

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

**Kommissionsdrucksache 7/52**

**Kommissionsdrucksache**

(19.05.2021)

Inhalt:

Antrag der Mitglieder der SPD, CDU und DIE LINKE

zu den Handlungsempfehlungen

# Enquete-Kommission „Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern“ – Handlungsempfehlungen

## 1. Kommunikationsstrategie

Die medizinische Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern steht angesichts einer sich verändernden gesundheitlichen Lage, einer zunehmend älter werdenden Bevölkerung, der technischen und technologischen Entwicklung sowie eines verschärften Fachkräftemangels und einem wirtschaftlichen Wettbewerb vor enormen Herausforderungen. Die Sicherung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung verlangt sektorenübergreifende Veränderungen, verbunden mit einer starken Orientierung an den Bedürfnissen der Patienten. Diese sind geprägt durch den strukturellen Wandel, neue und veränderte Berufsbilder, Digitalisierung in allen Bereichen und eine noch vielfältigere Vernetzung innerhalb des Gesundheitssektors einerseits sowie eine sich ausprägende Verknüpfung desselben mit anderen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens andererseits.

Wandel und Veränderungen gehen mit Ungewissheit einher, rufen Unsicherheiten und Ängste hervor. Akzeptanz und Verständnis für die anstehenden Veränderungen bedürfen der prospektiven und offensiven Kommunikation.

**Die Enquete-Kommission empfiehlt** der Landesregierung die Initiierung einer Kommunikationsstrategie, die die Zukunft der medizinischen Versorgung in geeigneter Form antizipiert. Bei der Erarbeitung einer solchen Strategie sind neben den Akteuren des Gesundheitsbereichs, also des Gesundheitswesens, der Wissenschaft, der kommunalen Ebene und der Gesundheitswirtschaft auch Bürgerinitiativen und Patientenorganisationen einzubeziehen. Wir brauchen in Mecklenburg-Vorpommern im Ergebnis dieser Kommunikationsstrategie eine von der Bevölkerung gemeinsam getragene Idee einer integrierten, patientenorientierten, sektorenübergreifenden und langfristig tragfähigen Versorgungsstruktur.

## 2. Patientenorientierung

Medizinische Versorgung ist auf den Erhalt der Gesundheit, wo erforderlich auf deren Wiederherstellung bzw. die Verhinderung des Fortschreitens von Erkrankungen gerichtet. Das Wohl der Patienten, ihre Interessen und Wünsche haben dabei im Mittelpunkt des Handelns zu stehen. Finanzielle Fehlanreize, ob aufseiten der Kostenträger oder der Leistungserbringer, sind damit nicht vereinbar. Patientenorientierung muss für alle Beteiligten zu einem Maßstab der Qualität werden.

Patienten- und damit zukunftsorientierte Gesundheitsversorgung geht einher mit dem Anspruch, dass allen Patienten umfassende Versorgungsleistungen zur Verfügung stehen. Für deren Inanspruchnahme soll es weder soziale noch strukturelle, bauliche, technische, kommunikative oder informationelle Barrieren geben.

Bestmöglich informierte und mündige Patienten sind für eine hohe Patientensouveränität und damit für eine erfolgswirksame medizinische Versorgung unabdingbar. Das patientenseitige Verstehen und die Nachvollziehbarkeit von Diagnose, Therapie und Rehabilitation ist dafür Voraussetzung. Informationen jeglicher Art müssen sich daher an den Bedarfen der Patienten ausrichten. Auf Wunsch des Patienten sind die Angehörigen ebenfalls einzubeziehen. Die

Patientenautonomie ist in jedem Bereich der Versorgungskette zu gewährleisten. Die Sicherheit der Patientendaten ist analog und digital stets sicherzustellen.

Daher ist das Land aufgefordert, folgende Aspekte bei der Patientenorientierung in der Gestaltung des Gesundheitssystems – von der Prävention bis zur Rehabilitation - zu berücksichtigen:

**Die Enquete-Kommission empfiehlt** dem Land, dafür Sorge zu tragen, dass die Versorgung der Zukunft unter Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts für alle Menschen und in jedem Lebensalter als Versorgungskette erbracht wird. Dabei umfasst medizinische Versorgung mehr als Ärzte in der Niederlassung oder im Krankenhaus. Alle Berufe im Zusammenhang mit medizinischer Versorgung sind mitzudenken. Beispielsweise seien Apotheker, Fachpersonal in den Sanitätshäusern sowie alle Therapeuten genannt. Das Land erkennt an, dass Patienten Versorgungsketten brauchen, die nicht an Sektorengrenzen enden. Es fördert und unterstützt entsprechende Modellprojekte im Land und setzt sich im Bund dafür ein, dass diese Grenzen einer patientenorientierten Versorgung nicht mehr im Wege stehen.

**Die Enquete-Kommission empfiehlt** den national und international vielfach erprobten und durchweg positiv bewerteten Einsatz von Lotsen im System der gesundheitlichen Versorgung. Das Land schafft so die notwendige Unterstützung für die Patienten, um den Weg durch ein immer komplizierter werdendes System der gesundheitlichen Versorgung zu finden.

**Die Enquete-Kommission empfiehlt**, im Gesundheitssystem, sofern noch nicht vorhanden, Patientenfürsprecher, Patientenbeauftragte und Patientenbeschwerdestellen einzurichten. Dies muss im Einvernehmen mit den legitimierte Interessenvertretungen der Patienten und unabhängig von den Interessen der Kostenträger und Leistungserbringer geschehen.

**Die Enquete-Kommission empfiehlt** dem Land, die bestehenden Strukturen der Patientenbeteiligung und der originären Selbsthilfe zu fördern, auszubauen und auch finanziell zu unterstützen. Zudem müssen die Organisationen der Patienten als Interessenvertretungen stärker in die Entwicklung neuer Konzepte und die dringend notwendige Schaffung von Versorgungsketten eingebunden werden. Bereits bestehende Strukturen der Patientenbeteiligung sind zu berücksichtigen, zu stärken und auszubauen.

**Die Enquete-Kommission empfiehlt** der Landesregierung, dafür Sorge zu tragen, dass Gremien im Land, die sich mit der medizinischen Versorgung befassen, zukünftig zwingend die Interessenvertretungen der Patienten einbeziehen müssen. Dazu ist anzuerkennen, dass Patienten sich seit Jahrzehnten eigene Vertretungen wählen. Es bedarf einer klaren gesetzlichen Landesregelung, wie diese Organisationen zu beteiligen sind.

**Die Enquete-Kommission empfiehlt**, die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Sinne der Patienten zu verstärken. Haus- und Fachärzte, Therapeuten jeglicher Fachrichtung, Apotheken und Sanitätshäuser müssen sich am Bedarf der Patienten ausrichten. Ein ganzheitlicher Ansatz mit Versorgungsketten im Sinne der Patienten ist zu fördern. Konzepte, die auf Inklusion im Gesundheitsbereich abzielen, sind zu unterstützen und konsequent umzusetzen. Leistungserbringer müssen dabei unbedingt die für die Versorgung notwendige Vergütung erhalten. Dies schließt die Schaffung von Barrierefreiheit, Hausbesuchen, Mitaufnahmen von Angehörigen oder Assistenzkräften u. v. a. ein.

### 3. Menschen mit Behinderung

Menschen mit Behinderung haben auch in Mecklenburg-Vorpommern das Recht auf einen diskriminierungsfreien Zugang zu Maßnahmen, Diensten und Angeboten der gesundheitlichen Versorgung.

**Die Enquete-Kommission empfiehlt**, alle Angebote, Dienste und Maßnahmen der gesundheitlichen Versorgung, von der Prävention bis zur Rehabilitation umfassend barrierefrei zu gestalten, d. h. Barrierefreiheit muss in informativer, kommunikativer, technischer und baulicher Hinsicht gegeben sein. Der Einsatz entsprechender, vom Menschen mit Behinderung selbst gewählter Hilfsmittel und Unterstützungsformen ist zu gewährleisten.

**Die Enquete-Kommission empfiehlt**, dass das Land die Entwicklung barrierefreier Informations-, Behandlungs- und Versorgungssysteme unterstützen und fördern muss. Dabei ist darauf zu achten, dass die Interessenvertretungen der Menschen mit Behinderung (§ 10 LBG M-V) einbezogen werden. Die Forderung nach einem Kompetenzzentrum für Barrierefreiheit in Mecklenburg-Vorpommern wird ausdrücklich unterstützt.

**Die Enquete-Kommission empfiehlt**, neue Konzepte der Bewusstseinsbildung in der medizinischen Versorgung von Menschen mit Behinderung für alle im System Beschäftigten zu implementieren. In der Fort- und Weiterbildung sind daher zusätzliche Kapazitäten zu schaffen, die die entsprechenden Themen umfassend zum Inhalt haben. Diese Bildungsangebote müssen zusätzlich zum medizinischen Bereich u. a. auch Themen wie Antidiskriminierung, Barrierefreiheit und Selbstbestimmungsrechte umfassen.

**Die Enquete-Kommission empfiehlt**, Weiterbildungsangebote zur Versorgung von Menschen mit Behinderung in alle Aus-, Fort- und Weiterbildungscurricula zu implementieren. Der Mehraufwand, der durch die Behandlung und Versorgung von Patienten mit Behinderung entsteht, ist angemessen zu vergüten.

**Die Enquete-Kommission empfiehlt**, sofern es Bedarf an Unterstützung und Assistenz seitens des Menschen mit Behinderung bzw. seiner Betreuungsperson gibt, diesem bestmöglich nachzukommen. Die Wahl der geeigneten Unterstützung und Assistenz liegt bei dem Patienten. Das Selbstbestimmungsrecht der Patienten ist jederzeit zu gewährleisten. Entscheidungshilfen bzw. alternative Angebote müssen zeitnah Bestandteil der gesundheitlichen Versorgung werden. Dies gilt für alle Bereiche der gesundheitsbezogenen Versorgung. Neue Unterstützungsangebote müssen erprobt und evaluiert werden.

**Die Enquete-Kommission empfiehlt**, verstärkt interdisziplinäre Zusammenarbeit und entsprechende Kooperationen zur Versorgung von Menschen mit Behinderung zu initiieren und zu fördern). Es ist wichtig, dass diese interdisziplinären Angebote für alle Altersgruppen entstehen. Maßnahmen der Früherkennung und -intervention sind einzubinden.

**Die Enquete-Kommission empfiehlt**, Menschen mit Behinderung und ihre Angehörigen regelmäßig, niedrigschwellig und barrierefrei über diese Angebote zu informieren. Die Informationswege über die entsprechenden Organisationen und Interessenvertretungen der Menschen mit Behinderung und ihrer Angehörigen sind dabei ebenfalls zu nutzen.

#### 4. Regelmäßig fortzuschreibende, sektorenübergreifende Planung und Versorgung

Die Veränderungen in der medizinischen Versorgung Mecklenburg-Vorpommerns werden absehbar von anhaltender Dynamik geprägt sein. Eine bedarfsgerechte Versorgung verlangt nach regelmäßig fortzuschreibenden Planungen, die auf fundierten Gesundheitsberichterstattungen, wissenschaftlichen Analysen, insbesondere der Universitäten und Hochschulen Mecklenburg-Vorpommerns sowie identifizierten Erfordernissen beruhen. Im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung ist auf die unterschiedlichen Bedürfnisse aller Geschlechter einzugehen. Ermittelte Daten und Fakten sowie daraus abgeleitete Analysen sind regelmäßig in verständlicher und barrierefreier Form öffentlich zugänglich zu machen.

Dringend notwendig ist die Verzahnung der unterschiedlichen Versorgungsbereiche von ambulant und stationär in einer gemeinsamen Versorgungsplanung. Durch den Systemwechsel kann eine Ausrichtung am tatsächlichen Bedarf von medizinischen Leistungen ermöglicht werden. Das schont Ressourcen und macht medizinische Versorgung dort möglich, wo sie gebraucht wird.

**Die Enquete-Kommission empfiehlt,** die Versorgungsplanung sektorenübergreifend auszugestalten und hierbei das Patienteninteresse in den Mittelpunkt zu stellen.

**Die Enquete-Kommission empfiehlt,** ab dem Jahr 2022 im Rhythmus von drei, maximal vier Jahren alle Versorgungsbedarfe der Regionen zu identifizieren und mit den Versorgungsangeboten abzugleichen. Die Bedarfe sind breit zu fassen und beinhalten die allgemeinmedizinische Versorgung mit pflegerischer und therapeutischer Unterstützung, sämtliche medizinischen Leistungsfelder und im Besonderen die Altersmedizin mit Schnittstellen zur Altenpflege, das Rettungswesen, den Öffentlichen Gesundheitsdienst und Prävention. Die Planungsdokumente sollten auf die vier Versorgungs-Cluster unter Zugrundelegung von sektorenübergreifenden Realdaten ausgelegt sein, die sich im Zuge der Bekämpfung der Corona-Pandemie herausgebildet haben. Die Cluster-Zuordnung soll regelmäßig evaluiert und im Bedarfsfall auch auf der Grundlage realer Patientenströme angepasst werden. Im Zusammenhang mit der Ermittlung der Versorgungsbedarfe soll die jeweilige Krankheitslast der einzelnen Alterskohorten berücksichtigt werden. Bei der Versorgung seltener Erkrankungen sowie besonderen Therapieverfahren soll auch weiterhin clusterübergreifend agiert werden.

#### 5. Investitionsmittelförderung

Ausgehend von den zu überarbeitenden und zu erweiternden Gesundheitszielen und der sich aus den auf Cluster-Ebene vorliegenden Planungen ergebenden Strategie für die medizinische Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern, sollen Versorgungsplanung und Investitionsmittelförderung besser miteinander verknüpft werden.

**Die Enquete-Kommission empfiehlt** der Landesregierung neben der Krankenhausinvestitionsfinanzierung (im Rahmen der dualen Finanzierung) die gesundheitspolitische Fördermittelgewährung konsequent an den definierten Gesundheitszielen, den tatsächlichen Bedarfen der Patienten und der Strategie der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern auszurichten. Insbesondere sollen diejenigen Initiativen, Projekte, Einrichtungen und Unternehmungen gefördert werden, die auf eine sektorenübergreifende Versorgung im Rahmen der gebildeten Cluster abzielen.

## 6. Bildung von Cluster-Regionen

Die demografische Entwicklung in Mecklenburg-Vorpommern als Flächenland erfordert, dass die Versorgung in regionalen Verbänden organisiert wird. Eine weitere Zentralisierung der Standorte ist jedoch abzulehnen. Ziel der Organisation in regionalen Verbänden ist, dass nur solche Krankenhäuser Patienten mit schwersten Erkrankungen behandeln, die über die entsprechende technische und personelle Ausstattung verfügen. Notwendig ist deshalb eine Konzentration von bestimmten Leistungen an ausgewählten Krankenhaustandorten sowie eine Arbeitsteilung zwischen den Krankenhäusern: Insbesondere die Behandlung von seltenen und schwersten Erkrankungen sowie die Durchführung von komplexen Eingriffen sollte nur an ausgewählten Standorten mit entsprechender Spezialisierung erfolgen. Leistungen der Grund- und Regelversorgung können beispielsweise in integrierten Gesundheitszentren erbracht werden. Bei der Versorgung seltener Erkrankungen sowie besonderer Therapieverfahren soll auch weiterhin clusterübergreifend agiert werden.

In einer Cluster-Struktur wirken Akteure aller Bereiche der medizinischen Versorgung zusammen. Die Versorgungsangebote werden aufeinander abgestimmt und regional koordiniert. Die definierte Cluster-Region beinhaltet in ihrem Kern jeweils die drei stationären Versorgungsstufen<sup>1</sup>. Die Bereitstellung und Vergabe von Investitionsfördermitteln soll auf das Funktionieren der Versorgungs-Cluster entsprechend der o. g. Versorgungsplanung und Strategie abzielen.

**Die Enquete-Kommission empfiehlt** der Landesregierung die Clusterbildung in der Landeskrankenhausplanung festzuschreiben und so die rechtlichen Grundlagen für die Krankenhausversorgung im Rahmen zukünftiger Versorgungscluster zu schaffen. Hinsichtlich planbarer qualitätsorientierter Mindestmengen orientiert sich das Land an den Vorgaben des G-BA und beachtet dabei die Erreichbarkeit. Dabei ist dem Wunsch- und Wahlrecht des Patienten bestmöglich Rechnung zu tragen. Um einen (drohenden) Mangel in der Versorgung bzw. Unterversorgung festzustellen, sind gute regionale Kenntnisse erforderlich. Neben den etablierten und bundesgesetzlich erforderlichen Standort- und Leistungsplanungen, sollen den Cluster-Strukturen angepasste Regionalkonferenzen zu einer Lösung beitragen. Die Ergebnisse dieser Regionalkonferenzen können im Zulassungsverfahren des ambulanten Sektors ebenso Berücksichtigung finden wie in der Krankenhausplanung. Hier sind die maßgeblichen Akteure unseres Bundeslandes aufgefordert, regionale Konzepte zu erarbeiten, die unter Beachtung der jeweiligen Sektoreninteressen eine ambulante fachärztliche Versorgung im oder am Krankenhaus ermöglichen. Dies ist vor allem in den ambulanten Fachdisziplinen erforderlich, welche tendenziell zukünftig nicht mehr allein durch niedergelassene Fachärzte/MVZ abgesichert werden können.

Um dabei ein bundespolitisch gesichertes Vorgehen zu gewährleisten, sollte Mecklenburg-Vorpommern auf Bundesebene darauf hinwirken, dass perspektivisch regionalen sektorenübergreifenden Gremien ein einheitliches, konkretes Spektrum an Aufgaben und Zuständigkeiten übertragen wird. In Zukunft könnten diese dann die Kompetenz erhalten, den Sicherstellungsauftrag für eine festgestellte Unterversorgung in einem Cluster zu übernehmen.

---

<sup>1</sup> Grund- und Regelversorgung, Maximalversorgung

## 7. Trägerübergreifende Zusammenarbeit

Cluster-Strukturen sind untrennbar mit einer trägerübergreifenden Zusammenarbeit verbunden. Diese trifft auf verschiedene gesetzliche, eigentumsrechtliche und strukturelle Hindernisse, ganz abgesehen von den mitunter diametral gegenläufigen ökonomischen Interessen. Möglichkeiten, diese Hindernisse gering zu halten, bestehen in trägerübergreifenden Kooperationen oder Fusionen. Unter den gegenwärtigen Bedingungen erscheinen trägerübergreifende Kooperationen realistisch und daher zu unterstützen. Unter gesundheitspolitischen Betrachtungen sind Kooperationen und Fusionen getrennt zu denken.

**Die Enquete-Kommission empfiehlt** der Landesregierung trägerübergreifende Kooperationen in besonderem Maße zu fördern.

## 8. Modellregionen/Cluster-Strukturen

Die Struktur der Kreise und kreisfreien Städte Mecklenburg-Vorpommerns bietet sich für die Erprobung neuartiger Modelle medizinischer Versorgung geradezu an. Innerhalb derer lassen sich sektorenübergreifende Vergütungsmodelle erarbeiten und erproben. Vorzugsweise sollten für derartige Modellregionen (z. B. Cluster-Regionen) die Kreise in Betracht kommen, deren medizinische Versorgung latent gefährdet ist.

**Die Enquete-Kommission empfiehlt** die medizinische Versorgung für eine Cluster-Region modellhaft zu entwickeln und zu erproben. Dies beinhaltet auch die Entwicklung neuer sektorenübergreifender Finanzierungsformen. Dabei sollte mehrstufig vorgegangen werden. Zunächst sollte ein Ausschnitt des Clusters für eine solche modellhafte Erprobung ausgewählt werden. Denkbar wäre in diesem Zusammenhang der Einzugsbereich Greifswald/Wolgast/Usedom.

**Die Enquete-Kommission empfiehlt** der Landesregierung weiterhin auf Bundesebene die rechtlichen und formalen Rahmenbedingungen zu erwirken, die ein solches Cluster-Modell ermöglichen. Unabhängig davon sollte sich das Land auf Bundesebene für die Anpassung der Rechtssetzung stark machen, die derartige Modelle einschließlich der damit verbundenen Rahmenbedingungen regulär ermöglichen würde.

Im Zuge der Cluster-Struktur-Bildung sollten sektorenübergreifende Gesundheitszentren gebildet bzw. weiterentwickelt werden. Innerhalb der Cluster sind bedarfsgerecht Integrierte Gesundheitszentren (IGZ) zu schaffen. Diese Funktion sollen die derzeitigen Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung übernehmen und damit ihr Angebot erweitern. Hierbei ist zu beachten, dass diese Krankenhäuser nicht nur über die Anzahl ihrer Betten, sondern auch wesentlich über ihre Funktionalität definiert, Bestandteil der sektorenübergreifenden Versorgung innerhalb einer „Regional Health Care“ werden.

Dadurch werden auch bisherige kleine Krankenhausstandorte nicht überflüssig, sondern sinnvoll in die flächendeckende Versorgung einbezogen. Das im Gutachten propagierte integrierte Gesundheitszentrum (IGZ) ist ein nachhaltiger Lösungsvorschlag und sichert langfristig die ambulante Versorgung in der Fläche. Auch die dort vorgeschlagene Vernetzung mit Arztpraxen in der Peripherie und die Einbindung von Apotheken sind sinnvoll. Die im Land bestehenden MVZ können in eine solche Struktur eingebunden werden.

Die medizinische Versorgung darf durch die Trägerschaft und/oder Beteiligung von Finanzinvestoren, Hedgefonds und Private-Equity-Gesellschaften an MVZ nicht gefährdet werden.

Integrierte Gesundheitszentren ermöglichen es, die fachärztliche, pflegerische und die weitere heilberufliche Versorgung, die bislang im ambulanten und stationären Sektor getrennt erfolgen, zusammenzubringen.<sup>2</sup> Die IGZ sind in diesem Sinne ergänzbar, beispielsweise durch Hebammen, Dialysezentren, Apotheken, Optiker, Hörgerätespezialisten sowie orthopädische Fachgeschäfte und andere therapeutische Praxen. Auch regelmäßige mobile Betreuungsangebote sollten vorgesehen werden. Als weiterentwickelte Krankenhausstandorte können auch die Akut- und Notfallversorgung (24/7), Erst- und Notfallversorgung bei akutlebensbedrohlichen Erkrankungen und der telemedizinische Rettungsdienst übernommen werden. Das alles setzt voraus, dass die Potenziale der Strukturoptimierung auf Basis der Bedarfsermittlungen gehoben werden und das Leistungsangebot neu konzipiert wird. Dies kann mit Schwerpunktbildungen verbunden sein.

**Die Enquete-Kommission empfiehlt** der Landesregierung, die Bildung von Integrierten Gesundheitszentren zunächst anhand eines Modells in Kombination mit einem „Pilot Cluster“ zu erproben und die dafür notwendige Anschubfinanzierung bereitzustellen. Entscheidungen darüber, welche Versorgungsleistungen ggf. neu zugeordnet werden, sollen sich an Kriterien des Bedarfs, der Qualität, der Erreichbarkeit aber auch der Erwartungshaltung der Bevölkerung orientieren. Da es in Beachtung der Kriterien unter Umständen zu Zielkonflikten kommen kann, sind diese, wenn immer möglich, durch innovative Lösungen konstruktiv aufzuheben.<sup>3</sup>

## 9. „Pilot-Cluster“

Ein „Pilot-Cluster“ ist die notwendige Vorstufe für die Transformation der medizinischen Versorgung von den tradierten Strukturen, hin zu den angestrebten vier Cluster-Regionen innerhalb Mecklenburg-Vorpommerns und umfasst miteinander im Zusammenhang zu betrachtende medizinische Versorgungsstrukturen.

Ausgangspunkt der Konzipierung eines „Pilot-Clusters“ ist die Analyse der Versorgungsangebote, gemessen am aktuellen Bedarf und unter Berücksichtigung des Deprivationsindex<sup>4</sup>, sowie einer weitgehend belastbaren Bedarfsprognose. Ziel ist es, mit dem „Pilot-Cluster“ verstärkt Netzwerkstrukturen herauszubilden, interdisziplinäre und intersektorale Kooperationen auszubauen, Delegation und Substitution von Versorgungsleistungen weiterzuentwickeln, Leistungen verstärkt zu ambulantisieren bzw. die stationäre Infrastruktur für die ambulante Versorgung zu nutzen sowie wenn zielführend einheitliche Vergütungsstrukturen zu schaffen. Hinsichtlich der Leistungsvergütung soll die Art der Leistung und nicht der Ort der Leistungserbringung entscheidend sein.

Soweit die hierfür erforderlichen rechtlichen Grundlagen (Bundes- und Landesgesetze) noch nicht vorliegen, sind die Gestaltungsmöglichkeiten des § 64 SGB V (Modellvorhaben) nutzbar.

Mit dem „Pilot-Cluster“ sind Strukturbestandteile verbunden, die ein interdisziplinäres und sektorenübergreifendes Zusammenwirken befördern. Hierzu gehören eine regionale

---

<sup>2</sup> vgl. Institut for Health Care Business GmbH, Gutachten zur Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern, 31. März 2021; S. 88

<sup>3</sup> Etwa unter Anwendung digitaler Technologien, wie Telemedizin oder im Fall von Geburtsstationen durch Trägerkooperationen.

<sup>4</sup> Auf sozioökonomische Unterschiede basierende Betrachtung, welche Leistungen möglicherweise aufgrund eines fehlenden Angebotes nicht erbracht werden. Hierzu <https://edoc.rki.de/handle/176904/2648.2> Es bedarf zeitnah einer akzeptierten Grundlage.



Vorbereitungs- und Steuerungsgruppe, bestehend aus Vertretern der für die „Regional Health Care“ relevanten Akteure unter Moderation des für Gesundheit zuständigen Landesministeriums. Weiterhin wird ein unabhängig agierendes „Cluster-Management“ installiert. Ihm zugeordnet wird ein spezielles regionales Nachwuchsmanagement. Aufgabe dieses Managements ist es, im Zuge der Gewinnung von Fachkräften für die hiermit im Zusammenhang stehenden Rahmenbedingungen zu sorgen.<sup>5</sup>

**Die Enquete-Kommission empfiehlt**, anknüpfend an die Empfehlungen 4 bis 8, die Erarbeitung eines Konzepts zur Bildung eines „Pilot-Clusters“ für die „Fokus-Region“ Greifswald/Wolgast/Usedom unter Federführung des für Gesundheit zuständigen Ministeriums im Zusammenwirken mit den hierfür relevanten Akteuren der Region sowie unter Hinzuziehung wissenschaftlicher Expertise. Das Land möge in diesem Zusammenhang beim zuständigen Bundesministerium bzw. beim Gemeinsamen Bundesausschuss eine Genehmigung für die Bildung eines entsprechenden Modellvorhabens beantragen. Nach Vorlage und Bestätigung des Konzepts für das „Pilot-Cluster“ in den entsprechenden demokratischen Gremien und Gremien der Selbstverwaltung werden das Management berufen, die erforderlichen Verträge erarbeitet, diskutiert und ratifiziert. Dies geht einher mit der Bestimmung eines Versorgungsbudgets für die „Regional Health Care“ sowie dessen Aufteilung und seiner sukzessiven Verwendung.<sup>6</sup>

Das Modellvorhaben soll in einem angemessenen Zeitraum erprobt, begleitend evaluiert und anschließend auf die Versorgungsregion ausgeweitet werden.

## 10. Telemedizin

In einem Flächenland wie Mecklenburg-Vorpommern mit seinen weiten Wegen sowie aufgrund der zunehmenden medizinischen Spezialisierung erfährt die Telemedizin zunehmend Bedeutung. Diese bietet die Möglichkeit, fachkollegiale und auch konsiliarische Expertise zeit- und ortsunabhängig zur Verfügung zu stellen und auf diese Weise auch fachärztliche Hintergrunddienste sicherzustellen. Zudem kann der Verknappung von personellen Ressourcen mit einer konsequenten Digitalisierung und insbesondere telemedizinischer Vernetzung entgegengetreten werden.

Die Telemedizin ist daher stärker auszubauen und in die medizinische Versorgung zu integrieren. Hierfür soll ein telemedizinisches Zentrum etabliert werden, das Entwicklung, Koordination und Etablierung in der Fläche voranbringen soll. Hierzu sollten alle Versorgungsangebote Teil eines telemedizinischen, multidisziplinären Netzwerkes sein.

Zentrum und Netzwerk sind durch eine zentrale Digitalisierungsplattform zu vereinen, um Synergieeffekte bestmöglich nutzen zu können. Dabei könnten über ein neutrales digitales Zentrum Anbieter und Nachfrager vernetzt werden. Soweit Bedarf besteht, kann ein Nachfrager diesen im digitalen Portal anmelden. Das digitale Konsil wird dann von einem Anbieter übernommen. Bestehende Telemedizin-Lösungen sollten angebunden werden. Zur Sicherung der Qualität sollen die Anbieter zertifiziert werden.

---

<sup>5</sup> Arbeitsplätze, Kita-Plätze bzw. Schulbesuch, Wohnmöglichkeit, etwaig Bauplätze etc. pp.

<sup>6</sup> In Umsetzung der Empfehlung bedarf es auch einer konkreten Ausgestaltung der Leistungsverrechnungen für Personen, die außerhalb des „Regional Health Care“ versorgt werden, bzw. für Personen, die aufgrund ihres Aufenthalts innerhalb dieser versorgt werden.

Zum Zwecke der Umsetzung soll wieder ein Telemedizinbeirat als unabhängiges Expertengremium unter Berücksichtigung der Akteure der Gesundheitsversorgung und -wirtschaft sowie von Patientenvertretern, unter Einbeziehung des Landesdatenschutzbeauftragten und unter parlamentarischer Beteiligung einberufen werden.

An die Telemedizin sind ferner mobile Gesundheits- und Pflegeexperten anzubinden, die Vor-Ort-Besuche insbesondere bei mobilitätseingeschränkten Patienten vornehmen, die Primärversorgung übernehmen und fachliche Expertise per Telemedizin für die Behandlung einbinden können. Diese Möglichkeit bietet insbesondere für eine älter werdende Gesellschaft in einem Flächenland großes Potenzial, die örtliche Daseinsvorsorge bestmöglich zu erhalten.

**Die Enquetekommission empfiehlt,** ein telemedizinisches Zentrum sowie ein telemedizinisches Netzwerk zu etablieren und durch eine zu installierende Digitalisierungsplattform zu verbinden und hierüber fachkollegiale und auch konsiliarische Expertise zeit- und ortsunabhängig zur Verfügung zu stellen und auf diese Weise auch fachärztliche Hintergrunddienste sicherzustellen.

**Die Enquetekommission empfiehlt,** das Projekt „LandRettung“ auf das gesamte Bundesland auszudehnen. Ebenso ist dies mit dem Defibrillator-Programm des Landes sowie den Forschungsansätzen zu Drohnen zu verbinden.

**Die Enquetekommission empfiehlt,** Apotheken mittels telemedizinischer Anbindung zur primärärztlichen Versorgung zu qualifizieren und sie zu einer „Apotheke plus“ aufzuwerten. Eine regelmäßig anwesende Assistenzkraft würde Patienten in einem separaten Raum innerhalb der Apotheke empfangen, einfache Untersuchungen vornehmen und über eine telemedizinische Verbindung im Bedarfsfall einen Arztkontakt herstellen. Erfahrung und Wissen im Umgang mit digitalen Endgeräten oder Anwendungen wäre für Patienten hierbei nicht notwendig. Gleichzeitig bietet Telemedizin jedoch auch die Möglichkeit, digital versierten Patienten mittels Video oder App direkt mit medizinischen Fachkräften in Kontakt zu treten.

**Die Enquetekommission empfiehlt,** an die Telemedizin die Rettungsdienste sowie MVZ sowie IGZ anzubinden, um den örtlichen Versorgungsstrukturen die bestmögliche Unterstützung zukommen zu lassen, wenn eine Verlegung kurzfristig nicht möglich, für die Behandlung nicht zwingend notwendig ist oder einfach um die fachliche Expertise für die telemedizinischen Anwendung zu gewährleisten.

**Die Enquetekommission empfiehlt,** die telemedizinische Anbindung zwischen den Leistungserbringern zu etablieren und die Anbindung zu forcieren.

Um eine problemlose Nutzung telemedizinischer Anwendungen zu ermöglichen, ist der flächendeckende Breitband- sowie Mobilfunkausbau zu forcieren.

## 11. Kurzzeitpflege

Im Rahmen der sektorenübergreifenden Versorgung sind Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege für alle Altersgruppen zu integrieren. Die Verknüpfung der Leistungen von Integrierten Gesundheitszentren mit der Kurzzeitpflege würde eine „win-win“-Situation schaffen. Der Bedarf an Pflegeleistungen außerhalb der originären stationären medizinischen Leistungen wird im laufenden Jahrzehnt enorm steigen. Der gegenwärtige Bedarf an Kurzzeitpflege ist nicht gedeckt, sodass die Anbindung an die Gesundheitszentren (IGZ) und auch Maximalversorger hier für Entspannung sorgen können. Zugleich würde den derzeitigen Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung (zukünftige IGZ), ein weiteres Betätigungsfeld eröffnet. Derzeit lässt sich die

Möglichkeit der Kurzzeitpflege an Krankenhäusern nur im Wege von Modellprojekten schaffen. Hierfür gibt es in Schleswig-Holstein, Brandenburg, Sachsen und Bayern nachahmungswürdige Beispiele.

**Die Enquete-Kommission empfiehlt** der Landesregierung, Modellprojekte der Kurzzeitpflege an Krankenhäusern/IGZ zu fördern und zugleich auf Bundesebene auf eine Anpassung des rechtlichen Rahmens zu drängen, der die Verknüpfung der Rechtskreise des SGB V mit dem SGB XI ermöglicht. Unter Beachtung der örtlichen Bedarfe und Möglichkeiten sollen dabei an Krankenhäusern angesiedelte Kurzzeitpflegebereiche und/oder eingestreute Kurzzeitplätze eingerichtet werden. Weiterhin muss im Zusammenhang mit dem o.g. Modellprojekt eine Lösung für eine Harmonisierung der Eigenanteile der Nutzer der Kurzzeitpflege mit den Eigenanteilen, wie sie beim Aufenthalt in der medizinischen Akutversorgung anfallen, gefunden werden.

## 12. Case Manager

Die medizinische Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern soll weiter an Qualität gewinnen. Erbrachte Leistungen sollen unter möglichst optimaler Nutzung aller vorhandenen Ressourcen ihre Wirksamkeit entfalten. Dies kann am besten im Rahmen einer ganzheitlichen Versorgung geschehen. Der Einsatz von ausgebildeten Case Managern kann in besonderer Weise derzeitige Sektorengrenzen überwinden. Case Manager steuern bedarfsorientiert Versorgungsfälle innerhalb eines medizinischen Versorgers und im regionalen Versorgungsgefüge entsprechend organisierter Verfahren, an denen unterschiedliche Professionen und Organisationen beteiligt sind.<sup>7</sup>

**Die Enquete-Kommission empfiehlt** die Initiierung von Modellprojekten zum Einsatz von sektorenübergreifend agierenden Case Managern. Sie sollten strukturell den Integrierten Gesundheitszentren zugeordnet werden.

## 13. Sicherung Fachkräftebedarf

Zentrale Voraussetzung sowohl grundsätzlich für die Aufrechterhaltung als auch für die Verbesserung der medizinischen Versorgung ist die Sicherung des Fachkräftebedarfs. Dies gilt für die universitäre als auch die berufliche Ausbildung gleichermaßen.

Die Fachkräftesituation hat jedoch mittlerweile in allen Bereichen der medizinischen Versorgung eine dramatische Dimension erreicht und ist schon lange ein virulentes Thema. Die Fachkräftesituation verlangt nach zeitgleicher Anwendung verschiedener Mittel und Wege, allein um die angespannte Lage nicht noch weiter zu verschärfen.

Mit dem Landarztgesetz hat das Land Mecklenburg-Vorpommern einen ersten, richtigen Schritt getan. Es ist entscheidend, dass die Ärzte, die wir hier ausbilden, auch im Land bleiben und dort praktizieren, wo sie am dringendsten gebraucht werden, im ländlichen Raum. Mit dem Landarztgesetz werden Zulassungskriterien abseits des Numerus Clausus formuliert und hierfür ein bestimmter Anteil der Studienplätze vorgehalten. Wer in Mecklenburg-Vorpommern zukünftig einen Medizinstudienplatz abseits restriktiver Zulassungsvoraussetzungen bekommt, verpflichtet sich für eine spätere Tätigkeit als Arzt in ländlichen Regionen.

---

<sup>7</sup> Definition vgl. Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management. Quelle: <https://www.dgcc.de/case-management/>

Aufgrund der demografischen Entwicklung und dem sich daraus ergebenden hohen Fachkräftebedarf bereits in den kommenden zehn Jahren, ist das Landarztgesetz auszubauen und durch weitere Maßnahmen zu flankieren. Dazu gehört, dass mehr Humanmedizinstudienplätze geschaffen werden, wenn es im Zuge dessen gelingt, die Bindung von Medizinstudienabsolventen an das Land Mecklenburg-Vorpommern deutlich zu erhöhen. Dafür sind die erforderlichen personellen und materiellen Voraussetzungen zu schaffen.

Ebenso ist das Landarztgesetz auf weitere medizinische Mangelberufe auszuweiten, insbesondere die Zahnmedizin sowie die Pharmazie.

Zugleich darf die berufliche Bildung nicht vernachlässigt werden. Hier wurden erste wichtige Schritte unternommen, indem beispielsweise das Ausbildungsgeld in Pflegeberufen abgeschafft wurde. Sofern noch nicht geschehen, sind Ausbildungen im pflegerischen bzw. therapeutischen Bereich für die Auszubildenden kostenfrei zu stellen. Es bedarf jedoch weiterer Anreize, um die Attraktivität der Berufe zu steigern. Zu denken ist hier an eine verlässlichere Arbeitsplanung, Entlastung bei der Bürokratie, Digitalisierung, Möglichkeiten der Delegation sowie der Substitution, geringere Arbeitsbelastung durch einen höheren Personalschlüssel – sowie eine bessere Vergütung. Zugleich beschränkt sich der Bedarf an ausgebildeten Fachkräften nicht auf die Pflege. Ebenso gilt es den Nachwuchs für Dienstleister, Heilmittelerbringer und Heilberufe zu sichern.

Innerhalb der Pflege bietet die Verringerung der Anzahl der Personen, die derzeit in Teilzeit arbeiten, ein großes Arbeitskräftepotenzial, das zusätzlich nicht extra qualifiziert werden muss. Jedoch ergibt sich hier ein Interessenkonflikt, da Teilzeit zugleich ein geeignetes Instrument ist, die Attraktivität des Arbeitsplatzes zu steigern. Es ist ein Diskussionsprozess zu starten, wie die gegenläufigen Aspekte der Teilzeit in einen Ausgleich gebracht werden können.

Zu den Maßnahmen zur Fachkräftesicherung und -gewinnung gehören auch:

- „Die Kommunen sollten durch Maßnahmen wie Organisation oder Subventionierung von Praxisräumen oder Unterstützung bei der Arbeitsplatzsuche für Partner ein attraktives Umfeld zur Ansiedlung von zuzugswilligen Ärzten [und anderen Fachkräften der medizinischen Versorgung] schaffen.“<sup>8</sup>
- „Zur Familienfreundlichkeit trägt die Schaffung von wohnortnahen Angeboten der Kinderbetreuung, die Flexibilisierung der Arbeitszeit oder Wiedereinstiegsprogramme nach Erziehungs- oder Pflegepause bei.“<sup>9</sup>
- Eröffnung der Möglichkeiten der Weiterqualifizierung
- Neue Berufsbilder
- Karriereplanung
- Integration ausländischer Fachkräfte

**Die Enquetekommission empfiehlt**, dass mehr Humanmedizinstudienplätze geschaffen werden, wenn es im Zuge dessen gelingt, die Bindung von Medizinstudienabsolventen an das Land Mecklenburg-Vorpommern deutlich zu erhöhen. Dafür sind die erforderlichen personellen und materiellen Voraussetzungen zu schaffen.

**Die Enquetekommission empfiehlt**, das Landarztgesetz auf alle Facharztausbildungen sowie Zahnmedizin und Pharmazie auszuweiten.

---

<sup>8</sup> Landtag Mecklenburg-Vorpommern, Die Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“, 2016, S. 153

<sup>9</sup> Landtag Mecklenburg-Vorpommern, Die Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“, 2016, S. 153

**Die Enquetekommission empfiehlt**, die Ausbildung der Heilberufe sowie der Pflegeberufe zu stärken und die Kapazitäten zu erhöhen.

**Die Enquetekommission empfiehlt**, in allen Ausbildungsberufen der medizinischen Versorgung die Ausbildung kostenfrei zu stellen.

**Die Enquetekommission empfiehlt**, ein Bonus-Programm für Fachkräfte aufzulegen, die bis zum Erreichen der Altersrente ihre Tätigkeit ausüben, verbunden mit der Herstellung alters- sowie altersgerechter Arbeitsbedingungen.

**Die Enquetekommission empfiehlt**, ein Wiedereinstiegsprogramm für Berufsrückkehrer aufzulegen, sei es aus mittlerweile „fremden“ Tätigkeitsfeldern, sei es aus dem Altersruhestand.

#### 14. Modellvorhaben

In den vergangenen Jahren wurden mit Bundes- und Landesmitteln eine Reihe Modellvorhaben in der medizinischen Versorgung unterstützt. Nur einige fanden den Weg des Übergangs in die Regelversorgung. Dies auch, weil zwischen Förderung etwa durch Projekte des Gemeinsamen Bundesausschusses und möglicher Anschlussunterstützung eine Finanzierungslücke entstand. Diese sollte durch eine Zwischen- oder Brückenfinanzierung geschlossen werden.

Die „Brückenförderung“ ist weiterhin klug mit gesamtgesellschaftlichen Technologieanliegen zu verzahnen. Mecklenburg-Vorpommern ist beispielsweise die ideale Pilotregion für skalierbare E-Health-Versorgungsleistungen. Ein erster Schritt auf dem Weg zu einer E-Health-gestützten Versorgung kann die „Brückenförderung“ für Exzellenzprojekte in diesem Bereich der medizinischen Versorgung sein. Einige bereits in unserem Bundesland umgesetzte Versorgungsprojekte besitzen aussichtsreiches E-Health-Potenzial. Damit so wenig Zeit wie möglich für grundlegende organisatorische Prozesse und Verwaltungsabläufe benötigt wird, sollte die „Brückenförderung“ nicht nur als Notnagel, sondern als Impuls zur Weiterentwicklung bereits erprobter, innovativer Versorgungsansätze konzipiert sein.

**Die Enquete-Kommission empfiehlt** der Landesregierung die Auflage einer „Brückenförderung“, die innovativen Versorgungsmodellen die Chance auf Fortbestand ermöglicht. Hierbei sind etwaige Erfahrungen aus anderen Wirtschaftsbereichen, etwa der Technologieförderung zu nutzen.

#### 15. Prävention

Wie die Arbeit in der Enquete-Kommission deutlich belegt hat, ist Prävention eine zentrale Ressource zur Gesunderhaltung der Bevölkerung. Dennoch sind präventive Ansätze im Bereich der medizinischen Versorgung noch weitgehend ungenutzt.

Aktuelle Forschungsergebnisse zeigen, dass im Bereich des Diabetes mellitus mindestens 50 Prozent der Erkrankungsfälle durch einfache Präventionsmaßnahmen vermieden werden können, bei der Demenz sind dies etwa 40 Prozent, bei Krebs und bei Herz-Kreislaufkrankungen sind es jeweils mehr als 30 Prozent aller Fälle in der Bevölkerung. Dabei sind die präventiven Maßnahmen bei allen diesen Erkrankungsgruppen sehr ähnlich – zu den wichtigsten gehört ausreichend körperliche Bewegung, Verzicht auf das Rauchen, die Vermeidung von starkem Übergewicht und allenfalls mäßiger Alkoholkonsum.

Gleichzeitig ist es auf der strukturellen Ebene wichtig, dass Ärzte und Kliniken, die sich intensiv im Bereich mit Präventionsmaßnahmen engagieren, einen wirtschaftlichen Vorteil von der Gesunderhaltung ihrer Patienten haben. Das Gegenteil ist im Moment der Fall. Regionale Modelle, insbesondere mit auf Patienten bezogenen Globalbudgets oder Regionale Versorgungsmodelle mit alternativen Finanzierungsformen würden dieses wichtige Anliegen unterstützen.

**Die Enquete-Kommission empfiehlt**, dass Ärzte ihren dafür geeigneten Patienten gezielt präventive Maßnahmen verschreiben können sollten. Dafür müssen die Krankenkassen evidenzbasierte Präventionsmaßnahmen (Maßnahmen der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention) mit nachgewiesener Wirksamkeit finanzieren. Die Prävention wird so ein integraler Bestandteil der ärztlichen Behandlung.

Die Prävalenzen der Erkrankungen an Adipositas und Diabetes liegen in Mecklenburg-Vorpommern deutlich über dem bundesweiten Schnitt, mit steigender Tendenz in den nächsten Jahren, und zeigen somit einen deutlichen Handlungsbedarf auf. Neben der Primärprävention ist die Tertiärprävention in diesem Bereich von besonderer Bedeutung. Diese wird in Deutschland vorrangig von Diabetologen sowie Diätassistenten geleistet. Hieran fehlt es in Mecklenburg-Vorpommern.

**Die Enquete-Kommission empfiehlt**, eine Stärkung von medizinischem Personal sowohl im Bereich der Primär- als auch der Tertiärprävention von Adipositas und Diabetes in Mecklenburg-Vorpommern. Geeignete Mittel hierfür wären die Erweiterung der Kompetenzen von Diätassistenten auf selbstständige Durchführung von therapeutischen und ernährungsmedizinischen Maßnahmen und eine Umbenennung des Berufes in „Ernährungsassistent“. Gleichzeitig braucht es eine stärkere Integration dieses Berufes in den stationären und ambulanten Sektor sowie die Schaffung geeigneter, kostendeckender Erlösziffern für eine ausreichende Finanzierung dieser Tätigkeiten.

Eine nachhaltig wirksame Primärprävention setzt im Kindes- und Jugendalter an. Trotz vorhandener Projekte und Programme im Kita- und Schulbereich ist der Bereich weiterhin ausbaufähig, um auch langfristig positive Auswirkungen auf gesundheitsförderliches Verhalten in der Bevölkerung Mecklenburg-Vorpommerns zu haben. Primärprävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Für die Sekundärprävention ist vor allem der Öffentliche Gesundheitsdienst prädestiniert und muss entsprechend zur Leistung dieser Aufgabe ausgestaltet und finanziert werden.

**Die Enquete-Kommission empfiehlt**, dass die Prävention in Kindertagesstätten und Schulen gestärkt wird und dabei dem öffentlichen Gesundheitsdienst eine wichtige Rolle zukommt. Unter anderem sollen Gesundheitsthemen verstärkt in den Lehrplan der Schulen aufgenommen werden, denkbar im Rahmen eines eigenen Schulfaches bzw. alternativ hierzu Schulprojekte zu den Themenbereichen „Gesunde Ernährung“, „Bewegung“ oder „Mentale Gesundheit“. Außerdem sollten vermehrt Präventionsgespräche und Bildungsangebote wie Ersthelferausbildung („Erste-Hilfe-Kurse“ und „Prüfen-Rufen-Drücken“) durch die Gesundheitsämter angeboten werden. Hierfür ist der Öffentliche Gesundheitsdienst dementsprechend personell, finanziell und fachlich auszustatten. Außerdem ist zu prüfen, inwiefern weitere Interventionsmaßnahmen im Schulbereich förderlich für die Kinder- und Jugendgesundheit sind. Die Jugend- und Schulsozialarbeit ist zu Fragen der Gesundheitsprävention im Rahmen der Aus- und Weiterbildung zu sensibilisieren.<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> Auch mit Blick auf diesen weiteren Wirkungsbereich sind Jugend- und Schulsozialarbeit zu stärken, insbesondere durch zusätzliche und generell unbefristete Stellen.

**Die Enquetekommission empfiehlt**, die Gesundheitsförderung bereits in den Kitas stärker zu berücksichtigen. Kitas mit eigener Küche sollen besonders unterstützt werden. Die Zertifizierung „gesundheitsfördernde Kita“ sollte stärker publik gemacht werden. Hierbei muss mit relevanten Akteuren, wie Kassenärztlicher Vereinigung, Hebammenverband, Krankenkassen etc. zusammengearbeitet werden.

**Die Enquetekommission empfiehlt**, die Vorbeugung von Adipositas zu stärken und auszubauen. Vielfach wird zu spät in die Früherkennung dieser Krankheit eingegriffen. Lehrer müssen in ihren Einflussmöglichkeiten gestärkt und im Umgang mit Adipositas sensibilisiert werden. Gesundheitsmanagement sollte Gegenstand des universitären Curriculums werden, insbesondere bei Lehramtsstudenten.

**Die Enquetekommission empfiehlt**, Bewegungsangebote in der Schule (Nachmittagsangebote an Ganztagschulen) auszubauen. Dabei müssen Kooperationsmodelle mit Sportvereinen gefördert werden.

**Die Enquetekommission empfiehlt**, darauf hinzuwirken, Adipositas als chronische Krankheit anzuerkennen. Adipositas nicht als chronische Krankheit anzuerkennen, wird den komplexen Faktoren, die zu Adipositas führen können, nicht gerecht. Eine Anerkennung als chronische Erkrankung erleichtert spätere Abrechnungen mit den Krankenkassen.

## 16. Geriatrische Versorgung

Zum Thema der geriatrischen Versorgung stellt die Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“ folgendes fest: „Eine rechtliche Definition des geriatrischen Patienten gibt es nicht. Steigendes Alter bedeutet nicht immer zunehmende Krankheit, es steigt lediglich die Wahrscheinlichkeit von chronisch-degenerativen Erkrankungen. Als typisch geriatrische Patienten gelten sehr alte Menschen (80 plus). Bei diesen Menschen kann man von einem deutlich höheren Krankheitsrisiko sprechen. Das typische Krankheitsbild ist das gleichzeitige Auftreten mehrerer Krankheitsbilder (Ko- oder Multimorbidität). Statistisch leiden in Deutschland zwei Drittel der über 65-Jährigen mindestens unter zwei chronischen Erkrankungen. Dieser Anteil steigt mit zunehmendem Alter. Erschwerend kommt bei diesen Patienten die Einschränkung kognitiver Fähigkeiten, Sturzgefahr, Immobilität, Hilfebedürftigkeit und nicht selten auch soziale Vereinsamung hinzu. Folglich sind nicht allein medizinische Bedarfe zu betrachten, sondern auch andere Problemfelder miteinzubeziehen. Grundlage für Behandlung ist daher eine komplexe Struktur (multiprofessionell: Medizin, Pflege, Beratung, Physiotherapie, Apotheken = integrierte Versorgung).“<sup>11</sup>

Das Geriatriekonzept des Landes Mecklenburg-Vorpommern bildet eine gute Grundlage für eine wohnortnahe stationäre geriatrische Versorgung. Die Landeskrankenhausplanung hat mit der Bildung geriatrischer Einheiten an Krankenhäusern auf den wachsenden stationären Bedarf reagiert. Die geriatrischen Rehabilitationskliniken sind gut aufgestellt. Die ambulante rehabilitative und kurative geriatrische Versorgung ist noch nicht hinreichend entwickelt.

Wie das Gutachten der Institut for Health Care Business GmbH (hcb) zeigt, wird der Bedarf an geriatrischer Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern deutlich steigen. Die geriatrischen

---

<sup>11</sup>Landtag Mecklenburg-Vorpommern, Die Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“, 2016, S. 120-121

Versorgungsstrukturen in Mecklenburg-Vorpommern sind dafür noch nicht in hinreichendem Umfang ausgebildet, was ein zielführendes Handeln erforderlich macht.

**Die Enquete-Kommission empfiehlt** eine integrativ und barrierefrei ausgestaltete geriatrische Versorgung zu realisieren, an der alle relevanten Akteure wie z. B. Akut- und Reha-Kliniken, Haus- und Fachärzte, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Apotheken, Sanitätshäuser sowie stationäre und ambulante Pflegeangebote beteiligt werden und dem Thema Prävention ein großer Stellenwert eingeräumt wird. Um der bestehenden Versorgungslage gerecht zu werden, bedarf es eines flächendeckenden wohnortnahen Angebotes einer ambulanten geriatrischen Komplexbehandlung. Eine Beschränkung der geriatrischen Versorgung auf medizinische und pflegerische Aspekte ist unzureichend. Diese muss zugleich eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben befördern. Um diese Ziele zu erreichen ist die Zusatz-Weiterbildung Geriatrie, insbesondere für die Hausärzte in Mecklenburg-Vorpommern, weiter zu fördern, sowie der Einsatz von Case-Managern zu gewährleisten.

## **17. Mobilitätsversorgung**

Das Spannungsfeld in der Gesundheitsversorgung unseres Bundeslandes zwischen Versorgungsqualität auf der einen und Angebotserreichbarkeit auf der anderen Seite wird sich in den nächsten Jahren weiter erhöhen. Eine zunehmende Konzentration sowohl von stationären als auch von ambulanten Angeboten ist zu erwarten. Deswegen ist es erforderlich, flächendeckend sicherzustellen, dass die Erreichbarkeit der bestehenden Angebote durch eine integriert geplante, öffentliche Mobilitätsversorgung gewährleistet ist. Davon ist Mecklenburg-Vorpommern weit entfernt. Lediglich im Landkreis Ludwigslust-Parchim gibt es ein fahrplangebundenes, eng getaktetes Rufbusangebot, das die gesamte Fläche mit einem ausreichenden Mobilitätsangebot in dieser Gebietskörperschaft bedient.

**Die Enquete-Kommission empfiehlt** der Landesregierung für eine Entwicklung Sorge zu tragen, die zu einer landesweiten bedarfsgerechten Mobilitätsinfrastruktur führt. Dabei sind unterschiedliche regionale Lösungen denkbar, wobei ein Rufbusystem wie im Landkreis Ludwigslust-Parchim ein erfolgversprechender Ansatz zu sein scheint. Aber auch die Bereitstellung von Sammeltaxen kann eine Lösungsvariante darstellen. In diesem Kontext wird es erforderlich sein, die bestehende landesweite Netzstruktur anzupassen und eine Angebotsfinanzierung sicherzustellen. Außerdem bedarf es mobiler Betreuungsangebote und aufsuchender Dienste als Bestandteil einer patientenorientierten Versorgung für Menschen, die darauf angewiesen sind.

## **18. Krankentransport/Rettungsdienst**

Das Rettungswesen und die Notfallversorgung stehen in einem Flächenland wie Mecklenburg-Vorpommern in mehrerlei Hinsicht vor richtungsweisenden Veränderungen, um im Anbetracht der ökonomischen und versorgungstechnischen Herausforderungen handlungsfähig bleiben zu können.

In den vergangenen Jahrzehnten hat sich die Zahl und räumliche Verteilung der Krankenhausstandorte in Mecklenburg-Vorpommern weitestgehend konsolidiert, sodass eine weitere Reduzierung insbesondere unter dem Aspekt der Erreichbarkeit nicht empfohlen werden kann.



Durch die Stärkung der MVZ und IGZ wird die Bedeutung der ambulanten Versorgung anerkannt und ausgebaut. Zu beachten ist jedoch auch die ambulante Versorgung von Notfallpatienten. Hierzu werden aktuell unterschiedliche Strukturen – ärztlicher Bereitschaftsdienst, Rettungsdienst sowie Notaufnahmen der Krankenhäuser – vorgehalten. Diese Versorgungsangebote werden durch die Patienten jedoch unterschiedlich wahr- und in Anspruch genommen. Die Gründe sind beispielsweise Unwissenheit bezüglich der Zuständigkeiten, ein verändertes Patientenverhalten und die Erwartung einer besseren und schnelleren Versorgung. Um dem entgegenzuwirken und die Ressourcen sinnvoll und zielgerichtet zu nutzen, ist eine bessere Koordinierung notwendig.

Deshalb ist eine Kooperation zwischen den Rettungsleitstellen und der Rufnummer 116 117 für den ärztlichen Bereitschaftsdienst zu prüfen und mittels Modellprojekt zu erproben. Die Rettungsleitstellen verbleiben dabei in der Verantwortung der Landkreise. Dies soll zu einer verbesserten Inanspruchnahme der Notfallversorgung aus einer Hand führen. Diesem Ziel folgt auch die Reform der Notfallversorgung im Bund, als dessen zentrale Aufgabe formuliert wird, die regional sehr unterschiedlich entwickelten Notdienststrukturen in ein verbindliches System der integrierten Notfallversorgung zu überführen. Dies ist ausdrücklich zu unterstützen.

Vor diesem Hintergrund ist es notwendig, den Rettungsdienst entsprechend zu verbessern, digital anzubinden und zu professionalisieren. Damit kann erreicht werden, dass notwendige Behandlungsschritte schon beim Eintreffen des Rettungswagens eingeleitet werden und die Krankenhäuser frühestmöglich auf die Notfallversorgung vorbereitet sind.

Modellprojekte, wie „LandRettung“ und „MV LIFE DRONE“ der Universität und Universitätsmedizin Greifswald, stellen vielversprechende Rettungsassistenzen für eine schnelle und flächendeckende Versorgung dar.

Die eingeschränkte Kommunikation und Zusammenarbeit mit angrenzenden Bundesländern und zur Republik Polen verhindern derzeit eine Optimierung der Zeiten bis zur ersten Behandlungsintervention am Patienten und müssen analog zu anderen Grenzregionen verbessert werden.

**Die Enquetekommission empfiehlt** die Einrichtung eines zentralen "Notfallmedizinischen Kompetenzzentrums" an einem Krankenhaus der Maximalversorgung im Land Mecklenburg-Vorpommern.

Darüber hinaus soll die Professionalisierung im Rettungswesen durch den Ausbau professioneller Strukturen in der Notfallmedizin und im Rettungsdienst durch simulatorbasierte Fortbildungsformate als auch der Ausbildung von Notfallsanitätern an ein an die Maximalversorgung gekoppeltes Krankenhaus verbessert werden.

**Die Enquete-Kommission empfiehlt**, den Rettungsdienst in Mecklenburg-Vorpommern durch Nutzung von neuen Versorgungsmodellen und eine stärkere Integration in die Versorgungslandschaft zukunftsfähig zu gestalten. Für eine effizientere Nutzung der knappen Ressourcen muss eine landkreisübergreifende Abstimmung und Koordinierung im Rahmen der sektorenübergreifenden Versorgung etabliert werden. Die Kooperation in grenznahen Gebieten muss verbessert werden, damit die kürzesten Rettungswege möglich werden.

**Die Enquetekommission empfiehlt**, Rettungsdienste und insbesondere die Notärzte in das telemedizinische Netzwerk einzubinden.

## 19. Geburtshilfe

Schwangere und werdende Eltern haben das Bedürfnis nach Sicherheit und bestmöglicher, erreichbarer Versorgung, wenn es um die Geburt ihres Kindes geht. Eine ganz zentrale Rolle spielen neben der Gynäkologie hierbei die Hebammen. Denn neben der Geburt ist auch ein flächendeckendes Angebot an Vor- und Nachsorge unerlässlich für Mütter und Kinder in der letzten Schwangerschafts- und ersten Lebensphase.

Wie schwer es ist, diesen Ansprüchen nach Qualität und Erreichbarkeit in der Geburtshilfe organisatorisch und personell zu entsprechen, sehen wir an vielen Stellen im Land. Gute Arbeitsbedingungen inkl. einer auskömmlichen Bezahlung, gezielte Personalgewinnung durch die Träger und auch neue Kooperationsmodelle sind zentral. Gerade auch angesichts schwierigster Bedingungen vor Ort muss in jedem Einzelfall im Verbund geprüft und erwogen werden, wie ein gutes, kooperatives Miteinander in der Geburtshilfe zwischen angestellten und freiberuflichen Hebammen, Gynäkologen, Pädiatrie, Krankenkassen und weiteren Akteuren gelingt und im Interesse der Schwangeren und der Kinder Strukturen erhalten und auch langfristig gesichert werden.

Qualität und Erreichbarkeit sind in einem Spannungsfeld, das wir mit politischem Willen und auch neuen Ideen der Kooperation bestmöglich ausgleichen müssen. Das Wunsch- und Wahlrecht werdender Eltern ist zu berücksichtigen.

Es wird erwartet, dass die demografischen Entwicklungen sowie die starke Ambulantisierung der gynäkologischen Leistungen in den kommenden Jahren zu deutlich sinkenden Zahlen der Geburten führen werden. Diese Entwicklungen werden die bereits jetzt schwierige wirtschaftliche Lage der geburtshilflichen Kliniken noch weiter verschärfen.

Die gegenwärtige Struktur der Geburtshilfe ist durch viele kleine Einrichtungen und hohen Vorhalteaufwand geprägt. Über 98 Prozent der Kinder werden in diesen stationären Einrichtungen geboren. Die Konzentration der peri- und neonatologischen Versorgung erfolgt in vier Perinatalzentren der höchsten Versorgungstufe I (Rostock, Greifswald, Schwerin, Neubrandenburg).

Der wachsende Mangel an Ärzten sowie Hebammen wird darüber hinaus zu weiteren Problemen bei der Versorgung der Schwangeren führen.

Die Forderung nach wohnortnaher, geburtshilflicher Versorgung steht berechtigterweise im Mittelpunkt des öffentlichen Interesses. Es bedarf eines Gesamtkonzeptes mit Hochleistungszentren und Kliniken, die eine adäquate Versorgung, auch bei nicht vorhersehbaren Komplikationen, gewährleisten können und bei erwarteten Risiken eine interdisziplinäre Versorgung auf höchstem Niveau sichern (Regionalisierung). Die Aspekte der Qualität und der Patientensicherheit sowie Achtung der Persönlichkeit und des Willens der werdenden Eltern müssen im Vordergrund stehen.

**Die Enquete-Kommission empfiehlt** der Landesregierung Konzepte zur bedarfsgerechten, qualitativ hochwertigen geburtshilflichen und pädiatrischen Versorgung zu erarbeiten, um den demografischen und arbeitsmarktrelevanten Herausforderungen der kommenden Jahre Rechnung zu tragen. Dies sollte kooperative, sektorenübergreifende Konzepte, erweiterte Studienangebote für Hebammen, Geburtshausangebote an Gesundheitszentren und entsprechende Transportmöglichkeiten beinhalten.

Ein zu berufendes Expertengremium legt binnen 24 Monaten ein entsprechendes Konzept vor, das natürlich auch die Situation an den Standorten in Crivitz oder Bergen einbezieht. Alle an der

geburtshilflichen Versorgung Beteiligten sind aufgerufen, diesen Prozess mit innovativen Ideen zu unterstützen und währenddessen keine strukturverändernden Maßnahmen vorwegzunehmen, die eine bedarfsgerechte geburtshilfliche und pädiatrische Versorgung zukünftig verunmöglichen.

## 20. Seltene Erkrankungen im Kindesalter

Eine Erkrankung gilt als selten, wenn weniger als fünf von 10.000 Menschen an dieser Erkrankung leiden. Seltene Erkrankungen sind wiederum in ihrer Gesamtheit häufig. Aktuell zählen über 8.000 verschiedene Erkrankungen weltweit dazu. Etwa vier Millionen Menschen in Deutschland leiden unter einer seltenen Erkrankung.

Seltene Erkrankungen sind heterogen und stellen zumeist komplexe Krankheitsbilder dar, die überwiegend chronisch verlaufen, und mit eingeschränkter Lebensqualität und oft auch reduzierter Lebenserwartung einhergehen. Etwa 80 Prozent dieser Krankheiten sind genetisch bedingt und haben eine systemische Ausprägung, es sind also mehrere Organe gleichzeitig betroffen.

Vielfach treten erste Symptome bereits im Kindes- und Jugendalter auf, sodass Kinderärzte vorrangig in der Diagnostik und der Koordinierung der verschiedenen Therapien involviert sind.

Aufgrund der geringen Anzahl von Patienten ist aus medizinischen und ökonomischen Gründen die Versorgung und die Forschung, vor allem im ländlichen Raum erschwert. Betroffene sind daher mit besonderen Herausforderungen bei Diagnosestellung und der Therapie ihrer Erkrankung konfrontiert. Auch sind die Wege zu guten Behandlungs- und Versorgungsmöglichkeiten häufig nicht klar ersichtlich. Dies führt daher dazu, dass die Betroffenen sich oft mit ihrer Erkrankung alleine gelassen fühlen.

Die Diagnose und Behandlung seltener Erkrankungen ist als besondere Spezialisierung der medizinischen Versorgung deutlich zu stärken und auszubauen. Mecklenburg-Vorpommern verfügt bisher weder über einen Schwerpunktstandort noch über Strukturen für eine möglichst wohnortnahe Grundversorgung in der Fläche. Aufbauend auf den vorhandenen Kapazitäten und der wissenschaftlichen Expertise soll mit Unterstützung des Landes an der Universitätsmedizin Greifswald als Modellprojekt auf der Basis einer dem SPZ ähnlichen Einrichtung ein Zentrum für seltene pädiatrische Erkrankungen etabliert werden, das landesweit ausstrahlt und eng mit der Universitätsmedizin Rostock kooperiert. Ziel soll es sein, Konzepte zu entwickeln, die ein möglichst wohnortnahes Screening sowie eine spezialisierte pädiatrische Versorgung in der Fläche ermöglichen. Die Diagnose und Behandlung seltener Erkrankungen ist des Weiteren als Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge zu definieren.

Das zu etablierende Zentrum für seltene Erkrankungen ist in das pädiatrische Telemedizin Netzwerk sowie an die Zentren für Kinder- und Jugendmedizin in Mecklenburg-Vorpommern einzubinden.

**Die Enquetekommission empfiehlt**, auf der Basis einer dem SPZ ähnlichen Einrichtung ein Zentrum für seltene pädiatrische Erkrankungen an der Universitätsmedizin Greifswald zu etablieren, das landesweit ausstrahlt und mit den Einrichtungen der Universitätsmedizin Rostock kooperiert. Hierzu sind die notwendigen Personal- und Sachmittel bereitzustellen.

**Die Enquetekommission empfiehlt**, die vorhandene und zu zentralisierende Expertise zu seltenen Erkrankungen in das pädiatrische Telemedizin Netzwerk sowie an die Zentren für Kinder- und Jugendmedizin in Mecklenburg-Vorpommern einzubinden, um eine wohnortnahe Versorgung zu ermöglichen.

## **21. Bildung einer Regierungskommission**

Betrachtet man die Handlungsempfehlungen der Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“ aus der 6. Legislaturperiode zu den Themenkomplexen medizinische und pflegerische Versorgung, so gibt es wesentliche Schnittmengen zu den Ergebnissen der aktuellen Enquete-Kommission „Zukunft der medizinischen Versorgung“. Beispielhaft sollen hier Empfehlungen zu einer sektorenübergreifenden regionalen Versorgungsplanung sowie die Etablierung regionaler Versorgungsbudgets sein. Ursache dafür ist eine bis heute unterbliebene Umsetzung der gegebenen Empfehlungen.

Damit den Ergebnissen der aktuellen Kommission nicht das gleiche Schicksal widerfährt, ist es angezeigt, einen Vorschlag zu unterbreiten, in welcher Struktur eine Realisierung der gemachten Handlungsempfehlungen realistisch erscheint.

Ein solcher Umsetzungsvorschlag wird auch dadurch gerechtfertigt, dass es angesichts der kurzen Laufzeit der aktuellen Kommission und des daraus resultierenden knappen Zeitbudgets nicht möglich ist, im Rahmen der zu erstellenden Handlungsempfehlungen alle Hinweise, die die Kommission durch durchgeführte Anhörungen und das hcb-Gutachtens erhalten hat, in der gebotenen Vollständigkeit aufzunehmen.

**Die Enquete-Kommission empfiehlt** der Landesregierung zur Umsetzung der durch die Kommission erarbeiteten Ergebnisse in der 8. Legislaturperiode eine Regierungskommission zu bilden, die mit dieser Aufgabe betraut wird. Dieser Kommission sollten neben den tangierten Bereichen der Landesregierung auch Vertreter der kommunalen Gebietskörperschaften, der Wissenschaft, der Leistungserbringer, der Kostenträger sowie der organisierten Patientenvertreter angehören.