 14.10.2020 wird der DRK-Landesverband Mecklenburg-Vorpommern e. V. durch meine Person vertreten.

Mit freundlichen Grüßen

Jan-Hendrik Hartlöhner
Landesgeschäftsführer

**DRK-Landesverband
Mecklenburg-Vor-
pommern e.V.**

Vorstand

Wismarsche Str. 298
19055 Schwerin
Tel. 0385 59147-0
Fax 0385 59147-98
www.drk-mv.de
info@drk-mv.de

Ihre Nachricht
vom

Ihr Zeichen

Sparkasse
Mecklenburg-Schwerin
Geschäftskonto:
IBAN
DE84140520000300034008
BIC: NOLADE21LWL

Spendenkonto:
IBAN:
DE49140520000350036004
BIC: NOLADE21LWL

VR 211 Amtsgericht Schwerin
Steuer-Nr. 090/141/01095
USt-IdNr. DE 156890235

**Ihre DRK-Service-
Nummer**
**... an 365 Tagen im Jahr
für Sie da ...**

08000 365 000*

24 Stunden täglich

***(bundesweit gebührenfrei)**

**Stellungnahme des Deutschen Roten Kreuzes zur öffentlichen
Anhörung der Enquete-Kommission „Zukunft der
medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern“ am
14.10.2020**

Inhalt

A.1 Grundsatzfragen	1
A.2 Detailfragen	3
I. Stationäre Versorgung	3
II. Ambulante Versorgung	4
III. Rettungsdienst.....	5
IV. Rehabilitation / Krankenhausnachversorgung.....	14
V. Fachkräfte/ Personalressourcen.....	14
VI. Patientenorientierung	15
VII. Finanzierung / Vergütung	15
VIII. Telemedizin / Datenschutz	17
IX. Öffentlicher Gesundheitsdienst.....	17
X. Pandemie und Folgerungen	17
B. Gesamteinschätzung/ Bewertung	18
C. Zukunftsansätze	18

A.1 Grundsatzfragen

Das Deutsche Rote Kreuz wirkt sowohl als Leistungserbringer im stationären Bereich und auch als Leistungserbringer im öffentlichen Rettungsdienst in Mecklenburg-Vorpommern mit.

Viele Herausforderungen, wie die sich wandelnden Anforderungen an die präklinische Versorgungsstruktur, gestiegene Einsatzzahlen oder auch der Fachkräftebedarf fordern die Akteure im Rettungsdienst.

Die traditionelle Trias der medizinischen Versorgung ist in den letzten Jahren durch Veränderungen der Finanzierungsgestaltung, der Versorgungsstruktur, verändertem Inanspruchnahmeverhalten sowie teilweise ausgereizten Ressourcen der medizinischen Versorgung an quantitative und qualitative Grenzen gestoßen.

Die medizinische Versorgungsqualität ist für die meisten zu versorgenden Patientengruppen als gut zu bewerten. Jedoch limitiert ein derzeitiges System der Über-, Unter- und Fehlversorgung der Patienten eine effektivere Umsetzung der vorhandenen Kapazitäten. Dies liegt nicht unbedingt daran, dass zu viele Behandlungseinrichtungen im ambulanten sowie stationären Bereich existieren, sondern dass deren zielgerichtete Auslastungssteuerung nicht immer optimal ist. Denn beispielsweise die enorme Auslastung der Notaufnahmen der stationären Versorgungseinrichtungen wird durch lange Wartezeiten bei ambulanten Fachärzten mit verursacht.

Die langen Wartezeiten sind auch in der Notfallrettung zu thematisieren, denn beispielsweise führen lange Anfahrtswege zu stationären Versorgungseinrichtungen zu verlängerter Abwesenheit der Rettungsmittel im jeweiligen Rettungsdienstbereich und zu Herausforderungen in der Rettungsmittelvorhaltung und führen somit zu Schwierigkeiten bei der Sicherstellung der Hilfsfrist. Die zukünftige medizinische Qualität wird hingegen deutlich negativer bewertet, denn der Fachkräftemangel im ärztlichen und nichtärztlichen Bereich wird unser Bundesland noch intensiv fordern, wenn in den kommenden Jahren beispielsweise nochmals deutliche Kapazitäten der hausärztlichen Versorgung aus Altersgründen nicht mehr aufrecht erhalten werden können und ein Mangel in den betreffenden Bedarfsplanungen damit absehbar ist. Dies führt zu reduzierten Versorgungskapazitäten durch weniger Arztsitze, welche durch ein Überangebot in den Ballungsgebieten verschärft wird. Das heißt, neben der fehlenden Nachbesetzungsproblematik von Arztsitzen, addiert sich noch eine ungleiche Besetzung der Arztsitze mit haus- sowie fachärztlichem Tätigkeitsschwerpunkt hinzu.

Aus Sicht des Deutschen Roten Kreuzes ist es für die medizinische Versorgung der Bevölkerung von enormer Bedeutung eine flächendeckende Versorgung im ambulanten sowie stationären Versorgungspfad sicherzustellen, welche einen Mindeststandard der krankenhäuslichen Grund- und Regelversorgung garantieren und durch flächendeckende Spezialisierungszentren ergänzt werden. Dies hat diverse Gründe, denn beispielsweise der demografische Wandel, medizinische Versorgungskapazitäten mit adäquater Erreichbarkeit oder generelle Kapazitätsproblematiken in Krisenlagen erfordern eine durchdachte dezentrale Planung und Umsetzung der ambulanten und stationären Versorgung.

Eine solche Versorgungsstruktur hat unter einem DRG-Finanzierungssystem schnell seine Grenzen erreicht und daher ist die Einführung einer auskömmlichen und betriebssichernden Finanzierungsgrundlage über ein Kostendeckungsprinzip eine Option, um mangelfinanzierte Bereiche der stationären und ambulanten Versorgung leistungsfähig zu halten.

Eine Finanzierungsproblematik trifft aus unserer Sicht auch auf den Bereich der Notfallrettung: Die derzeit geltenden gesetzlichen Vorgaben dämpfen perspektivisch die Aufrechterhaltung eines leistungsfähigen Rettungsdienstes, welcher in allen medizinischen (Krisen-)Lagen an der Spitze der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr

steht und durch einen leistungsfähigen Katastrophenschutz im Bedarfsfall unterstützt werden kann.

Die herausfordernden Ereignisse der letzten Jahre haben gezeigt, dass Institutionen wie die anerkannten Hilfsorganisationen sich an der Abarbeitung von (Krisen-)Lagen erfolgreich beteiligen. Dies muss aufrechterhalten werden.

Im bisherigen System der rettungsdienstlichen Versorgung spielen Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschuss für die Notfallmedizin eine untergeordnete Rolle. Dies zeigt sich an der Einordnung des Rettungsdienstes im Sozialrecht als Fahrtkosten.

Mit den Reformvorstellungen der Notfallversorgung des Bundesgesundheitsministeriums kann sich dies aber ändern, wonach dem Gemeinsamen Bundesausschuss eine deutliche Mitwirkung bei der Rahmgestaltung eingeräumt werden soll. Unserer Auffassung ist dieser Vorstoß zu mindest in Teilbereichen kritisch zu bewerten, da der Rettungsdienst als Teil der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr Ländersache ist und in Zusammenhang mit den weiteren Komponenten des Katastrophenschutzes eine organisatorische Einheit bildet. Dies geht in den Überlegungen zu der Reform vollständig unter. Die Gestaltung des Rettungsdienstes sollte Ländersache bleiben.

Für den Betrieb des Krankentransportes und bestimmter Aspekte der Rettungsfahrten findet die Richtlinie über die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransportleistungen und Rettungsfahrten Anwendung. Diese erlässt der Gemeinsame Bundesausschuss und formuliert relevante Vorgaben für die Verordnung solcher Leistungen.

Das Deutsche Rote Kreuz erlaubt sich, in den nachfolgenden Fragenstellungen zu bestimmten Themen intensiver Stellung zu nehmen. Die übrigen Themenbereiche, wie der stationäre Versorgungsbereich sind beispielsweise über die Stellungnahme der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern der Kommission bereits bekannt. Dennoch erlauben wir uns eine zusammengefasste Einschätzung zu den weiteren Themen, auch wenn andere Akteure in diesen Bereichen intensiver beteiligt sind als das Deutsche Rote Kreuz.

A.2 Detailfragen

I. Stationäre Versorgung

Die stationäre Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern sehen wir derzeit als leistungsfähig an, wenn es um die alltägliche elektive und notfallmedizinische Individualversorgung geht. Allerdings sind teilweise überlastete Strukturen, beispielsweise durch Fachkräftemangel erkennbar. Dies führt unter anderem zu verlängerten Wartezeiten für Patienten und kann beispielsweise für kleinere Krankenhäuser problematisch bei der Akutversorgung werden, wenn ärztliches oder pflegerisches Personal nicht ausreichend zur Verfügung steht.

Die aktuelle Corona-Lage zeigt unserer Auffassung nach deutlich, dass eine dezentral organisierte Krankenhauslandschaft deutlich zu bevorzugen ist. Auch vor dem

Hintergrund der medizinischen Versorgung in der Fläche sind zügig erreichbare stationäre Versorgungseinrichtungen sicherzustellen. Zudem muss deren Teilnahme an der Notfallversorgung flächendeckend verfügbar sein, denn flächendeckend verfügbare Krankenhäuser haben Einfluss auf die Versorgungsqualität der Bevölkerung, um verlängerte, therapiereduzierte Intervalle durch lange Anfahrtszeiten zu minimieren und Maximalversorger zu entlasten. Bestimmte hochspezialisierte medizinische Fachrichtungen sind unserer Auffassung nach in dafür geeigneten Zentren in ausreichendem Maß verfügbar zu halten.

Die derzeitige notfallmedizinische Versorgung in den Krankenhäusern ist im Zusammenhang mit der Kooperation mit den Rettungsdiensten teilweise als schwierig einzustufen. Denn unserer Auffassung nach sind abgestimmte Versorgungsfragen zwischen den ärztlichen Leitungen im Rettungsdienst (vgl. Rettungsdienstgesetz (RDG) M-V) und den versorgenden Krankenhäusern, die sich an der Notfallversorgung beteiligen, ein wichtiger Bestandteil für eine adäquate Versorgung. Um dies zu erreichen sind entsprechende Absprachen notwendig.

In weiteren relevanten Detailfragen verweisen wir auf die bereits bekannte Stellungnahme der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern.

II. Ambulante Versorgung

Im Vergleich zur stationären Versorgung kann die ambulante Versorgung insgesamt als verbesserungswürdig eingestuft werden. Die bereits angedeutete heterogene, aber auch teilweise mangelhafte Verteilung von Arztsitzen hat deutlichen Einfluss auf die ambulante Versorgung. Die immer geringer werdende hausärztliche und fachärztliche Versorgung in der Fläche führt zu Defiziten in der Versorgung, welche durch die stationäre Versorgung und den Rettungsdienst teilweise kompensiert werden müssen. Das führt dazu, dass medizinische Routinen, die eigentlich Sache der Hausärzte sind, durch die anderen beiden Akteure übernommen werden müssen.

Hier erscheint ein 24-stündiger Bereitschaftsdienst der kassenärztlichen Vereinigung sinnvoll, der in gesetzlich geregelter Kooperation mit den integrierten Leitstellen eine medizinische Versorgung bestimmter Krankheitsbilder gewährleistet. Dies könnte niedergelassene Hausärzte sowie den Rettungsdienst entlasten. Ein organisatorischer Rahmen könnte durch die Etablierung von 24-stündig zur Verfügung stehenden Bereitschaftspraxen geschaffen werden. Diese Ideen sind grundlegend nicht neu und wurden bereits vor geraumer Zeit vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in einem Gutachten im Jahr 2018 bereits einmal aufgegriffen. Diese ambulanten Versorgungskonzepte könnten beispielsweise auch durch alternative Zusatzangebote, die die hausärztliche Versorgung entlasten, unterstützt werden, indem einfachere Krankheitsbilder durch geschultes medizinisches Fachpersonal versorgt werden (siehe beispielsweise AGnES-Konzept, Gemeindenotfallsanitäter).

III. Rettungsdienst

1. Wie beurteilen Sie die notfallmedizinische Versorgung und insbesondere im Krankentransport in M-V und welchen Handlungsbedarf sehen Sie?

Die notfallmedizinische Versorgung ist in der Gesamtbetrachtung als befriedigend bis gut zu bewerten. Eine bedarfsgerechte und zu Großteilen fristgerechte Versorgung der Bevölkerung mit rettungsdienstlichen Leistungen oder Krankentransportleistungen steht zur Verfügung. Die Einführung des Berufsbildes des Notfallsanitäters, die teilweise eingeführte telenotärztliche Struktur sowie die Empfehlungen der Standardarbeitsanweisungen haben in den letzten Jahren eine qualitative Aufwertung der notfallmedizinischen Versorgung zur Folge gehabt. Handlungsbedarf ergibt sich aus unserer Sicht aus der Minimierung fehlgeleiteter Inanspruchnahme des Rettungsdienstes der Bevölkerung (Bagatelleinsätze), die Reduktion langer Wartezeiten in den ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen, der Schaffung für mehr Rechtssicherheit der Notfallsanitäter bei der Ausübung (bestimmter) invasiver Maßnahmen sowie der Schaffung von belastbaren Strukturen für die gestiegene Inanspruchnahme der Sekundärtransporte. Bei diesen Transporten (Verlegungsfahrten) kommen in vielen Fällen Rettungstransportwagen aus dem Regelrettungsdienst zum Einsatz. Diese stehen bei längerer Abwesenheit ihrem Versorgungsbereich nicht zur Verfügung und sind teilweise nicht für jede Einsatzindikation der Verlegung, wie beispielsweise Intensivtransportwagen, entsprechend ausgerüstet.

2. Wie stellen sich die Einsatzzahlen des Rettungsdienstes in den verschiedenen Regionen in Mecklenburg-Vorpommern dar? Wie haben sich diese in den zurückliegenden 5 Jahren verändert? Welche Ursachen sehen Sie dafür? Wie hoch ist der Anteil leichter Notfallbilder (mit niedriger Dringlichkeitsstufe)?

In den letzten Jahren sind stetig Steigerungen der Einsatzzahlen aus den geführten Statistiken der Träger des Rettungsdienstes zu entnehmen. Aufgrund von Veränderungen in der Kliniklandschaft nimmt aber auch die Dauer der Einsätze zu, was sich unter anderen mit langen Anfahrtszeiten zu den Zielkrankenhäusern begründen lässt. Die Auswertung der Dringlichkeit (vgl. beispielsweise NACA-Score) ist den Datensätzen der Träger des Rettungsdienstes zu entnehmen.

Eine weitere grundlegende Ursache für die gestiegenen „Bagatelleinsätze“ im Rettungsdienst liegt auch in einer deutlich gesunkenen Resilienz der Bevölkerung. Es stellen sich teilweise Einsatzbilder dar, in denen die Patienten mit einfachsten nicht lebensbedrohlichen Erkrankungen oder Verletzungen überfordert sind. Es lässt sich feststellen, dass einfache Erste-Hilfe-Maßnahmen nicht beherrscht werden oder gar unbekannt sind. Dies lässt sich bis zu teilweise kaum bekannten Maßnahmen der Laienreanimation fortsetzen. Die Unkenntnis und Überforderung führen zu Ängsten, Fehler bei den Maßnahmen zu begehen - daher werden diese tendenziell dann eher unterlassen. Hier müssen, auch vor dem Hintergrund möglicher Krisenbewältigung in der Gesamtbevölkerung, Kompetenzen geschult und vermittelt werden.

3. Wie beurteilen Sie die personelle und technische Ausstattung des Rettungsdienstes und des Krankentransportes in M-V, welche Herausforderungen und Probleme sehen Sie?

Eine elementare Anforderung im Rettungsdienst und Krankentransport ist es, die **personelle Ausstattung** zu gewährleisten, denn der Fachkräftebedarf muss langfristig sichergestellt werden. Ein hierfür wesentliches Instrument ist aus unserer Sicht die Gestaltung der Entlohnung. Gemäß § 1 Abs. 2 Rettungsdienstgesetz M-V (RDG M-V) wirkt das Land mit weiteren Akteuren daran, dass die Vergütung im Rettungsdienst sich an den einschlägigen Tarifwerken orientiert.

Das DRK setzt sich unter den geltenden Bestimmungen eines deutlich gesundheitswirtschaftlich ausgerichteten Rettungsdienstsystems in Mecklenburg-Vorpommern für eine leistungsgerechte Vergütung seiner Beschäftigten im Rettungsdienst ein.

Diese Situation der Entlohnung schätzen wir in Summe derzeit als unkritisch ein. Jedoch ist eine unsichere Gestaltung von Rahmenbedingungen, die der Leistungserbringer im Rettungsdienst kaum beeinflussen kann, sehr ungünstig.

Denn aus unserer Sicht ist § 33 Abs. 2 RDG M-V (Beendigung bestehender rettungsdienstlicher Beauftragung spätestens in 2025) nicht förderlich für den Erhalt und Ausbau einer leistungsfähigen, rettungsdienstlichen Versorgung der Bevölkerung

Für die Beschäftigten im Rettungsdienst stellt die erzwungene Beendigung von existenten Beauftragungen infolge des RDG M-V den Erhalt des Arbeitsplatzes in Frage und führt nicht zur Attraktivitätssteigerung eines Arbeitsplatzes im Rettungsdienst in M-V. Dies sollte vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels ebenfalls berücksichtigt werden. Dies führt auch zu einer gehemmten Investitionsbereitschaft in Rettungswachenstandorte und andere Infrastrukturen des Rettungsdienstes, da langfristig mit einem Fehlinvestment kalkuliert werden muss. Dies hemmt die Träger des Rettungsdienstes und Leistungserbringer an einer langfristig abgesicherten Strategie- und Investitionsplanung.

Zur Erbringung des Rettungsdienstes wird eine **technische Ausstattung** benötigt. In Summe ist der Grad der Qualität der Rettungsmittel sowie der Medizinprodukte funktional und gegeben, aber es erscheint so, dass es teilweise zu deutlichen Verzögerungen bei Ersatz- und Neubeschaffung von Einsatzmitteln kommt. Dies ist in der notfallmedizinischen Versorgung spürbar, wenn Leistungserbringer heterogene Ausstattung vorhalten müssen, da sich die Neuanschaffung verzögert. Die Verantwortung hierfür liegt häufig im kommunalen Bereich.

Positiv zu bewerten ist die Entwicklung telenotärztlicher Versorgungsstrukturen. Dies scheint ersten Erkenntnissen nach, die notärztliche Versorgung zu entlasten, und ist vor dem Hintergrund des demografischen Wandels, des Notärztemangels und entzerrter stationärer Versorgungseinrichtungen sinnvoll. Es ist an dieser Stelle aber anzumerken, dass eine Ausdünnung der regional verfügbaren Krankenhäuser nicht zielführend sein kann. Zwar sind Maximalversorger für viele Akutfälle aus der

prähospitalen Versorgung eine entscheidende Versorgungseinrichtung, um zielgerichtete Versorgung von Notfallpatienten sicherzustellen - aber dennoch ist der Erhalt stationärer Versorgungseinrichtungen in der Fläche für unser Flächenland entscheidend, um die Transportwege für den Rettungsdienst gering zu halten und die Maximalversorger bei leichteren Notfallbildern zu entlasten. Zudem hat auch die aktuelle Corona-Lage gezeigt, dass die Maximalversorger im Land eine entgleiste Pandemielage kaum bewältigt hätten.

4. Sind Ihnen grundsätzliche Probleme bei der Sicherstellung der Notfallversorgung auch vor dem Hintergrund der rechtlichen Vorgaben, wie Nothilfzeiten, bekannt? Wie stellen sich diese Probleme regional dar? Was sind die Ursachen dafür?

Die Einhaltung der gesetzlich definierten Hilfsfrist scheint ein heterogenes Problem in Mecklenburg-Vorpommern zu sein. Darauf lassen beispielsweise Angaben in der Drucksache 7/1930 schließen. Ob eine reine statistische Größe wie die Hilfsfrist als Qualitätsindikator für den Rettungsdienst noch zeitgemäß ist, sei einmal dahingestellt, aber die bereits erwähnten Gründe wie die verlängerten Einsatzzeiten, höherer Auslastungen der Rettungsmittel oder vermehrter Sekundärtransporte führen zu einer Belegung der regional verfügbaren Rettungsmittel im Rettungsdienstbereich und es müssen Rettungsmittel von anderen Standorten zum Einsatz gebracht werden.

5. Kann die gegenwärtige Hilfsfrist flächendeckend realisiert werden? Wenn nein: Was wäre aus Ihrer Sicht notwendig, um die Hilfsfrist flächendeckend umzusetzen?

Hier wird auf die Ausführungen zur Frage 4 verwiesen. Die Hilfsfrist kann möglicherweise mit einer indikationsgerechten Zuweisung der Rettungsmittel oder durch Verweis der Patienten in anderer Versorgungsstrukturen deutlich entspannt werden. Auch kann eine Anpassung der Vorhaltung eine Option sein, wenn dabei die Umsetzbarkeit berücksichtigt wird. Aber auch die flächendeckende Umsetzung der telenotärztlichen Struktur beispielsweise für bestimmte Sekundärtransporte kann eine Verbesserung der Hilfsfristerfüllung erzielen. Es sollte geprüft werden, ob reine Distanzen von Rettungswachen in einem Versorgungsbereich das einzige relevante Versorgungselement sind oder ob beispielsweise auch Erreichbarkeiten von stationären Versorgungseinrichtungen eine entscheidende Bemessungsgröße sein sollten. Es ist sinnvoll, die Ergebnisse der landesweiten Überplanung im Rettungsdienst einzusehen und in weitere Überlegungen zu diesem Thema einzubeziehen.

6. Wie beurteilen Sie den Handlungskompetenzrahmen für Notfallsanitäter/innen bei der Ausübung notwendiger invasiver Maßnahmen in der prähospitalen Versorgung? Sind Ihnen diesbezüglich Probleme auch aus Sicht der nachgelagerten stationären Versorgung bekannt?

Der rettungsdienstliche Leistungsumfang in den einzelnen Rettungsdienstbereichen unterscheidet sich teilweise erheblich. Dies ist unter anderen auf den fehlenden rechtsicheren Kompetenzrahmen für Notfallsanitäter*innen bei der Ausübung

bestimmter invasiver Maßnahmen zurückzuführen, denn hier herrscht für die nichtärztlichen Fachkräfte seit 30 Jahren immer noch keine Rechtssicherheit. Im Interesse der Notfallpatienten müssen der Umfang und die Qualität der Handlungskompetenzen bei invasiven Maßnahmen für den akuten medizinischen Ernstfall geregelt werden und den erlernten Kompetenzen der Notfallsanitäter*innen entsprechen (siehe § 4 NotSanG). Auf Bundes- und Landesebene ist dies bisher nicht erfolgt. Denn Notfallsanitäter*innen müssen in bestimmten Einsätzen zum Teil eingeschränkte invasive Maßnahmen ausüben, wenn ein Notarzt nicht verfügbar ist oder die Situation und das Notfallbild sofortiges Handeln erforderlich machen. Teilweise werden bestimmte Maßnahmen durch Vorgaben der jeweiligen Ärztlichen Leiter*innen Rettungsdienst (der Landkreise) freigegeben. Dies erfolgt in Mecklenburg-Vorpommern allerdings sehr heterogen und ist auch beispielsweise später an den unterschiedlichen prähospitalen Versorgungsgraden in den Notaufnahmen erkennbar. Die Anwendung umfangreicher, qualitativ hochwertiger notfallmedizinischer Maßnahmen ist rechtlich nicht abgesichert und nicht einheitlich. Die Notfallsanitäter*innen führen diese auf eigene Verantwortung und in eigener Haftung durch - rechtlich begründbar ist dies lediglich nach § 34 StGB „Rechtfertigender Notstand“. Hier besteht aus unserer Sicht dringender Handlungsbedarf, auch wenn beispielsweise erste Entlastungsinstrumente wie die Etablierung telenotärztlicher Versorgungselemente einen ersten zielführenden Ansatz verfolgen. Dieser stellt aber nur eine begrenzte Entlastung der notärztlichen Einsatzkomponente dar. Ein rechtlicher Handlungsrahmen für invasive Maßnahmen für Notfallsanitäter*innen kann ein weiterführender Ansatz zur Entlastung und Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung sein.

Es existiert scheinbar ein heterogenes Bild der freigegebenen Handlungskompetenzen der Notfallsanitäter*innen in den stationären Versorgungseinrichtungen. Dies muss dringend kommuniziert werden und Arbeitsanweisungen in den Kliniken und den Rettungsdiensten aufeinander abgestimmt werden.

7. Wie beurteilen Sie die Kooperation aller Entscheidungsträger bei der Entwicklung von Notfallplänen. Vor welche Herausforderungen werden Sie dabei ggf. regelmäßig gestellt?

Aus unserer Sicht ergibt sich hier ein deutliches Defizit. Eine Kooperation aller Akteure ist diesbezüglich nicht bekannt. Konzepte zu MANV-lagen oder Spitzenauslastungen im Rettungsdienst sind unserer Auffassung nach nicht abgestimmt.

8. Welche Zusammenarbeit pflegen Sie konkret mit der kassenärztlichen Vereinigung und wie könnte diese noch verbessert werden?

Eine formale Zusammenarbeit des Rettungsdienstes mit der kassenärztlichen Vereinigung ist nicht bekannt. Es finden lediglich einsatzbezogene Berührungspunkte bei Übergaben des ärztlichen Bereitschaftsdienstes an den Rettungsdienst statt.

9. Wie sehen Sie die Möglichkeit, mit den bestehenden technischen und personellen Ressourcen mehr Verlegungsfahrten zwischen den Krankenhäusern zu leisten, um komplexe Fälle von einem peripheren Krankenhaus in ein Zentrum zu verbringen?

Grundsätzlich besteht bei ausreichender Sicherstellung der relevanten Infrastruktur die Möglichkeit mehr Verlegungsfahrten durchzuführen. Dabei sollte aber die in Frage 1 angerissene Problemstellung berücksichtigt werden. Denn mit den bestehenden Ressourcen ist dies unserer Einschätzung nach kritisch zu bewerten. Es ist vor diesem Hintergrund zu prüfen, ob alternative, zusätzliche Einsatzmittel wie etwa Verlegungs-RTWs umsetzbar sind. Für (Not-)ärztlich begleitete Verlegungsfahrten stehen bereits jetzt oftmals nicht ausreichend personelle Ressourcen zur Verfügung. Hierzu haben die Ärztlichen Leiter Rettungsdienst in Mecklenburg-Vorpommern bereits erste Lösungsansätze erarbeitet. Die vorhandenen personellen Ressourcen im (Not-)ärztlichen Bereich müssten bei einer Zunahme ärztlich begleiteter Verlegungsfahrten erhöht werden. Eine bedarfsgerechte, separate Vorhaltung von „Verlege-NEF“ erachten wir dafür als einen guten Lösungsansatz.

10. Wie beurteilen Sie die technische Ausstattung des Rettungsdienstes / der Rettungswachen. Welche Herausforderungen und Probleme sehen Sie?

Zur Beurteilung der technischen Ausstattung des Rettungsdienstes verweisen wir anteilig auf Frage 3. Die Rettungsmittel sind nach DIN-Norm ausgestattet und die eingesetzter Medizintechnik meist nach dem jeweiligen Stand der Technik aufgestellt. Einzig die mittlerweile umsetzbaren Möglichkeiten eines optimierten Arbeitsplatzes im RTW nach arbeitsschutzrelevanten Gesichtspunkten ist deutlich verbesserungswürdig. Denn elektro-hydraulische Fahrtragen und weiteres, entsprechendes Einsatzequipment ist längst nicht in jeden Rettungswachenbereich verfügbar und sollte dringend in den weiteren Beschaffungsmaßnahmen der Träger bedacht werden.

Bei der Beschaffenheit der Rettungswachen ist ein deutlich heterogener Zustand zu erfassen. Diese sind teilweise nicht bedarfsgerecht ausgestaltet und auch nicht gemäß geltender DIN-Norm konzipiert. Dies sollte bei den zukünftigen Investitionen unbedingt berücksichtigt werden.

In den Reformvorstellungen der Notfallversorgung des Bundesgesundheitsministeriums wird derzeit auch versucht, die Länder und Kommunen mehr an der Finanzierung der Kosten im Rettungsdienst zu beteiligen. Kosten u.a. für Investitionen (also z.B. in Rettungswachen und technische Ausstattung) sollen künftig nicht mehr allein durch die Sozialversicherungsträger, sondern durch Land und Kommune getragen werden.

11. Wie schätzen Sie die technische und personelle Leistungsfähigkeit ihrer Rettungsmittel zur Akutverlegung von Kindern und Jugendlichen ein?

Die Leistungsfähigkeit zur Beförderung von Kindern und Jugendlichen ist bedingt gegeben. Die vorgehaltenen Rettungsmittel sind in ihrer Ausstattung für Erwachsene ausgelegt. Denn bestimmte Medizinprodukte sind vorrangig für den Einsatz bei Erwachsenen gedacht. Aber auch die notwendigen Rückhaltesysteme für den Transport dieser Patientengruppen sind nicht immer optimal umgesetzt. Eine technische Anpassung erfolgt bisher nur langsam.

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

Es finden lediglich einsatzbezogene Berührungspunkte mit den niedergelassenen Ärzt*innen statt. Die Einsatzgründe sind dabei unterschiedlich. Es kann sich um einen „reinen“ Transportauftrag handeln, welcher eine medizinische Begleitung bedarf oder auch um komplexe, Notfallmedizinische Einsatzbilder, wie einem Apoplex oder akuten Koronarsyndrom.

13. Was spricht für bzw. gegen eine Berücksichtigung des Telenotarztes bei der gegenwärtigen Überplanung des Rettungsdienstes in M-V? 14. Das Projekt „Land|Rettung“ im Landkreis Vorpommern-Greifswald mit seinen vier Säulen (Laienreanimation, Mobile Ersthelfer, Telenotarzt und Verzahnung Akutmedizin) läuft nunmehr seit über drei Jahren. Wie werden die bisherigen Erkenntnisse aus dem Projekt bewertet? Ist eine Ausweitung des gesamten Projektes bzw. einzelner Säulen auf andere Landkreise geplant? Welche Hinderungsgründe gibt es ggf.? Fließen die Erkenntnisse aus der ProjektEvaluation in die Überlegungen zur Landesüberplanung des Rettungsdienstes ein?

Die Entwicklung der telenotärztlicher Versorgungsstrukturen ist positiv zu bewerten. Dies scheint ersten Erkenntnissen nach etwas die notärztliche Versorgung zu entlasten und ist vor dem Hintergrund des demografischen Wandels, des Notärztemangels und entzerrter stationärer Versorgungseinrichtungen sinnvoll. Die Etablierung telenotärztlicher Versorgungsstrukturen ist ein erster zielführender Ansatz, welcher aber nur eine begrenzte Entlastung der notärztlichen Einsatzkomponente darstellen sollte und etwa im Sekundärtransport oder als Konsil bzw. telemedizinische Anleitung für Notfallsanitäter*innen oder Notärzt*innen zur Verfügung stehen kann.

Weiterführende Informationen zur Fortführung des Projektansatzes sind nicht bekannt.

15. Welche Hinweise für die Überplanung des Rettungswesens in Mecklenburg-Vorpommern haben Sie? Ist Ihnen die derzeitige Landesüberplanung (Stichwort Gutachtenerstellung der Fa. antwortING) zur bedarfsgerechten Vorhaltung von Einsatzmitteln des öffentlichen bodengebundenen Rettungsdienstes bekannt? Was erhoffen Sie sich durch diese?

Dem Deutschen Roten Kreuz war die Ausschreibung der gutachterlichen Tätigkeit zur landesweiten Überplanung des Rettungsdienstes bekannt. Weiterführende Informationen oder Ergebnisse sind bisher nicht bekannt.

16. Halten Sie es für erforderlich, das Rettungsdienstgesetz M-V sowie die Verordnung über die Rettungsdienstplanung in Mecklenburg-Vorpommern den veränderten Rahmenbedingungen anzupassen?

Aus unserer Sicht sind § 33 Abs. 2 RDG M-V (Beendigung bestehender rettungsdienstlicher Beauftragung spätestens in 2025) sowie der § 7 Abs. 4 RDG M-V (rettungsdienstliche Beauftragung) nicht förderlich für den Erhalt und Ausbau einer leistungsfähigen rettungsdienstlichen Versorgung der Bevölkerung, wenn beispielsweise durch die erzwungene Beendigung die Sicherstellung eines belastbaren prähospitalen Versorgungssystems gefährdet wird. In allen Überlegungen muss eine aufwuchsfähige, prähospitalen Versorgungsstruktur gesichert werden, um in Krisensituationen Patientenströme gezielt und organisiert versorgen zu lassen und somit einem Kollaps von Versorgungsstrukturen vorzubeugen. Auf diesen Sachstand wurde bereits in Frage 3 aufmerksam gemacht. Neben der angesprochenen, gehemmten Investitionsbereitschaft ist aber auch der Ausbildungsbetrieb der Leistungserbringer gefährdet, denn mit der erzwungenen Beendigung der Beauftragung im Rettungsdienst müssten Ausbildungsverträge zum/zur Notfallsanitäter*in ab 2022 kritisch hinterfragt werden. Denn dort besteht die Gefahr, dem dringend benötigten Nachwuchs die Beendigung der Ausbildung nicht mehr zu ermöglichen, da der Ausbildungsbetrieb ab 2025 möglicherweise nicht mehr als Leistungserbringer im Rettungsdienst tätig ist, obwohl alle Akteure mit der erbrachten rettungsdienstlichen Leistung zufrieden sind. Dieser Umstand kann nur als Absurdum bezeichnet werden und sollte dringend abgeändert werden.

Die Beauftragung zur rettungsdienstlichen Leistungserbringung vgl. § 7 Abs. 4 RDG M-V ist unserer Auffassung nach anpassungsbedürftig.

Die existente Rechtsunsicherheit bei der Vergabe rettungsdienstlicher Leistungen durch die Rettungsdienstträger besteht nach wie vor. Die vom Bundesgesetzgeber im Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen eingeführte Bereichsausnahme stellt derzeit geltendes Recht dar und sollte auch im RDG M-V zur Anwendung kommen.

Eine Vergabe rettungsdienstlicher Leistungen durch Kommunen und Landkreise ist ohne die Durchführung einer EU-weiten Ausschreibung möglich, sofern der potenzielle Leistungserbringer eine anerkannte Hilfsorganisation ist und sich zur Mitwirkung im Zivil- und Katastrophenschutz verpflichtet hat. Im novellierten Rettungsdienstgesetz Mecklenburg-Vorpommern von 2015 ist bei der Vergabe von rettungsdienstlicher

Leistung an anerkannte Hilfsorganisationen lediglich von einer „Kann-Bestimmung“ die Rede. Die Kommunen und kreisfreie Städte in Mecklenburg-Vorpommern nutzen die Möglichkeit bei der Vergabe rettungsdienstlicher Leistungen bisher nicht, da sie durch die rechtlich unsichere Auslegung der aktuellen Gesetzeslage gehemmt sind und entsprechende Klageverfahren von privatwirtschaftlichen Mitbewerbern im Rettungsdienst befürchten müssen. Diese Entwicklung hemmt die Investitionsbereitschaft bei den Leistungserbringern und Rettungsdienstträgern, da mit keinen langfristigen Beauftragungen zu rechnen ist. Die Mitwirkung der Hilfsorganisationen im Rettungsdienst stellt einen entscheidenden Tätigkeitsschwerpunkt im gesundheitlichen Bevölkerungsschutz dar, welche den anerkannten Hilfsorganisationen grundlegend die Fähigkeit zuspricht, über den Rahmen der alltäglichen Gefahrenabwehr hinaus Kompetenzen und Ressourcen für Herausforderungen wie Katastrophen, Großschadenslagen oder Terroranschläge zu schaffen und zu erhalten. Ein Teil unserer hauptamtlich Mitarbeitenden wirkt auch ehrenamtlich im Katastrophenschutz oder den Schnelleinsatzgruppen mit und fördert somit die hohe Qualität der Versorgung im Ernstfall und unterstützt auch die Aus- und Weiterbildung anderer ehrenamtlich engagierter Helfer. Ohne das System von Rettungsdienst und ehrenamtlichen Einheiten des Katastrophenschutzes als Ganzes zu betrachten, läuft dieses System Gefahr, seine professionelle Unterstützung aus dem Rettungsdienst zu verlieren. Der Rettungsdienst ist ein wichtiger Teil der nicht-polizeilichen Gefahrenabwehr, der mit dem Zivil- und Katastrophenschutz eng verknüpft ist. Dieses System im gesundheitlichen Bevölkerungsschutz ist zu fördern und zu erhalten. Es ergeht die deutliche Empfehlung, auch vor dem Hintergrund der Erfahrungen aus der Corona-Lage, die Regularien zur Vergabe des Rettungsdienstes zu überprüfen. Der öffentlich-rechtliche Rettungsdienst sollte an die anerkannten Hilfsorganisationen vergeben werden, die sich gemäß Landeskatastrophenschutz am Katastrophenschutz beteiligen. Die Entscheidung des Europäischen Gerichtshofes zur Bereichsausnahme vom 21.03.2019 (C-465/17) ist in Landesrecht zu überführen. Die Anwendung der Bereichsausnahme für anerkannte Hilfsorganisationen im Rettungsdienst ist anzuwenden.

17. Inwieweit sehen Sie unter Berücksichtigung der aktuellen Hilfsfrist die Notwendigkeit, weitere Rettungswachen zu etablieren? Inwieweit teilen Sie die Auffassung, dass die neuen Wachen voraussichtlich wenig Einsätze haben werden und welche Konsequenzen leiten Sie daraus ab bzw. hat dies? Inwieweit wird es mit Blick auf den grundsätzlich schon bestehenden Ärztemangel aus Ihrer Sicht Probleme in der Personalbesetzung dieser Wachen geben und wie könnte dem begegnet werden?

Die Hilfsfrist kann möglicherweise mit einer indikationsgerechten Zuweisung der Rettungsmittel oder auch Verweis der Patienten in anderer Versorgungsstrukturen deutlich entspannt werden. Auch kann eine Anpassung der Vorhaltung eine Option sein, wenn dabei die Umsetzbarkeit berücksichtigt wird. Aber auch die flächendeckende Umsetzung der telenotärztlichen Struktur beispielsweise für bestimmte Sekundärtransporte kann eine Verbesserung der Hilfsfristerfüllung erzielen.

Bei einer reinen Vorhalteeerweiterung muss aber auch unbedingt die personelle Ressource mit bedacht werden, denn der damit verbundene Personalmehrbedarf lässt sich aus dem angespannten Fachkräftemarkt nur schwer bedienen.

Es ist vor diesem Hintergrund zu prüfen, ob alternative, zusätzliche Einsatzmittel wie etwa Verlegungs-RTWs / Verlege-NEF umsetzbar sind. Aber es kann auch kritisch über einen weiteren Standort der Luftrettung nachgedacht werden.

Je nach Umfang der Vorhalteeerweiterung ist eine Reduktion des Einsatzaufkommens in den jeweiligen Rettungsdienstbereichen denkbar. Es ist an dieser Stelle aber anzumerken, dass Überlegungen der Wirtschaftlichkeit in der Vorhalteeerweiterung eine untergeordnete Rolle spielen sollten. Denn eine leistungsfähige prähospitalen Notfallversorgung sollte im Vordergrund stehen.

18. Wie bewerten Sie den Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit „Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung“ vom 10. Januar 2020 und welche positiven bzw. negativen Auswirkungen würden sich für M-V ergeben, wenn das Gesetz so beschlossen würde?

Wir bewerten den Reformentwurf grundsätzlich als einen notwendigen Schritt zur Anpassung an die aktuellen Herausforderungen in der medizinischen Notfallversorgung. Auch begrüßen wir es, dass der fachlichen Entwicklung im Rettungsdienst Rechnung getragen werden soll und eine systemische Anpassung im gesetzlichen Leistungsverständnis erfolgen soll, denn der Rettungsdienst leistet heutzutage eine zentrale Rolle bei der Ersteinschätzung sowie -versorgung von Notfallpatienten und des sich möglicherweise daraus entwickelnden Patiententransportes.

Hohe Fallzahlen in der prähospitalen und in der stationären Notfallversorgung sowie die Einstufung einer größeren Einsatzanzahl als „Bagatelleinsätze“ ließen Rückschlüsse auf ein Steuerungsdefizit in den medizinischen Versorgungspfaden des Gesundheitssystems zu und zeigen auf, dass bei den Bürgern im Bedarfsfall Unklarheit herrscht, welchen medizinischen Versorgungspfad sie nutzen sollen. Dies entscheiden sie bisher allein. Diesem Umstand soll im Entwurf des Bundesgesundheitsministeriums begegnet werden, indem eine klare Steuerung der Bürger in die medizinischen Versorgungspfade angestrebt werden soll. Allerdings beschneidet der Entwurf entscheidend ländergesetzliche Regelungen für den Rettungsdienst und trägt zu einer deutlichen Mehrbelastung für die Länder- und Kommunalfinanzierung in diesen Bereich bei. Ebenso wird aus unserer Sicht die Rolle des Rettungsdienstes als Teil der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr überhaupt nicht berücksichtigt und die organisatorische und inhaltliche Verknüpfung zum Katastrophenschutz ignoriert.

19. Wie könnte aus Ihrer Sicht unter Berücksichtigung aller Einsatzmöglichkeiten (incl. Luftrettung) die Versorgung einsatzorganisatorisch wirtschaftlicher optimiert werden? Zu betrachten sind sämtliche Rettungsdienstbereiche im Land Mecklenburg-Vorpommern.

Die Wirtschaftlichkeit für die Organisation des Rettungsdienstes sollte nur eine untergeordnete Rolle spielen. Denn die Sicherstellung einer leistungsfähigen prähospitalen Notfallversorgung muss im Vordergrund stehen und mit einer sinnvollen und belastbaren Bedarfsplanung einhergehen. Durch die bereits mehrfach erwähnte Anpassung der Organisation können bestimmte Kostenparameter beeinflusst werden, wie etwa die Einführung von Verlegungs-RTWs oder die flächendeckende Unterstützung des Rettungsdienstes durch telenotärztliche Strukturen. Grundsätzlich ist anzumerken, dass der Rettungsdienst über ein Selbstkostendeckungsprinzip finanziert werden sollte.

20. Welche Potenziale und Möglichkeiten sehen Sie hinsichtlich einer bundeslandübergreifenden Versorgungsplanung und -durchführung?

Eine bundeslandübergreifende Versorgungsplanung erscheint aus unserer Sicht sinnvoll und ist zu begrüßen. Wenn rettungsdienstliche Ressourcen benachbarter Bundesländer zur Erreichung eigener Hilfsfristen oder zur Bewältigung von Krisenlagen eingesetzt werden können, ist dies auch für binationale Hilfeleistungen für den Regelrettungsdienst zu prüfen und wie im Bereich Vorpommern noch forcierter zu verfolgen. Die Kooperation und Abstimmung auf kommunaler Ebene kann durchaus sinnvolle Grundlagen für die Gestaltung einer solchen bundeslandübergreifenden Versorgungsplanung und -durchführung darstellen.

IV. Rehabilitation / Krankenhausnachversorgung

Dies lässt sich unserer Auffassung pauschal nicht beantworten, da unserer Einschätzung nach der aktuelle Ist-Stand sich regional unterschiedlich darstellt. Krankentransportleistungen sind grundsätzlich landesweit verfügbar, jedoch müssen aber gegebenenfalls Wartezeiten kalkuliert werden. Die Finanzierung des Krankentransportes ist aus unserer Sicht ausbaufähig. Beispielsweise in der Corona-Lage hat sich erneut bestätigt, dass notwendige erweiterte Schutzmaßnahmen nur schwer refinanzierbar sind. Im Bereich der Krankenhausnachversorgung und Rehabilitation scheint stellenweise kein geregeltes Entlassungsmanagement zu existieren. Dies sollte mit den zuständigen Akteuren vertieft erörtert und geprüft werden.

V. Fachkräfte/ Personalressourcen

Zur Beantwortung der Fragestellung verweisen wir anteilig auf unsere Antwort unter A.2 III. Frage 3.

Die personelle Situation im Rettungsdienst kann als angespannt bezeichnet werden. Derzeit ist wegen möglicher Vorhalteeerweiterungen, steigenden Einsatzzahlen oder auch demografischen Auswirkungen ein höherer Personalbedarf denkbar. Der

Fachkräftemarkt ermöglicht es kaum noch im größeren Umfang Rettungsdienstfachpersonal zu gewinnen. Unserer Auffassung nach kann eine nachhaltige Personalakquise derzeit nur über die Ausbildung sichergestellt werden und daher wird diese Strategie auch flächendeckend verfolgt.

Initiativen zur Fachkräftegewinnung im Rettungsdienst durch Kommunen, das Land oder sonstige Institutionen sind nicht bekannt.

Weitere, denkbare Möglichkeiten zur Entlastung der ärztlichen und nichtärztlichen Fachkräfte sind aus den unter III. mehrfach aufgeführten Hinweisen zu entnehmen.

VI. Patientenorientierung

Die Leistungserbringer im Rettungsdienst sind selbstverständlich daran interessiert, Einsätze nach geltendem Stand der Technik und Wissenschaft sowie unter Berücksichtigung aller erforderlichen Aspekte der Patientensicherheit durchzuführen. Sollte es dennoch zu Beschwerden oder Eingaben kommen, werden diese über die Träger des Rettungsdienstes bearbeitet. Die Leistungserbringer wirken im Rahmen ihrer Möglichkeiten vollumfänglich an der Bearbeitung mit.

VII. Finanzierung / Vergütung

Die existente Rechtsunsicherheit bei der Vergabe rettungsdienstlicher Leistungen durch die Rettungsdienstträger besteht nach wie vor. Die vom Bundesgesetzgeber im Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen eingeführte Bereichsausnahme stellt derzeit geltendes Recht dar und sollte auch im RDG M-V zur Anwendung kommen.

Eine Vergabe rettungsdienstlicher Leistungen durch Kommunen und Landkreise ist ohne die Durchführung einer EU-weiten Ausschreibung möglich, sofern der potenzielle Leistungserbringer eine anerkannte Hilfsorganisation ist und sich zur Mitwirkung im Zivil- und Katastrophenschutz verpflichtet hat. Im novellierten Rettungsdienstgesetz Mecklenburg-Vorpommern von 2015 ist bei der Vergabe von rettungsdienstlicher Leistung an anerkannte Hilfsorganisationen lediglich von einer „Kann-Bestimmung“ die Rede. Die Kommunen und kreisfreie Städte in Mecklenburg-Vorpommern nutzen die Möglichkeit bei der Vergabe rettungsdienstlicher Leistungen bisher nicht, da sie durch die rechtlich unsichere Auslegung der aktuellen Gesetzeslage gehemmt sind und entsprechende Klageverfahren von privatwirtschaftlichen Mitbewerbern im Rettungsdienst befürchten müssen. Diese Entwicklung hemmt die Investitionsbereitschaft bei den Leistungserbringern und Rettungsdienstträgern, da mit keinen langfristigen Beauftragungen zu rechnen ist. Die Mitwirkung der Hilfsorganisationen im Rettungsdienst stellt einen entscheidenden Tätigkeitsschwerpunkt im gesundheitlichen Bevölkerungsschutz dar, welche den anerkannten Hilfsorganisationen grundlegend die Fähigkeit zuspricht, um über den Rahmen der alltäglichen Gefahrenabwehr hinaus Kompetenzen und Ressourcen für Herausforderungen wie Katastrophen, Großschadenslagen oder Terroranschläge zu schaffen und zu erhalten. Ein Teil unserer hauptamtlich Mitarbeitenden wirkt auch ehrenamtlich im Katastrophenschutz oder den Schnelleinsatzgruppen mit und fördert somit die hohe Qualität der Versorgung im Ernstfall und unterstützt auch die Aus- und

Weiterbildung anderer ehrenamtlich engagierter Helfer. Ohne das System von Rettungsdienst und ehrenamtlichen Einheiten des Katastrophenschutzes als Ganzes zu betrachten, läuft dieses System Gefahr, seine professionelle Unterstützung aus dem Rettungsdienst zu verlieren. Der Rettungsdienst ist ein wichtiger Teil der nicht-polizeilichen Gefahrenabwehr, der mit dem Zivil- und Katastrophenschutz eng verknüpft ist. Dieses System im gesundheitlichen Bevölkerungsschutz ist zu fördern und zu erhalten. Es ergeht die deutliche Empfehlung, auch vor dem Hintergrund der Erfahrungen aus der Corona-Lage, die Regularien zur Vergabe des Rettungsdienstes zu überprüfen. Der öffentlich-rechtliche Rettungsdienst sollte an die anerkannten Hilfsorganisationen vergeben werden, die sich gemäß Landeskatastrophenschutz am Katastrophenschutz beteiligen. Die Entscheidung des Europäischen Gerichtshofes zur Bereichsausnahme vom 21.03.2019 (C-465/17) ist in Landesrecht zu überführen. Die Anwendung der Bereichsausnahme für anerkannte Hilfsorganisationen im Rettungsdienst ist anzuwenden.

Die bereits in III. angedeutete finanzielle Ausstattung im Rettungsdienst ist unserer Einschätzung nach durchwachsen. Die Träger der Rettungsdienste können derzeit in Mecklenburg-Vorpommern die stetig wachsenden Einsatzzahlen und Kostensteigerungen kalkulieren und an die Nutzer des Rettungsdienstes bzw. deren Versicherungen vollständig weitergeben. Über entsprechende Entgelte wird der Rettungsdienst in Mecklenburg-Vorpommern derzeit nach einem Kostendeckungsprinzip betrieben. Dies lässt sich bedarfsgerecht kalkulieren, sodass auch für Rettungswachen im ländlichen Gebiet, trotz niedrigerer Einsatzzahlen, die Vorhaltekosten gedeckt werden können. Aber weitreichende Investitionskosten, welches das Land folglich § 11 Abs. 1 RDG M-V den Trägern des Rettungsdienstes als unterstützende Zuwendung gewährt, orientieren sich an der Haushaltslage und sind somit schwer für die Weiterentwicklung des öffentlichen Rettungsdienstes kalkulierbar. Es kommt somit, auch im Zusammenhang der erzwungenen Beendigung der Beauftragung, zu Investitionsstaus bei der Umsetzung einer hochwertigen und flächendeckenden, rettungsdienstlichen Vorhaltung.

Die Wirtschaftlichkeit für die Organisation des Rettungsdienstes sollte eine untergeordnete Rolle spielen. Denn die Sicherstellung einer leistungsfähigen prähospitalen Notfallversorgung muss im Vordergrund stehen und mit einer sinnvollen und belastbaren Bedarfsplanung einhergehen. Durch die bereits mehrfach erwähnte Anpassung der Organisation können bestimmte Kostenparameter beeinflusst werden, wie etwa die Einführung von Verlegungs-RTWs / Verlege-NEF oder die flächendeckende Unterstützung des Rettungsdienstes durch telenotärztliche Strukturen. Grundsätzlich ist anzumerken, dass der Rettungsdienst über ein Selbstkostendeckungsprinzip finanziert werden sollte.

Die derzeitige Finanzausstattung ermöglicht eine nur eingeschränkte Strategie- und Investitionsplanung, wie bereit von uns in A.2 III. dargestellt wurde.

Eine Reduktion der dezentralen Kliniklandschaft halten wir, auch mit den Erfahrungen der Corona-Lage für nicht zielführend und ist bereits in A.2 I. thematisiert worden.

VIII. Telemedizin / Datenschutz

Wie bereits in A.2 III. dargestellt, ist die telenotärztliche Struktur grundsätzlich zu begrüßen und stellt eine sinnvolle, ergänzende Struktur für die Notfallmedizinische Versorgung der Bevölkerung dar, welche flächendeckend zur Verfügung stehen sollte. Es sind bereits in den ersten Landkreisen Rettungsmittel mit telemedizinischer Technik ausgestattet. Dazugehörige Statistiken und Auswertungen sind über die Träger des Rettungsdienstes abrufbar. Unseren bisherigen Erfahrungen nach ergibt sich nur eine anfängliche Skepsis der Anwender und Patienten. Durch Schulungen und Aufklärung scheint sich diesem Effekt aber positiv begegnen zu lassen. Einzig die Abdeckung des Mobilfunknetzes beeinträchtigt teilweise die Kommunikation mit dem/der Telenotärzt*in. Diese technische Problemstellung sollte minimiert werden.

Die telemedizinische Verknüpfung zwischen dem prähospitalen Bereich und dem stationären Versorgungssektor scheint unserer Kenntnis nach kaum umgesetzt zu sein. Dies könnte weiterverfolgt werden.

IX. Öffentlicher Gesundheitsdienst

Die Leistungserbringer im Rettungsdienst nehmen die kommunalen Gesundheitsämter vorrangig in ihrer Rolle als Fachaufsicht wahr. Eine fundierte Bewertung ist nur begrenzt möglich, aber scheinbar ergeben sich diverse Kapazitäts- und Ressourcenproblematiken, die auch gerade in der Corona-Lage sichtbar sind. Der grundlegenden Aufgabenstellung kann der öffentliche Gesundheitsdienst scheinbar mit Einschränkungen nachkommen. Eine tiefgreifendere Bewertung bedarf weiterführender Informationen und sollte möglicherweise gutachterlich begleitet werden.

X. Pandemie und Folgerungen

Die Corona-Lage hat diverse Herausforderungen für den Rettungsdienst mit sich gebracht, denn Einsatzzeiten verlängerten sich durch die notwendigen Schutz- und Hygienemaßnahmen teilweise deutlich. Auch sind die verfügbaren Lagerbestände für Schutzausstattungen teilweise schwierig aufrechtzuerhalten gewesen. Eine ausführliche statistische Auswertung der Träger ist derzeit noch nicht bekannt. Somit kann die Frage der Entwicklung der Einsatzzahlen nicht umfassend beantwortet werden. Dies kann durch die Träger des Rettungsdienstes erfolgen.

Der Rettungsdienst als solches war für die Corona-Lage für die Individualversorgung der Patienten ausgebildet und weitgehend ausgestattet.

Der angesprochene komplexe, gesundheitliche Bevölkerungsschutz ist aus unserer Sicht eine systemische und ganzheitliche Struktur der Gefahrenabwehr sowie des Katastrophen- und Zivilschutzes, welche die Bevölkerung vor Gefahren bewahren soll, deren Folgen bekämpfen oder minimieren soll. Die Corona-Lage in Mecklenburg-Vorpommern zeigt deutlich, dass ein vernetztes Versorgungssystem im medizinischen Bereich eines gesundheitlichen Bevölkerungsschutzes bedarf. Unserer Einschätzung nach zeigt diese Lage, dass eine dezentrale, aufwuchsfähige Struktur aus mehreren vernetzten Versorgungskomponenten (ambulant, stationär, nichtpolizeiliche

Gefahrenabwehr, usw.) bestehen muss, um die Bevölkerung in Krisensituationen versorgen zu können. Diese Struktur muss sichergestellt und nicht demontiert werden. Eine reine Ausrichtung auf gesundheitswirtschaftliche Aspekte erscheint hier nicht zielführend.

B. Gesamteinschätzung/ Bewertung

Als Fazit kann konstatiert werden, dass der öffentliche Rettungsdienst noch als leistungsfähig anzusehen ist, jedoch bedarf es dringender Korrekturen, um dies nicht zu gefährden. Auch die Qualität eines entscheidenden Zuweisers in den stationären Versorgungspfad sowie entscheidende Bestandteile der (notfall-)medizinischen Versorgungskette müssen mit all ihren Komponenten bewahrt werden, damit der Rettungsdienst und seine Strukturen in allen Lagen gemeinsam mit den weiteren medizinischen Akteuren im Land Patienten adäquat versorgen können.

Wir erlauben uns an dieser Stelle den Hinweis, die anerkannten Hilfsorganisationen an diesem Prozess zu beteiligen.

C. Zukunftsansätze

Aus unserer Sicht sind die wesentlichen Hinweise in den vorangegangenen Fragestellungen (spezielle in A.2 III.) mehrfach angemerkt worden. Aus unserer Sicht ist es wichtig, nochmals herauszustellen, dass der Rettungsdienst ein Teil der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr darstellt und Bestandteil einer dezentralen, aufwuchsfähigen Struktur aus mehreren vernetzten Versorgungskomponenten darstellt. Diese gehört auskömmlich strukturell, personell, technisch und finanziell ausgestattet, um im Alltag und im Krisenfall eine qualitativ hochwertige notfallmedizinische Versorgung sicherstellen zu können.

Landkreis Vorpommern-Greifswald

Der Landrat



Landkreis Vorpommern-Greifswald, Postfach 11 32, 17464 Greifswald

Landtag Mecklenburg-Vorpommern
Enquete-Kommission
„Zukunft der med. Versorgung in M-V“
Der Vorsitzende
Lennéstr. 1 (Schloss)
19053 Schwerin

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

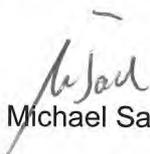
Greifswald, 08.10.2020

Sehr geehrter Herr Heydorn,

vielen Dank für Ihre Einladung zur öffentlichen Anhörung der Enquete-Kommission
„Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“ am 14.10.2020.

Beigefügt erhalten Sie die Beantwortung des von Ihnen zugesandten Fragenkatalogs.

Mit freundlichen Grüßen


Michael Sack

Anlage:
Beantwortung des Fragenkatalog

Kreissitz Greifswald

Feldstraße 85 a
17489 Greifswald
Postfach 11 32
17464 Greifswald

Telefon: 03834 8760-0
Telefax: 03834 8760-9000

Standort Anklam

Demminer Straße 71–74
17389 Anklam
Postfach 11 51/11 52
17381 Anklam

Internet: www.kreis-vg.de
E-Mail: posteingang@kreis-vg.de

Standort Pasewalk

An der Kürassierkaserne 9
17309 Pasewalk
Postfach 12 42
17302 Pasewalk

Bankverbindungen

Sparkasse Vorpommern
IBAN: DE96 1505 0500 0000 0001 91
BIC: NOLADE21GRW

Sparkasse Uecker-Randow
IBAN: DE81 1505 0400 3110 0000 58
BIC: NOLADE21PSW

Gläubiger-Identifikationsnummer
DE11ZZZ00000202986



**Öffentliche Anhörung der Enquete-Kommission
des Landtags Mecklenburg-Vorpommern
zur „Zukunft der medizinischen Versorgung
in Mecklenburg-Vorpommern“
am 14.10.2020**

Gemeinsame Stellungnahme des Landrates des Landkreises Vorpommern-Greifswald, Michael Sack, und des Eigenbetrieb Rettungsdienst des Landkreises Vorpommern-Greifswald zum Fragenkatalog der Enquete-Kommission

Fragenkatalog

Kommunale Vertreter

A. Grundsatzfragen / Detailfragen

A.1 Grundsatzfragen

1. Wie beurteilen Sie die aktuelle Gesundheitsversorgung in Mecklenburg-Vorpommern?
2. Inwieweit teilen Sie die Auffassung (aus dem Einsetzungsbeschluss), wonach eine bedarfsgerechte, gute und erreichbare Gesundheitsversorgung als elementarer Bestandteil der öffentlichen Daseinsvorsorge zu betrachten ist und was leitet sich daraus aus Ihrer Sicht ab?
3. Welche Kriterien bestimmen aus Ihrer Sicht die Qualität einer medizinischen Versorgung der Bevölkerung von Mecklenburg-Vorpommern?
Was sind aus Ihrer Sicht die hauptsächlichen Probleme bei bzw. in der medizinischen Versorgung der Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern und welche Auswirkungen haben diese Mängel auf die Patientenversorgung (bitte auch in ihrer Wertigkeit bzw. Dringlichkeit ihrer Lösung)?
Worin sehen Sie die Ursachen der genannten Mängel und welche Maßnahmen sind aus Ihrer Sicht erforderlich, um die benannten Mängel zu beseitigen?
4. Vor welchen Herausforderungen sehen Sie die Gesundheitsversorgung in M-V?



5. Die Vorhaltung einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung ist ein komplexer Vorgang und muss eng mit allen Beteiligten der Politik, Leistungserbringer und Kostenträger abgestimmt werden.
Die Leistungen welcher Fachabteilungen sollten Ihrer Meinung nach flächendeckend vorgehalten werden?
Welche Leistungen sollten Ihrer Meinung nach in spezialisierten Zentren bzw. konzentriert angeboten werden?

6. 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?

Antworten zu Fragenkomplex A.1 Grundsatzfragen:

Die Gesundheitsversorgung in M-V ist im Grunde auf einem hohen Niveau zu sehen. Dort, wo entsprechende Fachabteilungen vorhanden sind, entspricht sie dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaften.

Gerade aber die Erreichbarkeit einer bedarfsgerechten und guten Gesundheitsversorgung als elementarer Bestandteil der öffentlichen Daseinsvorsorge ist dabei als problematisch anzusehen. Unter den Bedingungen der demografischen Entwicklung im Flächenland MV, ist jedoch eine Lösung sehr komplex zu sehen.

Das Angebot an Leistungen in den Krankenhäusern fällt in eine Schere, die sich aus der Verknappung des Patientengutes und damit weniger Einnahmen einerseits und andererseits einem Zwang zum profitablen Arbeiten besonders im stationären Gesundheitswesen aufgrund des aktuellen Finanzierungsmodells ergibt. Einsparungen ganzer Fachabteilungen, die zur Grundversorgung der Bevölkerung gehören, sind die Folge und, was zu den verheerendsten Auswirkungen der Privatisierung der Krankenhäuser gehört: Gewinn kann nur noch über Personalabbau erzielt werden. Die nächste Schere ergibt sich, indem weniger Personal zwar besser bezahlt wird aber viel mehr leisten muss und deshalb abwandert und andererseits die Patientenversorgung unter der fehlenden Zuwendung zum Patienten leidet. Letztere lässt sich nicht allein durch gute Diagnostik und moderne Therapieverfahren ersetzen.

Es ist in den meisten Häusern zu einer großen Unzufriedenheit auf beiden Seiten - des medizinischen Personals und der Patienten - gekommen. Die Gesundheit verkommt zur Ware auf einem Markt medizinischer Leistungsangebote. Der Patient ist längst ein Mittel zum Zweck der Akquise geworden. Er ist eben nur noch Kunde in diesem Gesundheitssystem, was sicher niemand wirklich will, wozu das Übermaß der betriebswirtschaftlichen Zwänge jedoch führte und führt.

Parchim, Crivitz oder Wolgast sind beste Beispiele, wo Krankenhäuser aus den genannten Gründen wichtige Anteile ihrer Grundversorgung für die Bevölkerung aufge-



ben mussten. In diesem Sinne gehören eben die Gynäkologie und die Geburtshilfe, genauso wie die pädiatrische Basistherapie in regelversorgende Krankenhäuser. Letztere können diese Abteilungen jedoch wegen des Rückgangs der Fallzahlen nicht mehr alleine halten. Die Folge ist, dass wichtige Säulen der basalen Gesundheitsversorgung zentralisiert und die Wege der Bevölkerung dorthin unzumutbar lang werden. Abgesehen davon gehen diese Entwicklungen ebenfalls zu Lasten der Prähospitalzeiten für Notfallpatienten und die steigenden Transportaufgaben im Rettungsdienst produzieren drastische Erhöhungen in der Vorhaltung von Rettungsmitteln, um das Sicherheitsniveau in der Notfallmedizin halten zu können.

Es ist unbestritten, dass medizinische Versorgungsschwerpunkte, wie

- Neurochirurgie
- Kardiochirurgie
- Neuroradiologie
- Onkologie
- Kieferchirurgie u.ä.

den Zentren der Maximalversorgung vorbehalten bleiben können.

Hingegen zeigt sich, dass solche Einrichtungen, wie

- Regionale Stroke Units oder
- Kardiologische Katheterarbeitsplätze

in einem guten Verhältnis auch an peripheren Krankenhäusern vorgehalten werden können, da diese Patientenzahlen steigen und gerade hier auch kurze Wege für den Rettungsdienst die Rechtzeitigkeit für notwendige medizinische Interventionen gewährleisten. In diesem Sinne sind dann aber auch Transportmittel mit 24-Stunden-Vorhaltung für kurze Transportzeiten geboten, um Patienten, die nur in den Zentren der Maximalversorgung definitiv behandelt werden können, zeitgerecht dorthin zu transportieren. Das zeigen z.B. die sehr guten Erfahrungen seit Einführung des Nachtfluges am Luftrettungsstandort Greifswald.

Sinkende Patientenzahlen hingegen in der Geburtshilfe und in der Kinder- und Jugendmedizin dürfen nicht dazu führen, diese medizinischen Leistungsangebote im stationären Bereich weiter zu verknappen. Klar ist, dass aus betriebswirtschaftlichem Verständnis, diese Abteilungen, die immer weniger Patienten zu versorgen haben, unwirtschaftlich werden, da die geringen Fallzahlen nicht mehr den Aufwand an Kosten für Personal und Versorgungsleistungen decken lassen. Man kann sich sicher auch dem Argument nicht entziehen, dass weniger Erfahrung durch Vereinzelung der Fälle zur Verkümmern von Fähigkeiten und Fertigkeiten beim medizinischen Personal führen können. Jedoch ist nicht zu verstehen, dass die Zentren der medizinischen Versorgung, die noch diese Fachabteilungen vorhalten, nicht den Auftrag erhalten soll-



ten, ihr Personal zu erweitern, um damit die gefährdete periphere Grundversorgung durch Rotation der Fachleute aufrecht zu erhalten.

A.2 Detailfragen

I. Stationäre Versorgung

1. Ist die aktuelle Anzahl und Verteilung der Krankenhäuser und Krankenhausbetten mit Blick auf eine bedarfsrechte und flächendeckende Versorgung ausreichend? Gibt es ausreichende Angebote der Spitzenmedizin sowie der Grund- und Regelversorgung? Könnte aus Ihrer Sicht die Versorgung auch mit weniger Krankenhäusern sichergestellt werden?
2. Wie bewerten Sie die zeitweilige Abmeldung von Stationen bzw. Abteilungen durch Krankenhausträger?
3. Wie bewerten Sie die Krankenhausträgerschaft durch Kommunen?
4. Inwieweit sollten Krankenhäuser wieder stärker in Kommunale Trägerschaft überführt bzw. die Mitbestimmungs- und Mitwirkungsrechte von Kommunen ausgebaut werden? Welche Probleme und Herausforderungen sehen Sie bei der Rekommunalisierung von Krankenhäusern?
5. 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
6. Wie bewerten Sie die derzeitige stationäre notfallmedizinische Sicherstellung im Land?
7. Welche Bedeutung hat das nächstgelegene Krankenhaus für Sie? Sehen Sie einen Zusammenhang zwischen dem Krankenhausstandort und der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit Ihrer Kommune / Ihrem Landkreis?



8. Sehen Sie ihr nächst gelegenes Krankenhaus als Standortfaktor für den Zuzug von Familien?
9. Wie beurteilen Sie die Ausstattung der Krankenhäuser und des ambulanten Sektors mit Fachärzten? Wie schätzen Sie das Ressourcenpotenzial der Krankenhäuser zur Unterstützung der niedergelassenen Ärzte bei der ambulanten (spezial-)fachärztlichen Versorgung ein?

Antworten zu Fragenkomplex A.2 Detailfragen / I. Stationäre Versorgung:

Hier wird auf bereits angesprochene Probleme unter Grundsatzfragen verwiesen. Darüber hinaus kann davon ausgegangen werden, dass das derzeitige Finanzierungsmodell und damit der Zwang der meisten Krankenhäuser zur Privatisierung zur absoluten Unzufriedenheit nicht nur bei den Mitarbeitern in den Einrichtungen, sondern auch im Bereich der Krankenhausleitungen geführt hat. Gesundheit kann und darf keine Ware sein und ist es aber geworden. Die Re-Kommunalisierung von privaten Krankenhäusern könnte tatsächlich dazu führen, dass die öffentliche Hand ein größeres Augenmerk auf die Grundfeste der Patientenversorgung als Daseinsvorsorge legt. Der Einfluss der kommunalen Volksvertreter auf eine angemessene personelle Besetzung und Zuwendung zum Patienten sowie ein gesundes Verhältnis zwischen tatsächlichem Bedarf und Durchführung medizinischer Leistungen ist sicher wesentlich bedeutsamer. Jedoch stellt sich die Frage, ob man nicht die Probleme, die sich aus der DRG-gesteuerten Finanzierung ergeben, jetzt einfach auf die Kommunen überträgt, die dann auch die Last der Defizite mitzutragen haben. Ist nicht vielmehr vorher dafür Sorge zu tragen, dass der betriebswirtschaftliche Fokus einem anderen weicht, nämlich dem auf die tatsächliche Zuwendung zum Patienten. In einem so reichen Land wird gerade an dieser Stelle gespart, hat sich der Sinn der Medizin vom Patienten weg zum betriebswirtschaftlichen Selbsterhalt der Einrichtungen verkehrt. Das führt sogar zu Überangeboten an elektiven Leistungen am Patienten, nur um die Produktivität zu steigern und Überschüsse zu erwirtschaften, die ein Überleben am Gesundheitsmarkt sichern. Re-Kommunalisierung ist also eindeutig wünschenswert aber die Finanzierungsbedingungen müssen sich zuerst ändern, um den Menschen wieder in den Mittelpunkt der Bemühungen der Krankenhäuser zu rücken.

Die stationäre notfallmedizinische Sicherstellung in den Krankenhäusern ist unterschiedlich ausgeprägt. Wünschenswert wäre es, generell in den Einrichtungen Systeme zu haben, um einen Notfall früh zu erkennen und abzuwenden. In den stationären Bereichen, die eine geringere Nähe zur Notfallmedizin haben, ist oft der Blick des Personals auf Frühsymptome, die die Entstehung bedrohlicher Situationen anzeigen, weniger ausgeprägt. Hier fehlt es an Erfahrungen bzw. regelmäßigen Schulungen. Zentrale notfallmedizinisch mehr versierte Teams sollten im Sinne eines „Herzalarms“ in Krankenhäusern vorgehalten und aber nicht erst bei vitaler Bedrohung, sondern schon bei Verschlechterung des Patientenzustandes im Sinne der Frühzeichen für eine le-



bensbedrohliche Situation, zum Einsatz kommen. Eine einheitliche Ausstattung mit modernen notfallmedizinischen Geräten und Ausrüstungen ist dabei unabdingbar erforderlich, wie auch das regelmäßige Training der Notfallteams in einer simulierten realitätsnahen Umgebung.

II. Ambulante Versorgung

1. Wie beurteilen Sie die Struktur und den Umfang des derzeit organisierten Bereitschaftsdienstes der niedergelassenen Ärzte?
2. Wie beurteilen Sie die Kapazitäten von therapeutischen Angeboten in Ihrer jeweiligen Region.
3. Haben Sie in Ihrer Region wesentliche Veränderungen und ggf. welche im Bereich der niedergelassenen Ärzte/ Fachärzte wahrgenommen? Was sind aus Ihrer Sicht die Ursachen für diese Veränderungen?
4. Wie beurteilen Sie die Entwicklung der Niederlassungsverteilung und Niederlassungen im ärztlichen, fachärztlichen und allgemeinärztlichen Bereich in ländlichen Regionen im Vergleich zu den Städten? Wo sehen Sie Probleme?
5. Sind Ihnen Probleme in der flächendeckenden Arzneimittelversorgung bekannt? Wenn ja, welche? Welche tragbaren Lösungsansätze sehen Sie für die Zukunft, auch vor dem Hintergrund von Überalterung und der demografischen Entwicklung? Welchen Beitrag könnten ggf. auch Kommunen zur Sicherstellung der Arzneimittelversorgung leisten?
6. Welche sektorenübergreifenden Maßnahmen wären aus Ihrer Sicht notwendig, um in Flächenlandregionen, gemeinsam mit allen verfügbaren Ressourcen, den ambulanten und stationären Versorgungsbedarf zu sichern?
7. An welchen Standorten einer Region sollten Ihres Erachtens nach regionale Gemeindeggesundheitszentren / MVZs errichtet werden? Sollten grundsätzlich noch stärker ambulante Versorgungsangebote am Standort eines Krankenhauses geschaffen werden? Welche Vor- bzw. Nachteile sehen Sie? In welcher Form wäre eine Beteiligung der Kommune denk- und machbar?
8. Kann die fremdkapitalgestützte Gründung von MVZ mit angestellten Ärzten und Zahnärzten gerade für die ländlichen Regionen eine Chance auf dauerhafte Versorgungssicherheit sein? Wo sehen Sie ggf. Probleme?
9. Welche Modellvorhaben, Projekte und Kampagnen wurden für Ihre Region erarbeitet und / oder umgesetzt, um die medizinische Versorgung für die Zukunft zu sichern?



Sehen Sie innovative Lösungen der Gesundheitsversorgung, wie Arztbusse und nicht-ärztliche Praxisassistenten (Schwester Agnes), eine Chance für Ihre Region? Welchen Beitrag könnten Sie als Kommune leisten, um diese Modelle zu stärken?

10. Welche Herausforderungen bzw. welches Verbesserungspotenzial sehen Sie beim Entlassungsmanagement bzw. beim Übergang in die stationäre Versorgung?

Antworten zu Fragenkomplex A.2 Detailfragen / II. Ambulante Versorgung:

Kassenärztlicher Bereitschaftsdienst und Rettungsdienst werden in M-V komplett unabhängig voneinander betrieben. Erst in den letzten Monaten gibt es ernste Bestrebungen zur Zusammenarbeit. Die Landes-KV ist bereit, in einer Leitstelle für ein jeweils größeres Gebiet auch den kassenärztlichen Bereitschaftsdienst disponieren zu lassen. Modellhaft wird derzeit in Vorpommern ein Vertrag zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung M-V und dem Landkreis Vorpommern–Rügen erstellt, der die Aufschaltung der 116117 noch in 2020 auf die Leitstelle Stralsund zum Ziel hat, um eine Disponierung aller KV-Dienste der Landkreise Vorpommern-Rügen und Vorpommern-Greifswald zu ermöglichen. Das ist ein bedeutsamer Schritt, da dieser nun auch Synergieeffekte ermöglicht. Diese sollen anhand verschiedener Modellprojekte zur Reduzierung von Defiziten, die sich aus der heutigen Parallelstellung der Systeme der Notfallversorgung ergeben, nachfolgend beschrieben werden.

Der demografische Wandel in den Flächenländern führt zum deutlichen Bevölkerungsrückgang in den ländlichen Gebieten. Die Auswirkungen auf die damit verbundene soziale Infrastruktur sind erheblich. So werden Hausarztpraxen nach Ausscheiden der Ärzte wegen fehlender Attraktivität, nicht zuletzt aus Gründen der geringen Patientenzahl, nicht wiederbesetzt. Die Zahl der Bereitschaftsdienste außerhalb der Sprechstundenzeiten verteilt sich auf wenige Hausärzte und übersteigt bei Weitem die Belastbarkeit des einzelnen Arztes, der darauf jedoch im Regelbetrieb seiner Praxis keinerlei Rücksicht nehmen darf.

Die Kassenärztliche Vereinigung reagiert darauf mit Erweiterung der Dienstgebiete, was zwar die Dienstfrequenz der Ärzte wiederum senkt, den Zeitaufwand für einen Hausbesuch jedoch durch den Aufwand an Fahrzeit erheblich vergrößert. Die Wartezeiten für die Akutpatienten auf den Bereitschaftsarzt wachsen, der Griff zur einzigen Alternative wird für Arzt und Patient als Ausweg, nicht nur aus Bequemlichkeit, zunehmend gebräuchlicher.

Die Anforderungen der Notfallrettung über die 112 bei akuten Gesundheitszuständen ohne vitale Bedrohung sind in den letzten Jahren erheblich gestiegen. Ein gewachsenes Anspruchsdenken und die besagten Strukturschwächen in der kassenärztlichen Versorgung stehen dabei den in vielen Leitstellen noch fehlenden Instrumenten einer angepassten Notrufabfrage und dem dazu auch erforderlichen Trainingszustand der



Disponenten gegenüber. Der Einsatz nichtärztlich besetzter Rettungsmittel ist kein Ausweg aus dem Dilemma, da die Kompetenzen des Rettungsdienstpersonals eingeschränkt sind und es daher entweder zu erhöhten Krankenhauseinweisungen oder Nachforderungen des Notarztes kommt. Häufig wird letzterer deshalb primär mit disponiert. Ein Anstieg der Notarztquote auf über 50% ist in vielen Rettungsdienstbereichen die Folge. Das ist gelebte Wirklichkeit bis heute. Ein deutlicher Trend zur Umkehr kann dabei noch nicht festgestellt werden, aber es gäbe gute Ansätze, hier Abhilfe zu verschaffen.

Ein erster Versuch, im damaligen Landkreis Ostvorpommern bereits im Jahre 2008 durch ein Modell der Zusammenarbeit zwischen kassenärztlicher Vereinigung und Rettungsdienst Synergien herbeizuführen, konnte aus Gründen fehlender Bereitschaft der niedergelassenen Ärzte und rechtlicher Bedenken des die Fachaufsicht für den Rettungsdienst ausübenden Ministeriums trotz bereits weitreichender gemeinsamer Schritte der Landes-KV und des Rettungsdienstträgers nicht umgesetzt werden. Eine komplexe Herangehensweise an die Lösung des Problems sah vor, die Disponierung beider Systeme in der integrierten Leitstelle Greifswald zu vereinen, Notfallambulanzen an den Krankenhäusern und in Schwerpunktpraxen außerhalb der Sprechstundenzeiten vorzuhalten und die Notärzte mit erforderlichen Kompetenzen und Mitteln auszustatten, um primär als Notarzteinsatz begonnene KV-Einsätze auch als solche beenden zu können. Die Vorteile lagen auf der Hand:

Patienten könnten in Notfallambulanzen geleitet oder transportiert werden

Fahrdienste der kassenärztlichen Vereinigung müssten nur in Ballungsgebieten und zu Spitzenbelastungen vorgehalten werden

Wenige Akutpatienten müssten tatsächlich, aber dann auch gerechtfertigt von einem Arzt zu Hause besucht werden, was im ländlichen Bereich der ohnehin durch Einsätze wenig belastete Notarzt mit übernehmen könnte

Die Disponierung aller Notfalleinsätze in einer gemeinsamen Leitstelle über ein Notrufabfragesystem, das mit dem Einsatzleitrechner gekoppelt ist, führt zu einer optimierenden telefonischen Triage und damit indikationsgerechterem Einsatz der zur Verfügung stehenden Ressourcen zur Bewältigung der Notfallversorgung

Die Effekte lägen auf der Hand. Patientenströme könnten zur Entlastung der kassenärztlichen Fahrdienste umgeleitet werden. Eine entsprechende Disponierung hätte die Senkung nicht indizierter Notarzteinsätze zur Folge, obwohl ein „Rest“ an tatsächlich akut behandlungswürdigen und nicht vital bedrohten Patienten noch im Notarzteinsatz weiter anfallen würde.

Das Scheitern dieses ersten Versuches der Annäherung beider Systeme im Nordosten des Landes musste aus besagten Gründen zunächst in Kauf genommen werden.



Insbesondere der gefährdete Sicherstellungsauftrag der Notfallrettung war für die Fachaufsicht Grund, das gemeinsame Vorhaben der kassenärztlichen Vereinigung M-V und des Landkreises Ostvorpommern nicht mehr zu begleiten. Die gesetzlich fixierte Hilfsfrist des Notarztes durfte nicht durch Hausbesuche verletzt werden.

Inzwischen gibt es z.B. im Landkreis Märkisch Oderland im Land Brandenburg eine ähnliche Lösung in ausgewählten Gebieten. Notärzte werden über die zentrale Disponierung der KV-Einsätze im Land direkt in die Akutversorgung der kassenärztlichen Vereinigung einbezogen. Zuvor erhalten sie eine persönliche Ermächtigung für die KV-Tätigkeit am Notarztstandort. Der Grund, weshalb hier der Sicherstellungsauftrag für die Notfallrettung keine Rolle spielt, ist die fehlende gesetzlich fixierte Hilfsfrist für Notärzte im Land Brandenburg.

Der Einzug der Telemedizin in die präklinische Notfallversorgung eröffnet weitere Möglichkeiten zur Überwindung der Strukturprobleme der kassenärztlichen Versorgung in Flächengebieten. Gute Ansätze dafür zeigen sich bereits im Landkreis Vechta. Dort wird ein Gemeinde-Notfallsanitäter in Anlehnung an die Gemeindeschwester eingesetzt, um akute Hausbesuche außerhalb der Sprechstundenzeiten in Substitution des kassenärztlichen Dienstes durchzuführen. Neben seiner auf diese Aufgabe ausgerichteten speziellen Ausbildung und einer entsprechenden Ausstattung über Ausrüstungen und Notfallmedikamente des Rettungsdienstes hinaus, wird der Notfallsanitäter auf Wunsch telemedizinisch durch Ärzte aus der Universitätsmedizin Oldenburg begleitet. Die bisherigen guten Erfahrungen rechtfertigen die Fortführung und Erweiterung dieses Modells.

In Vorpommern–Greifswald sah das Projekt Land|Rettung in einer vierten Säule eine Intensivierung der Zusammenarbeit des Rettungsdienstes mit der kassenärztlichen Vereinigung vor. Eine Absichtserklärung, die zwischen dem Träger des Rettungsdienstes und der Kassenärztlichen Vereinigung des Landes Mecklenburg-Vorpommern 2015 vereinbart wurde, hatte die Disponierung der Einsätze beider Systeme in einer Leitstelle zum Ziel, sowie die Prüfung einer Einbeziehung von Notärzten an ausgewählten Standorten auf geeignete Weise zur Entlastung der niedergelassenen Ärzte außerhalb der Sprechstundenzeiten. Ähnlich wie in Märkisch Oderland wurden zu diesem Zweck zwei Notarztstandorte, die von einem Vertragspartner in der Notarztstellung betrieben werden, ausgesucht. In Pasewalk sollte eine Notfallambulanz am Krankenhaus eingerichtet werden, um außerhalb der Sprechstundenzeiten bis 23:00 Uhr Akutpatienten zu behandeln. Die Notärzte der Standorte Glasow und Strasburg sollten nach 23:00 Uhr den Bereitschaftsdienst mittels eines speziellen Telefons übernehmen. Im Falle einer Entscheidung, einen sofortigen Hausbesuch durchzuführen, wäre das Notarzteinsatzfahrzeug komplett dazu zum Einsatz gekommen. Um den Sicherstellungsauftrag in der Notfallrettung nicht zu gefährden, wenn es bei einem Folge- oder Paralleleinsatz nun zu längeren Anfahrtszeiten eines Notarztes zum Notfallort kommt, sollten mindestens an zwei Rettungswachen im Einsatzgebiet Ret-



tungswagen aufgerüstet werden, um in das Telenotarztssystem integriert werden zu können. Auf diese Weise wäre jederzeit eine Überbrückung bis zum Eintreffen des Notarztes durch eine Einbeziehung des Greifswalder Telenotarztes möglich gewesen. Auf Seiten der Kassenärztlichen Vereinigung und des Trägers des Rettungsdienstes konnten bereits Absprachen über spezielle Ausrüstungen des Notarztes und ein Finanzierungsmodell getroffen werden. Allerdings scheiterte das Projekt daran, dass nur ein Bruchteil der am Dienstsysteem beider Standorte teilnehmenden Notärzte bereit waren, Aufgaben für die kassenärztliche Vereinigung zu übernehmen.

Bis zum Ende des Projektes beschränkte sich die weitere Arbeit an der Thematik der Säule 4 auf gemeinsame jedoch sehr konstruktive Beratungen zwischen dem Rettungsdienstträger und der Kassenärztlichen Vereinigung M-V zur künftigen gemeinsamen Disponierung beider Systeme der Notfallversorgung über eine Leitstelle. Einbezogen wurde dabei auch der Träger des Rettungsdienstes des Nachbarkreises Vorpommern-Rügen, um, wie bereits erwähnt, den kassenärztlichen Bereitschaftsdienst aus einer Leitstelle für beide Kreisgebiete mit zu disponieren. Gute Voraussetzungen sind dabei durch die gleichartigen Einsatzleitersysteme und die bereits bestehende enge Zusammenarbeit der beiden Kreise auch auf dem Gebiet des Rettungsdienstes gegeben.

Bei einem Blick in die Zukunft sollen nun, neben einer dann vollzogenen gemeinsamen Disponierung auch wieder Synergien durch andere Systemkomponenten noch wesentlich komfortabler ermöglicht werden können. Der bereits im Nordwesten der Bundesrepublik im Regeleinsatz von den Sozialleistungsträgern finanzierte Gemeinde-Notfallsanitäter ist nach Ansicht der Autoren absolut geeignet, auch in Vorpommern zur Entlastung der Notfallversorgung beizutragen. Die ausgezeichneten Erfahrungen mit diesem System sollten daher zeitnah auch zum Aufbau von Dienstgruppen in dieser ländlichen Region führen. Die telemedizinische Begleitung der Notfallsysteme bekommt dabei einen immer größeren Stellenwert. Beim weiteren Ausbau des Telenotarztssystems mit Anschluss aller Rettungswagen in Vorpommern ist bei sinkenden Einsatzzahlen der Notfallrettung im ländlichen Bereich auch neben dem Gemeinde-Notfallsanitäter der Einsatz des Telenotarztes zu Akutpatienten bei Übernahme von Aufgaben des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes denkbar. Die Rahmenbedingungen dazu müssen im nächsten Schritt gemeinsam abgesteckt werden. Der auch durch das Projekt LandIRettung gewachsene enge Schulterschluss zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und den Trägern des Rettungsdienstes gerade in Vorpommern sollte die Herausforderungen für eine zukunftssichere Notfallversorgung gemeinsam meistern lassen.



III. Rettungsdienst und Krankentransport

1. Wie beurteilen Sie die notfallmedizinische Versorgung im Land und welchen Handlungsbedarf sehen Sie?
2. Wie beurteilen Sie die personelle und technische Ausstattung des Rettungsdienstes und welche Herausforderungen und Probleme sehen Sie?
3. Kann die gegenwärtige Hilfsfrist flächendeckend realisiert werden? Wenn nein: Was wäre aus Ihrer Sicht notwendig, um die Hilfsfrist flächendeckend umzusetzen?
4. Wie sehen Sie die Möglichkeit, mit den bestehenden technischen und personellen Ressourcen mehr Verlegungsfahrten zwischen den Krankenhäusern zu leisten, um komplexe Fälle von einem peripheren Krankenhaus in ein Zentrum zu verbringen?
5. Wie beurteilen Sie die technische Ausstattung des Rettungsdienstes / der Rettungswachen. Welche Herausforderungen und Probleme sehen Sie?
6. Wie schätzen Sie die technische und personelle Leistungsfähigkeit ihrer Rettungsmittel zur Akutverlegung von Kindern und Jugendlichen ein?
7. Wie beurteilen Sie den gegenwärtigen Stand der Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzt*innen und den Rettungsdiensten im Land und welchen Handlungsbedarf sehen Sie?
8. Was spricht für bzw. gegen eine Berücksichtigung des Telenotarztes bei der gegenwärtigen Überplanung des Rettungsdienstes in M-V?
9. Welche Hinweise für die Überplanung des Rettungswesens in Mecklenburg-Vorpommern haben Sie?
10. Wie bewerten Sie den Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit „Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung“ vom 10. Januar 2020 und welche positiven bzw. negativen Auswirkungen würden sich für M-V ergeben, wenn das Gesetz so beschlossen würde?
11. Wie bewerten Sie die Situation im Krankentransport in M-V und welchen Handlungsbedarf sehen Sie?

Antworten zu Fragenkomplex A.2 Detailfragen / III. Rettungsdienst und Krankentransport, Fragen 1 bis 3:

Prinzipiell befindet sich die notfallmedizinische Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern auf einem strukturell hohen Niveau. Die gesetzlich definierten Hilfsfristen stellen eine schnelle Verfügbarkeit professioneller Hilfe in medizinischen Notfällen si-



cher. Die Ausstattung des Rettungsdienstes ist insbesondere hinsichtlich Fahrzeugen und medizinischem Equipment gut.

Mit dem relativ neuen Berufsbild des Notfallsanitäters und der stetigen Verbreitung entsprechend ausgebildete Rettungsdienstmitarbeiter steht zunehmend besonders gut qualifiziertes nicht-ärztliches Rettungsdienstfachpersonal zur Verfügung.

In vielen Feldern spielen Regionen in Mecklenburg-Vorpommern eine (auch bundesweite) Vorreiterrolle, so beispielsweise im Bereich der präklinischen Telemedizin, der Verfügbarkeit der Luftrettung sowie der Bluttransfusion im Rettungsdienst. Die in Teilen des Landes bereits eingeführte Smartphone-basierte Alarmierung von Ersthelfern stellt ein weiteres Qualitätsmerkmal dar.

Herausforderungen ergeben sich derzeit vielerorts in der Gewinnung von ausreichend gut qualifiziertem Personal insbesondere im Bereich der Notärzte; es bedarf oft großer Anstrengungen, alle Dienstpläne lückenlos zu füllen. Eine besondere Herausforderung besteht darin, möglichst flächendeckend hoch qualifiziertes notärztliches Personal mit tiefgreifenden Spezialkenntnissen für die Versorgung schwerer Erkrankungen und Verletzungen zu gewinnen und diese Mitarbeiter hinsichtlich der lokalen Gegebenheiten und Vorgehensweisen zu schulen.

Ein weiteres derzeit bestehendes Problem liegt in der Verfügbarkeit und korrekten Zuordnung der richtigen Ressource für den jeweiligen Einsatz. Die oft eingeschränkte Verfügbarkeit des Kassenärztlichen Notdienstes und einer engmaschigen Hausärztlicher Betreuung vor Ort beim Patienten führt zu nicht zielführender „Fehl“-Inanspruchnahme des Rettungsdienstes. Gleichzeitig wird im Rettungsdienst in Mecklenburg-Vorpommern keine geeignete Ressource zur Behandlung minderschwere Fälle ohne Transportnotwendigkeit vorgehalten (vergleichbar etwa zum Gemeindenotfallsanitäter und ähnlicher Projekte); auf Ebene der Rettungsleitstellen wäre zur optimalen Einschätzung der Behandlungspriorität eine spezifische Berufsausbildung zum Leitstellendisponenten wünschenswert, eine solche gibt es in Deutschland derzeit nicht. Auch die technische Unterstützung der Disponenten sollte intensiviert werden, beispielsweise durch die Implementierung von Videotelefonie, um sich schon bei der Auswahl der richtigen Ressource „ein Bild machen“ zu können.

Zukünftig werden eine Reihe von Trends die skizzierten Herausforderungen verschärfen – die Personalgewinnung insbesondere im ländlichen Raum wird schwieriger, die Verfügbarkeit von anderen Ressourcen medizinischer Hilfe (familiäre Unterstützung, Hausärzte, Kassenärztlicher Notdienst, etc.) nimmt ab, der medizinische Fortschritt führt zeitgleich zu einer weiteren Konzentrierung und Spezialisierung von Kliniken einerseits sowie zu einer Zunahme seltener, komplexer Therapien im Rettungsdienst, welche hochqualifiziertes Personal erfordern.



Um diesen zukünftigen Herausforderungen adäquat zu begegnen, ist die Kombination mehrerer Puzzlestücke zur Weiterentwicklung des Rettungsdienstes erforderlich: Das Berufsbild des Notfallsanitäters sollte weiter gestärkt werden; um eigenverantwortlich sicher handeln zu können und entsprechende Kompetenzen übertragen zu bekommen, ist eine fundierte Ausbildung, regelmäßige Fortbildung sowie Supervision im Einsatzdienst unbedingt erforderlich. Unterstützend sollte die Telemedizin flächendeckend verfügbar sein. Wird zudem eine optimierte Einschätzung der Schwere einer Verletzung oder Erkrankung durch speziell ausgebildetes Personal in den Leitstellen umgesetzt, werden zukünftig wesentlich mehr Fälle durch Notfallsanitäter und Telenotärzte ohne einen Notarzt vor Ort versorgt werden können. Die resultierenden geringeren Einsatzzahlen für Notärzte bieten die Möglichkeit, nur noch optimal qualifiziertes Personal an weniger Standorten einzusetzen.

Um gleichwohl eine flächendeckende zeitnahe Versorgung aller Regionen sicherzustellen, muss die Luftrettung ausgebaut werden, um zeitgerecht den hochqualifizierten Spezialisten zum Patienten zu bringen. Hierzu sind langfristig die technischen und juristischen Voraussetzungen zu schaffen, um auch gänzlich sichtunabhängig Notärzte im Rahmen des sogenannten Instrumentenflugs schnellstmöglich an jeden Ort zu transportieren. Der sichtunabhängige Instrumentenflug ist derzeit im Rahmen der Primärrettung noch nicht zugelassen, sodass der Einsatz eines Rettungshubschraubers (auch nachts) nur bei entsprechenden Sichtverhältnissen möglich ist. Gleichwohl stellt die Möglichkeit, hochqualifizierte Notärzte zu jedem Zeitpunkt über weite Entfernungen zum Patienten transportieren zu können insbesondere in dünn besiedelten Regionen einen Schlüsselfaktor dar, um den Rettungsdienst angesichts der kommenden Herausforderungen gezielt zu entwickeln. Eine entsprechende technische Entwicklung, insbesondere aber Schaffung der rechtlichen Voraussetzungen sollte mit hoher Priorität vorangetrieben werden.

Antworten zu Fragenkomplex A.2 Detailfragen / III. Rettungsdienst und Krankentransport, Fragen 4 bis 7:

4. Wie sehen Sie die Möglichkeit, mit den bestehenden technischen und personellen Ressourcen mehr Verlegungsfahrten zwischen den Krankenhäusern zu leisten, um komplexe Fälle von einem peripheren Krankenhaus in ein Zentrum zu verbringen?

Der Rettungsdienst ist im Wesentlichen technisch und personell adäquat ausgerüstet, um Verlegungsfahrten komplexer Fälle durchzuführen. Häufig werden diese Verlegungen jedoch notärztlich begleitet (oft auch weil verlegende Kliniken nicht über die personellen Ressourcen verfügen, einen Arzt zur Transportbegleitung zu entsenden); hierdurch entstehen insbesondere bei längeren Transporten potentiell Lücken in der notfallmedizinischen Primärversorgung. Bei einer starken Zunahme entsprechender



Verlegungsfahrten müssen – teils bereits in Planung befindliche – hierfür geeignete zusätzliche Ressourcen (ITW, Verlegungs-NEF) in Dienst gestellt werden.

5. Wie beurteilen Sie die technische Ausstattung des Rettungsdienstes / der Rettungswachen. Welche Herausforderungen und Probleme sehen Sie?

Die Ausstattung des Rettungsdienstes ist insbesondere hinsichtlich Fahrzeugen und medizinischem Equipment gut. Die technische Anbindung an einen Telenotarzt sollte noch ausgebaut werden.

Die baulichen Voraussetzungen der Rettungswachen entsprechen noch nicht überall den festgelegten Anforderungen, hier sind vielerorts in den nächsten Jahren Investitionen zu tätigen.

Wünschenswert wäre für eine Einheitlichkeit der Ausstattung und zur Generierung von Kostenvorteilen, Beschaffung in möglichst großen Kontingenten zu tätigen – auch im Rahmen von Landkreis-übergreifenden Verfahren, möglicherweise ist sogar in mancher Hinsicht eine Landeseinheitliche Standardisierung und gemeinsame Beschaffung von Vorteil.

6. Wie schätzen Sie die technische und personelle Leistungsfähigkeit ihrer Rettungsmittel zur Akutverlegung von Kindern und Jugendlichen ein?

Die Leistungsfähigkeit der Rettungsmittel zur Akutverlegung von Kindern und Jugendlichen ist gegeben. Gleichwohl stellen Verlegungen insbesondere kritisch kranker oder kritisch verletzter Kinder und Jugendliche derzeit im Rettungsdienst extrem seltene Einsätze dar, sodass nicht überall eine hohe praktische Routine in derartigen Einsätzen vorausgesetzt werden kann.

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

Im Gros der üblichen rettungsdienstlichen Einsätze erfolgt die Zusammenarbeit reibungslos. Großer Handlungsbedarf besteht jedoch hinsichtlich der bedarfsgerechten Zuordnung von Patienten, die sich an den Rettungs- bzw. Kassenärztlichen Notdienst wenden zur jeweils sinnvollen Ressource. Optimaler Weise sollten beide Ressourcen über eine gemeinsame Leitstelle disponiert werden. Die Übergabe von Patienten von einem System ins andere sollte nahtlos erfolgen, ohne dass der Patient eine andere Nummer wählen und seine Situation erneut schildern muss.



In Regionen, in denen der Kassenärztliche Notdienst seinem Versorgungsauftrag nur noch bedingt nachkommen kann, sollte der Rettungsdienst unbedingt eigene Ressourcen für die ambulante Versorgung minderschwerer Fälle aufbauen („Gemeinde-notfallsanitäter“). Eine Nutzung von Rettungswagen, mit denen eigentlich ambulant zu versorgende Fälle in Kliniken transportiert werden, ist weder aus Sicht des Gesundheitssystems noch aus Patientensicht sinnvoll.

Antworten zu Fragenkomplex A.2 Detailfragen / III. Rettungsdienst und Krankentransport, Fragen 8 bis 11:

8. Was spricht für bzw. gegen eine Berücksichtigung des Telenotarztes bei der gegenwärtigen Überplanung des Rettungsdienstes in M-V?
9. Welche Hinweise für die Überplanung des Rettungswesens in Mecklenburg-Vorpommern haben Sie?

Der Telenotarzt sollte flächendeckend Anwendung finden. Er kann eine wichtige Rolle bei der Unterstützung von Notfallsanitätern und der Delegation von Maßnahmen spielen. Langfristig wird der Rettungsdienst mit wesentlich weniger Notärzten (an die ein höherer Qualitätsanspruch als derzeit verbreitet anzulegen ist) durchgeführt werden können, wenn gut ausgebildete und regelmäßig im Einsatz supervidierte Notfallsanitäter den Großteil der Patienten versorgen und der Telenotarzt gleichsam als Rückfallebene sofort verfügbar ist.

Vor einem Trugschluss muss an dieser Stelle allerdings in aller Deutlichkeit gewarnt werden: Es wird weiterhin schwer erkrankte und lebensbedrohlich Verletzte Patienten geben, die schnellstmöglich durch einen hochqualifizierten Notarzt behandelt werden müssen, um ihnen die bestmögliche Überlebenschance zu bieten. Ohne weitere Maßnahmen kann also die Einführung von Telemedizin nicht dazu führen, Notarztstandorte zu reduzieren, weil das dichte Netz an Notärzten vorerst zur unmittelbaren notärztlichen Versorgung der besonders kritischen Patienten erforderlich ist. Die Reduktion von Standorten ist möglich – und sollte aus Aspekten der Qualität des verfügbaren Personals ebenso wie aus Aspekten der effizienten Ressourcennutzung unbedingt verfolgt werden – sobald per Instrumentenflug jederzeit ein Notarzt per Hubschrauber eingesetzt werden kann. Hierfür sollten entsprechende (gesetzliche) Voraussetzungen geschaffen werden.

Die gesetzlichen Vorgaben für den Rettungsdienst sollten zudem um das Konzept der Prähospitalzeit erweitert werden: Die bisher festgelegte Hilfsfrist definiert wann der Rettungsdienst beim Patienten eintrifft. Für viele Erkrankungsbilder und lebensbedrohliche Verletzungen ist aber das Eintreffen in einer geeigneten Klinik für das Überleben entscheidend. Angesichts zunehmender (und medizinisch sinnhafter) Spezialisierung



und Zentralisierung von bestimmten Abteilungen und ganzen Kliniken Verlängern sich die Transportzeiten. Eine gesetzliche Vorgabe für zu erfüllenden Prähospitalzeiten für spezifische Tracerdiagnosen (beispielsweise Herzinfarkt, Schlaganfall, Polytrauma, etc.) und deren nachfolgender Berücksichtigung in der Ressourcen- und Standortplanung würde zu Anpassungen rettungsdienstlicher Strukturen führen, die sich eng an der medizinischen Sinnhaftigkeit orientieren.

- 10.** Wie bewerten Sie den Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit „Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung“ vom 10. Januar 2020 und welche positiven bzw. negativen Auswirkungen würden sich für M-V ergeben, wenn das Gesetz so beschlossen würde?

Die geplante Übernahme der investiven Kosten für den Rettungsdienst aus Steuermitteln statt die Finanzierung über die Krankenkassen bietet ein großes Risiko für eine erhebliche Belastung des Landeshaushaltes, ist geeignet die Einführung medizinischer Innovationen im Rettungsdienst zu bremsen und birgt die Gefahr einer regional erheblich unterschiedlichen Strukturqualität im Rettungsdienst und sollte seitens des Bundeslandes unbedingt abgelehnt werden.

- 11.** Wie bewerten Sie die Situation im Krankentransport in M-V und welchen Handlungsbedarf sehen Sie?

Es besteht kein großer Handlungsbedarf, der Krankentransport ist bedarfsgerecht. Allerdings kommt es oft im Rahmen von Entlassungen nach ambulanter Behandlung in Notaufnahmen zu einer Fehlanspruchnahme: Nach einer derartigen Behandlung wird der Rücktransport des Patienten in sein Zuhause per Taxi nicht von den Krankenkassen übernommen. Für Patienten, die nicht auf entsprechende familiäre oder finanzielle Ressourcen zurückgreifen, gestaltet sich die Rückkehr aus einer Notaufnahme in die sie durch den Rettungsdienst transportiert wurden nach Hause mitunter schwierig. Oft wird diese Situation durch Bescheinigung der Notwendigkeit eines qualifizierten Krankentransportes pragmatisch gelöst. Im Sinne der Ressourcenschonung wäre ein Transport dieser Patienten durch nicht medizinisch qualifizierte Fahrdienste sinnvoll und zweckmäßig; dieser wird jedoch (anders als der verordnete qualifizierte Krankentransport) nicht durch die Krankenkassen übernommen.



Fragenkatalog

Rettungsdienst und Krankentransport

III. Rettungsdienst

1. Wie beurteilen Sie die notfallmedizinische Versorgung und insbesondere im Krankentransport in M-V und welchen Handlungsbedarf sehen Sie?
2. Wie stellen sich die Einsatzzahlen des Rettungsdienstes in den verschiedenen Regionen in Mecklenburg-Vorpommern dar? Wie haben sich diese in den zurückliegenden 5 Jahren verändert? Welche Ursachen sehen Sie dafür? Wie hoch ist der Anteil leichter Notfallbilder (mit niedriger Dringlichkeitsstufe)?
3. Wie beurteilen Sie die personelle und technische Ausstattung des Rettungsdienstes und des Krankentransportes in M-V, welche Herausforderungen und Probleme sehen Sie?
4. Sind Ihnen grundsätzliche Probleme bei der Sicherstellung der Notfallversorgung auch vor dem Hintergrund der rechtlichen Vorgaben, wie Nothilfzeiten, bekannt? Wie stellen sich diese Probleme regional dar? Was sind die Ursachen dafür?
5. Kann die gegenwärtige Hilfsfrist flächendeckend realisiert werden? Wenn nein: Was wäre aus Ihrer Sicht notwendig, um die Hilfsfrist flächendeckend umzusetzen?

Bezüglich der Fragen 1 bis 5 verweisen wir auf unsere Antworten zu vergleichbaren oder gleich lautenden Fragen im Fragebogen „Kommunen“.

6. Wie beurteilen Sie den Handlungskompetenzrahmen für Notfallsanitäter/innen bei der Ausübung notwendiger invasiver Maßnahmen in der prähospitalen Versorgung? Sind Ihnen diesbezüglich Probleme auch aus Sicht der nachgelagerten stationären Versorgung bekannt?

Der Kompetenzrahmen ist gut geeignet, um den Notfallsanitäter/innen die Werkzeuge zur optimalen Versorgung der Patienten zu bieten. Die erforderliche Kompetenz kann jedoch weder in der Ausbildung ausreichend erlangt werden noch – aufgrund der vergleichsweise seltenen Durchführung und mangels Supervision und Feedback – im Einsatz ausreichend trainiert werden. Zur sicheren Umsetzung der Maßnahmen ist daher ein regelmäßiges Training der Kompetenzen in Form von Simulation unabding-



bar und sollte verpflichtend in hoher Qualität eingeführt werden. Darüber hinaus ist eine regelmäßige Supervision im Einsatz von großer Bedeutung; ein solches Konzept ist derzeit in Mecklenburg-Vorpommern – vor allem mangels Finanzierung durch die Kostenträger - noch nicht umgesetzt.

7. Wie beurteilen Sie die Kooperation aller Entscheidungsträger bei der Entwicklung von Notfallplänen. Vor welche Herausforderungen werden Sie dabei ggf. regelmäßig gestellt?

Der LK VG hat bei der Erarbeitung von Notfallplänen für Schwerpunktobjekte (FLI Riems) überwiegend gute Erfahrungen in der Kooperation der Entscheidungsträger gesammelt.

8. Welche Zusammenarbeit pflegen Sie konkret mit der kassenärztlichen Vereinigung und wie könnte diese noch verbessert werden?

Eine konstruktive, zielorientierte Zusammenarbeit und Abstimmung mit der kassenärztlichen Vereinigung stellt eine enorme Herausforderung dar. Die kassenärztliche Vereinigung kann in vielen Belangen nicht mit einer Stimme sprechen, da die Erwartungen ihrer Mitglieder zu heterogen sind. Dies lähmt gemeinsame Entscheidungen und Kooperationen zuungunsten der optimalen Versorgung von Patienten mit medizinischen Notfällen.

In Flächenregionen ist eine grundlegende Überarbeitung der Zuständigkeiten und der Finanzierung des derzeit durch die KV organisierten Ärztlichen Bereitschaftsdienstes wünschenswert. Denkbar wäre, dass die KV Bereitschaftspraxen betreibt, ein Fahrdienst eingerichtet wird um Patienten in diese Praxen zu transportieren und der Rettungsdienst eine eigene disponierbare Ressource zur Diagnostik / Behandlung von nur bedingt zeitkritischen Patienten im häuslichen Umfeld aufbaut („Gemeindenotfallsanitäter“).

Bezüglich der Fragen 9 bis 13 verweisen wir auf unsere Antworten zu vergleichbaren oder gleichlautenden Fragen im Fragebogen „Kommunen“.

14. Das Projekt „Land|Rettung“ im Landkreis Vorpommern-Greifswald mit seinen vier Säulen (Laienreanimation, Mobile Ersthelfer, Telenotarzt und Verzahnung Akutmedizin) läuft nunmehr seit über drei Jahren. Wie werden die bisherigen Erkenntnisse aus dem Projekt bewertet? Ist eine Ausweitung des gesamten Projektes bzw. einzelner



Säulen auf andere Landkreise geplant? Welche Hinderungsgründe gibt es ggf.? Fließen die Erkenntnisse aus der Projekt-Evaluation in die Überlegungen zur Landesüberplanung des Rettungsdienstes ein?

Das Projekt wurde planmäßig zum 14.3.2020 abgeschlossen und der Evaluationsbericht zum 15.9.2020 fristgerecht eingereicht. Stärkung der Laienreanimation, die Einführung einer Smartphone-basierten Ersthelferalarmierung sowie die Einführung des Telenotarztes haben sich bewährt.

Für die Säule „Stärkung der Laienreanimation“ wird derzeit eine Finanzierung zur Fortführung in Trägerschaft eines eingetragenen Vereins angestrebt. Die smartphone-basierte Ersthelferalarmierung sowie der Telenotarzt werden im Rahmen der rettungsdienstlichen Vorhaltefinanzierung als Regelversorgung von den Krankenkassen weiterhin finanziert. Neben dem Landkreis Vorpommern-Greifswald hat auch der Landkreis Vorpommern-Rügen bereits Rettungswagen für die Zusammenarbeit mit dem Telenotarzt ausgestattet, derzeit werden 9 Rettungswagen aus Vorpommern-Rügen durch den Telenotarzt mitbetreut. Eine Ausweitung auf weitere Regionen ist möglich und wünschenswert.

Bzgl. der vierten Projektsäule – besser Verzahnung mit dem Kassenärztlichen Notdienst – verweisen wir auf unsere Antwort zu Frage 8.

15. Welche Hinweise für die Überplanung des Rettungswesens in Mecklenburg-Vorpommern haben Sie?

Ist Ihnen die derzeitige Landesüberplanung (Stichwort Gutachtenerstellung der Fa. antwortING) zur bedarfsgerechten Vorhaltung von Einsatzmitteln des öffentlichen bodengebundenen Rettungsdienstes bekannt? Was erhoffen Sie sich durch diese?

Die Überplanung sollte neben der Fixierung auf Hilfsfristen aus medizinischer Sicht unbedingt um das Konzept der Prähospitalzeit erweitert werden: Die bisher festgelegte Hilfsfrist definiert wann der Rettungsdienst beim Patienten eintrifft. Für viele Krankheitsbilder und lebensbedrohliche Verletzungen ist aber das Eintreffen in einer geeigneten Klinik für das Überleben entscheidend. Angesichts zunehmender (und medizinisch sinnhafter) Spezialisierung und Zentralisierung von bestimmten Abteilungen und ganzen Kliniken verlängern sich die Transportzeiten. Eine gesetzliche Vorgabe für zu erfüllenden Prähospitalzeiten für spezifische Tracerdiagnosen (beispielsweise Herzinfarkt, Schlaganfall, Polytrauma, etc.) und deren nachfolgender Berücksichtigung in der Ressourcen- und Standortplanung würde zu Anpassungen rettungsdienstlicher Strukturen führen, die sich eng an der medizinischen Sinnhaftigkeit orientieren.



- 16.** Halten Sie es für erforderlich, das Rettungsdienstgesetz M-V sowie die Verordnung über die Rettungsdienstplanung in Mecklenburg-Vorpommern den veränderten Rahmenbedingungen anzupassen?

Ja und es fehlen zu bedeutenden Teilaspekten des Rettungsdienstes klare gesetzliche Festlegungen. So z.B. ist ein avisierter Erlass zur Regelung von Leitstellenangelegenheiten, wie die personelle und strukturelle Ausstattung, die Aus- und Fortbildung des Personals sowie Qualitätsparameter vakant.

- 17.** Inwieweit sehen Sie unter Berücksichtigung der aktuellen Hilfsfrist die Notwendigkeit, weitere Rettungswachen zu etablieren?

Inwieweit teilen Sie die Auffassung, dass die neuen Wachen voraussichtlich wenig Einsätze haben werden und welche Konsequenzen leiten Sie daraus ab bzw. hat dies?

Inwieweit wird es mit Blick auf den grundsätzlich schon bestehenden Ärztemangel aus Ihrer Sicht Probleme in der Personalbesetzung dieser Wachen geben und wie könnte dem begegnet werden?

Um die gesetzlichen Vorgaben lückenlos zu erfüllen ist die Etablierung neuer Wachen oder mindestens die Verschiebung von Wachenstandorten erforderlich. Zweifelsfrei werden zusätzliche Rettungswachen – in der Regel dann ja in Regionen mit sehr wenigen Bewohnern gelegen – nur sehr geringe Einsatzaufkommen haben. Hierfür ausreichend qualifiziertes Personal zu akquirieren und ein ausreichendes Training dieses Personals sicherzustellen ist eine Herausforderung. Auch die ökonomische Sinnhaftigkeit weiterer Rettungswachen ist stark anzuzweifeln.

Aus medizinischer Sicht ist bei einem Großteil der durch den Rettungsdienst versorgten Fälle die minutengenaue Einhaltung der Hilfsfrist nicht für das Therapieergebnis entscheidend, oft ist die Prähospitalzeit wesentlich relevanter. Allerdings gibt es zweifelsfrei Notfallsituationen – beispielsweise Herz-Kreislaufstillstände – in denen das möglichst sofortige Handeln erforderlich ist, um die Chance auf Überleben zu erhöhen. Eine sinnvolle Strategie liegt daher darin, das Netz des professionellen Rettungsdienstes durch die Integration weiterer (ehrenamtlicher) Ressourcen für besonders zeitkritische Notfälle noch dichter zu spannen. Die Smartphone-basierte Ersthelferalarmierung kann ihr ebenso Anteile leisten wie die Einbindung von Freiwilligen Feuerwehren im Rahmen von First Responder-Programmen.

- 18.** Wie bewerten Sie den Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit „Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung“ vom 10. Januar 2020 und



welche positiven bzw. negativen Auswirkungen würden sich für M-V ergeben, wenn das Gesetz so beschlossen würde?

Bezüglich der Frage 18 verweisen wir auf unsere Antworten zur gleichlautenden Frage im Fragebogen „Kommunen“.

- 19.** Wie könnte aus Ihrer Sicht unter Berücksichtigung aller Einsatzmöglichkeiten (incl. Luftrettung) die Versorgung einsatzorganisatorisch wirtschaftlicher optimiert werden? Zu betrachten sind sämtliche Rettungsdienstbereiche im Land Mecklenburg-Vorpommern.

Das Netz an Notarztstandorten in Mecklenburg-Vorpommern ist sehr eng geknüpft; dies ist prinzipiell ein wertvoller Ansatz und bietet die Chance auf eine hochwertige Patientenversorgung. Jedoch resultieren insbesondere in dünn besiedelten Regionen hieraus neben einer fraglichen Wirtschaftlichkeit auch große Probleme in der Besetzung der Standorte mit optimal qualifiziertem Personal. Diese Herausforderungen werden in den kommenden Jahren deutlich zunehmen, da einerseits weniger entsprechendes Personal verfügbar sein wird, andererseits der medizinische Fortschritt zunehmend spezialisierte Kompetenzen von Notärzten erfordert. Es ist weder möglich noch unter wirtschaftlichen Aspekten sinnvoll, derart hochqualifiziertes Personal in Regionen vorzuhalten, in denen mangels Bevölkerungsdichte nur selten hochkomplexe Einsätze vorliegen. Sehr seltene Einsätze resultieren zudem in mangelnder Übung des Personals in komplexen Situationen und führen wiederum zu einer schlechteren Versorgungsqualität.

Gleichwohl muss das rettungsdienstliche System auch zukünftig so strukturiert sein, dass überall in Mecklenburg-Vorpommern eine bestmögliche Versorgung von Notfallpatienten durch den Rettungsdienst gewährleistet ist.

Hierzu können gut ausgebildete, regelmäßig im Einsatz supervidierte und strukturiert fortgebildete Notfallsanitäter entscheidend beitragen. Als Rückfallebene sollte der Telegenotarzt flächendeckend genutzt werden. So könnte zukünftig ein sehr großer Teil der Einsätze zu denen derzeit Notärzte alarmiert werden zu geringeren Kosten und in vergleichbarer Versorgungsqualität ohne Notarzt vor Ort bearbeitet werden.

Auf keinen Fall außeracht gelassen werden darf dabei jedoch, dass es weiterhin schwer erkrankte und lebensbedrohlich verletzte Patienten geben wird, die schnellstmöglich durch einen hochqualifizierten Notarzt vor Ort behandelt werden müssen, um ihnen die bestmögliche Überlebenschance zu bieten. Die Reduktion von Notarztstandorten ist daher nur möglich – und sollte aus Aspekten der Qualität des verfügbaren Personals ebenso wie aus Aspekten der effizienten Ressourcennutzung unbedingt



verfolgt werden – sobald per Instrumentenflug jederzeit ein Notarzt per Hubschrauber eingesetzt werden kann. Hierfür sollten entsprechende (gesetzliche) Voraussetzungen geschaffen werden.

IV. Rehabilitation / Krankenhausnachversorgung

Wie beurteilen Sie die Kapazitäten von Reha-Einrichtungen / 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?

V. Fachkräfte/ Personalressourcen

1. Die Personalsituation im Bereich der ärztlichen und pflegerischen Versorgung im Land verschärft sich zusehends. Wie beurteilen Sie die aktuelle Fachkräftesituation und ihre Folgen? Welche Über- bzw. Unterversorgung sehen Sie aktuell und künftig? Was wird gegenwärtig unternommen, um Fachkräfte zu gewinnen? Welche Maßnahmen der Politik halten Sie für geeignet um diesem Problem zu begegnen?
2. Welchen Handlungsbedarf sehen Sie und inwieweit sind die Initiativen der Landesregierung in Bezug auf Fachkräftegewinnung von Ärzten und Fachkräften in den nicht-akademischen Gesundheitsberufen aus Ihrer Sicht ausreichend oder könnten bzw. müssten in welcher Art und Weise verstärkt bzw. erweitert werden?
3. Welche Gründe sind Ihnen bekannt, weswegen junge Ärzt*innen bzw. Pharmazeut*innen eine Niederlassung in M-V nicht anstreben oder sich Schulabgänger*innen in den nichtakademischen Gesundheitsberufen in anderen Bundesländern ausbilden lassen und nicht in unserem Bundesland verbleiben?
4. Welche Maßnahmen wurden mit den Kommunen/Landkreisen ergriffen und ggf. umgesetzt, um die Attraktivität von Niederlassungen in ländlichen Regionen zu erhöhen?
5. Gibt es aus Ihrer Sicht im Zusammenspiel von Landespolitik, Kommunen, Krankenhausgesellschaft, Krankenkassen, Kassenärztlicher Vereinigung und Ärztekammer Potential zur Verbesserung, um den Gesundheitsstandort Mecklenburg-Vorpommern weiter zu stärken und insbesondere für Fachkräfte deutlich attraktiver zu machen?

Antwort zu Fragenkomplex A.2 Detailfragen / V. Fachkräfte / Personalressourcen:

Der Rettungsdienst, wie auch pflegerische Berufe gelten laut Bundesregierung als Engpassberuf. Auch im ärztlichen Bereich wird der Mangel, insbesondere im ambulanten Sektor, zunehmend gravierender. Das heißt: Es fehlen Fachkräfte. Hohe Belas-



tungen treiben Beschäftigte in Teilzeit oder ganz aus dem Beruf, weil die vorhandene Personaldecke den bestehenden Arbeitsanfall nicht abdecken kann. Ziel muss es zudem sein die Fachkräfte von administrativen und dokumentarischen Aufgaben zu entlasten.

Es muss zudem ein Angebot vor Ort für eine Ausbildung der Fachkräfte stattfinden. Damit würden Hemmschwellen sinken, solche Aus- und Weiterbildungsangebote wahrzunehmen. Zudem gilt es auch mit einem regionalen Ausbildungsangebot die Abwanderung von potenziellen Fachkräften in andere Bundesländer zu vermeiden. Die Ableistung des theoretischen Teils der Weiterbildung zum Facharzt im öffentlichen Gesundheitsdienst für das Land M-V ist derzeit beispielsweise nur in Düsseldorf möglich. Die Rettungsdienstschulen für Notfallsanitäter sind bisher nur in Schwerin, Rostock und Teterow, was eine erhebliche Belastung für Auszubildende des Berufs Notfallsanitäter bedeutet. In diesem Kontext gilt es auch für Aus- und Weiterbildung die Chance zu nutzen, welche uns die Digitalisierung bietet.

Um die vorhandenen Fachkräfte effizient einsetzen zu können gilt es, Konzepte zu entwickeln, welche Sektoren übergreifend eine Redundanz bei der Vorhaltung von Fachkräften vermeidet. Beispielhaft sei hier eine mögliche Kooperation zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und den Integrierten Leitstellen für Rettungsdienst, Brand- und Katastrophenschutz im Land bei der Entgegennahme von Hilfeersuchen an den Kassenärztlichen Bereitschaftsdienst „116 117“ genannt.

VI. Patientenorientierung

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

VII. Finanzierung / Vergütung

1. Wie beurteilen Sie das aktuelle Finanzierungssystem der medizinischen Versorgung auch in der Fläche, welche Fehlanreize oder andere Handlungsbedarfe sehen Sie?
2. Welchen prozentualen Anteil des BIP halten Sie für Ausgaben für die medizinische Versorgung der Bevölkerung für sinnvoll und anstrebenswert (Bitte unterteilen in: Ge-



- samt und ggf. anteilig in Stationäre Versorgung, Ambulante Versorgung und Zahnmedizinische Versorgung)?
3. 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?
 4. Wie bewerten Sie die Vielfalt der Krankenkassenlandschaft und den begonnenen Prozess der Konzentration und Reduzierung dieser?

Antwort zu Fragekomplex A.2 Detailfragen / VII. Finanzierung / Vergütung:

In Mecklenburg-Vorpommern erfolgt die Finanzierung des Rettungsdienstes im Verhandlungsverfahren durch eine Vorhaltefinanzierung. Der derzeit vorliegende Gesetzesentwurf zur Reform der Notfallversorgung hat zum Ziel, die stationäre, die ambulante und die rettungsdienstliche Versorgung von medizinischen Notfällen besser zu verzahnen. Diese Zielsetzung ist eindeutig zu begrüßen. Aus Sicht des Landkreis Vorpommern-Greifswald ist jedoch der Diskussionsentwurf in der gegenwärtigen Fassung abzulehnen bzw. wird dieser Diskussionsentwurf nicht zu der -notwendigen- Reform der Notfallversorgung führen. Allerdings zeigt die Weiterentwicklung vom Diskussionsentwurf aus dem Jahr 2019 zum Referentenentwurf aus dem Jahr 2020 deutlich, wie eine Reform der Notfallversorgung weiterentwickelt werden kann, wenn nicht nur wenige Interessensgruppen an einem Reformvorhaben beteiligt werden, sondern alle relevanten Akteure in das Reformvorhaben eingebunden werden. Eine Reform der Notfallrettung ist notwendig. Bedauerlicherweise nutzt der Bundesgesetzgeber eine Reform der Notfallversorgung weiterhin dazu, Kostenbelastungen und Gestaltungskompetenzen einseitig umzuverteilen, ohne dass dies zur Zielerreichung erforderlich wäre. Länder und Kommunen mit ihren Integrierten Leitstellen, Rettungsdiensten und Krankenhäusern werden mit zusätzlichen Kosten erheblich belastet und zugleich in ihren Gestaltungsmöglichkeiten beschnitten. Für die jeweiligen Träger des Rettungsdienstes bleibt offenbar nur noch die weiterhin – völlig unangetastete - vollständige Übernahme der Haftung für die Ausgestaltung des öffentlichen Rettungsdienstes im Schadensfall. Dies lehnt der Landkreis Vorpommern-Greifswald ausdrücklich ab. Gegenwärtig erfolgt die Finanzierung des Rettungsdienstes vollständig durch die Krankenkassen.

Die Einstufung des Rettungsdienstes als eigenständiger Leistungsbereich im SGB V zielt auch nicht auf eine Aufwertung oder Entlastung des Rettungsdienstes ab. Das Gegenteil ist der Fall: Die Maßnahme dient dem Bundesgesetzgeber lediglich als zentraler Hebel, um zwei Maßnahmenpakete begründen zu können:



1. den Eingriff in die planerische und operative Ausgestaltung von Rettungsdiensten und Rettungsleitstellen der Länder durch den gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) und die GKV
2. die massive Umverteilung von Investitions- und Vorhaltekosten für Rettungsdienste und Leitstellen weg von der GKV hin zu Ländern und kommunalen Trägern.

Für Länder und kommunale Rettungsdienstträger ist unbedingt zu beachten, dass der Gesetzentwurf zur Reform der Notfallversorgung eine erhebliche Absenkung der Vergütung durch die GKV für die medizinische Notfallrettung vorsieht, indem die auszuhandelnden Entgelte nicht länger gesamtkostendeckend kalkuliert werden dürfen, sondern sich vornehmlich auf Betriebskosten beschränken, während Investitions- und Vorhaltekosten bei Land und Trägern verbleiben sollen. Diese Mindereinnahmen sind nicht einmalig, sondern strukturell und jährlich wiederkehrend.

Bei der Behandlung im Rettungsdienst wird zwischen Privatpatienten und gesetzlich versicherten Patienten nicht unterschieden. Die Konzentration von Leistungen auf wenige Krankenhäuser führt jedoch im Rettungsdienst zwangsläufig zu weiteren Transportwegen. Dies führt wiederum dazu, dass die Rettungsmittel bei durchschnittlicher Betrachtung eine höhere Bindezeit je Einsatz aufweisen. Eine Folge höherer Bindungszeiten je Rettungsmittel führt dazu, dass zur Sicherstellung der gesetzlichen Vorgaben ab einem gewissen Zeitpunkt mehr Rettungsmittel durch den Rettungsdienst zu Verfügung gestellt werden müssen, die dann wiederum durch entsprechende Fachkräfte besetzt werden müssen.

VIII. Telemedizin / Datenschutz

1. Telemedizinische Angebote wie Videosprechstunden für Patientinnen und Patienten bieten zur Überbrückung der vergleichsweise weiten Wege im Flächenland M-V neue Chancen, um bspw. bei Verlaufskontrollen oder Bagatellerkrankungen Praxisbesuche zu vermeiden.

Wie beurteilen sie den gegenwärtigen Einsatz der Telemedizin in Ihrem Bereich, insb. die Entwicklung der telenotärztlichen Versorgungsstruktur? Welche Chancen, Herausforderungen und Verbesserungsmöglichkeiten sehen Sie?

2. Wie beurteilen Sie die Verknüpfung der IT-Struktur zwischen dem ambulanten und stationären Sektor? Was müsste verbessert werden?
3. Welche infrastrukturellen und organisatorischen Voraussetzungen werden für einen realistischen, flächendeckenden Einsatz von Telemedizin benötigt?
4. Welche Chancen und Risiken sehen Sie im Einsatz der Telemedizin im Allgemeinen sowie im Flächenland Mecklenburg-Vorpommern im Besonderen?



Antworten zu Fragenkomplex A.2 Detailfragen / VIII. Telemedizin / Datenschutz:

Im Rettungsdienstgesetz M-V und in der Landesrettungsdienstplan-Verordnung M-V wurde bereits die Möglichkeit des Einsatzes der telemedizinischen notärztlichen Begleitung von Rettungseinsätzen fixiert. In Greifswald ist ein Telenotarzt-System damit bereits rechtlich gesichert im Regelbetrieb. Es wird derzeit auf Rettungswachen in Vorpommern-Rügen erweitert und soll zunächst in beiden Landkreisen in den nächsten Jahren vollständig für alle Rettungswagen etabliert werden. Festgeschrieben ist bereits heute für den Rettungsdienst, dass es nachstehende Hauptindikationen des Einsatzes des Telenotarztes gibt:

1. Überbrückende Unterstützung des Rettungsdienstpersonals bis zur Ankunft des Notarztes
2. Zusammenarbeit Rettungswagen und Telenotarzt primär ohne Alarmierung des Notarzteinsatzfahrzeuges
3. Übergabe des Notfallpatienten am Einsatzort vom Notarzt an den Telenotarzt zur Transportbegleitung
4. Transportbegleitung durch den Telenotarzt bei einfachen Verlegungen mit Indikation zur Arztbegleitung
5. Konsultation des Telenotarztes durch einen Notarzt zum Support in besonderen Notfallsituationen.

Denkbar ist künftig eine Erweiterung des Einsatzes des Telenotarztes auch für:

1. den Einsatz des Rettungswagens mit dem Telenotarzt zur Entlastung des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes
2. den Support neuer Strukturen der Notfallversorgung wie z.B. eines Gemeinde-Notfallsanitäters:

Anzustreben sind für alle Bereiche, wo der Telenotarzt tätig wird, einheitliche Kriterien in Bezug:

- auf den rechtssicheren Rahmen
- auf Prinzipien der Disponierung in der Leitstelle
- auf fachliche Voraussetzungen und Eignung für die Aufgabe des Telenotarztes (Ärztchamber Westfalen-Lippe ist dabei Standards zu erarbeiten)
- auf Einheitlichkeit in der Kursgestaltung für alle handelnden Personen im System der telemedizinischen Betreuung (Notarzt, nicht ärztliches RD-Personal, Pflegepersonal etc.)
- auf leitliniengetreue Standardarbeitsanweisungen mit festgelegten Grenzen des ausschließlichen Einsatzes des Telenotarztes ohne Hinzuziehung eines Notarztes oder Kassenarztes am Einsatzort
- auf die Bereitstellung von Ausrüstungen, Arbeitsmitteln, Medikamenten für einen sicheren und effektiven Betrieb des Systems (Bsp. Dokumentation, Rezeptierung, Medikation, BTM, Abrechnung...).



IX. Öffentlicher Gesundheitsdienst

1. Wie beurteilen Sie die aktuelle Situation im öffentlichen Gesundheitsdienst?
2. Wird der öffentliche Gesundheitsdienst seinen Aufgaben gerecht? Wenn nicht, welche Ursachen und Lösungsmöglichkeiten sehen Sie dafür?
3. Welche Herausforderungen und Probleme begegnen Ihnen im Bereich der personellen Ausstattung und Aufgabenerfüllung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes?

Antworten zu Fragenkomplex A.2 Detailfragen / IX. Öffentlicher Gesundheitsdienst:

Der öffentliche Gesundheitsdienst ist in einer sehr angespannten Situation. Pflichtaufgaben wie Entnahme von Wasserproben, Anfertigung von Gutachten oder Terminvergaben für Sprechstunden und Beratungen treten hinter den Erfordernissen der Corona-Pandemie in den Hintergrund. Der chronische Mangel an Fachkräften im öffentlichen Gesundheitswesen führt zu fast unerträglichen Situationen unter dem Druck der besonderen Lage durch die Covid19-Erkrankungen. Die Aufgaben zur Durchführung von Grippeimpfungen kommen saisonal bedingt jetzt noch hinzu und können nicht vernachlässigt werden. Die zusätzlichen Aufgaben betreffen jedoch nicht nur die Gesundheitsämter, sondern es werden auch andere Bereiche der Kreisverwaltung gefordert, was zu einer Konkurrenz in der Personalakquise führt bei ohnehin überall vorhandener Knappheit, die noch verstärkt wird, da die starke Belastung der Mitarbeiter auch zu einem erhöhten Krankenstand führt. Die Mitarbeiter ziehen sich zurück, die Motivation ist ohnehin durch die fehlenden finanziellen Anreize in diesem Bereich nicht dem Anspruch an die besonderen Leistungen angemessen.

Unter den derzeitigen Bedingungen kann der Öffentliche Gesundheitsdienst seinen Aufgaben nicht voll und ganz gerecht werden.

Die von der Bundesregierung freigegebene personelle Nachbesetzung geht nur schleppend voran. Sie ist gekennzeichnet durch Mangel an Fachkräften im Bereich der Gesundheitsaufsicht und Hygieneinspektion und eben auch fehlendem Interesse der Ärzte an diesem Beruf, weil die finanzielle Gleichstellung mit Ärzten in den Tarifsystemen des Marburger Bundes und angelehnter Eingruppierungen in Einrichtungen fehlt. Kurzfristig wäre sicher im ärztlichen Bereich durch eine Tarifierhöhung ein besserer personeller Besatz möglich. Bei den angesprochenen Fachberufen fehlt es an Ausbildungskapazität und so stehen diese im gesamten Bundesgebiet nicht zur Verfügung. Dieses Problem ist nur mittelfristig zu lösen.



X. Pandemie und Folgerungen

1. Welche beruflichen Erfahrungen haben Sie in Ihrer Behörde in den Zeiten und mit der Corona-Pandemie gemacht?
2. Nach ca. einem Jahr der Versorgung in der Corona-Pandemie lassen sich neue Rückschlüsse auf Versorgungsstrukturen ziehen.

Welche Entwicklungen sehen Sie als besonders positiv?

Welche Entwicklungen sehen Sie als besondere Belastung?

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

3. Welche Schlussfolgerungen haben Sie bereits gezogen bzw. ziehen Sie daraus?
4. Welche Handlungsbedarfe in Bezug auf die Pandemie sehen Sie nach wie vor in M-V und bundesweit?

Antworten zu Fragenkomplex A.2 Detailfragen / X. Pandemie und Folgerungen:

Mit Beginn des "Lockdown" zur Bekämpfung der Corona-Pandemie im März war bis Ende Mai dieses Jahres im Rettungsdienstbereich Vorpommern-Greifswald im Vergleich zum Vorjahr ein prozentualer Einsatzrückgang im zweistelligen Bereich zu verzeichnen. Die Einsatzzahlen haben sich bis zum Ende des Berichtszeitraums inzwischen weitgehend stabilisiert. Die Einsatzzahlen liegen im Juni noch rund 5 % unter dem Vorjahresniveau. Die Preise für medizinisches Verbrauchsmaterial, insbesondere Schutzausrüstungen haben sich seit Beginn der Pandemie erheblich verteuert. Insbesondere ist der Markt für medizinische Schutzausrüstungen sehr intransparent. In diesen Monaten war ein Bezug von bestimmten Schutzmaterialien und Medizinprodukten, die zur Bekämpfung der Pandemie erforderlich sind, nur sehr schwer und dann zu stark erhöhten Einkaufspreisen möglich. Um als Träger des Rettungsdienstes den Bedarf an Schutzmaterial und ausgewählten Medizinprodukten im Rettungsdienst des Landkreises gut steuern zu können, hat der Eigenbetrieb Rettungsdienst ein eigenes Vorratslager angelegt. Der Rettungsdienst konnte zu jedem Zeitpunkt mit ausreichend Schutzmaterial versorgt werden.

Neben der regelmäßigen Herausgabe von Verfahrensanweisungen zum Verhalten der Rettungsdienstmitarbeiter beim Umgang mit infektiösen Patienten aber auch in Bezug auf die Einhaltung allgemeiner Hygienebestimmungen in der besonderen Situation, hat der Eigenbetrieb zur Prävention von Infektionsverschleppung und zur Optimierung der Einsatzbereitschaft bzw. des Sicherheitsniveaus trotz der Zunahme von Infektions-



fahrten an allen Krankenhäusern des Kreises die Errichtung von Desinfektionsstrecken für die Rettungsmittel veranlasst.

Gute Erfahrungen in Vorpommern Greifswald:

- Regelmäßige Sitzungen des Verwaltungsstabes mit Einbeziehung des Hygienebeauftragten für die Krankenhäuser der Region (KOMPASS) – Prof. Hübner
- Zeitnahe Einrichtung einer Koordinierungsstelle (KOST) zur Bewältigung der pandemiespezifischen Aufgaben des Landkreises (in Zusammensetzung relevanter Ämter des Landkreises)
- Funktionieren des Krankenhausclusters mit regelmäßigen Updates in Videokonferenzen
- Einrichtung von Desinfektionsstrecken für Rettungsdienst an allen Krankenhäusern zur Verhinderung der Verschleppung von Keimen und frühzeitige Wiederherstellung der Einsatzbereitschaft
- Installation eines zusätzlichen mobilen OrgL-Covid zur Unterstützung des Gesundheitsamtes bzw. Infektionsschutz-Dienstes bei größeren Lagen in Einrichtungen (Evakuierungen, Umstrukturierungen etc.) bei späterer Einrichtung einer Führungsgruppe mit entsprechenden Handlungsanweisungen
- Regelmäßiges Update von Verfahrensanweisungen zum Verhalten der Rettungsdienstmitarbeiter
- Schulungen der Rettungsdienstmitarbeiter im richtigen Umgang mit der Hygienebekleidung und Ausweitung auf zusätzliche Helfer des Kat.-Schutzes
- Einrichtung eines Covid-19–Dienstes im Stab des ÄLRD VG mit 24/7-telefonischer Erreichbarkeit für Leitstelle und Rettungsdienst für besondere Situationen/Anfragen
- Erarbeitung eines Eskalationsstufenplanes des Rettungsdienstes zur Bewältigung einer möglichen Ausweitung der Pandemie.

Leider waren nicht alle niedergelassenen Hausärzte bereit, Corona-Testungen bei Ihren Patienten durchzuführen, was zu einer unnötigen Zusatzbelastung des Gesundheitsamtes führte.

In der Akutsituation wäre es von Vorteil gewesen, wenn das Gesundheitsamt direkten Zugriff auf das Handeln der niedergelassenen Hausärzte gehabt hätte. In solchen pandemischen Ausnahmesituationen sollte den Gesundheitsämtern daher die Möglichkeit gegeben werden, die niedergelassenen Ärzte direkt mit in die Pandemiebekämpfung einzubinden. Dies würde zu einer deutlichen höheren Effizienz bei der Pandemiebekämpfung führen.

B. Gesamteinschätzung / Bewertung

1. Wie beurteilen Sie allgemein die aktuelle medizinische Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern in Qualität und Quantität (ambulant und stationär)? Welche Probleme sind zu benennen (bitte auch in ihrer Wertigkeit bzw. Dringlichkeit ihrer Lösung) und



welche Auswirkungen haben diese Mängel auf die Patientenversorgung. Welche Herausforderungen werden für die Zukunft gesehen?

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

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?
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, dem Land, den Kommunen, den Kassen, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Krankenhausgesellschaft und den Vertretern der Pflege sowie Vertreter/innen der maßgeblichen Patientenorganisationen verbessert werden?
5. Vor welchen Herausforderungen steht der öffentliche Gesundheitsdienst in Mecklenburg-Vorpommern?
6. Wie muss aus Ihrer Sicht der Rettungsdienst aufgestellt sein, um den Herausforderungen der Zukunft gerecht zu werden?



Die Zukunft des Rettungsdienstes

Dr. Timm Laslo | Eigenbetrieb Rettungsdienst | Enquete-Kommission
„Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern“

Inhalt

- ▶ Hilfsfrist versus Prähospitalzeit
 - ▶ Bedeutung der Luftrettung
 - ▶ Smartphone-basierte Ersthelferalarmierung als Bestandteil einer erweiterten Rettungskette
 - ▶ Telemedizinische Begleitung im Rettungsdienst
 - ▶ Integrierte Leitstellen
-

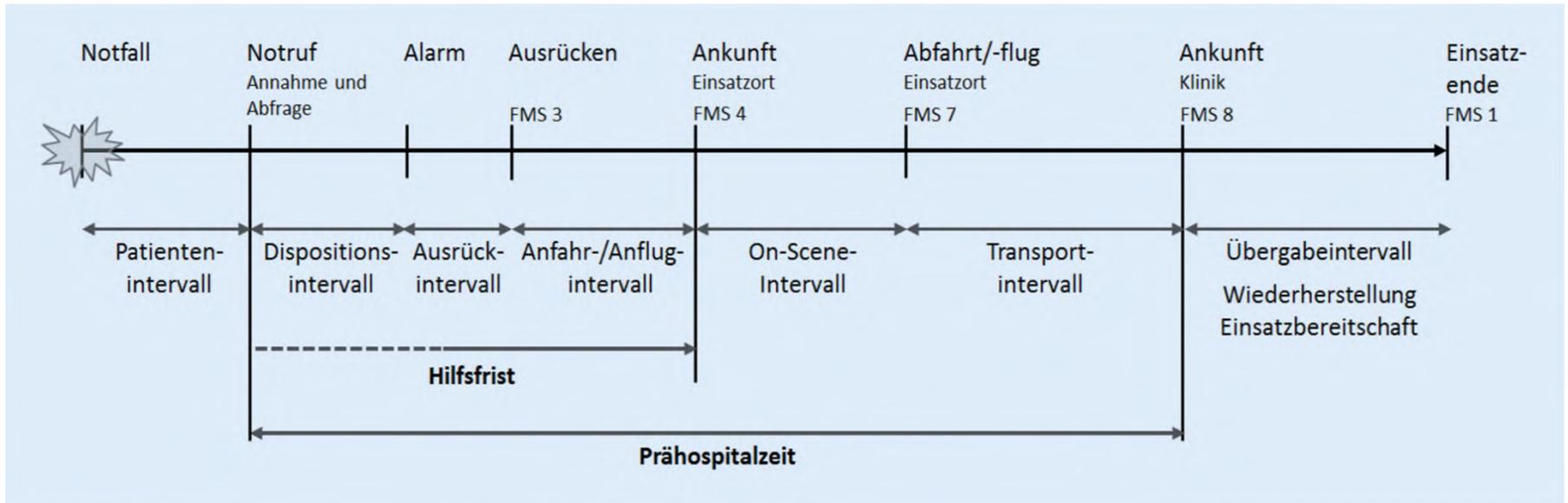


Hilfsfrist versus Prähospitalzeit

§ 1 Rettungsdienstplanverordnung M-V:

Die Hilfsfrist beginnt mit dem Zeitpunkt der Alarmierung eines oder mehrerer Rettungsmittel durch die integrierte Leitstelle und endet mit dem Eintreffen eines Rettungsmittels am Notfallort.

- ➔ Für viele Erkrankungsbilder bzw. lebensbedrohliche Verletzungen ist aber das Eintreffen in einer geeigneten Klinik für das Überleben des Patienten entscheidend!
-



Quelle: Fischer, M., Kehrberger, E., Marung, H. et al. Eckpunktepapier 2016 zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in der Prähospitalphase und in der Klinik. Notfall Rettungsmed 19, 387–395 (2016). <https://doi.org/10.1007/s10049-016-0187-0>.

Bedeutung der Luftrettung in der Nacht

Ein Rettungshubschrauber stellt neben der Notarztzubringung sicher, dass Notfallpatienten mit bestimmten Erkrankungen (z.B. Schlaganfall, Herzinfarkt) oder Verletzungen (z.B. Schädel-Hirn-Verletzungen) schnellstmöglich in die nächstgelegene, geeignete Einrichtung transportiert werden. Hierdurch können die Folgeschäden für den Patienten geringgehalten oder gar vermieden werden.

Bis Juli 2020 kein Nachtflugbetrieb der drei Rettungshubschrauber in M-V.
Seit August 2020 fliegt der Rettungshubschrauber in Greifswald im 24h-Betrieb.

Das Outcome des Patienten darf nicht von der Uhrzeit abhängen!

Land | Rettung

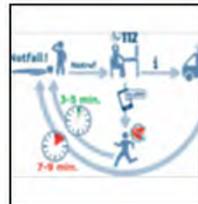
Notfallmedizinische Neuausrichtung des
Landkreises Vorpommern-Greifswald

Pilotprojekt zur zukunftsfesten notfallmedizinischen Versorgung

1) Laien- reanimation



2) Mobile Ersthelfer



3) Telenotarzt



4) Verzahnung KV – Rettung



Medizinische Evaluation

Betriebswirtschaftliche Evaluation

Arbeitswissenschaftliche Evaluation

Smartphone-basierte Ersthelferalarmierung „Land | Retter“ (Mobile Ersthelfer)

Ziel: Schnelle professionelle Ersthilfe vor Eintreffen des Regelrettungsdienstes durch Alarmierung geschulter Ersthelfer per Smartphone in Ergänzung der klassischen Rettungskette

- ▶ Verkürzung des therapiefreien Intervalls, **Erhöhung des Überlebens bei Herz-Kreislauf-Stillstand**
 - ▶ App für Android- und iOS-Smartphones zur georeferenzierten Alarmierung von qualifizierten Gruppen
 - ▶ freiwillige Ersthelfer, die durch die Leitstelle bei Herz-Kreislauf-Stillständen alarmiert werden
 - ▶ haben die Aufgabe, qualifizierte Erstmaßnahmen im Reanimationsfall durchzuführen, bis der Rettungsdienst am Einsatzort eintrifft
-

Was kann der Telenotarzt?

1. Überbrückende Unterstützung des Rettungsdienstpersonals bis zur Ankunft des Notarztes
2. Zusammenarbeit Rettungswagen und Telenotarzt primär ohne Alarmierung des Notarzteinsatzfahrzeuges
3. Übergabe des Notfallpatienten am Einsatzort vom Notarzt an den Telenotarzt zur Transportbegleitung
4. Transportbegleitung durch den Telenotarzt bei einfachen Verlegungen mit Indikation zur Arztbegleitung
5. Konsultation des Telenotarztes durch einen Notarzt zum Support in besonderen Notfallsituationen.

Wichtig: Bei einer vitalen Bedrohung wird immer ein Notarzt mit an die Einsatzstelle entsendet!

Für alle Bereiche, in denen der Telenotarzt tätig wird, sind einheitliche Kriterien anzustreben in Bezug auf:

- ▶ den rechtssicheren Rahmen
 - ▶ Prinzipien der Disponierung in der Leitstelle
 - ▶ fachliche Voraussetzungen und Eignung für die Aufgabe des Telenotarztes (Ärztekammer Westfalen-Lippe ist dabei Standards zu erarbeiten)
 - ▶ Einheitlichkeit in der Kursgestaltung für alle handelnden Personen im System der telemedizinischen Betreuung (Notarzt, nicht ärztliches RD-Personal, Pflegepersonal)
 - ▶ leitliniengetreue Standardarbeitsanweisungen mit festgelegten Grenzen des ausschließlichen Einsatzes des Telenotarztes ohne Hinzuziehung eines Notarztes oder Kassenarztes am Einsatzort
 - ▶ die Bereitstellung von Ausrüstungen, Arbeitsmitteln, Medikamenten für einen sicheren und effektiven Betrieb des Systems (Bsp. Dokumentation, Rezeptierung, Medikation, BTM, Abrechnung...)
-

Integrierte Leitstellen

Die Aufgabe der Integrierten Leitstellen ist es mit Hilfe einer strukturierten Abfrage jedes Hilfeersuchen zu analysieren und möglichst passgenau die notwendigen Ressourcen (Rettungsdienst, Feuerwehr, etc.) zur Einsatzstelle zu entsenden.

In M-V ist für die Ausübung der Tätigkeit „Leitstellendisponent/in“ der Beruf des Rettungsassistent/Notfallsanitäter Voraussetzung (§13 Abs. 2 RDPVO M-V).

Die Tätigkeit in den Leitstellen gliedert sich allerdings in:

- ▶ Rettungsdienstbezogene Kompetenzen
- ▶ Kompetenzen aus dem Bereich Feuerwehr/Kat-S/komm. Gefahrenabwehr
- ▶ Kompetenzen aus dem Bereich „Leitstelle“ (Technik, Recht, Gesprächsführung, QM, etc.)

Lösung: Berufsbild „Leitstellendisponent/in“



Fazit

- ▶ Die gesetzlichen Vorgaben für den Rettungsdienst sollten um das Konzept der Prähospitalzeit erweitert werden
 - ▶ Um eine flächendeckende, zeitnahe notfallmedizinische Versorgung aller Regionen sicherzustellen, muss die Luftrettung insbesondere nachts ausgebaut werden
 - ▶ Landesweite Etablierung einer smartphone-basierten Ersthelferalarmierung mit einer einheitlichen Softwarelösung in M-V
 - ▶ Telemedizinische Begleitung im Rettungsdienst (Telenotarzt) führt zu einer höheren Versorgungsqualität und zu einer höheren Verfügbarkeit der Notärzte vor Ort
 - ▶ Es sollte ein eigenständiges Berufsbild „Leitstellendisponent/in“ geschaffen werden, um den gestiegenen Anforderungen und Aufgabe an die Leitstellen gerecht zu werden
-



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

A Grundsatzfragen/ Detailfragen

A1 Grundsatzfragen

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

Insgesamt beurteile ich die Gesundheitsversorgung in MV als gut.

Viele Einwohnerinnen und Einwohner äußern sich sehr zufrieden über ihre Hausärzte und die anderen niedergelassenen Ärzte vor Ort. Diese zeigen hohes Engagement für Ihre Patienten. Auch die Universitätsmedizin und die Spezialzentren (z. B. Klinikum Karlsburg) bieten einen hohen und fortschrittlichen Standard. Die DRK genießt hier vor Ort ebenfalls eine hohe Reputation. Die Erweiterung der Flugnotrettung auch bei Nacht durch einen neuen Helikopter ist als sehr positiv herauszustellen.

Doch es ergibt sich bei der Betrachtung der medizinischen Vorsorge auch eine große Diskrepanz der Beurteilung zwischen städtischer und ländlicher Prägung.

Die stationäre Versorgung erfolgt in der Regel in den Einrichtungen

- | | |
|--|-------------------------------------|
| • Universitätsmedizin Greifswald
(medizinische Maximalversorgung) | Entfernung: 74,3 km/ ca. 75 Minuten |
| • Klinikum Karlsburg
(Herzzentrum, Diabeteszentrum) | Entfernung: 54 km/ca. 60 Minuten |
| • Kreiskrankenhaus Wolgast
(medizinische Grundversorgung) | Entfernung: 35,6 km/ca. 50 Minuten |
| • AMEOS Krankenhaus Anklam
(medizinische Grundversorgung) | Entfernung: 47,8 km/ca. 60 Minuten |

In unserer Gemeinde (Gemeinde Ostseebad Heringsdorf) besteht bei dem Erfordernis der notfallmedizinischen Betreuung stets ein langer Transportweg. Das Parallelproblem ergibt sich bei der Notwendigkeit einer Facharztvorstellung. Transportwege von 35 - 70 km oft bei dichtem Urlaubsverkehr ohne Ausweichmöglichkeit und damit mehrere Stunden pro Fahrstrecke sind teilweise der Standard. Gerade in den Sommermonaten entspricht dies einer enormen Zeitaufwendung und personellen Bindung der Rettungskräfte über Stunden für einen einzelnen Patienten (durchschnittlich 3 Stunden pro Einsatz).

Nicht zu vergessen bei der Betrachtung ist - bezogen auf die Insel Usedom - die hohe Altersstruktur (Durchschnittsalter Deutschland 44 Jahre; Gemeinde Ostseebad Heringsdorf 52 Jahre). Ältere Personen nutzen teilweise kein eigenes Fahrzeug mehr. Der Ausbau des ÖPNV ist in dieser Hinsicht nicht optimal. Ist es etwa erforderlich sich dem Facharzt in Greifswald vorzustellen, so dauert eine Fahrt von Ahlbeck Rathaus nach HGW Klinikum mit dem öffentlichen Personennahverkehr pro Strecke ca. 2:35 h.

Viele Bewohner der Insel hegen folglich den Wunsch nach kleinen Ambulanz-Kliniken und Fachärzten auf der Insel.

Hinzu kommt die sehr schwankende Zahl an potentiellen Patienten in manchen Regionen, insbesondere Urlaubsdestinationen und Grenzregionen. Hier müssen passgerechte Lösungen für touristische Orte gefunden werden wie z. B. zusätzliche Rettungswagen in der Saison, eine Notfallambulanz vor Ort, Abweichen von der starren Berechnung des Ärzteverteilungsschlüssels anhand von Einwohnern. Unsere Gemeinde hat weniger als 8.500 Einwohner, aber mehr als 3.8 Millionen Übernachtungen touristischer Art plus Tagestourismus plus viele Patienten aus Swinemünde (Urlauber plus Einheimische). Die tatsächliche Zahl der potentiell zu versorgenden Personen ist damit ein Vielfaches der üblichen Berechnungsgrundlage.

Moderne Techniken wie Telemedizin sind zu begrüßen, erfordern aber den flächendeckenden Ausbau von Funknetz und Internet. Dieser ist im Land MV nicht flächendeckend vorhanden.

In Grenzregionen könnte die Grenznähe proaktiv mehr auf Synergieeffekte hin genutzt werden. So hat beispielsweise Swinemünde eine Klinik. Auch eine Zusammenarbeit eines einzusetzenden deutsch-polnischen Rettungsdienstes hätte immenses Potential. Derzeit ist es noch erforderlich, Intensivpatienten an der Grenze in ein anderes Auto umzuladen. Dies ist schlichtweg nicht mehr zeitgemäß. Modellprojekte wie grenzüberschreitende Luftrettung oder eine deutsch-polnische Notfallambulanz wären denkbar. Hierbei ist die länderübergreifende Notfallversorgung stark ausbaufähig.

Absolut nicht hinnehmbar sind die Behinderungen, Beleidigungen bis hin zu tätlichen Angriffen von Rettungseinsätzen sowie das Filmen und Begaffen dieser Einsätze. Hier ist der Gesetzgeber gefragt, entsprechend wirkungsvolle Pönalisierungsinstrumente einzusetzen und die Rettungskräfte mit entsprechender Technik zur Beweissicherung auszustatten, die mit den datenschutzrechtlichen Belangen harmonisieren. Es sollte geprüft werden, ob es eine rechtliche Möglichkeit gibt, den Rettungskräften die Befugnis einzuräumen, am unmittelbaren Rettungsort Platzverweise o.ä. erteilen zu dürfen.

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

Ich teile diese Auffassung in Gänze.

Aus meiner Sicht müsste gerade in den ländlichen Regionen die gesundheitliche Versorgung unbedingt erhalten, wenn nicht sogar verbessert werden. Da es sich um einen absolut essentiellen Themenkomplex handelt, sollten der Status Quo/die Problemlage erarbeitet werden und sodann eine Strategie/Masterplan daraus abgeleitet werden. Im dritten Schritt sollte anschließend daran die Umsetzung erfolgen. Die in der Beantwortung der zuvor aufgeworfenen Frage (Nr. A.1.1.) genannten Impulse sind in die Überlegungen miteinzubeziehen.

Entscheidend sind dabei auch die frühzeitige und langfristige Sichtweise sowie der Blick auf die Resource Personal. Strategien zur Gewinnung von Fachkräften z. B. durch Überdenken der starken Orientierung am Numerus clausus für die Hochschulzulassung sollten angeschoben werden. Bereits jetzt ist bspw. offenkundig, dass in naher bis mittlerer Zukunft in der Region Usedom viele Ärzte kurz vor der Rente stehen. Das sind vorhersehbare Ereignisse, die somit planbar sind. Bereits jetzt besteht demzufolge Handlungs- und Ausbildungsbedarf, sodass zum Renteneintritt eine Nachfolge gesichert wird (ggf. in Kombination eines weiteren Ausbaus Landarztprogramm).

3. Welche Kriterien bestimmen aus Ihrer Sicht die Qualität einer medizinischen Versorgung der Bevölkerung von Mecklenburg-Vorpommern? Was sind aus Ihrer Sicht die hauptsächlichen Probleme bei bzw. in der medizinischen Versorgung der Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern und welche Auswirkungen haben diese Mängel auf die Patientenversorgung (bitte auch in ihrer Wertigkeit bzw. Dringlichkeit ihrer Lösung)? Worin sehen Sie die Ursachen der genannten Mängel und welche Maßnahmen sind aus Ihrer Sicht erforderlich, um die benannten Mängel zu beseitigen?

Das ausreichende Vorhandensein von Personal und die fachliche Qualifizierung spielen eine entscheidende Rolle. Auch die technische Ausstattung bei einer Behandlung ist entscheidend.

Sowohl die stationäre Versorgung als auch die ambulante Versorgung sollten der gesamten Bevölkerung in MV zahlenmäßig und wohnortnah zur Verfügung stehen. Dies stellt auch für die Kommunen einen Wettbewerbsvorteil und Wirtschaftsfaktor dar und bietet ein Argument zur Ansiedlung von Fachkräften.

Nicht zu unterschätzen ist dieser Bereich als Wirtschaftsfaktor und Faktor zur Entscheidung, ob Fachkräfte aller Art nach MV ziehen.

Hauptprobleme - wie bereits genannt:

- große Distanzen zu Fachärzten und Krankenhäusern; gerade viele ältere Patienten gehen nicht zu den Spezialisten, da sie nicht wissen, wie sie dort hinkommen sollen
- neue Möglichkeiten, wie Telemedizin, können nicht in Gänze eingesetzt werden, da kein flächendeckendes Telefon- und Internetnetz vorhanden ist

- kein länderübergreifender Rettungsdienst derzeit. Dies führt zu verlängerten Transportzeiten und Verladungen von Intensivpatienten an der Grenze
- keine (länderübergreifende) Notfallambulanz zur Abdeckung kleinerer Akutfälle. Sehr lange Transportzeiten und personelle Ressource wird mit Transport unnötig lange gebunden
- Aufstockung der notfallmedizinischen Versorgung in der touristischen Hochsaison
- Erhöhung des Schutzstandards vor Übergriffen und Belästigung des DRK-Rettungsdienstes
- Ausbau ÖPNV zur besseren Erreichbarkeit fachärztlicher Praxen
- Der ärztliche Verteilungsschlüssel der KV ist an die tatsächlich vor Ort befindliche Personen- zahl anzupassen, anstatt hier zu starr nach Einwohnerzahl zu gehen

4. Vor welchen Herausforderungen sehen Sie die Gesundheitsversorgung in MV?

Überalterung der Bevölkerung; viele kranke Einwohner in MV; Zuspitzung des Ärzte- und Fachkräftemangels in der Zukunft; zu lange Distanzen zur fachärztlichen und notfallmedizinischen Versorgung; Bremsen neuer digitaler Möglichkeiten durch mangelhaften Ausbau von Breitband- und Telefonnetz.

5. Die Vorhaltung einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung ist ein komplexer Vorgang und muss eng mit allen Beteiligten der Politik, Leistungserbringer und Kostenträger abgestimmt werden. Die Leistungen welcher Fachabteilungen sollten Ihrer Meinung nach flächendeckend vorgehalten werden? Welche Leistungen sollten Ihrer Meinung nach in spezialisierten Zentren bzw. konzentriert angeboten werden?

Flächendeckend: Allgemeinmedizin, Kinder-Jugendheilkunde, Chirurgie, Augenarzt, Hautarzt

Speziell: Onkologie, Herzchirurgie, Kardiologie

-nicht abschließende Betrachtung-

6. 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?

Um den Gesundheitsstandort MV weiter zu stärken, sollte man die Attraktivierung des Standortes für Spitzenforschung avisieren und zur Fachkräftegewinnung monetäre Anreize schaffen. Ein weiterer Impuls könnte ein modernes Arbeitsumfeld sein. Neben der Betrachtung des Arbeitsortes sollte der Fokus auch auf der Verbesserung des Lebensstandards vor Ort (bei Ansiedlung: etwa Absicherung Schul- und Kitaplätze, Suche Arbeitsplatz für Partner, Wohnraum und Work-Life-Balance, usw.) liegen. Unbedingt zu forcieren ist die Bindung der Medizinstudenten an das Bundesland durch attraktive Angebote und Ausdehnung von Stipendienprogrammen mit der Bedingung vor Ort zu bleiben.

A2 Detailfragen

I Stationäre Versorgung

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

Besser wäre es, wenn z. B. die Insel Usedom auch wieder ein Krankenhaus hätte und nicht erst in Wolgast oder Anklam ein erster Anlaufpunkt ist. Entfernung und Fahrzeit nach Wolgast betragen 35,6 km/50 Minuten. Nach Anklam und Greifswald liegen Entfernung und Fahrzeit bei 47,8 km/60 Minuten bzw. 74,3 km/ 75 Minuten. Keinesfalls darf es weniger Krankenhäuser geben. Die medizinische Notfallversorgung stellt einen Grundpfeiler unserer Gesellschaft dar. Die Häuser, die noch erhalten sind, dürfen nicht immer weiter durch Schließungen von Stationen begrenzt werden. Die Schließung von Fachabteilungen darf nicht allein aus wirtschaftlichen Gesichtspunkten heraus

entschieden werden. Die Spitzenversorgung in Greifswald und Karlsburg ist lobenswert und nicht zu verkleinern.

Die Festlegung des Bettenplanes sollte stets daran orientiert sein, eine Gesundheitsversorgung in allen Regionen zu gewährleisten. Monetäre Aspekte sollten hinter der Möglichkeit einer flächendeckenden ärztlichen Versorgung zurückstehen.

2. Wie bewerten Sie die zeitweilige Abmeldung von Stationen bzw. Abteilungen durch Krankenhausträger?

sehr ungünstig, dadurch noch weitere Wege

3. Wir bewerten Sie die Krankenhausträgerschaft durch Kommunen?

siehe 4.

4. Inwieweit sollten Krankenhäuser wieder stärker in Kommunale Trägerschaft überführt bzw. die Mitbestimmungs- und Mitwirkungsrechte von Kommunen ausgebaut werden? Welche Probleme und Herausforderungen sehen Sie bei der Rekommunalisierung von Krankenhäusern?

Eine zumindest teilweise Trägerschaft ist begrüßenswert, da die Kommune über reichhaltiges Detailwissen der Situation und der Bevölkerung vor Ort verfügt. Neben der rein wirtschaftlichen Ausprägung einer privatwirtschaftlichen Krankenhausunternehmensgesellschaft kann hier auch anderen Aspekten der kommunalen Daseinsvorsorge stärker Rechnung getragen werden. Für die Bevölkerung erforderliche Fachrichtungen im Krankenhaus könnten einen höheren Stellenwert bekommen. Als Beispiel ist die Schließung der Kinderstation im Wolgaster Krankenhaus anzuführen, die für die Bevölkerung in der Umgebung enorme Einschnitte bedeutet. Des Weiteren wäre eine Kooperation zwischen Kommune und Krankenhaus sinnvoll, weil darüber hinaus soziale Faktoren bei der Ansiedlung von Personal wie Wohnung/Kita-Plätze kommunal begleitet werden könnten. Welche Herausforderungen sehe ich dabei? Es muss sichergestellt sein, dass die Kommune mit entsprechendem Fachwissen ausgestattet wird, das für eine gewinnbringende Ausführung der kommunalen Trägerschaft eines Krankenhauses erforderlich ist.

5. 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

Kinder- und Jugendmedizin stationär:

Die stationäre Begutachtung sollte auf keinen Fall weiter abgebaut werden, da bereits ein Abbau von Kinderstationen in unserer Region zu verzeichnen ist (siehe oben). Die Stellen von Kinderärzten sind zu halten, nicht abzubauen. Es ist wichtig, sich um eine rechtzeitige Nachfolge der Ärzte zu bemühen. Schnittpunkt: Kinderprotalpraxen (8-22 Uhr), weite Anfahrtswege sind nach Möglichkeit zu reduzieren.

Geriatrische Versorgung:

Stationär: hier gibt es einige Zentren im Land, die Einweisung eines Patienten erweist sich oftmals als problematisch, da es eine sehr hohe Auslastung gibt, sodass Patienten oft weiter verlegt werden

müssen. Derzeit ist es so, dass die Altersmedizin oft vor Ort durch die Allgemeinmediziner zusätzlich abgedeckt wird. Vielleicht wäre es empfehlenswert, auf Grund des hohen Altersdurchschnitts und des in Zukunft steigenden Durchschnittsalters in der medizinischen Ausbildung hier einen Schwerpunkt zu legen.

Palliativstation:

Es gibt eine Palliativstation (stationär) in Greifswald und insgesamt nur eine Schmerzstation. Hier ist zu bemängeln, dass es häufig zu sehr langen Wartezeiten kommt. Es erfordert mehr Schnittstellen; die Zusammenarbeit mit dem SAPV-Team (Pflegeteam Sterbephase) wurde in den letzten Jahren sehr gut ausgebaut. Die Hausärzte loben hier die Zusammenarbeit.

Versorgung seltener Krankheiten:

Auf Grund geringer Häufigkeit der einzelnen Krankheitsbilder ist es hier sinnvoll, an spezialisierten Standorten zusammengefasst zu behandeln.

Die Erreichbarkeit von Haus- und Fachärzten:

Die Erreichbarkeit der Hausärzte könnte durch moderne Modalitäten wie den Telearzt noch weiter ausgebaut werden. Dazu muss es ein flächendeckendes Tele- und Internetnetz geben. Die 116 117 (Kassenärztlicher Bereitschaftsdienst) wird sehr gut genutzt. Es ist zu begrüßen, dass die Präsenzzeit erhöht wurde (von 20 auf 25 Stunden wöchentlich), allerdings ist hier noch einmal darauf hinzuweisen, dass viele Ärzte sehr viel Zeit darauf verwenden müssen, auf dem Land umherzufahren. Auch hier könnte man über die Möglichkeit der Unterstützung durch die Kommune, z. B. kommunal organisierte Patientenfahrten zum Arzt, nachdenken, um somit die Fahrzeit für Ärzte zu verkürzen, da diese in dieser Zeit keine Patienten versorgen können. Die Medikamentenversorgung in unserer Gemeinde bzw. im Land schätze ich als gut ein.

6. Wie bewerten Sie die derzeitige stationäre notfallmedizinische Sicherstellung im Land?

Die stationäre notfallmedizinische Sicherstellung im Land halte ich für gegeben. Leider ist die Notfallmedizin oft überlaufen und es kommt zu längeren Wartezeiten.

7. Welche Bedeutung hat das nächstgelegene Krankenhaus für Sie? Sehen Sie einen Zusammenhang zwischen dem Krankenhausstandort und der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit Ihrer Kommune / Ihrem Landkreis?

Das nächstgelegene Krankenhaus hat für uns eine sehr hohe Bedeutung. Es ergibt sich auf jeden Fall für eine Kommune, in dessen Nähe sich ein Krankenhaus befindet, einen positiven Effekt auf die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Kommune. Das für uns nächstgelegene Krankenhaus ist jedoch zu weit entfernt, sodass sich hier keine wirtschaftlichen Synergieeffekte ergeben.

Grundsätzlich sehe ich für eine Kommune, in der sich ein Krankenhaus befindet, einen passenden Standortfaktor für den Zuzug von Familien, da sich das gesamte Personal dort mit ihrem sozialen Geflecht ansiedeln wird. Wegen der Entfernung des Krankenhauses zu unserer Gemeinde wird kein relevantes Zuzugspotential ausgelöst. Positiv für unsere Kommune lässt sich abbilden, dass sich durch die Rehakliniken Ärzte und medizinisches Fachpersonal ansiedeln und die Familien folgen. Darüber sind wir sehr dankbar. Ich schätze die Dichte an Fachärzten in Krankenhäusern als knapp bis angemessen ein. Die Fachärztergewinnung gestaltet sich als sehr kompliziert. Teilweise wird auf Fachärzte aus dem Ausland zurückgegriffen, was bei vergleichbaren Ausbildungsstandards grundsätzlich eine gute Idee ist, jedoch müssen Kommunikationsbarrieren abgebaut werden. Auf Grund der knappen Fachärzteausrüstung in den Krankenhäusern ergibt sich hier meines Erachtens keine zusätzliche Möglichkeit mehr, neben der Tätigkeit im Krankenhaus auch noch zusätzlich Ansprechpartner für die ambulante Versorgung zu sein. Wenn jedoch eine genügende Anzahl an Fachärzten in den Krankenhäusern tätig wäre, könnten diese auch zusätzlich die niedergelassenen Ärzte in Spezial- bzw. Fachfragen beraten. Diese Idee halte ich für sehr gut.

8. Sehen Sie ihr nächst gelegenes Krankenhaus als Standortfaktor für den Zuzug von Familien?

wichtig

9. Wie beurteilen Sie die Ausstattung der Krankenhäuser und des ambulanten Sektors mit Fachärzten? Wie schätzen Sie das Ressourcenpotenzial der Krankenhäuser zur Unterstützung der niedergelassenen Ärzte bei der ambulanten (spezial-)fachärztlichen Versorgung ein?

In den Krankenhäusern fehlen Fachärzte. Im ambulanten Sektor ist das Ressourcenpotential an Fachärzten eher gering. (siehe unter 7.)

II Ambulante Versorgung

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

Die Struktur und der Umfang des derzeit organisierten Bereitschaftsdienstes der niedergelassenen Ärzte vor Ort beurteile ich als gut in der Gemeinde Ostseebad Heringsdorf. Sieben Tage die Woche ist der Dienst zu den vorgegebenen Zeiten erreichbar

(Mo, Di, Do 19 - 07 Uhr, Mi und Fr 14 - 07 Uhr, am Wochenende 24h).

2. Wie beurteilen Sie die Kapazitäten von therapeutischen Angeboten in Ihrer jeweiligen Region?

Unklar ist, was mit dem Begriff „therapeutische Angebote“ explizit gemeint ist. Das Angebot von Physiotherapie ist als gut zu bezeichnen; das Angebot an Psychotherapie ist als mittelmäßig bis defizitär zu bezeichnen; medizinische Therapien wie etwa die Chemotherapie gibt es auf der Insel nicht vor Ort, sondern nur in Greifswald; ein Dialysezentrum befindet sich einmal auf der Insel und einmal ebenfalls in Greifswald.

Der Abzug von Fachärzten ist zu kritisieren; es besteht das Problem, dass Fachärzte teilweise keine Nachfolger finden. Der Arztsitz wird dann teilweise zwar nicht gestrichen, aber in andere Regionen vergeben. Das hat zur Folge, dass dann evtl. der nächste Arztsitz noch weiter entfernt vergeben wird. Hier sollte unbedingt darüber nachgedacht werden, dass bei der fachärztlichen Spezialisierung eine Abdeckung in enger regional räumlicher Umgebung gewährleistet wird.

3. Haben Sie in Ihrer Region wesentliche Veränderungen und ggf. welche im Bereich der niedergelassenen Ärzte/Fachärzte wahrgenommen? Was sind aus Ihrer Sicht die Ursachen für diese Veränderungen?

Ja, in den letzten Jahren Verlust von Fachärzten (Chirurgie, Augen, Gynäkologie). Die Sitze wurden auf verschiedene andere Standorte wie Greifswald oder Demmin aufgeteilt. Trotz Bemühungen der Vorbesitzer gab es keine Nachfolge. Kassensitze sind zwar geblieben, aber die Entfernung ist deutlich gestiegen. Allgemeinmedizin/hausärztliche Versorgung sind noch (!) gut besetzt (zwei Praxen fanden Nachfolger). Allerdings ist die Altersstruktur hoch, sodass sich für die Zukunft das Praxisnachfolgeproblem stellt.

Ursachen: Mit entscheidend für die Berufsstandortwahl ist der Faktor Work-Live-Balance sowie das außerberufliche Angebot des Standortes. Gegenüber anderen Standorten ist unsere Region abgelegener, die Entfernung zum städtischen Anschluss zieht weite Fahrwege nach sich. Die Anbindung an den ÖPNV, Freizeitangebote, Entfernung zur Autobahn sind hier eher negativ, sehr gut ist jedoch die Naherholung zu bewerten (Strand, Wald, Natur).

4. Wie beurteilen Sie die Entwicklung der Niederlassungsverteilung und Niederlassungen im ärztlichen, fachärztlichen und allgemeinärztlichen Bereich in ländlichen Regionen im Vergleich zu den Städten? Wo sehen Sie Probleme?

Wurde teilweise bereits in Frage 3 beantwortet. In der Perspektive ist die Entwicklung zu verzeichnen, dass die Städte besser mit Fachärzten versorgt sind als die ländliche Region. Mir wurde berichtet, dass die Kassenärztliche Vereinigung besorgt ist, dass eine Überversorgung im Bereich medizinischer Betreuung in städtischen Regionen stattfinden könnte und diese würde dann zwangsläufig auf ländlicher Ebene fehlen.

5. Sind Ihnen Probleme in der flächendeckenden Arzneimittelversorgung bekannt? Wenn ja, welche? Welche tragbaren Lösungsansätze sehen Sie für die Zukunft, auch vor dem Hintergrund von Überalterung und der demografischen Entwicklung? Welchen Beitrag könnten ggf. auch Kommunen zur Sicherstellung der Arzneimittelversorgung leisten?

Grundsätzlich gibt es eine flächendeckende Arzneimittelversorgung in unserer Region. Positiv hervorzuheben ist sogar die Möglichkeit, dass Medikamente bis in die Dörfer geliefert werden. Dies ist besonders für ältere Bewohner ein großer Vorteil. Besonders in der Coronakrise hat sich gezeigt, dass bestimmte Arzneimittel und medizinische Produkte nur in mangelhafter Anzahl vorhanden sind. Dies bezog sich insbesondere auf die Artikel: Masken, Desinfektion, Handschuhe. Eine Produktion im eigenen Land und eine dauerhaft ausreichende Bevorratung im Bundesland würde hier für den Pandemiefall einen großen Vorteil bringen. Ein Beitrag der Kommunen könnte nur auf freiwilliger Basis erfolgen und ist daran geknüpft, dass dafür ausreichend freiwillige Haushaltsmittel zur Verfügung stünden. Anzudenken wäre etwa ein kommunal getragener Bringservice für Medikamente.

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

Hier sollte die Gewinnung von qualifiziertem Personal im Vordergrund stehen. Wie bereits oben genannt, gelten als Vorteile bei der Ansiedlung von Fachpersonal insbesondere die Unterstützung bei Wohnungssuche, Schulsuche, Kitaplatz etc. klar umrandete Arbeitsbedingungen, attraktive Bezahlung, Kollegenkreise und Austauschmöglichkeiten.

7. An welchen Standorten einer Region sollten Ihres Erachtens nach regionale Gemeindegesundheitszentren / MVZs errichtet werden? Sollten grundsätzlich noch stärker ambulante Versorgungsangebote am Standort eines Krankenhauses geschaffen werden? Welche Vor- bzw. Nachteile sehen Sie? In welcher Form wäre eine Beteiligung der Kommune denk- und machbar?

Die MVZs sollten dezentral und flächig errichtet werden. In einem MVZ/GZ können unterschiedliche Fachrichtungen angesiedelt werden, dies führt zu kürzeren Wegen für die Patienten, hat evtl. schnellere Behandlungen zur Folge. Ärzte tragen kein unternehmerisches Risiko, wenn sie in einem solchen MVZ angestellt sind. Dies könnte ein Attraktivitätskriterium bei der Wahl der Niederlassung sein. Des Weiteren kann dies zu einer besseren Vereinbarung von Beruf und Familie führen. Ist ein solches MVZ an einem Krankenhaus angesiedelt, ist eine Mitnutzung der Ressourcen möglich. In unserer Region sind bereits einige dieser MVZ geschaffen worden, insbesondere durch die Uniklinik Greifswald (Hämaonkologie, Urologie, Chirurgie) und das Dialysezentrum auf der Insel. Da diese Zentren jedoch nicht in der ländlichen Region liegen, ergeben sich daraus folglich weite Fahrwege für die Einwohner bzw. Patienten. Aus diesem Grund sollten die MVZ auch in der ländlichen Region gefördert werden. Durch jahrelange Verdrängung und Mietpreiserhöhungen gestaltet sich die Umsiedelung sicherlich problematisch. Viele Ärzte haben die Praxen im eigenen Haus und damit verbundene laufende Kredite für die Abbezahlung der Objekte. MVZ sind daher ein durchaus sinnvoller Ansatz, um die Arbeitsbelastung zu senken und die Suche nach einem Nachfolger zu erleichtern. Kommunen könnten dabei unterstützend wirken z. B. durch Bereitstellung von Grundstücken oder sogar Gebäuden. Gerade für unsere Reha-Region Insel Usedom wäre ein MVZ mit Diagnostik von Vorteil, um weite Wege bei Laboruntersuchungen zu reduzieren. Ein Testlabor in der Nähe führte eine enorme Zeitersparnis mit sich. Derzeit müssen z. B. alle Blutproben und Covid-19 Testungen per Express nach Wolgast, Greifswald oder Anklam gebracht werden.

8. Kann die fremdkapitalgestützte Gründung von MVZ mit angestellten Ärzten und Zahnärzten gerade für die ländlichen Regionen eine Chance auf dauerhafte Versorgungssicherheit sein? Wo sehen Sie ggf. Probleme?

Hier ist zu unterscheiden, wer Geldgeber der fremdkapitalgestützten Gründungen von MVZs ist. Wenn diese privatwirtschaftlich erfolgen, steht dahinter immer die Gewinnerzielungsabsicht, sodass

die Ausrichtung am Profit und nicht primär am Gesundheitswesen orientiert wäre. Eine fremdkapitalgestützte Gründung durch die öffentliche Hand würde ich als positiv beurteilen.

9. Welche Modellvorhaben, Projekte und Kampagnen wurden für Ihre Region erarbeitet und / oder umgesetzt, um die medizinische Versorgung für die Zukunft zu sichern?

Sehen Sie innovative Lösungen der Gesundheitsversorgung, wie Arztbusse und nichtärztliche Praxisassistenten (Schwester Agnes), eine Chance für Ihre Region? Welchen Beitrag könnten Sie als Kommune leisten, um diese Modelle zu stärken?

Ich halte den Einsatz von Telemedizin für sehr gut, dazu müsste jedoch auch die Infrastruktur geschaffen werden, d.h. flächendeckende Telefon- und Internetnetze. Denkbar wäre auch der Einsatz von Arztbussen, um weniger besiedelte Destinationen in regelmäßigen Abständen an die medizinische Versorgung anzuschließen und insbesondere älteren Bewohnern die Möglichkeit zu geben, ärztlich versorgt zu werden. Hier ist erneut die Verbesserung des ÖPNV anzusprechen, die eine Erreichbarkeit der Arztpraxen gewährleisten müsste und sicherlich ist auch die öffentlichen Träger gefragt, um den ÖPNV weiter auszubauen.

Modellvorhaben:

Zur weiteren Optimierung der medizinischen Versorgung in den Kaiserbädern und den umliegenden Gemeinden ist im Jahr 2023 die Inbetriebnahme eines Gesundheitszentrums am Standort Heringsdorf, Setheweg vorgesehen. Darüber hinaus wurde beim Ministerium für Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit die Aufstellung von 10 Belegbetten für Kurzieger im Bestand einer Rehaklinik und die Aufnahme von 30 Betten akut in den Bettenplan des Landes M.-V. beantragt. Das Gesundheitszentrum ist Teil eines Wohn- und Gesundheitsparks.

Es umfasst:

- 4 Arztpraxen (Allgemein, Innere, Chirurgie, Orthopädie)
- 1 Apotheke
- 1 Physiotherapie
- 2 Fachbereiche (Orthopädie-Technik und ambulante Psychotherapie)
- Labor
- Röntgen
- Beratungsstellen (z.B. Krankenkassenberatung, Reha-Beratung)
- IT-Bereich nur Telemedizinische Anbindung an die Unimedizin Greifswald und das Gesundheit-Sozial- und Bildungszentrum der MEDIGREIF
- Cafeteria mit zentralen Patientenaufnahme

Die in Entstehung befindlichen medizinischen Leistungsträger wären eine ausgezeichnete Voraussetzung für die medizinische Versorgung und Sicherheit der Bewohner- und Urlauber in der Gemeinde und auf der Insel Usedom.

10. Welche Herausforderungen bzw. welches Verbesserungspotenzial sehen Sie beim Entlassungsmanagement bzw. beim Übergang in die stationäre Versorgung?

In den letzten Jahren gab es eine Verbesserung beim Entlassungsmanagement. Positiv hervorzuheben ist, dass das Krankenhaus Rezepte ausstellen und den Pflegedienst für 10 Tage beauftragen kann. Verbesserungswürdig ist die Kommunikation, also die Verzahnung zwischen Krankenhaus und dem Arzt, der die Anschlussbehandlung übernimmt. Entsprechende schematische Kommunikationsabläufe könnten von außen erarbeitet werden.

III Rettungsdienst und Krankentransport

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

Die Ausstattung in Heringsdorf ist wie folgt:

- Rettungswache am Standort Heringsdorf

mit	RTW	2 (1x 24 h / 1x 8-20 Uhr)
	NEF	1
	Notarzt	1
	Rettungsassistenten	5

Rettungswache

Die für die Kaiserbäder zuständige Rettungswache befindet sich in Heringsdorf. Die Reaktionszeit der Einsatzkräfte liegt zwischen 5-12 Minuten. Die Einsatzdauer (Ausrücken zum Ereignisort, Versorgung der Patienten, Transport zur Akutklinik, Rückfahrt zum Standort) beträgt im Schnitt drei Stunden. Das bedeutet eine sehr lange personelle Bindung an einen Einsatz.

Rettungshubschrauber

Der Rettungshubschrauber ist am Uni-Klinikum in Greifswald stationiert. Die Reaktionszeit beträgt ca. 20 Minuten (Alarmierung-Flug-Einsatzort). Der Rettungshubschrauber ist seit 01.04.2020 nachflugfähig. Er ist mit Notarzt und Rettungsassistent besetzt und hat das gängige medizinische Equipment an Bord. Landemöglichkeiten bestehen auf Grund der Bestimmungen des Luftfahrtgesetzes ausreichend. Ein großer Gewinn für unsere Region. Bei Einsatzspitzen und in grenznahen Regionen möchte ich die Idee einer länderübergreifenden Luftnotrettung platzieren.

Die grenzüberschreitende Rettung ist dringend zu gewährleisten (Nächster RTW zum Einsatzort nationenunabhängig; Länderüberschreitende Transporte von Verletzten).

Ich beurteile die notfallmedizinische Versorgung in unserer Region als gut. Auf den besseren Ausbau der Infrastruktur der telemedizinischen Betreuung wurde bereits verwiesen. Des Weiteren ist eine bessere medizinische Notfallversorgung gerade in der Hauptsaison notwendig, um die Anzahl der Personen, die tatsächlich vor Ort sind, fachgerecht betreuen zu können. (Zur Situation vgl. A.1.1.)

2. Wie beurteilen Sie die personelle und technische Ausstattung des Rettungsdienstes und welche Herausforderungen und Probleme sehen Sie?

Positiv zu erwähnen ist, dass es in unserer Gemeinde mehr ausgebildete Notfallsanitäter als Rettungsassistenten gibt. Dies sorgt für mehr Kompetenz im Notfall. Das DRK bietet viele Ausbildungen an und ist fachlich gut abgedeckt. Sehr gut ist auch die Bereitstellung eines neuen Notarztwagens. Inselweit ist der Zustand aktuell gut. Die Qualitätsmanagementzertifizierung ist eine gute Kontrollmöglichkeit. Auf Grund der teuren Lebenshaltungskosten gibt es viele Abwanderungen des Personals. Personalmangel entsteht auch betriebsbedingt: lange Schichten, Nachwuchsprobleme etc. Dennoch hat das DRK derzeit alle Ausbildungsplätze inselweit besetzt.

3. Kann die gegenwärtige Hilfsfrist flächendeckend realisiert werden? Wenn nein: Was wäre aus Ihrer Sicht notwendig, um die Hilfsfrist flächendeckend umzusetzen?

Teilweise kann die Hilfsfrist realisiert werden; insbesondere in der Saison gibt es jedoch Verzögerungen. Die Transportwege sind hier nochmals explizit zu betonen. Die Verteilung mehrerer Rettungswachen inselweit führt zwar zu kurzen Wegen zum Einsatzort, doch die Transportwege zu den Krankenhäusern (Wolgast, Anklam, HGW, Karlsburg) sind zu lang, da die Krankenhausstandorte viel zu weit entfernt sind. Dadurch werden sowohl die Fahrzeuge als auch das medizinische und nichtmedizinische Personal für zu lange Zeit blockiert. Eine weitere Verzögerung ergibt sich in den Sommermonaten durch volle Straßen und große Menschenmengen. Durch kürzere Wege könnte ein schnellerer Einsatz wiederhergestellt werden. Als Ausgleich bekam das DRK – in manchen Saisons – einen zusätzlichen und zeitlich begrenzten Rettungswagen. Dies kann die Situation nicht ausreichend kompensieren. Positiv ist jedoch, dass mittlerweile ein Hubschrauber im Einsatz ist, der auch nachts fliegen darf.

Die Idee der deutsch-polnischen Notfallambulanz und der deutsch-polnischen Rettung ist dabei eine mögliche zusätzliche Entlastung bzw. Lösung.

4. Wie sehen Sie die Möglichkeit, mit den bestehenden technischen und personellen Ressourcen mehr Verlegungsfahrten zwischen den Krankenhäusern zu leisten, um komplexe Fälle von einem peripheren Krankenhaus in ein Zentrum zu verbringen?

Hier gibt es kein peripheres Krankenhaus. Eine zusätzliche Einbindung des sowieso schon knappen Personals für weitere Fahrten erachte ich als nicht sinnvoll.

5. Wie beurteilen Sie die technische Ausstattung des Rettungsdienstes / der Rettungswachen. Welche Herausforderungen und Probleme sehen Sie?

Die technische Ausstattung des Rettungsdienstes in Heringsdorf ist gut. Es wurden mir keine Probleme berichtet.

6. Wie schätzen Sie die technische und personelle Leistungsfähigkeit ihrer Rettungsmittel zur Akutverlegung von Kindern und Jugendlichen ein?

Die Rettungsmittel zur Akutverlegung von Kindern und Jugendlichen sind ausbaufähig, ein Kinderkoffer ist vorhanden, ein Kindernotarzt fehlt. Ein spezieller Babywagen ist nicht vorhanden, der nächste Standort dafür ist in Neubrandenburg. Da die Entfernung dorthin viel zu groß ist, muss im Ernstfall der Hubschrauber die Gerätschaften einfliegen. Fraglich ist, ob es dann sinnbringender wäre, eine Ausstattung vor Ort bereitzuhalten, um unnötige Zeitverschwendung im Ernstfall und Bindung von Ressourcen (Hubschrauber) zu vermeiden.

7. Wie beurteilen Sie den gegenwärtigen Stand der Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärztinnen und den Rettungsdiensten im Land und welchen Handlungsbedarf sehen Sie?

Sowohl von Seiten der niedergelassenen Ärzte als auch von Seiten des Rettungsdienstes werden mir eine gute Zusammenarbeit, Kooperation und Kommunikation signalisiert. Der Rettungsdienst gibt an, dass die Ärzte über die ärztliche Bereitschaftsnummer 116 117 zu einer Entlastung des Rettungsdienstes beitragen.

8. Was spricht für bzw. gegen eine Berücksichtigung des Telenotarztes bei der gegenwärtigen Überplanung des Rettungsdienstes in M-V?

Insgesamt überwiegen die Vorteile des Einsatzes eines Telenotarztes. Dadurch kann das lange Warten auf einen Notarzt, insbesondere in abgeschiedenen Regionen abgefangen bzw. abgedeckt werden und somit eine schnellere notfallärztliche Anweisung erfolgen. Wichtig ist hier wieder der Ausbau des flächendeckenden Telefon- und Internetnetzes. Bedeutsam ist dabei aber, dass der persönliche Einsatz von Notärzten nicht in Gänze abgeschafft wird, da es wahrscheinlich Fälle geben wird, die zu komplex sind, um sie aus der Ferne per Telenotarzt abschließend beurteilen zu können. Wichtig ist hierbei auch die technische Schulung der Kollegen bzw. des Personals.

9. Welche Hinweise für die Überplanung des Rettungswesens in Mecklenburg-Vorpommern haben Sie?

In der Saison ist ein zusätzlicher Rettungswagen zur Verfügung zu stellen.

10. Wie bewerten Sie den Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit „Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung“ vom 10. Januar 2020 und welche positiven bzw. negativen Auswirkungen würden sich für M-V ergeben, wenn das Gesetz so beschlossen würde?

k. A.

11. Wie bewerten Sie die Situation im Krankentransport in MV und welchen Handlungsbedarf sehen Sie?

Der Krankentransport ist flächendeckend und bietet somit eine gute Entlastung des Rettungsdienstes. Leider kommt es auch hier auf Grund der problematischen Verkehrssituation und der weiten Entfernungen zu langen Fahrzeiten. Der Krankentransport wird auch durch private Hand übernommen, teilweise werden sogar Taxis dafür eingesetzt. Damit wurden bisher gute Erfahrungen gemacht. Über die Kosten bei teilweise stundenlanger Fahrten kann keine Aussage getroffen werden.

In der Saison ist aus diesem Grund dringend ein zusätzlicher Wagen erforderlich.

IV. Rehabilitation / Krankenhausnachversorgung

Wie beurteilen Sie die Kapazitäten von Reha-Einrichtungen / 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?

- Rehabilitationskliniken 5

Mit Betten gesamt	812	
davon Betten	MEDIGREIF IK „Kulm“	150
	(Psychosomatik)	
	MEDIGREIF IK „Gothensee“	120
	(Kinder & Jugendliche Stoffwechsel, Atem, Haut)	
	MEDIGREIF IK „MGU“	120
	(Mütter/ Väter Rehabilitation)	
	Rehaklinik Usedom	186
	(Orthopädie, Rheuma, Atemwege)	
	Rehaklinik Seebad Ahlbeck	236
	(Orthopädie, Onkologie, Pneumologie)	

Rehabilitationskliniken

Die fünf Rehabilitationskliniken umfassen 50% der Kliniken auf der Insel Usedom und gehören zu den G1 Rehabilitationskliniken des Landes Mecklenburg-Vorpommern mit insgesamt 12.500 Betten. In den Kliniken werden ca. 20% der Kapazitäten durch Bewohner des Landes M.-V. gebunden und 80% der Kapazitäten durch Patienten aus anderen Bundesländern abgedeckt. Patientenbefragungen haben eine hohe Zufriedenheitsgrad der Patienten ausgewiesen. 80% der Patienten würden die Kliniken erneut in Anspruch nehmen und in der gleichen Größenordnung die Klinik weiterempfehlen. In den Kliniken sind insgesamt ca. 500 Arbeitnehmer beschäftigt darunter ca. 30 Ärzte.

V. Fachkräfte/ Personalressourcen

1. Die Personalsituation im Bereich der ärztlichen und pflegerischen Versorgung im Land verschärft sich zusehends. Wie beurteilen Sie die aktuelle Fachkräftesituation und ihre Folgen? Welche Über- bzw. Unterversorgung sehen Sie aktuell und künftig? Was wird gegenwärtig unternommen, um Fachkräfte zu gewinnen? Welche Maßnahmen der Politik halten Sie für geeignet um diesem Problem zu begegnen?

Meiner Einschätzung nach gibt es im ärztlichen und pflegerischen Bereich eine Verschärfung der Situation. Dies könnte zukünftig zu Problemen bei der medizinischen Versorgung führen. Einerseits könnte eine Kompensation über die Gewinnung von Fachkräften aus dem Ausland erfolgen; hierbei gibt es jedoch auch einige Herausforderungen zu bewältigen, insbesondere die Sprachbarriere ist abzubauen. Es ist sicherzustellen, dass die Ausbildungsstandards äquivalent mit der deutschen medizinischen Ausbildung/Studium sind.

Es sollte als politischer Auftrag verstanden werden, die Bereiche medizinische Pflegeversorgung als auch medizinische Versorgung zu attraktivieren. Dies hat besonders durch monetäre Anreize als auch durch klare Arbeitszeithöchstgrenzen zu erfolgen. Spezielle Programme zur Gewinnung von Ärzten, gerade in der ländlichen Region (Landarztprogramm), wurden bereits entworfen; diese sind weiter auszubauen. Es ist anzuregen, dass den Universitäten neben dem stark ins Gewicht fallenden Numerus clausus weitere Auswahlmöglichkeiten bei der Auswahl der Bewerber zugestanden werden, sodass mehr Studienplätze der Medizin vergeben werden können. Insgesamt sollte die Anzahl der Studienplätze erhöht werden. Während des Studiums sollten die Studenten bereits durch konkrete Angebote nach dem Studium gebunden werden. Erfüllt ein Student etwa den Numerus clausus nicht, wird ihm die Möglichkeit eröffnet, einen Studienplatz nur mit der Verpflichtung X Jahre in MV als Arzt zu praktizieren zu bekommen.

Vorteilhaft wäre auch eine Bindung von Studenten an die Region bei Studienbeginn. Zu viele Studenten werden in MV ausgebildet und verlassen nach Studienende die Region.

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?

Ich sehe großen Handlungsbedarf und halte weitere Initiativen für sehr sinnvoll (siehe oben).

3. Welche Gründe sind Ihnen bekannt, weswegen junge Ärztinnen bzw. Pharmazeutinnen eine Niederlassung in MV nicht anstreben oder sich Schulabgängerinnen in den nichtakademischen Gesundheitsberufen in anderen Bundesländern ausbilden lassen und nicht in unserem Bundesland verbleiben?

Viele erkennen die Region Insel Usedom nur als Erholungs- und Ferienort, aber nicht als Wohnort an. Dies ist multikausal bedingt. Insbesondere ist das Thema bezahlbarer Wohnraum von hoher Wichtigkeit, aber auch die Schaffung von positiven sozialen Ankerprojekten, die den Arbeitsort zum Wohn- und Lebensort werden lassen, sind von immenser Wichtigkeit.

4. Welche Maßnahmen wurden mit den Kommunen/Landkreisen ergriffen und ggf. umgesetzt, um die Attraktivität von Niederlassungen in ländlichen Regionen zu erhöhen?

k.A.

5. Gibt es aus Ihrer Sicht im Zusammenspiel von Landespolitik, Kommunen, Krankenhausgesellschaft, Krankenkassen, Kassenärztlicher Vereinigung und Ärztekammer Potential zur Verbesserung, um den Gesundheitsstandort Mecklenburg-Vorpommern weiter zu stärken und insbesondere für Fachkräfte deutlich attraktiver zu machen?

Natürlich gibt es noch weiteres Potential. Ich würde es begrüßen, wenn die genannten Akteure sich in regelmäßigen Treffen gemeinsam über die Verbesserung der sich dynamisch entwickelnden Situation verständigen würden.

VI. Patientenorientierung

Frage 1. fehlt.

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

Es gibt die Möglichkeiten, Beschwerden direkt an den Arzt zu leiten, Feedback-Fragebögen auszufüllen und ebenfalls kann eine Auswertung über Qualitätsmanagementprogramme erfolgen. Während meiner Amtszeit erfolgten keinerlei Beschwerden von Patienten direkt an die Kommune.

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

Hier sehe ich die Kommune nicht als geeignet qualifizierten Ansprechpartner. Derartige Fälle wurden gegenüber der Kommune auch nicht vorgetragen. Eine Hilfe oder Ansprechpartner könnten Krankenkassen oder andere Ärzte sein.

VII Finanzierung/Vergütung

1. Wie beurteilen Sie das aktuelle Finanzierungssystem der medizinischen Versorgung auch in der Fläche, welche Fehlanreize oder andere Handlungsbedarfe sehen Sie?

Die in der Region niedergelassenen Ärzte gaben mir gegenüber an, dass die Abrechnung ambulant über die KVMV als gut zu bezeichnen ist und dem Bundesdurchschnitt entspricht. Jedoch gibt es kaum einen Unterschied zwischen der Festanstellung im Krankenhaus und der eigenen Praxis mit eigenem unternehmerischen Risiko, sodass hier kein Anreiz geschaffen wird, sich in einer eigenen Praxis zu niederzulassen.

2. Welchen prozentualen Anteil des BIP halten Sie für 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)?

Aktuell 11,7 % des BIP, 391 Mrd. Euro, 4712 Euro pro Einwohner/-in, 2019 lagen die Ausgaben der GKV bei 252,2 Milliarden Euro, dabei beliefen sich die reinen Leistungsausgaben auf rund 239,5 Milliarden Euro. Den größten Anteil der Leistungsausgaben stellte der Krankenhaussektor dar. Insgesamt musste die GKV hierfür 80,3 Milliarden Euro aufbringen. Dies entspricht einem Anteil von 33,6 Prozent an allen Leistungsausgaben und ist nahezu doppelt so hoch wie die ambulante ärztliche Versorgung mit einem Volumen von 41,1 Milliarden Euro und einem Anteil von 17,2 Prozent. Den drittgrößten Ausgabensektor stellt der Arzneimittelbereich mit 41,0 Milliarden Euro und einem Anteil von 17,1 Prozent dar. (Verband der Ersatzkassen, 31.08.2020)

Ich halte einen relativ hohen prozentualen Anteil des Bruttoinlandsproduktes für Ausgaben der medizinischen Versorgung der Bevölkerung für sinnvoll und anstrebenswert.

3. 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?

Unterschiedliche medizinische Versorgungssysteme in Form von unterschiedlichen Versicherungen dürfen nicht dazu führen, dass es eine Zweiklassengesellschaft bei der medizinischen Versorgung gibt. Insofern betrachte ich die Zweiteilung als kritisch. Aus ärztlicher Sicht heraus wurde mir gegenüber kommuniziert, dass die Zweiteilung also die Behandlung von Privatpatienten einen essentiellen Finanzierungspunkt der eigenen Praxis darstellt. Bei einer Umstellung wäre dies mitzubetrachten.

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

Ich begrüße den Prozess der Konzentration und Reduzierung, da er neben einer Kostenersparnis auch für den Patienten einen leichteren Überblick und bessere Vergleichbarkeit der medizinischen Angebotsleistungen gewährt.

VIII. Telemedizin / Datenschutz

1. Telemedizinische Angebote wie Videosprechstunden für Patientinnen und Patienten bieten zur Überbrückung der vergleichsweise weiten Wege im Flächenland MV neue Chancen, um bspw. bei Verlaufskontrollen oder Bagatellerkrankungen Praxisbesuche zu vermeiden.

Wie beurteilen sie den gegenwärtigen Einsatz der Telemedizin in Ihrem Bereich, insb. die Entwicklung der telenotärztlichen Versorgungsstruktur? Welche Chancen, Herausforderungen und Verbesserungsmöglichkeiten sehen Sie?

Ich bin Befürworterin der Ausweitung der telemedizinischen Angebote sowie der Videosprechstunde. Insbesondere in Zeiten der Pandemie hat sich gezeigt, dass es ein gutes und geeignetes Instrumentarium ist, auch Ferndiagnostik zu betreiben und Anfahrtswege zu sparen. Dadurch dürfen jedoch nicht die klassischen Untersuchungen und Behandlungen in ihrer Gesamtform verdrängt werden. Die Videosprechstunde bietet eine enorme Zeitersparnis dahingehend, dass die personellen Einsatzressourcen durch Wegfall der Fahrwege dezimiert werden, aber hieraus resultierend auch eine wesentlich schnellere Behandlung und Diagnostik aus der Ferne erfolgen kann. Herausforderungen und zugleich Voraussetzungen sind, dass überall flächendeckend die Breitband- und Telefonnetze so gut ausgebaut werden, dass die Netze tatsächlich landesweit nutzbar sind.

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

Die niedergelassenen Ärzte beurteilen wie folgt:

Die Verknüpfung der IT-Struktur könnte insgesamt noch verbessert werden; erste Schritte sind bereits gemacht durch den Einsatz von EKV, dort können wichtige Informationen gespeichert werden.

Allerdings sind diese mit hohen Anschaffungskosten verbunden, problematisch ist dabei auch der erhöhte Arbeitsaufwand, da die Daten auf den Karten gespeichert und gepflegt werden müssen.

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

Siehe 2.

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

Ich sehe gute Chancen im Einsatz der Telemedizin, gerade wenn der Notarzt auf dem Land nicht vor Ort sein kann. Ein wichtiger positiver Faktor ist dabei die enorme Zeitersparnis.

IX. Öffentlicher Gesundheitsdienst

1. Wie beurteilen Sie die aktuelle Situation im öffentlichen Gesundheitsdienst?

Der öffentliche Gesundheitsdienst befindet sich derzeit auf Grund der Corona-Pandemie in einer absoluten Ausnahmesituation.

2. Wird der öffentliche Gesundheitsdienst seinen Aufgaben gerecht? Wenn nicht, welche Ursachen und Lösungsmöglichkeiten sehen Sie dafür?

Resultierend aus dieser Ausnahmesituation stößt das Gesundheitsamt teilweise an seine Kapazitäts- und Leistungsgrenzen. Hier wurde in den letzten Monaten massiv personell als auch strukturell aufgebaut, sodass der öffentliche Gesundheitsdienst die auf ihn zukommenden zusätzlichen Belastungen hoffentlich bewältigen kann.

3. Welche Herausforderungen und Probleme begegnen Ihnen im Bereich der personellen Ausstattung und Aufgabenerfüllung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes?

Die personelle Ausstattung des Gesundheitsamtes unseres Landkreises war vor Beginn der Pandemie eher gering. Auf Grund des großen neuen Aufgabenfeldes ist es sicherlich vernünftig, hier neben der medizinischen Ausrichtung auch eine Organisation nach Verwaltungsmaßstäben zu vollführen. Dies ist meines Erachtens geschehen.

X. Pandemie und Folgerungen

1. Welche beruflichen Erfahrungen haben Sie in Ihrer Behörde in den Zeiten und mit der Corona-Pandemie gemacht?

Es handelte sich um eine Ausnahmesituation, die sehr vielschichtige Probleme mit sich brachte, die vor allem schnell und teils unbürokratisch gelöst werden mussten. Anbei folgende Praxisbeispiele: Schnelle Einarbeitung und enge Kooperation mit Virologen bei der Entscheidung zur Frage der Genehmigung eines Großevents vor dem Erlass der Corona VO; zeitweise keine Gemeinderatssitzungen mehr; Verlagerung der Entscheidungskompetenz auf die Bürgermeisterin; besorgte Einwohner; schnelle Änderungen der rechtlichen Situation; Umstellung der Verwaltung auf Home-Office mit Rechnern der Schule; Bildung eines Einsatzstabs; Umgang mit Mitarbeitern, die zur Risikogruppe gehören; Erarbeitung von Sicherheits- und Hygienestandards im Tourismus; Einbruch der Steuereinnahmen; Kontrolle der Quarantäneanordnungen.

2. Nach ca. einem Jahr der Versorgung in der Corona-Pandemie lassen sich neue Rückschlüsse auf Versorgungsstrukturen ziehen. Welche Entwicklungen sehen Sie als besonders positiv? Welche Entwicklungen sehen Sie als besondere Belastung? Welche Neuerungen würden Sie über das Ende der Pandemie hinaus beibehalten wollen?

Bevorratung von Hygieneartikeln wie Masken, Desinfektionsmitteln. Beibehaltung unseres Corona Helferpools für Menschen in Quarantäne und Not. Kontrolle der Corona LVO durch die örtlichen Ordnungsbehörden nicht personell leistbar und damit nicht zielführend! Keine ausreichenden Personalressourcen vorhanden.

3. Welche Schlussfolgerungen haben Sie bereits gezogen bzw. ziehen Sie daraus?

Wir sind digital nicht weit genug entwickelt. Ausbau Breitband- und Telefonnetz ist zu forcieren. Die Kommunikation in unser Nachbarland Polen war eingeschränkt aufgrund der Grenzschließung. Auch hier möchten wir in Videotechnik investieren, um Videokonferenzen abhalten zu können. Wir benötigen ein (Test-) Labor auf der Insel Usedom, damit weite Wege für Proben verhindert werden können. In Krisenzeiten muss die 116 117 so weit ausgebaut werden, dass sie nicht mehr zusammenbricht und den Rettungsdienst entlasten kann.

Schriftliche Beantwortung des Fragekatalogs der Enquetekommission „Zukunft der med. Versorgung in MV“ des Landtags vom 21.09.2020

Lars Prahler, Bürgermeister der Stadt Grevesmühlen

Zu A1.1:

Ergänzung:

Gut, aber ...

Die Gesundheitsversorgung steht ähnlich wie die Kommunen selbst vor der Herausforderung, auf dramatische demographische Veränderungen zu reagieren. Dieser Wandel erzeugt nämlich einerseits neue inhaltliche und numerische Schwerpunkte in der medizinischen Behandlung, andererseits bringt dies Herausforderungen für die flächendeckende Abdeckung in der Grundversorgung, aber auch Erreichbarkeit von intensivmedizinischen Einrichtungen mit sich.

So ist wohl z.B. jetzt schon vorhersehbar, dass der Bedarf an geriatrisch-medizinischen Verfahren und Einrichtungen weiter zunehmen wird, aber auch, dass regionale Fallzahlen das Vorhalten von intensivmedizinischen Einrichtungen in anderen Bereichen rein betriebswirtschaftlich nicht mehr rechtfertigen.

Dies ist ein hochdynamischer demographischer Prozess, der zudem in der Vergangenheit oft nur unzureichend prognostiziert werden konnte.

Was jedoch trotz dieser hochdynamischen Prozesse sicher bleiben wird, sind die regionalen Strukturen, geprägt durch Ober-, Mittel- und Grundzentren. Nur sind diese Ober-, Mittel- und Grundzentren nicht per se funktionstüchtig für ihre Einzugsbereiche. Es bedarf deren Ausstattung mit wichtigen Infrastruktureinrichtungen, u.a. derer des Gesundheitswesens. Und es bedarf ausdrücklich auch des langfristigen Bestandsschutzes dieser Einrichtungen, wobei sie sich natürlich den hochdynamischen Veränderungen zu stellen haben und sich auch weiter entwickeln müssen.

Gesundheitseinrichtungen brauchen also Bestandssicherheit und zugleich Flexibilität, um für die Zukunft gewappnet zu sein.

Wünschenswert ist in diesem Zusammenhang, dass im Landesraumentwicklungsplan genauso wie in den Fachplanungen sowie erst recht bei jeder Einzelfallentscheidung eindeutig die Zielstellung verankert wird, dass Ober-, Mittel- und Grundzentren mit jeweils bedarfsgerechten Gesundheitseinrichtungen ausgestattet bleiben müssen. Dies ist bisher nicht hinreichend erfolgt und vor allem in der Praxis zu oft nicht berücksichtigt worden.

Des Weiteren kommt zunehmend der Vermeidung von Krankheit durch Gesundheitsvorsorge Bedeutung zu, die ebenso flächendeckend und qualitativ flächendeckend darzubieten ist. Auch hier bieten sich die gegebenen zentralörtlichen Strukturen an, die Strategie und örtliche Verankerung der Gesundheitsvorsorge hieran auszurichten.

Zu A 1.2:

Gute Erreichbarkeit und flächendeckende Versorgung können nur unter den o.g. Prämissen nachhaltig gestaltet werden. Und ja, sie ist in Hinblick auf die Gewährleistung gleichwertiger Lebensverhältnisse unerlässlich.

Zu A 1.3:

Kriterien lassen sich letztlich wohl am ehesten am Maß einer Gesundheitsquote und hilfsweise an Behandlungserfolgen bemessen. Beide sind maßgeblich davon abhängig, ob und wie dafür Vorsorge- und Behandlungskapazitäten vorhanden sind und wie sie flächendeckend vorgehalten werden. Die Erreichbarkeit stellt dabei nicht vorrangig eine planerisch-politische Zielstellung dar, sondern ist hinsichtlich des zu erreichenden Behandlungserfolgs zum großen Teil schlicht eine medizinische Notwendigkeit.

Ergänzend zu den Ausführungen unter A1 liegt ein Hauptproblem in der offenkundigen Schlechtverteilung medizinischer Leistungen im Raum. Dabei ist der Maßstab des eigenen Bundeslandes für die Betrachtung dieses Problems womöglich zu klein, sondern zur Problemanalyse bedarf es wohl, die Missverhältnisse z.B. gegenüber Metropolregionen im Bundesgebiet offen zu legen. Womöglich reicht aber schon ein Vergleich mit anderen ländlichen Räumen im Bundesgebiet, um festzustellen, dass hier dringender Handlungsbedarf besteht.

Fakt ist, dass insgesamt einfach zu wenig Fachpersonal in MV medizinische Leistungen erbringt. Aber auch und insbesondere liegt eine Schlechtverteilung von Fachkräftedargeboten innerhalb von MV vor.

Aufzulösen ist dies womöglich nur durch eine striktere Handhabung im Zulassungswesen, stetiger, an die sich ändernden Bedarfe angepasste Planungen und durch konkrete Unterstützungen bei der Neubesetzung vermeidlich unattraktiver Plätze.

Zu A 1.4:

Ergänzend zu den Ausführungen unter A 1:

Der demographische Wandel bringt natürlich auch mit sich, dass mehr Akteure der Gesundheitswirtschaft aus dem aktiven Dienst ausscheiden als nachfolgen. Dies betrifft per se alle Berufsgruppen gleichermaßen. Insbesondere im Bereich der niedergelassenen Ärzte drohen damit Strukturen wegzubrechen, deren Wiederaufbau im Zweifel erheblich aufwendiger ist als die Übernahme. Daher sollte auf jeden Fall gezielt ein Übernahmeprogramm aufgestellt werden.

Zu A 1.5:

Die Frage ist - wie selbst ausgeführt - so komplex, dass sie im Rahmen einer solchen Anhörung nicht erschöpfend und zufriedenstellend beantwortet werden kann. Die Antworten dieser Fragestellungen sollten anhand fachkundiger Analysen zur bedarfsgerechten flächendeckenden Gesundheitsversorgung in MV fallgruppenspezifisch ausgearbeitet werden.

Zu A 1.6:

MV ist als Lebens- und Arbeitsmittelpunkt höchst attraktiv. Dies gilt sowohl für hochqualifiziertes Fachpersonal als auch für Pflegekräfte. Die Vorteile unseres Bundeslandes gilt es klar herauszustreichen und zudem aufzuzeigen, dass – unmittelbarer und überschaubarer als anderswo – die persönlichen Entwicklungschancen besonders groß sind. Dies stimmt insbesondere, seitdem auch in der Medizin digitale Medien ermöglichen, das Arbeitsleben unabhängiger vom Arbeitsort zu gestalten.

Und insbesondere in der geriatrischen Medizin gilt auch als positives Momentum herauszustreichen, dass aufgrund der hochdynamischen Entwicklung in jüngster Vergangenheit hier besondere Wissens- und Forschungsvorsprünge generiert werden können.

Zu A 2.1 1

Die Beantwortung dieser Fragestellung bedarf – wie bereits erwähnt – einer fachkundigen, tiefergehenden fallgruppenspezifischen Analyse.

Zu A 2.1 2

Geht man davon aus, dass Abmeldungen von Leistungen i.d.R. nicht vorrangig betriebswirtschaftlich begründet, sondern fehlenden Bereitstellung erforderlichen Fachpersonals geschuldet sind, ist dies vorrangig aus der Schlechtverteilung, wie unter A 1.3 beschrieben, heraus herzuleiten. Dem gilt es dringend Abhilfe zu schaffen.

Ergeben sich Schief lagen aufgrund mangelnder Fallzahlen, ist aber die Leistung in Hinblick auf die Gewährleistung der gebotenen Versorgung zwingend erforderlich, bedarf es einer finanziellen Umverteilung zugunsten dieser Einrichtungsteile. Grundlage hierfür sollte aber stets eine genaue Analyse des Einzelfalls sein.

Zu A 2.1 3 und 2.1 4

Kommunen sind in ihrem Wirkungskreis Aufgabenträger der Daseinsvorsorge. Dies impliziert nicht automatisch die Pflicht zum eigenen Engagement z.B. durch die Trägerschaft von örtlichen Krankenhäusern. I.d.R. besteht auch nicht die eigene Struktur, um diese Trägerschaft in Form eines professionellen Beteiligungsmanagements auszuüben. Zudem kann man wohl konstatieren, dass

insbesondere Übernahmeentscheidungen immer nur dann zur Rede stehen, wenn privatwirtschaftliche Modelle keine positiven Prognosen aufweisen.

Es kann nur bei Einzelfallentscheidungen bleiben. Und diese sollten mit Hinblick u.a. auf Beihilferrecht oder erst recht möglicher Wettbewerbsverzerrungen durchaus kritisch geprüft werden. Es darf nicht sein, dass bei vermehrter Rekommunalisierung letztlich solide wirtschaftende, private oder durch Sozialträger getragene Einrichtungen in Ihrem Tun geschädigt werden.

Zu A 2.1 5

Hierzu vermag ich keinen tiefergehenden fachlichen Beitrag zu leisten.

Zu A 2.1 6

Hierzu vermag ich keinen tiefergehenden fachlichen Beitrag zu leisten.

Zu A 2.1 7

Ohne das DRK-Krankenhaus Grevesmühlen würde unser Mittelzentrum nicht ihre Funktion erfüllen können. Ein Wegfall käme sogar dem Funktionsverlust gleich. Das Krankenhaus als Einrichtung ist für Grevesmühlen unerlässlich. Und gerade deshalb muss das Krankenhaus sich den stetig ändernden Rahmenbedingungen stets optimal anpassen und entwickeln können.

Zu A 2.1 8

Ja, insbesondere auch, weil das Krankenhaus wichtiger Arbeitgeber ist und die regionale gesundheitswirtschaftliche Struktur maßgeblich prägt.

Zu A 2.1 8

Hierzu bedarf es u.a. die Chancen der Digitalisierung gerade in der stärkeren Vernetzung vor Ort zu nutzen. Z.B. smartes Entlassungsmanagement, denn datensicheres, schnelles Kommunizieren mit verabredeten Standards können diesen lokalen Bezug geradezu befördern.

Hier können lokal vernetzte Krankenhäuser zum Vorteil aller Beteiligten eine wichtige Rolle einnehmen, Standards und Verfahrens zu vereinbaren, die deutlich effizientere und zielführendere Abläufe generieren.

Zu A 2 II. 1

Für die Organisation des Bereitschaftsdienstes bedarf es einer flächendeckenden Gesundheitsversorgung durch Fachpersonal. Steht dieses nur zum Teil zur Verfügung, wird es naturgemäß schwer, das System aufrecht zu erhalten. Und da nicht ausreichendes Personal in einigen ländlichen Bereichen vorhanden ist, wird es schwer, dass System bedarfsgerecht aufrecht zu erhalten.

Unterstützend ist der Ausbau der Telemedizin zur Behebung dieses Problems ein Muss. Dieses digitale Angebot muss aber auch prominent platziert werden, um als Alternative wahrgenommen zu werden. Hierzu wäre eine landesweite Einführung und Betreuung sicher hilfreich.

Zu A 2 II. 2

Da nicht weiter ausgeführt ist, auf welche Art von Therapie in der Frage abgestellt wird, lässt sich nur pauschal antworten, dass zu vermuten ist, dass ähnliche Problemlagen wie im Bereich der niedergelassenen Ärzte bestehen und Lösungen ähnlich konzipiert werden müssten, um die Probleme zu beheben.

Zu A 2 II 3

Unsere Region ist in der ambulanten Versorgung grundsätzlich gut aufgestellt. Jedoch ist dies nur eine Momentaufnahme, die bei jeder anstehenden Praxisübernahme auf die Probe gestellt wird. Unsere Region profitiert jedoch offenkundig davon, dass sie auch von Fachkräften der Gesundheitswirtschaft als zukunftsfähig eingestuft wird.

Nichts desto trotz gibt es eine spürbare Veränderung dahingehend, dass zunehmend kassenärztliche Sitze von Unternehmen aufgekauft und zusammengeführt werden. Dies scheint ein betriebswirtschaftlich getragener Megatrend zu sein. Denn festzustellen ist, dass auch bei der Option einer Praxisübernahme von Arzt zu Arzt die Angebote von Unternehmen oftmals für den Übergebenden finanziell interessanter sind.

Setzt sich dieser Trend fort, wird es zu einer wesentlichen Veränderung der örtlichen Strukturen führen, ohne dass ich dies letztlich bewerten mag.

Zu A 2 II 4

Dazu ist festzustellen, dass MV zu 90 % ländlicher Raum ist. Die meisten Städte in MV gehören zum ländlichen Raum. Insofern kann die Frage nicht von mir beantwortet werden.

Zu A 2 II 5

Nennenswerte Probleme in der Arzneimittelversorgung sind mir nicht bekannt.

Zu A 2 II 6

Wie bereits erwähnt, kann man eine deutliche Steigerung der Verfahrensabläufe im Zuge der weiteren Digitalisierung erwarten. Dies betrifft sowohl word flows und Kommunikation zwischen den Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft, aber auch

und insbesondere die Kontaktpflege mit den Patienten mittels Telemedizin und weitere Kommunikationsplattformen.

Eine konsequente Einführung der Telemedizin wird den persönlichen Kontakt niemals ersetzen, wie oft befürchtet wird. Ziel der Telemedizin ist, bei gleichbleibenden oder sinkenden Behandlungskapazitäten für ausgewählte Behandlungs- und Beratungsleistungen effektivere Prozesse zu generieren. Hier ist eine deutliche Zeitersparnis für Patienten und Gesundheitspersonal vermacht, die es zu nutzen gilt.

Zu A 2 II 7

Standorte für Medizinische Zentren sind an die zentralörtlichen Strukturen zu orientieren, wie bereits voran beschrieben. Grund-, Mittel-, und Oberzentren brauchen diese Einrichtungen genauso, wie diese Einrichtungen funktionierende Orte und Städte.

Zu A 2 II 8

Medizinische Zentren können eine Lösung sein.

Zu A 2 II 9

Aus meiner Kenntnis hat der Planungsverband Westmecklenburg vor einigen Jahren eine Analyse zur Gesundheitswirtschaft und deren Potenziale erarbeiten lassen und auch veröffentlicht.

Zudem hat der Landkreis in der Vergangenheit einen sog. „Gesundheitsbus“ eingesetzt. Aus meiner Kenntnis war die Resonanz zu gering, als dass dies als Erfolg zu werten ist. Ich denke auch nicht, dass dies zielführend ist. Ich möchte mich wiederholen: Gesundheitsversorgung sollte sich konsequent an der zentralörtlichen Struktur orientieren. Ein gut ausgebauter ÖPNV für den ländlichen Raum hin in diese Zentren ist sicher effizienter als Fachpersonal in teuren Spezialfahrzeugen in Randlagen zu schicken. Ambulante Pflege hingegen gilt es dezentral aufrecht zu halten.

Zu A 2 II 10

Ich möchte an dem folgenden Beispiel konkret beantworten: In Grevesmühlen befindet sich ein digitales Entlassungsmanagement in der Pilotphase. Dies ist eine interne Plattform für das Krankenhaus und zunächst zwei Pflegedienste, über die die Entlassungsmanagerin im ersten Schritt an beide Pflegedienste gleichzeitig den Bedarf mit allen wesentlichen Informationen entsprechend einer abgestimmten Matrix anmelden kann. Bei Rückmeldung, dass für die betreffende Person Pflegekapazitäten bestehen, werden dann die Verfahren vollständig über diese Plattform abgewickelt. Nach der Pilotphase sollen alle Pflegedienste der Region

eingebunden werden und auch ein Anfragemodul für Angehörige und selbst Betroffene frei geschaltet werden.
Dieses Modul vereinfacht die Abfrage nach freien Pflegekapazitäten erheblich und erzeugt Mehrwert und deutlich gestiegene Transparenz über die Entscheidungsketten.

Zu A 2 III 1 bis 11

Hierzu vermag ich keinen tiefergehenden fachlichen Beitrag zu leisten.

Zu A 2 IV

Hierzu vermag ich keinen tiefergehenden fachlichen Beitrag zu leisten.

Zu A 2 V 1 und 2

Hierzu sind von mir bereits Ausführungen in anderem Zusammenhang gemacht worden. Nochmals zur Klarstellung: Die flächendeckende Versorgung ist maßgeblich davon abhängig, ob und wie das erforderliche Fachpersonal zur Verfügung steht.

Beim ärztlichen Fachpersonal **ersehe** sowohl im Maßstab der Bundesebene als auch im Land selbst auch und insbesondere ein Problem in der Schlechtverteilung der bestehenden Ressourcen. Hierzu bestehen gesetzliche Regelungen, die eigentlich hiergegen steuern sollten. Ggf. sind diese aufgrund der zunehmenden Brisanz im Detail zu überprüfen, zumindest aber das Agieren der zuständigen Institutionen zu analysieren und zu bewerten.

Der Mangel an Fachpersonal ist aber auch und insbesondere der demographischen Entwicklung geschuldet. Bei deutlichem Delta zwischen Berufsein- und –aussteigern besteht letztlich nur die Möglichkeit, die Berufsgruppen im Wettbewerb attraktiver zu gestalten und auch Zuzug ausländischen Fachpersonals zu fördern.

Neben der Entlohnung spielen insbesondere Fragen der jeweiligen Zukunftsperspektiven, nicht fiskaler Vorteilsgewährungen und schlichtweg auch die Frage der direkten Ansprache von potenziellen Interessierten eine Rolle.

Und zu guter Letzt sei darauf hingewiesen, dass man kaum Fachpersonal mit Diskussionen um Mangel, Niedergang und Aufgabe gewinnen kann. Die Gesundheitswirtschaft in MV muss als Zukunftsmodell aufgestellt und verkauft werden.

Wenn das Vorhalten von Gesundheitseinrichtungen ein öffentlicher Auftrag ist, sollte auch die Mitarbeiterwerbung von der öffentlichen Hand gefördert werden, z.B. in Form von Projektförderungen, Erfolgsprämien oder gar koordiniert werden.

Zu A 2 V 3

MV hat für hochqualifizierte Fachkräfte nicht den Ruf eines innovativen, Neuerungen gegenüber aufgeschlossenen und zukunftsweisenden Standorts. Zudem sind auf dem ersten Blick Verdienstmöglichkeiten geringer eingeschätzt.

Zu A 2 V 4

Ein Beispiel: Eine niedergelassene Fachärztin möchte altersbedingt ihren kassenärztlichen Sitz weitergeben. Durch Praktika und letztlich Angestelltenverhältnisse wurde dies über mehrere Jahre aus eigenem Antrieb vorbereitet. Das konkrete Procedere wurde auch durch KV fachlich begleitet.

Letztlich waren neben den betriebswirtschaftlichen Fragestellungen bei der Praxisübernahme entscheidend, dem Ehemann einen beruflichen Einstieg zu organisieren, ein angemessenes Baugrundstück anzubieten und nicht zuletzt das gute Gefühl für den neuen Arbeits- und Wohnort zu vermitteln.

Zu A 2 V 5

Ja. Ich verweise auf Teile der vorherigen Ausführungen.

Zu A 2 VI

Hierzu vermag ich keinen tiefergehenden fachlichen Beitrag zu leisten.

Zu A 2 VII 1

Wenn absehbar nur geringe zusätzlichen Stundenpotenziale generiert werden können, sollte das Vergütungssystem dahingehend durchleuchtet werden, Effizienzsteigerungen besonders zu fördern. Es kann nicht sein, dass sowohl Patienten als auch Ärzte z.B. Telemedizin als zusätzlichen Aufwand betrachten. Beiden sollte der daraus entstehende Mehrwert zu Gute kommen können.

Zu A 2 VII 2

Diese Frage ist nicht zu beantworten. Die erforderlichen Ausgaben orientieren sich an den Bedarfen. Diese wiederum sind weitestgehend unabhängig vom BIP.

Zu A 2 VII 3

Es besteht sogar eine Dreiteilung, wenn man das Versorgungswesen für Beamte noch hinzudenkt.

Ich persönlich als Wahlbeamter mit der Besoldung B 2 profitiere im erheblichen Umfange von diesem bestehenden System. Das System ist also im höchsten Maße sozial ungerecht.

Zu A 2 VIII 1

Zu meiner Gesamteinschätzung hierzu habe ich bereits zahlreiche Ausführungen gemacht.

Die Telemedizin birgt in der aktuellen Situation die größten Potenziale zur Effizienzsteigerung in der Patientenversorgung. Sie kann aber nur unterstützen. Denn auch mit Telemedizin braucht es einen Arzt und einen Patienten im direkten Austausch und Vertrauensbasis, die sich nur durch persönlichen Kontakt tatsächlich aufbauen lässt.

Die Potenziale, die mit der Telemedizin gehoben werden können, sind jedoch beschränkt. Es werden Anfahrtswege und Wartezeiten eingespart, es wird Arbeitsleistung im Praxisbetrieb letztlich auf die Fachkraft selbst übertragen und vor allem: Es wird eine Unterscheidung zwischen telemedizinisch möglichen Behandlungs- und Beratungsformen und Behandlungen, die nur im direkten Kontakt möglich bleiben, vorgenommen.

Zu A 2 VIII 2

Hier sollte man nicht vorrangig strukturelle Verknüpfungen im Auge haben, sondern vielmehr von Standards für Schnittstellen. Hierzu sollten klare gesetzliche und inhaltliche Vorgaben gemacht werden. Denn nur wenn alle Einrichtungen digital miteinander über einen Standard kommunizieren und Daten austauschen können, erbringt dies die erwünschte Effizienz. Ansonsten müssten alle Doppelstrukturen, nämlich analoge und digitale, vorhalten.

Zu A 2 VIII 3

Wenn YouTube läuft, läuft auch Telemedizin. Es gibt kein Erfordernis einer 5G-Infrastruktur bis zur letzten Gießkanne, um Produkte wie die Telemedizin einzuführen. Die wichtigste Ressource hierfür ist die Bereitschaft der Akteure, nicht die Technik. Und da diese erfahrungsgemäß nicht auf freiwilliger Basis flächendeckend erwartet werden kann, bedarf es gesetzlicher Verpflichtungen und Standardisierungen.

Zu A 2 VIII 4

Die Frage ist voran ausführlich beantwortet worden.

Zu A 2 IX 1

Das Gesundheitsamt in unserem Landkreis ist seit längerem ohne fachliche Führung. Die Attraktivität dieser Stelle ist durch Anpassung der Vergütung dringend zu verbessern.

Zu A 2 X 1

Die Corona-Pandemie hat eine konzertierte, nur auf den Vorfall bezogene Arbeitsweise der Verwaltung eingefordert. Uns zu Gute kam dabei, dass wir vorab Regeln für den Umgang mit derartigen Ereignissen festgelegt hatten.

Die Arbeit in Krisenstäben und die Zusammenarbeit mit weiteren Behörden verlief i.d.R. reibungslos.

Besonders hervorzuheben ist, dass die Verwaltung aufgrund der Umstellung auf digitale Work Flows und durch die Bereitstellung von Onlinezugängen stets handlungsfähig verblieb.

Und es zeigte sich eindrucksvoll die Bereitschaft und das Verständnis der Beschäftigten, in dieser Ausnahmesituation auch besondere Aufgaben zu übernehmen.

Zu A 2 X 2

Ich mute mir nicht zu, in der aktuellen Situation tatsächlich schon eruiieren zu können, wie die Pandemie, die sich in MV ja noch nicht als solche entwickelt hat, zu beurteilen.

Zu A 2 X 3

Bevölkerungsschutz sowie gleichrangig die Bewahrung der Menschenwürde jedes Einzelnen sind die wichtigsten Pflichten für die Akteure staatlichen Handelns.



Lars Prahler, Bürgermeister der Stadt Grevesmühlen; 02.10.2020

Datum: 02.10.2020 08:31 Uhr

Öffentliche Anhörung der Enquete-Kommission „Zukunft der
medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern“
am 14.10.2020

Notfallmedizin, Rettungsdienst, Krankentransporte

Stellungnahme der
der Universitätsmedizin Greifswald
Prof. Dr. Klaus Hahnenkamp
stellv. Ärztlicher Vorstand

Inhalt

A Grundsatzfragen / Detailfragen	3
A.1 Grundsatzfragen.....	3
A.2 Detailfragen.....	3
I. Stationäre Versorgung.....	3
II. Ambulante Versorgung.....	6
III. Rettungsdienst.....	9
IV. Rehabilitation / Krankenhausnachversorgung.....	20
V. Fachkräfte/ Personalressourcen	21
VI. Patientenorientierung.....	21
VII. Finanzierung / Vergütung.....	21
VIII. Telemedizin / Datenschutz.....	21
IX. Öffentlicher Gesundheitsdienst	22
X. Pandemie und Folgerungen.....	22
B. Gesamteinschätzung/ Bewertung.....	23
C. Zukunftsansätze.....	24

A Grundsatzfragen / Detailfragen

A.1 Grundsatzfragen

Wir verweisen auf das Kapitel A.1 der Stellungnahme der Universitätsmedizin Greifswald zur Anhörung der Enquete-Kommission vom 16. September 2020. Nach einer Prüfung der Fragen haben sich keine zusätzlichen Aspekte aus notfallmedizinischer Sicht ergeben.

A.2 Detailfragen

I. Stationäre Versorgung

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

Wir verweisen auf Kapitel I.6 der Stellungnahme der Universitätsmedizin Greifswald zur Anhörung der Enquete-Kommission vom 16. September 2020. Nach einer Prüfung der Frage haben sich keine zusätzlichen Aspekte aus notfallmedizinischer Sicht ergeben.

2. 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

Wir verweisen auf Kapitel I.10 der Stellungnahme der Universitätsmedizin Greifswald zur Anhörung der Enquete-Kommission vom 16. September 2020. Nach einer Prüfung der Frage haben sich keine zusätzlichen Aspekte aus notfallmedizinischer Sicht ergeben.

3. Wie bewerten Sie die derzeitige stationäre notfallmedizinische Sicherstellung im Land?

In unserem Bundesland gibt es einige hervorragend ausgestattete Krankenhaus-Notaufnahmen, wie z.B. den vor 2 Jahren vom BBL übergebenen Neubau in Greifswald, welche die im GBA-Beschluss 2018 definierte umfassende Notfallversorgung anbieten und mit den bisherigen Herausforderungen des Jahres 2020 umgehen konnten. Wir rechnen mit einer im Sinne der Qualitätssicherung begrüßenswerten Konzentration von Notfallpatient*innen an diesen Standorten, da die Bedingungen vielerorts sowohl in der Notaufnahme als auch im nachgeordneten stationären Bereich nur für eine Grundversorgung reichen.

Die Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern hat mit der Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ die Grundlage dafür geschaffen, dass die stationäre Notfallmedizin in Ergänzung zu den bereits bestehenden Qualifikationen (z.B. Anästhesiologie, Notfallmedizin, Intensivmedizin) weiter professionalisiert wird. Ähnliches existiert für die Pflegeberufe mit der „Notfallfachpflege“. In beiden Bereichen gibt es jedoch noch nicht genügend qualifiziertes Personal.

Mit Sorge betrachten wir den Mangel an Interesse, generalistisch orientierte Allgemeinchirurgen und allgemeine Internisten auszubilden und zu beschäftigen, die in jedem kleineren Krankenhaus benötigt werden. Die Geburtshilfe und vor allem die Versorgung von Kindern sind bereits durch Mangel gekennzeichnet.

Die Versorgung von Schlaganfällen und schweren Verletzungen hingegen ist weitgehend zentralisiert und aus unserer Sicht gut organisiert.

4. Wie bewerten Sie dabei die Zusammenarbeit mit den Notaufnahmen der Krankenhäuser? Gibt es Verbesserungsbedarfe? Wenn ja, welche Lösungsansätze sehen Sie?

Über die Rettungsstellen wird täglich durch Verlegung von Patient*innen die Aufgabenverteilung zwischen Grund-, Regel- sowie Maximalversorgern abgewickelt. Meist gibt es individuelle Kommunikationswege, die nur als „historisch gewachsen“ bezeichnet werden können. Der Kontakt erfolgt zudem über die Informationen auf den Internet-Präsenzen der Kliniken.

Den Notaufnahmen der Krankenhäuser mangelt es an einer festen Struktur, innerhalb der sie zusammenarbeiten könnten. Als gut funktionierendes Lösungsmodell einer ähnlich gelagerten Problematik könnte das „Trauma Netzwerk Mecklenburg-Vorpommern“ dienen, das verpflichtende Strukturvorgaben, eine gemeinsame Datenauswertung, regelmäßige Treffen und ein gegenseitiges Monitoring vorsieht.

Für den Rettungsdienst sollte die Verfügbarkeit von Überwachungsbetten (ITS/IMC) vorab ersichtlich sein (IVENA), um eine Fehlzuweisung und damit verbundene Verlegungen, die wieder Kosten verursachen, die Vorhaltung von Rettungsmitteln durcheinanderbringt und Patientensicherheit

gefährdet, zu vermeiden.

Eine weitere Qualitätssteigerung böte die Einführung einer technischen Integration der Rettungsdienstprotokolle in das Krankenhausinformationssystem. Über eine Schnittstelle könnten so wichtige Informationen aus der prähospitalen Versorgung in die Patientenakte im Krankenhaus übernommen werden. Dies könnte den Datenverlust verringern und einen stationären Therapiebeginn beschleunigen. Beispielsweise planen sowohl der Landkreis Vorpommern-Greifswald als auch der Landkreis Vorpommern-Rügen die Einführung einer digitalen Einsatzdokumentation innerhalb der nächsten Monate. Das frühzeitige Einrichten einer Schnittstelle zu den Krankenhäusern wäre wünschenswert.

Kleine regionale Krankenhäuser sollten in die Lage versetzt werden, ihre Notaufnahmen/ZNAs zu leistungsfähigen Diagnostikzentren aufzurüsten – sowohl personell als auch technisch – und sich digital miteinander zu vernetzen, um schnell Diagnostik betreiben zu können. Des Weiteren müssen die Kapazitäten des Rettungsdienstes entsprechend angepasst werden, damit Patient*innen nach abgeschlossener Diagnostik schnell und kompetent in die Zentren zur spezialisierten Versorgung transportiert werden können. Kliniken müssen in die Lage versetzt werden, Verlegungen wenn nötig mit ärztlichem Personal aus der Klinik und nicht mit Notarzt*ärztinnen zu begleiten. Der*die Notarzt*ärztin muss für seine originären Aufgaben freigehalten werden. Hierfür würde sich aber auch die Anbindung von weiteren Rettungswagen an den Telenotarzt¹ in Greifswald anbieten. Durch den Telenotarzt kann ein Großteil der Verlegungen zwischen zwei Krankenhäusern ärztlich begleitet werden. Somit könnten sowohl die Notärzt*innen als auch die Ärzt*innen der Krankenhäuser entlastet werden.

5. Welche Bedeutung hat das nächstgelegene Krankenhaus für Sie? Sehen Sie einen Zusammenhang zwischen dem Krankenhausstandort und der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit ihrer Kommune / ihrem Landkreis?

Mit dem Kreiskrankenhaus Wolgast besteht eine enge Kooperation, in Form sowohl gemeinsamer administrativer Strukturen als auch einer engen fachlichen Verzahnung u.a. durch Teleradiologie. Das Kreiskrankenhaus ist darüber hinaus eines der Lehrkrankenhäuser der UMG.

Die Beurteilung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des Landkreises obliegt aus unserer Sicht dem Landkreis.

¹ Für den Begriff „Telenotarzt“ ebenso wie für andere längere Wortverbindungen mit dem Begriff „Arzt“ verzichten wir zugunsten einer besseren Lesbarkeit des Textes auf die geschlechtergerechte Schreibweise. Telenotarzt ist die verkürzte Bezeichnung für eine*n telemedizinisch zuschaltbare*n speziell geschulte*n Notarzt*ärztin.

6. Wie stellt sich das Problem notwendiger Akutbelegungen/ Zwangsbelegungen in Mecklenburg-Vorpommern dar?

Die Zentrale Notaufnahme der Universitätsmedizin Greifswald hat sich seit ihrer Einrichtung noch niemals abgemeldet. Eine erzwungene Beanspruchung der ZNA durch den Rettungsdienst kann daher nicht eintreten.

Ein Emergency Department Overcrowding ist jedoch auch hier regelmäßig zu beobachten, meist als Resultat des sogenannten Exitblocks (fehlende Wach-/ITS-Kapazität, keine freien Betten auf den Stationen). Die Balance zwischen der Vorhaltung von Betten-, Diagnostik- und Therapie-Kapazität für Akutpatient*innen einerseits und der elektiven medizinischen Versorgung der Bevölkerung andererseits, auch unter Berücksichtigung der erforderlichen Wirtschaftlichkeit, bleibt schwierig zu erzielen.

Das Problem wird unserer Erfahrung nach verschärft durch die Tendenz der umliegenden Krankenhäuser, Patienten mit hohen Versorgungsaufwänden teilweise unangemessen frühzeitig in die Universitätskliniken mit dem Argument der Maximalversorgung zu verlegen.

7. Sehen Sie ihr nächst gelegenes Krankenhaus als Standortfaktor für den Zuzug von Familien?

Eine wohnortnahe und gleichzeitig qualitativ hochwertige Krankenversorgung ist sicherlich ein Faktor, der für den Zuzug junger Familien bedeutend ist. Daneben stehen weitere Faktoren wie attraktive Arbeitgeber, gute Schulen und Kindergärten, moderne (digitale) Infrastruktur, logistische Anbindung (an das Bahnnetz, an die nächstgrößere Stadt, an Großstädte).

II. Ambulante Versorgung

1. Wie beurteilen Sie die Struktur und den Umfang des derzeit organisierten Bereitschaftsdienstes der niedergelassenen Ärzte / der ambulanten Notfallversorgung?

Der Bereitschaftsdienst der niedergelassenen Ärzt*innen deckt zuverlässig und erfolgreich einen Großteil der weniger schweren Erkrankungen und Verletzungen ab. Die umfassende Erfüllung des Versorgungsauftrags wird allerdings durch den Verzicht auf eine zentrale Örtlichkeit (wie z.B. eine feste Notfallpraxis) erschwert. Zudem sollten für die am kassenärztlichen Notdienst teilnehmenden Ärzt*innen Wege der Qualitätssicherung angedacht werden, etwa über verbindliche Weiterbildungsmaßnahmen und Register über verfügbare Qualifikationen. Die Universitätsmedizin steht für Kooperationen mit der Kassenärztlichen Vereinigung zur Verfügung.

2. Wie bewerten Sie dabei die Zusammenarbeit mit dem kassenärztlichen Bereitschaftsdienst? Gibt es Verbesserungsbedarfe? Wenn ja, welche Lösungsansätze sehen Sie?

Eine geregelte Zusammenarbeit mit dem kassenärztlichen Bereitschaftsdienst gibt es nur bedingt; es handelt sich größtenteils um eine Parallelstruktur, die unsererseits nur indirekt anhand der getroffenen Einweisungen beurteilt werden kann. Untersuchungen von uns haben gezeigt, dass es der Bevölkerung schwerfällt, die Dringlichkeit ihrer Erkrankung korrekt einzuschätzen und damit die richtige Ressource zu wählen. Hinzu kommt, dass die Nummer des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes weiterhin weitgehend unbekannt ist. Dies führt dazu, dass sich Patient*innen mit Beschwerden, die durch den kassenärztlichen Bereitschaftsdienst optimal versorgt werden könnten, an den Rettungsdienst wenden oder selbstständig die Notaufnahmen aufsuchen. Dementsprechend existiert ein erhebliches Potential, die Ressourcen besser zu nutzen. Optimierungsansätze könnten z.B. sein:

- eine durch die KV betriebene Notfallpraxis an einem festen Standort mit standardisierter Kommunikation untereinander (Minimallösung)
- ein Integriertes Notfallzentrum innerhalb der ZNA des Klinikums mit gemeinsamer unabhängiger Leitung und festem ärztlichen und nicht-ärztlichen Personal
- Eine weitere Möglichkeit könnte in einer gemeinsamen Rufnummer für den Rettungsdienst und den kassenärztlichen Bereitschaftsdienst liegen, an die sich die Bevölkerung bei medizinischen Akutfällen wenden kann. Eine Zuordnung zu der adäquaten Ressource durch eine gemeinsame Rufnummer könnte die Auslastung der Ressourcen optimieren und die Qualität der Versorgung verbessern, indem Patient*innen schneller der optimalen Therapie zugeführt werden.

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

Wir verweisen für eine allgemeine Aussage auf das Kapitel IV.2 der Stellungnahme der Universitätsmedizin Greifswald zur Anhörung der Enquete-Kommission vom 16. September 2020. Nach Prüfung der Frage aus notfallmedizinischer Sicht ergeben sich folgende Ergänzungen:

Der Rettungsdienst hat die Aufgabe, Patient*innen mit Notfällen schnellstmöglich der optimalen Therapie zuzuführen. Dabei ist abhängig von der Erkrankung, der Erkrankungsschwere und umgebenden Faktoren entweder eine ambulante Therapie möglich oder der*die Patient*in wird in das nächstgelegene geeignete Zielkrankenhaus transportiert.

Eine ambulante Versorgung wird oftmals von den Patient*innen bevorzugt, reduziert nosokomiale Risiken und führt zusätzlich zu einer Entlastung des Rettungsdienstes, der somit wieder für den*die nächste*n Patientin*en zur Verfügung steht, sowie zu einer Entlastung der Notaufnahmen. Besonders

in Flächenregionen gehen lange Transportwege in die Krankenhäuser mit langen Bindungszeiten für den Rettungsdienst einher und zusätzlich muss ein Rücktransport aus dem Krankenhaus organisiert werden, da nur selten die Infrastruktur der öffentlichen Verkehrsmittel ausreicht. Damit allerdings das nichtärztliche Rettungsdienstpersonal des RTW Patient*innen ambulant behandeln kann, muss eine ausreichende Rechtssicherheit geschaffen werden. Die Möglichkeit, einen Telenotarzt zu alarmieren, der das RTW-Team beraten kann, scheint bei dieser Indikation der Nachalarmierung eines NEF überlegen zu sein.

Wird der*die Patient*in einer stationären Therapie zugeführt, ist das nächstgelegene geeignete Krankenhaus zu wählen. Hier ist eine hohe Transparenz der Krankenhäuser über Leistungsangebot und Verfügbarkeiten wichtige Voraussetzung, damit das Rettungsdienstpersonal im Einsatz besser abschätzen kann, welche diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten in welchem Krankenhaus zu welcher Uhrzeit angeboten werden können und welche Bettenkapazität zum Einsatzzeitpunkt vorliegt, um auf der Basis dieser Informationen ein geeignetes Krankenhaus zu identifizieren. Eine gute Verknüpfung zwischen Rettungsdienst und Krankenhaus kann zusätzlich die Voranmeldung der Patient*innen verbessern, so dass bereits vor deren Eintreffen die jeweiligen Maßnahmen vorbereitet werden können. Hierzu gehört beispielsweise die Aktivierung des Schockraumteams bei Polytraumata oder die Vorbereitung des Herzkatheterlabors bei Herzinfarkt-Patienten.

Eine besondere sektorenübergreifende Zusammenarbeit findet in Greifswald im Bereich der Notfallmedizin bei der prähospitalen Gabe von Blutprodukten durch den*die Notarzt*ärztin des Rettungshubschraubers statt. Die Bereitstellung der Blutprodukte durch die Transfusionsmedizin der UMG beschleunigt die Transfusion und steigert so – besonders in Flächenregionen – die Überlebenschancen von Traumapatienten. Ermöglicht wird dies durch eine enge Zusammenarbeit zwischen Transfusionsmedizin und Hubschrauberpersonal.

Eine weitere wichtige sektorenübergreifende Maßnahme ist eine kontinuierliche gemeinsame Weiterbildung des Personals und das Trainieren von Notfällen. So kann die Zusammenarbeit optimiert werden.

4. Welche Herausforderungen bzw. welches Verbesserungspotenzial sehen Sie beim Entlassungsmanagement bzw. beim Übergang in die stationäre Versorgung?

Wir verweisen auf das Kapitel I.15 der Stellungnahme der Universitätsmedizin Greifswald zur Anhörung der Enquete-Kommission vom 16. September 2020. Nach Prüfen der Frage aus notfallmedizinischer Sicht ergeben sich folgende Ergänzungen:

Bei Patient*innen mit chronischen Erkrankungen oder einer Vielzahl an Risikofaktoren ist es wahrscheinlich, dass die Patient*innen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus zu einem späteren

Zeitpunkt erneut den Rettungsdienst kontaktieren werden. Für diesen Fall ist es hilfreich, Patient*innen so umfassend wie möglich über die bisherige Diagnostik und Therapie zu informieren. Dazu gehört, Patient*innen aufzufordern, Entlassungsbriefe aus einem vorhergehenden Aufenthalt dem Rettungsdienst zu zeigen, sodass der Rettungsdienst den bisherigen Verlauf in die Wahl des geeigneten Zielkrankenhauses mit einbeziehen kann. Im Bereich der Palliativmedizin gibt es seit Jahren eine gute Zusammenarbeit zwischen der UMG und dem SAPV-Dienst. Die Betreuung durch den SAPV-Dienst beginnt schon während des stationären Aufenthaltes. Allerdings besteht bisher noch keine strukturierte Zusammenarbeit zwischen SAPV-Diensten und Rettungsdienst.

III. Rettungsdienst

1. Wie beurteilen Sie die notfallmedizinische Versorgung und insbesondere im Krankentransport in M-V und welchen Handlungsbedarf sehen Sie?

Wir verweisen auf Kapitel I.12 der Stellungnahme der Universitätsmedizin Greifswald zur Anhörung der Enquete-Kommission vom 16. September 2020.

2. Wie stellen sich die Einsatzzahlen des Rettungsdienstes in den verschiedenen Regionen in Mecklenburg-Vorpommern dar? Wie haben sich diese in den zurückliegenden 5 Jahren verändert? Welche Ursachen sehen Sie dafür? Wie hoch ist der Anteil leichter Notfallbilder (mit niedriger Dringlichkeitsstufe)?

Diese Fragen sind aus unserer Sicht durch die Landkreise und kreisfreien Städte zu beantworten.

3. Wie beurteilen Sie die personelle und technische Ausstattung des Rettungsdienstes und des Krankentransportes in M-V, welche Herausforderungen und Probleme sehen Sie?

Diese Fragen sind aus unserer Sicht vorrangig durch die Landkreise und kreisfreien Städte zu beantworten. Wir verweisen darüber hinaus auf die Aussagen in Kapitel VI der Stellungnahme der Universitätsmedizin Greifswald zur Anhörung der Enquete-Kommission vom 16. September 2020.

Aus Forschungsprojekten der UMG ergeben sich folgende ergänzende Erkenntnisse:

Auswertungen im Rahmen des grenzüberschreitenden Kooperationsprojektes InGRiP (siehe auch die Ausführungen in Kapitel III.20) zeigen, dass die Zahl der Einsätze zur Versorgung ausländischer (v.a. polnischer) Patient*innen zunimmt. Davon betroffen sind besonders die Wachen auf der Insel Usedom und im Gebiet Ueckermünde/Löcknitz. Flächendeckende Schulungsprogramme, welche die rettungsdienstlichen Kolleg*innen gezielt fördern (Erwachsenenbildung), fehlen jedoch weitestgehend. Projekte wie InGRiP oder GeKoM können nur einen kleinen Beitrag im Sinne von herausragenden Pilotaktivitäten beitragen. Mittel- und langfristig müssen Institutionen geschaffen werden, die diesen Auftrag übernehmen, wenn die Versorgung qualitativ hochwertig sichergestellt werden soll.

4. Sind Ihnen grundsätzliche Probleme bei der Sicherstellung der Notfallversorgung auch vor dem Hintergrund der rechtlichen Vorgaben, wie Nothilfezeiten, bekannt? Wie stellen sich diese Probleme regional dar? Was sind die Ursachen dafür?

Diese Fragen sind aus unserer Sicht durch die Landkreise und kreisfreien Städte zu beantworten.

5. Kann die gegenwärtige Hilfsfrist flächendeckend realisiert werden? Wenn nein: Was wäre aus Ihrer Sicht notwendig, um die Hilfsfrist flächendeckend umzusetzen?

Diese Fragen sind aus unserer Sicht durch den Landkreis zu beantworten.

Mit den in Kapitel III.14 sowie in Kapitel IX.4 der Stellungnahme der Universitätsmedizin Greifswald zur Anhörung der Enquete-Kommission vom 16. September 2020 dargestellten Innovationsprojekten steht die Universitätsmedizin Greifswald zur Verfügung, um gemeinsam mit den Landkreisen die flächendeckende notfallmedizinische Versorgung der Bevölkerung weiterzuentwickeln.

6. Wie beurteilen Sie den Handlungskompetenzrahmen für Notfallsanitäter/innen bei der Ausübung notwendiger invasiver Maßnahmen in der prähospitalen Versorgung? Sind Ihnen diesbezüglich Probleme auch aus Sicht der nachgelagerten stationären Versorgung bekannt?

Unseres Erachtens ist der Kompetenzrahmen zur Übernahme ärztlicher Tätigkeiten durch Notfallsanitäter*innen sehr sinnvoll, wird aber noch wenig ausgeschöpft.

Aus Sicht der ZNA wären Konzepte, die die notärztliche Versorgung der Bevölkerung als ergänzenden Baustein bei besonders schweren Erkrankungen oder Verletzungen auf moderne und innovative Art sicherstellen, geeignet, sowohl die Problematik des Ärztemangels als auch der gleichwertigen medizinischen Versorgung von Stadt und Land zu lösen. Genannt sei z.B. der Ausbau der Luftrettung und der Telenotarzt-Infrastruktur (inklusive aller ärztlichen und nicht-ärztlichen Arbeitsplätze in unserem Bundesland) als Ersatz für die flächendeckende Vorhaltung von Notarztwachen mit geringen Einsatzzahlen.

Probleme oder Komplikationen in den Fällen, bei denen Notfallsanitäter*innen tatsächlich aktiv geworden sind, sind aus Sicht der Zentralen Notaufnahme nicht bekannt, zumindest in Greifswald bisher nicht eingetreten.

7. Wie beurteilen Sie die Kooperation aller Entscheidungsträger bei der Entwicklung von Notfallplänen. Vor welche Herausforderungen werden Sie dabei ggf. regelmäßig gestellt?

Bei der Entwicklung von Konzepten zur Versorgung von einem Massenanfall von Verletzten (MANV) oder besonderen Lagen ist eine enge Abstimmung u.a. zwischen dem Rettungsdienst, dem Katastrophenschutz, der Feuerwehr, der Polizei und den Krankenhäusern zu fordern. Nur so kann bei Auftreten dieser Situationen eine adäquate Versorgung gebahnt werden. In ländlichen Regionen mit langen Transportwegen, einer geringen Anzahl an Krankenhäusern und geringen Anzahl an

Maximalversorgern scheint eine gemeinsame Planung besonders wichtig.

Analog dazu sollten auch die Partner der prähospitalen Versorgung in die Entwicklung von Krankenhaus-Notfallplänen integriert werden. Anders als in Ballungsgebieten ist eine Evakuierung eines Krankenhauses in ein anderes Krankenhaus mit langen Transportwegen verbunden, sodass hierfür viele Rettungsmittel über einen langen Zeitraum gebunden sind. Zusätzlich ist die Rekrutierung weiterer Ressourcen dadurch limitiert, dass diese Kräfte häufig eine Doppelrolle einnehmen und so beispielsweise sowohl im Krankenhaus als auch im Katastrophenschutz oder bei der Feuerwehr arbeiten.

Des Weiteren wäre bei einem (vermuteten) erhöhten Verletztenaufkommen ein Voralarm durch die Leitstelle für die Kliniken im Einsatzbereich sinnvoll, damit diese die Möglichkeit bekommen, ihre Ressourcen vorzubereiten und ihre Abläufe zu planen. Sollte sich der Voralarm nicht bestätigen, muss natürlich schnellstmöglich Entwarnung gegeben werden, um den Regelbetrieb nicht unnötig zu beeinträchtigen.

Die Kliniken sollten auch weiterhin die Netzbildung anstreben und die geforderten Voraussetzungen erfüllen (z.B. Traumanetzwerk). Jede Klinik, die sich als Traumazentrum zertifiziert, muss in der Lage sein, Patient*innen qualifiziert erstzuversorgen, zu stabilisieren, die notwendige Diagnostik zu betreiben und ggf. die Patient*innen schnellstmöglich an ein spezialisiertes Zentrum zu verlegen, wenn die eigenen Ressourcen eine Behandlung nicht möglich machen.

Insbesondere im Grenzgebiet sollten mittelfristig auch die Kapazitäten der polnischen Partner in die Versorgungskonzeption in Großschadenslagen oder im Bereich des Katastrophenschutzes eingebunden werden. Die Ressourcen stehen zur Verfügung. Klare Alarmierungsstrukturen und der Abbau von interkulturellen und sprachlichen Barrieren sind jedoch Grundvoraussetzung und können bis dato mit den vorhandenen Mitteln und Personen nicht hinreichend umgesetzt werden.

Darüber hinaus verweisen wir auch auf Kapitel C.9 der Stellungnahme der Universitätsmedizin Greifswald zur Anhörung der Enquete-Kommission vom 16. September 2020.

8. Welche Zusammenarbeit pflegen Sie konkret mit der kassenärztlichen Vereinigung und wie könnte diese noch verbessert werden?

Die Zusammenarbeit könnte konkret im Rahmen eines Integrierten Notfallzentrums (INZ) verbessert werden, bei dem Rettungsdienste und niedergelassene Dienstärzt*innen von einer zentralen Stelle in der Notaufnahme des Krankenhauses aus koordiniert und auch Räumlichkeiten der Notaufnahme gemeinsam genutzt werden.

Für weitere Aspekte der intersektoralen Zusammenarbeit verweisen wir auf Kapitel IV der Stellungnahme der Universitätsmedizin Greifswald zur Anhörung der Enquete-Kommission vom 16. September 2020.

9. Wie sehen Sie die Möglichkeit, mit den bestehenden technischen und personellen Ressourcen mehr Verlegungsfahrten zwischen den Krankenhäusern zu leisten, um komplexe Fälle von einem peripheren Krankenhaus in ein Zentrum zu verbringen?

Wie oben beschrieben kann durch die Anbindung weiterer Rettungswagen an ein telemedizinisches Zentrum eine ärztlich-begleitete Sekundärverlegung telemedizinisch ermöglicht werden. Hierbei können sowohl die Krankenhäuser als auch die Notärzte entlastet werden und so für andere Patient*innen zur Verfügung stehen.

Darüber hinaus sind diese Fragen aus unserer Sicht durch die Landkreise und kreisfreien Städte zu beantworten.

10. Wie beurteilen Sie die technische Ausstattung des Rettungsdienstes / der Rettungswachen. Welche Herausforderungen und Probleme sehen Sie?

Diese Frage ist aus unserer Sicht durch die Landkreise und kreisfreien Städte zu beantworten.

11. Wie schätzen Sie die technische und personelle Leistungsfähigkeit ihrer Rettungsmittel zur Akutverlegung von Kindern und Jugendlichen ein?

Diese Frage ist aus unserer Sicht durch die Landkreise und kreisfreien Städte zu beantworten.

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

Diese Frage ist aus unserer Sicht durch die Landkreise und kreisfreien Städte zu beantworten.

13. Was spricht für bzw. gegen eine Berücksichtigung des Telenotarztes bei der gegenwärtigen Überplanung des Rettungsdienstes in M-V?

Der Telenotarzt ist eine Ergänzung im Rettungsdienst und ist nicht als Ersatz des*r Notarztes*ärztin zu sehen. Daher sollte der Telenotarzt bei der Überplanung des Rettungsdienstes in MV berücksichtigt werden, jedoch eindeutig von einer*m bodengebundener*n Notärztin*arzt oder Hubschrauber-Notarzt unterschieden und nicht gleichgesetzt werden.

Die Einführung des Telenotarztes bietet die Möglichkeit, das Rettungspersonal vor Ort zu unterstützen. So kann schnell und unkompliziert ärztliches Wissen und Unterstützung bei uneindeutigen Fragestellungen an die Einsatzstelle gebracht werden.

Der Telenotarzt hat zudem die Möglichkeit, ärztliche Maßnahmen zu delegieren, die über den normalen rechtlichen Rahmen des Notfallsanitäters hinausgehen. Diese telemedizinische Unterstützung ermöglicht beispielsweise eine ambulante Versorgung von Patient*innen, zu denen der RTW und kein*e Notarzt*ärztin disponiert wurden (siehe oben).

Mit Hilfe der technischen Ausstattung (gesicherte Audio- und Videoverbindung, sowie Telemetriedaten und Bildübertragung) ist es dem Telenotarzt möglich auf einer viel breiteren Datengrundlage kompetente Entscheidungen zu treffen, als es bei einem reinen Telefonat möglich wäre. Zudem ist die Rechtssicherheit höher und die Fehleranfälligkeit geringer.

In Rettungsdienstsystemen ohne entsprechende telemedizinische Systeme wäre die Alternative, eine*n (Not-)Arzt*ärztin per Telefon zu kontaktieren oder den*die Notarzt*ärztin vor Ort nachzufordern. Eine Nachalarmierung der*des Notarztes*ärztin führt jedoch zu einer Zeitverzögerung bis zum Beginn erster ärztlicher Maßnahmen und bindet zusätzlich die kostbare medizinische Ressource.

Ein weiterer Vorteil des Telenotarztes ist, dass mehrere Einsätze gleichzeitig betreut werden können und somit Notärzt*innen für mehrere kritische Patient*innen zur Verfügung stehen.

Die Rolle der*s Notarztes*ärztin ist für die Zukunft zu prüfen und ggf. neu zu definieren.

Aktuell entwickelt sich mit dem Notfallsanitäter eine hochqualifizierte medizinische Fachkraft, die in der Lage ist, einen Großteil des Einsatzspektrums, das einem momentan in der präklinischen Notfallmedizin begegnet, eigenständig ohne notärztliche Unterstützung auf Grundlage seiner Ausbildung abzuarbeiten. Die zukünftige Rolle der*s Notarztes*ärztin könnte sich auf die kritischsten und schwerst-traumatisierten Patient*innen oder unklaren Fälle beschränken, die die Notfallsanitäter*innen aus Kompetenzgründen oder aufgrund von rechtlichen Hürden nicht alleine abarbeiten können.

Dazu bedarf es eines hochqualifizierten Notfallmediziners, der auch in seinem klinischen Alltag regelmäßig mit notfallmedizinisch relevanten Symptomkomplexen, intensivmedizinischen Krankheitsbildern und Verletzungen zu tun hat, um sich die notwendige Expertise anzueignen und zu erhalten.

14. Das Projekt „Land|Rettung“ im Landkreis Vorpommern-Greifswald mit seinen vier Säulen (Laienreanimation, Mobile Ersthelfer, Telenotarzt und Verzahnung Akutmedizin) läuft nunmehr seit über drei Jahren. Wie werden die bisherigen Erkenntnisse aus dem Projekt bewertet? Ist eine Ausweitung des gesamten Projektes bzw. einzelner Säulen auf andere Landkreise geplant? Welche Hinderungsgründe gibt es ggf.? Fließen die Erkenntnisse aus der Projekt- Evaluation in die Überlegungen zur Landesüberplanung des Rettungsdienstes ein?

Das Projekt Land|Rettung wurde vom Innovationsfonds des gemeinsamen Bundesausschusses im Zeitraum 2017 bis 2020 gefördert und hat mit einem 4-Säulen-Konzept eine notfallmedizinische

Neuausrichtung in ländlichen Regionen in die Praxis eingeführt und wissenschaftlich analysiert. Durch den Innovationsfonds werden Projekte gefördert, die evaluieren, wie vielversprechende, klinisch bereits erprobte Neuerungen in die Regelversorgung aufgenommen werden können. Das Konzept des Projektes Land| Rettung beruhte auf der Entwicklung, Etablierung und fortlaufenden Evaluation von vier konkreten Maßnahmen / Innovationen im Rettungsdienst:

1. Stärkung der Laienreanimation: Durch eine flächendeckende Steigerung der Wiederbelebungscompetenz und Hilfsmotivation der Bevölkerung soll das therapiefreie Intervall bei dem besonders zeitkritischen Notfall Herzkreislaufstillstand verkürzt werden.
2. Einführung einer Smartphone-basierten Ersthelfer-Alarmierung: Durch die Integration geschulter Ersthelfer durch Alarmierung per Smartphone-App soll noch vor Eintreffen des regulären Rettungsdienstes professionelle Ersthilfe zum Einsatzort entsandt werden.
3. Etablierung einer Telenotarzt-Anwendung: Durch die Möglichkeit, jederzeit per Telemedizin eine*n Notarzt*ärztin zum Einsatz hinzuzuziehen, soll eine schnellere und höhere Verfügbarkeit ärztlicher Expertise erreicht werden, die Verfügbarkeit von Notärzt*innen erhöht und die Zeit bis zu ihrem Eintreffen überbrückt, sowie die Qualität der notfallmedizinischen Patientenversorgung erhöht werden.
4. Zusammenarbeit mit dem Kassenärztlichen Bereitschaftsdienst: Eine koordinierte Zusammenarbeit des Kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes, des Rettungsdienstes und der Notaufnahmen hat das Ziel einer engmaschigeren Notfallversorgung unter bestmöglicher Nutzung von Synergien.

In Säule 1 des Projekts konnten in den Jahren 2017 bis 2019 insgesamt 12.634 Personen zum Thema Wiederbelebung geschult werden. Bei einer aktuellen Einwohneranzahl von 236.308 (Stand 31.03.2019) im Landkreis Vorpommern-Greifswald entspricht dies einem Erreichungsgrad von 5%. Rechnerisch wurde somit jeder 20. Einwohner des Landkreises innerhalb von drei Jahren in Wiederbelebungsmaßnahmen durch das Projektteam trainiert. Konkordant damit stieg die Bereitschaft der Bevölkerung, eine Herzdruckmassage durchzuführen und die Zeit bis zur ersten Thoraxkompression konnte im Vergleich zum Zeitraum vor dem Projektbeginn um 3 Minuten verkürzt werden. Dies spiegelt sich auch in der Laienreanimationsrate wieder. Diese zeigt, in wieviel Prozent der außerklinischen Herzkreislaufstillstände schon vor Eintreffen des Rettungsdienstes mit Wiederbelebungsmaßnahmen begonnen wurde. Im Landkreis Vorpommern-Greifswald kam es zu einem erheblichen Anstieg der Laienreanimationsrate. So stieg diese von 31,3% im Jahr 2015 auf 57,6% im Jahr 2019. Damit liegt die

Laienreanimationsrate im Landkreis Vorpommern-Greifswald 11 Prozentpunkte über dem Bundesdurchschnitt von derzeit 46,1%.

Auf Grund dieser Erfolge ist eine Fortführung der Säule 1 – Laienreanimation – vorgesehen. Hierfür wurde auf Grundlage eines Konzeptpapiers ein „Runder Tisch“ einberufen, an dem das Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern (M-V), der Landkreis Vorpommern-Greifswald als Träger des Rettungsdienstes sowie die Krankenkassen und die bisher beteiligten Projektpartner im Projekt Land|Rettung beteiligt waren. Da es aus wissenschaftlicher Sicht sinnvoll erscheint, besteht das Ziel, die Maßnahmen zur Stärkung der Wiederbelebungscompetenz langfristig im ganzen Land zu etablieren. Eine Finanzierung über einen der bestehenden Sektoren war nicht möglich, so dass ein Verein gegründet wurde, der langfristig eine landesweite Koordinierung und Organisation von Maßnahmen zur Stärkung der Wiederbelebungscompetenz anstrebt. Der Verein wird ehrenamtlich betrieben werden und sich aus Spendengeldern finanzieren müssen.

Im Rahmen der Säule 2 konnte eine Vielzahl an Ersthelfern rekrutiert werden, die rund um die Uhr bereitstehen, um erste Hilfe in der Nachbarschaft zu leisten und Leben zu retten. So konnten 363 freiwillige Ersthelfer gewonnen werden, die sich für eine Smartphone-basierte Alarmierung zu Herzkreislaufstillständen zur Verfügung stellen. Dabei registrierten sich Ersthelfer aus dem ganzen Landkreis. Der prozentuale Anteil der angenommenen Einsätze stieg dabei im Projektverlauf parallel zur zunehmenden Anzahl Ersthelfer*innen. Während zu Projektbeginn die Annahmequote unter 5% lag, stieg mit wachsender Ersthelfer-Zahl auch die Annahmerate innerhalb von 2 Jahren auf über 20%. Die hohe Anzahl an Ersthelfern in der Stadt Greifswald führte dazu, dass sich dort sogar in 49% der Alarme ein Ersthelfer in unmittelbarer Nähe befindet und nach Alarmannahme zum Einsatzort eilt. Befragungsstudien der Ersthelfer zeigten, dass diese das System mehrheitlich als sehr sinnvoll erachteten und über 80% der Ersthelfer gaben an, die App weiterempfohlen zu haben. Noch während der Projektlaufzeit gab es eine Vielzahl an Anfragen sowohl durch Einzelpersonen als auch Institutionen aus anderen Landkreisen. Es besteht folglich der Wunsch für eine Ausweitung über die Landkreisgrenzen hinweg. Um die Implementierung in anderen Regionen Mecklenburg-Vorpommerns zu erleichtern, könnte die UMG mit ihrer Expertise als zentrale Koordinationsstelle fungieren. Durch die UMG könnten sowohl Schulungskonzepte für die Ersthelfer zur Verfügung gestellt werden als auch eine strukturierte Einsatznachbesprechung mit den Ersthelfern erfolgen. Die Smartphone-App ist auch im polnischen Grenzgebiet für Grenzgänger, Pendler etc. verfügbar, die sich nach Rücksprache schulen lassen können.

Auch für die Anschlussfinanzierung der Smartphone-basierten Ersthelfer-Alarmierung wurde ein Konzeptpapier entwickelt, welches sich an das Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern sowie die Krankenkassen richtet. Das Ministerium verwies im

Antwortschreiben auf den § 2 des Rettungsdienstgesetzes M-V (RDG M-V), in dem zu einer Aufgabe des Rettungsdienstes die präklinische notfallmedizinische Versorgung von Patient*innen zählt. Weiterhin beschreibt der § 2 Abs. 2 RDG M-V, dass bei lebensbedrohlich Verletzten oder Erkrankten lebensrettende Maßnahmen oder Maßnahmen zur Abwendung schwerer gesundheitlicher Schäden durchzuführen sind. Hierzu tragen nach Auffassung des Ministeriums auch Ersthelfer bei. Für die Kosten des öffentlichen Rettungsdienstes werden laut § 12 RDG M-V Benutzungsentgelte zwischen den Trägern des Rettungsdienstes und den Landesverbänden der Sozialleistungsträger vereinbart. Somit können die Träger des Rettungsdienstes die Kosten der Vorhaltung der Smartphone-basierten Ersthelfer-Alarmierung bei der Verhandlung über die Benutzungsentgelte gegenüber den Kostenträgern geltend machen. Über den gegründeten Verein sollen die Akquise, die Ersthelferschulungen und die Betreuung der Ersthelfer gewährleistet werden. Die Verrechnungsmodalitäten zwischen Verein und Landkreis sind bisher noch nicht geklärt.

Im Rahmen der dritten Säule des Projektes Land|Rettung wurde eine Telenotarzt-Anwendung im Landkreis Vorpommern-Greifswald eingeführt. Im Landkreis Vorpommern-Greifswald sind regulär 28 Rettungswagen an 21 Standorten im Einsatz, von denen 6 im Rahmen des Projekts telemedizinisch ausgestattet wurden. Seit dem Start des Telenotarzt-Systems im Landkreis V-G am 4.10.2017 wurde in der Projektlaufzeit bis zum 29.02.2020 der Greifswalder Telenotarzt insgesamt 3.611 Mal konsultiert. Der Telenotarzt betreute im Großteil Patient*innen mit einer geringen bis mittelstarken Erkrankungsschwere und weniger häufig lebensbedrohlich erkrankte bzw. verletzte Patient*innen als ein*e bodengebundene*r Notarzt*ärztin. Damit ist der Telenotarzt eine sinnvolle Ergänzung zu dem RTW und Notarzt vor Ort. Das Einsatzspektrum des Telenotarztes ist dabei sehr breit und umfasst eine Vielzahl an verschiedenen Diagnosen. Sehr häufig wurde der Telenotarzt zur Schmerztherapie, zur Unterstützung bei der Traumaversorgung und zur Therapie von Patient*innen mit Brustschmerzen oder akutem Koronarsyndrom kontaktiert. Durch die Einführung des Telenotarzt-System konnte der*die bodengebundene Notarzt*ärztin gezielter eingesetzt werden und die Notarztquote bei den telemedizinischen Fahrzeugen um 30% reduziert werden.

Im Jahr 2018 wurde das Rettungsdienstgesetz des Landes Mecklenburg-Vorpommern geändert. Seitdem besteht für die Träger des Rettungsdienstes gemäß § 3 RDG M-V die Option, Fahrzeuge im Rettungsdienst einzusetzen, die die telemedizinische Begleitung des nichtärztlichen Rettungsdienstpersonals am Einsatzort durch eine*n Notarzt*ärztin vorsehen. Jeder Träger des Rettungsdienstes in M-V hat damit eine gesetzliche Grundlage, um einen Telenotarzt in seinem Rettungsdienstbereich zu etablieren. Mittlerweile wurden Fahrzeuge aus dem Landkreis Vorpommern-Rügen auf die Telenotarzt-Zentrale in Greifswald aufgeschaltet.

Der Rettungsdienst und der kassenärztliche Bereitschaftsdienst wurden in Deutschland als sich

ergänzende Systeme entwickelt, die unabhängig voneinander agieren. Im Rahmen der Projektlaufzeit konnte trotz intensiver Bemühungen und zahlreichen Gesprächen keine Verzahnung erzielt werden.

In Absprache und Planung befindet sich ein Konzept zur gemeinsamen Disponierung der Systeme. Dieses wird landkreisübergreifend für Vorpommern-Greifswald und Vorpommern-Rügen konzipiert. Weitere Hoffnung gibt der Referentenentwurf zur Reform der Notfallversorgung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

15. Welche Hinweise für die Überplanung des Rettungswesens in Mecklenburg- Vorpommern haben Sie? Ist Ihnen die derzeitige Landesüberplanung (Stichwort Gutachtenerstellung der Firma antwortING) zur bedarfsgerechten Vorhaltung von Einsatzmitteln des öffentlichen bodengebundenen Rettungsdienstes bekannt? Was erhoffen Sie sich durch diese?

Die Frage ist aus unserer Sicht durch die Landkreise und kreisfreien Städte zu beantworten.

16. Halten Sie es für erforderlich, das Rettungsdienstgesetz M-V sowie die Verordnung über die Rettungsdienstplanung in Mecklenburg-Vorpommern den veränderten Rahmenbedingungen anzupassen?

Diese Frage ist aus unserer Sicht durch den Landkreis zu beantworten.

17. Inwieweit sehen Sie unter Berücksichtigung der aktuellen Hilfsfrist die Notwendigkeit, weitere Rettungswachen zu etablieren?

Inwieweit teilen Sie die Auffassung, dass die neuen Wachen voraussichtlich wenig Einsätze haben werden und welche Konsequenzen leiten Sie daraus ab bzw. hat dies?

Inwieweit wird es mit Blick auf den grundsätzlich schon bestehenden Ärztemangel aus Ihrer Sicht Probleme in der Personalbesetzung dieser Wachen geben und wie könnte dem begegnet werden?

Diese Fragen sind aus unserer Sicht durch den Landkreis zu beantworten.

18. Wie bewerten Sie den Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit „Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung“ vom Januar 2020 und welche positiven bzw. negativen Auswirkungen würden sich für M-V ergeben, wenn das Gesetz so beschlossen würde?

Die Zusammenführung der Nummern 112 und 116117 ist aus unserer Sicht ein Schritt in die richtige Richtung. Wie eine Studie von uns zeigt, ist der Mehrheit der Bevölkerung trotz intensiver Werbemaßnahmen die Nummer des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes weiterhin nicht bekannt. Hinzu kommt die Herausforderung, dass es der Bevölkerung schwerfällt, bei medizinischen Akutfällen die Dringlichkeit korrekt einzuschätzen und anschließend die korrekte Ressource zu wählen. So gibt es auf der einen Seite Patient*innen, die lebensbedrohliche und zeitkritische Notfälle wie Schlaganfall und Herzinfarkt unterschätzen und nicht den Rettungsdienst kontaktieren. Auf der anderen Seite

wählen Patient*innen auch bei Erkrankungen ohne Dringlichkeit die 112 oder stellen sich selbstständig in der Notaufnahme vor. Dies kann die Prognose der Patient*innen mit lebensbedrohlichen Erkrankungen erheblich verschlechtern und führt zu einer Fehlbelastung der verschiedenen Ressourcen in der Versorgung von medizinischen Akutfällen. Eine gemeinsame Telefonnummer und Anlaufstelle scheint daher eine geeignete Maßnahme.

Um eine Synergie der beiden Systeme Rettungsdienst und KV-Notdienst zu bewerkstelligen sind jedoch noch Anpassungen erforderlich. Die Leitstellen müssen in die Lage versetzt werden, beide Rufnummern kompetent zu bedienen und den KV- Notdienst wie ein Rettungsmittel zu disponieren. Es wäre sinnvoll, eine*n für diese Aufgabe qualifizierten Arzt*Ärztin an die Leitstelle anzubinden, um nicht notwendige Fahrten für die*den fahrende*n Arzt*Ärztin zu vermeiden und, wenn notwendig, schnell den Rettungsdienst zu alarmieren. In der einsatzfreien Zeit könnte der*die fahrende Arzt*Ärztin z.B. im Integrierten Notfallzentrum (INZ) oder in einer Notfallpraxis unterstützend tätig sein. Ggf. wäre diese Aufgabe auch nach entsprechender Schulung durch den Telenotarzt oder durch eine*n Arzt*Ärztin des INZ leistbar. Eine weitere Optimierung der Zusammenarbeit kann dadurch geschaffen werden, wenn durch den Rettungsdienst Patient*innen nicht nur in Notaufnahmen von Krankenhäusern, sondern auch zu Arztpraxen transportiert werden können. Dies bietet sich zum Beispiel für den Wechsel eines Harnblasen-Katheters an.

Die Schaffung von integrierten Notfallzentren INZ ist zu begrüßen. Die Leitung des INZ sollte in gemeinsamer Trägerschaft von Klinik und KV erfolgen. Eine Triage sollte 24h/7 durch eine*n Arzt*Ärztin einer Nicht-Bettenführenden Abteilung mit der Zusatzbezeichnung klinische Akut- und Notfallmedizin oder perspektivisch einem FA für Notfallmedizin erfolgen.

19. Wie könnte aus Ihrer Sicht unter Berücksichtigung aller Einsatzmöglichkeiten (inkl. Luftrettung) die Versorgung einsatzorganisatorisch wirtschaftlicher optimiert werden? Zu betrachten sind sämtliche Rettungsdienstbereiche im Land Mecklenburg-Vorpommern.

Um die Verfügbarkeit qualifizierter Notärzt*innen zu steigern, sollte die Indikationsstellung für einen Einsatz konsequent hinterfragt werden. Durch die steigende Expertise im Rettungsdienst kann ggf. auch eine längere Anfahrt des*r Notarztes*ärztin in Kauf genommen werden, da das Rettungsdienstpersonal vor Ort bereits wichtige therapeutische Maßnahmen beginnen kann.

Der Ausbau der Telemedizin ist zu unterstützen. Die Möglichkeit, den*die KV-Arzt*Ärztin durch die Leitstelle zu disponieren, ebenso.

Die Luftrettung sollte als feste Größe 24h/7 verfügbar sein, die technischen und rechtlichen Voraussetzungen für Instrumentenflug sollten geschaffen werden.

Dadurch könnte es gelingen, bei weniger Einsätzen mit weniger Notarztstandorten, damit aber mit qualitativ höherwertigen Notärzten auszukommen. Durch den aktuellen Mangel an qualifiziertem

(Not-)ärztlichem Personal sind die Leistungserbringer gezwungen, bei der Personalauswahl Kompromisse zu machen. Dieser Druck könnte durch die Reduzierung und ggf. Verlegung von Standorten (Rettungsdienstüberplanung MV) reduziert werden.

Zudem muss auf einheitliche Qualitätsstandards, was die Qualifikation der Notärzte als auch die Qualität der medizinischen Versorgung betrifft/anbelangt, hingearbeitet werden.

Zukünftig sollten zudem die technischen Innovationen inkl. der autonomen Mobilität berücksichtigt werden. Exemplarisch untersucht die UMG gemeinsam mit dem Landkreis Vorpommern-Greifswald im Projekt MV|LIFE|DRONE das Konzept der Multi-Notfalldrohne als modulares einsatztaktisches Mittel für unterschiedliche Anwendungsmöglichkeiten im Bevölkerungsschutz. Ziel des aktuell bis Ende Januar 2021 laufenden Projektes ist die Erarbeitung konkreter Hinweise zu Standorten, rechtlichen Rahmenbedingungen, Betreiberkonzepten und technischer Möglichkeiten und Limitationen.

Wie schon in unserer Stellungnahme vom 16. September aufgeführt ist die Überführung von intersektoral angelegten Projekten in die Regelversorgung schwierig, auch wenn die Projekte als sinnvoll erachtet werden. Es liegt in der Natur der geförderten Projekte, dass sie in keinen bestehenden Sektor passen. Die Folge ist, dass Lösungen geschaffen werden, die entweder hinter den eigentlichen Möglichkeiten (Einsatz des telemedizinisch angebotenen Notarztes nicht nur präklinisch, sondern auch innerklinisch für andere Notaufnahmen-Standorte; nicht nur bodengebunden, sondern auch in der Luft und auf dem Wasser; nicht nur rettungsdienstlich, sondern auch Notdienst der KV) zurückfallen müssen oder nur durch ehrenamtliches Engagement zustande kommen.

20. Welche Potenziale und Möglichkeiten sehen Sie hinsichtlich einer bundeslandübergreifenden Versorgungsplanung und -durchführung?

Je besser Kooperation und intersektorale Verzahnung innerhalb des Bundeslandes Mecklenburg-Vorpommern funktionieren, desto eher ist die Kooperation über Landesgrenzen hinweg plan- und durchführbar. In Kapitel XI der Stellungnahme der Universitätsmedizin Greifswald zur Anhörung der Enquete-Kommission vom 16. September 2020 haben wir dargelegt, dass wir die Organisation der Krankenversorgung in Clusterstrukturen, wie sie während der Pandemie-Zeit etabliert wurden, befürworten. Für Cluster, die an andere Bundesländer angrenzen, sollte eine grenzüberschreitende Kooperation nicht nur im Notfall einfach und selbstverständlich, sondern auch im Regelfall im Sinne einer überregionalen Fachexpertise fest etabliert und attraktiv sein.

Dass eine grenzüberschreitende notfallmedizinische Zusammenarbeit auch über nationale Grenzen hinweg möglich ist, zeigen die beiden Projekte „Integrierter grenzüberschreitender Rettungsdienst in

Pomerania/Brandenburg“ (InGRiP) sowie „Mehrschichtige Ansätze zur grenzüberschreitenden Kommunikation und Kooperation in der Notfallmedizin“ (GeKoM). Das Fördergebiet der beiden Projekte (Interreg Va-Antrag) ist durch seine Randlage auf beiden Seiten der deutsch-polnischen Grenze von dezentraler Infrastruktur und z.T. sehr schwer erreichbarer Besiedlung geprägt. Im Vergleich zu Gebieten, die von rettungsdienstlicher Infrastruktur anderer Landkreise umgeben sind, ist oft die Zeitdauer von der Alarmierung der Rettungskräfte bis zu einer endgültigen medizinischen Versorgung einer*s potenziellen Notfallpatientin*en durch längere An- und Abfahrtszeiten deutlich verlängert. Die Erschließung der Fläche im Projektgebiet sowie die jeweilige technische und personelle Ausstattung der Rettungsmittel folgen in Deutschland und Polen unterschiedlichen gesetzlichen Regeln. Zum Ausgleich der beschriebenen Nachteile ist das übergreifende Ziel der beiden Projekte die nachhaltige Verbesserung der Sicherheit der Bevölkerung bzgl. einer zeitgerechten Versorgung von Notfallpatient*innen auf beiden Seiten der Grenze durch eine deutlich engere und intensivere Zusammenarbeit der Notfallstrukturen auf lokaler und regionaler Ebene. Die Rettungsdienste im Fördergebiet sollen trotz unterschiedlicher Systemvoraussetzungen befähigt werden, vorbehaltlos und rechtssicher grenzüberschreitende Notfallrettung auf hohem Qualitätsniveau zu betreiben, der kürzlich unterzeichnete Kooperationsvertrag unterstreicht den Willen auf beiden Seiten der Grenze. Die Grenzüberschreitung in der Notfallversorgung muss stattfinden, um eine nachhaltige Wirkung zu erzeugen: im Sinne von Ländergrenzen und von Sektorengrenzen. Gerade im Bereich der Ausbildung von qualifiziertem Personal und der gesamtgesellschaftlichen Einbindung und Information hängt der Erfolg eines grenzüberschreitenden Versorgungsprojektes maßgeblich an der Einbindung aller beteiligten Akteure.

Für eine darüberhinausgehende Beantwortung dieser Frage verweisen wir auf den Landkreis.

IV. Rehabilitation / Krankenhausnachversorgung

1. Sehen Sie die aktuelle Aufstellung des Krankentransportwesens in Mecklenburg- Vorpommern, einschließlich privater Anbieter, im Bereich der Krankenhausnachversorgung und Rehabilitation als bedarfsgerecht aufgestellt? Welche Probleme und Herausforderungen sehen Sie heute und für die Zukunft?

Wir verweisen auf die Aussagen in Kapitel I.10, I.15 und C.9 der Stellungnahme der Universitätsmedizin Greifswald zur Anhörung der Enquete-Kommission vom 16. September 2020.

In den ländlichen Strukturen Mecklenburg-Vorpommern und gerade am Standort Greifswald müssen längere Strecken zurückgelegt werden als dies im urbanen Raum der Fall ist. Umso wichtiger ist eine

gute Zusammenarbeit zwischen Kliniken und Niedergelassenen u.a. über telemedizinische Netzwerke sowie die Einbindung der Krankentransporte in das Aufnahme- und Entlassmanagement. Hierbei könnten in enger Abstimmung mit Kliniken auch private Anbieter bei Entlassungen und unkomplizierten Verlegungsfahrten die Rettungsmittel entlasten. Aktuell kommt es insbesondere außerhalb der Regelarbeitszeiten zur Anforderung von Rettungsmitteln, da kein anderes Transportmittel verfügbar ist.

V. Fachkräfte/ Personalressourcen

Wir verweisen auf das Kapitel X der Stellungnahme der Universitätsmedizin Greifswald zur Anhörung der Enquete-Kommission vom 16. September 2020 sowie im Hinblick auf den Rettungsdienst auf das Kapitel 3.6 in diesem Dokument.

VI. Patientenorientierung

Wir verweisen auf Kapitel VII der Stellungnahme der Universitätsmedizin Greifswald zur Anhörung der Enquete-Kommission vom 16. September 2020. Nach einer Prüfung der Frage haben sich keine zusätzlichen Aspekte aus notfallmedizinischer Sicht ergeben.

VII. Finanzierung / Vergütung

1. Wie beurteilen Sie das Vergabe- und Finanzierungssystem im Rettungsdienst vor dem Hintergrund einer langfristig bedarfsorientierten notfallmedizinischen Versorgung in Zeiten von zunehmendem Fachkräftemangel und demographischen Herausforderungen, insbesondere in der Fläche? Welche Fehlanreize oder andere Handlungsbedarfe sehen Sie?

Diese Fragen sind aus unserer Sicht durch die Landkreise und kreisfreien Städte zu beantworten.

Wir verweisen für die Fragen 2 bis 5 auf Kapitel VIII der Stellungnahme der Universitätsmedizin Greifswald zur Anhörung der Enquete-Kommission vom 16. September 2020. Nach einer Prüfung der Frage haben sich keine zusätzlichen Aspekte aus notfallmedizinischer Sicht ergeben.

VIII. Telemedizin / Datenschutz

Wir verweisen auf Kapitel IX der Stellungnahme der Universitätsmedizin Greifswald zur Anhörung der Enquete-Kommission vom 16. September 2020. Nach einer Prüfung der Frage haben sich keine zusätzlichen Aspekte aus notfallmedizinischer Sicht ergeben.

IX. Öffentlicher Gesundheitsdienst

1. Wie beurteilen Sie die aktuelle Situation im öffentlichen Gesundheitsdienst?

Diese Frage ist vorwiegend von den zuständigen Stellen im Landkreis zu beurteilen.

Von Seiten der UMG bzw. des Cluster III ist im Hinblick auf die Zeit der CoViD-19-Pandemie zu vermerken, dass sich die Zusammenarbeit mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst etwa im Rahmen der Fieberambulanz oder auch des CoViD-19-Testzentrums positiv gestaltet. Zudem finden umfangreiche Abstimmungen des Fachbereichs Hygiene mit den entsprechenden städtischen Stellen im statt.

2. Wird der öffentliche Gesundheitsdienst seinen Aufgaben gerecht? Wenn nicht, welche Ursachen und Lösungsmöglichkeiten sehen Sie dafür?

Diese Fragen sind aus unserer Sicht durch die den öffentlichen Gesundheitsdienst tragenden Organisationen zu beantworten.

X. Pandemie und Folgerungen

1. Welche beruflichen Erfahrungen haben Sie in Ihrem Bereich in den Zeiten und mit der Corona-Pandemie gemacht? Haben Sie während der aktuellen Corona- Pandemie einen veränderten Bedarf/ eine veränderte Inanspruchnahme notfallmedizinischer Versorgung festgestellt?

In der ersten Phase der Pandemie ist auch in Greifswald generell eine geringere Inanspruchnahme der Notaufnahme zu beobachten gewesen. Aktuell beobachten wir, dass in Greifswald, der Status quo ante wieder vorliegt.

Die wesentliche eingetretene Veränderung ist der drastisch erhöhte Bedarf an Isolationsbereichen mit entsprechender Vorhaltung von Personal- und Materialressourcen, nicht nur im Bereich der Kliniken, sondern auch im Bereich der Institute (z. B. Radiologie, Mikrobiologie, Hygiene).

Es handelt sich am ehesten um einen übergeordneten Trend, der sowohl durch die Gefahr viraler Erkrankungen (Ebola, MERS, SARS, Vogelgrippe, Schweinegrippe, reguläre Influenzavarianten, etc.) als auch durch die Ausbreitung multiresistenter bakterieller Erreger (MRSA, VRE, 4-MRGN usw.) verursacht wird und auf den die Gesundheitseinrichtungen noch unzureichend vorbereitet sind. Der vorliegende Mangel an für diese Anforderungen zugeschnittenen zentralen Strukturen (Notaufnahmen, Diagnostikzentren, Operationstrakte, Intensivstationen) und peripheren Strukturen (Anzahl der Einzelzimmer, Infektionsstationen) ist während der Pandemie offen zutage getreten.

In der Vergangenheit ist durch die freie Arztwahl ein zentrales Management von Infektionsausbrüchen in besonders gefährdeten Einrichtungen (Obdachlosenunterkünfte, Flüchtlingsunterkünfte,

Altersheime) überwiegend ausgeblieben, wie wir wiederholt bei Durchfallerkrankungen beobachten konnten.

Positiv hervorzuheben sind unsere Erfahrungen mit der überwältigenden Bereitschaft zur interdisziplinären und interprofessionellen Zusammenarbeit im Bereich Pflege und Ärzteschaft, auch über die eigene Einrichtung hinaus, zum Beispiel mit dem Rettungsdienst und dem öffentlichen Gesundheitsdienst.

2. Sehen sie die derzeit etablierten Strukturen der prähospitalen Versorgung als geeignet an, einen komplexen, gesundheitlichen Bevölkerungsschutz in einer Krisensituation / Pandemie zu gewährleisten und einen Kollaps stationärer Versorgungsstrukturen in diesen Fällen vorzubeugen? Wie müsste das Versorgungskonzept angepasst bzw. welche Maßnahmen müssten gegebenenfalls - in M-V und bundesweit ergriffen - werden, um in einer Krisensituation Patienten gezielt und organisiert versorgen zu können?

Wir verweisen auf Kapitel X der Stellungnahme der Universitätsmedizin Greifswald zur Anhörung der Enquete-Kommission vom 16. September 2020.

Aus unserer Sicht haben sich die während der Pandemie-Zeit etablierten Clusterstrukturen nicht nur als probates Mittel der Krisenbewältigung bewährt, sondern bieten sich aufgrund der positiven Auswirkungen insbesondere auf die intersektorale Zusammenarbeit für eine dauerhafte Verfestigung an.

Für eine darüberhinausgehende Beantwortung der Frage verweisen wir auf den Landkreis.

3. Welche Schlussfolgerungen haben Sie bereits gezogen bzw. ziehen Sie daraus?

Wie oben dargelegt ziehen wir daraus den Schluss, dass die Cluster als Organisationsform der überregionalen Krankenversorgung beibehalten werden sollten. Auch Versorgungseinrichtungen wie die Fieberambulanz oder das CoViD-19-Testzentrum sind zukunftsweisend für die intersektorale Zusammenarbeit, da sie Patientensicherheit und die Bündelung medizinischer Ressourcen bestmöglich miteinander vereinbaren.

B. Gesamteinschätzung/ Bewertung

Wir verweisen auf Kapitel B der Stellungnahme der Universitätsmedizin Greifswald zur Anhörung der Enquete-Kommission vom 16. September 2020. Nach einer Prüfung der Frage haben sich keine zusätzlichen Aspekte aus notfallmedizinischer Sicht ergeben.

C. Zukunftsansätze

Wir verweisen auf Kapitel C der Stellungnahme der Universitätsmedizin Greifswald zur Anhörung der Enquete-Kommission vom 16. September 2020. Nach einer Prüfung der Frage haben sich keine zusätzlichen Aspekte aus notfallmedizinischer Sicht ergeben.



Landkreistag Mecklenburg-Vorpommern

Geschäftsführendes Vorstandsmitglied

Landkreistag Mecklenburg-Vorpommern, Bertha-von-Suttner-Str. 5, 19061 Schwerin

Landtag Mecklenburg-Vorpommern
Enquete-Kommission „Zukunft der
medizinischen Versorgung in Mecklenburg-
Vorpommern“
Vorsitzender – Herr Jörg Heydorn
Lennéstraße 1
19053 Schwerin

Haus der Kommunalen Selbstverwaltung
Bertha-von-Suttner –Straße 5
19061 Schwerin

Ihr Ansprechpartner:
Matthias Köpp
Telefon: (03 85) 30 31-310
E-Mail:
matthias.koepp@landkreistag-mv.de

Unser Zeichen: 510.20-Leo/Be
Schwerin, den 9. Oktober 2020

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

Sehr geehrter Herr Vorsitzender Heydorn,

wir bedanken uns für die Möglichkeit an der Öffentlichen Anhörung der Enquete-Kommission „Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern“ am 14. Oktober 2020 teilzunehmen. In der Öffentlichen Anhörung wird Herr Matthias Köpp (Geschäftsführendes Vorstandsmitglied) den Landkreistag vertreten.

Den Fragenkatalog haben wir unseren Mitgliedern zur Verfügung gestellt und die Antworten aus den verschiedenen Bereichen (Öffentlicher Gesundheitsdienst, Kreiskrankenhäuser sowie Rettungsdienst) jeweils zusammengefasst.

A.1 Grundsatzfragen

- 1. Wie beurteilen Sie die aktuelle Gesundheitsversorgung in Mecklenburg-Vorpommern?*
- 2. Inwieweit teilen Sie die Auffassung (aus dem Einsetzungsbeschluss), wonach eine bedarfsgerechte, gute und erreichbare Gesundheitsversorgung als elementarer Bestandteil der öffentlichen Daseinsvorsorge zu betrachten ist und was leitet sich daraus aus Ihrer Sicht ab?*
- 3. Welche Kriterien bestimmen aus Ihrer Sicht die Qualität einer medizinischen Versorgung der Bevölkerung von Mecklenburg-Vorpommern? Was sind aus Ihrer Sicht die hauptsächlichen Probleme bei bzw. in der medizinischen Versorgung der Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern und welche Auswirkungen haben diese Mängel auf die Patientenversorgung (bitte auch in ihrer Wertigkeit bzw. Dringlichkeit ihrer Lösung)? Worin sehen Sie die Ursachen der genannten Mängel und welche Maßnahmen sind aus Ihrer Sicht erforderlich, um die benannten Mängel zu beseitigen?*
- 4. Vor welchen Herausforderungen sehen Sie die Gesundheitsversorgung in MV?*

5. *Die Vorhaltung einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung ist ein komplexer Vorgang und muss eng mit allen Beteiligten der Politik, Leistungserbringer und Kostenträger abgestimmt werden. Die Leistungen welcher Fachabteilungen sollten Ihrer Meinung nach flächendeckend vorgehalten werden? Welche Leistungen sollten Ihrer Meinung nach in spezialisierten Zentren bzw. konzentriert angeboten werden?*
6. *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?*

Die Gesundheitsversorgung in Mecklenburg-Vorpommern wird seitens der Landkreise grundsätzlich als angemessen und auf dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaften eingeschätzt. Die Auffassung aus dem Einsetzungsbeschluss der Enquete-Kommission, wonach eine bedarfsgerechte, gute und erreichbare Gesundheitsversorgung als elementarer Bestandteil der öffentlichen Daseinsvorsorge zu betrachten ist, teilen wir.

Die größte Herausforderung dabei ist, die Gesundheitsversorgung mit den **medizinischen und technischen Entwicklungen** schritthalten muss und zwar unter den Rahmenbedingungen einer sinkenden **Bevölkerung** und gestiegenem **Durchschnittsalter** der Bevölkerung.

Die **Bevölkerung** von Mecklenburg-Vorpommern ist von 1990 bis Ende 2019 um rund 16 % von 1,9 Mio. auf 1,6 Mio. gesunken, was zu einem Rückgang der Bevölkerungsdichte von 79 auf 69 Einwohner je Quadratkilometer geführt hat.

Das **Durchschnittsalter** in Mecklenburg-Vorpommern ist im gleichen Zeitraum von 36 auf 47 Jahre gestiegen. Dabei stieg der Anteil der Menschen über 60 Jahre an der Gesamtbevölkerung von 1990 bis Ende 2018 von rund 16 auf 33 Prozent, während der Anteil der unter 18-jährigen von rund 25 auf 15 Prozent zurückgegangen ist.

Der Blick auf diese Altersentwicklung zeigt, dass der Bevölkerungsrückgang in Mecklenburg-Vorpommern zu keiner entsprechenden Reduzierung der medizinischen Leistungen führen kann, weil ältere Menschen regelmäßig häufiger erkrankt sind als jüngere. Daher müssen mehr medizinische Leistungen erbracht werden als bei jüngerer Bevölkerung. Bundesweit stellen die über 65-jährigen zwar lediglich 18 Prozent der Gesamtbevölkerung, verursachen jedoch 45 der gesamten Krankheitskosten. Zu den Erkrankungen, die deutlich häufiger oder sogar ausschließlich im Alter auftreten, gehören beispielsweise Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Muskel-Skelett-Erkrankungen, Altersdiabetes, Demenz, grauer Star etc.

Eine Reduzierung des medizinischen Angebots verbietet sich auch unter dem Gesichtspunkt des gleichberechtigten Zugangs zur Gesundheitsversorgung. Jede Schließung einer Arztpraxis oder einer Krankenhausfachabteilung ist für die Patienten nachteilig, die sich im Einzugsbereich der Praxis bzw. des Krankenhauses befinden. Sie müssen zur nächstgelegenen Einrichtung fahren bzw. gefahren werden. Dies kostet wertvolle Zeit, die unter Umständen lebenswichtig sein kann.

Gleichwohl haben sich die ökonomischen Anreize und die demografische Entwicklung bereits auf das medizinische Angebot in Mecklenburg-Vorpommern ausgewirkt. Dies zeigt sich beispielsweise in entsprechenden **Wartezeiten** auf einen (Fach-)Arzttermin oder eine stationäre Behandlung.

Die **Erreichbarkeit** der Gesundheitsversorgung ist insbesondere im ländlichen, dünnbesiedelten Raum ein Faktor, der über den gleichberechtigten Zugang entscheidet. Dabei spielt neben dem Rettungsdienst in Notfällen, auch der öffentliche Personennahverkehr eine wesentliche Rolle. Für den öffentlichen Schienenpersonennahverkehr ist grundsätzlich das Land zuständig. Die Versorgung mit sonstigem ÖPNV ist dagegen durch Landesgesetz als Aufgabe des eigenen Wirkungskreises den Landkreisen und kreisfreien Städten übertragen. Die ausreichende Finanzierung dieser Aufgabe fehlt allerdings. Die Landkreise fordern seit Jahren die flächendeckende Einführung eines fahrplanbasierten Taktsystems für den ÖPNV mit dem Ziel, alle Dörfer und kleineren Städte im Ein- bis Zwei-Stunden-Takt bedarfsorientiert an den ÖPNV anzubinden. Die Landkreise sind bereits mit entsprechenden Systemen und Modellen gestartet, können jedoch einen landesweiten Ausbau weder finanziell noch aufgrund überregionaler Verflechtungen strukturell schultern. Insbesondere bildet die Bestellung des Schienenpersonennahverkehrs eine wesentliche Schnittstelle zum Land. Zudem ist die Verbindung zum Fernverkehr der Deutschen Bahn sicherzustellen.

Der finanzielle Aufwand für einen bedarfsorientierten Ein- bis Zwei-Stunden-Takt wird für die Landkreise auf lediglich 5 Mio. € jährlich geschätzt. Dies ist im Vergleich zu dem daraus entstehenden Zugewinn an Lebensqualität im ländlichen Raum ein relativ geringer Betrag.

Der **Fachkräftemangel** dominiert auch den Sektor der Gesundheitsversorgung, sowohl in ärztlichen als auch in nichtärztlichen Berufen (z.B. Pflege, Notfallversorgung, Hygieneinspektoren). Die damit im Zusammenhang stehende Fragen nach den flächendeckend anzubietenden Gesundheitsleistungen werden jeweils bei der folgenden Beantwortung der Detailfragen zur ambulanten und stationären Versorgung aufgegriffen.

Die **Attraktivität für Fachkräfte** kann insbesondere im ärztlichen Bereich durch Ausbau und zügigere Entscheidungen über Weiterbildungsbefugnisse sowie schnelleren Zugang von Inhabern einer Berufserlaubnis zum Arbeitsmarkt erhöht werden. Die Entscheidung in Mecklenburg-Vorpommern als Fachkraft zu arbeiten, kann auch dadurch erleichtert werden, dass etwaige Angehörige (Ehepartner/in etc.) der Fachkraft auch eine berufliche Perspektive erhalten.

A.2 Detailfragen

I. Stationäre Versorgung

- 1. Ist die aktuelle Anzahl und Verteilung der Krankenhäuser und Krankenhausbetten mit Blick auf eine bedarfsrechte und flächendeckende Versorgung ausreichend? Gibt es ausreichende Angebote der Spitzenmedizin sowie der Grund- und Regelversorgung? Könnte aus Ihrer Sicht die Versorgung auch mit weniger Krankenhäusern sichergestellt werden?*
- 2. Wie bewerten Sie die zeitweilige Abmeldung von Stationen bzw. Abteilungen durch Krankenhausträger?*
- 3. Wie bewerten Sie die Krankenhausträgerschaft durch Kommunen?*
- 4. Inwieweit sollten Krankenhäuser wieder stärker in Kommunale Trägerschaft überführt bzw. die Mitbestimmungs- und Mitwirkungsrechte von Kommunen ausgebaut werden? Welche Probleme und Herausforderungen sehen Sie bei der Rekommunalisierung von Krankenhäusern?*

5. *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*
6. *Wie bewerten Sie die derzeitige stationäre notfallmedizinische Sicherstellung im Land?*
7. *Welche Bedeutung hat das nächst gelegene Krankenhaus für Sie? Sehen Sie einen Zusammenhang zwischen dem Krankenhausstandort und der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit Ihrer Kommune/Ihrem Landkreis?*
8. *Sehen Sie ihr nächst gelegenes-Krankenhaus als Standortfaktor für den Zuzug von Familien?*
9. *Wie beurteilen Sie die Ausstattung der Krankenhäuser und des ambulanten Sektors mit Fachärzten? Wie schätzen Sie das Ressourcenpotenzial der Krankenhäuser zur Unterstützung der niedergelassenen Ärzte bei der ambulanten (spezial-)fachärztlichen Versorgung ein?*

Insgesamt sehen wir die **aktuelle Anzahl und Verteilung der Krankenhäuser** für eine bedarfsgerechte und flächendeckende Versorgung als ausreichend an. Voraussetzung ist allerdings, dass in den vorhandenen Häusern zumindest das bestehende Leistungsspektrum aufrechterhalten bleibt. Die durchgeführten Schließungen von Fachbereichen, wie etwa die Gynäkologie, Geburtshilfe oder Pädiatrie, sehen wir daher unter dem Blickwinkel der Grundversorgung der Bevölkerung kritisch.

In den Antworten zum Grundsatzteil A.1 haben wir bereits dargelegt, dass demografische Entwicklung einerseits und wirtschaftliche Anforderungen andererseits eine angemessene Gesundheitsversorgung in Mecklenburg-Vorpommern erschweren. Dies betrifft auch die Krankenhäuser als stationären Bereich der Gesundheitsversorgung. Besonders betroffen sind Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung im ländlichen Raum, weil sie grundsätzlich weniger Möglichkeiten haben, größere Defizite in einem Bereich durch Gewinne in einem anderen Bereich auszugleichen. Das derzeitige Finanzierungsmodell setzt wirtschaftliche Anreize ganze Fachabteilungen einzusparen, die zur Grundversorgung der Bevölkerung gehören. Nachdem in der Vergangenheit ein großer Teil der Krankenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern privatisiert worden ist, haben sich Versuche privater Krankenhausträger, die Gewinne fast ausschließlich über Personalabbau zu erwirtschaften, mittel- und langfristig als Irrweg erwiesen. Vielmehr hat die daraus resultierende Mehrarbeit für das weiterbeschäftigte

Personal zu höherer Belastung geführt. Dadurch ist dieses Personals teilweise abgewandert. Die Mehrbelastung stand auch einer Akquise von neuen Fachkräften entgegen. Beides hat letztlich zu Personal- und damit auch Versorgungslücken geführt, die aktuell nicht mehr geschlossen werden können. Eine Folge davon sind **zeitweilige Abmeldung** von Stationen bzw. Abteilungen durch Krankenhausträger. Aus unserer Sicht sind solche Abmeldungen unvermeidlich, wenn eine qualitative Behandlung vorübergehend nicht sichergestellt werden kann. Die befristeten Abmeldungen sind auch gegenüber Schließungen ganz klar das mildere Mittel.

Parchim, Crivitz oder Wolgast sind insoweit Beispiele, bei denen Krankenhausträger aus den genannten Gründen wichtige Teile ihrer Grundversorgung für die Bevölkerung ganz aufgegeben haben. In diesem Sinne gehören eben die Gynäkologie und die Geburtshilfe, genauso wie die Pädiatrie in Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung. Die Krankenhäuser können diese Abteilungen jedoch aufgrund der bereits angeführten Entwicklungen der Altersstruktur und des damit einhergehenden Rückgangs der Fallzahlen nicht mehr alleine halten. Die Folge ist eine schleichende Zentralisierung der stationären Gesundheitsversorgung, die jedoch die Wege der Bevölkerung dorthin unzumutbar verlängert. Abgesehen davon gehen diese Entwicklungen ebenfalls zu Lasten der Prähospitalzeiten für Notfallpatienten und die steigenden Transportaufgaben im Rettungsdienst produzieren drastische Erhöhungen in der Vorhaltung von Rettungsmitteln, um das Sicherheitsniveau in der Notfallmedizin halten zu können.

Es ist unbestritten, dass medizinische Versorgungsschwerpunkte, wie

- Neurochirurgie
- Kardiochirurgie
- Neuroradiologie
- Onkologie
- Kieferchirurgie u. ä.

den Zentren der Maximalversorgung vorbehalten bleiben können.

Im gegenwärtigen Finanzierungssystem ist es jedoch unabdingbar, dass kleinere Häuser auch spezialisierte Leistungen anbieten können, die eine bessere Vergütung generieren als manche Grund- und Regelleistung, um damit die Grundversorgung finanziell abzusichern. Insbesondere hat sich gezeigt, dass Einrichtungen, wie

- regionale Stroke-Units oder
- kardiologische Katheterarbeitsplätze

in guter Qualität auch an peripheren Krankenhäusern betrieben werden können, da Behandlungsbedarfe in diesen Bereichen zunehmen und insoweit kurze Wege für den Rettungsdienst die rechtzeitige medizinische Intervention gewährleisten. Dafür sind dann aber auch Transportmittel mit 24-Stunden-Vorhaltung vorzuhalten, um Patienten, die ausschließlich in Zentren der Maximalversorgung behandelt werden können, rechtzeitig dorthin zu transportieren. Das zeigen z.B. die sehr guten Erfahrungen seit Einführung des Nachtfluges am Luftrettungsstandort Greifswald. An dieser Stelle regen wir an, zu prüfen, die Genehmigung des Nachtflugbetriebes auf weitere Standorte auszudehnen. Träger der Luftrettung ist gemäß § 7 Absatz 1 Satz 1 Rettungsdienstgesetz M-V das Land Mecklenburg-Vorpommern.

Im Sinne der Daseinsvorsorge besteht ein berechtigtes Interesse der Kommunen, dass bestimmte Leistungen der medizinischen Grundversorgung vorgehalten werden. Daher rührt die zuletzt wiederbelebte Diskussion rund um die **Rekommunalisierung**. Die Länder haben den stationären Sicherstellungsauftrag, der insbesondere gefährdet wird, wenn private Krankenhausträger medizinische Leistungen einstellen oder ganze Bereiche schließen.

Die kommunale Trägerschaft eines Krankenhauses birgt Chancen und Risiken. Die bestehenden Rahmenbedingungen und oben aufgezeigten Konflikte treffen ein kommunales Krankenhaus ebenso wie ein privates. Klar ist auch, dass kein privater Träger ein Krankenhaus verkaufen wird, das dauerhaft Gewinne erwirtschaftet. Daher besteht ein erhebliches Risiko, dass dem kommunalen Träger ausschließlich heruntergewirtschaftete Krankenhäuser zur Übernahme angeboten werden oder ein entsprechend höherer Kaufpreis verlangt wird. Damit würden bessere Steuerungsmöglichkeiten der Gesundheitsversorgung letztlich durch drohende dauerhafte Defizite teuer erkaufte.

Ein Vorteil eines kommunalen Hauses ist sicher, dass die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung ganz klar vorrangig gegenüber einer Gewinnerzielung ist. Zudem würden etwaige Gewinne niemals an Anteilseigner etc. außerhalb unseres Bundeslandes abfließen, sondern immer vor Ort bleiben. In jedem Fall benötigen aber auch die kommunalen Häuser profitable Leistungsbereiche, um unterfinanzierte Bereiche der Grundversorgung quer zu subventionieren.

Vor diesem Hintergrund wären stärkere **Mitbestimmungs- und Mitwirkungsrechte** der Landkreise bei den Krankenhäusern in privater und freier Trägerschaft mit weniger Risiken verbunden als eine Übernahme. Allerdings wäre dafür eine gesetzliche Regelung erforderlich, die jedoch unter dem Gesichtspunkt des Eigentumsschutzes engen Grenzen unterliegt.

Von den unter Frage 5 aufgezählten Bereichen ist insbesondere die **Kinder- und Jugendmedizin** im stationären Bereich erheblichen Herausforderungen ausgesetzt. Dies ist vor allem durch die demografische Entwicklung in Mecklenburg-Vorpommern bedingt. Mit dem Rückgang des Anteils der unter 18-jährigen von rund 25 auf 15 Prozent im Vergleich zu 1990 sind gleichzeitig auch die Behandlungsfälle deutlich gesunken. Gleichwohl ist die Pädiatrie aus unserer Sicht ein elementarer Leistungsbestandteil in Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung. Damit besteht das Problem, die stationäre pädiatrische Versorgung ungeachtet etwaiger wirtschaftlicher Einbußen, weiter aufrecht zu erhalten.

Die **stationäre notfallmedizinische Sicherstellung** in den Krankenhäusern ist unterschiedlich ausgeprägt. Wünschenswert wäre es, in allen Krankenhäusern Systeme zu haben, um einen Notfall früh zu erkennen und abzuwenden. In den stationären Bereichen, die eine geringere Nähe zur Notfallmedizin haben, ist oft der Blick des Personals auf Frühsymptome, die die Entstehung bedrohlicher Situationen anzeigen, weniger ausgeprägt. Hier fehlt es an Erfahrungen bzw. regelmäßigen Schulungen. Zentrale notfallmedizinisch mehr versierte Teams sollten im Sinne eines „Herzalarms“ in Krankenhäusern vorgehalten und aber nicht erst bei vitaler Bedrohung, sondern schon bei Verschlechterung des Patientenzustandes im Sinne der Frühzeichen für eine lebensbedrohliche Situation, zum Einsatz kommen. Eine einheitliche Ausstattung mit modernen notfallmedizinischen Geräten und Ausrüstungen ist dabei unabdingbar erforderlich, wie auch das regelmäßige Training der Notfallteams in einer simulierten realitätsnahen Umgebung.

Ein Krankenhaus bietet je nach Größe zumindest eine medizinische Grundversorgung und ist daher auch ein Standortfaktor. Generell richtet sich der **Zuzug von Familien** zwar nicht nach dem nächstgelegenen Krankenhaus, weil familiäre Bindungen und berufliche Perspektiven nach

wie vor die Hauptgründe für einen Zuzug von Familien sind. Allerdings hat ein Krankenhaus aufgrund der personalintensiven Leistungen sehr viele Arbeitsplätze gerade für Familienmitglieder, die im medizinischen oder paramedizinischen Bereich tätig sind und kann dadurch doch für einen Zuzug entscheidend sein.

Generell leiden die Krankenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern an einem **Mangel an Fachärzten**. Dies trifft allerdings auch auf andere Krankenhäuser deutschlandweit zu. Gleichwohl werden bereits aktuell in erheblichen Umfang fachärztliche Leistungen erbracht, die auch ambulant durchgeführt werden könnten. Das Problem besteht eher darin, dass diese Leistungen nicht entsprechend refinanziert werden.

II. Ambulante Versorgung

- 1. Wie beurteilen Sie die Struktur und den Umfang des derzeit organisierten Bereitschaftsdienstes der niedergelassenen Ärzte?*
- 2. Wie beurteilen Sie die Kapazitäten von therapeutischen Angeboten in Ihrer jeweiligen Region.*
- 3. Haben Sie in Ihrer Region wesentliche Veränderungen und ggf. welche im Bereich der niedergelassenen Arztei-Fachärzte wahrgenommen? Was sind aus Ihrer Sicht die Ursachen für diese Veränderungen?*
- 4. Wie beurteilen Sie die Entwicklung der Niederlassungsverteilung und Niederlassungen im ärztlichen, fachärztlichen und allgemein Zahnärztlichen Bereich in ländlichen Regionen im Vergleich zu den Städten? Wo sehen Sie Probleme?*
- 5. Sind Ihnen Probleme in der flächendeckenden Arzneimittelversorgung bekannt? Wenn ja, welche? Welche tragbaren Lösungsansätze sehen Sie für die Zukunft, auch vor dem Hintergrund von Überalterung und der demografischen Entwicklung? Welchen Beitrag könnten ggf. auch Kommunen zur Sicherstellung der Arzneimittelversorgung leisten?*
- 6. Welche sektorenübergreifenden Maßnahmen wären aus Ihrer Sicht notwendig, um in Flächenlandregionen, gemeinsam mit allen verfügbaren Ressourcen, den ambulanten und stationären Versorgungsbedarf zu sichern?*
- 7. An welchen Standorten einer Region sollten Ihres Erachtens nach regionale Gemeindegesundheitszentren/ MVZs errichtet werden? Sollten grundsätzlich noch stärker ambulante Versorgungsangebote am Standort eines Krankenhauses geschaffen werden? Welche Vor- bzw. Nachteile sehen Sie? In welcher Form wäre eine Beteiligung der Kommune denk- und machbar?*
- 8. Kann die fremdkapitalgestützte Gründung von MVZ mit angestellten Ärzten und Zahnärzten gerade für die ländlichen Regionen eine Chance auf dauerhafte Versorgungssicherheit sein? Wo sehen Sie ggf. Probleme?*
- 9. Welche Modellvorhaben, Projekte und Kampagnen wurden für Ihre Region erarbeitet und / oder umgesetzt, um die medizinische Versorgung für die Zukunft zu sichern? Sehen Sie innovative Lösungen. der Gesundheitsversorgung, wie Arztbusse und*

nichtärztliche Praxisassistenten (Schwester Agnes), eine Chance für Ihre Region? Welchen Beitrag könnten Sie als Kommune leisten, um diese Modelle zu stärken?

10. Welche Herausforderungen bzw. welches Verbesserungspotenzial sehen Sie beim Entlassungsmanagement bzw. beim Übergang in die stationäre Versorgung? III. Rettungsdienst und Krankentransport 1. Wie beurteilen Sie die notfallmedizinische Versorgung im Land und welchen Handlungsbedarf sehen Sie?

Der Kassenärztliche Bereitschaftsdienst und der Rettungsdienst werden in M-V grundsätzlich unabhängig voneinander betrieben. Die Landkreise begrüßen die Verknüpfung dieser beiden Systeme unter klaren und fairen Voraussetzungen für beide Akteure. Dies ist auch ein positiver Aspekt des derzeit ruhenden Gesetzentwurfes zur Reform der Notfallversorgung. Es gibt konkrete Bestrebungen der Landkreise Vorpommern-Greifswald und Vorpommern-Rügen zur gemeinsamen Disponierung, im Landkreis Rostock werden diese sogar teilweise schon umgesetzt.

Die Kassenärztliche Vereinigung ist bereit, den kassenärztlichen Bereitschaftsdienst auch für eine weitreichende Region wie Vorpommern disponieren zu lassen. Aus diesem Grunde wird derzeit in Vorpommern ein Vertrag zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung M-V und dem Landkreis Vorpommern-Rügen erstellt, der die modellhafte Aufschaltung der 116 117 noch in 2020 auf die Leitstelle Stralsund zum Ziel hat, um eine Disponierung aller KV-Dienste der Landkreise Vorpommern-Rügen und Vorpommern-Greifswald zu ermöglichen. Das ist ein bedeutsamer Schritt, der Synergieeffekte ermöglicht. Diese sollen anhand verschiedener Modellprojekte zur Reduzierung von Defiziten, die sich aus der heutigen Parallelstellung der Systeme der Notfallversorgung ergeben, nachfolgend beschrieben werden.

Der demografische Wandel in den Flächenländern führt zum deutlichen Bevölkerungsrückgang in den ländlichen Gebieten. Die Auswirkungen auf die damit verbundene soziale Infrastruktur sind erheblich. So werden Hausarztpraxen nach Ausscheiden der Ärzte wegen fehlender Attraktivität, nicht zuletzt aus Gründen der geringen Patientenzahl, nicht wiederbesetzt. Die Zahl der Bereitschaftsdienste außerhalb der Sprechstundenzeiten verteilt sich auf wenige Hausärzte und übersteigt bei Weitem die Belastbarkeit des einzelnen Arztes, der darauf jedoch im Regelbetrieb seiner Praxis keinerlei Rücksicht nehmen darf.

Die Kassenärztliche Vereinigung reagiert darauf mit Erweiterung der Dienstgebiete, was zwar die Dienstfrequenz der Ärzte wiederum senkt, den Zeitaufwand für einen Hausbesuch jedoch durch den Aufwand an Fahrzeit erheblich vergrößert. Die Wartezeiten für die Akutpatienten auf den Bereitschaftsarzt wachsen, der Griff zur einzigen Alternative wird für Arzt und Patient als Ausweg, nicht nur aus Bequemlichkeit, zunehmend gebräuchlicher.

Die Anforderungen der Notfallrettung über die 112 bei akuten Gesundheitszuständen ohne vitale Bedrohung sind in den letzten Jahren erheblich gestiegen. Ein gewachsenes Anspruchsdenken und die besagten Strukturschwächen in der kassenärztlichen Versorgung stehen dabei den in vielen Leitstellen noch fehlenden Instrumenten einer angepassten Notrufabfrage und dem dazu auch erforderlichen Trainingszustand der Disponenten gegenüber. Der Einsatz nichtärztlich besetzter Rettungsmittel ist kein Ausweg aus dem Dilemma, da die Kompetenzen des Rettungsdienstpersonals eingeschränkt sind und es daher entweder zu erhöhten Krankenhauseinweisungen oder Nachforderungen des Notarztes kommt. Häufig wird letzterer deshalb primär mit disponiert. Ein Anstieg der Notarztquote auf über 50 % ist in vielen Rettungsdienstbereichen die Folge. Das ist gelebte Wirklichkeit bis heute. Ein deutlicher Trend

zur Umkehr kann dabei noch nicht festgestellt werden, aber es gäbe gute Ansätze, hier Abhilfe zu verschaffen.

Ein erster Versuch, im damaligen Landkreis Ostvorpommern bereits im Jahre 2008 durch ein Modell der Zusammenarbeit zwischen kassenärztlicher Vereinigung und Rettungsdienst Synergien herbeizuführen, konnte aus Gründen fehlender Bereitschaft der niedergelassenen Ärzte und rechtlicher Bedenken des Ministeriums, das die Fachaufsicht für den Rettungsdienst ausübt, trotz bereits weitreichender gemeinsamer Schritte der Kassenärztlichen Vereinigung M-V und des Rettungsdienstträgers nicht umgesetzt werden. Eine komplexe Herangehensweise an die Lösung des Problems sah vor, die Disponierung beider Systeme in der integrierten Leitstelle Greifswald zu vereinen, Notfallambulanzen an den Krankenhäusern und in Schwerpunktpraxen außerhalb der Sprechstundenzeiten vorzuhalten und die Notärzte mit erforderlichen Kompetenzen und Mitteln auszustatten, um primär als Notarzteininsatz begonnene KV-Einsätze auch als solche beenden zu können. Die Vorteile lagen auf der Hand:

- Patienten könnten in Notfallambulanzen geleitet oder transportiert werden.
- Fahrdienste der kassenärztlichen Vereinigung müssten nur in Ballungsgebieten und zu Spitzenbelastungen vorgehalten werden.
- Wenige Akutpatienten müssten tatsächlich, aber dann auch gerechtfertigt von einem Arzt zu Hause besucht werden, was im ländlichen Bereich der ohnehin durch Einsätze wenig belastete Notarzt mit übernehmen könnte.

Die Disponierung aller Notfalleinsätze in einer gemeinsamen Leitstelle über ein Notrufabfragesystem, das mit dem Einsatzleitrechner gekoppelt ist, führt zu einer optimierenden telefonischen Triage und damit indikationsgerechterem Einsatz der zur Verfügung stehenden Ressourcen zur Bewältigung der Notfallversorgung.

Die Effekte lägen auf der Hand. Patientenströme könnten zur Entlastung der kassenärztlichen Fahrdienste umgeleitet werden. Eine entsprechende Disponierung hätte die Senkung nicht indizierter Notarzteinätze zur Folge, obwohl ein „Rest“ an tatsächlich akut behandlungswürdigen und nicht vital bedrohten Patienten noch im Notarztendienst weiter anfallen würde.

Das Scheitern dieses ersten Versuches der Annäherung beider Systeme im Nordosten des Landes musste aus besagten Gründen zunächst in Kauf genommen werden. Insbesondere der gefährdete Sicherstellungsauftrag der Notfallrettung war für die Fachaufsicht Grund, das gemeinsame Vorhaben der kassenärztlichen Vereinigung M-V und des Landkreises Ostvorpommern nicht mehr zu begleiten. Die gesetzlich fixierte Hilfsfrist des Notarztes durfte nicht durch Hausbesuche verletzt werden.

Inzwischen gibt es z.B. im Landkreis Märkisch Oderland im Land Brandenburg eine ähnliche Lösung in ausgewählten Gebieten. Notärzte werden über die zentrale Disponierung der KV-Einsätze im Land direkt in die Akutversorgung der kassenärztlichen Vereinigung einbezogen. Zuvor erhalten sie eine persönliche **Ermächtigung für die KV-Tätigkeit** am Notarztstandort. Der Grund, weshalb hier der Sicherstellungsauftrag für die Notfallrettung keine Rolle spielt, ist die fehlende gesetzlich fixierte Hilfsfrist für Notärzte im Land Brandenburg.

Der Einzug der Telemedizin in die präklinische Notfallversorgung eröffnet weitere Möglichkeiten zur Überwindung der Strukturprobleme der kassenärztlichen Versorgung in Flächengebieten. Gute Ansätze dafür zeigen sich bereits im Landkreis Vechta. Dort wird ein **Gemeinde-Notfallsanitäter** in Anlehnung an die Gemeindegemeinschaft eingesetzt, um akute

Hausbesuche außerhalb der Sprechstundenzeiten in Substitution des kassenärztlichen Dienstes durchzuführen. Neben einer speziellen Ausbildung und einer entsprechenden Ausstattung über Ausrüstungen und Notfallmedikamente über den Rettungsdienst hinaus, wird der Notfallsanitäter auf Wunsch telemedizinisch durch Ärzte aus der Universitätsmedizin Oldenburg begleitet. Die bisherigen guten Erfahrungen rechtfertigen die Fortführung und Erweiterung dieses Modells.

Bei einem Blick in die Zukunft sollen nun, neben einer dann vollzogenen gemeinsamen Disponierung auch wieder Synergien durch andere Systemkomponenten noch wesentlich komfortabler ermöglicht werden können. Der bereits im Nordwesten der Bundesrepublik im Regeleinsatz von den Sozialleistungsträgern finanzierte Gemeinde-Notfallsanitäter ist nach Ansicht der Autoren absolut geeignet, auch in Mecklenburg-Vorpommern zur Entlastung der Notfallversorgung beizutragen. Die ausgezeichneten Erfahrungen mit diesem System sollten daher zeitnah auch zum Aufbau von Dienstgruppen in dieser ländlichen Region führen.

Die **telemedizinische Begleitung der Notfallsysteme** bekommt dabei einen immer größeren Stellenwert. Beim weiteren Ausbau des Telenotarztsystems mit Anschluss aller Rettungswagen in Vorpommern ist bei sinkenden Einsatzzahlen der Notfallrettung im ländlichen Bereich auch neben dem Gemeinde-Notfallsanitäter der Einsatz des Telenotarztes zu Akutpatienten bei Übernahme von Aufgaben des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes denkbar. Die Rahmenbedingungen dazu müssen im nächsten Schritt gemeinsam abgesteckt werden.

III. Rettungsdienst und Krankentransport

- 1. Wie beurteilen Sie die notfallmedizinische Versorgung im Land und welchen Handlungsbedarf sehen Sie?*
- 2. Wie beurteilen Sie die personelle und technische Ausstattung des Rettungsdienstes und welche Herausforderungen und Probleme sehen Sie?*
- 3. Kann die gegenwärtige Hilfsfrist flächendeckend realisiert werden? Wenn nein: Was wäre aus Ihrer Sicht notwendig, um die Hilfsfrist flächendeckend umzusetzen?*
- 4. Wie sehen Sie die Möglichkeit, mit den bestehenden technischen und personellen Ressourcen mehr Verlegungsfahrten zwischen den Krankenhäusern zu leisten, um komplexe Fälle von einem peripheren Krankenhaus in ein Zentrum zu verbringen?*
- 5. Wie beurteilen Sie die technische Ausstattung des Rettungsdienstes / der Rettungswachen. Welche Herausforderungen und Probleme sehen Sie?*
- 6. Wie schätzen Sie die technische und personelle Leistungsfähigkeit ihrer Rettungsmittel zur Akutverlegung von Kindern und Jugendlichen ein?*
- 7. Wie beurteilen Sie den gegenwärtigen Stand der Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Arzt*innen und den Rettungsdiensten im Land und welchen Handlungsbedarf sehen Sie?*
- 8. Was spricht für bzw. gegen eine Berücksichtigung des Telenotarztes bei der gegenwärtigen Überplanung des Rettungsdienstes in M-V?*

9. Welche Hinweise für die Überplanung des Rettungswesens in Mecklenburg-Vorpommern haben Sie?
10. Wie bewerten Sie den Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit „Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung“ vom 10. Januar 2020 und welche positiven bzw. negativen Auswirkungen würden sich für M-V ergeben, wenn das Gesetz so beschlossen würde?
11. Wie bewerten Sie die Situation im Krankentransport in M-V und welchen Handlungsbedarf sehen Sie?

Prinzipiell wird die notfallmedizinische Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern insgesamt als gut bewertet. Die gesetzlich definierten **Hilfsfristen** stellen zwar eine schnelle Verfügbarkeit professioneller Hilfe in medizinischen Notfällen sicher, können aber nicht immer eingehalten werden. Dabei sei zu betonen, dass der Gesetzgeber im Land Mecklenburg-Vorpommern (als Flächenland) eine der kürzesten Hilfsfristen in Deutschland etabliert hat. Auf Grund der Bevölkerungsstruktur und geografischen Besonderheiten war und ist es eine enorme Herausforderung ausreichend Personal zur Besetzung aller notwendigen Rettungsmittel zu besetzen.

Ob durch die eingehaltene Hilfsfrist automatisch ein qualitativer hochwertiger Rettungsdienst zur Verfügung steht, ist fraglich. Trotzdem muss die zeitnahe Erreichbarkeit von Notfallorten durch die Rettungsdienstträger gesichert werden, deshalb wurde ein **Gutachten zur landesweiten Rettungsdienstüberplanung** in Auftrag gegeben, dessen Ergebnisse Ende 2020/Anfang 2021 vorliegen. Inzwischen wurden jedoch auch Alternativsysteme zur Unterstützung entwickelt. In vielen Feldern spielen Regionen in Mecklenburg-Vorpommern eine (auch bundesweite) Vorreiterrolle, so beispielsweise im Bereich der präklinischen Telemedizin, der Verfügbarkeit der Luftrettung sowie der Bluttransfusion im Rettungsdienst. Die in Teilen des Landes bereits eingeführte Smartphone-basierte Alarmierung von Ersthelfern (First-Responder) stellt ein weiteres Qualitätsmerkmal dar.

Die sächliche Ausstattung des Rettungsdienstes ist im Hinblick auf vorzuhaltende Fahrzeuge und dem medizinischen Equipment gut. Die überwiegende Mehrheit der Rettungsmittel entspricht den aktuellen Anforderungen. Rettungswachen haben z.T. noch Bestandsschutz, entsprechen aus der heutigen Sicht nicht mehr den Anforderungen und müssen um- oder neu gebaut werden. Dazu wird das Standortkonzept, als Ergebnis des o.g. Gutachtens abgewartet. In einem Urlaubsland wäre ein Konzept von „Mobilen Rettungswachen“ zu überlegen. Das Konzept von Rettungszentren (gemeinsame Wachen mit den Feuerwehren und Wasser-Rettern) hat sich in einigen Bereichen schon bewährt und sollte weiter im Fokus bleiben – vor allem, wenn sich herausstellt, dass neu gebaut werden muss. Wünschenswert wäre für eine **Einheitlichkeit der Ausstattung** und zur Generierung von Kostenvorteilen, Beschaffung in möglichst großen Kontingenten zu tätigen – auch im Rahmen von Landkreis-übergreifenden Verfahren, möglicherweise ist sogar in mancher Hinsicht eine Landeseinheitliche Standardisierung und gemeinsame Beschaffung von Vorteil.

Mit dem relativ neuen Berufsbild des Notfallsanitäters und der stetigen Verbreitung entsprechend ausgebildete Rettungsdienstmitarbeiter steht zunehmend besonders gut qualifiziertes nicht-ärztliches Rettungsdienstfachpersonal (aber leider nicht in ausreichender Quantität) zur Verfügung. Bei der personellen Ausstattung könnte eine höhere Zukunftssicherheit beispielsweise durch eine Kommunalisierung erreicht werden. Dadurch

würde die Ausschreibungspflicht wegfallen und das Personal durch entfristete Arbeitsverträge eine langfristige Zukunftsperspektive gegeben werden, denn die Personalgewinnung im ländlichen Raum ist derzeit mit größten Anstrengungen verbunden.

Der Rettungsdienst ist im Wesentlichen technisch und personell adäquat ausgerüstet, um **Verlegungsfahrten** komplexer Fälle durchzuführen. Häufig werden diese Verlegungen jedoch notärztlich begleitet (oft auch weil verlegende Kliniken nicht über die personellen Ressourcen verfügen, einen Arzt zur Transportbegleitung zu entsenden); hierdurch entstehen insbesondere bei längeren Transporten potentiell Lücken in der notfallmedizinischen Primärversorgung. Bei einer starken Zunahme entsprechender Verlegungsfahrten müssen – teils bereits in Planung befindliche – hierfür geeignete zusätzliche Ressourcen in Dienst gestellt werden.

Die **Akutverlegung von Kindern und Jugendlichen** wird seit Jahren regelmäßig im Rettungsdienst praktiziert. Die Fallzahlen sind jedoch als geringfügig einzuschätzen, weshalb eine Vorhaltung spezieller „Kinderrettungsmittel“ als unwirtschaftlich angesehen wird. Die Verlegungen von schwerkranken Säuglingen und Kleinkindern bedürfen einer speziellen medizinischen Versorgung, die durch die bestehenden Neonatologischen Kapazitäten derzeit nicht flächendeckend gewährleistet werden können. Sollte sich die pädiatrische Versorgung zukünftig also auf eine teilstationäre Behandlung konzentrieren, wären Verhandlungen mit den Sozialversicherungsträgern für entsprechend ausgestattete Verlegungsfahrten unabdingbar.

Bei detaillierten medizinischen Fragen regen wir an, den **Landesverband der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst Mecklenburg-Vorpommern e.V.** gesondert anzuhören.

Es gibt eine kollegiale Zusammenarbeit in der Praxis des Rettungsdienstes mit den niedergelassenen Ärzt/innen. Es fehlt, wie bereits in den Ausführungen zur ambulanten Versorgung beschrieben, eine verlässliche 24/7-Verfügbarkeit des Notfalldienstes – eben auch während der Sprechstundenzeiten, da es auch während dieser zu Akutfällen kommt, die den Hausarzt in Konflikte bringen kann. Bei der Todesfeststellung/ Leichenschau ist ebenfalls eine bessere Zusammenarbeit anzustreben. Es gibt oftmals Probleme bei der Übergabe von Verstorbenen an die KV-Ärzt/innen zur Durchführung der (umfangreichen) Leichenschau.

Die Berücksichtigung des **Telenotarztes** bei der landesweiten Überplanung des Rettungsdienstes wurde grundsätzlich von allen Rettungsdienststrägern begrüßt und ist für einen zukunftsorientierten Rettungsdienst essentiell. Bei der Bewertung sollte auf die additive, unterstützende (und nicht ersetzende) Komponente des klassischen Notarztes abgezielt werden. Dazu gehört, dass eine detaillierte Evaluation des Projekts „Land|Rettung“ erfolgen und auch Rahmenbedingungen für den erfolgreichen Einsatz des TNA berücksichtigt werden sollte, bevor man diesen flächendeckend etablieren möchte. Auf Grundlage der derzeitigen Wissensbasis können nur Chancen und mögliche Effekte in der Überplanung berücksichtigt werden.

Die Idee aus dem **Gesetzentwurf zur Reform der Notfallversorgung, den Rettungsdienst als Leistungsbereich in das SGB V aufzunehmen**, führt zu massiven Veränderungen in der Rechtssetzungsarchitektur zwischen Bund, Ländern und Kommunen sowie im Ergebnis zu Kostenverschiebungen zulasten von Ländern und Kommunen in Höhe von geschätzt 2,5 Mrd. Euro bundesweit. Allein schon aus diesem Grund ist eine Verlagerung in das SGB V unseres Erachtens strikt durch das Land M-V abzulehnen.

Zudem verlieren die Länder nach vorliegendem Gesetzentwurf zentrale Gestaltungskompetenzen im Rahmen ihrer Rettungsdienstgesetze, sollen aber Investitions- und

Vorhaltekosten tragen. Landkreise verlieren nennenswerte Bereiche ihrer Organisationshoheit zugunsten bundeszentral geregelter Vorschriften, weshalb das Land M-V aufgefordert wird, sich im Bundesrat aktiv gegen den Entwurf zur Reform der Notfallversorgung auszusprechen.

Die Einrichtung von Integrierten Notfallzentren (INZ) an Krankenhäusern ist insoweit von besonderer Bedeutung, dass aufgrund der geplanten gesetzlichen Regelungen zu befürchten ist, dass nicht einmal ein Drittel der bestehenden Krankenhausstandorte ein solches INZ bekommen wird. Zunehmende Spezialisierung ebenso wie Schließungen von Krankenhäusern haben insbesondere in ländlichen Gebieten nachhaltige Auswirkungen auf den Rettungsdienst, welches bei der Umsetzung der landesweiten Überplanung des Rettungsdienstes, aber auch der Krankenhausplanung bedacht werden sollte.

Hinsichtlich des **Krankentransportes** wird kein großer Handlungsbedarf gesehen, jedoch möchten wir folgende Entwicklung einmal aufzeigen. Durch den Rückbau des Krankentransportes im öffentlichen Rettungsdienst in den letzten Jahren hat zu einem enormen Wachstum bei den privaten Anbietern für Krankenfahrten geführt. Hier muss neu strukturiert werden und „Notfallkrankswagen“ installiert werden. Oft ist bei Patienten klar, dass sie schnell in ein Krankenhaus, ein Diagnostikzentrum oder auch zur Erstversorgung in eine Arztpraxis transportiert werden müssen. Dazu ist oft kein alarmmäßiger Einsatz eines Rettungswagens notwendig – sehr wohl aber ein zeitnaher qualifizierter Krankentransport, der von Fachpersonal (mindestens Rettungssanitäter*innen) durchgeführt wird.

Zudem führte die Verlagerung in den privaten Bereich (Taxen und Mietwagengeschäft) zu einer dortigen, absoluten Schieflage. Der geschützte Versorgungsauftrag im Taxi- und Mietwagengeschäft nach PersBefG wird durch die geplanten/ vertraglich mit den Krankenkassen/Praxen und Krankenhäusern gebundenen Kranken- und Patiententransporte in Gefahr gebracht. Oft können die Taxiunternehmen ihren ursächlichen Versorgungsauftrag nicht mehr erfüllen: das Bereitstellen von Taxen/Mietwagen.

IV. Rehabilitation/Krankenhausnachversorgung

Wie beurteilen Sie die Kapazitäten von Reha-Einrichtungen/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?

Zu dieser Frage liegen den Landkreisen keine Informationen vor.

V. Fachkräfte/Personalressourcen

- 1. Die Personalsituation im Bereich der ärztlichen und pflegerischen Versorgung im Land verschärft sich zusehends. Wie beurteilen Sie die aktuelle Fachkräftesituation und ihre Folgen? Welche Über- bzw. Unterversorgung sehen Sie aktuell und künftig? Was wird gegenwärtig unternommen, um Fachkräfte zu gewinnen? Welche Maßnahmen der Politik halten Sie für geeignet um diesem Problem zu begegnen?*
- 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?

- 3. Welche Gründe sind Ihnen bekannt, weswegen junge Ärzt*innen bzw. Pharmazeut*innen eine Niederlassung in M-V nicht anstreben oder sich Schulabgänger*innen in den nichtakademischen Gesundheitsberufen in anderen Bundesländern ausbilden lassen und nicht in unserem Bundesland verbleiben?*
- 4. Welche Maßnahmen wurden mit den Kommunen/Landkreisen ergriffen und ggf. umgesetzt, um die Attraktivität von Niederlassungen in ländlichen Regionen zu erhöhen?*
- 5. Gibt es aus Ihrer Sicht im Zusammenspiel von Landespolitik, Kommunen, Krankenhausgesellschaft, Krankenkassen, Kassenärztlicher Vereinigung und Ärztekammer Potential zur Verbesserung, um den Gesundheitsstandort Mecklenburg-Vorpommern weiter zu stärken und insbesondere für Fachkräfte deutlich attraktiver zu machen?*

Mitarbeiter des Rettungsdienstes, wie auch pflegerische Berufe gelten laut Bundesregierung als Engpassberufe. Auch im ärztlichen Bereich wird der Mangel, insbesondere im ambulanten Sektor, zunehmend gravierender. Das heißt: Es fehlen Fachkräfte. Hohe Belastungen treiben Beschäftigte in Teilzeit oder ganz aus dem Beruf, weil die vorhandene Personaldecke den bestehenden Arbeitsanfall nicht abdecken kann. Ziel muss es zudem sein die Fachkräfte von administrativen und dokumentarischen Aufgaben zu entlasten.

Es muss zudem ein Angebot vor Ort für eine Ausbildung der Fachkräfte stattfinden. Damit würden Hemmschwellen sinken, solche Aus- und Weiterbildungsangebote wahrzunehmen. Zudem gilt es auch mit einem regionalen Ausbildungsangebot die Abwanderung von potenziellen Fachkräften in andere Bundesländer zu vermeiden. Die Ableistung des theoretischen Teils der Weiterbildung zum Facharzt im öffentlichen Gesundheitsdienst für das Land M-V ist derzeit beispielsweise nur in Düsseldorf möglich. Die Rettungsdienstschulen für Notfallsanitäter sind bisher nur in Schwerin, Rostock und Teterow, was eine erhebliche Belastung für Auszubildende des Berufs Notfallsanitäter bedeutet. In diesem Kontext gilt es auch für Aus- und Weiterbildung die Chance zu nutzen, welche uns die Digitalisierung bietet.

Um die vorhandenen Fachkräfte effizient einsetzen zu können gilt es, Konzepte zu entwickeln, welche Sektoren übergreifend eine Redundanz bei der Vorhaltung von Fachkräften vermeidet. Beispielhaft sei hier eine mögliche Kooperation zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und den Integrierten Leitstellen für Rettungsdienst, Brand- und Katastrophenschutz im Land bei der Entgegennahme von Hilfeersuchen an den Kassenärztlichen Bereitschaftsdienst „116 117“ genannt.

Darüber hinaus möchten wir die Gelegenheit nutzen, folgende rettungsdienstspezifische Problematik zu schildern: Die Aus- Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter in den **Integrierten Leitstellen** sollte u.E. kurzfristig durch entsprechenden Erlass/ Verordnung nach Rettungsdienstplanverordnung durch die entsprechende Fachaufsicht im zuständigen Wirtschaftsministerium ermöglicht werden. Die Umsetzung der entwickelten Module der Nordländer-AG soll zeitnah bei einem Bildungsträger, vorzugsweise der Landesschule für Brand- und Katastrophenschutz M-V, angeboten werden, welche ihre grundsätzliche

Bereitschaft dahingehend bereits erklärt hat. Langfristig ein bundeseinheitliches Berufsbild der Leitstellendisponent/innen zu unterstützen und durch das Land Mecklenburg-Vorpommern zu unterstützen. Auf diese Lösung können wir allerdings nicht warten, da auch hier ein Fachkräftemangel vorherrscht, dem aktuell durch alternative Lösungen abgeholfen werden muss.

VI. Patientenorientierung

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

Hierzu liegen uns keine detaillierten Informationen vor.

VII. Finanzierung/Vergütung

- 1. Wie beurteilen Sie das aktuelle Finanzierungssystem der medizinischen Versorgung auch in der Fläche, welche Fehlanreize oder andere Handlungsbedarfe sehen Sie?*
- 2. Welchen prozentualen Anteil des BIP halten Sie für 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)?*
- 3. 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?*
- 4. Wie bewerten Sie die Vielfalt der Krankenkassenlandschaft und den begonnenen Prozess der Konzentration und Reduzierung dieser?*

In Mecklenburg-Vorpommern erfolgt die Finanzierung des Rettungsdienstes im Verhandlungsverfahren durch eine Vorhaltefinanzierung. Der derzeit vorliegende Gesetzentwurf zur Reform der Notfallversorgung hat zum Ziel, die stationäre, die ambulante und die rettungsdienstliche Versorgung von medizinischen Notfällen besser zu verzahnen. Diese Zielsetzung ist eindeutig zu begrüßen. Aus Sicht der Landkreise verfehlt der Diskussionsentwurf jedoch dieses Ziel und ist deshalb in der gegenwärtigen Fassung abzulehnen.

Allerdings zeigt die Weiterentwicklung vom Diskussionsentwurf aus dem Jahr 2019 zum Referentenentwurf aus dem Jahr 2020 deutlich, wie eine Reform der Notfallversorgung weiterentwickelt werden kann, wenn nicht nur wenige Interessensgruppen an einem Reformvorhaben beteiligt werden, sondern alle relevanten Akteure in das Reformvorhaben

eingebunden werden. Eine Reform der Notfallrettung ist notwendig. Bedauerlicherweise nutzt der Bundesgesetzgeber eine Reform der Notfallversorgung weiterhin dazu, Kostenbelastungen und Gestaltungskompetenzen einseitig umzuverteilen, ohne dass dies zur Zielerreichung erforderlich wäre. Länder und Kommunen mit ihren Integrierten Leitstellen, Rettungsdiensten und Krankenhäusern werden mit zusätzlichen Kosten erheblich belastet und zugleich in ihren Gestaltungsmöglichkeiten beschnitten.

Für die jeweiligen Träger des Rettungsdienstes bleibt offenbar nur noch die weiterhin – völlig unangetastete - vollständige Übernahme der Haftung für die Ausgestaltung des öffentlichen Rettungsdienstes im Schadensfall. Dies lehnen die Landkreise ausdrücklich ab. Gegenwärtig erfolgt die Finanzierung des Rettungsdienstes vollständig durch die Sozialversicherungsträger (Krankenkassen).

Die Einstufung des Rettungsdienstes als eigenständiger Leistungsbereich im SGB V zielt auch nicht auf eine Aufwertung oder Entlastung des Rettungsdienstes ab. Das Gegenteil ist der Fall: Die Maßnahme dient dem Bundesgesetzgeber lediglich als zentraler Hebel, um zwei Maßnahmenpakete begründen zu können:

1. den Eingriff in die planerische und operative Ausgestaltung von Rettungsdiensten und Rettungsleitstellen der Länder durch den gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) und die GKV
2. die massive Umverteilung von Investitions- und Vorhaltekosten für Rettungsdienste und Leitstellen weg von der GKV hin zu Ländern und kommunalen Trägern.

Für Länder und kommunale Rettungsdienststräger ist unbedingt zu beachten, dass der Gesetzentwurf zur Reform der Notfallversorgung eine erhebliche Absenkung der Vergütung durch die GKV für die medizinische Notfallrettung vorsieht, indem die auszuhandelnden Entgelte nicht länger gesamtkostendeckend kalkuliert werden dürfen, sondern sich vornehmlich auf Betriebskosten beschränken, während Investitions- und Vorhaltekosten bei Land und Trägern verbleiben sollen. Diese Mindereinnahmen sind nicht einmalig, sondern strukturell und jährlich wiederkehrend.

Bei der Behandlung im Rettungsdienst wird zwischen Privatpatienten und gesetzlich versicherten Patienten nicht unterschieden. Die Konzentration von Leistungen auf wenige Krankenhäuser führt jedoch im Rettungsdienst zwangsläufig zu weiteren Transportwegen. Dies führt wiederum dazu, dass die Rettungsmittel bei durchschnittlicher Betrachtung eine höhere Bindezeit je Einsatz aufweisen. Eine Folge höherer Bindungszeiten je Rettungsmittel führt dazu, dass zur Sicherstellung der gesetzlichen Vorgaben ab einem gewissen Zeitpunkt mehr Rettungsmittel durch den Rettungsdienst zu Verfügung gestellt werden müssen, die dann wiederum durch entsprechende Fachkräfte besetzt werden müssen.

VIII. Telemedizin/Datenschutz

1. *Telemedizinische Angebote wie Videosprechstunden für Patientinnen und Patienten bieten zur Überbrückung der vergleichsweise weiten Wege im Flächenland M-V neue Chancen, um bspw. bei Verlaufskontrollen oder Bagatellerkrankungen Praxisbesuche zu vermeiden. Wie beurteilen sie den gegenwärtigen Einsatz der Telemedizin in Ihrem*

Bereich, insb. die Entwicklung der telenotärztlichen Versorgungsstruktur? Welche Chancen, Herausforderungen und Verbesserungsmöglichkeiten sehen Sie?

2. *Wie beurteilen Sie die Verknüpfung der IT-Struktur zwischen dem ambulanten und stationären Sektor? Was müsste verbessert werden?*
3. *Welche infrastrukturellen und organisatorischen Voraussetzungen werden für einen realistischen, flächendeckenden Einsatz von Telemedizin benötigt?*
4. *Welche Chancen und Risiken sehen Sie im Einsatz der Telemedizin im Allgemeinen sowie im Flächenland Mecklenburg-Vorpommern im Besonderen?*

Im Rettungsdienstgesetz M-V und in der Landesrettungsdienstplan-Verordnung M-V wurde bereits die Möglichkeit des Einsatzes der telemedizinischen notärztlichen Begleitung von Rettungseinsätzen fixiert und durch die Landkreise positiv votiert.

Im Landkreis Vorpommern-Greifswald ist ein Telenotarzt-System damit bereits rechtlich gesichert im Regelbetrieb. Es wird derzeit auf Rettungswachen in Vorpommern-Rügen erweitert und soll zunächst in beiden Landkreisen in den nächsten Jahren vollständig für alle Rettungswagen etabliert werden. Festgeschrieben ist bereits heute für den Rettungsdienst, dass es nachstehende Hauptindikationen des Einsatzes des Telenotarztes gibt:

1. Überbrückende Unterstützung des Rettungsdienstpersonals bis zur Ankunft des Notarztes
2. Zusammenarbeit Rettungswagen und Telenotarzt primär ohne Alarmierung des Notarzteinsatzfahrzeuges
3. Übergabe des Notfallpatienten am Einsatzort vom Notarzt an den Telenotarzt zur Transportbegleitung
4. Transportbegleitung durch den Telenotarzt bei einfachen Verlegungen mit Indikation zur Arztbegleitung
5. Konsultation des Telenotarztes durch einen Notarzt zum Support in besonderen Notfallsituationen.

Denkbar ist künftig eine Erweiterung des Einsatzes des Telenotarztes auch für:

1. den Einsatz des Rettungswagens mit dem Telenotarzt zur Entlastung des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes
2. den Support neuer Strukturen der Notfallversorgung wie z.B. eines Gemeinde-Notfallsanitäters:

Anzustreben sind für alle Bereiche, wo der Telenotarzt tätig wird, einheitliche Kriterien in Bezug:

- auf den rechtssicheren Rahmen
- auf Prinzipien der Disponierung in der Leitstelle
- auf fachliche Voraussetzungen und Eignung für die Aufgabe des Telenotarztes (Die Ärztekammer Westfalen-Lippe ist z.B. dabei Standards zu erarbeiten.)
- auf Einheitlichkeit in der Kursgestaltung für alle handelnden Personen im System der telemedizinischen Betreuung

(Notarzt, nicht ärztliches RD-Personal, Pflegepersonal etc.)

- auf leitliniengetreue Standardarbeitsanweisungen mit festgelegten Grenzen des ausschließlichen Einsatzes des Telenotarztes ohne Hinzuziehung eines Notarztes oder Kassenarztes am Einsatzort
- auf die Bereitstellung von Ausrüstungen, Arbeitsmitteln, Medikamenten für einen sicheren und effektiven Betrieb des Systems (Bsp. Dokumentation, Rezeptierung, Medikation, BTM, Abrechnung).

IX. Öffentlicher Gesundheitsdienst

- 1. Wie beurteilen Sie die aktuelle Situation im öffentlichen Gesundheitsdienst?*
- 2. Wird der öffentliche Gesundheitsdienst seinen Aufgaben gerecht? Wenn nicht, welche Ursachen und Lösungsmöglichkeiten sehen Sie dafür?*
- 3. Welche Herausforderungen und Probleme begegnen Ihnen im Bereich der personellen Ausstattung und Aufgabenerfüllung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes?*

Der öffentliche Gesundheitsdienst ist in einer sehr angespannten Situation. Pflichtaufgaben wie Schuleingangsuntersuchungen, Entnahme von Wasserproben, Anfertigung von Gutachten oder Terminvergaben für Sprechstunden und Beratungen treten hinter den Erfordernissen der Corona-Pandemie in den Hintergrund. Aktuell bestehen die größten Defizite insbesondere in den Fachgebieten Hygiene (außer Infektionsschutz), Kinder- und Jugendärztlicher sowie im Zahnärztlichen Dienst. Ursache hierfür ist der fachgebietsübergreifende Einsatz des vorhandenen Personals im Gesundheitsamt für die Bewältigung der unterschiedlichsten Aufgaben im Rahmen der Corona-Pandemie sowie der ständige Personalmangel. Die Unzufriedenheit der Mitarbeiter steigt, das Arbeitszeitgesetz kann aufgrund der Arbeitsbelastung nicht in allen Berufsgruppen eingehalten werden.

Der chronische Mangel an Fachkräften im öffentlichen Gesundheitswesen führt zur personellen Schieflage, insbesondere unter dem Druck der besonderen Lage durch die COVID19-Erkrankungen. Wir möchten an dieser Stelle betonen, dass dies nicht nur das Personal der kommunalen Gesundheitsämter betrifft, sondern wir auch den Eindruck haben, dass das Landesamt für Gesundheit und Soziales M-V personellen Unterstützungsbedarf hat. Die Zusammenarbeit zwischen der oberen Landesbehörde und den kommunalen Gesundheitsämtern verläuft sehr konstruktiv und im ständigen, fachlichen Austausch miteinander.

Die Aufgaben zur Durchführung von Grippeimpfungen kommen saisonal bedingt jetzt noch zum Aufgabenspektrum hinzu und können nicht vernachlässigt werden. Die zusätzlichen Aufgaben betreffen jedoch nicht nur die Gesundheitsämter, sondern dadurch werden auch andere Bereiche der Kreisverwaltung gefordert, was zu einer Konkurrenz in der Personalakquise führt bei ohnehin überall vorhandener Knappheit, die noch verstärkt wird, da die starke Belastung der Mitarbeiter auch zu einem erhöhten Krankenstand führt. Mitarbeiter ziehen sich zurück, die Motivation ist ohnehin durch die fehlenden finanziellen Anreize in diesem Bereich nicht dem Anspruch an die besonderen Leistungen angemessen. Die Personalgewinnung gestaltet sich sehr schwierig, v. a. Hygienefachpersonal und im ärztlichen Bereich. Dieser Arbeitsbereich ist derzeit wenig attraktiv (Vergütung). Außerdem bestehen veraltete Vorstellungen von der Arbeit im Amt unter jungen Kollegen. Im Medizinstudium findet der ÖGD zu wenig bis keine Beachtung. Hinzukommt die differenzierte finanzielle Eingruppierung zwischen Arzthelferinnen und Zahnarzthelferinnen bzw. Ärzten und Zahnärzten, obwohl hierbei gleichwertige Arbeit geleistet wird.

Dies haben auch Bund- und Länder erkannt und kürzlich dazu den Pakt zur Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes geschlossen, welcher personelle und EDV-basierte Unterstützung zusichern soll. So begrüßenswert die politische Reaktion auf die langjährig angezeigten Probleme nun ist, sie kommt für die Gesundheitsämter in der Pandemie leider zu spät.

Die von der Bundesregierung freigegebene personelle Nachbesetzung geht nur zögerlich voran, weil es an schriftlichen Zusagen der Refinanzierung scheitert. Die Personalgewinnung ist gekennzeichnet durch Mangel an Fachkräften im Bereich der Gesundheitsaufsicht und Hygieneinspektion und eben auch fehlendem Interesse der Ärzte an diesem Beruf, weil die finanzielle Gleichstellung mit Ärzten in den Tarifsystemen des Marburger Bundes und angelehnter Eingruppierungen in Einrichtungen fehlt. Kurzfristig wäre sicher im ärztlichen Bereich durch eine Tarifierhöhung ein besserer personeller Besatz möglich. Bei den angesprochenen Fachberufen fehlt es an Ausbildungskapazität und so stehen diese im gesamten Bundesgebiet nicht zur Verfügung.

X. Pandemie und Folgerungen

- 1. Welche beruflichen Erfahrungen haben Sie in Ihrer Behörde in den Zeiten und mit der Corona-Pandemie gemacht?*
- 2. Nach ca. einem Jahr der Versorgung in der Corona-Pandemie lassen sich neue Rückschlüsse auf Versorgungsstrukturen ziehen. Welche Entwicklungen sehen Sie als besonders positiv? Welche Entwicklungen sehen Sie als besondere Belastung? Welche Neuerungen würden Sie über das Ende der Pandemie hinaus beibehalten wollen?*
- 3. Welche Schlussfolgerungen haben Sie bereits gezogen bzw. ziehen Sie daraus?*
- 4. Welche Handlungsbedarfe in Bezug auf die Pandemie sehen Sie nach wie vor in M-V und bundesweit?*

Zunächst ist festzustellen, dass die Kassenärztliche Vereinigung dem Sicherstellungsauftrag während den Anfängen der Pandemie nicht gerecht wurde, sodass Unterstützung seitens des Landes (z.B. Beschaffung von persönlicher Schutzausrüstung) und kommunaler Ebene (Errichtung von Abstrichzentren, Verteilung der Schutzmaterialien) notwendig war. Noch heute kämpfen die Landkreise mit den administrativen und finanziellen Folgen. Aus diesem Grunde sehen wir einen strategischen Handlungsbedarf zur flächendeckenden Diagnostik und Impfung. Positiv hervorzuheben sei die teilweise erfolgte Unterstützung der Bundeswehr und anderen gemeinnützigen Leistungserbringern, sowie der regelmäßige Informationsaustausch im Rahmen der Task Force Pflege unter der Federführung des Ministeriums für Gleichstellung, Integration und Soziales M-V.

Der Infektionsschutz hat im Rahmen der Corona-Pandemie einen neuen Stellenwert bekommen. Positiv ist die Flexibilisierung der Arbeitsstrukturen/ des Arbeitsortes (mobiles Arbeiten) zu sehen. Es sollten Strukturen und Stellenbemessungen sowie Ausstattungen (mobile internetfähige Endgeräte) angepasst werden um den Öffentlichen Dienst dauerhaft zu einem konkurrenzfähigen Arbeitgeber zu machen. Positiv ist zu bewerten, das kurzfristig und unkompliziert Telearbeit, Telefonkonferenzen sowie der Informationsaustausch möglich war/ist. Der Mangel an Räumlichkeiten in öffentlichen Gebäuden ist sowohl für mehr Personal

als auch für regelmäßige Beratungen (unter Wahrung des Mindestabstandes) problematisch. Dies sollte bei zukünftigen Investitionen / Neubauten berücksichtigt werden.

Mit Beginn des "Lockdown" zur Bekämpfung der Corona-Pandemie im März war in den meisten Rettungsdienstbereichen im Vergleich zum Vorjahr ein prozentualer Einsatzrückgang im zweistelligen Bereich zu verzeichnen. Die Einsatzzahlen haben sich bis zum Ende des Berichtszeitraums inzwischen weitgehend stabilisiert. Die Einsatzzahlen liegen im Juni noch rund 5 % unter dem Vorjahresniveau. Die Preise für medizinisches Verbrauchsmaterial, insbesondere Schutzausrüstungen haben sich seit Beginn der Pandemie erheblich verteuert. Insbesondere ist der Markt für medizinische Schutzausrüstungen sehr intransparent. In diesen Monaten war ein Bezug von bestimmten Schutzmaterialien und Medizinprodukten, die zur Bekämpfung der Pandemie erforderlich sind, nur sehr schwer und dann zu stark erhöhten Einkaufspreisen möglich.

B. Gesamteinschätzung/ Bewertung

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

C. Zukunftsansätze

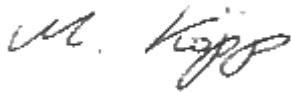
- 1. Wie kann eine flächendeckend vernetzte, wohnortnahe ärztliche Versorgung sowie bedarfsgerechte Medikamentenversorgung sichergestellt werden?*
- 2. Wie werden sich die Versorgungsschwerpunkte in den kommenden zehn Jahren verschieben? Was ist aus Ihrer Sicht notwendig, um eine bedarfsgerechte und flächendeckende Versorgung in Zukunft sicherzustellen?*
- 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, dem Land, den Kommunen, den Kassen, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Krankenhausgesellschaft und den Vertretern der Pflege sowie Vertreter/innen der maßgeblichen Patientenorganisationen verbessert werden?*
- 5. Vor welchen Herausforderungen steht der öffentliche Gesundheitsdienst in Mecklenburg-Vorpommern?*

6. *Wie muss aus Ihrer Sicht der Rettungsdienst aufgestellt sein, um den Herausforderungen der Zukunft gerecht zu werden?*

Zu den Fragenabschnitte B und C verweisen wir auf unsere Ausführungen in den Antworten zu den Detailfragen.

Für Rückfragen und Erläuterungen stehe ich den Mitgliedern der Enquetekommission sehr gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. Köpp', written in a cursive style.

Matthias Köpp
Geschäftsführendes Vorstandsmitglied



**Städte- und Gemeindetag
Mecklenburg-Vorpommern e. V.**



**Landkreistag
Mecklenburg-Vorpommern e. V.**

Positionen

Nr. 7

Verbesserung der hausärztlichen Versorgung in M-V

Position 1

Erfüllung des gesetzlichen Sicherstellungsauftrags durch die Kassenärztliche Vereinigung M-V einfordern

Insbesondere viele ländliche Gebiete in Mecklenburg-Vorpommern sind mit Hausärzten unterversorgt. Leider fehlen nicht nur Hausärzte, sondern auch Fachärzte. Die Kassenärztliche Vereinigung M-V (KVMV) ist gemäß § 75 Abs. 1 SGB V verpflichtet, die ärztliche Versorgung sicherzustellen. Sie hat dafür zu sorgen, dass in Mecklenburg-Vorpommern genügend Ärzte mit der durch die Krankenkassen zur Verfügung gestellten Vergütung vorhanden sind. Trotz zahlreicher Aktivitäten, auch gemeinsam mit Partnern wie Land und Kommunen, konnte dies bislang nicht erreicht werden. Maßnahmen wie die Förderung von Investitionen zur Erleichterung von Praxiseröffnungen und die Erteilung von Weiterbildungsermächtigungen in unterversorgten Regionen beheben zurzeit noch nicht die Probleme. Die KVMV muss darauf hinwirken, dass sich Ärzte im unterversorgten Bereich auch tatsächlich um eine Weiterbildungsermächtigung bemühen. Die Attraktivität der Dienste in den besonders von der Unterversorgung betroffenen Bereichen muss verbessert werden. So leisten derzeit wenige Ärzte viele Dienste. Auch dass junge Ärzte häufig allein auf abgelegene Höfe fahren müssen, ist problematisch. Besser wäre die Einrichtung von Fahrdiensten bzw. die Möglichkeit der Nutzung von Taxidiensten auf Abruf durch die KVMV.

Position 2

Möglichkeiten zur Gewinnung von Ärztinnen und Ärzten verbessern

Die Anwerbung ausländischer Ärzte oder auch die Vergabe von Stipendien an Studenten, die sich nach dem Studium in unterversorgten Regionen als Hausarzt niederlassen, sind bislang wenig erfolgreich. Das Anerkennungsverfahren für ausländische Ärzte ist zu kompliziert und dauert zu lange. Dies muss unbedingt vereinfacht werden, um tatsächlich Ärzte aus dem Ausland gewinnen zu können. Abiturientinnen und Abiturienten könnten im Rahmen der beratenden Studienorientierung und Studierende der Medizin durch die Entwicklung eines Kontakthalteprogramms bestärkt werden, eine langfristige Bindung zur Region aufzubauen mit dem Ziel, sich nach dem Studium in Mecklenburg-Vorpommern niederzulassen.

Städte- und Gemeindetag Mecklenburg-Vorpommern e. V.	Landkreistag Mecklenburg-Vorpommern e. V.
Bertha-von-Suttner-Straße 5	Bertha-von-Suttner-Straße 5
19061 Schwerin	19061 Schwerin
www.stgt.de sgt@stgt-mv.de Tel.: (03 85) 30 31 210	www.landkreistag-mv.de Tel.: (03 85) 30 31 300



**Städte- und Gemeindetag
Mecklenburg-Vorpommern e. V.**



**Landkreistag
Mecklenburg-Vorpommern e. V.**

Positionen

Position 3

In der Summe mindestens eine volle Arztstelle in jeder amtsfreien Gemeinde bzw. einem Amt

Die Bedarfsfeststellungen müssen aktualisiert werden. Ziel muss es sein, die hausärztliche Versorgung in jeder amtsfreien Gemeinde bzw. jedem Amt sicherzustellen. Zur Erfüllung dieses Anspruchs müssen auch Alternativen in Betracht gezogen werden, z. B. eine Zweigpraxis, Praxisgemeinschaften oder Berufsausübungsgemeinschaften. Neben der ambulanten und stationären Versorgung sollte auch die mobile Versorgung stärker als Alternative genutzt werden. Das Arztmobil kann niedergelassene Hausärzte unterstützen und sie von Haus- und Heimbefuchen entlasten.

Position 4

Vereinbarkeit von Familie und (Arzt-)Beruf ermöglichen

Gerade junge Ärztinnen und Ärzte bevorzugen andere Lebensmodelle als die Hausärzte der älteren Generation. Work-Live-Balance und die Vereinbarkeit von Familie und Beruf müssen durch z. B. Teilzeitmodelle möglich sein. Wenn eine Praxis deswegen nicht die vollen Öffnungszeiten anbieten kann, muss die Kassenärztliche Vereinigung eine weitere Zulassung vornehmen oder von der Möglichkeit Gebrauch machen, in unterversorgten Gebieten eigene Praxen zu betreiben oder den Krankenhäusern der Grundversorgung die Ermächtigung erteilen, auch eine ambulante Versorgung zu ermöglichen.

Position 5

Sicherstellung weiter deregulieren

Die bereits in Mecklenburg-Vorpommern praktizierte befristete Aufhebung der Mengengrenzung in unterversorgten Gebieten sollte beibehalten werden. Das am 1. Januar 2012 in Kraft getretene Versorgungsstrukturgesetz bietet die Möglichkeit für Erleichterungen bei der medizinischen Versorgung in ländlichen Regionen, welche genutzt werden müssen. Dazu zählen die Abschaffung der Residenzpflicht für Ärztinnen und Ärzte, die einfachere Zulassung von Zweitpraxen oder die Anstellung von Ärzten bei Vertragsärzten, in Medizinischen Versorgungszentren, Krankenhäusern der Grundversorgung oder Reha-Einrichtungen. Die Kassenärztliche Vereinigung muss flexibler werden.

Städte- und Gemeindetag Mecklenburg-Vorpommern e. V.	Landkreistag Mecklenburg-Vorpommern e. V.
Bertha-von-Suttner-Straße 5	Bertha-von-Suttner-Straße 5
19061 Schwerin	19061 Schwerin
www.stgt.de sgt@stgt-mv.de Tel.: (03 85) 30 31 210	www.landkreistag-mv.de Tel.: (03 85) 30 31 300



**Städte- und Gemeindetag
Mecklenburg-Vorpommern e. V.**



**Landkreistag
Mecklenburg-Vorpommern e. V.**

Positionen

Position 6

Ambulante und stationäre Versorgung aufeinander abstimmen

Den ländlichen Krankenhäusern der Grundversorgung und auch Reha-Einrichtungen kommt gerade in unterversorgten Regionen eine besondere Bedeutung in der wohnortnahen Grund- und Regelversorgung zu. Diese Häuser müssen die Möglichkeit zur ambulanten Versorgung bekommen. Auch Belegbetten in kleinen Häusern wären ein Modell, um die Attraktivität von Arztpraxen im ländlichen Bereich zu erhöhen. Notwendig ist, dass die Leistungen der Grundversorgung im Abrechnungssystem einen Stellenwert erhalten, der Anreize bietet, diese Aktivitäten zu verstärken. Die durch die Trennung von ambulante und stationärem Bereich bedingten Doppelstrukturen insbesondere im Facharztbereich müssen miteinander verknüpft werden.

Position 7

Erreichbarkeit der Arztpraxen vor allem mit dem ÖPNV verbessern

Die Erreichbarkeit der Arztpraxen muss auch im ländlichen Raum gewährleistet sein. Der ÖPNV ist durch die Landkreise so auszugestalten, dass die Öffnungszeiten der Hausarztpraxen und die Fahrpläne aufeinander abgestimmt sind. Auch alternative Modelle wie z. B. ein Rufbussystem sind weiter auszubauen. Wichtig ist, dass die Arztpraxen an gut erreichbaren Standpunkten angesiedelt sind. Um dies zu optimieren, könnten Amts- und Gemeindeverwaltungen im ländlichen, aber nicht nur unterversorgten Bereich auf Wunsch an ihren zentral gelegenen Verwaltungsstandorten Praxisräume vermieten bzw. der KVMV ein entsprechendes Angebot unterbreiten. Die Bürger könnten so zudem Synergieeffekte nutzen und zusätzliche Wege sparen. In den größeren Städten müssen die Praxen ebenfalls gut erreichbar und dem Bedarf entsprechend angesiedelt sein. Auch hier sollte den Kommunen auf Wunsch die Möglichkeit der Errichtung bzw. Zurverfügungstellung von Praxisräumen z. B. zur Vermietung eingeräumt werden. Telemedizin wird perspektivisch eine sehr gute Ergänzung zur klassischen Behandlung von Angesicht zu Angesicht sein. Allerdings scheitert sie in Mecklenburg-Vorpommern noch am unzureichenden Breitbandausbau.

Städte- und Gemeindetag Mecklenburg-Vorpommern e. V.	Landkreistag Mecklenburg-Vorpommern e. V.
Bertha-von-Suttner-Straße 5	Bertha-von-Suttner-Straße 5
19061 Schwerin	19061 Schwerin
www.stgt.de sgt@stgt-mv.de Tel.: (03 85) 30 31 210	www.landkreistag-mv.de Tel.: (03 85) 30 31 300



**Städte- und Gemeindetag
Mecklenburg-Vorpommern e. V.**



**Landkreistag
Mecklenburg-Vorpommern e. V.**

Positionen

Position 8

Gemeindliche Aktivitäten zur Verbesserung der hausärztlichen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern

Gemeindliche Aktionspläne in Kooperation mit der KVMV, der KGMV, den Landkreisen und auch der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung sollten genutzt werden, um ein effektives Standortmarketing zu betreiben. Weitere gemeindliche Maßnahmen können sein: Unterstützung bei der Arbeitsplatzsuche von Familienangehörigen, Unterstützung bei der Suche nach Kinderbetreuungsmöglichkeiten einschl. der schulischen Versorgung, Unterstützung bei der Wohnungs- / Grundstückssuche und das Aufzeigen attraktiver Freizeitangebote. Der Betrieb eigener ärztlicher Einrichtungen würde jedoch viele Gemeinden hinsichtlich finanzieller und Haftungsrisiken überfordern. Eine schleichende Übertragung des Sicherstellungsauftrags auf die Kommunen wird abgelehnt.

Position 9

Qualifikation des ärztlichen Personals / Delegation von ärztlichen Leistungen

Bund und Land werden aufgerufen, die Angebote an Universitäten deutlich zu erweitern. Es müssen künftig mehr Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner ausgebildet werden, da sie im hausärztlichen Bereich das breiteste Spektrum abdecken. Zudem müssen weiterhin Modelle gefördert und ausgebaut werden, welche die Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen beinhalten, um die vorhandenen medizinischen Kapazitäten optimaler zu nutzen. In Mecklenburg-Vorpommern wird bereits erfolgreich VERAH (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis) praktiziert.

Position 10

Unterstützung der Städte, Gemeinden und Landkreise durch eine Beraterstelle

Das Land möchte die Städte, Gemeinden und Landkreise bei der Gewinnung von Hausärzten mit der Schaffung einer Beraterstelle bei der KVMV unterstützen. Die kommunalen Spitzenverbände sehen sich jedoch nicht in der Verantwortung, den gesetzlichen Auftrag der KVMV zur Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung durch die Mitfinanzierung der Beraterstelle zu unterstützen. Das Land sollte Mittel zur Verfügung stellen, um diese Aufgabe beim Städte- und Gemeindetag Mecklenburg-Vorpommern zu erfüllen.

Städte- und Gemeindetag Mecklenburg-Vorpommern e. V.	Landkreistag Mecklenburg-Vorpommern e. V.
Bertha-von-Suttner-Straße 5	Bertha-von-Suttner-Straße 5
19061 Schwerin	19061 Schwerin
www.stgt.de sgt@stgt-mv.de Tel.: (03 85) 30 31 210	www.landkreistag-mv.de Tel.: (03 85) 30 31 300

**DStGB**Deutscher Städte-
und Gemeindebund

Position

DER AUTOR**Dr. Gerd Landsberg**

*ist Geschäftsführendes
Präsidialmitglied des Deutschen
Städte- und Gemeindebundes.*

*Der Deutsche Städte- und
Gemeindebund vertritt die
Interessen der Kommunalen
Selbstverwaltung der Städte und
Gemeinden in Deutschland und
Europa. Über seine Mitglieds-
verbände repräsentiert er rund
11.000 Kommunen in Deutschland.*

Mitgliedsverbände

- Bayerischer Gemeindetag
- Gemeinde- und Städtebund Rheinland-Pfalz
- Gemeinde- und Städtebund Thüringen
- Gemeindetag Baden-Württemberg
- Hessischer Städte- und Gemeindebund
- Hessischer Städtetag
- Niedersächsischer Städte- und Gemeindebund
- Niedersächsischer Städtetag
- Saarländischer Städte- und Gemeindetag
- Sächsischer Städte- und Gemeindetag
- Schleswig-Holsteinischer Gemeindetag
- Städte- und Gemeindebund Brandenburg
- Städte- und Gemeindebund Nordrhein-Westfalen
- Städte- und Gemeindebund Sachsen-Anhalt
- Städte- und Gemeindetag Mecklenburg-Vorpommern
- Städtebund Schleswig-Holstein
- Städtetag Rheinland-Pfalz

STATEMENT ZUR GESUNDHEITSPOLITIK

Corona-Pandemie zur Stärkung der Gesundheitsversorgung nutzen

Deutschland verfügt über ein leistungsfähiges Gesundheitssystem. Dies hat sich auch während der Corona-Pandemie gezeigt. Deutschland hat im Vergleich zu anderen Ländern die Pandemie bisher relativ gut bewältigt. Gleichwohl zeigt die Pandemie auch die Schwachstellen auf, die das Gesundheitssystem schon länger belasten. Dies reicht von der vielfach unzureichenden technischen und personellen Ausstattung der Gesundheitsämter über die Defizite der Krankenhausfinanzierung, die mangelhafte ärztliche Versorgung in den strukturschwachen Regionen bis hin zum Rückstand bei den Möglichkeiten der Digitalisierung oder der Vernachlässigung von Prävention und Gesundheitsförderung. Die aufgrund der Pandemie ergriffenen teilweise nur kurzfristigen Maßnahmen zur Stärkung des Gesundheitswesens sollten als Bausteine und Grundlage für eine nachhaltige Reform genutzt werden. Die Gesundheitspolitik muss die Vernetzung zwischen den niedergelassenen Haus- und Fachärzten, Krankenhäusern, Rettungsdiensten, Pflege- und Rehabilitationseinrichtungen unter Nutzung der Digitalisierung und telemedizinischen Möglichkeiten beschleunigen. Intersektorale Versorgungsstrukturen sollten vorangetrieben und die Rolle der Kommunen gestärkt werden.

Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) stärken

In der Corona-Pandemie hat sich herausgestellt, dass die Gesundheitsämter vor Ort je nach epidemiologischer Lage beim schnellen Anstieg von Neuinfektionen an den Rand ihrer Kapazität kommen können. Gründe sind die vielfach mangelnde technische und personelle Ausstattung der Gesundheitsämter. Wenn es zu einer krisenhaften Situation kam, mussten regelmäßig die Bundeswehr, das Technische Hilfswerk sowie Bund und Länder zusätzlich helfen. Das zeigt einmal mehr, dass der öffentliche Gesundheitsdienst nicht nur für die jetzige Corona-Krise, sondern auch für die Zukunft gestärkt werden muss. Der ÖGD hat ein neben der Bekämpfung von Infektionskrankheiten ein breites Aufgabenspektrum zu erfüllen, von den schulärztlichen und sozialpsychologischen Diensten, der Hygienekontrolle in Betrieben und Gaststätten über die Umweltmedizin, die Gesundheitsförderung und Prävention, der Gesundheitsversorgung benachteiligter Gruppen bis zum veterinärmedizinischen Dienst. Um diesen Aufgaben gerecht zu werden, brauchen die Gesundheitsämter ausreichend Personal – und zwar nicht nur im ärztlichen Bereich – und eine konsequente Digitalisierung.



DSTGB

Deutscher Städte-
und Gemeindebund

Position

Der von Bund und Länder unter Beteiligung der kommunalen Spitzenverbände beschlossene „Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst“ mit vier Milliarden Euro (3,1 Mrd. Euro zur Personalausstattung und 0,8 Mrd. Euro zur Digitalisierung) ist ein wichtiger und unverzichtbarer Schritt.

Dabei ist es wichtig, dass die Maßnahmen möglichst schnell auf den Weg gebracht und umgesetzt werden. Es geht nicht darum, bundesweit einheitliche Gesundheitsämter einzuführen, es sollten aber einheitliche Standards in ganz Deutschland gelten. Der Pakt darf aber auch kein einmaliges Strohfeuer bleiben. Die Länder sind gefordert, mit eigenen finanziellen Mitteln den ÖGD nachhaltig zu stärken. Auch muss die Finanzierung nachhaltig sein. Bund und Länder sollten sich wie im Pakt vereinbart zeitnah auf eine Verstetigung verständigen.

Zur Stärkung des ÖGD sind folgende Maßnahmen notwendig, die teilweise mit dem Pakt umgesetzt werden:

- Dauerhafte Ausstattung mit zusätzlichem qualifiziertem Fachpersonal, damit die Aufgaben des breit gefächerten Aufgabenspektrums der Gesundheitsämter erfüllt werden können.
- Die Vereinigung der kommunalen Arbeitgeber und die Gewerkschaften sollten für den ÖGD im bestehenden TVöD Verbesserungen aushandeln, mit dem die verschiedenen Tätigkeiten in den Gesundheitsämtern, insbe-

sondere für die Ärztinnen und Ärzte gebührend abgebildet werden, ohne dass es zu einem eigenen Tarifvertrag für den ÖGD kommt.

- Das Förderprogramm ÖGD sollte genutzt werden, um die Digitalisierung in den Gesundheitsämtern voran zu bringen. Neben der notwendigen technischen Aufrüstung des digitalen Meldewesens sollten alle Gesundheitsämter zeitnah mit der notwendigen Hard- und Software auch zum Anschluss an die elektronische Gesundheitskarte ausgerüstet werden.
- Die Schaffung von ausreichenden und miteinander verzahnten Strukturen für den ÖGD auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene ist dringend erforderlich. Die Gesundheitsämter brauchen aber auch mehr Unterstützung durch die Länder, nicht nur in finanzieller Hinsicht. Nur wenige Bundesländer verfügen über ein Landesgesundheitsamt oder eigene Landeslabore. In allen Bundesländern sollten Landesgesundheitsämter, Landeslabore oder Hygieneinstitute zur Beratung und Unterstützung der Gesundheitsämter geschaffen werden.
- Um den erforderlichen ärztlichen Nachwuchs zu finden, ist es erforderlich, dass der Stellenwert des ÖGD im Medizinstudium durch eine stärkere Verankerung von Themen des öffentlichen Gesundheitswesens/Public Health in den Ausbildungszielen und -inhalten gestärkt

wird, die Approbationsordnung, mit dem Ziel, dass Famulatur und Praktisches Jahr auch beim ÖGD absolviert werden können, geändert und der Einsatz von Medizinstudierenden im ÖGD (nicht nur in Ausnahmesituationen oder Pandemie-Zeiten) dauerhaft ermöglicht wird.

- Um die Gesundheitsämter in Pandemiefällen möglichst schnell unterstützen zu können ist ein Konzept von „Gesundheitsreservisten“ umzusetzen. Dabei geht es nicht nur um Ärzte, sondern auch um ausgebildete Kräfte, die Infektionsgeschehen verfolgen, die Versorgung der in Quarantäne befindlichen Personen sicherstellen usw. Ein solches „Reservistenkonzept“ kann nur mit zusätzlichen Anreizen und Geld funktionieren. Ein niedergelassener Arzt wird sich bereiterklären, wenn er eine bestimmte Vergütung für diese Bereitschaft erhält. Auch Studierende kommen in Frage. Des Weiteren muss das Pandemiegeschehen auch eingeübt werden (Planspiele nur mit konkreten Einsätzen vor Ort).

Fieberambulanzen richtiger Ansatz

Es ist ausdrücklich zu begrüßen, dass Bund und Länder sich gemeinsam auf eine Strategie für die Herbst- und Wintermonate geeinigt haben. Flächendeckende Fieberambulanzen können ein Weg sein, um auf steigende Coronazahlen und weitere saisonale Atemwegsinfektionen zu reagie-


DStGB

 Deutscher Städte-
und Gemeindebund

Position

ren. Anlaufstellen außerhalb der herkömmlichen Praxen und Kliniken können dazu beitragen, dass keine neuen Infektionsherde entstehen. Genaue Zeitfenster für Termine und Tests helfen Kontakte zu vermeiden. Für die nächsten Monate gilt im Zuge der besonderen Wachsamkeit, dass präventive Reihentests in besonders sensiblen Bereichen wie etwa Pflegeheimen und Krankenhäusern prioritär durchgeführt werden müssen.

Flächendeckende Krankenhausversorgung sicherstellen

Die flächendeckende und nicht nur auf Ballungsräume beschränkte Vorhaltung von Krankenhauskapazitäten ist eine Stärke des deutschen Gesundheitswesens. Dies hat sich auch bei der Coronapandemie gezeigt. Allerdings wird weiter über die Krankenhausstrukturen gestritten. Richtig ist, dass es eine Überversorgung in Ballungsgebieten gibt. Auf der anderen Seite gilt es, insbesondere die Grund- und Regelversorgung in ländlichen Gebieten zu sichern. Die wohnortnahe Versorgung darf nicht rein ökonomischen Betrachtungen untergeordnet werden. Krankenhäuser dienen vielmehr der medizinischen Daseinsvorsorge der Bevölkerung insbesondere in den Kommunen, in denen es keine ausreichende Versorgung mit niedergelassenen Haus- und Fachärzten gibt. Auch im Krankenhaussystem der Zukunft muss es parallel zu den Kliniken der Maximalversorgung ausreichend Bettenkapazitäten der Regelversorgung geben. Dies gilt insbesondere für ländliche Räume.

Die Bundesregierung stellt drei Mrd. Euro in einem "Zukunftsprogramm Krankenhäuser" in eine modernere und bessere Ausstattung der Krankenhäuser in Deutschland zur Verfügung. Weitere 1,3 Mrd. Euro sollen die Länder beisteuern. Der Schwerpunkt liegt dabei auf modernen Notfallkapazitäten, einer besseren digitalen Infrastruktur, dem Ausbau der Telemedizin, der IT- und Cybersicherheit sowie der Stärkung regionaler Versorgungsstrukturen. Die Umsetzung erfolgt analog zu den Regelungen des bereits vorhandenen Strukturfonds. Die Ausweitung des Engagements des Bundes bei der Investitionsfinanzierung durch dieses Zukunftsprogramm ist ausdrücklich zu begrüßen. Seit Anfang der 1970er Jahre sind die Länder für die Finanzierung der Investitionskosten zuständig, dieser Verpflichtung aber nicht ausreichend nachgekommen. Das „Zukunftsprogramm Krankenhäuser“ muss zügig umgesetzt werden. Die Auszahlung der zusätzlichen Investitionsmittel muss zeitnah erfolgen. Eine nachhaltige und dauerhafte Lösung der defizitären Investitionsförderung durch die Länder bleibt ungeachtet des Sonderprogramms dringend erforderlich.

Die vielen, den Krankenhäusern in den letzten Jahren auferlegten Vorgaben, insbesondere die Personalbesetzungsvorgaben, hinderten schon vor der Pandemie die Kliniken in der Ausschöpfung der medizinischen und organisatorischen Leistungsfähigkeit. Als Reaktion auf die Krise hat der Gesetzgeber ausgewählte Dokumentations- und Nachweisverpflichtungen

sowie Strukturvorgaben zeitlich befristet ausgesetzt. Die Krankenhäuser sind mit den so gewonnenen Freiräumen verantwortungsvoll umgegangen. Dies zeigt, dass ein Großteil dieser Verpflichtungen auch dauerhaft verzichtbar sind, ohne dass damit die Qualität der Patientenversorgung beeinträchtigt wird.

Die tariflichen Personalkostensteigerungen für alle Personalgruppen des Krankenhauses müssen bei den Vergütungsanpassungen vollständig berücksichtigt werden.

Die Strukturängel im Krankenhausbereich sind auch auf das derzeitige Entgeltsystem der DRG-Fallpauschalen zurückzuführen. Es muss eine Vergütungssystem auf den Weg gebracht werden, dass sich nicht rein an wirtschaftlicher Effizienz ausrichtet, sondern die Daseinsvorsorgefunktion ausreichend berücksichtigt. Eine Finanzierung, die sich weitgehend an der Fallzahl und Fallschwere orientiert, genügt diesen Anforderungen nicht. Sie führt vielmehr dazu, dass möglichst viele „lukrative Operationen“ stattfinden. Erforderlich ist eine Finanzierung, die die Vorhalteleistungen der Krankenhäuser, z.B. für Notfälle oder zur Entlastung von Intensivkliniken in Notfällen, besser berücksichtigt.

Die im „Zukunftsprogramm Krankenhäuser“ vorgesehenen drei Milliarden Euro können nur ein notwendiger erster Schritt sein, um die Investitionslage in den Kliniken zu verbessern. Die Krankenhäuser erwarten aber eine dauerhafte auskömmliche Investitionsförderung durch die Länder.


DStGB

 Deutscher Städte-
und Gemeindebund

Position

Nur so kann die Investitionsmisere der Krankenhäuser nachhaltig und dauerhaft gelöst werden.

Sektorengrenzen überwinden, Versorgungszentren aufbauen

Die Versorgung der Bevölkerung kann zukünftig flächendeckend nur sichergestellt werden, wenn die Kooperation und Vernetzung der verschiedenen Fachdisziplinen und Sektoren wie Hausärzte, Fachärzte und Krankenhäuser gelingen. Eine Bund-Länder Arbeitsgruppe soll zeitnah Vorschläge für die Entwicklung einer solchen sektorenübergreifenden Versorgung erarbeiten.

Die Krankenhäuser leisten schon heute einen wesentlichen Beitrag zur ambulanten Versorgung der Bevölkerung. Die ambulante Notfallversorgung wäre ohne die Krankenhäuser selbst in den Ballungsgebieten kaum noch zu gewährleisten. Vor dem Hintergrund des zunehmenden Ärztemangels im ambulanten Bereich kommt den ländlichen Krankenhäusern eine besondere Bedeutung in der wohnortnahen Grund- und Regelversorgung zu. Diese Grund- und Regelversorgungskrankenhäuser müssen finanziell in die Lage versetzt werden, ihren Daseinsvorsorgeauftrag zu erfüllen und die medizinische Versorgung der Bevölkerung dauerhaft sicherzustellen. Notwendig ist, dass die Leistungen der Grundversorgung im Abrechnungssystem einen entsprechenden Stellenwert erhalten, der Anreize bietet, diese Aktivitäten zu verstärken.

Statt der Schließung von Krankenhäusern können diese in ambulant/stationäre Zentren umgewandelt werden. In Brandenburg ist mit Mitteln des Innovationfonds ein Krankenhaus entsprechend umgebaut worden: Das Konzept setzt auf eine enge Vernetzung von Haus- und Fachärzten, Krankenhaus, Apotheken, Therapeuten und Pflegediensten. Der Neubau umfasst neben einer modernen Bereitschaftspraxis Untersuchungs- und Behandlungsräume für verschiedene Fachdisziplinen. Die medizinisch notwendigen Versorgungsmöglichkeiten sollen auf sich ändernde Bedarfe ausgerichtet und aus einer Hand ambulant und stationär erbracht werden. Termine, Therapien oder Notfallmaßnahmen werden von zentraler Stelle koordiniert.

Föderale Verantwortung stärken

Die Länder sollten auch in Zukunft für die Gewährleistung der flächendeckenden medizinischen Versorgung der Bevölkerung verantwortlich sein (Krankenhausplanung einschließlich Investitionsförderung). Um integrierte sektorenübergreifende Behandlungen etablieren zu können, sollte sich diese Zuständigkeit nicht nur wie bisher auf den klassisch stationären Bereich, sondern auch auf die Planung bzw. Zulassung im ambulanten Bereich erstrecken. Aus der klassischen Krankenhausplanung muss eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung werden. Wünschenswert wäre, wenn die Planung und Sicherstellung der medizinischen Versorgung dabei regional und unter Einbeziehung

der Kommunen gemeinsam gelöst werden könnte.

Nicht nur, dass kommunal getragene Krankenhäuser oder Versorgungszentren wichtige medizinische Leistungserbringer vor Ort sind, die Kommunen können Netzwerke zur besseren gesundheitlichen Versorgung bilden, in die z.B. Akteure der Selbsthilfe, Sportvereine oder Bildungseinrichtungen eingebunden werden. Bereits bestehende kommunale Gesundheitskonferenzen sind unter Einbeziehung der Städte und Gemeinden auszubauen und den Kommunen stärkeres Gewicht einzuräumen.

Digitalisierung weiter vorantreiben

Die Corona-Pandemie hat das Digitale Gesundheitswesen einen großen Schritt nach vorne gebracht. So haben über 50 Prozent der ambulant tätigen Ärzte Videosprechstunden genutzt oder wollen diese einrichten. Wegen der Pandemie konnten Ärzte unbegrenzt Videosprechstunden bei Patienten mit geringen und leichten Beschwerden durchführen. Große Kliniken schalten ihre Spezialisten digital zur Unterstützung von Visiten in kleineren Krankenhäusern hinzu. Gleichwohl gibt es im Vergleich zu anderen Staaten noch Nachholbedarf. So müssen die Gesundheitsämter handschriftlich Listen zur Kontaktverfolgung abtelefonieren und per Telefax übermitteln. Digitale Lösungen müssen in der medizinischen Versorgung Alltag werden.


DSTGB

 Deutscher Städte-
und Gemeindebund

Position

Die Videosprechstunde ist ein effektives Instrument, die Behandlung trotz räumlicher Distanz sicherzustellen. Durch die vermehrte Nutzung kann die ambulante gesundheitliche Versorgung, gerade in den sog. „sprechenden Fachgebieten“, insbesondere in ländlichen Gebieten mit langen Fahrtwegen grundsätzlich optimiert und die Versorgungsqualität bei der Erstversorgung der Patienten verbessert werden. Nach einer Einigung von KBV und GKV-Spitzenverband sind Videosprechstunden bis zum 30. September unbegrenzt möglich. Im Mai 2018 hatte der Deutsche Ärztetag den Weg dafür geebnet, dass Patienten sich auch ohne vorherigen persönlichen Arztbesuch durch Videosprechstunden behandeln lassen können. 14 von 16 Bundesländern haben die ärztliche Berufsordnung inzwischen entsprechend angepasst. Bei der Online-Sprechstunde kommunizieren Arzt und Patient über einen zertifizierten Videodienstanbieter, der für einen sicheren technischen Ablauf sorgt. Voraussetzung für eine weitere Nutzung ist, dass bestehende Einschränkungen bei der Vergütung weiter – möglichst dauerhaft – gelockert bleiben und die notwendige Infrastruktur aufgebaut wird.

Die Videosprechstunde ist aber nur der Anfang. Noch in diesem Jahr soll die Einführung des E-Rezepts folgen und Ärztinnen und Ärzte sollen künftig auch Gesundheits-Apps verschreiben können, mit denen z. B. die Einnahme von Medikamenten und die Behandlung von Diabetes-Erkrankungen

unterstützt und begleitet werden kann.

Ab 2021 soll die elektronische Patientenakte (ePA) allen gesetzlich Versicherten freiwillig zur Verfügung stehen. Damit die Patientenakte zu einem Erfolg wird, müssen nicht nur die Patienten sie nutzen, sondern insbesondere alle Anbieter medizinischer Leistungen. Um dieses Ziel zu erreichen braucht es eine breite Akzeptanz in der Bevölkerung. Diese kann man durch Aufklärungskampagnen und Unterstützungsangebote erreichen, an erster Stelle steht aber das Vertrauen in die Datensicherheit der Patientenakte.

Medizinprodukte & Schutzausrüstung europäisch sichern

Äußerst schwierig gestaltete sich in den ersten Wochen der Corona-Krise insbesondere die Beschaffung der persönlichen Schutzausrüstungen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Krankenhäusern, Vertragsarztpraxen, Gesundheitsämtern und auch für die übrige Bevölkerung. Im großen Umfang wurde auch mithilfe des Bundes und der Länder Schutzausrüstungen und Maskenmaterial beschafft. Zur Vorbereitung auf zukünftige Pandemien müssen geeignete Versorgungs- und Beschaffungskonzepte entwickelt werden. Gleiches gilt für die bereits vor der Pandemie aufgetretene Problematik der Arzneimittel-lieferengpässe. Die Pharmakonzerne haben die Geschäfte mit Generika vielfach auf Tochterfirmen ausgelagert, die die Produktion von Wirkstoffen mit Stan-

dardpräparaten Billiganbietern in China oder Indien überlassen. Nach Angaben des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte gibt es aktuell bei 270 Medikamenten Lieferengpässe.

Die Sicherstellung mit Medizinprodukten lässt sich nicht allein in Deutschland regeln. Vielmehr muss auf europäischer Ebene vorgegangen werden, z. B. bei der Förderung der Entwicklung von Impfstoffen und der Bereitstellung von Wirkstoffen für Medikamente und der Bevorratung von Schutzausrüstungen. Die Zielrichtung des Programms „EU4Health“ der Europäischen Kommission für eine gesündere und sichere Union ist deshalb zu unterstützen. Ziel des Programmes sind

- die Gewährleistung von Prävention, Vorsorge und Überwachung grenzüberschreitender Gesundheitsgefahren,
- der Aufbau einer Notfallreserve von Arzneimitteln, Medizinprodukten und anderem medizinischen Material,
- die Einrichtung eines Gesundheitsnotfallteams,
- die Koordinierung der Notfallkapazitäten,
- die Sicherstellung der Verfügbarkeit und Erschwinglichkeit von Arzneimitteln, Medizinprodukten und anderen lebenswichtigen Materialien,
- sowie die Förderung von innovativen Arzneimitteln.

Bedauerlicherweise hat der Europäische Rat die Finanzmittel des Gesundheitsprogramms von 7,7 Mrd. Euro auf 1,67 Mrd. Euro gekürzt. Es bleibt zu hoffen, dass in


DStGB

 Deutscher Städte-
und Gemeindebund

Position

den weiteren Beratungen über den EU-Haushalt die Mittel wieder für diese Zukunftsaufgabe aufgestockt werden.

Gesundheitsförderung & Prävention – Kommunen & Krankenkassen müssen an einem Strang ziehen

Das Geschehen um die Corona-Pandemie belegt eindrücklich die Notwendigkeit der Gesundheitsförderung und Prävention. Dass Menschen gesund aufwachsen, gesund leben und älter werden, ist nicht nur eine Sache der individuellen Lebensweise (Verhalten). Umweltbedingungen, Ernährung, Wohnverhältnisse, vorhandene Bewegungsräume und Teilhabemöglichkeiten haben einen ebenso entscheidenden Einfluss.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) sieht deshalb in der Gestaltung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen vor Ort (Verhältnisse) ein wichtiges Handlungsfeld. Denn „Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben“ (WHO Ottawa-Charta, 1986). Damit ist die Förderung von Gesundheit nicht alleinige Aufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes, sondern eine Querschnittsaufgabe in den vielfältigen Politik- und Verwaltungsbereichen, öffentlichen Planungen und Entscheidungen („Health in All Policies“).

Kommunen kommt dabei eine Schlüsselrolle zu. Neben Aspekten der Daseinsvorsorge können sie durch entsprechende Planungen

Einfluss auf die Gestaltung und Sicherung gesunder Lebensverhältnisse nehmen (z. B. kommunale Mobilitätskonzepte, Radwegplanungen, Grünflächensicherung, Wohnungsbauprogramme). Gesundheitsförderung und Prävention strahlt in Stadt- und Raumplanung, Sozialplanung, Umweltplanung, Verkehrsplanung, Pflegeplanung etc. aus. Besonders zielführend sind kleinräumige Ansätze insbesondere auf Quartiersebene.

Die gesundheitsfördernde Stadtentwicklung und die Prävention sollten selbstverständliches Leitbild einer jeden Kommune sein.

Es gibt bereits zahlreiche Ansätze der Prävention und Gesundheitsförderung in den Kommunen. Vielfach existieren diese aber nebeneinander und sind nicht aufeinander abgestimmt. Daneben gibt es z. B. in den Kitas, in den Schulen, aber auch den Betrieben vor Ort Präventionsmaßnahmen. Diese zu koordinieren kann zu einem nachhaltigen Gesamtkonzept der Präventions- und Gesundheitsförderung führen. Für diese Vernetzung brauchen die Kommunen teilweise externe Unterstützung. Dies gilt aber auch für die Verbindung mit den Krankenkassen vor Ort. Diese sollten angehalten werden, die Präventionsmaßnahmen vor Ort gezielt zu fördern.

Die Umsetzung des Präventionsgesetzes bietet eine Chance zur substanziellen Unterstützung gesundheitsorientierter Planung in den Kommunen. Die Krankenkassen sind dabei notwendige Partner. Allerdings entfallen auf Prävention und Gesundheitsschutz

nur rund drei Prozent der Gesundheitsausgaben. Hinzu kommt, dass zumindest auf Bundesebene der GKV-Spitzenverband primär den öffentlichen Gesundheitsdienst als Partner ansieht und die zahlreichen Maßnahmen der Städte und Gemeinden nicht unterstützt werden. Erschwert wird die Arbeit vor Ort, wenn die Krankenkassen Einzelmaßnahmen fördern, die nicht in die Gesamtstrategie einer Kommune integriert sind oder durch die unterschiedliche Förderpraxis. Damit Kommunen ihre Rolle als steuernde und koordinierende Stelle verantwortungsvoll wahrnehmen können und Doppelstrukturen vermieden werden, müssen Kommunen und Krankenkassen an einem Strang ziehen, einschließlich einer Absprache bei der kassengebundenen Finanzierung von Präventionsmaßnahmen in den Kommunen.

Für die Zukunft wäre es wünschenswert, wenn sich die intersektorale Gesundheitspolitik durchgesetzten würde, nachhaltig unterstützt durch ein hoffentlich überarbeitetes Präventionsgesetz und durch die Krankenkassen.

Berlin, 24. September 2020

Städte- und Gemeindetag Mecklenburg - Vorpommern e.V.



Städte- und Gemeindetag M-V, Bertha-von-Suttner-Straße 5, 19061 Schwerin

Landtag Mecklenburg-Vorpommern
Enquetekommission „Zukunft der
Medizinischen Versorgung in M-V“
Vorsitzender Herr Jörg Heydorn

Per Mail

Aktenzeichen/Zeichen: 5.00.11/Ja
Bearbeiter: Herr Deiters
Telefon: (03 85) 30 31-212
E-Mail: deiters@stgt-mv.de

Schwerin, 2020-10-12

Öffentliche Anhörung der Enquetekommission "Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern" am 14.10.2020

Ihr Schreiben vom 21.9.2020

Sehr geehrter Herr Vorsitzender Heydorn,
sehr geehrte Damen und Herren Mitglieder der Enquetekommission,

wir danken Ihnen für die Einladung zur öffentlichen Anhörung am 14.10.2020 und die Möglichkeit der schriftlichen Stellungnahme.

An der öffentlichen Anhörung werde ich wie vorab angekündigt gemeinsam mit Herrn Bürgermeister Flörke, Stadt Parchim, und Herrn Bürgermeister Prahler, Stadt Grevesmühlen, teilnehmen. Ein schriftlicher Redebeitrag von Herrn Prahler ist als Anlage beigefügt. Der Redebeitrag von Herrn Flörke wird nachgereicht.

Der Städte- und Gemeindetag M-V hat sich sehr intensiv mit der Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern befasst. Unser Vorstand hat daher im Jahr 2019 das als Anlage beigefügte gemeinsame Positionspapier beschlossen.

Wichtig ist, dass die ambulante und stationäre medizinische Versorgung im Land besser aufeinander abgestimmt wird und dass auf eine Öffnung der stationären Versorgungsangebote für ambulante, insbesondere fachärztliche Leistungen, hingewirkt

Kommunaler Spitzenverband für alle Städte und Gemeinden

Geschäftsstelle:
Haus der kommunalen Selbstverwaltung
Bertha-von-Suttner-Straße 5
19061 Schwerin

Telefon: (03 85) 30 31-210
Fax: (03 85) 30 31-244
E-Mail: sgt@stgt-mv.de
Internet: www.stgt-mv.de

Konto:
Sparkasse Mecklenburg-Schwerin
BLZ: (140 520 00) Nr. 31 001 2597
IBAN: DE 46 1405 2000 0310 0125 97
BIC: NOLADE21LWL

Postfach 16 01 34
19031 Schwerin

wird. Das kann die fachärztliche Versorgung verbessern und Krankenhausstandorte im ländlichen Raum sichern helfen.

Bei der stationären medizinischen Versorgung muss die dafür vorgesehene Runde der Planungsbeteiligten noch stärker als bisher die Abstimmungen und Konzentrationen von medizinischen Leistungen in den einzelnen Planungsregionen vornehmen. Die in der stationären Versorgung wichtigen Ziele Qualität, Wirtschaftlichkeit und Erreichbarkeit der Leistungserbringung müssen in einer Region gegeneinander abgewogen werden. Grundsätzlich ist eine wohnortnahe stationäre Versorgung anzustreben, die auch mit der Sicherung der Krankenhausstandorte einhergeht. Wenn aber bestimmte Leistungen nicht mehr in der notwendigen Qualität erbracht werden können oder eine Leistungserbringung auf Grund von zu niedrigen Fallzahlen wirtschaftlich nicht vertretbar ist, wird eine Zentralisierung der Leistungen notwendig. Wenn lediglich wirtschaftliche und nicht qualitative Aspekte gegen eine Leistungserbringung vor Ort sprechen, muss politisch entschieden werden, inwieweit das Land bereit ist, die Mehraufwendungen zur Deckung der Wirtschaftlichkeitslücke für eine wohnortnahe Leistungserbringung zu übernehmen.

Wir wären Ihnen sehr dankbar, wenn Sie unsere Positionen mittragen und deren Umsetzung bei Ihren weiteren Beratungen berücksichtigen.

Des Weiteren füge ich ein aktuelles Positionspapier des Deutschen Städte- und Gemeindebundes „Corona-Pandemie zur Stärkung der Gesundheitsversorgung nutzen“ bei, dessen Inhalte wir vollumfänglich teilen.

Auf einige Ihrer Fragen werde ich in meinem mündlichen Redebeitrag eingehen.

Mit freundlichem Gruß
In Vertretung



Thomas Deiters
Stellvertretender
Geschäftsführer

Anlagen

Kommunaler Spitzenverband für alle Städte und Gemeinden

Geschäftsstelle:
Haus der kommunalen Selbstverwaltung
Bertha-von-Suttner-Straße 5
19061 Schwerin

Telefon: (03 85) 30 31-210
Fax: (03 85) 30 31-244
E-Mail: sgt@stgt-mv.de
Internet: www.sig1-mv.de

Konto:
Sparkasse Mecklenburg-Schwerin
BLZ: (140 520 00) Nr. 31 001 2597
IBAN: DE 46 1405 2000 0310 0125 97
BIC: NOLADE21LWL

Postfach 16 01 34
19031 Schwerin

Telemedical emergency Services: Central or Decentral Coordination?

HINWEIS: DIESER ARTIKEL WURDE ZUR VERÖFFENTLICHUNG
IN EINER WISSENSCHAFTLICHEN FACHZEITSCHRIFT
EINGEREICHT. DIESER VORABDRUCK IST AUSSCHLIESLICH FÜR
MITGLIEDER DER ENQUETE-KOMMISSION BESTIMMT UND
DARF NICHT WEITERGEGEBEN WERDEN.

Abstract

Background and objective: Teleemergency doctors support ambulance cars at the emergency site with aid of telemedicine. Currently, each district has its own telemedical office (decentralized solution). This paper analyses the advantages and disadvantages of a centralised solution where several teleemergency doctors work in parallel in one office to support the ambulances in more districts.

Methods: The service of incoming calls from ambulances to the telemedical office can be modelled as a queuing system. Based on the data of the district of Vorpommern-Greifswald in the Northeast of Germany, we assume that arrivals and services are Markov chains. The model has parallel channels proportional to the number of teleemergency doctors working simultaneously and the number of calls which one doctor to handle in parallel. We develop a cost function with variable, fixed and step-fixed costs.

Results: For the district of Greifswald, the likelihood that an incoming call has to be put on hold because the teleemergency doctor is already fully occupied is negligible. Centralisation of several districts with a higher number of ambulances in one telemedical office will increase the likelihood of overburdening and require more doctors working simultaneously. The cost of the telemedical office per ambulance serviced strongly declines with the number of districts cooperating.

Discussion: The calculations indicate that centralisation is feasible and cost-effective. Other advantages (e.g. improved quality, higher flexibility) and disadvantages (missing knowledge of the location and infrastructure) of centralisation are discussed.

Conclusions: We recommend centralisation of telemedical emergency services. However, the number of districts cooperating in one telemedical office should not be too high and the distance between the ambulance station and the telemedical station should not be too big.

Introduction

The German emergency medical service (EMS) is a two-tiered system of paramedics (1-3 years of training) and emergency physicians (Ziegenfuß, 2007). While paramedics attend all emergencies, not every emergency requires an emergency physician. To increase flexibility of the EMS, paramedics and emergency physicians are transported independently in separate vehicles to the emergency site in the so-called "rendezvous system" [1, 2]. In 2014, an emergency physician was despatched to 46 % of all emergencies. Additionally, in 8.8 % of emergencies paramedics decided after the primary survey to call for help by an emergency physician [3].

The rendezvous system allows flexible allocation of emergency physicians and leads to a faster availability of both paramedics and emergency physicians compared with the stationary system (paramedic and emergency physician are dispatched in the same vehicle). This system clearly provides high quality services, but also involves some disadvantages. Firstly, emergency doctors have to be on call ubiquitously 24/7. Although the area covered by one emergency doctor is greater than that of the paramedics, emergency physicians still have to reach the emergency site within minutes, which requires a dense network of emergency physicians. Secondly, situations occur, in which emergency doctors are sent to a patient not requiring their services while other patients would require an emergency doctor. This results in unnecessary waiting time; in particular as paramedics are not allowed to administer all drugs (e.g. for analgesia) or perform all interventions [4]. Consequently, there is a need to provide emergency doctor services "on call".

During the last years teleemergency doctors (TED) have been implemented worldwide and in some districts of Germany in order to solve this challenge [5-7]. TED are emergency doctors working from a telemedical office, which is connected to the emergency site with aid of telemedicine. Paramedics can contact the emergency doctor via telemedicine and ask for support. The teleemergency doctor receives vital signs (e.g. ECG) in real time, can talk to the paramedic and patient and can observe the patient via camera. Based on this information he can give advice, delegate drugs and supervise interventions [8].

The county of Vorpommern-Greifswald (VG) in North-Eastern Germany has implemented such a teleemergency doctor system in 2017 [9, 10]. VG covers an area of almost 4,000 sqkm with a population of about 236,000 inhabitants (60 person/sqkm). Hence, it is a very rural area, with the exception of the town Greifswald with 55,000 inhabitants. At the moment, 6 of 26 ambulances are equipped with telemedical technology (NB: if we refer to "ambulance" we mean an emergency car equipped with telemedical technology). As of September 2020, approximately 4,600 emergencies were supported by the teleemergency doctors in VG. Funded originally by the German Ministry of Education and Research, the entire implementation process was evaluated for a period of 2.5 years. The evaluation showed, that a teleemergency doctor system can be successfully implemented in a rural area, that the treatment by TED is safe and that there is a high satisfaction among all involved groups (paramedics, emergency doctors, emergency dispatcher, and patients) [11]. However, the costs are high and call for an analysis how the efficiency of the system can be improved [12]. Currently, teleemergency doctors are mainly waiting for emergency calls, i.e., most of the time they are not giving advice but simply wait for the next emergency requiring their support. This is due to the low population density of VG leading to rather few emergencies. Neighbouring districts face the same situation: While one neighbouring district already started collaboration and is linked to the Greifswald telemedical office, other districts might want to implement the teleemergency system as well, but might fear the high costs of running a telemedical office with reduced utilization. Consequently, the

question arises whether we would centralize the teleemergency doctors, i.e., have one teleemergency doctor office for several districts instead of one office in each district.

While centralisation seems efficient, it increases the likelihood of the teleemergency doctor being consulted by two or more ambulances at the same time. Treatment of multiple patients simultaneously increases the mental workload of the teleemergency doctor. Consequently, the workload of working with multiple ambulances at the same time has to be analysed.

This paper evaluates the pros and cons of central and decentral teleemergency doctor offices. In the next section, we present the methodology and afterwards we show the results. The paper closes with a discussion focussing on the advantages and disadvantages of central and decentral solution.

Methodology

Teleemergency doctor office

The tele-emergency doctor works in an office with a computer system showing all relevant data sent from the emergency site on four screens. Usually, the teleemergency doctor can handle several calls at a time in parallel, but certainly, there is a limit to that number. In case the number of calls in service exceed that limit, the next calls will have to wait until at least one emergency under service is finished. Usually, every call is picked and answered immediately, but if the emergency doctor is already overburdened, the incoming call will be put on hold until full attention and service can be provided. From a medical perspective, the main question is: "What is the likelihood that an incoming emergency call from the emergency paramedic cannot be serviced immediately, i.e., how high is the service availability?" From an economic perspective, the main question is: "How many teleemergency doctors do have to work in parallel in a teleemergency doctor office and how many districts can be centralised in one teleemergency doctor office assuming that a pre-defined service-availability has to be up-kept?"

In order to answer these questions, we develop a queuing model [13, 14]. Figure 1 shows a simple queuing model. The customers (here: calls from emergency paramedics) arrive in the waiting system and are serviced. The system has k parallel service channels, i.e., if at least one service channel is free, then the customer does not have to wait. Only if all channels are occupied, the incoming call will have to wait. The main characteristics of the system are:

- Arrivals: How many calls come in a certain period of time and according to which distribution? It has been shown that most arrivals follow a Markov-process and are Poisson distributed [15].
- Channels: The number of parallel channels (k) determines how many clients can be serviced at the same time.
- Service: How long does a service take and how is this service time distributed? It has been shown that most service times are negatively exponentially distributed [15].
- Capacity: Some systems have a limited capacity of the waiting room so that incoming customers are rejected if the waiting room is full. Similarly, patients can depart if the queue or waiting time exceeds a certain figure.
- Priority: It is assumed that first customers are serviced first (first in – first out, FIFO), i.e, medical priorities are not considered.

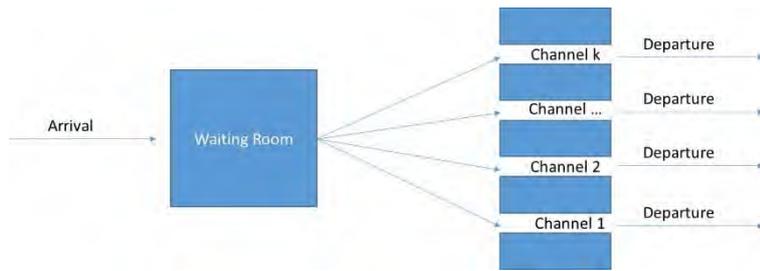


Figure 1 Queuing model

The service of the telemedicine doctor office can be expressed as a queuing model:

- Arrivals: Calls from the paramedics reach the teleemergency doctor office with a rate of λ (calls per hour). It is assumed that the number of calls is Poisson distributed, i.e., the arrival is a Markov process.
- Channels: Each telemedicine doctor can service a maximum of m emergencies at a time. Assuming that n telemedicine doctors work in one telemedicine doctor office in parallel, $k=m*n$ channels are available.
- Service: A contact between the emergency paramedic and the teleemergency doctor takes $60/\mu$ minutes where μ denotes the service rate, i.e., number of services possible per hour. As we assume that the service time of customer i does not depend on the service time of customer j , we can assume a Markov process with a negative exponential distribution [16].
- Capacity: We assume unlimited capacity, as the paramedics are employees of the same emergency system as the teleemergency doctors, i.e., they will wait until the call is picked.
- Priority: We assume FIFO. In reality, there are some calls with an extraordinary priority, but it is extremely rare that it is required to change the priority of handling calls.

Model: M/M/k; ∞ , FIFO

The model assumes a distribution of arrivals according to Poisson-Distribution (rate λ), a distribution of the length of service according to an exponential distribution (rate μ). The probability density function of the exponential distribution is given as $f(x) = \alpha e^{-\alpha x}$ with $E(x) = \frac{1}{\alpha}$ and $\sigma(x) = \frac{1}{\alpha}$, i.e., the coefficient of variation is 1. Furthermore, we assume $k=m*n$ parallel channels, no limitation of waiting room and a FIFO priority. We define the traffic density as $\rho = \frac{\lambda}{\mu}$ and the probability that i calls are in the system as w_i . The basic formulae are given as [17]:

$$w_0 = \frac{1}{\sum_{i=0}^{k-1} \frac{\rho^i}{i!} + \frac{\rho^k}{k!(1-\frac{\rho}{k})}} = \frac{1}{\sum_{i=0}^{mn-1} \frac{\rho^i}{i!} + \frac{\rho^{mn}}{(mn)!(1-\frac{\rho}{mn})}}$$

m

$$w_i = \frac{1}{i!} \rho^i w_0 \text{ for } i < m * n$$

$$w_i = \frac{1}{k! \cdot k^{(n-i)}} \rho^i w_0 = \frac{1}{(m \cdot n)! \cdot (m \cdot n)^{(n-i)}} \rho^i w_0 \text{ for } i \geq m * n$$

with

ρ	traffic density
λ	rate of arrivals [arriving calls per hour]
μ	rate of service [completed calls per hour]
k	number of parallel channels

m	maximum number of calls one teleemergency doctor can service in parallel
n	number of telemedicine doctors in the telemedicine doctor office
σ	standard deviation of number of completed calls per hour
w_i	probability that i calls are in the system

Based on the probabilities of i calls in the system (w_i), we calculate the probability that a call cannot be serviced instantly as

$$P(i > k) = 1 - P(i \leq k) = 1 - \sum_0^k w_i$$

and define this situation as “overburdening”.

Cost Function

The cost of the teleemergency doctor services are determined by the cost of running a teleemergency doctor office and the cost of equipping the ambulances with telemedicine. The latter will be ignored as the respective costs occur whether the service is provided central or decentral. The cost components of the office are fixed, jump-fixed and variable. The fixed costs do not depend on the number of emergencies or the number of teleemergency doctors working in an office, i.e., mainly the position of a coordinator, office space for administration and obligatory quality management. The jump-fixed costs depend on the number of teleemergency doctors working in one office in parallel, including depreciation of the technical equipment and network as well as the cost of the licence for the software. The main component is the salary of the staff working on this office (24-hours, 365 days/year). The variable costs per emergency will be identical between central and decentral solutions and will therefore not be considered.

We follow the cost function provided by Sues & Fleßa [18]:

$$C_d = n \cdot (C_f + v)$$

$$C_c = C_f + e \cdot v$$

with

C_d	total cost of decentralized solution for n districts
C_c	total cost of centralized solution for n districts
n	number of districts
C_f	fixed cost of establishing a teleemergency doctor office
v	variable cost of running one teleemergency doctor for 24/365
e	number of teleemergency doctors working in parallel in one office, $e=f(n)$

The number of tele-emergency doctors working simultaneously in one office depends on the number of telemedically equipped ambulances serviced per district. The original set-up in Vorpommern-Greifswald is 6 of 26 ambulances, but the function also allows calculating the variable e if all ambulances are equipped with telemedical technology and are included into the telemedicine doctor services.

Data

We used the documentation of the telemedicine office of the district of Vorpommern-Greifswald in North-Eastern Germany to estimate the rates and distribution. Digital data from 01.04.2018 to 29.02.2020 was available. Distribution fitting was done with Stat-Fit3. The maximum number of

parallel calls serviced by one telemedicine doctor was estimated by interviewing the respective personnel.

The cost estimates were taken from the district of Vorpommern-Greifswald [18] shown in Table 1. Thus, we receive:

$$C_d = n \cdot 696949$$

$$C_c = 148876 + e \cdot 548073$$

Table 1 Costs of teleemergency doctor services (p.a.). Source: Calculations based on [18]

Category	Sub-Category	Cost (€ p.a.)	Total	Variable
Fixed Cost	Rent	7,200€		
	Support	3,116€		
	Quality management	27,560€		
	Supervision and administration	111,000€	148,876€	C_f
Jump-fixed cost	Salary	508,144€		
	Training	6,924€		
	Network	20,797€		
	Equipment (depreciation)	12,208€	548,073€	v
Total cost per office			696,949	C_f+v

Results

Descriptive Statistics

From 01.04.2018 to 29.02.2020, the teleemergency doctor office serviced 3019 emergencies, e.g. 4.14 emergency calls per day. 253 emergencies required one minute or less than one minute and were excluded from the service time analysis resulting in 3.96 emergencies per day. Furthermore, emergencies with a total duration of more than 4 hours were excluded (three emergencies). For the remaining 2763 values, the minimum service time was 63 seconds, the maximum 12729 seconds (3 hours, 32 minutes, 19 seconds) with an average of 1477 seconds (24 minutes, 37 seconds). The standard deviation was 928.19 seconds.

Rarely one telemedicine doctor had to service two emergencies at a time. The emergency doctors interviewed stated that two would also be an appropriate maximum number of emergencies to be serviced in parallel. Figure 2 shows the number of calls during this period starting in a certain hour (e.g. 130 calls from 7 to 8 a.m.). It is obvious, that the number of incoming calls is highest between 8 a.m. and 1 p.m. with an absolute peak between 10.00 a.m. and 11.00 a.m.

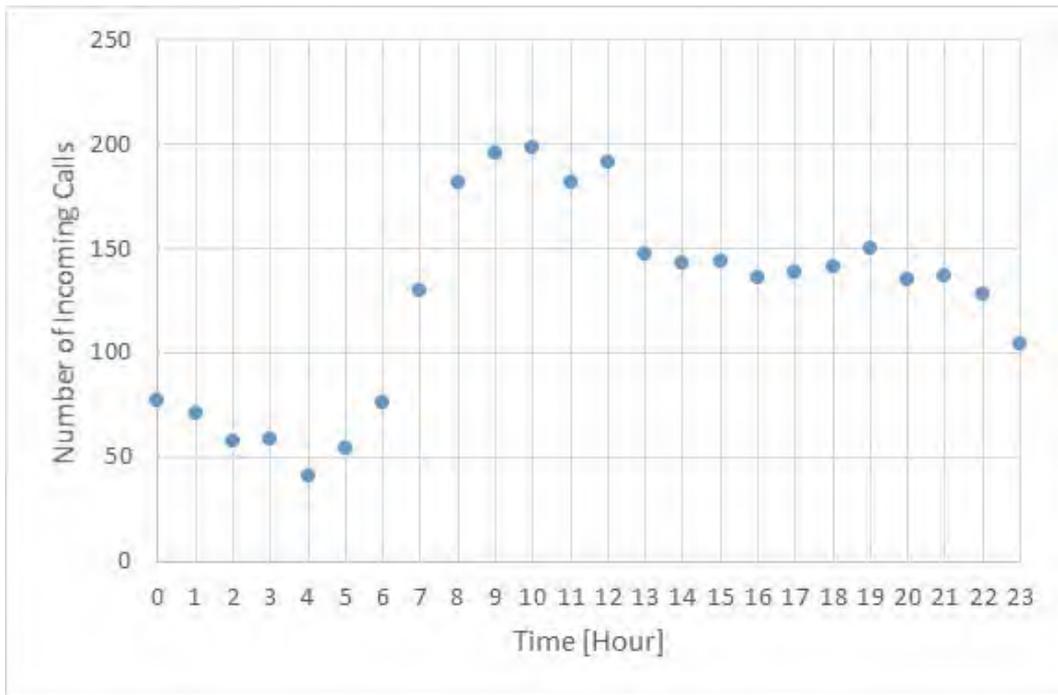


Figure 2 Teleemergency doctor calls per hour

For the entire period, the rate of arrivals is $\lambda=0.18$, for the peak period it is $\lambda=0.27$. The service rate it is $\mu=2.57$ (for all 3019 calls) or $\mu=2.36$ (for 2823 values ≥ 60 seconds). Distribution fitting shows that the assumption of a Markov process of arrival cannot be rejected, i.e., it can be assumed that the number of arrivals per hour follows a Poisson distribution. For the service process, the exponential distribution should be theoretically appropriate [16, 17], but the respective tests of CHI-2 and Kolmogorov-Smirnov do not lead to a significant result. However, Figure 3 shows that a neg. exponential distribution is at least acceptable and can be used as approximation.

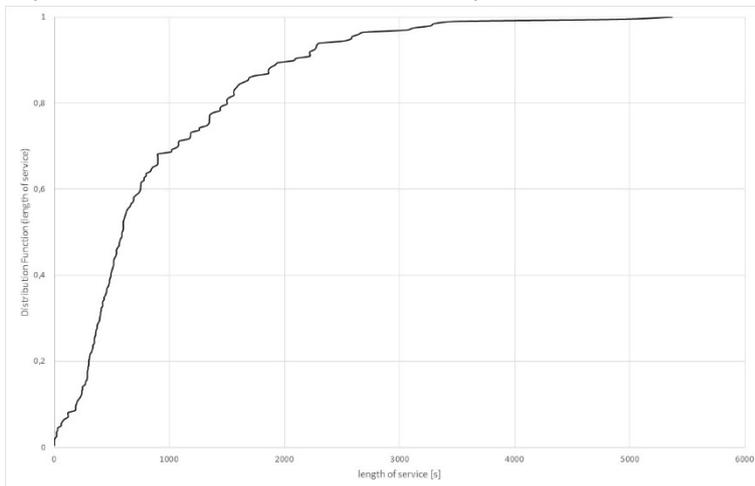


Figure 3 Distribution function of length of service

Actual Data from District Vorpommern-Greifswald

Consequently, the following calculations for the existing teleemergency office in Vorpommern-Greifswald are based on an $M/M/2^*m; \infty, \text{FIFO}$ model with $\lambda=0.27$ and $\mu=2.57$, i.e., we concentrate on the peak hours of arrival to calculate the arrival rates and determine the service time under the assumption that it is independent from the time of arrival. With these parameters we calculate $w_0=89.97\%$, i.e., the likelihood that the teleemergency doctor has no service provision in almost 90 of time. The probability that a call will have to wait for service because the teleemergency doctor is

already fully occupied with two emergencies is 0.03%, i.e., in reality it rarely happens that the teleemergency doctor is overburdened. Even strong increases of the arrival rates will not make a major difference. In order to receive a rate of calls having to wait of 10 %, the arrival rate has to be 2.093, i.e., 7.7 times as high as shown in the empirical data from this district. Assuming that the need for tele-emergency doctor services is unlikely to be that high, this calls for centralisation and cooperation with other districts.

Currently, six of 26 ambulances are equipped with telemedical technology. The selection was based on an analysis of the frequency of emergency doctor services and distances, i.e., we concentrated on very rural areas of the district. Our analysis shows that even if the district of VG-Greifswald had equipped all 26 ambulances with telemedicine technology ($\lambda=1.17$), the likelihood that an incoming call has to wait is about 2.01%, i.e., even a very big and rural district can work with one telemedicine doctor.

Centralisation

We assume that all districts follow the same distribution of arrivals with identical rates (λ). Similarly, we assume that the service time of all TEDs follows the same distribution with identical rates (μ) irrespective of the district and the degree of centralisation. Under these conditions we calculate the probability that a teleemergency doctor office is overburdened, i.e., that an incoming call from an emergency paramedic has to wait. Figure 4 shows the results.

As stated before, the probability that the system is overburdened is 0.03 % if one TED is responsible for one district with six telemedical ambulances (situation in Vorpommern-Greifswald). The probability increases to 0.22 % if telemedical emergency services of 12 ambulances (two districts like Vorpommern-Greifswald) are centralised in one office, 19.81 % for 60 ambulances (10 districts) and 56.96% for 90 ambulances (15 districts). With 114 ambulances (19 districts) the likelihood is 100 %, i.e., the system fails to cover all incoming calls. If we deploy two TEDs in one office in parallel, the respective likelihoods are smaller at a given number of districts. As the figure shows, two TEDs can cover up to 228 ambulances (38 districts like Vorpommern-Greifswald), but then almost all calls have to wait. The figure also shows the probabilities for three to six TEDs in parallel clearly indicating that the number of TEDs strongly determines the likelihood of overburdening.

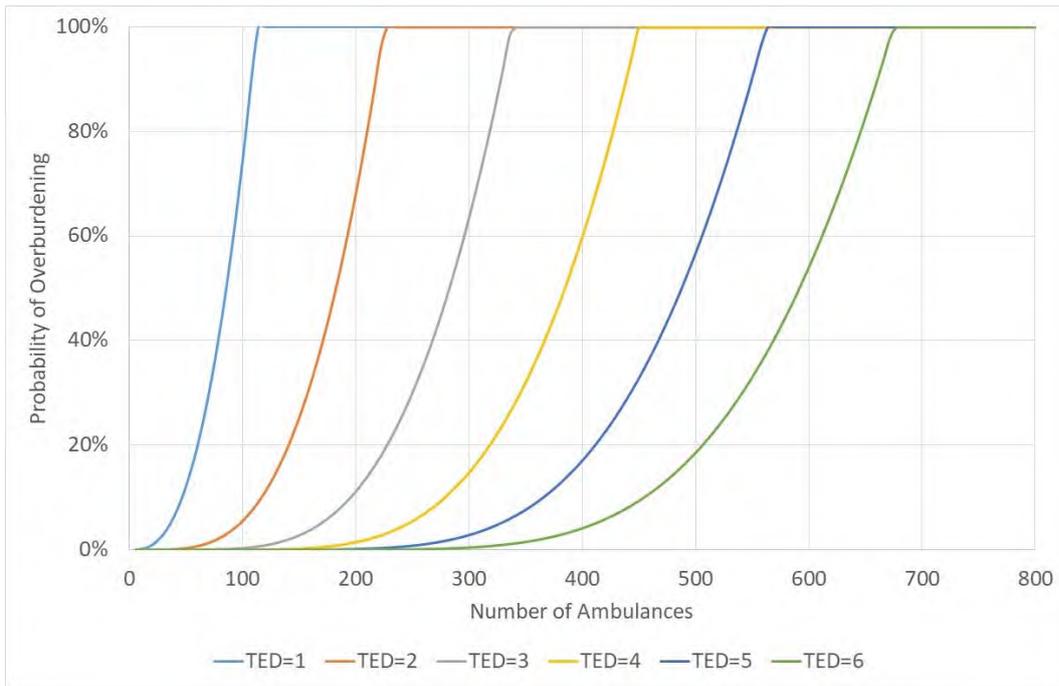


Figure 4 Probability of overburdening as a function of the number of ambulances and the number of telemedicine doctors

Assuming a certain maximum probability of overburdening can also indicate the number of required TEDs. Figure 4 shows that a maximum probability of overburdening of 20 % can be reached by one TED with 90 ambulances (15 districts), by two TEDs with 210 ambulances (35 districts), by three TEDs with 330 ambulances (55 districts) and by four TEDs with 480 ambulances (80 districts). Based on this analysis we can calculate the optimum number of TEDs depending on the maximum probability of overburdening. Figure 5 shows the results for a maximum probability of overburdening of 5 %, 10 %, and 20 %.

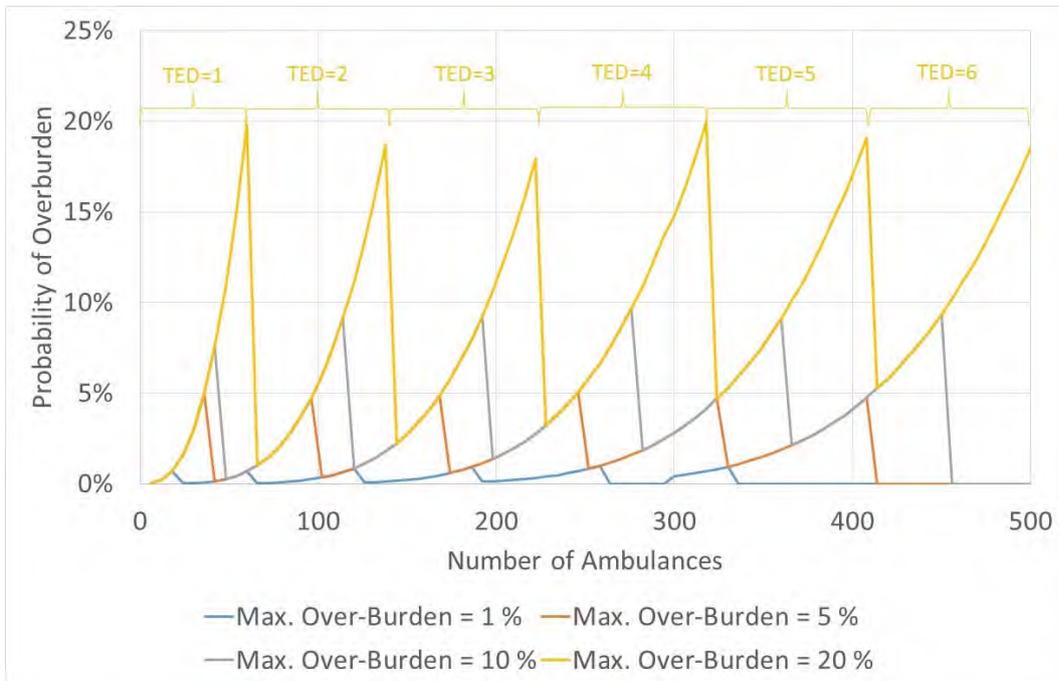


Figure 5 Probability of overburden at different maximum probabilities. Note: the required number of TEDs is only indicated for a maximum probability of overburdening of 20 %.

If we assume a maximum probability of overburdening of 5 %, one TED can handle up to 36, two TEDs up to 96, three TEDs up to 162, four TEDs up to 240, five TEDs up to 324 and 6 TEDs up to 408 ambulances (6, 16, 27, 40, 54 and 68 ambulancedistricts like Vorpommern-Greifswald respectively). If we assume a maximum probability of overburdening of 10 %, the respective figures for ambulances are 42, 114, 192, 270, 360 and 456. For a probability of 20 %, it is 60, 138, 222, 318, 408 and 504. If we want, for instance, to centralize 40 districts with a total of 240 telemedical ambulances and have a maximum likelihood that an incoming call has to wait of 10 %, we will need 4 TEDs.

Cost Function

Figure 6 shows the unit cost functions for a centralized system and for two different versions of decentralized systems. The red curve illustrates the current situation in Vorpommern-Greifswald with 6 out of 26 ambulances equipped with telemedical technology ("Decentral 6 of 26"). The grey curve shows the unit cost function if all ambulances are included in the telemedical emergency doctor services ("Decentral 26 of 26").

For the following analyses a maximum likelihood of overburdening the system of 5% is assumed. If each district runs its own tele-emergency doctor office, the annual cost are 696.949,00 € per district. The costs per district are identical irrespective of whether only 6 of 26 (23 %) or all ambulances are linked to the office. This is due to the fact that one tele-medicine doctor can service up to 36 ambulances without increasing the likelihood of delaying a call above 5 %.

If we centralize and combine several districts in one office, the unit cost per district strongly declines. A sharp cost decrease occurs, if the number of TEDs working simultaneously in a centralized station increases. If we assume that each district runs 26 ambulances, 20 districts will require 6 emergency doctors working simultaneously. The annual costs per district are 171,865.70 €- This equals 24.6 % of the costs of a decentralized solution with the same maximum likelihood of putting an incoming call on hold. However, many districts are not as big as Vorpommern-Greifswald, have fewer ambulances and might not equip all cars with the respective technology. Hence, the financial advantages of centralisation will even be higher. Assuming that 23 % (6 of 26) of ambulances are included in the tele-medicine doctor service, 60 districts will require 6 emergency doctors working simultaneously in one central office. The annual cost per district will be 57,288.57 €, i.e., 8.2% of the decentral solution.

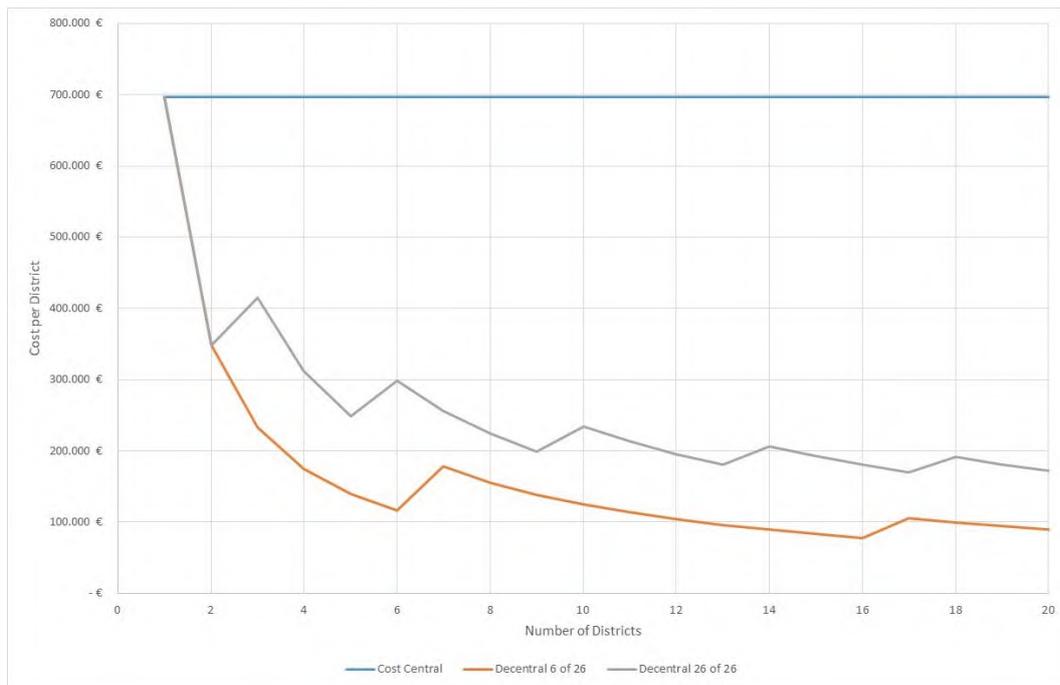


Figure 6 Cost functions

Discussion

The calculations presented in this paper clearly underline that centralisation of the services of teleemergency doctors in one office for several districts has strong advantages. In particular, the cost for the entire system and for each district are much lower if we centralize as compared to a decentral solution. This is mainly due to the fact that the utilization of the TED's working place is extremely low if one TED is responsible for one district. Even if all 26 paramedic ambulances in the district of Vorpommern-Greifswald were equipped with telemedicine technology, the likelihood of being put on hold is about 0,5 %. Furthermore, even for the district with the highest number of ambulances in the state of Mecklenburg-Western Pomerania (Mecklenburg Lake-District) with 40 cars, one TED can handle all of them and the likelihood that an incoming call has to wait is less than 2 %. Setting-up the respective office is expensive, but the most important cost component is the salary of the teleemergency doctors. Providing the service 24 hours per day for 365 days per year requires at least five doctors (each working 230 days per year á 8 hours/day). Seeing that the decentralized solution leaves this valuable resource mainly idle waiting for the next call, strongly underlines the needs for centralisation. At the same time, the higher workload per TED will lead to fast learning and might decrease the time required per patient (economies of scale).

At the same time, the number of TEDs in a centralised solution might even be higher than indicated in this calculation. We used data from the peak-hours of the day (see Figure 2) in order to cover the "worst case". If we have one TED office per district, the number of TEDs must be one throughout the day and the week. If we centralise, the number of TEDs could be lower than the calculated number of TEDS for night shifts and weekends. This will result in lower costs of the centralised solution and underline the advantages of centralisation.

Furthermore, the quality of teleemergency doctor services is likely to increase after centralisation. If more than one TED works in the office, they can support each other in case of an emergency or a very difficult case. It might also be possible to have sub-specialisations if more TEDs are deployed in parallel, such as a TED-paediatrician. In addition, education of TED might be more efficient if provided for a greater number of staff in one office.

Centralisation might also lead to a situation where the management of the teleemergency doctor office and the entire rescue system might be easier and more efficient. Medical doctors are a scarce resource in Germany and emergency doctors with the special training in emergency medicine and telemedicine are in particular scarce [19]. Therefore, the high number of TEDs required in the decentralized system might simply not be available on the market irrespective of costs. Thus, reducing the number of TEDs by centralisation might relax the staffing problem. Furthermore, many highly qualified doctors want to work in cities, not in rural districts [19]. Centralisation might safeguard that TEDs can live and work in the cities but still service emergencies in rural places. Beyond that, having more TEDs in parallel in a centralised office might support the management by more flexibility. If one TED falls sick unexpectedly, the others of the same shift can take his workload. It might also be easier to plan night and weekend shifts as well as safeguard full service availability during holidays. Finally, further education of staff might be more efficient if provided for a greater number of staff in one office.

On the other hand, a decentralised solution has a number of advantages as well [20]. Most convincing, a decentralized solution safeguards that TEDs have local knowledge. They know the location of the emergency, the road system, the hospital infrastructure, and the paramedics. Thus, they can make decisions based on evidence incorporating all knowledge on the local situation. One might argue that the paramedics can support the TEDs with that knowledge, but this will require more time and involves the risk of losing information. Thus, a decentralised system might lead to a better outcome.

Another disadvantage of the centralisation might be increased stress of TEDs. The likelihood of servicing more than one call at a time increases for the centralised solution while the “free” time between calls decreases. Consequently, the workload for TEDS is higher for the centralised solution. This might lead to stress, high fluctuation and problems to attract staff. However, long time between services might also lead to boredom and make the job as a TED unattractive. Currently, it cannot be decided which of the arguments will be stronger.

Additionally, a decentralised system has the advantage that a complete breakdown of the system will only affect one district. The existential risk (e.g. fire, longer electricity cuts, strikes) is low, but significantly higher than zero. Thus, central systems are more prone to existential risks. One might overcome this hazard by providing reserve capacities, but this will induce higher costs of the centralized solution.

The management of a decentralised system might also be more efficient as the TEDs and paramedics know each other. They develop trust in each other speeding up the service process [21]. A TED might even distinguish his decisions and advice if he knows the ability of the individual emergency paramedic. The flexibility might also increase if TEDs know the local situation as they can react on the local situation due to their familiarity with the current conditions (e.g. detours, weather, events).

Finally, Germany is a federal republic and emergency systems are completely under the Governments of the States. This means that Germany has 16 different laws of emergency services with deviating regulations on rights and obligations of emergency paramedics, specificities of the rescue chain (e.g. use of helicopter services) and limits of service times. It is difficult for a strongly centralised teleemergency doctor office to know all the regulations for different states.

Without doubts, some of the disadvantages of the centralized system can be healed by providing professional software support for the central TEDs, incl. detailed online knowledge of weather

conditions, regulations, paramedics etc. Keeping this information up-dated is quite an effort not included in the calculations given above.

The patients or relatives might prefer local solutions. Once the emergency paramedic reaches the patient at the site of emergency, he will explain the patient or relatives that he will now contact the teleemergency doctor. For many people – in particular in rural areas in remote districts – it makes a difference whether the emergency paramedic explains that the TED is situated in the administrative center of this particular district or hundreds of kilometre away in a major city.

Table 2 summarizes advantages and disadvantages of centralisation. It is obvious that covering all districts of Germany with independent teleemergency doctor offices is a waste of resources, but having only one or few major offices for all districts in Germany might be infeasible due to the need to know the local situation, the personnel, and laws. However, centralisation and decentralisation are not a binary variable. Instead, we propose a centralisation of teleemergency doctor services per state. Even the small state of Mecklenburg-Western Pomerania with eight districts, 1.6 million inhabitants, and a population density of 69 people per sqkm will benefit a lot from a central system. Instead of having cost of 696,949 € per district, centralising eight districts in one office will lead to cost per district of 87,118.63 € (assuming that 23 % of all ambulances will be equipped with telemedicine technology) or 224,136.88 € (assuming that all ambulances will be equipped with telemedicine technology). At the same time, the laws and regulations are identical for all districts. It might even be possible to get to know each other in one state. For other state of Germany (e.g. Bavaria 71 districts and 25 county boroughs), it might be worthwhile to have 2-3 offices in different parts of the state in order to safeguard that the familiarity is not lost.

Table 2 Advantages and disadvantages of centralisation

Criteria	Sub-Criteria	Advantage	Disadvantage
Cost	Equipment and set-up	Higher utilization leads to lower cost per service unit	
	Personnel	Higher utilization leads to lower cost per service unit	
	Economies of Scope and Scale	Learning effects lead to lower cost per service unit	
Quality	Knowledge of location		Detailed knowledge of location, infrastructure and specificities is not possible
	Safety	TEDs can support each other in case of complex situations	
	Learning effects	Higher routine, sub-specialisation of TEDs	
	Existential risks		Collapse of central system means breakdown for all districts
Management	Cohesion of the team		Decentral system induces stronger trust between telemedical paramedics and TEDs as well as better knowledge of the strengths and weaknesses of the respective partner
	Staffing	Lower number of TEDs required	Stress for TEDs
	Further education	Economies of scale	
	Flexibility	Higher flexibility conc. staffing (e.g. night, weekend, leave, unexpected sickness, ...)	Inflexible reaction on changes of local parameters
Structures	Laws and regulations		Different emergency laws between German states limit centralisation
Patients	Trust of patients		Patients might trust a TED more knowing that he is located in the next city

Several authors have shown that teleemergency systems are effective from a medical perspective [22-24] as well as efficient from an economic [25, 26] perspective. Our analysis strongly underlines that the efficiency strongly increases if the teleemergency doctor offices are centralized, but at least under German conditions of federalism centralisation is limited. The first step in this direction is to determine the acceptable probability of overburdening, i.e., the likelihood that an incoming call from an emergency paramedic will not be serviced immediately. Politicians should determine whether a rate of 5 %, 10 %, or 20% is acceptable. At the same time, the question has to be addressed whether all ambulances should be equipped with telemedical technology or whether this innovation should be limited to very remote areas only. Based on these decisions, we can determine the number of TEDs working simultaneously. Here we should also analyse whether the rate of arrivals (λ) is indeed identical for all districts and – if not – adjust the calculations accordingly. The location of this office should be determined as well, but this will require negotiations between the district governors. Thus, it will still take some time until the centralised TED system is fully implemented in the entire state, but it is definitely worthwhile starting the process now in order to avoid that each district builds its own office with all the disadvantages shown in this paper. The district of Vorpommern-Greifswald could serve as an innovation seedling for telemedical emergency care in Germany.

References

1. Pfütsch, P., *Das Notfallsanitätergesetz*, in *Notfallsanitäter als neuer Beruf im Rettungsdienst*. 2020, Springer. p. 19-24.
2. Lischke, V., et al., *Verbessert das Rendezvousystem die rettungsdienstliche Versorgungsqualität?* *Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 2002. **39**(5): p. 448-456.
3. Sefrin, P., A. Händlmeyer, and W. Kast, *Leistungen des Notfall-Rettungsdienstes*. *Der Notarzt*, 2015. **31**(04): p. S34-S48.
4. Neupert, M., *Medikamentengabe durch Rettungsassistenten?* *Medizinrecht*, 2009. **27**(11): p. 649.
5. Bergrath, S., et al., *Implementation phase of a multicentre prehospital telemedicine system to support paramedics: feasibility and possible limitations*. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*, 2013. **21**(1): p. 54.
6. Bergrath, S., et al., *Technical and organisational feasibility of a multifunctional telemedicine system in an emergency medical service—an observational study*. *Journal of telemedicine and telecare*, 2011. **17**(7): p. 371-377.
7. Brokmann, J., et al., *Potenzial und Wirksamkeit eines telemedizinischen Rettungsassistenzsystems*. *Der Anaesthetist*, 2015. **64**(6): p. 438-445.
8. Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, *Telemedizin in der prähospitalen Notfallmedizin: Strukturempfehlung der DGAI*. *Anästh Intensivmed*, 2016. **57**: p. 2-8.
9. Metelmann, B. and C. Metelmann, *Mobile Health Applications in Prehospital Emergency Medicine*, in *Mobile Health Applications for Quality Healthcare Delivery*. 2019, IGI Global. p. 117-135.
10. Prasser, C., et al., *Der Telenotarzt als Innovation des Rettungsdienstes im ländlichen Raum—Kosten der Implementierung*. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, 2020. **25**(03): p. 150-156.
11. Plum, R., et al., *Patientenzufriedenheit im Rettungsdienst - Ein Vergleich nach Versorgung mit und ohne Telenotarzt*. *Anästhesiologie & Intensivmedizin*, 2020. **03/2020**: p. 40.
12. Süß, R., et al., *Das Telenotarztssystem—Potentiale für die präklinische Notfallversorgung im ländlichen Raum*. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, 2020. **25**(03): p. 163-168.
13. Fomundam, S. and J.W. Herrmann, *A survey of queuing theory applications in healthcare*. 2007.
14. Brandeau, M.L., F. Sainfort, and W.P. Pierskalla, *Operations research and health care: a handbook of methods and applications*. Vol. 70. 2004: Springer Science & Business Media.
15. Fehrle, M., et al., *Zeitmessstudien im Krankenhaus*. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, 2013. **18**(1): p. 23-30.
16. Mazzoni, T., *A First Course in Quantitative Finance*. 2018: Cambridge University Press.
17. Meyer, M. and K. Hansen, *Planungsverfahren des Operations Research*. 1985, München: Vahlen.
18. Suess, R. and S. Fleßa, *Kosten des Telenotarztensystems*, in *Notfallversorgung auf dem Land, Ergebnisse des Pilotprojektes „Land| Rettung“*, K. Hahnenkamp, et al., Editors. 2020, Springer Verlag: Berlin, Heidelberg.
19. Kaduszkiewicz, H., U. Teichert, and H. van den Bussche, *Ärztmangel in der hausärztlichen Versorgung auf dem Lande und im Öffentlichen Gesundheitsdienst*. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 2018. **61**(2): p. 187-194.
20. Rogers, H., et al., *A systematic review of the implementation challenges of telemedicine systems in ambulances*. *Telemedicine and e-Health*, 2017. **23**(9): p. 707-717.
21. Covey, S.M., *The speed of trust: The one thing that changes everything*. 2006, Chicago: Simon and Schuster.

22. Raaber, N., et al., *Telemedicine-based physician consultation results in more patients treated and released by ambulance personnel*. *European Journal of Emergency Medicine*, 2018. **25**(2): p. 120-127.
23. Felzen, M., et al., *Utilization, Safety, and Technical Performance of a Telemedicine System for Prehospital Emergency Care: Observational Study*. *Journal of medical Internet research*, 2019. **21**(10): p. e14907.
24. Gnirke, A., et al., *Analgesia in the emergency medical service: comparison between tele-emergency physician and call back procedure with respect to application safety, effectiveness and tolerance*. *Der Anaesthesist*, 2019. **68**(10): p. 665.
25. Espinoza, A.V., et al., *Time gain needed for in-ambulance telemedicine: cost-utility model*. *JMIR mHealth and uHealth*, 2017. **5**(11): p. e175.
26. Fleßa, S., et al., *Der Telenotarzt als Innovation des Rettungswesens im ländlichen Raum—eine gesundheitsökonomische Analyse für den Kreis Vorpommern-Greifswald*. *Die Unternehmung*, 2016. **70**(3): p. 248-262.

Medizinische Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern

Hier: Kreisstadt Parchim und Region des Altkreises Parchim im Landkreis Ludwigslust-Parchim

Anhörung in der Enquetekommission am 14.10.2020

(Bürgermeister der Stadt Parchim Dirk Flörke)

Insgesamt will ich die derzeitige Gesundheitsversorgung in Mecklenburg-Vorpommern, von der Breite, der Qualität und auch dem Angebot mit nachgelagerten Reha-Institutionen noch als gut bezeichnen. Jedoch gerät insbesondere die hausärztliche Versorgung als Lotsenversorgung im ländlichen Raum mehr und mehr ins Wanken.

Es verbreitet sich, aufgrund des scheinbar (und ich sage bewusst scheinbar, worauf ich im späteren noch zurückkomme) zunehmenden Fachkräftemangels in der Medizin die Idee, eine Zentren-Versorgung zu etablieren. Das ist jedoch in einem Flächenland wie unserem wenig sinnvoll und praktikabel.

Eigene Ausgangslage / Standort:

Die **Kreisstadt Parchim**, deren Bürgermeister ich bin, zählt etwa **18.037 Einwohner**

und die umliegende, durch das örtliche Krankenhaus – die Asklepios Klinik Parchim – **zu versorgende Region** mit den Ämtern Parchim-Umland, Eldenburg-Lübz, Plau am See, Goldberg-Mildenitz, Sternberger Seenlandschaft, Crivitz, Neustadt-Glewe und ggf. weitere zählt **zwischen 60.000 und bis zu 100.000 Einwohnern**, je nach Wahl der Patienten und der notwendigen fachärztlichen Behandlung, im zweitgrößten Flächenlandkreis Ludwigslust-Parchim mit 212.000 Einwohnern auf 4.752,44 km².

Die nächsten Kliniken sind
WMK Ludwigslust 30 km / 34 Min
WMK Hagenow 54 km / 43 Min
Mediclin Crivitz 23 km / 24 Min
Helios Klinik Schwerin 57 km / 48 Min
Universitätsmedizin Rostock 124 km / 1h 20 Min

Asklepios Klinik Parchim

Fachabteilungen:

Anästhesiologie und Intensivmedizin
Chirurgie
Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Innere Medizin
Kinder- und Jugendmedizin
Orthopädie/ Unfallchirurgie
Herzkatheterlabor

Gesamt 135 Planbetten

Außerdem Vernetzung stationäre und ambulante Versorgung im Bereich Kardiologie und Urologie

Was sollte zur Grundversorgung in der Fläche gehören?

Innere Medizin mit Kardiologie
Gastroenterologie
Urologie
Rheumatologie
Chirurgie
Kinderheilkunde

Gynäkologie und Geburtshilfe
 Anästhesie und Intensivmedizin
 Radiologie
 Laboruntersuchungen
 Physiotherapie

Geriatric und Palliativmedizin sollen daneben landesweit ausgebaut werden. Hier sei der Hinweis gestattet, dass in diesem Zusammenhang auch über die Errichtung von weiteren Hospizen nachgedacht werden muss, jedoch zunächst die Zuständigkeit dafür zu klären wäre. Landkreis, Träger und auch Bürgermeister sind hier in losen Gesprächen.

So könnte insgesamt den Herausforderungen der demografischen Entwicklung der Bevölkerung in der Fläche begegnet und eine gute, stabile medizinische Versorgung abgebildet werden können.

Dabei ist eine **Abstimmung und auch Kooperation der Krankenhäuser** in unmittelbarer Nähe, wie Parchim und Crivitz zur Ausrichtung und Spezialisierung auf bestimmte Fachdisziplinen unerlässlich. Nicht jedes Krankenhaus muss alles anbieten und damit in Konkurrenz zueinander treten.

Jedoch sollte die Distanz zwischen diesen Krankenhäusern maximal 30 Fahrminuten betragen. Aus der öffentlichen Diskussion verweise ich auf die Pädiatrie in Parchim und Crivitz- beide Stationen mit erheblichen personellen Problemen. Hier stellt sich aus meiner Sicht die klare Positionierung für den Standort Parchim. Patienten aus Crivitz haben die Wahl zwischen Schwerin und Parchim, jeweils in 20 km Entfernung. Zur Zeit ist es so, dass die Versorgung aus Parchim und weiter östlich bei der unsicheren Lage auch in Crivitz nur in Schwerin erfolgen kann – mit Fahrzeiten von 50 Minuten und länger, Entfernung 45 km und mehr.

Diese Standorte sind dann wesentlich beim **Ausbau von Mobilitätsangeboten** innerhalb der Versorgungsregion. Aktuell bilden der öffentliche Personennahverkehr in Stadt und Landkreis mit einem zusätzlichen **Rufbussystem** und der Schienenpersonennahverkehr das öffentliche Mobilitätsangebot ab.

Die Qualität der Grundversorgung an einzelnen Standorten hängt natürlich maßgeblich vom Fachkräfteangebot und der entsprechenden Qualifikation der Mediziner ab.

Wie steht es um den Fachkräftemangel?

Die Erfahrungen am Klinikstandort Parchim gehen dahin, dass sich Mediziner durchaus für den ländlichen Raum entscheiden, wenn dort eine entsprechende Weiterbildung möglich ist und damit Karrierechancen gegeben sind, Arbeitszeiten geregelt sind und das berufliche Umfeld passt. Wichtiger denn je sind ein gutes Arbeitsklima und kollegiale Umgangsformen.

Allerdings gibt es daneben noch den „hausgemachten“ Fachkräftemangel. Ich will ihn am Beispiel der Parchimer Kinder- und Jugendstation beschreiben.

Die Pädiatrie wurde im IV. Quartal 2019 abgemeldet. Angeblich aus Gründen des Personalmangels, was aber so nicht stimmt. Die Facharztstellen waren besetzt und sind erst nach der Abmeldung gekündigt worden. Dann hat man sich – eher gar nicht – um Nachbesetzungen gekümmert.

Der eigentliche Grund ist, dass die Station nicht ausreichend gewinnbringend arbeitet, der Kostendruck regelmäßig erhöht wurde und man aus dieser Erwartungshaltung heraus sogar einen Verlustvortrag behauptet. Der vorgetäuschte Fachkräftemangel wird quasi vorgeschoben, um den mit dem Land vereinbarten Versorgungsauftrag zurückgeben zu können.

Hier müsste bereits landesweit eingegriffen werden. Zeitweise Abmeldungen von Abteilungen laufen dem Versorgungsauftrag zuwider. Jedoch bekommen die Krankenhausträger Geld, um diese Leistung auch vorzuhalten und sind dafür verantwortlich, dass diese dann auch entsprechend erbracht werden. Im Umkehrschluss sollten entsprechend temporäre Abmeldungen sofort sanktioniert werden. Dies sehe ich sehr wohl als Aufgabe der Landespolitik.

Stattdessen wird das Land durch das beschriebene Vorgehen der Krankenhausträger in Handlungsdruck bringen, was zusätzlich unterstützt wird durch Aktionen von politischen Akteuren und Bürgern. Hier bedarf es einer stärkeren ständigen Kontrolle durch das Ministerium und die Krankenkassen.

Die Situation um die Parchimer Geburtenstation gestaltet sich ähnlich. Die Festlegung ist: Keine Entbindung ohne Kinderarzt. Da es aktuell in Parchim keinen Kinderarzt gibt, dürfte es eigentlich auch keine Geburten geben. Allerdings hat das Ministerium für Gesundheit eine bis zum 31.12.2020 befristete Sondergenehmigung hierfür ausgesprochen, unter der Voraussetzung, dass die Kinderklinik dann wieder geöffnet wird. Das will man nun per 01.01.2021 mit der Eröffnung einer Portalkinderklinik tun. Hier sollen Assistenzärzte der Heliosklinik den Betrieb der Station unterstützen. Eine solche Tagesklinik in Parchim kann jedoch nur eine Übergangslösung sein, hin zu einer dauerhaften Öffnung dieser Kinderstation. Und auch eine tageweise Abordnung von Assistenzärzten kann keine dauerhafte Lösung abbilden. Da sie allein nicht das gesamte Spektrum an medizinischen Leistungen anbieten können und dürfen. Beispielsweise dürfen bestimmte medizinische Leistungen unter einer Geburt nur durch einen ausgebildeten Facharzt erbracht werden.

Eine Möglichkeit das Angebot an Fachkräften kurzfristig zu erhöhen ist, die Anerkennungszeit der Approbation von Ärzten aus Nicht-EU-Ländern zu verkürzen. Momentan stellt es sich noch so dar, dass diese Ärzte quasi fast noch einmal eine komplette medizinische Ausbildung hier im Land durchlaufen müssen. Hier gibt es verschiedene Ansätze der jeweiligen Ärztekammern in den Bundesländern, wobei dieses Verfahren in Mecklenburg-Vorpommern durchschnittlich deutlich länger dauert, als in anderen Bundesländern.

Wir haben in Parchim ein Projekt umgesetzt, indem der Träger ausländischen Assistenzärzten ein Sprachintensivkurs „Deutsch als Fremdsprache“ an der Volkshochschule finanziert hat, um eine schnelle fachliche Integration ins Team zu ermöglichen. Die Ärzte mussten einen halben Tag in der Klinik arbeiten und haben den anderen halben Tag diesen Intensivkurs mit sehr guten Ergebnissen absolviert.

Ein weiterer Schritt zur Stärkung des Ärzteangebotes auf dem Land könnte die Verpflichtung von Medizinstudierenden unseres Landes sein, dann als Jungmediziner zunächst 3-5 Jahre in ländlichen, unterversorgten Bereichen zu arbeiten.

Möglicherweise sollte man dieses Vorgehen mit den anderen Ländern abstimmen und diese Bedingungen dann landesübergreifend einführen, um nicht einseitig Studierende scheinbar schlechter zu stellen.

Daneben ist eine Werbung für unser schönstes Bundesland ausgesprochen wichtig, nicht nur um Medizinstudierende, sondern auch medizinische Fachkräfte zu gewinnen.

Bei den Festlegungen für die zu leistenden Bereitschaftsdienste sollte der gesetzlich festgelegte Rahmen eingehalten werden. Das trägt zur Attraktivität des Arztberufes im ländlichen Raum bei, wenn man weiß, dass man hat nur eine bestimmte, geringe Anzahl an Diensten abzuleisten hat.

Bewährt hat sich das Projekt „Kassenärztlicher Notdienst“ am Krankenhaus in Parchim, das zu einer wirklich spürbaren Entlastung für die niedergelassenen Ärzte geführt hat.

Um der Unterversorgung mit Hausärzten entgegenzuwirken, hat die Stadt Parchim eine Förderrichtlinie erlassen. Dazu wurde ein Netzwerk aufgebaut, um die hierin beschriebenen Angebote und unterstützenden Maßnahmen für interessierte Ärzte umsetzen zu können.

Hier arbeitet die Stadt Parchim seit einiger Zeit sehr intensiv in einem konstruktiven Netzwerk mit KV, Universität Rostock, niedergelassenen Ärzten vor Ort, dem Krankenhaus und weiteren Akteuren zusammen. Es zeigen sich kleinere Erfolge in dieser Frage.

Das Problem mit dem Finanzierungssystem

Hinsichtlich einer sinnhaften medizinischen Versorgung in der Fläche laufen die Ambitionen der privaten Krankenhausträger oft den politischen Festlegungen und Vorstellungen aus monetären Gründen zuwider. Dem sollten Krankenkassen gemeinsam mit der Politik stärker und mit breitem Kreuz entgegenstehen.

Jede private Krankenhausgesellschaft bekommt jährlich ein zugewiesenes Budget. Aus diesem Budget zieht die Gesellschaft für sich eine Marge ab. Die Höhe kann nur schwer nachvollzogen werden. Man geht jedoch davon aus, dass diese mittlerweile bei etwa 20% liegt.

Das kann nicht der richtige Kurs für eine sowieso herausfordernde Gesundheitsversorgung in einem Flächenland, sein, dass sich die privaten Träger aus diesem Budget für die Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung schon vorab ihre Marge rausziehen. Das muss offensiv und transparent begrenzt werden. Möglicher Lösungsansatz könnte eine Verwaltungspauschale wie im Kifög sein, womit die Bereiche voneinander abgegrenzt würden.

Alles andere führt zu weiter steigendem Personaldruck, Billigprodukte werden eingekauft, ganze Abteilungen outgesourct, da die Kosten aus dem reduzierten Budget bestritten werden müssen.

Das Potential für das Land besteht darin, dass man Festlegungen für die Versorgung in einzelnen Bereichen treffen kann, so dass die privaten Träger nicht für sich entscheiden können, welche medizinischen Bereiche an den einzelnen Standorten aufrechterhalten werden.

Der Grundsatz in dem jetzigen System muss eigentlich sein: Wenn eine Station, wie zB die Pädiatrie oder Geburtenstation nicht kostendeckend arbeiten kann, müssen zunächst die Gewinne der anderen Fachabteilungen für den Verlustausgleich dieser Stationen an Krankenhäusern verwendet werden.

Das setzt voraus, dass diese Häuser auch den Versorgungsauftrag für entsprechende gewinnbringende Stationen ausgleichend erhalten. Aus meiner Sicht kann es nicht sein, dass der Asklepios-Konzern 400.000 € Bundesmittel zur Sicherstellung der weiteren medizinischen Versorgung erhält und quasi gleichzeitig die Kinderklinik abmeldet. Sachlich mögen hier Gründe vorliegen, aber verständlich ist dies nicht.

Eine Beteiligung der Kommunen oder Landkreise an der Trägerschaft, wie jetzt für das Crivitzer Krankenhaus angedacht, könnte diesbezüglich ebenfalls einen positiven Effekt herbeiführen. Zumindest hebt sie das beschriebene rein wirtschaftliche Denken in die verschiedenen Richtungen ein Stück weit aus und stellt die Versorgungssicherheit und – Qualität mehr in den Vordergrund. So zumindest die Erfahrung in den Häusern im Landkreis Ludwigslust-Parchim.

Welche weiteren Handlungsansätze und –notwendigkeiten sehen wir in Parchim, um die Versorgungsstrukturen zu sichern und zu verbessern?

- Weitere Verzahnung von stationärer und ambulanter Versorgung
- Bereiche zur Erhebung der Notwendigkeit der ambulanten Versorgung verkleinern (nach heutigem Stand reicht der Bereich von Plau am See bis nach Schwerin und ist zu groß, um den Bedarf feststellen und decken zu können)
- Zweigstellen, sowohl im Zulassungsbereich von Allgemeinmedizinern als auch Zahnärzten, Kieferchirurgen und Kieferorthopäden zulassen
- Das Projekt der „Gemeindeschwester VERAH“ flächendeckend umsetzen (ältere Menschen verbinden medizinische Expertise mit persönlichem Kontakt)
- Betrieb von MVZ's in kommunaler oder kreislicher Träger- bzw. Mitträgerschaft – auch als Angebot für junge Mediziner
- Therapeutische Angebote flächendeckend sichern – Ausbildung von Therapeuten durch kostenfreie, staatliche Schulen sichern
- Runde Tische zur medizinischen Versorgung mit allen Beteiligten (KV, Ärztekammer, Krankenhausgesellschaft, Kassenärztliche Vereinigungen etc.) sollten in regelmäßigen Abständen stattfinden, um die medizinische Versorgung unter Berücksichtigung aller Blickwinkel zu bewerten und auch zukunftssicher zu gestalten bzw. zu steuern

- Änderung des DRG-Systems weg von Fallpauschalen (setzt falsche Anreize für die Behandlungsentscheidung und Konzentration von Fachstationen)
- Havarie-Fälle müssen wieder mehr trainiert, ausreichend Schutzrüstungen vorgehalten werden
- Schärferes Kontrollsystem durch Fachaufsicht etablieren (zB gibt es seit Januar eine gesetzliche Regelung, nach der für Fachdisziplinen wie Kardiologie, Neurologie, Orthopädie und Unfallneurochirurgie eine bestimmte Anzahl von Pflegekräften vorgehalten werden muss) um zu verhindern, dass Fachschwestern durch Servicekräfte ersetzt oder Schwesternschülerinnen und Pflegeschülerinnen als vollwertige Fachkräfte eingesetzt werden
- Schlichtungsstelle der Ärztekammer für medizinische Streitfälle auf- und ausbauen