

**Kommissionsdrucksache**

(21.05.2021)

Inhalt:

Entwurf des Vorsitzenden Jörg Heydorn

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

Berichtsentwurf ohne Vorwort, Handlungsempfehlungen und Sondervoten

Inhaltsverzeichnis	Seite
Vorwort	2
A Auftrag, Zusammensetzung und Arbeitsweise der Enquete-Kommission	4
B Die Lebenssituation in Mecklenburg-Vorpommern	11
B.1 Bevölkerungsstruktur und -verteilung	11
B.2 Soziodemografische Eckdaten	14
B.3 Entwicklungstrends	15
C Medizinische Versorgung	17
C.1 Aufbau, Akteure und Grundprinzipien des deutschen Gesundheitssystems	17
C.1.1 Aufbau und Akteure	17
C.1.2 Grundprinzipien	20
C.1.3 Ausblick	21
C.2 Qualität von Angeboten der Gesundheitsversorgung	23
C.2.1 Qualitätsbegriff	23
C.2.2 Patientenbeteiligung	28
C.2.3 Versorgungsplanung	31
C.2.3.1 Stationäre Versorgung	31
C.2.3.2 Ambulante Versorgung	39
C.2.3.3 Sektorenübergreifende Versorgung	50
C.2.4 Fachkräfte in Gesundheitsberufen	54
C.2.4.1 Fachkräftesituation im stationären Bereich	56
C.2.4.2 Fachkräftesituation im ambulanten Bereich	58
C.2.4.3 Fachkräftesituation im zahnärztlichen Bereich	60
C.2.4.4 Fachkräftesituation bei weiteren Gesundheitsberufen	60
C.2.4.5 Neuartige Gesundheitsberufe	64
C.3 Erreichbarkeit von Angeboten der Gesundheitsversorgung	69
C.3.1 Notfallversorgung	69
C.3.2 ÖPNV und alternative Transportlösungen	77
C.3.3 Digitalisierung und Telemedizin	89
C.4 Finanzierung von Angeboten der Gesundheitsversorgung	106
C.4.1 Ambulanter Sektor	106
C.4.2 Stationärer Sektor	107
C.4.3 Rettungsdienst	112
C.5 Modellprojekte	114
C.6 Übersicht über die Empfehlungen aus dem Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“	116
D Handlungsempfehlungen der Enquete-Kommission	119
E Sondervoten	120
F Literatur- und Quellenverzeichnis	121
G Abkürzungsverzeichnis	126
H Liste der in Auftrag gegebenen Grundlagenexpertisen	130
I Anhang	130
I.1 Liste der Kommissionsdrucksachen	130
I.2 Beratungsverlauf	130

## **Vorwort**

ENTWURF

ENTWURF

*Um das Lesen angenehm zu gestalten, verzichtet dieser Bericht meist auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Formen bei personenbezogenen Nomen und Pronomen.*

*Stattdessen wird das generische Maskulinum verwendet, das alle Geschlechter gleichermaßen umfasst. Bei manchen bestimmten Sätzen wird gleichwohl auch mal die weibliche oder die männliche Form eines Nomens oder Pronomens verwendet.*

## **A Auftrag, Zusammensetzung und Arbeitsweise der Enquete-Kommission**

### Auftrag und Zusammensetzung

Auf Antrag der Fraktionen von SPD, CDU und DIE LINKE hat der Landtag in seiner 89. Sitzung am 14. Mai 2020 die Enquete-Kommission „Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern“ eingesetzt.

Mit dem Einsetzungsbeschluss wurde der Enquete-Kommission folgender Arbeitsauftrag gegeben:

1. Der Landtag von Mecklenburg-Vorpommern betrachtet eine bedarfsgerechte, gute und erreichbare Gesundheitsversorgung als elementaren Bestandteil der öffentlichen Daseinsvorsorge. Gerade im Umgang mit der weltweiten Corona-Pandemie zeigt sich aktuell die große Bedeutung und die Leistungsfähigkeit der medizinischen Versorgung, die es systematisch zu bewahren und zu stärken gilt.  
Dieses medizinische Versorgungssystem steht vor erheblichen Herausforderungen, die auf den demographischen Wandel mit Fachkräftemangel, die besondere Situation eines dünnbesiedelten Flächenlandes, einen veränderten Versorgungsbedarf, den technologischen und wissenschaftlichen Fortschritt sowie bundesrechtliche Rahmenbedingungen zurückzuführen sind. Gleichzeitig bietet der planvolle gemeinsame Einsatz aller Ressourcen aber weiterhin viele Chancen, den flächendeckenden Zugang zu medizinischer Versorgung besonders innovativ und beispielgebend zu sichern.  
Bei der Bewältigung dieser Herausforderungen gilt es, die teils gegenläufigen, letztlich nur durch einen ausgleichenden Gesamtansatz zu befriedigenden Interessen der Patientinnen und Patienten, der Beschäftigten sowie der Leistungserbringer und Kostenträger angemessen in den Blick zu nehmen. Auf eine geeignete Art und Weise sind an dieser Betrachtung die gesellschaftlich relevanten Akteure, Gruppen und Organisationen aus dem Bereich der medizinischen Versorgung zu beteiligen. Ziel muss es sein, erforderliche Rahmenbedingungen und Maßnahmen eines integrierten, sektorenübergreifenden und multiprofessionellen medizinischen Versorgungsplans für Mecklenburg-Vorpommern zu skizzieren.
2. Der Landtag setzt zu diesem Zweck eine Enquete-Kommission „Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern“ ein. Ihre Aufgabe ist es, anknüpfend auch an bestehende Erkenntnisse und bisherige Ausarbeitungen, beispielsweise der Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“, Rahmenbedingungen zu skizzieren und Maßnahmen zu empfehlen, die geeignet sind, die in Ziffer 1 beschriebene Zielstellung zu erfüllen. Sollte sich während der Arbeit der Kommission herausstellen, dass zu bestimmten Themen Erkenntnisdefizite bestehen, so sind diese zu beheben.
3. Der Bericht an den Landtag soll bis zum Ende des zweiten Quartals 2021 erfolgen, hilfsweise ist ein Zwischenbericht vorzulegen. Hierzu sollen Gutachten sowie Anhörungen von Sachverständigen und anderen Sachkundigen durchgeführt werden.<sup>1</sup>

Die Enquete-Kommission besteht gemäß Einsetzungsbeschluss aus 21 Personen, die von den Fraktionen des Landtages entsprechend ihres Stärkeverhältnisses benannt wurden. Neben den

---

<sup>1</sup> Landtagsdrucksache 7/4928.

Mitgliedern des Landtages gehören ihr gemäß Enquete-Kommissions-Gesetz vom 9. Juli 2002 (EKG M-V, GVOBl. M-V S. 440) auch externe Sachkundige an.

Die Kommission setzte sich aus folgenden elf parlamentarischen und zehn nicht parlamentarischen Mitgliedern zusammen:

benennende Fraktion	ordentliche Mitglieder	stellvertretende Mitglieder
<b>SPD</b>	<b>parlamentarische Mitglieder:</b> Barlen, Julian (MdL) Gundlack, Tilo (MdL) Heydorn, Jörg (MdL) Kaselitz, Dagmar (MdL)	da Cunha, Philipp (MdL) Julitz, Nadine (MdL) (ab 11/2020) Würdisch, Thomas (MdL)
	<b>nichtparlamentarische Mitglieder:</b> Borchmann, Uwe <sup>2</sup> Prof. Dr. med. Crusius, Andreas <sup>3</sup> Schießer, Anja <sup>4</sup> Prof. Dr. med. Zygmunt, Marek <sup>5</sup>	Austenat-Wied, Manon <sup>6</sup> Petau, Monika <sup>7</sup> Dr. med. Schimanke, Wilfried <sup>8</sup> Schulz, Marlies <sup>9</sup>
<b>CDU</b>	<b>parlamentarische Mitglieder:</b> Ehlers, Sebastian (MdL) Friemann-Jennert, Maika (MdL) (bis 04/2021) Eifler, Dietmar (MdL) (ab 04/2021) Peters, Daniel (MdL)	Berg, Christiane (MdL) Eifler, Dietmar (MdL) (bis 04/2021) Lenz, Burkhard (MdL) Grote, Thomas (MdL) (ab 04/2021)
	<b>nichtparlamentarische Mitglieder:</b> Kutzbach, Henning <sup>10</sup> Rambow, Axel <sup>11</sup> Sack, Michael <sup>12</sup>	Meyer, Stephan <sup>13</sup> Moskwyn, Marita <sup>14</sup> Dipl.-Med. von Schütz, Angelika <sup>15</sup>
<b>AfD</b>	<b>parlamentarische Mitglieder:</b> Dr. Jess, Gunter (MdL) Schneider, Jens-Holger (MdL) (bis 07/2020) Prof. Dr. Weber, Ralph (MdL)	Schneider, Jens-Holger (MdL) (ab 08/2020)

<sup>2</sup> Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft M-V e. V.

<sup>3</sup> Präsident der Ärztekammer M-V.

<sup>4</sup> Geschäftsstelle der SELBSTHILFE M-V e. V.

<sup>5</sup> Universitätsmedizin Greifswald, Direktor der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Lehrstuhlinhaber.

<sup>6</sup> Leiterin der Landesvertretung M-V der Techniker Krankenkasse.

<sup>7</sup> Leiterin Ref. III – Planung der Krankenhausgesellschaft M-V e. V.

<sup>8</sup> Vizepräsident der Ärztekammer M-V.

<sup>9</sup> stellvertretende Vorsitzende SELBSTHILFE M-V e. V.

<sup>10</sup> Geschäftsführer der Barmer Landesvertretung M-V.

<sup>11</sup> Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung M-V.

<sup>12</sup> Landrat im Landkreis Vorpommern-Greifswald.

<sup>13</sup> 1. Stellvertretender des Landrates und Beigeordneter im Landkreis Rostock.

<sup>14</sup> Bereichsleitung Stationäre Versorgung in der AOK Nordost.

<sup>15</sup> stellvertretende Vorsitzende des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung M-V.

	<b>nichtparlamentarische Mitglieder:</b> Dr. med. dent. Kuhr, Alexander <sup>16</sup> (ab 08/2020) Dr. Oling, Andreas <sup>17</sup>	
<b>DIE LINKE</b>	<b>parlamentarische Mitglieder:</b> Koplin, Torsten (MdL) Kröger, Eva-Maria (MdL) (bis 12/2020) Dr. Weiß, Wolfgang (MdL) (ab 01/2021)	
	<b>nichtparlamentarische Mitglieder:</b> Prof. Dr. Fleßa, Steffen <sup>18</sup>	Hansen, Sabine <sup>19</sup>

Der Landtag Mecklenburg-Vorpommern hat in seiner 92. Sitzung am 11. Juni 2020 entsprechend § 5 Absatz 1 des Enquete-Kommissions-Gesetzes (EKG) auf Wahlvorschlag der Fraktionen der SPD und CDU den Abgeordneten Jörg Heydorn (SPD) zum Vorsitzenden und den Abgeordneten Torsten Koplin (DIE LINKE) auf Wahlvorschlag der Fraktion DIE LINKE zu dessen Stellvertreter gewählt.<sup>20</sup>

#### Sekretariat und Fraktionsmitarbeiter

Die Verwaltung des Landtages Mecklenburg-Vorpommern hat für die Enquete-Kommission ein Sekretariat mit folgender Besetzung zur Verfügung gestellt:

<b>Leitung des Sekretariates</b>	
Adam, Anne-Kristin	
<b>Wissenschaftliche Referentinnen und Referenten</b>	
Wilke, Frederick	ab 11/2020
Gradnitzer, Antonia	ab 12/2020
Schmiel, Juliane	ab 01/2021
Wanagat, Benjamin	ab 01/2021
<b>Sachbearbeiter</b>	
Zimmermann, Leo	ab 08/2020
<b>Bürosachbearbeiterin</b>	
Preuschoft, Wiepke	ab 01/2021

<sup>16</sup> Zahnarzt in Schwerin.

<sup>17</sup> Chirurgische Praxisklinik, Schwerin Mitte.

<sup>18</sup> Lehrstuhlinhaber für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre und Gesundheitsmanagement an der Universität Greifswald.

<sup>19</sup> Leiterin der DAK Landesvertretung M-V.

<sup>20</sup> Protokoll der 92. Landtagssitzung in der 7. Wahlperiode am 11. Juni 2020.

Das Sekretariat begleitete die Arbeit des Vorsitzenden und der Kommissionsmitglieder administrativ und organisatorisch, indem es insbesondere die Kommissionssitzungen vorbereitete, deren Durchführung unterstützte und in die Nachbereitung miteingebunden war.

Zudem unterstützte das Sekretariat die Mitglieder der Enquete-Kommission bei der Erstellung des Abschlussberichtes.

In den Fraktionen wurde die Kommissionsarbeit von folgenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern unterstützt:

Fraktion	Wissenschaftliche Referentinnen und Referenten
SPD	Masch, Christian
CDU	Schulz, Laura (bis 12/2020) Tessenow, Florian (von 01/2021 bis 03/2021) Stark, Martin (ab 04/2021)
AfD	Herold, Georg (bis 10/2020) Ploog, Andreas (ab 11/2020)
DIE LINKE	Böhm, Jörg

### Konstituierung

Die konstituierende Sitzung am 18. Juni 2020 wurde durch die Präsidentin des Landtages Mecklenburg-Vorpommern, Birgit Hesse, eröffnet. Sie berief die von den Landtagsfraktionen benannten Mitglieder in die Kommission. Die Landtagspräsidentin dankte den parlamentarischen und den nicht parlamentarischen Mitgliedern für ihre Bereitschaft, sich in die Arbeit der Kommission einzubringen und wünschte der Kommission, auch als ehemalige Gesundheitsministerin, für ihre Arbeit alles Gute und viel Erfolg. Sie wies darauf hin, dass das Thema der Gesundheitsversorgung ein sehr spannendes, aber auch gleichzeitig schwieriges Thema ist.

Die Fraktionen benannten folgende Obleute:

- für die Fraktion der SPD Julian Barlen, MdL
- für die Fraktion der CDU Sebastian Ehlers, MdL
- für die Fraktion der AfD Dr. Gunter Jess, MdL
- für die Fraktion DIE LINKE Torsten Koplín, MdL<sup>21</sup>

### Arbeitsweise

Erster Anknüpfungspunkt war – wie im Einsetzungsbeschluss benannt – die Ergebnisse der Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“, insbesondere zum Themenfeld „Gesundheit und Pflege“. Die diesbezüglichen Handlungsempfehlungen hat der Vorsitzende der Kommission den Kommissionsmitgliedern in der 2. Sitzung am 12. August 2020 vorgestellt.

<sup>21</sup> Protokoll der Konstituierenden und 1. Sitzung der Enquete-Kommission vom 18. Juni 2020.

Die Sitzungen der Kommission wurden entsprechend § 6 Absatz 2 Enquete-Kommissions-Gesetz (EKG M-V) öffentlich durchgeführt.

Die Enquete-Kommission verständigte sich in ihrer 1. Sitzung darauf, sich zur Gewährleistung eines strukturierten und effektiven Arbeitsablaufes, der aufgrund der sehr begrenzten zur Verfügung stehenden Zeit zwingend erforderlich war, an der Vorgehensweise der Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“ zu orientieren. Dazu verabredete sie folgende Arbeitsschritte:<sup>22</sup>

1. Festlegung der zu bearbeitenden Themenschwerpunkte und Fragestellungen – dazu Anhörung der im Bereich der medizinischen Versorgung relevanten Akteure, um eine Einschätzung zum derzeitigen Stand der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern unter Darlegung von bestehenden Problemen und möglichen Lösungsansätzen zu erhalten
2. Beauftragung einer Grundlagenexpertise zu den herausgearbeiteten Fragestellungen
3. Auswertung und ggf. Anhörung auf der Basis der Grundlagenexpertise
4. Konsensbildung und Beschlussfassung mit Vorschlägen für Umsetzungsziele und konkrete Maßnahmen zum Endbericht

Um die Landesregierung in die Arbeit der Enquete-Kommission miteinzubeziehen, wurden Anhörungen unter Beteiligung der für die Bereiche Gesundheit, Pflege, Bildung und Verkehr zuständigen Ministerien durchgeführt.

Die Anhörungen haben ergeben, dass insbesondere die zentrale Frage zu klären ist, wie mit der Ressource „Gesundheitsversorgung“ im Flächenland Mecklenburg-Vorpommern unter Berücksichtigung der demografischen Besonderheiten und Entwicklungen umzugehen ist und wie eine gemeinsame Versorgungsplanung für den ambulanten und den stationären Sektor unter Lösung des Zielkonfliktes „Qualität - Erreichbarkeit - Finanzierung“ erfolgen kann.

Zur Klärung dieser Frage wurde die Erstellung einer Grundlagenexpertise in Auftrag gegeben. Diese ist der Kommission in ihrer 17. Sitzung am 8. April 2021 vorgestellt worden.

Neben den in diesem Abschlussbericht gegebenen Handlungsempfehlungen hat die Enquete-Kommission im Rahmen ihrer Arbeit Beschlüsse zu aktuellen Themen, die die Gesundheitsversorgung in Mecklenburg-Vorpommern betreffen, gefasst und diesbezüglich bereits Empfehlungen an die Landesregierung, Mitglieder des Deutschen Bundestages und den Bundesgesundheitsminister gegeben.

#### Beschlussvorschlag zur Empfehlung an die Landesregierung bezüglich der Vergabe der Fördermittel aus dem Krankenhauszukunftsgesetz<sup>23</sup>

Hinsichtlich der im Rahmen des Gesetzes für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser (Krankenhauszukunftsgesetz – KHZG)<sup>24</sup> des Bundes bereitgestellten Fördermittel insbesondere zur Vorantreibung des Digitalisierungsprozesses in der Krankenhauslandschaft in Mecklenburg-Vorpommern hat die Enquete-Kommission der Landesregierung empfohlen, die Fördermittelvergabe neben den im Krankenhauszukunftsgesetz genannten

<sup>22</sup> Protokoll der Konstituierenden und 1. Sitzung der Enquete-Kommission vom 18. Juni 2020.

<sup>23</sup> Kommissionsdrucksache 7/20.

<sup>24</sup> Bundestagsdrucksache 19/22126.

Fördervoraussetzungen an bestimmte weitere Kriterien zu binden und bestimmte Prioritäten zu beachten.

Prioritär sollten hierbei Projekte behandelt werden, die eine Vernetzung der IT-Strukturen in den im Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie errichteten regionalen Cluster-Strukturen zwischen einzelnen Krankenhäusern zum Ziel haben, die die Vernetzung mit weiteren Leistungserbringern aus dem stationären und ambulanten Versorgungssektor zum Ziel haben oder die einen telemedizinischen Know-How-Transfer innerhalb mehrerer Krankenhäuser eines Clusters oder clusterübergreifend zum Ziel haben, wobei stets auch ein Krankenhaus oder mehrere Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung projektbeteiligt sein sollten.

Zudem sollten die notwendigen 30 Prozent Kofinanzierungsmittel aus dem Landeshaushalt als Zuschuss zu Verfügung gestellt werden. Nicht abgerufene Kofinanzierungsmittel sollten für weitere Krankenhausinvestitionen zur Verfügung gestellt werden.

Ferner sollte die im Krankenhauszukunftsgesetz geschaffene Möglichkeit, Vorhaben an Hochschulkliniken mit bis zu 10 Prozent des Fördervolumens des jeweiligen Landes zu fördern, in Mecklenburg-Vorpommern ausgeschöpft werden, vorausgesetzt es gibt entsprechende Projekte, die die Vorgaben des Bundes und des Landes im Rahmen des Gesetzes erfüllen.

Die Kommission hat dem Beschlussvorschlag in ihrer 9. Sitzung am 18. November 2020 zugestimmt. Mit Schreiben vom 10. Dezember 2020 hat der Vorsitzende die beschlossene Empfehlung an das Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern übersandt.

#### Beschlussvorschlag des Vorsitzenden zu Regelungen für Baumaßnahmen an den Universitätsmedizin des Landes<sup>25</sup>

In ihrer 11. Sitzung am 2. Dezember 2020 hat die Kommission beschlossen, dem Finanzministerium Mecklenburg-Vorpommern zu empfehlen, sich für angepasste Regelungen für Baumaßnahmen an den Universitätsmedizin des Landes auszusprechen. Demnach sollten Baumaßnahmen mit einer Wertgrenze in Höhe von bis zu 2 Millionen Euro nach Information an die Staatliche Bau- und Liegenschaftsverwaltung von den Universitätsmedizin selbstständig umgesetzt werden können sowie Baumaßnahmen ab einer Wertgrenze über 2 Millionen Euro bis zu einer Wertgrenze in Höhe von 5 Millionen Euro sollten nach Zustimmung durch die Staatliche Bau- und Liegenschaftsverwaltung durch die Universitätsmedizin selbstständig umgesetzt werden können.

Der Vorsitzende hat die beschlossene Empfehlung mit Schreiben vom 10. Dezember 2020 an das Finanzministerium Mecklenburg-Vorpommern übersandt.

#### Anregung an die Mitglieder des Deutschen Bundestages und an den Bundesgesundheitsminister zur Nachbesserung des Dritten Bevölkerungsschutzgesetzes

Auf Grundlage des Beschlussantrages der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern an die Enquete-Kommission vom 27. November 2020<sup>26</sup> hat sich die Kommission in ihrer 11. Sitzung am 2. Dezember 2020 darauf verständigt, die im Anschluss an die Beratung des Dritten Bevölkerungsschutzgesetzes im Bundesrat am 18. November 2020 abgegebene

<sup>25</sup> Kommissionsdrucksache 7/25.

<sup>26</sup> Kommissionsdrucksache 7/28.

Protokollerklärung der Länder Berlin, Brandenburg, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen zu unterstützen.

Unter dem 10. Dezember 2020 hat der Vorsitzende den Bundesgesundheitsminister und die aus Mecklenburg-Vorpommern stammenden Mitglieder des Deutschen Bundestages entsprechend angeschrieben.

Aufgrund der sich verschärfenden Corona-Lage wurden die Kommissionssitzungen Nummer 9 bis 19 im Zeitraum von November 2020 bis April 2021 zur Vermeidung von persönlichen Kontakten und von Reisetätigkeit als Hybrid-Veranstaltungen durchgeführt. Dabei waren der Vorsitzende und jeweils wenige weitere Kommissionsmitglieder im Sitzungssaal anwesend und die übrigen Sitzungsteilnehmer und die Anzuhörenden über Video zugeschaltet.

Der Beratungsverlauf ist im Anhang chronologisch dargestellt.

Ergebnis der fast einjährigen Arbeit der Enquete-Kommission ist der vorliegende Abschlussbericht, der die als besonders relevant herausgearbeiteten Themenbereiche darstellt und erörtert sowie die Handlungsempfehlungen der Kommission darstellt.

**Der unveränderte Abschlussbericht wurde mehrheitlich angenommen ...**

## B Die Lebenssituation in Mecklenburg-Vorpommern

Um zukunftsorientierte Maßnahmen zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten, guten und erreichbaren medizinischen Versorgung erarbeiten zu können, ist zunächst die konkrete Situation des Landes Mecklenburg-Vorpommern zu betrachten.

Die nachfolgenden Abschnitte geben einen Überblick über die Bevölkerungsentwicklung in Mecklenburg-Vorpommern. Dabei wird sowohl auf die Bevölkerungsstruktur und -verteilung als auch auf einige Bereiche der soziodemografischen Entwicklung eingegangen. Abschließend werden derzeit zu beobachtende Entwicklungstrends aufgezeigt.

### B.1 Bevölkerungsstruktur und -verteilung

Das Land Mecklenburg-Vorpommern führte zum 4. September 2011 eine Kreisgebietsreform durch. Seitdem besteht es nicht mehr aus zwölf Landkreisen, sondern nur noch aus sechs. Zusätzlich reduzierte Mecklenburg-Vorpommern auch die Anzahl seiner kreisfreien Städte von sechs auf zwei.<sup>27</sup>

Insofern setzt sich Mecklenburg-Vorpommern gegenwärtig zusammen aus den sechs Landkreisen Mecklenburgische Seenplatte, Rostock, Vorpommern-Rügen, Nordwestmecklenburg, Vorpommern-Greifswald und Ludwigslust-Parchim sowie den zwei kreisfreien Städten Rostock und Schwerin (**Abbildung 1**). Im Übrigen verfügt Mecklenburg-Vorpommern über insgesamt 724 Gemeinden.<sup>28</sup>

**Abbildung 1: Landkreise und kreisfreie Städte in Mecklenburg-Vorpommerns**



**Abbildung 1: Landkreise in M-V und seine Einwohner, Stand: 31. Dezember 2019<sup>29</sup>**

<sup>27</sup> Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 16.

<sup>28</sup> StatA MV, Statistisches Jahrbuch 2020, S. 25.

<sup>29</sup> Schaubild in Anlehnung an: Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 17.

Ende des Jahres 2019 lebten in Mecklenburg-Vorpommern knapp 1,61 Mio. Einwohner. Damit ist, wie aus der nachfolgenden **Tabelle 1** ersichtlich, Mecklenburg-Vorpommern im bundesweiten Vergleich das Bundesland mit der drittniedrigsten Einwohnerzahl.

**Tabelle 1: Einwohnerzahlen der Bundesländer**

Bundesland	Bevölkerung		
	Gesamt	männlich	weiblich
	1 000	in %	in %
Baden-Württemberg	11 900	49,7	50,3
Bayern	13 445	49,6	50,4
Berlin	3 698	49,2	50,8
Brandenburg	2 622	49,0	50,7
Bremen	661	49,6	50,5
Hamburg	1 847	49,9	50,1
Hessen	6 238	49,4	50,6
<b>Mecklenburg-Vorpommern</b>	<b>1 608</b>	<b>49,3</b>	<b>50,7</b>
Niedersachsen	7 804	49,4	50,6
Nordrhein-Westfalen	17 847	49,4	50,6
Rheinland-Pfalz	4 004	49,4	50,6
Saarland	987	49,4	50,6
Sachsen	4 072	49,7	50,3
Sachsen-Anhalt	2 116	49,2	50,8
Schleswig-Holstein	2 904	49,0	51,0
Thüringen	2 181	49,6	50,4

*Tabelle 1: Bevölkerung im Bundesländervergleich, Stand: 31. Dezember 2019<sup>30</sup>*

Weiterhin ist zu konstatieren, dass in Mecklenburg-Vorpommern mehr Frauen als Männer leben. So lag der Anteil der männlichen Bevölkerung Ende 2019 bei 49,3 Prozent und der Anteil der weiblichen Bevölkerung bei 50,7 Prozent.

Zudem lebten die meisten Bürgerinnen und Bürger Mecklenburg-Vorpommerns Ende 2019 in dem Landkreis Mecklenburgische Seenplatte (siehe untere Tabelle 2). Dort betrug der Bevölkerungsstand 258.074 Einwohner.

Der Landkreis Vorpommern-Greifswald zählte zu diesem Zeitpunkt genau 235.623 Einwohner. Im Landkreis Vorpommern-Rügen lebten 224.702 Einwohner, im Landkreis Rostock 215.794 Einwohner und der Landkreis Ludwigslust-Parchim schließlich zählte 211.779 Einwohner. Außerdem zählten die Hansestadt Rostock zum 31. Dezember 2019 konkret 209.191 Einwohner und die Landeshauptstadt Schwerin 95.653 Einwohner (**Tabelle 2**).

<sup>30</sup> Tabelle in Anlehnung an: StatA MV, Statistisches Jahrbuch 2020, S. 33.

**Tabelle 2: Einwohnerzahlen der Landkreise und kreisfreien Städte in M-V**

<b>Landkreise</b>	<b>2019</b>	<b>in %</b>
Hansestadt Rostock	209.191	13,01
Landeshauptstadt Schwerin	95.653	5,95
Mecklenburgische Seenplatte	258.074	16,05
Landkreis Rostock	215.794	13,42
Vorpommern-Rügen	224.702	13,97
Nordwestmecklenburg	157.322	9,78
Vorpommern-Greifswald	235.623	14,65
Ludwigslust-Parchim	211.779	13,17
<b>Einwohner gesamt in M-V</b>	<b>1.608.138</b>	<b>100,00</b>

Tabelle 2: Einwohner auf Kreisebene, Stand: 31. Dezember 2019.<sup>31</sup>

Mecklenburg-Vorpommern ist im bundesweiten Vergleich das Bundesland mit der geringsten Einwohnerdichte.<sup>32</sup> So kommen, wie im folgenden Schaubild zu erkennen, in der Bundesrepublik Deutschland ca. 233 Einwohner auf jeden Quadratkilometer (km<sup>2</sup>), wohingegen es in Mecklenburg-Vorpommern lediglich 69 Einwohner pro km<sup>2</sup> sind.<sup>33</sup> Für die Stadtstaaten Bremen, Hamburg und Berlin zeigen sich erwartungsgemäß die höchsten Werte. Die größte Einwohnerdichte hat dabei jedoch Berlin mit 4.118 Einwohnern je km<sup>2</sup>.

Die Einwohnerdichte innerhalb Mecklenburg-Vorpommerns variiert von 44 Einwohnern je km<sup>2</sup> im Landkreis Ludwigslust-Parchim bis zu 74 Einwohnern je km<sup>2</sup> im Landkreis Nordwestmecklenburg. Zudem ist die Einwohnerdichte in den kreisfreien Städten deutlich höher. So kommen in Schwerin etwa 733 Einwohner auf jeden km<sup>2</sup> und in Rostock 1.153 Einwohner je km<sup>2</sup>. Schließlich ist die Einwohnerdichte in den südlich gelegenen Landkreisen Mecklenburg-Vorpommerns niedriger (**Abbildung 2**).

**Abbildung 2: Einwohnerdichte der Bundesländer und der Landkreise in M-V**Abbildung 2: Einwohnerdichte in M-V, Stand: 2019<sup>34</sup>

<sup>31</sup> Tabelle in Anlehnung an: StatA MV, Statistisches Jahrbuch 2020, S. 2.

<sup>32</sup> Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 5, 15.

<sup>33</sup> ebd., S. 15.

<sup>34</sup> Schaubild in Anlehnung an: Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 16.

## B.2 Soziodemografische Eckdaten

Mecklenburg-Vorpommern gehört zu den Abwanderungsländern. Dabei sind im Binnenwanderungssystem Deutschlands die vorherrschenden Migrationsrichtungen von Nord nach Süd sowie von Ost nach West und aus dem ländlichen Raum in die Stadt.

Dabei ist zu konstatieren, dass die Abwanderungen sowohl alters- als auch geschlechtsspezifische Muster aufweisen: So sind es einerseits besonders junge Frauen, die Mecklenburg-Vorpommern verlassen. Andererseits ist die heutige Jugend insgesamt sehr mobil.<sup>35</sup>

Ferner ist anzumerken, dass sich die künftige Bevölkerungsentwicklung Mecklenburg-Vorpommerns auf lokaler Ebene jederzeit wieder erheblich unterscheiden kann. Dazu tragen bspw. Entwicklungen, wie Unternehmensansiedlungen oder -erweiterungen, bei, denn auch diese können regelmäßig einen großen Einfluss auf künftige Migrationsbewegungen ausüben.<sup>36</sup>

Das Durchschnittsalter der Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern ist im Vergleich zu 2011 von damals 45,8 Jahre auf etwa 47,2 Jahre im Jahr 2019 angestiegen. Das bedeutet, dass der demografische Trend der alternden Gesellschaft in Mecklenburg-Vorpommern weiter anhält.

Das Durchschnittsalter der männlichen Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern stieg im selben Zeitraum von 44,1 Jahre auf 45,6 Jahre an. Bei der weiblichen Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern ist hingegen ein Anstieg des Durchschnittsalters von 47,4 Jahre auf 48,7 Jahre festzustellen (siehe folgende **Tabelle 3**).

**Tabelle 3: Altersdurchschnitt der Bevölkerung Mecklenburg-Vorpommerns**

	<b>Gesamtbevölkerung</b>	<b>männlich</b>	<b>weiblich</b>
<b>2011</b>	45,8 Jahre	44,1 Jahre	47,4 Jahre
<b>2012</b>	46,1 Jahre	44,4 Jahre	47,7 Jahre
<b>2013</b>	46,3 Jahre	44,7 Jahre	47,9 Jahre
<b>2014</b>	46,5 Jahre	44,9 Jahre	48,1 Jahre
<b>2015</b>	46,5 Jahre	44,9 Jahre	48,2 Jahre
<b>2016</b>	46,7 Jahre	45,1 Jahre	48,3 Jahre
<b>2017</b>	46,9 Jahre	45,3 Jahre	48,4 Jahre
<b>2018</b>	47,0 Jahre	45,4 Jahre	48,5 Jahre
<b>2019</b>	47,2 Jahre	45,6 Jahre	48,7 Jahre

*Tabelle 3: Durchschnittsalter der Bevölkerung in M-V, Zeitraum 2011 bis 2019, Stand: 5. Januar 2021.<sup>37</sup>*

<sup>35</sup> Abschlussbericht der Enquete-Kommission „Älter werden in M-V“, S. 26.

<sup>36</sup> Abschlussbericht der Enquete-Kommission „Älter werden in M-V“, S. 26.

<sup>37</sup> Tabelle in Anlehnung an: Statista GmbH, Durchschnittsalter der Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern in den Jahren 2011 bis 2019, unter:

<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1094181/umfrage/durchschnittsalter-der-bevoelkerung-in-mecklenburg-vorpommern/#professional> (abgerufen am 03.03.2021).

Einen weiteren Überblick über die momentane Altersstruktur der Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern gibt die nachfolgende **Tabelle 4**.

Zum 31. Dezember 2019 waren 406.370 Einwohner in Mecklenburg-Vorpommern bereits 65 Jahre alt oder älter. Das entspricht einem Anteil von 25,3 Prozent. 408.126 weitere Einwohner Mecklenburg-Vorpommers, nämlich 25,4 Prozent, hatten bereits ein Alter zwischen 50 und 65 Jahre erreicht.

Zu der jungen Generation der 6- bis 15-Jährigen zählten zu diesem Stichtag genau 124.091 Personen, was einem Anteil von 7,7 Prozent entspricht.

Mithin zeigen auch diese Daten deutlich, dass in Zukunft mit einer weiteren Zunahme der älteren Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern zu rechnen ist.

**Tabelle 4: Altersdurchschnitt der Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern**

<b>Alter von ... bis unter ... Jahren</b>	<b>in Mecklenburg-Vorpommern</b>	<b>in %</b>
<b>Bevölkerung insgesamt</b>	<b>1.608.138</b>	<b>100,0</b>
unter 6 Jahren	81.491	5,1
6 - 15 Jahren	124.091	7,7
15 - 18 Jahren	39.498	2,4
18 - 25 Jahren	90.158	5,6
25- 30 Jahren	66.259	4,1
30 - 50 Jahren	392.145	<b>24,4</b>
50 - 65 Jahren	408.126	<b>25,4</b>
65 Jahre und mehr	406.370	<b>25,3</b>

*Tabelle 4: Bevölkerung in M-V, Stand: 31. Dezember 2019<sup>38</sup>*

### B.3 Entwicklungstrends

Es ist davon auszugehen, dass auch Mecklenburg-Vorpommern weiterhin stark vom demografischen Wandel betroffen sein wird, womit ein weiterer Bevölkerungsverlust einhergeht.<sup>39</sup>

Bis zum Jahre 2030 wird die Bevölkerung gemäß der aktuellen 5. Bevölkerungsprognose voraussichtlich etwa 1,58 Mio. Einwohner betragen und bis 2040 ca. 1,53 Mio. Einwohner.<sup>40</sup> Das wäre dann bis 2030 – im Vergleich zu 2017 – ein Bevölkerungsverlust von minus zwei Prozent und bis 2040 ein Verlust von minus fünf Prozent. Dieser prognostizierte Bevölkerungsverlust könnte vor allem stark durch die Abwanderung jüngerer Menschen geprägt sein.<sup>41</sup>

Ein weiterer sich abzeichnender Entwicklungstrend ist, wie der folgenden Tabelle 5 zu entnehmen, dass sich die Einwohnerzahlen in den kreisfreien Städten und Landkreisen von Mecklenburg-Vorpommern gegensätzlich entwickeln werden: Wohingegen die

<sup>38</sup> Tabelle in Anlehnung an: StatA MV, Statistisches Jahrbuch 2020, S. 30.

<sup>39</sup> Protokoll der 5. Sitzung der Enquete-Kommission vom 16. September 2020, S. 10, Beitrag Prof. Dr. Schmidt.

<sup>40</sup> Pressemitteilung des Ministeriums für Energie, Infrastruktur und Digitalisierung v. 20.8.2019, Nr. 204/19, S. 1.

<sup>41</sup> ebd., S. 3.

Einwohnerzahlen der größten Städte Schwerin und Rostock voraussichtlich weiter steigen, werden sie in den Landkreisen weiter sinken (**Tabelle 5**).<sup>42</sup>

**Tabelle 5: Bevölkerungsprognose für Mecklenburg-Vorpommern**

<b>Landkreise</b>	<b>2017</b>	<b>2040</b>	<b>Veränderung in %</b>
Hansestadt Rostock	208.409	224.601	+ 7,8
Landeshauptstadt Schwerin	95.797	98.880	+ 3,2
Mecklenburgische Seenplatte	260.574	226.706	- 13,0
Rostock	214.635	213.566	- 0,5
Vorpommern-Rügen	225.123	210.138	- 6,7
Nordwestmecklenburg	156.993	149.848	- 4,6
Vorpommern-Greifswald	237.066	208.122	-12,2
Ludwigslust-Parchim	212.522	198.984	- 6,4
Einwohner gesamt in M-V	1.611.119	1.530.845	- 5,0

*Tabelle 5: Bevölkerungsprognose 2040 M-V, Stand: 31. Dezember 2019<sup>43</sup>*

Auch wird sich die Altersstruktur in Mecklenburg-Vorpommern stark verändern: So wird sich der Bevölkerungsanteil der über 65-Jährigen stark erhöhen und der Anteil der unter 65-Jährigen verringern.<sup>44</sup> Zudem ist bereits heute mehr als ein Fünftel der Bevölkerung mindestens 65 Jahre alt. Im Jahre 2030 könnten dies somit dann schon mehr als ein Drittel sein.<sup>45</sup> Die Zahl junger Älterer wird sich bis zum Jahr 2030 verringern.<sup>46</sup>

Ferner wird der demografische Wandel bis zum Jahr 2030 im östlichen und südlichen Mecklenburg-Vorpommern stärker ausgeprägt sein als in den restlichen Landteilen.<sup>47</sup> Insgesamt wird sich die Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern aus noch weniger Erwerbsfähigen und noch mehr älteren Menschen zusammensetzen als heute.<sup>48</sup>

Darüber hinaus wird die Lebenserwartung der Frauen in den nächsten 20 Jahren um etwa drei Jahre auf ca. 86 Jahre und bei den Männern um ca. drei Jahre auf gut 81 Jahre steigen.<sup>49</sup>

Schließlich ist auch davon auszugehen, dass der demografische Wandel gravierende Effekte auf die Gesundheitswirtschaft hat. Da ältere Menschen in der Regel häufiger erkranken, kann dies zu einem höheren Bedarf an medizinischen Leistungen führen. So machen beispielsweise die über 65-Jährigen nach einer bundesweiten Untersuchung zwar nur 18 Prozent der Bevölkerung aus, verursachten aber 45 Prozent der Kosten im Gesundheitswesen.<sup>50</sup>

<sup>42</sup> ebd., S. 2.

<sup>43</sup> Tabelle in Anlehnung an: Pressemitteilung des Ministeriums für Energie, Infrastruktur und Digitalisierung v. 20.8.2019, Nr. 204/19, S. 2.

<sup>44</sup> Protokoll der 5. Sitzung der Enquete-Kommission vom 16. September 2020, S. 10, Beitrag Prof. Dr. Schmidt.

<sup>45</sup> Abschlussbericht der Enquete-Kommission, S. 25.

<sup>46</sup> ebd., S. 27.

<sup>47</sup> Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 5.

<sup>48</sup> Pressemitteilung des Ministeriums für Energie, Infrastruktur und Digitalisierung v. 20.8.2019, Nr. 204/19, S. 3.

<sup>49</sup> ebd.

<sup>50</sup> ebd., S. 10.

## C Medizinische Versorgung

### C.1 Aufbau, Akteure und Grundprinzipien des deutschen Gesundheitssystems

#### C.1.1 Aufbau und Akteure

Das Gesundheitsversorgungssystem in Deutschland gliedert sich historisch bedingt in verschiedene Bereiche: den ambulanten Sektor, den stationären Sektor, den Rehabilitationssektor, den Pflegesektor und den Öffentlichen Gesundheitsdienst. Die ambulante Versorgung erfolgt durch niedergelassene Allgemein-, Fach- und Zahnärzte, der stationäre Sektor umfasst die Krankenhausversorgung. Jeder Sektor hat grundsätzlich ein eigenes Finanzierungssystem und wird durch eigene Spezialgesetze geregelt.<sup>51</sup>

Das deutsche Gesundheitssystem wird von dem in § 39 Absatz 1 Satz 2 Sozialgesetzbuch V (SGB V) verankerten Grundsatz „ambulant vor stationär“ geprägt.

Darin heißt es:

„Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre oder stationsäquivalente Behandlung durch ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus, wenn die Aufnahme oder die Behandlung im häuslichen Umfeld nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann.“

Dies bedeutet, dass grundsätzlich vorrangig alle Möglichkeiten nicht-vollstationärer Versorgung auszuschöpfen sind, bevor ein Patient oder ein Pflegebedürftiger in ein Krankenhaus aufgenommen wird.

Im deutschen Gesundheitssystem spielen viele Einrichtungen und Akteure eine Rolle. Dazu zählen Verbände und Interessenvertretungen der verschiedenen Anbieter von Gesundheitsleistungen, Vertretungen der unterschiedlichen Berufsgruppen auf Bundes- und Landesebene, die Krankenkassen, qualitätssichernde Institutionen, das Bundesgesundheitsministerium und die Landesgesundheitsministerien sowie Patientenorganisationen und Selbsthilfegruppen. Um einen kurzen Überblick zu erhalten, sollen im Nachfolgenden die wichtigsten Beteiligten dargestellt werden.

#### Bundesgesundheitsministerium

Für das für den Bereich der Gesundheit auf Bundesebene zuständige Ministerium steht die Erarbeitung von Gesetzesentwürfen, Rechtsverordnungen und Verwaltungsvorschriften auf diesem Gebiet im Vordergrund.<sup>52</sup>

Wichtige Rechtsgrundlagen, die in die Bundeskompetenz fallen, sind unter anderem das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), welches Bestimmungen zur gesetzlichen Krankenversicherung enthält, Vergütungsregelungen für den stationären und den ambulanten

<sup>51</sup> Peter Hensen, Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen: Grundlagen für Studium und Praxis, 2016, Ziff. 1.1.2.1, S. 7 f.

<sup>52</sup> BMG, Aufgaben und Organisation des Bundesministeriums für Gesundheit, unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/aufgaben-und-organisation/aufgaben.html>, Stand Mai 2021 (abgerufen am 19. Mai 2021).

Sektor, wie das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) sowie bestimmte Berufsgesetze für die Zulassung zu Heil- und Gesundheitsberufen einschließlich entsprechender Ausbildungsregelungen. Zudem führt das Ministerium gemäß § 91a SGB V die Aufsicht über den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA).

### Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern

In Mecklenburg-Vorpommern gestaltet das Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit die Rahmenbedingungen für das Gesundheitswesen. Zu den Themenfeldern gehören insbesondere das Krankenhauswesen und die Rehabilitation, die Gesundheitsförderung und -prävention, Psychiatrie und Maßregelvollzug, Heilberufsrecht, Infektionsschutz, Arzneimittelwesen, Rettungsdienst und die Belange der Krankenversicherung und des öffentlichen Gesundheitswesens.

### Gemeinsamer Bundesausschuss

Gemäß § 91 Absatz 1 SGB V bilden die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen einen Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Dieser ist rechtsfähig und wird durch den Vorsitzenden des Beschlussgremiums gerichtlich und außergerichtlich vertreten.

Das Beschlussgremium des Gemeinsamen Bundesausschusses besteht gemäß § 91 Absatz 2 SGB V aus einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, einem von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, jeweils zwei von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft und fünf von dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen benannten Mitgliedern. Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter sind mitberatungs- und antragsberechtigt, besitzen jedoch kein Stimmrecht.

Der G-BA legt innerhalb des vom Gesetzgeber festgelegten Rahmens fest, welche medizinischen Versorgungsleistungen von der gesetzlichen Krankenversicherung im Einzelnen übernommen werden. Außerdem hat er Aufgaben im Bereich des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen, vertragszahnärztlichen und stationären medizinischen Versorgung.

### Gemeinsames Landesgremium nach § 90a SGB V

Nach Maßgabe der landesrechtlichen Bestimmungen kann für den Bereich des Landes gemäß § 90 a Absatz 1 SGB V ein gemeinsames Gremium aus Vertretern des Landes, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen und der Landeskrankenhausgesellschaft sowie weiteren Beteiligten gebildet werden. Das gemeinsame Landesgremium kann Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abgeben; hierzu gehören auch Empfehlungen zu einer sektorenübergreifenden Notfallversorgung.

### Gesetzliche Krankenversicherung

Gemäß § 1 Satz 1 SGB V hat die gesetzliche Krankenversicherung als Solidargemeinschaft die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Grundsätzlich besteht gemäß § 5 SGB V für die Bürger eine Pflicht, sich in der gesetzlichen Krankenversicherung zu versichern. Ausnahmen gelten unter

anderem gemäß § 6 SGB V ab einem bestimmten Jahreseinkommen und für bestimmte Personen (z. B. Beamte und Richter). Diesen Personen ohne Versicherungspflicht steht es frei, sich freiwillig gesetzlich versichern zu lassen oder eine private Krankenversicherungen abzuschließen.

Die gesetzlichen Krankenkassen haben die Pflicht, Bürgerinnen und Bürger zu versichern und dafür zu sorgen, dass sie medizinische Leistungen erhalten. Dazu schließen sie Verträge mit einer Vielzahl von Institutionen und Organisationen ab, u. a. den Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sowie Verbänden der Ärzte, Krankenhäuser und Apotheker.

#### Kassenärztliche und -zahnärztliche Vereinigungen

Alle Ärzte und psychologischen Psychotherapeuten, die mit der gesetzlichen Krankenversicherung Leistungen abrechnen, sind in den Bundesländern in Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) organisiert, die Zahnärzte in Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZV). Die zuständigen Verbände auf Bundesebene sind die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV). Die Aufgaben der Verbände sind in den §§ 77 ff. SGB V gesetzlich festgeschrieben.

#### Krankenhausgesellschaft

Die Landeskrankenhausgesellschaft ist ein Zusammenschluss von Trägern zugelassener Krankenhäuser im Land. In der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) sind die Landeskrankenhausgesellschaften zusammengeschlossen. Bundesverbände oder Landesverbände der Krankenhausträger können den Krankenhausgesellschaften angehören, vgl. § 108 a SGB V. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft vertritt Spitzen- und Landesverbände der verschiedenen Krankenhausträger wie zum Beispiel Städte und Gemeinden, Kirchen, gemeinnützige Verbände und andere private Träger.

#### Ärzte-, Zahnärzte-, Psychotherapeuten- und Apothekerkammern

Auf Ebene der Bundesländer sind alle Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten und Apotheker Pflichtmitglieder ihrer zuständigen Landeskammer. Zu den Aufgaben der Kammern gehören unter anderem die Überwachung der Berufspflichten und die Einhaltung der Röntgen- und Strahlenverordnung. Sie sind zuständig für die Berufsanerkennung, die Facharztprüfung sowie die Begutachtung und Schlichtung bei Behandlungsfehlervorwürfen. Die Landeskammern haben auf Bundesebene entsprechende Bundeskammern gebildet.

#### Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)

Aufgabe des ÖGD ist der Schutz der Bevölkerung vor Gesundheitsgefahren. Vor allem die kommunalen Gesundheitsämter kümmern sich vor Ort zum Beispiel um die Hygiene in Gemeinschaftseinrichtungen, um Infektionsschutz und allgemeine Gesundheitsförderung. Sie bieten auch Beratung und Hilfe etwa bei psychosozialen Problemen. Eine herausragende Rolle spielt der ÖGD im Rahmen der Corona-Pandemie bei der Kontaktnachverfolgung.

#### Apothekerverbände

Apotheken sind für die Abgabe von Arzneimitteln an Verbraucherinnen und Verbraucher zuständig. Apotheker haben zudem die Aufgabe, über Arzneimittel zu informieren und zu

beraten. Um die Versorgung sicherzustellen, müssen ihre Verbände Verträge mit dem GKV-Spitzenverband und den Krankenkassen abschließen, vgl. §§ 129 ff. SGB V.

### Nicht ärztliche Heilberufe

Nicht zuletzt gibt es viele sogenannte nicht ärztliche Heilberufe. Hierzu gehören zum Beispiel Physiotherapeuten, Logopäden, Pflegekräfte oder Hebammen. Soweit sie Kassenleistungen anbieten, schließen auch ihre Verbände Verträge mit dem GKV-Spitzenverband und den Krankenkassen ab.

### Patientenorganisationen und Selbsthilfe

Viele Menschen haben sich zu Selbsthilfegruppen und Patientenorganisationen zusammengeschlossen, die Patienten beraten und unterstützen. Verschiedene Patientenorganisationen sind darüber hinaus Interessenvertreter der Patienten in gesundheitspolitischen Fragen, unter anderem im G-BA.

## **C.1.2 Grundprinzipien**

Das deutsche Versorgungssystem im Krankheitsfall basiert auf verschiedenen Grundprinzipien, die zumeist nicht oder nur sehr allgemein gesetzlich niedergeschrieben wurden. Viele Aspekte des deutschen Gesundheitswesens haben sich im Rahmen der Konzeption der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Zuge der Sozialgesetzgebung von Otto von Bismarck im Jahr 1883 und den daran anknüpfenden Entwicklungen ergeben. Daraus folgt, dass diese Prinzipien insbesondere für die gesetzliche Krankenversicherung gelten.

Folgende Grundprinzipien prägen das System der Gesundheitsversorgung in Deutschland:

### Versicherungspflicht

Alle Bürger sind gemäß § 5 SGB V grundsätzlich verpflichtet, sich in einer gesetzlichen Krankenkasse (GKV) zu versichern, solange sie z. B. brutto nicht mehr verdienen als einen bestimmten Betrag („Versicherungspflichtgrenze“) oder einer bestimmten Berufsgruppe angehören, vgl. § 6 SGB V.

### Beitragsfinanzierung

Die Leistungen und sonstigen Ausgaben der Krankenkassen werden gemäß § 3 SGB V durch Beiträge finanziert. Diese sind anteilig von den krankenversicherten Bürgerinnen und Bürgern sowie von den Arbeitgebern zu leisten. Hinzu kommen Zuschüsse aus Steuereinnahmen.

### Solidaritätsprinzip

In der Solidargemeinschaft des Gesundheitssystems tragen alle gesetzlich Versicherten gemeinsam das durch Krankheit entstehende Kostenrisiko. Jeder gesetzlich Versicherte hat den gleichen Anspruch auf eine medizinische Versorgung und die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall unabhängig von der Höhe seiner Beitragszahlungen. Die Höhe der Beitragszahlungen richtet sich nach § 3 SGB V in der Regel nach den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder. Allerdings werden die Beiträge nur bis zu einer bestimmten

Einkommenshöhe, der Beitragsbemessungsgrenze, prozentual berücksichtigt. Personen, die mehr verdienen, zahlen den gleichen Höchstbetrag. Für versicherte Familienangehörige werden Beiträge nicht erhoben. Damit stehen reichere für ärmere und gesunde für kranke Menschen ein.

### Selbstverwaltungsprinzip

In Deutschland wird das Gesundheitssystem nicht ausschließlich durch den Staat organisiert. Dieser legt zwar die gesetzlichen Rahmenbedingungen fest, im Übrigen organisieren sich die Träger des Gesundheitswesens aber selbst und gewährleisten die Gesundheitsversorgung letztlich in eigener Verantwortung. Zur Selbstverwaltung gehören unter anderem die gesetzlichen Krankenkassen, die Kassenärztlichen beziehungsweise die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Krankenhausgesellschaften. Das oberste Gremium der Selbstverwaltung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung ist der G-BA.<sup>53</sup>

### **C.1.3 Ausblick**

Insbesondere durch demografische Veränderungen und den medizinischen und technischen Fortschritt unterliegt das deutsche Gesundheitssystem ständig einem Veränderungsdruck, der in den letzten Jahrzehnten aufgrund der zunehmenden demografischen Alterung, dem damit verbundenen vermehrten Patientenaufkommen und Fachkräftemangel sowie schnell voranschreitender technischer Veränderungen besonders groß geworden ist. Dies stellt die beteiligten Akteure vor immer wieder neue, große Herausforderungen, denen durch Reformen, Innovationen und Gesetzesanpassungen begegnet werden muss. Das deutsche Gesundheitssystem hat sich im Laufe der Jahre zu einem komplizierten und teils undurchsichtigen System entwickelt.

Bei Planung und Veränderung sind jeweils eine Vielzahl an unterschiedlichen Faktoren und Interessen der beteiligten Leistungserbringer und Leistungsempfänger zu berücksichtigen, abzuwägen und miteinander in Einklang zu bringen.

Die medizinische Versorgung sollte – insbesondere aus Patientensicht – eine höchstmögliche Qualität aufweisen. Dazu zählen eine bestmögliche Ausstattung an medizinischem Personal und technische Geräten sowie die Erzielung bestmöglicher Behandlungsergebnisse, die sowohl mit der personellen und technischen Ausstattung, als auch mit einer Routine des Eingriffes in Verbindung steht. Ein größtmöglicher Ausstattungs- und damit Leistungsumfang ist in großen medizinischen Zentren, wie sie die Maximalversorger im Land darstellen, gegeben.

Solche großen medizinischen Zentren sind jedoch nicht für alle Bürgerinnen und Bürger des Flächenlandes Mecklenburg-Vorpommern in einer angemessenen Zeit - auch nicht mit einem eigenen PKW - zu erreichen. Sofern kein eigener PKW zur Verfügung steht, gestaltet sich das Thema der Erreichbarkeit noch deutlich schwieriger. Es ist daher zwingend notwendig, auch die Fläche mit medizinischen Angeboten, wie kleineren Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzten, Apotheken und Angehörigen anderer Gesundheitsberufe, abzudecken, um eine flächendeckende medizinische Versorgung der Bevölkerung sicherstellen zu können. Um eine Erreichbarkeit zu gewährleisten, muss über eine Optimierung des Öffentlichen Personennahverkehrs oder über innovative Transportlösungen nachgedacht werden. Auch die Ausstattung des Rettungsdienstes spielt diesbezüglich eine zentrale Rolle.

<sup>53</sup> Das IQWiG, Das deutsche Gesundheitssystem, unter: <https://www.gesundheitsinformation.de/das-deutsche-gesundheitssystem.html> (abgerufen am 19. Mai 2021).

Mit der Größe des Krankenhauses steigen grundsätzlich der Umfang an personeller und technischer Ausstattung, der angebotene Leistungsumfang sowie die Anzahl der durchgeführten Eingriffe und damit die Behandlungsqualität. Auf der anderen Seite muss eine Transportqualität beachtet werden, welche mit steigender Entfernung abnimmt, wobei die Entfernung bei Notfällen eine noch größere Rolle spielt als bei elektiven Eingriffen. Eine größtmögliche Qualität kann damit bei Vorhaltung eines umfangreichen Versorgungsangebotes in der gesamten Fläche erreicht werden.

Die Vorhaltung eines größtmöglichen Versorgungsangebotes in der Fläche muss jedoch mit den zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln und personellen Ressourcen in Einklang gebracht werden.

Damit ergibt sich der Zielkonflikt „Qualität - Erreichbarkeit – Finanzierung“, der nur durch einen Kompromiss zwischen den Zielstellungen zu lösen ist. Diesen Kompromiss gilt es zu entwickeln, wobei dazu neue, innovative Lösungsansätze gefunden werden müssen. Dabei dürfen auch der technische Fortschritt und die demografische Entwicklung nicht außer Acht bleiben.

## C.2 Qualität von Angeboten der Gesundheitsversorgung

### C.2.1 Qualitätsbegriff

Um das Patientenwohl gewährleisten zu können, muss die medizinische Versorgung eine möglichst hohe Qualität aufweisen. Um diese messbar zu gestalten, bedarf es eines einheitlichen Qualitätsbegriffes sowie konkreter Anforderungen an das Vorliegen bestimmter Qualitätsmerkmale.

Das Wort „Qualität“ leitet sich von den lateinischen Begriffen „qualitas“ (Verhältnis, Beschaffenheit, Eigenschaft) und „qualis“ (wie beschaffen) ab. Der Begriff Qualität ist damit grundsätzlich wertneutral, sodass es bestimmter Kriterien zur Bestimmung des Maßes an Qualität bedarf. In der Literatur werden meist zwei unterschiedliche Definitionsansätze gegenübergestellt. Zum einen die philosophische Beschaffenheitsvorstellung, die auf die Gesamtheit der zum Betrachtungsgegenstand gehörenden Merkmale abstellt, zum anderen der Ansatz des pragmatischen Abgleiches der Beschaffenheit mit den bestehenden Anforderungen.

Eine aktuelle Definition des Qualitätsbegriffes ist in der DIN EN ISO 9000 niedergeschrieben. Danach ist Qualität der „Grad, in dem ein Satz inhärenter Merkmale Anforderungen erfüllt“. Ein Merkmal stellt eine „kennzeichnende Eigenschaft“ und eine Anforderung eine „Erwartung, die festgelegt, üblicherweise vorausgesetzt oder verpflichtend ist“, dar.<sup>54</sup>

Die Bestimmung der Qualität setzt damit jeweils einen Bewertungsprozess voraus, dem ein Vergleich zwischen den festgestellten Qualitätsmerkmalen und den vorausgesetzten Anforderungen zugrunde liegt. Als Maßstab sind daher konkrete Qualitätsanforderungen zu bestimmen, die in unterschiedlichem Maße erfüllt werden können.<sup>55</sup>

Die Erfassung und Darstellbarkeit von Qualität erfolgt über Qualitätsmodelle. Im deutschen Gesundheitswesen hat sich der Qualitätsansatz von Avedis Donabedian aus den 1960er Jahren bis heute durchgesetzt. Demnach wird zwischen den drei Dimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität unterschieden.

Mit der **Strukturqualität** werden die notwendigen strukturellen Voraussetzungen der Gesundheitsversorgung beschrieben. Sie umfasst alle personenbezogenen Voraussetzungen (wie Anzahl, Ausbildung und Qualifikation des Personals), materielle Elemente (z. B. bauliche und räumliche Ausstattung einer Institution) sowie organisatorische Elemente (u. a. Aufbauorganisation, finanzielle Ausstattung) der Einrichtung.

Die **Prozessqualität** bewertet die Prozesse und somit die Aktivitäten einer Ablaufkette wie die Gesamtbehandlung sowie Teilabschnitte der Behandlung (Ablauf und Umfang der Behandlung und der Beratung, Existenz von Standards, Einhaltung von Richt- und Leitlinien, Empathie des Personals). Bewertet werden dabei die Art und Weise der Leistungserbringung.

Das erzielte Resultat wird letztlich mit der **Ergebnisqualität** (Outcome) bewertet. Dies kann durch die Messung von objektiven Veränderungen (Verbesserung des Zustandes und der

<sup>54</sup> Qualitätsmanagement: Strategien – Methoden – Techniken von Robert Schmitt, Tilo Pfeifer, 5. Aufl. 2015, Ziff. 2.1, S. 18 f.

<sup>55</sup> Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen: Grundlagen für Studium und Praxis von Peter Hensen, 2016, Ziff. 1.1.4, S. 14 f.

Befunde des Patienten, Auftreten von Komplikationen, Schmerzlinderung) oder durch Bestimmung subjektiver Kriterien (Patientenzufriedenheit) erfolgen.

Diese Qualitätsmodelle sind nicht zwangsläufig voneinander abhängig bzw. miteinander verknüpft. So resultiert aus einer guten Strukturqualität nicht zwangsläufig eine hohe Prozessqualität und aus einer hohen Prozessqualität nicht automatisch eine gute Ergebnisqualität, da diese jeweils neben guten Grundvoraussetzungen auch von weiteren Faktoren abhängig sind.<sup>56</sup>

Grundlegende gesetzliche Regelungen zur Qualität finden sich insbesondere im Neunten Titel des Dritten Kapitels des SGB V. Danach sind alle Leistungserbringer im System der gesetzlichen Krankenversicherung verpflichtet, Maßnahmen zur externen Qualitätssicherung zu ergreifen und die Qualität ihrer Leistungen zu sichern und fortzuentwickeln. § 135a SGB V schreibt beispielsweise die Verpflichtung zur Einführung eines internen Qualitätsmanagements und zur Beteiligung an Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden externen Qualitätssicherung vor.

Neben diesen gesetzlich geregelten Grundanforderungen an die Qualitätssicherung erlässt der G-BA verbindliche konkretisierende Regelungen sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich. Konkrete Anforderungen an die interne Qualitätssicherung stellt die Richtlinie des G-BA über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren, Vertragszahnärzte sowie zugelassene Krankenhäuser (Qualitätsmanagement-Richtlinie/QM-RL) auf.

Das Qualitätsmanagement umfasst dabei insbesondere folgende grundlegenden Elemente:

- Patientenorientierung einschließlich Patientensicherheit
- Mitarbeiterorientierung einschließlich Mitarbeitersicherheit
- Prozessorientierung
- Kommunikation und Kooperation
- Informationssicherheit und Datenschutz
- Verantwortung und Führung<sup>57</sup>

Durch das **Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung** (Krankenhausstrukturgesetz - KHSG) vom 10. Dezember 2015 wurden unter anderem das Krankenhausfinanzierungsgesetz und das SGB V dahingehend angepasst, dass der Qualität der Krankenhausversorgung eine noch größere Rolle beigemessen und diese noch strenger kontrolliert wird. So wurde Qualität als Kriterium bei der Krankenhausplanung eingeführt. So beschließt gemäß § 136c Absatz 1 SGB V der Gemeinsame Bundesausschuss Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, die als Grundlage für qualitätsorientierte Entscheidungen der Krankenhausplanung geeignet sind und nach § 6 Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes Bestandteil des Krankenhausplans werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss übermittelt die Beschlüsse zu diesen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren als Empfehlungen an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden.

<sup>56</sup> Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen: Grundlagen für Studium und Praxis von Peter Hensen, 2016, Ziff. 1.1.4, S. 24 f.

<sup>57</sup> QM-RL, in der Fassung vom 17.12.2015, BAnz AT 15.11.2016 B2, zuletzt geändert am 17.09.2020, BAnz AT 08.12.2020 B2.

Je nach Festlegung auf Landesebene kann damit das Vorliegen oder Fehlen bestimmter Qualitätsindikatoren über die Aufnahme oder den Verbleib eines Krankenhauses oder einer Fachabteilung im Krankenhausplan des jeweiligen Bundeslandes entscheiden. Zudem wurden Qualitätszu- und -abschläge für Leistungen eingeführt. [HJCGI]

Erste planungsrelevante Qualitätsindikatoren wurden bereits für die Bereiche gynäkologische Operationen, Geburtshilfe und Mammachirurgie beschlossen. In den kommenden Jahren sollen durch den G-BA weitere solcher planungsrelevanten Qualitätsindikatoren entwickelt werden. Darüber hinaus ist seit dem 1. August 2018 der Abschluss von Qualitätsverträgen möglich. Krankenkassen oder Zusammenschlüsse von Krankenkassen sollen zu den vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136b Absatz 1 Nummer 4 SGB V festgelegten Leistungen oder Leistungsbereichen mit dem Krankenträger Verträge zur Förderung einer qualitativ hochwertigen stationären Versorgung (Qualitätsverträge) schließen. Ziel der Qualitätsverträge ist die Erprobung, inwieweit sich eine weitere Verbesserung der Versorgung mit stationären Behandlungsleistungen, insbesondere durch die Vereinbarung von Anreizen sowie höherwertigen Qualitätsanforderungen erreichen lässt.<sup>58</sup>

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat zur Erprobung des Instruments der Qualitätsverträge vier Leistungen bzw. Leistungsbereiche festgelegt:

- Endoprothetische Gelenkversorgung
- Prävention des postoperativen Delirs bei der Versorgung von älteren Patientinnen und Patienten
- Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten
- Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus<sup>59</sup>

Zudem legt der G-BA für Krankenhäuser für bestimmte planbare Leistungen, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist, **Mindestmengen** für die jeweiligen Leistungen je Arzt oder Standort eines Krankenhauses oder je Arzt und Standort eines Krankenhauses und Ausnahmetatbestände fest.<sup>60</sup> Diese Festlegungen des G-BA sind für zugelassene Krankenhäuser gemäß § 136b Absatz 2 Satz 1 SGB V unmittelbar verbindlich. Der Gemeinsame Bundesausschuss soll bei den Mindestmengenfestlegungen gemäß § 136b Absatz 3 SGB V Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen vorsehen, um unbillige Härten insbesondere bei nachgewiesener, hoher Qualität unterhalb der festgelegten Mindestmenge zu vermeiden. Sofern eine durch den G-BA beschlossene Mindestmenge bei planbaren Leistungen voraussichtlich nicht erreicht wird, dürfen entsprechende Leistungen nicht bewirkt werden. Einem Krankenhaus, das die Leistungen dennoch bewirkt, steht kein Vergütungsanspruch zu.<sup>61</sup> Gemäß § 136b Absatz 5 SGB V kann die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde Leistungen aus dem vom G-BA aufgestellten Katalog bestimmen, bei denen die Anwendung des Absatzes 4 Satz 1 und 2 die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung gefährden könnte. Die Landesbehörde entscheidet auf Antrag des Krankenhauses für diese Leistungen über die Nichtanwendung dieser Regelungen.

---

<sup>58</sup> Vgl. § 110a SGB V.

<sup>59</sup> IQTIG, Qualitätsverträge, unter: <https://iqtig.org/qs-instrumente/qualitaetsvertraege/> (abgerufen am 19. Mai 2021).

<sup>60</sup> Vgl. § 136b Absatz 1 Nr. 2.

<sup>61</sup> Vgl. § 136b Absatz 4 Satz 1 und 2 SGB V.

In der Diskussion befindet sich derzeit der Entwurf der Bundesregierung eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)<sup>62</sup>. Dieses sieht in Artikel 1 Nr. 41 d) eine Streichung des § 136b Absatz 5 SGB V und damit des Rechts der Landesplanungsbehörden, zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung Ausnahmeregelungen von den Mindestmenvorgaben des G-BA treffen zu können, vor. Begründet wird dies damit, dass „bereits bisher im Rahmen einer sogenannten Folgenabschätzung insbesondere etwaige Standortschließungen, die daraus folgenden Umverteilungen von Patientinnen und Patienten sowie geänderte Entfernungen und Fahrzeiten wissenschaftlich erarbeitet und im Rahmen der Beschlussfassung einer Mindestmenge vom G-BA berücksichtigt“ werden. Daher soll „eine Abwägung bei bestehender Evidenz für die Festlegung einer Mindestmenge, zu Gunsten des Schutzes des Grundrechts der Patientinnen und Patienten auf Leben und körperliche Unversehrtheit, zu einer Streichung der Regelungen zur Bestimmung eines Ausnahmetatbestandes“ führen.<sup>63</sup>

Die Abschaffung des § 136b Absatz 5 SGB V wird vom Bundesrat abgelehnt. Dies beschloss der Bundesrat in seiner 1000. Sitzung am 12. Februar 2021 mehrheitlich. Dieser sieht den Ländern damit jede Möglichkeit genommen, flexibel zu reagieren. Nicht immer ist nach Ansicht des Bundesrates das Unterschreiten der Mindestmengenanforderungen allein durch das Krankenhaus verschuldet. Obwohl Mindestmengen grundsätzlich befürwortet werden, fordert er in Einzelfällen eine Ausnahme nach Prüfung durch das Land, um die Behandlung von komplexen und seltenen Krankheitsbildern weiterhin zu ermöglichen. Bei Entfallen der Abweichungskompetenz der Länder sieht der Bundesrat die flächendeckende Versorgung, insbesondere in Flächenländern, als gefährdet an. Auch würde die Planungskompetenz der Länder in den Leistungsbereichen, für die es Mindestmengen gibt, faktisch unterlaufen, was einen außerordentlichen Eingriff in die verfassungsrechtlich den Ländern zustehende Krankenhausplanungskompetenz darstellte.<sup>64</sup>

Die Qualität wird von den angehörten Krankenkassen häufig als das maßgebliche Kriterium gesehen, auch wenn eine höhere Qualität häufig weitere Wege bedeutet. Zur Sicherstellung von guter Qualität werden einheitliche, flächendeckend gültige und verbindlich einzuhaltende Qualitätskriterien gefordert, die auch im Krankenhausplan Mecklenburg-Vorpommern verstärkt Berücksichtigung finden sollen. Insbesondere wird die Einhaltung der vorgegebenen Mindestmengen als notwendig zur Erreichung einer hohen Qualität gesehen. Diesbezüglich wird die Zentrierung bestimmter Leistungen gefordert.<sup>65</sup>

Als Kriterien für eine gute Versorgung nennt die AOK Nordost die Verfügbarkeit, die Erreichbarkeit, die Ausrichtung der Behandlungsergebnisse auf Heilung, Verbesserung, Stabilisierung oder palliative Begleitung, die Bedarfsorientierung als Handlungsmaxime sowie die Ermittlung von Qualitätsindikatoren mittels Routinedaten in Zusammenarbeit von Kliniken, Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassen.<sup>66</sup> Die Ärztekammer MV fordert eine Orientierung an den Kriterien der Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations aus dem Jahr 1988, wonach die medizinische Versorgung anhand ihrer Zugänglichkeit, Angemessenheit, Stetigkeit, Koordination, Wirksamkeit unter Idealbedingungen, Wirksamkeit der Versorgungspraxis, Effektivität, Wirtschaftlichkeit, Patientenorientierung, Sicherheit der

<sup>62</sup> Bundestagsdrucksache 19/26822 vom 19. Februar 2021.

<sup>63</sup> Bundestagsdrucksache 19/26822 vom 19. Februar 2021, S. 91 f.

<sup>64</sup> Bundesratsdrucksache 12/21 vom 12. Februar 2021, S. 5 f.

<sup>65</sup> Stellungnahme der AOK zur 4. Sitzung am 09.09.2020, S. 1, Kommissionsdrucksache 7/11, S. 9; Stellungnahme der TK zur 4. Sitzung am 09.09.2020, S. 1, Kommissionsdrucksache 7/11, S. 125; Stellungnahme der BARMER zur 4. Sitzung am 09.09.2020, S. 2, Kommissionsdrucksache 7/11, S. 38; Stellungnahme des vdek zur 4. Sitzung am 09.09.2020, S. 1 f., Kommissionsdrucksache 7/11, S. 181.

<sup>66</sup> Stellungnahme der AOK zur 4. Sitzung am 09.09.2020, S. 2, Kommissionsdrucksache 7/11, S. 10.

Versorgungsumgebung und Rechtzeitigkeit beurteilt wird.<sup>67</sup> Die Kassenärztliche Vereinigung MV und die Universitätsmedizin Greifswald sprechen sich dafür aus, bei der Umsetzung der Qualitätsparameter des G-BA die besonderen infrastrukturellen und demografischen Eigenheiten und Voraussetzungen einer Region zu beachten und teilweise individuelle Regelungen auf Landesebene zu treffen, die die Vorgaben des G-BA modifizieren.<sup>68</sup>

ENTWURF

<sup>67</sup> Stellungnahme der ÄKMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 2 f., Kommissionsdrucksache 7/15, S. 180 f.

<sup>68</sup> Stellungnahme der KVMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 16, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 28; Stellungnahme der UMG zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 16, Kommissionsdrucksache 7/13, S. 30.

## C.2.2 Patientenbeteiligung

Die Zusammenarbeit mit den Patientinnen und Patienten ist ein wichtiger Baustein, um eine qualitativ hochwertige und patientenzentrierte Versorgung erreichen zu können. Um die Versorgung am Patienten ausrichten zu können, müssen diese mit in Entscheidungen rund um die medizinische Versorgung einbezogen werden. Eine Beteiligung ist auch insbesondere zur Aufklärung und zukünftigen Vermeidung von Behandlungsfehlern erforderlich. So tragen Patientenbefragungen zu einer Qualitätssicherung und -verbesserung sowie einer patientenorientierten Weiterentwicklung des Versorgungsangebotes bei.

Um ihre Forderungen und Ziele mit Nachdruck verfolgen und durchsetzen zu können, haben sich Patientinnen und Patienten in **Patientenorganisationen** organisiert. Dies ermöglicht ihnen auch, nicht nur für sich, sondern auch für andere Betroffene zu sprechen. Erste Zusammenschlüsse von Betroffenen gab es bereits während des Ersten Weltkrieges und zu DDR-Zeiten. 1990 erfolgten dann die ersten Gründungen von Landesverbänden in Mecklenburg-Vorpommern.

Patientenorganisationen sind in den meisten Fällen als eingetragener Verein organisiert, sodass gewisse Transparenzpflichten hinsichtlich der erhaltenen Zuwendungen und Ausgaben bestehen. Die Organisationen sind nahezu ausschließlich ehrenamtlich tätig. Jede Patientenorganisation stellt für sich eine Solidargemeinschaft dar. Die Organisation erfolgt über Gruppen, Ortvereine/Ortsverbände, Landesverbände, Bundesorganisationen, europaweit und auch weltweit in Patientennetzwerken. Um die verschiedenen Organisationen im Land zu verknüpfen, wurde 1993 der Dachverband der Selbsthilfeorganisationen, der heutige SELBSTHILFE MV e. V., gegründet. Die originäre Selbsthilfe und damit die Hilfe von Betroffenen für Betroffene, wird in Mecklenburg-Vorpommern vor allem von der SELBSTHILFE MV mit 230 Ortsgruppen und -vereinen und 25 Landesverbänden mit circa 15.000 Mitgliedern betrieben. Zudem sind zwei weitere Patientenorganisationen mit 10 bis 15 Ortsgruppen und -vereinen und etwa 900 Mitgliedern im Land, die nicht Mitglied in der SELBSTHILFE MV sind, tätig. Des Weiteren gibt es „freie“ Gruppen und Einzelkämpfer, die sich keiner Gruppe angeschlossen haben.

Auf Bundesebene ist der Dachverband Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE mit mittlerweile 120 Bundesverbänden, 12 Landesstrukturen und sieben Fachgesellschaften aktiv. In diesen organisieren sich mehr als eine Million Betroffene in über 6.000 örtlichen Gruppen und Vereinen. Selbsthilfe erfolgt zudem bei Wohlfahrtsverbänden, Sozialverbänden und „freien“ Organisationen sowie durch die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen mit ihrem Dachverband, der NAKOS.

Ziel der Organisationen ist jeweils die gemeinsame Vertretung von Patienteninteressen gegenüber der Politik, der Verwaltung, Kostenträgern und Leistungserbringern. Die Unterstützungsleistungen für die Betroffenen, ihre Angehörigen, die Öffentlichkeit sowie Entscheidungsträger umfassen dabei Aufklärung, Beratung und Information.

Patientinnen und Patienten erwarten eine zeit- und wohnortnahe Behandlung sowie von der Ärzteschaft eine gewisse Zugewandtheit und eine hohe Versorgungs- und Servicequalität nach dem aktuellen Stand. Auskünfte der Ärzte müssen für Patientinnen und Patienten verständlich sein. Diese wollen über Behandlungsalternativen informiert und in die Entscheidungsfindung

miteinbezogen werden. Eine Beteiligung der Interessenvertretungen sowie Verhandlungen sollten dabei auf Augenhöhe erfolgen.<sup>69</sup>

Vertreter der Patientenorganisationen werden im deutschen Gesundheitssystem an mehreren Stellen miteinbezogen und an Entscheidungen beteiligt. Sie sind in allen Gremien vertreten, in denen der Gesetzgeber dies nach § 140 f SGB V vorsieht. In diesen Gremien haben sie unterschiedliche ausgestaltete Mitwirkungs- und Mitbestimmungsrechte. So steht den für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen im Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 91 SGB V und in der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20 e Absatz 1 SGB V ein Mitberatungsrecht zu. Bei bestimmten Beschlüssen des G-BA haben die Organisationen zudem das Recht, Anträge zu stellen. Die auf Landesebene für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen erhalten beispielsweise in den Landesausschüssen nach § 90 SGB V, dem gemeinsamen Landesgremium nach § 90a SGB V und bei bestimmten Entscheidungen in den Zulassungsausschüssen nach § 96 SGB V ein Mitberatungsrecht.

Durch die Krankenkassen und ihre Verbände werden gemäß § 20 h Abs. 1 SGB V Selbsthilfegruppen und -organisationen gefördert, die sich der gesundheitlichen Prävention oder der Rehabilitation von Versicherten verschrieben haben. Diese Förderung gilt nur für bestimmte, durch den Spitzenverband der Krankenkassen auf Bundesebene festgelegte Krankheitsbilder.

Der Gesetzgeber hat mit dem Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) den Anspruch gesetzlich versicherter Patienten auf ein **Entlassmanagement** eingefügt. Gemäß § 39 Absatz 1 a SGB V umfasst die Krankenhausbehandlung ein Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung. Umfasst sind alle Leistungen, die für die Versorgung nach einer Krankenhausbehandlung erforderlich sind, wie insbesondere eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung, die Stellung einer Haushaltshilfe und die Erbringung einer Kurzzeitpflege. Das Entlassmanagement umfasst auch die Verordnung einer erforderlichen Anschlussversorgung durch eine Behandlung in einem anderen Krankenhaus. Das Krankenhaus kann durch Vereinbarung Aufgaben des Entlassmanagements auf andere Leistungserbringer wie Ärzte oder Medizinische Versorgungszentren übertragen. Der Versicherte hat gegenüber seiner Krankenkasse einen Anspruch auf Unterstützung des Entlassmanagements.

In der Praxis haben noch nicht alle Krankenhäuser ein Entlassmanagement etabliert bzw. dieses in ihre regelhaften Abläufe übernommen. Damit entstehen weiterhin Versorgungsbrüche nach der Entlassung von Patientinnen und Patienten aus der stationären Krankenhausversorgung. Dies erschwert und verzögert die Inanspruchnahme von Anschlussbehandlungen bzw. den Übergang in die eigene Häuslichkeit und steht der Überwindung von Sektorengrenzen entgegen.<sup>70</sup>

<sup>69</sup> Protokoll der 16. Sitzung der Enquete Kommission vom 24. März 2021, S. 6 ff., Beitrag Schießer.

<sup>70</sup> Stellungnahme der AOK zur 4. Sitzung am 09.09.2020; Kommissionsdrucksache 7/11, S. 14.

Die Orientierung am Patientenwohl sowie die Stärkung der Patientensouveränität, insbesondere durch umfassende und verständliche Informationsmöglichkeiten, werden als äußerst wichtig angesehen.<sup>71</sup>

Die SELBSTHILFE MV stellte dazu bereits einen konkreten Forderungskatalog auf:

- ähnliche Patientenbeteiligungsverordnung wie auf Bundesebene, um klar zu regeln, wer konkret für welche Gremien und in welcher Form seine Vertreter benennen dürfe.
- Patientenfürsprecher oder Patientenbeauftragte
- Patientenbeschwerdestellen in Mecklenburg-Vorpommern
- Barrierefreiheit als Standard
- Patientenorientierung als Maßstab für Qualität
- Förderung der spezialisierten Versorgung bei komplexen Beeinträchtigungen und seltenen Erkrankungen
- stärkere Aus- und Fortbildung bei den Gesundheitsberufen mit der Zielstellung der Patientenorientierung.
- Schulung von Patientinnen und Patienten – etwa an Volkshochschulen – damit sich diese besser im Gesundheitssystem zurechtfinden und ihre Bedürfnisse besser darstellen können.<sup>72</sup>

<sup>71</sup> Stellungnahme der DAK zur 4. Sitzung am 09.09.2020, S. 9 f., Kommissionsdrucksache 7/11, S. 92 f.; Stellungnahme der BARMER zur 4. Sitzung am 09.09.2020, S. 14, Kommissionsdrucksache 7/11, S. 50.; Stellungnahme Augursky/Pilny zur 8. Sitzung am 21.10.2020, S. 7, Kommissionsdrucksache 7/47, S. 162.

<sup>72</sup> Protokoll der 16. Sitzung der Enquete Kommission vom 24. März 2021, S. 29 ff., Beitrag Schießer.

### C.2.3 Versorgungsplanung

Die gesundheitliche Versorgung gliedert sich gegenwärtig in drei wesentliche Bereiche: Die Primärversorgung (ambulante Behandlung durch niedergelassene Ärzte), die Akutversorgung (stationäre Versorgung im Krankenhaus) und die Rehabilitation.<sup>73</sup> Die vollstationäre Versorgung erfolgt im Krankenhaus, insofern eine ambulante oder teilstationäre medizinische Versorgung nicht ausreicht. Nach Aussagen des Gutachtens sollte bei der Versorgung stets der Grundsatz „digital vor ambulant vor stationär“ gelebt werden.<sup>74</sup>

#### C.2.3.1 Stationäre Versorgung

Krankenhausplanung ist gemäß Art. 30, 70 Grundgesetz (GG) Ländersache. Es handelt sich dabei um eine Raumplanung, bei der Krankenhäuser so in der Fläche positioniert werden, dass eine Zielfunktion maximiert wird. Diese Zielfunktion ist in der Regel die Kombination der gegensätzlichen Ziele Gerechtigkeit und Effizienz. Zum einen soll eine möglichst gleichmäßige Versorgung der Bevölkerung sichergestellt werden (Gerechtigkeit), zum anderen sollen die Krankenhäuser so im Raum verteilt werden, dass die Gesamtkosten der Versorgung minimiert werden (Effizienz). Das Streben nach Gerechtigkeit führt zu vielen kleinen Krankenhäusern, während das Effizienzziel in der Regel ein oder wenige Zentren bevorzugt. Die Landeskrankenhausplanung versucht den bestmöglichen Kompromiss zwischen diesen beiden Zielen umzusetzen.<sup>75</sup>

Als operative Grundlage dienen eine Bedarfs- und Krankenhausanalyse. Die Bedarfsanalyse stellt auf den Bedarf der Bevölkerung an Krankhausbetten ab.<sup>76</sup> Als Instrument zur Ermittlung wird überwiegend die Hill-Burton-Formel (HBF)<sup>77</sup> verwendet.<sup>78</sup> Die Krankenhausanalyse beschreibt die vorhandenen Strukturmerkmale der Versorgung in den Krankenhäusern, die bereits in den Krankenhausplan aufgenommen worden sind bzw. werden sollen. Im Krankenhausplan wird letztlich festgelegt, durch welche Krankenhäuser der ermittelte Bedarf gedeckt werden soll. Diese bekommen per Feststellungsbescheid mitgeteilt, dass sie einen Versorgungsauftrag übernehmen dürfen. Es handelt sich dann um Plankrankenhäuser, mit denen die Krankenkassen kontrahieren müssen. Kliniken werden nach ihrem Leistungsumfang, d. h. der Intensität der möglichen Patientenversorgung, in vier verschiedene Versorgungsstufen eingeteilt: in Häuser der Grund-, Regel-, Schwerpunkt- und Maximalversorgung.<sup>79</sup>

In Mecklenburg-Vorpommern wurden 1992, 1997, 1999 und 2005 Krankenhauspläne verabschiedet. Der ab 1. Januar 2012 geltende Krankenhausplan löst auf Grundlage von § 9 des am 18. Mai 2011 vom Landtag Mecklenburg-Vorpommern verabschiedeten Krankenhausgesetzes für das Land Mecklenburg-Vorpommern (LKHG MV) den Vierten Krankenhausplan aus dem Jahr 2005 ab. Der Krankenhausplan wurde vom Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit in enger Zusammenarbeit mit den an der Krankenhausplanung Beteiligten erstellt.<sup>80</sup> Beteiligt sind die Landesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen, der Landesausschuss des Verbandes der

<sup>73</sup> Bundesministerium für Gesundheit (2019): Krankenhauslandschaft.

<sup>74</sup> Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 9.

<sup>75</sup> FleBa 2018, S. 52.

<sup>76</sup> Garre, Schliemann und Schönbach 2015.

<sup>77</sup> HBF:  $\text{Bettenbedarf} = (\text{Einwohnerzahl} * \text{Krankenhausthäufigkeit} * \text{Verweildauer} * 100) / (1.000 * \text{Bettennutzungsgrad} * 365 \text{ Tage})$

<sup>78</sup> SVR zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014, S. 165.

<sup>79</sup> Garre, Schliemann und Schönbach, K.-H., 2015.

<sup>80</sup> Landeskrankenhausplan Mecklenburg-Vorpommern, 2020, S. 4.

Privaten Krankenversicherung, die Krankenhausgesellschaft des Landes und die Kommunalen Landesverbände.<sup>81</sup> Dieser Planungsausschuss hat jedoch nur eine beratende Funktion.<sup>82</sup> Der Krankenhausplan weist (Stand November 2020) 10.142 Planbetten und 1.436 tagesklinische Plätze aus, die sich auf 37 Krankenhausstandorte verteilen. Insgesamt gibt es 40 Standorte, an denen die akutstationäre Versorgung stattfindet. Unter diesen befinden sich zehn Fachkliniken. In Mecklenburg-Vorpommern gibt es vier Maximalversorger: die beiden Universitätskliniken Rostock und Greifswald sowie das Dietrich-Bonhoeffer-Krankenhaus in Neubrandenburg und HELIOS Schwerin (**Abbildung 3**).

**Abbildung 3: Übersicht Krankenhausstandorte in Mecklenburg-Vorpommern**



Anmerkung: Die gekennzeichneten Standorte umfassen 35 Krankenhäuser und fünf Fachkliniken.

Quelle: G-BA 2020, Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit des Landes Mecklenburg-Vorpommern (2020), Darstellung aus dem Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 28.

Die Rechtsgrundlagen bilden das Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz-KHG), das Krankenhausgesetz für das Land Mecklenburg-Vorpommern (LKHG MV) sowie das Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) in der jeweils geltenden Fassung.<sup>83</sup> Gemäß § 1 Absatz 1 S.1 KHG wird der Zweck verfolgt, „eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung des Landes Mecklenburg-Vorpommern mit leistungsfähigen, wirtschaftlich gesicherten, sparsam und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern sicherzustellen sowie zu sozial tragbaren Entgelten beizutragen.“ § 9 Abs. 1 LKHG MV präzisiert und ergänzt den planerischen Sicherstellungsauftrag und das Nähere zur Investitionsförderung. So sind insbesondere „die Qualität und Sicherstellung der Versorgung zu beachten.“

<sup>81</sup> Stellungnahme der KGMV zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 1, Kommissionsdrucksache 7/14, S. 11.

<sup>82</sup> Garre, Schliemann und Schönbach 2015.

<sup>83</sup> Landeskrankenhausplan Mecklenburg-Vorpommern 2020, S. 4.

Der Krankenhausplan wird gemäß § 9 Absatz 1 S. 1 LKHG MV entsprechend der tatsächlichen Bedarfsentwicklung regelmäßig fortgeschrieben. Dabei wird auf die Rahmenbedingungen wie Bevölkerungszahl und -struktur, Morbidität, neue Methoden von Diagnostik und Therapie, neue Organisationsformen zur Leistungserbringung oder die gesetzlichen Grundlagen abgestellt. Insbesondere die demographische Entwicklung hat in den vergangenen Jahren Einfluss auf die Krankenhausplanung genommen.<sup>84</sup> Die Fortschreibung der Krankenhauspläne der Länder erfolgt jährlich.<sup>85</sup>

Gemäß § 9 Absatz 1 S. 1 LKHG MV ist die Krankenhausplanung als Rahmenplanung angelegt. Damit wird grundsätzlich darauf verzichtet, den Versorgungsauftrag für die hiervon umfassten Krankenhäuser bis ins Detail festzulegen. Die planerischen Bestimmungen betreffen insbesondere

- den Standort des Krankenhauses und gegebenenfalls die Standorte seiner Betriebsstätten,
- die bedarfsgerechten Fachabteilungen des Krankenhauses und
- die Gesamtplanbettenzahl des Krankenhauses.<sup>86</sup>

Hinsichtlich der Einwohnerzahl besitzt Mecklenburg-Vorpommern eine leicht überdurchschnittliche Zahl an Krankenhausstandorten. Auf seine Fläche bezogen weist das Land dagegen die wenigsten Standorte auf: 17 Standorte auf 10.000 km<sup>2</sup>. Bundesweit liegt der Durchschnitt bei 56. Nach deutschen Verhältnissen besteht folglich kaum weiteres Zentralisierungspotential der Krankenhausstruktur. Allerdings gibt es auch Länder mit einer deutlich geringeren Krankenhausedichte. So weist Dänemark auf 10.000 km<sup>2</sup> nur sechs Standorte auf. Das zeigt, dass es Versorgungsstrukturen geben muss, die eine stärkere Zentralisierung grundsätzlich ermöglichen.

Mecklenburg-Vorpommern weist eine leicht überdurchschnittliche Anzahl an Krankenhausbetten je Krankenhaus auf, was sich auf die Altersstruktur der Bevölkerung zurückführen lässt. Insgesamt werden jährlich rund 420.000 Patienten stationär versorgt. Davon entfallen circa zwei Drittel auf die Basisversorgung.<sup>87</sup>

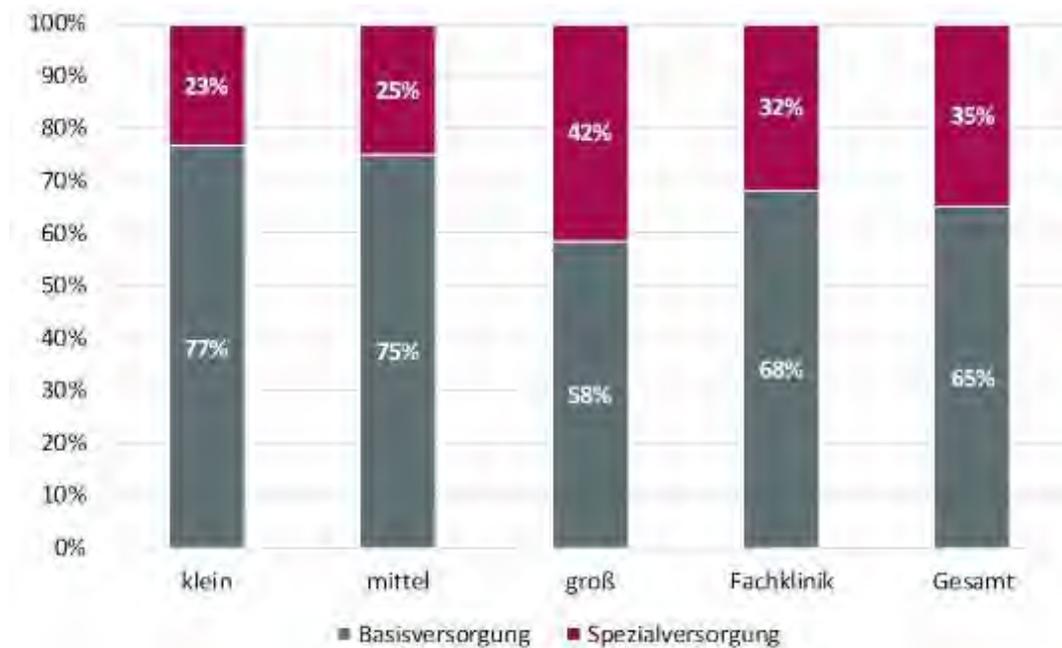
Seit 2014 stagniert die Anzahl stationärer Fälle in Mecklenburg-Vorpommern. Die Hospitalisierungsrate lag im Jahr 2018 mit etwa 25,6 stationären Fällen je 100 Einwohner höher als im Bundesdurchschnitt (23,4). Abbildung 2 zeigt, wie sich die erbrachten Leistungen der Basis- und Spezialversorgung im Jahr 2018 auf die Krankhaustypen aufteilen. Durchschnittlich entfallen 65 Prozent aller Fälle auf die Basis- und 35 Prozent auf die Spezialversorgung (**Abbildung 4**).

<sup>84</sup> Landeskrankenhausplan Mecklenburg-Vorpommern 2020, S. 6.

<sup>85</sup> SVR zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014, S.163.

<sup>86</sup> Landeskrankenhausplan Mecklenburg-Vorpommern 2020, S. 9.

<sup>87</sup> Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 75.

**Abbildung 4: Stationäre Fälle nach Versorgungsart und Krankenhausgröße (2018)**

Quelle: G-BA 2020, Darstellung aus dem Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 30.

In Mecklenburg-Vorpommern gibt es insbesondere hinsichtlich der Frauenheilkunde und Geburtshilfe viele kleine Standorte. Die Schwierigkeiten, mit denen insbesondere kleine Standorte konfrontiert werden, werden sich in Zukunft durch die veränderte Demografie und die Ambulantisierung weiter verschärfen.<sup>88</sup>

Zudem befinden sich in Mecklenburg-Vorpommern 60 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Diese sind in jeweils unterschiedlicher Trägerschaft.<sup>89</sup>

Spezialisierte Leistungen können häufig nur in großen Zentren angeboten werden, da naturgemäß nur dort die entsprechende Ausstattung und die erforderlichen Fachkräfte vorgehalten werden. Wichtig wird deshalb sein, wie der bestmögliche Kompromiss mit einer wohnortnahen Grund- und Notfallversorgung einerseits und (teils wohnortferneren) Spezialleistungen andererseits erreicht werden kann. Es spielt auch eine Rolle, welche Instrumente zur Distanzüberbrückung dienen können und welches maximale Zeitfenster als vertretbar angesehen wird. Abhängig ist die Beantwortung dieser Fragen von medizinischen Aspekten, aber auch von den vorhandenen finanziellen und personellen Ressourcen der Gesundheitsversorgung.<sup>90</sup> In den Anhörungen wurde eine weitere Zentralisierung und Spezialisierung von dafür geeigneten Leistungen durch die Krankenkassen<sup>91</sup>, Universitätskliniken<sup>92</sup> und externen Experten<sup>93</sup> befürwortet. So könnte eine deutlich bessere

<sup>88</sup> Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 64.

<sup>89</sup> Tourismusverband Mecklenburg-Vorpommern e. V., Rehakliniken in Mecklenburg-Vorpommern, unter: <https://www.auf-nach-mv.de/gesundheitsurlaub-rehakliniken> (abgerufen am 19. Mai 2021).

<sup>90</sup> Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 27 ff.

<sup>91</sup> Kommissionsdrucksache 7/11.

<sup>92</sup> Kommissionsdrucksache 7/13.

<sup>93</sup> Stellungnahme Dr. Oling zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 4, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 118; Protokoll der 8. Sitzung der Enquete-Kommission vom 21. Oktober 2020, S. 13, Beitrag Hoffman u. S. 21, Beitrag Busse.

Versorgung ermöglicht werden als durch eine kleinteilige Krankenhausstruktur.<sup>94</sup> Voraussetzung sei allerdings die Erhöhung der Rettungskapazitäten.<sup>95</sup> Dabei kann ein Beibehalten der während der COVID-19-Pandemie entwickelten Cluster-Strukturen in der Krankenhauslandschaft zielführend sein. Eine Zentralisierung muss stets gut abgestimmt werden und durch eine gut ausgeprägte Kooperation der einzelnen Krankenausstandorte untereinander begleitet sein.

Die Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern stellte fest, die hochspezialisierte medizinische Versorgung kann nicht dem ambulanten Sektor zugeordnet werden, sondern muss in entsprechenden stationären Versorgungszentren erfolgen. Einen sektorenübergreifenden Versorgungsansatz hier einzurichten, ist nicht umsetzbar.<sup>96</sup>

Der G-BA legt für bestimmte planbare stationäre Leistungen, bei denen ein Zusammenhang zwischen der Durchführungshäufigkeit und der Behandlungsqualität besteht, auf Basis der verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse Mindestmengen fest. Ziel dieser gesetzgeberischen Maßnahme ist das Ziel, besonders schwierige Eingriffe aus Gründen der Qualitätssicherung nur von solchen Kliniken durchführen zu lassen, deren Ärzte über ausreichend Erfahrung verfügen.<sup>97</sup> Die Vorgaben werden in den fünf nördlichen Landkreisen (Schwerin, Nordwestmecklenburg, Rostock, Rostock Stadt, Vorpommern-Rügen) vollständig erreicht. Die südliche Region (Mecklenburgische Seenplatte, Ludwigslust Parchim) erreicht zwischen 80 und 99 Prozent der Mindestmengenvorgaben. Ein geringer Erreichungsgrad tritt in Vorpommern-Greifswald auf.<sup>98</sup>

Seitens des Gutachtens wird für das gesamte Bundesland Mecklenburg-Vorpommern, wie in **Abbildung 5** dargestellt, ein Rückgang der stationären Fallzahlen bis 2030 erwartet. Die Bevölkerungsentwicklung für sich genommen würde zwar eher zu einer Fallzahlsteigerung – je nach Region – zwischen 5,0 bis 6,4 Prozent führen. Unter Berücksichtigung des ambulanten Potenzials hingegen ist effektiv mit einem Rückgang von 4,4 bis 5,8 Prozent zu rechnen.<sup>99</sup> Wird ausschließlich die Bevölkerungsentwicklung (Demografie) berücksichtigt, ergeben sich für alle Fachabteilungen mit Ausnahme der Frauenheilkunde und Geburtshilfe steigende Fallzahlen (**Abbildung 6**). Unter Berücksichtigung der Möglichkeiten für Ambulantisierung ergeben sich hingegen nur für die Geriatrie und Kardiologie steigende Fallzahlen bis 2030.<sup>100</sup> Insbesondere im chirurgischen Bereich sinkt der stationäre Bedarf dabei auffällig stark.<sup>101</sup> Die erwarteten Veränderungen der Fallzahlen werden sich auch auf die erforderlichen stationären Bettenkapazitäten auswirken.<sup>102</sup>

<sup>94</sup> Protokoll der 10. Sitzung der Enquete-Kommission vom 25. November 2020, S. 20, Beitrag Albrecht.

<sup>95</sup> Protokoll der 8. Sitzung der Enquete-Kommission vom 21. Oktober 2020, S. 16, Beitrag Hoffmann.

<sup>96</sup> s. Kommissionsdrucksache 7/15, S. 28.

<sup>97</sup> G-BA, Mindestmengenregelung, unter: <https://www.g-ba.de/themen/qualitaetssicherung/vorgaben-zur-qualitaetssicherung/vorgaben-mindestmengenregelungen/> (abgerufen am 19. Mai 2021).

<sup>98</sup> Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 31.

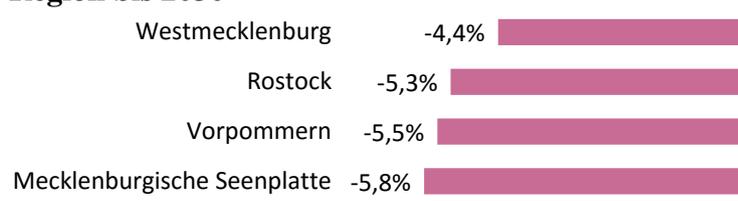
<sup>99</sup> ebd., S. 56.

<sup>100</sup> ebd., S. 57.

<sup>101</sup> ebd., S. 59.

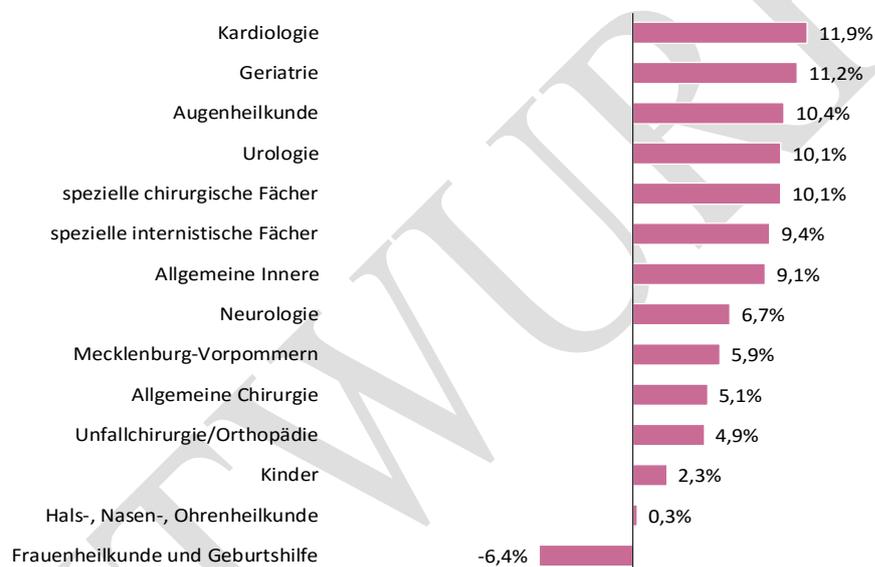
<sup>102</sup> ebd., S. 61.

**Abbildung 5: Erwartete Fallzahlveränderung (Demografie und ambulantes Potenzial) je Region bis 2030**



Quelle: FDZ Ruhr am RWI 2017; Statistisches Bundesamt und Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 56

**Abbildung 6: Erwartete Fallzahlveränderung (nur Demografie) je Fachabteilungscluster bis 2030**



Quelle: FDZ Ruhr am RWI 2017; Statistisches Bundesamt und Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 58

### Abbildung 7: Erwartete Fallzahlveränderung (Demografie und ambulantes Potential) je Diagnosegruppe bis 2030



Quelle: Statistisches Bundesamt 2018 und Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 55.

Insbesondere die Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie die Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde sind von einem starken Fallzahlrückgang betroffen (**Abbildung 7**). Das führt zu enormen Herausforderungen, da somit die Vorhaltekosten für die Krankenhausversorgung immer schlechter erwirtschaftet werden können. Es gibt bereits viele kleine Krankenhausstandorte im Land und die wirtschaftliche Lage dürfte sich bei einer Fortschreibung des Status quo zukünftig verschlechtern. Auch die ärztliche Ausbildung kann ohne die erforderliche Zahl an Eingriffen nicht gewährleistet werden.<sup>103</sup>

Laut der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern stellen fehlende Fachkräfte derzeit die größte Herausforderung für die stationäre Versorgung dar.<sup>104</sup>

Das Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“ empfiehlt bei der Krankenhausversorgung in Mecklenburg-Vorpommern eine stärkere Zentralisierung und Schwerpunktbildung. Diese würde zu größeren Fallzahlen in den einzelnen Kliniken führen, wodurch die medizinische Qualität gesteigert und die Vorhaltekosten einfacher refinanziert werden könnten. Gleichzeitig würden sich jedoch die Erreichbarkeiten für einige Versorgungsbereiche verlängern.<sup>105</sup> Nur in Einzelfällen muss hinterfragt werden, ob ein Krankenhaus an dem jetzigen Standort langfristig erforderlich sein wird. Bei hochspezialisierten Fachkliniken stellt sich die Frage, ob gegebenenfalls sogar eine trägerübergreifende Integration ermöglicht werden kann. Auch auf überregionaler Ebene sind Kooperationen nötig, um Spezialangebote landesweit abzustimmen.<sup>106</sup> Bei Investitionen in

<sup>103</sup> Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 55 ff.

<sup>104</sup> Stellungnahme der KGMV zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 1, Kommissionsdrucksache 7/14, S. 11.

<sup>105</sup> Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 86.

<sup>106</sup> ebd., S. 87.

Neu- und Umbauten sollte stets eine flexible Bauweise gewählt werden, um Entwicklungen hinsichtlich der Ambulantisierung und Digitalisierung im Laufe der Zeit abbilden zu können.<sup>107</sup>

Hinsichtlich der Finanzierung können abgespeckte DRG in Tageskliniken eine Option sein. Eine Tagesklinik würde weiterhin im Krankenhausplan geführt. Sie würde für tagesklinische, also praktisch ambulante Fälle jedoch die entsprechende DRG abrechnen, die um bettenspezifische Kostenkomponenten bereinigt wären. Damit bliebe für Krankenhäuser der Deckungsbeitrag auch bei ambulanter Leistungserbringung erhalten und Krankenkassen sparten gleichzeitig Kosten.<sup>108</sup>

Die Nachbehandlung nach einem Aufenthalt im Krankenhaus durch niedergelassene Ärzte kann derzeit nicht immer sichergestellt werden. Die Anzahl der Krankenhausbetten darf somit nicht reduziert werden, wenn es nach der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern geht<sup>109</sup>.

In einer gemeinsamen Stellungnahme der Universitätsmedizin Rostock und Greifswald wurde betont, relevante Leistungen müssen an festgelegten Krankenhausstandorten zentralisiert werden. Nur so ist es möglich, die vorhandenen medizinischen Kompetenzen in Mecklenburg-Vorpommern zu sichern und zu erhalten. Dabei kann ein Beibehalten der während der COVID-19-Pandemie entwickelten Cluster-Strukturen in der Krankenhauslandschaft zielführend sein. Eine Zentralisierung muss stets gut abgestimmt werden und durch eine gut ausgeprägte Kooperation der einzelnen Krankenausstandorte untereinander begleitet sein.<sup>110</sup>

Durch das Kommissionsmitglied Dr. med. Andreas Oling wurde in der Funktion als Sachverständiger im Rahmen einer Anhörung die Schaffung von Gemeindegesundheitszentren angeregt. Zudem regte er an, über interdisziplinäre Kurzpflegestationen nachzudenken, um nach stationären oder ambulanten Behandlungen eine weitere Betreuung zu ermöglichen.<sup>111</sup> Eine Forderung nach Kurzzeitpflegeplätzen enthielt auch die Stellungnahme der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern. Dabei wurde jedoch angeregt, mehr Kapazitäten für Kurzzeitpflege in den Krankenhäusern selbst zu schaffen. Darüber hinaus wurden bei der Ausgestaltung der Versorgungsangebote möglichst viel Flexibilität für die Krankenhäuser sowie gerade im ländlichen Raum ein Ausbau der Kapazitäten von Rettungshubschraubern als essentiellen Bestandteil für einen flächendeckenden Notdienst der Krankenhäuser gefordert.<sup>112</sup>

---

<sup>107</sup> ebd., S. 90.

<sup>108</sup> Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 102.

<sup>109</sup> Stellungnahme der ÄKMV zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 8, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 186.

<sup>110</sup> Gemeinsame Stellungnahme der UMR und UMG, S. 3

<sup>111</sup> Protokoll zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 12, Beitrag Dr. Oling.

<sup>112</sup> Stellungnahme der KGMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 8 ff., Kommissionsdrucksache 7/14, S. 18 ff.

### C.2.3.2 Ambulante Versorgung

Ambulante medizinische Versorgung umfasst alle Tätigkeiten des Arztes, die ausreichend und zweckmäßig sind, um Krankheiten zu verhüten, frühzeitig zu erkennen oder zu behandeln. Sie umfasst die hausärztliche, nicht stationäre fachärztliche sowie zahnärztliche Versorgung. Der größte Teil der ambulanten Versorgung wird durch die vertragsärztlichen Leistungen wahrgenommen. Diese vertragsärztliche Versorgung gliedert sich dabei in die hausärztliche und fachärztliche Versorgung sowie die zahnärztliche Versorgung. Nach § 75 Absatz 1 Satz 1 SGB V besteht dabei in Deutschland eine freie Arztwahl im ambulanten Bereich. Die Vertragsärzte innerhalb eines Bundeslandes bilden nach § 77 Absatz 1 SGB V eine Ärztekammer sowie eine Zahnärztekammer, um so die vertragsärztliche Versorgung wahrnehmen zu können.

Die Basis der ambulanten Versorgung in Deutschland ist die Bedarfsplanung der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Der Bedarfsplan wird im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen erstellt<sup>113</sup> und soll gemäß § 101 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB V „eine ausgewogene hausärztliche und fachärztliche Versorgungsstruktur“ sicherstellen. Grundlage bildet die Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA in der Neufassung vom 20.12.2012, zuletzt geändert am 16.05.2019.<sup>114</sup> Der Bedarfsplan umfasst Grundsätze zur regionalen Versorgung, systematische Abweichungen von der Bundesrichtlinie, die Berichterstattung über die fachgruppenspezifischen Versorgungsgrade je Planungsregion sowie Informationen zum barrierefreien Zugang der Versorgung.<sup>115</sup> Ziel ist eine flächendeckende, qualitativ hochwertige und wohnortnahe Versorgung.<sup>116</sup>

Bedarf ist in der ambulanten Versorgungsplanung durch das Verhältnis von Einwohnern zu Ärzten beschrieben und wird mit arztgruppenspezifischen Verhältniszahlen errechnet. Die erstmalig für das Jahr 1990 ermittelten Verhältniszahlen wurden als gewichtete bundesweite Durchschnittswerte für verschiedene Raumtypen und für einen allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad von 100 Prozent normativ festgelegt. Überversorgung liegt bei einem Versorgungsgrad ab 110 Prozent vor, Unterversorgung wird bei unter 75 Prozent für Hausärzte (50 Prozent für Fachärzte) ausgewiesen. Die betroffenen Planungsbereiche werden nicht bedarfsgerecht versorgt.<sup>117</sup>

Es werden vier Versorgungsebenen unterschieden, welche für die Zuordnung der Arztgruppen, den Zuschnitt der Planungsbereiche und demzufolge für die Versorgungsgradfeststellung mittels Verhältniszahlen maßgeblich sind:

1. hausärztliche Versorgung
2. allgemeine fachärztliche Versorgung
3. spezialisierte fachärztliche Versorgung
4. gesonderte fachärztliche Versorgung.

---

<sup>113</sup> KVMV 2013, S. 2.

<sup>114</sup> KVMV 2019, S. 1.

<sup>115</sup> G-BA 2019, S. 8.

<sup>116</sup> Ried 2020, S. 69.

<sup>117</sup> Garre, Schliemann und Schönbach 2015.

Als räumliche Grundlage dienen Planungsbereiche, die auf Einteilungen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) beruhen. Unterschieden wird zwischen:

1. Mittelbereiche, in M-V: 22
2. Kreisregionen (Landkreise, kreisfreie Städte > 100.000 Einwohner), in M-V: 7
3. Raumordnungsregionen, in M-V: 4
4. KV-Region, in M-V: 1.<sup>118</sup>

Die Versorgung mit Hausärzten<sup>119</sup> ist für einen Mittelbereich festgelegt und die Bedarfsplanungsrichtlinie 2012 sieht für das gesamte Bundesgebiet eine Arzt-Einwohner-Verhältniszahl von 1.671 vor.<sup>120</sup> Mittelbereiche stellen Verflechtungsbereiche um ein Mittelzentrum oder einen mittelzentralen Verbund dar, in dem eine ausreichende Versorgung erfolgen soll.<sup>121</sup> Abweichend von der Bedarfsplanungsrichtlinie bilden die Städte Schwerin, Rostock, Greifswald, Neubrandenburg und Stralsund als Oberzentren in ihren Stadtgrenzen eigenständige Planungsbereiche. Mecklenburg-Vorpommern kennzeichnet sich durch eine geringe Besiedlungsdichte, überdurchschnittliche Morbidität und einen sich aus dem steigenden Altersdurchschnitt ergebenden erhöhten Behandlungsbedarf. Um dem Rechnung zu tragen, wird die Allgemeine Verhältniszahl um einen Anpassungsfaktor korrigiert. In Mecklenburg-Vorpommern ergibt sich durch die Abweichungen vom Bundesdurchschnitt bezüglich der Fallzahlen und den Leistungsanforderungen ein um den Faktor von (gerundet) 1,17 erhöhter Behandlungsbedarf. Somit wird die Verhältniszahl 1.425 zur Anwendung gebracht. Diese Verhältniszahl wird jeweils planungsbereichsbezogen mit dem Demografiefaktor der Bundesrichtlinie modifiziert und zur Grundlage der Zulassungsmöglichkeiten gemacht. Ausnahme bilden die dichter besiedelten Oberzentren, in denen die bundeseinheitliche Verhältniszahl (1.671) Anwendung findet.

Planungsbereich für die allgemeine fachärztliche Versorgung ist die kreisfreie Stadt, der Landkreis oder die Kreisregion.<sup>122</sup> Erfasste Arztgruppen sind: Augenärzte, Chirurgen und Orthopäden, Frauenärzte, Hautärzte, HNO-Ärzte, Nervenärzte, Psychotherapeuten, Urologen und Kinder- und Jugendärzte. Zur Festlegung der Basis-Verhältniszahlen werden die Planungsbereiche sechs raumordnungsspezifischen Planungskategorien zugeordnet. Grundlage der Typisierung ist das Konzept der Großstadregionen des BBSR.<sup>123</sup>

- Regionstyp 1: Stark mitversorgend (z. B. Stadt Rostock)
- Regionstyp 2: Mitversorgend und mitversorgt (z. B. Kreis Esslingen)
- Regionstyp 3: Stark mitversorgt (z. B. Kreis Bad Doberan)
- Regionstyp 4: Mitversorgt (z. B. Kreisregion Schwerin/Nordwestmecklenb.)
- Regionstyp 5: Eigenversorgt (z. B. Kreisregion Greifswald/Ostvorpommern)
- Regionstyp 6: Polyzentrischer Verflechtungsraum (früher: Ruhrgebiet)<sup>124</sup>

<sup>118</sup> G-BA 2019, S. 8 f.; Ried 2020, S. 71.

<sup>119</sup> Definition von Hausärzten siehe § 101 Abs. 5 SBG V.

<sup>120</sup> KVMV 2013, S. 20.

<sup>121</sup> BBSR, Laufende Raumbbeobachtung – Raumabgrenzungen , unter:

<https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/forschung/raumbbeobachtung/Raumabgrenzungen/deutschland/regionen/bbsr-mittelbereiche/Mittelbereiche.html> , (abgerufen am 19. Mai 2021).

<sup>122</sup> KVMV 2013, S. 20 ff.

<sup>123</sup> G-BA 2019, S. 14 f.

<sup>124</sup> Ried 2020, S. 73.

Die Allgemeinen Verhältniszahlen (ein Arzt je Anzahl Einwohner) bestimmen sich wie folgt:

**Tabelle 6:** Allgemeine Verhältniszahlen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung.

	Typ 1	Typ 2	Typ 3	Typ 4	Typ 5	Typ 6
Augenärzte	12.463	18.817	23.003	20.605	19.221	19.013
Chirurgen und Orthopäden	9.071	14.007	16.864	15.903	14.632	13.466
Frauenärzte <sup>125</sup>	3.853	5.800	6.819	6.576	6.237	5.734
Hautärzte	21.205	34.886	41.839	40.963	39.124	34.917
HNO-Ärzte	17.371	26.480	33.878	32.503	31.222	24.898
Nervenärzte	13.454	20.613	24.773	23.561	22.307	20.201
Psychotherapeuten	3.171	5.313	6.385	6.073	5.750	5.207
Urologen	26.206	41.597	48.633	45.621	43.427	34.248
Kinder- und Jugendärzte <sup>126</sup>	2.043	2.862	2.862	2.862	2.862	2.862

Quelle: G-BA, 2019, S. 15, eigene Darstellung.

Planungsbereich für die spezialisierte fachärztliche Versorgung ist die Raumordnungsregion. Davon kann nach § 99 Absatz 1 S. 3 SGB V zum Zwecke einer homogenen und stabilen Versorgung für einzelne Arztgruppen abgewichen werden. Davon wird in Mecklenburg-Vorpommern Gebrauch gemacht und es findet die Abgrenzung des Ministeriums für Energie, Infrastruktur und Digitalisierung mit Stand vom 1. Januar 2012 Anwendung (dortige Bezeichnung: Planungsregionen). Die Abweichung erfolgt aufgrund des aktuelleren Standes der Landesdaten und umfasst nur eine Anpassung bei den Gebietszuordnungen zu den Raumordnungsregionen „Mecklenburgische Seenplatte“ und „Vorpommern“ gegenüber den Grundlagen des BBSR.<sup>127</sup> Die spezialisierte fachärztliche Versorgung umfasst die Anästhesisten, Fachinternisten, Kinder- und Jugendpsychiater und Radiologen.<sup>128</sup>

Die Allgemeinen Verhältniszahlen bestimmen sich wie folgt:

**Tabelle 7:** Allgemeine Verhältniszahlen der spezialisierten fachärztlichen Versorgung.

Anästhesisten	45.974
Radiologen	48.688
Fachinternisten	14.437
Kinder- und Jugendpsychiater	16.895

Quelle: G-BA 2019, S. 17, eigene Darstellung.

Planungsbereich für die die gesonderte fachärztliche Versorgung ist der KV-Bezirk einschließlich des Amtes Neuhaus.<sup>129</sup> Umfasst sind die Arztgruppen der Humangenetiker, Laborärzte, Neurochirurgen, Nuklearmediziner, Pathologen, Physikalische- und Rehabilitations-Mediziner, Strahlentherapeuten und Transfusionsmediziner.<sup>130</sup>

<sup>125</sup> Verhältniszahl bezieht sich auf die weibliche Bevölkerung.

<sup>126</sup> Verhältniszahl bezieht sich auf die minderjährige Bevölkerung.

<sup>127</sup> KVMV 2013, S. 22 f.

<sup>128</sup> G-BA 2019, S. 17.

<sup>129</sup> KVMV 2013, S. 23.

<sup>130</sup> G-BA 2019, S. 19.

Die Allgemeinen Verhältniszahlen bestimmen sich wie folgt:

**Tabelle 8:** Allgemeine Verhältniszahlen der gesonderten fachärztlichen Versorgung.

Humangenetiker	564.074
Laborärzte	92.104
Neurochirurgen	143.612
Nuklearmediziner	105.788
Pathologen	108.676
Physikalische und Rehabilitations-Mediziner	152.775
Strahlentherapeuten	151.557
Transfusionsmediziner	1.198.806

Quelle: G-BA 2019, S. 19, eigene Darstellung.

Stellt der Landesauschuss in einer Planungsregion Überversorgung fest (Versorgungsgrad ab 110 Prozent) erfolgt als zentrale Maßnahme die Anordnung von Zulassungsbeschränkungen. Endet die Zulassung eines Vertragsarztes *kann* die Nachbesetzung abgelehnt werden. Dann muss der Arztsitz von der KV aufgekauft werden. Ab einem Versorgungsgrad von 140 Prozent *soll* die Nachbesetzung abgelehnt werden, sofern keine Versorgungsgründe dagegensprechen.

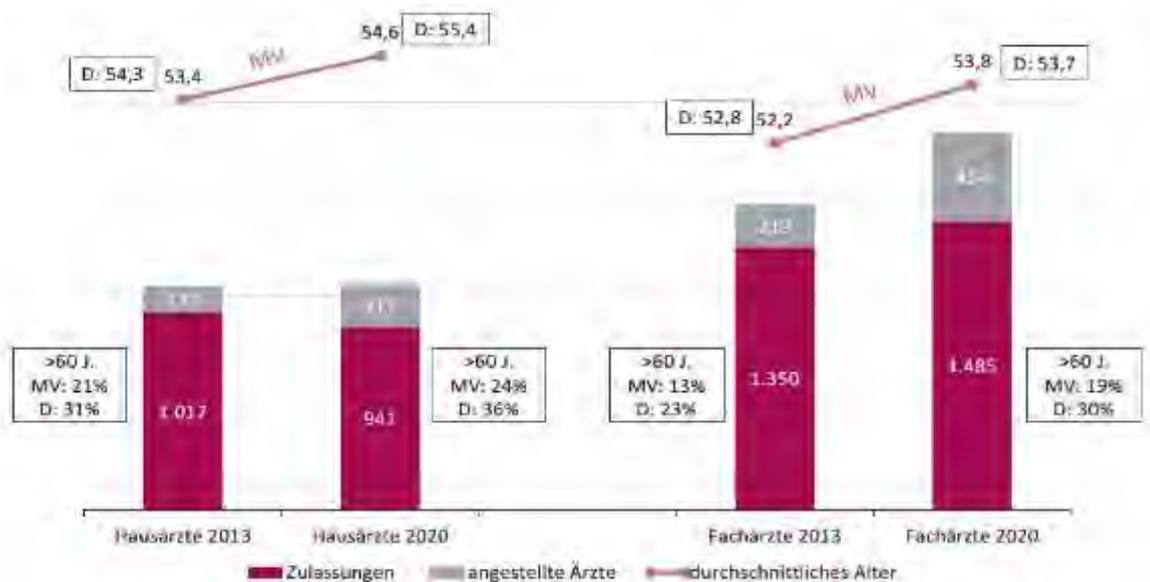
Unterversorgung liegt vor, wenn bei Hausärzten der Versorgungsgrad unter 75 Prozent, ansonsten unter 50 Prozent liegt. Drohende Unterversorgung ist anzunehmen, wenn eine entsprechende Verringerung der Zahl der Ärzte zu erwarten ist. Das ist insbesondere bei einer ungünstigen Altersstruktur der Fall. Die betreffende KV kann als Maßnahmen Zulassungsbeschränkungen in anderen Planungsbereichen und die Förderung der Niederlassung im unterversorgten Bereich beschließen.<sup>131</sup> Die vorgesehenen Möglichkeiten sind in § 105 SGB V präzisiert. In Mecklenburg-Vorpommern wird in den entsprechenden Regionen durch die KVMV und den Krankenkassen die Förderung durch Sicherstellungszuschläge, Investitionskostenzuschüsse und Förderungen aus dem Strukturfonds genutzt.<sup>132</sup>

Wie in **Abbildung 8** dargestellt, gab es in Mecklenburg-Vorpommern im Jahr 2020 insgesamt 1.158 Hausärzte und damit annähernd so viele wie 2013 (1.149). Der Anteil der angestellten Hausärzte stieg jedoch von 11,5 Prozent auf 18,7 Prozent. Bei niedergelassenen Ärzten beträgt die durchschnittliche Wochenarbeitszeit 52 Stunden. Die Anstellungen hingegen können sowohl in Voll- als auch in Teilzeit erfolgen. Bei angestellten Vertragsärzten beträgt die durchschnittliche Wochenarbeitszeit etwa 26 Stunden. Die Zahl der Fachärzte ist zwischen 2013 und 2020 von 1.569 auf 1.939 um 23,6 Prozent gestiegen. Auch hier nahm der Anteil der in einem Angestelltenverhältnis tätigen Ärzte von 14,0 Prozent auf 23,4 Prozent zu. Zudem lässt sich beobachten, dass das Durchschnittsalter der Ärzte und der Anteil der Über-60jährigen gestiegen ist. Im Vergleich zum bundesweiten Mittelwert liegt der Anteil der Über-60jährigen in Mecklenburg-Vorpommern jedoch deutlich niedriger.<sup>133</sup> Neben den niedergelassenen oder angestellten Vertragsärzten sowie den Psychologen sind darüber hinaus noch 244 Krankenhausärzte und zehn Institute durch eine Ermächtigung an der ambulanten Versorgung beteiligt.

<sup>131</sup> Ried 2020, S. 91 ff.

<sup>132</sup> KVMV 2013, S. 18.

<sup>133</sup> Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 23.

**Abbildung 8: Haus- und Fachärzte: Anzahl, Alter, Anstellungsverhältnis**

Anmerkung: Unter „Hausärzte“ werden Allgemeinmediziner/Praktische Ärzte und hausärztlich tätige Internisten subsumiert. Pädiater sind nicht eingeschlossen. Quelle: Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 24.

In Mecklenburg-Vorpommern sind nach Angaben der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer derzeit 658 Psychotherapeuten tätig. Davon sind 316 niedergelassene Psychotherapeuten, 268 angestellte Psychotherapeuten und 20 teilselbständige Psychotherapeuten. Die Anzahl der Psychotherapeuten mit Beteiligung an der vertragsärztlichen Versorgung je 100.000 Einwohner betrug 2018 25,5, wobei der Bundesdurchschnitt bei 39,7 liegt. Die vertragsärztliche psychotherapeutische Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern liegt damit unter dem Bundesdurchschnitt. Durchschnittlich wurden 2018 in Mecklenburg-Vorpommern 27 Prozent mehr Patienten als der Bundesdurchschnitt durch Psychotherapeuten versorgt. Dieser hohe Bedarf führt zu einer hohen Aus- und Belastung der Therapeuten.<sup>134</sup>

Derzeit gibt es 1424 Apotheker und 405 öffentliche Apotheken in Mecklenburg-Vorpommern.<sup>135</sup> Auch hier sind insbesondere im ländlichen Raum Probleme bei der Nachfolge für einen Apothekensitz festzustellen.<sup>136</sup>

Deutschlandweit lässt sich ein Trend zum Angestelltenverhältnis und zum Arbeiten in Teilzeit beobachten (**Abbildung 9**). Es wird davon ausgegangen, dass Mecklenburg-Vorpommern hiervon keine Ausnahme darstellt. Folglich ist trotz einer steigenden Anzahl an niedergelassenen Ärzten die Zahl der Vollkräfte weitgehend konstant geblieben.<sup>137</sup> Diese Entwicklung bewirkt eine Reduzierung der ärztlichen Arbeitszeit bei gleicher Anzahl an Vertragsärzten. Für die ohnehin schon vorhandenen Versorgungsprobleme bedeutet dies eine zusätzliche Verstärkung. In den Oberzentren in Mecklenburg-Vorpommern ist die hausärztliche Versorgung derzeit gesichert und entspricht im Sinne der gesetzlichen Bedarfsplanung für die medizinische Versorgung einer Überversorgung.

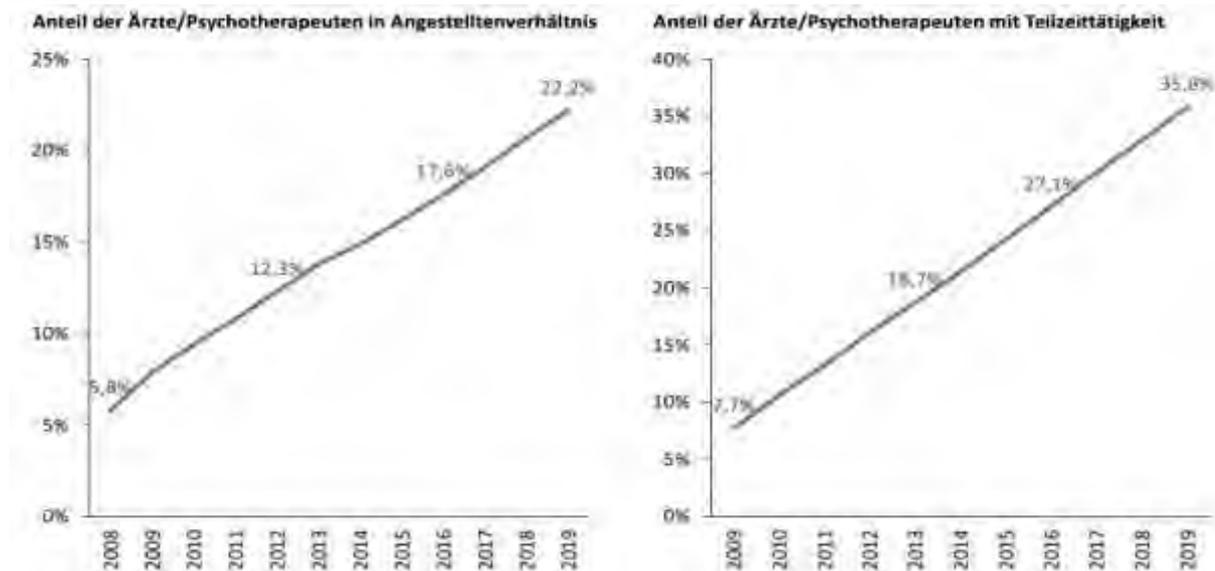
<sup>134</sup> Protokoll der 12. Sitzung der Enquete-Kommission vom 13. Januar 2021, S. 7 f, Beitrag Peikert.

<sup>135</sup> s. hierzu weiterführend Apothekerkammer M-V, Die AKMV, unter: <https://akmv.de/die-akmv/> (abgerufen am 19. Mai 2021).

<sup>136</sup> Protokoll der 6. Sitzung der Enquete-Kommission vom 30. September 2020, S. 22, Beitrag Oesterreich.

<sup>137</sup> Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 24.

**Abbildung 9: Anteil von Ärzten und Psychotherapeuten im Angestelltenverhältnis bzw. in Teilzeit**

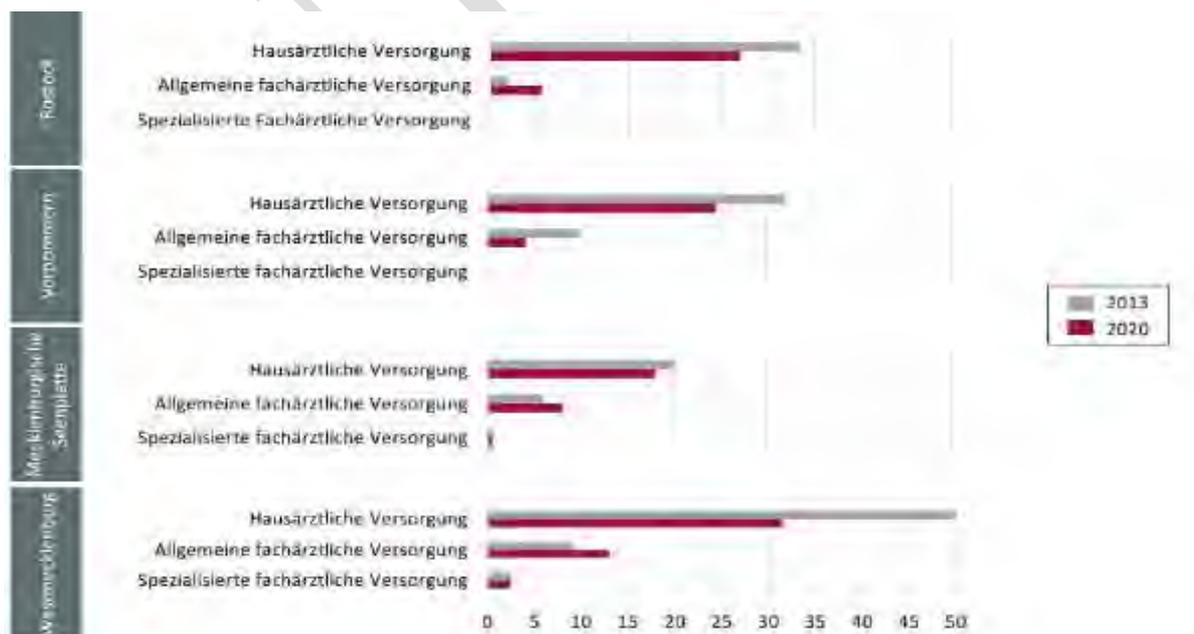


Anmerkung: Nicht-angestellte Ärzte = Vertragsärzte, Partnerärzte, ermächtigte Ärzte / Angestellte Ärzte = in Praxen oder Einrichtungen

Quelle: Augurzky et al. 2020, Darstellung aus dem Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 25.

**Abbildung 10** veranschaulicht die Anzahl freier Arztsitze für die vier Planungsregionen in Mecklenburg-Vorpommern für die Jahre 2013 und 2020 nach Versorgungsebene. Es zeigt sich, dass der zusätzliche Bedarf an Haus- und Fachärzten in diesem Zeitraum in allen Regionen gesunken ist. Der größte Zusatzbedarf betrifft nach wie vor die hausärztliche Versorgung. Am größten ist der zusätzliche Bedarf an Haus- und Fachärzten in Westmecklenburg.

**Abbildung 10: Zusatzbedarfe an Haus- und Fachärzten in Mecklenburg-Vorpommern**  
Anzahl Arztsitze, 2013 und 2020



Quelle: KVMV 2014, 2021: Journal der KVMV von Januar 2014 mit Stand 22.11.2013 und von Februar 2021 mit Stand 03.12.2020, Darstellung aus dem Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 26.

Erhebungen zur zahnärztlichen Versorgungssituation in Mecklenburg-Vorpommern im Jahre 2020 haben ergeben, dass in keiner Versorgungsregion eine Unterversorgung zu verzeichnen ist (**Abbildung 11**).

**Abbildung 11: Bedarfsplanung für die allgemeinärztliche Versorgung, Stand 18. März 2020**

Bedarfsplan für die allgemeinärztliche Versorgung, Stand 18. März 2020

Planbereich	Einwohnerzahl per 30.06.2019	Zahnärzte IST	Zahnärzte SOLL	Versorgungsgrad in Prozent
Greifswald-Stadt	50.304	42,95	33,1	123,2
Neukamperburg-Stadt	63.830	56,75	38,1	146,3
Poelchow-Stadt	209.694	109	163,0	128,2
Schwerin-Stadt	95.871	86	57,1	188,9
Stralsund-Stadt	59.799	41,75	35,3	118,3
Wismar-Stadt	42.566	19,5	25,4	195,5
Bad Döberitz	120.774	89,25	71,9	92,1
Rostock	71.891	48,5	42,7	113,6
Sassow	91.873	58,25	56,5	103,1
Ludwigslust	122.907	81,75	72,5	85,1
Mecklenburg-Strelitz	12.317	42,75	43,6	98,1
Münz	62.451	30	37,2	91,4
Nordvorpommern	101.620	39,75	60,5	38,8
Nordwestmecklenburg	114.294	54,25	68,0	79,8
Ostvorpommern	99.133	64,5	59,0	109,3
Pfaffendorf	80.129	60,75	53,6	109,6
Rügen	94.987	37,5	38,1	98,4
Mecklenburgische Seenplatte	35.279	53,25	38,9	105,5

*Stellungnahme der KZV<sup>138</sup>*

Neben dem Betrieb von klassischen Arztpraxen durch niedergelassene Ärzte, gewinnen Medizinische Versorgungszentren (MVZ) an Bedeutung. Ein MVZ besteht aus mindestens zwei Ärzten, die aus verschiedenen Fachrichtungen oder Schwerpunkten interdisziplinär zusammenarbeiten.<sup>139</sup> Die Anzahl von MVZ ist seit dem Jahr 2004 stark gestiegen und bezogen auf die Einwohnerzahl befinden sich in Mecklenburg-Vorpommern überdurchschnittlich viele. Der Anteil von MVZ mit Krankenhausbeteiligung liegt ebenfalls weit über den Bundesdurchschnitt.<sup>140</sup>

Durch den demografischen Wandel und die alternde Bevölkerung wird bis 2030 mit einem moderaten Anstieg der Nachfrage nach ambulanten Leistungen gerechnet, bei einer sinkenden Anzahl von Ärzten.<sup>141</sup> Das betrifft insbesondere Hausärzte, die es auch immer schwieriger haben, einen Nachfolger für ihre Praxis zu finden.<sup>142</sup> **Abbildung 12** zeigt, in welchen Landkreisen Deutschlands eine drohende Unterversorgung mit Hausärzten zu erwarten ist.

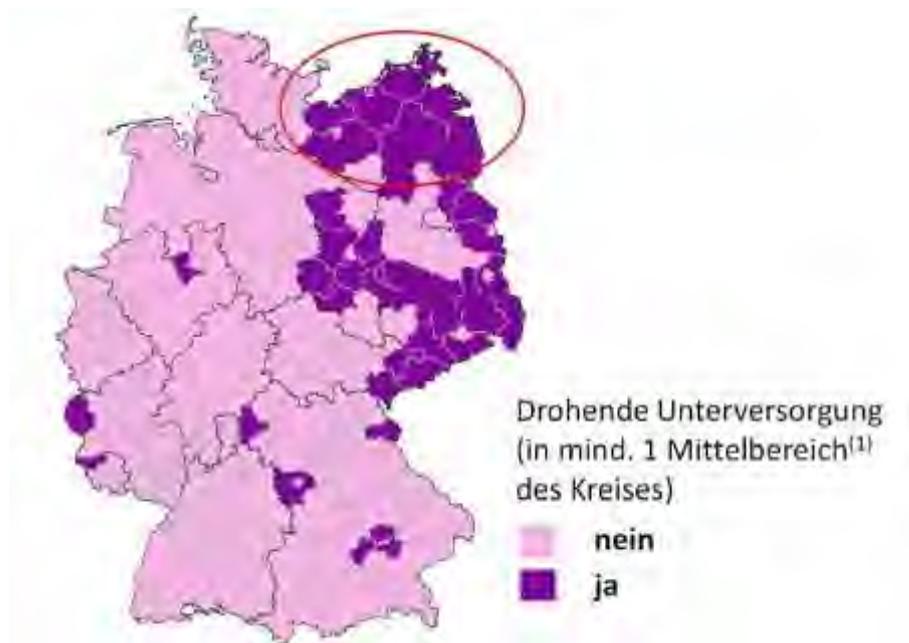
<sup>138</sup> Stellungnahme der KZV, S. 18.

<sup>139</sup> Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 26.

<sup>140</sup> vgl. Augurzky et al. 2020 und KBV 2021a.

<sup>141</sup> KBV, Ärztemangel, unter: [https://kbv.de/html/themen\\_1076.php](https://kbv.de/html/themen_1076.php) (abgerufen am 19. Mai 2021).

<sup>142</sup> Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 52.

**Abbildung 12: Drohende Unterversorgung bei Hausärzten (2018)**

Quelle: Augurzky et al. 2021 und KBV 2020c, Darstellung aus dem Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 52.

Es lässt sich derzeit in 15 der 27 Bereiche für die Bedarfsplanung der hausärztlichen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern eine Unterversorgung feststellen. Aktuell sind in diesem Bereich der ärztlichen Versorgung 104,5 Stellen offen, wobei sich diese insbesondere um die Oberzentren herum konzentrieren. Aufgrund der Binnenmigration zu Gunsten der Städte entsteht in den Regionen um die Oberzentren auch ein erhöhter Bedarf an ärztlicher Versorgung. Von den derzeit in Mecklenburg-Vorpommern praktizierenden Hausärzten sind bereits etwa 29 Prozent älter als 60 Jahre. In den kommenden fünf Jahren werden somit 250 weitere Stellen im hausärztlichen Bereich zu besetzen sein.<sup>143</sup>

Im Zuge der Corona-Pandemie wurden in Mecklenburg-Vorpommern zur regionalen Steuerung der Aufnahme und Verteilung von Covid-19-Patienten an den vier Maximalversorgern Helios Kliniken Schwerin (Cluster I), Universitätsmedizin Rostock (Cluster II), Universitätsmedizin Greifswald (Cluster III), Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum Neubrandenburg (Cluster IV) Koordinierungsstellen eingerichtet. Diese steuern in ihren Einzugsgebieten (Clustern) in tagesaktueller Abstimmung selbstständig die Patientenströme. Jedes Cluster umfasst neben der Koordinierungsstelle zwischen fünf und acht Krankenhäuser.<sup>144</sup>

Prof. Dr. Klaus Hahnenkamp (Stellvertretender Ärztlicher Vorstand der Universitätsmedizin Greifswald) erklärte in der 5. Kommissionssitzung, die Zusammenarbeit innerhalb der gebildeten Cluster mit dem Ärztenetzwerk und dem öffentlichen Gesundheitsdienst habe intersektoral funktioniert und führe zu einem direkteren und schnelleren Informationsaustausch. Das Vertrauen gegenüber allen anderen Sektoren und Partnern sei

<sup>143</sup> Stellungnahme der KVMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 4, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 16.

<sup>144</sup> Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit, Regionale Steuerung der Aufnahme und Verteilung von Covid-19-Patienten in Krankenhäusern vorgestellt, unter: <https://www.regierung-mv.de/Landesregierung/wm/Aktuell/?id=158734&processor=processor.sa.pressemitteilung> (abgerufen am 12. Mai 2021).

gewachsen und er regte an, diese **Clusterstrukturen** beizubehalten und auszubauen.<sup>145</sup> Ein solcher Verbund umfasse nicht nur den ambulanten und stationären Bereich, sondern auch Rehakliniken und die Pflegeheime.<sup>146</sup> Durch die koordinierenden Kliniken für jeweils ein Cluster werde eine intersektorale Patientenstromsteuerung ermöglicht. Voraussetzung sei die finanzielle Ausstattung der Cluster durch z. B. quotale Ausschüttung aus dem Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) an die Krankenhäuser, die im Cluster gesammelt werden.<sup>147</sup>

Prof. Dr. Christian Schmidt (Ärztlicher Vorstand der Universitätsmedizin Rostock) schloss sich der Überlegung Prof. Dr. Hahnenkamps an und ergänzte, innerhalb dieser Cluster sei auch die Zentralisierung bestimmter Leistungen möglich. Man müsse sich nur Gedanken machen, wie Schlüsselkompetenzen bspw. bei telemedizinischer Anbindung oder Ausbildungsrotation in allen versorgenden Häusern eines Clusters vorhanden sein könnten. Auch andere Krankenhausvertreter<sup>148</sup> und der Geschäftsführer der Barmer Landesvertretung M-V, Henning Kutzbach<sup>149</sup>, befürworteten grundsätzlich eine Fortführung der Clusterstrukturen.

Laut Angabe der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern ist die Gesundheitsversorgung im Bereich der niedergelassenen Ärzte derzeit noch weitestgehend gesichert. Bei den niedergelassenen Fachärzten ist jedoch ein hohes Durchschnittsalter festzustellen. Zusammen mit dem fehlenden Nachwuchs zeichnet sich dadurch ein Mangel in der ärztlichen Versorgung ab. Dieser trifft insbesondere auf den ländlichen Raum in Mecklenburg-Vorpommern zu. Auch die ärztliche Versorgung in den Alten- und Pflegeheimen durch Hausärzte ist problematisch bedingt durch den Ärztemangel.<sup>150</sup>

Nach Auskunft der Kassenzahnärztlichen Vereinigung gilt ähnliches auch für den Bereich der Zahnärzte. Allerdings ist hier bislang weder der allgemeinärztliche noch der kieferorthopädische Bereich unterversorgt oder von einer der Planungsbereiche von Unterversorgung bedroht.<sup>151</sup> Die Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern betonte jedoch das hohe Durchschnittsalter unter den Zahnärztinnen und -ärzten im Land, wodurch in absehbarer Zeit Probleme bei der zahnärztlichen Versorgung auftreten werden. Zudem nehmen die Probleme bezüglich der Versorgung insbesondere im ländlichen Raum zu, da eine Niederlassung in städtischen Gebieten oftmals wirtschaftlich attraktiver ist. Dies gilt insbesondere für zahnärztliche Versorgungszentren (Z-MVZ). Problematisch an den Z-MVZ ist nach Aussage der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern jedoch, dass diese als juristische Person nicht der berufsrechtlichen Überwachung durch die Ärztekammer unterliegen. Dadurch entsteht die Gefahr, dass Patienten eine besonders kostenintensive Versorgung angeboten wird. Darüber hinaus gibt es auch zunehmend Schwierigkeiten bei der Organisation des zahnärztlichen Notdienstes aufgrund der sinkenden Anzahl an inhabergeführten Praxen. Insbesondere der ländliche Raum und die ehemaligen Kreisstädte bieten ein wenig attraktives Umfeld und nur geringe berufliche Perspektiven für die Lebenspartner der Zahnärztinnen und Zahnärzte. Dadurch gibt es Schwierigkeiten bei der Nachbesetzung von Zahnarztpraxen. Eine wohnortnahe zahnärztliche Versorgung kann somit nicht dauerhaft sichergestellt werden.<sup>152</sup>

<sup>145</sup> Protokoll der 5. Sitzung der Enquete-Kommission vom 16. September 2020, S. 9, Beitrag Hahnenkamp.

<sup>146</sup> ebd., S. 29.

<sup>147</sup> ebd., S. 9.

<sup>148</sup> ebd., Beiträge von Borchmann, Ritschel, Rasche, Weyer und le Claire.

<sup>149</sup> ebd., S. 44, Beitrag Kutzbach.

<sup>150</sup> Stellungnahme ÄKMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S.1, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 179.

<sup>151</sup> Stellungnahme KZVMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 20, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 99.

<sup>152</sup> Stellungnahme ZÄKMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 5.

Der zahnärztliche Bereich zeigt beispielhaft, welche Bedeutung Prophylaxe für die medizinische Versorgung haben kann. Das Kommissionsmitglied Dr. med. dent. Alexander Kuhr führte als Sachverständiger im Rahmen einer der Anhörungen aus, durch gute Prophylaxe können spätere Behandlungen verhindert werden. Somit kann ärztliche Vorsorge dazu beitragen, die Versorgungssituation zu entlasten. Im Bereich der zahnärztlichen Versorgung wird diese Aufgabe durch speziell ausgebildete zahnmedizinische Prophylaxeassistenten unterstützt.<sup>153</sup>

Mit einer Befugnis zur Weiterbildung für die ambulante allgemeinmedizinische Ausbildung sind nach Auskunft der Kassenärztlichen Vereinigung M-V 231 ambulant tätige Hausärzte ausgestattet. Der ambulante Ausbildungsabschnitt für Allgemeinmedizin ist damit hinreichend ermöglicht. Am stationären Ausbildungsabschnitt im Fach Allgemeinmedizin sind 20 Kliniken im Land mit 64 Rotationsstellen im Rahmen einer Verbundweiterbildung beteiligt.<sup>154</sup> Beide Universitäten in Mecklenburg-Vorpommern verfügen über einen Lehrstuhl für Allgemeinmedizin.

Laut Weiterbildungsverordnung für Allgemeinmediziner erfolgt zunächst der stationäre Abschnitt dieser Ausbildung. Die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern unterstützt diesbezüglich über eine Koordinierungsstelle, um eine möglichst kontinuierliche Weiterbildung ohne Wartezeiten zu ermöglichen.<sup>155</sup> Darüber wird insbesondere die Förderung der Weiterbildung von Ärzten in der Kinder- und Jugendmedizin durch die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern gefördert.

Junge Ärzte werden bei der Niederlassung unterstützt und beraten, es gibt ein Mentorenprogramm durch erfahrene Fachärzte der Grundversorgung, Hausärzte, welches Veranstaltungen für Studierende organisiert, um hausärztliche Tätigkeit auf dem Land zu bewerben („Landpartie“). Außerdem gibt es einen Investitionskostenzuschuss bei Niederlassungen in von Unterversorgung bedrohten Gebieten sowie bereits unterversorgten Bereichen und zudem eine Förderung für die Gründung von Praxiszweigstellen in diesen Gegenden.<sup>156</sup>

Als Gründe für die schwierige Nachbesetzung in ländlichen Gebieten nennt die KBV (2021b) unter anderem die Budgetierung, zunehmende Bürokratisierung und die schlechte Infrastruktur auf dem Land. In Mecklenburg-Vorpommern sind derzeit (Stand Juni 2020) 104,5 hausärztliche Stellen nicht besetzt. 15 von 27 Mittelbereichen sind bereits jetzt mit einem Versorgungsgrad von < 75 Prozent von drohender Unterversorgung betroffen. Da in den nächsten fünf Jahren weitere 250 Hausärzte altersbedingt ausscheiden, wird sich die Situation zukünftig wahrscheinlich weiter verschärfen.<sup>157</sup>

Das Landarztgesetz für Mecklenburg-Vorpommern kann zwar als positive Maßnahme gewertet werden, dennoch bedarf es weiterer Anstrengungen. Das Gesetz kam nach Ansicht der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern etwa zehn Jahre zu spät, um rechtzeitig einer Unterversorgung vorzubeugen. Bereits jetzt sind Probleme bei der ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum festzustellen. Bis eine Maßnahme wie das Landarztgesetz ihre Wirkung entfaltet, dauert es aufgrund der notwendigen Ausbildungszeit etwa elf bis 13 Jahre, bis tatsächlich ein Arzt vor Ort praktizieren kann. Zudem umfasst das Landarztgesetz auch nur die

<sup>153</sup> Protokoll zur 6. Sitzung am 30.09.2020, Beitrag Dr. Kuhr, S. 13 ff.

<sup>154</sup> Kommissionsdrucksache 7/15, S. 16.

<sup>155</sup> ebd., S. 17.

<sup>156</sup> ebd., S. 18 f.

<sup>157</sup> Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 52.

hausärztliche Versorgung und keine Fachärzte.<sup>158</sup> Seitens der Apothekerkammer Mecklenburg-Vorpommern gab es in diesem Zusammenhang die Anregung, auch für Apotheker eine vergleichbare Lösung zum Landarztgesetz zu schaffen, da auch die Sicherstellung Versorgung mit Arzneimitteln im ländlichen Raum in Mecklenburg-Vorpommern als ungewiss bezeichnet werden muss.<sup>159</sup>

---

<sup>158</sup> Stellungnahme der KVMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 1, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 13.

<sup>159</sup> Protokoll zur 6. Sitzung am 30.09.2020, Beitrag Dr. Dr. Engel, S. 22.

### C.2.3.3 Sektorenübergreifende Versorgung

Die sektorenübergreifende oder auch Integrierte Versorgung wird von vielen Experten - allen voran vom Sachverständigen Rat im Gesundheitswesen - als „Versorgungsform der Zukunft“ bezeichnet.<sup>160</sup> Ziel dieser Versorgungsform ist die Vernetzung der verschiedenen Leistungsbereiche (ambulant, stationär, rehabilitativ). Gesundheitsberufe unterschiedlicher Fachdisziplinen in Krankenhäusern und Praxen sollen nicht nur verstärkt miteinander, sondern auch mit nicht-ärztlichen Leistungserbringern wie Psychologen und Apotheken kooperieren. Davon profitieren insbesondere die Patientinnen und Patienten, da ein höherer Wissensstand, ein besserer Informationsaustausch zwischen allen Beteiligten sowie die gemeinsame Verfolgung von klar definierten Therapiezielen die Grundvoraussetzung für eine medizinisch erfolgreiche Versorgung ist. Dazu kommt eine höhere wirtschaftliche Effizienz, z. B. durch die Vermeidung von Doppeluntersuchungen.<sup>161</sup> Um verbesserte Versorgungsoptionen für immer komplexer erscheinende Krankheitsbilder in einer alternden Gesellschaft zu entwickeln, bedarf es eine Multiprofessionalität, die nur in einer sektorenübergreifenden Versorgung gelebt werden kann.<sup>162</sup>

An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen gemäß § 95 Absatz 1 SGB V zugelassene Ärzte und Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen teil. Ärzte, die in einem Krankenhaus, einer Vorsorge-, Rehabilitations- oder stationären Pflegeeinrichtung arbeiten, können mit der Zustimmung des jeweiligen Trägers der Einrichtung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt werden.<sup>163</sup> Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von dafür geeigneten Ärzten der genannten Einrichtungen nicht sichergestellt wird.

Neben den niedergelassenen oder angestellten Vertragsärzten sowie den Psychologen waren nach Angabe der Kassenärztlichen Vereinigung MV mit Stand 31.12.2019 insgesamt 229 Krankenhausärzte durch eine Ermächtigung an der ambulanten Versorgung beteiligt (s. **Abbildung 13**).<sup>164</sup>

<sup>160</sup> Hahn und Kurscheid 2020, S. V (Vorwort).

<sup>161</sup> Rüschemann und Göbel 2008, S. 325.

<sup>162</sup> Hahn und Kurscheid 2020, S. V.

<sup>163</sup> Vgl. hierzu § 116 SGB V.

<sup>164</sup> Präsentation der KVMV in der 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 5, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 66.



Die Helios-Kliniken aus Stralsund wiesen darauf hin, der digitale Austausch von Patientendaten zwischen den Kliniken und ambulanten Praxen gestaltet sich oftmals schwierig. Dadurch wird eine sektorenübergreifende Versorgung erschwert.<sup>167</sup>

Insbesondere in den ländlichen Räumen kann durch sektorenübergreifende Leistungen die medizinische Versorgung verbessert werden. Durch eine verstärkte Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Versorgung können Synergieeffekte im Sinne der sektorenübergreifenden Versorgung entstehen. Dabei sind sowohl mehr Ermächtigungen für mehr ambulante Behandlungen in den Krankenhäusern als auch die Bereitstellung der Krankenhausinfrastruktur für niedergelassene Ärzte notwendig. Eine Einbindung der Rehabilitationskliniken in die allgemeine ärztliche Versorgung ist ebenfalls denkbar, indem an diesen Standorten eine Notfallpraxis eingerichtet wird und gleichzeitig die dort tätigen Ärzte zur Teilnahme am Kassenärztlichen Notdienst verpflichtet werden. Da die Rehabilitationskliniken meist in ländlichen Gebieten liegen, kann dies die medizinische Versorgung verbessern.<sup>168</sup>

Das Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“ schlägt vor, auch kleine Krankenhäuser der Grundversorgung in die Struktur der Gesundheitszentren zu integrieren und damit ein sektorenübergreifendes Versorgungsangebot zu schaffen.<sup>169</sup> Dies wird mit der notwendigen engeren Verzahnung der stationären und ambulanten Angebote begründet. Einen Ansatz dafür bietet das Integrierte Gesundheitszentrum (IGZ) als Erweiterung des ambulanten Gesundheitszentrums. In einem solchen IGZ können die ambulante und stationäre Versorgung gemeinsam die Infrastruktur und Gerätschaften nutzen. Ein solches IGZ übernimmt zudem in der Koordination der örtlichen Versorgung eine zentrale Rolle ein und kooperiert dabei mit weiteren Gesundheitsanbietern, insbesondere mit Case Managern, der Altenhilfe und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst. Auch die Prävention gehört dabei zum Aufgabenspektrum des IGZ. Insgesamt ist das IGZ darauf ausgerichtet, bisherige ambulant-sensitive Krankenhausfälle ambulant zu erbringen. Notwendige Voraussetzung hierfür ist ein passendes Vergütungssystem.<sup>170</sup>

Um diesen Prozess zu unterstützen, sollten Hürden für die Übernahme von ambulanten Leistungen durch Krankenhäuser abgebaut werden und KV-Ermächtigungen nicht an einzelne Personen, sondern an den Betrieb des Krankenhauses beziehungsweise des IGZ gebunden sein, solange das Krankenhaus über die entsprechenden Qualifikationen verfügt.<sup>171</sup>

Auf der Ebene eines Landkreises ist es laut dem Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“ empfehlenswert, dass jeweils ein großes Krankenhaus als Regionalversorger für die Organisation der regionalen Gesundheitsversorgung zur Verfügung steht. Dabei findet eine Vernetzung mit den integrierten Gesundheitszentren in der Region und den überregionalen Maximalversorgern statt. In seiner eigenen lokalen Umgebung übernimmt der Regionalversorger auch die Funktion eines IGZ.<sup>172</sup>

Hinsichtlich der Versorgungsplanung ist für eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung, die auch pflegerische Bedarfe, das Rettungswesen, den Öffentlichen Gesundheitsdienst und

---

<sup>167</sup>Stellungnahme der HELIOS Stralsund zur 5. Sitzung vom 16.09.2020, S. 4, Kommissionsdrucksache 7/13, S. 13.

<sup>168</sup> Protokoll der 6. Sitzung vom 30.09.2020, S. 14 f., Beitrag Prof. Dr. Crusius.

<sup>169</sup> Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 6.

<sup>170</sup> ebd., S. 88.

<sup>171</sup> ebd.

<sup>172</sup> ebd., S. 82.

---

Prävention berücksichtigt, notwendig. Nur so kann eine patientenzentrierte und ganzheitliche Versorgung aufgebaut werden.<sup>173</sup>

Durch den Präsidenten der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, Prof. Dr. med. Andreas Crusius, wurde erläutert, bei Bedarfsfällen könnten sich Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte gegenseitig aushelfen. Eine solche Synergiebehandlung nutze alle verfügbaren Ressourcen optimal aus. Ein Krankenhaus könne in medizinisch unterversorgten Regionen somit auch Aufgaben des kassenärztlichen Dienstes mit übernehmen. Die Operationen an Herzkathetern durch niedergelassene Kardiologen erfolgen bereits an Krankenhäusern, damit dort die Mindestzahl an Operationen erreicht wird. In solchen Fällen beteilige sich der niedergelassene Arzt auch am Rufdienst des Krankenhauses.<sup>174</sup>

---

<sup>173</sup> Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 8.

<sup>174</sup> Protokoll der 6. Sitzung vom 30.09.2020, S 29, Beitrag Prof. Dr. Crusius.

## C.2.4 Fachkräfte in Gesundheitsberufen

Um eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe Versorgung erreichen zu können, ist eine hinreichende Anzahl qualifizierter Fachkräfte zwingend erforderlich. Insbesondere in einem Flächenland wie Mecklenburg-Vorpommern stellt die Gewinnung und das Halten von Fachkräften eine große Herausforderung dar.<sup>175</sup>

Grundsätzlich bestehen in Mecklenburg-Vorpommern mit den beiden Universitätskliniken in Rostock und in Greifswald und den über 400 Studienplätzen im Bereich der Humanmedizin gute Voraussetzungen für ein auskömmliches Fachkräftereservoir. Derzeit verfügt das Bundesland über so viele ausgebildete Ärzte wie noch nie. Damit ist eine wichtige Grundvoraussetzung für eine langfristig stabile Versorgung vorhanden.<sup>176</sup>

Jedoch erreichen zunehmend jedes Jahr mehr Ärztinnen und Ärzte das Rentenalter und nachfolgende Ärzte haben die Wahl zwischen einer Tätigkeit in Krankenhäusern, Rehabilitationskliniken, Ambulanzen, auf dem Land oder in der Stadt. Zudem erhöhen dokumentarische und administrative Aufgaben die Arbeitslast.

Aufgrund des hohen Durchschnittsalters der Ärzteschaft werden kurz- und mittelfristig viele Hausarztsitze unbesetzt bleiben. Gleiches gilt auch für Facharztsitze, insbesondere von Dermatologen und Pädiatern. Das Problem der unbesetzten Arztsitze besteht vorrangig in besonders ländlichen Regionen Mecklenburg-Vorpommerns.<sup>177</sup>

Der Fachkräftemangel wird sich in allen Bereichen des Gesundheitswesens aufzeigen. Besonders betroffen ist davon auch das pflegerische Personal. Vielfach werden schon jetzt größere körperliche und psychische Belastungen der Fachkräfte und ein Attraktivitätsverlust des Land Mecklenburg-Vorpommern für Arbeitgeber und Arbeitnehmer gesehen.

Der finanzielle Verdienst der Fachkräfte kann in einer Generation, die eine ausgeglichene Work-Life-Balance und eine attraktive Infrastruktur fordert, nicht der einzige Anreiz für Fachkräfte sein. Eine bessere logistische Anbindung an urbane Zentren kann eine Region für Fachkräfte nachhaltig attraktiver machen.<sup>178</sup>

Zukünftige Generationen von Medizinern sollen gerne in Mecklenburg-Vorpommern tätig sein. Daher ist es wichtig, dass Arbeitsstrukturen und Prozesse sowie Lohnniveau, flexible Arbeitszeitmodelle und die Verlässlichkeit von Arbeitszeiten nach den Lebensbedürfnissen junger Fachkräfte ausgerichtet werden. Eine Attraktivitätserhöhung des Berufes kann auch durch Qualifizierungsmöglichkeiten erfolgen. Eine große Rolle spielt nach Aussage der Ärztekammer MV auch der Umgang mit dem Personal durch Verwaltungsstrukturen beim Wechsel des Arbeitsplatzes. Dieser Umgang wird als nicht optimal und nicht förderlich einer gemeinsamen Lösung der Probleme eingeschätzt.<sup>179</sup>

Generell muss weiter an der Attraktivität von Gesundheitsberufen gearbeitet werden, z. B. durch die inhaltliche Stärkung der Pflege durch Übernahme von mehr Verantwortung und eine stärker interprofessionelle Ausbildung und Zusammenarbeit von Gesundheitsberufen. Moderne Technologien können einen wertvollen Beitrag zur Unterstützung und Entlastung des Personals

<sup>175</sup> Stellungnahme TK zur 4. Sitzung am 09.09.2020, S. 17, Kommissionsdrucksache 7/11, S. 141.

<sup>176</sup> ebd., S. 23, Kommissionsdrucksache 7/11, S. 147.

<sup>177</sup> Stellungnahme AOK Nordost zur 4. Sitzung am 09.09.2020, S. 9, Kommissionsdrucksache 7/11, S. 17.

<sup>178</sup> Stellungnahme UMG zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 25, Kommissionsdrucksache 7/13, S. 39.

<sup>179</sup> Stellungnahme der ÄKMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 32, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 210.

leisten. Durch viele neue Technologien werden neue Berufsbilder gebraucht. Auch durch den technischen Fortschritt müssen Aus-, Fort- und Weiterbildungen von Ärzten und anderen Gesundheitsberufen neu gedacht werden. Es muss auf moderne Arbeitsmittel, wie eine elektronische Gesundheitsakte, zurückgegriffen werden, um eine Optimierung der Versorgungsrealität zu erreichen.<sup>180</sup>

Auch die Rekrutierung von ausländischen Medizinerinnen und von Pflegepersonal kann einen Beitrag zur Milderung des Fachkräftemangels leisten. Wichtig ist dabei die leichtere Anerkennung von ausländischen Berufsabschlüssen. Insbesondere bei Berufsabschlüssen, die außerhalb der Europäischen Union erlangt wurden, bestehen große Probleme und Hürden hinsichtlich der Anerkennung. Bedeutsam ist ferner die Begleitung der ausländischen Fachkräfte für eine gute Integration und der Überwindung der Sprachbarrieren, damit dieses Personal schnell einsatzfähig wird und dem deutschen Gesundheitswesen langfristig erhalten bleibt.

Neben der Ausbildung zusätzlicher medizinischer Fachkräfte können auch Ansätze dazu, wie die vorhandenen Fachkräfte effektiver eingesetzt werden und ressourcensparend arbeiten können, zu einer Entschärfung der Versorgungssituation beitragen.

Im Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“ wird zur Reduzierung des Versorgungsbedarfes in der Bevölkerung und der damit verbundenen Reduzierung des Fachkräftebedarfes vorgeschlagen, verstärkt auf Präventionsmaßnahmen zu setzen. Dafür werden mehr Präventionsexperten benötigt. Zur Verringerung der Krankenhausfälle wird eine bessere Verzahnung der ambulanten und stationären Versorgung zur Erreichung einer stärkeren Ambulantisierung der Medizin und eine effektive Patientensteuerung vorgeschlagen. Als bedeutsam wird auch die Allokation der Ressource Personal angesehen. Wichtige Ansatzpunkte zum Halten oder zur Erhöhung der Menge an Fachkräften sind demnach die Ausbildung, die Erwerbstätigenquote und die Zuwanderung von qualifizierten Fachkräften. Unterstützt werden sollen die Fachkräfte durch den Einsatz innovativer Technologien. Zur Erhöhung der Erwerbstätigenquote sollen Anreize für eine Rückkehr in den Beruf beispielsweise nach einer Elternzeit oder für Personen, die Erwerbsminderungsrente beziehen, gesetzt werden. Als einer der größten Hebel wird die Erhöhung der Stundenzahl von Teilzeitkräften angesehen. Das Gesundheitswesen soll ferner durch den Abbau von Bürokratie, eine Planbarkeit und Zuverlässigkeit der Dienstpläne und eine bessere Weiterqualifizierung von Pflegehelfern zu Pflegefachkräften attraktiver gestaltet werden. Zudem wird durch das Gutachten gefordert, dem Pflegeberuf eine höhere Wertschätzung entgegenzubringen, zum Beispiel über eine stärkere Akademisierung der Pflege. Anreize für Tätigkeit auf dem Land sollen gesetzt werden. Zur Verringerung des Krankenstands können das betriebliche Gesundheitsmanagement und die Verbesserung der Arbeitsbedingungen wichtige Beiträge leisten. Ein Ansatz wird ferner in der Zuwanderung ausländischer Fachkräfte gesehen. Des Weiteren wird auf die Möglichkeit hingewiesen, durch Technologie und Innovationen die Arbeitsproduktivität zu steigern und die Arbeitskräfte zu entlasten.<sup>181</sup>

<sup>180</sup> Stellungnahme der TK zur 4. Sitzung am 09.09.2020, S. 23, Kommissionsdrucksache 7/11, S. 147.

<sup>181</sup> Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung Mecklenburg-Vorpommern“, S. 94 ff.

### C.2.4.1 Fachkräftesituation im stationären Bereich

Der Krankenhausmarkt steht im Wettbewerb um qualifiziertes Personal. Sowohl die Ärzte und Pflegekräfte als auch alle anderen Berufsgruppen, die im Krankenhaus tätig sind, wählen ihren Arbeitgeber nach Angabe der Universitätsmedizin Greifswald (UMG) zunehmend nach den Aspekten Arbeitsklima, der Breite und Verbindlichkeit des Angebotes, der Familienfreundlichkeit und Aufstiegsperspektiven. Diejenigen Kliniken, die sich mit einem Portfolio von sozialer Fürsorge gegenüber ihren Mitarbeitern, sinnhaften Tätigkeiten und einer guten Arbeitsorganisation bzw. einem guten Arbeitsklima hervorheben, werden in diesem Wettbewerb obsiegen.<sup>182</sup> Auch das derzeitige Finanzierungsmodell hat Auswirkungen auf die Arbeitssituation. Die finanzielle Situation von Krankenhäusern kann dazu führen, dass Einsparungen über einen Personalabbau generiert werden, woraus deutliche Mehrarbeit für das weiterbeschäftigte Personal resultiert, was zu einer höheren Belastung führt. Im Ergebnis führt dies meist dazu, dass das vorhandene Personal abwandert und diese Mehrbelastungen auch einer Akquise von neuen Fachkräften entgegensteht.

Die Krankenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern haben ebenso wie im bundesdeutschen Trend mit dem Fachkräftemangel zu kämpfen, wobei der ländliche Charakter und die Strukturschwäche des Landes das Problem verstärken.<sup>183</sup> Nach Auffassung der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern ist der ärztliche Fachkräftebedarf an den Krankenhäusern nicht gesichert. Diese verweist dazu auf eine Facharztstudie aus dem Jahr 2014, an der 585 von 2.200 Fachärzten aus Krankenhäusern aus Mecklenburg-Vorpommern teilgenommen haben. Sowohl die Fachabteilungen als auch die Notaufnahmen sind demnach nicht mehr mit einer ausreichenden Anzahl an Fachärzten ohne eine Chefarzt- oder Oberarztfunktion besetzt. Fachärzte arbeiten nach der Studie im Durchschnitt 52,5 Stunden pro Woche. Die meisten Fachärzte sind der Meinung, dass sie nicht genügend Zeit für die Patienten und für die Ausbildung und Betreuung der Assistenzärzte haben. Die Kompensation des ärztlichen Fachkräftebedarfs durch ausländische Ärzte mit Berufserlaubnis wird als straf- und haftungsrechtlich bedenklich eingestuft, wenn diese allein im Nachtdienst eingesetzt oder ohne fachliche Aufsicht am Patienten tätig werden.<sup>184</sup>

Laut einer Umfrage der Krankenhausgesellschaft M-V vom August 2020 fehlen gegenwärtig 295 Ärzte und 385 Pflegekräfte in den Krankenhäusern in Mecklenburg-Vorpommern. Betroffen davon sind 37 offene Stellen für Fachärzte der Kinder- und Jugendmedizin, 23 Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und sieben Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Aufgrund der gesetzlichen Systematik führt diese Situation zu Leistungseinschränkungen in einzelnen Fachgebieten und damit zu einer Herausforderung bei der Qualifizierung des ärztlichen und pflegerischen Personals im laufenden Betrieb mit dem bestehenden Personalmangel.<sup>185</sup>

Die größte Berufsgruppe innerhalb der Gesundheitsberufe ist der Pflegeberuf. Der Deutsche Berufsverband der Pflegeberufe zeigt auf, dass der Fachkräftemangel besonders gravierend ist. Nach den Zahlen aus dem Pflegereport 2030 der Bertelsmann Stiftung aus dem Jahr 2012 wird in Deutschland bis 2030 durch die Alterung der Gesellschaft ein Zuwachs an Pflegebedürftigen um 50 Prozent prognostiziert, demgegenüber steht ein bis dahin anwachsender Pflegefachkräftemangel von deutschlandweit 500.000 nicht besetzten Stellen. Dabei stellen

<sup>182</sup> Gemeinsame Positionspapier der UMR und UMG, S. 12.

<sup>183</sup> Stellungnahme UMG zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 9, Kommissionsdrucksache 7/13, S. 23.

<sup>184</sup> Stellungnahme der ÄKMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 10 f., Kommissionsdrucksache 7/15, S. 188 f.

<sup>185</sup> Stellungnahme der KGMV zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 3, 24 f., Kommissionsdrucksache 7/14, S. 13, 34 f.

sich in den regionalen Unterschieden noch größere Bedarfe dar. So wird für Mecklenburg-Vorpommern bis 2030 mit einem Anstieg der Pflegebedürftigen um 56 Prozent gerechnet.<sup>186</sup> Durch die Alterung der Gesellschaft und dem damit einhergehenden erhöhten Pflegebedarf in den kommenden Jahren wird sich das Fachkräfteproblem weiter verschärfen.

Ein wachsender Mangel an qualifizierten ärztlichen und nichtärztlichen Fachkräften auch in der Gynäkologie wird nach Einschätzung der Universitätsmedizin Greifswald darüber hinaus zu weiteren Problemen bei der Versorgung von Schwangeren und Patientinnen führen. Die von der heranwachsenden Generation der Ärzte häufig als unattraktiv und stark belastend angesehene Schichttätigkeit, gepaart mit einem sehr hohem Verantwortungsgrad im Kreissaal sowie die Abwanderung der Hebammen aus dem Kreissaal in die außerklinischen Bereiche, werden die Probleme demnach verstärken.<sup>187</sup>

Trotz Bemühungen im Bereich der Mitarbeiterrekrutierung für die Universitätsmedizin Greifswald sowie umfangreicher Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen können seit einigen Jahren nicht alle personellen Lücken auf den Stationen geschlossen werden. Die Zahl der besetzten Stellen ermöglicht die Pflegepersonaluntergrenze noch durchschnittlich hundertprozentig einzuhalten.<sup>188</sup>

Aufgrund der zu geringen Anzahl an eigenen Landeskindern müssen auch (künftige) Fachkräfte aus anderen Bundesländern angeworben werden. Häufig verlassen jedoch Studierende aus anderen Bundesländern Mecklenburg-Vorpommern innerhalb der ersten Arbeitsjahre nach dem Studium wieder und kehren in ihre Heimat zurück. Als Gründe können die familiäre Bindung an das Heimatland, aber auch attraktivere Lebens- und Arbeitsbedingungen in anderen Bundesländern angesehen werden.<sup>189</sup>

Die Universitätsmedizin Greifswald hat im Jahr 2020 insbesondere durch flexible und fortlaufende Planung der Vorstellungsgespräche 110 Pflegeschüler gewinnen können. Geeignete Bewerber sind zeitnah eingeladen worden und erhielten schnell eine Zusage. Der dortige Pflegebereich verfügt über ein eigenes Marketing-Budget, aus dem diverse Akquise-Maßnahmen finanziert werden, wie z. B. Inserate in regionalen Broschüren mit dem Thema Ausbildung oder Social-Media-Aktivitäten, redaktionelle Artikel in der regionalen Tagespresse oder Plakatveröffentlichungen im Stadtbild. Der Fokus der Fachkräftegewinnung im Pflegebereich beginnt bereits in der Ausbildung. Ziel der Universitätsmedizin Greifswald ist es, am Ausbildungsstandort ein ansprechendes Profil für zukünftige Mitarbeiter vorzuhalten.<sup>190</sup>

Einen Ansatz stellt zudem die Fachkräftegewinnung aus dem Ausland dar. Die Krankenhausgesellschaft M-V hat gemeinsam mit Personalvermittlungsagenturen und dem Landesamt für Gesundheit und Soziales (LAGuS) Jobbörsen in Österreich, Tschechien und Bulgarien organisiert, um Ärzte für Mecklenburg-Vorpommern zu gewinnen. Weitere Möglichkeiten zur Personalrekrutierung stellen die Zusammenarbeit mit dem Verein genres-Gesellschaft für nachhaltige Regionalentwicklung und Strukturforchung e. V. und die Med-Ahoi-Touren, bei denen Studenten im Rahmen von Wunschtouren verortete Krankenhäuser besuchen, um Arbeitgeber in der Region kennenzulernen und auf diesem Wege für ein Beschäftigungsverhältnis im Land angeworben werden können.<sup>191</sup>

<sup>186</sup> Bertelsmann Stiftung, Pflereport 2034: Die Versorgungslücke in der Pflege wächst, unter: <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/unsere-projekte/abgeschlossene-projekte/pflege-vor-ort/projektthemen/pflereport-2030> (abgerufen am, 19. Mai 2021).

<sup>187</sup> Stellungnahme UMG zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 11, Kommissionsdrucksache 7/13, S. 25.

<sup>188</sup> ebd., S. 37, Kommissionsdrucksache 7/13, S. 51.

<sup>189</sup> Stellungnahme der KGMV zur 5. Sitzung am 16.09.2020, 24, Kommissionsdrucksache 7/14, 34.

<sup>190</sup> Stellungnahme UMG zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 37 f., Kommissionsdrucksache 7/13, S. 51 f.

<sup>191</sup> Stellungnahme der KGMV zur 5. Sitzung am 16.09.2020, 24 f., Kommissionsdrucksache 7/14, 34 f.

### C.2.4.2 Fachkräftesituation im ambulanten Bereich

Aktuell kann die Gesundheitsversorgung in Mecklenburg-Vorpommern im niedergelassenen ärztlichen Bereich nach Einschätzung der Ärztekammer MV weitestgehend als gesichert angesehen werden. Dennoch ist bereits seit Jahren der angekündigte Mangel an Fachärzten, besonders im ländlichen Bereich, sichtbar. Mit Stand August 2019 betrug das Durchschnittsalter der Fachärzte und Psychotherapeuten 52 Jahre, von diesen sind 44 Prozent bereits zwischen 50 und 59 Jahre alt.<sup>192</sup>

Aktuell sind 29 Prozent der Hausärzte (ohne Pädiater) 60 Jahre und älter. Das durchschnittliche Alter der Facharztgruppe der Allgemeinmediziner und Praktischen Ärzte liegt derzeit bei 54 Jahren und bei den hausärztlich tätigen Internisten bei ca. 53 Jahren. Eine ähnliche Altersverteilung zeigt sich auch bei den ambulant tätigen Fachärzten im Bundesland. Von ihnen sind 24 Prozent 60 Jahre und älter. Aktuell sind die Fachärzte (einschließlich Pädiater) und Psychotherapeuten durchschnittlich ca. 53 Jahre alt. In den kommenden fünf Jahren werden voraussichtlich 250 Hausärzte aus Altersgründen Nachfolger für ihre Praxen benötigen. Handlungsbedarf gibt es im fachärztlichen Versorgungsbereich etwa bei Kinderärzten, Augenärzten, Neurologen, Psychiatern oder Hautärzten.<sup>193</sup>

Laut Bedarfsplanung besteht gegenwärtig im Bereich der hausärztlichen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern keine Unterversorgung. Im Bereich der HNO-Ärzte gibt es eine Unterversorgung im Planungsbereich Ludwigslust. Im Bereich der Physikalisch und Rehabilitativen Medizin liegt bereits eine Unterversorgung im gesamten Landesgebiet vor. Die Niederlassungsmöglichkeiten bis zu einer Sperrung beträgt für diese beiden Fachabteilungen addiert 7,5 Ärzte. Ein Problem besteht häufig in der Verteilung der Niederlassungen. Der medizinische Nachwuchs bevorzugt städtische und attraktive Gebiete und meidet strukturschwache und soziale Brennpunkte.<sup>194</sup>

Betrachtet man die Entwicklung der Versorgungsstrukturen, so ist festzustellen, dass der Anteil der angestellten Ärzte und Psychotherapeuten auf ca. 22 Prozent angestiegen ist. Allein im Zeitraum von 2012 bis 2016 wurden ca. 180 Arztsitze von niedergelassenen Ärzten in Form von Anstellungen, überwiegend in Medizinische Versorgungszentren (MVZ), eingebracht. Im Vergleich zu den übernommenen Arztsitzen werden in MVZ jedoch signifikant weniger Patienten versorgt. Während niedergelassene Ärzte in Mecklenburg-Vorpommern im Durchschnitt 52 Stunden/Woche in der Praxis tätig sind, ist die Tätigkeit angestellter Ärzte durch das Arbeitszeitgesetz reglementiert. Bei einer Umwandlung in eine Anstellung sinkt der Tätigkeitsumfang auf 40 Stunden/Woche. Das ist bereits ein Rückgang von ca. 25 Prozent. Dazu kommt, dass die überwiegende Zahl der Anstellungen in Teilzeit bei ca. 26 Stunden/Woche erfolgt. Damit ergibt sich ein Rückgang an ärztlicher Arbeitszeit von ca. 50 Prozent. Das bedeutet, um den gleichen Umfang an ambulanter Versorgung sicherzustellen, sind für einen niedergelassenen Arzt zwei angestellte Ärzte notwendig.<sup>195</sup>

Eine bundesweite Befragung angestellter Ärzte im ambulanten Sektor wurde von der Universität Trier im Oktober 2017 vorgestellt. Diese zeigte verschiedene Gründe auf, weshalb sich angestellte Ärzte gegen eine Niederlassung entscheiden. 68 Prozent der Befragten führte die Befürchtung vor wirtschaftlichen Zwängen, 67 Prozent vor Bürokratie/Verwaltungsaufwand und 55 Prozent vor einem hohen Investitionsrisiko an. An

<sup>192</sup> Stellungnahme der ÄKMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 2, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 180.

<sup>193</sup> Stellungnahme der KVMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 4, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 16.

<sup>194</sup> Stellungnahme der DAK zur 4. Sitzung am 09.09.2020, S. 17, Kommissionsdrucksache 7/11, S. 100.

<sup>195</sup> Stellungnahme der KVMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 13 f., Kommissionsdrucksache 7/15, S. 25 f.

vierter Stelle steht das Regressrisiko. Zukünftig wird es zwingend notwendig sein den bürokratischen Aufwand in den Praxen zu senken um die ärztliche Arbeitszeit für den Patienten nicht weiter zu reduzieren und die Rahmenbedingungen der ärztlichen Tätigkeit so zu gestalten, dass die Attraktivität der Niederlassung wieder gesteigert wird.<sup>196</sup>

Es wurden durch den Gesetzgeber bereits Maßnahmen zur Förderung der Niederlassung auf den Weg gebracht.

Wollen sich Hausärzte in von medizinischer Unterversorgung bedrohten Gebieten niederlassen, können sie bereits seit 2008 einen Investitionskostenzuschuss für eine Praxiseröffnung in Mecklenburg-Vorpommern erhalten. Der pro Praxisgründung oder -übernahme in medizinisch unterversorgten Gebieten zur Verfügung stehende mögliche Höchstbetrag beläuft sich auf 75.000 Euro. In Gebieten mit drohender Unterversorgung ist eine Förderung zwischen 25.000 und 50.000 Euro möglich. Damit soll der Anreiz einer Niederlassung in diesen Gebieten verstärkt werden. Wenn niederlassungswillige Ärzte in Vorbereitung auf eine spätere Praxisübernahme in drohend unterversorgten Regionen zuvor in der zu übernehmenden Praxis angestellt werden, können zudem Gehaltskostenzuschüsse von 2.000 Euro pro Monat für längstens 12 Monate gewährt werden. Darüber hinaus wird die Gründung von Außenstellen/Zweigpraxen mit bis zu 20.000 Euro und die Anstellung eines Arztes ebenfalls mit bis zu 20.000 Euro gefördert. Auch Umzugs- oder Kinderbetreuungskosten können im Interesse der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung übernommen werden. Zudem wird die Förderung der Sicherstellung der fachärztlichen Grundversorgung weiter ausgebaut. Hier ist die Ausschreibung von besonderen lokalen und/oder medizinisch-fachlichen Versorgungsbedürfnissen mit einer Förderung verbunden. Bereitgestellt werden diese Gelder ebenfalls aus dem Strukturfonds. Allein durch die verschiedenen Maßnahmen der Investitionskostenzuschüsse konnten seit 2008 insgesamt 184 Ärzte/Praxen in Mecklenburg-Vorpommern mit mehr als 7,2 Millionen Euro gefördert werden. 2018 haben 18 Ärzte/Praxen eine Förderung von nahezu 750.000 Euro in Anspruch genommen. Für das Jahr 2019 stehen zirka 1,3 Millionen Euro zur Verfügung. Bereits vor mehr als 15 Jahren wurden die ersten Fördermaßnahmen auf den Weg gebracht. Aktuell gibt es einen umfangreichen Katalog von Fördermaßnahmen, der konsequent weiter ausgebaut wird. Für Ärzte, die an einer ambulanten Tätigkeit interessiert sind, hält die Kassenärztliche Vereinigung MV zudem ein Beratungs- und Informationsangebot bereit. Dieses umfasst u. a. eine individuelle Niederlassungsberatung und Seminare für Praxisgründer.<sup>197</sup>

Zu Beginn des Jahres 2020 ist in Mecklenburg-Vorpommern das Gesetz zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Bereichen mit besonderem öffentlichen Bedarf (Landarztgesetz - LAG M-V) in Kraft getreten, das dem Ärztemangel in der allgemeinmedizinischen Versorgung insbesondere in den ländlichen Regionen entgegen wirken soll. Erstmals zum Wintersemester 2021 wurden in Mecklenburg-Vorpommern 32 der etwa 400 jährlich vorgesehenen Studienplätze für Humanmedizin im Rahmen eines komplexen Auswahlverfahrens an Bewerber vergeben, die nach ihrem Studium für einen längeren Zeitraum an der hausärztlichen Versorgung in unterversorgten bzw. von Unterversorgung bedrohten ländlichen Regionen des Bundeslandes teilnehmen wollen. Durch das Landarztgesetz sollen Bewerber für das Medizinstudium gewonnen werden, die im regulären Zulassungsverfahren möglicherweise keinen Studienplatz erhalten haben, sich aber aufgrund ihrer ausgeprägten sozialkommunikativen Kompetenzen und fachspezifischen persönlichen Befähigung für eine langfristige hausärztliche Tätigkeit besonders eignen.<sup>198</sup>

<sup>196</sup> ebd., S. 9.

<sup>197</sup> Stellungnahme der KVMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 7 f., Kommissionsdrucksache 7/15, S. 19 f.

<sup>198</sup> ebd., S. 8.

### C.2.4.3 Fachkräftesituation im zahnärztlichen Bereich

Erhebungen zur zahnärztlichen Versorgungssituation in Mecklenburg-Vorpommern im Jahre 2020 haben nach Angaben der Kassenzahnärztlichen Vereinigung MV ergeben, dass in keiner Versorgungsregion eine Unterversorgung zu verzeichnen ist.<sup>199</sup>

In der Zahnärzteschaft sind jedoch ebenfalls Tendenzen einer überalternden Ärzteschaft und damit eines bevorstehenden Fachkräftemangels zu verzeichnen. Zu Beginn des Jahres 2019 hat es in Mecklenburg-Vorpommern eine Erhebung der Altersverteilung der niedergelassenen Zahnärzte gegeben, bei welcher ein Altersdurchschnitt von 54,06 Jahren ermittelt wurde. In den nächsten fünf bis zehn Jahren werden 60 Prozent aller niedergelassenen Zahnärzte des Landes in den Ruhestand gehen. Besonders prekär stellt sich die Situation in den ländlichen Regionen dar. Derzeit sind bereits etwa 40 Prozent der Zahnärzte im ländlichen Raum älter als 58 Jahre. Unter Berücksichtigung der bisherigen und zur Verfügung stehenden Daten kann zum heutigen Tag ein durchschnittliches Alter der Zahnmediziner in Mecklenburg-Vorpommern von rund 59 Jahren für das Jahr 2025 und von rund 64 Jahren für das Jahr 2030 prognostiziert werden. Unterstrichen wird diese Prognose durch die Veränderung des Alters eines Praxisinhabers zum Zeitpunkt der Beendigung seiner Praxistätigkeit. So lag das Alter im Jahre 2000 bei rund 61 Jahren und im Jahr 2017 bei rund 64 Jahren. Diese Voraussetzungen werden automatisch eine Mehrbelastung für alle verbleibenden niedergelassenen Zahnärzte, insbesondere in ländlichen Bereich, nach sich ziehen. Diese Entwicklung wird eine weitere Hemmschwelle für junge angehende Zahnmediziner sein, um freiberuflich in einer eigenen Zahnarztpraxis zu praktizieren.<sup>200</sup>

Der zahnärztliche Nachwuchs bevorzugt eher eine Arbeitsstelle in der Stadt als auf dem Land. Medizinische Versorgungszentren etablieren sich in größeren Städten und dort werden die jungen Zahnärzte durch Arbeitsplätze in Anstellung gebunden. Zahnarzt-MVZs siedeln sich vor allem in Großstädten, sowie Ballungsräumen und einkommensstarken ländlichen Regionen an. Ende März 2018 befanden sich rund 79 Prozent der MVZs in städtischen Gebieten und nur rund 21 Prozent in ländlichen Gebieten.<sup>201</sup> Mittelfristig werden sich insbesondere im ländlichen Bereich Schwierigkeiten bei der Nachbesetzung bzw. Gründung von Zahnarztpraxen ergeben.

Ein deutlicher Fachkräftemangel besteht im Bereich der zahnmedizinischen Fachangestellten. Die Ausbildungssituation in Mecklenburg-Vorpommern ist zwar stabil, aber auf einem niedrigen Niveau. Zudem hat sich nach Angabe der Zahnärztekammer die Eignung der Schulabgänger für den Beruf der zahnmedizinischen Fachangestellten in den letzten Jahren deutlich verschlechtert.<sup>202</sup>

### C.2.4.4 Fachkräftesituation bei weiteren Gesundheitsberufen

Auch bei den weiteren Gesundheitsberufen bestehen Probleme im Hinblick auf Fachkräfte. Dies hat eine Anhörung in der Enquete-Kommission bestätigt.

Für die **Landesgruppe des Deutschen Verband Ergotherapie (DVE)** besteht das größte Problem des Fachkräftemangels in der Akquirierung des Nachwuchses. In den meisten anderen Bundesländern steigt die Anzahl an Schülern und Studenten der Ergotherapie, während sie in Mecklenburg-Vorpommern sinkt. Die Kosten für eine Ausbildung in Mecklenburg-

<sup>199</sup> Stellungnahme der KZVMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 16 f., Kommissionsdrucksache 7/15, S. 95 f.

<sup>200</sup> ebd., S. 9; Stellungnahme der ZÄKMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 5.

<sup>201</sup> Stellungnahme der KZVMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 10, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 89.

<sup>202</sup> Stellungnahme der ZÄKMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 9.

Vorpommern liegen zwischen 200 und 400 Euro im Monat. In vielen anderen Bundesländern, wie z. B. in Niedersachsen, Brandenburg, Hamburg, Sachsen und Hessen, ist die Ausbildung inzwischen kostenfrei.<sup>203</sup>

Nach Angaben des **Physiotherapieverbandes** existierten im Jahr 2020 in Mecklenburg-Vorpommern ca. 1.000 Physiotherapiepraxen mit etwa 5.000 Mitarbeitern. Im Jahr 2019 gab es deutliche Wartezeiten auf einen Therapieplatz, was am Fachkräftemangel liegt. Auf 100 offene Stellen kommen ca. 20 Bewerber. Aktuell gibt es offiziell 568 gemeldete Stellen. Im Jahr 2010 gab es in Mecklenburg-Vorpommern noch etwa 370 Absolventen der Physiotherapieausbildung, wogegen für das Jahr 2020 mit nur noch ca. 30-50 Absolventen gerechnet wurde. Dies entspricht einem Rückgang von ausgebildeten Physiotherapeuten um 90 Prozent. 2019 gab es ca. fünf zugelassene Ausbildungen ausländischer Physiotherapeuten. Die Zeitdauer für die Anerkennung der Ausbildung beträgt jedoch mindestens ein Jahr. Über die Hälfte aller Physiotherapeuten in Mecklenburg-Vorpommern sind über 50 Jahre alt. Etwa die Hälfte der Praxisinhaber werden in den kommenden 10 Jahren ihre Praxis aus Altersgründen abgeben. Circa 3.000 Physiotherapeuten, die einmal in Mecklenburg-Vorpommern ausgebildet worden sind, leben und arbeiten nun in anderen Bundesländern.<sup>204</sup>

Der **Dachverband für Technologen/-innen und Analytiker/-innen in der Medizin Deutschland** gab an, dass auch in den vier eigenständigen Berufsgruppen, für die der Verband zuständig ist, ein massiver Fachkräftemangel herrscht. Durch die Novellierung des MTA-Gesetzes konnte die Attraktivität des Berufes bereits erhöht werden.<sup>205</sup>

Nach Angaben des **Bundesverbandes für Podologie** gibt es in Mecklenburg-Vorpommern mit Stand 1. Juni 2020 insgesamt 265 zugelassene podologische Praxen. Mit durchschnittlich sechs neuen Praxen pro Jahr ist zwar ein geringer Zuwachs erkennbar, laut Fachkräfteengpassanalyse suchen Podologen aber sehr dringend Mitarbeiter. Es werden circa 168 Tage benötigt, um eine freie Stelle in einer Praxis wieder zu besetzen. Stellenangebote im Internet zeigen, dass mit Stand 30.11.2020 316 Podologen dringend Nachwuchs suchten. Das Durchschnittsalter aller Therapeuten in Mecklenburg-Vorpommern liegt bei 50 Jahren. Für die Podologieausbildung in Mecklenburg-Vorpommern muss derzeit ein monatliches Schulgeld in Höhe von 465 Euro gezahlt werden. In einigen Bundesländern wurde die Schulgeldpflicht bereits abgeschafft. Zusätzlich fallen noch Prüfungsgebühren an, wodurch eine zweijährigen Ausbildung 11.178 Euro kostet. Eine podologische Ausbildung ist in Mecklenburg-Vorpommern in Schwerin und in Stralsund möglich.<sup>206</sup>

Die Berufsgruppe **Pharmazeutisch-Technischen Assistenten (PTA)** stellt mit rund 68.277 in öffentlichen Apotheken tätigen Fachkräften die größte Gruppe des pharmazeutischen Personals in Apotheken dar. Der Frauenanteil liegt bei 96,9 Prozent. PTAs tätigen rund 80 Prozent der Arzneimittelabgaben in Vor-Ort-Apotheken, beraten dazu und sind für die Herstellung von Arzneimitteln, die Überwachung der Qualität, Kompatibilitätsprüfung der Inhaltsstoffe, Dokumentation der Herstellung und Identitätsprüfung der Ausgangsstoffe zuständig. In Mecklenburg-Vorpommern gibt es jeweils eine PTA-Berufsfachschule in Schwerin und in Greifswald. Die Inhalte des Ausbildungsplans sind zum Teil nicht genehmigungspflichtig. Die Ausbildungsziele werden nicht mehr vollumfänglich vermittelt und die Ansprüche der Arbeitgeber nicht (mehr) erreicht. Durch das Wegfallen des Numerus Clausus findet an den Schulen zudem keine Bewerberauswahl nach besonderen Erfordernissen, wie einer guten

<sup>203</sup> Protokoll der 11. Sitzung der Enquete-Kommission vom 2. Dezember 2020, S. 8, Beitrag Prempfer.

<sup>204</sup> ebd., S. 13 f.

<sup>205</sup> ebd., S. 14 f.

<sup>206</sup> Protokoll der 11. Sitzung der Enquete-Kommission vom 2. Dezember 2020, Beitrag Stühning.

naturwissenschaftlichen Grundbildung, mehr statt, was zu einem sinkenden Ausbildungsniveau führt.<sup>207</sup>

Der **Deutsche Bundesverband der Logopäden** bemängelt die Ausbildungssituation für Logopäden in Mecklenburg-Vorpommern, die immer noch Schulgeld vorsieht. Das Schulgeld beträgt in Schwerin monatlich 450 Euro und in Rostock 525 Euro. Dazu kommen noch die Einschreibegebühren von 250 Euro und 800 Euro Prüfungsgebühren. Die einzige Schule für Logopädie mit Ausbildungsvergütung befindet sich in Greifswald. Diese bildet aber nur alle 3 Jahre aus.<sup>208</sup>

Nach Aussage des **Landeshebammenverbandes Mecklenburg-Vorpommern** lässt sich schon heute eine wohnortnahe Betreuung durch Hebammen nicht mehr gewährleisten. Sowohl auf dem Land als auch in den Städten stehen zu wenige Hebammen zur Verfügung, die das gesamte Leistungsspektrum anbieten. Die beruflichen Bedingungen klinisch arbeitender Hebammen haben sich nach Einschätzung des Landeshebammenverbandes in den letzten Jahren verschlechtert. Durch unbesetzte Stellen wird die Arbeit der einzelnen Hebamme immer mehr. Häufig betreut eine Hebamme drei oder mehr Frauen parallel. Viele Hebammen arbeiten in Teilzeit. Auch der Entwurf für ein Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GPVG) hat nach Auffassung des Landeshebammenverbandes nicht das Potenzial, die strukturellen Mängel in der Geburtshilfe dauerhaft abzustellen.<sup>209</sup>

Für die langfristige und flächendeckende Sicherstellung einer notfallmedizinischen Versorgung ist auch im Bereich des **Rettenungsdienstes** eine hinreichende personelle Ausstattung sowie eine entsprechende Qualifikation des Personals zu gewährleisten.

Als positiv bewertet wird von der Universitätsmedizin Greifswald die Einführung des relativ neuen Berufsfeldes des **Notfallsanitäters**.<sup>210</sup> Der Notfallsanitäter stellt eine hochqualifizierte medizinische Fachkraft dar, die einen Großteil des Einsatzspektrums der präklinischen Notfallmedizin eigenständig ohne notärztliche Unterstützung auf Grundlage seiner Ausbildung leisten kann. Damit können sie zur Entlastung der Notärzte beitragen, welche sich dann auf die kritischsten und unklaren Fälle beschränken können. Voraussetzung wäre eine hohe Qualifikation des Notfallsanitäters und Erfahrungen mit notfallmedizinisch relevanten Symptomkomplexen, intensivmedizinischen Krankheitsbildern und Verletzungen.<sup>211</sup>

Der konkrete Leistungsumfang des Notfallsanitäters in den einzelnen Rettungsdienstbereichen unterscheidet sich jedoch teilweise erheblich. Dies wird unter anderen auf einen fehlenden rechtssicheren Kompetenzrahmen für Notfallsanitäter bei der Ausübung bestimmter invasiver Maßnahmen zurückgeführt. Auf Bundes- und Landesebene sind der Umfang und die Qualität der Handlungskompetenzen bei invasiven Maßnahmen für den akuten medizinischen Ernstfall bisher nicht geregelt worden. Dies führt dazu, dass Notfallsanitäter in bestimmten Einsätzen nur dann invasive Maßnahmen ausüben, wenn ein Notarzt nicht vor Ort ist, ein sofortiges Handeln erforderlich ist oder Handlungen nach Vorgaben der jeweiligen Ärztlichen Leiter des Rettungsdienstes erfolgen. Da die Anwendung bestimmter notfallmedizinischer Maßnahmen durch Notfallsanitäter rechtlich nicht abgesichert und nicht einheitlich geregelt ist, müssen diese teilweise auf eigene Verantwortung und in eigener Haftung durchgeführt werden.<sup>212</sup>

---

<sup>207</sup> ebd., S. 16, Beitrag Becker.

<sup>208</sup> ebd., S. 12., Beitrag Dietzel.

<sup>209</sup> Protokoll der 12. Sitzung vom 13.01.2021, Beitrag Herold, S. 12 f.

<sup>210</sup> Stellungnahme LKT zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 11 f., Kommissionsdrucksache 7/46, S. 123 f.

<sup>211</sup> 2. Stellungnahme der UMG zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 12 f.

<sup>212</sup> Stellungnahme des DRK zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 2, Kommissionsdrucksache 7/46, S. 4.

Allgemein kann die personelle Situation im Rettungsdienst 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. Besonders schwierig gestaltet sich die Personalgewinnung im ländlichen Raum.<sup>213</sup> Derzeit wird auch keine hinreichende Personalkapazität zur ärztlichen Begleitung von Verlegungsfahrten gesehen.<sup>214</sup> Eine besondere Herausforderung wird darin gesehen, möglichst flächendeckend hoch qualifiziertes notärztliches Personal mit tiefgreifenden Spezialkenntnissen für die Versorgung schwerer Erkrankungen und Verletzungen zu gewinnen und dieses hinsichtlich der lokalen Gegebenheiten und Vorgehensweisen zu schulen.<sup>215</sup> Durch den aktuellen Mangel an qualifiziertem (Not-)ärztlichem Personal sind die Leistungserbringer gezwungen, bei der Personalauswahl Kompromisse einzugehen.<sup>216</sup>

Der bestehende Personalmangel wird nach Angaben des Landkreises Vorpommern-Greifswald durch eine vermehrte Inanspruchnahme des Rettungsdienstes verschärft. Durch teilweise fehlende Verfügbarkeit und unrichtiger Zuordnung der Ressourcen für den jeweiligen Einsatz kommt es zu einer „Fehl“-Inanspruchnahme des Rettungsdienstes. Gleichzeitig wird im Rettungsdienst in Mecklenburg-Vorpommern keine geeignete Ressource zur Behandlung minderschwerer Fälle ohne Transportnotwendigkeit vorgehalten. Eine spezifische Berufsausbildung zum Leitstellendisponenten, der eine optimale Einschätzung der Behandlungspriorität vornehmen könnte, gibt es in Deutschland derzeit nicht.<sup>217</sup>

Die Verdienstmöglichkeiten für im Rettungsdienst tätige Fachkräfte werden vom DRK nicht als Ursache für den Personalmangel gesehen. Als sehr ungünstig wird eine unsichere Gestaltung von Rahmenbedingungen, die der Leistungserbringer im Rettungsdienst kaum beeinflussen kann, empfunden. Die durch § 33 Abs. 2 RDG M-V bedingte Beendigung bestehender rettungsdienstlicher Beauftragung spätestens in 2025 ermöglicht keine langfristige Planungssicherheit, was sich auch negativ auf die Personalakquise und -bindung auswirkt. Die so erzwungene Beendigung von existenten Beauftragungen infolge der Neuausschreibungspflicht stellt den Erhalt des Arbeitsplatzes in Frage und führt zum Attraktivitätsverlust. Auch die dadurch bedingte gehemmte Investitionsbereitschaft in Rettungswachenstandorte und anderen Infrastrukturen macht den Arbeitsplatz für potenzielle Bewerber unattraktiv.<sup>218</sup>

Eine Herausforderung für die ärztliche Besetzung des Rettungsdienstes aus den einzelnen Kliniken heraus resultiert aus dem neuen Tarifvertrag, der seit dem 1. Oktober 2020 gilt. Damit werden die im Rettungsdienst geleisteten Dienste auf die Arbeitszeitschutzkonten im Krankenhaus angerechnet, sodass die Ärzte am diensthabenden oder ggf. am darauffolgenden Tag nicht in der Klinik zur Verfügung stehen. Durch diese Einschränkungen werden die ohnehin knappen Fahkräftressourcen weiter reduziert.<sup>219</sup>

<sup>213</sup> Stellungnahme LKT zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 11 f., Kommissionsdrucksache 7/46, S. 123 f.

<sup>214</sup> Stellungnahme der KGMV zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 15, Kommissionsdrucksache 7/14, S. 25.

<sup>215</sup> Gemeinsame Stellungnahme LK VG und EB Rettungsdienst zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 11 f., Kommissionsdrucksache 7/46, S. 32 f.

<sup>216</sup> 2. Stellungnahme der UMG zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 13.

<sup>217</sup> Gemeinsame Stellungnahme LK VG und EB Rettungsdienst zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 12, Kommissionsdrucksache 7/46, S. 33.

<sup>218</sup> Stellungnahme des DRK zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 14 f., Kommissionsdrucksache 7/46, S. 16 f.

<sup>219</sup> Stellungnahme der UMR zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 11, Kommissionsdrucksache 7/13, S. 89.

### C.2.4.5 Neuartige Gesundheitsberufe

Der Bedarf an neuen zu regelnden Berufen entwickelt sich grundsätzlich aus der Versorgungslandschaft heraus. Vor dem Hintergrund eines komplexer werdenden Gesundheitssystems, neuer Behandlungsmöglichkeiten und fortschreitender Digitalisierung müssen die Ausbildungsgänge vorhandener Gesundheitsberufe weiterentwickelt werden. Die Schaffung eines neu zu regelnden Berufes kann zukünftig zur Verbesserung der Versorgung beitragen. Auch im Hinblick auf den voranschreitenden Fachkräftemangel ist es erforderlich, bestimmte Leistungen neu zu verteilen und neue Qualifikationen zu entwickeln. Mit dieser Thematik hat sich die Enquete-Kommission im Rahmen einer Expertenanhörung befasst.

Nach der neuen Weiterbildungsordnung für Ärzte gibt es den Facharzt für Chirurgie in der ursprünglichen Form nicht mehr. Stattdessen erfolgt eine weitere Spezialisierung der Fachärzte, beispielsweise auf die Viszeral-, Gefäß- und Unfallchirurgie. Herz- und Kinderchirurgie werden häufig nur in großen Ballungsräumen vorgehalten. In kleinen Krankenhäusern in der breiten Fläche sind bisher Allgemeinchirurgen tätig gewesen. Die neue Ausbildung der Chirurgen eignet sich aber nicht mehr für diese Versorgung. Es wird daher das Problem auftreten, dass die Nachbesetzung an kleinen Krankenhäusern entweder durch einen viszeralchirurgisch geprägten Chirurgen oder durch einen orthopädisch unfallchirurgischen Schwerpunkt gewährleistet sein wird. Die Breite der Basisversorgung kann damit in einem Haus nicht mehr ohne Weiteres abgebildet werden.

Im Bereich der Chirurgie wird zur Abmilderung dieses Fachärztemangels über die Installation des **Physician Assistant** als neuen Gesundheitsberuf diskutiert. Der Beruf des Physician Assistant setzt ein Studium mit Bachelor und Master voraus. Ein konkretes Curriculum befindet sich derzeit noch in der Erarbeitung durch die Bundesärztekammer unter Beteiligung des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen. Aktuell gibt es aufgrund des fehlenden Curriculums nur private Ausbildungsstellen für den Physician Assistant, jedoch ohne einheitliche Vorgaben. Für einen sinnvollen Einsatz dieser Berufsgruppe werden bundeseinheitliche Vorgaben als zwingend erforderlich angesehen.<sup>220</sup>

Es handelt sich bei diesem Gesundheitsberuf zwar um einen arztnahen, aber keinen ärztlichen Beruf, sodass der Physician Assistant keine ärztlichen Entscheidungen treffen darf. Ein Physician Assistant kann nur in einem Team unter Anleitung von Ärzten tätig werden und kann einen fehlenden Facharzt daher nicht kompensieren. Jedoch kann dieser bei Hilfestellungen zu nicht ärztlichen Tätigkeiten, wie vorbereitenden Tätigkeiten und den sehr zeitaufwendigen Dokumentationen, eingesetzt werden und auf diese Weise das fachärztliche Personal entlasten. In fachlicher Diskussion ist auch, dass der Physician Assistant kleinere, regelhafte Eingriffe vornehmen darf, was jedoch vom Berufsverband der Deutschen Chirurgen nicht befürwortet wird, da während einer Operation stets die Gefahr einer Komplikation besteht, bei der notwendig werdende Entscheidungen nicht auf eine Begleitperson des Arztes delegiert werden sollten.<sup>221</sup>

Der **Operationstechnische Assistent** hingegen ist eine Weiterbildung aus der bisherigen Gesundheits- und Krankenpflegeassistenz. Diese Berufsgruppe ist bereits im Einsatz, da sie kostengünstiger als Ärzte arbeiten. Teilweise werden durch die Operationstechnische Assistenz auch ärztliche Aufgaben übernommen, etwa die Entnahme von Venen am Unterschenkel bei einer Herz-Operation, damit der Arzt diese anschließend am Herzen einsetzen kann. Auch hier

<sup>220</sup> Protokoll der 19. Sitzung vom 28. April 2021, S. 10, Beitrag Beitrag Dr. Rüggeberg.

<sup>221</sup> ebd., S. 7 f., Beitrag Dr. Rüggeberg.

erfolgt die Tätigkeit nur unter Aufsicht. Der Operationstechnische Assistent führt daher zu einer Entlastung der Ärzte, kann den Arzt jedoch nicht ersetzen.<sup>222</sup>

Im Bereich der Pflege wird vielfach eine **Akademisierung** gefordert, um den Absolventen höhere Qualifikationen zu vermitteln, damit das Leistungsspektrum zu erhöhen und den Beruf damit attraktiver zu gestalten. Dies soll zum einen dazu führen, dass sich mehr Menschen für einen Pflegeberuf entscheiden und andererseits die knappe Ressource Arzt entlasten. Bei der Professionalisierung der Pflege geht es speziell um neue Funktionen und Qualifikationen von Pflegekräften. Dies wurde teilweise schon auf den Weg gebracht, sodass es bereits einige pflegewissenschaftliche Studiengänge gibt. Beispielsweise wurde die Hebammenausbildung in ein Hebammenstudium umgewandelt. Zudem wurde in Greifswald der Bachelorstudiengang „Klinische Pflegewissenschaft“ eingerichtet, der im Wintersemester 2021 starten wird. Die Absolventen dieses Studiengangs sollen für die Pflege der Patienten befähigt werden. Der Studiengang wird in das neu geschaffene Institut für Pflegewissenschaft und Interprofessionelles Lernen eingebettet.<sup>223</sup> Erste Erfahrungen haben gezeigt, dass die ersten Umstellungen medizinischer Ausbildungsberufe auf Studiengänge dazu geführt haben, dass viele praktisch tätige Pflegekräfte hinterher nicht mehr praktisch in der Versorgung beim Patienten praktisch tätig gewesen sind. Der Studiengang „Klinische Pflegewissenschaften“ hat das Ziel, dass die Absolventen nicht nur eine bessere, sondern auch mehr Versorgung machen. Durch die Akademisierung der Pflege sollen künftig mehr Fachkräfte generiert werden, die über eine umfangreichere Ausbildung verfügen und zu mehr Autonomie im Beruf befähigt sind.<sup>224</sup>

Im Jahr 2008 wurden die gesetzlichen Rahmenbedingungen im SGB V für die Delegation ärztlicher Leistungen geschaffen. Das auf Bundesebene beschlossene Pflege-Weiterentwicklungsgesetz ermöglicht neben der Delegation explizit auch die Substitution von Leistungen und damit die Übernahme von heilkundlichen Aufgaben durch Pflegekräfte. Die **Arztentlastende Gemeinde-nahe E-Healthgestützte Systemische Intervention (AGnES) – Schwester**, die mit Hilfe digitaler Gerätschaften die Patienten aufsucht und über digitale Wege mit einem Hausarzt kommuniziert, war ein erster Ansatz zur Entlastung der Ärzte. Modellprojekte haben gezeigt, dass die AGnES eine arztentlastende Wirkung entfaltet und sich positiv auf die Bereitschaft des Patienten auswirkt, bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen mitzuwirken. § 63 Absatz 3c SGB V ermöglicht es, Aspekte des **Advanced Nursing Practice**, welches in anderen Ländern bereits verbreitet ist, in die Versorgung umzusetzen.<sup>225</sup>

Ein weiteres Beispiel für neue Berufsfelder ist der **Dementia Care Manager (DCM)**, der eine Weiterqualifikation von Pflegekräften darstellt und bei der Versorgung von Demenzpatienten in deren Häuslichkeit unterstützt. DCM ermitteln mit einem computerbasierten System die Versorgungsbedarfe der Patienten und erstellen gemeinsam mit dem Hausarzt einen abgestimmten Versorgungsplan, der dann umgesetzt wird. Die Auswertung von ungefähr 600 Patientendaten hat nachgewiesen, dass so betreute Personen eine höhere gesundheitsbezogene Lebensqualität aufweisen, länger in der eigenen Häuslichkeit verbleiben konnten und insgesamt weniger Kosten verursachten. Mit Hilfe der Erfahrungen aus den bisherigen Forschungsprojekten ist ein evidenzbasiertes Curriculum erarbeitet worden, welches durch das Bundesministerium für Gesundheit mittlerweile geprüft und zertifiziert wurde. Ein

<sup>222</sup> ebd., Beitrag, S. 11, Beitrag Dr. Rüggeberg.

<sup>223</sup> ebd., S. 20 f., Beitrag Prof. Dr. Hoffmann.

<sup>224</sup> ebd., S. 24 f., Beitrag Prof. Dr. Hoffmann.

<sup>225</sup> ebd., S. 19, Beitrag Prof. Dr. Hoffmann.

Bildungsträger bietet die Weiterbildung bundesweit an. Nunmehr ist noch die staatliche Prüfung zu organisieren.<sup>226</sup>

Problematisch ist, dass es die Aufgabenbereiche der neu qualifizierten Pflegekräfte in der Praxis oftmals noch nicht gibt und damit auch keine entsprechenden Vergütungsregelungen. Die Pflege wird immernoch als ärztlicher Assistenzberuf angesehen und auch so eingesetzt. Die autonomen Handlungsspielräume sind teilweise sehr begrenzt. Inzwischen wird jedoch von Ärzten, Pflegekräften und anderen Berufsgruppen eine Aufgabenneuverteilung angestrebt, um die Ärzte zu entlasten. Die Akzeptanz für die Erweiterung der Pflegerolle ist mittlerweile in der Bevölkerung gestiegen. Neben den Patienten, Angehörigen und Pflegekräften befürworteten auch 80 Prozent der Ärzte die Aufgabenneuverteilung.<sup>227</sup>

Probleme bei der Umsetzung entsprechender hausarztentlastender Projekte resultieren auch aus nicht passenden Regelungen im SGB V. Beispielsweise dürfen mit Pflegepersonen keine Versorgungsaufträge geschlossen werden. Daher ist die Umsetzung über Ärztenetzwerke erforderlich, in denen das Pflegepersonal angestellt wird. Diese Pflegepersonen müssen nach § 63 Absatz 3c SGB V rechtlich und wirtschaftlich selbstständig handeln, haben jedoch keine Abrechnungsmöglichkeit. Die Umsetzung der vorgeschlagenen Maßnahmen muss daher durch die Ärzte erfolgen. Außerdem ist die erforderliche Genehmigung des Curriculums durch zwei Ministerien erforderlich. Bei Projekten, die sich über mehrere Bundesländer erstrecken, besteht die Herausforderung, dass es einer Sondergenehmigung bedarf, sofern ein Land Pflegekräfte überprüfen muss, die in anderen Bundesländern ausgebildet worden sind.<sup>228</sup>

In der medizinischen Versorgung stellt das **Case Management** ein Handlungskonzept dar, welches es Menschen ermöglichen soll, eine passgenaue Versorgung zu erhalten. Dies ist vor allem für Menschen wichtig, die in eine Lage geraten sind, in der mehrere Problembereiche, etwa gesundheitlicher, finanzieller und sozialer Art, zusammenkommen. Bei dieser Häufung von Problemen müssen meist mehrere Institutionen miteinbezogen werden. In einer solchen Situation ist es nicht nur wichtig, dass die Bürger die Unterstützung und Beratung erhalten, sondern auch, dass die involvierten Helfer und die verschiedenen Organisationen fallbezogen vernetzt werden. Auf der Patientenebene werden die Versorgungsbedarfe herausgearbeitet und auf der Ebene der Helfer und Versorger wird versucht, vernetzte Strukturen in einer Region aufzubauen. Gesetzlich ist dieses Handlungskonzept über das Versorgungsmanagement SGB V oder über die Pflegeberatung etabliert, auch wenn der Begriff Case Management nicht genannt wird. Die praktische Umsetzung findet beispielsweise in Krankenhäusern im Rahmen des Entlassmanagements statt. Im Case Management gibt es eine qualifizierte Weiterbildung, für welche die Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management Weiterbildungsstandards formuliert hat. Die Finanzierung ist jedoch noch nicht vollständig geregelt. An einigen Stellen gibt es zwar gesetzliche Grundlagen, aber keine Regelung zur Vergütung der Vernetzungs-, Koordinierungs- und Betreuungsleistungen. Das Case Management ist kein Beruf, sondern eher eine Funktion. Dieses wird von qualifizierten Personen durchgeführt, die vorher studiert haben oder aus der sozialen Arbeit oder Krankenpflege kommen. Es gibt Weiterbildungsstandards, die sich im deutschsprachigen Raum auch in Österreich und der Schweiz durchgesetzt haben.<sup>229</sup>

Die Berufsgruppe der **Patientenlotsen** ist ebenso wie das Case Management kein neuer Beruf, sondern viel mehr eine neue Rolle für vorhandene Berufe.

---

<sup>226</sup> ebd.

<sup>227</sup> ebd.

<sup>228</sup> ebd., S. 20, Beitrag Prof. Dr. Hoffmann.

<sup>229</sup> ebd., S. 11 f., Beitrag Prof. Dr. Ehlers.

Aufgrund des immer komplexer werdenden Gesundheitssystems und der alternden Bevölkerung mit zunehmender Multimorbidität gewinnen Patientenlotsen immer mehr an Bedeutung. Diese können dazu beitragen, die Patienten gezielt durch das teilweise komplizierte medizinische Versorgungssystem zu führen und so eine individuelle und bedarfsgerechte Versorgung zu gewährleisten. In Deutschland besteht nach wie vor eine deutliche Sektorentrennung. Dies macht eine erhöhte Kommunikation und Koordination zwischen den Sektoren erforderlich, was Patientenlotsen leisten können. Als Überbegriff wird der des Versorgungsmanagements verwendet. Dabei gibt es eine Vielzahl an punktuellen Vorschriften im SGB V für jeweils spezifische Zielgruppen, die in der Praxis jedoch häufig nicht zur Anwendung kommen. Insgesamt sind die Einzelregelungen nicht klar genug formuliert und der jeweilige Anspruch ist nicht eindeutig geregelt. Zudem greifen die Maßnahmen teilweise nur an einzelnen Schnittstellen, wie beispielsweise beim Entlassmanagement im Krankenhaus. Die bestehenden sozialrechtlichen Regelungen werden damit dem Bedarf an Kommunikation und Koordination in der Gesundheitsversorgung nicht gerecht.<sup>230</sup>

In Deutschland gibt es eine Vielzahl an Lotsenprojekten mit unterschiedlicher Ausrichtung, wie im sozialen und kommunalen Bereich, bei denen mit Sozialarbeitern zusammengearbeitet wird. In anderen Projekten steht der pflegerische Aspekt sowie die akute und ambulante Versorgung im Fokus. Diese sind eher im medizinischen Bereich und bei den Hausärzten angesiedelt. Viele Projekte wurden verstetigt. Die Lotsen verfügen in der Regel über spezifische Weiterbildungen, häufig im Bereich Case-Management. Derzeit gibt es mindestens 38 Lotsenprojekte in Deutschland mit unterschiedlichen Zielgruppen. Diese sind entweder diagnosebezogen, diagnoseübergreifend, versorgungsbezogen oder primär präventiv. So gibt es Projekte, bei denen ältere Menschen zu Hause durch Sozialarbeiter präventiv aufgesucht werden, um Bedarfe frühzeitig zu erkennen. Die Finanzierung erfolgt durch die Kommune oder das Land. Zudem gibt es Lotsen für Personen mit komplexem medizinischen Versorgungsbedarf, um die Versorgungskontinuität durch Schnittstellenmanagement und bessere Überleitung zwischen den Versorgungsformen zu gewährleisten. Die Lotsen sind dabei meist Pflegefachkräfte oder Medizinische Fachangestellte. Die Finanzierung erfolgt durch die Krankenkassen.<sup>231</sup>

Unter den Patienten gibt es insgesamt eine positive Resonanz zu den Patientenlotsen. Durch deren Tätigkeit wird eine höhere Versorgungssicherheit empfunden. Auch seitens der beteiligten Akteure, wie Ärzten, Krankenhäusern, Therapeuten und Pflegediensten, gibt es positive Rückmeldungen, da ein Informationsgewinn verzeichnet wird. Tendenziell wird ein Beitrag zur Überwindung der Sektorentrennung durch Patientenlotsen erreicht. Durch deren Einsatz gibt es Hinweise auf eine Verbesserung der Lebensqualität und der Patientenzufriedenheit sowie eine Verringerung von Krankenhausaufenthalten. Jedoch erfordert dieses Versorgungsmanagement zusätzliche Personalressourcen.<sup>232</sup>

Umfangreiche Datenmengen benötigen neuartige Technologien, wie zum Beispiel Künstliche Intelligenz (KI), für die Verbesserung von Diagnostik und Therapie. Auch für die wichtige Vorantreibung der Digitalisierung ist die **Medizinische Bioinformatik** wichtig. Die Modellierung und das Verständnis für die Daten machen die Bioinformatik und Systembiologie erforderlich. Nötig ist ein interdisziplinärer Austausch von Daten mit Ärzten und Pflegekräften. In der Medizin gibt es einen sehr schnellen technologischen Fortschritt. Ziel der Datengenerierung und -auswertung ist die Anwendung personalisierter Therapie. So entstehen derzeit an Universitätsmedizinern und größeren Kliniken interdisziplinäre molekulare Tumorboards, die eine individuelle Therapieempfehlung ermöglichen und auf diese Weise zu

<sup>230</sup> ebd., S. 13, Beitrag Dr. Braeseke.

<sup>231</sup> ebd., S. 14 f., Beitrag Dr. Braeseke.

<sup>232</sup> ebd., S. 15, Beitrag Dr. Braeseke.

einer besseren Behandlung des Patienten beitragen. Deutschland muss sich im Bereich der Bioinformatik gut aufstellen, um die erforderlichen Datenmengen zu generieren und zu strukturieren. Durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung wurde 2018 durch hohe Investition die Gründung von vier leistungsstarken, interdisziplinären Konsortien in der Medizininformatik gefördert. Greifswald ist im größten Konsortium, dem MIRACUM (Medical Informatics in Research and Care in University Medicine), vertreten. Dort wird daran gearbeitet, die Lücke zwischen Forschung und Gesundheitswesen zu schließen. Dabei kann auch die Bereitstellung und Veröffentlichung von analysierten Daten helfen. Das generierte Wissen und die neuen Therapieformen werden durch Fortbildungen und Schulungen ausgebreitet, sodass das Know-how auch in die Fläche gebracht wird.

Die Situation in Mecklenburg-Vorpommern hat sich im Bereich der Bioinformatik in den letzten Jahren erheblich verbessert. Trotzdem gibt es noch Entwicklungsbedarf. Im Zuge der Medizininformatik-Initiative (MI-I) ist in Greifswald auch eine Professur in diesem Bereich geschaffen und besetzt worden.<sup>233</sup>

An der Universitätsmedizin in Greifswald wird ein durch das Bundesgesundheitsministerium und das in Mecklenburg-Vorpommern für Gesundheit zuständige Ministerium gefördertes Projekt, welches neue Versorgungskonzepte im Rettungswesen und in der versorgungsübergreifenden Notfallmedizin, erprobt. Das **Projekt „M-V Life Drone“** ist als Ergänzung im komplexen System des Rettungswesens gedacht und soll dazu beitragen, dass im ländlichen Raum allen Menschen die gleiche Überlebenschancen in Notfällen eingeräumt werden.

Im Zuge des Einsatzes von **Drohnen** werden ganz neue Berufsfelder erforderlich, für die die Weiterentwicklung bestehender Berufe sowie Fortbildungen in bestimmten Berufsgruppen notwendig sind. Zudem spielt die Informationsverarbeitung in diesem Zusammenhang eine große Rolle. Durch den Einsatz von neuer Technologie gibt es einen Anstieg der zu verarbeitenden Datenmengen. Dafür ist es notwendig, dass es möglichst auf allen Ebenen ein Verständnis für die unterstützenden IT-Strukturen gibt. Hierzu sind klare und verlässliche Ansprechpartner erforderlich. Es ist wichtig, die damit verbundenen Automationen zu kennen, zu steuern und zu verstehen. Die Leitstelle für Rettungswesen muss sich auf die neue Technologie einstellen, darin geschult werden und auch die Bevölkerung einweisen können. Ebenso gilt es, die Bevölkerung selbst zu schulen. Für die Flugplanung der Drohnen sind Abstimmungen mit den Organisationen der öffentlichen Ordnung erforderlich unter Einbeziehung der Piloten. Hier bietet sich eine Möglichkeit, die Karriere im Rettungsflug zu verlängern. Auch die technische Betreuung der Drohnen ist zu gewährleisten. Das Klinikpersonal muss ebenso geübt sein im Umgang mit der Technologie. Zur Umsetzung dieser vielfältigen, neuen Ansätze ist ein Public Health Office des Rettungswesens denkbar, wobei es auch Schnittmengen zu den Patientenlotsen geben kann.<sup>234</sup>

---

<sup>233</sup> ebd., S. 22, Beitrag Prof. Dr. Dr. Börries.

<sup>234</sup> ebd., S. 15 ff., Beitrag Dr. Baumgarten.

### C.3 Erreichbarkeit von Angeboten der Gesundheitsversorgung

#### C.3.1 Notfallversorgung

Unter dem Begriff der Notfallversorgung werden in Deutschland der Rettungsdienst, der ärztlicher Bereitschaftsdienst und die klinische Notfallversorgung (Notaufnahmen der Krankenhäuser) gefasst. Die drei Bereiche sind jeweils eigenständig organisiert.<sup>235</sup>

Gesetzliche Grundlage für den **Rettungsdienst** in Mecklenburg-Vorpommern ist das Rettungsdienstgesetz Mecklenburg-Vorpommern (RDG M-V). Der Rettungsdienst umfasst gemäß § 2 Absatz 1 Satz 2 RDG M-V die Notfallrettung, den qualifizierten Krankentransport und den Intensivtransport.

Gegenstand der **Notfallrettung** ist gemäß § 2 Absatz 2 RDG M-V, bei lebensbedrohlich Verletzten oder Erkrankten (Notfallpatienten) lebensrettende Maßnahmen oder Maßnahmen zur Verhinderung schwerer gesundheitlicher Schäden durchzuführen, gegebenenfalls ihre Transportfähigkeit herzustellen und sie, wenn erforderlich, unter fachgerechter Betreuung in die für die weitere Versorgung nächstgelegene geeignete medizinische Einrichtung zu befördern. Zu den Aufgaben der Notfallrettung gehören auch akut erforderliche Verlegungen von Notfallpatienten in eine andere Behandlungseinrichtung und die Bewältigung von Notfallereignissen unterhalb der Katastrophenschwelle mit einer größeren Anzahl von Verletzten oder Erkrankten (Massenanfall Verletzter oder Großschadensereignis).

Gegenstand des **qualifizierten Krankentransportes** ist es gemäß § 2 Absatz 3 RDG M-V, Verletzten, Erkrankten oder sonstigen Personen, die einer medizinischen Versorgung bedürfen, ohne Notfallpatient zu sein, fachgerechte Hilfe zu leisten und sie unter fachgerechter Betreuung zu befördern.

Gegenstand des **Intensivtransportes** ist gemäß § 2 Absatz 4 RDG M-V die arztbegleitete Verlegung von Patienten unter intensivmedizinischen Bedingungen und von Hochrisikopatienten in eine andere Behandlungseinrichtung.

Gemäß § 3 Absatz 1 RDG M-V sind für die Notfallrettung, den qualifizierten Krankentransport und den Intensivtransport Krankenkraftwagen einzusetzen, sofern nicht Rettungsmittel der Luftrettung zum Einsatz kommen. Träger der öffentlichen Luftrettung ist das Land. Träger des übrigen öffentlichen Rettungsdienstes einschließlich der Wasserrettung an Stränden und Binnengewässern sind die Landkreise und kreisfreien Städte jeweils für ihr Gebiet (Rettungsdienstbereich).<sup>236</sup> Das Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern, welches gemäß § 7 Absatz 3 RDG M-V Fachaufsichtsbehörde ist, wird nach § 8 Absatz 1 RDG M-V ermächtigt, zur Sicherstellung der Gesamtversorgung durch Rechtsverordnung einen Rettungsdienstplan als Rahmenplan zu erlassen. Dieser soll nach Absatz 2 insbesondere Regelungen über die Standorte sowie die sachliche und personelle Ausstattung der Rettungsleitstellen und Rettungswachen, die Luftrettungsstandorte und Kriterien zur Beurteilung der Einhaltung der Hilfsfrist enthalten.

Die entsprechende Rechtsverordnung ist die Rettungsdienstplanverordnung Mecklenburg-Vorpommern (RDPVO M-V).

<sup>235</sup> Karsten Roth, Struktur der medizinischen Notfallversorgung in Deutschland, 2018, S. 191.

<sup>236</sup> vgl. § 7 Absatz 2 RDG M-V.

Insbesondere haben die Planungen so zu erfolgen, dass die **Hilfsfrist** nach § 1 RDPVO M-V eingehalten werden kann. Die Hilfsfrist umfasst den Zeitraum von der Alarmierung eines Rettungsmittels durch die Rettungsleitstelle bis zum Eintreffen am Notfallort. Die Hilfsfrist wird in einem Rettungsdienstbereich erfüllt, wenn im jeweiligen Rettungsdienstbereich an einer Straße gelegene Notfallorte im Jahresdurchschnitt aller Einsätze in nicht mehr als zehn Minuten erreicht werden. Im städtischen Bereich soll in 95 Prozent und im ländlichen Bereich in 90 Prozent der Einsätze die maximale Hilfsfrist von 15 Minuten nicht überschritten werden.

Standorte für die Rettungshubschrauber sind gemäß § 10 RDPVO M-V in Güstrow, Greifswald und Neustrelitz.

Integrierte Leitstellen für den Rettungsdienst befinden sich gemäß § 12 RDPVO M-V in den kreisfreien Städten Rostock und Schwerin sowie in den Landkreisen Rostock, Mecklenburgische Seenplatte, Vorpommern-Greifswald und Vorpommern-Rügen.

In Mecklenburg-Vorpommern wird als Betreibermodelle für den Rettungsdienst das Submissionsmodell umgesetzt. Dabei erfolgt eine Ausschreibung von Rettungsdienstleistungen durch die öffentliche Hand unter Beachtung europäischer Vergaberichtlinien an externe Anbieter. Die Kommune bleibt Träger des Rettungsdienstes und ist damit verantwortlich für die Ausschreibungen und Kontrolle.<sup>237</sup>

Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben die vertragsärztliche Versorgung gemäß § 75 Absatz 1 SGB V in einem bestimmten Umfang sicherzustellen. Da ärztlicher Rat und eine Behandlung auch außerhalb der regulären Praxiszeiten der Vertragsärzte erforderlich werden kann, haben die Kassenärztlichen Vereinigungen auch einen **ärztlichen Bereitschaftsdienst** für die Zeiten zu organisieren, in denen ihre Vertragsärzte nicht für Sprechzeiten zu erreichen sind. Vorgesehen ist dieser Bereitschaftsdienst bei Erkrankungen, die nicht lebensbedrohlich sind, bei denen der Patient aber nicht bis zum nächsten Tag auf eine ärztliche Behandlung warten kann.

In diesen Fällen können sich die Patienten direkt bei der ärztlichen Bereitschaftspraxis in ihrer Nähe melden oder bundeseinheitlich telefonisch unter 116117 zu einer solchen vermitteln lassen. Die regionale Leitstelle nimmt das Anliegen auf, leitet den Anrufer an die nächstgelegene Praxis weiter oder schickt bei Bedarf einen Arzt zu diesem nach Hause.<sup>238</sup>

Der ärztliche Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen MV wird regional von den zwölf Kreisstellen der KVMV organisiert und ist in einen Fahr- und Sitzdienst gegliedert, der durch eine ärztliche Präsenz in den neun Bereitschaftsdienstpraxen (BD-Praxen) und durch zwei kinderärztliche BD-Praxen ergänzt wird. Außerhalb des Einzugsbereichs bzw. der Öffnungszeiten der BD-Praxen oder in den medizinisch notwendigen Fällen, sichert der Fahrdienst eine Besuchsbehandlung ab. Den Bereitschaftsdienst in MV decken grundsätzlich alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen ab. Seit dem der Gesetzgeber die Möglichkeit eröffnet hat, auch Nichtvertragsärzte, z. B. Krankenhausärzte, Ärzte im Ruhestand oder in öffentlichen Einrichtungen, freiwillig in den Bereitschaftsdienst einzubeziehen, erteilt die KVMV auf Antrag und bei Vorliegen der fachlichen Voraussetzungen auch eine entsprechende Genehmigung zur Teilnahme am Bereitschaftsdienst für diese Ärzte.

<sup>237</sup> Protokoll der 7. Sitzung der Enquete-Kommission vom 14. Oktober 2020, Beitrag Hartlöhner, S. 19.

<sup>238</sup> Gabriele Fobbe, Hermann Caspar Römer, Martina Heßbrügge, Praxisleitfaden Ärztlicher Bereitschaftsdienst, 2020, S. 16 ff.

Die Bereitschaftsdienstbereiche sind so organisiert, dass die Patienten zeitnah versorgt werden können und während des Bereitschaftsdienstes jederzeit ein Arzt zur Verfügung steht.<sup>239</sup>

Die **Notaufnahmen der Krankenhäuser** dienen dazu, die Versorgung von schwer bis lebensbedrohlich Erkrankten oder Verletzten kurzfristig sicherzustellen. Die Notaufnahmen werden vom Rettungsdienst angesteuert oder können von den Patienten im Notfall selbstständig aufgesucht werden.

Insbesondere in der 7. Sitzung der Enquete-Kommission am 14. Oktober 2020 wurden Experten zum Thema Notfallversorgung angehört. Die notfallmedizinische Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern wurde dabei grundsätzlich als befriedigend bis leistungsstark bewertet.<sup>240</sup>

Besonders positiv bewertet werden die Einführung des Berufsbildes des Notfallsanitäters, die teilweise eingeführte telenotärztliche Struktur sowie Einführung des Nachtfluges am Luftrettungsstandort Greifswald.<sup>241</sup>

Handlungsbedarf wird gesehen bei der Häufigkeit fehlgeleiteter Inanspruchnahme des Rettungsdienstes durch die Bevölkerung (Bagatelleinsätze). In den letzten Jahren sind stetig Steigerungen der Einsatzzahlen aus den geführten Statistiken der Träger des Rettungsdienstes zu entnehmen. Als Grund hierfür wird unter anderem eine deutlich gesunkene Resilienz der Bevölkerung angesehen. Es stellen sich teilweise Einsatzbilder dar, in denen die Patienten mit einfachsten nicht lebensbedrohlichen Erkrankungen oder Verletzungen überfordert sind. Einfache Erste-Hilfe-Maßnahmen werden teilweise nicht beherrscht oder sind unbekannt. Aufgrund dieser Unkenntnis und Überforderung kommt es zu Ängsten, Fehler bei den Maßnahmen zu begehen. Zudem wird eine enorme Auslastung der Notaufnahmen der stationären Versorgungseinrichtungen bemängelt, was durch lange Wartezeiten bei ambulanten Fachärzten mit verursacht wird.<sup>242</sup>

Auch in der gestiegenen Inanspruchnahme der Sekundärtransporte (Verlegungsfahrten) wird von der Universitätsmedizin Greifswald ein Problem gesehen. Bei diesen Transporten 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 Intensivtransportwagen, entsprechend ausgerüstet.<sup>243</sup>

Der Gesetzgeber hat im Land Mecklenburg-Vorpommern als Flächenland eine der kürzesten Hilfsfristen in Deutschland etabliert. Auf Grund der Bevölkerungsstruktur und geographischen Besonderheiten ist es eine enorme Herausforderung, ausreichend Personal zur Besetzung aller notwendigen Rettungsmittel zu bekommen. Ob durch die eingehaltene Hilfsfrist automatisch ein qualitativer hochwertiger Rettungsdienst zur Verfügung steht, ist fraglich. Trotzdem muss die zeitnahe Erreichbarkeit von Notfallorten durch die Rettungsdienststräger gesichert werden. Dazu wurde ein Gutachten zur landesweiten Rettungsdienstüberplanung in Auftrag gegeben, dessen Ergebnisse Ende 2020/Anfang 2021 vorliegen sollen. Inzwischen wurden jedoch auch Alternativsysteme zur Unterstützung entwickelt. In vielen Feldern spielen Regionen in Mecklenburg-Vorpommern eine Vorreiterrolle, so beispielsweise im Bereich der präklinischen

<sup>239</sup> Stellungnahme der KVMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 30 ff., Kommissionsdrucksache 7/15, S.42 ff.

<sup>240</sup> Stellungnahme des DRK zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 5, Kommissionsdrucksache 7/46, S. 7.

<sup>241</sup> Gemeinsame Stellungnahme LK VG und EB Rettungsdienst zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 10 f., Kommissionsdrucksache 7/46, S. 31 f.

<sup>242</sup> Stellungnahme des DRK zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 5, Kommissionsdrucksache 7/46, S. 7.

<sup>243</sup> 2. Stellungnahme der UMG, S. 7 f.

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.<sup>244</sup>

Aufgrund von Veränderungen in der Kliniklandschaft und der großen Fläche des Landes nimmt zudem die Dauer der Einsätze zu, was sich unter anderem mit langen Anfahrtszeiten zu den Zielkrankenhäusern begründen lässt. Lange Anfahrtswege zu stationären Versorgungseinrichtungen führen zu verlängerter Abwesenheit der Rettungsmittel im jeweiligen Rettungsdienstbereich und zu Herausforderungen in der Rettungsmittelvorhaltung und somit zu Schwierigkeiten bei der Sicherstellung der Hilfsfrist.<sup>245</sup>

Hier ist nach Ansicht der Universitätsmedizin Greifswald 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. Eine gute Verknüpfung zwischen Rettungsdienst und Krankenhaus kann zusätzlich die Voranmeldung der Patienten im Krankenhaus gewährleisten, sodass dort bereits vor Eintreffen der Patienten die jeweiligen Behandlungsmaßnahmen vorbereitet werden können.<sup>246</sup> Dies verhindert eine Verlegung in ein anderes Krankenhaus und verkürzt den Zeitraum bis zum Beginn der Behandlung.

Die technische Ausstattung des Rettungsdienstes und der Rettungswachen sind nach DIN-Norm und die eingesetzte Medizintechnik meist nach dem jeweiligen Stand der Technik aufgestellt. Einzig die mittlerweile umsetzbaren Möglichkeiten eines optimierten Arbeitsplatzes im RTW nach arbeitsschutzrelevanten Gesichtspunkten wird vom DRK als deutlich verbesserungswürdig angesehen. Elektro-hydraulische Fahrtragen und weiteres entsprechendes Einsatzequipment ist längst nicht in jedem Rettungswachenbereich verfügbar. 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.<sup>247</sup> Der Landkreistag empfindet die sächliche Ausstattung des Rettungsdienstes im Hinblick auf vorzuhaltende Fahrzeuge und das medizinischen Equipment als 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. Das Konzept von Rettungszentren (gemeinsame Wachen mit den Feuerwehren und Wasser-Retter) hat sich in einigen Bereichen bereits bewährt.<sup>248</sup>

Die Möglichkeit, hochqualifizierte Notärzte zu jedem Zeitpunkt über weite Entfernungen mittels **Rettungshubschraubers** zum Patienten transportieren zu können, stellt insbesondere in dünn besiedelten Regionen einen Schlüsselfaktor dar.<sup>249</sup>

Im bisherigen System der rettungsdienstlichen Versorgung spielen Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Notfallmedizin eine untergeordnete Rolle. Mit den Reformvorstellungen der Notfallversorgung des Bundesgesundheitsministeriums kann sich

<sup>244</sup> ebd., S. 11.

<sup>245</sup> Stellungnahme des DRK zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 1 f., Kommissionsdrucksache 7/46, S. 3 f.;  
Stellungnahme der UMG zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 7 f.

<sup>246</sup> 2. Stellungnahme der UMG zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 7 f.

<sup>247</sup> Stellungnahme des DRK zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 9, Kommissionsdrucksache 7/46, S. 11.

<sup>248</sup> Stellungnahme LKT zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 11 f., Kommissionsdrucksache 7/46, S. 123 f.

<sup>249</sup> Gemeinsame Stellungnahme LK VG und EB Rettungsdienst zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 12,  
Kommissionsdrucksache 7/46, S. 31.

dies aber ändern, wonach dem Gemeinsamen Bundesausschuss eine deutliche Mitwirkung bei der Rahmgestaltung eingeräumt werden soll. Nach Auffassung des DRK ist dieser Vorstoß zumindest 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. 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.<sup>250</sup>

Der vom Bundesgesundheitsministerium präsentierte Ansatz, die Notfallversorgung zu steuern und klar zu strukturieren, sieht die Techniker Krankenkasse als wichtig und richtig an. Mit den **Integrierten Notfallzentren (INZ)**, die an geeigneten Kliniken eingerichtet werden sollen, ist die Absicht verbunden, Patienten früher als bisher z. B. bei Herzinfarkt oder Schlaganfall an die richtige Stelle zu bekommen. Diesem Ziel dient auch die digitale Vernetzung der Akteure untereinander. Die Rettungsdienste müssen z. B. automatisiert Informationen darüber erhalten, welche Kliniken Notfallbetten frei haben. Den gemeinsamen Notfallleitstellen (GNL) käme entsprechend eine Lotsenfunktion zu. Da es sich bei den GNL um keine eigenständigen Organisationseinheiten handelt, sondern Rettungsdienst und vertragsärztlicher Bereitschaftsdienst zur Zusammenarbeit verpflichtet werden, braucht es die Bereitschaft zur Kooperation bei allen Beteiligten. Die fachliche Leitung durch die Kassenärztliche Vereinigung ist allerdings konsequent, da dadurch dem Grundsatz "ambulant vor stationär" Rechnung getragen wird. Denn wenn die Notaufnahmen tatsächlich zu stark von Patienten genutzt werden, die auch von niedergelassenen Ärzten versorgt werden können, braucht die Kassenärztliche Vereinigung für eine Umsteuerung auch die notwendigen Möglichkeiten. Allerdings gibt es gegen diese Kompetenzaufteilung auch haftungsrechtliche und organisatorische Bedenken der Krankenhausesseite.<sup>251</sup> Der Landkreistag gibt zu bedenken, dass die Idee aus dem Gesetzentwurf zur Reform der Notfallversorgung, den Rettungsdienst als Leistungsbereich in das SGB V aufzunehmen, zu massiven Veränderungen in der Rechtsetzungsarchitektur zwischen Bund, Ländern und Kommunen sowie im Ergebnis zu Kostenverschiebungen zulasten von Ländern und Kommunen in Höhe von geschätzt 2,5 Mrd. Euro bundesweit führt. Zudem verlieren die Länder nach dem vorliegenden Gesetzentwurf zentrale Gestaltungskompetenzen im Rahmen ihrer Rettungsdienstgesetze, sollen aber Investitions- und Vorhaltekosten tragen. Landkreise verlieren nennenswerte Bereiche ihrer Organisationshoheit zugunsten bundeszentral geregelter Vorschriften. Bei der Einrichtung von INZ an Krankenhäusern wird befürchtet, dass aufgrund der geplanten gesetzlichen Regelungen 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, was bei der Umsetzung der landesweiten Überplanung des Rettungsdienstes, aber auch der Krankenhausplanung bedacht werden sollte.<sup>252</sup>

Die Anpassung des Rettungsdienstgesetzes M-V, die Verordnung über die Rettungsdienstplanung und speziell § 33 Absatz 2 RDG M-V, wonach eine Beendigung bestehender rettungsdienstlicher Beauftragung spätestens im Jahr 2025 bevorsteht, sowie der § 7 Absatz 4 RDG M-V (rettungsdienstliche Beauftragung) sind aus Sicht des DRK nicht förderlich für den Erhalt und Ausbau einer leistungsfähigen rettungsdienstlichen Versorgung der Bevölkerung. Die bevorstehende Beendigung der Rettungsdienstverträge führt zu einer

<sup>250</sup> Stellungnahme des DRK zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 2 f., Kommissionsdrucksache 7/46, S. 4 f.

<sup>251</sup> Stellungnahme der TK zur 4. Sitzung am 09.09.2020, S. 29 f., Kommissionsdrucksache 7/11, S. 153 f.

<sup>252</sup> Stellungnahme LKT zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 12 f., Kommissionsdrucksache 7/46, S. 124 f.

gehemmten Investitionsbereitschaft und zu einer Gefährdung des Ausbildungsbetriebes der Leistungserbringer. Eine Rechtsunsicherheit bei der Vergabe rettungsdienstlicher Leistungen durch die Rettungsdienstträger besteht nach wie vor. Eine Vergabe rettungsdienstlicher Leistungen durch Kommunen und Landkreise wird aufgrund der im Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen enthaltenen Bereichsausnahme ohne die Durchführung einer EU-weiten Ausschreibung als möglich angesehen, 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.<sup>253</sup>

Die Leistungsfähigkeit zur Beförderung von Kindern und Jugendlichen ist nach Ansicht des DRK nur bedingt gegeben, da die vorgehaltenen Rettungsmittel in ihrer Ausstattung für Erwachsene ausgelegt und nicht an die speziellen Bedürfnisse von Kindern angepasst sind. Aber auch die notwendigen Rückhaltesysteme für den Transport dieser Patientengruppen sind nicht immer optimal umgesetzt und eine technische Anpassung erfolgt bisher nur langsam.<sup>254</sup> Die Akutverlegung von Kindern und Jugendlichen wird seit Jahren regelmäßig im Rettungsdienst praktiziert. Die Fallzahlen sind jedoch als geringfügig einzuschätzen. Die Verlegungen von schwerkranken Säuglingen und Kleinkindern bedürfen einer speziellen medizinischen Versorgung, die durch die bestehenden Neonatologischen Kapazitäten derzeit nicht flächendeckend gewährleistet werden können.<sup>255</sup>

Eine Vermittlung der Patienten, die einen ärztlichen Bereitschaftsdienst in Anspruch nehmen möchten, wäre nach Angabe der KVMV auch über die bereits vorhandenen Leitstellen des Rettungsdienstes denkbar. Dazu wurden mit allen Leitstellen Gespräche geführt, wobei bisher nur 2 von 6 Leitstellen bereit waren, eine solche Kooperation zu erproben. Gemeinsame Leitstellen hätten den Vorteil, dass neben Kosten für die Vorhaltung und den Betrieb von Doppelstrukturen auch das Problem der richtigen Steuerung der Anrufer in den Rettungsdienst oder den kassenärztlichen Bereitschaftsdienst deutlich besser gelöst werden könnte.<sup>256</sup>

Der kassenärztliche Bereitschaftsdienst und Rettungsdienst werden in Mecklenburg-Vorpommern komplett unabhängig voneinander betrieben. Erst seit den letzten Monaten gibt es Bestrebungen zur Zusammenarbeit. Die KVMV 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 auf die Leitstelle Stralsund zum Ziel hat, um eine Disponierung aller KV-Dienste der Landkreise Vorpommern-Rügen und Vorpommern-Greifswald zu ermöglichen. Dies ermöglicht Synergieeffekte, die dringend zur Entlastung benötigt werden. Der Bevölkerungsrückgang in den ländlichen Gebieten hat erhebliche Auswirkungen auf die sozialen Infrastrukturen vor Ort. 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

<sup>253</sup> Stellungnahme des DRK zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 11 f., Kommissionsdrucksache 7/46, S. 13 f.

<sup>254</sup> ebd., S.11.

<sup>255</sup> Stellungnahme LKT zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 12, Kommissionsdrucksache 7/46, S. 124.

<sup>256</sup> Stellungnahme der KVMV zur 6. Sitzung am 09.09.2020, S. 30 f., Kommissionsdrucksache 7/15, S. 42 f.

sich damit auf immer weniger Hausärzte. Die Kassenärztliche Vereinigung reagiert darauf mit Erweiterung der Dienstgebiete, was zwar die Dienstfrequenz der Ärzte senkt, den Zeitaufwand für einen Hausbesuch jedoch durch die verlängerte Fahrtzeit erheblich vergrößert. Die Wartezeiten für die Akutpatienten auf den Bereitschaftsarzt wachsen. 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. Patientenströme könnten zur Entlastung der kassenärztlichen Fahrdienste umgeleitet werden. Eine entsprechende Disponierung hätte die Senkung nicht indizierter Notarzteinsätze zur Folge.<sup>257</sup>

Die Zusammenführung der Nummern 112 und 116117 ist aus Sicht der Unimedizin Greifswald ein Schritt in die richtige Richtung. Wie eine Studie der Unimedizin Greifswald 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 Patienten, die lebensbedrohliche und zeitkritische Notfälle wie Schlaganfall und Herzinfarkt unterschätzen und nicht den Rettungsdienst kontaktieren. Auf der anderen Seite wählen Patient auch bei Erkrankungen ohne Dringlichkeit die 112 oder stellen sich selbstständig in der Notaufnahme vor. Dies kann die Prognose der Patienten 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.<sup>258</sup>

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 ist durch seine Randlage auf beiden Seiten der deutsch-polnischen Grenze mit dezentraler Infrastruktur und zum Teil sehr schwer erreichbarer Besiedlung und damit durch längere Rettungszeiten geprägt. Die Erschließung der Fläche im Projektgebiet sowie die jeweilige technische und personelle Ausstattung der Rettungsmittel folgen in Deutschland und Polen unterschiedlichen gesetzlichen Regeln. Diese Nachteile sollen durch eine deutlich engere und intensivere Zusammenarbeit der Notfallstrukturen auf lokaler und regionaler Ebene ausgeglichen werden. Die Rettungsdienste im Fördergebiet sollen trotz unterschiedlicher Systemvoraussetzungen befähigt werden, vorbehaltlos und rechtssicher grenzüberschreitende Notfallrettung betreiben zu dürfen. In den ländlichen Strukturen Mecklenburg-Vorpommerns 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.<sup>259</sup> Auswertungen im Rahmen des grenzüberschreitenden

<sup>257</sup> Gemeinsame Stellungnahme LK VG und EB Rettungsdienst zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 7 f., Kommissionsdrucksache 7/46, S. 28 f.

<sup>258</sup> 2. Stellungnahme der UMG, S. 13.

<sup>259</sup> ebd., S. 14 f.

Kooperationsprojektes InGRiP zeigen, dass die Zahl der Einsätze zur Versorgung ausländischer (v. a. polnischer) Patienten zunimmt. Davon betroffen sind besonders die Wachen auf der Insel Usedom und im Gebiet Ueckermünde/Löcknitz. Flächendeckende Schulungsprogramme, welche die rettungsdienstlichen Mitarbeiter gezielt fördern, 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.<sup>260</sup>

---

<sup>260</sup> ebd., S. 9.

### C.3.2 ÖPNV und alternative Transportlösungen

Im Hinblick auf den Fachkräftemangel und die demografische Entwicklung in Mecklenburg-Vorpommern ist immer wieder von einer zunehmenden Konzentration von Angeboten der medizinischen Versorgung sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich die Rede. Eine solche Konzentration bedeutet jedoch oftmals längere Anfahrtswege für die Menschen. Die Frage nach der Erreichbarkeit von Angeboten der Gesundheitsversorgung korrespondiert mit ihrer Akzeptanz in der Bevölkerung.<sup>261</sup> Im Zielkonflikt von Qualität, Finanzierbarkeit und Erreichbarkeit wird letztere von der Bevölkerung unmittelbar wahrgenommen. Dies haben die großen Debatten, die etwa im Zusammenhang mit der Schließung von Geburtsstationen und pädiatrischen Abteilungen in Crivitz oder Wolgast entstanden sind, gezeigt.<sup>262</sup> Da es in der Diskussion um die Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern auch der Klärung von Mobilitätsfragen bedarf<sup>263</sup>, beschäftigte sich die Enquete-Kommission in ihrer 15. Sitzung mit dem Thema der Mobilität im Rahmen der Gesundheitsfürsorge. Primär stand dabei die Erreichbarkeit von Angeboten, wie die haus- und fachärztlichen Versorgung oder Angebote aus dem nicht-ärztlichen Bereich wie der Physiotherapie, im Fokus. Fragen der Notfallrettung und digitale Angebote zur Überbrückung von Distanzen in der medizinischen Versorgung, die gleichermaßen Teil der Erreichbarkeitsproblematik sind, wurden an anderen Stelle diskutiert und sind unter Kapitel C.3.1 und C3.3 dieses Berichts zu finden.

Aufgrund der dünnen Besiedelung mit der niedrigsten Einwohnerdichte im Bundesvergleich<sup>264</sup> besteht bei der Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern ein erhöhter Bedarf, weitere Strecken zu überwinden, um zentrale Orte erreichen zu können. Angeboten der Daseinsvorsorge, zu denen ärztliche und medizinische Einrichtungen gezählt werden, befinden sich meist in regionalen Zentren.<sup>265</sup> Insbesondere im fachärztlichen Bereich befinden sich die Praxen überwiegend in größeren Orten. Damit kann für einen Teil der Bevölkerung abhängig von der Entfernung zu den regionalen Zentren der Zugang zur medizinischen Versorgung eingeschränkt sein.<sup>266</sup> Die zunehmende Ambulantisierung erfordert zusätzlich eine erhöhte Mobilität von den Patienten.<sup>267</sup> Den nächsten Hausarzt können alle Menschen in Mecklenburg-Vorpommern innerhalb von 20 Minuten mit dem Auto erreichen. 97 Prozent benötigen hierfür sogar weniger Zeit.<sup>268</sup> Im Bundesdurchschnitt ist die Erreichbarkeit von hausärztlichen Praxen in Mecklenburg-Vorpommern jedoch häufiger eingeschränkt.<sup>269</sup> Ähnlich sieht es in Bezug auf die **Erreichbarkeit** von Krankenhäusern aus. In Mecklenburg-Vorpommern erreichen nur ca. die Hälfte der Menschen ein Krankenhaus mit dem PKW innerhalb von 15 Minuten, im Bundesdurchschnitt sind dies 2/3 der Bevölkerung.<sup>270</sup> 16 Prozent der Bevölkerung erreichen ein Krankenhaus nicht innerhalb von 30 Minuten mit dem PKW. Berücksichtigt man zudem, dass nicht jedes Krankenhaus alle Basisleistungen anbietet, dürfte die Erreichbarkeit noch schlechter ausfallen.<sup>271</sup>

<sup>261</sup> Protokoll der 15. Sitzung der Enquete-Kommission vom 17. März 2021, S. 6, Beitrag Heydorn.

<sup>262</sup> vgl. Protokoll der 18. Sitzung der Enquete-Kommission vom 21. April 2021.

<sup>263</sup> Protokoll der 15. Sitzung der Enquete-Kommission vom 17. März 2021, S. 6, Beitrag Heydorn.

<sup>264</sup> Mecklenburg-Vorpommern: 69 EW/km<sup>2</sup>, Deutschland 233EW/km<sup>2</sup>. Vgl. Statistisches Bundesamt, Daten aus dem Gemeindeverzeichnis, Bundesländer mit Hauptstädten nach Fläche, Bevölkerung und Bevölkerungsdichte, unter: [https://www.destatis.de/DE/Themen/Laender-Regionen/Regionales/Gemeindeverzeichnis/Administrativ/02-bundeslaender.xlsx?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Themen/Laender-Regionen/Regionales/Gemeindeverzeichnis/Administrativ/02-bundeslaender.xlsx?__blob=publicationFile), Stand 31.12.2019.

<sup>265</sup> Stellungnahme DAK zur 4. Sitzung am 09.09.2020, S. 3 f., Kommissionsdrucksache 7/11, S. 86 f.

<sup>266</sup> Hoffmann, Wolfgang, Fragenkatalog, S. 1.

<sup>267</sup> Protokoll der 13. Sitzung der Enquete-Kommission vom 24. Februar 2021, S. 14, 17 f., Beitrag Gollasch.

<sup>268</sup> Protokoll der 8. Sitzung der Enquete-Kommission vom 21. Oktober 2020, S. 12, Beitrag Hoffmann.

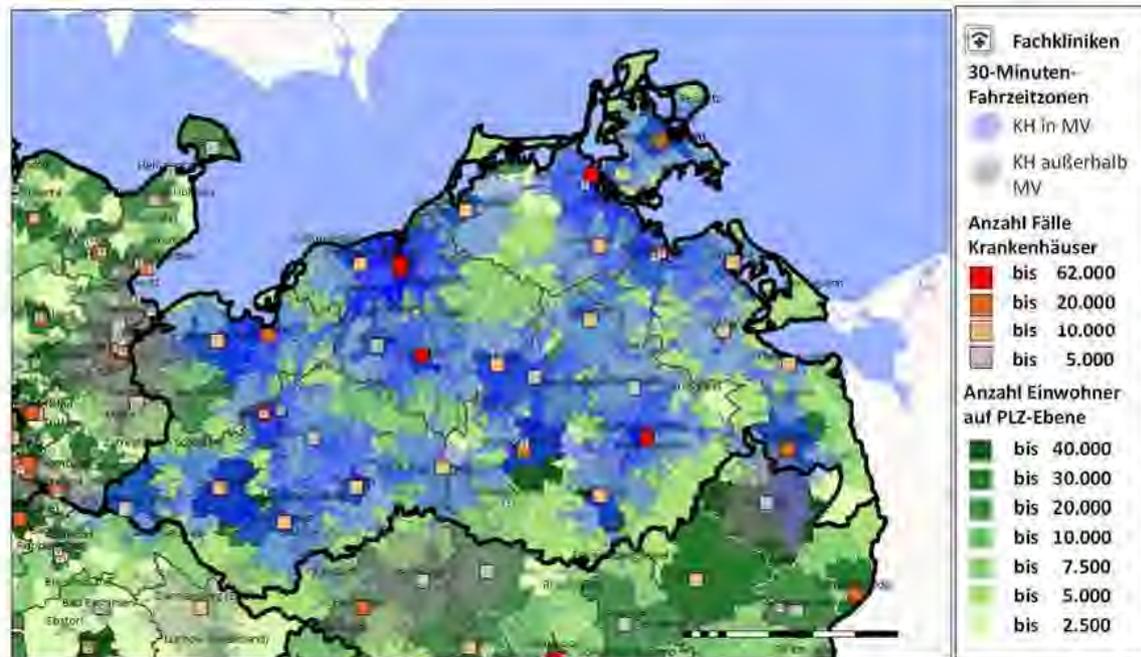
<sup>269</sup> ebd., S. 25, Beitrag Albrecht.

<sup>270</sup> ebd.

<sup>271</sup> Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 30.

**Abbildung 14** stellt Erreichbarkeitszonen um die Klinikstandorte (ohne Fachkliniken) dar. Innerhalb der blau markierten Flächen ist das nächstgelegene Krankenhaus innerhalb von 30 Minuten erreichbar. In diesen Bereichen leben etwa 84 Prozent der Bevölkerung. Allerdings dürfte die Erreichbarkeit bezogen auf alle Leistungen der Basisversorgung etwas schlechter ausfallen, da nicht in jedem Krankenhaus alle Basisleistungen angeboten werden.

**Abbildung 14: Erreichbarkeit der Krankenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern (2018)**

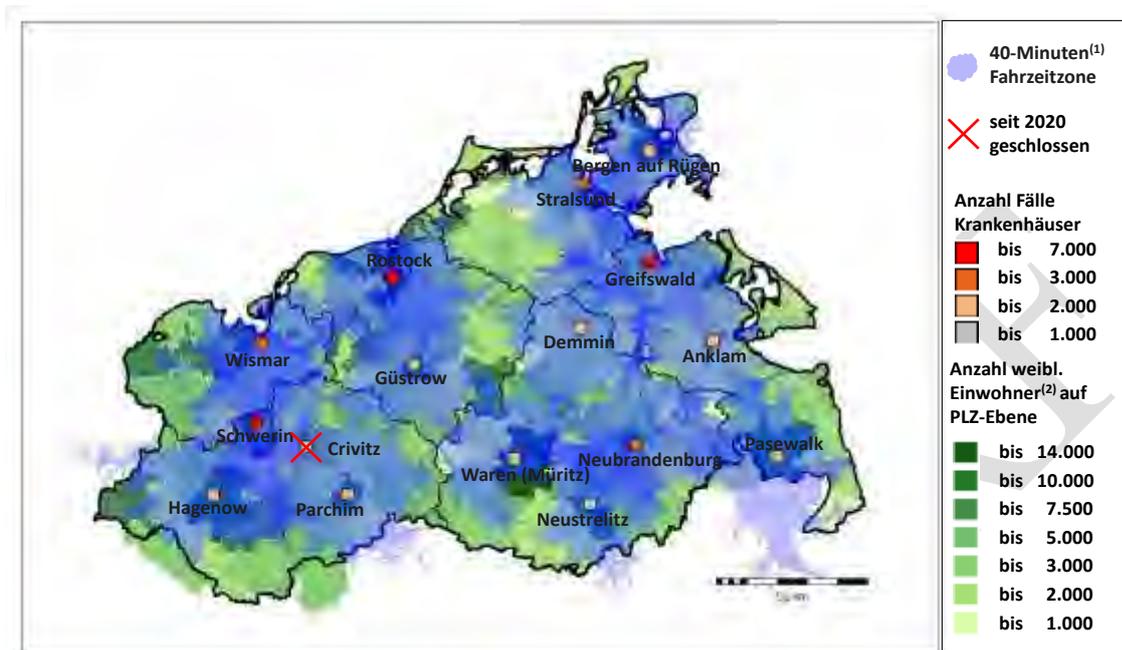


Quelle: G-BA 2020; Augurzky et al. 2021, Darstellung aus dem Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 31.

Im Hinblick auf die Erreichbarkeit der Krankenhausstandorte mit einer Abteilung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe ergibt sich ein ähnliches Bild (s. **Abbildung 15**), wobei hier eine Fahrtzeit von 40 Minuten für die Erreichbarkeit verwendet wurde. Karte 15 zeigt die vorhandenen 16 Standorte mit Geburtshilfe in Mecklenburg-Vorpommern und deren Erreichbarkeit, wobei die im Dezember 2020 geschlossene Abteilung in Crivitz sowie die im Mai 2021 geschlossene Abteilung in Bergen auf Rügen noch mit einberechnet wurden.<sup>272</sup>

<sup>272</sup> s. ebd., S. 64 f.

### Abbildung 15: Erreichbarkeit stationärer Frauenheilkunde und Geburtshilfe in Mecklenburg-Vorpommern



(1) 40 Pkw-Fahrzeitminuten gem. G-BA Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen

(2) >15 Jahre

Quelle: G-BA 2020; GfK-Bevölkerungsdaten 2020, Darstellung aus dem Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 65.

Die trotzdem noch insbesondere im internationalen Vergleich als gut zu bewertende Erreichbarkeit<sup>273</sup> verschlechtert sich stark, wenn nicht auf einen PKW zurückgegriffen werden kann. Wengleich in einem Flächenland wie Mecklenburg-Vorpommern dem Individualverkehr ein großer Stellenwert zukommt, verweisen Bevölkerungsstruktur und -verteilung auf die Notwendigkeit einer Mobilitätsunterstützung. So haben knapp ein Viertel, nämlich 22,3 Prozent der Haushalte in Mecklenburg-Vorpommern, laut einer Erhebung des Statistischen Amtes Mecklenburg-Vorpommern von 2018 keinen eigenen PKW zur Verfügung.<sup>274</sup>

In Bezug auf die **Erreichbarkeit mit dem Öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV)** zeigt sich ein Bild, in dem 32 Prozent der Menschen in Mecklenburg-Vorpommern über eine Stunde zum nächsten Hausarzt benötigen und für 4 Prozent der Menschen dieser überhaupt nicht erreichbar ist, etwa im Gebiet des früheren Landkreises Uecker-Randow.<sup>275</sup> Im fachärztlichen Bereich ist die Situation entsprechend schlechter. 64 Prozent der Menschen brauchen über eine Stunde, um mit dem Bus zum nächsten Augenarzt zu kommen und 5 Prozent erreichen den Augenarzt mit dem ÖPNV nicht.<sup>276</sup> Die Altersprognose für Mecklenburg-Vorpommern weist auf einen zunehmenden Anteil älterer Menschen hin. Ältere Menschen haben eine höhere

<sup>273</sup> Protokoll der 8. Sitzung der Enquete-Kommission vom 21. Oktober 2020, S. 25, Beitrag Albrecht.

<sup>274</sup> Landesamt für innere Verwaltung, Einkommens- und Verbrauchsstichproben (EVS), unter: <https://www.laiv-mv.de/Statistik/Zahlen-und-Fakten/EVS/> (abgerufen am 19. Mai 2021).

<sup>275</sup> Protokoll der 8. Sitzung der Enquete-Kommission vom 21. Oktober 2020, S. 12, Beitrag Hoffmann.

<sup>276</sup> ebd.

Morbidität und Mortalität.<sup>277</sup> Zudem ist die Multimorbidität ein Charakteristikum im Alter.<sup>278</sup> Entsprechend ist der Bedarf nach Angeboten der medizinischen Versorgung. Hinzu kommt, dass ältere Menschen häufiger von Mobilitätseinschränkungen betroffen und auf Unterstützung angewiesen sind. Die Anzahl der Personen ohne eigenen PKW-Führerschein nimmt mit dem Alter zu, insbesondere bei Frauen.<sup>279</sup> Aber auch zunehmende gesundheitliche Einschränkungen oder Unsicherheiten im Alter führen dazu, dass viele ältere Menschen nicht mehr selbst Auto fahren. Auch wirtschaftliche Gründe können eine verminderte Mobilität bedingen.<sup>280</sup> Gerade sehr ländliche Regionen haben oft eine vergleichsweise alte Bevölkerung.<sup>281</sup> Bei dünner Besiedelung ist die Auslastung im ÖPNV entsprechend gering, weshalb das ÖPNV-Angebot im ländlichen Raum teilweise zurückgebaut wurde.<sup>282</sup> In einigen Regionen Mecklenburg-Vorpommerns verkehrt nur noch der Schülerverkehr.<sup>283</sup> Doch auch in den Schulferien und am Wochenende muss von den Menschen zuweilen ein Arzt erreicht werden.

In nachfolgender Grafiken (**Abbildung 16**) aus dem Jahr 2013 wird deutlich, dass das ÖPNV-Angebot in Mecklenburg-Vorpommern am Wochenende stark ausgedünnt ist. Der nächste zentrale Ort ist in großen Teilen des Landes nur in einer Reisezeit von mehr als 90 Minuten erreichbar. Doch auch an einem Donnerstagmorgen gibt es viele Orte in Mecklenburg-Vorpommern, von denen aus die Menschen mit dem ÖPNV nur mit großem Zeitaufwand in zentrale Orte gelangen können. Wenngleich die Analyse einige Jahre zurückliegt, wird im Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“ festgehalten, dass die Ergebnisse weitestgehend nicht an Aktualität eingebüßt haben.<sup>284</sup> Die in einzelnen Kreisen erfolgte Etablierung von Rufbussystemen im ÖPNV in den letzten Jahren bilden die Karten jedoch noch nicht ab.

---

<sup>277</sup> Protokoll der 13. Sitzung der Enquete-Kommission vom 24. Februar 2021, S. 9, Beitrag Gollasch.

<sup>278</sup> ebd., S. 15.

<sup>279</sup> Deutsches Institut für Urbanistik gGmbH und plan:mobil Verkehrskonzepte und Mobilitätsplanung: Mobilität im Alter in Mecklenburg-Vorpommern. Grundlagenexpertise im Auftrag des Landtags Mecklenburg-Vorpommern Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“, 2015. S. 29.

<sup>280</sup> Hoffmann, Fragenkatalog, S. 1.

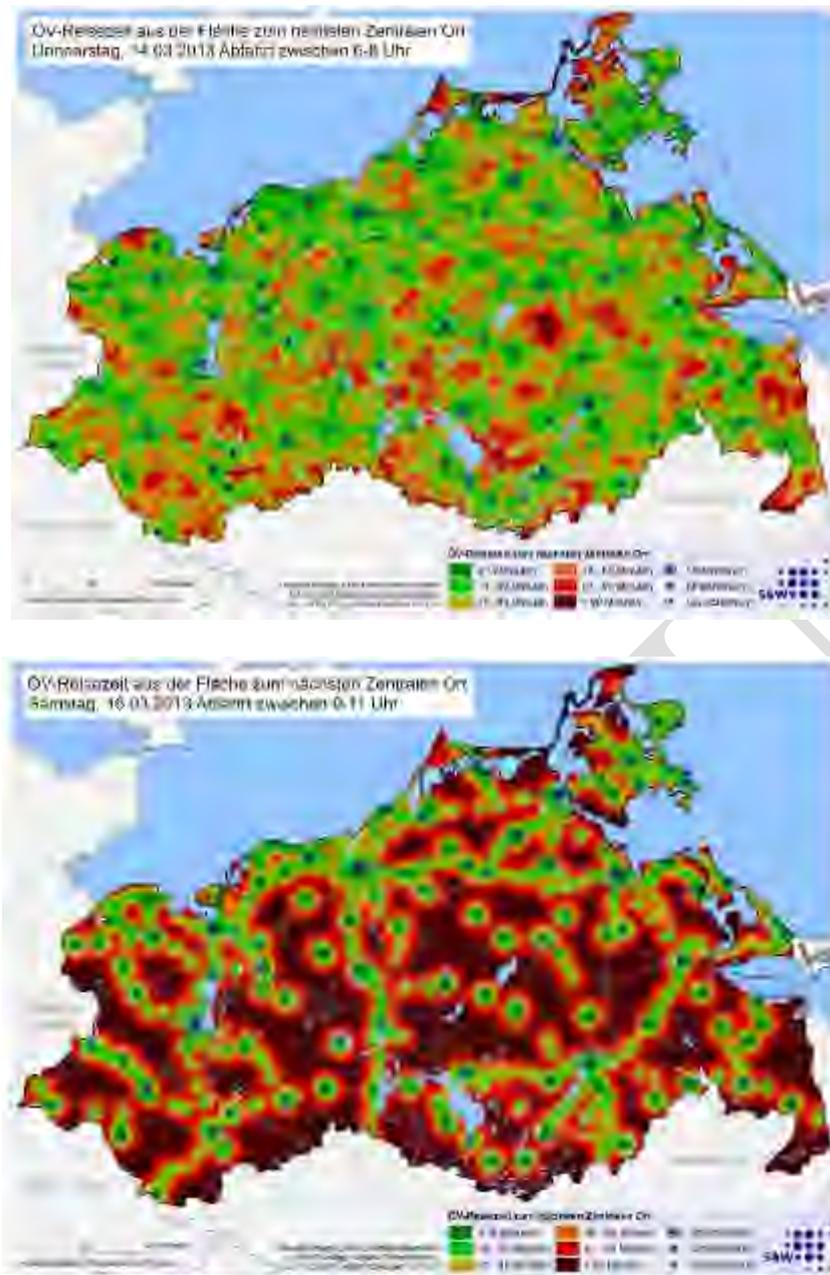
<sup>281</sup> Henger, Ralph und Christian Oberst: Alterung der Gesellschaft im Stadt-Land Vergleich. IW-Kurzbericht 16/2019, 4.3.2019, unter: <https://www.iwkoeln.de/studien/iw-kurzberichte/beitrag/ralph-henger-christian-oberst-alterung-der-gesellschaft-im-stadt-land-vergleich-420704.html> (abgerufen am 10. Mai 2021).

<sup>282</sup> Deutsches Institut für Urbanistik gGmbH und plan:mobil Verkehrskonzepte und Mobilitätsplanung: Mobilität im Alter in Mecklenburg-Vorpommern. Grundlagenexpertise im Auftrag des Landtags Mecklenburg-Vorpommern Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“, 2015. S. 69.

<sup>283</sup> Protokoll der 7. Sitzung der Enquete-Kommission vom 14. Oktober 2020, S. 13, Beitrag Nachtweih; Integrierter Landesverkehrsplan Mecklenburg-Vorpommern, 2018, S. 65.

<sup>284</sup> Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 20.

### Abbildungen 16: ÖV-Reisezeit aus der Fläche zum nächsten zentralen Ort



Quelle: Spiekermann & Wegener, *Analyse der Erreichbarkeit der Zentralen Orte in Mecklenburg-Vorpommern, 2013* (im Auftrag des Energieministeriums M-V) <http://www.regierung-mv.de/Landesregierung/em/Service/Publikationen/?id=14503&processor=veroeff>

Die Selbsthilfe M-V berichtet in der Enquete-Kommission von Fällen, in denen Menschen aufgrund der großen Entfernung nicht zum Arzt gegangen seien und Krankheiten verschleppt hätten, was letztlich zu Todesfällen aufgrund von fehlender wohnortnaher fachärztlicher Versorgung geführt habe.<sup>285</sup> Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann vom Institut für Community Medicine der Universität Greifswald hingegen stellte fest, dass derzeit noch kein signifikanter Zusammenhang zwischen Erreichbarkeit und Inanspruchnahme in der medizinischen Versorgung bestehe, wenngleich die Datenlage schwierig sei und er davon ausgehe, dass sich

<sup>285</sup> Protokoll der 7. Sitzung der Enquete-Kommission vom 14. Oktober 2020, S. 33 f., Beitrag Schießer.

dies im Zuge des demografischen Wandels und der damit verbundenen abnehmenden Mobilität der Gesellschaft ändern werde.<sup>286</sup>

Ausgehend von der beschriebenen Situation kann festgehalten werden, dass in Mecklenburg-Vorpommern derzeit flächendeckend keine ausreichende Mobilitätvorsorge, die die Erreichbarkeit von Einrichtungen der medizinischen Versorgung auch für Menschen ohne eigenes Auto sicherstellt, gegeben ist. Als Resultat dessen sind in einigen Orten der Fläche lokale, meist ehrenamtlich organisierte Angebote der Mobilitätsunterstützung entstanden. Zu nennen sind hier etwa die Bürgerfahrdienste in den Gemeinden Banzkow und Barlow. Hier werden Fahrgäste insbesondere mit medizinischen Bedarfen auf ehrenamtlicher Basis befördert.<sup>287</sup> Auch wurde in der Enquete-Kommission von durch Arztpraxen organisierte Shuttelfahrten in ländlichen Gebieten berichtet.<sup>288</sup>

Wenngleich solche Angebote eine Möglichkeit sind, etwa durch zivilgesellschaftliches Engagement, die Mobilitätsangebote vor Ort zu verbessern<sup>289</sup>, stellen sie keine ausreichende Alternative zu einem flächendeckenden ÖPNV-System dar, dass die Mobilitätvorsorge als einen Bestandteil der Daseinsvorsorge<sup>290</sup> sicherstellt. Die **Notwendigkeit eines funktionierenden Nahverkehrs** für die medizinische Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern wurde in den Sitzungen der Enquete-Kommission von verschiedenen Seiten betont.<sup>291</sup>

Die Mobilitätsunterstützung der Bevölkerung erfolgt von staatlicher Seite in Form des Öffentlichen Personennahverkehrs (ÖPNV). Dabei wird der Schienenpersonennahverkehr (SPNV) für leistungsfähige Schnellverbindungen insbesondere zwischen Ober- und Mittelzentren eingesetzt.<sup>292</sup> Der Zuständigkeitsbereich für diesen liegt beim Land.<sup>293</sup> Die Versorgung in der Fläche erfolgt in der Regel mit Hilfe des straßengebundenen ÖPNV. Die Zuständigkeit für diesen ist durch Landesgesetz als Aufgabe des eigenen Wirkungskreises den Landkreisen und kreisfreien Städten übertragen.<sup>294</sup>

In ländlichen Regionen ist es schwierig aufgrund der unzureichenden Auslastung ein eng getaktetes Linienbussystem aufrechtzuerhalten. Um trotzdem ein Mobilitätsangebot stellen zu können, wird in den letzten Jahren zunehmend auf die Möglichkeiten des Bedarfsverkehrs zurückgegriffen. So bieten mittlerweile fast alle Flächenlandkreise in Mecklenburg-Vorpommern Formen eines Rufbusses an.<sup>295</sup> Auch in den Sitzungen der Enquete-Kommission wurde dieser immer wieder als Möglichkeit zur Verbesserung der Erreichbarkeit von medizinischen Einrichtungen genannt.<sup>296</sup> Bei einer genaueren Betrachtung der Angebote im Land wird jedoch deutlich, dass nur wenige dieser Rufbussysteme eine tatsächliche

<sup>286</sup> Protokoll der 7. Sitzung der Enquete-Kommission vom 14. Oktober 2020, S. 12, Beitrag Hoffmann.

<sup>287</sup> Landtag Mecklenburg-Vorpommern, Drucksache 7/5539 Bericht der Landesregierung über Angebote des öffentlichen Personennahverkehrs zur Verbesserung der Mobilität im ländlichen Raum, S. 2-4; Protokoll der 15. Sitzung der Enquete-Kommission vom 17. März 2021, Beitrag Mehler, S. 17.

<sup>288</sup> Protokoll der 7. Sitzung der Enquete-Kommission vom 14. Oktober 2020, S. 13, Beitrag Nachtweih.

<sup>289</sup> Protokoll der 15. Sitzung der Enquete-Kommission vom 17. März 2021, S. 17, Beitrag Mehler.

<sup>290</sup> Bundestagsdrucksache 17/7699, S. 102.

<sup>291</sup> Fleßa, Fragenkatalog, S. 22; Protokoll der 6. Sitzung der Enquete-Kommission vom 30. September 2020, S. 17, Beitrag Crusius; Kommissionsdrucksache 7/11, Fragenkatalog, DAK, S. 3 f.

<sup>292</sup> Integrierter Landesverkehrsplan Mecklenburg-Vorpommern 2018, S. 74.

<sup>293</sup> Stellungnahme LKT zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 3, Kommissionsdrucksache 7/46, S. 115.

<sup>294</sup> ebd.

<sup>295</sup> Landtag Mecklenburg-Vorpommern, Drucksache 7/5539 Bericht der Landesregierung über Angebote des öffentlichen Personennahverkehrs zur Verbesserung der Mobilität im ländlichen Raum, S. 2-4.

<sup>296</sup> Kommissionsdrucksache 7/15, Fragenkatalog Ärztekammer M-V, S. 6; Positionspapier STGT und LKTMV: „Verbesserung der hausärztlichen Versorgung M-V, S. 3, Kommissionsdrucksache 7/46, S. 136.

flächendeckend ausreichende (d. h. mind. ein- bis zweistündig getaktete) Mobilitätsversorgung ermöglichen. Oftmals haben Linienbusse oder einzelne Haltepunkte lediglich zusätzlich eine Bedarfsanmeldung in einer bereits unzureichenden Versorgung. Wie bereits angeführt gibt es Ortschaften im Land, in denen nur an wenigen Tagen in der Woche oder nur im Rahmen des Schülerverkehrs überhaupt die Möglichkeit besteht, mit einem öffentlichen Mobilitätsangebot in einen zentralen Ort zu gelangen.<sup>297</sup> Es gibt jedoch auch Beispiele, die zeigen, dass eine umfangreiche Mobilitätsvorsorge mit Hilfe eines Rufbusses möglich ist. So wurden in der Enquete-Kommission zwei unterschiedliche Rufbussysteme, die bereits erfolgreich in Mecklenburg-Vorpommern eingesetzt werden, vorgestellt. Wenngleich Rufbussysteme in ihrer derzeitigen Form aufgrund von Service- und Vorbestellzeiten nicht jedes Mobilitätsproblem lösen können<sup>298</sup>, so kann die Mobilitätsvorsorge mit ihrer Hilfe so verbessert werden, dass unter anderem einfache Arztbesuche in einem akzeptablen Zeit- und Aufwandsrahmen für alle Orte in der Fläche mit Hilfe des ÖPNV möglich sind.

Im Landkreis Vorpommern-Greifswald wird durch die Verkehrsgesellschaft Vorpommern-Greifswald mbH (VVG) in zwei Ämtern der sogenannte **ILSE-Bus** betrieben. 2015 wurde im Rahmen eines Förderprogramms des Bundesministeriums für Verkehr und digitale Infrastruktur zur langfristigen Sicherung von Versorgung und Mobilität im ländlichen Raum das Modellprojekt „Integrierte Leitstelle für Notfallversorgung, Medizinverkehr und ÖPNV“, kurz ILSE, durch den Landkreis Vorpommern-Greifswald initiiert. Ursprünglich wollte man an die kreiseigene integrierte Leitstelle, die für Feuerwehr, Rettungsdienst und Katastrophenschutz zuständig ist, auch Krankenhausfahrten, Krankenfahrten und Facharztbesuche anbinden und sie mit ÖPNV-Fahrten bündeln. Letztlich konnten jedoch trotz intensiver Bemühungen keine Bündelungsmöglichkeiten geschaffen werden.<sup>299</sup> Der einzige umgesetzte Bestandteil des von 2016 bis 2018 gelaufenen Projektes ist der ILSE-Rufbus, der bis heute im Einsatz ist. Der ILSE-Bus verkehrte zunächst nur im Amt Peenetal/Loitz, ist mittlerweile aber auf das Amt Jarmen/Tutow und als Zubringer zum bestehenden Linienbus, der von Demmin über Loitz nach Greifswald verkehrt, ausgeweitet worden. ILSE ist ein vollflexibler Rufbus ohne Fahrplan und Linie. Er kann in der Zeit von Montag bis Freitag zwischen 8.00 und 18.00 Uhr angefordert werden. Die Fahrtroute kann frei gewählt werden.<sup>300</sup> Einzige Einschränkung bei der Bestellung ist, dass kein Linienbus 30 Minuten vor oder nach der angeforderten Zeit verkehrt, anderenfalls muss dieser in Anspruch genommen werden. Insbesondere in den Ferien, in denen der Linienbus-Fahrplan stark ausgedünnt ist, besteht in dem durch den ILSE-Bus bedienten Gebiet ein deutlich besseres Mobilitätsangebot. Der ILSE-Bus kann mit einer Vorlaufzeit von 60 Minuten per Telefon, Smartphone oder Internet gebucht werden. 85 Prozent der Fahrgäste nutzen hier aufgrund ihres Alters das Telefon. Durch die Eingabe des Start- und Zielortes sowie gewünschten Ab- oder Ankunftszeit im Buchungssystem wird unter Berücksichtigung der weiteren Buchungen eine Fahrt erstellt und dem Fahrgast vorgeschlagen. Der Fahrgast kann zudem angeben, ob er ein barrierefreies Fahrzeug für etwa Rollstühle oder Kinderwagen benötigt.<sup>301</sup> Durch ILSE kann eine sehr gute Erreichbarkeit der ortsansässigen Ärzte und anderer gesundheitsbezogener Dienstleistungen gewährleistet werden. Auch Arzt- oder Physiotherapiepraxen bestellen den ILSE-Bus für ihre Patientinnen und Patienten. So müssen Termine nicht mehr mit dem Linienbusfahrplan vereinbar sein. Mittlerweile wird der ILSE-Bus sehr positiv von der älteren Bevölkerung angenommen. Das Projekt soll ausgeweitet und noch im Jahr 2021 um zwei Gebiete im Altkreis Uecker-Randow erweitert werden. Zudem soll die

<sup>297</sup> Integrierter Landesverkehrsplan Mecklenburg-Vorpommern. 2018, S. 65.

<sup>298</sup> Protokoll der 15. Sitzung der Enquete-Kommission vom 17. März 2021, S. 29, Beitrag Heydorn; Protokoll der 7. Sitzung der Enquete-Kommission vom 14. Oktober 2020, S. 35, Beitrag Nachtweih.

<sup>299</sup> Protokoll der 15. Sitzung der Enquete-Kommission vom 17. März 2021, S. 10 f., Beitrag Klemer.

<sup>300</sup> ebd., S. 11.

<sup>301</sup> ebd., S. 12.

Asklepios Klinik in Pasewalk integriert werden. Der ILSE-Bus ist in den Verkehrsplan des Landkreises Vorpommern-Greifswald aufgenommen.<sup>302</sup> Die Möglichkeit der Ausweitung des Systems auf den gesamten Landkreis ist laut der VVG schwer abzuschätzen, da die Verkehrsgesellschaft nur einen Teil des Landkreises bedient.<sup>303</sup> Das Rufbussystem des ILSE-Buses wird als sehr zuverlässig bewertet, es wurden bisher keine Ausfälle registriert.<sup>304</sup> Auf Grundlage der Erfahrungswerte sind auf dem ILSE-Gebiet derzeit vier Taxen im Einsatz. Im Amt Pennetal/Loitz wird mit einem lokalen Taxiunternehmen zusammengearbeitet, im Amt Jarmen-Tutow betreibt die VVG die Fahrzeuge selbst. Das Angebot wird durchschnittlich von täglich 10 Personen in Anspruch genommen. An Ferientagen sind es bis zu 15 Personen. Der ILSE-Bus ist nicht kostendeckend.<sup>305</sup> Bei seiner Einführung konnten jedoch einige konventionelle Linienfahrten gestrichen und dafür der bedarfsgerechte Verkehr eingerichtet werden.<sup>306</sup>

Im Gegensatz zum nicht fahrplangebundenen ILSE-Rufbus bietet die Verkehrsgesellschaft Ludwigslust-Parchim mbH (VLP) einen fahrplangebundenen Rufbus an. Dieser versorgt im Gegensatz zum ILSE-Bus nicht nur einzelne Ämter mit einer Mobilitätsunterstützung, sondern den gesamten Landkreis Ludwigslust-Parchim, sowie das Amt Neuhaus, das zu Niedersachsen gehört.<sup>307</sup> Aufgrund seiner Einbindung in den Fahrplan besteht beim **Rufbus der VLP** ein Beförderungsanspruch.<sup>308</sup> Der Rufbus der VLP ersetzt nicht einfach nur einzelne Fahrten oder Haltestellen eines Linienbusses mit der Notwendigkeit der vorherigen Anmeldung, sondern hat ein abgestimmtes System aus Rufbuszonen für den ganzen Landkreis entwickelt, bei dem ein flächendeckendes öffentliches Angebot an Verkehren auf verschiedenen Nutzerebenen geschaffen wurde. Der Rufbus bringt innerhalb der einzelnen Rufbuszonen die Bürger aus der Fläche zum nächsten Umstiegspunkt und dient in der Wegbaukette bei Reisen durch den Landkreis zur Überbrückung der letzten Meile um ein jeweils übergeordnetes Verkehrsmittel verwenden zu können. So kann jeder Zug, der an einem Bahnhof hält und jeder übergeordnete Bus von allen Haltestellen im Landkreis erreicht werden. Der Rufbus-Service wird 365 Tage im Jahr für 24 Stunden täglich angeboten. Die Versorgung im bedienten Gebiet hat sich erheblich verbessert und ragt auch im Vergleich mit anderen Gebieten in der Metropolregion Hamburg heraus. Die Fläche im Landkreis Ludwigslust-Parchim hat etwa 20 Abfahrten pro Tag. Das gesamte öffentliche Verkehrsangebot im Landkreis hat sich seit Einführung des Rufbuses versechsfacht und bedient mittlerweile 40 Mio. Fahrplankilometer. Der Transport mit dem Rufbus ist zudem durchgängig barrierefrei möglich. Da die Rufbusse fahrplanbasiert sind, bestehen elektronische Fahrplandaten. Dies ermöglicht es, dass die Rufbusse in der Fahrplanauskunft der Verkehrsgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern (VMV), im DB-Navigator und anderen überregionalen Suchmaschinen für elektronische Fahrdaten berücksichtigt werden. Die VLP betreibt ein Callcenter mit bis zu 16 Telefonanschlüssen, die montags bis sonnabends jeweils zwischen 6.00 und 18.00 Uhr erreichbar sind. Auch Bestellungen über das Internet sind möglich.<sup>309</sup> Der Rufbus muss mindestens zwei Stunden vorher angemeldet werden, dies liegt an der Größe des Kreises mit über 5000 km<sup>2</sup>. In der Praxis werden nur 7 Prozent der Fahrten zwei Stunden im Voraus gebucht. Weit über die Hälfte der Fahrgäste bestellen die Fahrt mehrere Tage im Voraus. Durch den Rufbus konnten die Taktungen für die einzelnen Haltestellen stark erhöht werden, so dass Abfahrten nun rund um die Uhr und an den meisten Haltestellen im Stundentakt angeboten werden. Künftig werden

<sup>302</sup> ebd., S. 13.

<sup>303</sup> ebd., S. 12.

<sup>304</sup> ebd., S. 13.

<sup>305</sup> ebd.

<sup>306</sup> ebd., S. 28.

<sup>307</sup> Protokoll der 15. Sitzung der Enquete-Kommission vom 17. März 2021, S. 13, Beitrag Lösel.

<sup>308</sup> ebd., S. 14.

<sup>309</sup> ebd., S. 15.

alle Hauptlinien und alle Rufbuszonen auf einen Stundentakt verdichtet. Die Fahrgastzahlen des Rufbusses haben sich seit seiner Einführung stetig erhöht. Vor der Corona-Pandemie wurden durchschnittlich 250 Fahrgäste pro Tag gezählt. Auch unter Corona-Bedingungen gab es keine Einschränkungen im Fahrplan. Die Personengruppe der älteren und nicht mobilen Menschen macht die Hälfte der Fahrgäste aus. Die andere Hälfte sind Berufspendler. Der gesamte Landkreis soll mit virtuellen Haltestellen, die einen maximalen Fußweg von 150 Metern erforderlich machen, ausgestattet werden.<sup>310</sup> Auch ist es geplant, die Rufbusfenster über die Kreisgrenzen hinweg auszudehnen, um Umwege zu vermeiden. Im Zusammenhang mit der Erreichbarkeit medizinischer Versorgung stellt der Geschäftsführer der VLP Stefan Lösel in der Sitzung der Enquete-Kommission fest, dass jede medizinische Einrichtung bei Bedarf eine virtuelle Haltestelle erhalten könne. Laut strategischer Ausrichtung der VLP muss das Verkehrsangebot vor dem Hintergrund der Daseinsvorsorge so gestaltet sein, dass auch im ländlichen Bereich kein Auto nötig ist. Die VLP arbeitet stark an einer umfangreichen Digitalisierung ihrer Angebote.<sup>311</sup>

In Bezug auf den **Datenschutz** müssen alle Verkehrsgesellschaften im Zusammenhang mit einem Rufbus etwa bei der Disponierung über Dritte und Auftragsdatenverarbeitungsverträgen die Datenschutzlinien, wie die DSGVO, einhalten.<sup>312</sup>

In den meisten Fällen werden die Fahrten des Rufbusses in Ludwigslust-Parchim durch Taxiunternehmen bedient, so dass bis zu 85 Prozent der generierten Umsätze an die Taxiwirtschaft abgeführt werden. Nur wenn es beispielsweise aufgrund benötigter Barrierefreiheit oder entsprechender Personenzahl erforderlich ist, fährt die VLP selbst.<sup>313</sup> Die Kosten für den Rufbus der VLP belaufen sich derzeit auf ca. 800.000 Euro im Jahr. Während der ILSE-Bus aufgrund nur weniger Fahrgäste am Tag eine etwas größere zeitliche Flexibilität anbietet, kann durch die Fahrplangebundenheit des Rufbusses der VLP hinsichtlich der Kostenminimierung eher eine Fahrgastbündelung erreicht werden. Räumlich ist der Rufbus in LUP genauso flexibel wie der ILSE-Bus. Im Zuge seiner Einführung sind in Ludwigslust-Parchim alle konventionellen Linienverkehre, bei denen es möglich war, ca. 600.000 Fahrplankilometer, gestrichen worden. Der Fokus wurde auf eine schnelle gerade Streckenführung, den Schülerverkehr und das flexible Angebot in der Fläche gelegt. Der Öffentliche Nahverkehr in Ludwigslust-Parchim (LUP) hat einen Kostendeckungsgrad von 10 Prozent. Der Kostendeckungsgrad des Rufbusses ist vergleichbar mit dem übrigen ÖPNV. Man kann jedoch die öffentlichen Gelder hier besonders effizient einsetzen. Vor dem Rufbus hat ein Fahrplankilometer über 2 Euro Kosten verursacht, nun ist man auf unter 0.50 Euro gesunken. Nach Ansicht von Stefan Lösel lohne sich eine moderate Kostensteigerung, wenn dadurch das sechsfache an Fahrplanleistung realisiert werde.<sup>314</sup> Bei den Kosten von 800.000 Euro für den Rufbus sind die entstanden Einsparungen, die sich auf schätzungsweise 500.000 bis 600.000 Euro belaufen, unberücksichtigt geblieben. Für die sechs Landkreise in Mecklenburg-Vorpommern würde eine landesweite Implementierung eines Rufbussystems wie das der VLP ungefähr 4,8 Mio Euro kosten.<sup>315</sup> Die Summe von ca. 5 Mio. Euro jährlich wird auch durch den Geschäftsführer des Landkreistages M-V Matthias Köpp genannt, als berechnete Kosten der landesweiten Umsetzung eines bedarfsgerechten Rufbusses.<sup>316</sup> Die flächendeckende Einführung eines solchen fahrplanbasierten Taktsystems für den ÖPNV mit dem Ziel, alle Dörfer und kleineren Städte im Ein- bis Zwei-Stunden-Takt im ganzen

---

<sup>310</sup> ebd.

<sup>311</sup> ebd., S. 15 f.

<sup>312</sup> Protokoll der 15. Sitzung der Enquete-Kommission vom 17. März 2021, S. 23, Beitrag Mehlert und Klemer.

<sup>313</sup> ebd., S. 24, Beitrag Lösel.

<sup>314</sup> ebd., S. 28, Beitrag Lösel.

<sup>315</sup> ebd., S. 16, Beitrag Lösel.

<sup>316</sup> Protokoll der 7. Sitzung der Enquete-Kommission vom 14. Oktober 2020, S. 34, Beitrag Köpp.

Bundesland bedarfsgerecht an den ÖPNV anzubinden, wird laut Landkreistag seit Jahren von den Landkreisen gefordert.<sup>317</sup> Jedoch benötigten die Landkreise laut Köpp zur **Finanzierung eines solchen Mobilitätsausbaus** die Unterstützung des Landes. Die geschätzten Kosten für die Einbindung aller medizinischer Einrichtungen in Form von virtuellen Haltestellen im Landkreis LUP liegen bei zusätzlichen 100.000 Euro jährlich.<sup>318</sup>

Der Landkreis Ludwigslust-Parchim konnte durch einen Teil der Kreisumlage den flächendeckenden Verkehr finanzieren. Die Verkehrsgesellschaft Ludwigslust-Parchim (VLP) hat sich bereit erklärt, ihre Ausschreibungsunterlagen anderen Verkehrsunternehmen zur Verfügung zu stellen und bei der Planung des Systems zu helfen. Die gesamte Software ist von der VLP selbst programmiert worden. Das angewandte System gibt es so nicht zu kaufen. Es wird in Kürze europaweit ausgeschrieben. So soll eine Übertragung auch auf andere Regionen erleichtert werden. Eine Förderrichtlinie, die den Systembetrieb dauerhaft trägt, wird seitens der VLP nicht als zielführend erachtet. Auch bei einem Wegfall der Fördermittel brauche es auf Landes- oder Kreisebene den Willen, das System weiter zu bezahlen. Laut VLP Geschäftsführer Stefan Lösel benötige man eine politische Entscheidung auf der Ebene des Aufgabenträgers, also der Landkreise, um ein System wie in LUP flächendeckend auf ganz Mecklenburg-Vorpommern auszuweiten.<sup>319</sup>

Wenngleich die Kommunen durch den aktuellen Nachtragshaushalt sehr gut gestellt sind,<sup>320</sup> wurde im Rahmen der Thematik darauf verwiesen, dass Bürgermeisterinnen und Bürgermeister teilweise für lokale Mobilitätsangebote keine Mittel ausgeben dürften, da sie sich nach Ansicht der Kommunalaufsicht auf Pflichtaufgaben beschränken müssten<sup>321</sup>.

Eine in Mecklenburg-Vorpommern bestehende Förderrichtlinie für alternative Bedienungsformen im ÖPNV<sup>322</sup> ist in ihrer Förderhöhe von 150.000 EUR zu gering und im Förderzweck zu begrenzt für die Aufgabenträger im ÖPNV<sup>323</sup>, um flächendeckende Konzepte umzusetzen. Die Verkehrsunternehmen benötigen eine größere Flexibilität bei der Verwendung der Fördermittel.<sup>324</sup>

Die aktuell in Bundestag und Bundesrat beschlossene Novelle des Personenbeförderungsgesetzes (PBefG)<sup>325</sup> wird die Genehmigungsfähigkeit von flexiblen Angeboten in Zukunft weiter vereinfachen.<sup>326</sup>

Im **integrierten Landesverkehrsplan** Mecklenburg-Vorpommern, dem Mobilitätskonzept der Landesregierung für die nächsten Jahre, gibt es ein Fünf-Stufen-Modell für den ÖPNV.<sup>327</sup> Mit der ersten Modellstufe werden insbesondere zwischen den Ober- und Mittelzentren leistungsfähige, schnellere Verbindungen durch Zug oder Bus angeboten. Bei der zweiten Stufe handelt es sich um Busverbindungen im Takt auf den anderen stark nachgefragten Verbindungen. Die dritte Modellstufe stellt der nachfrageorientierte Linienverkehr dar, dieser

<sup>317</sup> ebd. sowie Fragenkatalog, Landkreistag M-V S. 3.

<sup>318</sup> Protokoll der 7. Sitzung der Enquete-Kommission vom 14. Oktober 2020, S. 35, Beitrag Köpp.

<sup>319</sup> Protokoll der 15. Sitzung der Enquete-Kommission vom 17. März 2021, S. 26, Beitrag Lösel.

<sup>320</sup> Protokoll der 7. Sitzung der Enquete-Kommission vom 14. Oktober 2020, S. 34 f., Beitrag Heydorn.

<sup>321</sup> Protokoll der 15. Sitzung der Enquete-Kommission vom 17. März 2021, S. 9, Beitrag Witting.

<sup>322</sup> Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen für alternative Bedienungsformen im öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV) im Land Mecklenburg-Vorpommern (AltBedFRL). 05.01.2000.

<sup>323</sup> Protokoll der 15. Sitzung der Enquete-Kommission vom 17. März 2021, S. 22, Beitrag Witting.

<sup>324</sup> ebd., S. 26.

<sup>325</sup> Bundesrat Drucksache 200/21 (Beschluss). Beschluss des Bundesrates. Gesetz zur Modernisierung des Personenbeförderungsgesetzes. 26.03.2021.

<sup>326</sup> Protokoll der 15. Sitzung der Enquete-Kommission vom 17. März 2021, S. 20 f., Beitrag Gies.

<sup>327</sup> Integrierter Landesverkehrsplan Mecklenburg-Vorpommern. 2018, S. 74.

wird primär im Schülerverkehr eingesetzt und kann bei Bedarf gegebenenfalls um weitere Linienfahrten ergänzt werden. In der vierten Stufe des Modells befinden sich die flexiblen Bedienungsformen wie etwa Anruflinienbusse oder Anruf-Sammeltaxis. Die fünfte und somit letzte Ebene dieses Modells stellen die Bürgerbusse dar.<sup>328</sup> Der Integrierte Landesverkehrsplan empfiehlt entsprechend integrierte Mobilitätspakete aus verschiedenen Angebotsformen zur flächendeckenden Versorgung.<sup>329</sup> Im Auftrag der Verkehrsgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern (VMV) wird derzeit eine Zukunftsvision für das Land erstellt, in der es auch um die Bedienung der sogenannten letzten Meile geht.<sup>330</sup>

Die durch die VMV betriebene **Landesfahrplanauskunft** fungiert als Datendrehscheibe, die auch durch Drittanbieter wie etwa Google genutzt werden kann und dient zudem als direkte landesweite Fahrplanauskunft für die Fahrgäste. Die Landesfahrplanauskunft wird kontinuierlich weiterentwickelt. Derzeit arbeitet man daran die Qualität der Auskünfte zu verbessern und die Rufbusse zu integrieren. Das Potenzial der Plattform ist groß, so dass sie einen wesentlichen Beitrag zur einer modernen, digitalisierten ÖPNV-Nutzung beitragen kann. So könnten etwa flexible Bedienformen über die Landesfahrplanauskunft künftig nicht nur gebucht, sondern auch bezahlt werden. Auch die Informationsweitergabe bei fehlerhaften Anschlüssen, der Nachweis der Fahrtberechtigung oder eine Echtzeitdarstellung, wie sie vom Verkehrsverbund Berlin-Brandenburg (VBB) angeboten wird, sind Funktionen die Teil einer modernen Fahrplanauskunft sein könnten. Indem die bereits vorhandene App „MV FÄHRT GUT“ weiter ausgebaut wird, kann ein einheitliches und damit nutzerfreundliches System für die Fahrgäste geschaffen werden. Dies ist vielen einzelnen unternehmensspezifischen Apps vorzuziehen.<sup>331</sup>

In Bezug auf die medizinische Versorgung gibt es nach Ansicht des Städte- und Gemeindetages MV und des Landkreistages MV Verbesserungspotential bei der Abstimmung von Öffnungszeiten von Arztpraxen und ÖPNV-Fahrplänen.<sup>332</sup> Auch in der **Planung von Haltestellen** sollte die Erreichbarkeit medizinischer Einrichtungen berücksichtigt werden. Nicht nur die Standorte von Haltestellen müssen überdacht werden, auch bei der Standortwahl von Arztpraxen oder anderen medizinischen Einrichtungen muss die Nahverkehrsanbindung eine Rolle spielen.<sup>333</sup> Insbesondere kleine Krankenhäuser in der Fläche sind von einer unzureichenden Erreichbarkeit mit dem ÖPNV betroffen.<sup>334</sup>

In der Enquete-Kommission wurden neben den vorgestellten Rufbussystemen weitere im Land umgesetzte **Mobilitätskonzepte** angesprochen. Nicht alle davon sind zwangsläufig auch für die dünnbesiedelten Gebiete in Mecklenburg-Vorpommern geeignet. Neuartige On-Demand-Verkehre etwa sind in einem Flächenland wie Mecklenburg-Vorpommern nur schwer umzusetzen, da nicht genügend Fahrzeuge bereitgehalten werden können und die Anbieter zu lange Anfahrtszeiten zu den Fahrgästen hätten.<sup>335</sup> Andere Konzepte stellen kleinteilige individuelle Lösungen dar. Genannt wurde im Rahmen der Anhörungen der Enquete-Kommission etwa ein Projekt im Hochsauerland, bei dem ein Krankenhaus seine Patienten teilweise selbst abholt und so die Mobilität sicherstellt. Eine Gemeinde in der Eifel übernimmt

<sup>328</sup> ebd., S. 18.

<sup>329</sup> Integrierter Landesverkehrsplan Mecklenburg-Vorpommern. 2018, S. 74.

<sup>330</sup> Protokoll der 15. Sitzung der Enquete-Kommission vom 17. März 2021, S. 17, Beitrag Mehlert.

<sup>331</sup> Protokoll der 15. Sitzung der Enquete-Kommission vom 17. März 2021, S. 24, Beitrag Lösel.

<sup>332</sup> Positionspapier STGT und LKTMV: „Verbesserung der hausärztlichen Versorgung M-V“, S. 3, Kommissionsdrucksache 7/46, S. 136.

<sup>333</sup> ebd.; Stellungnahme UMG zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 45, Kommissionsdrucksache 7/13, S. 59; Stellungnahme DAK zur 4. Sitzung am 09.09.2020, S. 21, Kommissionsdrucksache 7/11, S. 104.

<sup>334</sup> Stellungnahme der KGMV zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 8, Kommissionsdrucksache 7/14, S. 18.

<sup>335</sup> Protokoll der 15. Sitzung der Enquete-Kommission vom 17. März 2021, S. 20, Beitrag Gies.

die Taxikosten unter bestimmten Voraussetzungen ab einer Belastungsgrenze.<sup>336</sup> In Bezug auf den durch Ärzte organisierten Shuttelservice für Patienten berichtet die Pasewalker Bürgermeisterin von der Idee einer diesbezüglichen koordinierenden Leitstelle.<sup>337</sup> Auch die Bürgermeisterin von Heringsdorf schlägt kommunal organisierte Patientenfahrten zu Ärzten vor.<sup>338</sup> Die Krankenkassen haben in der Kommission Möglichkeiten zur Reduzierung der Anlässe, zu denen befördert werden muss, aufgezeigt. So lassen sich auch im Bereich der Physio- oder Ergotherapie Hausbesuche durchführen.<sup>339</sup> An anderer Stelle helfen der Einsatz von Telemedizin oder die Delegation von Leistungen Mobilitätshürden zu überwinden.<sup>340</sup> Auch das im Rahmen der Enquete-Kommission erstellte Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“ empfiehlt mobile Gesundheits- und Pflegeexperten mit telemedizinischer Anbindung, um sich dem Mobilitätsproblem zu nähern<sup>341</sup> sowie einen Rufbus, der gezielt Arztstühle, Gesundheitszentren und Krankenhäuser anfährt.<sup>342</sup> Das Konzept, dass Angebote der medizinischen Versorgung in die Orte kommen<sup>343</sup>, wurde bereits in Beispielprojekten wie den MediBus der Deutschen Bahn erprobt. Hier ist ein Standardlinienbus zu einer rollenden Arztpraxis umfunktioniert worden.<sup>344</sup> Ein ähnliches Angebot gab es mit dem Gesundheitsbus im Landkreis Nordwestmecklenburg. Die Resonanz war jedoch gering.<sup>345</sup> Die technische Praktikabilität solcher Konzepte ist umstritten. Es berücksichtigt zudem den Umstand des Ärztemangels nur ungenügend.<sup>346</sup> Die Einrichtung von Patientenpensionen an Regional- und Maximalversorgern für Patienten mit langer Anreise werden im Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“ empfohlen. Diese Pensionen könnte es laut Gutachtern nach ärztlicher Verordnung geben und so eine mögliche Mitfinanzierung durch Krankenkassen ermöglicht werden.<sup>347</sup>

In Zukunft werden technische Innovationen auch auf die Mobilität einen Einfluss haben. So untersucht die Universitätsmedizin Greifswald im Projekt MV|LIFE|DRONE das Konzept der Multi-Notfalldrohne als modulares einsatztaktisches Mittel für unterschiedliche Anwendungsmöglichkeiten.<sup>348</sup> Eine große Rolle wird voraussichtlich auch das autonome Fahren spielen.<sup>349</sup> Prof. Dr. Steffen Fleßa von der Universität Greifswald geht davon aus, dass in 25 Jahren selbstfahrende Systeme deutlich günstiger arbeiten als Taxis heutzutage, so dass das Mobilitätsproblem wahrscheinlich überwunden sein wird.<sup>350</sup>

---

<sup>336</sup> Protokoll der 7. Sitzung der Enquete-Kommission vom 14. Oktober 2020, S. 35, Beitrag Heydorn.

<sup>337</sup> ebd., S. 35, Beitrag Nachtweih.

<sup>338</sup> Stellungnahme Marissen zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 5, Kommissionsdrucksache 7/46, S. 68.

<sup>339</sup> Protokoll der 4. Sitzung der Enquete-Kommission vom 9. September 2020, S. 52, Beitrag Hansen.

<sup>340</sup> ebd., S. 52, Beitrag Austernat-Wied.

<sup>341</sup> Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 91.

<sup>342</sup> ebd., S. 92.

<sup>343</sup> Protokoll der 4. Sitzung der Enquete-Kommission vom 9. September 2020, S. 51, Beitrag Moskwyn.

<sup>344</sup> Protokoll der 15. Sitzung der Enquete-Kommission vom 17. März 2021, S. 18, Beitrag Mehlert.

<sup>345</sup> Stellungnahme Prahler zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 6, Kommissionsdrucksache 7/46, S. 84.

<sup>346</sup> Protokoll der 15. Sitzung der Enquete-Kommission vom 17. März 2021, S. 18, Beitrag Mehlert.

<sup>347</sup> Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 92.

<sup>348</sup> Stellungnahme UMG zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 19, Kommissionsdrucksache 7/13, S. 33.

<sup>349</sup> Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 92.

<sup>350</sup> Stellungnahme Prof. Dr. Fleßa zur 8. Sitzung am 21. Oktober 2020, S. 42, Kommissionsdrucksache 7/47, S. 43.

### C.3.3 Digitalisierung und Telemedizin

Die Digitalisierung spielt in der medizinischen Versorgung eine große Rolle und hat zu unzähligen Modernisierungen sowie neuen Behandlungsansätzen und -methoden geführt. Sie ist im Gesundheitswesen in den unterschiedlichsten Bereichen sichtbar. Angefangen bei Terminvergaben über das Internet, Apps und Wearables um Gesundheitsdaten zu erfassen und auszuwerten, über die elektronische Gesundheitskarte bis zu Medizinrobotik, Künstlicher Intelligenz in der Diagnostik und Telemedizin. Die Bereiche, in denen die Digitalisierung im Gesundheitswesen ansetzt, kann grob in vier Bereiche eingeteilt werden: Die Digitalisierung der innerbetrieblichen Prozesse als ureigene Aufgabe der Leistungserbringer, die Digitalisierung des Austausches von Daten und der Kommunikation zwischen den Leistungserbringern, die Digitalisierung am Austausch zwischen Patienten und Leistungserbringern und im Bereich des Nutzen für Patienten ohne einen Austausch mit Leistungserbringern.<sup>351</sup> Sämtliche Anwendungen, die die Möglichkeiten der modernen Informations- und Kommunikationstechnologie in der Betreuung und Behandlung von Patientinnen und Patienten nutzen, gehören zum Bereich E-Health. Ein Teilbereich hiervon ist die Telemedizin.<sup>352</sup> Der Begriff Telemedizin umfasst unterschiedliche ärztliche Versorgungskonzepte, bei denen räumliche und zeitliche Distanz zwischen Patienten und medizinischen Leistungen in den Bereichen Diagnostik, Therapie und Rehabilitation sowie ärztliche Entscheidungsberatungen mit Hilfe von Informations- und Kommunikationstechnologien überbrückt werden.<sup>353</sup> Ihr kommt eine immer höhere Bedeutung zu. Gerade einem Flächenland wie Mecklenburg-Vorpommern mit einer demografischen Entwicklung, die auf einen stark zunehmenden Ärztemangel hindeutet, wird es in Zukunft erschwert, eine ausreichende medizinische Versorgung aller Bürgerinnen und Bürger gewährleisten zu können. Hier bietet die Telemedizin mit ihrer erhöhten Ortsunabhängigkeit Lösungsansätze an. Sie stellt kein einzelnes Versorgungskonzept dar, sondern ist als Teil einer Gesamtkonzeption eine Ergänzung der Versorgung vor Ort.<sup>354</sup> Durch die Digitalisierung kann ein gleichberechtigter Zugang zu Gesundheitsinformationen geschaffen werden.<sup>355</sup> Zudem kann sie helfen, Bürokratielasten zu bewältigen.<sup>356</sup> Im Bereich der Forschung hat die Digitalisierung positive Nebeneffekte, indem etwa über telemedizinische Maßnahmen und Vernetzungen einfacher und umfangreicher Daten erhoben werden können.<sup>357</sup>

Im Bereich des Gesundheitsmanagements hat man im Januar 2021 mit der stufenweisen Einführung der **elektronischen Patientenakte (ePA)** für alle Krankenversicherten in Deutschland begonnen. Sie soll zum Kern der Vernetzung aller Akteure in der medizinischen Versorgung werden.<sup>358</sup> Anstelle einer dezentralen Verortung bei Ärzten, Krankenhäusern, Therapeuten oder Krankenkassen, haben Versicherte nun direkten Zugriff auf und die Kontrolle über ihre Patientendaten. Dies kann die Informationsweitergabe etwa bei einem Umzug oder

<sup>351</sup> Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 70.

<sup>352</sup> Protokoll der 18. Sitzung der Enquete-Kommission vom 21. April 2021, S. 50, Beitrag Prof. Dr. van den Berg.

<sup>353</sup> Bundesärztekammer (Hg.) (2015): Telemedizinische Methoden in der Patientenversorgung – Begriffliche Verortung. Erarbeitet von der AG Telemedizin und beschlossen vom Vorstand der Bundesärztekammer am 20.03.2015. [http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/Telemedizin\\_Telematik/Telemedizin/Telemedizinische\\_Methoden\\_in\\_der\\_Patientenversorgung\\_Begriffliche\\_Verortung.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Telemedizin_Telematik/Telemedizin/Telemedizinische_Methoden_in_der_Patientenversorgung_Begriffliche_Verortung.pdf), 26.01.2021.

<sup>354</sup> Protokoll der 18. Sitzung der Enquete-Kommission vom 21. April 2021, S. 51, Beitrag Prof. Dr. van den Berg.

<sup>355</sup> Stellungnahme der KZVMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 28, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 107.

<sup>356</sup> ebd.; Stellungnahme AOK Nordost zur 4. Sitzung am 09.09.2020, S. 21, Kommissionsdrucksache 7/11, S. 29.

<sup>357</sup> Stellungnahme UMG zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 13, Kommissionsdrucksache 7/13, S. 27.

<sup>358</sup> Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 71.

einem Arztwechsel vereinfachen und beschleunigen.<sup>359</sup> Heilungsverläufe und Patientenwege können über einen längeren Zeitraum nachverfolgt<sup>360</sup> und Doppeluntersuchungen vermieden werden.<sup>361</sup> Die ePA soll durch die entstehende Transparenz Lücken in der Versorgung schließen.<sup>362</sup> Die Steuerung des Inhalts durch die Patienten wird jedoch auch kritisch gesehen.<sup>363</sup> So hält die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (KVMV) in einer Stellungnahme im Rahmen der Enquete-Kommission fest, dass die Informationen auf der ePA vollständig und belastbar sein müssen, um einen Mehrwert darzustellen.<sup>364</sup> Die Steuerung der Zugriffsrechte durch die Patientinnen und Patienten führe jedoch dazu, dass die Unvollständigkeit der ePA vermutet werden muss. So sind zur Gewährleistung der Sicherheit der Behandlung unter Umständen entsprechende zusätzliche Untersuchungen notwendig.<sup>365</sup> Als Alternative wird durch die KVMV in der 6. Sitzung der Enquete-Kommission eine ärztliche Fallakte gefordert, in der festgelegte Krankheiten und Präventionsmaßnahmen der Patienten strukturiert abgespeichert sind, sodass diese für alle weiteren behandelnden Ärzte zugänglich sind. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung arbeitet derzeit an dem Entwurf einer solchen Fallakte für den Bereich „Impfen“.<sup>366</sup> In einem Forschungsprojekt der Universitätsmedizin Greifswald wird derzeit eine regionale digitale Fallakte für die geriatrische Versorgung eingesetzt.<sup>367</sup>

Eine Voraussetzung für die Einführung der ePA war die bundesweite Etablierung der **Telematik-Infrastruktur (TI)**. Mit ihrer Hilfe werden die medizinischen Leistungserbringer besser vernetzt, wodurch Informationen, die für die Behandlung benötigt werden, schneller verfügbar gemacht werden können.<sup>368</sup> Ziel ist es, den Menschen eine noch bessere und sichere Behandlung zu ermöglichen. Mit 95,4 Prozent liegt die Ausstattung der Vertragsärzte in Mecklenburg-Vorpommern mit der TI weit über dem Bundesdurchschnitt.<sup>369</sup> Auch die Vertragszahnarztpraxen sind nahezu alle angeschlossen.<sup>370</sup> Im Rahmen der Telematik-Infrastruktur gibt es Anwendungen wie den Elektronischen Medikationsplan (eMP), das Notfalldatenmanagement (NFDm) und den Kommunikationsdienst KIM (Kommunikation im Medizinwesen)<sup>371</sup> KIM ist ein sicherer E-Mail-ähnlicher Dienst, bei dem in einem geschlossenen Nutzerkreis in Ende-zu-Ende-Verschlüsselung medizinische Daten, wie elektronische Arztbriefe oder Röntgenbilder, oder auch Abrechnungsdaten sicher ausgetauscht werden können.<sup>372</sup> Die Bedeutung von KIM wird voraussichtlich zunehmen, etwa durch die Einführung der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU). Diese soll in Zukunft die herkömmliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU) ablösen und elektronisch über den KIM-Dienst an die Krankenkassen der Patienten übermittelt werden.<sup>373</sup> Die KVMV beklagt im Zusammenhang mit der TI den schlechten Service der Ausrüsterfirmen sowie Geräteausfälle nach der Garantiezeit.<sup>374</sup> Dem anschließend betont die Kassenzahnärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (KZVMV), dass ein stabiler Betrieb der TI und ihrer medizinischen

<sup>359</sup> Stellungnahme der TK zur 4. Sitzung am 09.09.2020, S. 27, Kommissionsdrucksache 7/11, S. 151.

<sup>360</sup> Protokoll der 4. Sitzung der Enquete-Kommission vom 9. September 2020, S. 20, Beitrag Hunz.

<sup>361</sup> Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 71.

<sup>362</sup> Stellungnahme AOK Nordost zur 4. Sitzung am 09.09.2020, S. 24, Kommissionsdrucksache 7/11, S. 32.

<sup>363</sup> Protokoll der 6. Sitzung der Enquete-Kommission vom 30. September 2020, S. 24, Beitrag Friemann-Jennert.

<sup>364</sup> Stellungnahme der KVMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 12, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 24.

<sup>365</sup> Protokoll der 6. Sitzung der Enquete-Kommission vom 30. September 2020, S. 9 f., Beitrag Rambow.

<sup>366</sup> ebd., S. 24.

<sup>367</sup> Protokoll der 18. Sitzung der Enquete-Kommission vom 21. April 2021, S. 43, Beitrag Hoffmann.

<sup>368</sup> Protokoll der 4. Sitzung der Enquete-Kommission vom 9. September 2020, S. 10, Beitrag Hunz.

<sup>369</sup> Stellungnahme der KVMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 37, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 49.

<sup>370</sup> Stellungnahme der KZVMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 29, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 108.

<sup>371</sup> ebd.

<sup>372</sup> ebd.; Stellungnahme der KVMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 37, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 49.

<sup>373</sup> Stellungnahme der KZVMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 29, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 108.

<sup>374</sup> Stellungnahme der KVMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 11, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 23.

Anwendungen die Grundlage ihrer Akzeptanz darstellt. Aus diesem Grund müssen die Anwendungen ausreichend unter Praxisbedingungen getestet werden, bevor sie in die Fläche gehen. Dies sei laut KZVMV in der Vergangenheit nicht immer der Fall gewesen.<sup>375</sup> Neue unausgereifte und zu spät gelieferte Anwendungen sowie wochenlange Störungen der TI haben teilweise zu Frustration und einer ablehnenden Haltung bei den Ärzten geführt.<sup>376</sup> Die digitalen Lösungen sollen zu einer Entlastung des Personals führen.<sup>377</sup> Derzeit wird dies jedoch seitens der KVMV als eher gegenteilig empfunden. Aus vertragsärztlicher Sicht fehlt es an Deutlichkeit des medizinischen Nutzens der Telematik-Infrastruktur. Anwendungen wie ePA, eAU und eRezept, letztere werden als Hybridlösungen in elektronischer und Papierform ab 2021 eingeführt, bedeuten in ihrer jetzigen Form einen deutlichen Mehraufwand.<sup>378</sup> Gleichzeitig ist die Annahme der eAU laut KVMV für viele Arbeitsstellen langfristig nicht umsetzbar.<sup>379</sup> Darüber hinaus wird eine unzureichende Unterstützung bei der Bewältigung der Kosten der Digitalisierung beklagt.<sup>380</sup> Neben einmaligen Investitionskosten müssen die laufenden Betriebskosten<sup>381</sup> und Nachfolgeinvestitionen durch die Ärzte finanziert werden.<sup>382</sup> Das bestehende Anbieteroligopol von IT-Firmen im ambulanten und stationären Sektor wird sowohl von der KVMV als auch von der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern (KGMV) als Grund für zu hohe Kosten genannt.<sup>383</sup> Es wird vorgeschlagen auf offene und frei verfügbare Softwareschnittstellen zu setzen, um ein breites Marktangebot zu erhalten.<sup>384</sup>

Die **intersektorale Verknüpfung** der IT-Strukturen kommt nur langsam voran und muss weiter ausgebaut werden.<sup>385</sup> So funktioniert der digitale Austausch von Patientendaten zwischen Krankenhäusern und Arztpraxen derzeit nur ungenügend.<sup>386</sup> Die technischen Möglichkeiten in der Vernetzung werden nicht ausreichend genutzt. Als Grund hierfür wird die Diversität der vorhandenen Praxis- und Krankenhausverwaltungssysteme genannt.<sup>387</sup> Die Praxen nutzen unterschiedliche Software, um an die Krankenhausinformationssysteme angebunden zu sein.<sup>388</sup> Die Organisation der Vernetzungsabläufe unterliegen Vorgaben und Gesetzen auf europäischer, Bundes- und Länderebene und sind außerdem in Kongruenz mit den Vorstellungen der Leistungsempfänger, Leistungsträger und deren Vereinigungen sowie der Kostenträger zu bringen.<sup>389</sup> Es ist eine inhomogene Vernetzungslandschaft in Abhängigkeit von Krankenhausträgern, Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen entstanden.<sup>390</sup> In der sektorenübergreifenden Kommunikation bedarf es bundeseinheitlicher Standards.<sup>391</sup>

<sup>375</sup> Stellungnahme der KZVMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 28 f., Kommissionsdrucksache 7/15, S. 107 f.

<sup>376</sup> Stellungnahme der KVMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 11, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 23.

<sup>377</sup> Stellungnahme der TK zur 4. Sitzung am 09.09.2020, S. 21, Kommissionsdrucksache 7/11, S. 145.

<sup>378</sup> Stellungnahme der KVMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 11, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 23.

<sup>379</sup> Protokoll der 6. Sitzung der Enquete-Kommission vom 30. September 2020, S. 10, Beitrag Rambow.

<sup>380</sup> Stellungnahme der KZVMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 28 f., Kommissionsdrucksache 7/15, S. 107 f.

<sup>381</sup> ebd.

<sup>382</sup> Protokoll der 6. Sitzung der Enquete-Kommission vom 30. September 2020, S. 11, Beitrag Abeln.

<sup>383</sup> Stellungnahme der KGMV zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 22, Kommissionsdrucksache 7/14, S. 32;

Stellungnahme der KVMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 11, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 23.

<sup>384</sup> Stellungnahme der KVMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 38, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 50.

<sup>385</sup> ebd., S. 37, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 49; Stellungnahme der HELIOS Stralsund zur 5. Sitzung vom 16.09.2020, S. 4, Kommissionsdrucksache 7/13, S. 13.

<sup>386</sup> Stellungnahme der HELIOS Stralsund zur 5. Sitzung vom 16.09.2020, S. 4, Kommissionsdrucksache 7/13, S. 13.

<sup>387</sup> Stellungnahme der ÄKMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 26, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 204.

<sup>388</sup> Stellungnahme der HELIOS Stralsund zur 5. Sitzung vom 16.09.2020, S. 4, Kommissionsdrucksache 7/13, S. 13.

<sup>389</sup> Stellungnahme der ÄKMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 26, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 204.

<sup>390</sup> ebd., S. 27, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 205.

<sup>391</sup> Stellungnahme der KVMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 37, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 49.

Innerhalb des Krankenhausesektors bestehen abgestimmte strukturierte Behandlungspfade zur gemeinsamen, hausübergreifenden Patientenbetreuung. Diese Kooperationen gibt es sowohl zwischen den Häusern eines Trägers, als auch trägerübergreifend.<sup>392</sup> Die Vernetzung innerhalb einer Trägerschaft wird als gut bewertet und weiter forciert.<sup>393</sup>

Neben den Chancen für die medizinische Versorgung die in der Vernetzung der verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen liegen, existieren im Themenfeld Digitalisierung und Telemedizin auch konkrete Versorgungsstrategien. Die Corona-Pandemie hat den Nutzen des Zusammenwirkens auf Distanz deutlich aufgezeigt<sup>394</sup> und zu einer erhöhten Akzeptanz dieser Konzepte geführt.<sup>395</sup> Laut einer bundesweiten Umfrage der Stiftung Gesundheit haben im Mai mehr als 50 Prozent der Ärzte eine **Videosprechstunde** angeboten (2017 unter 2 Prozent).<sup>396</sup> Im 2. Quartal 2020 wurden durch die Mitglieder der KVMV 12.777 Videosprechstunden von 236 Psychotherapeuten sowie 188 Ärzten durchgeführt.<sup>397</sup> Die Psychotherapie hat im Vergleich zu anderen medizinischen Gruppen den höchsten Anteil an Videosprechstunden.<sup>398</sup> In der Enquete-Kommission wurde auch über Videosprechstundenangebote aus dem Bereich der Diabetestherapie in Mecklenburg-Vorpommern berichtet.<sup>399</sup> Die Telesprechstunde kommt bei bereits bekannten Patienten zum Einsatz. Sie hilft vor allem bei der Wiedervorstellung oder der Betreuung von chronisch Kranken.<sup>400</sup> Insbesondere in ländlichen Regionen mit wenig Fachärzten können so Wegzeiten für Behandelnde und Patienten reduziert<sup>401</sup> und Beförderungskosten gesenkt werden.<sup>402</sup> In der zahnärztlichen Versorgung wurden im Oktober 2020 Videosprechstunden, Videofallkonferenzen, Telekonsilien sowie ein Technikzuschlag in den Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) aufgenommen. So können Videosprechstunden mit Patienten sowie Videofallkonferenzen mit Pflegepersonal künftig bei Versicherten abgerechnet werden, die einem Pflegegrad zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe erhalten.<sup>403</sup> Telekonsile im ärztlichen und zahnärztlichen Bereich ist bezogen auf alle Versicherten abrechenbar.<sup>404</sup> **Telekonsile** (telemedizinisches Konsil) sind digitale fachliche Beratungen zwischen Ärzten der gleichen oder verschiedener Fachrichtungen. Sie können als asynchrone Wissensübermittlung oder synchron durch Videokonferenzen in Form von fachübergreifenden Behandler Teams zur Beratung eines Falles stattfinden.<sup>405</sup> Sie helfen vorhandene Ressourcen effektiv einzusetzen.<sup>406</sup> Die Möglichkeiten

<sup>392</sup> Stellungnahme der KGMV zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 5, Kommissionsdrucksache 7/14, S. 15.

<sup>393</sup> Stellungnahme der HELIOS Stralsund zur 5. Sitzung vom 16.09.2020, S. 4, Kommissionsdrucksache 7/13, S. 13.

<sup>394</sup> Stellungnahme DAK zur 4. Sitzung am 09.09.2020, S. 16, Kommissionsdrucksache 7/11, S. 99.

<sup>395</sup> Stellungnahme der KZVMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 30, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 109; Stellungnahme UMG zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 34 f., Kommissionsdrucksache 7/13, S. 38 f.

<sup>396</sup> Stellungnahme der BARMER zur 4. Sitzung am 09.09.2020, S. 23, Kommissionsdrucksache 7/11, S. 59; Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit 2020: Ärztliche Arbeit und Nutzung von Videosprechstunden während der Covid-19-Pandemie. Eine gemeinsame repräsentative deutschlandweite Befragung ambulant tätiger Ärztinnen und Ärzte durch die Stiftung Gesundheit in Zusammenarbeit mit dem health innovation hub. <[http://www.stiftung-gesundheit.de/pdf/studien/aerzte-im-zukunftsmarkt-gesundheit\\_2020.pdf](http://www.stiftung-gesundheit.de/pdf/studien/aerzte-im-zukunftsmarkt-gesundheit_2020.pdf)>, 26.01.2021.

<sup>397</sup> Stellungnahme der KVMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 37, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 49.

<sup>398</sup> Protokoll der 12. Sitzung der Enquete-Kommission vom 13. Januar 2021, S. 9, Beitrag Peikert.

<sup>399</sup> ebd., S. 20, Beitrag Zimny.

<sup>400</sup> Protokoll der 6. Sitzung der Enquete-Kommission vom 30. September 2020, S. 17, Beitrag Crusius.

<sup>401</sup> Stellungnahme der TK zur 4. Sitzung am 09.09.2020, S. 25 f., Kommissionsdrucksache 7/11, S. 149 f.

<sup>402</sup> Protokoll der 4. Sitzung der Enquete-Kommission vom 9. September 2020, S. 52, Beitrag Austernad-Wied.

<sup>403</sup> Stellungnahme der KZVMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 29, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 108.

<sup>404</sup> ebd. S. 30, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 109.

<sup>405</sup> Stellungnahme der TK zur 4. Sitzung am 09.09.2020, S. 25 f., Kommissionsdrucksache 7/11, S. 149 f.; Stellungnahme der ÄKMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 26, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 204.

<sup>406</sup> Stellungnahme der KVMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 38, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 50.

der Telemedizin in der Beratung über einzelne Fälle und auch zum Zweck der Aus- und Weiterbildung sollte noch stärker genutzt werden.<sup>407</sup>

Die Telemedizin soll ärztliches Know-how in die Fläche bringen bzw. das medizinische Wissen auf höchstem Niveau, dass es in Mecklenburg-Vorpommern teils auch in der Fläche gibt, in andere Flächen bringen.<sup>408</sup> Die Telemedizin könnte zu einer zunehmenden Ambulantisierung medizinischer Leistungen beitragen.<sup>409</sup> Sie findet noch eher selten in der Regelversorgung statt.<sup>410</sup> In einigen Spezialdisziplinen, wie der Schlaganfall-Versorgung und der Notfall-Pädiatrie hat sie sich jedoch fest etabliert.<sup>411</sup> Mit Hilfe der Teleradiologie an der Universitätsmedizin Greifswald können kleinere Krankenhäuser eine eigene Radiologin oder Radiologen ganz oder in den Nacht- und Wochenendschichten einsparen. Die Universitätsmedizin übernimmt die Befundung zu Kosten, die deutlich geringer sind als die Kosten des ansonsten notwendigen Personals. International gibt es Beispiele, in denen im Ausland z. B. in Indien befundet wird.<sup>412</sup>

Es gibt mehrere innovative **Projekte** in Mecklenburg-Vorpommern zum Einsatz von Telemedizin. Eines der erfolgreichsten war das Projekt **LandRettung**. Es griff ganz konkret den demografischen Wandel und die Dünnbesiedelung in Mecklenburg-Vorpommern auf.<sup>413</sup> Initiiert durch den Eigenbetrieb Rettungsdienst des Landkreises Vorpommern-Greifswald und die Universitätsmedizin Greifswald<sup>414</sup> wurde es durch den Innovationsfonds des gemeinsamen Bundesausschusses im Zeitraum 2017 bis 2020 gefördert.<sup>415</sup> Neben der Stärkung der Laienreanimation, der Etablierung mobiler Ersthelfer sowie einer angestrebten Verzahnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung ist eine der vier Säulen des Projektes der Telenotarzt.<sup>416</sup> Dieser wird dem Rettungswagen zugeschaltet und kann mit Hilfe der technischen Ausstattung (gesicherte Audio- und Videoverbindung, Telemetriedaten und Bildübertragung) die Vitalfunktionen der Patienten mitverfolgen.<sup>417</sup> Im Vergleich zu einer Unterstützung per Telefon, ist die Rechtssicherheit höher und die Fehleranfälligkeit geringer.<sup>418</sup> Die Telemedizin kann an dieser Stelle die Zeit ab dem Eintreffen des Rettungswagens bis zum Eintreffen des Notarztes, das therapiefreie Intervall, überbrücken. Die Hauptindikationen zum Einsatz des Telenotarztes sind:

1. Überbrückende Unterstützung des Rettungsdienstpersonals bis zur Ankunft des Notarztes
2. Zusammenarbeit von Rettungswagen und Telenotarzt primär ohne Alarmierung des Notarzteinsatzfahrzeuges

<sup>407</sup> Stellungnahme UMG zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 43, Kommissionsdrucksache 7/13, S. 57.

<sup>408</sup> Protokoll der 7. Sitzung der Enquete-Kommission vom 14. Oktober 2020, S. 29, Beitrag Borchmann.

<sup>409</sup> Protokoll der 6. Sitzung der Enquete-Kommission vom 30. September 2020, S. 12, Beitrag Dr. Oling.

<sup>410</sup> Stellungnahme UMG zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 34, Kommissionsdrucksache 7/13, S. 38.

<sup>411</sup> ebd., S. 13, Kommissionsdrucksache 7/13, S. 17.

<sup>412</sup> Stellungnahme Prof. Dr. Fleßa zur 8. Sitzung am 21. Oktober 2020, S. 47, Kommissionsdrucksache 7/47, S. 48.

<sup>413</sup> Protokoll der 7. Sitzung der Enquete-Kommission vom 14. Oktober 2020, S. 17, Beitrag Heydorn.

<sup>414</sup> Protokoll der 4. Sitzung der Enquete-Kommission vom 9. September 2020, S. 42, Beitrag Jüttner.

<sup>415</sup> Protokoll der 7. Sitzung der Enquete-Kommission vom 14. Oktober 2020, S. 15, Beitrag Laslo; ebd., S. 13, Beitrag Hahnenkamp.

<sup>416</sup> ebd., S. 15, Beitrag Laslo; Stellungnahme der UMG zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 13 f., Kommissionsdrucksache 7/46, S. 125 f.

<sup>417</sup> Protokoll der 4. Sitzung der Enquete-Kommission vom 9. September 2020, S. 42 f., Beitrag Jütter;

Stellungnahme der UMG zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 13, Kommissionsdrucksache 7/46, S. 125.

<sup>418</sup> Stellungnahme der UMG zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 13, Kommissionsdrucksache 7/46, S. 125.

3. Übergabe der Notfallpatienten am Einsatzort von der notärztlichen Versorgung an den Telenotarzt zur Transportbegleitung
4. Transportbegleitung durch den Telenotarzt bei einfachen Verlegungen mit Indikation zur ärztlichen Begleitung
5. Konsultation des Telenotarztes durch Notärzte zum Support in besonderen Notfallsituationen.<sup>419</sup>

Von den regulär 28 Rettungswagen an 21 Standorten im Landkreis Vorpommern-Greifswald, wurden sechs im Rahmen des Projekts telemedizinisch ausgestattet. Zwischen dem 4. Oktober 2017 und dem 29. Februar 2020 wurde der Greifswalder Telenotarzt 3611 Mal konsultiert. Der Telenotarzt betreute vor allem Patienten mit einer geringen bis mittelstarken Erkrankungsschwere und weniger häufig lebensbedrohlich Erkrankte oder Verletzte als bodengebundene Notärzte.<sup>420</sup> Insbesondere, wenn keine vitale Bedrohung vorliegt, wird bei vielen Einsätzen keine notärztliche Versorgung an der Einsatzstelle benötigt.<sup>421</sup> Besonders häufig kam der Telenotarzt im Bereich der Schmerztherapie, zur Unterstützung bei der Traumaversorgung und zur Therapie von Patienten mit Brustschmerzen oder akutem Koronarsyndrom zum Einsatz.<sup>422</sup> Rettungsassistenten oder Notfallsanitäter müssen nur in ein bis zwei Prozent der Fälle einen Notarzt nachordern.<sup>423</sup> Die Notarztquote, also die Anzahl der Notfalleinsätze, die von einem Notarzt begleitet werden, ist in den Projekt-Landkreisen durch den Telenotarzt von über 50 auf 35 Prozent gesunken.<sup>424</sup> Durch die Entlastung der Notärzte konnten diese zu Einsätzen fahren, an denen die physische Präsenz notwendig war. Ein weiterer Vorteil des Telenotarztes ist, dass mehrere Einsätze gleichzeitig betreut werden können und somit notärztliche Versorgung für mehrere kritische Patienten zur Verfügung stehen.<sup>425</sup> Auch bei Verlegungsfahrten kann der Telenotarzt die Krankenhäuser entlasten und zur Unterstützung von unerfahrenen Notärzten dienen.<sup>426</sup> Durch Schulungen und Aufklärung konnte eine anfängliche Skepsis bei den Anwendenden sowie bei Patienten positiv begegnet werden.<sup>427</sup>

Das Projekt LandRettung wurde am 14. März 2020 abgeschlossen und der Evaluationsbericht eingereicht. Die Säulen Laienreanimation, Einführung einer smartphone-basierten Ersthelferalarmierung sowie die Einführung des Telenotarztes haben sich bewährt.<sup>428</sup> Die beiden zuletzt genannten werden im Rahmen der rettungsdienstlichen Vorhaltefinanzierung als Regelversorgung von den Krankenkassen weiterhin finanziert.<sup>429</sup>

Mecklenburg-Vorpommern ist das erste Bundesland, dass die telemedizinische Begleitung im Rettungsdienstgesetz verankert hat.<sup>430</sup> Seit 2018 besteht gemäß §3 RDG M-V die gesetzliche Grundlage für jeden Träger des Rettungsdienstes in Mecklenburg-Vorpommern einen

---

<sup>419</sup> Gemeinsame Stellungnahme LK VG und EB Rettungsdienst zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 26, Kommissionsdrucksache 7/46, S. 47.

<sup>420</sup> Stellungnahme der UMG zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 16, Kommissionsdrucksache 7/46, S. 128.

<sup>421</sup> Protokoll der 7. Sitzung der Enquete-Kommission vom 14. Oktober 2020, Beitrag Laslo, S. 16.

<sup>422</sup> ebd.

<sup>423</sup> Protokoll der 7. Sitzung der Enquete-Kommission vom 14. Oktober 2020, S. 22, Beitrag Hahnenkamp.

<sup>424</sup> ebd.; ebd. S. 16, Beitrag Laslo.

<sup>425</sup> Stellungnahme der UMG zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 13, Kommissionsdrucksache 7/46, S. 125.

<sup>426</sup> Protokoll der 7. Sitzung der Enquete-Kommission vom 14. Oktober 2020, S. 16, Beitrag Laslo.

<sup>427</sup> Stellungnahme des DRK zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 17, Kommissionsdrucksache 7/46, S. 19.

<sup>428</sup> Gemeinsame Stellungnahme LK VG und EB Rettungsdienst zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 19, Kommissionsdrucksache 7/46, S. 40.

<sup>429</sup> ebd.

<sup>430</sup> Protokoll der 7. Sitzung der Enquete-Kommission vom 14. Oktober 2020, S. 15, Beitrag Laslo.

Telenotarzt in seinem Rettungsdienstbereich zu etablieren.<sup>431</sup> Mittlerweile werden neun aufgerüstete Rettungsdienst-Fahrzeuge aus dem Landkreis Vorpommern-Rügen durch die Telenotarzt-Zentrale in Greifswald mitbetreut.<sup>432</sup>

**Weitere Beispiele für Projekte** in Mecklenburg-Vorpommern in denen telemedizinische Prozesse zur Anwendung kommen sind Telemedizinprojekte in der Psychiatrie<sup>433</sup>, das Projekt TeleDermatologie<sup>434</sup>, HerzEffekt MV<sup>435</sup> oder das ANNOTeM-Netzwerk, ein gemeinsames Innovationsprojekt der Länder Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern in den Bereichen der Telemedizin und der neurologischen Versorgung.<sup>436</sup> Ein am Institut für Community Medicine der Universitätsmedizin Greifswald angesiedeltes, vom Innovationsfond des G-BA gefördertes Projekt zielt auf die Implementierung eines regionalen telemedizinischen Netzwerks zur Sicherstellung der stationären pädiatrischen Versorgung in ländlichen Regionen in Mecklenburg-Vorpommern und Nord-Brandenburg ab.<sup>437</sup>

Nach wie vor werden die meisten telemedizinischen Versorgungskonzepte als Forschungsprojekte oder z. B. als innovatives Versorgungsmodell in einem Innovationsprojekt umgesetzt. Wenngleich eine **Weiterführung in die Regelversorgung** bei positiven Evaluationsergebnissen meist angestrebt ist, erfolgt dies nicht automatisch.<sup>438</sup> Hierfür bedarf es einer ausführlichen Evaluation der Projekte hinsichtlich ihrer Ziele und Fragestellungen. Um Barrieren zu identifizieren und Lösungsansätze zu finden, müssen sowohl klinische Parameter als auch Parameter zur Implementation (Organisation, Integration der Telemedizin in Praxis- und Klinikabläufe, Barrieren bei der Implementation, Akzeptanz bei Patienten und Leistungserbringer) angesehen werden.<sup>439</sup> Es sollte zudem gezielt untersucht werden, in welchen Bereichen und für welche Patientengruppen eine (teilweise) telemedizinische Versorgung eine Lösungsoption für bestehende Mangelsituationen bietet oder aus anderen Gründen Vorteile gegenüber der bisherigen Versorgung bringt.<sup>440</sup> Wenngleich Innovationsfondsprojekte für eine Weiterführung gedacht sind, braucht dies oft viel Zeit, wodurch Lücken nach dem Auslaufen der Projekte entstehen. Hier bedarf es einer entsprechenden finanziellen Förderung.<sup>441</sup> In einer Stellungnahme im Rahmen der Enquete-Kommission erläutert Prof. Dr. Steffen Fleßa von der Universität Greifswald, dass die Evidenzbasis der Modellprojekte oftmals nicht genügt, um eine Finanzierung der Übernahme in die Regelversorgung durch die Krankenkassen zu erhalten. Um dies gewährleisten zu können, sind die Modellprojekte zu klein.<sup>442</sup> Es gibt zahlreiche Hinweise für die Wirksamkeit und Effizienz neuer Behandlungsmethoden, etwa beim Telemonitoring von Patienten mit Herzinsuffizienz, doch es erfolgt keine flächendeckende Durchführung. Es bedarf laut Prof. Fleßa dringend einer weitergehenden Übergangsförderung der Innovationsprojekte.<sup>443</sup> Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann vom Institut für Community Medicine der Universität Greifswald

<sup>431</sup> Stellungnahme der UMG zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 16, Kommissionsdrucksache 7/46, S. 128.

<sup>432</sup> Gemeinsame Stellungnahme LK VG und EB Rettungsdienst zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 19, Kommissionsdrucksache 7/46, S. 40.

<sup>433</sup> Protokoll der 8. Sitzung der Enquete-Kommission vom 21. Oktober 2020, S. 42, Beitrag Hoffmann.

<sup>434</sup> Stellungnahme der TK zur 4. Sitzung am 09.09.2020, S. 24, Kommissionsdrucksache 7/11, S. 148.

<sup>435</sup> ebd.

<sup>436</sup> Protokoll der 9. Sitzung der Enquete-Kommission vom 18. November 2020, S. 16, Beitrag Hunz.

<sup>437</sup> Stellungnahme der UMR zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 12, Kommissionsdrucksache 7/13, S. 90.

<sup>438</sup> Stellungnahme UMG zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 35, Kommissionsdrucksache 7/13, S. 49.

<sup>439</sup> ebd.

<sup>440</sup> Hoffmann: Fragenkatalog Wissenschaft des Institut für Community Medicine, Abt. Versorgungsepidemiologie & Community Health, S. 11.

<sup>441</sup> Protokoll der 8. Sitzung der Enquete-Kommission vom 21. Oktober 2020, S. 34, Beitrag Fleßa.

<sup>442</sup> Stellungnahme Prof. Dr. Fleßa zur 8. Sitzung am 21. Oktober 2020, S. 22, Kommissionsdrucksache 7/47, S. 23.

<sup>443</sup> ebd.

weist in der 8. Sitzung der Enquete-Kommission darauf hin, dass er zwar von der hohen Qualität telemedizinischer Behandlungen überzeugt sei, es jedoch mehr Daten bedarf, um im Hinblick auf die Sicherheit der Patienten und die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser die Grundlage zu haben, weitere Innovationen zu initiieren.<sup>444</sup>

Neben einer genauen Betrachtung in welchen Bereichen und für welche Patientengruppen telemedizinische Versorgung Vorteile bringt, sollte auch die Perspektive der Leistungserbringer evaluiert werden. Während telemedizinische Versorgungskonzepte in der Bevölkerung eher eine hohe Akzeptanz haben, ist das Vertrauen der Leistungserbringer und Kostenträger oft noch begrenzt.<sup>445</sup> Häufig sind Barrieren für eine weitere Etablierung nicht technischer Natur, sondern in der Integration der telemedizinischen Prozesse in die Klinik- und Praxisabläufe und der damit verbundenen Neuordnung der Ressourcen auszumachen. Hinzukommen Vorbehalte von einigen Leistungserbringern und Pflegekräften bezüglich der Qualität der Behandlung sowie Unsicherheiten zu **rechtlichen Randbedingungen**.<sup>446</sup> Die entsprechende Rechtsprechung zum telemedizinischen Einsatz ist noch nicht gegeben, auch wenn es bereits einige Rechtsgutachten und einen gewissen rechtlichen Rahmen gibt, in dem die Telemedizin mit einem vertretbaren Risiko angewendet werden kann.<sup>447</sup> Die Haftung in der telemedizinischen Versorgung unterscheidet sich nur wenig von der Haftung vor Ort. Wenn ein Arzt über Telemedizin keine klare Aussage treffen kann, muss er den Patienten an die entsprechende nächste Klinik verweisen.<sup>448</sup> Die Bereitschaft der Akteure ist essentiell für die Einführung der Telemedizin. Diese wird jedoch auf freiwilliger Basis nicht flächendeckend erwartet, weshalb gesetzliche Verpflichtungen und Standardisierungen gefordert werden.<sup>449</sup>

Ende 2019 hat die Landesärztekammer M-V den Weg für die ausschließliche Fernbehandlung freigemacht.<sup>450</sup> Wengleich die Telemedizin sich gut in eine sektorenübergreifende Versorgung einfügen könnte, ist die Finanzierung außerhalb von §140a SGB V sehr schwierig.<sup>451</sup> Hier ist festgelegt, dass Krankenkassen mit Leistungserbringern Verträge über Leistungssektoren übergreifende Versorgung abschließen können ohne Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigungen.<sup>452</sup> Viele telemedizinische Versorgungsmodelle in der Regelversorgung sind nach §140a gestaltet. Dadurch sind die Leistungen nur für Patientinnen und Patienten der beteiligten Krankenkassen und regional eingeschränkt verfügbar.<sup>453</sup> Es kommt zu Parallelstrukturen von verschiedenen Kostenträgern und Krankenkassen im Bereich der Telemedizin.<sup>454</sup> Positiv evaluierte Telemedizinikonzepete müssen durch politische Unterstützung

---

<sup>444</sup> Protokoll der 8. Sitzung der Enquete-Kommission vom 21. Oktober 2020, S. 33, Beitrag Hoffmann.

<sup>445</sup> Hoffmann: Fragenkatalog Wissenschaft des Institut für Community Medicine, Abt. Versorgungsepidemiologie & Community Health, S. 11.

<sup>446</sup> Stellungnahme UMG zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 35, Kommissionsdrucksache 7/13, S. 49.

<sup>447</sup> Protokoll der 7. Sitzung der Enquete-Kommission vom 14. Oktober 2020, S. 38, Beitrag Laslo.

<sup>448</sup> Protokoll der 18. Sitzung der Enquete-Kommission vom 21. April 2021, S. 53, Beitrag van den Berg.

<sup>449</sup> Stellungnahme Prahler zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 9, Kommissionsdrucksache 7/46, S. 87.

<sup>450</sup> Stellungnahme der BARMER zur 4. Sitzung am 09.09.2020, S. 23, Kommissionsdrucksache 7/11, S. 59.

<sup>451</sup> Stellungnahme UMG zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 35, Kommissionsdrucksache 7/13, S. 49;

Hoffmann: Fragenkatalog Wissenschaft des Institut für Community Medicine, Abt.mVersorgungsepidemiologie & Community Health, S. 11.

<sup>452</sup> vgl. § 140 a SGB V.

<sup>453</sup> Stellungnahme UMG zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 34, Kommissionsdrucksache 7/13, S. 48.

<sup>454</sup> Stellungnahme der ÄKMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 28, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 206.

nachhaltig implementiert werden und für alle Patienten verfügbar werden.<sup>455</sup> Telemedizinische Anwendungen benötigen eine regelhafte Finanzierung.<sup>456</sup>

Unabhängig von infrastrukturellen Begrenzungen wird es immer Menschen geben, die einer Digitalisierung und telemedizinischen Betreuung aus verschiedensten Gründen unzugänglich bleiben werden. Diese Menschen dürfen von der Versorgung nicht ausgeschlossen werden.<sup>457</sup> Bei telemedizinischen Anwendungen muss die **Arzt-Patienten-Beziehung** sorgfältig untersucht und kontinuierlich bedacht werden. Es bestehen ethisch und berufsrechtlich große Herausforderungen.<sup>458</sup> Auch mit telemedizinischer Unterstützung bedarf es kompetente Mediziner an den Patienten, die die Behandlung umsetzen, die rechtliche Verantwortung übernehmen<sup>459</sup> und im direkten Austausch die Vertrauensbasis aufbauen.<sup>460</sup> Die Telemedizin stellt ein ergänzendes Angebot zum persönlichen Arzt-Patientenkontakt in der ambulanten Versorgung dar. Die KVMV bezweifelt, dass hierdurch der personelle Mangel in der haus- und fachärztlichen Versorgung oder im Bereich der Psychotherapie aufgefangen werden kann.<sup>461</sup> Die Ärztekammer M-V rechnet nur mit einer Entlastung für die niedergelassenen Ärzte, wenn die telemedizinische Versorgung in deren Hand bleibt und so die Kenntnisse der Vor-Ort-Bindung gegeben sind.<sup>462</sup> Ausschließlich telemedizinische Anbieter wie die TeleClinic München haben keine Kassenzulassung und stellen so derzeit keine Konkurrenz für niedergelassene Ärzte da.<sup>463</sup> Zudem können solche Dienste die Arzt-Patienten-Beziehung, als Basis der hausärztlichen Versorgung, nicht gewährleisten.<sup>464</sup>

Grundvoraussetzung für Digitalisierungsprozesse und telemedizinischer Versorgung in ländlichen Regionen ist eine flächendeckende, leistungsfähige Internetversorgung im Zuge des landesweiten **Netzausbaus**.<sup>465</sup> Dieses Ziel ist in Mecklenburg-Vorpommern noch nicht erreicht.<sup>466</sup> Selbst die Anschlussmöglichkeit der Krankenhäuser an stabile Datenleitungen mit höchsten Upload-Geschwindigkeiten und Mengen ist nicht flächendeckend gegeben.<sup>467</sup> Die KGMV schlägt vor, zur Gewährleistung der Internetversorgung für digitale Versorgungskonzepte in Krankenhäusern, über ein Landesprojekt flächendeckend ausschließlich für Krankenhäuser zur Verfügung stehende Direktleitungen zum nächsten „schnellen“ Anschlusspunkt kostenfrei zu ermöglichen.<sup>468</sup> Die unzureichende Abdeckung des Mobilfunknetzes stellt zum Teil eine Hürde für den Einsatz von Telemedizin dar, etwa in der Kommunikation mit dem Telenotarzt.<sup>469</sup> Auch in anderen Bereichen der

<sup>455</sup> Stellungnahme UMG zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 35, Kommissionsdrucksache 7/13, S. 49; Hoffmann: Fragenkatalog Wissenschaft des Institut für Community Medicine, Abt. Versorgungsepidemiologie & Community Health, S. 11.

<sup>456</sup> Protokoll der 5. Sitzung der Enquete-Kommission vom 16. September 2020, S. 46, Beitrag Heydorn; Stellungnahme der ÄKMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 29, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 207.

<sup>457</sup> Stellungnahme der ÄKMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 26, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 204.

<sup>458</sup> ebd., S. 27, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 205.

<sup>459</sup> Stellungnahme Dr. Kuhr zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 16, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 154; Stellungnahme Dr. Oling zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 17, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 131.

<sup>460</sup> Stellungnahme Prahler zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 9, Kommissionsdrucksache 7/46, S. 87.

<sup>461</sup> Stellungnahme der KVMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S.37, Kommissionsdrucksache 7/15, S.49.

<sup>462</sup> Stellungnahme der ÄKMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 28, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 206.

<sup>463</sup> ebd.

<sup>464</sup> ebd.

<sup>465</sup> Protokoll der 8. Sitzung der Enquete-Kommission vom 21. Oktober 2020, S. 24, Beitrag Dr. Pilny; Stellungnahme der ÄKMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 27, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 205; Stellungnahme der HELIOS Stralsund zur 5. Sitzung vom 16.09.2020, S. 4, Kommissionsdrucksache 7/13, S. 13.

<sup>466</sup> Protokoll der 7. Sitzung der Enquete-Kommission vom 14. Oktober 2020, S. 12, Beitrag Marisken.

<sup>467</sup> Stellungnahme der KGMV zur 5.Sitzung am 16.09.2020, S. 22 f., Kommissionsdrucksache 7/14, S. 32 f.

<sup>468</sup> ebd.

<sup>469</sup> Stellungnahme DAK zur 4. Sitzung am 09.09.2020, S. 17, Kommissionsdrucksache 7/11, S. 100.

Gesundheitsversorgung führt der unzureichende Netzausbau zu Problemen. So wurde in der Enquete-Kommission aus dem Bereich der Hebammenversorgung berichtet, dass das Angebot der Kassenärztlichen Vereinigung zur Durchführung digitaler Hebammenkurse aufgrund schlechter Internetinfrastruktur nicht genutzt werden konnte.<sup>470</sup> Durch die Corona-Pandemie wurde deutlich, dass der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) aufgerüstet und digitalisiert werden muss.<sup>471</sup> Nicht nur Leistungserbringer sondern auch Patienten müssen über entsprechende Hard- und Software verfügen.<sup>472</sup> Während der Pandemie kam es im Zuge der sofortigen Etablierung von Clusterregionen zu einer schnellen Ausstattung mit telemedizinischen Hilfsmitteln in den Krankenhäusern. Dies bedeutet einen Meilenstein in der Umsetzung digitaler Versorgungsmodelle.<sup>473</sup>

Im Themenfeld Digitalisierung spielt die Diskussion um **Datenschutz und Datensicherheit** eine große Rolle. Die Sicherheit der Datenleitungen muss gewährleistet werden.<sup>474</sup> Die Komplexität der einzuhaltenden Datenschutzbestimmungen werden einerseits als ein Grund für den bisher nur geringen Einsatz der Telemedizin genannt<sup>475</sup>, andererseits stellen **Datenschutz und Datensicherheit** auch eine Voraussetzung für die Akzeptanz bei Leistungsbringern und Patienten dar.<sup>476</sup> Medizinische Daten sind sehr sensible Daten. Die Einhaltung und Garantie ihres Schutzes sollen neben der rechtlichen Komponente allen Beteiligten das nötige Vertrauen geben, um die neuen Möglichkeiten der medizinischen Versorgung zu nutzen. Zur Vertrauensgenerierung ist der Datenschutz allein nicht ausreichend. Es bedarf der Information und Aufklärung durch die Verwender telemedizinischer Anwendungen.<sup>477</sup> Entsprechend der rechtlichen Grundlagen arbeiten Krankenkassen, Krankenhäuser, Ärzte und andere Akteure aus dem Bereich der medizinischen Versorgung nach den gesetzlichen Vorgaben zum Datenschutz. Zudem besteht vielerorts die Zusammenarbeit mit dem Landesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit.<sup>478</sup> Viele Akteure beschäftigen zusätzlich eigene Datenschutzbeauftragte<sup>479</sup> und betonen ihre besondere Aufmerksamkeit dem Thema gegenüber.<sup>480</sup> In einer Stellungnahme der AOK wird darauf verwiesen, dass bei nur langsam voranschreitenden Digitalisierungsprozessen durch staatliche Akteure und Krankenkassen, die Gefahr besteht, dass große Privatunternehmen die Digitalisierung des Gesundheitswesens gestalten. Da diese oft im Ausland sitzen, könnten niedrigere Datenschutz-Standards Anwendung finden.<sup>481</sup>

---

<sup>470</sup> Protokoll der 12. Sitzung der Enquete-Kommission vom 13. Januar 2021, S. 14, Beitrag Herold.

<sup>471</sup> Stellungnahme RWI zur 8. Sitzung am 21.10.2020, S. 7, Kommissionsdrucksache 7/47, S. 162.

<sup>472</sup> Stellungnahme AOK Nordost zur 4. Sitzung am 09.09.2020, S. 18, Kommissionsdrucksache 7/11, S. 26.

<sup>473</sup> Stellungnahme der UMR zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 12, Kommissionsdrucksache 7/13, S. 90.

<sup>474</sup> Stellungnahme AOK Nordost zur 4. Sitzung am 09.09.2020, S. 18, Kommissionsdrucksache 7/11, S. 26.;  
Stellungnahme der HELIOS Stralsund zur 5. Sitzung vom 16.09.2020, S. 4, Kommissionsdrucksache 7/13, S. 13.

<sup>475</sup> Stellungnahme der HELIOS Stralsund zur 5. Sitzung vom 16.09.2020, S. 3 f., Kommissionsdrucksache 7/13, S. 12 f.; Stellungnahme Dr. Oling zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 16, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 130.

<sup>476</sup> Stellungnahme der TK zur 4. Sitzung am 09.09.2020, S. 14 f., Kommissionsdrucksache 7/11, S. 138 f.

<sup>477</sup> Stellungnahme der ÄKMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 29, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 207.

<sup>478</sup> Stellungnahme AOK Nordost zur 4. Sitzung am 09.09.2020, S. 21, Kommissionsdrucksache 7/11, S. 29;  
Stellungnahme der KGMV zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 22 f., Kommissionsdrucksache 7/14, S. 32 f.;  
Stellungnahme der ÄKMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 29, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 207;  
Stellungnahme der KVMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 39, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 51;  
Stellungnahme UMG zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 37, Kommissionsdrucksache 7/13, S. 51;  
Stellungnahme der HELIOS Stralsund zur 5. Sitzung vom 16.09.2020, S. 4, Kommissionsdrucksache 7/13, S. 13.

<sup>479</sup> Kommissionsdrucksache 7/11, Fragenkatalog, Krankenkassen.

<sup>480</sup> Stellungnahme der KZVMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 30, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 109.

<sup>481</sup> Stellungnahme AOK Nordost zur 4. Sitzung am 09.09.2020, S. 21, Kommissionsdrucksache 7/11, S. 29.

In Arztpraxen installierte EDV-Komponenten unterliegen einer Zertifizierung und werden erst nach einer Prüfung für die ambulante vertragsärztliche Versorgung freigegeben.<sup>482</sup> Der Großteil der Praxen gilt als datensicher.<sup>483</sup> Der Schutz von Gesundheitsdaten ist zuletzt durch die DSGVO verschärft worden. Die KVMV kritisiert, dass die damit verbundenen umfänglichen Informations-, Organisations- und Rechenschaftspflichten kaum zu überschauen sind und die Rechtsauslegung schwierig ist.<sup>484</sup> Es besteht die Gefahr, dass es zu Auslegungsfehlern des Datenschutzes kommt.<sup>485</sup> Durch das „Digitale-Versorgung-Gesetz“ (DVG) wurde in § 75 b SGB V festgelegt, dass die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) den gesetzlichen Auftrag erhalten, die Anforderungen zur Gewährleistung der IT-Sicherheit in der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung festzulegen. Die Richtlinie zur IT-Sicherheit besagt, dass die Anforderungen dieser Richtlinie dem Stand der Technik entsprechen und neben den grundsätzlichen Aspekten der IT-Sicherheit auch Anforderungen an die sichere Installation und Wartung von Komponenten und Diensten der TI berücksichtigen müssen. Zudem bedarf es einer fortlaufenden Aktualisierung und Anpassung an den Stand der Technik sowie das Gefährdungspotential. Die KZBV und KBV haben damit die Aufgabe übertragen bekommen, den Rahmen für die Gewährleistung der IT-Sicherheit in den Praxen dauerhaft selbst zu regeln. Im Patientendaten-Schutz-Gesetz (PDSG) wird der Umfang der Verantwortlichkeit der Leistungserbringer von der Mitentscheidung über die Mittel der Datenverarbeitung abhängig gemacht. Die Verantwortlichkeit der Leistungserbringer gilt lediglich für die ordnungsgemäße Inbetriebnahme, Wartung und Verwendung der Komponenten.<sup>486</sup> Während der Datenschutz als auf einem sehr hohen, zuweilen als ungerechtfertigt hohen Niveau bewertet wird, gibt es im Bereich der Datensicherheit sehr viel Aufholbedarf.<sup>487</sup>

Die Telemedizin mit ihren Möglichkeiten, räumliche Distanzen zu überbrücken und Behandlungspfade zu verkürzen, hat als Zukunftstechnologie großes Potenzial.<sup>488</sup> Ziel ist es, die digitalen Möglichkeiten noch besser zu nutzen, weiterzudenken und auszubauen. Auch ohne Pandemie-Bedingungen liegen viele Vorteile in der Digitalisierung im medizinischen Bereich. Sie soll dazu beitragen Über-, Unter- und Fehlbehandlungen zu vermeiden und die Bezahlbarkeit und hohe Qualität des Gesundheitssystem zu erhalten.<sup>489</sup>

Ein Mittel, um die Digitalisierung in der medizinischen Versorgung voranzutreiben, ist das am 3. Juni 2020 beschlossene **Krankenhauszukunftsgesetz**. Die Digitalisierung ist laut Bund grundsätzlich Ländersache. Durch die Corona-Krise ist der Investitionsbedarf in einigen Bereichen der Krankenhauslandschaft deutlich geworden. Für diese Bereiche soll Geld bereitgestellt werden. Dieses setzt sich zu 70 Prozent aus dem Bundeshaushalt mit etwa 3 Mrd. Euro und einer Finanzierung von 30 Prozent durch das Land, das Krankenhaus oder durch eine Kombination aus beidem zusammen.<sup>490</sup> Für Mecklenburg-Vorpommern stehen insgesamt 85 Mio. Euro (davon ca. 60 Mio. Euro aus Bundesmitteln) zur Verfügung.<sup>491</sup> Ziel ist es, das Digitalisierungsniveau im Bereich der Krankenhäuser erheblich auszubauen, um eine Verbesserung der Souveränität und Selbstbestimmung der Patienten, die langfristige Sicherstellung der Versorgungsqualität und neue Perspektiven für Mitarbeitende erreichen zu

<sup>482</sup> Stellungnahme der KVMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 39, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 51.

<sup>483</sup> Stellungnahme der ÄKMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 29 f., Kommissionsdrucksache 7/15, S. 207 f.

<sup>484</sup> Stellungnahme der KVMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 12, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 24.

<sup>485</sup> Stellungnahme der ÄKMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 29, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 207.

<sup>486</sup> Stellungnahme der KZVMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 30 f., Kommissionsdrucksache 7/15, S. 109 f.

<sup>487</sup> Protokoll der 8. Sitzung der Enquete-Kommission vom 21. Oktober 2020, S. 33 f., Beitrag Hoffmann.

<sup>488</sup> Stellungnahme UMG zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 13, Kommissionsdrucksache 7/13, S. 27.

<sup>489</sup> Stellungnahme der TK zur 4. Sitzung am 09.09.2020, S. 19, Kommissionsdrucksache 7/11, S. 143.

<sup>490</sup> Protokoll der 5. Sitzung der Enquete-Kommission vom 16. September 2020, S. 50, Beitrag Heydorn.

<sup>491</sup> Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 10.

können. Bereiche, für die Gelder zur Verfügung gestellt werden, sind die technische und informationstechnische Ausstattung von Notaufnahmen, die Förderung von Telemedizin, Telematik und Informationssicherheit sowie die Förderung von wettbewerbsrechtlich zulässigen regionalen Versorgungsangeboten. Hierbei können auch länderübergreifende Projekte gefördert werden. Mindestens 15 Prozent der gewährten Fördermittel müssen für Maßnahmen der Informationssicherheit verwendet werden. Mit Hilfe des Krankenhauszukunftsgesetz soll ein digital vernetztes Gesundheitsversorgungssystem, das sektorenübergreifend und berufsübergreifend einbindet, für ganz Mecklenburg-Vorpommern etabliert werden.<sup>492</sup> Telemedizinische Netze in der sektorenübergreifenden Versorgung werden durch das Krankenhauszukunftsgesetz förderfähig.<sup>493</sup>

Die ePA enthält viel Potenzial für zukünftige Weiterentwicklungen im Bereich der Prozessoptimierung der Leistungserbringung, etwa durch automatisierte Abfragen oder der Unterstützung von Diagnosestellungen durch die Verknüpfung von Patientendaten mit bestehenden medizinischen Datenbanken.<sup>494</sup> Einige Erweiterungen der ePA sind bereits in Planung. So soll sie in Zukunft laut Vertragszahnärzteschaft einen Implantatpass als Informationsobjekt enthalten. Die behandelnden Zahnärzte können so auch nach Jahren noch abfragen, was sich im Kiefer der Patienten befindet und um welches Implantatsystem es sich handelt. Auch das Bonusheft für den Eintrag von Vorsorgeuntersuchungen in der Zahnarztpraxis soll digital werden. Patienten können die Anwendung ab dem Jahr 2022 als Bestandteil ihrer ePA nutzen.<sup>495</sup> Auch das Kinder-U-Heft, der Mutterpass und der Impfausweis sollen 2022 in die ePA aufgenommen werden.<sup>496</sup> Zudem kann auch die Forschung stark von der ePA profitieren. So können Patienten in der Zukunft ihre Daten freiwillig für Forschungszwecke zur Verfügung stellen. Im Bereich der Versorgungsforschung könnten so etwa erfolgreiche von erfolglosen Behandlungspfaden getrennt werden.<sup>497</sup> Über die ePA hinaus arbeitet die KZBV derzeit an einem elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahren, bei dem das Genehmigungsverfahren des Heil- und Kostenplans ohne Medienbruch rein digital abgebildet werden soll. Dazu sollen Zahnärzte künftig einen elektronischen Antragsdatensatz direkt und sicher an die Krankenkasse übermitteln und die Kostenträger einen elektronischen Antwortdatensatz wieder an die Praxis zurücksenden. Der Antwortdatensatz kann anschließend durch das Praxisverwaltungssystem automatisch verarbeitet werden. Dieses Verfahren wird voraussichtlich im Jahr 2022 in die Fläche kommen.<sup>498</sup>

Die Ausweitung des Projektes LandRettung mit einem **Telenotarztsystem** auf ganz Mecklenburg-Vorpommern wird derzeit geprüft.<sup>499</sup> Die Rettungsdienstträger wurden durch das Land aufgefordert mit den Krankenkassen die erforderlichen Verhandlungen zu führen, um den Telenotarzt auch in anderen Landkreisen einzuführen.<sup>500</sup> Auch die Smartphone-basierte Ersthelferalarmierung mit einer einheitlichen Software könnte flächendeckend Anwendung finden. Ein Finanzierungsvorschlag sieht eine Anschubfinanzierung durch das Land und eine Übernahme der laufenden Kosten durch die Krankenkassen vor.<sup>501</sup>

<sup>492</sup> Protokoll der 5. Sitzung der Enquete-Kommission vom 16. September 2020, S. 50 f., Beitrag Heydorn.

<sup>493</sup> Protokoll der 4. Sitzung der Enquete-Kommission vom 9. September 2020, S. 13, Beitrag Hunz.

<sup>494</sup> Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 71.

<sup>495</sup> Stellungnahme der KZVMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 29, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 108.

<sup>496</sup> vgl. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/patientendaten-schutz-gesetz.html>

<sup>497</sup> Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 71.

<sup>498</sup> Stellungnahme der KZVMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 29, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 108.

<sup>499</sup> Protokoll der 4. Sitzung der Enquete-Kommission vom 9. September 2020, S. 43, Beitrag Jüttner.

<sup>500</sup> ebd., S. 10 f., Beitrag Hunz.

<sup>501</sup> Protokoll der 7. Sitzung der Enquete-Kommission vom 14. Oktober 2020, S. 16 f., Beitrag Laslo.

Neben den bereits festgeschriebenen Hauptindikationen des Einsatzes des Telenotarztes ist eine Erweiterung für den Einsatz des Rettungswagens mit dem Telenotarzt zur Entlastung des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes und die Unterstützung neuer Strukturen der Notfallversorgung wie z. B. eines Gemeinde-Notfallsanitäters denkbar.<sup>502</sup> Es müssen einheitliche Kriterien für alle Bereiche, in denen der Telenotarzt tätig ist geschaffen werden. Dies bezieht sich auf:

- den rechtssicheren Rahmen
- Prinzipien der Disponierung in der Leitstelle
- fachliche Voraussetzungen und Eignung für die Aufgabe des Telenotarztes
- Einheitlichkeit in der Kursgestaltung für alle handelnden Personen im System der telemedizinischen Betreuung (Notarzt, nicht ärztliches RD-Personal, Pflegepersonal etc.)
- leitliniengetreue Standardarbeitsanweisungen mit festgelegten Grenzen des ausschließlichen Einsatzes des Telenotarztes ohne Hinzuziehung von Not- oder Kassenärzten am Einsatzort
- die Bereitstellung von Ausrüstungen, Arbeitsmitteln, Medikamenten für einen sicheren und effektiven Betrieb des Systems (Bsp. Dokumentation, Rezeptierung, Medikation, BTM, Abrechnung...)<sup>503</sup>

In einer gemeinsamen Stellungnahme des Landrates des Landkreises Vorpommern-Greifswald, Michael Sack, und des Eigenbetrieb Rettungsdienst des Landkreises Vorpommern-Greifswald zum Fragenkatalog der Enquete-Kommission wird angeführt, dass der Rettungsdienst langfristig gesehen mit weniger Notärzten durchgeführt werden kann, wenn gut ausgebildete und regelmäßig im Einsatz supervidierte Notfallsanitäter, mit dem Telenotarzt als sofort verfügbare Rückfallebene, den Großteil der Notfälle versorgen.<sup>504</sup> Das dichte Netz an notärztlicher Versorgung kann alleine dadurch jedoch nicht reduziert werden, denn schwer erkrankte und lebensbedrohlich verletzte Patienten müssen weiterhin schnellstmöglich durch einen hochqualifizierten Notarzt behandelt werden können.<sup>505</sup> Aus der Perspektive von Prof. Dr. Klaus Hahnenkamp von der Universität Greifswald ist der Telenotarzt als Ergänzung im Rettungsdienst und nicht als Ersatz von Notärzten zu sehen. Bei der Überplanung des Rettungsdienstes sollte er berücksichtigt werden, jedoch von der bodengebundenen und luftgebundenen notärztlichen Versorgung unterschieden werden.<sup>506</sup> Die Reduktion von Standorten ist aus Aspekten der Qualität des verfügbaren Personals ebenso wie aus Aspekten der effizienten Ressourcennutzung laut Landrat Sack und dem Eigenbetrieb Rettungsdienst jedoch sinnvoll. Ein Schritt dorthin könnte durch die Schaffung der (gesetzlichen) Voraussetzungen für die Möglichkeit per Instrumentenflug jederzeit Notärzte per Hubschrauber einsetzen zu können, erfolgen.<sup>507</sup> Prof. Hahnenkamp schlägt vor, die Telemedizin auf den Rettungshubschrauber auszuweiten.<sup>508</sup> Gäbe es einheitlichere Gesetze, wäre auch eine landesübergreifende Nutzung denkbar.<sup>509</sup> In den integrierten Leitstellen sind zurzeit Rettungsassistenten oder Notfallsanitäter für die Disposition zuständig. Für diese Aufgabe sind jedoch andere Kompetenzen gefragt. Um den Anforderungen gerecht zu werden, muss das

<sup>502</sup> Gemeinsame Stellungnahme LK VG und EB Rettungsdienst zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 26, Kommissionsdrucksache 7/46, S. 47.

<sup>503</sup> ebd.

<sup>504</sup> ebd., S. 15; Kommissionsdrucksache 7/46, S. 36.

<sup>505</sup> ebd.

<sup>506</sup> Stellungnahme der UMG zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 12, Kommissionsdrucksache 7/46, S. 124.

<sup>507</sup> Gemeinsame Stellungnahme LK VG und EB Rettungsdienst zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 15, Kommissionsdrucksache 7/46, S. 36.

<sup>508</sup> Protokoll der 7. Sitzung der Enquete-Kommission vom 14. Oktober 2020, S. 17, Beitrag Hahnenkamp.

<sup>509</sup> Protokoll der 7. Sitzung der Enquete-Kommission vom 14. Oktober 2020, S. 23, Beitrag Fleßa.

Berufsbild des „Leitstellendisponenten“ geschaffen werden.<sup>510</sup> Die Überwindung von Sektorengrenzen könnte das Potential des Telenotarztes freilegen. Derzeit wird der Telenotarzt dem bodengebundenen Rettungsdienst zugeordnet. Er kann jedoch viel mehr leisten.<sup>511</sup> Telenotärzte sind sehr gut ausgebildet und erfahren.<sup>512</sup> Es handelt sich um Ärzte aus dem Bereich der Intensiv- und Rettungsmedizin, um Anästhesisten und Ärzte, die in der zentralen Notaufnahme die Notfallmedizin ausüben können. Mit Hilfe von **telemedizinischen Notfallzentren** kann die Kompetenz aus zentralen Notaufnahmen auch an andere Orte getragen werden.<sup>513</sup> Zudem kann die Notfallversorgung in den Krankenhäusern mit Spezialisten entscheidend unterstützt werden.<sup>514</sup> Anhand einer Berechnung nach der Warteschlangentheorie würden für Mecklenburg-Vorpommern zwei telenotärztliche Zentren ausreichen.<sup>515</sup> Die Notarztztätigkeit sollte zwingend an eine hauptsächliche ärztliche Tätigkeit in der Krankenversorgung gebunden sein, so dass die im Notfall notwendigen manuellen ärztlichen Tätigkeiten aus der täglichen klinischen Routine abrufbar und aktuelle Entwicklungen in der Medizin präsent sind. Daher ist die Anbindung einer telemedizinischen Notfallzentrale an ein Krankenhaus zu empfehlen. Die Ärztekammer MV regt an, sie in eine größere Struktur mit weiteren telemedizinischen Schwerpunkten, etwa der Kinderchirurgie, Neurologie oder Dermatologie, einzubinden.<sup>516</sup>

Weiter gab es in der Enquete-Kommission den Vorschlag, statt des flächendeckend vorgehaltenen Hausbesuchsdienstes der niedergelassenen Ärzte, in den Rettungsleitstellen des Landes Telemedizinische-Triage-Systeme, wie z. B. SmED, zu etablieren. Diese könnten anhand von Checklisten eine erste Einschätzung ermöglichen und damit den Patienten entweder dem Rettungsdienst oder aber dem kassenärztlichen Notdienst in einer Notfallpraxis zuordnen.<sup>517</sup>

Die Telemedizin funktioniert intersektoriell. Sie kann den bodengebundenen und luftgebundenen Rettungsdienst unterstützen, aber auch notfallmedizinische ärztliche Kompetenz im ambulanten und stationären Bereich anbieten.<sup>518</sup> Die Telemedizin in der präklinischen Notfallversorgung hat das Potenzial für weitere Möglichkeiten zur Überwindung der Strukturprobleme der kassenärztlichen Versorgung in Flächengebieten. So führen etwa im Landkreis Vechta in Niedersachsen Gemeinde-Notfallsanitäter akute Hausbesuche außerhalb der Sprechstundenzeiten in Substitution des kassenärztlichen Dienstes durch. Dabei erfolgt eine telemedizinische Begleitung.<sup>519</sup> Auch das im Rahmen der Enquete-Kommission erstellte Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“ schlägt mobile Gesundheits- und Pflegeexperten mit telemedizinischer Anbindung an eine Arztpraxis, ein Gesundheitszentrum oder ein Krankenhaus vor. Zudem sind telemedizinisch ausgestattete Erstanlaufstellen denkbar, die in Zukunft die hausärztliche und pädiatrische Versorgung entlasten und Teil der medizinischen Grundversorgung werden könnten. Das Gutachten „Zukunft der medizinischen

---

<sup>510</sup> ebd., S. 16 f., Beitrag Laslo.

<sup>511</sup> ebd., S. 18, Beitrag Hahnenkamp.

<sup>512</sup> ebd., S. 21.

<sup>513</sup> ebd.

<sup>514</sup> Stellungnahme der ÄKMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 20, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 198.

<sup>515</sup> Protokoll der 7. Sitzung der Enquete-Kommission vom 14. Oktober 2020, S. 21, Beitrag Hahnenkamp; ebd., S. 23, Beitrag Fleßa; Stellungnahme der UMG zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 46, Kommissionsdrucksache 7/46, S. 158.

<sup>516</sup> Stellungnahme der ÄKMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 20, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 198.

<sup>517</sup> Stellungnahme Dr. Oling zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 12, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 126.

<sup>518</sup> Stellungnahme der ÄKMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 20, Kommissionsdrucksache 7/15, S. 198.

<sup>519</sup> Gemeinsame Stellungnahme LK VG und EB Rettungsdienst zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 9, Kommissionsdrucksache 7/46, S. 30.

Versorgung in M-V“ schlägt hier etwa die telemedizinische Anbindung von Apotheken oder Praxen von Pflegefachpersonen vor.<sup>520</sup>

Die Telemedizin kann die fachärztlichen Versorgung durch die telemedizinische Anbindung von Gesundheitszentren oder poliklinikähnlichen Einrichtungen im ländlichen Raum an die großen Maximalversorger unterstützen.<sup>521</sup> So könnten in Bezugnahme auf die Verteilung der Schlüsselqualifikationen im Cluster bestimmte Kompetenzen näher an die entsprechende Versorgungseinheit herangebracht werden.<sup>522</sup>

Die spezialisierte Medizin in Mecklenburg-Vorpommern kann über kurz oder lang nur bei einer **Konzentration** bestimmter Leistungen sichergestellt werden. Eine wohnortnahe Versorgung soll dabei durch die Unterstützung telemedizinischer Versorgungsansätze gewährleistet werden.<sup>523</sup> Durch gute ambulante wohnortnahe Angebote zusammen mit einer intelligenten digitalen Vernetzung mit den medizinischen Zentren sowie einer Aufrüstung des Rettungsdienstes können auch ländlich geprägte Regionen weiterhin gut versorgt bleiben.<sup>524</sup> Die Ansiedlung eines **Telemedizinentrums** bei einem Maximalversorger würde den Zugang der peripheren Krankenhäuser zur telemedizinischen Fachexpertise erleichtern.<sup>525</sup> Das telemedizinische Zentrum soll trägerübergreifend Fachkompetenz zur Verfügung stellen und einen Beitrag zur Verteilung des Wissens weniger Experten auf alle Patienten leisten.<sup>526</sup> Die Telemedizin kann ein Schlüssel sein, damit kleine Krankenhäuser ambulante und stationäre Leistungen bedarfsgerecht und wirtschaftlich integrieren können.<sup>527</sup> Ein Beispiel ist die Kinderportalpraxisklinik in Wolgast. In dieser ist teilweise keine Facharzt für Pädiatrie anwesend, sondern wird mittels Telemedizin in die Klinik gebracht. In einer Studie der Universitätsmedizin Greifswald wurde untersucht, in wieweit Entscheidungen von Ärzten vor Ort mit denen der Telemedizinärzten übereinstimmen. Es konnten positive Ergebnisse erzielt werden, so dass das Projekt ausgeweitet wurde.<sup>528</sup> Außerhalb von Praxen und Krankenhäusern könnten separate Telemedizinzentren mit speziellen Telemedizinern und/oder -pflegekräften für bestimmte Bereiche wie z. B. für ein zentrales Monitoring von bestimmten Parametern sinnvoll sein, wenn ausreichend Patienten vorhanden sind. In anderen Bereichen ist ein solches Konzept nicht machbar, so dass Praxen oder Krankenhausabteilungen die Telemedizin neben der normalen klinischen Arbeit „mitmachen“ sollten. Damit Ärzte sowie Pflegekräfte einen Teil ihrer Arbeitszeit mit telemedizinischer Patientenversorgung verbringen können, müssen diese Stellenanteile aktiv benannt, eingeplant und gefördert werden.<sup>529</sup> Zudem bedarf es einer telemedizinischer Abrechnungsmöglichkeit für Krankenhäuser.<sup>530</sup> Ein Projekt untersucht derzeit, wie eine faire Abrechnung zwischen den Kliniken erreicht werden kann.<sup>531</sup>

Die bessere **Vernetzung** innerhalb der Sektoren und sektorenübergreifend muss angestrebt werden. In einem Projekt mit dem Fraunhofer Institut arbeitet die Unimedizin Rostock derzeit daran innerhalb des Versorgungsclusters die Harmonisierung der IT- Systeme herbeizuführen.

<sup>520</sup> Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 8, 91.

<sup>521</sup> Stellungnahme der UMR zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 10, Kommissionsdrucksache 7/13, S. 88; s. hierzu auch Protokoll der 5. Sitzung der Enquete-Kommission vom 16. September 2020, S. 9, Beitrag Schmidt.

<sup>522</sup> Protokoll der 5. Sitzung der Enquete-Kommission vom 16. September 2020, S. 9, Beitrag Schmidt.

<sup>523</sup> Stellungnahme der UMR zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 14, Kommissionsdrucksache 7/13, S. 92.

<sup>524</sup> Stellungnahme RWI zur 8. Sitzung am 21.10.2020, S. 3, Kommissionsdrucksache 7/47, S. 158.

<sup>525</sup> Stellungnahme der KGMV zur 5.Sitzung am 16.09.2020, S. 22, Kommissionsdrucksache 7/14, S. 32; Protokoll der 5. Sitzung der Enquete-Kommission vom 16. September 2020, S. 33, Beitrag Borchmann.

<sup>526</sup> Stellungnahme der KGMV zur 5.Sitzung am 16.09.2020, S. 18, Kommissionsdrucksache 7/14, S. 28.

<sup>527</sup> Stellungnahme UMG zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 45, Kommissionsdrucksache 7/13, S. 59.

<sup>528</sup> Protokoll der 18. Sitzung der Enquete-Kommission vom 21. April 2021, S. 52, Beitrag van den Berg.

<sup>529</sup> Stellungnahme UMG zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 36, Kommissionsdrucksache 7/13, S. 50.

<sup>530</sup> Protokoll der 5. Sitzung der Enquete-Kommission vom 16. September 2020, S. 47, Beitrag Schmidt.

<sup>531</sup> Protokoll der 18. Sitzung der Enquete-Kommission vom 21. April 2021, S. 53, Beitrag van den Berg.

Auch die Harmonisierung der IT-Systeme mit dem ambulanten Sektor ist anzustreben. Seitens der großen Praxissoftware-Firmen gibt es bislang kein Interesse eine engere Verzahnung der Sektoren anzubieten. Die Universitätsmedizin Rostock stellt die Frage, ob alternativ Internet-basierte Portale einen engen Austausch von Patientendaten ermöglichen könnten.<sup>532</sup> Auch die Universitätsmedizin Greifswald arbeitet an der Stärkung der intersektoralen Zusammenarbeit seitens der IT-Struktur. Mit der Ausweitung der E-Health-Plattform u.a. um ein Zuweiserportal soll der Informationsaustausch zwischen den KV-Ärzten und den Fachkliniken verbessert und auf diese Weise auch die vor- und nachstationäre Behandlung der Patienten reibungsloser gestaltet werden.<sup>533</sup> Die Universitätskliniken könnten die Aufgabe der Etablierung von E-Health-Funktionalitäten für entsprechende Netzwerke übernehmen, um eine Abhängigkeit von kleinen IT-Firmen vorzubeugen.<sup>534</sup>

In Zukunft besteht die Möglichkeit, mit Hilfe neuer technischer Anwendungen auf mobilen Geräten die Optimierung des Krankheitsmanagements zu unterstützen.<sup>535</sup> **Mobile Gesundheitsanwendungen** für das Smartphone, wie etwa ein digitales Diabetesmanagement-System, können positiv auf die Gesundheit der Menschen einwirken.<sup>536</sup> Hierfür fehlt es jedoch gegenwärtig an strukturellen Voraussetzungen, wie etwa den Abrechnungsziffern für die kassenärztliche Abrechnung mobiler Gesundheitsdienstleistungen.<sup>537</sup> Es ist damit zu rechnen, dass in diesem Jahrzehnt ganz neue Akteure mit neuartigen digitalen Produkten in den Gesundheitsmarkt eintreten.<sup>538</sup> Die Bedeutung der Künstlichen Intelligenz (KI) wird weiter zunehmen. Sie wird in Zukunft mit unabhängigen Algorithmen in beratender Form eine Rolle spielen.<sup>539</sup> Eine Voraussetzung hierfür ist das Vorliegen großer Datenmengen, die durch Analysen Muster erkennen lassen. Die Muster können in Algorithmen übersetzt und beispielsweise bei der Anamnese genutzt werden. Studien zu diesem Bereich gibt es etwa in der Bewertung von Muttermalen zur Erkennung von Hautkrebs.<sup>540</sup> Große Datenmengen ermöglichen darüber hinaus eine personalisierte Medizin, denn im Abgleich von Patientendaten und großen Datenmengen besteht die Voraussetzung für die einzelnen Patienten die Behandlungsform mit dem höchsten zu erwartenden Behandlungserfolg zu wählen.<sup>541</sup>

<sup>532</sup> Stellungnahme der UMR zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 12, Kommissionsdrucksache 7/13, S. 90.

<sup>533</sup> Stellungnahme UMG zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 35, Kommissionsdrucksache 7/13, S. 49.

<sup>534</sup> Protokoll der 8. Sitzung der Enquete-Kommission vom 21. Oktober 2020, S. 33, Beitrag Hoffmann.

<sup>535</sup> Stellungnahme der TK zur 4. Sitzung am 09.09.2020, S. 15, Kommissionsdrucksache 7/11, S. 139.

<sup>536</sup> ebd., S. 26 f., Kommissionsdrucksache 7/11, S. 150 f.

<sup>537</sup> ebd., S. 26., Kommissionsdrucksache 7/11, S. 150.

<sup>538</sup> Stellungnahme RWI zur 8. Sitzung am 21.10.2020, S. 3, Kommissionsdrucksache 7/47, S. 158.

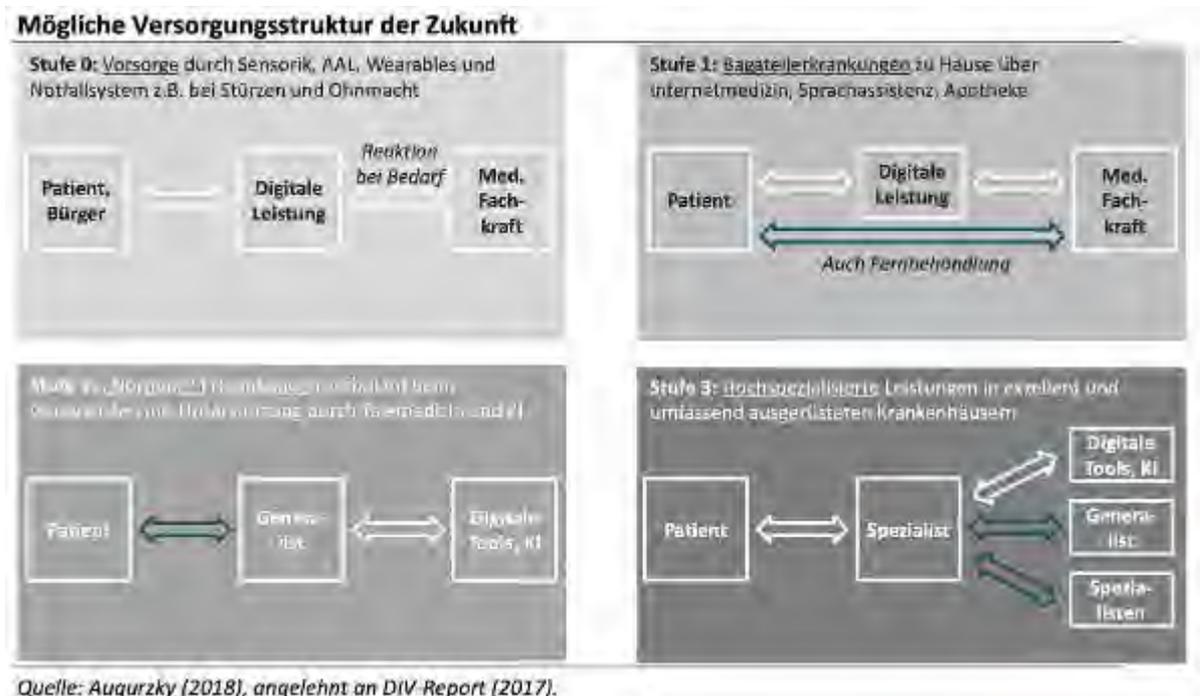
<sup>539</sup> Protokoll der 8. Sitzung der Enquete-Kommission vom 21. Oktober 2020, S. 24, Beitrag Dr. Pilny.

<sup>540</sup> Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 72.

<sup>541</sup> ebd., S. 73.

Das Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“ stellt ein Modell einer Versorgungsstruktur in einem durchgehend digitalisierten Gesundheitswesen vor (**Abbildung 17**).

**Abbildung 17: Modell einer möglichen Versorgungsstruktur der Zukunft**



In diesem Modell stützt sich die Stufe Null, bei der es um die Überwachung von Gesundheit geht, vollständig auf automatisierte Funktionen und künstliche Intelligenz. Da menschliche Eingriffe nur bei Auffälligkeiten nötig sind, ist sie sehr arbeitssparend.<sup>542</sup> In Stufe 1 übernehmen die Patienten bei nicht bedrohlichen Unregelmäßigkeiten („Bagatellerkrankungen“) den aktiven Part, indem sie sich etwa an sprachbegabte Künstliche Intelligenzen richten. Bei Bedarf wird eine Verbindung zu einer medizinischen Fachkraft hergestellt. In Stufe Zwei bei einfacheren Einmal- oder chronischen Erkrankungen suchen die Patienten ärztliche Generalisten auf, die auf digitale Tools, wie die ePA, Datenbanken und künstliche Intelligenz zurückgreifen. In Stufe drei stehen Patienten mit komplexen Erkrankungen Spezialisten zur Verfügung, die im digitalen Austausch mit anderen Spezialisten und den betreuenden Generalisten stehen und auf weitere digitale Tools zurückgreifen können. In der Realität könnte ein solches Modell weitere Abstufungen haben und bedarf einer effektiven Patientensteuerung, um den richtigen Zugang zu den Versorgungsstufen gewährleisten zu können.<sup>543</sup> Da die Digitalisierung bezogen auf die Gesamtwirtschaft den Arbeitskräftebedarf reduzieren kann, könnten mehr Arbeitskräfte für das vergleichsweise personalintensive Gesundheitswesen zur Verfügung stehen. Arbeitssparende Auswirkungen wird die Digitalisierung voraussichtlich aber auch auf dieses haben.<sup>544</sup>

<sup>542</sup> Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 71.

<sup>543</sup> ebd., S. 72.

<sup>544</sup> ebd., S. 96.

## C.4 Finanzierung von Angeboten der Gesundheitsversorgung

### C.4.1 Ambulanter Sektor

In der ambulanten ärztlichen Leistungserbringung des GKV-Systems ist die kollektivvertraglich regulierte ambulante ärztliche Versorgung das Kernstück. Eine Alternative stellen Selektivverträge mit einzelnen bzw. Gruppen von Leistungserbringern dar. So wird einzelnen Kassen ermöglicht, neue Versorgungsformen und Vergütungsansätze zu implementieren.<sup>545</sup> An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen teil:

- Zugelassene Ärzte (Einzelpraxen, Gruppenpraxen etc.)
- Zugelassene MVZ
- Ermächtigte Ärzte: Krankenhäuser mit Tätigkeitsbereichen, für die niedergelassene Ärzte in einer Region keine Versorgung bieten können
- Ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen: Krankenhausabteilungen mit Tätigkeitsbereichen, für die niedergelassene Ärzte keine Versorgung bieten können.<sup>546</sup>

Das vertragsärztliche Vergütungssystem zeichnet sich durch seine Zweistufigkeit und seine starke Bestimmtheit durch Verhandlungslösungen auf der korporativen Ebene aus.<sup>547</sup> Es wird durch eine Vielzahl von Detailregelungen, befristeten Änderungen, Ausnahmen und regionalen Besonderheiten geregelt.

Die Abrechnung von ambulanten ärztlichen Leistungen für Vertragsärzte basiert auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Dieser ist nach § 87 Absatz 2 SGB V ein Verzeichnis, welches den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen sowie ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander aufführt. Der EBM wird zwischen der KBV und dem GKV-Spitzenverband vereinbart und regelmäßig überarbeitet. Die Umwandlung in einen Euro-Wert der vom Arzt erbrachten und kodierte Punktsomme erfolgt über einen Punktwert. Als Basis dient ein jährlich verhandelter Orientierungswert, der demografische Veränderungen und Wirtschaftlichkeitsreserven berücksichtigt. Dieser Wert wird als Orientierung für die Verhandlungen auf Landesebene genutzt.<sup>548</sup> Für das Jahr 2020 lag der Orientierungswert bei 10,9871 Cent und wird zum 1. Januar 2021 auf 11,1244 Cent angehoben.<sup>549</sup> Die Verhandlungen in den KV-Bereichen können von diesem Orientierungswert abweichen und so können je nach Region gleiche Leistungen unterschiedlich bepreist werden.<sup>550</sup> Die Kalkulation der Gebührenordnungspositionen (GOP) des EBM erfolgt nicht, wie z. B. im DRG-System, auf systematisch erhobenen Durchschnittskosten, sondern auf Einzelerhebungen und Expertenschätzungen.<sup>551</sup>

Gemäß § 87 a Abs. 3 SGB V beschließen auf Ebene der KV-Regionen die KVen einerseits und andererseits die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam (neben dem regionalen Punktwert) die Gesamtvergütung, die das Budget für die im folgenden Jahr zu erbringenden ambulanten vertragsärztlichen Leistungen darstellt. Die Gesamtvergütung wird auf Basis der Zahl und Morbiditätsentwicklung der Versicherten als sogenannte

<sup>545</sup> Walenzik und Wasem 2019, S. 18.

<sup>546</sup> Lünen und Büscher 2015, S. 93.

<sup>547</sup> Walenzik und Wasem 2019, S. 18.

<sup>548</sup> Lünen und Büscher 2015, S. 93.

<sup>549</sup> KBV 2020, Ambulante Bedarfsplanung, online im Internet, unter:  
<https://gesundheitsdaten.kbv.de/cmhc/html/16735.php> (Abfrage am 17.12.2021).

<sup>550</sup> Lünen und Büscher 2015, S. 94.

<sup>551</sup> Albrecht und Al-Abadi 2018, S. 15.

morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) fortgeschrieben. Die MGV stellt eine Begrenzung der abrechenbaren Leistungen der Ärzte dar<sup>552</sup> und sorgt für eine „befreiende Wirkung“ der Krankenkassen. Das bedeutet, dass die KVen kein Geld nachfordern können. Somit wird ein Mechanismus benötigt, um die MGV auf die Vertragsärzte zu verteilen. Die jeweilige KV legt nach § 87 b SGB V „im Benehmen“ mit den Krankenkassen einen Honorarverteilungsvertrag (HVV) fest. Meist wird für jede Arztpraxis in Abhängigkeit von Punktschritten des Vorjahres und der Fachrichtung ein Regelleistungsvolumen (RLV) vorgegeben. Dieses Volumen an Punkten, kodiert über den EBM, kann der Arzt zu einem festen garantierten Punktwert abrechnen. Kodiert er mehr Leistungen, muss mit Abschlägen gerechnet werden.<sup>553</sup>

Daneben können die Vertragspartner besonders förderungswürdige oder neue Leistungen als ohne quantitative Begrenzung zu erstattende GOP in die extrabudgetäre Gesamtvergütung (EGV) ausgliedern.<sup>554</sup> Dazu gehören z. B. Impfungen, Vorsorgeleistungen und Leistungen der Psychotherapie.<sup>555</sup> Durch das am 11. Mai 2019 in Kraft getretene Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) wird sich der Anteil der budgetierten Leistungen erheblich erhöhen. Es enthält umfangreiche weitere extrabudgetäre Vergütungsanteile, z. B. für Leistungen an neuen Patienten.<sup>556</sup>

Zudem gibt es Teile der Gesamtvergütung, die aus dem Topf der KVen nicht unmittelbar für Vertragsärzte zur Verfügung stehen. So werden von den KVen Finanzmittel zurückgehalten, um bspw. neue Arztpraxen oder Mehrmengen (oberhalb des RLV) finanzieren zu können. Für die Arztpraxen wiederum sind die beschriebenen Finanzmittel aus der vertragsärztlichen Tätigkeit nur ein Teil der Einkünfte. Weitere wesentliche Quellen sind Entgelte aus privatärztlicher Tätigkeit, aus der Versorgung von Selbstzahlern und der Erbringung von Individuellen Gesundheitsleistungen (Igel).<sup>557</sup>

#### C.4.2 Stationärer Sektor

In Deutschland wurde 1972 mit dem „Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze“ (Krankenhausfinanzierungsgesetz, KHG)<sup>558</sup> die duale Krankenhausfinanzierung eingeführt. Bei der Dualistik erfolgt die Finanzierung aus zwei dominanten Quellen. Der Staat übernimmt die Investitionskosten und die Krankenkassen übernehmen die laufenden Kosten (Betriebskosten).<sup>559</sup> Daneben gewinnen Abrechnungspreise, als direktes Entgelt für empfangene Leistungen, zunehmend an Bedeutung. Selbstzahler tragen die Kosten für die in Anspruch genommenen Gesundheitsleistungen voll, oder werden im Rahmen einer Beteiligung teilweise zur Finanzierung herangezogen. Ein geringer Anteil von Krankenhausleistungen wird darüber hinaus durch Spenden getragen.

Zuständig für die Finanzierung der Krankenhausinvestitionen aus Steuermitteln sind die jeweiligen Bundesländer.<sup>560</sup> Grundlage für den Anspruch auf öffentliche Förderung ist gemäß § 8 Absatz 1 KHG die Aufnahme eines Krankenhauses in den Landeskrankenhausplan.

<sup>552</sup> Walendzik und Wasem 2019, S. 20.

<sup>553</sup> Lünen und Büscher 2015, S. 94 f.

<sup>554</sup> Walendzik und Wasem 2019, S. 20.

<sup>555</sup> Lünen und Büscher 2015, S. 95.

<sup>556</sup> Walendzik und Wasem 2019, S. 20.

<sup>557</sup> Lünen und Büscher 2015, S. 95.

<sup>558</sup> Siehe BGBl. 1972, S. 1009, inkraftgetreten am 01.01.1972.

<sup>559</sup> Fleßa 2019, S. 79.

<sup>560</sup> Tiemann und Büchner 2013, S. 280 f.

Scheidet ein Krankenhaus aus, verliert es den Förderanspruch. Aus dem Landeskrankenhausplan ergibt sich der Bruttoinvestitionsbedarf (Bettenzahl, Versorgungsstufe, Ausstattung). Die Differenz zwischen dem Bruttoinvestitionsbedarf und den vorhandenen Kapazitäten ergibt den Nettoinvestitionsbedarf. Eine Investition wird in das Investitionsprogramm des Landes aufgenommen, wenn der Bedarf grundsätzlich anerkannt wird.<sup>561</sup> Nach § 9 Abs. 1 und 2 KHG können Investitionen für die Krankenhauseinrichtung, die Erstausrüstung und die Wiederbeschaffung von Anlagegütern als Einzelförderung vom Staat übernommen werden. In Form von Pauschalbeiträgen gewährt der Staat darüber hinaus gemäß § 9 Abs. 3 KHG eine Förderung für kleine bauliche Maßnahmen unterhalb bestimmter Kostengrenzen und zur Anschaffung von kurzfristigen Anlagegütern.

Die Finanzierung der Betriebskosten der medizinischen Leistungserstellung im Krankenhaus erfolgt seit 2004 durch diagnosebezogene Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups – DRGs). Davon ausgenommen sind Krankenhäuser und Abteilungen für Psychiatrie, Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin. DRGs sind ein vergütungsorientiertes Klassifizierungssystem von stationären Behandlungsfällen.<sup>562</sup> Eine DRG fasst Fälle zusammen, die ähnliche durchschnittliche Kosten aufweisen. Eine medizinische Vergleichbarkeit ist nicht beabsichtigt.<sup>563</sup> Im deutschen Fallpauschalensystem (German-Diagnosis Related Groups, G-DRG) basiert die Fallzuordnung auf einem Gruppierungsalgorithmus, durch den jeder Krankenhausfall mithilfe verschiedener Kriterien des Entlassungsdatensatzes einer abrechenbaren Fallgruppe (DRG) zugeordnet wird. Auf dieser Grundlage erhält jeder Behandlungsfall einen Abrechnungspreis. Der Abrechnungspreis ergibt sich aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert sowie der Berücksichtigung von Sondertatbeständen, die über Zu- und Abschläge abgerechnet werden.<sup>564</sup>

Jede DRG-Fallgruppe ist mit einem Relativgewicht<sup>565</sup> versehen. Das Relativgewicht stellt den relativen ökonomischen Aufwand der Behandlung zu einem „Basispatienten“ dar. Das G-DRG-System nimmt die durchschnittlichen Kosten aller Behandlungsfälle als Basis und weist diesem Wert ein Relativgewicht von 1,0 zu. Ein Relativgewicht von 1,5 besagt also, dass ein Fall dieser DRG 50 Prozent höhere Kosten verursacht als der Durchschnitt aller Behandlungsfälle.<sup>566</sup> Der Basisfallwert<sup>567</sup> gibt den Grundpreis für einen Fall mit dem Relativgewicht 1,0 an. Im Fallpauschalenkatalog sind die abrechenbaren DRGs aufgelistet und er weist für jede DRG eine obere und untere Grenzverweildauer aus. Das angegebene Relativgewicht kann nur herangezogen werden, wenn die Grenzverweildauer eingehalten wird. Bei Überschreitung erhält das Krankenhaus tagesbezogene Zuschläge, bei Unterschreitung wird von der Vergütung etwas abgezogen (tagesbezogene Abschläge). Dadurch erhöht oder vermindert sich auch das Relativgewicht und wird dann als effektives Relativgewicht bezeichnet. Die Summe aller (effektiven) Relativgewichte eines Krankenhauses ergibt dessen (effektiven) Case-Mix. Wird dieser Wert durch die Anzahl der Fälle dividiert, ergibt sich die durchschnittliche Fallschwere eines Krankenhauses (Case-Mix-Index).<sup>568</sup> Grundsätzlich ist das Fallpauschalen-Entgelt so berechnet, dass ein durchschnittliches Krankenhaus bei der Regelverweildauer gerade seine Kosten deckt.<sup>569</sup>

---

<sup>561</sup> Fleßa 2019, S. 80.

<sup>562</sup> Tiemann und Büchner 2013, S. 281 f.

<sup>563</sup> Fleßa 2019, S. 123.

<sup>564</sup> Tiemann und Büchner 2013, S. 281.

<sup>565</sup> auch Bewertungsrelation, Kostengewicht oder Cost Weight.

<sup>566</sup> Fleßa 2019, S. 133.

<sup>567</sup> auch Base-Rate oder Basisfallrate.

<sup>568</sup> Tiemann und Büchner 2013, S. 282.

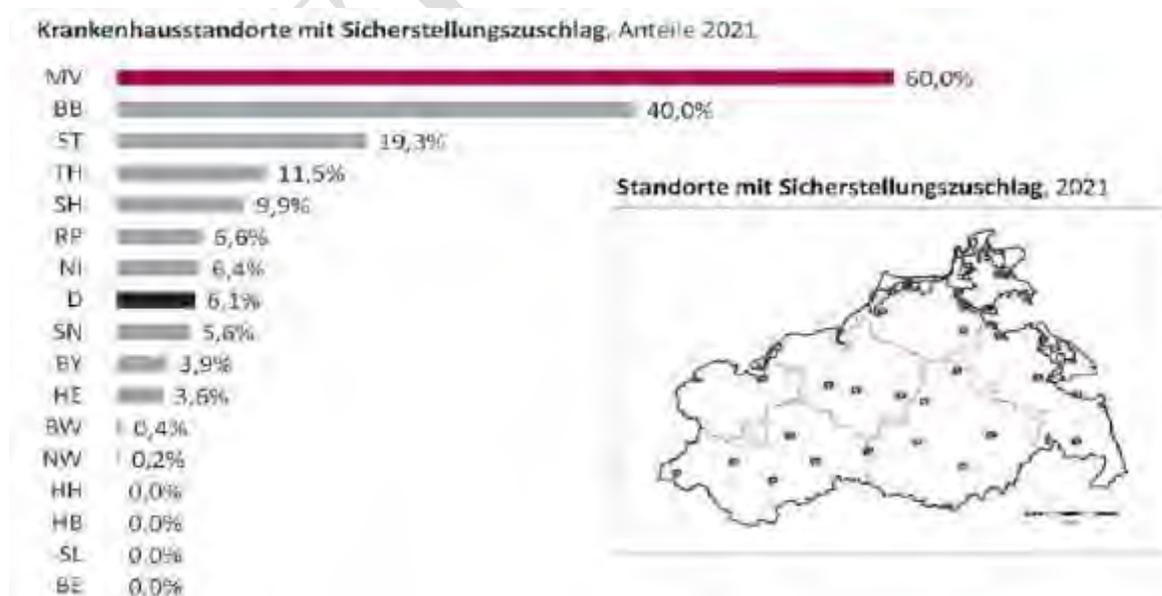
<sup>569</sup> Fleßa 2019, S. 89.

Nach §§ 4, 11 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) vereinbaren die Krankenhäuser mit den Kostenträgern die Art und Menge der zu erbringenden Leistungen jährlich im Voraus. Das jährliche Erlösbudget ergibt sich über die Summe der Bewertungsrelationen (Case-Mix) mit der Multiplikation mit dem Landesbasisfallwert (in Mecklenburg-Vorpommern 2020: 3.656,00 Euro<sup>570</sup>). Bei Abweichungen hinsichtlich des vereinbarten Leistungsvolumens finden entsprechende Ausgleichsregelungen für Mehr- oder Minderleistung Anwendung.<sup>571</sup>

Als ergänzenden Vergütungsbestandteil gibt es Zusatzentgelte, die in die DRG-Fallpauschalen nicht eingerechnet werden können, da sie nur bei wenigen Patienten zur Anwendung kommen und für die es keine bundeseinheitliche Bewertung gibt.<sup>572</sup>

Es gibt für Krankenhäuser die Möglichkeit Sicherstellungszuschläge zu erhalten. Ziel dieser Zuschläge ist, eine flächendeckende Versorgung in dünn besiedelten Gebieten zu gewährleisten, in denen auf Basis der DRG-Entgelte kein Leistungsangebot mehr vorgehalten werden könnte. Bis zum Inkrafttreten des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) am 1. Januar 2016 entschieden die Bundesländer sehr individuell und ohne allgemein definierte Kriterien über die Notwendigkeit der Zuschläge. Mit dem KHSG wurden die Rahmenbedingungen präzisiert.<sup>573</sup> Die Finanzierung ist durch die Krankenversicherungen zu gewährleisten.<sup>574</sup> Wie in **Abbildung 18** dargestellt, erhalten in Mecklenburg-Vorpommern 60 Prozent der Krankenhäuser einen Sicherstellungszuschlag, bundesweit sind es nur 6 Prozent. Die Förderung ist seit 2021 gestaffelt: Krankenhausstandorte die über mehr als zwei bedarfsnotwendige Fachabteilungen verfügen erhalten zu den 400.000 Euro Pauschalzuschlag für jede weitere Fachabteilung zusätzlich 200.000 Euro. Der Sicherstellungszuschlag ist begrenzt auf insgesamt 800.000 Euro.<sup>575</sup>

### Abbildung 18: Krankenhäuser mit Sicherstellungszuschlägen



Anmerkung: Nur Standorte mit stationären Fällen größer als 0 berücksichtigt.

Quelle: DKG 2021; G-BA 2020, Darstellung von Augurzky et al. 2021.

<sup>570</sup> KGMV 2020, Krankenhausplanung, unter: <https://www.kgm.de/index.php/presse/item/2931-neue-krankenhausentgelte-fuer-2020-in-mecklenburg-vorpommern> (abgerufen am 16.12.2021).

<sup>571</sup> Tiemann und Büchner 2013, S. 283.

<sup>572</sup> ebd.

<sup>573</sup> Fleßa 2019, S. 114 f.

<sup>574</sup> Beivers und Emde 2020, S. 19.

<sup>575</sup> Augurzky et al. 2021, S. 32.

Der Medizinethiker Prof. Dr. med. Giovanni Maio kritisierte in der 3. Sitzung der Enquete-Kommission, dass das DRG-System zu einer medizinisch nicht indizierten Leistungsausweitung führt. Ärzte kommen dadurch in Interessenskonflikte, die für Patienten ein Risiko darstellen.<sup>576</sup> Die Ausrichtung des Finanzierungssystems auf wirtschaftlicher Effizienz wurde auch von der Ärztekammer M-V<sup>577</sup> und dem Landkreistag M-V<sup>578</sup> beklagt. Andere Institutionen und Experten nehmen an, dass sich das DRG-System bewährt und zu einer Rationalisierung und besseren Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser geführt hat.<sup>579</sup> Das Wirtschaftsministerium wies darauf hin, dass es gilt, Fehlentwicklungen, wie den Preisverfall und die Mengenausweitung, zu korrigieren.<sup>580</sup> Dass das DRG-System viele Vorteile aber auch Nachteile besitzt wurde auch durch das Gutachten verdeutlicht. Es habe eine hohe Effizienz in der stationären Versorgung gefördert sowie Ordnung und Transparenz gebracht. Allerdings setze es keine Anreize zur ambulanten Leistungserbringung, sektorenübergreifenden Versorgung oder Prävention. Für einzelne Leistungssegmente komme es außerdem zu Fehlanreizen, wenn der medizinische Nutzen nicht deckungsgleich mit dem finanziellen Nutzen sei.<sup>581</sup>

Im Jahr 2020 wurde die Krankenhausvergütung auf eine Kombination von Fallpauschalen und einer Pflegepersonalkostenvergütung (Pflegebudget) umgestellt. Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG)<sup>582</sup> wurde beschlossen, die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen unabhängig von den Fallpauschalen zu vergüten. Auf Grundlage der ausgegliederten Pflegepersonalkosten wurden tagesbezogene Bewertungsrelationen für einen Pflegeerlöskatalog ermittelt, der separat in den Fallpauschalenkatalog integriert wurde.<sup>583</sup>

Derzeit gibt es eine Bundesratsinitiative der Länder Mecklenburg-Vorpommern, Bremen und Sachsen-Anhalt zur „Entschließung des Bundesrates zur Herausnahme der Kinder- und Jugendmedizin sowie Kinderchirurgie aus dem Fallpauschalensystem in der Krankenhausfinanzierung“.<sup>584</sup> Der Antrag wurde in die Ausschüsse überwiesen, um bald einen gemeinsamen Antrag vorzulegen, der mehrheitsfähig ist.<sup>585</sup>

Die Ertragslage der Krankenhäuser ist in Mecklenburg-Vorpommern mit einem durchschnittlichen Jahresergebnis nach Steuern (EAT<sup>586</sup>) im Jahr 2018 mit 2,9 Prozent der Erlöse besser als bundesweit (1,2 Prozent). Allerdings ist der Anteil der Krankenhäuser, die einen Verlust aufwiesen, mit 32 Prozent erstaunlich hoch (bundesweit 29 Prozent). Die Spreizung der Ertragslage scheint demnach besonders hoch zu sein. Kleine Kliniken schneiden dabei tendenziell schlechter ab als größere, aber es gibt auch kleine Fachkliniken mit sehr guten Ergebnissen.

<sup>576</sup> Protokoll der 3. Sitzung der Enquete-Kommission vom 19. August 2020, S. 8, Beitrag Maio.

<sup>577</sup> Stellungnahme der ÄKMV zur 6. Sitzung am 30.09.2020, S. 24 f., Kommissionsdrucksache 7/15, S. 202 f.

<sup>578</sup> Stellungnahme LKT zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 4, Kommissionsdrucksache 7/46, S. 116.

<sup>579</sup> Protokoll der 4. Sitzung der Enquete-Kommission vom 9. September 2020, S. 13, Beitrag Hunz; Protokoll der 8. Sitzung der Enquete-Kommission vom 21. Oktober 2020, S. 10, Beitrag Fleßa.

<sup>580</sup> Protokoll der 4. Sitzung der Enquete-Kommission vom 9. September 2020, S. 13, Beitrag Hunz.

<sup>581</sup> Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 97 f.

<sup>582</sup> inkraftgetreten am 01.01.2019.

<sup>583</sup> BMG, Sofortprogramm Pflege, unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/sofortprogramm-pflege.html> (abgerufen am 19. Mai 2021).

<sup>584</sup> vgl. Bundesrat 2020, Drucksache 513/20.

<sup>585</sup> Ärzteblatt, Bundesrat spricht über Herausnahme der Pädiatrie aus dem DRG-System, unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/116643/Bundesrat-spricht-ueber-Herausnahme-der-Paediatrie-aus-dem-DRG-System> (abgerufen am 19. Mai 2021).

<sup>586</sup> Earnings after tax.

In den letzten Jahren ist bundesweit ein Rückgang der Investitionsförderung zu beobachten. Experten schätzen den notwendigen Investitionsbedarf eines Krankenhauses auf mindestens 7 Prozent, idealerweise 8 Prozent des Umsatzes. Bei einem Zielwert von 7,5 Prozent wären für Mecklenburg-Vorpommern jährliche Fördermittel in Höhe von etwa 135 Mio. Euro notwendig. 2018 betrug das Volumen etwa 50 Mio. Euro.<sup>587</sup> Die unzureichende Investitionsförderung wurde auch in den Anhörungen der Enquete-Kommission und Stellungnahmen vielfach moniert.<sup>588</sup>

Das Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“ schlägt vor, den Aspekt der Vorhaltefinanzierung stärker zu betonen. Eine Komponente zur Vorhaltefinanzierung könnte in das bestehende DRG-System integriert werden. So könnte beispielsweise ein Drittel des heutigen DRG-Vergütungsvolumens herausgetrennt werden, um so festgelegte Vorhalteleistungen zu finanzieren, ähnlich wie bei der Auslagerung der Pflegepersonalkosten. Diese sollten allerdings wieder eingegliedert werden, um anschließend für jede DRG einen Anteil zu berechnen, der zur Finanzierung der Vorhalteleistungen verfügbar wäre. Die Folge wäre eine Reduzierung des Mengenanreizes, der jedoch nicht ganz verloren ginge. Ein ausgelagerter Vergütungstopf würde für definierte Leistungssegmente und Versorgungsregionen Vorhaltebudgets auf Basis der regionalen Flächen- und Bevölkerungsstruktur definiert werden.<sup>589</sup> Einen noch weitreicheren Schritt stellen komplette Regionalbudgets bzw. sogenannte Capitationmodelle dar, auf die im folgenden Kapitel näher eingegangen wird.

Die Voraussetzung für die Umsetzung einer sektorenübergreifenden Versorgung ist ein sektorenübergreifendes Vergütungsmodell, da kein Leistungserbringer dauerhaft gegen seine, über das Vergütungssystem definierten Interessen arbeiten kann. Regionalbudgets könnten eine ganzheitliche, sektorenübergreifende Versorgung fördern.<sup>590</sup>

Basis sind pauschalisierte Entgelte, die unabhängig vom Kontakt mit Leistungserbringern bzw. von erbrachten Leistungen je Bewohner einer Region ausgezahlt werden. Die Menge (Zahl der Teilnehmer) und auch die Höhe der Vergütung (Pauschale pro Teilnehmer) sind in der Regel ex ante und damit prospektiv festgelegt. Das finanzielle Risiko geht damit von den Kostenträgern auf die Leistungserbringer über, da sie für eigene Ineffizienz sowie Kostenrisiken komplexer und teurer Behandlungen haften. Im Gegenzug erhalten sie eine größere Gestaltungsfreiheit.<sup>591</sup> Ehemals stationäre Leistungen können ambulant erbracht werden, ohne Erlöseinbußen befürchten zu müssen. Die Prävention kann gestärkt werden, um Leistungen gänzlich zu vermeiden und die Optimierung von Schnittstellen der Versorgung kann zu Ressourceneinsparungen führen.<sup>592</sup>

Wichtig bei der Kalkulation der Pauschale bzw. des regionalen Gesundheitsbudgets ist eine möglichst weitgehende Risikoadjustierung, damit Unterschiede in der Morbiditätsstruktur nicht einseitig von den Leistungserbringern zu verantworten sind. Dieses Vergütungsmodell setzt einen hohen Anreiz für eine kostensparende Leistungserbringung. Damit notwendige Leistungen nicht vorenthalten werden ist daher eine Qualitätsmessung und -sicherung

<sup>587</sup> Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 36.

<sup>588</sup> Stellungnahmen zur 4. Sitzung am 09.09.2020: AOK Nordost, S. 2, 27, Kommissionsdrucksache 7/11, S. 10, 35; BARMER, S. 2, 15, Kommissionsdrucksache 7/11, S. 38, 51; DAK, S. 21, Kommissionsdrucksache 7/11, S. 104; TK, S. 11, Kommissionsdrucksache 7/11, S. 135; vdek, S. 2, Kommissionsdrucksache 7/11, S. 182; Stellungnahme der KGMV zur 5. Sitzung am 16.09.2020, S. 16, Kommissionsdrucksache 7/14, S. 26.

<sup>589</sup> Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 99.

<sup>590</sup> ebd., S. 89 f.

<sup>591</sup> vgl. Benstetter et al. 2020, S. 73 f.

<sup>592</sup> Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 100.

erforderlich. Das Monitoring verschiebt sich im Idealfall weg von der Struktur- und Prozessvorgaben zu einer konsequenten Überwachung des Outcomes.<sup>593</sup>

In anderen Ländern werden Capitationmodelle bereits mit unterschiedlichen Ausprägungen erprobt. Zu nennen sind beispielsweise das „Valencia-Modell“ in Spanien und die „Physician Organization of Michigan Accountable Care Organisation (POM ACO)“ in den USA. Bisherige Erkenntnisse stimmen optimistisch, dass Capitationmodelle eine Option darstellen, die hinreichend erfolgsversprechend ist, dass sie auch in Deutschland erprobt werden könnte.<sup>594</sup>

In der 18. Sitzung am 21.04.2021 beschäftigte sich auch die Enquete-Kommission mit regionalen Versorgungsbudgets. Dr. Helmut Hildebrandt (Vorstandsvorsitzender der OptiMedis AG und ehemaliger Geschäftsführer der Gesundes Kinzigtal GmbH) stellte unter anderem das Projekt „Gesundes Kinzigtal“ als Beispiel für eine Integrierte Versorgung nach § 140a-d SGB V vor. Die Mitglieder hätten einen besseren Gesundheitsstatus erworben und lebten durchschnittlich ein Jahr länger als eine Vergleichsgruppe. Die Patientenzufriedenheit sei sehr hoch und auch die teilnehmenden Leistungserbringer seien sehr angetan. Die Krankenkassen profitierten sogar wirtschaftlich.

Dr. Hildebrandt unterstrich die auch im Gutachten formulierte Forderung nach einer höheren Gestaltungsfreiheit auf regionaler Ebene. Außerdem schlug er vor, in Mecklenburg-Vorpommern drei begleitete Diskussionsrunden mit Ministerium, Krankenkassen, KVMV, KGMV, Patientenorganisationen sowie Vertretern der Städte und Gemeinden zur Entwicklung der Grundkonzeption für drei Experimentierräume durchzuführen. Mindestens eine Region sollte ausgewählt werden, in der ein Krankenhaus einen Sicherstellungszuschlag beziehe.<sup>595</sup> Im Gutachten wurde auch festgestellt, dass eine bundesweit flächendeckende Einführung von Regionalbudgets nicht das Ziel sein müsste. Besser wäre für Regionen, in denen wie in Mecklenburg-Vorpommern die Gesundheitsversorgung gefährdet ist, einen Sonderstatus zu erwirken. So könnten alternative Versorgungsmodelle in Modellregionen erprobt werden.<sup>596</sup>

### C.4.3 Rettungsdienst

Hinsichtlich der Finanzierung des Rettungsdienstes bestimmt § 11 RDG M-V, dass das Land den Landkreisen und kreisfreien Städten im Rahmen verfügbarer Haushaltsmittel Zuwendungen zu den Kosten der notwendigen lang- und mittelfristigen Investitionen, vorrangig für solche Maßnahmen, die über das Gebiet eines Trägers hinauswirken, gewährt. Im Übrigen haben die Träger die Kosten für die ihnen nach diesem Gesetz obliegenden Aufgaben zu tragen. Gemäß § 12 RDG M-V werden Benutzungsentgelte für die Kosten des öffentlichen Rettungsdienstes, die den Trägern und Leistungserbringern im Rahmen der bedarfsgerechten Aufgabenerfüllung bei sparsamer Wirtschaftsführung entstehen, vereinbart.

Die Träger der Rettungsdienste können durch dieses Finanzierungsmodell 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. Auf Grundlage dieser bedarfsgerechten Kalkulation können die Vorhaltekosten auch für Rettungswachen in

<sup>593</sup> Benstetter et al. 2020, S. 74.

<sup>594</sup> ebd., S. 75 ff.

<sup>595</sup> Protokoll der 18. Sitzung der Enquete-Kommission vom 21. April 2021, S. 54 ff, Beitrag Hildebrandt.

<sup>596</sup> Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 9.

ländlichen Gebieten mit niedrigeren Einsatzzahlen gedeckt werden. Jedoch orientieren sich die Investitionskosten, welches das Land nach § 12 Absatz 1 RDG M-V den Trägern des Rettungsdienstes als unterstützende Zuwendung gewährt, an der Haushaltslage und sind somit schwer für die Weiterentwicklung des öffentlichen Rettungsdienstes kalkulierbar. Dies kann zu Investitionsstaus bei der Umsetzung einer hochwertigen und flächendeckenden rettungsdienstlichen Vorhaltung führen. Die derzeitige Finanzausstattung ermöglicht eine nur eingeschränkte Strategie- und Investitionsplanung.<sup>597</sup>

ENTWURF

<sup>597</sup> Stellungnahme des DRK zur 7. Sitzung am 14.10.2020, S. 16, Kommissionsdrucksache 7/46, S. 18.

## C.5 Modellprojekte

Die Krankenkassen und ihre Verbände können nach § 64 Abs. 1 SGB V zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung durchführen bzw. vereinbaren. Zusätzlich können sie gemäß § 64 Abs. 2 SGB V Modellvorhaben zu Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten, zur Krankenbehandlung sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft durchführen bzw. vereinbaren. Überdies kann auch die KV im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgabenstellung mit den Krankenkassen oder ihren Verbänden diese oben beschriebenen Modellvorhaben vereinbaren (§ 64 Abs. 6 SGB V).

Nach § 64 a Abs. 1 SGB V können die KV und die Organisation der Apotheker gemeinsam mit den für ihren Bezirk zuständigen Landesverbänden der Kranken- und Ersatzkassen die Durchführung eines Modellvorhabens nach § 63 SGB V zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung für eine Zeitdauer von bis zu drei Jahren vereinbaren.

Darüber hinaus kann gemäß § 64 b Abs. 1 SGB V auch die Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Menschen Gegenstand von Modellvorhaben sein, die auf eine Verbesserung der Patientenversorgung oder der sektorenübergreifenden Leistungserbringung ausgerichtet ist. Dazu gehört auch die komplexe psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld. In jedem Land soll unter Berücksichtigung der Kinder- und Jugendpsychiatrie hierzu mindestens ein Modellvorhaben durchgeführt werden. Sämtliche Modellvorhaben nach § 64 b Abs. 1 SGB V sind auf längstens 15 Jahre zu befristen.

Über den Innovationsfonds wurden im Übrigen schon zahlreiche Modellprojekte angestoßen. Allerdings mussten schon einige solcher erfolgreichen Projekte nach Beendigung der Förderung durch den Fonds ihre Arbeit einstellen, weil ihnen hierfür die weiteren finanziellen Mittel fehlten.<sup>598</sup>

Für eine sektorenübergreifende Versorgung bedarf es hinzukommend auch sektorenübergreifender Vergütungsmodelle. Dazu sind zwar primär auf Bundesebene Anpassungen erforderlich, jedoch können auch einzelne Akteure in Mecklenburg-Vorpommern über Modellprojekte aktiv werden. Damit erfolgreiche Projekte auch nach Beendigung ihrer Förderung finanzierbar bleiben, benötigen sie eine Übergangslösung. Als Modellprojekt wird im Gutachten die Erprobung von Regionalbudgets empfohlen. Davon gibt es schon zahlreiche Beispiele sowohl in der psychosomatischen als auch psychiatrischen Versorgung, wie in Hanau, Itzehoe und Hamm.<sup>599</sup>

Die Erprobung eines Modellprojekts „Regionalbudget“ wird durch das Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“ speziell in einem Landkreis empfohlen, welcher Schwierigkeiten haben wird, die Gesundheitsversorgung auf qualitativ hohem Niveau sowie flächendeckend zu halten.<sup>600</sup> In Betracht kommen hierfür die Landkreise Vorpommern-Greifswald und Mecklenburgische-Seenplatte.

Für eine flächendeckende Versorgung braucht es auch eine engere Verzahnung der stationären und ambulanten Angebote. Hierfür kommen Integrierte Gesundheitszentren als Erweiterung

<sup>598</sup> Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 90.

<sup>599</sup> ebd., S. 9, 90.

<sup>600</sup> ebd., S. 90.

der ambulanten Gesundheitszentren in Betracht. Damit der Gedanke der Ambulantisierung und Prävention aber fest in diesen Integrierten Versorgungszentren verankert werden kann, bedarf es eines passenden Vergütungssystems. Auch diese Aufgabe kann konkret durch Modellvorhaben des Landes Mecklenburg-Vorpommern und der Kostenträger vor Ort angestoßen und erprobt werden.<sup>601</sup>

Des Weiteren besteht nach § 64c SGB V auch die Möglichkeit, gemeinsam mit dem Robert Koch-Institut ein Modellvorhaben zum Screening auf 4MRGN (Multiresistente gramnegative Stäbchen mit einer Resistenz gegen vier der vier Antibiotikagruppen) durchzuführen. Im Übrigen sind alle durchgeführten Modellprojekte laut § 65 SGB V auszuwerten und die Ergebnisse der Auswertung zu veröffentlichen.

Schließlich besteht laut § 140a SGB V auch die Möglichkeit, dass die Krankenkassen Verträge mit Leistungserbringern über eine besondere Versorgung der Versicherten abschließen können. Dabei sollen diese Verträge eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder aber eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung (integrierte Versorgung) sowie besondere Versorgungsaufträge unter Beteiligung der Leistungserbringer oder deren Gemeinschaften ermöglichen. Nach § 140a Abs. 4 SGB V bedarf es für die Teilnahme an dieser besonderen Versorgung stets jedoch der vorigen Einwilligung der Patienten. Diese notwendige Einwilligung des Patienten ist bei den oben bereits genannten Modellvorhaben nach §§ 64 ff. SGB V im Übrigen nicht erforderlich.

---

<sup>601</sup> Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 87.

## C.6 Übersicht über die Empfehlungen aus dem Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“

Das von der Enquete-Kommission „Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern“ bei der Institut for Health Care Business GmbH in Auftrag gegebene Gutachten enthält eine Reihe von Handlungsempfehlungen für die Leistungserbringer, die Kostenträger, die Landkreise, das Bundesland sowie den Bund. Im Folgendem sind diese in Kurzform aufgelistet (Tabelle 9):

**Tabelle 9: Handlungsempfehlungen aus dem Gutachten zur „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“**

Maßnahmen	Leistungs- erbringer, KV	Kostenträger	Landkreis	Land	Bund
<b>Kommunikation</b>					
Kommunikationsoffensive starten	unterstützen	unterstützen	unterstützen	initiiieren & gestalten	
<b>Krankenhausversorgung</b>					
Krankenhausplanung neu ausrichten: Zuordnung zu 3 Versorgungsstufen				initiiieren & gestalten	
Clusterbildung verstetigen	gestalten & umsetzen	unterstützen		initiiieren & gestalten	
Trägerübergreifende Kooperationen und Fusionen anstreben	gestalten & umsetzen	unterstützen		initiiieren über KH-Plan	
Zusammenarbeit Universitätskliniken in patientenfernen Bereichen				initiiieren & umsetzen	
Investitionsfördermittel am Zielbild ausrichten				initiiieren & gestalten	
<b>Ambulante und sektorenübergreifende Versorgung</b>					
Amb. Gesundheitszentren (GZ) bilden	initiiieren & umsetzen		unterstützen	unterstützen	
Einbindung weiterer Berufsgruppen in GZ, insb. Pflegeexperten	Modellprojekt durchführen	Modellprojekt unterstützen		Modellprojekt initiiieren	Rahmen anpassen
Einbindung Krankenhäuser der Grundversorgung in amb. GZ --> IGZ	gestalten & umsetzen	Modellprojekt unterstützen		Modellprojekt initiiieren	Rahmen, Vergütung
Einbindung Rehakliniken in GZ	initiiieren & umsetzen	unterstützen		unterstützen	
Einbindung Kurzzeitpflege in GZ	initiiieren & umsetzen	unterstützen		unterstützen	
Einfache Übernahme von KV-Sitzen durch ein IGZ ermöglichen	umsetzen			initiiieren	Rahmen, Vergütung
KV-Ermächtigungen an Betrieb, nicht an Personen knüpfen	gestalten & umsetzen			initiiieren	Rahmen anpassen
<b>Rettungswesen, Notfallversorgung und Sicherstellung</b>					
Rettungswesen professionalisieren	gestalten & umsetzen			initiiieren	
Telemedizinische Anbindung des Rettungswagens an das Krankenhaus	gestalten & umsetzen		gestalten & umsetzen	Rahmen	
Landkreisüberggr. Abstimmung Rettungswesen & Koordination mit Regionalversorger	gestalten & umsetzen		initiiieren	Rahmen	
Sektorenübergreifende Notfallversorgung im IGZ und im Krankenhaus	initiiieren & umsetzen	unterstützen			Rahmen, Vergütung
Ambulante Notfallversorgung gebündelt im ambulanten GZ	initiiieren & umsetzen		unterstützen		
Luftrettung als Alternative zur Vorhaltung von Kapazitäten am Boden	unterstützen		gestalten & umsetzen	initiiieren	
Erreichbarkeitsanforderungen festlegen				initiiieren & umsetzen	

Maßnahmen	Leistungs- erbringer, KV	Kostenträger	Landkreis	Land	Bund
Sicherst.zuschlag differenz. & definieren, was nötig ist, um Versorgungsauftrag zu erfüllen		gestalten		initiiieren & umsetzen	
<b>Versorgungsplanung</b>					
Alle Versorgungsbedarfe der Regionen identifizieren				initiiieren & umsetzen	
Alle Stakeholder einbeziehen	unterstützen	unterstützen	unterstützen	initiiieren	
Invest.fördermittel mit Versorgungsplan verknüpfen und sektorenüb. einsetzen				initiiieren & umsetzen	
Sektorenübergreifende Vergütungsmodelle erarbeiten und erproben	initiiieren & umsetzen	initiiieren & umsetzen			Rahmen anpassen
<b>Modellprojekte</b>					
Erfolgreich abgeschlossene Modellprojekte in Regelversorgung überführen	unterstützen	unterstützen		initiiieren & gestalten	Rahmen anpassen
Erprobung eines Regionalbudgets in einer Pilotregion	gestalten & umsetzen	gestalten & umsetzen	unterstützen	initiiieren	ggf. Rahmen anpassen
Erprobung eines zeitlich befristeten Budgetansatzes für ein Krankenhaus	gestalten & umsetzen	initiiieren & gestalten			
<b>Altenhilfe und Wohnen</b>					
Enge Anbindung von Kurzzeitpflege an IGZ oder Krankenhaus	gestalten & umsetzen	unterstützen		initiiieren	
Kooperation von IGZ mit amb. Pflegediensten, Pflegeheimen und betreutem Wohnen	initiiieren & gestalten		unterstützen		
Förderung des Zentralisierens des Wohnens von älteren Menschen	gestalten & umsetzen		gestalten & umsetzen	initiiieren & gestalten	
<b>Mobilität und Nähe</b>					
Mobile Gesundheits- und Pflegeexperten	initiiieren & umsetzen	unterstützen			
Apotheke plus	unterstützen	Modellprojekt unterstützen		Modellprojekt initiiieren	Rahmen anpassen
Pflegepraxis	unterstützen	Modellprojekt unterstützen		Modellprojekt initiiieren	Rahmen anpassen
Telemedizinische Vernetzung und Vergütungsoptionen	initiiieren & umsetzen	unterstützen		unterstützen	Rahmen anpassen
Sammeltaxi	gestalten & umsetzen	unterstützen	initiiieren		
Rufbus	gestalten & umsetzen	unterstützen	initiiieren	unterstützen	
Patientenpension	gestalten & umsetzen	unterstützen	initiiieren		
<b>Digitalisierung</b>					
ePA forcieren	gestalten & umsetzen	unterstützen		initiiieren	weiter ausbauen
Wearables und Smart Home zur Unterstützung der Versorgung	initiiieren & gestalten	unterstützen			
Digitaler Marktplatz für Termine	gestalten & umsetzen			initiiieren	
Digitaler Marktplatz für Austausch unter Leistungserbringern	gestalten & umsetzen			initiiieren	
Mittel des Krankenhauszukunfts fonds effektiv einsetzen	umsetzen			initiiieren & gestalten	

Maßnahmen	Leistungs- erbringer, KV	Kostenträger	Landkreis	Land	Bund
<b>Personal</b>					
Vereinbarkeit von Familie und Beruf	initiiieren & umsetzen				
Wiedereinstiegsprogramme	initiiieren & umsetzen			unterstützen	
Altersgerechte Arbeitsbedingungen	initiiieren & umsetzen				Rahmen anpassen
Ausweitung der Stundenzahl von Teilzeitkräften	initiiieren & umsetzen				
Abbau von Bürokratie zur Erhöhung der Attraktivität der Gesundheitsberufe	umsetzen				initiiieren, Rahmen anpassen
Planbarkeit und Zuverlässigkeit der Dienstpläne	initiiieren & umsetzen				
Umschulungen, neue Berufsbilder	initiiieren & umsetzen				Rahmen
Weiterqualifizierung von Pflegehelfern zu Pflegefachkräften	initiiieren & umsetzen				Rahmen
Neues Verständnis des Pflegeberufs	umsetzen		-	initiiieren & gestalten	Rahmen anpassen
Zusätzliche Karriereoptionen für den Pflegeberuf	umsetzen			initiiieren & gestalten	Rahmen anpassen
Größeres Aufgabenspektrum für Pflege	umsetzen			initiiieren & gestalten	Rahmen anpassen
Anreize für Tätigkeit als Landarzt schaffen		unterstützen		initiiieren & gestalten	
Betriebliches Gesundheitsmanagement	initiiieren & gestalten	unterstützen			
Zuwanderung ausländischer Fachkräfte	gestalten & umsetzen			initiiieren & gestalten	Rahmen anpassen
Technologie nutzen, um Arbeitskräfte zu entlasten und Produktivität zu steigern	gestalten & umsetzen	unterstützen		initiiieren	ggf. Rahmen anpassen
Effektive Patientensteuerung	gestalten & umsetzen	unterstützen		initiiieren	ggf. Rahmen anpassen
<b>Vergütungsmodelle und Gestaltungsfreiheit</b>					
Reduktion Regulierung seitens Bund & G-BA, stärkere Kontrolle von Ergebnisgrößen				initiiieren & gestalten	Rahmen anpassen
Reduktion und Vereinheitlichung der Vorgaben der Kassenaufsicht (BAS, Land)				initiiieren & gestalten	Rahmen anpassen
Einbau einer Vorhaltefinanzierung in das DRG-System					Rahmen anpassen
Regionalbudgets für Sonderregionen	gestalten & umsetzen	unterstützen	unterstützen	initiiieren & gestalten	Rahmen anpassen
Definition von Sonderregionen				initiiieren & gestalten	Rahmen anpassen
Zwischenfinanz. erfolgreicher Innovationsfondsprojekten für Übergang Regelversorg.		unterstützen		initiiieren & gestalten	Rahmen, Vergütung
Bereinigung des KV-Budgets bei IV-Projekten	umsetzen	umsetzen			initiiieren & gestalten
Anreize für mehr Prävention		unterstützen			initiiieren, Vergütung
Befristetes Einfrieren des Krankenhausbudgets	umsetzen	initiiieren & gestalten			
Tagesklinische DRG					initiiieren, Vergütung

Quelle: Augurzky, Gutachten „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, S. 103 ff.

**D Handlungsempfehlungen der Enquete-Kommission**

ENTWURF

**E Sondervoten**

ENTWURF

**F Literatur- und Quellenverzeichnis**

Albrecht, M.; Al-Abadi, T. (2018): „Perspektiven einer sektorenübergreifenden Vergütung ärztlicher Leistungen – Vergütungsunterschiede an der Sektorengrenze und Ansatzpunkte zur Entwicklung sektorenübergreifender Vergütungsformen“, IGES Institut gmbH, Berlin.

Augurzky, B.; S. Krolop; Pilny, A.; Schmidt, C. M.; Wuckel, C. (2020), Krankenhaus Rating Report 2020: Ende einer Ära. Aufbruch ins neue Jahrzehnt. Heidelberg.

BÄK - Bundesärztekammer (2015): Telemedizinische Methoden in der Patientenversorgung – Begriffliche Verortung, online im Internet, [http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/Telemedizin\\_Telematik/Telemedizin/Telemedizinische\\_Methoden\\_in\\_der\\_Patientenversorgung\\_Begriffliche\\_Verortung.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Telemedizin_Telematik/Telemedizin/Telemedizinische_Methoden_in_der_Patientenversorgung_Begriffliche_Verortung.pdf), Abfrage: 19.05.2021, 13:37 Uhr MEZ.

Beivers, A.; Emde, A. (2020): DRG-Einführung in Deutschland: Anspruch, Wirklichkeit und Anpassungsbedarf aus gesundheitsökonomischer Sicht, in: Klauber, J.; Garaedts, M.; Friedrich, J.; Wasem, J.; Beivers, A. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2020, Berlin.

Benstetter, F.; Lauerer, M.; Negele, D.; Schmid, A. (2020): Potenziale prospektiver regionaler Gesundheitsbudgets am Beispiel spanischer und amerikanischer Erfahrungen, in: Klauber, J.; Garaedts, M.; Friedrich, J.; Wasem, J.; Beivers, A. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2020, Berlin.

Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (o. J.): Laufende Raumbearbeitung – Raumabgrenzungen, online im Internet, <https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/forschung/raumbearbeitung/Raumabgrenzungen/deutschland/regionen/bbsr-mittelbereiche/Mittelbereiche.html>, Abfrage: 14.12.2020, 16:08 Uhr MEZ.

Bundesministerium für Gesundheit (2020): Aufgaben und Organisation des Bundesministeriums für Gesundheit, online im Internet, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/aufgaben-und-organisation/aufgaben>, Abfrage: 19.05.2021, 11:55 Uhr MEZ.

Bundesministerium für Gesundheit (2020): Krankenhausfinanzierung, online im Internet, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhausfinanzierung.html>, Abfrage: 16.12.2020, 11:05 Uhr MEZ.

Bundesministerium für Gesundheit (2020): Patientendaten-Schutz-Gesetz, online im Internet, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/patientendaten-schutz-gesetz.html>, Abfrage: 19.05.2021, 14:04 Uhr MEZ.

Bundesministerium für Gesundheit (2020): Sofortprogramm Pflege, online im Internet, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/sofortprogramm-pflege.html>, Abfrage: 20.05.2021, 10:16 Uhr MEZ.

Bundesrat (2020): Antrag der Länder Mecklenburg-Vorpommern, Bremen, Sachsen-Anhalt auf „Entschließung des Bundesrates zur Herausnahme der Kinder- und Jugendmedizin sowie Kinderchirurgie aus dem Fallpauschalensystem in der Krankenhausfinanzierung“ (Drucksache 513/20).

Bundesrat (2021): Beschluss des Bundesrates. Gesetz zur Modernisierung des Personenbeförderungsrechts (Drucksache 200/21). 26.03.2021.

Deutsches Ärzteblatt (2020): Bundesrat spricht über Herausnahme der Pädiatrie aus dem DRG-System, online im Internet, <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/116643/Bundesrat-spricht-ueber-Herausnahme-der-Paediatrie-aus-dem-DRG-System>, 16.12.2020, 11:25 Uhr MEZ.

Deutscher Bundestag (2011): Bericht der Bundesregierung zur demografischen Lage und künftigen Entwicklung des Landes (Demografiebericht) (Drucksache 17/7699).

Difu - Deutsches Institut für Urbanistik gGmbH und plan:mobil Verkehrskonzepte und Mobilitätsplanung: Mobilität im Alter in Mecklenburg-Vorpommern. Grundlagenexpertise im Auftrag des Landtags Mecklenburg-Vorpommern Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“, 2015.

DKG – Deutsche Krankenhausgesellschaft (2021): Vereinbarung der Liste der Krankenhäuser gemäß §9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG zwischen dem GKV-Spitzenverband, Berlin sowie dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., Köln gemeinsam und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin.

Fleßa, S. (2020): PowerPoint-Präsentation „Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern“, Schwerin.

Fobbe, G.; Römer, H. C.; Heßrügge, M. (2020): Praxisleitfaden Ärztlicher Bereitschaftsdienst, o. O.

Fleßa, S. (2018): Systemisches Krankenhausmanagement, Berlin.

Garre, P.; Schliemann, B.; Schönbach, K.-H. (2015): Reform und Reformbedarf in der Bedarfsplanung sowie fehlende sektorenübergreifende Ansätze, in: Klauber, J., J. Wasem, J. Friedrich und M. Geraedts (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2015: Schwerpunkt: Strukturwandel. Stuttgart, S. 211-234.

G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss: Mindestmengenregelungen, online im Internet, <https://www.g-ba.de/themen/qualitaetssicherung/vorgaben-zur-qualitaetssicherung/vorgaben-mindestmengenregelungen/>, Abfrage: 07.04.2021, 14:23 Uhr MEZ.

G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss (2020): Qualitätsberichte der Krankenhäuser 2018, online im Internet, [www.g-ba-qualitaetsberichte.de](http://www.g-ba-qualitaetsberichte.de), Abfrage: 07.04.2021, 10:10 Uhr MEZ.

G-BA - Gemeinsamer Bundesausschuss (2019): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie), o. O.

G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss (2015): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren, Vertragszahnärztinnen

und Vertragszahnärzte sowie zugelassene Krankenhäuser (Qualitätsmanagement-Richtlinie/QM-RL), o. O.

Hahn, U.; Kurscheid, C. (2020): Intersektorale Versorgung - Best Practices – erfolgreiche Versorgungslösungen mit Zukunftspotenzial, Wiesbaden.

Henger, R.; Oberst, C. (2019): Alterung der Gesellschaft im Stadt-Land Vergleich, online im Internet, <https://www.iwkoeln.de/studien/iw-kurzberichte/beitrag/ralph-henger-christian-oberst-alterung-der-gesellschaft-im-stadt-land-vergleich-420704.html>, Abfrage: 19.05.2021, 13:31 Uhr MEZ.

Hensen, P. (2016): Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen: Grundlagen für Studium und Praxis, Wiesbaden.

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen: Qualitätsverträge, online im Internet, <https://iqtig.org/qs-instrumente/qualitaetsvertraege/>, Abfrage: 19.05.2021, 13:19 Uhr MEZ.

IQWiG - Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2018): Das deutsche Gesundheitssystem, online im Internet, <https://www.gesundheitsinformation.de/das-deutsche-gesundheitssystem.html>, Abfrage: 19.05.2021, 11:58 Uhr MEZ.

KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (2020c): Ambulante Bedarfsplanung, online im Internet, <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cmc/html/16735.php>, Abfrage: 14.04.2021, 10:08 Uhr MEZ.

KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (2020): Aktuelles zu den Honorarverhandlungen 2021, online im Internet, <https://www.kbv.de/html/2054.php>, 17.12.2020, 14:40 Uhr MEZ.

KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (2021a): Kooperationsform MVZ weiter attraktiv, online im Internet, <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17021.php>, Abfrage: 06.04.2021, 16:07 Uhr MEZ.

KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (2021b): Ärztemangel, online im Internet, [https://kbv.de/html/themen\\_1076.php](https://kbv.de/html/themen_1076.php), Abfrage: 14.04.2021, 09:52 Uhr MEZ.

KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (2020a): Trend zur Anstellung in der vertragsärztlichen Versorgung hält an, online im Internet, <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16399.php>, Abfrage: 06.04.2021, 14:38 Uhr MEZ.

KGMV – Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern (2020): Krankenhausplanung, online im Internet, <https://www.kgmv.de/index.php/ueber-uns/arbeitsgebiete/planung-organisation/planung-foerderung#:~:text=Unmittelbar%20Beteiligte%20sind%20in%20M%20DV,Landes%20und%20die%20Kommunalen%20Landesverb%3%A4nde.,> Abfrage: 11.12.2020, 10:30 Uhr MEZ.

KGMV – Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern (2020): Neue Krankenhausentgelte für 2020 in Mecklenburg-Vorpommern, online im Internet, <https://www.kgmv.de/index.php/presse/item/2931-neue-krankenhausentgelte-fuer-2020-in-mecklenburg-vorpommern>, Abfrage: 16.12.2020, 10:35 Uhr MEZ.

KVMV - Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (2013): Bedarfsplan für den Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, Schwerin.

KVMV - Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (2019): Fortschreibung des Bedarfsplans vom 15.05.2013 für den Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, Schwerin.

KVMV – Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (2014): Journal der KVMV Januar 2014, Schwerin.

KVMV – Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (2021): Journal der KVMV Februar 2021, Schwerin.

KVMV – Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (2012): Qualitätsbericht der KVMV für das Jahr 2012, Schwerin.

Landesamt für innere Verwaltung Statistisches Amt: Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS), online im Internet, <https://www.laiv-mv.de/Statistik/Zahlen-und-Fakten/EVS/>, Abfrage: 19.05.2021, 13:28 MEZ.

Landtag Mecklenburg-Vorpommern (2016): Die Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“, Schwerin.

Landtag Mecklenburg-Vorpommern: Drucksache 7/5539 - Bericht der Landesregierung über Angebote des öffentlichen Personennahverkehrs zur Verbesserung der Mobilität im ländlichen Raum.

LKT M-V – Landkreistag Mecklenburg-Vorpommern (2020): Stellungnahme zum Fragenkatalog der Enquete-Kommission „Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern“, Schwerin.

Lüngen, M.; Büscher, G. (2015): Gesundheitsökonomie, Stuttgart.

Ministerium für Energie, Infrastruktur und Digitalisierung (2018): Integrierter Landesverkehrsplan Mecklenburg-Vorpommern, Schwerin.

Ministerium für Energie, Infrastruktur und Digitalisierung (2019): Neue Prognose: Einwohnerzahl sinkt – aber schwächer als erwartet, Schwerin.

Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit (2020): Krankenhausplan des Landes Mecklenburg-Vorpommern (Stand November 2020), Schwerin.

Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit (2020): Regionale Steuerung der Aufnahme und Verteilung von Covid-19-Patienten in Krankenhäusern vorgestellt, online im Internet, <https://www.regierung-mv.de/Landesregierung/wm/Aktuell/?id=158734&processor=processor.sa.pressemitteilung>, Abfrage: 20.05.2021, 09:36 Uhr MEZ, Schwerin.

Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen für alternative Bedienungsformen im öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV) im Land Mecklenburg-Vorpommern (AltBedFRL), o. O.

Ried, W. (2020): Gesundheitsökonomie 2 (Skript), Greifswald.

Roth, K. (2018): Struktur der medizinischen Notfallversorgung in Deutschland, o. O.

Rüschman, H.-H.; Göbel, H. (2008): Sektorenübergreifende Versorgung als Erfolgsparameter, in Klusen, N.; Meusch, A. (Hrsg.): Zukunft der Krankenhausversorgung, Baden-Baden.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, Bonn/Berlin.

Schmitt, R.; Pfeifer, T. (2015): Qualitätsmanagement: Strategien – Methoden – Techniken, 5. Auflage, München.

Schwarze, B.; Spiekermann, K. (2013): Analyse der Erreichbarkeit der Zentralen Orte in Mecklenburg-Vorpommern, Studie für das Ministerium für Energie, Infrastruktur und Landesentwicklung Mecklenburg-Vorpommern, Schwerin.

Statistisches Bundesamt: Daten aus dem Gemeindeverzeichnis, Bundesländer mit Hauptstädten nach Fläche, Bevölkerung und Bevölkerungsdichte, online im Internet, [https://www.destatis.de/DE/Themen/Laender-Regionen/Regionales/Gemeindeverzeichnis/Administrativ/02-bundeslaender.xlsx?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Themen/Laender-Regionen/Regionales/Gemeindeverzeichnis/Administrativ/02-bundeslaender.xlsx?__blob=publicationFile), Abfrage: 19.05.2021, 13:24 Uhr MEZ.

Statistisches Bundesamt: Durchschnittsalter der Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern bis 2019, online im Internet, <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1094181/umfrage/durchschnittsalter-der-bevoelkerung-in-mecklenburgvorpommern/>, Abfrage: 05.01.2021, 10:00 Uhr MEZ.

Statistisches Bundesamt (2018): Tiefgegliederte Diagnosedaten 2017, Wiesbaden.

Stiftung Gesundheit (2020): Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit: Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) und innovative Startups im Gesundheitswesen – Eine repräsentative deutschlandweite Befragung von Ärztinnen und Ärzten durch die Stiftung Gesundheit, Hamburg.

Tiemann, O.; Büchner, V. A. (2013): Finanzmanagement in Krankenhäuser, in: Busse, R.; Schreyögg, J.; Stargardt, T. (Hrsg.): Management im Gesundheitswesen, 3. Auflage, Berlin Heidelberg.

Walendzik, A.; Wasem, J. (2019): Vergütung ambulanter und ambulant erbringbarer Leistungen. Bertelsmannstiftung, Duisburg-Essen.

Wirtschaftsministerium (2000): Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen für alternative Bedienungsformen im öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV) im Land Mecklenburg-Vorpommern (AltBedFRL).

**G Abkürzungsverzeichnis**

Abkürzung	Bedeutung
§	Paragraph
ACHSE	Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen
AfD	Alternative für Deutschland (politische Partei)
AGnES	Arztentlastende Gemeinde-nahe E-Healthgestützte Systemische Intervention
Art.	Artikel
ÄKMV	Ärztzekammer Mecklenburg-Vorpommern
ANNOTeM	Akutneurologische Versorgung in Nordostdeutschland mit telemedizinischer Unterstützung
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AU	Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung
Aufl.	Auflage
BBSR	Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung
BD-Praxen	Bereitschaftsdienstpraxen
BEMA	Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen
Bsp.	Beispiel
BTM	Betäubungsmittel
BVpta	Bundesverband der pharmazeutisch-technischen Assistenzen
CDU	Christlich Demokratische Union Deutschlands (politische Partei)
DAK	Deutsche Angestellten-Krankenkasse
DB	Deutsche Bahn
DBfK	Deutscher Verband für Pflegeberufe
DCM	Dementia Care Manager
DGV	Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgung-Gesetz)
d. h.	das heißt
DIE LINKE	Die Linke (politische Partei)
DIN	Deutsche Industrienorm
Dipl.-Med.	Diplom-Mediziner (akademischer Grad)
Dipl.-Phys.	Diplom-Physiker (akademischer Grad)
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
Dr.	Doktor (akademischer Grad)
Dr. phil.	Doktor der Philosophie (akademischer Grad)
Dr. med.	Doktor der Medizin (akademischer Grad)
Dr. med. dent.	Doktor der Zahnmedizin (akademischer Grad)
DRG	Diagnosis Related Groups
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
Drs.	Landtagsdrucksache
DVE	Deutscher Verband Ergotherapie
DVTA	Dachverband für Technologen und Analytiker in der Medizin Deutschland
EB	Eigenbetrieb
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EGV	extrabudgetäre Gesamtvergütung
EKG M-V	Gesetz über die Einsetzung und das Verfahren von Enquete-Kommissionen (Enquete-Kommissions-Gesetz)

EN	Europäische Norm
EW	Einwohner
EnqK-KP	Enquete-Kommission Kurzprotokoll
eAU	elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung
eMP	elektronischer Medikationsplan
ePA	elektronische Patientenakte
et al	lat. für: und andere
e. V.	eingetragener Verein
f.	folgende
ff.	fortfolgende
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
G-DRG	German-Diagnosis Related Groups
GeKoM	Mehrschichtige Ansätze zur grenzüberschreitenden Kommunikation und Kooperation in der Notfallmedizin
GfK	Growth from Knowledge (GeoMarketing GmbH)
GG	Grundgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-VSG	Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Versorgungsstärkungsgesetz)
gGmbH	gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GNL	Gemeinsame Notfalleitstellen
GOP	Gebührenordnungspositionen
GPVG	Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz)
HBf	Hill-Burton-Formel
Hg.	Herausgeber
HNO-Arzt	Hals-Nase-Ohren-Arzt
HVV	Honorarverteilungsvertrag
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistungen
IGES	Institut für Gesundheits- und Sozialforschung
IGZ	Integriertes Gesundheitszentrum
ILSE	Integrierte Leitstelle Erweiterung
InGRiP	Integrierter grenzüberschreitender Rettungsdienst Pomerania/Brandenburg
INZ	Integrierte Notfallzentren
ISO	Internationale Organisation für Normung-Norm
IT	Informationstechnik
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KCW	Kompetenz Center Wettbewerb
KDrs.	Kommissionsdrucksache
KGMV	Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern
KHEntgG	Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz)
KHG	Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz)
KHSG	Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz)
KHZG	Gesetz für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser (Krankenhauszukunftsgesetz)

KI	Künstliche Intelligenz
KIM	Kommunikation im Medizinwesen
km <sup>2</sup>	Quadratkilometer
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVMV	Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern
KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
KZMV	Kassenzahnärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern
KZV	Kassenzahnärztliche Vereinigung
LAG	Gesetz zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Bereichen mit besonderem öffentlichen Bedarf des Landes Mecklenburg-Vorpommern (Landarztgesetz)
LAGuS	Landesamt für Gesundheit und Soziales
LKHG MV	Krankenhausgesetz für das Land Mecklenburg-Vorpommern (Landeskrankenhausgesetz)
LKT	Landkreistag
MdL	Mitglied des Landtages
MGV	morbiditätsbedingte Gesamtvergütung
MI-I	Medizininformatik-Initiative
Mio.	Millionen
Mrd.	Milliarden
MTA	Medizinisch-Technische Assistenz
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
M-V	Mecklenburg-Vorpommern
NAKOS	Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen
NFDM	Notfalldatenmanagement
Nr.	Nummer
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
ÖPNV	Öffentlicher Personennahverkehr
ÖV	Öffentlicher Verkehr
PBefG	Personenbeförderungsgesetz
PDSG	Gesetz zum Schutz elektronischer Patientendaten in der Telematikinfrastruktur (Patientendaten-Schutz-Gesetz)
PKKB	Parchimer Kinderklinik und Kreißsaal bleiben
PKW	Personenkraftwagen
POMACO	Physician Organization of Michigan Accountable Care Organisation
Prof.	Professor, akademischer Titel
PTA	Pharmazeutisch-Technischen Assistenten
QM-RL	Qualitätsmanagement-Richtlinie
RD-Personal	Rettungsdienstpersonal
RDG M-V	Rettungsdienstgesetz Mecklenburg-Vorpommern
RDPVO M-V	Verordnung über die Rettungsdienstplanung und weitere Ausführungen des Rettungsdienstgesetzes Mecklenburg-Vorpommern (Rettungsdienstplanverordnung)
Ref. III	Referat III
RLV	Regelleistungsvolumen
S.	Seite
SGB	Sozialgesetzbuch
SPD	Sozialdemokratische Partei Deutschlands (politische Partei)
SPNV	Schienenpersonennahverkehr

StatA MV	Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern
SVR	Sachverständigenrat
TI	Telematik-Infrastruktur
TK	Techniker Krankenkasse
TSVG	Terminservice- und Versorgungsgesetz
UMG	Universitätsmedizin Greifswald
UMR	Universitätsmedizin Rostock
VBB	Verkehrsverbund Berlin-Brandenburg
VDB	Berufs- und Wirtschaftsverband der Selbständigen in der Physiotherapie
Vdek	Verband der Ersatzkassen e. V.
VG	Vorpommern-Greifswald
vgl.	vergleiche
VLP	Verkehrsgesellschaft Ludwigslust-Parchim mbH
VPT	Verband Physikalische Therapie
VMV	Verkehrsgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern mbH
VVG	Verkehrsgesellschaft Vorpommern-Greifswald mbH
ZÄKMV	Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern
z. B.	zum Beispiel
Z-MVZ	Zahnärztliches Medizinisches Versorgungszentrum
Ziff.	Ziffer

## H Liste der in Auftrag gegebenen Grundlagenexpertisen

Institute for Health Care Business GmbH (2021): Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern, Essen.

### I Anhang

#### I.1 Liste der Kommissionsdrucksachen

#### I.2 Beratungsverlauf

##### 1. Sitzung am 18. Juni 2020 – Konstituierung

- Konstituierung der Kommission durch Landtagspräsidentin Birgit Hesse
- Erörterung von Verfahrensfragen

##### 2. Sitzung am 12. August 2020

- Aussprache und Beschlussfassung zur Arbeitsweise der Kommission
- Aussprache zur Einbindung des Kuratoriums Gesundheitswirtschaft

##### 3. Sitzung am 19. August 2020

- Vortrag Prof. Dr. med Giovanni Maio, Lehrstuhlinhaber für Medizinethik der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg und anschließende Fragerunde
- Planung und Rahmenbedingungen von Anhörungen

##### 4. Sitzung am 9. September 2020

- Anhörung zum aktuellen Stand der medizinischen Versorgung in M-V
- Angehört wurden:  
Susanne Roca-Heilborn, Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit  
Dr. Manfred Hunz, Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit  
Marita Moskwyn, AOK Nordost  
Henning Kutzbach, BARMER Landesvertretung M-V  
Sabine Hansen, DAK Landesvertretung M-V  
Manon Austenat-Wied, Techniker Krankenkasse, Landesvertretung M-V  
Kirsten Jüttner, vdek Landesvertretung M-V
- Beschlussfassung über weiteres Verfahren

##### 5. Sitzung am 16. September 2020

- Anhörung zum aktuellen Stand der medizinischen Versorgung in M-V
- Angehört wurden:  
- Prof. Dr. Klaus Hahnenkamp, Stellvertretender Ärztlicher Vorstand der Universitätsmedizin Greifswald  
- Prof. Dr. Christian Schmidt, Ärztlicher Vorstand der Universitätsmedizin Rostock

##### 6. Sitzung am 30. September 2020

- Anhörung zum aktuellen Stand der medizinischen Versorgung in M-V
- Axel Rambow, Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern
- Wolfgang Abeln, Vorsitzender des Vorstandes der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern  
Dr. med. Andreas Oling, Niedergelassener Arzt, Mitglied der Enquete-Kommission
- Dr. med. dent. Alexander Kuhr, Niedergelassener Arzt, Mitglied der Enquete-Kommission

- Prof. Dr. med. Andreas Crusius, Präsident der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, Mitglied der Enquete-Kommission
- Prof. Dr. med. dent. Dietmar Oesterreich (Präsident der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern
- Dr. med. Dr. phil. nat. Georg Engel, Präsident der Apothekerkammer Mecklenburg-Vorpommern

#### 7. Sitzung am 14. Oktober 2020

- Anhörung zum aktuellen Stand der medizinischen Versorgung in M-V
- Angehört wurden:
- Thomas Deiters, Städte- und Gemeindetag M-V e. V.
- Dirk Flörke, Bürgermeister in Parchim
- Lars Prahler (Bürgermeister in Grevesmühlen
- Matthias Köpp, Geschäftsführendes Vorstandsmitglied im Landkreistag M-V e. V.
- Laura Isabelle Marisken, Bürgermeisterin der Gemeinde Ostseebad Heringsdorf
- Sandra Nachtweih (Bürgermeisterin in Pasewalk
- Dr. Timm Laslo, Betriebsleiter Eigenbetrieb Rettungsdienst, Landkreis Vorpommern-Greifswald
- Prof. Dr. med. Klaus Hahnenkamp, stellv. ärztlicher Vorstand der Universitätsmedizin Greifswald
- Jan-Hendrik Hartlöhner, Vorsitzender des Vorstandes des DRK Landesverband M-V e. V.

#### 8. Sitzung am 21. Oktober 2020

- Anhörung zum aktuellen Stand der medizinischen Versorgung in M-V
- Angehört wurden:
- Prof. Dr. Steffen Fleßa, Lehrstuhlinhaber für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre und Gesundheitsmanagement an der Universität Greifswald
- Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann, Geschäftsführender Direktor im Institut für Community Medicine Greifswald und Abteilungsleiter der Versorgungsepidemiologie und Community Health
- Prof. Dr. med. Reinhard Busse, Professor und Fachgebietsleiter für Management im Gesundheitswesen an der Fakultät Wirtschaft und Management der Technischen Universität Berlin
- Dr. Adam Pilny, Wissenschaftler im Kompetenzbereich „Gesundheit“ im RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung e. V.
- Dr. Martin Albrecht, Geschäftsführer Gesundheitspolitik der IGES Institut GmbH

#### 9. Sitzung am 18. November 2020

- Anhörung zum aktuellen Stand der medizinischen Versorgung in M-V
- Angehört wurden:
- Mathias Schuldt, Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit
- Benjamin Goffrier, Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit
- Dr. Susanne Drückler, Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit
- Ina-Maria Ulbrich, Ministerium für Energie, Infrastruktur und Digitalisierung
- Dr. Manfred Hunz, Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit
- Dr. Melanie Gahrau, Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur
- Kerstin Mieth, Ministerium für Soziales, Integration und Gleichstellung

#### 10. Sitzung am 25. November 2020

- Anhörung zum aktuellen Stand der medizinischen Versorgung in M-V
- Angehört wurden:

- Mathias Brodkorb, Sonderbeauftragter des Landes für die Universitätsmedizinen Rostock Greifswald
- Prof. Dr. Jens Scholz, Vorstandsvorsitzender des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein
- Prof. Dr. med. Michael Albrecht, Vorstand des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden

#### 11. Sitzung am 2. Dezember 2020

- Anhörung zum aktuellen Stand der medizinischen Versorgung in M-V
- Angehört wurden:
- Bea Premper, Vorsitzende der Landesgruppe Mecklenburg-Vorpommern des DVE - Deutscher Verband der Ergotherapeuten
- Dr. Natalie Sharifzadeh, Geschäftsführerin des DBfK Nordost e. V. - Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
- Annett Dietzel, Vorsitzende des Landesverbandes Mecklenburg-Vorpommern (komm.) für Logopädie
- Matthias T. Paulsen, Vorsitzender der Landesgruppe Mecklenburg-Vorpommern und der Bezirksstelle Schwerin des VPT - Verband Physikalische Therapie
- Christiane Maschek, Präsidentin des DVTA - Dachverband für Technologen/-innen und Analytiker/-innen in der Medizin Deutschland e. V.
- René Portwich, Vorsitzender des Landesverbandes Mecklenburg-Vorpommern des VDB – Physiotherapieverband
- Claudia Stühling, 2. Vorsitzende des Vorstandes der Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg des Bundesverbandes für Podologie
- Peggy Becker (Vorstandsmitglied BVpta - Bundesverband der Pharmazeutisch-technischen AssistentInnen e. V., Regionalgruppe Mecklenburg-Vorpommern
- Marco König, 1. Vorsitzender des Vorstandes des Deutschen Berufsverbandes Rettungsdienst e. V.

#### 12. Sitzung am 13. Januar 2021

- Anhörung zum aktuellen Stand der medizinischen Versorgung in M-V
- Angehört wurden:
- Dr. Gregor Peikert, Präsident der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer
- Kathrin Herold, Vorstandsvorsitzende des Landeshebammenverbandes Mecklenburg-Vorpommern e. V.
- Prof. Dr. Birgit Seelbach-Göbel, ehemalige Direktorin der Universitätsfrauenklinik Regensburg (bis 2020) und Past-Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
- Dr. med. Stefan Zimny, Helios Kliniken Schwerin, Chefarzt Allgemeine Innere Medizin, Endokrinologie/Diabetologie
- Sabine Ohlrich-Hahn, Vizepräsidentin des Verbandes der Diätassistenten Deutscher Bundesverband e. V.

#### 13. Sitzung am 24. Februar 2021

- Anhörung zum aktuellen Stand der medizinischen Versorgung in M-V
- Angehört wurde:
- Prof. Dr. med. Dr. Maik Gollasch (Direktor der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin - Geriatrie der Universitätsmedizin Greifswald sowie Chefarzt des Altersmedizinischen Zentrums einschließlich der Abteilung für Innere Medizin und Geriatrie am Krankenhaus Wolgast)

14. Sitzung am 3. März 2021

- Anhörung zum aktuellen Stand der medizinischen Versorgung in M-V
- Angehört wurden:
- Gunnar Liebau (Geschäftsführer LiEBAU orthopädietechnik GmbH)
- Axel Pudimat (Vorsitzender des Vorstandes des Apothekerverbandes M-V e. V.)
- Dipl.-Phys. Stefan Miltenyi (Geschäftsführer Miltenyi Biotech GmbH)
- Lars Bauer (Sekretär des Kuratoriums Gesundheitswirtschaft)

15. Sitzung am 17. März 2021

- Anhörung zum aktuellen Stand der medizinischen Versorgung in M-V
- Angehört wurden:
- Berthold Witting (Verkehrsgesellschaft M-V mbH, neuer Geschäftsführer)
- Birgit Klemer (VVG Verkehrsgesellschaft Vorpommern-Greifswald mbH, Mitarbeiterin Fachgebiet Fahrplan und Tarife)
- Stefan Lösel (Verkehrsgesellschaft Ludwigslust-Parchim mbH, Geschäftsführer)
- Dr. phil. Jürgen Gies Deutsches Institut für Urbanistik gGmbH, Forschungsbereich Mobilität, Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Projektleiter)
- Christoph Gipp (IGES Institut GmbH, Geschäftsführer und Bereichsleiter Mobilität)
- Dr. Christian Mehlert (KCW GmbH, Berater)

16. Sitzung am 24. März 2021

- Anhörung zum aktuellen Stand der medizinischen Versorgung in M-V
- Angehört wurden:
- Anja Schießer (Mitglied der Enquete-Kommission; Geschäftsstelle der SELBSTHILFE MV)
- Gerold Ahrens (Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew MV e. V.)
- Karin Glause (Deutsche Parkinson Vereinigung e. V.)
- Thomas Warning (Landesverband Seelische Gesundheit MV e. V.)
- Hans-Joachim Walter (Mukoviszidose e. V.)
- Jörg Foitzik (Deutsche Rheuma-Liga MV e. V.)
- Helmut Mädler (Deutsche Gesellschaft für Muskelkranke e. V.)
- Dr. Antje Bernier (Lebenshilfe MV e. V.)

17. Sitzung am 8. April 2021

- Vorstellung des Gutachtens durch die Institute for Health Care Business GmbH

18. Sitzung am 21. April 2021

- Anhörung zum aktuellen Stand der medizinischen Versorgung in M-V
- Angehört wurden:
- Marlies Schulz (Bürgerinitiative zum Erhalt der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung des Krankenhauses „Am Crivitzer See“)
- Dr. med. Bernhard Moldenhauer (Bürgerinitiative zum Erhalt der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung des Krankenhauses „Am Crivitzer See“)
- Annett Mehlitz-Albat
- Nastja Maria Lange Bürgerinitiative „Parchimer Kinderklinik und Kreißsaal bleiben (PKKB)“
- Dr. Brigitte Knappik (Bürgerinitiative für den Erhalt des Kreiskrankenhauses Wolgast e. V.)
- Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann (Geschäftsführender Direktor und Abteilungsleiter am Institut für Community Medicine der Universitätsmedizin Greifswald)
- Prof. Dr. Neeltje van den Berg (Stellvertretende Abteilungsleiterin am Institut für Community Medicine der Universitätsmedizin Greifswald)

- Dr. h. c. Helmut Hildebrandt (Vorstandsvorsitzender der OptiMedis AG und damaliger Geschäftsführer der Gesundes Kinzigtal GmbH)

#### 19. Sitzung am 28. April 2021

- Anhörung zum aktuellen Stand der medizinischen Versorgung in M-V
- Angehört wurden:
- Dr. med. Jörg-A. Rüggeberg (Vizepräsident Berufsverband der Deutschen Chirurgen e. V.)
- Dr. Grit Braeseke (Bereichsleiterin Pflege IGES Institut GmbH)
- Dr. Mina Baumgarten (Universitätsmedizin Greifswald)
- Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann (Institut für Community Medicine)
- Prof. Dr. Dr. Melanie Börries (Institutsdirektorin Institut für Medizinische Bioinformatik und Systemmedizin Medizinische Fakultät / Albert-Ludwigs-Universität Freiburg)
- Dr. med. Christine Mundlos (Stellv. Geschäftsführerin Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen (ACHSE) e.V.)
- Prof. Peter Bauer (Chief Genomic Officer, CENTOGENE GmbH)
- Institut für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin der Unimedizin Greifswald
- Prof. Dr. med. Matthias Nauck (Institutsdirektor)
- Dr. Cornelia Müller (Leiterin Neugeborenenenscreeninglabor)
- Prof. Dr. med. Holger Lode (Geschäftsführender Direktor der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin Universitätsmedizin Greifswald)

#### 20. Sitzung am 26. Mai 2021

- **Beschluss des Abschlussberichtes und der Handlungsempfehlungen**