

Schwerin, 7.9.2020

vdek-Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern zu dem „Fragenkatalog Krankenkassen“ der Enquete-Kommission „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“

A. Grundsatzfragen / Detailfragen

A.1 Grundsatzfragen

- 1. Inwieweit teilen Sie die Auffassung (aus dem Einsetzungsbeschluss), wonach eine bedarfsgerechte, gute und erreichbare Gesundheitsversorgung als elementarer Bestandteil der öffentlichen Daseinsvorsorge zu betrachten ist?**
- 2. Was leitet sich daraus aus Ihrer Sicht ab?**
- 3. Welche Kriterien bestimmen aus Ihrer Sicht die Qualität einer medizinischen Versorgung der Bevölkerung von Mecklenburg-Vorpommern? Wie werden die Qualitätsindikatoren den Patientinnen und Patienten zur Verfügung gestellt?**

Zusammengefasste Antwort zu den Grundsatzfragen 1 bis 3:

„Die Gesundheit ist zwar nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts“ ist ein Zitat, das womöglich nicht wahrhafter Weise immer wieder Arthur Schopenhauer zugeschrieben wird. Hingegen ist unstrittig, dass die Sicherstellung der medizinischen Versorgung ein grundlegender Bestandteil der Daseinsvorsorge ist. Insofern ist die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen und bedarfsgerechten medizinischen Versorgung sogleich die Grundvoraussetzung, um die Gesundheit eines jeden Einzelnen von uns wiederherzustellen bzw. diese in einem bestmöglichen Umfang aufrechtzuerhalten. Dieser Aspekt im Einzelnen, sowie das Bestreben nach einer gut erreichbaren Gesundheitsversorgung stellt uns, vor dem Hintergrund der Stichworte demographischer Wandel, dünnbesiedeltes Flächenland und drohender Fachkräftemangel im ärztlichen sowie pflegerischen Bereich, gemeinsam in Mecklenburg-Vorpommern vor große Herausforderungen.

Ziel einer Neuausrichtung der medizinischen Versorgungsstruktur sollte daher eine bedarfsgerechte Versorgungsplanung unter Mitwirkung der Krankenkassen sein, die insbesondere den ambulanten und stationären Sektor umfangreich miteinander verknüpft. Eine sektorenübergreifende Versorgung, flankiert durch den Ausbau und die Nutzung von Telemedizin sowie die Vorhaltung von hochspezialisierter und standortbezogen konzentrierter Medizin, bilden den Lösungsansatz für eine qualitativ hochwertige Versorgung, welche nur flächendeckend unter der Maßgabe

einer guten Infrastruktur sowie eines entsprechenden Notfallrettungskonzeptes erfolgen kann.

Zudem bedarf es ebenfalls der Vorhaltung entsprechender räumlicher und technischer Ausstattung, die in Abhängigkeit zu den bereitgestellten Investitionsmitteln stehen. Hier ist insbesondere im stationären Sektor auf die nicht hinreichende Investitionsfinanzierung durch das Land hinzuweisen. Neben diesen Punkten ist es außerdem notwendig, konkrete und klardefinierte Struktur- und Prozessvorgaben zu verankern. Als Beispiel eignen sich hier bereits umgesetzte Mindestmengenvorgaben für bestimmte Eingriffe in Krankenhäusern. Auswertungen zeigen, dass die Qualität und der Erfolg des Eingriffes maßgeblich durch die Anzahl der erbrachten Leistungen des durchführenden Operationsteams beeinflusst werden. Behandlungserfahrung und Patientensicherheit stehen somit in einem direkten Zusammenhang. Diese Erkenntnis ist somit aufzugreifen und Struktur- und Prozessvorgaben weiter auszubauen.

Darstellbare Qualitätsaspekte gilt es für die Bürgerinnen und Bürger zugänglich zu machen. Hier eignet sich insbesondere eine Verknüpfung zu der Suche nach einer geeigneten Behandlungsmöglichkeit, da die Qualität direkten Einfluss auf die Wahl des Leistungserbringers hat. Dies haben die Ersatzkassen bereits aufgegriffen und online die „vdek-Lotsen“ ins Leben gerufen (www.vdek-kliniklotse.de; www.vdek-arztlotse.de; www.pflegelotse.de). Alle Bürgerinnen und Bürger haben hier die Möglichkeit detaillierte Informationen zu Krankenhäusern bzw. Ärzten oder Pflegeeinrichtungen in Bezug auf Behandlung, Ausstattung und Qualität zu erhalten.

A.2 Detailfragen

I. Stationäre Versorgung

1. Wie bewerten Sie die Krankenhausdichte in M-V und welche Vor- bzw. Nachteile ergeben sich aus dieser?
2. Welche Bedeutung haben aus Ihrer Sicht Sicherstellungszuschläge und welchen Änderungsbedarf sehen Sie?
3. Wo liegen aus Sicht der Krankenkassen Probleme in folgenden Bereichen und was wird zu deren Behebung getan? (bitte immer stationär, ambulant und Schnittstellen sowie städtisch und ländlich geprägte Versorgungsräume)
 - a. Kinder- und Jugendmedizin
 - b. Geriatrische Versorgung
 - c. Palliativ- und schmerzmedizinische Versorgung
 - d. psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung

- e. Anschlussheilbehandlungen und Rehabilitation
- f. Versorgung seltener Erkrankungen
- g. Gendermedizin
- h. Medizinische Versorgung von Migrant/Innen
- i. Barrierefreiheit im Gesundheitswesen
- j. Erreichbarkeit von Haus- und Fachärzten sowie weiteren Behandlern in der Fläche
- k. Medikamentenversorgung

Zusammengefasste Antworten zu den Fragen 1 bis 3:

Die Krankenhausstandorte sind maßgeblich an der medizinischen Versorgung in unserem Land beteiligt und in der ausreichend vorgehaltenen Anzahl nicht zu hinterfragen. Die Betrachtung sollte eher auf die dort zukünftig zu erbringenden Leistungen in Bezug auf eine flächendeckende und qualitative Versorgung unter der Maßgabe der Anpassung an den tatsächlichen Versorgungsbedarf abzielen. Dies kann aus unserer Sicht zum einen nur erfolgen, wenn sich die Krankenhäuser schwerpunktmäßig spezialisieren. Ein sich nahezu deckendes Leistungsspektrum ist dahingehend kontraproduktiv, da es zu Lasten der Fallzahlen, einen negativen Einfluss auf die Behandlungsqualität hat. Außerdem werden unnötig die ohnehin knappen Fachpersonalressourcen belastet.

Anderes gilt für die Grund- und Regelversorgung, die an jedem Standort sicherzustellen ist. Insbesondere Krankenhäuser in ländlichen Regionen, in denen die Sicherstellung der ambulanten Versorgung eine zunehmende Herausforderung darstellt, sollten in puncto sektorenübergreifende Versorgung ebenfalls ambulante Leistungen zum Zwecke der Sicherstellung übernehmen dürfen. Andersherum sollte niedergelassenen Ärzten ebenfalls der Zugang zu stationären Strukturen im Rahmen von ambulanten Eingriffen ermöglicht werden, um Synergien zu nutzen und auch die Beteiligung im Rahmen von Kooperationen mit Krankenhäusern zu Gunsten der Sicherstellung der stationären Versorgung nicht ausgeschlossen werden. Nur somit kann eine bedarfsgerechte und patientenorientierte Planung der Gesundheitsversorgung erfolgen. Dies erfordert ein Umdenken in der bisher grenzbasierten Finanzierung der einzelnen Sektoren.

Die Gewährung von Sicherstellungszuschlägen basiert auf den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) und dient dazu, eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung in den relevanten Fachabteilungen eines Krankenhauses im Falle von finanziellen Defiziten aufgrund eines geringen Versorgungsbedarfes sicherzustellen. Grundsätzlich sollte eine differenzierte Betrachtung der Gründe für ein finanzielles Defizit des Krankenhauses erfolgen – ist

dieses tatsächlich aufgrund eines geringen Versorgungsbedarfes oder eher auf eine nicht ausreichend wirtschaftliche Betriebsführung zurückzuführen? In den Entscheidungsprozess sollten die Krankenkassen hinsichtlich einer eingehenden Prüfung im Rahmen der Finanzierungsverantwortung im Sinne der Solidargemeinschaft mit einbezogen werden.

Des Weiteren ist zu konstatieren, dass Sicherstellungszuschläge lediglich eine Art der Symptombekämpfung darstellen und nur als überbrückendes und unterstützendes Instrument gesehen werden sollten. Unabhängig hiervon ist zwingend eine bedarfsgerechte und patientenorientierte Struktur der Gesundheitsversorgung anzustreben, die sich selbst zukunftssicher und wirtschaftlich trägt.

II. Ambulante Versorgung

1. Ist den Krankenkassen bekannt, dass Facharzttermine in vielen Bereichen trotz Dringlichkeitsvermerk oft nicht möglich sind? Welche Konzepte gibt es?

Am 11.5.2019 trat das Terminservice- und Versorgungsgesetz in Kraft, mit dem sich der Bundesgesetzgeber der Situation um die Vermittlung von Facharztterminen angenommen hat.

Zwei Regelungen seien hier herausgegriffen:

- Der Auf- bzw. Ausbau der Terminservicestellen, die unter anderem innerhalb von vier Wochen, in Akutfällen auch direkt, einen Facharzttermin vermitteln,
- die extrabudgetäre Vergütung von Neupatienten sowie verschiedene Zuschlagsregelungen bei vermittelnden Hausärzten und behandelnden Fachärzten.

Letzteres ist von den Krankenkassen zusammen mit der Kassenärztlichen Vereinigung M-V in den Honorarverhandlungen umgesetzt und unterstützt die KV bei ihrem Sicherstellungsauftrag.

2. Wo liegen aus Sicht der Krankenkassen Probleme in folgenden Bereichen und was wird zu deren Behebung getan? (bitte immer stationär, ambulant und Schnittstellen sowie städtisch und ländlich geprägte Versorgungsräume)

- a. Kinder- und Jugendmedizin
- b. Geriatrische Versorgung
- c. Palliativ- und schmerzmedizinische Versorgung
- d. psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung
- e. Anschlussheilbehandlungen und Rehabilitation

- f. Versorgung seltener Erkrankungen
- g. Gendermedizin
- h. Medizinische Versorgung von Migrant/Innen
- i. Barrierefreiheit im Gesundheitswesen
- j. Erreichbarkeit von Haus- und Fachärzten sowie weiteren Behandlern in der Fläche
- k. Medikamentenversorgung

Die demographische Entwicklung, stagnierende Geburtenzahlen, steigende Fallzahlen im Bereich der Psychotherapie sind gerade auch in M-V ein Thema. Im Honorarbereich werden vom Bewertungsausschuss auf Bundesebene jährlich Veränderungsdaten festgestellt, die die Diagnose- und die Demographieentwicklung je Bundesland berücksichtigen. Die Steigerungsraten sind in M-V im Vergleich zu den anderen Bundesländern hoch. Die gesetzliche Krankenversicherung trägt dieser Entwicklung Rechnung, indem sie in M-V diese vergleichsweise hohen Honorarsteigerungen für die ambulante medizinische Versorgung bereitstellen. Zudem finanzieren die Kassen nach entsprechender Abstimmung mit der KVMV die Förderung der Weiterbildung gem. § 75a SGB V und den Strukturfonds nach § 105 (1a) SGB V. Alle Instrumente dienen dem Ziel, die ambulante medizinische Versorgung zu halten und wo immer es geht auch zu verbessern.

- 3. Innerhalb der OECD ist ein Trend zur Ambulantisierung der Medizin zu beobachten. Deutschland befindet sich quantitativ beim ambulanten Operieren auf einem der hinteren Plätze. Wie bewerten Sie diese Situation? Gibt es Pläne dies ggf. zu ändern, und wenn ja welche? Welches Ambulantisierungspotential sehen Sie bei stationären Behandlungen?**

Nach dem SGB V gilt der Grundsatz ambulant vor stationär. Wann immer eine ambulante Behandlung indiziert ist, ist dieser Ansatz vorrangig zur stationären Versorgung. Bezüglich der verschiedenen Hemmnisse einer weiteren Ambulantisierung verweisen wir auf die Ausführungen unserer Mitgliedskassen TK, BARMER und DAK-G.

- 4. Obwohl Deutschland im internationalen Vergleich bei der Mund- und Zahngesundheit eine Spitzenposition einnimmt, gibt es Personengruppen, die von den Versorgungsmöglichkeiten nicht ausreichend profitieren. Dies betrifft insbesondere alte und pflegebedürftige Menschen, Personen mit Handicaps sowie**

Kleinkinder bis zum dritten Lebensjahr. Was ist geplant, um die zahnmedizinische Versorgung für diese Personen zu verbessern?

Ab dem 3. Lebensjahr ist die Gruppenprophylaxe, ebenso wie die Individualprophylaxe eine Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung und wird durch diese finanziert. Die Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (LAJ), über die sich der vdek und die Ersatzkassen im Bereich der Gruppenprophylaxe engagieren, diskutierte diese auch für jüngere Kinder, hier bestehen aber pädagogische Grenzen. Mit der Neufassung der G-BA Richtlinie über die Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen werden Säuglinge und Kleinkinder vor dem dritten Lebensjahr jetzt im Rahmen der Individualprophylaxe versorgt.

Kinder mit Handicaps werden in Behinderteneinrichtungen in M-V, anders als in anderen Bundesländern, im Rahmen einer Intensivierung der Gruppenprophylaxe einbezogen.

Für pflegebedürftige Personen in Pflegeeinrichtungen hat der Gesetzgeber die Möglichkeit integriert, dass eine Pflegeeinrichtung mit einem Zahnarzt eine Kooperation eingehen kann. In MV haben wir mittlerweile 123 Kooperationsverträge.

5. Durch die hohe und zunehmende administrative Belastung bleibt den Praxisteams weniger Zeit für die Behandlung und Versorgung von Patienten. Dazu gehören beispielsweise die wachsenden Dokumentations- und Kontrollpflichten, die sich aus Gesetzen und Verordnungen wie der Röntgenverordnung, dem Medizinproduktegesetz, dem Patientenrechtegesetz sowie der Datenschutzgrundverordnung ergeben, das komplizierte Abrechnungsverfahren über die Kassen-ärztlichen Vereinigungen oder das Verfassen von Berichten zum Beispiel für private Krankenversicherungen und Beihilfestellen. Auch durch diese hohe administrative Belastung verliert der Beruf des niedergelassenen Arztes/Zahnarztes für den Nachwuchs zunehmend an Attraktivität. Welche Maßnahmen werden ergriffen, um die ausufernde Bürokratie abzubauen?

Die Krankenkassen/-verbände sind wie die KVMV als vollziehende Institutionen an Recht und Gesetz gebunden. Wo regionale Lösungen möglich sind, werden diese mit der KVMV angestrebt.

III. Rehabilitation

Wie können die medizinischen Kompetenzen und Ressourcen der Rehakliniken unter Berücksichtigung eines abgestuften und realisierbaren Vorgehens in die medizinische Versorgung im Land einbezogen und integriert werden?

Das Land Mecklenburg-Vorpommern ist durch eine breit aufgestellte Vorsorge- und Rehabilitationslandschaft mit weitreichenden Kapazitäten gekennzeichnet, die im Durchschnitt zu über 90 Prozent ausgelastet sind. Die rehabilitative Versorgung mit ihrem multiprofessionellen Ansatz bildet bereits jetzt eine gut in die Versorgungsstruktur integrierte Leistung ab. Insofern unter Betrachtung der hohen Auslastung der Einrichtungen verfügbare Ressourcen bestehen, könnten diese zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung in defizitären Regionen genutzt werden. Der Gesetzgeber hat hierzu ausdrücklich die Möglichkeit der Ermächtigung auch von Ärzten aus Rehabilitationseinrichtungen vorgesehen.

IV. Patientenorientierung

1. Wie bewerten Sie die Situation der Patientenvertretung und der Patientenorganisationen in M-V und welchen Handlungsbedarf sehen Sie?

Nach unserer Kenntnis wird der § 140f SGB V, der die Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten vollumfänglich umgesetzt. Die Patientenvertretungen sind in allen genannten Gremien vertreten und werden entsprechend unterstützt.

Darüber hinaus stellen die Patientenvertretungen Mitglieder im Beirat des MDK M-V und haben somit einen umfassenden Einblick in die Tätigkeiten des MDK.

2. Welche Unterstützung bzw. Hinweise für die Patienten/Patientinnen gibt es? Welche Hilfen/Ansprechpartner für Patient/innen gibt es bei den Krankenkassen bei Verdacht auf fehlerhafte Behandlung? Wie werden diese kommuniziert und evaluiert? Werden die Krankenkassen zukünftig ihre Zusammenarbeit mit Drittanbietern (privaten Versicherungen etc.) ausbauen? Wenn ja, wie wird sichergestellt, dass dies im Sinne der Patient/innen ist und nicht der weiteren Ökonomisierung der gesundheitlichen Versorgung sowie der Zunahme privat zu finanzierenden Leistungen dient?

Diese Frage richtet sich in erster Linie an Krankenkassen. Wir verweisen daher auf die Antworten unserer Mitglieds-kassen TK, BARMER und DAK-G.

Bezüglich Unterstützung für Patientinnen und Patienten sei ergänzend auf die Selbsthilfeförderung hingewiesen. Nach § 20h SGB V fördern die Krankenkassen und Ersatzkassen die Strukturen und Aktivitäten der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe. In 2020 finanzierten die Ersatzkassen insgesamt 445.799 € - für die Kontaktstellen im Land, 22 Landesorganisationen und ca. 400 Selbsthilfegruppen.

Damit geben die Ersatzkassen den Versicherten die Möglichkeit die gesundheitliche Prävention und Rehabilitation zu fokussieren. Für die Ausgestaltung vor Ort werden die Selbsthilfevertreter regelmäßig bei der Förderung einbezogen.

3. Welche Entwicklung sehen die Krankenkassen auf dem Weg zu mehr Patientenorientierung im Gesundheitswesen?

Wir verweisen auf die Antworten unserer Mitglieds-kassen TK, BARMER und DAK-G.

4. Welche Konzepte gibt es, um zukünftig im Pandemiefall die Versorgung der Patient/innen sicherzustellen? Wurden die Patientenorganisationen bzw. ihre aktuellen Erfahrungen in deren Entwicklung einbezogen?

Die Pandemie-Bekämpfung ist in erster Linie eine hoheitliche Aufgabe des Bundes und der Länder. Der Gesetzgeber hat hier sehr schnell reagiert und zumindest die leistungsrechtlichen Grundlagen geschaffen, dass die gesetzliche Krankenversicherung und somit auch die Ersatzkassen in M-V die Leistungserbringer finanziell unterstützen konnten (Stichwort Rettungsschirme, Finanzierung von Schutzausrüstung, Hygienezuschläge).

5. Ist den Kassen das bundesweite Aktionsbündnis Patientensicherheit bekannt? Wie können die dort erarbeiteten Empfehlungen in MV genutzt werden?

Als vdek sind wir sehr froh, dass Patientensicherheit über das von Ärzten, Krankenhäusern, der Pflege und Krankenkassen getragene Aktionsbündnis immer mehr als relevanter Faktor wahrgenommen wird. Die Ersatzkassengemeinschaft sowie der Verband der Ersatzkassen setzen sich seit vielen Jahren für die Patientensicherheit ein und arbeiten eng mit dem Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) zusammen. Mit dem APS-Weißbuch Patientensicherheit, dessen Veröffentlichung 2018 vom vdek gefördert wurde, liegt eine

Zusammenstellung vor, Strukturen, Prozesse und Behandlungsabläufe als ein komplexes Zusammenspiel zu begreifen.

6. Ist den Krankenkassen die Bandbreite der Arbeit der Patientenvertretung im Land bekannt? (Gremien, Beteiligte, Koordination) Wie unterstützen die Kassen die Arbeit der ehrenamtlichen Patientenvertreter/innen seit Beginn ihrer Arbeit im Jahr 2004? Welche Verbesserungen sind geplant und sind diese mit den maßgeblichen Organisationen zur Interessenvertretung von Patient/innen bzw. der ehrenamtlich arbeitenden Koordinierungsstelle bei der SELBSTHILFE MV abgestimmt?

Auch dem vdek ist die Bandbreite der Arbeit der Patientenvertretungen nicht nur aus den unter IV.1 genannten Gremien bekannt und wir stehen sowohl mit einzelnen Organisationen als auch der Koordinationsstelle in Kontakt.

7. In welchen Bereichen beziehen die Krankenkassen das Wissen der Patientenorganisationen und ihres Dachverbandes SELBSTHILFE MV ein? Wo nicht? Welche Veränderungen sind denkbar?

8. Welche Konzepte gibt es, um Patient/innen und medizinisches Personal im Versorgungsalltag auf Augenhöhe zu bringen? Gibt es dazu Gespräche mit Patientenorganisationen?

9. Welche Konzepte gibt es, um Mitarbeiter/innen der Krankenkassen für die verschiedenen Bedarfe und Ansprüche der Patient/innen zu sensibilisieren?

10. Welche Beschwerdemöglichkeiten haben Patient/innen, die mit ihren Kassen unzufrieden sind? Wie werden diese Beschwerden ausgewertet und transparent gemacht?

Zu den Fragen IV. 7 bis IV. 10 verweisen wir auf die Antworten unserer Mitglieds-kassen TK, BARMER und DAK-G.

V. Finanzierung/ Vergütung

1. Wie bewerten Sie die Wirkung der Fallpauschalen (DRG – Diagnosis Related Groups) als Finanzierungsgrundlage für die stationäre medizinische Versorgung und welche Alternative sehen oder gar bevorzugen Sie?

Die Fallpauschalen sind ein lernendes System, das jährlich auf Grundlage der Datenmeldungen von Krankenhäusern an das InEK (InEK GmbH – Institut für das

Entgeltsystem im Krankenhaus) aktualisiert wird. Wünschenswert wäre, dass die Kritiker aus der Krankenhauslandschaft, auch aus M-V, die erforderlichen Daten auch zur Verfügung stellen. Das hieße, dass sich erforderliche Zeitaufwände wie beispielsweise für die Kinder- und Jugendmedizin zuletzt reklamiert auch zuverlässiger abbilden ließen.

Des Weiteren verweisen wir auf die dezidierten Ausführungen unserer Mitglieds-kassen TK, BARMER und DAK-G.

2. Welchen prozentualen Anteil des BIP halten Sie für Ausgaben für die medizinische Versorgung der Bevölkerung für sinnvoll und anstrebenswert (Bitte unterteilen in: Gesamt und ggf. anteilig in Stationäre Versorgung, Ambulante Versorgung und Zahnmedizinische Versorgung)?

Ob der Anteil am BIP der geeignete Maßstab zur Bewertung von Gesundheitsausgaben ist sei dahingestellt. Für die USA liegt der Anteil bei etwa 17 Prozent, für Deutschland bei etwa 12 Prozent und für die skandinavischen Länder bei etwa 11 Prozent.

BIP und Gesundheitsausgaben haben sich ebenso wie die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung in den letzten 20 Jahren in Deutschland nahezu parallel entwickelt. Mit der positiven wirtschaftlichen Entwicklung waren somit auch entsprechende Leistungssteigerungen im Gesundheitswesen finanzierbar.

3. Wie stehen Sie zur Zweiteilung der medizinischen Versorgung in Deutschland aufgrund der Unterteilung in privat und gesetzlich Versicherte und den sich daraus ergebenden unterschiedlichen Honorarkatalogen?

In Zeiten weltweiter finanzieller Unsicherheiten hat im Gegensatz zur kapitalgedeckten Absicherung die Umlagefinanzierung der GKV dafür gesorgt, dass die Gesundheitsversorgung finanzierbar bleibt und die Absicherung der Menschen über die GKV attraktiv ist. Die tragenden Prinzipien der GKV sind gerade in Zeiten großer Veränderungen und Unsicherheiten unersetzlich. Die Politik darf diese Stabilität, Verlässlichkeit und Attraktivität der GKV nicht durch systemfremde Eingriffe gefährden. In Bezug auf die Systemgrenze GKV / PKV darf die Politik keine einseitigen Eingriffe zugunsten der PKV und zulasten der GKV vornehmen.

4. Wie stehen Sie zur Vielfalt der Krankenkassenlandschaft in Deutschland?

Die Zahl der Krankenkassen hat sich von über 1000 Krankenkassen auf 420 im Jahr 2000 und 105 Krankenkassen zum 1.1.2020 reduziert.

Als Ersatzkassenverband haben wir sechs leistungsstarke Mitglieds-kassen. Der Versichertenanteil der Ersatzkassen beläuft sich bundesweit auf 38,4 Prozent der gesetzlich Versicherten, in M-V sogar auf über 47 Prozent. Die Kassenvielfalt ist dabei ein Motor für Innovation.

5. Die Versorger erleben derzeit Sachkostensteigerungen um das 4 -10fache gegenüber den kalkulierten Daten in den gültigen Honorarkatalogen. Dies belastet derzeit allein die am Patienten tätigen Versorger. Warum reagieren die Kassen nicht auf kurzfristige Sachkostensteigerungen in Katastrophen- oder Pandemiefällen? (9. AfD)

Die Aussage entbehrt jeder Grundlage. Die Selbstverwaltung hat bewiesen, dass sie auch in einer Pandemie schnell, abgestimmt und unbürokratisch zu Lösungen etwa bei der persönlichen Schutzausrüstung kommt. Hierzu wurden auch auf Landesebene entsprechende Vereinbarungen zur direkten Kostenübernahme oder Zuschlagregelungen kurzfristig geschlossen und umgesetzt.

6. Die Anbieter von Medical- und Arzneimittelprodukten haben in den letzten Jahrzehnten einen Konzentrationsprozess durchlaufen. Wie reagieren die Krankenkassen auf Wucher-/Monopolpreise der Anbieter im Medicalprodukte- und Arzneimittelbereich im Gesundheitsmarkt?

7. Der gesetzlich Versicherte erhält in der Zahnmedizin die Grundleistung von seiner Krankenkasse erstattet, auch wenn er sich auf eigene Kosten eine höherwertige Versorgung leistet; d.h. der Patient zahlt ggf. nur den Differenzbetrag selbst. Warum findet dieses Prinzip nicht auch in der ambulanten Humanmedizin Anwendung?

8. Für Krankenhäuser können durch individuelle Vergütungsverhandlungen „Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ (NUB) extra vergütet werden. Warum wird dies im ambulanten Bereich nicht ebenso gehandhabt?

9. Aus Sicht der Niedergelassenen Operateure beinhaltet die Vergütung gleicher Operationen im ambulanten und stationären Sektor eine Wettbewerbsverzerrung, da die ambulant tätigen Ärzte die Infrastruktur selbständig finanzieren müssen. Wie beurteilen Sie diese Situation?

10. Trotz anteilig gesunkener Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für die zahnmedizinische Versorgung und steigenden Versorgungsansprüchen der Patienten gibt es nach wie vor eine jährliche Budgetierung für vertragszahnärztliche Leistungen. Warum wird diese Budgetierung nicht abgeschafft?

Bezüglich der Fragen 6 bis 10 verweisen auf die Antworten unserer Mitglieds-kassen TK, BARMER und DAK-G.

VI. Telemedizin / Datenschutz

Der Fragenkomplex VI. richtet sich an Krankenkassen und nicht an uns als Ersatzkassenverband. Als Verband haben wir keine Versicherten.

B. Gesamteinschätzung / Bewertung

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

Zusammengefasste Antworten zu den Fragen 1 bis 3:

Mecklenburg-Vorpommern ist aktuell bezüglich der medizinischen Infrastruktur in Qualität und auch (noch) Quantität gut aufgestellt. Doch nimmt die Bevölkerungszahl außerhalb der Städte weiterhin ab, einhergehend mit einer kontinuierlichen Überalterung in ländlichen Gegenden. Im ländlichen Raum zeigen sich seit einiger Zeit Strukturprobleme, die sich verschärfen werden, wenn die geburtenstarken Jahrgänge, soweit sie in Gesundheitsberufen tätig sind, in den nächsten fünf bis spätestens zehn Jahren in den Ruhestand gehen.

Unter anderem zur flächendeckenden Versorgung, zur Bedarfsplanung im vertragsärztlichen Bereich sowie die Situation in der Kinder- und Jugendmedizin haben unsere Mitglieds-kassen ausführlich ausgeführt.

Daher sei hier ein Versorgungsbereich herausgegriffen, der sich aktuell im Umbruch befindet. Zurzeit erfolgt die Landesüberplanung im Rettungsdienst mit dem Ziel, gesetzliche Hilfefristen, deren Einhaltung sich auf dem Land als zunehmend kritisch darstellt, zu gewährleisten. Das hierzu von den Landkreisen in Auftrag gegebene Gutachten liegt noch nicht in der Endfassung vor. In der Information mit den Krankenkassen zeichnet sich aber ab, dass sehr wohl eine umfangreiche Verlagerungen und eine Erhöhung der Gesamtzahl von Rettungswachen und Notarztstandorten diskutiert werden. Zu berücksichtigen ist aber aus unserer Sicht, dass auch heute schon bestehende Probleme daraus resultieren, dass zunehmend weniger Personal, insbesondere Notärzte in der Fläche zur Verfügung stehen. Mecklenburg-Vorpommern war das erste Land, das Personalengpässe mit Honorar-Notärzten begegnen musste.

Das Kernelement des Innovationsfonds-Projekts Land|Rettung, das in Greifswald angesiedelt ist und zurzeit Vorpommern-Greifswald und Vorpommern-Rügen abdeckt, ist der Einsatz des Telenotarztes, der soweit notwendig bei Einsätzen des Rettungsdienstes vor Eintreffen oder anstelle eines Notarztes digital zugeschaltet werden kann und den Rettungsdienst unterstützt. Hier wird also der knappen Ressource Notarzt begegnet. Eine Landesüberplanung ohne Berücksichtigung des Telenotarztes führt hingegen zu Strukturen, die schon in kürzester Zeit nicht mehr zukunftsfest sind.

C. Zukunftsansätze

- 1. Wie werden sich die Versorgungsschwerpunkte in den kommenden zehn Jahren verschieben? Was ist aus Ihrer Sicht notwendig, um eine bedarfsgerechte und flächendeckende medizinische Versorgung in Zukunft sicherzustellen?**
- 2. Welche Ansätze sehen Sie, diesen Herausforderungen zu begegnen? Welche sind die zehn wichtigsten Forderungen aus Sicht Ihrer Krankenkasse zur zukünftigen Gestaltung der Gesundheitsversorgung in Mecklenburg-Vorpommern?**
- 3. Welches sind die drei wichtigsten Projekte Ihrer Krankenkasse, die für die zukünftige gesundheitliche Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern als Modell dienen können oder wesentlich neue Erkenntnisse bieten und eine praxisorientierte Umsetzung beinhalten. Skizzieren Sie maximal drei zukunftssträchtige Versorgungsprojekte, die in Mecklenburg-Vorpommern stattfinden oder für das Land eine herausragende Bedeutung haben.**

verbunden damit:

Beschreiben Sie mögliche und notwendige digitale Lösungsansätze der Patientenversorgung und des Gesundheitsmanagements aus ihrer Sicht.

Wir verweisen auf die Ausführungen unserer Mitglieds-kassen TK, BARMER und DAK-G, die den Fragenkomplex C. ausführlich und kassenindividuell beantwortet haben.

Gemeinsame Handlungsfelder der Ersatzkassen werden von diesen zusammen mit uns als Verband umgesetzt.