

Gesundheit weiter gedacht

Gesundheitspolitische Positionen
der Landesvertretung
Mecklenburg-Vorpommern
zur Landtagswahl 2021



Herausgeber

BARMER Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern

Wismarsche Str. 126

19053 Schwerin

Henning Kutzbach (V.i.S.d.P.) henning.kutzbach@barmer.de

Redaktion

Bernd Schulte

© BARMER 2021

Alle Rechte vorbehalten.

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit vorheriger schriftlicher Einwilligung der BARMER.

Die BARMER übernimmt keine Garantie für die Aktualität, Korrektheit, Vollständigkeit oder Qualität der bereitgestellten Inhalte und Verweise. Haftungsansprüche gegen die BARMER, welche sich auf die Nutzung oder Nichtnutzung der dargebotenen Informationen beziehen, sind grundsätzlich ausgeschlossen, sofern keine vorsätzliche oder grob fahrlässige Pflichtverletzung vorliegt.

Inhalt

	Seite
Vorwort	4
Qualitative Versorgung durchgehend sichern	6
Es wächst zusammen, was zusammengehört – sektorenübergreifende Planung und Versorgung umsetzen	9
Notfallversorgung effizient organisieren	13
Pflege zukunftssicher machen	16
Digitalisierung – Chancen nutzen	20

Vorwort

Die Pandemie hat sehr eindrucksvoll gezeigt, wie wichtig ein funktionierendes Gesundheitssystem ist. Mecklenburg-Vorpommern hat bisher die Krise gut bewältigt. Unser Gesundheitssystem im Land zeigt sich sehr leistungsstark und anpassungsfähig: Die ambulanten Versorgungsstrukturen gewährleisten die medizinische Grundversorgung auch bei extremer Beanspruchung. In kürzester Zeit konnten im Nordosten zudem die vorhandenen Behandlungskapazitäten für Intensivpatientinnen und Intensivpatienten stark ausgebaut werden. Das hochmotivierte ärztliche und nicht-ärztliche Personal stellt Professionalität und Einsatzbereitschaft – bis zur Erschöpfung – unter Beweis. Die Zusammenarbeit in sogenannten Clustern rund um die vier Maximalversorger im Land hat funktioniert und kann beispielgebend für die Zukunft sein.

Digitale Prozesse finden eine deutlich stärkere Akzeptanz. Ein Beispiel: Im gesamten Jahr 2019 rechneten lediglich drei Ärzte bzw. Psychotherapeuten im Nordosten die Videosprechstunde mit der BARMER ab. Nach Abschluss des dritten Quartals 2020 hat sich die Zahl der Anbieter auf mehr als 560 vervielfacht. Wir können feststellen: Das Gesundheitswesen hat bewiesen, dass es handlungs- und wandlungsfähig ist. Es setzt sich das Verständnis durch, dass digitale Neuerungen keine Bedrohung darstellen, sondern eine sinnvolle Ergänzung sind. Vernetzung ist das Gebot der Stunde in einem „verzettelten“ System.

In seiner 89. Sitzung am 14. Mai 2020 hat der Landtag Mecklenburg-Vorpommern beschlossen, eine Enquete-Kommission mit 21 Mitgliedern zum Thema „Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern“ einzusetzen. Die Fraktionen des Landtages haben elf parlamentarische und zehn nicht parlamentarische Mitglieder für die Kommission benannt. Ich habe mich sehr gefreut, als Mitglied in die Kommission berufen worden zu sein.

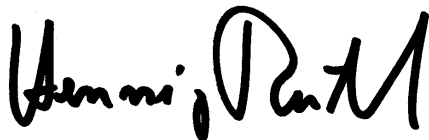
Aufgabe der Kommission war es, dem Landtag geeignete Maßnahmen zu empfehlen, um langfristig eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und flächendeckende Gesundheitsversorgung im Land Mecklenburg-Vorpommern sicherzustellen. Mittlerweile hat der Landtag in seiner Sitzung am 9. Juni 2021 den Abschlussbericht beraten.

Viele Punkte und Empfehlungen, die dort erarbeitet worden sind, decken sich mit den Positionen der BARMER. Ich hoffe, dass diese in der kommenden Legislatur aufgegriffen und umgesetzt werden.

Im Mittelpunkt für die BARMER stehen die Patientinnen und Patienten. Jede Reform muss konsequent aus ihrer Perspektive gedacht werden, denn sie sollen davon profitieren und sie zahlen dafür Beiträge. Daher geht es uns immer um Qualität und Effizienz. Im Sinne der Patienten müssen die vorhandenen Ressourcen bestmöglich eingesetzt werden.

Einen wichtigen Beitrag, um Ressourcen zu schonen, leistet die Prävention. Gerade in Mecklenburg-Vorpommern leiden immer öfter auch junge Menschen an Volkskrankheiten wie z.B. Diabetes oder Adipositas. Hier sind alle gesellschaftlichen Gruppen aufgefordert, aktiv gegenzusteuern.

Auf den kommenden Seiten möchten wir die Handlungsfelder erläutern, die aus unserer Sicht Priorität haben. Wir brauchen regional bedarfsgerechte Lösungen, einen Wettbewerb um die besten Ideen und den Mut zur Umsetzung. Mecklenburg-Vorpommern hat dann die Chance, der Zeit 50 Jahre voraus zu sein – und von Bismarck Lügen zu strafen.



Henning Kutzbach

Schwerin, im Juni 2021

Qualitative Versorgung durchgehend sichern

Die Gesundheitsversorgung in Mecklenburg-Vorpommern steht vor erheblichen Herausforderungen, bedingt durch den demographischen Wandel mit Fachkräftemangel, der besonderen Situation eines dünnbesiedelten Flächenlandes, einem veränderten Versorgungsbedarf, den technologischen und wissenschaftlichen Fortschritt sowie bundesrechtlichen Rahmenbedingungen. Die Arbeit der Enquete-Kommission hat die Herausforderungen für unser Bundesland sehr detailliert beschrieben. Umso mehr muss es elementare Aufgabe aller Akteure im Gesundheitswesen sein, eine bedarfsgerechte, gute und erreichbare Gesundheitsversorgung für alle Bürgerinnen und Bürger im Land auch in Zukunft sicherzustellen.

Die Qualität der Gesundheitsversorgung wird dabei nicht nur vom Stand der medizinischen und technischen Entwicklung bestimmt. Für eine patientenorientierte, qualitativ hochwertige medizinische Versorgung müssen vor allem auch die Strukturen des Gesundheitssystems ständig fortentwickelt werden. Ziel muss es sein, durch stärker vernetzte Versorgungsstrukturen und eine Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung mehr Koordination und Kooperation zwischen den Leistungserbringern zu erreichen und damit die Qualität und Effizienz des Gesundheitswesens in den nächsten Jahren weiter zu steigern. Die Experten in der Enquete-Kommission und das dort in Auftrag gegebene Gutachten des „Institute of Health Care Management (hcb)“ haben dieses Ziel ebenfalls formuliert.

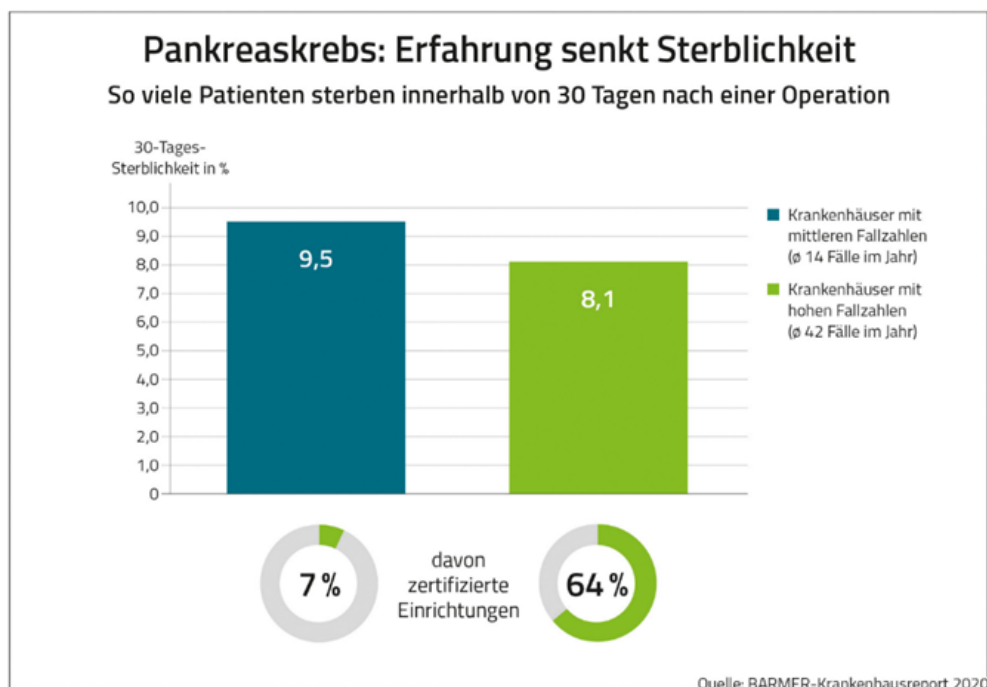
Bei bestimmten Krankheitsbildern hängt die Qualität der Gesundheitsversorgung nicht von einer wohnortnahen Erreichbarkeit, sondern von Routine und Erfahrung ab. Aus diesem Grund sollten gerade seltene und schwere Erkrankungen an ausgewählten Standorten konzentriert werden. Die Spezialisierung von Krankenhäusern auf bestimmte Eingriffe ist für die Patientensicherheit sinnvoll und erhöht die Qualität der medizinischen Versorgung. Mit vier Maximalversorgern im Land bietet Mecklenburg-Vorpommern den Menschen erreichbare Hochleistungsmedizin.

Seit Jahrzehnten ist der Gesetzgeber bemüht, die Qualität der stationären Versorgung zu verbessern. Dabei wurde eine große Zahl an Instrumenten

zur Qualitätssicherung eingeführt. Die Ergebnisse sind trotzdem vielfach nur durchschnittlich. Deshalb sollten die heute vorhandenen Möglichkeiten konsequenter genutzt und verbindlicher umgesetzt werden.

Die Regelungen zu den Mindestmengen sollen in Verbindung mit den Qualitätsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gewährleisten, dass medizinische Eingriffe nur dort stattfinden, wo die personellen und strukturellen Voraussetzungen vorhanden sind. Es zeichnet sich ab, dass bei der Umsetzung der neuen Mindestmengen Zahlen einige Krankenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern Schwierigkeiten haben werden, die Vorgaben einzuhalten.

Der Deutsche Bundestag hat das Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) am 11.06.2021 in 2./3. Lesung beschlossen. Danach können die Länder weiterhin Ausnahmen von den Mindestmengenvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses vorsehen, wenn sonst die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung gefährdet würde. Über Aus-



nahmen von der Mindestmengenregelung entscheidet künftig die Landesbehörde auf Antrag des Krankenhauses im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen. Die Aussetzung von Mindestmengen vorgaben ist jeweils auf ein Jahr befristet und muss danach neu beraten werden.

Damit die bundesweiten Qualitätsvorgaben in der Krankenhausversorgung stringent umgesetzt werden, wäre die ursprünglich vorgesehene Streichung aller Ausnahmetatbestände von den Mindestmengenregelungen konsequenter gewesen. Dass die Landesbehörden zukünftig nur im Einvernehmen mit den Krankenkassen Ausnahmeentscheidungen gewähren können, ist dennoch sinnvoll. Die Kostenträger erhalten damit ein verbindliches Mitspracherecht im Rahmen der Krankenhausplanung. Auch wenn dieses Mitspracherecht nur auf die Mindestmengenregelung begrenzt ist, handelt es sich um einen Schritt in die richtige Richtung und um eine Hürde, Ausnahmeentscheidungen nicht willkürlich anzuwenden.

Die Mindestmengenregelungen müssen zudem auf weitere Leistungsbe-
reiche ausgeweitet werden, auch empfiehlt es sich, die Anhebung beste-
hender Mindestmengen zu prüfen. In Mecklenburg-Vorpommern stellen
diese Regelungen eine besondere Herausforderung dar. Durch die geringe
Bevölkerungsdichte ist es für Krankenhäuser im ländlichen Raum beson-
ders schwierig, die notwendigen Mindestmengen zu erreichen. Da es sich
bei den Leistungen sehr häufig um planbare Eingriffe handelt, ist die Qua-
lität das Zielkriterium und nicht die räumliche Nähe. Der Anspruch Meck-
lenburg-Vorpommerns das „Gesundheitsland Nr. 1“ zu sein, würde an-
sonsten konterkariert.

Neben den Regelungen zu Mindestmengen müssen weitere verbindliche
Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität festgelegt werden.
Leistungen sollten grundsätzlich nur dann vergütet werden, wenn Min-
destanforderungen an Strukturen und Prozesse eingehalten werden.

Eine wesentliche Voraussetzung für Qualität ist eine gute Personalaus-
stattung in den Krankenhäusern. Seit 2019 gelten – mit einer pandemie-
bedingten Unterbrechung – für bestimmte Bereiche der Pflege in den
Krankenhäusern Personaluntergrenzen. Für eine bessere Pflege am Kran-
kenbett sind unterschiedliche Personaluntergrenzen je pflegesensitivem
Fachbereich grundsätzlich sinnvoll. Deshalb sollten sie schrittweise für
alle Fachabteilungen festgelegt und eingeführt werden. Die Landesregie-
rung Mecklenburg-Vorpommern müsste zukünftig die ihr übermittelten
Ergebnisse zur Einhaltung von Pflegepersonaluntergrenzen und Pflege-
personalquotienten in der Krankenhausplanung berücksichtigen.

Im ambulanten Bereich kommt den Qualitätsmanagement-Verfahren der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung eine wichtige Bedeutung zu. Sie müssen für Praxen verpflichtend werden, da Qualitätssicherungsinstrumente einen entscheidenden Beitrag für mehr Patientensicherheit leisten. Die Qualität der vertragsärztlichen Versorgung hängt auch von der Sicherheit der medizinischen Untersuchungsgeräte ab, hier werden verbindliche Vorgaben für die Ausstattung der Praxen benötigt.

**Es wächst zusammen, was zusammengehört –
sektorenübergreifende Planung und Versorgung umsetzen**

Das Zitat von Willy Brandt kann auch auf die Gesundheitsversorgung übertragen werden. Ein wachsender Bereich medizinischer Leistungen kann sowohl in der Vertragsarztpraxis als auch im Krankenhaus erbracht werden. Das Nebeneinander von Bedarfsplanungs-Regelungen für ambulante und stationäre Leistungen schafft jedoch Fehlanreize. Der Bedarf an Leistungen an der Schnittstelle zwischen allgemeiner fachärztlicher ambulanter Versorgung sowie der Grund- und Regelversorgung muss deshalb gemeinsam und sektorenübergreifend geplant werden. Dringend notwendig ist daher die Verzahnung der unterschiedlichen Versorgungsbereiche von ambulant und stationär in einer gemeinsamen Versorgungsplanung und einem einheitlichen Vergütungssystem. Durch den Systemwechsel kann eine Ausrichtung am tatsächlichen Bedarf von medizinischen Leistungen ermöglicht werden, statt einer Orientierung an bestehenden Kapazitäten von Arztsitzen und Krankenhausbetten. Das schont Ressourcen und macht medizinische Versorgung dort möglich, wo sie gebraucht wird.

Für das gesamte Bundesland Mecklenburg-Vorpommern erwartet das Gutachten von hcb einen Rückgang der stationären Fallzahlen bis 2030. Insbesondere die Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie die Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde sind von einem starken Fallzahlrückgang betroffen. Um auch in strukturschwachen und ländlichen Regionen ein stationäres Versorgungsangebot zu gewährleisten, hat der Gesetzgeber Sicherstellungszuschläge eingeführt.

Aufgrund der im bundesweiten Vergleich geringen Standortdichte – deutschlandweit die geringste Krankenhausdichte bezogen auf die Fläche – sowie vieler kleiner Standorte in Mecklenburg-Vorpommern, spielen Sicherstellungszuschläge für die Krankenhäuser im Land eine große Rolle. Krankenhäuser, die für die regionale Grundversorgung der Bevölkerung notwendig sind, die aber aufgrund geringer Fallzahlen ihre relevanten Fachabteilungen nicht kostendeckend finanzieren können, werden mit

Sicherstellungszuschlägen finanziell unterstützt. 60 Prozent aller Krankenhäuser im Land erhalten einen Sicherstellungszuschlag für den „ländlichen Raum“, was im Bundesvergleich überdurchschnittlich hoch ist. Damit wird im Nordosten eine bedarfsnotwendige Grundversorgung ermöglicht.

Notwendig ist eine Konzentration von Leistungen an bestimmten Krankenhausstandorten sowie eine Arbeitsteilung zwischen den Krankenhäusern. Insbesondere die Behandlung von seltenen und schweren Erkrankungen sowie die Durchführung von komplexen Eingriffen sollte nur an ausgewählten Standorten mit entsprechender Spezialisierung erfolgen.

Leistungen der Grundversorgung können beispielsweise in integrierten Gesundheitszentren erbracht werden, wie im hcb-Gutachten vorgeschlagen wird. Kleine Grundversorger können in integrierten Gesundheitszentrum aufgehen und zum Prototyp sektorenübergreifender Versorgung werden. Damit finden kleine Grundversorger eine neue Rolle in der Versorgung: Die Basisversorgung findet in den integrierten Gesundheitszentren und in den größeren Regionalversorgern statt. Die Spezialversorgung kann entweder, je nach Schwerpunktsetzung, in den Regionalversorgern oder in den Hochleistungsstandorten in Greifswald, Rostock, Neubrandenburg und Schwerin stattfinden.

Der zukünftigen Krankenhausplanung sollte ein Konzept mit gestuften Versorgungsstrukturen aus Regel-, Grund- und Maximalversorgern zugrunde liegen. Dafür werden die Leistungen auf Bundesebene den einzelnen Versorgungsstufen zugeordnet. Die Vorgaben würden dabei durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) unter Berücksichtigung leistungsbezogener Mindestanforderungen an Strukturen und Prozesse konkretisiert. Das Land Mecklenburg-Vorpommern legt anschließend einzelne Regionen fest und bestimmt auf Grundlage des Versorgungsbedarfs und der Vorgaben des Bundes die dortigen Krankenhausstandorte.

Die im hcb-Gutachten vorgeschlagene Clusterung und die damit verbundene Aufgabenzuteilung ist sinnvoll umzusetzen. Dasselbe gilt für die Empfehlung aus dem Gutachten, wo immer möglich, gesellschaftsrechtliche Zusammenschlüsse anzustreben oder zumindest trägerübergreifende Kooperationen zu suchen. Wie im Abschlussbericht der Enquete-

Kommission beschrieben, sollen in einer Cluster-Struktur Akteure aller Bereiche der medizinischen Versorgung zusammenwirken.

Die Versorgungsangebote werden aufeinander abgestimmt und regional koordiniert. Es ist sinnvoll, die im Abschlussbericht der Enquete-Kommission geforderte Bereitstellung und Vergabe von Investitionsfördermitteln an den Clustern zu orientieren. Die Festschreibung in der Krankenhausplanung des Landes ist nur folgerichtig. Damit wird die rechtliche Grundlage für die Krankenhausversorgung im Rahmen zukünftiger Versorgungscluster geschaffen.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang die Finanzierung der Investitionskosten der Krankenhäuser. Die notwendigen Investitionen werden dabei in Relation zu den Betriebskosten gesetzt. 1991 flossen zum Beispiel bundesweit 3,6 Milliarden Euro öffentliche Fördermittel. Bei einem damaligen Gesamtumsatz der Krankenhäuser von rund 36 Milliarden Euro entsprachen sie 10 Prozent des Umsatzes. Dieser Wert sank bundesweit weitgehend kontinuierlich bis zuletzt auf 3,4 Prozent im Jahr 2018.

„Dem Investitionsbedarf der Krankenhäuser kommen die Länder nicht mehr in ausreichendem Maße nach, was auf Dauer die Unternehmenssubstanz gefährden kann.“ (Gutachten hcb, S. 37)

In Mecklenburg-Vorpommern lag der Anteil der Fördermittel aus dem Krankenhausgesetz am Umsatz bei niedrigen 2,8 Prozent im Jahr 2018. Laut dem hcb-Gutachten der nötige Investitionsbedarf für ein Krankenhaus mindestens bei 7 Prozent vom Umsatz liegen sollte, um das bestehende Sachanlagevermögen langfristig erhalten zu können. Bei einem Zielwert von 7,5 Prozent, wären für Mecklenburg-Vorpommern jährliche Fördermittel in Höhe von etwa 135 Mio. Euro notwendig. Derzeit beträgt das Volumen im Haushalt etwa 50 Mio. Euro (2018). Hier besteht dringender Handlungsbedarf.

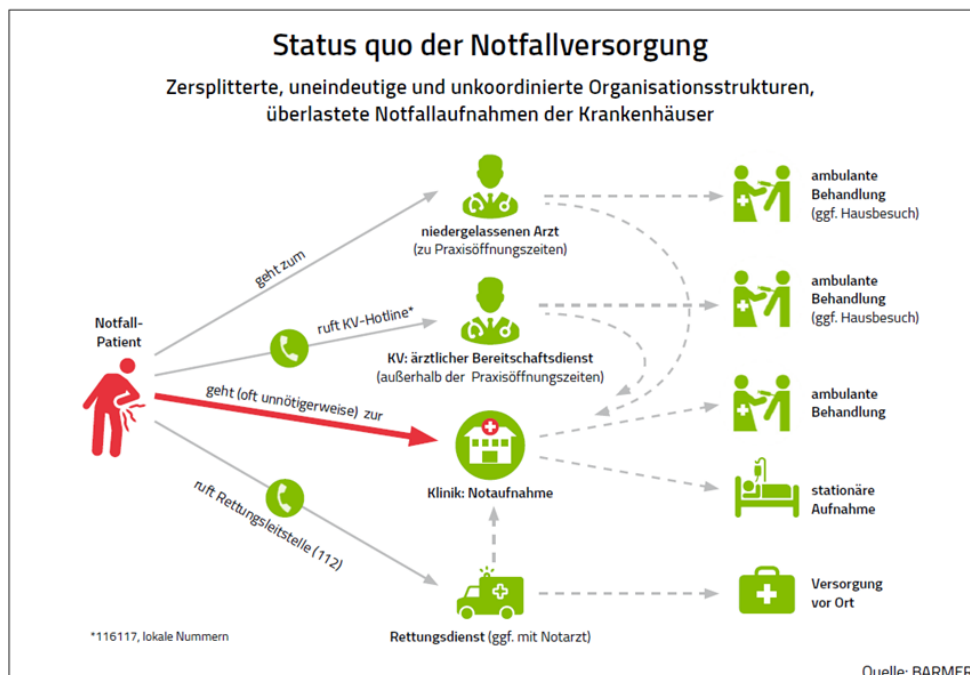
Notfallversorgung effizient organisieren

Die Notfallversorgung bedarf einer umfassenden Reform. Das bestehende System muss effektiver und effizienter und für hilfesuchende Patientinnen und Patienten klar strukturiert werden. Im Rahmen der abschließenden Lesung des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes (GVWG) im Bundestag wurde zumindest ein erster Reformschritt gegangen, indem ein Ersteinschätzungsverfahren für die ambulante Notfallbehandlung im Krankenhaus eingeführt wird. Die Entwicklung einer sektorenübergreifenden Notfallversorgung ist eines der wichtigsten Projekte der nächsten Legislaturperiode im Bund sowie in Mecklenburg-Vorpommern.

Die aktuelle Notfallversorgung aus ärztlichem Bereitschaftsdienst, den Notaufnahmen in Kliniken und dem Rettungsdienst muss dringend zu einem integrierten System weiterentwickelt werden. Darüber waren sich die Sachverständigen bei der Anhörung zum Thema Notfallversorgung im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages im Juni einig. Auch die Experten in der Enquete-Kommission in Mecklenburg-Vorpommern sprachen sich für eine sektorenübergreifende, strukturierte Notfallversorgung mit integrierten Notfallzentren aus. Dazu gehört auch die Schaffung eines eigenständigen Leistungsbereichs für den Rettungsdienst im SGB V.

Mit dem GVWG wird der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt, ein standardisiertes und bundesweit einheitliches Ersteinschätzungsverfahren für die ambulante Notfallbehandlung im Krankenhaus zu entwickeln. Damit kann Patientinnen und Patienten, die ambulant behandelbar sind, der Weg in die richtige Versorgungsebene zugewiesen werden. Auf diese Weise werden die Kapazitäten der Krankenhäuser entlastet und stehen für tatsächliche Notfälle zur Verfügung. Patientinnen und Patienten, die in der vertragsärztlichen Versorgung behandelt werden können, erhalten nach einem Ersteinschätzungsverfahren einen erleichterten Zugang zur Terminvermittlung durch die Terminservicestellen, sie benötigen keine Überweisung mehr.

Die Neuregelungen aus dem GVWG können nur ein erster Schritt für eine umfassende Reform der Notfallversorgung sein. Diese Reform ist jedoch notwendig, um klare Versorgungsstrukturen für die Notfallbehandlung von Patientinnen und Patienten zu schaffen und Fehlanreize aus drei bislang nebeneinander bestehenden Versorgungsbereichen zu beenden. Dazu braucht es allerdings den Reformwillen von Bund und Ländern.



In Mecklenburg-Vorpommern erfolgt aktuell eine Überplanung der Rettungswachen und des bodengebundenen Rettungsdienstes. Das in diesem Zusammenhang beauftragte Gutachten empfiehlt zur Verbesserung der rettungsdienstlichen Versorgung weitere Rettungswachen und Rettungsmittel. Hier ist kritisch zu hinterfragen, ob diese Maßnahmen zu einer wirklichen Qualitätsverbesserung der Notfallversorgung führen. Schon heute sind die Rettungseinsätze im Land rückläufig. Hochgerechnet auf die einzelne Rettungswache, würden weitere Wachen dazu führen, dass teilweise nur noch 1-2 Einsätze pro Tag gefahren würden – eine Entwicklung, die weder qualitativ befriedigt noch wirtschaftlich ist.

Im Notfall sind teilweise längere Strecken zum geeigneten Krankenhaus zurückzulegen. Dabei zählt jedoch nicht primär die Zeit, um vom Ort des

Notfalls zum geeigneten Krankenhaus zu gelangen, sondern vielmehr die Zeit bis zur Einleitung der ersten Behandlungsschritte. Dazu muss das Krankenhaus, das den Notfall aufnimmt, bereits bei Ankunft des Rettungswagens für den Patienten vorbereitet sein.

Außerdem sollten im Rettungswagen erste wichtige Schritte durch den Notarzt oder entsprechend ausgebildete Rettungssanitäter unternommen werden können. Insbesondere braucht es eine stabile und von Anfang an bestehende telemedizinische Anbindung zum anzusteuernenden Krankenhaus. Der in Mecklenburg-Vorpommern erprobte „Telenotarzt“ sollte, wie auch in der Enquete empfohlen, landesweit umgesetzt werden.

Pflege zukunftssicher machen

Im Jahr 2019 gab es bundesweit 496 Pflegebedürftige je 10.000 Einwohner, in Mecklenburg-Vorpommern waren es mit 640 rund 30 Prozent mehr. Diese höhere Zahl lässt sich durch die ältere Bevölkerung im Land erklären, macht aber zugleich deutlich, vor welchen Herausforderungen die Pflege in Mecklenburg-Vorpommern steht. Dabei sichern im Land über 500 ambulante Pflegedienste, mehr als 220 Tagespflegeeinrichtungen und über 250 vollstationäre Pflegeeinrichtungen eine flächendeckende und bedarfsgerechte pflegerische Versorgung.

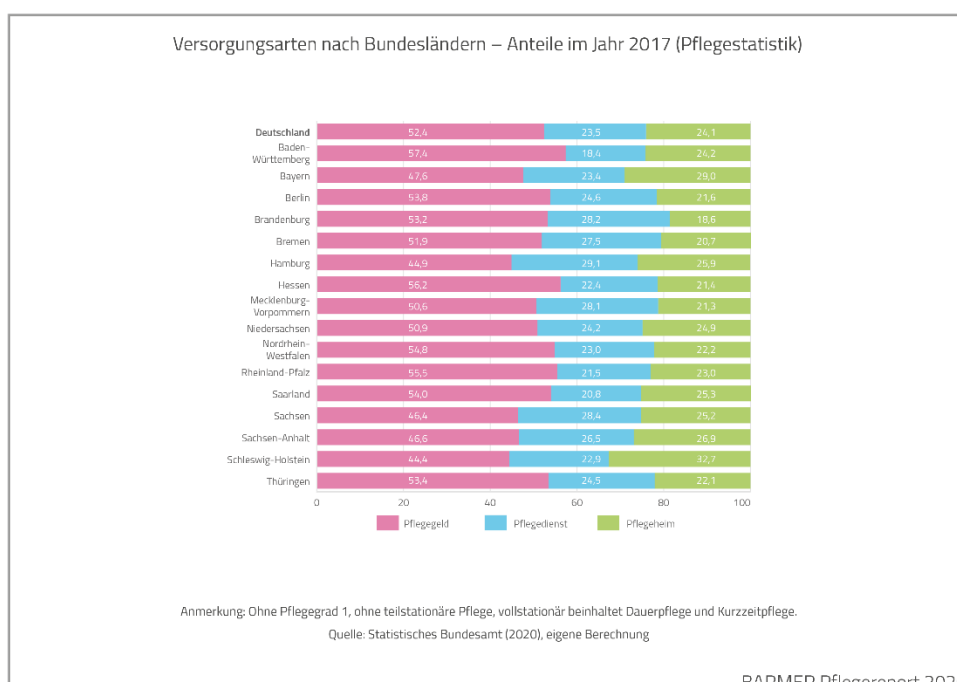
Auf der Bundesebene hat es im Juni 2021 neue gesetzliche Regelungen für den Pflegebereich gegeben. Der Deutsche Bundestag hat das Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) am 11.06.2021 in 2./3. Lesung beschlossen. Eingang in das GVWG haben unter anderem die pauschale Übernahme von Kosten für medizinische Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen durch die GKV ab dem 01.01.2022 oder der neue Leistungsanspruch auf Übergangspflege im Krankenhaus gefunden. Weitere Regelungen sind u.a., dass die Pflegeeinrichtungen in Zukunft nur noch dann zugelassen werden sollen, wenn sie ihre Pflegekräfte nach Tarif bezahlen. Deshalb dürfen die Pflegekassen ab 01.09.2022 Versorgungsverträge nur noch mit solchen Pflegeeinrichtungen abschließen, die ihren Pflege- und Betreuungskräften eine Entlohnung zahlen, die in Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen vereinbart ist. Die Regelung setzt einen starken Anreiz, attraktivere Löhne in der Altenpflege zu zahlen. Dies ist auch deshalb notwendig, um eine Abwanderung der Fachkräfte in die besser bezahlte Krankenpflege zu verhindern.

Um Pflegebedürftige vor Überforderung durch steigende Pflegekosten zu schützen, so die Begründung im Gesetz, zahlt die Pflegeversicherung bei der Versorgung im Pflegeheim künftig neben dem nach Pflegegrad differenzierten Leistungsbetrag einen Zuschlag. Er steigt mit der Dauer der Pflege: Im ersten Jahr trägt die Pflegekasse 5 Prozent des pflegebedingten Eigenanteils, im zweiten Jahr 25 Prozent, im dritten Jahr 45 Prozent und danach 70 Prozent. In der ambulanten Pflege werden die Sachleistungsbeträge um 5 Prozent erhöht, um auch dort den steigenden Vergütungen Rechnung zu tragen.

Um die Finanzierung der Pflegeversicherung zu sichern und die Pflegebedürftigen weiter finanziell zu entlasten, ist die vollständige Übernahme der Investitionskosten in der Pflege durch das Land zwingend notwendig.

Auf die Pflegekassen kommen durch die Regelungen in den nächsten Jahren Ausgaben in Milliardenhöhe zu, die nicht ausreichend gegenfinanziert sind. Notwendig ist eine sichere Finanzierung der Pflegeversicherung. Der dafür notwendige Steuerzuschuss sollte verstetigt werden und im Gleichschritt mit den Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung regelmäßig steigen.

Die Familie ist das Fundament der Pflege in Deutschland. In Mecklenburg-Vorpommern erhalten rund 50 Prozent aller Pflegebedürftigen Pflegegeld und werden durch Familie und Vertraute gepflegt. Angesichts der demografischen Entwicklung, wie im Gutachten der Enquete-Kommission aufgezeigt wird, ist davon auszugehen, dass künftig noch deutlich mehr Angehörige pflegerische Aufgaben übernehmen. Dies bringt vielfache Belastungen mit sich, ganz besonders, wenn nebenher noch eine Berufstätigkeit besteht. Dem BARMER Pflegereport zufolge fühlen sich viele Angehörige überlastet.



Um hier zu helfen, ist die Etablierung eines Case-Managements zielführend. Besonders Menschen mit komplexem Behandlungsbedarf, wie etwa geriatrische Patientinnen und Patienten, sind häufig auf Unterstützung angewiesen, um im für sie unübersichtlichen Gesundheitssystem die notwendigen Versorgungsleistungen zu erhalten. Dabei müssen alle Möglichkeiten für eine kontinuierliche Versorgung der Patientinnen und Patienten genutzt werden. Das setzt die Zusammenarbeit der verschiedenen Gesundheitsberufe zwischen den unterschiedlichen Sektoren im Gesundheitswesen voraus. Diese Unterstützung können Case Manager leisten, indem sie die Versorgungsleistungen für Patientinnen und Patienten koordinieren und diese engmaschig betreuen. Das Case Management umfasst aber auch die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung.

Qualifizierte Fachkräfte in einer Praxis, einem Ärztenetz oder in einer Krankenkasse müssen als Case Manager im Rahmen der Delegation den individuellen Unterstützungsbedarf der Patientinnen und Patienten koordinieren und sie zielgerichtet an andere Leistungserbringer weiterleiten dürfen. Hierzu ist eine enge Abstimmung unter ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringern notwendig.

Auch im Gutachten von hcb wird die Bedeutung des Case-Managements gerade für Mecklenburg-Vorpommern aufgezeigt. Der Vorschlag, Case-Manager an die „Integrierten Gesundheitszentren“ anzubinden, ist sinnvoll und sollte umgesetzt werden.

Es ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, mehr niedrigschwellige Angebote zu entwickeln, um frühzeitig professionelle Hilfe leisten und Alarmsignale wahrnehmen zu können. Die gesetzliche Pflegeberatung ist ein wichtiger Baustein, doch auch die Kommunen und Landkreise sind gerade in den ländlichen Regionen in der Pflicht, aufsuchende Strukturen zu schaffen. Mit dem Ausbau von insgesamt 19 Pflegestützpunkten hat das Land gemeinsam mit den Kommunen und den Pflegekassen ein flächendeckendes Unterstützungsangebot etabliert.

Hilfreich war die finanzielle Unterstützung des Landes bei der Entwicklung einer umfassenden und abgestimmten Pflegesozialplanung durch kreisfreie Städte und Landkreise. Diese kommunalen Pflegesozialplanungen

sollen nach Vorstellung des Landes zu seniorenpolitischen Gesamtkonzepten weiterentwickelt werden.

Eine hohe pflegerische Qualität, unabhängig vom Ort der Leistungserbringung, ist für Pflegebedürftige elementar. Wichtig sind daher hohe Qualitätsstandards auch für alle pflegerischen Einrichtungen des betreuten Wohnens und in Pflegewohngemeinschaften. Daher muss in Mecklenburg-Vorpommern das Einrichtungenqualitätsgesetz reformiert werden. Sinnvoll ist die bisherige Unterscheidung dieser Wohnformen von stationären Einrichtungen aufzuheben und für alle gleiche Qualitätsstandards festzulegen. Das Land sollte zudem dafür sorgen, dass in Mecklenburg-Vorpommern eine Stelle geschaffen wird, die für die nötige Transparenz sorgt und eine Übersicht über das Leistungsspektrum und die Pflegequalität der Anbieter schaffen kann.

Digitalisierung – Chancen nutzen

Was in fast allen Büros kaum noch zu finden ist, spielt im Gesundheitswesen immer noch eine zentrale Rolle – das Faxgerät. Viele Prozesse erfolgen noch immer analog oder werden durch Medienbrüche (ausdrucken, versenden, wieder einscannen) ausgebremst. Die BARMER forciert deshalb bereits seit mehreren Jahren eine Digitalagenda und baut ihre Online- und App-Angebote sukzessive aus, um papierlos und unkompliziert mit ihren Versicherten zu kommunizieren.

In Mecklenburg-Vorpommern strebt die Landesregierung einen flächendeckenden Breitbandausbau an. In einem ersten Schritt soll der landesweite Ausbau mit 50 Mbit/s umgesetzt werden. Im kommenden Jahrzehnt soll nach den Vorstellungen des zuständigen Landesministeriums die stufenweise Weiterentwicklung des bestehenden Netzes zu einem für jedermann verfügbaren Hochleistungsnetz erfolgen. Im Moment ist die Versorgung jedoch noch nicht zufriedenstellend. Rund 50 Prozent der Haushalte im Land können aktuell über Bandbreiten von mindestens 50 Mbit/s verfügen. Es besteht aber ein Gegensatz der Versorgung zwischen städtischen Bereichen und dem ländlichen Raum. Im ländlichen Raum liegt die Abdeckung bei knapp 15 Prozent. Jede Weiterentwicklung im medizinischen Bereich ist jedoch davon abhängig, dass die Menschen in Mecklenburg-Vorpommern einen digitalen Zugang erhalten.

Dies muss weiterhin ein Schwerpunkt der zukünftigen Regierungsarbeit sein. Dabei müssen Gesundheitsversorger (Praxen, Krankenhäuser, Apotheken, Therapeuten, Pflegeeinrichtungen, Reha-Kliniken) mehr Priorität bekommen. Momentan besteht keine Übersicht, wie gut sie mit schnellem Internet ausgestattet sind. Mit der Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) und Anwendungen wie dem eRezept, dem elektronischen Krankenschein (eAU) und Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGa) ist eine stabile, leistungsfähige Internetanbindung unverzichtbar. Dies ist insbesondere wichtig, um auch untereinander einen reibungslosen, digitalen Austausch zu sichern. Andernfalls gerät das Ziel einer flächendeckenden Gesundheitsversorgung perspektivisch in Gefahr.

In der von der Landesregierung 2018 verabschiedeten „Digitalen Agenda“ wird als ein Projekt der im Landkreis Vorpommern-Greifswald entwickelte „Telenotarzt“ aufgegriffen. Die angestrebte Ausweitung auf das ganze Land ist sinnvoll und unterstützt langfristig die Notfallversorgung im Nordosten.

Die Digitalisierung kann einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, die Abläufe im Gesundheitswesen stärker zu automatisieren, Schnittstellen zu optimieren und Fehleranfälligkeit zu vermindern. Sie bietet zudem die Chance, analoge Prozesse kritisch zu hinterfragen und zu optimieren. So könnte moderne Technologie der Schlüssel dazu sein, Rationierung von Leistungen zu vermeiden, wenn die personellen und vermutlich auch finanziellen Ressourcen knapper, aber die Bedarfe größer werden.

Mögliche Leitplanken und Ziele für die Digitalisierung von Prozessen sind eine bessere Patientensicherheit (z.B. bei Entlassmanagement, Medikation, Notfallversorgung), engere Patienten-Einbindung (z. B. Schulungen, Nachsorge, Tele-Monitoring) und die Zusammenarbeit zwischen mehreren Kliniken, aber auch Praxen.

Die Telemedizin erlebt seit Beginn der Corona-Krise einen großen Aufschwung, die Vorteile der Digitalisierung in der Medizin werden jetzt besonders deutlich. So findet die Fernbehandlung per Videosprechstunde inzwischen große Akzeptanz, vor allem im Bereich der Psychotherapie. Daher ist es sinnvoll, dass Ärztinnen und Ärzte die Möglichkeiten der Telemedizin, einschließlich der Fernverschreibung von Arzneimitteln, umfangreicher in der Versorgung nutzen.

Wichtig ist es, regional bedarfsgerechte Angebote der Telemedizin zu entwickeln und eine Anschubfinanzierung zu ermöglichen. Telemedizin kann gerade im ländlichen Raum das Recht auf freie Arztwahl stärken und eine bessere Erreichbarkeit medizinischer Expertise gewährleisten. Mit den Möglichkeiten des Tele-Monitorings profitieren insbesondere chronisch Erkrankte, aber auch Schwangere (bspw. der Hebammen-Service „Kinderheldin“) von einer niedrigschwelligen Betreuung. Auch für Menschen in Quarantäne oder immobile Personen etwa in Pflegeeinrichtungen ergeben sich Vorteile durch die digitale Ansprache.

Telemedizin kann grundsätzlich den persönlichen Kontakt zwischen Arzt und Patient nicht ersetzen. Aber sie kann eine sinnvolle Ergänzung mit großem Nutzen sein. Wir sollten die Digitalisierung als Chance begreifen und den Mut haben, neue Technologien auszuprobieren.