

Bericht

Hannover, den 22.02.2021

Enquetekommission „Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Niedersachsen - für eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe medizinische Versorgung“

Bericht der Enquetekommission

Antrag der Fraktion der SPD und der Fraktion der CDU - Drs. 18/2012

Beschlussempfehlung des Ältestenrats - Drs. 18/2283

Unterrichtung - Drs. 18/2351

Berichterstatterin: Abgeordnete Petra Joumaah (CDU)

Zu dem ihr durch Beschluss des Landtages in der 33. Sitzung am 10.12.2018 übertragenen Auftrag legt die Enquetekommission „Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Niedersachsen - für eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe medizinische Versorgung“ den folgenden Bericht vor.

Petra Joumaah

Vorsitzende

Inhaltsverzeichnis

Grußwort der Landtagspräsidentin	1
Vorwort der Kommissionsvorsitzenden.....	3
Übersicht der Mitglieder (Stand: 22.02.2021)	5
Präambel.....	8
I. Einsetzung, Auftrag und Verfahren.....	12
1. Einsetzung der Enquetekommission	12
1.1. Einsetzung und Auftrag	12
1.2. Zusammensetzung	15
1.3. Geschäftsordnung	17
1.4. Konstituierung	17
2. Arbeitsweise der Enquetekommission.....	18
2.1. Sitzungen	18
2.2. Anhörungen.....	18
2.3. Bereisungen	18
3. Unterstützung der Kommissionsarbeit.....	18
3.1. Wissenschaftliche Begleitung	18
3.2. Fraktionsreferentinnen und -referenten.....	18
3.3. Landtagsverwaltung	19
II. Erkenntnisse und Empfehlungen der Kommission	20
1. Ambulante medizinische Versorgung	20
1.1. Hintergrund	20
1.2. Wesentliche Erkenntnisse im Bereich der ambulanten medizinischen Versorgung.....	25
1.3. Exkurs: Apotheken- und Arzneimittelversorgung	41
2. Notfallversorgung.....	44
2.1. Hintergrund	44
2.2. Wesentliche Erkenntnisse im Bereich der Notfallversorgung	55
3. Stationäre medizinische Versorgung.....	68
3.1. Hintergrund	68
3.2. Wesentliche Erkenntnisse im Bereich der stationären medizinischen Versorgung.....	76
3.3. Exkurs: Versorgungsstufen für die Krankenhausplanung in Niedersachsen	94
4. Pflegerische Versorgung im Krankenhaus	101
4.1. Hintergrund	101
4.2. Wesentliche Erkenntnisse im Bereich der pflegerischen Versorgung im Krankenhaus	106
5. Hebammenversorgung und Geburtshilfe.....	118
5.1. Hintergrund	118
5.2. Wesentliche Erkenntnisse im Bereich der Hebammenversorgung und Geburtshilfe	124

6.	Sektorenübergreifende Versorgung	136
6.1.	Hintergrund	136
6.2.	Wesentliche Erkenntnisse im Bereich der sektorenübergreifenden Versorgung	143
6.3.	Exkurs: Regionale Gesundheitszentren Niedersachsen	150
7.	Öffentlicher Gesundheitsdienst	155
7.1.	Hintergrund	155
7.2.	Wesentliche Erkenntnisse im Bereich des ÖGD	163
8.	Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung	173
8.1.	Hintergrund	173
8.2.	Wesentliche Erkenntnisse im Bereich der Digitalisierung der medizinischen Versorgung.....	179
9.	Mobilität und medizinische Versorgung	192
9.1.	Hintergrund	192
9.2.	Wesentliche Erkenntnisse im Bereich Mobilität und medizinische Versorgung	197
III.	Verzeichnisse	203
	Abkürzungsverzeichnis.....	203
	Abbildungsverzeichnis.....	209
	Tabellenverzeichnis.....	210
	Literaturverzeichnis	211
IV.	Anhang.....	234
1.	Beschlüsse der Ergebniszusammenfassungen	235
	Beschluss 1: Ambulante medizinische Versorgung	235
	Beschluss 1a: Apotheken- und Arzneimittelversorgung	242
	Beschluss 2: Notfallversorgung	245
	Beschluss 3: Stationäre medizinische Versorgung	249
	Beschluss 4: Pflegerische Versorgung im Krankenhaus.....	258
	Beschluss 5: Hebammenversorgung und Geburtshilfe	264
	Beschluss 6: Sektorenübergreifende Versorgung.....	268
	Beschluss 7: Öffentlicher Gesundheitsdienst.....	272
	Beschluss 8: Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung	277
	Beschluss 9: Mobilität und medizinische Versorgung	284
2.	Übersicht der Anhörungen	286
3.	Vorlagenverzeichnis.....	295
4.	Stellungnahme der medizinischen Fakultäten	308
5.	Sondervoten	311
5.1.	Dr. J. Arning, Niedersächsischer Städtetag	311
5.2.	M. Barjenbruch, Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen.....	312
5.3.	H. Engelke, Niedersächsische Krankenhausgesellschaft	314
5.4.	B. Försterling, FDP	315
5.5.	M. Janssen-Kucz, Bündnis 90/Die Grünen	317
5.6.	Professor Dr. H. Meyer, Niedersächsischer Landkreistag.....	326

5.7. J. Niemann, vdek-Landesvertretung Niedersachsen und F. Preugschat, AOK Niedersachsen	327
Impressum	330

Grußwort der Landtagspräsidentin

Ich freue mich, dass die Arbeit der Enquetekommission „Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Niedersachsen - für eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe medizinische Versorgung“ mit der Veröffentlichung des vorliegenden Berichtes höchst erfolgreich zum Abschluss kommt.

Die Einsetzung der Kommission wurde am 10. Dezember 2018 vom Niedersächsischen Landtag beschlossen. Zu diesem Zeitpunkt war deutlich, dass die Adaptionfähigkeit des Gesundheitssystems durch den demografischen Wandel, den medizinischen Fortschritt und die zunehmende Digitalisierung mittelfristig stark herausgefordert sein würde. Doch erst die Corona-Pandemie hat uns vor Augen geführt, wie schnell sich die Leistungs- und Adaptionfähigkeit des Gesundheitssystems zu einer Frage von existenzieller Bedeutung entwickeln kann.

Ich möchte allen Kommissionmitgliedern - sowohl den Abgeordneten als auch den externen Sachverständigen - danken, die sich den Herausforderungen des wichtigen Themenfeldes gestellt haben. Ihrer intensiven Arbeit ist es zu verdanken, dass die beeindruckenden Ergebnisse der zweijährigen Kommissionstätigkeit nun in diesem Band vorliegen und als Grundlage für künftige Weichenstellungen zur Verfügung stehen.



Dr. Gabriele Andretta

Präsidentin des Niedersächsischen Landtages

Vorwort der Kommissionsvorsitzenden

Im Dezember 2018 beschloss der Niedersächsische Landtag die Einsetzung einer 27 -köpfigen Enquetekommission „Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Niedersachsen - für eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe medizinische Versorgung“.

Die Ergebnisse der über zweijährigen Arbeit der Kommission, in der neben Mitgliedern des Landtages auch externe Sachverständige aus Wissenschaft und Zivilgesellschaft mitwirkten, werden vorliegend in gebündelter Form veröffentlicht.

Eigentlich befand sich die Enquetekommission auf ihrer Zielgeraden, als die World Health Organization am 11. März 2020 die Ausbreitung der Infektionskrankheit COVID-19 als eine Pandemie einstuft und der Deutsche Bundestag am 25. März 2020 eine „epidemische Lage von nationaler Tragweite“ konstatierte. Daraus resultierte zweierlei: Einerseits wurde sehr schnell deutlich, dass sich der Zeitraum der Beratungen der Kommission aufgrund ausfallender Sitzungen verlängern würde. Andererseits erschien es der Kommission unerlässlich, die aktuellen Erkenntnisse aus der COVID-19-Pandemie in die eigene Arbeit einfließen zu lassen. Prominente Beispiele sind die Bedeutungssteigerung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) als zentraler Baustein der Pandemie-Bekämpfung ebenso wie der Digitalisierungsschub im medizinischen Bereich, ausgelöst durch die Corona-Pandemie.

Für unsere Kommission erwuchs daraus folgende wichtige Frage: Welche Ansätze ergeben sich aus diesen neuen Erfahrungen für die medizinische Versorgung im Regelfall? In insgesamt 64 Kommissionssitzungen haben wir kontrovers diskutiert und innovative, krisenfeste Handlungsempfehlungen konzipiert. Diese werden, davon bin ich überzeugt, die medizinische Versorgung in Niedersachsen maßgeblich und nachhaltig prägen.

Für die enorme Sitzungs- und Arbeitsdisziplin, die konstruktiven Lösungsvorschläge und gewinnbringenden Diskussionen gilt mein Dank allen Beteiligten. Differente Denk- und Herangehensweisen aus Wissenschaft, Politik und Zivilgesellschaft wurden miteinander konfrontiert. Gemeinsam sind wir zu einem gleichsam umfassenden wie zukunftsweisenden Ergebnis gelangt.

Die wissenschaftliche Begleitung wurde dankenswerterweise von der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Nds. e. V. (LVG & AFS) in Kooperation mit den wissenschaftlichen Referentinnen und Referenten der Fraktionen vorgenommen. Auch für diese gute und erfolgreiche Zusammenarbeit bedanke ich mich herzlich.



Petra Joumaah

Vorsitzende der Enquetekommission

Übersicht der Mitglieder (Stand: 22.02.2021)

SPD-Fraktion



Dr. Dörthe
Liebethuth (1)



Oliver
Lottke (2)



Hanna
Naber (3)



Claudia
Schüssler (4)



Uwe Schwarz,
Sprecher



Dr. Thela
Wernstedt (5)

CDU-Fraktion



André
Bock



Burkhard
Jasper (6)



Petra
Joumaah,
Vorsitzende (7)



Veronika
Koch (8)



Volker Meyer,
Sprecher (9)



Gudrun Pieper

Fraktion Bündnis 90 / Die Grünen



Meta
Janssen-Kucz,
Sprecherin (10)

FDP-Fraktion



Björn
Försterling,
Sprecher (11)

Externe Sachverständige



(12)

**Mark
Barjenbruch**

Kassenärztliche
Vereinigung
Niedersachsen



(13)

**Helge
Engelke**

Niedersächsische
Krankenhausgesell-
schaft



**Tobias
Immenroth**

Pflegkammer
Niedersachsen



(14)

**Jörg
Niemann**

Verband der
Ersatzkassen –
Landesvertretung
Niedersachsen



(15)

**Frank
Preugschat**

AOK Niedersachsen



(16)

**Dr. Martina
Wenker**

Ärztammer
Niedersachsen



(17)

Dr. Jan Arning

Niedersächsischer
Städtetag



(18)

**Prof. Dr. Hubert
Meyer**

Niedersächsischer
Landkreistag



(19)

**Prof. Dr.
J.-Matthias
Graf von der
Schulenburg**

Leibniz Universität
Hannover



**Dr. Vivien
Weiß**



(20)

**Prof. Dr. Nils
Schneider**

Medizinische Hoch-
schule Hannover



(21)

**Erwin
Jordan**

Wissenschaftliche Begleitung



**Dr. Birte
Gebhardt**

Landesvereinigung
für Gesundheit
und Akademie
für Sozialmedizin
Niedersachsen e. V.



(22)

**Iris
Lettau**

Landesvereinigung
für Gesundheit
und Akademie
für Sozialmedizin
Niedersachsen e. V.



**Elisabeth
Rataj**

Landesvereinigung
für Gesundheit
und Akademie
für Sozialmedizin
Niedersachsen e. V.



**Patrizia
Rothofer**

Landesvereinigung
für Gesundheit
und Akademie
für Sozialmedizin
Niedersachsen e. V.

Präambel

Die medizinische Versorgung in Niedersachsen ist derzeit flächendeckend sichergestellt. Insgesamt 685 000 engagierte Beschäftigte des Gesundheitswesens gewährleisten landesweit in Krankenhäusern, Arztpraxen, Gesundheitsämtern, im Rettungsdienst und zahlreichen weiteren Gesundheitseinrichtungen die medizinische Versorgung der Bevölkerung auf hohem Niveau.

Zugleich unterliegen die für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung maßgeblichen Rahmenbedingungen kontinuierlichen Veränderungen und fordern diese zunehmend heraus: der demografische Wandel und damit verbunden eine steigende Anzahl hochaltriger und multimorbider Patientinnen und Patienten; der stetig wachsende Bedarf an Fachkräften in nahezu allen Bereichen; Engpässe bei der medizinischen Versorgung insbesondere in ländlichen Regionen; der Einzug der Digitalisierung ins Gesundheitswesen und - nicht zuletzt - die Ökonomisierung und Kommerzialisierung im Gesundheitswesen.

Die hohe Bedeutung unserer Gesundheitsversorgung und die vielfältigen Herausforderungen, vor denen dieses komplexe System steht, waren der Anlass für die Einsetzung dieser Enquetekommission zur „Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Niedersachsen - für eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe medizinische Versorgung“. Die COVID-19-Pandemie hat zudem - wie mit einem Brennglas - die zentralen Felder, die es für eine zukunftsfähige Ausrichtung unseres Gesundheitssystems zu adressieren gilt, noch deutlicher zutage treten lassen.

Vor diesem Hintergrund hat es sich die Kommission zur Aufgabe gemacht, konkrete und zukunftsweisende Empfehlungen zur Sicherung einer bedarfsgerechten medizinischen Versorgung der niedersächsischen Bevölkerung als Aufgabe der öffentlichen Daseinsvorsorge zu entwickeln. Dabei stieß die Einsetzung der Enquete sowohl auf ein breites öffentliches als auch fachliches Interesse und löste zahlreiche positive Reaktionen von Verbänden und Institutionen aus. Dies hat unterstrichen, dass die im Einsetzungsbeschluss aufgeworfenen Fragen zu zukünftigen Versorgungsstrukturen nicht nur von hoher Relevanz für die Bevölkerung und auf politischer Ebene sind, sondern auch die im Gesundheitswesen verantwortlichen Akteurinnen und Akteure die Entwicklung passgenauer, zukunftsweisender Antworten als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstehen und bereit sind, sich hierfür einzubringen.

Eine vergleichbare Enquete hat es bisher in keinem anderen Bundesland gegeben: Denn nicht nur hat sie alle wesentlichen Schlüsselbereiche der gesundheitlichen Versorgung und ihr Zusammenspiel im Gesamtsystem der Gesundheitsversorgung in den Blick genommen, sie hat zudem in die Entwicklung konkreter Handlungsempfehlungen Vertreterinnen und Vertreter aller Parteien, die Spitzen der wichtigsten Berufsgruppen, Vertreterinnen und Vertreter der Krankenkassen, der kommunalen Spitzenverbände, der Krankenhäuser sowie der Wissenschaft und externer Expertinnen und Experten involviert. Nach Eintreten der COVID-19-Pandemie, die das gesellschaftliche Leben insgesamt und besonders die Gesundheitsversorgung vor ungeahnte Herausforderungen gestellt hat, sah es die Kommission zudem als ihre Aufgabe, die bis hierhin von ihr diskutierten Problemlagen und Handlungsempfehlungen erneut auf den Prüfstand zu stellen und ihre Empfehlungen zu ergänzen.

Von Januar 2019 bis Februar 2021 hat sich die Enquetekommission in insgesamt 64 Sitzungen intensiv mit den aktuellen Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung befasst, um entsprechende Lösungsansätze erarbeiten zu können.

Ein breites Spektrum an Leistungsbereichen - vom ambulanten und stationären Sektor über die Notfallversorgung bis hin zum Öffentlichen Gesundheitsdienst - sowie Querschnittsthemen, wie die sektorenübergreifende Versorgung, Digitalisierung und Mobilität, wurden diskutiert. Im Ergebnis liefert dieser Bericht ein differenziertes Bild bestehender Problemlagen und zeigt insbesondere Lösungsansätze im Gestaltungs- und Ermessensbereich des Landes Niedersachsen und der niedersächsischen Kommunen sowie der landesunmittelbaren Leistungserbringer und Krankenkassen auf.

Schwerpunktmäßig lassen sich folgende strukturelle Herausforderungen hervorheben:

- Insbesondere in ländlichen Regionen gestaltet sich die Sicherstellung einer flächendeckenden Verteilung der medizinischen Versorgung zunehmend schwieriger.
- Für die stationäre Versorgung in Niedersachsen mit seiner Vielzahl von Standorten ist eine Weiterentwicklung erforderlich. Die Krankenhausplanung erfolgt derzeit nicht ausreichend auf Grundlage funktional angemessener Kriterien. Eine reine Fortschreibung des Krankenhausplanes bildet aktuelle Rahmenbedingungen nicht mehr ab.
- Engpässe in der Personalausstattung zeichnen sich über alle Leistungsbereiche hinweg ab. Im stationären Sektor besteht zudem die Problematik, dass das vorhandene Personal auf zahlreiche Standorte und im internationalen Vergleich sehr viele Fälle verteilt ist und schon heute mögliche Ambulantisierungspotenziale noch nicht hinlänglich ausgeschöpft werden.
- Im Bereich der Notfallversorgung kommt es zu Fehlanspruchen, da die ambulante Versorgung als nicht ausreichend wahrgenommen wird und der Zugang zu den Notfallstrukturen weitgehend ungesteuert erfolgt. Hierdurch werden der Rettungsdienst und die Notaufnahmen der Krankenhäuser überlastet.
- Die überwiegend sektoral getrennten Planungs-, Finanzierungs- und Vergütungssysteme beeinträchtigen die Effizienz, Effektivität und Qualität der Gesundheitsversorgung sowie die sektorenübergreifende Zusammenarbeit. Zudem mangelt es teilweise an validen sektorenübergreifenden Datengrundlagen.
- Der Digitalisierungsgrad des deutschen Gesundheitswesens hat insbesondere im europäischen Vergleich erhebliches Entwicklungspotenzial. Die sektoralen Strukturen im deutschen Gesundheitswesen erschweren den Fortschritt in der Digitalisierung. Zudem fehlt es häufig an Interoperabilität an den Schnittstellen.

Trotz einer außerordentlich guten Wirtschaftsentwicklung, verbunden mit einer starken Beschäftigungs- und Einkommensentwicklung, sind die Beitragssätze der gesetzlichen Krankenversicherung bereits in der zurückliegenden Dekade auf einen historischen Höchststand gestiegen. Ausgelöst durch die COVID-19-Pandemie und den damit verbundenen wirtschaftlichen Einbruch ist jetzt mit stagnierenden oder sogar sinkenden Beitragseinnahmen zu rechnen. In der Folge drohen weitere Beitragssatzerhöhungen. Um die Beitragssatzstabilität auch zukünftig zu gewährleisten, spricht sich die Enquetekommission daher für folgende Zielsetzungen aus:

- Qualität, Effizienz und Wirtschaftlichkeit der Versorgung und der Versorgungsstrukturen sind bei der Gestaltung des Gesundheitswesens stärker zu berücksichtigen und weiterzuentwickeln.

- Bei Entscheidungen zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens muss den entstehenden Kosten der konkrete Nutzen für die Patientinnen und Patienten gegenübergestellt und diese Betrachtung zum Bestandteil der Entscheidungsgrundlage gemacht werden.
- Mehrausgaben durch notwendige oder mit einem hohen Nutzen für die Patientinnen und Patienten verbundene Maßnahmen müssen entweder durch Kostensenkungen an anderer Stelle oder durch Erhöhung der staatlichen Zuschüsse ausgeglichen werden. Ist dadurch die notwendige medizinische Versorgung auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nicht zu gewährleisten, sind Beitragserhöhung zum Finanzierungsausgleich notwendig.
- In der Finanzierung ist auf eine klare Trennung zwischen den Aufgaben des Bundes und der Länder im Rahmen der Daseinsvorsorge und den Aufgaben der Krankenkassen im Rahmen der Patientenversorgung zu achten.

Um den beschriebenen Herausforderungen zu begegnen, wurden in der Enquetekommission umfassende und spezifische Handlungsempfehlungen für die einzelnen Bereiche der medizinischen Versorgung entwickelt. Dabei hat sich die Kommission in ihren Diskussionen auf die medizinische Regelversorgung im Gesundheitswesen fokussiert und sowohl sektorenspezifische als auch sektorenübergreifende Aspekte in den Blick genommen. Zugleich wurden die Herausforderungen pandemischer Lagen berücksichtigt und ergänzende Maßnahmen zur Bewältigung zukünftiger Krisen abgeleitet.

Für die flächendeckende Sicherung und weitere Optimierung der Versorgungsqualität bei zunehmenden Herausforderungen durch die Alterung der Gesellschaft ist es aus Sicht der Enquetekommission grundsätzlich notwendig, vorhandene Ressourcen effizienter zu nutzen. Dieses erfordert eine Optimierung von Planungs- und Steuerungsprozessen, eine Zentralisierung spezifischer Leistungen, die Etablierung innovativer sektorenübergreifender Ansätze und die Einbindung aller relevanten Fachkräftegruppen.

Als richtungsweisend identifiziert die Enquetekommission dabei u. a. die folgenden Reformimpulse:

- Die Kommission setzt sich für eine Konzentration spezialisierter Versorgungsleistungen bei gleichzeitiger Gewährleistung einer flächendeckenden Grundversorgung ein.
- Eine bedarfsorientierte und an Versorgungsstufen orientierte prospektive Krankenhausplanung ist nach Einschätzung der Kommission eine der wesentlichen Grundlagen für die zukunftsfähige Weiterentwicklung der stationären Versorgung. In diesem Zusammenhang legt die Kommission mit ihrem Bericht ein konkretes Versorgungsstufenkonzept für Niedersachsen vor.
- Zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen ambulanten Versorgung empfiehlt die Kommission eine stärker an Morbidität und Inanspruchnahme orientierte Bedarfplanung. Insbesondere die hausärztliche Versorgung sowie die Versorgung im ländlichen Raum sollen zudem durch die Verbesserung von Rahmenbedingungen sowie die Stärkung der Rolle von Hausärztinnen und -ärzten in der Versorgung optimiert werden.
- Den Zugang zur Notfallversorgung gilt es durch gezielte Maßnahmen der Patientensteuerung zu optimieren.

- Sektorenübergreifenden Versorgungskonzepten kommt vor dem Hintergrund der zunehmenden Komplexität des Versorgungsgeschehens eine stärkere Bedeutung zu. Hier fordert die Kommission eine zügige Harmonisierung sektoraler Rahmenbedingungen auf Bundesebene und legt für Niedersachsen ein konkretes Konzept zur Etablierung „Regionaler Gesundheitszentren“ vor. Darüber hinaus empfiehlt sie, dass für sektorenübergreifende Planung zuständige § 90 a-Gremium konzeptionell neu aufzustellen.
- Mit Blick auf Beispiele aus anderen Ländern regt die Kommission an, im Kontext zukünftiger sektorenübergreifender Versorgungsplanungen die Notwendigkeit der in Deutschland vorgehaltenen sogenannten doppelten Facharztschiene zu prüfen.
- Zu prüfen ist außerdem, inwieweit Sanktionsmöglichkeiten bei nicht sachgerechter Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen, z. B. im Rettungs- und Notfallwesen, eingesetzt werden können.
- Für eine stärkere patientenzentrierte Digitalisierung der medizinischen Versorgung, die hohes Effizienzsteigerungspotenzial birgt, ist die durch die COVID-19-Pandemie ausgelöste Schubkraft zu nutzen. Dabei kann in Niedersachsen an viele Aktivitäten des Masterplans Digitalisierung angeknüpft werden.

Der vorliegende Bericht fasst die intensiven Diskussionen der Enquetekommission zusammen, indem für die einzelnen Handlungsfelder zunächst die jeweiligen Rahmenbedingungen skizziert und darauf aufbauend die Herausforderungen und Empfehlungen für die Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung in Niedersachsen detailliert dargelegt werden. Die Darstellung orientiert sich dabei jeweils an den drei Themenbereichen „Qualität und Strukturen“, „Finanzierung“ sowie „Personal“. Ergänzend wird - trotz aller Verschiedenheiten der Gesundheitssysteme - das Augenmerk immer wieder auch auf Entwicklungen und Erfahrungen aus anderen Ländern gerichtet, um durch den „Blick über den Tellerrand“ die Situation in Deutschland und Niedersachsen in Perspektive zu setzen und wichtige Impulse aufzugreifen.

Für die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems im Sinne einer zukunftsfähigen, qualitätsgesicherten und patientenorientierten Versorgung gibt es nicht die eine Lösung, vielmehr ist ein Bündel aufeinander abgestimmter Maßnahmen erforderlich. Dieses Bündel von Maßnahmen muss jedoch immer am Leitprinzip des Patientenwohls orientiert sein. Während das Gesundheitssystem heute primär aus einer Anbieterperspektive heraus gestaltet wird, muss es sich nach Einschätzung der Enquetekommission zukünftig wieder deutlich stärker an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten ausrichten, während gleichzeitig auch der Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten für ihre Gesundheit eine zentrale Rolle zukommt. Die Mitglieder der Enquetekommission waren sich einig, dass die Bereitstellung der medizinischen Versorgung ein zentraler Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge ist.

Der Landtag, die Landesregierung und alle an der medizinischen Versorgung beteiligten Akteurinnen und Akteure sind nun gefordert, die unterbreiteten Handlungsempfehlungen in ihren Entscheidungen zu berücksichtigen und umzusetzen, um eine zukunftsfähige, qualitativ hochwertige und patientenorientierte Versorgung für Niedersachsen erfolgreich sicherzustellen. Der durch die COVID-19-Pandemie erhöhte Effizienzdruck im Gesundheitswesen kann und sollte aus Sicht der Enquetekommission im positiven Sinn als Antrieb für eine seit Langem fällige Überwindung hergebrachter Versorgungsstrukturen und die Entwicklung innovativer Ansätze nutzbar gemacht werden.

I. Einsetzung, Auftrag und Verfahren

1. Einsetzung der Enquetekommission

1.1. Einsetzung und Auftrag

Die Enquetekommission „Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Niedersachsen - für eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe medizinische Versorgung“ wurde auf Antrag der Fraktion der SPD und der Fraktion der CDU (Drs. 18/2012) vom Niedersächsischen Landtag mit dem in seiner 33. Sitzung am 10.12.2018 gefassten Beschluss eingesetzt. Durch den Beschluss wurde der Enquetekommission folgender Auftrag gegeben:

Der Landtag setzt gemäß § 18a seiner Geschäftsordnung (GO LT) eine Enquetekommission ein, die sich mit der Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung, einschließlich der Notfallversorgung, in Niedersachsen befasst. Im Flächenland Niedersachsen stellen sich die Versorgungsstrukturen in der hausärztlichen, fachärztlichen und stationären Versorgung regional sehr unterschiedlich dar. Insbesondere in ländlichen Gebieten wird es immer schwieriger, frei gewordene Kassenarztsitze neu zu besetzen. Gleichzeitig stehen gerade dort häufig nur unzureichende öffentliche Verkehrsverbindungen zur Verfügung, die jedoch unabdingbar sind, damit nicht mobile Patientinnen und Patienten zeitnah die benötigte medizinische Hilfe erreichen können. Ambulante Notfallpraxen werden so immer stärker zweckentfremdet und durch Hilfesuchende vor Ort in die Regelversorgung einbezogen. Dieses gefährdet und blockiert dann teilweise die tatsächliche Notfallversorgung. Die Sicherung der medizinischen Versorgung gehört zu den Kernelementen der öffentlichen Daseinsvorsorge. Zielsetzung der Enquetekommission ist es daher, konkrete Vorschläge zu erarbeiten, wie eine qualitativ hochwertige, wohnortnahe und bedarfsgerechte medizinische Versorgung der niedersächsischen Bevölkerung auch in Zukunft gesichert werden kann.

Im Vordergrund der Enquetekommission stehen die Erarbeitung von Lösungsansätzen im Gestaltungs- und Ermessensbereich des Landes und der niedersächsischen Kommunen sowie der landesunmittelbaren Leistungserbringer und Kostenträger. Dabei sind der demografische Wandel, der medizinische Fortschritt und Möglichkeiten der zunehmenden Digitalisierung einzubeziehen. Die Digitalisierung sollte zukünftig auch zur Verbesserung der Patientensicherheit und zur Vermeidung von Parallel- und Doppelversorgung eine wichtige Rolle einnehmen. Landespolitische Spielräume zur sektorenübergreifenden Versorgung, die Gesundheitsregionen sowie die verstärkte Einrichtung kommunaler und privater medizinischer Versorgungszentren sollen geprüft werden.

Das deutsche Gesundheitswesen ist von unterschiedlichen Zuständigkeiten, Leistungserbringern, Kostenträgern und Sicherstellungsaufträgen geprägt. Diese Strukturen sind zu berücksichtigen und Veränderungen im Interesse einer besseren Versorgungsstruktur und eines effizienteren Einsatzes von vorhandenen Ressourcen und Finanzmitteln aufzuzeigen.

Um auch zukünftig eine leistungsfähige und bedarfsgerechte Versorgungsstruktur in den unterschiedlichen Regionen Niedersachsens vorhalten zu können, sind insbesondere folgende Fragestellungen zu klären:

I. Ambulante medizinische Versorgung

1. Wie kann eine flächendeckende Verteilung der Haus- und Fachärztinnen und -ärzte in Niedersachsen erfolgen, um eine wohnortnahe und qualitative Versorgung sicherzustellen, und wie viele Ärztinnen und Ärzte sind dafür erforderlich?
2. Entwickelt sich der Bedarf bei den einzelnen Facharztgruppen regional unterschiedlich, und in welchen Fachbereichen entstehen dabei die größten Probleme?
3. Wie müsste die Bedarfsplanung verändert werden, um die Gesamtversorgung im Blick zu haben und regionale Besonderheiten und Bedarfe zu berücksichtigen?
4. Wie viele Medizinstudierende sind in den nächsten zehn bis 15 Jahren notwendig, um in Niedersachsen den Bedarf an Haus- und Fachärztinnen und -ärzten zu decken?
5. Welche Anreize sind nötig, um eine ausreichende Zahl selbstständiger Haus- und Fachärztinnen und -ärzte in Niedersachsen zu bekommen?
6. Welche Leistungen könnten zur Entlastung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte auf nichtärztliche Bereiche delegiert werden, und welche Voraussetzungen müssten dafür geschaffen werden?
7. In welchem Umfang könnten (kommunale) medizinische Versorgungszentren, die auch landkreis- und krankheitsübergreifend arbeiten, neben selbstständig tätigen Ärztinnen und Ärzten ein Baustein für die Versorgung sein?
8. Wie kann durch sektorenübergreifende Kooperationen von ambulanten und stationären medizinischen Angeboten die wohnortnahe Versorgung qualitativ optimiert werden?
9. Wären z. B. das niederländische Modell mit niedergelassenen Hausärztinnen und -ärzten sowie an Kliniken angebotenen Fachärztinnen und -ärzten oder skandinavische Modelle mit kommunal angestellten Ärztinnen und Ärzten auch eine Lösung für Niedersachsen?
10. Gibt es im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) vergleichbare Nachwuchsprobleme wie bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten? Falls ja, welche Lösungsansätze gibt es?
11. Welche Rolle spielt der ÖGD in der Versorgung der Bevölkerung, und wie könnte der ÖGD als eigenständiger Bereich der kommunalen Versorgung weiterentwickelt werden?
12. Welche Aufgaben übernimmt bzw. könnte der ÖGD im Rahmen der medizinischen Gesamtversorgung noch übernehmen, und welche Kooperation bzw. Verzahnung mit der kassenärztlichen Versorgung wäre denkbar und sinnvoll?

II. Stationäre medizinische Versorgung

1. Welche Leistungen gehören zur Grund- und Regelversorgung, und wie muss ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung erreichbar sein?
2. Welche Qualitätsanforderungen sollten Krankenhäuser in Niedersachsen erfüllen?
3. Welche Auswirkungen haben die durch den G-BA zunehmend vorgegebenen Mindestmengen auf die Krankenhausstruktur?
4. Kann die medizinische Versorgung, insbesondere zur Erstversorgung durch Portalkrankenhäuser oder Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), gesichert werden?
5. Welche Spezialisierungsmöglichkeiten ergeben sich für Krankenhäuser in den ländlichen Regionen?
6. Wie können, vor allem in ländlichen Regionen, die in Krankenhäusern vorhandenen Facharztkapazitäten und nicht ausgelasteten medizintechnischen Geräte in die ambulante Versorgung eingebunden werden?
7. Wie kann durch sektorenübergreifende Kooperationen von stationären und ambulanten medizinischen Angeboten die wohnortnahe Versorgung qualitativ optimiert werden? Sind Primary Health Care Center auch ein Modell für Niedersachsen?
8. Welche Anreize sind nötig, um eine ausreichende ärztliche und pflegerische Personalausstattung in allen Krankenhäusern zu erreichen?
9. Was ist notwendig, um Doppelkapazitäten an Landesgrenzen (Bundesländer und europäische Nachbarländer) zu verhindern?
10. Welche Leistungen der Spezialversorgung bzw. Kapazitäten der Maximalversorgung werden wo und nach welchen Kriterien benötigt?

III. Notfallversorgung

1. Wie stellt sich die momentane Situation im ärztlichen Bereitschaftsdienst, in ambulanten Notfallpraxen und im Rettungsdienst dar?
2. Wie haben sich die Inanspruchnahme und die Kosten in diesen drei Bereichen entwickelt?
3. Verstehen die Betroffenen bzw. Hilfesuchenden den Unterschied, und sind die unterschiedlichen Zuständigkeiten zwischen kassenärztlichem Bereitschaftsdienst und kommunalem Rettungsdienst noch zeitgemäß und sinnvoll?
4. Ist eine Zusammenführung oder zumindest eine gemeinsame Einsatzsteuerung von kassenärztlichem Bereitschaftsdienst und kommunalem Rettungsdienst ein sinnvolles Instrument?
5. Warum weichen Patientinnen und Patienten immer stärker in die Notfallversorgung aus, und welche Instrumente könnten eine Zweckentfremdung der Notfallversorgung reduzieren bzw. verhindern, dass Notfallambulanzen zur Regelversorgung genutzt werden?

IV. Digitalisierung

1. Die medizinische Versorgung kann insbesondere in ländlichen Regionen durch die zunehmende Digitalisierung verbessert werden. Welche technischen und rechtlichen Voraussetzungen könnte bzw. müsste das Land in welchen Regionen schaffen?
2. Kann die Speicherung von Gesundheitsdaten auf der persönlichen Versichertenkarte ein Instrument zur Verbesserung der Patientensicherheit und zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen sein, und welche Voraussetzungen wären dafür notwendig?
3. Welche Hürden bestehen bei der Digitalisierung von Patientenakten und deren Weitergabe zwischen verschiedenen behandelnden Akteurinnen und Akteuren?

V. Mobilität

1. Welche Zeitspanne ist für Hilfesuchende zumutbar, um eine Hausärztin/einen Hausarzt oder ausgewählte Facharztgruppen barrierefrei zu erreichen?
2. Ist die barrierefreie Erreichbarkeit in Niedersachsen flächendeckend mit dem ÖPNV gewährleistet? Falls nicht, in welchen Regionen des Landes nicht?
3. Wie könnte eine barrierefreie Erreichbarkeit ohne ÖPNV für Patientinnen und Patienten gewährleistet werden, und wer ist dafür zuständig?

1.2. Zusammensetzung

Mit dem oben genannten Beschluss vom 10.12.2018 hat der Niedersächsische Landtag festgelegt, dass der Enquetekommission insgesamt 27 Mitglieder angehören sollen. Sie sollte sich zusammensetzen aus 15 Mitgliedern des Landtags und 12 Sachverständigen, die keine Abgeordneten sind.

Nachdem Ende September 2020 3 bisherige Mitglieder der AfD-Fraktion ihren Fraktionsaustritt erklärt hatten, war die nach der Geschäftsordnung des Niedersächsischen Landtages für den Fraktionsstatus erforderliche Zahl von 7 Abgeordneten nicht mehr gegeben. Vor diesem Hintergrund hat der Niedersächsische Landtag in seiner 85. Sitzung am 06.10.2020 beschlossen, die Zahl der Mitglieder des Landtages in der Kommission auf 14 zu reduzieren - Drs. 18/7605. Die Fraktionen der SPD und der CDU benennen danach je 6 Abgeordnete. Je ein Mitglied benennen die Fraktion Bündnis 90/Die Grünen und die Fraktion der FDP.

	Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
SPD	Liebetruth, Dr. Dörte Lottke, Oliver Naber, Hanna Schüßler, Claudia Schwarz, Uwe Wernstedt, Dr. Thela	Ansmann, Holger Glosemeyer, Immacolata Heilmann, Tobias Logemann, Karin Lynack, Bernd Pantazis, Dr. Christos (bis 16.12.2019) Petra Tiemann (ab 16.12.2019)

CDU	Bock, André Jasper, Burkhard Joumaah, Petra Koch, Veronika Meyer, Volker Pieper, Gudrun	Calderone, Christian Eilers, Christoph Fredermann, Rainer Hillmer, Jörg Hopmann, Laura Westmann, Editha
GRÜNE	Janssen-Kucz, Meta	Wenzel, Stefan Viehoff, Eva (ab 05.11.2019)
FDP	Bruns, Sylvia (bis 30.10.2020) Försterling, Björn (ab 30.10.2020)	Försterling, Björn (bis 30.10.2020) Schütz, Susanne Victoria (ab 01.02.2019)
AfD	Bothe, Stephan (bis 29.09.2020)	Emden, Christopher (bis 29.09.2020) Lilienthal, Peer (13.03.2019 bis 29.09.2020)

Sachverständige

Barjenbruch, Mark (Kassenärztliche Vereinigung Nds.)	Hufenbach, Rolf (Kassenärztliche Vereinigung Nds.)
Engelke, Helge (Nds. Krankenhausgesellschaft)	Bielefeld, Marten (Nds. Krankenhausgesellschaft) (ab 30.01.2019)
Mehmecke, Sandra (Pflegekammer Nds.) (bis 15.07.2020)	Ahting, Manuel (Pflegekammer Nds.) (ab 01.03.2019)
Immenroth, Tobias (Pflegekammer Nds.) (ab 16.07.2020)	Immenroth, Tobias (Pflegekammer Nds.) (01.03.2019 bis 15.07.2020)
Niemann, Jörg (Verband der Ersatzkassen - Lan- desvertretung Niedersachsen)	Hunlede, Daniele (Pflegekammer Nds.) (ab 16.07.2020)
	Göken, Carsten (Verband der Ersatzkassen - Landesvertre- tung Nds.)
	Jahns, Dorothea (Verband der Ersatzkassen - Landesvertre- tung Nds.) (ab 01.03.2019)

Preugschat, Frank
(AOK Nds.)

Käser, Brigitte
(AOK Nds.)

Nowack-Schwonbeck, Sabine
(AOK Nds.) (ab 13.03.2019)

Wenker, Dr. Martina
(Ärzttekammer Niedersachsen)

Renneberg, Marion Charlotte
(Ärzttekammer Nds.)

Frühauf, Prof. Dr. Nils
(Ärzttekammer Nds.)

Meyer, Prof. Dr. Hubert
(Nds. Landkreistag)

Trips, Dr. Marco
(Nds. Städte- und Gemeindebund)

Kamlage, Oliver
(Nds. Städte- und Gemeindebund)

Arning, Dr. Jan
(Nds. Städtetag)

Henke, Ines
(Nds. Landkreistag)

Teuber, Nicole
(Nds. Städtetag)

Graf von der Schulenburg, Prof. Dr. J.-Matthias
(Leibniz Universität Hannover)

Weiß, Dr. Vivien
(ehem. Verw.-Professorin Studiengang Pflege Gesundheitscampus Göttingen)

Schneider, Prof. Dr. Nils
(Medizinische Hochschule Hannover)

Jordan, Erwin
(ehem. Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium und Regionsrat a. D.
Dezernat für Soziale Infrastruktur Region Hannover)

In der konstituierenden Sitzung am 21.01.2019 wurden die Abgeordnete Petra Joumaah (CDU) zur Vorsitzenden und der Abgeordnete Oliver Lottke (SPD) zum stellvertretenden Vorsitzenden gewählt.

1.3. Geschäftsordnung

In dem Einsetzungsbeschluss des Landtages vom 10.12.2018 (Drs. 18/2351) ist festgelegt, dass die Vorschriften der Geschäftsordnung für die Ausschüsse des Landtages sinngemäß für die Enquetekommission gelten.

1.4. Konstituierung

Die konstituierende Sitzung der Enquetekommission „Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Niedersachsen - für eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe medizinische Versorgung“ hat am 21.01.2019 stattgefunden. Bis zur Wahl der Vorsitzenden wurde die Sitzungsleitung von dem ältesten in die Enquetekommission berufenen Mitglied des Landtages, Herrn Abg. Burkhard Jasper (CDU) wahrgenommen.

2. Arbeitsweise der Enquetekommission

2.1. Sitzungen

Die Enquetekommission befasste sich in insgesamt 64 öffentlichen Sitzungen (mit 3 nichtöffentlichen Sitzungsteilen) mit dem Einsetzungsauftrag.

2.2. Anhörungen

Die Enquetekommission hörte insgesamt 102 Sachverständige, Vertreterinnen und Vertreter der Landesregierung sowie Verbände und Organisationen des Gesundheitswesens zu den Themen des Einsetzungsauftrages an.

Eine Übersicht über die durchgeführten Anhörungen ist dem Anhang 2 zu entnehmen.

Über die mündlich vorgetragenen Stellungnahmen hinaus hat die Kommission eine Vielzahl schriftlicher Stellungnahmen und Unterlagen erhalten und ausgewertet (Vorlagenverzeichnis Anhang 3).

2.3. Bereisungen

Die Enquetekommission informierte sich in ihrer 18. und 19. Sitzung am 25. und 26. August 2019 durch den Besuch des Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) über die Versorgungsstrukturen in den Niederlanden.

3. Unterstützung der Kommissionsarbeit

3.1. Wissenschaftliche Begleitung

Auf Bitte der Enquetekommission erklärte sich die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. bereit, die Arbeit der Enquetekommission wissenschaftlich zu begleiten. Als Mitarbeiterinnen der Landesvereinigung oblag es Frau Dr. Birte Gebhardt, Frau Elisabeth Rataj, Frau Patrizia Rothofer (zeitweise) und Frau Iris Lettau (zeitweise), die Beratungsergebnisse der Enquetekommission zusammenzufassen sowie durch eigene Vorschläge zu unterstützen.

3.2. Fraktionsreferentinnen und -referenten

Den jeweiligen Vertreterinnen und Vertretern der Fraktionen arbeiteten zu:

Fraktion der SPD: Herr Sultan, Nadim,

Fraktion der CDU: Frau Villmann, Ulrike (zeitweise), Frau Lensker, Luisa Katharina (zeitweise); Herr Riemann, Christoph (zeitweise),

Fraktion Bündnis 90/Die Grünen: Frau Jegodka, Yvette,

Fraktion der FDP: Herr Hoffmann, Aaron,

Fraktion der AfD: Herr Gaberle, Robin (zeitweise), Herr Tassis, Alexander (zeitweise), Frau Schuelke, Jessica (zeitweise).

3.3. Landtagsverwaltung

Die Enquetekommission wurde bei der Durchführung ihrer Sitzungen organisatorisch durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Landtagsverwaltung unterstützt.

II. Erkenntnisse und Empfehlungen der Kommission

1. Ambulante medizinische Versorgung

1.1. Hintergrund

In vielen Fällen sind Arztpraxen die ersten Anlaufstellen der Bürgerinnen und Bürger bei gesundheitlichen Beschwerden. Fast ein Fünftel der GKV-Ausgaben entfällt auf die vertragsärztlichen Behandlungsleistungen, die dort erbracht werden (BMG, 2019). Damit hat die ambulante medizinische Versorgung in Deutschland einen sehr hohen Stellenwert.

Zur ambulanten Versorgung zählen neben der vertragsärztlichen Versorgung, an der zugelassene Ärztinnen und Ärzte, zugelassene medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärztinnen und Ärzte bzw. Einrichtungen teilnehmen können, auch ambulante Leistungen, die von Krankenhäusern erbracht werden (SVR, 2018). Die vertragsärztliche Versorgung gliedert sich dabei in den hausärztlichen und den fachärztlichen Bereich, wobei die hausärztliche Versorgung durch Ärztinnen und Ärzte der Fachrichtungen Allgemeinmedizin sowie Kinder- und Jugendmedizin erbracht wird.¹ Sie beinhaltet insbesondere die allgemeine und fortgesetzte ärztliche Betreuung von Patientinnen und Patienten und umfasst die Diagnostik und Therapie in Kenntnis ihres bzw. seines häuslichen und familiären Umfelds (vgl. § 73 SGB V). Die fachärztliche Versorgung wird entsprechend von Ärztinnen und -ärzten der weiteren Fachrichtungen geleistet.²

In Deutschland wurde die ambulante Gesundheitsversorgung im Jahr 2018 von insgesamt 2 329 000 Personen sichergestellt (GBE, 2020a). Die drei größten Beschäftigungsgruppen waren dabei medizinische und zahnmedizinische Fachangestellte (27 %), Beschäftigte in pflegenden Berufen (16 %) sowie Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und -ärzte und psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten³ (10 %). Die verbleibenden 47 % verteilten sich auf das Personal im Bereich der nichtärztlichen Therapie, im Apothekenwesen, im Verkauf von Medizinbedarf, in der Medizin- und Orthopädietechnik, in der Ernährungs- und Gesundheitsberatung sowie weiteren Berufen (ebd.).

Die Ausführungen in diesem Kapitel konzentrieren sich entsprechend dem Einsetzungsbeschluss der Enquetekommission auf die ambulante medizinische Versorgung in Niedersachsen durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte. Ergänzend wurde darüber hinaus die Versorgung durch Psychotherapeutinnen und -therapeuten in ihren Grundzügen betrachtet.

¹ An der hausärztlichen Versorgung können darüber hinaus auch Internistinnen und Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung teilnehmen (vgl. § 73 Abs. 1a SGB V).

² Zur besseren Lesbarkeit wird überwiegend die umgangssprachliche Unterscheidung zwischen Haus- und Fachärztinnen bzw. -ärzten verwendet (Allgemeinärztinnen und -ärzte sind üblicherweise Hausärztinnen bzw. Hausärzte).

³ Diese Berufsbezeichnung umfasst entsprechend dem Psychotherapeutengesetz (PsychThG) Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten. Eine Berechtigung zur eigenständigen Behandlung (Approbation) wird in dieser Berufsgruppe durch ein absolviertes Studium der Psychologie sowie eine entsprechende Ausbildung oder seit 2020 auch durch ein Direktstudium erworben. „Ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten“ hingegen sind approbierte Medizinerinnen und Mediziner, die eine psychotherapeutische Qualifikation vorweisen können.

Für eine gute Lesbarkeit umfassen in diesem Bericht „Psychotherapeutinnen und -therapeuten“ stets die gesamte Berufsgruppe der Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten.

Die folgenden Abschnitte bieten eine Übersicht zur Einordnung der Versorgungslage im ambulanten Sektor in Niedersachsen. Dabei werden folgende Aspekte deutlich:

- Der niedersächsischen Bevölkerung steht derzeit eine insgesamt gut erreichbare und qualitativ hochwertige ambulante Versorgung zur Verfügung.
- Allerdings ist ein Stadt-Land-Gefälle in der Versorgungsdichte festzustellen.
- Insbesondere die hausärztliche Versorgung im ländlichen Raum steht dabei zunehmend vor Herausforderungen.

1.1.1. Besonderheiten der ambulanten medizinischen Versorgung in Deutschland

Der Gesetzgeber hat der ärztlichen Selbstverwaltung - d. h. den 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) in den Bundesländern sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) - die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung übertragen (§ 75 SGB V). Seit 1999 zählt dazu neben der ambulanten haus- und fachärztlichen auch die psychotherapeutische Versorgung. Der Auftrag umfasst dabei Maßnahmen und Initiativen, um die Versorgung der gesetzlich Versicherten gemäß § 75 SGB V sicherzustellen, u. a. durch die angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der vertragsärztlichen Versorgung.

Wie viele Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten der Bevölkerung in einem bestimmten Gebiet (einem sogenannten Planungsbereich) zur Verfügung stehen sollen, wird in Deutschland durch die Bedarfsplanung festgelegt. Der Bedarfsplan wird auf der gesetzlichen Grundlage des fünften Sozialgesetzbuches und der Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) aufgestellt (G-BA, 2020f). Die aktuelle Bedarfsplanungs-Richtlinie ist im Juni 2019 in Kraft getreten und wurde Ende 2019 in Niedersachsen umgesetzt.⁴ In dieser sind arztgruppenspezifische regionale Verhältniszahlen (Bevölkerung je ärztlichen Leistungserbringenden) festgelegt, die den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad definieren (ebd.).

Durch einen neu eingeführten Morbiditätsfaktor werden bei der Planung auch unterschiedliche Altersgruppen und Geschlechter, die ärztliche Leistungen unterschiedlich stark in Anspruch nehmen, berücksichtigt. In Niedersachsen variieren z. B. die Verhältniszahlen der hausärztlichen Versorgung von ca. 1 400 bis zu 1 800 Einwohnerinnen und Einwohner je Hausärztin bzw. -arzt (KVN, 2020i). Für die einzelnen Arztgruppen werden verschieden große Planungsbereiche zugrunde gelegt. Hausärztliche Kapazitäten werden in der Planung kleinräumiger vorgesehen als fachärztliche Leistungserbringende (vgl. Abb. 1).

⁴ Der Aufstellung des Bedarfsplans geht ein Stellungnahmeverfahren beim Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (MS), den Kommunalen Spitzenverbänden, der Patientenbeauftragten und der Niedersächsische Krankenhausgesellschaft (NKG) voraus. Anschließend wird dieses vom MS geprüft und genehmigt.

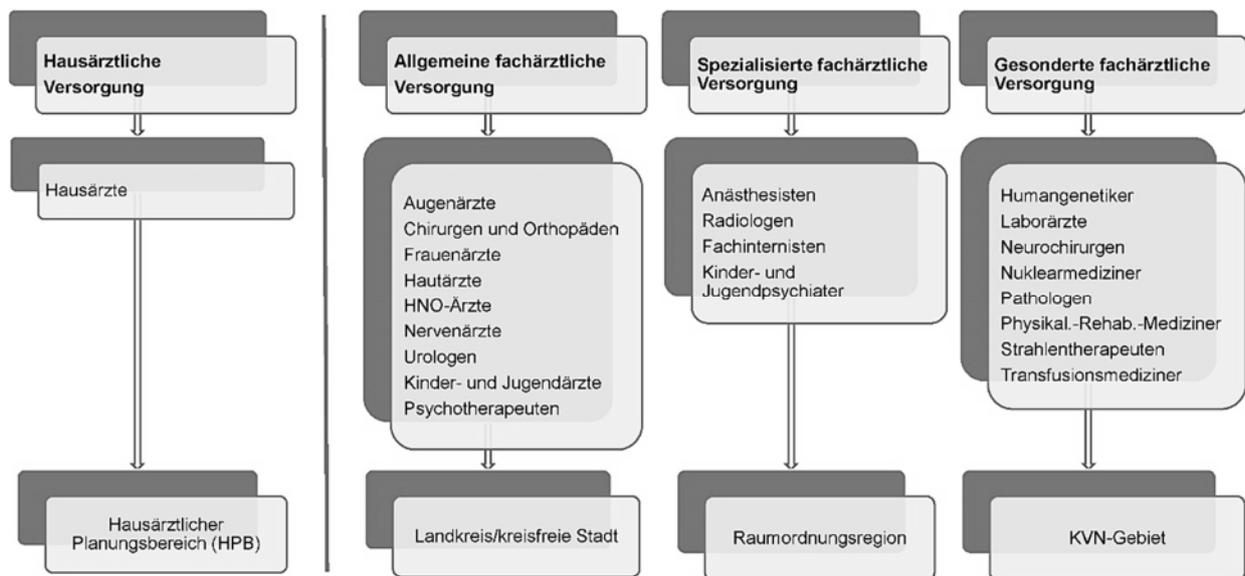


Abb. 1: Räumliche Zuordnung der Planungsbereiche der Vertragsärztlichen Versorgung am Beispiel Niedersachsen (KVN, 2020e, S. 2)

Auf Grundlage der arztgruppenspezifischen Verhältniszahlen sowie des Morbiditätsfaktors werden Versorgungsgrade je Fachgruppe und Planungsbereich ermittelt. Eine Überversorgung wird ausgewiesen, wenn in einer Region 10 % mehr Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen und -therapeuten tätig sind als nach der Bedarfsplanung vorgesehen (also bei einem Versorgungsgrad von über 110 %). In diesem Fall wird eine Zulassungsbeschränkung, d. h. eine Sperrung des Planungsbereiches für zusätzliche Niederlassungen, angeordnet. Anhaltspunkte für eine bestehende Unterversorgung liegen vor, wenn der Versorgungsgrad der hausärztlichen Versorgung unter 75 % oder in der fachärztlichen Versorgung unter 50 % liegt (KVN, 2019c).

Ungeachtet dieser Berechnungsgrundlagen besteht in der Bevölkerung auch in rechnerisch über- oder ausreichend versorgten Gebieten nicht selten die Wahrnehmung von Versorgungsdefiziten, da es u. a. häufig mit Problemen verbunden ist, einen Termin bei einer Fachärztin bzw. bei einem Facharzt zu erhalten.⁵ Auch variiert die örtliche Verteilung von Ärztinnen und Ärzten, da der Versorgungsgrad für die beschriebenen Planungsbereiche und nicht für einzelne Ortschaften ermittelt wird. Innerhalb der Planungsbereiche steht es den Ärztinnen und Ärzten frei, an welchem Ort sie sich konkret niederlassen (G-BA, 2020f). Zudem wurden durch die Reform der Bedarfsplanung zwar rechnerisch neue Vertragsarztsitze ausgewiesen, allerdings besteht die weit größere Herausforderung darin, diese erfolgreich zu besetzen, insbesondere im Bereich der hausärztlichen Versorgung in ländlichen Räumen.

1.1.2. Ambulante medizinische Versorgung im internationalen Vergleich

Die ambulante Versorgung in Deutschland unterscheidet sich deutlich von der Versorgung in vielen anderen OECD-Ländern. Eine Besonderheit des deutschen Gesundheitswesens besteht in einem sehr freien Zugang sowohl zur haus- als auch zur fachärztlichen Versorgung.

⁵ Auf diese Defizite kann in Ausnahmefällen durch Sonderbedarfszulassungen reagiert werden, so dass auch in gesperrten Planungsbereichen zusätzliche Vertragsarztsitze geschaffen werden können. Dies gilt bei einem besonderen lokalen oder qualifikationsbezogenen Versorgungsbedarf, der nicht durch die bestehende vertragsärztliche Versorgung gedeckt werden kann (G-BA, 2020f).

Zudem wird die ambulante ärztliche Versorgung überwiegend durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte erbracht, wohingegen in den meisten anderen Industrieländern insbesondere die ambulante fachärztliche Versorgung durch Ärztinnen und Ärzte geleistet wird, die an Krankenhäusern angestellt sind (Arentz, 2017).

In vielen dieser Länder existieren weiterhin hausarztzentrierte Systeme, in denen die Patientinnen und Patienten immer zuerst eine Hausarztpraxis aufsuchen müssen. Dort wird dann eine etwaige Überweisung an eine Fachärztin bzw. einen Facharzt veranlasst. Sogenannte Gatekeeping-Systeme zur Steuerung der Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems sind u. a. in den Niederlanden, Italien, Schweden, dem Vereinigten Königreich sowie in Australien und Neuseeland vorzufinden (OECD, 2020c; Arentz, 2017). In Deutschland wurden im Rahmen des Konzepts der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) erstmals Aspekte des Gatekeeping implementiert (SVR, 2018). Im Jahr 2004 schuf der Gesetzgeber mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GKV-GMG) die Grundlage für HzV-Verträge. Insgesamt gilt es allerdings bei einem Vergleich der Versorgung zu beachten, dass einige Länder nicht über ein ambulantes fachärztliches Versorgungssystem verfügen.

1.1.3. Status quo der ambulanten medizinischen Versorgung in Niedersachsen

Der niedersächsischen Bevölkerung steht derzeit eine insgesamt gut erreichbare und qualitativ hochwertige ambulante Versorgung zur Verfügung. Die mittlere Erreichbarkeit⁶ einer hausärztlichen Praxis lag in Niedersachsen 2019 bei unter 5 Minuten⁷ (vgl. Abb. 2) (KVN, 2020i). 97 % der Bevölkerung erreichen eine hausärztliche Praxis in 10 Minuten und Menschen, die in (peripheren) ländlichen Räumen mit dünner Besiedlung leben, haben Wegezeiten von bis zu 20 Minuten (ebd.). Insgesamt sind in Niedersachsen 13 875 Ärztinnen und Ärzte sowie 2 299 Psychotherapeutinnen und -therapeuten im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung tätig. Der Anteil dieser an der vertragsärztlichen Versorgung Beteiligten ist im Vergleich zu 2017 um 2,6 % gestiegen (Stand 12/2019; KVN 2020a).

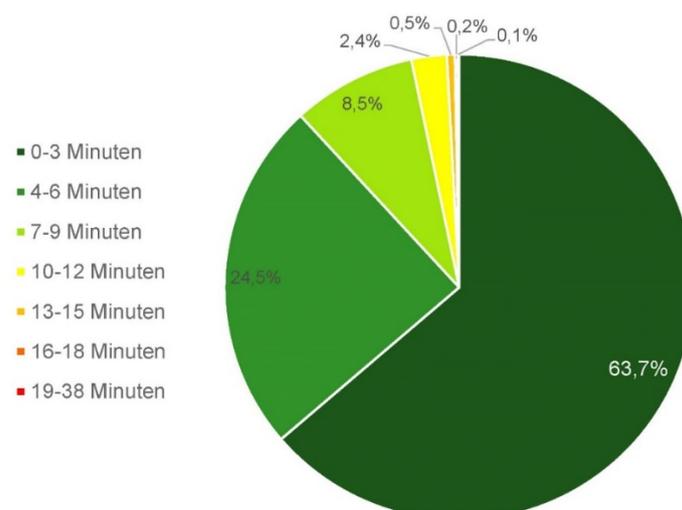


Abb. 2: Wegezeiten im Bereich der hausärztlichen Versorgung in Niedersachsen (KVN, 2016)

⁶ Die mittlere Erreichbarkeit ist definiert als die mittlere Entfernung (Median) zum nächsten niedergelassenen hausärztlichen Leistungserbringenden und wird in Wegezeit des motorisierten Individualverkehrs angegeben (BMEL, 2016).

⁷ Die Zeitangaben beziehen sich auf den motorisierten Individualverkehr.

Wird ausschließlich der niedergelassene Bereich betrachtet, so stehen rein rechnerisch einer niedergelassenen Ärztin bzw. einem niedergelassenen Arzt 494 Einwohnerinnen und Einwohner gegenüber (KVN, 2020c). Im bundesweiten Vergleich befindet sich Niedersachsen damit im Mittelfeld. Bei der Betrachtung der Behandlungsfälle je Ärztin bzw. je Arzt liegt Niedersachsen bei der hausärztlichen Versorgung mit 3 822 Fällen allerdings über dem bundesweiten Durchschnitt von 3 454 behandelten Fällen je Hausärztin bzw. -arzt (KVN, 2020b). Dieser Wert ist in den vergangenen zehn Jahren konstant geblieben (ebd.). Dennoch besteht trotz der insgesamt guten Versorgungssituation im Flächenland Niedersachsen eine der primären Herausforderungen in einer zunehmenden Ungleichverteilung der Versorgungskapazitäten. Denn obwohl insgesamt ein kontinuierlicher Anstieg der Anzahl der niedergelassenen ärztlichen Leistungserbringenden zu verzeichnen ist und in vielen - insbesondere städtischen - Gebieten sogar eine Überversorgung vorliegt, werden in anderen Regionen die durch die Bedarfsplanung möglichen Praxisniederlassungen nicht erreicht. Diese geografische Ungleichverteilung der Ärzteschaft äußert sich durch eine hohe Arzt-Einwohner-Relation in Ballungsgebieten⁸ bei einer gleichzeitig geringeren Arztdichte im ländlichen Raum. Dort wird es zunehmend schwieriger, freiwerdende Kassenarztsitze neu zu besetzen. Insbesondere die langfristige Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in diesen Gebieten ist daher zukünftig gefährdet (Kuhn & Amelung, 2015). Die Gründe hierfür sind vielschichtig.

Eine besondere Herausforderung für die Sicherstellung der ambulanten Versorgung zeigte sich darüber hinaus durch die COVID-19-Pandemie. Die Leistungsfähigkeit des ambulanten Sektors hat sich mit dem Aufkommen der Pandemie auch in Niedersachsen bestätigt. Gleichwohl verdeutlichte die Krisensituation die Notwendigkeit, Strategien und Ressourcen zur Bewältigung möglicher zukünftiger Krisen verfügbar zu haben. Dabei zählen zu den besonderen Herausforderungen, mit denen die Verantwortlichen sich in den ersten Monaten der Pandemiephase konfrontiert sahen:

- die kontinuierliche Sicherstellung der Versorgung,
- die Errichtung und der Betrieb von Testzentren und
- die Bereitstellung von persönlicher Schutzausrüstung.

Ferner wurden in dieser außergewöhnlichen Situation Lösungen zur Versorgungssicherstellung entwickelt. Dazu zählen u. a. telefonische und videobasierte Behandlungen, die telefonische Arbeitsunfähigkeitsmeldung sowie die unmittelbare Einrichtung von Telefonhotlines für verschiedenste Fragen zur COVID-19-Pandemie. Darüber hinaus hat in der Bewältigung der pandemischen Situation die Steuerung von Verdachtsfällen in dezentrale Testzentren und die Bildung von Infektionssprechstunden bisher einen wesentlichen Beitrag zur Reduzierung von Infektionsketten geleistet (Stand: 10/2020).

Ermöglicht wird dies auch durch einen hohen finanziellen Ressourceneinsatz, der zum einen aus umfassenden Maßnahmen zur akuten Pandemiebewältigung und zum anderen in Form von Schutzschirmen für die Leistungserbringenden besteht, womit z. B. die Testfinanzierung und ein Einkommensschutz gewährleistet werden.

⁸ Auch im urbanen Raum können bei rechnerischer Überversorgung von der Bevölkerung Versorgungsmängel wahrgenommen werden, z. B. längere Wartezeiten.

1.2. Wesentliche Erkenntnisse im Bereich der ambulanten medizinischen Versorgung

In den folgenden Abschnitten werden die in der Enquetekommission diskutierten Problemlagen sowie die dazu beschlossenen Handlungsempfehlungen detailliert dargestellt. Die Ausführungen konzentrieren sich auf die Themenfelder „Qualität und Strukturen der Versorgung“ sowie „Personal“. Eine Übersicht der erörterten Herausforderungen und Empfehlungen für den ambulanten Sektor ist in Beschluss 1 (vgl. Anhang) aufgeführt.

1.2.1. Qualität und Strukturen der Versorgung

Zur Sicherstellung der ambulanten Versorgungsstrukturen und einer hohen Versorgungsqualität liegen die Herausforderungen aus Sicht der Enquetekommission in Niedersachsen in folgenden Bereichen:

- Es besteht eine mangelnde flächendeckende Verteilung der Leistungserbringenden im ärztlichen sowie psychotherapeutischen Bereich.
- Die Niederlassung ist zum Teil mit Schwierigkeiten und Risiken verbunden.
- Es ist von einer weiter zunehmenden Überlastung der hausärztlichen Kapazitäten auszugehen.

Mangelnde flächendeckende Verteilung der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung

Wie einleitend beschrieben, besteht in Deutschland generell - also auch im Flächenland Niedersachsen - ein deutliches Stadt-Land-Gefälle in der ambulanten Versorgung. Die Auswirkungen dieser Unterschiede werden in vergleichsweise dünn besiedelten Gebieten (z. B. in der Lüneburger Heide oder im Harz) und auf den Inseln Niedersachsens besonders deutlich.

Eine mangelnde flächendeckende Verteilung ist vor allem im Bereich der haus- und kinderärztlichen Versorgung in ländlichen Regionen zu verzeichnen. Versorgungsmängel aus Perspektive der Versicherten umfassen u. a. lange Wartezeiten und Anfahrtswege, mangelnde Terminverfügbarkeiten sowie insgesamt ein unzureichendes Angebot an Fachärztinnen und -ärzten (Auschra et al., 2018; forsa, 2018). Die Zufriedenheit der Bevölkerung mit der ärztlichen Versorgung unterscheidet sich deutlich zwischen ländlichen und städtischen Regionen. Hinsichtlich der benannten Versorgungsmängel sind die Menschen in eher ländlichen Gebieten häufiger unzufrieden (ebd.).

Mit dem Inkrafttreten des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) im Frühjahr 2019 sollte u. a. diesen Herausforderungen begegnet werden, indem Patientinnen und Patienten einerseits schneller Arzttermine bekommen und andererseits die Versorgung sowie die Leistungen der Krankenkassen verbessert werden. Hierfür wird auch für zusätzliche und besondere Termine weiteres Honorar für ärztliche Versorger zur Verfügung gestellt.⁹ Dafür erfolgten der Ausbau der Terminservicestellen, die rund um die Uhr für die Bevölkerung erreichbar sind und die Erhöhung des Mindestsprechstundenangebots der Vertragsärztinnen und -ärzte.

⁹ Dies umfasst den jeweils den Fall und den entsprechenden Zuschlag für Terminservicestellen (TSS) -Terminfälle, Akutfälle, Hausarztvermittlungsfälle, sowie offene Sprechstunden und Neupatientinnen bzw. -patienten.

Die Wirkungen der Einführung dieses Gesetzes, welches eine Fülle von Themen beinhaltet, können gegenwärtig noch nicht abschließend bewertet werden. Zum einen sind derzeit vorerst initiale Veränderungen spürbar, und Analysen längerfristiger Auswirkungen stehen aus. Andererseits sind die Effekte stratifiziert zu betrachten, da die Bevölkerung die entstandenen Veränderungen anders erlebt, als dies z. B. für die Praxen und die gesetzlichen Krankenkassen der Fall ist. Erste Auswertungen weisen jedoch darauf hin, dass die Honorarzahungen für Ärztinnen und Ärzte, die zusätzliche Termine anbieten, gestiegen sind (KVN, 2020d). Diese Steigerungsrate insbesondere im fachärztlichen Versorgungsbereich ist auf die durch das TSVG zusätzlichen extrabudgetären Vergütungen, insbesondere von Neupatientinnen und -patienten, zurückzuführen (ebd.).

Die Qualität der Versorgungslage und etwaige Mängel können darüber hinaus an der tatsächlichen Anzahl der zur Verfügung stehenden Ärztinnen und Ärzte sowie an den verfügbaren Zulassungsmöglichkeiten festgemacht werden (Soll-/Ist-Vergleich). Dabei können in Niedersachsen derzeit insgesamt 175,5 Hausarztsitze mit noch weiteren Ärztinnen und Ärzten besetzt werden, bis ein Versorgungsgrad von 100 % erreicht ist (KVN, 2021b). Entsprechend dem eingangs beschriebenen Bedarfsplanungsmodell können sogar 451 weitere Hausarztsitze besetzt werden, bis entsprechende Zulassungsbeschränkungen anzuordnen sind (Versorgungsgrad von über 110 %) (KVN, 2020e). Gleichzeitig besteht in 23 der insgesamt 104 Planungsbereiche eine Überversorgung (Versorgungsgrad von über 110 %) (vgl. Abb. 3). Einen Versorgungsgrad von 75 % und weniger, bei dem eine Unterversorgung angenommen werden kann, weist derzeit kein hausärztlicher Planungsbereich auf (ebd.). Prognosen der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen zufolge wird sich der Anteil dieser Planungsbereiche mit einem Versorgungsgrad von weniger als 75 % in den kommenden Jahren deutlich erhöhen (Thomsen et al., 2020).

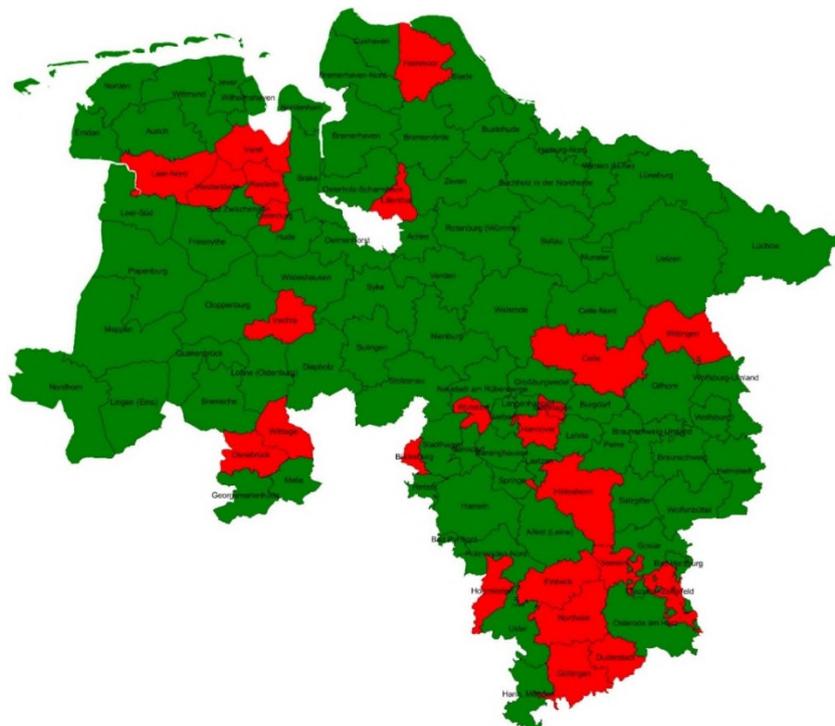


Abb. 3: Grad der hausärztlichen Versorgung in Niedersachsen (KVN, 2020e, S. 3)¹⁰

¹⁰ Planungsbereiche mit Versorgungsgrad von 75 bis 110 % (Grün) und über 110 % (Rot)

langen Wartezeiten auf einen Termin sowie in einem Mangel an direktem fallbezogenem Austausch mit allen am Diagnostik- und Behandlungsprozess Beteiligten nieder (Natschke et al., 2016). Versorgungsdefizite äußern sich auch in diesem Bereich im Zugang zu Behandlungsangeboten und in deren Qualität sowie bei der Implementierung von Präventionsmaßnahmen (Thom et al., 2019). Der Behandlungsbedarf ist ferner geprägt von der vielgestaltigen Entwicklung gesellschaftlicher und kultureller Risikofaktoren, die im Zusammenhang mit der Häufigkeit und der Folgeschwere psychischer Störungen stehen (ebd.).

Mit den Änderungen der Psychotherapie-Richtlinie im Jahr 2017 wurden psychotherapeutische Sprechstunden und - Akutbehandlungen sowie Maßnahmen zur Vermeidung von Rückfällen als wichtige neue Versorgungselemente festgelegt (G-BA, 2019). Hauptziel der Änderungen war es, einen niedrigschwelligen und gut erreichbaren Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung für die Bevölkerung zu gewährleisten. Darüber hinaus sollte die Einführung des TSVG mit maßgeblichen Neuerungen für diesen Bereich zur besseren Bewältigung der genannten Herausforderungen beitragen. So wird darin u. a. festgelegt, dass bei einer erforderlichen psychotherapeutischen Akutbehandlung ein Behandlungstermin innerhalb von zwei Wochen für die Patientin bzw. den Patienten zur Verfügung stehen soll (Grobe et al., 2020). Dadurch wird einerseits der Zugang zur psychotherapeutischen Ersthilfe erleichtert. Andererseits wird aber auch Personal gebunden und werden die Wartezeiten auf einen Therapieplatz nicht reduziert (ebd.). Die langfristigen Wirkungen beider Reformen können gegenwärtig noch nicht abschließend beurteilt werden (Deutscher Bundestag, 2020a).

Insgesamt ist die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich in den letzten Jahren zwar stetig gestiegen, allerdings in geringerem Ausmaß als die Anzahl der Behandlungsfälle. So steht eine gering zunehmende Gruppe an ärztlichen Leistungserbringenden einer deutlich stärker zunehmenden Versorgungslast gegenüber. Diese herausfordernde Versorgungssituation wird sich zukünftig weiter verschärfen, wenn die sogenannten Babyboomer (Geburtsjahrgänge 1956 - 1965) in Rente gehen. Es ist zu erwarten, dass die erwerbsfähige Bevölkerung in Deutschland in den kommenden 15 Jahren um rund vier bis sechs Millionen Menschen sinken wird (Destatis, 2019).¹³ Demnach wird mit dem Ruhestand der Generation der „Babyboomer“ die Zahl der Erwerbstätigen auch im Bereich der medizinischen Versorgung stark zurückgehen und die zum Teil bereits spürbaren Fachkräfteengpässe verschärfen. In Niedersachsen sind 70,4 % der Vertragsärztinnen und -ärzte über 50 Jahre alt (KVN, 2020c). Eine von der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen in Auftrag gegebene Prognose der Versorgungsgrade im hausärztlichen Bereich zeigt die deutliche Fortführung dieses Trends. Für das Jahr 2035 wird eine Unterversorgung (Versorgungsgrad unter 75 %) in großen Teilen der ländlichen Planungsbereiche prognostiziert (Thomsen et al., 2020).¹⁴

Eine weitere Herausforderung für die ambulante medizinische Versorgung besteht in der teilweisen Zweckentfremdung von Hausarztsitzen für spezialisierte Medizin (Hausärzteverband Nds., 2017). Diese Fehlbesetzung könnte Auswirkungen auf die statistische Abbildung der tatsächlich verfügbaren und praktizierenden Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner haben.

¹³ 2018 waren in Deutschland 51,8 Mio. Menschen im erwerbsfähigen Alter (20 - 66 Jahre). Bis zum Jahr 2035 wird diese Gruppe auf 45,8 bis 47,4 Mio. schrumpfen (Destatis, 2019).

¹⁴ Die Aussagekraft dieser Prognose wird von den Krankenkassen in Frage gestellt. Hintergrund dafür ist, dass bereits in der Vergangenheit vergleichbare Prognosen erstellt wurden, welche nicht im vorhergesagten Ausmaß eingetreten sind. Dies kann dadurch erklärt werden, dass von den maßgeblichen Akteurinnen und Akteuren entsprechende Maßnahmen entwickelt und ergriffen wurden, um das Eintreten der Prognosen abzuwenden. Insgesamt kann die genannte Prognose daher als Warnhinweis und Appell verstanden werden.

Herausforderungen der Niederlassung

Die Versorgungssituation im ambulanten Bereich gestaltet sich insgesamt sehr unterschiedlich. Dies betrifft die eingangs erläuterte „geografische“ Ungleichverteilung (urbane gegenüber ländlichen Regionen), darüber hinaus aber auch eine „arztgruppenspezifische“ Ungleichverteilung der ambulanten Leistungserbringenden. Nachkommende Ärztinnen und Ärzte entscheiden sich zu selten für die Fachrichtung Allgemeinmedizin sowie auch immer seltener für eine Tätigkeit im ländlichen Raum (SVR, 2018). So ist auch in Niedersachsen der Anteil der neu hinzugekommenen Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner an der vertragsärztlichen Versorgung von 23 % im Jahr 2013 auf 21,3 % im Jahr 2019 gesunken (KVN, 2020c). Eine Steigerung und Steuerung der Niederlassungen in spezifische Regionen und Fachrichtungen stellt somit eine der zentralen Herausforderungen dar.

Ursächlich für diese Entwicklung ist auch, dass eine Niederlassung in freier Praxis ein generell immer weniger beliebtes bzw. angestrebtes Modell ist. Dies zeigt auch die Zunahme von Ärztinnen und Ärzten, die in einem Angestelltenverhältnis tätig sind (SVR, 2018). Zudem ist eine Steigerung der Zahl der Teilzeittätigen zu verzeichnen. In Niedersachsen sind derzeit 19,4 % der Vertragsärztinnen bzw. -ärzte und Vertragspsychotherapeutinnen bzw. -therapeuten in Teilzeit tätig.¹⁵ Dieser Anteil lag noch im Jahr 2013 bei nur 10,6 % und hat sich damit nahezu verdoppelt (KVN, 2020c). Die Gründe für den Anstieg sind vielfältig. Dazu lassen sich eine Präferenz von Arbeitszeitreduktion („Freizeit vor Bezahlung“) und längere familienbedingte Unterbrechungen der Berufstätigkeit (SVR, 2018), die u. a. im steigenden Anteil an Ärztinnen in der Medizin begründet sind, zählen. Hausarztpraxen vor allem im ländlichen Raum finden oft keine Nachfolgerinnen bzw. Nachfolger, u. a., weil den Berufseinsteigenden die Belastungen und Risiken der selbstständigen Niederlassung zu hoch sind. In der Erhebung des Berufsmonitorings Medizinstudierender¹⁶ wurden auch von dieser Gruppe niederlassungshemmende Faktoren identifiziert (KBV, 2019). Demnach wirken sich insgesamt unterschiedliche, mit einer Niederlassung und der damit verbundenen freiberuflichen Tätigkeit (unabhängig davon, ob Einzel- oder Gemeinschaftspraxis) einhergehende Faktoren hemmend aus. Die Medizinstudierenden geben an, dass vor allem bürokratische Aufgaben in der Praxis (62,3 %), das hohe finanzielle Risiko (57,4 %) sowie die Angst vor vielfältigen drohenden Regressen (46,7 %) gegen eine Niederlassung sprechen (ebd.)

Auch eine Befragung praktizierender Ärztinnen und Ärzte gibt Hinweise auf persönliche Belastungen aufgrund der Regressgefahr (TAL gGmbH, 2020). Die Befragten geben an, dass die Regressgefahr demotiviert und ein Grund ist, die eigene Praxis nicht länger als nötig zu betreiben (ebd.). Mit der Einführung des TSVG werden auch in diesem Bereich Änderungen geschaffen. Diese verfolgen das Ziel, die Attraktivität der vertragsärztlichen Niederlassung zu steigern. Zu diesem Zweck wurden zahlreiche Regelungen der Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfung entschärft.

¹⁵ Angestellte Ärztinnen und Ärzte werden in der Bedarfsplanung mit dem Faktor 1 berücksichtigt, soweit sie vollbeschäftigt sind. In Teilzeit Beschäftigte sind bei der Feststellung des Versorgungsgrades nach Maßgabe des konkreten Beschäftigungsumfangs zu berücksichtigen. Der Anrechnungsfaktor beträgt in Niedersachsen im statistischen Mittel 0,7 (KVN, 2020a).

¹⁶ Diese bundesweite Erhebung wurde 2018 mit 13 900 teilnehmenden Medizinstudierenden durchgeführt und findet seit 2010 alle vier Jahre statt. Durchgeführt wird dies durch die Universität Trier im Auftrag der KBV und in Kooperation mit dem Medizinischen Fakultätentag (MFT) und der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd).

Das Wirtschaftlichkeitsgebot gemäß § 12 SGB V besagt, dass Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen. Leistungen, die dieser gesetzlichen Vorgabe nicht entsprechen, können die Versicherten nicht einfordern. Die Leistungserbringenden dürfen diese Forderung nicht umsetzen, und die gesetzlichen Krankenkassen dürfen sie nicht bewilligen. Werden diese Maßgaben nicht eingehalten, kann es zu einer Wirtschaftlichkeitsprüfung und ggf. einem Regress, also einem Schadensersatzanspruch der Krankenkasse gegenüber der verordnenden Vertragsärztin bzw. dem verordnenden Arzt, kommen. Dieser ist begründet, wenn das o. g. Wirtschaftlichkeitsgebot verletzt wurde und/oder Verordnungsausschlüsse nicht berücksichtigt wurden.

Weiter zunehmende Überlastung hausärztlicher Kapazitäten

Die Überlastung der hausärztlichen Kapazitäten stellt ein weiteres in der Enquetekommission diskutiertes Handlungsfeld dar. Hauptursachen liegen dabei in häufigen Patientenkontakten, in den begrenzten und noch nicht ausgeschöpften Delegationsmöglichkeiten, im hohen bürokratischen Aufwand sowie in der Ausführung medizinfremder Tätigkeiten (KBV, 2019). Auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) identifiziert die Zunahme administrativer Aufgaben praktizierender Ärztinnen und Ärzte als einen wichtigen Einflussfaktor, der verstärkend auf einen zukünftigen Ärztemangel wirkt (SVR, 2018). Dies geben Medizinstudierende (insbesondere, wenn diese niedergelassenen Ärztinnen bzw. Ärzte in der Familie haben) ebenso als deutlich niederlassungshemmende Faktoren an (KBV, 2019).

Ferner besteht eine Herausforderung darin, dass die aktuellen Abrechnungssysteme Anreize für häufige und kurze Patientenkontakte setzen. Dabei sind Facharztkonsultationen häufig von kurzen Kontakten mit hohem Medizinteikeinsatz geprägt und es bedarf anschließend vermehrter hausärztlicher Versorgung. Der SVR beschreibt diese Problematik als Arbeitsreduktion infolge aktuell bestehender Vergütungsanreize, die daraufhin den zukünftigen Ärztemangel verstärkt (SVR, 2018). Das bedeutet u. a., dass die ärztliche Versorgung durch den bestehenden Quartalsbezug beeinträchtigt wird. Dieser setzt Anreize, Patientinnen und Patienten häufig einzubestellen. Zudem werden, insbesondere bei Leistungen, die eine intensive Techniknutzung einschließen, Anreize zur Mengenausweitung gesetzt. So werden mit jeder Leistung nicht nur die damit verbundenen Kosten, sondern ggf. auch die bereits refinanzierten intervallfixen Kosten¹⁷ vergütet (ebd.).

Weiterhin stellen die begrenzten Delegationsmöglichkeiten einen Aspekt dar, den es im Zusammenhang mit der Überlastung der hausärztlichen Kapazitäten zu betrachten gilt. Sowohl die delegierbaren Leistungen als auch die Patientenkreise, die diese empfangen können, sind bisher gesetzlich begrenzt. Für die ambulante vertragsärztliche Tätigkeit existiert eine Vereinbarung (§ 28 Abs. 1 Satz 3 SGB V), die einen Beispielkatalog delegationsfähiger Leistungen enthält. Dennoch sind die allgemeinen strukturellen Rahmenbedingungen für Delegation starr und zu bürokratisch, vor allem im Hinblick auf das Haftungsrecht, nach dem die Ärztin bzw. der Arzt als Vertragspartnerin der Patientinnen und Patienten bei Fehlern, des von ihr/ihm eingesetzten Personals haftet. Darüber hinaus besteht die deliktische Haftung der Gehilfin

¹⁷ Als intervallfixe Kosten werden die Ausgaben bezeichnet, deren Höhe in bestimmten Bereichen der Leistungsmenge konstant bleibt, beim Überschreiten einer bestimmten Menge jedoch sprunghaft auf ein höheres Niveau steigen. Ist z. B. ein technisches Gerät zu 100 % ausgelastet, so ist für die Durchführung zusätzlicher Leistungen die Anschaffung eines weiteren Geräts notwendig (SVR, 2018).

bzw. des Gehilfen der verantwortenden Ärztin bzw. des verantwortenden Arztes, wonach oftmals alle an der vermeintlich fehlerhaften Behandlung Beteiligten verklagt werden können.

Auch der SVR benennt in diesem Zusammenhang die mangelnden Möglichkeiten zur Delegation von Aufgaben, die aufgrund des Fachkräftemangels in den Gesundheitsfachberufen bestehen, sowie die ausstehende Anpassung des Heilpraktikergesetzes (SVR, 2018). Insbesondere in ländlichen Räumen, in denen sich Gesundheitsakteure kennen und bereits vielerorts gut und patientenzentriert zusammenarbeiten, ist der Spielraum für Synergien, z. B. durch Einsparung doppelter Hausbesuche durch Pflegekräfte und Hausärztinnen bzw. -ärzte, noch nicht ausgeschöpft bzw. rechtlich umfassend abgesichert (SVR, 2014). Einige Effekte von Delegationen könnten sich auch auf Kapazitätsprobleme in Pflegeberufen positiv auswirken, da die übertragenen Aufgaben eine Aufwertung des Berufsbildes und z. B. auch arbeitnehmerfreundliche Schichten ermöglichen. Dies setzt jedoch ein adäquates Maß an Kapazitäten seitens der Pflegefachperson voraus (ebd.).

Die Enquetekommission hat sich ferner mit dem Bedarf und der Ausgestaltung kommunaler Gesundheitsförderung auseinandergesetzt. Vor dem Hintergrund, dass die Gesundheitsversorgung naturgemäß dort stattfindet, wo die Menschen leben, sind Landkreise, Städte und Gemeinden besonders herausgefordert, soziale und gesundheitliche Belange der Menschen direkt vor Ort bedürfnisgerecht zu gestalten. Zudem beeinflussen regionale Gegebenheiten sowohl das Auftreten von Erkrankungen als auch den Versorgungsprozess. Dies unterstreicht den Bedarf an kommunalen Strukturen, innovativen Projekten sowie deren regional koordinierter Steuerung, die eine bedarfsgerechte und möglichst wohnortnahe Gesundheitsversorgung zum Ziel haben (MS, o. J.).

Übergeordnetes Ziel von kommunaler Gesundheitsförderung ist es, die Entwicklung und Umsetzung neuer medizinischer Versorgungsprojekte, die kommunale Strukturbildung sowie Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention zu stärken. Um die niedersächsische Bevölkerung bei der Gestaltung des regionalen Gesundheitswesens zu unterstützen, wurde das Projekt „Gesundheitsregionen Niedersachsen“ ins Leben gerufen. Die Mehrheit aller Landkreise und kreisfreien Städte beteiligt sich bereits an dem Auf- und Ausbau der Gesundheitsregionen, die weiterer und langfristiger Stärkung vor allem durch eine dauerhafte und substantielle finanzielle Unterstützung aller beteiligten Akteurinnen und Akteure insbesondere seitens des Landes und der Kostenträger bedürfen.

Handlungsempfehlungen

Vor dem Hintergrund der dargestellten Problemlagen hat die Enquetekommission für die Sicherung der ambulanten Versorgung hinsichtlich der Qualität und Strukturen der Versorgung umfangreiche Empfehlungen formuliert. Die Handlungsempfehlungen sind für das gesamte Kapitel fortlaufend nummeriert (vgl. Anhang 1, Beschluss 1).

Als Handlungsempfehlungen sind folgende Punkte hervorzuheben:

- Als wesentliche Grundlage einer bedarfsgerechten und zukunftsfähigen Versorgung empfiehlt die Enquetekommission eine Optimierung der gegenwärtigen Bedarfsplanung.
- Um für die Bevölkerung auch zukünftig eine flächendeckende Versorgung zu gewährleisten, ist die Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Tätigkeit als Hausärztin bzw. Hausarzt insbesondere in strukturschwächeren Regionen von zentraler Bedeutung.

- Zur Sicherstellung einer zukunftsfähigen ambulanten medizinischen Versorgung können die Stärkung und Ausweitung der Übertragung ärztlichen Leistungen auf andere Berufsgruppen sowie die Erweiterung des Umfangs delegierbarer Leistungen beitragen.

Die Handlungsempfehlungen der Enquetekommission umfassen im Wortlaut im Einzelnen:

1. Veränderung/Optimierung der Bedarfsplanung

- a) Definition des ambulanten und stationären Versorgungsauftrags als Basis für eine gemeinsame Versorgungsplanung (unter Berücksichtigung einer erweiterten Bedarfsplanung mit Parametern wie z. B. Morbidität und Leistungsanspruchnahme), auch um bestmöglich den Einsatz der begrenzten Ressourcen nach Behandlungsbedarfen steuern und gleichzeitig übergreifend Kapazitäten für Pandemiephasen nutzen zu können

2. Abbau von Überversorgung

- a) Schaffung verbindlicher Vorgaben zum Aufkauf von Arztsitzen sowie Vermeidung von Nachbesetzung in überversorgten Gebieten durch Ankauf von Arztsitzen durch KVN
- b) Drosselung von Sonderbedarfszulassungen durch Überarbeitung bzw. Konkretisierung der Kriterien für die Sonderbedarfsfeststellung

3. Verbesserung der Rahmenbedingungen für hausärztliche Tätigkeit

- a) Vergütungszuschläge/Honoraranpassungen durch Neubewertung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM; u. a. höhere Sätze für längere Arzt-Patienten-Gespräche; Zuständigkeit: Bund)
- b) Reduktion von Fehlanreizen im Abrechnungssystem (z. B. Einführung eines Jahresbudgets, um Überschreitung des Quartalsbudgets ausgleichen zu können)
- c) Bundesratsinitiative zur Überprüfung und ggf. Neuregelung von Regressen (z. B. klarere Regeln bei Verordnung nicht verschreibungspflichtiger Medikamente; Schaffung von Rechtssicherheit für Kostenübernahme durch GKV für Verschreibungen im Rahmen der OTC-Ausnahmeliste)

4. Stärkung der Rolle der Hausärztinnen und -ärzte

- a) Verbesserung und Herausstellung der hausärztlichen Steuerungsfunktion (Lotsenfunktion)
- b) Stärkung der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV), durch
 - Ausbau von GKV-HzV-Wahltarif
 - Erhöhung und Schaffung zusätzlicher Anreize zur Teilnahme an HzV z. B. durch Verbesserung der Versorgungsqualität Einführung von Sanktionsmöglichkeiten bei Nichteinhaltung der Tarifbedingungen durch Versicherte
- c) Erhöhung der Informiertheit der Bürgerinnen und Bürger über Vorteile hausärztlicher Versorgung

5. Verbesserung der Rahmenbedingungen und Schaffung von Anreizen für ärztliche Tätigkeit auf dem Land

- a) Unterstützung von Praxisneugründungen durch
 - Individuelle Beratung zur Praxisplanung/-gestaltung von KVN, ÄKN
 - finanzielle Förderung (z. B. Strukturfonds, regionale Wirtschaftsförderung)
- b) Förderung alternativer Organisationsformen durch
 - Unterstützung zur Gründung von Zweitpraxen (v. a. in Orten, die keine Nachfolger für bestehende Praxen gewinnen können)
 - Verbesserung der Möglichkeiten der ärztlichen Arbeit in Teilzeit und des Jobsharing (z. B. durch Bereitstellung zusätzlicher Räume für mehrere Arbeitsplätze für teilzeitarbeitende Ärztinnen und Ärzte)
- c) Ausnutzen der im SGB V vorhandenen Vergütungsanreize für Arztsitze und Steigerung deren Bekanntheit
 - in unterversorgten Fachrichtungen (insbesondere haus- und kinderärztliche Versorgung)
 - in unterversorgten Regionen
- d) Rückgewinnung von Medizinerinnen bzw. Mediziner und (Pflege-) Personal in ihre Heimatregionen durch Verbesserung der Rahmenbedingungen und Schaffung von Anreizen (vgl. Stationäre medizinische Versorgung, Handlungsempfehlungen)

6. Stärkung und Ausweitung der Übertragung ärztlicher Leistungen auf andere Berufsgruppen

- a) Ausnutzung der vorhandenen Delegationsmöglichkeiten (z. B. durch Modellerprobungen mit Unterstützung des Landes; vgl. zum Umfang Anlage 24 BMV-Ä: u. a. Administrative Tätigkeiten, Anamnesevorbereitung, technische Durchführung von Untersuchungen, Früherkennung, Injektionen/Infusionen, Labordiagnostik, Wundversorgung und Verbandwechsel)
- b) Prüfung und ggf. Erweiterung des Umfangs delegierbarer Leistungen
- c) Erweiterung delegierbarer Leistungen auf grundsätzlich alle Patientinnen und Patienten, die zz. von Hausärztinnen und -ärzten in der eigenen Praxis oder in der Häuslichkeit bzw. in Pflegeeinrichtungen behandelt werden
- d) Einführung aufsuchender Beratungs- und Versorgungsangebote durch hauptamtliche Fachkräfte (z. B. Pflegefachkräfte, Sozialarbeiterinnen und -arbeiter; angelehnt an Varianten der „Gemeindeschwester“), durch
 - Modell mit Fokus auf medizinische Versorgung („Klassische Gemeindeschwester“)
 - Modell mit Fokus auf Beratung, Prävention und Gesundheitsförderung (Gemeindeschwester^{Plus})
- e) Ausweitung und Aufwertung des eigenständigen Einsatzes nicht-ärztlicher Heilberufe
- f) Bereitstellung von nicht-ärztlichen Praxisassistentinnen und -assistenten für den gemeinschaftlichen Rückgriff von ärztlichem Personal (auch im Zusammenhang mit Praxisverbänden)
- g) Ausweitung des Einsatzes von Praxisassistentinnen und -assistenten mit direkter Anbindung an bestehende ambulante Versorgungsstrukturen
- h) Einsatz von Physician Assistants auch im ambulanten Sektor

7. Förderung von Mobilität und Erreichbarkeit

- a) Ausbau des ÖPNV als grundsätzliche Voraussetzung (vgl. Mobilität und medizinische Versorgung, Handlungsempfehlungen)
- b) Landesweite Einführung von Mindestreichweiten für Haus- und Facharztpraxen sowie für nicht-ärztliche Heilberufe
- c) Förderung der Leistungserbringung bei der Patientin bzw. beim Patienten (umfasst auch Gesundheitsfachberufe)
- d) Ausweitung von Fahrt-/Transportangeboten der Patientin bzw. des Patienten zum Leistungserbringer (z. B. Patientenbus, Bürgerbus, Ruf-Taxi)
- e) Ausbau und finanzielle Förderung digital gestützter Versorgungsangebote (z. B. Video-/Telefonsprechstunden, telemedizinische Anwendungen) sowie Anpassung rechtlicher Rahmenbedingungen (vgl. Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung, Handlungsempfehlungen)

8. Berücksichtigung der Herausforderungen pandemischer Lagen

- a) Entwicklung klarer Regelungen zur Beschaffung und Bevorratung von Persönlicher Schutzausrüstung (PSA), Medikamenten und anderen krisenrelevanten Materialien für den ambulanten Sektor zentral durch eine staatliche Stelle
- b) Entwicklung gesicherter Regelungen von Zuständigkeiten, Finanzierung sowie Kommunikations- und Organisationsabläufen zwischen allen beteiligten Akteurinnen und Akteuren, u. a. bei der Verantwortung für Testungen (sowohl auf Bundes-, Landes- als auch auf regionaler Ebene)
- c) Nutzung von Delegationsmöglichkeiten erweitern, um die Kapazitäten entsprechend der benötigten Versorgung flexibel anzupassen
- d) Entwicklung eines flächendeckenden, gestuften Versorgungsnotfallkonzeptes, um medizinische Kompetenz und apparative Ausstattung in einem Planungsraum zu konzentrieren und die ambulante Versorgung im Pandemiefall zu sichern
- e) Entwicklung eines Konzeptes zur niedrigschwelligen (Re)Aktivierung und Honorierung ärztlicher Kompetenzen, um kurzfristig erforderliche zusätzliche ambulante medizinische Kapazitäten im Pandemiefall abrufen zu können
- f) Entwicklung klarer Regelungen für die Übergänge von Patientinnen und Patienten vom stationären Sektor in die ambulante Behandlung und umgekehrt, um die Kontinuität der Behandlung auch im Pandemiefall zu gewährleisten

9. Stärkung der Verantwortung von Staat und Kommune in der Versorgung

- a) Unabhängig von der Trägerschaft: Aufbau kommunaler und regionaler Gesundheitszentren (mit Unterstützung des Landes Niedersachsen, auch als Möglichkeit von Krankenhausumwandlungen) (vgl. Regionale Gesundheitszentren)

10. Stärkung der Gesundheitsregionen

- a) Verbesserte Förderung der Gesundheitsregionen als Grundlage einer Vernetzung der gesundheitlichen Akteurinnen und Akteure vor Ort
- b) Evaluierung erfolgter Projekte hinsichtlich ihrer regional- oder landesweiten Umsetzbarkeit und Verstetigung
- c) Dokumentation laufender und erfolgter (Modell-)Projekte und Aktivitäten

- d) Langfristige und konstante Koordination (zwischen § 90a-Gremium, Gesundheitsregionen, Ministerium, Politik) und Veröffentlichung von (Modell-)Projekten und Aktivitäten (z. B. durch digitalen Atlas im Internet)

1.2.2. Personal

Die Personalsituation im ambulanten Sektor ist zunehmenden Herausforderungen ausgesetzt, die in der Enquetekommission intensiv erörtert wurden. Die Beratungen konzentrierten sich entsprechend dem Einsetzungsbeschluss der Enquetekommission auf ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten.

Die Herausforderungen in diesem Bereich liegen aus Sicht der Enquetekommission in folgenden Aspekten:

- Die Nachwuchsgewinnung entspricht nicht dem aktuellen und insbesondere dem zukünftigen Bedarf an ärztlichen Leistungserbringenden.
- Der Stellenwert und die Repräsentanz von Hausärztinnen und -ärzten sind zu gering.

Optimierbare Nachwuchsgewinnung

Der Versorgungsbedarf nimmt aufgrund des demografischen Wandels und der damit einhergehenden Zunahme der multimorbiden und chronisch kranken Menschen in der Bevölkerung sowie der steigenden Pflegebedürftigkeit zu. Dies führt mittelfristig nicht nur zu einer quantitativen Ausweitung der Versorgungsbedarfe, sondern auch zu deren qualitativer Veränderung.

Vor diesem Hintergrund ist absehbar, dass die Zahl von Absolventinnen und Absolventen eines Medizinstudiums nicht ausreichen wird, um den zunehmenden Versorgungsbedarf zu decken, insbesondere in ländlichen Regionen. Vor allem im Bereich der Allgemeinmedizin wird diese Problematik deutlich. So entscheiden sich prozentual zu wenige Medizinstudierende für die Fachrichtung Allgemeinmedizin, was ebenso für einzelne andere Fachrichtungen gilt. Es zeigt sich, dass die Anzahl der Studierenden, die planen, sich als Hausärztin bzw. -arzt niederzulassen, seit 2010 bundesweit stabil ist (KBV, 2019). Ebenso hat sich das Interesse an einer Weiterbildung im Fachbereich der Allgemeinmedizin sogar leicht erhöht (ebd.). Prospektiv werden diese Präferenzen jedoch nicht reichen, um den künftigen Bedarf zu decken und freie Stellen zu besetzen. Ein internationaler Richtwert hinsichtlich des prozentualen Verhältnisses von Generalisten zu Spezialisten wird mit 60 zu 40 angegeben (Gerlach, 2013). Hierzulande entscheidet sich jedoch nur etwa jede zehnte Ärztin bzw. jeder zehnte Arzt für die Fachrichtung Allgemeinmedizin, ca. 90 % qualifizieren sich als Spezialistinnen und Spezialisten (BÄK, 2019).

Auch der „Masterplan Medizinstudium 2020“¹⁸ soll hinsichtlich der Herausforderung der geringen Zahl Medizinstudierender in der Fachrichtung Allgemeinmedizin Veränderungen bewirken (BMBF, 2017). Unter anderem soll die Ausbildung von Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern stärker gefördert und der Praxisbezug im Studium intensiviert werden. Ein Beispiel dafür

¹⁸ Der „Masterplan Medizinstudium 2020“, sieht eine grundlegende Reform der Ausbildung von Medizinerinnen und Medizinern in Deutschland vor. Im Jahr 2017 haben sich Bund und Länder darauf geeinigt. Mit der Reform soll u. a. die Ausbildung von Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern stärker gefördert und der Praxisbezug im Studium intensiviert werden. Zentrale Inhalte sind die veränderte Studienstruktur und neu gewichtete Ausbildungsinhalte (BMBF, 2017).

ist, dass die angehenden Medizinerinnen und Mediziner während des Praktischen Jahres ein Quartal in der ambulanten Versorgung verbringen sollen (ebd.). Der vom Bundesministerium für Gesundheit weiterentwickelte Referentenentwurf einer Verordnung zur Neuregelung der ärztlichen Ausbildung enthält in Artikel 1 die geänderte Approbationsordnung für Ärztinnen und Ärzte (ÄApprO) mit der insbesondere die Vorgaben des „Masterplans Medizinstudium 2020“ umgesetzt werden (BMG, 2020d).

Die genannte Erhebung des Berufsmonitorings zeigt ebenfalls, dass eine Niederlassung im fachärztlichen Bereich deutlich attraktiver ist als die Niederlassung als Hausärztin bzw. -arzt (KBV, 2019). So lehnen 46,1 % der niederlassungsinteressierten Studierenden eine Niederlassung im hausärztlichen Bereich ab (ebd.). Der auch daraus resultierende geringe Anteil an Hausärztinnen und -ärzten führt insbesondere in strukturschwachen Regionen zu Versorgungsengpässen. Die bestehenden Abschätzungen zum altersbedingten Ausscheiden von Ärztinnen und Ärzten sowie von Psychotherapeutinnen und -therapeuten geben Hinweise auf mögliche zukünftige Versorgungsengpässe und sollten zur Entwicklung möglicher Lösungsansätze genutzt werden (SVR, 2018).

Um den Herausforderungen der Sicherung der ärztlichen Versorgung in strukturschwächeren Regionen zu begegnen, wurde mit dem „Masterplan Medizinstudium 2020“ die Möglichkeit der Einführung einer Landarztquote eröffnet (BMBF, 2017). Bis zu 10 % der Medizinstudienplätze können demnach an Bewerberinnen und Bewerber vergeben werden, die sich verpflichten, nach Studienabschluss und fachärztlicher Weiterbildung in der Allgemeinmedizin für bis zu zehn Jahre in der hausärztlichen Versorgung in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten ländlichen Regionen tätig zu werden (ebd.). Auch in Niedersachsen wurde sich auf die Einführung dieser Quote verständigt (Niedersächsischer Landtag, 2020). Dabei zählen zu den Argumenten für diese Entscheidung u. a., dass mit diesem Anreiz- und Steuerungsinstrument ein Beitrag dazu geleistet werden kann, die drohende Versorgungslücke im ländlichen Raum zu schließen sowie jungen Studierenden vom ersten Tag an eine Orientierung hinsichtlich ihrer zukünftigen Tätigkeit zu geben (ebd.).

In der Allgemeinmedizin besteht zusätzlich die Problematik, dass Krankenhäuser wenige Anreize haben, ärztliches Personal für die Allgemeinmedizin zu qualifizieren, da Hausärztinnen und -ärzte nach der Facharztausbildung nicht in Krankenhäusern tätig werden. Die Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung ist in § 75 a SGB V festgeschrieben. Eine Evaluation der Umsetzung dieser gesetzlichen Vorgaben zeigt, dass die Förderung im stationären Bereich zwar bundesweit in den vergangenen Jahren gestiegen ist, aber Niedersachsen mit 80 bis 130 Vollzeitäquivalenten (VZÄ)¹⁹ an geförderten Weiterbildungsstellen je 1 000 Einwohnerinnen und Einwohner in der unteren Hälfte im deutschlandweiten Vergleich liegt (KBV, 2018). In Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen hingegen sind dies beispielsweise 240 - 330 Vollzeitäquivalente geförderter Weiterbildungsstellen je 1 000 Einwohnerinnen und Einwohner (ebd.).

In den vergangenen Jahren gab es einige Bestrebungen, um insbesondere für Krankenhäuser Anreize zu schaffen, ärztliches Personal für die Allgemeinmedizin zu qualifizieren. Ein Beispiel dafür sind die vom Gesetzgeber geförderten sogenannten Kompetenzzentren Weiterbildung (KW) in jedem Bundesland (DEGAM, 2015). Dieses Kooperationsprojekt der Lehrstühle für Allgemeinmedizin mit der Landesärztekammer, der Kassenärztlichen Vereinigung sowie der

¹⁹ Vollzeitäquivalente (VZÄ) sind eine rechnerische Größe zur Berechnung von Personalstellen, für die eine festgelegte Stundenzahl pro Woche (z. B. 40) definiert ist.

Krankenhausgesellschaft konnte auch in Niedersachsen etabliert werden. So nahm das „Kompetenzzentrum zur Förderung der Weiterbildung Allgemeinmedizin Niedersachsen“ (KANN) 2018 seine Arbeit auf (UMG, o. J.). Das gemeinsame Ziel der Kooperationspartner ist dabei die Förderung einer strukturierten, kontinuierlichen und qualitativ hochwertigen Weiterbildung in der Allgemeinmedizin mit verlässlichen Rotationen (ebd.). Ein weiteres Beispiel in diesem Bereich ist der Zusammenschluss von Kliniken und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten auf regionaler Ebene zu einem Weiterbildungsverbund. Dadurch wird angehenden Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern eine strukturierte Facharztweiterbildung in allen notwendigen Weiterbildungsabschnitten angeboten, sodass deren Suche nach Anschlussweiterbildungsstellen entfällt (Donner-Banzhoff, 2010).

Insgesamt kann eine geringe Teilnahme der Krankenhäuser an der Qualifizierung von Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern mit nicht ausreichenden finanziellen Anreizen für die Weiterbildenden begründet werden (DEGAM, 2009; Haffner & Donner-Banzhoff, 2013). Die Evidenz bezüglich der Wirksamkeit finanzieller Anreize ist jedoch begrenzt (SVR, 2018).

Zu geringer Stellenwert und zu geringe Repräsentanz der Hausärztinnen und -ärzte

Wenngleich Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner in der öffentlichen Meinung seit Jahren ein hohes Ansehen genießen, deuten Umfragen unter Medizinstudierenden auf ein Imageproblem dieser Arztgruppe bei angehenden und praktizierenden Ärztinnen und Ärzten hin (Kaucher et al., 2016) (Med Uni Graz, 2017). Mit 20 % hält nur jede bzw. jeder fünfte der befragten Studierenden die Allgemeinmedizin bei ihren Kommilitoninnen und Kommilitonen für die am meisten geschätzte Fachrichtung. Weniger als 10 % der Medizinstudierenden glauben, dass Hausärztinnen und -ärzte bei Kolleginnen und Kollegen anderer Fachrichtungen ein hohes Ansehen genießen (ebd.). Dieses vergleichsweise als gering wahrgenommene Ansehen der Allgemeinmedizin bei Medizinstudierenden und Fachkolleginnen und -kollegen zieht sich durch das gesamte System und beeinträchtigt daher auch die Entwicklungen in den Bereichen der Nachwuchsrekrutierung, der Bildung und der Bindung (DEGAM, 2009).

Zudem besteht eine mangelnde Repräsentanz in den Selbstverwaltungsgremien und entsprechend zu wenig Einfluss auf die Honorarverteilung und die Weiterbildung. In der Versorgungslandschaft sind Hausärztinnen und -ärzte in den ärztlichen Selbstverwaltungsgremien quantitativ in der Minderheit. Dieses kann als berufspolitische Fehlsteuerung angesehen werden (Hausärzterverband Niedersachsen, 2019). Dementsprechend können nicht-hausärztliche Interessen stärker in den Selbstverwaltungsgremien vertreten sein, wohingegen der Einfluss der hausärztlichen Versorgerinnen und Versorger u. a. auf die Honorarverteilung und Weiterbildungsregelungen zu gering ist (ebd.).

Weiterhin wird auch die Rolle der Hausärztinnen und -ärzte als Lotsen im Gesundheitswesen noch zu wenig genutzt. Die Herausforderungen und die Notwendigkeit einer Patientensteuerung wurden in der jüngeren Vergangenheit insbesondere in Bezug auf die Notfallversorgung diskutiert (vgl. Kapitel Notfallversorgung). Eine allgemein unzureichende Steuerung wird darüber hinaus auch in der Regelversorgung bemängelt (SVR, 2018).

Hausarztmodelle sehen vor, dass die Primärärztin bzw. der Primärarzt als erste Anlaufstelle eine Art Lotsenfunktion entlang der Versorgungskette, insbesondere für die fachspezialisierte Versorgung einnimmt, wie dies in anderen Ländern praktiziert wird. Dies kann eine Orientierung im System bieten, Über- oder Unterversorgung reduzieren sowie eine patientenzentrierte Versorgung und eine konzentrierte Kommunikation verbessern (BMG, 2020b). Zudem werden

die Inanspruchnahme von fachärztlichen Leistungen und somit die Gesundheitsausgaben gesenkt (Zentner et al., 2010). Es wird auch angenommen, dass Gesundheitsoutcomes und die Lebensqualität von Patientinnen und Patienten in diesen Modellen im Vergleich zu jenen, denen freier Zugang zu spezialisierter Versorgung gegeben ist, erhöht sind (ebd.).

Die gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland sind dazu verpflichtet, eine hausarztzentrierte Versorgung anzubieten (vgl. § 73 b SGB V). Dafür schließen sie in der Regel mit Hausarztverbänden entsprechende Verträge ab. Patientinnen und Patienten, die an diesem Versorgungsangebot teilnehmen wollen, verpflichten sich gegenüber der Krankenkasse, ausschließlich teilnehmende hausärztliche Leistungserbringende aufzusuchen. Die Bedeutung einer solchen Koordination der gesundheitlichen Versorgung nimmt u. a. aufgrund der komplexeren werdenden Erkrankungen zu, und den Herausforderungen, die damit verbundenen sind, wird die Regelversorgung in Deutschland derzeit kaum gerecht (SVR, 2018). Es bedarf u. a. verstärkter Anreize für hausärztlich koordinierte Versorgungsmodelle, z. B. die Hausarztzentrierte Versorgung (HzV), mit dem Ziel einer leitlinienorientierten und qualitätsgesicherten Steuerung der Versorgung durch die Hausärztin bzw. den Hausarzt.

Handlungsempfehlungen

Vor dem Hintergrund der dargestellten Problemlagen im Personalbereich hat die Enquetekommission für die Sicherung der ambulanten Versorgung in Niedersachsen zahlreiche Empfehlungen formuliert.

Als Handlungsempfehlungen sind folgende Punkte hervorzuheben:

- Die Voraussetzung zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen und wohnortnahen ambulanten Versorgung der Bevölkerung in den unterschiedlichen Regionen in Niedersachsen besteht in der Stärkung der Rolle der Hausärztinnen und Hausärzten insbesondere in deren Lotsenfunktion.
- Als wesentliche Grundlage einer bedarfsgerechten und zukunftsfähigen Versorgung empfiehlt die Enquetekommission eine Verbesserung der gegenwärtigen Rahmenbedingungen der in der Ausbildung sowie in der Weiterbildung von Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern an Krankenhäusern. Dazu zählt u. a. die Umsetzung des Masterplans Medizinstudium 2020.

Die Handlungsempfehlungen der Enquetekommission lauten im Wortlaut im Einzelnen:

11. Verbesserung der Rahmenbedingungen im Bereich Studium

- a) Erhöhung der Studienplätze in Niedersachsen um mindestens 200 und Umsetzung des Masterplans Medizinstudium 2020 (u. a. ambulante Pflichtzeiten im PJ mit Finanzierung; Allgemeinmedizin als Pflichtprüfung im Rahmen des Staatsexamens, stärkere Berücksichtigung von medizinisch oder pflegerischen Vorerfahrungen bei der Zulassung)
- b) Erhöhung der Anzahl von Professuren für Allgemeinmedizin (auf je drei in Hannover und Göttingen); perspektivisch auch Erhöhung der Anzahl von Professuren in Oldenburg (entsprechend dem Aufwuchs der Studierendenzahl)

- c) Förderung von Mentoring und Prä-Mentoringprogrammen (verbinden Medizinstudierende bzw. medizininteressierte Schulabsolventen mit ansässigen Ärztinnen und Ärzten, z. B. Gesundheitsregion Gifhorn)
- d) Einführung einer Landarztquote bzw. Hausarztquote (als Teil eines umfassenderen Gesamtlösungsansatzes)
- e) Kontinuierliche Betreuung von Studierenden, die das Fach der Allgemeinmedizin anstreben
- f) Unterstützung der Neuregelungen der ärztlichen Ausbildung auf Bundesebene, insbesondere der in Artikel 1 geregelten Approbationsordnung für Ärztinnen und Ärzte (ÄApprO) (vgl. BMG-Referentenentwurf der Verordnung zur Neuregelung der ärztlichen Ausbildung)

12. Verbesserung der Rahmenbedingungen im Bereich Weiterbildung

- a) Förderung von Weiterbildungsstellen an Krankenhäusern durch
 - Schaffung von Mindestzahlen für Weiterbildungsstellen für Allgemeinmedizin pro Krankenhaus, abhängig von Größe und Fachrichtung
 - Ausbau der Verbundweiterbildungen im Zuständigkeitsbereich der Selbstverwaltung
- b) Ausbau flächendeckender Weiterbildungsermächtigungen, um Praxiseinstiege und Praxisübernahmen zu fördern
- c) Sicherstellung ausreichender Weiterbildungsmöglichkeiten und Förderung durch ÄKN und KVN mit dem Ziel einer Erhöhung des Anteils Allgemeinmedizin auf 25 %; bei mangelndem Umsetzungserfolg durch staatliche Kontingentierung ersetzen
- d) Einführung eines Strukturzuschlags als Anreiz für Weiterbildungspraxen und Krankenhäuser
- e) Erhöhung der Auslastung des Kompetenzzentrums zur Förderung der Weiterbildung Allgemeinmedizin in Niedersachsen (KANN) durch Steigerung der Bekanntheit und Attraktivität (z. B. durch Übernahme von Fahrt- und Kinderbetreuungskosten) sowie durch Verbesserung von Freistellungsmöglichkeiten für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung
- f) Erleichterung von Möglichkeiten des Quereinstiegs in die Allgemeinmedizin für Ärztinnen und Ärzte mit Facharztanerkennung in einem Fachgebiet der unmittelbaren Patientenversorgung, Steigerung der Bekanntheit und stärkere finanzielle Förderung vorhandener Möglichkeiten
- g) Beschleunigung der Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen in Niedersachsen (unter Beibehaltung hoher fachlicher und sprachlicher Anforderungen)

13. Stärkung der Interessenvertretung der Hausärztinnen und -ärzte

- a) Erhöhung des Stimmengewichts der Hausärztinnen und -ärzte in den Landesvertreterversammlungen analog zur Bundesvertreterversammlung § 79 SGB V (analog Regelung für Vertreterversammlung der KBV; vgl. § 79 SGB V)

Insgesamt ist festzustellen, dass in Niedersachsen für die zukünftige Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung insbesondere im hausärztlichen Bereich eine nachhaltige Stärkung der Nachwuchsgewinnung erforderlich ist. Ferner bedarf es Maßnahmen, um eine flächendeckende Verteilung der ärztlichen Leistungserbringenden vor allem im ländlichen Raum zu gewährleisten. Schließlich bedarf die Sicherung einer wohnortnahen ambulanten

Versorgung künftig neuer Versorgungsstrukturen (vgl. Kapitel Sektorenübergreifende Versorgung).

1.3. Exkurs: Apotheken- und Arzneimittelversorgung

1.3.1. Hintergrund

Arzneimittel sind wesentliche Instrumente ärztlicher Hilfe, die akute und chronische Krankheiten heilen oder lindern können, Krankheitskomplikationen verhindern helfen und palliative Schmerztherapie ermöglichen (Glaeske, 2019). Daher stellen die Arzneimittelversorgung und insbesondere Apotheken einen wichtigen Teil der Gesundheitsversorgung in Deutschland dar. Aufgrund ihrer zentralen Bedeutung wurde die pharmazeutische Versorgung ergänzend zum Einsetzungsbeschluss der Enquetekommission in den Beratungen berücksichtigt. Die hohe Relevanz der pharmazeutischen Versorgung unterstreichen nicht zuletzt die Erfahrungen im Rahmen der COVID-19-Pandemie. Insbesondere in dieser Zeit sind Apotheken neben den Hausärztinnen und -ärzten sowie Gesundheitsämtern eine erste niedrigschwellige Anlaufstelle für Fragen und Informationsbedarfe der Bürgerinnen und Bürger.

Arzneimittelversorgung in Deutschland und in Niedersachsen

Deutschlandweit existierten 2019 insgesamt 19 075 öffentliche Apotheken, davon 1 872 in Niedersachsen, was im Vergleich zum Jahr 2009 eine Abnahme um 10 % bedeutet (ABDA, 2020). Gestiegen ist hingegen der Anteil von Filialapotheken, die erst seit Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) im Jahr 2004 zulässig sind.²⁰ Diese machen mittlerweile mit 4 602 Filialen 24,1 % aller Apotheken in Deutschland aus (ABDA, 2020). Trotz dieser hohen Zahl von Apotheken liegt Deutschland im internationalen Vergleich mit 24 Apotheken pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner (Niedersachsen: 23 je 100 000) unter dem OECD-Durchschnitt (29 pro 100 000) (OECD, 2019).²¹

Die Arzneimittelausgaben haben sich in Niedersachsen dagegen seit dem Jahr 2000 mehr als verdoppelt und sind von 1 696 Mio. Euro auf 3 763 Mio. Euro im Jahr 2019 angestiegen, in der gesamten Bundesrepublik lagen diese im selben Jahr bei 41,04 Mrd. Euro.

Eine Analyse der Verfügbarkeitsquoten auf Basis der beim BfArM gemeldeten Lieferengpässe für ambulant verordnete Arzneimittel ergab bei einer Auswertung aller 2018 auf dem Markt verfügbaren und zulasten der GKV verordneten Arzneimittel eine Verfügbarkeitsquote von 99,3 % (WIdO, 2019).

Die Zahl der Pharmaziestudierenden hat sich seit dem akademischen Jahr 2013/2014 von 14 183 auf 15 894 im akademischen Jahr 2017/2018 erhöht, und auch die Zahl der Approbationen ist im selben Zeitraum von 1 929 auf 2 233 gestiegen (ABDA, 2020). Dennoch wurde der Beruf der Apothekerin bzw. des Apothekers in den Fachkräfteengpassanalysen der Bundesagentur für Arbeit von 2016 bis 2019 kontinuierlich als von Engpässen betroffener Beruf eingestuft (Bundesagentur für Arbeit, 2019).

²⁰ Vor 2004 durften Apothekerinnen und Apotheker nur jeweils eine Apotheke besitzen.

²¹ Beim internationalen Vergleich ist jedoch zu beachten, dass die Distributionskanäle für Arzneimittel sehr unterschiedlich geregelt sind und die Arzneimittelabgabe in einigen Ländern teilweise stärker im stationären Sektor erfolgt (OECD, 2019b).

1.3.2. Wesentliche Erkenntnisse der Enquetekommission im Bereich der Arzneimittelversorgung

Die folgenden Abschnitte stellen die in der Kommission diskutierten Problemlagen sowie die dazu beschlossenen Handlungsempfehlungen dar. Die Aussagen konzentrieren sich auf die Themenfelder Qualität und Sicherheit, intersektorale/interdisziplinäre Zusammenarbeit sowie Personal. Eine Übersicht hierzu ist in Beschluss 1 a (vgl. Anhang 1) aufgeführt.

Qualität und Sicherheit der Versorgung

Für die Sicherstellung der Qualität und Sicherheit in der Arzneimittelversorgung liegen die Herausforderungen aus Sicht der Enquetekommission in folgenden Bereichen:

- Das Potenzial des bundeseinheitlichen Medikationsplanes wird noch nicht voll ausgeschöpft.

Obwohl der bundeseinheitliche Medikamentenplan durch die Auflistung aller verordneten sowie selbst beschafften Medikamente einen substanziellen Beitrag zur Versorgungssicherheit der Patientinnen und Patienten leisten kann, wird er bisher nur inkonsequent genutzt. Häufig sind die Pläne unvollständig oder werden nicht aktualisiert.

- Liefer- und Versorgungsengpässe gefährden die kontinuierliche Versorgung mit Arzneimitteln.

Liefer- und Versorgungsengpässe können in seltenen Fällen die kontinuierliche Versorgung mit Arzneimitteln gefährden. Insbesondere im Rahmen der COVID-19-Pandemie wurde die Abhängigkeit der Versorgungssicherheit in Deutschland von den internationalen Märkten aufgezeigt.

- Das Leistungsspektrum von Apotheken sollte ergänzt werden.

Apotheken können als Teil der Gesundheitsversorgung durchaus weitere Aufgaben im Bereich der Prävention übernehmen, wie z. B. Angebote zur Raucherentwöhnung oder zur Gesundheitsförderung. Hierbei muss aber der eigentliche Leistungskern gewahrt werden.

Handlungsempfehlungen

Vor dem Hintergrund dieser von der Enquetekommission erörterten Problemlagen hat die Kommission Empfehlungen für die Sicherung der Qualität und Sicherheit in der Arzneimittelversorgung in Niedersachsen formuliert. Als zentrale Elemente der Empfehlungen sind im Rahmen dieses Exkurses folgende Aspekte hervorzuheben:

- Sicherstellung der Grundversorgung von Arzneimitteln und Medizinprodukten durch verstärkte Kooperation und Forcierung auf Produktionsstätten innerhalb der EU; Verbesserung des Managements bei Lieferengpässen durch die Erweiterung der Austauschmöglichkeiten der Apotheker
- Stärkung der Patientensicherheit durch verstärkte Nutzung des eMedikamentenplans und Ausweitung pharmazeutischer Dienstleistungen (z. B. Medikationsanalysen)

Intersektorale/interdisziplinäre Zusammenarbeit

Die Herausforderungen der intersektoralen und interprofessionellen Zusammenarbeit in der Arzneimittelversorgung liegen aus Sicht der Enquetekommission in Niedersachsen in folgenden Bereichen:

- An den Sektorengrenzen kann es zu Störungen des Informationsflusses mit Auswirkungen auf die Arzneimittelversorgung kommen.

Beim Übergang vom stationären in den ambulanten Sektor zeigen sich Schwachstellen in der Kommunikation und der Informationsweitergabe, welche sich z. B. durch einen mangelhaft oder verspätet vorliegenden Entlassbrief zeigen.

- Potenziale der Delegation werden bislang wenig genutzt.

Handlungsempfehlung

Vor dem Hintergrund der aufgeführten Problemlagen im Bereich der intersektoralen und interdisziplinären Zusammenarbeit in der Arzneimittelversorgung in Niedersachsen hat die Enquetekommission folgende Empfehlung formuliert:

- Stärkung des Austausches und der Zusammenarbeit aller an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen, um Schnittstellenprobleme zu vermeiden und die Arzneimitteltherapiesicherheit sicherzustellen

Personal

Die Herausforderungen im Bereich des Personals liegen aus Sicht der Enquetekommission in der Nachwuchsgewinnung. Um hier positive Akzente zu setzen, wird Folgendes empfohlen:

- Verbesserung der Rahmenbedingungen des Studiums, etwa durch praxisnahe Gestaltung der Inhalte
- Sicherstellung der Attraktivität der pharmazeutischen Berufe

Insgesamt wurde in den Diskussionen der Enquetekommission Folgendes deutlich:

- Niedersachsen verfügt insgesamt über eine gute pharmazeutische Versorgung sowie ein flächendeckend ausgebautes Apothekennetz.
- Die Nutzung der Kompetenzen und Kapazitäten von Apotheken im Kontext der Delegation (z. B. bei der Durchführung von Impfungen) ist jedoch ausbaufähig.
- Die interprofessionelle Zusammenarbeit wird zwar in Teilbereichen bereits innovativ vorangetrieben, allerdings kommt es an Sektorengrenzen immer noch zu vermeidbaren Informationsverlusten und Versorgungslücken, die zum Wohle der Patientinnen und Patienten konsequenter in den Blick genommen werden sollten.

2. Notfallversorgung

2.1. Hintergrund

Die Notfallversorgung stellt als erste Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten mit akutem Versorgungsbedarf eine essenzielle Säule im deutschen Gesundheitssystem dar (Augurzky, Beivers et al., 2019; SVR, 2018). Zum breiten Spektrum der Notfallversorgung zählen sowohl ambulant behandelbare Notfälle als auch Fälle mit akuter Lebensgefahr und stationärem notfallmedizinischen Versorgungsbedarf. Um diesen unterschiedlichen Behandlungsbedarfen gerecht zu werden, ist die deutsche Notfallversorgung in einem gestuften System organisiert, das den Bürgerinnen und Bürgern eine ambulante Versorgung durch den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst, eine Versorgung in den Notaufnahmen²² der Krankenhäuser sowie die Versorgung durch den Rettungsdienst bietet. In den letzten Jahren hat jedoch die Inanspruchnahme von Rettungstransporten und Notaufnahmen zugenommen, wodurch es in den Notaufnahmen teilweise zu langen Wartezeiten kommt und diese im Extremfall für ihre vordringlichen Aufgaben blockiert werden (AOK-Bundesverband, 2020b; Herr et al., 2019; Wahlster et al., 2019). Die Hintergründe dieser Entwicklungen sind vielfältig und reichen von nicht ausreichend transparenten Zuständigkeiten oder schlechten Erfahrungen mit dem vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst über die Erwartung einer besseren oder schnelleren Behandlung im Krankenhaus bis hin zu unterschiedlichen Anreizen für die Leistungserbringenden (Wahlster et al., 2019).

Angesichts dessen bestehen auf Bundesebene bereits seit einigen Jahren Bestrebungen zur Reform der Notfallversorgung, deren Hauptziel es ist, durch eine bessere Steuerung der Patientinnen und Patienten eine bestmögliche sowie effiziente Versorgung aller medizinischen Notfälle zu gewährleisten und die Notaufnahmen zu entlasten (SVR, 2018). Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie und in Folge erheblicher Kritik der von dem Reformvorhaben betroffener Akteure wurden diese Pläne zunächst zurückgestellt, wurden jedoch Ende 2020 im Kontext des geplanten Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes (GVWG) wieder aufgegriffen (BARMER, 2020).

Die folgenden Ausführungen liefern zunächst einen kurzen Überblick über die Rahmenbedingungen und Besonderheiten der Notfallversorgung in Deutschland, eine internationale Einordnung sowie Informationen zur Versorgungssituation in Niedersachsen. Insgesamt wird dabei Folgendes deutlich:

- Die Notfallversorgung steht durch eine zunehmende Fehlanspruchnahme des gestuften Versorgungssystems vor zunehmenden Herausforderungen.
- Bislang mangelt es an effektiven Steuerungsmechanismen, mit denen Patientinnen und Patienten in die jeweils geeignete Versorgungseinrichtung geleitet werden können.
- Durch gezieltere Steuerung könnten insbesondere der Rettungsdienst und die Notaufnahmen in Krankenhäusern von nicht stationär behandlungsbedürftigen Fällen entlasten werden.

²² Synonym zu Notaufnahme werden zum Teil auch die Begriffe Notfallambulanz und Notfallaufnahme verwendet.

2.1.1. Besonderheiten der Notfallversorgung in Deutschland

Im dreigliedrigen System der deutschen Notfallversorgung sind für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit dringendem, aber nicht lebensbedrohlichem ambulanten Behandlungsbedarf gemäß § 75 SGB V der **vertragsärztliche Bereitschaftsdienst** der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie während der regulären Praxisöffnungszeiten die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte zuständig (KVN, 2019a; SVR, 2018). Aufgabe dieser Versorgungsstufe ist die Versorgung von Patientinnen und Patienten bis zur nächstmöglichen regulären ambulanten Behandlung. Zur Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst sind grundsätzlich alle Vertragsärztinnen und -ärzte verpflichtet. Die Finanzierung des Bereitschaftsdienstes erfolgt über das vertragsärztliche Abrechnungssystem (KVN, 2019b).²³

Seit 2012 ist der ärztliche Bereitschaftsdienst unter der bundesweit einheitlichen Telefonnummer 116117 zu erreichen, die seit 2020 entsprechend aktuellen Regelungen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) täglich durchgehend besetzt ist (§ 75 Abs. 1a SGB V). Bei akuten Beschwerden erhalten Bürgerinnen und Bürger eine medizinische Ersteinschätzung sowie eine Empfehlung zur weiteren Versorgung. Gleichzeitig fungiert diese Nummer auch als Terminservicestelle (TSS) für die Terminvermittlung zu Haus- sowie Kinderärztinnen und -ärzten und als Unterstützung bei der Suche nach dauerhaft versorgenden Haus-, Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten.²⁴ Damit wurden die Terminservicestellen durch den Bund zu zentralen Anlaufpunkten für die ambulante Versorgung sowie die Notfallversorgung umgestellt (vgl. TSVG).

Der **Rettungsdienst** ist in Abgrenzung dazu zuständig für die Notfallrettung und den qualifizierten Krankentransport und hierfür deutschlandweit unter der Nummer 112 bzw. 19222 erreichbar.²⁵ Die Notfallrettung umfasst die Rettung lebensbedrohlich Verletzter oder Erkrankter, die Rettung bei zu erwartenden schweren gesundheitlichen Schädigungen sowie die medizinische Versorgung von Notfallpatientinnen und -patienten am Einsatzort vor einer Einlieferung ins Krankenhaus (NRettDG). In der Regel kommen bei der Notfallrettung Rettungswagen mit Notfallsanitäterinnen und -sanitätern²⁶ und je nach Indikation bzw. Meldebild zusätzlich Notarzteinsetzfahrzeuge mit Notärztinnen und -ärzten oder auch Rettungshubschrauber zum Einsatz. Im Unterschied dazu dienen qualifizierte Krankentransporte der Beförderung von Personen, bei denen keine Lebensgefahr besteht, die aber aufgrund ihres Zustands der Betreuung durch entsprechend qualifiziertes Personal

²³ Eine Ausnahme besteht für die Versorgung besonders schwerer und aufwändiger Fälle, für die die ärztlichen Leistungserbringer im Notfall- und Bereitschaftsdienst eine höhere Vergütung erhalten. Zusätzlich gibt es eine Abklärungspauschale für Patientinnen und Patienten, die keine dringende Behandlung benötigen. Dies soll zur Entlastung der Ambulanzen beitragen (vgl. https://www.kbv.de/html/1150_25783.php).

²⁴ Der Etablierung einer zentralen Rufnummer 116117 gingen verschiedene gesetzliche Regelungen, z. B. im Rahmen des GKV-Versorgungsgesetzes (GKV-VStG), voraus. Zuvor existierten in den Ländern mehr als 1 000 unterschiedliche Rufnummern für Arztbereitschaften außerhalb der Sprechzeiten (Bundesregierung, 2012).

²⁵ Der Rettungsdienst umfasst in Deutschland den bodengebundenen Rettungsdienst sowie die Berg-, Luft- und Wasserrettung. Die Ausführungen in diesem Bericht fokussieren sich auf den bodengebundenen Einsatz im Rahmen der medizinischen Versorgung.

²⁶ Im Februar 2021 wurde im Rahmen des Gesetzes zur Reform der Medizinischen Assistenzberufe (MTA-Reformgesetz) eine gesetzliche Änderung beschlossen, durch die Notfallsanitäterinnen und -sanitäter künftig im Notfalleinsatz auch in Abwesenheit des Notarztes oder der Notärztin eigenverantwortlich notwendige heilkundliche Maßnahmen durchführen dürfen. Bisher verstießen Notfallsanitäterinnen und -sanitäter damit gegen den Heilkundevorbehalt, konnten aber umgekehrt wegen unterlassener Hilfeleistung haftbar gemacht werden.

und/oder eines spezifisch ausgestatteten Kraftfahrzeugs bedürfen. Diese Transporte sind zeitlich disponibel, oft vorbestellt und werden meist durch Krankentransportwagen mit Rettungssanitäterinnen und -sanitätern geleistet (Schmiedel & Behrendt, 2019).²⁷

Die **Notfallversorgung in Krankenhäusern** lässt sich in die ambulante sowie die stationäre Notfallversorgung unterteilen²⁸. Dabei umfasst die stationäre Notfallversorgung die Versorgung nicht geplanter, medizinisch dringend angezeigter Behandlungen, z. B. nach Unfällen oder bei schweren Erkrankungen. Die Teilnahme von Krankenhäusern an dieser allgemeinen stationären Notfallversorgung wird durch die im Folgenden beschriebenen Anforderungen bestimmt, die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) im Jahr 2018 in einem „Gestuftem Konzept von Notfallstrukturen in Krankenhäusern“ festgeschrieben hat (§ 136c Absatz 4 SGB V). Das Konzept unterscheidet die drei Ebenen „Basisnotfallversorgung“ (Stufe 1), „erweiterte Notfallversorgung“ (Stufe 2) sowie „umfassende Notfallversorgung“ (Stufe 3) und beschreibt für diese jeweils Mindestanforderungen zur Art und Anzahl erforderlicher Fachabteilungen, Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals sowie zum zeitlichen Umfang der Bereitstellung von Notfalleistungen (G-BA, 2020d). Ergänzend zu dieser allgemeinen Notfallversorgung können Krankenhäuser einer der drei Stufen zugeordnet werden, wenn sie unter bestimmten Anforderungen an einer speziellen Notfallversorgung teilnehmen (§ 23). In der speziellen Notfallversorgung wird dabei zwischen fünf Modulen unterschieden: Schwerverletztenversorgung (in Traumazentren), Notfallversorgung Kinder, Spezialversorgung, Schlaganfallversorgung und Durchblutungsstörungen am Herzen (§§ 24-28).²⁹ In Abgrenzung zur stationären Notfallversorgung erfolgt die ambulante Notfallversorgung in Krankenhäusern über die Notaufnahmen. Diese versorgen zum einen diejenigen Patientinnen und Patienten, die vom Rettungsdienst eingeliefert werden, zum anderen bieten sie auch eine direkte Anlaufstelle für Hilfesuchende. In der Notaufnahme erfolgt nach einer ersten Versorgung die Entscheidung, ob die Patientin bzw. der Patient stationär aufgenommen wird oder ambulant behandelt und weiterversorgt werden kann. Von 1 700 Akutkrankenhäusern in Deutschland nahmen im Jahr 2018 insgesamt 855 Krankenhäuser an der ambulanten Notfallversorgung teil und versorgten knapp 11 Mio. Fälle (Destatis, 2020d).³⁰

²⁷ Krankenfahrten sind nicht Teil des Rettungsdienstes. Bei diesen handelt es sich um Fahrten, die keine medizinische Ausstattung des Kraftfahrzeugs oder eine entsprechende Ausbildung des Personals erfordern (z. B. Taxifahrt zur Chemotherapie). Es ist darauf hinzuweisen, dass in Statistiken unter dem Begriff „Krankentransport“ zum Teil verschiedene Transportarten (einschließlich Krankenfahrten) subsumiert werden.

²⁸ Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass insgesamt im Bereich der Notfallversorgung „einheitliche, sektorenübergreifend abgestimmte Begrifflichkeiten [...] weitgehend [fehlen] und [...] zudem durch die Überlagerung unterschiedlicher Rechtskreise uneinheitlich angewandt [werden]“ (Augurzky, Beivers et al., 2019, 13).

²⁹ Sofern ein Krankenhaus keiner Stufe zuzuordnen ist und darüber hinaus keine der Voraussetzungen der Module der G-BA-Regelungen erfüllt, nimmt es nicht an dem gestuften System von Notfallstrukturen im entgeltrechtlichen Sinne teil. Unbeschadet der Teilnahme oder Nichtteilnahme an dem gestuften System von Notfallstrukturen bleiben die allgemeinen Pflichten zur Hilfeleistung im Notfall unberührt (G-BA, 2020d).

³⁰ Die Zahlen der an der Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhäuser waren zum Zeitpunkt der Berichtlegung teilweise uneinheitlich, was im Zusammenhang mit der Einführung der Notfallstufen zu sehen ist, da noch nicht alle Krankenhäuser einer Stufe zugeordnet wurden. Der GKV-Spitzenverband ging Ende 2020 von etwa 1 000 „für den absoluten Notfall gelistet[en]“ Krankenhäusern aus (GKV-Spitzenverband, 2020).

Die drei Bereiche der Notfallversorgung sind somit formal für unterschiedliche Aufgabenbereiche zuständig. Allerdings sind Verantwortlichkeiten sehr unterschiedlich verortet, und es fehlen klare und einheitliche Regelungen, wodurch nach Ansicht von Expertinnen und Experten klare Abgrenzungen und übergreifende Abstimmungen erschwert werden (Augurzky et al., 2018; SVR, 2018). Während die Sicherstellung des ambulanten Bereitschaftsdienstes (wie auch die reguläre ambulante ärztliche Versorgung zu Praxisöffnungszeiten) im SGB V geregelt ist und auf Länderebene in der Verantwortung der Kassenärztlichen Vereinigungen liegt, besteht sowohl für den Rettungsdienst als auch für die ambulante Notfallversorgung der Krankenhäuser eine Trennung zwischen Organisationsverantwortung und Kostenträgerschaft. Da der Rettungsdienst primär der Daseinsvorsorge und Gefahrenabwehr dient, fällt die Organisation und die Planung des Rettungsdienstes gemäß Artikel 30 und 70 des Grundgesetzes in die Verantwortung der Länder. Die Sicherstellung erfolgt hierbei durch kommunale Gebietskörperschaften bzw. deren Zweckverbände. Die konkreten rechtlichen Regelungen sind in länderspezifischen Rettungsdienstgesetzen festgelegt.³¹ Im SGB V stellt der Rettungsdienst keinen eigenständigen Bereich dar. Allerdings werden „Fahrtkosten“ gemäß § 60 SGB V mit den Krankenkassen abgerechnet (SVR, 2018).³² Die Notfallversorgung an Krankenhäusern wiederum wird auf Länderebene in den jeweiligen Krankenhausgesetzen geregelt. Die Abrechnung erfolgt zum Großteil über die Krankenkassen, teilweise aber auch über die gesetzliche Unfallversicherung (Augurzky et al., 2018; Greiner et al., 2019; SVR, 2018).

„Die in Deutschland vorhandene Dreiteilung der Notfallversorgung erschwert eine Versorgung auf der richtigen Ebene und trägt nicht dazu bei, Fehleinsätze zu vermeiden.“ (SVR, 2018, S. 582). Vor diesem Hintergrund wird ein grundsätzlicher **gesundheitspolitischer Reformbedarf** der Notfallversorgungsstrukturen von vielen beteiligten Akteuren anerkannt (Herr et al., 2019). Den aktuellen Reformvorschlägen gingen auf Bundesebene bereits Diskussionen voraus, die u. a. im Sachverständigenratsgutachten 2014, in Gesetzgebungsmaßnahmen im Rahmen des Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) sowie im Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) ihren Niederschlag fanden (Augurzky, Beivers et al., 2019). So hat der Gesetzgeber durch die Regelungen des KHSG u.a. den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen um die Einrichtung von Bereitschaftsdienstpraxen an Krankenhäusern erweitert (§ 75 Abs. 1 b SGB V). Ziel der räumlichen Ansiedlung ambulanter kassenärztlicher „Portalpraxen“ in bzw. auf dem Gelände von Krankenhäusern ist es, Patientinnen und Patienten an einem zentralen Empfang („Ein-Tresen-Modell“) eine strukturierte Ersteinschätzung zu bieten, auf deren Basis sie dann gezielt entweder in eine Notfalldienstpraxis der niedergelassenen Ärzteschaft, die Notaufnahme des Krankenhauses oder in eine ambulante Arztpraxis zu deren regulären Sprechzeiten gesteuert werden. Hierdurch soll ein schneller Zugang zur notwendigen medizinischen Versorgung erreicht und zugleich die stark steigende Inanspruchnahme in Klinikambulanzen und Notaufnahmen verringert werden (Augurzky et al., 2018). Bundesweit wurden bis 2019 insgesamt 650 solcher Praxen aufgebaut (Augurzky, Beivers et al., 2019, vgl. auch Abschnitt 2.1.3.).

Aktuelle Reformbestrebungen beziehen sich im Kern auf Vorschläge des Sachverständigenrats für Gesundheit aus dem Jahr 2018 (vgl. Abb. 5). Kernbestandteile des SVR-Konzepts sind

³¹ Dabei sind die detaillierten Regelungen in den Bundesländern durch Ländergesetze sehr unterschiedlich und vor allem abhängig vom „übertragenen“ oder „eigenen“ Wirkungskreis der Kommunen.

³² Die Aufnahme des Rettungsdienstes als eigenständigen Leistungsbereich im SGB V wurde bereits 2014 in einem Gesetzesentwurf vorgeschlagen (Deutscher Bundestag, 2014). Obwohl die Bundesregierung dies als sachgerecht ansieht, ist eine Umsetzung bisher nicht erfolgt (Deutscher Bundestag, 2019).

die Einführung Integrierter Leitstellen (ILS) sowie Integrierter Notfallzentren (INZ), die jeweils auf unterschiedlichen Ebenen gewährleisten sollen, dass Patientinnen und Patienten in die geeignete Versorgungsstufe geleitet werden (Herr et al., 2019). Integrierte Leitstellen übernehmen diese Funktion, wenn Patientinnen und Patienten bei einem Notfall telefonisch Hilfe suchen. Integrierte Notfallzentren, die eine Weiterentwicklung der oben beschriebenen Portalpraxen darstellen, sind wiederum für Patientinnen und Patienten zuständig, die direkt und ohne ärztliche Überweisung eine Krankenhausambulanz aufsuchen.

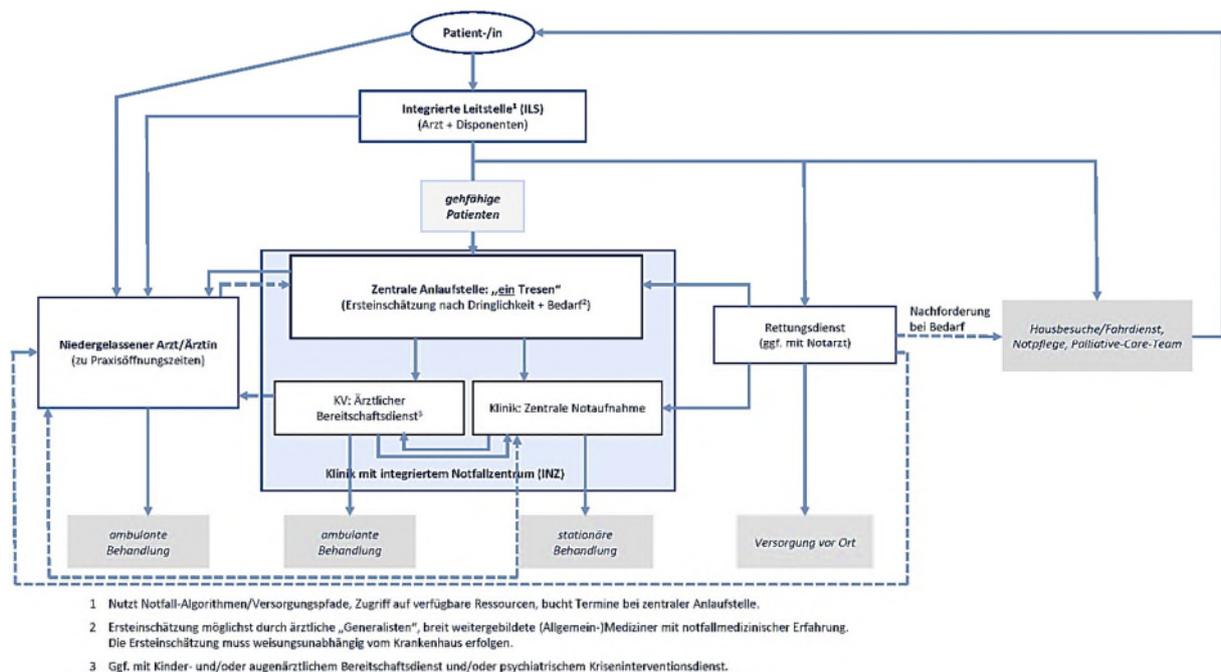


Abb. 5: Entwurf einer sektorenübergreifenden, interdisziplinären Notfallversorgung (SVR, 2018, S. 586)

Während integrierte Leitstellen Patientinnen und Patienten die Möglichkeit bieten, unter einer zentralen Rufnummer eine telefonische Ersteinschätzung ihres Behandlungsbedarfs und eine Zuweisung in die entsprechende Versorgungsebene zu erhalten, sollen Hilfesuchende in den integrierten Notfallzentren beim Besuch einer Krankenhausambulanz an einem zentralen „Tresen“ durch qualifiziertes Personal eine Einschätzung der Dringlichkeit und des Behandlungsbedarfs ihres Anliegens erhalten. Daran anschließend erfolgt gemäß einer Ersteinschätzung auf Basis einer standardisierten und strukturierten Notrufabfrage (SSN) eine Weiterbehandlung durch den ärztlichen Bereitschaftsdienst im integrierten Notfallzentrum oder eine Untersuchung in der zentralen Notaufnahme mit ggf. anschließender stationärer Behandlung oder in geeigneten Fällen ein Verweis zur Behandlung an niedergelassene Ärztinnen und Ärzte (Herr et al., 2019; SVR, 2018).

Das BMG veröffentlichte basierend auf den Vorschlägen des SVR im Juli 2019 einen Diskussionsentwurf und im Januar 2020 einen Referentenentwurf für ein Gesetz zur Reform der Notfallversorgung, der auch ein neues Vergütungssystem sowie eine Anpassung der Krankentransportrichtlinie vorsieht. Grundsätzlich besteht zu diesen Planungen eine breite Zustimmung vieler Akteure. Die konkrete Ausgestaltung der Strukturen, Prozesse und Zuständigkeiten ist jedoch Gegenstand kontroverser Debatten. Insbesondere die in dem Entwurf vorgesehene Zuständigkeit der kassenärztlichen Vereinigungen für die ambulante Notfallversorgung im Krankenhaus stößt bei Vertreterinnen und Vertretern der Krankenhäuser auf Kritik (DKG,

2020). In Niedersachsen sind die Pläne des BMG teilweise auf deutliche Ablehnung gestoßen. Im Herbst 2019 hat sich ein breites Bündnis „Rettet die 112 und den Rettungsdienst“ aus Landkreisen, Gemeinden, Hilfsorganisationen und anderen gebildet. Zielsetzung des Bündnisses ist es nach eigener Aussage, die funktionierenden Strukturen auf Landes- und Kommunalebene vor befürchteten schweren Beeinträchtigungen zu bewahren (Schwind, 2019). Die Zielsetzung des Bündnisses wird durch die Niedersächsische Sozialministerin und den Niedersächsischen Innenminister unterstützt (Böhmeke, 2020). Die Kostenträger in Niedersachsen sehen in dem Entwurf des BMG vor allem aber auch Chancen, die Empfehlungen des SVR umzusetzen. Die inhaltliche Diskussion des von allen Beteiligten anerkannten Reformbedarfs in der Notfallversorgung in Niedersachsen ist nicht abgeschlossen.

2.1.2. Notfallversorgung im internationalen Vergleich

Mit einem Anstieg der notfallbedingten Fallzahlen sehen sich neben Deutschland in den letzten Jahren auch zahlreiche weitere Länder konfrontiert.³³ Die OECD registrierte in fast allen Mitgliedsländern eine Zunahme der Fallzahlen in stationären Notaufnahmen (Berchet, 2015). Dabei reichen die jährlichen Steigerungsraten der Besuche von Notaufnahmen von 2,5 % in Frankreich über 8,5 % in England bis 10 % in Neuseeland. In Deutschland lag die Steigerungsraten bei 4,9 % und damit über dem OECD19-Durchschnitt von 2,4 % (ebd.).³⁴ Als Ursache für die zunehmende Nutzung der Notaufnahmen wird im Wesentlichen ein zunehmender Anteil der Behandlung nicht-lebensbedrohlicher Fälle („inappropriate use“) konstatiert (Baier et al., 2019). OECD-Analysen zufolge gibt es Hinweise darauf, dass eine bessere Verfügbarkeit von ambulanter medizinischer Versorgung die Rate von Notfallbehandlungen in Krankenhäusern reduzieren kann (OECD, 2020f).

In Deutschland wird von den Fällen, die in Notaufnahmen aufgenommen werden, ein im internationalen Vergleich hoher Anteil anschließend stationär versorgt. Analysen zufolge beläuft sich dieser Anteil auf 45 %, während die Quote in anderen Ländern zwischen 22 und 33 % liegt (Busse, 2020). Dies führt dazu, dass in Deutschland der Anteil von Patientinnen und Patienten, die direkt aus der Notaufnahme in die stationäre Versorgung gelangen, in etwa genauso hoch ist wie die Zahl von Patientinnen und Patienten mit einer Einweisung durch eine niedergelassene Ärztin bzw. durch einen niedergelassenen Arzt (Busse, 2020; Geissler et al., 2017).

Ursächlich hierfür ist aus Sicht des Sachverständigenrats sowie verschiedener Expertinnen und Experten die in Deutschland bislang noch weitgehend durch die Patientinnen und Patienten selbst gesteuerte Inanspruchnahme von Notfalleleistungen (von Stillfried et al., 2017).

In einer ländervergleichenden Analyse von Reformbestrebungen in Deutschland, den Niederlanden, Dänemark, England, Frankreich und Australien zeigt sich, dass eine Reduktion der Fallzahlen in Notaufnahmen insbesondere durch eine bessere Steuerung der Patientinnen und Patienten sowie eine Neustrukturierung des Versorgungsangebots für akute und nicht-akute Notfälle erreicht werden konnte (Baier et al., 2019). In England und Frankreich ist es z. B. gelungen, komplexe Notfälle gezielter in spezialisierte Kliniken zu leiten, während in Dänemark

³³ Dabei ist grundsätzlich zu berücksichtigen, dass internationale Vergleiche der Notfallversorgung durch heterogene Notfalldefinitionen und unterschiedlich strukturierte Versorgungswege in den Gesundheitssystemen einzelner Länder einen Vergleich der Notfallzahlen erschweren (Berchet, 2015).

³⁴ In der Analyse wurden zum Teil unterschiedliche Zeiträume für die einzelnen Länder berücksichtigt: Frankreich (2001-2011), England (2007-2011), Neuseeland (2007-2012), Deutschland (2005-2011)

der Zugang zur Notaufnahme durch die Einführung einer verpflichtenden telefonischen Ersteinschätzung begrenzt wurde. Die Autorinnen und Autoren der Studie betonen jedoch, dass vor allem intensive Informationskampagnen für die Bevölkerung einen entscheidenden Erfolgsfaktor bei der Einführung solcher Systemveränderungen darstellen, da lediglich Patientinnen und Patienten, die die Behandlungspfade kennen und verstehen, diese auch nutzen könnten. In Dänemark sind hierzu Informationsbriefe an alle Bürgerinnen und Bürger versendet, Apps zur Erklärung des Behandlungssystems angeboten und Medienkampagnen durchgeführt worden. Eine weitere Herausforderung liegt der Studie zufolge darin, dass Reformen häufig auf regionaler Ebene implementiert werden, während umfassendere Strukturreformen radikalere, landesweite Maßnahmen erfordern, wie sie z. B. in Dänemark umgesetzt wurden (ebd.).

Im Rahmen der COVID-19-Pandemie kam es sowohl in Deutschland als auch in weiteren OECD-Ländern zu einer signifikanten Abnahme der Zahl stationärer Notaufnahmen, wobei bereits währenddessen Ausgleichseffekte zu beobachten waren (Günster et al., 2020; Slagman et al., 2020). Einer Analyse des Wissenschaftlichen Instituts der AOK zufolge kam es insbesondere bei der Behandlung von Herzinfarkten (-31 %) und Schlaganfällen (-18 %) zu starken Rückgängen (Günster et al., 2020).

2.1.3. Status quo der Notfallversorgung in Niedersachsen

Für das Flächenland Niedersachsen stellt neben der Sicherstellung der ambulanten und stationären Versorgung auch die Gewährleistung einer flächendeckenden und gleichzeitig qualitativ hochwertigen Notfallversorgung eine besondere Herausforderung dar, der die Landesregierung hohe Bedeutung beimisst (MS, 2020e). Die Versorgung wird durch den Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN), die an der Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhäuser sowie die Rettungsdienstträger sichergestellt. Zudem hat das Land gemäß § 13 des Niedersächsischen Rettungsdienstgesetzes (NRettDG, Fassung vom 02.10.2007) den Landesausschuss Rettungsdienst (LARD) eingerichtet. Hierbei handelt es sich um ein bundesweit einmaliges Gremium, das aus jeweils fünf Vertreterinnen oder Vertretern der Träger des Rettungsdienstes, der Kostenträger und der Beauftragten sowie fünf von der Ärztekammer Niedersachsen zu benennenden Ärztinnen oder Ärzte besteht und die Träger des Rettungsdienstes sowie die Beauftragten fachlich berät (LARD, 2019).³⁵

Der **kassenärztliche Bereitschaftsdienst** ist in Niedersachsen derzeit in 85 Bereitschaftsdienstbereiche einschließlich der sieben Ostfriesischen Inseln aufgeteilt (vgl. Abb. 6), wobei jeder dieser Bereiche über einen aufsuchenden Bereitschaftsdienst verfügt und mit mindestens 23 Ärztinnen und Ärzten ausgestattet ist (für die Inseln bestehen Sonderregelungen) (KVN, 2019b). Zusätzlich existieren landesweit insgesamt 70 Bereitschaftsdienstpraxen, von denen 63 an Krankenhäusern angesiedelt sind. An den zwei Standorten in Leer und Hildesheim wurden bereits „Ein-Tresen-Modelle“ eingeführt, in Oldenburg und Westerstede besteht eine entsprechende Vereinbarung zur zukünftigen Umsetzung (Stand: 01/2021) (KVN, 2021a). Ebenfalls an Krankenhäusern angesiedelt sind

³⁵ Zwar haben auch andere Bundesländer auf Landesebene einen Ausschuss für das Rettungswesen eingerichtet. Diese Ausschüsse arbeiten im Regelfall aber dem zuständigen Ministerium auf Anfrage zu. Der Landesausschuss Rettungsdienst (LARD) in Niedersachsen hat hier ein Alleinstellungsmerkmal, indem er eigenständig Empfehlungen zum Rettungsdienst geben kann (NRettDG, § 13), die in der Folge im Ministerialblatt veröffentlicht werden (MI, 2021a).

neun kinderärztliche (vgl. Abb. 7) und drei augenärztliche Bereitschaftsdienstpraxen. Neben den Bereitschaftsdienstpraxen gibt es 85 Fahrdienstbereiche, in denen Ärztinnen und Ärzte in medizinisch notwendigen Fällen Patientinnen und Patienten aufsuchen.



Abb. 6: Allgemeiner ärztlicher Bereitschaftsdienst in Niedersachsen (KVN, 2019b), Stand: 12/2020

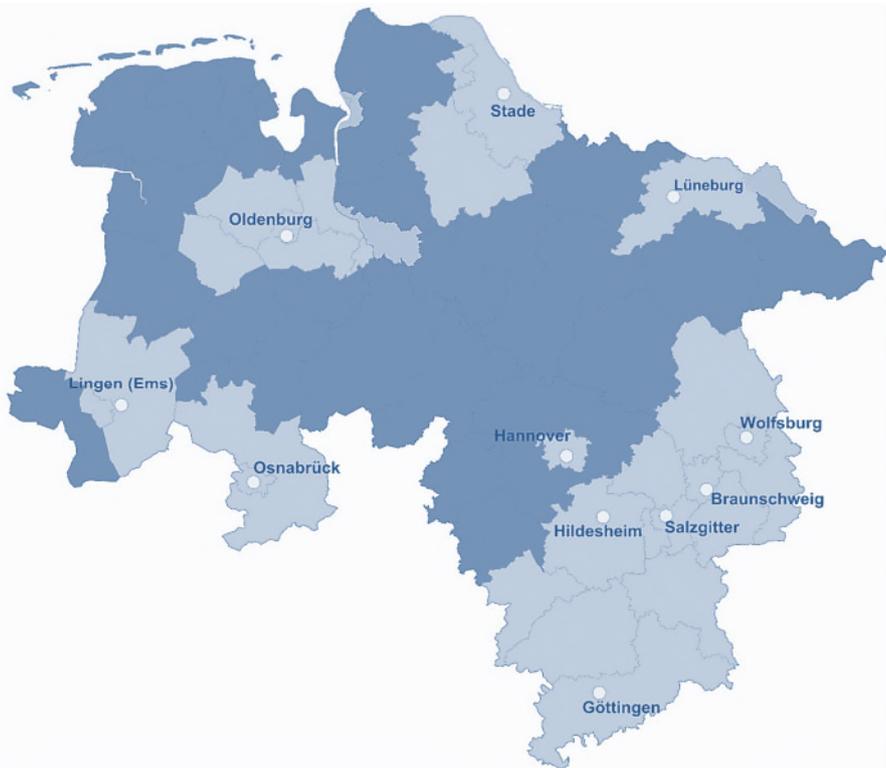


Abb. 7: Kinderärztlicher Bereitschaftsdienst in Niedersachsen nach KVN (2019b), Stand: 12/2020

Die aktuell bestehenden Strukturen sind Ergebnis eines Umstrukturierungsprozesses des ärztlichen Bereitschaftsdienstes in Niedersachsen, der zum Ziel hatte, die bis dahin hohe Zahl von Bereitschaftsdienstbereichen mit heterogener Personalbesetzung stärker zu vereinheitlichen, um so die Niederlassungsbereitschaft der Vertragsärztinnen und -ärzte zu erhöhen.³⁶ Durch diese Reformen war es möglich, die Dienstfrequenz auf maximal vier Dienste pro Quartal zu begrenzen. Gleichzeitig sind die vergrößerten Einzugsbereiche des KV-Bereitschaftsdienstes jedoch verbunden mit längeren Eintreffzeiten, einer Reduzierung von Fahrdiensten und regionalen Notfallpraxen, längeren Anfahrtszeiten von Patientinnen und Patienten. Dies führte in den letzten Jahren zu entsprechenden Fallzahlrückgängen im KV-Bereitschaftsdienst. Verlagerungen der Nachfrage in den Rettungsdienst und die Krankenhäuser werden von verschiedenen Expertinnen und Experten dieser Sektoren konstatiert (vgl. Abschnitt 2.2.1.).

Die Finanzierung des Bereitschaftsdienstes erfolgt umlagefinanziert aus dem Budget der niedersächsischen Vertragsärztinnen und -ärzte. Dennoch stellt die sinkende Bereitwilligkeit der niedergelassenen Vertragsärztinnen und -ärzte zur persönlichen Übernahme von Bereitschaftsdiensten, die u. a. aus veränderten Vorstellungen zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie sowie einer Zunahme von Angestelltenverhältnissen in der ambulanten medizinischen Versorgung resultiert, eine besondere Herausforderung in der Sicherstellung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes dar (KVN, 2019b).

Derzeit erfüllen 105 der 171 niedersächsischen Krankenhäuser die **Anforderungen an eine der drei Notfallstufen** nach den Regelungen des G-BA (MS, 2021).³⁷ Die Zuordnung erfolgt jährlich im Rahmen der örtlichen Budgetverhandlung zwischen Krankenhaus und Krankenkassen. In Niedersachsen werden danach 59³⁸ Häuser der Stufe der Basisnotfallversorgung (Stufe 1), 34³⁹ Krankenhäuser der Stufe der erweiterten Notfallversorgung (Stufe 2) sowie 12 Häuser der Stufe der umfassenden Notfallversorgung (Stufe 3) zugeordnet (vgl. Abb. 8)⁴⁰. Zudem sind 3 Kliniken ausschließlich speziellen Notfallversorgungsarten zugeordnet (Kinder und Durchblutungsstörungen). Insgesamt 22 Krankenhäuser sind dem Modul Notfallversorgung Kinder (vgl. Abb. 9), zwei niedersächsische Krankenhäuser sind dem Modul Spezialversorgung und drei dem Modul Schwerverletztenversorgung zugeordnet, zwei weitere Krankenhäuser sind dem Modul Durchblutungsstörungen am Herzen zugeordnet (MS, 2021).

³⁶ Im Jahr 2005 existierten noch 338 Bereitschaftsdienstbereiche mit einer Besetzung von 1 bis 633 Ärztinnen und Ärzten je Bereich.

³⁷ Vorläufiger Stand: 01/2021

³⁸ Hiervon eine Einrichtung, bei der eine Einstufung von den Vertragsparteien noch nicht erfolgt ist. Das MS hat die Einstufung jedoch bereits vorläufig vorgenommen.

³⁹ Hiervon zwei Einrichtungen, bei denen eine Einstufung von den Vertragsparteien noch nicht erfolgt ist. Das MS hat die Einstufung jedoch bereits vorläufig vorgenommen.

⁴⁰ Da noch nicht alle Vereinbarungen über die Notfallstufen abgeschlossen werden konnten, können sich diese Zahlen noch geringfügig verändern (Stand: 01/2020).

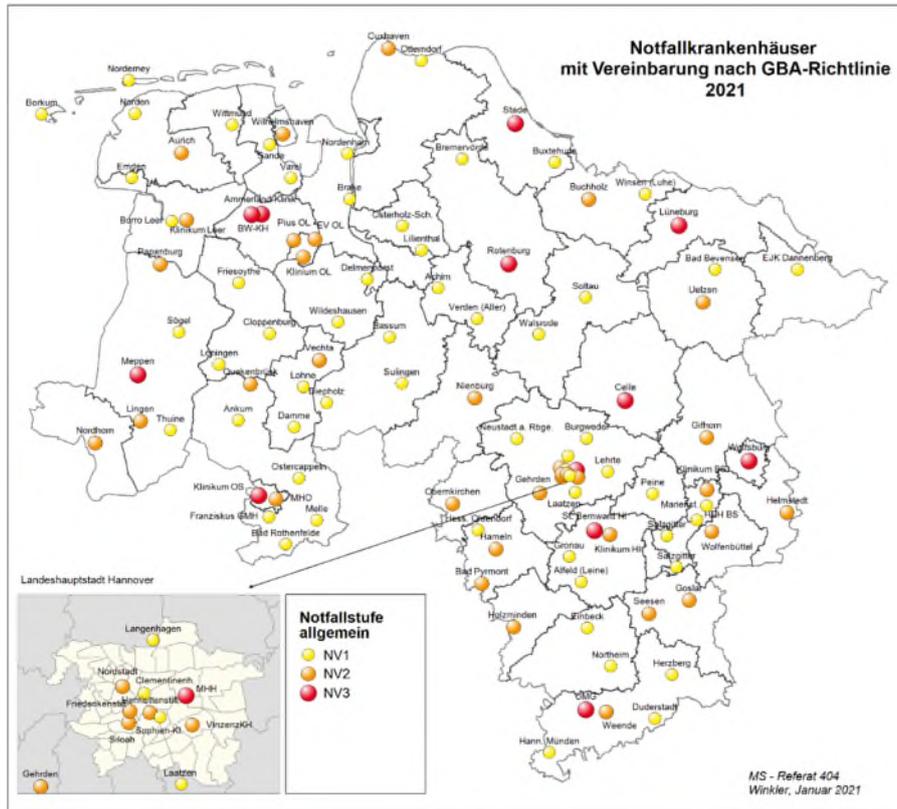


Abb. 8: Notfallkrankenhäuser in Niedersachsen (MS, 2021)

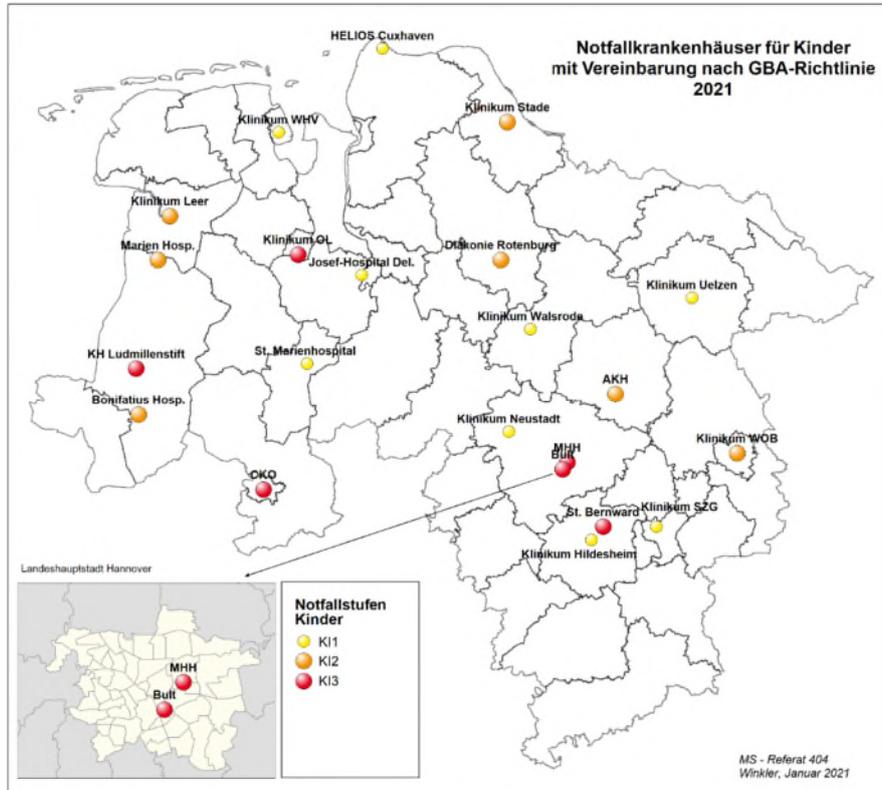


Abb. 9: Notfallkrankenhäuser für Kinder in Niedersachsen (MS, 2021)

Bei den 63 Krankenhäusern, die keiner Notfallstufe zugeordnet sind, handelt es sich insbesondere um Fach- und Spezialkrankenhäuser (MS, 2021).

Den bodengebundenen **Rettungsdienst** nehmen in Niedersachsen gemäß NRettdG insgesamt 50 Rettungsdienststräger als Selbstverwaltungsaufgabe im eigenen Wirkungskreis wahr, wobei die Ausführung mittels eigener Kräfte (z. B. Berufsfeuerwehr oder Eigenbetriebe), durch Beauftragte (z. B. die Wohlfahrtsverbände) und mit Genehmigungsinhabern (z. B. Rettungsdienstorganisationen oder private Unternehmen) erfolgt (LARD, 2019; vdek, 2019, 2020b). Gegenwärtig existieren 50 Rettungsdienstbereiche und 30 Leitstellen, die durchweg in Form integrierter Leitstellen in Kombination mit dem Brand- und Katastrophenschutz betrieben werden. Eine weitere Konzentration auf 10 bis 15 Leitstellen wird vonseiten der GKV befürwortet (vdek, 2019). In Niedersachsen existieren bislang kaum landesweit vergleichbare Daten zu den Strukturen und Einsatzleistungen des Rettungsdienstes. Vor diesem Hintergrund hat der LARD eine kontinuierliche Basis- und Qualitätsdatenanalyse des Rettungsdienstes in Niedersachsen (KBQA) initiiert.⁴¹ Ziel ist es, für die zukünftige Ausgestaltung des Rettungsdienstes vergleichende Einschätzungen regionaler Situationen, Aussagen zu Struktur- und Leistungsmerkmalen auf Landesebene oder eine übergeordnete Rahmenplanung auf der Basis belastbarer Informationen vornehmen zu können (RUN, 2020).

Um zukünftig auf Landesebene zu Fortschritten in der Zusammenarbeit von Rettungsdienst und Krankenhäusern zu kommen, hat das Land Niedersachsen insbesondere die Einführung des digitalen Notfallmanagementsystems IVENA (Interdisziplinärer-Versorgungsnachweis) vorangetrieben. Dieses mittlerweile nahezu flächendeckend verwendete internetgestützte System zeigt die Behandlungs- und Bettenkapazitäten der regionalen Krankenhäuser an und ermöglicht einen Echtzeit-Datenaustausch zwischen den Leitstellen, den Rettungswagen und den Krankenhäusern (vgl. Kapitel Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung). IVENA wird in Niedersachsen bereits von 23 von 30 Leitstellen (Stand 01/2021) und 102 Krankenhäusern (Stand 01/2021) genutzt (MI, 2021b; MS, 2021). Die freiwillige Landesfinanzierung ist auf die Jahre 2019 bis 2022 befristet, im Anschluss ist eine Kostenübernahme durch die Nutzenden geplant (MS, 2019c). Die kommunalen Spitzenverbände haben hingegen wiederholt eine flächendeckende Einführung und die Kostenübernahme durch das Land Niedersachsen gefordert. Das System hat sich insbesondere während der COVID-19-Pandemie sehr bewährt.

Ferner werden in Niedersachsen seit einigen Jahren im Rahmen von Modellprojekten verschiedene Ansätze erprobt, die eine ungesteuerte Nutzung von Krankenhausambulanzen während der Öffnungszeiten der niedergelassenen Arztpraxen reduzieren und einen ressourcenschonenden Umgang mit den zur Verfügung stehenden Rettungsmitteln sowie eine zielgerichtete Disposition fördern sollen. Hervorzuheben sind dabei beispielsweise die folgenden Projekte:

⁴¹ In Niedersachsen wird der Rettungsdienst im eigenen Wirkungskreis durch die Kommunen wahrgenommen. Es gibt darüber hinaus keine Berichtspflicht und auch keine Fachaufsicht durch das zuständige Ministerium. Das ist in Ländern mit übertragenem Wirkungskreis anders (z. B. Bayern, Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz). Hier nehmen die Kommunen die Aufgabe des Rettungsdienstes im Namen des Landes wahr und sind damit berichtspflichtig. Eine Freigabe der - freiwillig erstellten - KBQA Daten unterliegt der Zustimmung der teilnehmenden Kommunen und des LARD (MI, 2021a).

- Gemeinde-Notfallsanitäter - ausgebildete Sanitäterinnen und Sanitäter erhalten eine dreimonatige Fortbildung und kommen bei Notrufen zum Einsatz, bei denen keine lebensbedrohliche Situation besteht⁴²
- Telemedizin im Bereitschaftsdienst - Ersteinschätzung vor Ort durch Gesundheitsfachkräfte; bei Bedarf Beratung durch eine Ärztin bzw. einen Arzt per Telemedizin⁴³
- Mobile Retter - Smartphone-basierte Ersthelfer-Alarmierung⁴⁴
- PatientenShuttle - kostenloser Fahrdienst, der Patientinnen und Patienten an Wochenenden und Feiertagen zur Bereitschaftsdienstpraxis bringt⁴⁵
- Videosprechstunde im Bereitschaftsdienst - Videosprechstunde an Feiertagen und am Wochenende nach Vermittlung über die 116117⁴⁶.

2.2. Wesentliche Erkenntnisse im Bereich der Notfallversorgung

In den folgenden Abschnitten werden die in der Enquetekommission diskutierten Problemlagen im Bereich der Notfallversorgung sowie die daraus abgeleiteten Handlungsempfehlungen detailliert dargestellt. Die Beratungen konzentrierten sich auf die Themenfelder „Qualität und Strukturen der Versorgung“, „Personal“ sowie „Einweisungen aus Pflegeheimen“. Eine Übersicht der ermittelten Herausforderungen und Empfehlungen ist in Beschluss 2 aufgeführt (vgl. Anhang 1).

2.2.1. Qualität und Strukturen der Versorgung

Im Bereich der Qualität und Strukturen der Notfallversorgung liegen die Herausforderungen aus Sicht der Enquetekommission in Niedersachsen in folgenden Bereichen

- Es ist eine Fehlinanspruchnahme des gestuften Systems der Notfallversorgungsstrukturen festzustellen.
- Hierdurch entstehen zunehmende Belastungen für die rettungsdienstliche Versorgung und die Notfallversorgung an Krankenhäusern.
- Die Steuerungsmöglichkeiten in der Notfallversorgung sind ausbaufähig.

⁴² Weitere Informationen zum Projekt unter: <https://www.oldenburg.de/startseite/buergerservice/notfall-und-notruf/feuerwehr/gemeinde-notfallsanitaeter.html>

⁴³ Weitere Informationen zum Projekt unter: <https://www.kvn.de/%C3%9Cber+uns/Digitalisierungsprojekte/Bereitschaftsdienst+Delmenhorst.html>

⁴⁴ Weitere Informationen zum Projekt unter: <https://www.mobile-retter.org/#regionen>

⁴⁵ Weitere Informationen zum Projekt unter: https://www.hs-emden-leer.de/fileadmin/user_upload/fbsag/stg/Sozial-_und_Gesundheitsmanagement__BA_/Presse/PM__2019_Mai_Patienten-Shuttle_Aurich.pdf

⁴⁶ Weitere Informationen zum Projekt unter: <https://kv-innovationsscout.de/projekt/videosprechstunde-im-bereitschaftsdienst>

Fehlinanspruchnahme des gestuften Systems der Notfallversorgung

Wie oben skizziert kommt es derzeit vielfach zu einer „ungesteuerten“ Nutzung aller Möglichkeiten des Zugangs zu den Notfallversorgungsstrukturen. In der Gesamtentwicklung wird eine steigende Inanspruchnahme der Rettungsdienste und Notaufnahmen der Krankenhäuser konstatiert (Augurzky et al., 2018; Köster et al., 2016; KVN, 2019b; LARD, 2019; Schmiedel & Behrendt, 2019; vdek, 2019). Bei der Bewertung des Versorgungsgeschehens und der im Folgenden vorgestellten Daten ist jedoch zu berücksichtigen, dass nach Aussage des SVR aufgrund einer heterogenen Datenlage „eine vollumfängliche Betrachtung der Inanspruchnahme bzw. der Kosten der Notfallversorgung aktuell nicht möglich ist“, da in den drei Bereichen der Notfallversorgung Daten in unterschiedlicher Detailtiefe erfasst und bislang nicht systematisch zusammengeführt werden (SVR, 2014, S. 567).⁴⁷

Unter Berücksichtigung dieser Einschränkung zeigt eine Analyse des Sachverständigenrats für die Jahre 2010 bis 2015 einen sprunghaften Anstieg der Gesamtinanspruchnahme von Bereitschaftsdiensten und Notaufnahmen ab dem Jahr 2013 sowie eine Zunahme des Anteils der ambulanten Notfälle in Notaufnahmen (SVR, 2018) (vgl. Abb. 10).

⁴⁷ Es existiert kein Datensatz, der über alle Notaufnahmepatientinnen und -patienten in Deutschland Auskunft gibt. Während Daten zur ambulanten Notfallversorgung aus den Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen stammen, werden für die Darstellung der stationären Notfallversorgung primär Daten der DRG-Statistik genutzt. Hier kommt erschwerend hinzu, dass zwar „Notfälle“ kodiert sind, nicht aber „Notaufnahmebehandlungen“. Zudem entscheidet sich häufig erst im Verlauf der Behandlung, ob ein Fall als „ambulant“ oder „stationär“ einzustufen ist. Zur Analyse von Rettungsdienstausgaben wiederum werden die Gesundheitsberichterstattung des Bundes sowie GKV-Versicherungszahlen des Bundesministeriums für Gesundheit herangezogen. Ein einheitlicher Dokumentationsstandard fehlt bislang (Greiner et al., 2019; SVR, 2018).

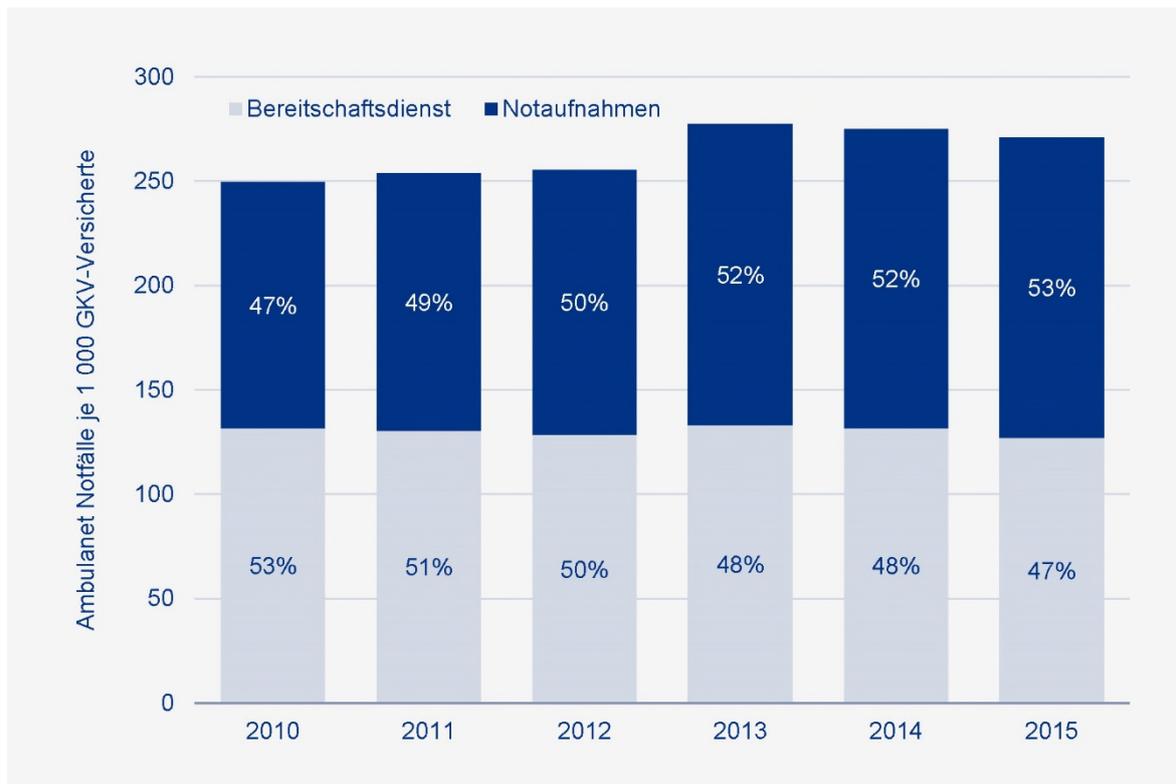


Abb. 10: Ambulante Notfälle je 1 000 GKV-Versicherte (SVR, 2018, S. 568)

In den Jahren 2016 bis 2018 ist nach Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen die Zahl ambulanter Notfälle an deutschen Krankenhäusern um etwa 222 000 Fälle (-1,9 %) geringfügig gesunken, während die Anzahl der durch die niedergelassene Haus- und Fachärzteschaft abgerechneten ambulanten Notfälle von 2015 bis 2018 um rund 360 000 Fälle (3,3 %) leicht gestiegen ist. Dennoch wurden auch diesen Berechnungen zufolge 2018 mehr Fälle in Notaufnahmen behandelt (52,6 %) als durch den Bereitschaftsdienst (47,4 %) (Zi, 2019).

Für Niedersachsen zeigen aktuelle Zahlen der KVN seit 2010 einen Trend zur Fallzahlsteigerung in Notfallambulanzen. Von 2010 bis 2020 ist eine Abnahme der Fallzahlen des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes um 17,2 % bei einer gleichzeitigen Zunahme der Fallzahlen in Notfallambulanzen um 30,7 % (KVN, 2019b) zu verzeichnen (vgl. Abb. 11) .

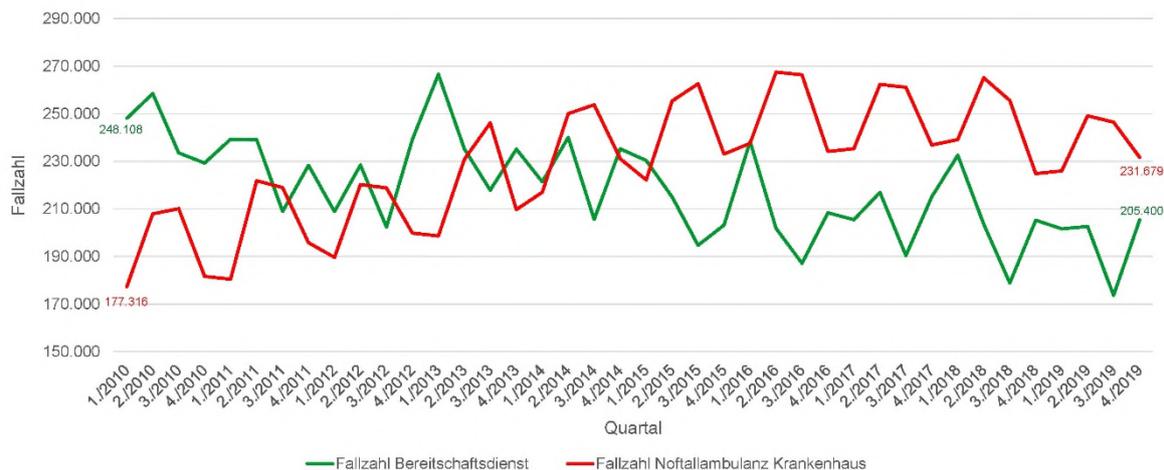


Abb. 11: Fallzahlentwicklung im vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst und in den Notfallambulanzen der Krankenhäuser in Niedersachsen (KVN, 2019b)

Eine der Ursachen für diese Verschiebung der Inanspruchnahme liegt nach Einschätzung von Expertinnen und Experten in einer unzureichenden Verständlichkeit des komplexen Systems der Notfallversorgung für Hilfesuchende (Herr et al., 2019). In einer deutschlandweiten Repräsentativerhebung ging rund ein Drittel der Befragten fälschlicherweise davon aus, dass der ärztliche Notdienst Teil der Notaufnahme eines Krankenhauses ist und über die 112 erreicht werden kann (PwC, 2019). Derselben Befragung zufolge haben lediglich 77 % der Befragten Kenntnis von der Möglichkeit, unter der Nummer 112 im Falle eines medizinischen Notfalls Hilfe zu erhalten. Die Nummer 116117 des ärztlichen Bereitschaftsdienstes war in dieser Studie nur 22 % der befragten Personen bekannt, während eine Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) einen Bekanntheitsgrad von 32 % ergab (KBV & FGW, 2020). In Niedersachsen war zwar zwischen 2013 und 2019 beinahe eine Verdopplung der Anruftzahlen der Nummer 116117 zu verzeichnen (KVN, 2019b). Die im Rahmen der Enquete angehörten Praktiker kritisierten jedoch die mangelnde Erreichbarkeit des Bereitschaftsdienstes. Die Rufnummer 116 17 fungiert in ihrer Doppelfunktion als zentrale Anlaufstelle für den ärztlichen Bereitschaftsdienst und als Terminservicestelle der Kassenärztlichen Vereinigung häufig nicht gut. Eine gute Versorgung könne auch deshalb nicht immer gewährleistet werden, weil die Nummer oft nicht zu erreichen sei, lange Warteschleifen entstünden und Patientinnen und Patienten aufgrund fehlender Ortskenntnis an die falschen Stellen verwiesen würden. Dies hat nach Einschätzung der Enquete zu einer gestiegenen Inanspruchnahme der Notrufnummer 112 geführt (vgl. auch Niedersächsischer Landtag, 2020a). Ein im Jahr 2017 von der KVN und dem Landkreis Northeim ins Leben gerufenes Projekt, bei dem Anrufe unter der Nummer 112 sowie der Nummer 116117 bei den Disponenten in der Northeimer Einsatzleitstelle zusammenliefen, wurde Anfang 2020 wieder beendet, obwohl die Bündelung der Disposition in einer Hand sich aus Sicht der Kreisverwaltung bewährt hatte (Lenkewitz, 2019; Niedersächsischer Landtag, 2020a). Hintergrund hierfür waren im TSVG beschlossene Änderungen für die Rufnummer 116117 (Verknüpfung mit der Terminvergabe). Im Rahmen des Projekts zeigte sich jedoch auch, dass die Leitstellendisponenten rechtssichere EDV-Unterstützungssysteme benötigen, um bei niedrigschwelligen Anforderungen den KV-Bereitschaftsdienst, Pflege- oder Palliativdienste entsenden zu können (Lenkewitz, 2019).

Der insgesamt ausbaufähige Informationsgrad der Bevölkerung über die adäquate Nutzung der Notfallstrukturen trifft zusammen mit bislang unzureichenden Steuerungsmöglichkeiten, denen durch die oben dargestellten Reformvorhaben begegnet werden soll (SVR, 2018). Nach Einschätzung der Enquetekommission sind insbesondere die Steuerungsmöglichkeiten der Hausärztinnen und -ärzte derzeit noch ausbaufähig.

Besondere Herausforderungen der rettungsdienstlichen Versorgungsstrukturen

Auch im Bereich des Rettungsdienstes ist in den letzten Jahren eine steigende Inanspruchnahme zu beobachten. So zeigen die bundesweiten Einsatzraten⁴⁸ zwischen 1994 und 2013 eine jährliche Steigerung von 4 % (Köster et al., 2016). Aus einer Leistungsanalyse für die Jahre 2016/17 geht ferner hervor, dass die Einsatzrate von 2012/2013 bis 2016/2017 insgesamt um 13,1 % gestiegen ist (Schmiedel & Behrendt, 2019).⁴⁹

Auch in Niedersachsen ist eine steigende Inanspruchnahme des Rettungsdienstes festzustellen. Jährlich werden mehr als 1,5 Mio. Einsätze verzeichnet; die Einsatzsteigerung liegt bei ca. 5 % pro Jahr (LARD, 2019). In den Jahren 2010 bis 2018 hat dies zu einer Erhöhung der Fahrzeugvorhaltung um 27 % geführt. Zudem ergab sich eine jährliche Kostensteigerung von 8 %. Die Gesamtkosten, welche von Kostenträgern für den Rettungsdienst in Niedersachsen verausgabt werden, liegen bei 520 Mio. Euro pro Jahr (ebd.). Die steigenden Einsatzzahlen gehen mit einer zunehmenden Zahl von Bagatellfällen, die keinen Transport im Rettungswagen rechtfertigen, einher (LARD, 2019). Dies beruht auf einer Differenz zwischen der Erwartungshaltung der Bevölkerung und den gesetzlich definierten Aufgaben des Rettungsdienstes: 84 % der Teilnehmenden einer bundesweiten Befragung würden den Notruf auch dann wählen, wenn sie der Meinung sind, dass eine Behandlung zuhause durch den Notarzt erforderlich ist, obwohl dies nicht Aufgabe des Rettungsdienstes ist (PwC, 2019).

Für die Bewältigung der durch die Fehlinanspruchnahme des Rettungsdienstes entstehenden Herausforderungen fehlt es derzeit an Steuerungsmöglichkeiten in den Leitstellen sowie einem verlässlichen operativen und rechtlichen Handlungsrahmen. Die Leitstelle hat keinen verbindlichen Zugriff auf Versorgungsangebote, die in Fällen mit geringfügiger/minimaler Bedrohung geeigneter wären, z. B. den Kassenärztlichen Bereitschaftsdienst oder Pflegedienste (LARD, 2019). Unter strafrechtlichen Aspekten ist der Rettungsdienst zudem prinzipiell verpflichtet, allen Patientinnen und Patienten, die sich im Notfall an ihn wenden, zumindest eine Erstversorgung zu gewähren (unterlassene Hilfeleistung gemäß § 323c StGB).

Eine zusätzliche Herausforderung für den Rettungsdienst stellen kurzfristige und intransparente Abmeldungen von Krankenhäusern oder Abteilungen vom Notfalldienst sowie die daraus resultierende aufwändige Bettensuche sowie lange Transportzeiten dar (Lenkewitz, 2019). Gemäß den Qualitätsanforderungen für alle an der Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhäuser müssen diese prinzipiell jederzeit (24/7) aufnahmebereit sein (G-BA, 2020d). Eine Ab-

⁴⁸ Die Einsatzrate ist das einwohnerbezogene Einsatzaufkommen von Einsätzen pro 1 000 Einwohnerinnen und Einwohner in einem Jahr.

⁴⁹ Die Ergebnisse dieser Hochrechnung der Leistungsanalyse 2016/17 basieren auf der Berücksichtigung von repräsentativ ausgewählten Erfassungsstellen der alten und neuen Bundesländer, die über 20 Mio. Einwohnerinnen und Einwohner auf einer Fläche von 77 300 km² umfassen, was einem Anteil an der Bundesbevölkerung von 25 % und an der Bundesfläche von 22 % entspricht.

meldung von der Notfallversorgung sollte demnach nur bei einem Ausfall kritischer Infrastruktur zulässig sein (ebd.). Eine Befragung deutscher Krankenhäuser⁵⁰ zeigt jedoch, dass 29 % der teilnehmenden Krankenhäuser vorübergehend einzelne Bereiche von der Notfallversorgung abmeldeten, da Personalvorgaben nach der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) nicht eingehalten werden konnten (Blum, Löffert et al., 2019).

Besondere Herausforderungen der Notfallversorgung an Krankenhäusern

Verschiedene Studien deuten darauf hin, dass die Notfallversorgung an Krankenhäusern entlastet werden könnte, wenn ambulant behandelbare Fälle in die vertragsärztliche Versorgung geleitet werden könnten. So hätte laut einer Analyse von Kosten- und Leistungsdaten im Krankenhaus versorgter ambulanter Notfälle die Versorgung von etwa einem Drittel der untersuchten Fälle auch in Arztpraxen zu regulären Sprechzeiten oder durch den Bereitschaftsdienst stattfinden können (Haas et al., 2015). Auch hier sind die Erwartungshaltungen von Patientinnen und Patienten und deren Kenntnisse über die Strukturen der Notfallversorgung relevante Einflussfaktoren. Denn obwohl einer bundesweiten Befragung⁵¹ zufolge insgesamt 70 % Befragten wissen, dass der kassenärztliche Bereitschaftsdienst akute nicht-lebensbedrohliche Gesundheitsstörungen außerhalb der Sprechzeiten von haus- und fachärztlichen Praxen behandelt, würden knapp 60 % der Befragten stattdessen lieber eine Notaufnahme in einem Krankenhaus aufsuchen, wenn Unsicherheiten bezüglich der Beschwerden bestehen oder Arztpraxen bereits geschlossen sind (PwC, 2019). Ferner gibt es Hinweise darauf, dass Patientinnen und Patienten die Notaufnahmen bei nichtdringlichem Behandlungsbedarf zum Teil auch deshalb besuchen, weil sie die Wartezeit auf einen Termin bei der Hausärztin bzw. dem Hausarzt oder bei einer Fachärztin bzw. einem Facharzt umgehen möchten (PwC, 2019; Schmiedhofer et al., 2017). Die Erwartung, in der Notaufnahme eines Krankenhauses durch die Verfügbarkeit von Fachärztinnen und -ärzten verschiedener Disziplinen sowie eine umfangreichere technische Ausstattung eine bessere Behandlung zu erhalten, ist ein weiterer Faktor, der Patientinnen und Patienten dazu bewegt, statt einer niedergelassenen Ärztin bzw. einem niedergelassenen Arzt eine Notaufnahme aufzusuchen (PwC, 2019).

Ergänzend zur Problematik der Fehlnutzung stationärer Strukturen kommt die Enquetekommission in ihren Diskussionen zum neu eingeführten dreistufigen System der stationären Notfallversorgung des G-BA zu der Einschätzung, dass in Niedersachsen die Mindestanforderungen derzeit zum Teil nicht erfüllbar sind, da die Flächenlandstruktur Niedersachsens in diesem gestuften System ungenügend Berücksichtigung findet.

⁵⁰ Das „Krankenhaus Barometer“ ist eine jährlich durchgeführte Repräsentativbefragung deutscher Krankenhäuser. Sie wird im Auftrag der Träger des Deutschen Krankenhaus Instituts (DKI) erstellt. Die aktuellen Ergebnisse (2019) beruhen auf der schriftlichen Befragung von zugelassenen Allgemeinkrankenhäusern, an der sich insgesamt 268 Krankenhäuser beteiligt haben.

⁵¹ Ergebnisse einer Befragung von 2 000 Menschen in Deutschland, die 2019 in Form einer Online-Panelbefragung stattfand.

Handlungsempfehlungen

Um den im vorherigen Abschnitt beschriebenen Herausforderungen im Bereich der Qualität und Strukturen in der Notfallversorgung zu begegnen, hat die Enquetekommission Handlungsempfehlungen erarbeitet. Die Handlungsempfehlungen sind für das gesamte Kapitel fortlaufend nummeriert (vgl. Anhang 1, Beschluss 2).

Als Empfehlungen sind folgende Punkte hervorzuheben:

- Für eine qualitativ hochwertige Notfallversorgung ist die Schaffung einheitlicher Standards in der Notfallversorgung essenziell.
- Die Bildung regionaler & integrierter Leitstellen zur Koordination aller nichtpolizeilicher Gefahrenabwehr sowie des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes wird befürwortet.
- Wesentliches Element ist eine bessere Steuerung der Notfallpatientinnen und -patienten innerhalb des Notfallversorgungssystems zur Entlastung der Notaufnahmen und Rettungsdienste.

Die detaillierten Empfehlungen aus der Enquetekommission im votierten Wortlaut umfassen folgende Aspekte:

- 1. Abgestimmte Planung von ambulanter und stationärer Notfallversorgung unter Beachtung verlässlicher Strukturen und Belastbarkeit des ärztlichen Bereitschaftsdienstes**
- 2. Bildung regionaler & integrierter Leitstellen zur Koordination aller nichtpolizeilicher Gefahrenabwehr sowie des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes**
 - a) Zentrale Entgegennahme der Notrufnummer 112 sowie der Servicenummern 116117 (Akutversorgung) und 19222 (qualifizierter Krankentransport), Ersteinschätzung der Hilfesuchen und Disposition der daraus resultierenden Einsätze. Wenn zukünftige Regelungen des Bundesgesetzgebers diesem Modell zuwiderlaufen (z. B. Terminservicestellen der KVN unter 116117 i. S. d. TSVG), dann Fokus auf die einheitliche Rufnummer 112.
 - b) Öffentlichkeitsarbeit/Bekanntmachung der entsprechenden Anlaufstelle bzw. Rufnummer
 - c) Erhöhung der Kompetenzen für Disponentinnen und Disponenten in den Leitstellen - Weisungsbefugnis in die richtige Versorgungsebene (ärztlicher Bereitschaftsdienst und andere Dienste)
 - d) Sicherstellung von Qualifikation und Rechtssicherheit der/für Disponentinnen und Disponenten
 - e) Sicherstellung, dass Ersteinschätzung für Hilfesuchende verbindlich sein muss (gleiches muss dann auch für den Besuch von ambulanten Notfallzentren und vergleichbaren Modellen gelten)
 - f) Prüfung von Möglichkeiten der freiwilligen interkommunalen Zusammenarbeit, z. B. im Rahmen von Zweckverbänden
 - g) Gewährleistung der permanenten Lokalisierung per GPS von Einsatzfahrzeugen für die Leitstellen, sodass eine konsequente „Nächste-Fahrzeug-Strategie“ durch den Disponenten umgesetzt werden kann

- h) Verbesserung der Zusammenarbeit des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes mit Leitstellen (über die geplante Verbesserung von SmED (Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland) hinaus)
- 3. Aufbau integrierter Notfallzentren möglichst in Krankenhäusern (einschließlich eines standardisierten IT-Systems zur Steuerung und Dokumentation)**
 - 4. Definition und Schaffung einheitlicher Standards in der Notfallversorgung**
 - a) Ausweitung eines einheitlichen, systematischen Abfrage-Systems zur Ersteinschätzung auf alle Anlaufstellen der Notfallversorgung (Rettungsdienste, Notdienstpraxen, Notaufnahmen, Leitstellen)
 - b) Auf medizinischen Kriterien beruhende Steuerung der Patientinnen und Patienten nach Behandlungsdringlichkeit
 - c) Schaffung eines einheitlichen IT-gestützten Systems, welches die standardisierte Vorgehensweise bei gleichzeitig einheitlicher Dokumentation gewährleistet
 - 5. Bessere Steuerung der Inanspruchnahme des Rettungsdienstes**
 - a) Schaffung rechtlicher Möglichkeiten zur Übernahme von Einsatzkosten bei missbräuchlicher Inanspruchnahme
 - b) Nicht-Mitnahme von Patientinnen und Patienten bei offensichtlich nicht-sachgerechter Inanspruchnahme
 - 6. Prüfauftrag: Notfallmedizin in SGB V verankern (ausgenommen Rettungsdienst)**
 - 7. Einschränkung des Prinzips der freien Arztwahl in Notfällen (§ 76 SGB V)**
 - 8. Entlastung der Notfallversorgung durch Stärkung der hausärztlichen Versorgung und Verfügbarkeit**
 - 9. Landesweit flächendeckende Umsetzung von IVENA** (IVENA nutzen 23/30 Leitstellen (Stand 01/2021) und 102 der an der Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhäuser (Stand 01/2021))
 - a) Landesweit verpflichtende Teilnahme und Vernetzung aller an der Notfallversorgung teilnehmender Krankenhäuser
 - b) Vorübergehende Finanzierung durch das Land, Mittel i. H. v. 700 000 Euro/Jahr (2019 - 2022) vorgesehen
 - c) Mittel- und langfristige Finanzierung durch die zuständigen Kostenträger
 - 10. Förderung der Erprobung grundlegend neuer Organisationsformen und Finanzierungsmöglichkeiten in Modellprojekten** (einschließlich der Prüfung, ob die integrierte Notfallversorgung außerhalb der bestehenden Sektorengrenzen der ärztlichen Versorgung und der bestehenden Finanzierungssystematik zu einer Verbesserung der Versorgung führt)

11. Möglichst flächendeckende Ausweitung erfolgreicher Modellprojekte

- a) Aufbau und Ausweitung des (flächendeckenden) Einsatzes von Gemeindefallsanitäterinnen und -sanitätern (vgl. Modellprojekt Oldenburg) sowie von Notfallsanitäterinnen und -sanitätern mit telemedizinischer Anbindung (vgl. Modellprojekt Delmenhorst mit Anbindung Klinikum Oldenburg) insbesondere im ländlichen Raum (Koordinierter Einsatz über Leitstellen (112/116117))
 - b) Mobile Ersthelferinnen und Ersthelfer, z. B.: Modellprojekt Mobile Retter (Gesundheitsregion Osnabrück & Nienburg/Diepholz)
 - c) Patientenshuttle der KVN (vgl. Modellprojekt Aurich/Wiesmoor)
 - d) Ärztlicher Notdienst per Videosprechstunde (vgl. Modellprojekt Braunschweig und Ergebniszusammenfassung Digitalisierung)
 - e) Telenotarzt-Modelle
- Flächendeckende telemedizinische Ausrüstung von Rettungswagen im Rahmen von Neu- und Ersatzbeschaffungen
 - Gewährleistung der telemedizinischen Beratung der Notfallsanitäterinnen und -sanitäter

12. Sektorenübergreifende Versorgung zwischen Rettungsdienst und KV-Fahrdienst

13. Ausrüstung mindestens eines Feuerwehreinsatzfahrzeugs pro Standort mit automatisiertem externem Defibrillator (AED)

Sonderfall: Einweisungen aus Pflegeheimen

Die Einweisung von Patientinnen und Patienten aus Einrichtungen der stationären Langzeitpflege in die Notaufnahme eines Krankenhauses wurde in der Enquetekommission beraten, wengleich der Einsetzungsbeschluss die Versorgung in Pflegeheimen nicht umfasst. Dass die Thematik dennoch aufgenommen wurde, resultiert daraus, dass es hier zu Krankenhauseinweisungen und Rettungstransporten kommt, die es sowohl im Sinne der Patientinnen und Patienten als auch zur Entlastung des Versorgungssystems zu begrenzen gilt.

Nach Angaben der Bundesregierung stieg die Zahl älterer Menschen, die ihre letzte Lebensphase in einem vollstationären Pflegeheim verbringen, in den vergangenen zehn Jahren von rund 620 000 im Jahr 2010 auf derzeit mehr als 731 000 (Deutscher Bundestag, 2020c). Da viele der Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner unter chronischen Erkrankungen leiden, entsteht häufig ein komplexer Versorgungsbedarf, der besondere pflegerische, medizinische und ethische Herausforderungen mit sich bringt (Allers, 2020). Krankenhausaufenthalte sind für diese Menschen belastend, weil diese sie aus ihrem gewohnten Alltagsumfeld herausreißen und Risiken für negative gesundheitliche Auswirkungen, wie nosokomiale Infektionen, invasive Prozeduren oder kognitive und funktionale Verschlechterungen, bergen (Bartholomeyczik, 2010; Dwyer et al., 2014). Es gibt Hinweise darauf, dass Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen bei medizinischen Problemen insbesondere am Wochenende zunehmend in die Notfallversorgung bzw. in ein Krankenhaus überwiesen werden. Ein Teil dieser Krankenhauseinweisungen und -transporte ist nach Aussage verschiedener Studien vermeidbar, wobei sehr unterschiedliche Angaben zum Umfang vermeidbarer stationärer Aufnahmen

vorliegen (Lemoyne et al., 2019). So ergab eine Analyse von Krankenkassenroutinedaten⁵², dass bei Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern in Deutschland vor allem in den letzten Lebenswochen ein exponentieller Anstieg der Krankenhausaufenthalte zu beobachten ist. Der Anteil von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt im letzten Lebensmonat liegt mit knapp über 50 % deutlich über dem internationalen Durchschnitt von 33 % (Hoffmann & Allers, 2019). Das Ergebnis einer systematischen Literaturrecherche zeigt darüber hinaus, dass Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner in Deutschland mit einem Anteil von rund 30 % im internationalen Vergleich relativ häufig im Krankenhaus versterben⁵³ (Allers, Hoffmann et al., 2019).

Als Gründe für die hohen Einweisungszahlen werden verschiedene Faktoren benannt, die u. a. auch Schwierigkeiten in der Kooperation zwischen Pflegenden und betreuenden (Haus-)Ärztinnen und Ärzten betreffen (Allers, 2020). Aktuelle Studienergebnisse zum Themenfeld der Hospitalisierung von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern liefert insbesondere die durch den Innovationsfonds des G-BA geförderte Studie „Homern“⁵⁴. Eine in diesem Rahmen durchgeführte qualitative Befragung von Rettungskräften ergab, dass Rettungskräfte strukturelle Faktoren, wie rechtliche Unsicherheiten zwischen allen beteiligten Fachgruppen und eine mangelnde Verfügbarkeit von Ärztinnen und Ärzten, für die Versorgung in Pflegeheimen als ursächlich für die Anforderung des Rettungsdienstes und Verlegungen ins Krankenhaus erachten (Pulst et al., 2020).⁵⁵ Als wichtige Maßnahmen erachten sie ein stärkeres Training des Pflegepersonals, eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen sowie der rechtlichen Rahmenbedingungen. Eine ebenfalls im Kontext der Homern-Studie durchgeführte Befragung von Hausärztinnen und -ärzten sowie Pflegeheimleitungen in Niedersachsen und Bremen ergab, dass beide Gruppen die Zahl von Krankenhausaufenthalten am Lebensende kritisch bewerten, da Heimbewohner nach ihrer Einschätzung häufig nicht von Krankenhausaufenthalten profitieren. Als wichtigste Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung am Lebensende nannte die befragte Ärzteschaft einen höheren Personalschlüssel in Pflegeheimen, eine bessere Qualifikation des Pflegepersonals sowie die Stärkung palliativer Strukturen in Pflegeheimen. Die Pflegenden hingegen benannten als wichtigste Maßnahme eine bessere Versorgung und Erreichbarkeit durch Haus- und Fachärzte. Während über die Hälfte der Ärzte der Auffassung war, dass Pflegekräfte zu oft ohne ärztliche Rücksprache den Rettungsdienst rufen, teilte diese Einschätzung nur jede zehnte teilnehmende Pflegefachkraft (Allers, Fassmer et al., 2019).⁵⁶

In der Fachliteratur werden als strukturelle Ursachen die in der Regel große Anzahl verschiedener Hausärztinnen und -ärzte in Pflegeheimen sowie die für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte aufgrund des hohen Aufwands unattraktiven Heimbefuche benannt (Allers, 2020). Seit Einführung des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes im Jahr 2018 sind Pflegeeinrichtungen nach § 119b SGB V bei entsprechendem Bedarf zwar zu Kooperationsverträgen mit Hausärz-

⁵² Abrechnungsdaten der DAK-Gesundheit

⁵³ Der Median in den ausgewerteten Studien lag bei 22,6%,

⁵⁴ Weitere Informationen zum Projekt finden sich auf der Webseite des Innovationsfonds des G-BA (G-BA Innovationsfonds, o. J.).

⁵⁵ Für vermeidbar hielten sie Krankenhauseinweisungen bei Indikationen wie starkem Flüssigkeitsverlust oder Harnkatheterkomplikationen. Außerdem beklagten sie schlecht organisierte Übergaben sowie die Unvollständigkeit wichtiger Informationen, wie z. B. Medikationslisten.

⁵⁶ Vgl. auch <https://gg-digital.de/2020/09/warum-gleich-ins-krankenhaus/index.html#Entscheidung>.

tinnen und -ärzten verpflichtet, und in der Folge ist eine wachsende Anzahl von Kooperationsverträgen geschlossen worden.⁵⁷ Dennoch bestehen derzeit noch deutliche regionale Unterschiede in der Umsetzung (Weiß, 2019). Wenn eine Pflegeeinrichtung keine Ärztin bzw. keinen Arzt als Vertragspartner findet und auch durch die Kassenärztliche Vereinigung nach einer Frist von sechs Wochen keinen Kooperationsvertrag vermitteln kann, hat die Pflegeeinrichtung die Möglichkeit, einen Arzt oder eine Ärztin mit geriatrischer Fortbildung als Heimärztin bzw. Heimarzt anzustellen (§ 119 b Abs. 1 SGB V).

Handlungsempfehlungen

Um den vorangegangenen Problemlagen im Rahmen des Sonderfalls der Einweisungen aus Pflegeheimen zu begegnen, hat die Enquetekommission Empfehlungen formuliert.

Als Empfehlungen sind folgende Aspekte hervorzuheben:

- Wesentlich für die Reduktion der Einweisungen aus stationären Pflegeeinrichtungen ist die Förderung von Kooperationsmodellen zwischen Ärztinnen und Ärzten sowie den Einrichtungen.
- Insbesondere der Einsatz sogenannter Heimärztinnen und -ärzte stellt in diesem Zusammenhang eine Möglichkeit dar, Pflegeheimweisungen zu reduzieren.

Die Handlungsempfehlungen der Enquetekommission umfassen im votierten Wortlaut folgende Aspekte:

14. Förderung von Kooperationsmodellen zwischen Ärztinnen und Ärzten und Pflegeeinrichtungen im langzeitstationären Bereich (z. B. Modellprojekt „IVA“) unter Beibehaltung der freien Arztwahl

- a) Evaluation des § 119 b SGB V und dahin gehend bereits bestehender Kooperationsverträge (Ausrichtung, Aufgabenverteilung, Machbarkeit)

15. Einsatz von Hausärztinnen und Hausärzten/Ärztinnen und Ärzten mit Zusatzqualifikation Geriatrie als sogenannte Heimärztinnen bzw. Heimärzte

- a) Versorgung mehrerer Pflegeeinrichtungen oder angestellt bei Pflegeanbieter
- b) Prüfauftrag: Einstellung einer Heimärztin oder eines Heimarztes ab einer bestimmten Bettenzahl (Novelle NPflegeG)

16. Verknüpfung von Pflegepersonal und Ärztinnen und -Ärzten mittels Telemedizin

⁵⁷ Der Deutsche Hausärzteverband, Landesverband Niedersachsen hat 2018 einen entsprechenden Kooperationsvertrag abgeschlossen.

2.2.2. Personal

Auch im Notfallsektor gewinnt die Sicherstellung der personellen Ausstattung für die Gewährleistung einer zukunftssicheren und bedarfsgerechten Versorgung zunehmend an Bedeutung. Die zentrale Herausforderung in diesem Bereich liegt aus Sicht der Enquetekommission in einem Fachkräftemangel, der insbesondere Notärztinnen und -ärzte wie auch Notfall- sowie Rettungssanitäterinnen und -sanitäter betrifft.

Fachkräftemangel

Die sowohl bundesweit als auch in Niedersachsen bestehende Herausforderung, ausreichend Fachkräfte bereitzustellen (vgl. Kapitel Ambulante medizinische Versorgung und Stationäre medizinische Versorgung), betrifft auch den Notfallsektor und hier in besonderem Maß die notärztliche Versorgung. Neben der Versorgung durch Krankenhäuser können für die Notfallversorgung z. B. niedergelassene Ärztinnen und Ärzte oder selbstständige Kräfte über Notarztbörsen gewonnen werden. In ländlichen Regionen ist die Personalgewinnung aufgrund weniger Krankenhausstandorte besonders erschwert. Differenzierter stellt sich die Situation im Bereich der Notfall- und Rettungssanitäterinnen und -sanitäter dar, deren Ausbildung in Niedersachsen an landeseigenen staatlich anerkannten Rettungssanitäterschulen oder in Kliniken und Rettungswachen durchgeführt wird (MI, o. J.). Hier ist festzustellen, dass zwar genügend Fachkräfte ausgebildet werden, es jedoch teilweise zu Abwerbungen durch Krankenhäuser und andere Bundesländer kommt. Dies betrifft primär die deutlich höher qualifizierten Notfallsanitäter.⁵⁸ In Niedersachsen werden pro Jahr durchschnittlich ca. 800 Notfallsanitäter und ca. 1000 Rettungssanitäter ausgebildet. Seit 2014 wurden in Niedersachsen 4487 Notfallsanitäter-Berufszeugnisse ausgestellt (MI, 2021a).

Auch in der pflegerischen Versorgung in Notaufnahmen von Krankenhäusern kommt es bei kurzfristigen Personalausfällen und Belegungssteigerungen zu personellen Engpässen und Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Personaluntergrenzen (Blum, Löffert et al., 2019). Dies kann zu Überlastungssituationen führen, die mitunter mit langen Wartezeiten für die Hilfesuchenden einhergehen (Haas et al., 2015).

Handlungsempfehlungen

Vor dem Hintergrund dieser von der Enquetekommission erörterten Problemlagen wurden zur Verbesserung der Situation im Bereich Personal folgende Handlungsempfehlungen erarbeitet (im Wortlaut):

17. Umsetzung von Zusammenschlüssen von Leitstellen und Leitstellenverbänden (z. B. Westfalen-Lippe)

18. Ausbau telemedizinischer Ansätze (Breitbandversorgung)

19. Bedarfsgerechte Ausbildung von Notfall- und Rettungssanitäterinnen und -sanitätern

⁵⁸ Während Notfallsanitäterinnen und -sanitäter eine dreijährige Ausbildung durchlaufen, umfasst die Ausbildung von Rettungssanitäterinnen und -sanitätern insgesamt lediglich 520 Stunden.

Insgesamt wird deutlich, dass die zukünftige Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, patientenzentrierten Notfallversorgung in Niedersachsen insbesondere auf eine gelingende Kooperation aller an der Notfallversorgung teilnehmenden Akteurinnen und Akteure und die Weiterentwicklung einer effizienten Steuerung von Patientinnen und Patienten in die geeigneten Versorgungsstrukturen ausgerichtet sein sollte. Gemeinsames Ziel sollte es sein, Koordination, Qualität und Bedarfsgerechtigkeit der Notfallversorgung zu verbessern.

3. Stationäre medizinische Versorgung

3.1. Hintergrund

Die stationäre Versorgung der Bürgerinnen und Bürger ist in Niedersachsen und deutschlandweit derzeit umfassend und flächendeckend sichergestellt und befindet sich insgesamt auf einem qualitativ hohen Niveau. In knapp 2 000 deutschen Krankenhäusern versorgten 2018 1,25 Mio. qualifizierte Fachkräfte insgesamt 19,4 Millionen Patientinnen und Patienten (Destatis, 2020d). Die Leistungsfähigkeit des deutschen stationären Sektors hat sich während der COVID-19-Pandemie insbesondere bei der Versorgung von Intensivpatientinnen und -patienten eindrucksvoll bestätigt. Insgesamt haben die Krankenhäuser in der „ersten Pandemiewelle“ gezeigt, dass sie flexibel und kurzfristig auf solche Herausforderungen reagieren können.

Zur Finanzierung dieses hohen Versorgungsniveaus entfällt im deutschen Gesundheitssystem auf die stationäre medizinische Versorgung der größte Ausgabenblock der „Gesetzlichen Krankenversicherungen“ (GKV): So betragen die Leistungsausgaben der GKV 2019 insgesamt 239,5 Mrd. Euro, davon entfielen 80,34 Mrd. Euro und damit mehr als ein Drittel auf den stationären Sektor (GKV-Spitzenverband, o. J.).⁵⁹ Damit liegt Deutschland bezogen auf Ausgaben und Kapazitäten in der Spitzengruppe westlicher Industrieländer. Beim Blick auf gesundheitsrelevante Outputs wie Mortalitäts- oder Komplikationsraten zeigt sich jedoch, dass diese in einigen Bereichen nicht in der oberen Gruppe vergleichbarer Länder liegen (vgl. Abschnitt 3.2.1.).

Die folgenden Ausführungen liefern zunächst einen kurzen Überblick über die Besonderheiten des stationären Sektors⁶⁰ in Deutschland, eine internationale Einordnung sowie insbesondere Informationen zur Entwicklung und aktuellen Lage in Niedersachsen. Insgesamt werden dabei folgende Aspekte deutlich:

- Die Kapazitäten der stationären Versorgung sind im internationalen Vergleich sehr umfangreich, das Verhältnis von Input und Outcome ist jedoch teilweise optimierbar.
- Für die zukunftsfähige Sicherung einer qualitativ hochwertigen und flächendeckenden Versorgung ist insbesondere vor dem Hintergrund begrenzter personeller Kapazitäten ein Strukturwandel erforderlich.
- Die Herausforderungen in der COVID-19-Pandemie haben den Handlungsbedarf noch einmal in besonderer Weise unterstrichen.

3.1.1. Besonderheiten der stationären Versorgung in Deutschland

Krankenhäuser haben einen zentralen Stellenwert bei der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Sie gewährleisten eine stationäre Versorgung, wenn schwerwiegende Erkrankungen

⁵⁹ Die Ausgaben des stationären Sektors umfassen auch Ausgaben für Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel.

⁶⁰ Stationäre Leistungen umfassen in Deutschland vollstationäre, stationsäquivalente, vor- und nachstationäre sowie in gesetzlich klar begrenztem Umfang auch ambulante Behandlungen (z. B. ambulante Operationen) (vgl. SGB V §39 Abs. 1). Zu den stationären Einrichtungen zählen Krankenhäuser sowie Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Im Rahmen der Arbeit der Enquete-Kommission wurden Letztere nicht näher betrachtet.

oder Verletzungen eine Behandlung erfordern, die nur in Einrichtungen mit spezifischer medizintechnischer Ausstattung und fachlichen Spezialisten möglich ist und eine Unterbringung sowie medizinische Überwachung nötig ist⁶¹ (vgl. auch § 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz und § 107 Abs. 1 SGB V). In Deutschland wird nach allgemeinen und sonstigen Krankenhäusern differenziert, wobei Letztere ausschließlich über psychiatrische, psychosomatische und neurologisch-frührehabilitative Betten verfügen. Darüber hinaus lassen sich Krankenhäuser verschiedenen Versorgungsstufen (in einigen Bundesländern z. B. in Grund-, Schwerpunkt- und Maximalversorgung) zuordnen, wobei die genaue Definition dieser Stufen seit längerem bundesweit Gegenstand kontroverser Debatten ist. Die Enquetekommission hat diesem Thema deshalb besondere Aufmerksamkeit im Rahmen einer Arbeitsgruppe gewidmet und für Niedersachsen eine Empfehlung für ein Versorgungsstufenkonzept vorgelegt (vgl. Abschnitt 3.3.).

Um die aktuellen Herausforderungen der stationären Versorgung in Deutschland einordnen zu können, wird diese zunächst entlang folgender Kernmerkmale skizziert.

- Pluralismus der Trägerschaft
- Sicherstellung und Planung auf Länderebene
- Duale Finanzierung
- Prinzipiell beschränkter Zugang zur stationären Behandlung
- Freie Wahl des Krankenhauses
- Starke Rechtspositionen der Krankenhausträger.

Gemäß dem Prinzip einer **pluralistischen Trägerschaft** befindet sich bundesweit ca. jeweils ein Drittel der Krankenhäuser in öffentlich-rechtlichen, freigemeinnützigen und privaten Krankenhausträgerschaften. Der Anteil öffentlich-rechtlicher Krankenhäuser sank bundesweit von 36,8 % im Jahr 2002 auf 28,7 % im Jahr 2018, auch der Anteil der Betten in öffentlicher Trägerschaft sank von 54,5 % im Jahr 2002 auf 48 % 2018 (Destatis, 2020d). Gleichzeitig hat der Anteil privater Krankenhäuser und Betten zugenommen, der Bettenanteil stieg von 8,9 % im Jahr 2002 auf 18,7 % 2018 (Destatis, 2020d). Allerdings hat sich ein bis 2010 starker Trend zur Privatisierung in den Folgejahren stabilisiert (vgl. für Niedersachsen detaillierter in Abschnitt 3.1.3.).

Die Sicherstellung und Planung der stationären Versorgung obliegt den Bundesländern und ist seit 1972 durch **länderspezifische Krankenhausfinanzierungsgesetze** (KHG) geregelt (SVR, 2018). In Niedersachsen haben gemäß § 1, Satz 1 des niedersächsischen Krankenhausgesetzes (NKHG) die Landkreise und kreisfreien Städte die Krankenhausversorgung der Bevölkerung als Aufgabe des eigenen Wirkungskreises nach Maßgabe des Krankenhausplans und § 2 des NKHG sicherzustellen. Sie haben eigene Krankenhäuser zu errichten und zu unterhalten, soweit die Krankenhausversorgung nicht durch andere Träger gewährleistet wird. Dabei folgt die Finanzierung von Krankenhäusern in Deutschland dem Prinzip der im Krankenhausfinanzierungsgesetz definierten **dualen Finanzierung**. In diesem Rahmen übernehmen die Bundesländer die Investitionskosten der Krankenhäuser (z. B. Um- und Neubau, Geräteausstattung), während die Krankenkassen sowie selbstzahlende Patientinnen und Patienten die Betriebskosten (Personal, Gebäudeerhaltung, Verbrauchsgüter) finanzieren. In Niedersachsen sind die Finanzierungsmittel für die Förderung von Investitionskosten nach § 9

⁶¹ Zum Themenbereich der Stationären Geburtshilfe vergleiche Kapitel 5.

Abs. 1 NKHG zu 60 % vom Land und zu 40 % von Kommunen aufzubringen. Die Betriebskosten von Krankenhäusern werden aktuell überwiegend über Fallpauschalen, sogenannte Diagnosis Related Groups (DRGs), abgerechnet.⁶² Hinter dem Prinzip der dualen Finanzierung steht der Grundgedanke, dass die Vorhaltung stationärer Kapazitäten zum Bereich der Daseinsvorsorge zählt und somit aus Steuermitteln zu finanzieren ist, während die tatsächlichen Krankenhausleistungen im deutschen System der sozialen Krankenversicherung beitragsfinanziert und deshalb durch die Versichertengemeinschaft zu tragen sind. (SVR, 2018).⁶³ Die Finanzierungsregelung geht einher mit der Kompetenz für die Krankenhausplanung, die den Ländern im Rahmen der staatlichen Daseinsvorsorge obliegt. Sie sind nach § 6 Abs. 1 KHG verpflichtet, einen Krankenhausplan aufzustellen, der bedarfsgerechte Vorgaben zu Standorten, Fachrichtungen, Bettenzahlen und Funktionseinheiten beinhaltet (MS, 2019d). Die Krankenhausplanung in Deutschland folgt bislang weitgehend dem Prinzip der „Bettenorientierung“ (vgl. Abschnitt 3.2.1.).

Der **Zugang zur stationären Behandlung** ist gesetzlich beschränkt, da GKV-Versicherte nur dann eine vollstationäre Behandlung in Anspruch nehmen können, wenn das Behandlungsziel nicht z. B. durch eine ambulante oder teilstationäre Behandlung erreicht werden kann (§ 39 SGB V). Ohne entsprechende Überweisung ist eine Behandlung nur im Rahmen von Notfall- sowie Privatbehandlungen zulässig. Unter diesen Voraussetzungen können **Versicherte das Krankenhaus frei wählen**⁶⁴, innerhalb des Krankenhauses besteht hingegen - im Unterschied zur ambulanten Versorgung - keine freie Arztwahl.

Ein kontroverses Thema der Diskussionen zur stationären Versorgung ist dessen (einschränkte) systematische Steuerbarkeit. Diese wird durch gesetzliche Regelungen begrenzt, da die Krankenhausplanungsbehörden die grundgesetzlich geschützten Rechtspositionen der Krankenhausträger berücksichtigen müssen. Krankenhäuser sind grundsätzlich selbstständig wirtschaftende Unternehmen (§ 1 KHG), sodass sie nur unter sehr spezifischen Bedingungen durch Dritte an der Ausübung ihrer Unternehmenstätigkeit gehindert werden können (vgl. detaillierter im Abschnitt 3.2.1.). Diese prägenden Charakteristika sind bedeutsam für die aktuelle Ausrichtung der stationären Versorgung in Deutschland und als Hintergrund bei angestrebten strukturellen Änderungen zu berücksichtigen.

3.1.2. Stationäre Versorgung im internationalen Vergleich

Im internationalen Vergleich befindet sich der stationäre Sektor in Deutschland wie oben bereits skizziert auf einem sehr hohen Ausstattungsniveau.

Die Bettendichte lag 2017 in Deutschland mit 6,0 Betten pro 1 000 Einwohnerinnen und Einwohner (unter Hinzuziehung der Reha-Kapazitäten bei 8,0 Betten) deutlich über dem OECD36-Durchschnitt von 4,7 Betten pro 1 000 Einwohnerinnen und Einwohner (OECD,

⁶² Im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatischen Medizin erfolgt die Abrechnung über tagesgleiche Pflegesätze.

⁶³ Die duale Krankenhausfinanzierung beinhaltet zahlreiche problematische Effekte, weshalb der Sachverständigenrat in seinem Gutachten empfiehlt, perspektivisch einen Übergang zu einer monistischen Finanzierung zu erwägen.

⁶⁴ Die freie Wahl des Krankenhauses ist für GKV-Versicherte allerdings beschränkt auf Plan-Krankenhäuser (§ 108 SGB V) und Krankenhäuser mit Versorgungsvertrag (§ 109 SGB V).

2019b).⁶⁵ Auch bezogen auf die Krankenhausdichte nimmt Deutschland mit 37,3 Krankenhäusern je Million Einwohnerinnen und Einwohner einen oberen Rang ein (OECD, 2020b).⁶⁶ Bei Betrachtung der Personalausstattung in Krankenhäusern (vgl. Abb. 12 und Abb. 13) ist Deutschland jedoch im OECD-Vergleich mit 2,4 Ärztinnen und Ärzten sowie 5,6 Pflegekräften (Vollbeschäftigtenäquivalente) je 1 000 Einwohnerinnen und Einwohner nur durchschnittlich versorgt (OECD 2020b).⁶⁷

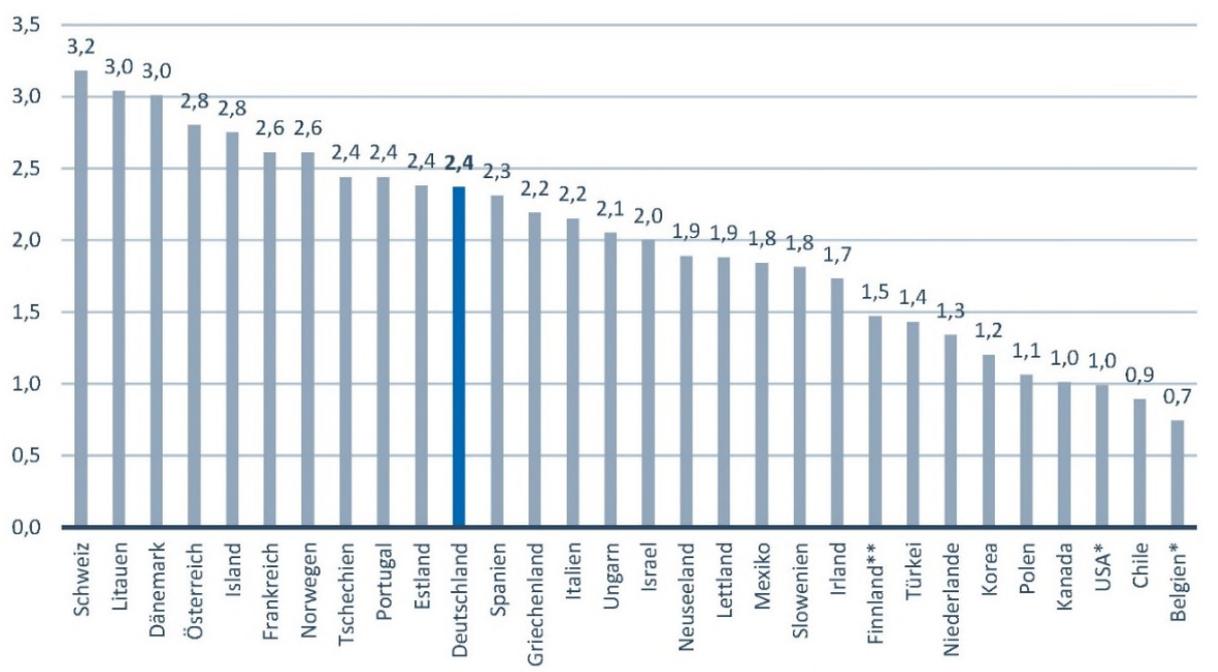


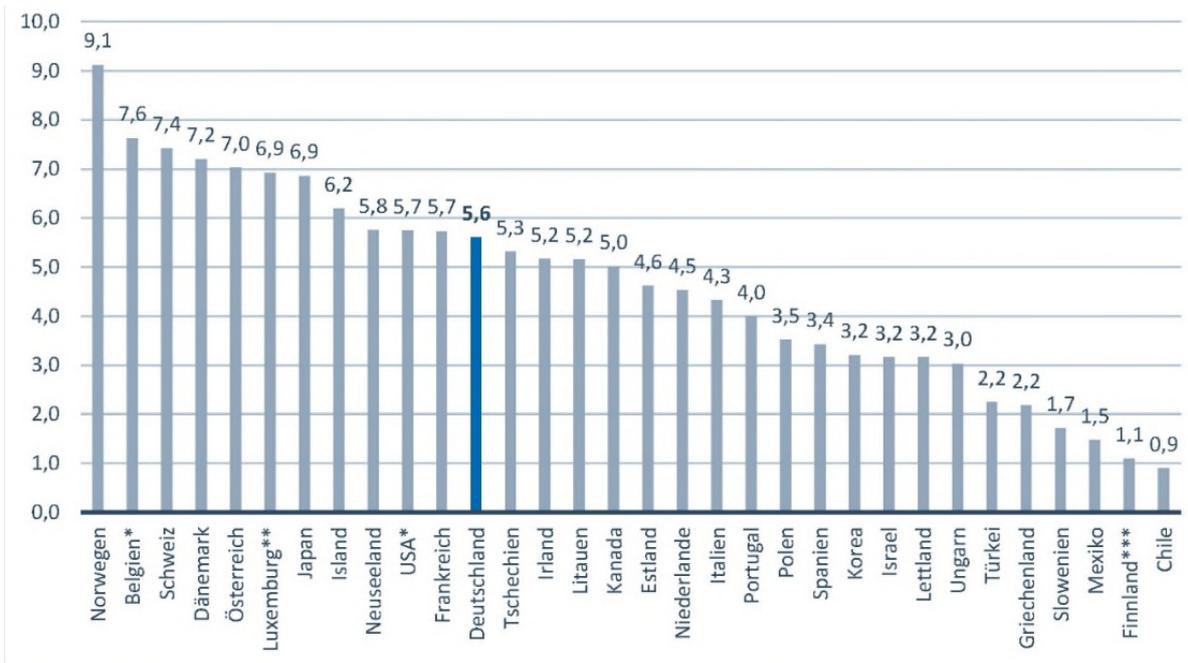
Abb. 12: Krankenhausärztdichte in ausgewählten OECD-Staaten; 2017⁶⁸; Basis: OECD-Daten; Quelle: Kochskämper (2020, S. 12)

⁶⁵ Über eine höhere Bettenzahl pro 1 000 Einwohner verfügten in diesem Jahr nach OECD-Daten nur Japan, Korea und die Russische Föderation. In Japan und Korea gehen die hohen Zahlen allerdings darauf zurück, dass es dort zu einer hohen Zahl sogenannter „social admissions“ kommt, d. h. viele Betten für Langzeit-Pflege älterer Patientinnen und Patienten genutzt werden (OECD, 2017). In Russland liegt eine Ursache u. a. in schlechten Transportmöglichkeiten in ländlichen Regionen (Tompson, 2007).

⁶⁶ 2017 nahm Deutschland Rang 6 hinter Korea, Japan, Australien, Frankreich und Finnland ein.

⁶⁷ Bei diesem Vergleich ist zu berücksichtigen, dass sich Ausbildungen, Tätigkeitsprofile und -kategorien zwischen den Staaten unterscheiden, sodass keine vollständige Vergleichbarkeit gegeben ist. Darüber hinaus liegen nicht zu allen Mitgliedstaaten Daten vor bzw. teilweise nur aus unterschiedlichen Jahren. Dennoch gibt dieser Vergleich zumindest Anhaltspunkte dafür, dass Krankenhäuser in einigen anderen Ländern personell umfangreicher ausgestattet sind als Deutschland.

⁶⁸ In Krankenhäusern beschäftigte Ärzte je 1 000 Einwohnern; * Wert für 2016; ** Wert für 2015; *** Wert für 2014; Belgien, Kanada, Finnland, Niederlande, Spanien: von der OECD geschätzte Werte



*Wert für 2016; **Wert für 2015; ***Wert für 2014; Belgien, Finnland, Niederlande, Spanien: von der OECD geschätzte Werte.

Abb. 13: Pflegefachpersonaldichte in ausgewählten OECD-Staaten 2017⁶⁹; Basis: OECD-Daten; Quelle: Kochskämper (2020, S. 13)

Aufgrund der in Deutschland zudem sehr hohen stationären Fallzahlen rangiert Deutschland gemessen in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) pro 1 000 stationär behandelten Patientinnen und Patienten mit 47 VZÄ pro 1 000 Fällen an zweitletzter Position (zwischen Kanada (154) und der Slowakei (38) (vgl. Zander et al., 2017).

Im Kontext der COVID-19-Pandemie rückte insbesondere die Versorgungsdichte mit Intensivbetten in Krankenhäusern ins Zentrum der internationalen Vergleiche. Dabei ist zu konstatieren, dass Deutschland über eine sehr hohe Versorgungsdichte mit Intensivbetten verfügt. Einer OECD-Analyse auf Basis verschiedener Erhebungen in zehn ihrer Mitgliedstaaten aus den Jahren 2013 bis 2020 zufolge standen in Deutschland bereits vor Beginn der Pandemie 33,9 Intensivbetten je 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner zur Verfügung, während z. B. besonders stark von der COVID-19-Pandemie betroffene Staaten wie Spanien und Italien deutlich niedrigere Quoten aufwiesen (Spanien 9,7, Italien 8,6 Intensivbetten je 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner) (Destatis, 2020g).⁷⁰

Bezogen auf die GKV-Gesamtausgaben für die stationäre Versorgung belegte Deutschland im internationalen Vergleich im Jahr 2018 zusammen mit Frankreich und Österreich Rang 1 mit einem Anteil von 2,9 % am Bruttoinlandsprodukt (OECD, 2020d). Trotz der Höhe der getätigten Ausgaben und des im internationalen Vergleich sehr hohen Versorgungsniveaus bleibt festzustellen, dass in anderen Ländern die Relation von Inputs und Outcomes teilweise günstiger ausfällt (vgl. detaillierter im Abschnitt 3.2.1.).

⁶⁹ in Krankenhäusern beschäftigtes Pflegefachpersonal je 1 000 Einwohnern; * Wert für 2016; ** Wert für 2015; *** Wert für 2014; Belgien, Finnland, Niederlande, Spanien: von der OECD geschätzte Werte

⁷⁰ In allen Ländern wurden im Verlauf der Pandemie Maßnahmen ergriffen, um die Kapazitäten zu erhöhen. Eine abschließende Analyse im internationalen Vergleich bleibt abzuwarten.

3.1.3. Status Quo der stationären Versorgung in Niedersachsen

Niedersachsen bringt für die Sicherung der stationären Versorgung besondere Ausgangsbedingungen mit: Es ist das zweitgrößte Flächenland der Bundesrepublik und umfasst 37 Landkreise (einschließlich der Region Hannover) sowie 8 kreisfreie Städte. Mit 7,99 Mio. Einwohnerinnen und Einwohnern ist Niedersachsen eines der bevölkerungsreichsten Bundesländer, weist aber im Vergleich z. B. zu Nordrhein-Westfalen eine relativ niedrige Bevölkerungsdichte (167 Einwohner/km²) auf. Insbesondere für die Sicherstellung einer flächendeckenden und gleichzeitig qualitativ hochwertigen stationären Versorgung für alle Bürgerinnen und Bürger stellt dies eine bundeslandspezifische Herausforderung dar.

Dennoch besteht aktuell eine gute Erreichbarkeit: 171 Krankenhäuser mit insgesamt 40 194 Betten sind in der Regel innerhalb von 30 Minuten zu erreichen (MS, 2020b; NKG, 2019). Aufgrund der besonderen örtlichen Gegebenheiten sind diese Fahrzeiten nur für einzelne Regionen wie für einige ostfriesische Inseln oder den Oberharz nicht zu gewährleisten. Für Borkum gelten aus diesem Grund Sonderregelungen (MS, 2019d). Die geringe Bevölkerungsdichte sowie historische Entwicklungen haben dazu beigetragen, dass in Niedersachsen eine vergleichsweise hohe Zahl kleiner Krankenhäuser existiert (vgl. Abb. 14). Aktuell verfügen 47 Krankenhäuser über weniger als 100 Betten (MS, 2020b). Die zwei Universitätskliniken in Göttingen (UMG) sowie Hannover (MHH) nehmen insbesondere für die Versorgung Schwerstkranker und beim Auftreten seltener Erkrankungen sowie in der medizinischen Forschung, Lehre und Ausbildung eine wesentliche Funktion wahr.⁷¹ Die European Medical School Oldenburg-Groningen (EMS) bietet mit dem Modellstudiengang Humanmedizin erstmals in Deutschland eine grenzüberschreitende Mediziner Ausbildung an.⁷²

⁷¹ Die vertiefte Betrachtung der Spezifika der Hochschulmedizin und ihrer Herausforderungen war nicht Gegenstand der Beratungen der Kommission. Eine Stellungnahme der drei Medizinischen Fakultäten des Landes Niedersachsen findet sich im Anhang dieses Abschlussberichts.

⁷² In Göttingen werden derzeit 338 Vollstudienplätze und 34 Teilstudienplätze (Regelstudiengang) angeboten, in Hannover 320 Vollstudienplätze (im Modellstudiengang) und in Oldenburg: 80 Vollstudienplätze (Modellstudiengang).

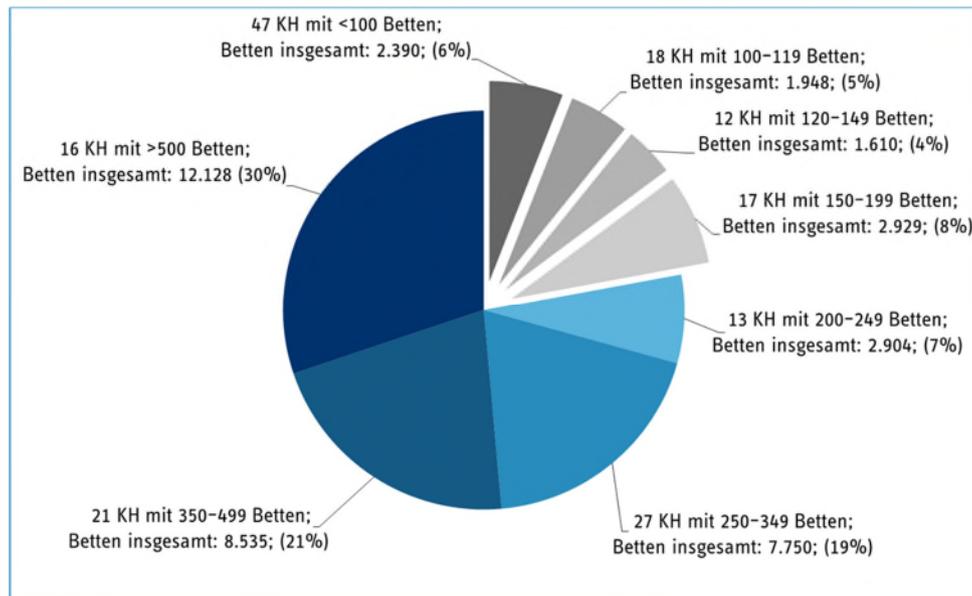


Abb. 14: Krankenhausbetten in Niedersachsen nach Größenklassen der Häuser 2020; Basis: MS (2020b); Quelle: vdek (2020b, S. 20)

Die Bettendichte lag in Niedersachsen 2017 bei 5,26 Betten pro 1 000 Einwohnerinnen und Einwohner. Dies ist im Bundesvergleich zwar der nach Baden-Württemberg zweitniedrigste Wert⁷³, liegt aber über dem OECD-Durchschnitt (Destatis, 2020a). Gewährleistet wurde die qualitativ hochwertige und moderne Behandlungsqualität 2017 durch mehr als 100 000 Fachkräfte.⁷⁴ Beim sogenannten Landesbasisfallwert⁷⁵ liegt Niedersachsen mit 3 652, 68 Euro (2020) 0,73 % unter dem Bundesbasisfallwert.⁷⁶ Niedersachsen und fünf weitere Bundesländer unterscheiden sich der Höhe nach nur sehr geringfügig (um 0,22 bis 0,68 Euro). Auch die bereinigten Kosten der Krankenhäuser je Behandlungsfall liegen in Niedersachsen mit 4 549 € um 3,11 % unter dem Bundesdurchschnitt von 4 695 Euro je Behandlungsfall (Destatis, 2018b). Zwar liegt die Quote stationärer Fälle in Niedersachsen mit 21,4 je 100 Einwohnerinnen und Einwohner im Bundesvergleich relativ niedrig, aber dennoch im Spitzenbereich aller OECD-Länder (OECD, 2020e). Im zeitlichen Trend zeigt sich, dass seit 2007 die Anzahl der Krankenhäuser in Niedersachsen von 195 auf 171 um 12,3 % gesunken ist und die Bettenzahl um 3,8 % (von 41 777 auf 40 194) abgenommen hat (MS, 2020b). Die Verweildauer ist von 2007 bis 2017 um 14,5 % von 8,3 auf 7,1 Tage gefallen, während die Fallzahl gegenläufig um 13,4 % gestiegen ist (MS, 2019d).

Der überwiegende Teil der Krankenhäuser in Niedersachsen befindet sich derzeit in freigemeinnütziger (36,8 %) und privater Trägerschaft (36,3 %), 26,9 % der 171 Krankenhäuser werden von öffentlich-rechtlichen Trägern geführt (MS, 2020b). Bezogen auf die Krankenhausbetten liegt der größte Anteil mit 42,9 % in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft, 34,4 % der Bet-

⁷³ Zu berücksichtigen ist dabei, dass ein erheblicher Versorgungsanteil durch angrenzende Bundesländer, vor allem durch Bremen, aber auch durch Hamburg, geleistet wird.

⁷⁴ Dabei handelte es sich um 37 816 Pflegekräfte, 15 906 Ärztinnen und Ärzte sowie 47 102 weitere nichtärztliche Beschäftigte, darunter 17 696 im medizinisch-technischen Dienst und 6 896 im Verwaltungsdienst (LSN, 2017).

⁷⁵ Der Basisfallwert beziffert die Erlöse für identische Krankenhausleistungen.

⁷⁶ <https://www.vdek.com/vertragspartner/Krankenhaeuser/landesbasisfallwerte.html>

ten befinden sich in freigemeinnütziger und 22,8 % in privater Trägerschaft. Auch in Niedersachsen hat sich der deutliche Trend zur Privatisierung bis 2010/11 seitdem auf relativ gleichbleibendem Niveau stabilisiert (vgl. Abb. 15).

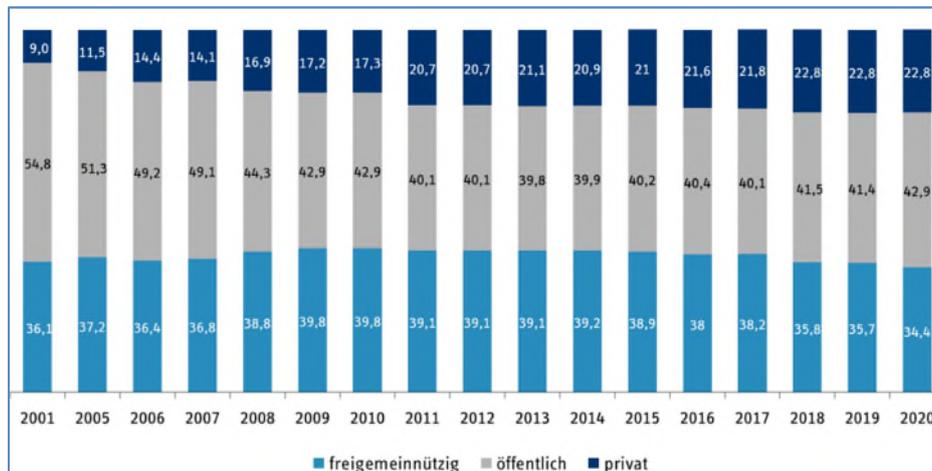


Abb. 15: Krankenhausbetten in Niedersachsen nach Trägerschaft in Prozent 2001-2020; Basis: MS (2020b); Quelle: vdek (2021)

Die Zuständigkeit für die Krankenhausplanung liegt in Niedersachsen beim Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung. Als Krankenhausplanungsbehörde ist das Ministerium dafür zuständig, den Krankenhausplan unter Beteiligung des Krankenhausplanungsausschusses aufzustellen bzw. fortzuschreiben.

Mitglieder des Krankenhausplanungsausschusses sind in Niedersachsen Vertreterinnen und Vertreter

- der Kommunalen Spitzenverbände,
- der Verbände der gesetzlichen Krankenkassen,
- aus dem Landesausschuss des Verbandes der privaten Krankenversicherung
- der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft.
- Die Ärztekammer Niedersachsen sowie die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen wirken beratend mit.

Zusätzlich besteht entsprechend § 90a SGB V ein gemeinsames Landesgremium, welches Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abgeben kann (vgl. Kapitel Sektorenübergreifende Versorgung). Der Niedersächsische Krankenhausplan wurde im Jahr 1985 entsprechend § 3 Abs. 1. Nds. KHG aufgestellt. Seitdem wurde er nicht grundlegend neu konzipiert, sondern jährlich fortgeschrieben (aktuell 35. Fortschreibung).

Die COVID-19-Pandemie hat die Gesundheitsversorgung auch in Niedersachsen vor neue Herausforderungen gestellt. Für den stationären Bereich zeigte sich (Stand: 09/2020), dass zur Bewältigung zukünftiger Krisen vor allem Maßnahmen in den Bereichen der KH-Planung und KH-Bauplanung, der Entwicklung bzw. Aktualisierung von Krisen- und Pandemieplanung sowie der Regelung von Zuständigkeiten und eine Optimierung von Kommunikationsprozessen erforderlich sind.

3.2. Wesentliche Erkenntnisse im Bereich der stationären medizinischen Versorgung

In den folgenden Abschnitten werden die in der Kommission diskutierten Problemlagen sowie die dazu beschlossenen Handlungsempfehlungen detailliert dargestellt. Die Aussagen konzentrieren sich auf die Themenfelder „Qualität und Strukturen“, „Finanzierung“ sowie „Personal“. Eine Übersicht der Herausforderungen und Empfehlungen ist in Beschluss 3 (vgl. Anhang 1) aufgeführt.

3.2.1. Qualität und Strukturen der Versorgung

Die fachliche und öffentliche Debatte zur Zukunft des stationären Sektors in Deutschland fokussiert sich seit Jahren stark auf die Frage eines erforderlichen Strukturwandels. Herausforderungen liegen aus Sicht der Enquetekommission in Niedersachsen in folgenden Bereichen:

- Es besteht ein optimierbares Input/Outcome-Verhältnis der stationären Versorgung.
- Es ist festzustellen, dass in vielen Krankenhäusern (und Abteilungen) ein Optimierungsbedarf hinsichtlich der Versorgungsqualität und Versorgungsstrukturen besteht.
- Als generelles Problem werden eine unzureichende Koordinierung an der Schnittstelle zwischen ambulantem und stationärem Sektor sowie eine mangelnde Steuerbarkeit der Krankenhausversorgung konstatiert.

Optimierbares Input/Outcome-Verhältnis der stationären Versorgung

Verschiedene Studien zeigen, dass die laufenden Gesundheitsausgaben in Deutschland zwar kontinuierlich steigen, die vermeidbare Sterblichkeit in Bezug auf ausgewählte Diagnosen jedoch in den letzten Jahren nur noch wenig sinkt, während in einigen anderen europäischen Ländern wie z. B. in Dänemark und in den Niederlanden deutlichere Verbesserungen in Bezug auf die Mortalität zu beobachten sind (Bundesministerium für Gesundheit, 2018; Busse, 2019). Es ist zu konstatieren, dass sich in Deutschland trotz hoher Ausgaben für die stationäre Versorgung im internationalen Vergleich nur durchschnittliche Outcomes zeigen.⁷⁷

Insbesondere bei der 30-Tage-Mortalität nach Krankenseinweisung zeigen sich für einige Erkrankungen optimierbare Outcomes. So lag Deutschland 2015 z. B. bei der Todesursache „Akuter Myokardinfarkt“ (alters- und geschlechtsstandardisiert) über dem OECD-Durchschnitt und belegte im OECD-Ranking nur Platz 24 von 34. Für die 30-Tage-Mortalität nach Schlaganfall erzielte Deutschland zwar bessere Werte, lag allerdings mit Rang 9 immer noch hinter Ländern wie z. B. Japan, USA und Dänemark (Busse, 2019). Hierbei zeigen sich deutlich bessere Outcomes bei höheren Fallzahlen im jeweiligen Krankenhaus (Nimptsch & Mansky, 2017).

⁷⁷ Es ist darauf hinzuweisen, dass OECD-Daten für eine internationale Einordnung hilfreich, aber dennoch mit Vorsicht zu interpretieren sind. Nicht immer liegen für alle Länder geeignete Zahlen vor, und es bestehen Unterschiede in der Datenerfassung sowie den demografischen Verteilungen in den Ländern. Altersstandardisierungen sind nicht immer ohne weiteres möglich (vgl. SVR, 2018, S. 314). Es wurde jedoch für die nachfolgenden Ausführungen der Versuch unternommen, möglichst altersstandardisierte Daten zu nutzen und durch mehrfache Belege die grundlegende Position Deutschlands im internationalen Vergleich darzulegen.

In der Literatur werden als Hintergrund für den optimierbaren Outcome der stationären Versorgung in Deutschland verschiedene ineinandergreifende Faktoren beschrieben:

- Von 2008 bis 2018 nahm die Zahl der Krankenhäuser deutschlandweit von 2 083 auf 1 925 um 7,6 % ab.
- Auch die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus ist in Deutschland im Zeitverlauf von 8,1 Tagen im Jahr 2008 auf 7,3 Tage 2017 gesunken, allerdings blieb sie in den vergangenen Jahren nahezu konstant, und Deutschland liegt damit immer noch deutlich hinter z. B. den Niederlanden mit 5,0 Tagen 2017.
- Vor allem aber stiegen gegenläufig im selben Zeitraum die stationären Fallzahlen von einem bereits hohen Ausgangsniveau weiter an (um 10,9 % von 17,5 auf 19,4 Mio.).
- Da das vorhandene pflegerische und medizinische Personal somit auf immer noch zahlreiche Standorte und eine hohe Fallzahl verteilt werden muss, kommt es vielfach zu einer ausgedünnten Personaldecke, die wiederum die Versorgungsqualität beeinträchtigt (Zander et al., 2017).

Die beobachteten Fallzahlsteigerungen führen häufig zu Kritik am DRG-System, wenngleich kausale Zusammenhänge empirisch nicht eindeutig nachweisbar sind und Fallzahlsteigerungen und Verweildauersenkungen auch vor Einführung des DRG-Systems zu beobachten waren (Milstein & Schreyögg, 2020). Prinzipiell können die Fallzahlsteigerungen sowohl auf eine Erhöhung der Nachfrage (z. B. durch die Alterung der Gesellschaft und eine zunehmende Morbidität sowie neue medizinische Behandlungsoptionen) als auch auf Anbietereffekte (z. B. Mengenausweitung durch Krankenhäuser aufgrund der Vergütung je Fall) zurückzuführen sein. In einer aktuellen Übersicht empirischer Untersuchungen kommen Milstein und Schreyögg (2020) jedoch zu dem Schluss, dass Nachfrageänderungen nur einen mäßigen, Veränderungen der Angebotsseite hingegen einen stärkeren Einfluss auf die Fallzahlentwicklung zeigen. Allerdings variierten die Effekte stark zwischen Diagnosegruppen. Zudem sei die Aussagekraft der Daten u. a. dadurch begrenzt, dass aufgrund der flächendeckenden Einführung des DRG-Systems keine Kontrollgruppe existiere und der Zugang zu relevanten Daten für die Forschung derzeit noch eingeschränkt sei. Änderungen von § 303 SGB V im Digitale-Versorgungs-Gesetz sollen zukünftig eine bessere Nutzung von Gesundheitsdaten für Forschungszwecke ermöglichen.

Erfahrungen aus anderen Ländern deuten allerdings darauf hin, dass in Deutschland ein relevanter Anteil stationärer Leistungen ambulant erbracht werden könnte und auf diese Weise der stationäre Behandlungsbedarf reduziert werden könnte (Busse & Berger, 2018; Loos et al., 2019). Ein Vergleich stationärer Behandlungsdaten zwischen Deutschland und Dänemark zeigt z. B., dass stationär behandelte Patientinnen und Patienten mit den Diagnosen Herzinsuffizienz, Hypertonie, Katarakt (Grauer Star), Bronchitis und COPD sowie Diabetes in Dänemark signifikant häufiger ambulant behandelt werden (Busse, 2019). Anhaltspunkte für eine zu vermutende hohe Zahl vermeidbarer Krankenhausfälle in Deutschland sind zum einen die Beobachtung, dass die Fallzahlsteigerungen primär auf Fälle mit geringen Verweildauern zurückzuführen sind (Schreyögg et al., 2014) sowie die relativ geringen durchschnittliche stationären Fallkosten in Deutschland (Albrecht, et al., 2018), die ein Hinweis auf „leichtere“ Fälle sein können.⁷⁸ Busse und Berger (2018) ermittelten in Analysen für 7 ausgewählte Diagnosen eine mögliche jährliche Reduktion stationärer Fallzahlen um ca. 1 Million Aufnahmen, was

⁷⁸ Allerdings ist anzumerken, dass die genauen Wirkungszusammenhänge zwischen Fallzahlen und Verweildauern bislang nicht ausreichend erforscht sind (vgl. Loos et al., 2019; SVR, 2018).

umgerechnet 3 000 Fällen pro Tag bzw. dem Fallaufkommen von ca. 100 Krankenhäusern entspräche. In Analysen des integrierten Versorgungsmodells „Gesundes Kinzigtal“ ergaben Hochrechnungen ebenfalls ein Potenzial bundesweit vermeidbarer stationärer Fälle von 950 000 pro Jahr (Hildebrandt & Schulte, 2017).

In Kombination mit einer starken Ressourcenbindung durch hohe bürokratische Anforderungen sowie Nachholbedarf bei der Digitalisierung tragen die hohen Fallzahlen dazu bei, dass in Deutschland trotz einer relativ hohen Fachkräftezahl je Einwohnerin und Einwohner im internationalen Vergleich ein relativer Fachkräftemangel entsteht: Die hohe Betten- und Standortdichte führt dazu, dass pro Bett bzw. Patientin/Patient letztlich vergleichsweise wenig Personal zur Verfügung steht. Diese Aspekte unterstreichen nach Einschätzung der Enquetekommission, dass eine gute Versorgungsqualität im Rahmen der aktuellen Strukturen nicht gleichmäßig zu gewährleisten ist.

Optimierungsbedarf der Versorgungsqualität und der Versorgungsstrukturen in vielen Krankenhäusern (und Abteilungen)

Über diese generellen Herausforderungen hinaus existieren in Deutschland in einzelnen Bereichen deutliche Qualitätsunterschiede zwischen verschiedenen Krankenhäusern bzw. Abteilungen. So bestehen trotz eines Rechtsanspruchs der Bevölkerung auf gesicherte Qualität (§ 1 II KHG) Qualitätsprobleme bei einigen Indikationen (z. B. Herzinfarkt, Schlaganfall, onkologische Erkrankungen) in dafür nicht geeigneten Krankenhäusern. Hintergrund dieser Qualitätsunterschiede ist z. B. die in kleineren Krankenhäusern häufig schwierige Sicherung einer kontinuierlichen Personalbesetzung sowie einer hochwertigen apparativen Ausstattung. Zum Teil besteht keine ausreichende Größenordnung zur Sicherung des Facharztstands und zur Finanzierung hoher Vorhaltekosten für hochspezialisierte Geräte, Strukturen und medizinisches Personal. Somit ist die notwendige Erfüllung von Mindestmengen bei einzelnen Krankenhausleistungen aufgrund geringer Fallzahlen teilweise problematisch.⁷⁹

Verschiedene Studien belegen insbesondere bei ausgewählten komplexen Eingriffen signifikante Unterschiede in der Krankenhausmortalität in Abhängigkeit von der Häufigkeit der durchgeführten Eingriffe. Solche Unterschiede ließen sich auf Basis von DRG-Daten z. B. für Eingriffe an der Speiseröhre oder der Bauchspeicheldrüse sowie bei Nierentransplantationen und Knie-Totalendoprothesen nachweisen (Krautz et al., 2018; Nimptsch & Mansky, 2017).⁸⁰ Ähnliche Effekte sind für Re-Operationen im Zusammenhang mit einzelnen Krankheitsbildern nachweisbar. Für die Diagnose Brustkrebs weist eine aktuelle Metaanalyse des IQWiG sowohl eine geringere Sterblichkeit als auch niedrigere Re-OP-Raten bei höheren Leistungsmengen nach (IQWiG, 2020). Eine Untersuchung deutscher Krankenhausdaten zeigte bei Entfernungen der Gallenblase, Hüftersatz und Herzschrittmacherimplantation ebenfalls positive Zusammenhänge zwischen Leistungsmenge und Re-OP-Raten (Pross et al., 2017).

Andere Studienergebnisse unterstreichen, dass neben der reinen Zahl von Eingriffen auch Faktoren wie Organisationsstruktur, technische Ausstattung, Facharztverfügbarkeit und Pfl-

⁷⁹ Im Rahmen des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes (GVWG) ist geplant, bevorstehende Mindestmengenregelungen zu verschärfen sowie die Festlegung weiterer Mindestmengen zu beraten (BARMER, 2020).

⁸⁰ Für andere komplexe Eingriffe wie Lebertransplantationen oder Stammzellentransplantationen ließen sich hingegen keine signifikanten positiven Zusammenhänge zwischen Leistungsmenge und Mortalität nachweisen.

gepersonalschlüssel bei bestimmten Erkrankungen über die Mortalitätsraten entscheiden (Aiken et al., 2014; Bauer, 2017; Griffiths et al., 2016, 2019). Dies dokumentiert sich z. B. auch in differierenden Outcomes bei Behandlungen zu verschiedenen Tageszeiten mit unterschiedlicher Personalverfügbarkeit (Maier et al., 2010).

In der öffentlichen Debatte steht häufig die Bedeutung der schnellen Erreichbarkeit eines Krankenhauses als ausschlaggebend für den Behandlungserfolg bei Notfallindikationen im Vordergrund. Der Blick sollte allerdings stärker darauf gerichtet werden, dass auch bei weiteren Wegen zum Krankenhaus Behandlungen in Krankenhäusern mit größeren Behandlungskapazitäten die Überlebenschancen erhöhen können: Denn bei Einlieferung einer Patientin/eines Patienten mit z. B. akutem Herzinfarkt oder Schlaganfall in ein kleines Krankenhaus trifft diese/dieser nicht selten auf eine nicht optimale technische und/oder personelle Ausstattung. Da Fachärztinnen und -ärzte teilweise nur in Rufbereitschaft sind oder aufgrund fehlender technischer Ausstattung eine Verlegung erforderlich ist, verstreicht wertvolle Zeit bis zur adäquaten Behandlung. Die Einlieferung in ein Krankenhaus der Schwerpunkt- oder Maximalversorgung dauert zwar geringfügig länger, dort hingegen ermöglichen die geeignete technische Ausstattung und umfassende fachärztliche Kapazitäten vor Ort eine deutlich schnellere und qualitativ hochwertigere Therapie. Dies ermöglicht eine bessere Behandlungsqualität und niedrigere Mortalitätsraten (Nimptsch & Mansky, 2017).

2017 verfügten in Niedersachsen 39 % aller Plankrankenhäuser nicht über einen Computertomographen, 63 % konnten keine Koronarangiographie anbieten (vgl. Abb. 16) (Destatis, 2018a).

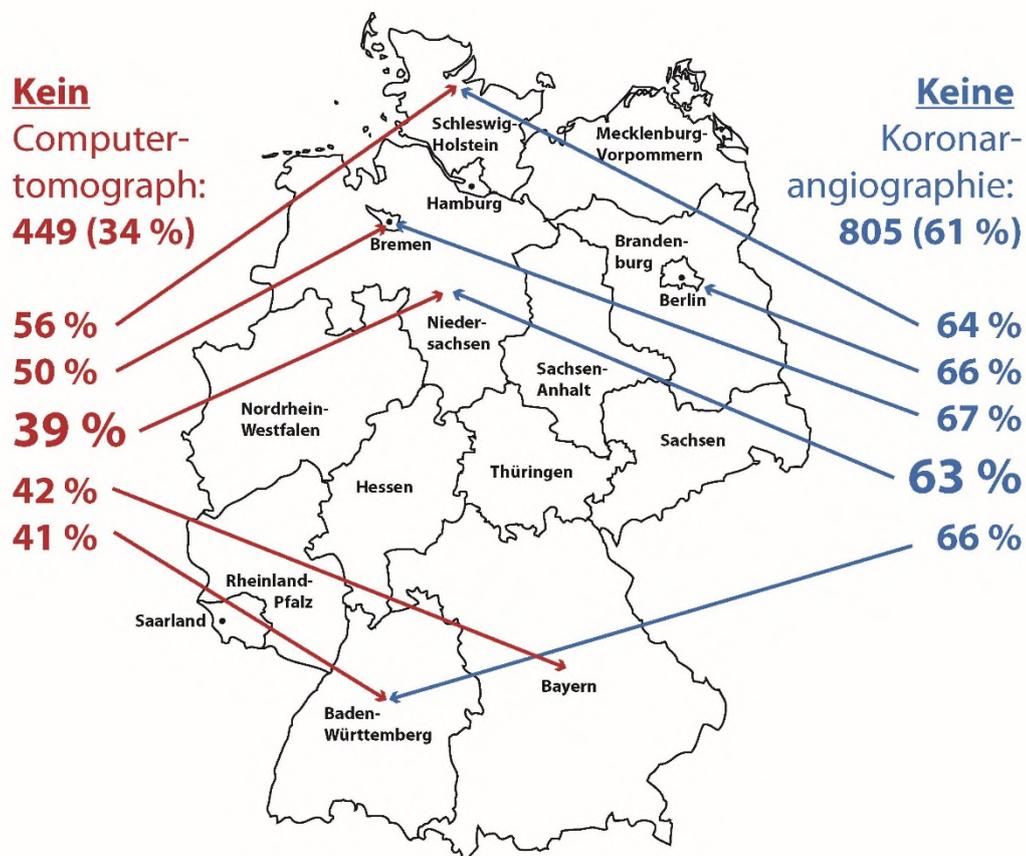


Abb. 16: Verfügbarkeit technischer Ausstattung in Plankrankenhäusern in Prozent 2017; Basis: Daten des Statistischen Bundesamtes; Quelle: nach Busse (2019)

Eine kontrovers diskutierte Studie der Bertelsmann Stiftung kam zu dem Schluss, dass viele deutsche Krankenhäuser zu klein sind und nicht über die nötige Ausstattung verfügen, um Notfälle wie z. B. Herzinfarkte oder Schlaganfälle angemessen zu versorgen (Böcken, 2019; Loos et al., 2019). Im Kontext der COVID-19-Pandemie unterstrichen die Autoren noch einmal, dass es auch und gerade für die Versorgung schwieriger Fälle wichtig sei, über weniger, aber dafür besser ausgestattete und stärker spezialisierte Kliniken zu verfügen, da so gewährleistet werden könne, dass jedes Krankenhaus „mit der erforderlichen Medizintechnik, aber vor allem mit hinreichend verfügbarem, qualifizierten Personal ausgestattet“ sei (Böcken, 2019). Prof. Jonas Schreyögg (Mitglied des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) betont zudem, dass für die Behandlung von COVID-19-Patientinnen und -Patienten sehr spezifische Kenntnisse in Infektiologie sowie für die Beatmung erforderlich seien und diese vor allem bei Universitätskliniken und Maximalversorgern vorhanden seien. Diese wiederum hätten jedoch zu wenige Intensivpflegerinnen und -pfleger, weil das Personal auf zu viele Kliniken verteilt sei. Zudem seien die hohen Vorhaltekosten, die Universitätskliniken und Maximalversorgern durch die Vorhaltung der spezifischen technischen Ausstattung zur Versorgung komplexer Erkrankungen entstehen, im DRG-System bislang nicht ausreichend abgebildet (Schreyögg, 2020).

Auch in Niedersachsen deuten nach Einschätzung der Enquetekommission bisherige Erfahrungen darauf hin, dass während der Pandemie ein großer Teil der stationären COVID-19-Fälle in Krankenhäusern der Schwerpunktversorgung bzw. Maximalversorgung behandelt wurde. Das Konzept „Erweiterung der Krankenhauskapazitäten“ (Schalenmodell) des Landes Niedersachsen sah die entsprechende Konzentration und Zentralisierung in besonders geeigneten größeren Krankenhäusern zur Bündelung von personeller, medizinisch-technischer Ausstattung und Expertenwissen vor (MS & MI, 2020).⁸¹

Insgesamt kommt die Enquetekommission zu der Einschätzung, dass zumindest bei bestimmten Krankheitsbildern nachweislich eine höhere Qualität in Krankenhäusern mit größeren Fachabteilungen erreicht wird.

Unzureichende Koordinierung der einzelnen Akteure beeinträchtigt die Versorgungsergebnisse

Verstärkt werden diese strukturellen Herausforderungen durch eine verbesserungswürdige Koordinierung der einzelnen Akteure, wobei oftmals eine unzureichende Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen den Sektoren besteht (z. B. zwischen Pflegediensten und Pflegeeinrichtungen, Reha sowie Vertragsärztinnen/-ärzten). Teilweise existieren doppelte Angebotskapazitäten (z. B. Parallelstrukturen, Fehlverteilung) (vgl. hierzu detaillierter im Kapitel Sektorenübergreifende Versorgung).

⁸¹ Erste Analysen des WIdO, die allerdings bislang nur auf Daten des ersten Halbjahrs 2020 fußen und lediglich AOK-Versicherte umfassen, zeigen bei der Behandlung von Covid-19-Patientinnen und Patienten einerseits Zentrierungen auf größere und beatmungserfahrene Krankenhäuser, andererseits konstatieren die Autoren Verbesserungspotenzial im Hinblick auf die Versorgungssteuerung, da knapp ein Viertel der beatmeten COVID-19-Fälle in Krankenhäusern behandelt wurde, die über geringe Beatmungserfahrung verfügen (Hentschker et al., 2021). Für eine fundierte Gesamteinschätzung bleiben jedoch weitere Analysen abzuwarten.

Diese mangelnde Koordinierung trägt auch zu einer unkoordinierten Inanspruchnahme der Notfallversorgung bei, deren Ursachen vielfältig sind, aber u. a. auf eine von den Patientinnen und Patienten als defizitär empfundene ambulante Versorgung zurückzuführen sind (Geissler et al., 2017). Auf diese Weise kommt es zu einem ungesteuerten Zugang der Bevölkerung zur Krankenhausversorgung.⁸² Von den in der Notaufnahme eingehenden Fällen werden in Deutschland ca. 50 % stationär aufgenommen, während diese Rate in anderen Ländern mit 22-33 % deutlich niedriger liegt. Der Anteil von Patientinnen und Patienten, welche die Notaufnahme aufsuchen, ist zudem in den letzten Jahren deutlich gestiegen (Busse, 2019; vgl. weiterführend im Kapitel Notfallversorgung).

Mangelnde Steuerbarkeit der Krankenhausversorgung

Die vorausgehenden Betrachtungen haben verdeutlicht, dass die Qualität der stationären Versorgung durch eine gezielte Steuerung, Aufgabenteilung und Bündelung von Kapazitäten zukünftig noch besser gesichert und optimiert werden könnte. Die Anpassungsmöglichkeiten stationärer Strukturen werden in Deutschland jedoch durch gesetzliche Rahmenbedingungen begrenzt. Eine grundlegende Herausforderung für strukturelle Reformen des stationären Sektors in Deutschland liegt in dessen mangelnder Steuerbarkeit: Die Planungsbehörden haben die Verantwortung, durch den Krankenhausplan die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser zu gewährleisten, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen (§ 1 KHG).

Bei zugelassenen Krankenhäusern haben die Planungsbehörden jedoch kein bzw. kein ausreichendes Instrument, um bei Mängeln in der Leistungsfähigkeit, Wirtschaftlichkeit sowie Qualität oder bei Nicht-Erfüllung des Versorgungsauftrags einzugreifen, da mangelnde Rechtsgrundlagen für die Etablierung und Umsetzung neuer Planungsprinzipien/-verfahren bestehen. Insbesondere sind hier die grundgesetzlich verankerten Rechte der Träger in Bezug auf Berufsfreiheit (Artikel 12 Abs. 1 GG), Eigentumsrechte (Artikel 14 GG) und Trägervielfalt (§ 1 KHG) (LRH, 2019) zu beachten.

Zudem können die Planungsbehörden aufgrund fehlender gesetzlicher Grundlagen keine Entscheidungsvorbehalte bei Trägerwechsel geltend machen (insbesondere Prüfung der Bedarfsnotwendigkeit). Darüber hinaus kommt es häufig zu Einflussnahmen der Bürgerinnen und Bürger auf die Politik und Krankenhausplanung, wenn bei möglichen Schließungen eines Krankenhauses die Perspektive einer langfristigen strategischen landesweiten Versorgungsplanung auf entgegenstehende Wünsche und Bedürfnisse der Menschen vor Ort nach dem Erhalt einer wohnortnahen stationären Versorgung rund um die Uhr trifft. Nach Einschätzung der Enquetekommission erfolgt die Krankenhausplanung in Niedersachsen zudem derzeit nicht auf Grundlage funktional angemessener Kriterien. Die reine Fortschreibung des Krankenhausplanes (derzeit 35. Fassung) bildet aktuelle Rahmenbedingungen nicht mehr ab.

Der zurzeit gültigen niedersächsischen Krankenhausplanung liegen folgende vier Kernelemente zugrunde:

⁸² Eine weitere Ursache liegt darin, dass viele Patientinnen und Patienten nicht zwischen den Zuständigkeiten von Notaufnahmen und Bereitschaftsdienstpraxen differenzieren können und die Dringlichkeit einer Behandlung von Patientinnen und Patienten subjektiv häufig anders eingeschätzt wird als von Fachkräften (vgl. Seeger, 2019).

- Bettenprognose nach Fachrichtungen auf Landesebene
- jährliche Fortschreibung entsprechend der Belegung im Verlauf der letzten drei Jahre
- eine daraus resultierende IST-Liste geförderter Krankenhäuser sowie
- Ausweisung von mit Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten gemäß § 2 Nr. 1 a KHG (vgl. MS, 2019d).

Im Unterschied zu einigen anderen Bundesländern (z. B. Bayern, Brandenburg, Schleswig-Holstein) erfolgt in Niedersachsen bislang keine Differenzierung nach Versorgungsstufen. Die Vor- und Nachteile unterschiedlicher Formen der Krankenhausplanung sind in den vergangenen Jahren verstärkt analysiert und fachlich diskutiert worden (vgl. IGES, 2018; SVR, 2018). Der Sachverständigenrat kam zu der Einschätzung, dass die „Diskrepanz der Bettendichten wie auch die gegenläufige Entwicklung von Fallzahlen und Bettenanzahl [...] Anlass zu der Vermutung [gibt], dass die derzeitige Krankenhausplanung den Bedarf nicht korrekt abbildet. Es ist fraglich, ob die Bettenanzahl für eine optimale Krankenhausplanung, insbesondere vor dem Hintergrund einer leistungsorientierten Vergütung, die relevante Zielgröße ist.“ (SVR, 2018, S. 167). Während jedoch das Betten-/Fachplanungsprinzip aufgrund geringer Granularität wenig Kontroll- und Steuerungsmöglichkeiten ermöglicht, ist es administrativ einfach zu handhaben und juristisch abgesichert (vgl. detaillierter hierzu z. B. PD - Berater der öffentlichen Hand GmbH, 2019).

In den Anhörungen der Enquetekommission verdeutlichte das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung rechtliche Bedenken gegenüber einer generellen Abkehr vom Betten-/Fachplanungsprinzip, da eine Auswahlentscheidung dann mangels Ausweisung fachabteilungsspezifischer Planbetten im Krankenhausplan rechtlich nicht möglich sei.⁸³ Insgesamt kommt die Enquetekommission zu der Einschätzung, dass eine gezielte Krankenhausplanung und damit eine stärkere Bündelung von Leistungen wesentlich für eine zukunftsfähige Gestaltung der Krankenhauslandschaft in Deutschland und Niedersachsen ist und eine Kernvoraussetzung für die Sicherung stationärer Versorgungsqualität auf höchstem Niveau darstellt. In der konkreten Umsetzung sind jedoch herausfordernde (gesetzliche) Rahmenbedingungen zu berücksichtigen.

Handlungsempfehlungen

Vor dem Hintergrund dieser von der Enquetekommission erörterten Problemlagen hat die Kommission für die Sicherung der Qualität und Strukturen in der stationären Versorgung umfangreiche Empfehlungen formuliert. Die Handlungsempfehlungen sind für das gesamte Kapitel fortlaufend nummeriert (vgl. Anhang 1, Beschluss 3).

Als zentrale Empfehlungen sind folgende Aspekte hervorzuheben:

- Voraussetzung für die Sicherung einer qualitativ hochwertigen, bedarfsgerechten und flächendeckenden Versorgung ist eine gezieltere Krankenhausplanung, die prospektiv bedarfsorientiert agiert.

⁸³ vgl. Urteil des OVG Sachsen vom 21. Juni 2018, Az. 5 A 684/17.

- Als wichtige Grundlage für die Krankenhausplanung empfiehlt die Kommission die Einführung einer gestuften Versorgungsstruktur in Niedersachsen. Eine Arbeitsgruppe der Enquetekommission hat hierzu ein differenziertes Konzept entwickelt (vgl. Anhang).
- Ziel ist die Konzentration von speziellen Versorgungsleistungen bei gleichzeitiger Gewährleistung einer flächendeckenden Grundversorgung.
- Um auch zukünftig eine flächendeckende Grundversorgung zu gewährleisten, sollen z. B. Krankenhausstandorte, die nicht (mehr) dauerhaft betrieben werden können oder müssen, durch die Umwandlung in andere Versorgungsmodelle wie regionale Gesundheitszentren neue Perspektiven geboten werden.

Die detaillierten Empfehlungen der Enquetekommission im votierten Wortlaut umfassen folgende Aspekte:

1. Sicherung einer qualitativ hochwertigen, bedarfsgerechten und flächendeckenden Versorgung durch gezielte Krankenhausplanung

- a) Grundsätzlich notwendige Unterscheidung zwischen regionaler Versorgung und Ballungszentren
- b) Konzentration von speziellen Versorgungsleistungen bei gleichzeitiger Gewährleistung einer flächendeckenden Grundversorgung
 - Weitere Konzentration und Stärkung größerer leistungsfähiger Einheiten auf Grundlage überarbeiteter Versorgungsregionen
 - Um Versorgungsqualität zu steigern und Fachkräftemangel zu reduzieren, sollen Kooperationen und Fusionen im Rahmen der Krankenhausplanung verstärkt werden
 - Konzentration von fachärztlicher Versorgung an Kliniken, um verfügbare Fachärztinnen und -ärzte effizient einzusetzen
- c) Krankenhaus- und Rettungsdienstangelegenheiten vom Bürgerbegehren nach § 32 NKomVG ausschließen
- d) Perspektiven bieten: mögliche Umwandlung von gefährdeten Krankenhäusern in andere Gesundheitseinrichtungen (z. B. Kurzzeitpflege- oder Langzeitpflegeeinrichtungen bzw. neue Versorgungsmodelle insbesondere in ländlichen Regionen)
- e) Nutzung von Ambulantisierungspotenzialen, vgl. z. B. MDK-Reformgesetz bzw. bevorstehende Überarbeitung des Kataloges ambulant durchzuführender Operationen
 - Reduzierung stationärer Fälle und Nutzung evtl. Einsparungen der GKV als Anreiz zu mehr ambulant durchzuführenden Eingriffen

2. Schaffung gesetzlicher Möglichkeiten zur Herausnahme eines Krankenhauses oder einzelner Abteilungen aus dem Landeskrankenhausplan, nach vorbereitender Empfehlung durch den Planungsausschuss

- a) bei Betreiberwechsel
- b) bei Eigentümerwechsel
- c) bei gehäufter Nichterfüllung des Versorgungsauftrages

- d) bei Vorlage gravierender Qualitätsmängel
- e) bei Mängeln in der Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser oder einzelner Abteilungen

3. Neustrukturierung der Krankenhaus-Planung

- a) Ziele der Krankenhausplanung:
 - besser ausgestattete, leistungsfähigere und dadurch ggf. größere Krankenhäuser
 - Schaffung eines verlässlichen und gleichen Versorgungsniveaus in Fläche und Zentren
- b) Einführung einer Krankenhauszielplanung im Sinne einer prospektiven Bedarfsermittlung einschließlich Auswirkungsanalysen statt retrospektiv rechnerischer Umsetzung der Inanspruchnahme
- c) Fortführung der vorhandenen Krankenhaus-Planungskriterien:
 - Leistungsfähigkeit
 - Erreichbarkeit (GBA-Vorgabe)
 - Trägervielfalt
 - gesicherte Qualität
 - Wahlmöglichkeiten der Versicherten
 - Demografische Entwicklung/Bevölkerungsprognose
 - Berücksichtigung der tatsächlichen Auslastung
- d) Erweiterung um neue, vorausschauende Krankenhaus-Planungskriterien:
 - Ergänzung der rein bettenorientierten Bedarfsfortschreibung um eine Bedarfsprognose
 - Planungsrelevante Qualitätsindikatoren: GBA, med. Fachgesellschaften
 - Medizintechnische Entwicklung
 - Mengenvorgaben/Festlegungen (GBA)
 - Fallzahlentwicklung, Inzidenzen
 - Verweildauerentwicklung
 - Berücksichtigung länderübergreifender Patientenströme
 - Ambulantes/sektorenübergreifendes Potenzial
- e) Aufbau einer länderübergreifenden Krankenhaus-Planung, vor allem mit Bremen und Hamburg sowie insbesondere für hochspezialisierte Versorgungsbereiche
- f) Berücksichtigung universitärer Maximalversorger bei der Krankenhausplanung
- g) Möglichkeit der Hinzuziehung externer Gutachter schaffen

4. Berücksichtigung der Herausforderungen pandemischer Lagen im Rahmen der Krankenhausplanung und Krankenhaus-Bauplanung

- a) Planung niedrigschwelliger ergänzender Strukturen, um in Krisenfällen schnell Kapazitäten bereitstellen zu können (z. B. Nutzung oder Umnutzung von Reha-Kliniken, stillgelegten Krankenhäusern oder Reserve-Krankenhäusern)

- b) Entwicklung eines flächendeckenden, gestuften Versorgungsnotfallkonzepts, um medizinische Kompetenz, apparative Ausstattung und organisatorische Einheiten zu konzentrieren und die stationäre Versorgung im Pandemiefall zu sichern (vgl. praktiziertes Schalenmodell)
- c) Gewährleistung von Isolationsmöglichkeiten (insbesondere im Intensivbereich) sowie von Möglichkeiten der strikten Trennung von infektiösen Notfallpatienten beim Neubau und Umbau von Krankenhäusern
- d) Optimierung der Krankenhausplanung hinsichtlich der Patientensteuerung, um Krankenhausbetrieb/ZNA auch im Pandemiefall aufrechtzuerhalten und planbare Operationen zu ermöglichen
- e) Optimierung der Krankenhausplanung und der Krankenhaus-Bauplanung hinsichtlich Hygienekonzepten und Hygienestandards unter Einbeziehung erfolgreicher Konzepte aus anderen Ländern (z. B. Niederlande) sowie Expertengruppen (z. B. Krankenhaushygienikern, Infektiologen, Vertretern der Krankenpflege und Fachleuten für Krankenhausbau)
- f) Schaffung bzw. Reaktivierung ausreichender Laborkapazitäten

5. Berücksichtigung der Herausforderungen pandemischer Lagen im Rahmen der Entwicklung bzw. Aktualisierung von Krisen-/Pandemie-Plänen

- a) Entwicklung von Konzepten zur kurzfristigen Schaffung von Isolationsmöglichkeiten (insbesondere im Intensivbereich) bei bestehenden Krankenhäusern sowie zur kurzfristigen Erhöhung des Anteils an Intensivkapazitäten
- b) Erarbeitung von Notfallkonzepten zum gestuften Hochfahren stationärer Reserveeinrichtungen
- c) Entwicklung von Konzepten zur strikten Trennung von infektiösen Notfallpatienten bei bestehenden Krankenhäusern sowie zur Trennung von Personal- bzw. Patientinnen/Patienten-Gruppen
- d) Entwicklung klarer Regelungen für die Übergänge von Patientinnen und Patienten zu Reha- und Altenpflegeeinrichtungen sowie Hospizen, um Aufnahme auch im Pandemiefall zu gewährleisten
- e) Entwicklung klarer Regelungen zur Beschaffung und Bevorratung von Persönlicher Schutzausrüstung (PSA), Medikamenten und weiteren krisenrelevanten Materialien für den stationären Sektor zentral durch eine staatliche Stelle
- f) Entwicklung klarer Regelungen von Zuständigkeiten sowie Kommunikations- und Organisationsabläufen zwischen allen beteiligten Akteuren, insbesondere auch bei der Verantwortung für Testungen (sowohl auf Landes- als auch auf regionaler Ebene)
- g) Entwicklung eines verbindlichen Planes von Katastrophenschutz- und Pandemieschutzübungen in der medizinischen Versorgung
- h) Entwicklung von Strategien zum Umgang mit Publikums- und Besuchsverkehr in Krankenhäusern im Pandemiefall
- i) Stärkere Einbindung des Landesgesundheitsamts und des Gesundheitsministeriums als Ansprechpartner für das Gesundheitswesen vor Ort in pandemischen Lagen bzw. Krisenfällen (Information, Erreichbarkeit und Beratung, Bildung und Unterstützung von Infektionsteams vor Ort)

6. Schaffung kleinräumiger, sinnvoller Versorgungsregionen in Niedersachsen (z. B. 8 statt aktuell 4)

7. Einführung einer neuen gestuften Versorgungsstruktur (vgl. Exkurs: Versorgungsstufen für die Krankenhausplanung in Niedersachsen)

- a) Versorgungsstufe I: Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung und Fachkliniken
- b) Versorgungsstufe II: Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung
- c) Versorgungsstufe III: Krankenhäuser der Maximalversorgung

8. Definition von Mindestvoraussetzungen

- a) Entwicklungen/rechtsverbindliche Regelung von Mindestvoraussetzungen für ein Krankenhaus (z. B. 24/7 Besetzung mit einem Facharzt für entsprechende Fachabteilung)
- b) Mindestvoraussetzungen (fachlich, technisch, personell) für die Behandlung und Pflege von Patienten bestimmter Indikationen (z. B. Schlaganfall, Herzinfarkt, Onkologie)
- c) Definition und Einführung von differenzierten Erreichbarkeitszeiten unter Berücksichtigung der GBA-Vorgaben und landesspezifischer Gegebenheiten in einem Flächenland

9. Abgestimmte Versorgungsplanung von Krankenhäusern und regionalen Gesundheitszentren durch den Krankenhausplanungsausschuss unter Berücksichtigung der ambulanten Bedarfsplanung

10. Stärkung der Qualitätssicherung

- a) Strukturqualität an Krankenhäusern vorgeben und Einhaltung überprüfen
 - Externe Qualitätssicherung einfacher verständlich, sinnhafter und transparenter gestalten
 - Anpassung von Strukturvorgaben des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) für die Medizin
- b) Steigerung der Qualität und Patientensicherheit durch Mindestmengenlösungen

11. Kommunikation und Transparenz

- a) Verständlichkeit und Transparenz der Qualitätsberichte erhöhen
- b) Kommunikation und Dialog nicht allein den Krankenhausträgern überlassen, z. B. durch vom Land moderierte örtliche Strukturgespräche
- c) Herausstellen der Struktur- und Qualitätsverbesserung statt Schließung

3.2.2. Finanzierung

Im Zentrum der fachlichen Diskussionen zur Finanzierung des stationären Sektors in Deutschland stehen insbesondere Fragen der Investitionsfinanzierung.

Herausforderungen liegen aus Sicht der Enquetekommission in Niedersachsen in folgenden Bereichen:

- Es besteht eine unzureichende und zu wenig auf einen Strukturwandel ausgerichtete Investitionsfinanzierung.
- Mittel des Strukturfonds sind überzeichnet und werden bislang nicht (ausreichend) für neue Fördertatbestände wie z. B. Digitalisierung genutzt.
- Querfinanzierung der Investitionsdefizite durch Betriebskostenfinanzierung der Krankenhäuser
- Das Vergütungssystem ist bislang unzureichend auf sektorenübergreifende Versorgungsangebote ausgerichtet.

Unzureichende und zu wenig auf Strukturwandel ausgerichtete Investitionsfinanzierung

Die Krankenhausfinanzierung folgt in Deutschland - wie oben dargestellt - dem Prinzip der dualen Finanzierung. Insbesondere im Kontext der Investitionsfinanzierung⁸⁴, für die die Bundesländer zuständig sind, bestehen in allen Ländern erhebliche Herausforderungen: Im Zeitraum von 1991 bis 2018 sanken die KHG-Fördermittel bundesweit insgesamt um 47 % auf gut 3 Mrd. Euro. Ihr Anteil am Bruttoinlandsprodukt sank von 0,23 % im Jahr 1991 auf 0,09 % im Jahr 2018 (vgl. detaillierter DKG, 2019). Allerdings war von 2017 bis 2018 in einigen Bundesländern ein leichter Anstieg der Fördersummen festzustellen (z. B. in Niedersachsen, Baden-Württemberg, Bayern, Brandenburg). Insgesamt besteht jedoch Einigkeit darüber, dass den Krankenhäusern in Deutschland vor dem Hintergrund aktueller Strukturen und Entwicklungsbedarfe Mittel für bestandserhaltende Investitionsfinanzierungen fehlen.

Die Diskussionen der Enquetekommission ergaben auch für Niedersachsen den einhelligen Befund, dass die Investitionsfinanzierung des stationären Sektors unzureichend und zu wenig auf Strukturwandel ausgerichtet ist. Im Jahr 2018 investierte Niedersachsen je gefördertes Bett 6 169 Euro, was einen erneuten Rückgang gegenüber den Ausgaben in 2016 darstellte.

Insgesamt lag die Krankenhaus-Investitionsquote in Niedersachsen 2019 mit 3,4 % zwar leicht über dem Bundesdurchschnitt, entsprach damit aber dennoch bei weitem nicht der allgemein anerkannt notwendigen Quote von 8 bis 10 %⁸⁵. Die erhebliche Finanzierungslücke führt u. a. dazu, dass die Bausubstanz der Krankenhäuser nicht angemessen erneuert wird.

Da die Finanzierung durch das Land unzureichend ist, kommt es bei vielen Vorhaben zu Eigenfinanzierung von Investitionen durch die Krankenhausträger (vgl. Meyer & Henke, 2020).⁸⁶ Die Betriebskosten der Krankenhäuser sehen keinen Investitionsanteil vor. Die Krankenhäuser gleichen diese Investitionsdefizite teilweise durch Querfinanzierung aus und verursachen

⁸⁴ Unter Investitionskosten versteht das KHG a) die Kosten der Errichtung (Neubau, Umbau, Erweiterungsbau) von Krankenhäusern und der Anschaffung der zum Krankenhaus gehörenden Wirtschaftsgüter, ausgenommen der zum Verbrauch bestimmten Güter (Verbrauchsgüter) und b) die Kosten der Wiederbeschaffung der zum Krankenhaus gehörenden Anlagegüter (§ 2 Abs. 2 KHG).

⁸⁵ Basis der Berechnung sind die Betriebskosten bzw. das Budgetvolumen. Der Kalkulation der Investitionsbedarfe liegt ein vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) entwickelter Katalog der Investitionspauschalen zugrunde, welcher auf Basis ausgewählter Krankenhäuser erstellt wird. Erstmals wurden 2020 auch psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen einbezogen (vgl. InEK 2020).

⁸⁶ Nach Angabe des Niedersächsischen Landkreistages betrug die Summe der von den Kommunen für ihre Häuser verausgabten Zuschüsse für Investitionen, laufende Zwecke oder Darlehen in den vergangenen fünf Jahren mehr als 150 Mio. Euro (Meyer & Henke, 2020).

dadurch Folgeprobleme, wenn es z. B. zu einer Zweckentfremdung von DRG-Erlösen zur Deckung von unabweisbaren Investitionsbedarfen kommt.

Eine zusätzliche Herausforderung liegt aus Sicht der Enquetekommission darin, dass ein ggf. erforderlicher grundlegender Strukturwandel nicht nur die genannten rechtlichen Schwierigkeiten mit sich bringt, sondern auch mit sehr hohen Kosten verbunden ist. Dies resultiert aus der Tatsache, dass Krankenhausträger grundsätzlich selbst über die Eröffnung und Schließung eines Krankenhauses entscheiden und die Länder nach § 9 Abs. 3 Nr. 5 KHG verpflichtet sind, auf Antrag Ausgleichszahlungen zu bewilligen, um unzumutbare Härten zu vermeiden. Solche Zahlungen sind in Niedersachsen insbesondere für die Abwicklung von Verträgen, den Ausgleich wirtschaftlicher Nachteile der Beschäftigten sowie für Investitionen zur Umstellung auf andere, insbesondere soziale Aufgaben, zu bewilligen (vgl. § 8 NKHG). Die Ausgleichszahlungen des Landes sind aber der Höhe nach nicht von besonderer Relevanz.

Um den notwendigen Strukturwandel zu unterstützen, wurde der Strukturfonds eingeführt. Mittel für Maßnahmen des Strukturwandels im Umfang von 500 Mio. Euro wurden erstmals 2016 im Rahmen des Krankenhausstrukturfonds bundesweit zur Verfügung gestellt (vgl. Krankenhausstrukturfonds-Verordnung), zuzüglich Kofinanzierung (des Landes und der Kommunen) in gleicher Höhe. Die Förderung war ausschließlich auf den Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und Standorten sowie die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre örtliche Versorgungseinrichtungen fokussiert. In der aktuellen zweiten Förderphase (2019 bis 2022, vorgesehene Verlängerung bis 2024) werden als zusätzliche Fördertatbestände IT-Sicherheit, Vernetzung, Zentrenbildung, (integrierte) Notfallversorgung sowie zusätzliche Ausbildungskapazitäten in der pflegerischen Versorgung aufgenommen (vgl. § 12a KHG und §§ 11-18 KHSFV).

Der Strukturfonds stellt wiederum bundesweit jährlich 500 Mio. Euro aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds (GKV-Mittel) zur Verfügung, auf Niedersachsen entfallen nach dem Königsteiner Schlüssel⁸⁷ 9,36 %, was einem Fördervolumen aus dem Strukturfonds II in Höhe von ca. 44,4 Mio. Euro/Jahr entspricht. Zusammen mit einer Kofinanzierung des Landes und der Kommunen in gleicher Höhe ergibt dies für die Gesamtlaufzeit (2019-2022) ein Volumen von 355,2 Mio. Euro. Zusätzlich stehen 25 Mio. Euro für länderübergreifende Vorhaben zur Verfügung (vgl. Pflegepersonalstärkungsgesetz vom 09.11.2018 und MS, 2019b, Wortprotokoll).⁸⁸ Allerdings sind die Mittel des Strukturfonds in Niedersachsen bereits durch große strukturverbessernde Investitionsmaßnahmen überzeichnet. Die vorliegenden Anträge der Krankenhäuser belaufen sich in Niedersachsen insgesamt auf ein Gesamtvolumen von 1,3 Mrd. Euro, wovon der Großteil (1,35 Mrd. Euro) auf Anträge für die Zusammenlegung von Standorten entfällt. Für die oben dargestellten neuen Fördertatbestände (insbesondere zur Verbesserung der IT-Sicherheit von Krankenhäusern, Bildung zentralisierter Notfallstrukturen oder telemedizinischer Netzwerkstrukturen) ist bislang hingegen keine Nutzung von Mitteln des Strukturfonds erfolgt.

⁸⁷ Der Königsteiner Schlüssel wird angewendet, um bei gemeinsamen Finanzierungen durch die Bundesländer die Verteilung auf die Länder festzulegen. Der Anteil, den ein Land danach tragen muss bzw. erhält, richtet sich zu zwei Dritteln nach dem Steueraufkommen und zu einem Drittel nach der Bevölkerungszahl (vgl. Gemeinsame Wissenschaftskonferenz <https://www.gwk-bonn.de/themen/finanzierung-von-wissenschaft-und-forschung/koenigsteiner-schluessel/>).

⁸⁸ Für die Ko-Finanzierung hat das Land Niedersachsen ein Sondervermögen in Höhe von 500 Mio. Euro eingerichtet

Im Zuge zukünftiger struktureller Änderungen der stationären Versorgung ist die Einführung sektorenübergreifender Ansätze von hoher Relevanz, die Umsetzung wird jedoch insbesondere durch die bislang mangelnde Ausrichtung des Vergütungssystems auf sektorenübergreifende Versorgungsangebote erschwert. Darüber hinaus ist zu beobachten, dass bei einer Verlagerung von Leistungen zwischen den Sektoren die Vergütung nicht immer der Leistung folgt (vgl. auch Kapitel Sektorenübergreifende Versorgung). Im Kontext der COVID-19-Pandemie wurde zudem deutlich, dass Vorhaltekosten in den Fallpauschalen aktuell nicht ausreichend berücksichtigt sind.

Während der ersten Welle der COVID-19-Pandemie wurden Krankenhäuser mit Beschluss der Bundeskanzlerin und der Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder am 12. März 2020 (soweit medizinisch vertretbar) auf unbestimmte Zeit zur Absage aller planbaren Aufnahmen, Operationen und Eingriffe aufgefordert. Eine entsprechende niedersächsische Verordnung erfolgte am 19. März 2020 (NKG, 2020b). Nachfolgend hat der Bundesrat am 27. März 2020 Maßnahmen zum finanziellen Ausgleich für verschobene planbare Operationen und Behandlungen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds gebilligt. Mit dem Dritten Bevölkerungsschutzgesetz⁸⁹ hat der Bund den rechtlichen Rahmen für eine weitere finanzielle Entlastung der Krankenhäuser geschaffen (Niedersächsischer Landtag, 2021).⁹⁰

Darüber hinaus hat der Koalitionsausschuss der Bundesregierung am 3. Juni 2020 das Konjunktur- und Krisenbewältigungspaket „Corona-Folgen bekämpfen, Wohlstand sichern, Zukunftsfähigkeit stärken“ beschlossen, welches u. a. das „Zukunftsprogramm Krankenhäuser“ umfasst. Auf der Grundlage des am 18. September 2020 vom Bundestag beschlossenen Krankenhauszukunftsgesetzes (KHZG) werden dabei bundesweit 3 Mrd. Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds, von denen 420 Mio. Euro auf Niedersachsen entfallen, für einen Ausbau der digitalen Infrastruktur der Kliniken und eine modernisierte Notfallversorgung der Krankenhäuser bereitgestellt. Die Kofinanzierung der Länder beträgt hier 30 %.

Handlungsempfehlungen

Ausgehend von den dargestellten Problemlagen hat die Enquetekommission zielgerichtete Empfehlungen zur Sicherung einer zukunftsorientierten, strukturverbessernden Finanzierung entwickelt.

Als zentrale Empfehlungen sind folgende Ansätze hervorzuheben:

- Wesentlich für die Sicherung hoher Qualität in der stationären Versorgung ist eine dauerhaft auskömmliche Investitionsfinanzierung.
- Investitionen sollen prioritär für strukturverbessernde Maßnahmen genutzt werden.
- Das Finanzierungssystem sollte zudem besondere Herausforderungen durch Krisensituationen und perspektivisch auch sektorenübergreifende Ansätze stärker berücksichtigen.

⁸⁹ <https://www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/bevoelkerungsschutzgesetz-1805062>

⁹⁰ Entscheidend für einen finanziellen Ausgleich ist nunmehr eine nachweisliche Knappheit von Intensivkapazitäten (weniger als 25 % frei und betreibbar) und eine 7-Tagesinzidenz über 70/100 000 Einwohner.

Die detaillierten Empfehlungen der Enquetekommission im votierten Wortlaut umfassen folgende Aspekte:

12. Zukunftsorientierte strukturverbessernde Ausrichtung der Finanzierung

- a) Zielgerichtete und auskömmliche Investitionsförderung
 - Dauerhafte Erhöhung der jährlichen Investitionsmittel durch das Land sowie Anpassung der Investitionsmittel an die Preisindexentwicklung
 - Priorität für Investitionen für Strukturverbesserungen und Konzentration von Versorgungsleistungen, Fusionen, Umwandlungen oder Schließungen von Krankenhäusern
 - Fortführung und Weiterentwicklung eines Strukturfonds durch den Bund
- b) Zielgerichteter Einsatz der Bundesmittel aus dem Krankenhauszukunftsprogramm für die Digitalisierung von Krankenhäusern (vgl. Krankenhauszukunftsgesetz, vgl. Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung, Handlungsempfehlungen)
- c) Fortführung und Weiterentwicklung des Landesdigitalisierungsfonds für den Bereich Gesundheit (vgl. Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung, Handlungsempfehlungen)
- d) Einrichtung eines landeseigenen Strukturfonds für die Weiterentwicklung der Krankenhauslandschaft und für die Umwandlungen von Krankenhäusern (in andere Gesundheitseinrichtungen, vgl. Handlungsempfehlung 1d)
- e) Schaffung klarer Regelungen zur Finanzierung der Beschaffung und Bevorratung von Persönlicher Schutzausrüstung (PSA), Medikamenten und weiteren Materialien in pandemischen Lagen und/oder Krisenfällen

13. Einstieg in die Neuordnung der Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen

- a) Entwicklung und Erprobung neuer Versorgungs- und entsprechender Finanzierungsmodelle (z. B. Einführung von Pauschalen für sektorenübergreifende Versorgung)

14. Erprobung von sektorenübergreifenden Versorgungsmodellen (vgl. Sektorenübergreifende Versorgung, Handlungsempfehlungen)

- a) Entwicklung und Erprobung neuer Versorgungs- und entsprechender Finanzierungsmodelle
- b) Einführung von Pauschalen für sektorenübergreifende Versorgung

15. Prüfung einer stärkeren Berücksichtigung von Vorhaltekosten

16. Ausbau der Flexibilität des Vergütungssystems für Sonderfälle und besondere Situationen

3.2.3. Personal

In der Wahrnehmung von Patientinnen und Patienten wie auch im Erleben der Fachkräfte kommt es im stationären Sektor in Deutschland häufig zu personellen Engpässen. Dies resultiert, wie bereits dargelegt, vorrangig daraus, dass eine Vielzahl von Krankenhausstandorten

mit vielen Betten und hohen Fallzahlen dazu führt, dass trotz vergleichsweise viel vorhandenen Personals nur eine geringe Quote Pflegender und ärztlicher Mitarbeitender in der direkten Versorgung am Bett tätig ist (Zander et al., 2017).

Die Herausforderungen im Bereich des Personals in der stationären Versorgung liegen aus Sicht der Enquetekommission in folgenden Aspekten (vgl. ergänzend Kapitel Pflegerische Versorgung im Krankenhaus):

- Die Personalknappheit wird zum limitierenden Faktor in der Versorgung.
- Die vorhandenen Fachkräfte sind überlastet.
- Herausforderungen durch Leiharbeit, Internationalisierung und Personalabwerbungspraktiken und Abwerbepremien verschärfen die Problematik deutlich.

Personalknappheit wird zum limitierenden Faktor in der Versorgung

Die bei den gegebenen Strukturen existierende Personalknappheit ist insbesondere deshalb problematisch, weil in verschiedenen Studien für ausgewählte Krankheitsbilder eine positive Korrelation zwischen Personalbesetzung und Versorgungsqualität bzw. Mortalität gezeigt werden konnte (Griffiths et al., 2019; Schreyögg, 2020).⁹¹

In der Folge einer vielerorts knappen Personalausstattung z. B. aufgrund nicht besetzter Stellen, die zusammentrifft mit zunehmender Bürokratie und unzureichender Digitalisierung kommt es zu einer Überlastung vorhandener Fachkräfte im Krankenhaus. Dieser Mangel betrifft sowohl die Ärzteschaft und die Pflegefachkräfte als auch Hebammen und weitere Berufsgruppen. Dieser Personalmangel beeinträchtigt die Qualität der Versorgung für Patientinnen und Patienten, was insbesondere in kleinen Krankenhäusern und ländlichen Regionen ein zunehmendes Problem darstellt.

Die Enquetekommission kommt in ihren Diskussionen darüber hinaus zu der Einschätzung, dass die teilweise noch immer fehlende Wertschätzung und mangelnde fachlich orientierte Zusammenarbeit innerhalb und zwischen Medizin und Pflege sowie die noch immer deutlich ausbaufähige Verlässlichkeit der Vereinbarkeit von Familie, Beruf und Freizeit die angespannte Personalsituation in der stationären Versorgung verschärft. In diesem Kontext ist relevant, dass Beschäftigte in Personalbefragungen Faktoren wie das Teamklima, die Arbeitszeitgestaltung sowie die Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten als wesentlich für die Arbeitgeberattraktivität bewerten. Auch Aspekte, die das Leistungsspektrum und die räumliche und technische Ausstattung des Arbeitsortes betreffen, werden von Beschäftigten in Befragungen häufig genannt (Schubert et al., 2015, 2018).⁹²

⁹¹ Für differenzierte Analysen und Szenarien zum Fachkräftemangel vgl. Gutachten zum Fachkräftebedarf im Gesundheits- und Sozialwesen 2030 im Auftrag des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (Augurzyk & Kolodziej, 2018).

⁹² Die reine Größe des Krankenhauses erachten hingegen primär Geschäftsführer von Krankenhäusern als Einflussfaktor auf die Arbeitgeberattraktivität ihres Hauses für relevant.

Herausforderungen der Leiharbeit

Die Personalknappheit führt dazu, dass Krankenhäuser zunehmend auf Leiharbeitskräfte zurückgreifen. Leiharbeit verursacht für die Krankenhäuser hohe Kosten und führt zu Ungleichbehandlung der Angestellten gegenüber Honorarkräften, da Letztere ihre Arbeitseinsätze selbst steuern können und höher bezahlt sind. Der Einsatz dieser Fachkräfte wird von den Arbeitgebern und Beschäftigten zum Teil unterschiedlich bewertet (vgl. Krebs et al., 2020). Personalengpässe werden in einigen Krankenhäusern zudem durch Prozesse von Personalwerbung verschärft. So werben einige Krankenhäuser mit Prämienzahlungen und Wechselprämien, was sich zum Nachteil für Wettbewerber mit Tarifbindung auswirken können.

Herausforderung der Internationalisierung

Eine weitere Herausforderung im Bereich des Personals liegt in dessen zunehmender Internationalisierung durch Zuwanderung und gezielte Anwerbung von Fachkräften (Staar & Kempny, 2019). Vor dem Hintergrund teilweise mangelnder deutscher Sprachkenntnisse und kultureller Unterschiede entstehen Kommunikations- und Sprachprobleme mit und zwischen medizinischem und pflegerischem Personal und Patientinnen und Patienten. Dennoch ist die Gewinnung ausländischer Fachkräfte unabdingbar, um die Versorgung aufrechtzuerhalten. Daher erachtet die Kommission die teilweise zu langsame Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen als wichtige Herausforderung in diesem Kontext.

Zusammenfassend ist noch einmal festzuhalten, dass der bei gegebenen Strukturen wahrzunehmende Personalmangel eines der Kernprobleme - wenn nicht das Kernproblem - in der Sicherstellung der stationären Versorgung darstellt. Ohne qualifizierte Fachkräfte kann eine qualitativ hochwertige Versorgung nicht gewährleistet werden. Von ihrer Arbeit hängt es schlussendlich ab, ob die Bürgerinnen und Bürger in Niedersachsen im Krankenhaus sicher und auf höchstem Niveau behandelt werden. Daher misst die Enquetekommission Ansätzen zur Optimierung der personellen Situation und zur Stärkung des Personals besonders hohe Bedeutung bei.

Handlungsempfehlungen

Vor dem Hintergrund der dargestellten Problemlagen hat die Enquetekommission zukunftsorientierte Empfehlungen für die Sicherung der personellen Situation in der stationären Versorgung entwickelt.

Als Kernpunkte sind folgende Ansätze hervorzuheben:

- Die Schaffung und Förderung attraktiverer Rahmenbedingungen für die ärztliche und pflegerische Versorgung im stationären Sektor sind essenziell.
- Insbesondere gilt es, das Personal von unnötigem bürokratischem Aufwand zu entlasten, die Beschäftigten durch Aus- und Weiterbildung sowie durch Betriebliches Gesundheitsmanagement zu stärken und tariflich angemessen zu entlohnen.
- Zudem müssen gezielte Maßnahmen zur Rückgewinnung von Fachkräften (z. B. aus beruflichen Pausen) und zum Umgang mit zunehmend internationalem Fachpersonal umgesetzt werden.

Die detaillierten Empfehlungen der Enquetekommission im votierten Wortlaut umfassen folgende Aspekte:

17. Ansätze zur Stärkung des Personals

- a) Berufsübergreifende Lösungen
 - Schaffung und stärkere Förderung attraktiver Rahmenbedingungen, z. B. durch Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf
 - Mehr berufsgruppenübergreifende Aus-, Weiter- und Fortbildung durch verpflichtende interprofessionelle Anteile
 - Stärkere Nutzung der Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements in Kliniken
 - Reduzierung des gesetzlich vorgegebenen Verwaltungsaufwandes und/oder krankenhauserinterner Verwaltungsabläufe durch Digitalisierung, z. B. durch die Einführung der elektronischen Patientenakte
 - Reduzierung des Dokumentationsaufwands durch Entbürokratisierung und Deregulierung
 - Tarifbindung, VBL, Tarifvertrag Soziales, mit dem Ziel angemessener Entlohnung insbesondere auch in der Pflege
- b) Entwicklung von Instrumenten/Strategien der Pflegepersonalbedarfsermittlung
 - Umsetzung/Evaluation von Personalbemessungsuntergrenzen bis zur gesetzlichen Neuregelung des Instruments zur Ermittlung des Pflege- und Personalbedarfs
 - Entwicklung eines neuen wissenschaftsbasierten Pflegepersonalbemessungsinstruments, unter Einbeziehung des vorgelegten Konzepts von DPR, Ver.di und DKG
 - Finanzierung des tatsächlich eingesetzten Personals (Nachweispflicht)
- c) Entwicklung von Regelungen für Leiharbeit (Arbeitnehmerüberlassung)
 - Begrenzung von Leiharbeit
 - Förderung der Poolbildung durch „Springer“
 - Entwicklung von Einarbeitungskonzepten für Leiharbeitskräfte
- d) Entwicklung gezielter Strategien für den Umgang mit Internationalisierung
 - Beschleunigte Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen und Verbesserung der Sprachkompetenz (Finanzierung von Integrations- und Sprachkursen; Sprachniveau B2) (vgl. Ambulante medizinische Versorgung, Handlungsempfehlungen)
 - Erleichterung des Zugangs von Ärztinnen und Ärzten, die nach Deutschland auswandern (z. B. Übernahme von Integrationskosten, Vermittlung von Sprach- und Einarbeitungskursen, Unterstützung bei der Wohnraumbeschaffung)
- e) Optimierung von Krankenhausstrukturen mit dem Ziel der besseren Nutzung und Verteilung von Personalressourcen
- f) Kooperation zwischen Krankenhäusern statt Abwerbung von Fachpersonal, z. B. durch gemeinsame Personalplanung und/oder Poolbildung (z. B. nach dem Vorbild des University Medical Centers Groningen, Niederlande; vgl. Erfahrungen EKmedV-Bereisung August 2019)

18. (Rück-) Gewinnung von Fachkräften

- a) Rückgewinnung von Medizinerinnen und Medizinern sowie (Pflege-) Personal in ihre Heimatregionen durch Verbesserung der Rahmenbedingungen und Schaffung von Anreizen (vgl. Ambulante medizinische Versorgung, Handlungsempfehlungen)
- b) Entwicklung von Strategien zur Integration akademisch ausgebildeter Pflegenden in die direkte Patientenversorgung
- c) Unterstützung der (Wieder-)Aufnahme einer Beschäftigung im Krankenhaus, insbesondere für Personal in der „Stillen Reserve“ Innerbetriebliche Förderung der wechselseitigen Wertschätzung zwischen den Berufsgruppen
- d) Innerbetriebliche Förderung der wechselseitigen Wertschätzung zwischen den Berufsgruppen

Insgesamt ist für den Bereich der stationären Versorgung festzuhalten, dass in Niedersachsen aktuell eine qualitativ hochwertige, bedarfsgerechte und flächendeckende stationäre Versorgung gewährleistet ist, allerdings bei bestehenden Strukturen insbesondere die Personalknappheit in der stationären Versorgung zum limitierenden Faktor wird. Daher ist eine bedarfsorientierte und an Versorgungsstufen orientierte Krankenhausplanung wesentlich für die zukünftige Gewährleistung einer stationären Versorgung auf international hochrangigem Niveau.

3.3. Exkurs: Versorgungsstufen für die Krankenhausplanung in Niedersachsen

In Niedersachsen erfolgt im Unterschied zu einigen anderen Bundesländern bislang keine Differenzierung nach Versorgungsstufen. In den Beratungen der Enquetekommission zur stationären Versorgung wurde daher, wie oben dargestellt, eine gesonderte Arbeitsgruppe damit beauftragt, ein Versorgungsstufenkonzept für die stationäre Versorgung in Niedersachsen auszuarbeiten und zu definieren (vgl. Kapitel Stationäre medizinische Versorgung, Handlungsempfehlung 7).

Im Rahmen von vier Sitzungen (im Zeitraum von Februar bis September 2020) erarbeitete die Gruppe die im Folgenden beschriebenen Ergebnisse, die durch die Enquetekommission anschließend diskutiert und beschlossen wurden.

3.3.1. Definition der Versorgungsstufen

Für die Entwicklung eines Vorschlags zur Definition der Versorgungsstufen hat die Arbeitsgruppe die bestehenden Gesetze und Verordnungen anderer Bundesländer ausgewertet. Weiterhin wurde die G-BA-Richtlinie zum Notfallstufenkonzept herangezogen.

Die Definition „Fachabteilung“ wurde übernommen aus den Regelungen des G-BA zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten (Zentrums-Regelungen, vom 05.12.2019), weil hier mit den am G-BA beteiligten Institutionen eine gemeinsame Definition der „Fachabteilung“ vorgenommen wurde. Die Arbeitsgruppe schlug darüber hinaus vor, den Versorgungsstufen eine Präambel voran zu stellen. Damit soll ein Rahmen für die Planung innerhalb der Versorgungsgebiete vorgegeben werden. In der Arbeitsgruppe wurde

nicht konsentiert, ob den Versorgungsstufen als generelles Kriterium (Betten-)Größenklassen zugeordnet werden.

Die Arbeitsgruppe legt hiermit folgenden Vorschlag für die Definition der Versorgungsstufen vor:

Präambel

¹ In jedem Versorgungsgebiet soll neben Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung mindestens ein Krankenhaus der Schwerpunktversorgung ausgewiesen werden.

² Die Planungsbehörde hat bei der Zuordnung der Krankenhäuser zu den Versorgungsstufen für begründete Ausnahmen einen Ermessensspielraum.

Versorgungsstufe I

Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung

- Hauptamtlich geführte Fachabteilung Innere Medizin und Chirurgie (24/7), ggf. weitere hauptamtlich oder belegärztlich geführte Fachabteilungen, die nicht von einem Schwerpunkt- oder Maximalversorger im Versorgungsgebiet vorgehalten werden
- Hauptamtlich geführte Fachabteilung Anästhesie (24/7)
- Mindestens Teilnahme an der Basisnotfallversorgung nach dem Notfallstufenkonzept des G-BA
 - Zentral organisierte Notaufnahme (ZNA)
 - Intensivstation mit mindestens 6 Intensivbetten, davon mindestens 3 mit Beatmungsmöglichkeit
 - Medizinische Ausstattung:
 - Schockraum
 - 24/7-Verfügbarkeit von CT (auch in Kooperation)
 - Möglichkeit der Weiterverlegung auf dem Luftweg
 - Radiologie und Labor 24/7 (auch in Kooperation)

Fachkrankenhaus

Krankenhäuser, die

- auf die Versorgung bestimmter Krankheitsarten oder Altersstufen ausgerichtet sind,
- i. d. R. einen das Versorgungsgebiet übergreifenden teilweise landesweiten Versorgungsauftrag haben,
- nicht an der Notfallversorgung teilnehmen müssen.

Versorgungsstufe II

Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung

- Hauptamtlich geführte Fachabteilungen Innere Medizin, Viszeral- und Gefäßchirurgie, Unfallchirurgie/Orthopädie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Anästhesie

- i. d. R. mit einem überregionalen Versorgungsauftrag
- 4 weitere hauptamtlich geführte Fachabteilungen
- Intensivstation mit mindestens 10 Betten (inkl. Beatmung)
- Mindestens Teilnahme an der erweiterten Notfallversorgung
- Pathologie, Histologie, Labor 24/7 (auch in Kooperation)

Versorgungsstufe III Krankenhäuser der Maximalversorgung

Der Versorgungsstufe gehören an

- Universitäre Maximalversorger
- Krankenhäuser, die
 - an der umfassenden Notfallversorgung gemäß G-BA-Richtlinie teilnehmen und
 - über mindestens 600 Planbetten verfügen.
- Die Krankenhäuser sollen darüber hinaus
 - hochspezialisierte Behandlungsangebote vorhalten sowie die Teilnahme an der allgemeinen Krankenhausversorgung sicherstellen
 - weitere Fachabteilungen als hauptamtlich geführte Fachabteilung vorhalten wie z. B.
 - Nephrologie
 - Thorax- und Herzchirurgie
 - Humangenetik
 - sowie eigene Fachabteilungen in den Fachgebieten:
 - Augenheilkunde
 - Haut- und Geschlechtskrankheiten
 - Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
 - Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
 - Neurochirurgie
 - Neurologie
 - Nuklearmedizin
 - Strahlentherapie

Übergangsregelung für die Einführung der Versorgungsstufen

Wenn die Versorgungsstufen durch eine Novellierung des Niedersächsischen Krankenhausgesetzes (NKHG) eingeführt werden, braucht es eine Übergangsregelung für den Zeitraum, in dem die Krankenhäuser in die künftigen Versorgungsstufen zugeordnet werden.

Es wird folgende Regelung vorgeschlagen:

- Die Einführung der Versorgungsstufen erfolgt durch Zuordnung der Krankenhäuser durch Planungsentscheidung (Planbescheid) der Planungsbehörde.

- Die Planungsbehörde kann aufgrund festgelegter Versorgungsziele in der Krankenhausplanung oder auf Antrag eines Krankenhauses mit dem antragstellenden Krankenhaus eine Zielvereinbarung zum Erreichen der nächsthöheren Versorgungsstufe abschließen, um übergeordnete Versorgungsziele im Sinne einer populationsorientierten Versorgungsplanung für die Bevölkerung z. B. einer Region zu erreichen.
- Erfüllt das Krankenhaus die Zielvereinbarung nicht innerhalb von drei Jahren, verbleibt das Krankenhaus in der niedrigeren Versorgungsstufe.
- Der Planungsausschuss ist im Rahmen der Entscheidungsfindung zu Satz 1 und 2 einzubeziehen.

Planung regionaler Gesundheitszentren

Parallel zur Arbeitsgruppe Versorgungsstufen wurde eine weitere Arbeitsgruppe damit beauftragt, ein Modell für „Regionale Gesundheitszentren in Niedersachsen“ (RGZ) inhaltlich zu definieren.

Ursprünglich war vorgesehen, diese Gesundheitszentren ebenfalls im Versorgungsstufenkonzept zu berücksichtigen. Die Errichtung regionaler Gesundheitszentren, die im Schwerpunkt ambulante ärztliche sowie pflegerische Versorgung sicherstellen, erfolgt jedoch aufgrund bundes- und landesgesetzlicher Regelungen zur Krankenhausplanung einerseits und der Planung der ambulanten ärztlichen Versorgung andererseits so unterschiedlich, dass ein gemeinsames Planungsinstrument der Versorgungsstufen nicht erfolgen kann. Dies müsste - wollte man es realisieren - die kassenärztliche Versorgungsplanung einbeziehen. Die Arbeitsgruppe kam deshalb zu der geteilten Auffassung, dass die Zuordnung einer Versorgungsstufe nicht erfolgen kann.

Gleichwohl hielt die Arbeitsgruppe fest, dass RGZ (vgl. Arbeitsergebnis „Regionales Gesundheitszentrum Niedersachsen“ der Enquetekommission) ein geeignetes Instrument sein können, Versorgungslücken, die z. B. durch die Schließung von Krankenhausstandorten entstehen können, zu schließen.

3.3.2. Weitere Hinweise

Die Arbeitsgruppe hat Planungsnotwendigkeiten identifiziert, die sich in einem Konzept für Versorgungsstufen nicht abbilden lassen, die aber trotzdem planungsrelevant berücksichtigt werden sollten.

Planungsgrundsätze für Geburtshilfe und Pädiatrie

Die Frage der Planung geburtshilflicher Abteilungen kann für die einzelne Abteilung weder in der Definition der Versorgungsstufen noch in einer Präambel zu den Versorgungsstufen geregelt werden.

Gleichwohl soll die Definition der Versorgungsstufen auch eine auskömmliche geburtshilfliche Versorgung in einem Flächenland wie Niedersachsen mit einer angemessenen Erreichbarkeit leistungsfähiger Abteilungen sicherstellen.

Der G-BA rechnet die geburtshilflichen Leistungen zu den basisversorgungsrelevanten Leistungen eines Krankenhauses (§ 136c Abs. 3 SGB V). Die G-BA-Richtlinie zu Sicherstellungszuschlägen wurde daher 2018 um die Geburtshilfe erweitert.

Definiert werden Kriterien der Erreichbarkeit (Minutenwerte) und zur Frage, wann ein geringer Versorgungsbedarf besteht.

Mit dem Instrument der Sicherstellung soll der Schließung versorgungsnotwendiger geburtshilflicher Abteilungen aus wirtschaftlichen Gründen vorgebeugt werden.

Das von der Arbeitsgruppe entwickelte Modell der Versorgungsstufen trägt der Forderung Rechnung, indem in jedem Planungsbezirk mindestens ein Krankenhaus der Schwerpunktversorgung auszubringen ist, das zwingend eine Abteilung Gynäkologie und Geburtshilfe vorhalten muss.

Die Frage der Planung und Versorgung in kinderheilkundlichen Abteilungen knüpft zum Teil an die Geburtshilfe an. Sofern Versorgungsdefizite in der ambulanten Versorgung verstärkt auftreten, wäre zu prüfen, ob, einem sektorenübergreifenden Ansatz folgend, pädiatrische Fachabteilungen auch ambulante Leistungen erbringen dürfen.

Orientierung der Stufenzuordnung am Begriff „Fachabteilung“ des G-BA Abgrenzung zum internationalen Standard der Behandlungszentren

Es braucht Grundlagen für die Definition der Versorgungsstufen, die allgemein anerkannt sind und die in der Praxis aufwandsarm und ohne zusätzliches Konfliktpotenzial umgesetzt werden können.

Die Arbeitsgruppe schlägt neben einer Orientierung am Notfallstufenkonzept des G-BA vor, den **Fachabteilungsbegriff** der Zentren-Richtlinie des G-BA zu übernehmen. Der in der GBA Richtlinie definierte Begriff der Fachabteilung kommt auch in anderen Anwendungsbereichen der G-BA-Richtlinien zur Anwendung.

Beide Instrumente (Notfallstufen, Zentrenbildung) sind im G-BA durch die Partner der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen entwickelt und damit umfassend legitimiert. Die Kriterien kommen in den Budgetverhandlungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen regelmäßig zur Anwendung. Es besteht damit einerseits Praxis in der Anwendung. Andererseits kann die aufwändige Entwicklung - und Fortschreibung/regelmäßige Anpassung - eines gesondert entwickelten Kriterienkatalogs für die Entwicklung eines Versorgungsstufenkonzeptes entfallen.

Ergänzend ist in der Arbeitsgruppe diskutiert worden, dass die internationale Entwicklung von Krankenhausstrukturen sich - neben der Planung in Fachabteilungen - weiter in Sub-Disziplinen und **Zentren** bewegt. Als größte Subdisziplinen sind hier aktuell die Kardiologie und die Gastroenterologie zu nennen, die derzeit in Niedersachsen in der Krankenhausplanung nicht separat ausgewiesen, sondern der Inneren Medizin zugeordnet werden.

Fachrichtungen der niedersächsischen Krankenhausplanung (vgl. Krankenhausplan 2020):

Somatisch

AUG Augenheilkunde
CHI Chirurgie
FRH Frauenheilkunde
GEB Geburtshilfe

HNO	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
HAU	Haut- und Geschlechtskrankheiten
HCH	Herzchirurgie
INN	Innere Medizin
KCH	Kinderchirurgie
KIN	Kinder- und Jugendmedizin
MKG	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
NCH	Neurochirurgie
NEU	Neurologie
NUT	Nuklearmedizin (Therapie)
ORT	Orthopädie
PCH	Plastische- und Ästhetische Chirurgie
STR	Strahlentherapie
URO	Urologie

Psychiatrisch

KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
PSY	Psychiatrie und Psychotherapie
PSM	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Die Arbeitsgruppe hat die Frage, ob auf Fachabteilungsebene geplant werden soll oder ob eine Hinwendung zu Subdisziplinen und Zentren erfolgen soll, nicht abschließend lösen können.

Die weitere Befassung mit der Frage ist im Prüfauftrag (vgl. unten) enthalten.

Weitergehende Überlegungen zur Entwicklung der Versorgungsstufen

Dem Vorschlag zur Zuordnung der Krankenhäuser in Niedersachsen zu Versorgungsstufen liegen im Wesentlichen die Beschlüsse des G-BA auf Bundesebene zu den Kriterien zu den Stufen der Notfallversorgung zugrunde.

Die dort formulierten Anforderungen stellen den aktuell konsentierten und akzeptierten Sachstand einer Krankenhausabstufung - mit Blick auf die Stufen der Notfallversorgung - dar. Die Arbeitsgruppe hat einige Abweichungen aufgenommen sowie - insbesondere für die Stufe der Maximalversorgung - weitere Kriterien formuliert.

Im Rahmen der Entwicklung von Versorgungsstufen wurden darüberhinausgehende mögliche Anforderungen erörtert hinsichtlich

- der Anzahl der vorzuhaltenden Fachabteilungen
- der Festlegung der in jedem Fall vorzuhaltenden Fachabteilungen
- der mindestens vorzuhaltenden Intensivkapazitäten
- einer Differenzierung, welche Leistungsschwerpunkte der jeweiligen Versorgungsstufe zuzuordnen sind (z. B. Herzinfarktversorgung, Onkologie, Schlaganfallversorgung/Stroke Unit, Traumatologie/Traumazentren).

Es wird daher vorgeschlagen, zur Weiterentwicklung der Versorgungsstufen in der Krankenhausplanung in Niedersachsen einen Prüfauftrag zu erteilen, der Basis weiterführender Entscheidungen werden soll.

Prüfauftrag

Die Entwicklung von Versorgungsstufen für die Krankenhausplanung in Niedersachsen umfasst einen ersten Schritt und lehnt sich zunächst an die Notfallstufen der G-BA-Richtlinie zur stationären Notfallversorgung an.

In einem nächsten Schritt soll geprüft werden, ob es Anhaltspunkte dafür gibt, die festgelegten Mindestanforderungen für ein Versorgungsstufenkonzept für das Land Niedersachsen mit Blick auf a) den Versorgungsauftrag und b) das Versorgungsangebot eines Krankenhauses klarer zu definieren.

Konkret handelt es sich um eine Differenzierung der Zuordnungsvoraussetzungen für die Versorgungsstufen 1) der Schwerpunktversorgung und 2) der Maximalversorgung.

Der Prüfauftrag bezieht sich auf die Frage, ob es zielführend ist, folgende weitere Planungskriterien einzuführen:

- eine weitere Festlegung der Anzahl der Fachabteilungen
- die Festlegung der in jedem Fall vorzuhaltenden Fachabteilungen
- ob ein Umfang mindestens vorzuhaltender Intensivkapazitäten zielführend ist
- ob eine Festlegung von Leistungsschwerpunkten für die Versorgungsstufen sinnvoll ist (insbesondere Herzinfarktversorgung, Schlaganfall/Stroke Unit, Onkologische Versorgung).

4. Pflegerische Versorgung im Krankenhaus

4.1. Hintergrund

Die Entwicklung der pflegerischen Versorgung ist in Deutschland seit Jahren durch eine große Dynamik gekennzeichnet. Ursächlich hierfür sind neben dem demografischen Wandel der Anstieg chronischer Krankheiten, der steigende Personalbedarf, die Fortschritte medizinisch-technischer Therapiemöglichkeiten sowie sich verändernde Rahmenbedingungen im deutschen Gesundheitswesen. Diese Veränderungen führen insgesamt zu einer wachsenden Bedeutung und Wertschätzung der Pflege als Teil der Gesundheitsversorgung, was sich wiederum in der öffentlichen Diskussion widerspiegelt und zum Handlungsfeld gesundheitspolitischer Maßnahmen wird.

Unter der Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) wurde 2018 die Konzertierte Aktion Pflege (KAP) initiiert. Zusammen mit rund fünfzig Interessensverbänden und Organisationen wurden in fünf parallelen Arbeitsgruppen Maßnahmen und Empfehlungen zur Verbesserung der Qualifikation, Beschäftigung und Vergütungssituation der Pflege, zur Nutzung der Digitalisierung und Gewinnung von Fachpersonal aus dem Ausland erstellt (Bundesministerium für Gesundheit et al., 2019).

Auch die niedersächsische Landesregierung hat unter Beteiligung der Wohlfahrtsverbände, Krankenkassenverbände, kommunalen Spitzenverbände sowie Verbänden der privaten Pflegeanbieter 2019 die Konzertierte Aktion Pflege Niedersachsen (KAP.Ni) gestartet, um Verbesserungen für beruflich Pflegenden herbeizuführen. Die auf Bundesebene gewonnenen Ergebnisse sollen konstruktiv für Niedersachsen genutzt werden und die Situation insbesondere in der ambulanten Pflege und in Pflegeeinrichtungen verbessern. Im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung wurden Maßnahmen für mehr Unterstützung, Entlastung und finanzielle Ressourcen festgehalten (MS, 2019b).

Diese beispielhaft benannten Bemühungen verdeutlichen den hohen Stellenwert der Pflegeberufe. Ohne die mit rund 1,7 Mio. Beschäftigten größte Berufsgruppe im deutschen Gesundheitswesen (GBE, 2020a) ist eine zukunftsfähige, qualitativ hochwertige und bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung nicht denkbar. Im Kontext der COVID-19-Pandemie wird die Bedeutung des Pflegepersonals - sowohl in der ambulanten als auch stationären Pflege - noch einmal besonders deutlich.

Vor dem Hintergrund der im Einsetzungsbeschluss benannten Handlungsfelder hat sich die Enquetekommission im Rahmen ihrer Beratungen des stationären Sektors auch mit der pflegerischen Versorgung im Krankenhaus auseinandergesetzt. Die folgenden Ausführungen bieten einen Überblick darüber, wie sich die pflegerische Versorgung im Krankenhaus gestaltet. Insgesamt werden dabei folgende Aspekte deutlich:

- Pflegekräfte in Krankenhäusern tragen maßgeblich zu einer qualitativ hochwertigen stationären Versorgung bei.
- Die größte Herausforderung im Bereich der pflegerischen Versorgung im Krankenhaus liegt in der Sicherstellung von ausreichend Personal in der direkten Patientenversorgung.
- Eine verbesserte Personalausstattung in der Pflege kann letztlich nur gelingen, wenn die Arbeitsbedingungen der Pflegenden generell verbessert werden und die Attraktivität des Pflegeberufs nachhaltig gesteigert wird.

4.1.1. Besonderheiten der pflegerischen Versorgung im Krankenhaus in Deutschland

Die Organisation der pflegerischen Versorgung in Deutschland lässt sich in drei soziale Sicherungssysteme kategorisieren: die Krankenversicherung (SGB V), die Pflegeversicherung (SGB XI) sowie die Sozialhilfe (SGB XII). Während im Fünften Sozialgesetzbuch - der Krankenversicherung - in erster Linie die Pflege im Krankenhaus sowie die ambulante Pflege im Rahmen einer ärztlichen Behandlung finanziell abgesichert wird, gewährleistet das Elfte Sozialgesetzbuch - die Pflegeversicherung - die Versorgung von dauerhaft pflegebedürftigen Menschen in der Häuslichkeit bzw. in stationären Einrichtungen. Das Zwölfte Sozialgesetzbuch - die Sozialhilfe - stellt u. a. mit Leistungen der Hilfe zur Pflege und in anderen Lebenslagen die Unterstützung von Menschen sicher und kann bei Ausschöpfung der anderen Sicherungssysteme in Anspruch genommen werden, sofern die persönlichen Anspruchsvoraussetzungen erfüllt werden. Die Aufteilung der drei Systeme entspricht der institutionellen Gliederung des deutschen Versorgungssystems, wonach auch die pflegerische Versorgung in verschiedenartigen Institutionen mit unterschiedlichen Aufgaben, Fähigkeiten und Berufsrollen stattfindet (Simon, 2017).

Die Berufslandschaft in Deutschland ist hierbei durch eine Vielzahl unterschiedlicher Berufe gekennzeichnet, die für die pflegerische Versorgung qualifizieren oder auch als pflegenah zu bezeichnen sind. Den Kern der Berufsgruppe der Pflegenden bilden die Gesundheits- und Krankenpflege, die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie die Altenpflege (ergänzt durch Pflegehelferinnen und -helfer/Pflegeassistentinnen und -assistenten). Bislang wies Deutschland grundständig getrennte Ausbildungsberufe je nach Art der Pflege auf. Mit Inkrafttreten des Pflegeberufegesetzes (PflBG) zum 01.01.2020 wurde die Dreiteilung der Ausbildungsberufe in der Pflege aufgelöst und zu einer neuen generalistischen Pflegeausbildung mit einheitlichem Berufsabschluss als Pflegefachfrau bzw. Pflegefachmann zusammengeführt. Neben der Möglichkeit für Auszubildende, ihre Kompetenzen in der Ausbildungszeit in den Bereichen Altenpflege oder Kinderkrankenpflege zu vertiefen, sieht das PflBG zudem die Einführung eines Pflegestudiums in Ergänzung zur beruflichen Pflegeausbildung als weiteren möglichen Qualifizierungsweg vor. Damit nähert sich Deutschland der weitgehend akademisierten Pflegestruktur in Europa an. Durch diese Reform werden unter Berücksichtigung des pflegewissenschaftlichen Fortschritts übergreifende pflegerische Kompetenzen zur Pflege von Menschen aller Altersgruppen und in allen Versorgungsbereichen vermittelt: in der ambulanten Pflege, in stationären Pflegeeinrichtungen sowie in Krankenhäusern (PflBG; PflAPrV).

Hinsichtlich der Aus- und Weiterbildung zeigt ein Blick in andere europäische Länder, dass z. B. Großbritannien oder Schweden eine interprofessionelle Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen erfolgreich umsetzen. Dabei wird verstärkt auf akademisch qualifiziertes Pflegepersonal gesetzt, welches in enger Kooperation mit Ärztinnen und Ärzten sowie anderen Gesundheitsfachberufen Patientinnen und Patienten eigenverantwortlich versorgt (Lehmann et al., 2019).

In seinen „Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen“ hat sich der Wissenschaftsrat bereits im Jahr 2012 für eine akademische Durchdringung der Pflegeberufe ausgesprochen und einen Umfang von 10 bis 20 % als Zielsetzung benannt (Wissenschaftsrat, 2012). Die aktuelle Situation ist allerdings weit von den Empfehlungen des Wissenschaftsrates entfernt: Während 2017 in ambulanten Pflegediensten lediglich 0,34 % und in Pflegeheimen 0,45 % der Beschäftigten über einen pflegewissenschaftlichen Abschluss an

einer Fachhochschule oder Universität verfügten (Destatis, 2018c), liegt der Anteil im Krankenhaus 2018 bei ca. 0,47 %⁹³ (Destatis, 2020d). In Niedersachsen besitzen 2019 von den 60 000 vollständig registrierten Pflegefachpersonen 3,4 % einen akademischen Grad. Die Aufteilung nach Berufsgruppen sieht folgendermaßen aus: Gesundheits- und Krankenpflege 4,1 %, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege 3,2 % sowie Altenpflege 1,7 % (Pflegekammer Niedersachsen, 2021).⁹⁴

Wie eingangs beschrieben, bilden Pflegeberufe zusammengenommen quantitativ die größte Gruppe der an der Gesundheitsversorgung beteiligten Berufe. Von insgesamt 5,6 Mio. Beschäftigten im Gesundheitswesen im Jahr 2018 waren etwa 1,7 Mio. in der Pflege tätig - 1,1 Mio. als Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger (einschließlich Rettungsdienst und Geburtshilfe) und 645 000 in der Altenpflege (GBE, 2020a). Nach Angaben der Gesundheitspersonalrechnung sind knapp 30 % der Pflegenden (506 000) in Krankenhäusern tätig. Von den Pflegenden im Krankenhaus verfügen 79 % über einen Abschluss als Gesundheits- und Krankenpflegerin und -pfleger, 8 % sind ausgebildete Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger, 4 % Krankenpflegehelferinnen und -helfer sowie 2 % Altenpflegerinnen und -pfleger (Destatis, 2020d). Mit Blick auf das Gesundheitspersonal stellt sich der Pflegebereich nach wie vor überwiegend weiblich dar. Wenngleich der Anteil von Männern in der Pflege insgesamt kontinuierlich steigt, liegt der Frauenanteil in sämtlichen Versorgungsbereichen bei über 80 % (GBE, 2020a).

Das Tätigkeitsspektrum der Pflegefachpersonen ist dabei vielfältig. Neben der direkten Versorgung von Patientinnen und Patienten, die aufgrund einer akuten Erkrankung, Behandlungsprozeduren oder Pflegebedürftigkeit - unabhängig vom Anlass des Aufenthalts im Krankenhaus - auf Pflege angewiesen sind, übernimmt das Pflegepersonal weiterhin z. B. Aufgaben der Organisation von Patientenströmen, der Assistenz bei Durchführung von chirurgischen Eingriffen sowie im Rahmen von Rehabilitationsmaßnahmen (Wingefeld, 2020).

Den hohen Stellenwert der pflegerischen Versorgung im Krankenhaus zeigen ferner internationale Studien, die auf einen Zusammenhang zwischen der Personalausstattung und der Gesundheit der Patientinnen und Patienten sowie dem Behandlungserfolg hinweisen. Eine bessere Pflegepersonalbesetzung bzw. Pflegenden-Patienten-Relation ist demnach z. B. mit einer verbesserten Erkennung von Komplikationen, Minderung von Medikationsfehlern und Reduzierung der Mortalität während des Krankenhausaufenthaltes assoziiert (Aiken et al., 2014; Bartholomeyczik & Holle, 2012; Griffiths et al., 2016) (vgl. Kapitel Stationäre medizinische Versorgung). Darüber hinaus konnte in verschiedenen Untersuchungen belegt werden, dass ein höheres Ausbildungsniveau der Pflegenden im Krankenhaus z. B. mit weniger Stürzen, Infektionen und geringeren Mortalitätsraten bei Patientinnen und Patienten korreliert (Aiken et al., 2014; Griffiths et al., 2016).

Die pflegerische Versorgung in vielen deutschen Krankenhäusern ist zunehmend durch Personal- und Zeitknappheit pro Patientin und Patienten gekennzeichnet. Insbesondere die Zunahme der Fallzahlen mit vermehrten Aufnahmen und Entlassungen und einer insgesamt verringerten Verweildauer weisen seit der flächendeckenden Einführung des DRG-Systems im Jahr 2004 auf eine Arbeitsverdichtung in der Pflege hin (Braun et al., 2010; Kochskämper et

⁹³ eigene Berechnung anhand der Grunddaten der Krankenhäuser 2018; die Zahlen beziehen sich auf das Personal der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege

⁹⁴ Datengrundlage bildet das niedersächsische Pflegefachberuferegister der Plegekammer Niedersachsen. Von insgesamt 90 000 Kammermitgliedern sind über 60 000 Pflegefachpersonen vollständig registriert (Pflegekammer Niedersachsen, 2021).

al., 2018) (vgl. Kapitel Stationäre medizinische Versorgung). Die Systematik der Fallpauschalen berücksichtigt zwar den medizinischen Schweregrad eines Falles, kategorisiert aber nicht den Pflegebedarf einer Patientin oder eines Patienten und den daraus resultierenden Pflegeaufwand. Um eine ausreichende Pflegepersonalausstattung in deutschen Krankenhäusern sicherzustellen, wurden durch den Gesetzgeber seit 2019 verbindliche Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) für pflegeintensive Bereiche wie Geriatrie, Neurologie, Herzchirurgie, Kardiologie, Intensivmedizin und Unfallchirurgie eingeführt (vgl. Tab. 1) und die Pflegepersonalkosten zur eigenständigen Finanzierung ab dem Budgetjahr 2020 aus den DRGs ausgegliedert (DRG-Pflege-Split; „Pflexit“).⁹⁵ Eine Refinanzierung erfolgt in Form eines Pflegebudgets nach dem Selbstkostendeckungsprinzips (Augurzky, Krolop et al., 2019; Leber & Vogt, 2020).

Tab. 1: Übersicht der Pflegepersonaluntergrenzen gemäß PpUGV für das Jahr 2019 und 2020 (Leber & Vogt, 2020, S. 126)

	PpUGV 2019 vom 05.10.2018				PpUGV 2020 vom 28.10.2019			
	Maximale Anzahl von Patienten je Pflegekraft		Maximaler Anteil von Pflegehilfskräften (in %)		Maximale Anzahl von Patienten je Pflegekraft		Maximaler Anteil von Pflegehilfskräften (in %)	
	Tag	Nacht	Tag	Nacht	Tag	Nacht	Tag	Nacht
Intensivmedizin	2,5	3,5	8	8	2,5	3,5	8	0
Geriatrie	10	20	20	40	10	20	15	20
Unfallchirurgie	10	20	10	15	10	20	10	15
Kardiologie	12	24	10	15	10	20	10	10
Neurologie	–	–	–	–	10	20	10	8
Neurol. Schlaganfall	–	–	–	–	3	5	0	0
Neurol. Frühreha	–	–	–	–	5	12	10	8
Herzchirurgie	–	–	–	–	7	15	5	0

Vor dem Hintergrund, dass die Zahlen zum (Pflege-) Personal oftmals nur in absoluten Zahlen oder pro Kopf der Bevölkerung vorliegen, scheint die pflegerische Versorgung in Deutschland zunächst gut bis überdurchschnittlich. Mit insgesamt 13,22 praktizierenden Pflegekräften (Pflegefachpersonen sowie Pflegehelferinnen und -helfer/Pflegeassistentinnen und -assistenten) pro 1 000 Einwohnerinnen und Einwohner liegt Deutschland im Jahr 2018 auf Rang 4 der OECD. Die Ränge 1 bis 3 belegen Norwegen, die Schweiz und Island (OECD, 2020c). Werden lediglich die Pflegefachpersonen im Krankenhaus betrachtet, so lag deren Zahl 2017 in Deutschland bei 5,6 Pflegefachpersonen je 1 000 Einwohnerinnen und Einwohnern. Damit liegt Deutschland im OECD-Vergleich im Mittelfeld (OECD, 2020a). Zu beachten ist bei diesen Zahlen, dass das deutsche Gesundheitswesen im internationalen Vergleich über weitaus mehr

⁹⁵ Zudem bestehen ergänzend zu den DRG-Fallpauschalen Zusatzentgelte zur besseren Abbildung des Pflegeaufwands (z. B. ZE60 Palliativmedizinische Komplexbehandlung, ZE130 Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen, ZE131 Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern). Durch die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System ab 2020 werden die Pflegepersonalkosten in der Kalkulation für diese Zusatzentgelte jedoch nicht mehr berücksichtigt (InEK, 2019).

stationäre Betten (pro Kopf der Bevölkerung), höhere Fallzahlen (vgl. OECD, 2019b, Kapitel Stationäre Versorgung) sowie einen hohen Anteil an Teilzeitbeschäftigten⁹⁶ verfügt. Bei Umrechnung in Vollzeitäquivalente ergibt sich für 2017 eine Zahl von 4,23 im Krankenhaus tätigen Pflegefachpersonen je 1 000 Einwohnerinnen und Einwohner. Im OECD-Vergleich liegt Deutschland damit unter dem Durchschnitt von 4,85 Pflegefachpersonen (Vollzeitäquivalente) je 1 000 Einwohnerinnen und Einwohner. Die höchsten Zahlen weisen hierbei Norwegen (7,97), Japan (6,58) und Dänemark (6,45) auf (OECD, 2020a)⁹⁷.

Bezüglich der Personalbelastung kamen im Jahr 2018 in Deutschland im Krankenhaus auf 1 000 Behandlungsfälle rechnerisch 17 Pflegekräfte (Vollzeitstellen). Pro Arbeitstag hatte eine Vollkraft im Pflegedienst durchschnittlich 5,77⁹⁸ Betten zu versorgen (Destatis, 2020d). Aktuelle Vergleichswerte anderer Länder liegen hierzu nicht vor. Ältere Daten zeigten jedoch, dass die Zahl der Vollzeitäquivalente für Pflegenden je 1 000 Behandlungsfälle im Krankenhaus im Vergleich zu anderen Ländern deutlich niedriger liegt (Bühler, 2018).

4.1.2. Status Quo der pflegerischen Versorgung im Krankenhaus in Niedersachsen

In Niedersachsen kommen im Jahr 2019 laut Hochrechnungen rund 12 Pflegefachpersonen auf 1 000 Einwohnerinnen und Einwohner (Pflegekammer Niedersachsen, 2021). Im selben Jahr sind niedersachsenweit 50,3 % der insgesamt über 60 000 vollständig registrierten Pflegefachpersonen in Krankenhäusern tätig. Wie auch auf Bundesebene bildet die Gesundheits- und Krankenpflege mit 86 % dabei den größten Anteil der im Krankenhaus beschäftigten Pflegefachpersonen, gefolgt von der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege mit 12 % und der Altenpflege mit 2 % (ebd.). Eine Vollkraft im Pflegedienst in Niedersachsen hatte 2018 mit durchschnittlich 60,54 Behandlungsfällen im Bundeslandvergleich überdurchschnittlich viele Behandlungsfälle zu betreuen (Deutschland 58,52). Nur in Berlin (62,49) und Bremen (63,21) lag die Personalbelastungszahl nach Fällen noch höher. In Hamburg wurden mit 52,47 Fällen hingegen die wenigsten Behandlungsfälle pro Vollkraft versorgt (Destatis, 2020d).⁹⁹ Pro Arbeitstag hatte eine Vollkraft im Pflegedienst im Jahr 2018 in Niedersachsen durchschnittlich 5,89 belegte Betten zu versorgen. Der bundesweite Durchschnittswert liegt bei 5,77 (ebd.)¹⁰⁰.

Die Kosten je Vollkraft im Pflegedienst in 2018 liegen in Niedersachsen mit 60 993 Euro ebenfalls über dem Bundesdurchschnitt in Höhe von 59 909 Euro (Mecklenburg-Vorpommern 52 259 Euro und Saarland 66 282) (Destatis 2020b).

Je nach Bundesland ergeben sich zudem Unterschiede in Bezug auf die Personalzusammensetzung nach Dienstarten (vgl. Abb. 17). Während der Anteil der Vollkräfte im Pflegedienst der Krankenhäuser 2018 in Brandenburg bei 42,6 % lag (Anteil der Vollkräfte im ärztlichen Dienst bei 18,9 %), betrug dieser in Berlin lediglich 32,8 % (Anteil der Vollkräfte im ärztlichen Dienst bei 20,8 %). Niedersachsen verzeichnete einen Anteil der Vollkräfte im Pflegedienst von 35,8 %

⁹⁶ Aus eigenen Berechnungen anhand der Grunddaten der Krankenhäuser 2018 geht hervor, dass 32,8 % der im Pflegedienst Tätigen teilzeitbeschäftigt sind (bei Teilzeitanteilen bis unter 30 Stunden).

⁹⁷ Pflegehelferinnen und -helfer/Pflegeassistentinnen und -assistenten werden hierbei nicht berücksichtigt.

⁹⁸ eigene Berechnung anhand der Grunddaten der Krankenhäuser 2018

⁹⁹ eigene Berechnung anhand der Grunddaten der Krankenhäuser 2018

¹⁰⁰ eigene Berechnung anhand der Grunddaten der Krankenhäuser 2018

(Anteil der Vollkräfte im ärztlichen Dienst bei 17,2 %) und liegt damit nah am Bundesdurchschnitt von 36,4 % (Anteil der Vollkräfte im ärztlichen Dienst in Deutschland bei 18,1 %) (Destatis, 2020d).

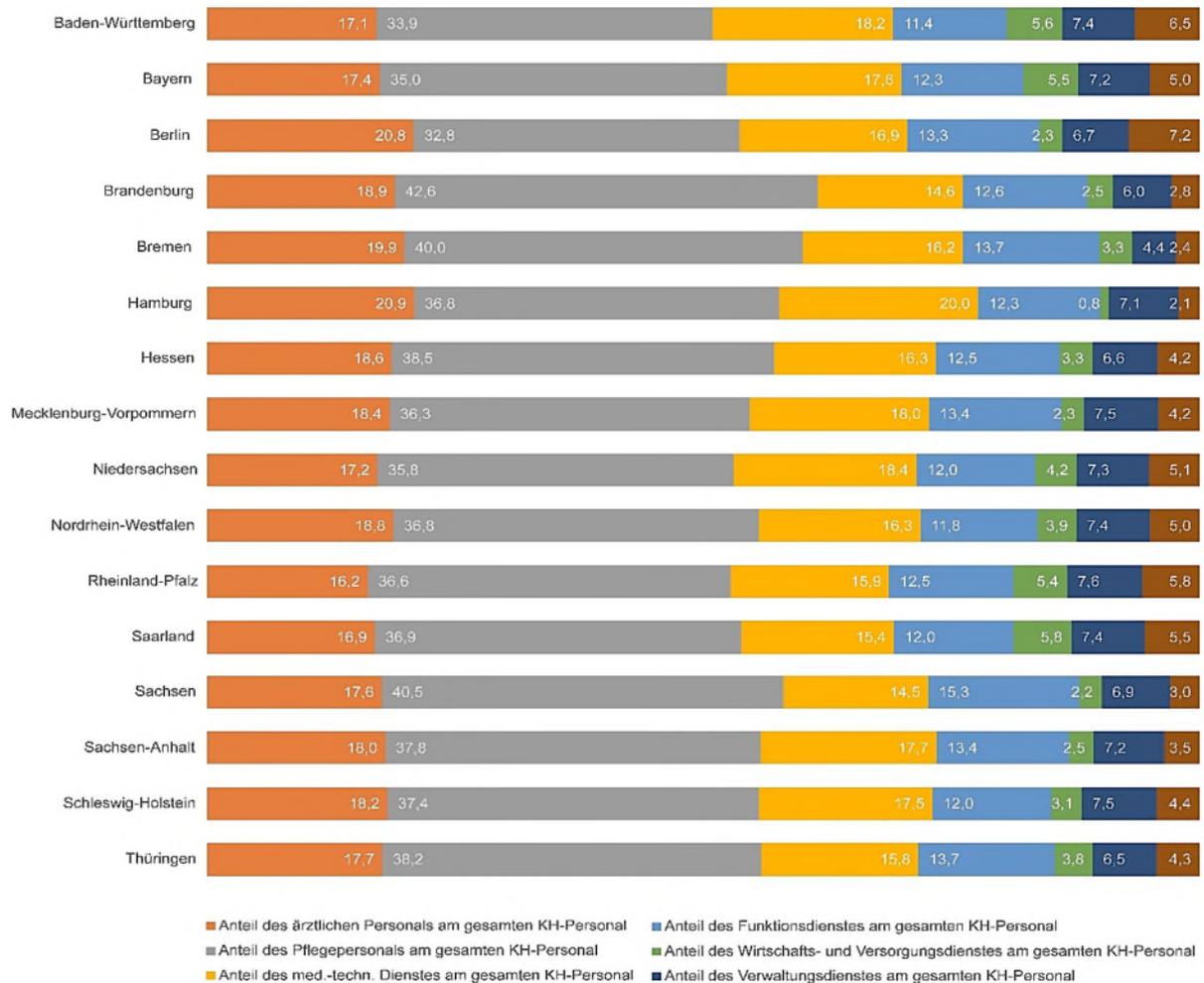


Abb. 17: Zusammensetzung der Vollkräfte nach Dienstarbeit im Krankenhaus nach Bundesland in Prozent, 2018. Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2020d, S. 27)

4.2. Wesentliche Erkenntnisse im Bereich der pflegerischen Versorgung im Krankenhaus

Für den Bereich der pflegerischen Versorgung im Krankenhaus wurden im Rahmen der Arbeit der Enquetekommission Herausforderungen hinsichtlich der Bereiche „Qualität und Strukturen der Versorgung“, „Finanzierung“, „Personal“ sowie „Aus- und Weiterbildung“ identifiziert. Folgend werden die in der Kommission diskutierten Problemlagen sowie die dazu beschlossenen Handlungsempfehlungen detailliert dargestellt. Eine Übersicht hierzu ist in Beschluss 4 (vgl. Anhang 1) aufgeführt.

4.2.1. Qualität und Strukturen der Versorgung

Um eine qualitativ hochwertige Versorgung im Krankenhaus gewährleisten zu können, wird nicht zuletzt eine gute und ausreichende Ausstattung im Pflegedienst benötigt. Obwohl dies

seit Langem diskutiert wird, gibt es bisher keinen über alle Einsatzgebiete verbindlichen Standard für die Personalbemessung, wodurch es einigen Krankenhäusern zunehmend Schwierigkeiten bereitet, ausreichend qualifiziertes Personal vorzuhalten. Herausforderungen liegen aus Sicht der Enquetekommission in folgenden Bereichen:

- Es liegt eine geringe Quote Pflegender in der direkten Versorgung am Bett vor, die durch teilweise hohe Betten- und Fallzahlen sowie zahlreiche Krankenhausstandorte bedingt ist.
- Es fehlen verbindliche Instrumente zur Ermittlung des Pflege- und Personalbedarfs in Krankenhäusern.
- Die Pflegepersonaluntergrenzen führen bislang nicht zu einer verbesserten Personalausstattung.

Probleme der pflegerischen Versorgung im Krankenhaus

Der internationale Vergleich der Anzahl der Pflegefachpersonen pro 1 000 Einwohnerinnen und Einwohner lässt vermuten, dass Deutschland über eine gute Pflegepersonalausstattung verfügt. Durch die teilweise hohen Betten- und Fallzahlen sowie zahlreichen Krankenhausstandorte ergibt sich jedoch nur eine geringe Quote Pflegender in der direkten Versorgung am Bett (vgl. Zander et al., 2017). Für viele Krankenhäuser stellt es sich als große Herausforderung dar, zusätzliches Pflegepersonal zu gewinnen. Auch Fördermittel, die über Pflegesonderprogramme bereitgestellt wurden (GKV-Spitzenverband, 2012, 2019), konnten sich nicht nachhaltig auf die Verbesserung der Personalausstattung in der Pflege auswirken. Im Rahmen einer von der niedersächsischen Krankenhausgesellschaft durchgeführten Umfrage, an der 75 % der zum Zeitpunkt der Umfrage zugelassenen 172 Krankenhäuser teilgenommen haben, hat von 2018 bis 2020 in 78,6 % der Krankenhäuser in Niedersachsen eine Aufstockung des Personals im Pflegedienst stattgefunden. Insgesamt 93,7 % der teilnehmenden Krankenhäuser gaben jedoch an, dass es schwierig oder sehr schwierig sei, Stellen im Pflegedienst zu besetzen (NKG, 2020a). Der Median der im Pflegedienst offenen Stellen lag bei 5,5 - hochgerechnet auf alle Krankenhäuser in Niedersachsen ergibt das 940 unbesetzte Stellen (ebd.).

In der Vergangenheit wurde eine Vielzahl von Instrumenten zur Ermittlung des Pflegepersonalbedarfs sowie des Aufwands pflegerischer Leistungen entwickelt, erprobt und aufgrund von Grenzen und Limitierungen dieser Methoden wieder verworfen. Ein in Deutschland weit verbreitetes Instrument zur Erfassung von Pflegebedarf bzw. von Pflegeleistungen ist die Pflegepersonalregelung (PPR). Diese wurde 1993 als leistungsorientiertes Berechnungssystem für stationär und teilstationär zu behandelnde Patientinnen und Patienten eingeführt und stellte für Krankenhäuser ein verbindliches Instrument zur Pflegepersonalbedarfsplanung dar. Im Hinblick auf die Minutenwerte, die den tatsächlichen Zeitbedarf für die Erbringung der für eine Pflegeaufwandsgruppe erforderlichen Leistungen nicht abbilden, den hohen Erfassungsaufwand sowie den damit einhergehenden Aufbau von 26 000 Stellen für Pflegende wurde die PPR im Jahr 1997 wieder abgeschafft. Diese ist aktuell in den Krankenhäusern nicht mehr gesetzlich vorgeschrieben, aber dennoch dient die PPR in vielen Krankenhäusern weiterhin als internes Steuerungsinstrument zum Zweck des Leistungsnachweises in der Pflege. Bisher hat sich kein Instrument zur Pflegepersonalbedarfsermittlung mit einer national oder international nennenswerten Verbreitung in der Fläche etablieren können (Oswald & Bunzemeier, 2020; Thomas et al., 2014), was bedeutet, dass verbindliche Instrumente zur Ermittlung des Pflege-/und Personalbedarfs noch immer in den Krankenhäusern fehlen.

Für die pflegerische Versorgung im Krankenhaus stellen Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) zurzeit den Versuch einer Sicherung der Pflegequalität dar, der jedoch auch mit Herausforderungen einhergeht. Es handelt sich um ein quantitatives Instrument, bei dem die Heterogenität des Pflegeaufwands von Patientinnen und Patienten (z. B. im Zeitverlauf des Krankenhausaufenthaltes) und das unterschiedliche Qualifikationsniveau der Pflegenden wenig Berücksichtigung finden. Auch fehlt es in Bezug auf die PpUG an einer organisatorischen Verortung der Definition pflegeintensiver Bereiche der PpUG (Leber & Vogt, 2020). Im Rahmen der Diskussionen der Enquetekommission wird deutlich, dass Pflegepersonaluntergrenzen als unterer Richtwert notwendig sind, insgesamt aber keine verbesserte Personalausstattung bewirken. Vielmehr besteht die Befürchtung, dass Personaluntergrenzen faktisch auch als Personalobergrenzen wirken könnten.

Bedingt durch die COVID-19-Pandemie wird die Anwendung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung vom 01.03.2020 bis 31.12.2020 teilweise ausgesetzt, um die Krankenhäuser zu entlasten und kurzfristige Anpassungen der Arbeitsabläufe und des Personaleinsatzes zu ermöglichen (Bundesministerium für Gesundheit, 2020).

Handlungsempfehlungen

Um den im vorherigen Abschnitt beschriebenen Herausforderungen im Bereich der Sicherheit und Qualität der Versorgung zu begegnen, hat die Enquetekommission Handlungsempfehlungen erarbeitet. Die Handlungsempfehlungen sind für das gesamte Kapitel fortlaufend nummeriert (vgl. Anhang 1, Beschluss 4).

Als zentrale Empfehlungen sind folgende Punkte hervorzuheben:

- Zur Stärkung der Qualität der stationären pflegerischen Versorgung bedarf es einer besseren Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Pflege und einer engeren Kooperation zwischen Krankenhäusern, z. B. im Sinne einer gemeinsamen Personalplanung und/oder Poolbildung.
- Um eine qualitativ hochwertige Pflege im Krankenhaus gewährleisten zu können, ist die Entwicklung eines wissenschaftsbasierten Instruments zur Ermittlung des Pflege- und Personalbedarfs von wesentlicher Bedeutung.

Die detaillierten Empfehlungen aus der Enquetekommission im votierten Wortlaut umfassen folgende Aspekte:

1. Stärkung der Qualität der stationären pflegerischen Versorgung

- a) Ausweitung von Bezugspflegesystemen in Form Primärer Pflege (z. B. „Primary Nursing“) und stärkere Berücksichtigung dieser Systeme unter arbeitsorganisatorischen Gesichtspunkten; empfohlen wird eine wissenschaftliche Begleitung
- b) Förderung der Verzahnung zwischen ambulanter Pflege und Pflege im Krankenhaus (z. B. Überleitungspflege und Entlassmanagement, pflegerische Sprechstunden wie onkologische Pflegeberatung und Wundmanagement)
- c) Stärkung der Kooperation zwischen Krankenhäusern statt Abwerbung von Fachpersonal (z. B. durch gemeinsame Personalplanung und/oder Poolbildung) (vgl. Stationäre medizinische Versorgung, Handlungsempfehlung 17f)

2. Entwicklung von Strategien/Instrumenten der Pflegepersonalbedarfsermittlung (vgl. Stationäre medizinische Versorgung, Handlungsempfehlung 17b)

- a) Umsetzung/Evaluation von Personaluntergrenzen in allen Versorgungseinheiten bis zur gesetzlichen Neuregelung des Instruments zur Ermittlung des Pflege- und Personalbedarfs
- b) Entwicklung eines neuen, wissenschaftsbasierten Pflegepersonalbemessungsinstruments unter Einbeziehung des vorgelegten Konzepts von DPR, ver.di und DKG

4.2.2. Finanzierung

Um das deutsche Gesundheitswesen auf zukünftige Herausforderungen einzustellen und Fehlentwicklungen der Vergangenheit zu korrigieren, wird neben einer Weiterentwicklung der Krankenhausstrukturen eine Reform der Krankenhausfinanzierung von Expertinnen und Experten gefordert. Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) hat die Bundesregierung selbst eine richtungsweisende Reform der Krankenhausfinanzierung angestoßen. Trotz des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes besteht derzeit noch eine strittige Auseinandersetzung bei der Frage nach einer sachgerechten Finanzierung von Pflegepersonal in der direkten Patientenversorgung.

Mangelnde Finanzierung von Pflegepersonal trotz Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG)

Das 2019 in Kraft getretene PpSG hat zum Ziel, durch eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen den Alltag der Beschäftigten in der Kranken- und Altenpflege zu verbessern. Wie eingangs beschrieben, werden im Rahmen dieses Gesetzes seit Januar 2020 Pflegekosten aus den DRGs herausgelöst und in Form eines Pflegebudgets vollumfänglich refinanziert. Die bisher DRG-relevanten Kosten werden somit um die in der Kalkulation berücksichtigten Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen bereinigt.

Zur Bestimmung des Pflegebudgets wurde zwischen den Selbstverwaltungspartnern Anfang 2019 die Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung (PPKAV)¹⁰¹ verhandelt und beschlossen, wonach eine größtmögliche Kongruenz zwischen der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten auf Bundesebene und der Abgrenzung der Pflegepersonalkosten der Krankenhäuser sichergestellt werden soll (Leber & Vogt, 2020). Nach Einschätzungen der Enquetekommission gibt diese jedoch lediglich eine Orientierung bei der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem Krankenhausbudget, aber keine Rechtssicherheit.

¹⁰¹ PPKAV vom 18.02.2019 abrufbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/drg/drg_2020/2019_02_18_KH_DRG_Pflegepersonalkosten-abgrenzungsvereinbarung.pdf (Stand: 09/2020)

In diesem Zusammenhang hat der Gesetzgeber ferner den GKV-Spitzenverband und den Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) gemäß dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) beauftragt, zusammen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) nähere Einzelheiten zur Verhandlung des Pflegebudgets im Rahmen einer Pflegebudgetverhandlungsvereinbarung¹⁰² festzuhalten. Trotz Pflegebudgetverhandlungsvereinbarung auf Bundesebene, welche insbesondere Angaben zu vorzulegenden Unterlagen und zur Rückzahlungsabwicklung nicht zweckentsprechend verwendeter Mittel enthält, werden weitere Rechtsstreitigkeiten bei Budgetverhandlungen erwartet.

Nach § 6 a Abs. 2 KHEntgG ist bei Beschäftigung von Pflegepersonal ohne direktes Arbeitsverhältnis mit dem Krankenhaus der Teil der Vergütungen, der über das tarifvertraglich vereinbarte Arbeitsentgelt für das Pflegepersonal mit direktem Arbeitsverhältnis mit dem Krankenhaus hinausgeht, nicht im Pflegebudget zu berücksichtigen. Vor diesem Hintergrund stellen auch die u. a. daraus resultierenden Streitigkeiten zwischen Kostenträgern und Einrichtungen über die Refinanzierung von Durchschnittsgehältern, Zahlung von Poolmitarbeiterinnen und -mitarbeitern oder von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die über Zeitarbeitsfirmen vermittelt wurden, eine Herausforderung dar.

Handlungsempfehlung

Vor dem Hintergrund der dargestellten Herausforderungen im Bereich der Finanzierung hat die Enquetekommission folgende Empfehlung (im Wortlaut) erarbeitet:

3. Sicherung einer sachgerechten Finanzierung von Pflegepersonal in der direkten Patientenversorgung

4.2.3. Personal

Die Verbesserung der Personalsituation von Pflegenden in deutschen Krankenhäusern ist für die zukünftige Sicherstellung einer bedarfsgerechten pflegerischen Versorgung von zentraler Bedeutung. Aus Sicht der Enquetekommission liegen die Kernherausforderung dabei in folgenden Bereichen:

- Die Arbeitsbedingungen in der Krankenpflege werden von vielen Beschäftigten als belastend erlebt.
- Die Attraktivität sowie Interessenvertretung der Pflegeberufe werden zum Teil als unzureichend wahrgenommen.
- Die Umsetzung und der Einsatz technischen Fortschritts sind ausbaufähig.

¹⁰² Pflegebudgetverhandlungsvereinbarung vom 23.09.2019 abrufbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/drg/drg_2020/2019_09_23_Pflegebudgetverhandlungs-Vb.pdf (Stand: 09/2020)

Belastende Arbeitsbedingungen für Pflegepersonal

Wenngleich eine überdurchschnittlich hohe Zahl der Beschäftigten in der Pflege den Sinn ihrer Arbeit, den gesellschaftlichen Nutzen und die Beschäftigungssicherheit positiv bewertet (Institut DGB-Index Gute Arbeit & ver.di, 2018), werden die Arbeitsbedingungen von vielen als belastend erlebt (Drupp & Meyer, 2019; Schmucker, 2019; Lück & Melzer, 2020).

Untersuchungen zeigen, dass die Beschäftigten in der Pflege überdurchschnittlich hohen physischen und psychischen Belastungen ausgesetzt sind. Körperliche Belastungen wie häufiges Arbeiten im Stehen sowie das Heben und Tragen schwerer Lasten gehören zum Arbeitsalltag vieler Pflegenden dazu (Schmucker, 2019). Auch Termin- und Leistungsdruck, Arbeitsverdichtung, gleichzeitige Betreuung verschiedener Aufgaben sowie die gefühlsmäßige Belastung sind weit verbreitet. Insgesamt sehen sich Pflegekräfte häufiger als andere Berufstätige physisch und psychisch belastenden Arbeitsanforderungen ausgesetzt, was sich wiederum im Überforderungs- und Stresserleben sowie in gesundheitlichen Auswirkungen widerspiegelt. Insbesondere psychosomatische Beschwerden, Muskel-Skelett-Beschwerden sowie Atemwegserkrankungen treten vermehrt auf (Drupp & Meyer, 2019; Lück & Melzer, 2020). Im Rahmen der Registered Nurse Forecasting (RN4Cast) Studie mit 12 europäischen Ländern und insgesamt 33 659 Pflegefachpersonen aus 488 Akutkrankenhäusern gaben 37 % der Befragten aus deutschen Krankenhäusern an, dass sie unzufrieden mit ihrer Tätigkeit sind. Weitere 30 % sahen sich zudem als von Burnout betroffen an (Aiken et al., 2012). Verdeutlicht werden diese Gegebenheiten u. a. durch den Krankenstand von AOK-Mitgliedern in pflegenden Berufen, wonach dieser 2019 für Berufe in der Altenpflege (ohne Spezifikation) mit 7,6 % und für Berufe in der Gesundheits- und Krankenpflege (ohne Spezifikation) mit 6,5 % überdurchschnittlich hoch war. Der durchschnittliche Krankenstand für alle Berufe lag bei 5,4 % (Meyer et al., 2020).

Im Rahmen einer Fallstudie, in der Effekte von Krankenhausarbeit auf die psychische Gesundheit von Pflegenden in einem Krankenhaus der Maximalversorgung untersucht wurden, ließen sich ferner eindeutige Effekte in Abhängigkeit vom Arbeitszeitmodell der Beschäftigten, von der Organisationseinheit sowie der Position der Pflegenden ausmachen. Während z. B. Pflegefachpersonen in sogenannten konservativen Bereichen wie der Inneren Medizin stärker psychisch belastet waren, erschienen in dieser Analyse Ambulanzen als der am geringsten belastende Einsatzort (Bär & Starystach, 2018).

Häufig empfinden beruflich Pflegende darüber hinaus die teilweise noch immer fehlende Wertschätzung und mangelnde fachlich orientierte Zusammenarbeit innerhalb und zwischen ärztlichem Dienst, der Pflege und weiteren Berufsgruppen als zusätzliche Herausforderung. Pflegefachpersonen, Ärztinnen und Ärzte sowie andere Berufsgruppen im Krankenhaus verfolgen das gemeinsame Ziel, Patientinnen und Patienten bestmöglich zu versorgen. Aus ihrem beruflichen Selbstverständnis heraus folgen jedoch die beiden in der direkten Patientenversorgung wichtigsten Berufsgruppen Pflege- und ärztlicher Dienst unterschiedlichen Paradigmen des Umgangs mit Patientinnen und Patienten, was häufig zu Konflikten in der praktischen Zusammenarbeit führt. Neben der unterschiedlichen inhaltlichen und zeitlichen Logik von Arbeitsabläufen können hierarchische Strukturen zu Gefühlen der Enttäuschung, Unzufriedenheit und Benachteiligung auf Seiten der Pflegefachpersonen führen (Bartholomeyczik, 2010; Ludwig, 2018).

Den Ergebnissen einer Repräsentativumfrage zum DGB-Index Gute Arbeit zufolge gehen rund 78 % der Beschäftigten in Pflegeberufen davon aus, ihrer Tätigkeit aufgrund diverser Belastungen nicht bis zur Verrentung nachkommen zu können (Institut DGB-Index Gute Arbeit & ver.di, 2018).

Mangelnde Attraktivität und Interessenvertretung der Pflegeberufe

Familienfreundliche Arbeitsbedingungen gewinnen in den vergangenen Jahren immer stärker an Bedeutung und tragen zur Attraktivität eines Berufsbildes bei. Im Pflegeberuf empfindet eine Vielzahl der Beschäftigten ihre berufliche Situation allerdings als belastend bzw. unattraktiv, da die Verlässlichkeit der Vereinbarkeit von Familie, Beruf und Freizeit häufig nicht gewährleistet ist. Als Ursachen hierfür lassen sich die gängigen Arbeitszeitmodelle, der Schichtdienst mit Wochenend- und Feiertagsdiensten, unzuverlässige Dienstpläne sowie (un-) geplante Überstunden subsumieren (Höhmann et al., 2016; Schmucker, 2019). Diese Faktoren haben in Verbindung mit den oben aufgeführten belastenden Arbeitsbedingungen für Pflegepersonal sowie der Unzufriedenheit, als Pflegefachperson professionelle Ansprüche an die Pflege nicht gewährleisten bzw. eigene moralische und ethische Ansprüche nicht erfüllen zu können (vgl. Giese, 2018), die mangelnde Attraktivität der Pflegeberufe zur Folge.

Eine weitere Herausforderung liegt aus Sicht der Enquetekommission in der mangelnden Interessenvertretung der Pflegeberufe. So fehlt es u. a. an politischer und pflegefachlicher Einflussnahme auf Augenhöhe mit anderen Berufsgruppen des Gesundheitswesens, z. B. mit der Ärzteschaft sowie Therapeutinnen und Therapeuten, wie auch der beruflichen Partizipation, Mitsprache und Mitbestimmung dieser Profession bei wichtigen pflegepolitischen Entscheidungsprozessen.¹⁰³

Mangelnde Umsetzung technischen Fortschritts und ausbaufähiger Einsatz technischer Möglichkeiten

Technische Entwicklungen im Rahmen der pflegerischen Versorgung erlangen zunehmend mehr Aufmerksamkeit. Eine erhöhte Nachfrage pflegerischer Versorgungsleistungen, bei gleichzeitig bestehenden Versorgungsengpässen aufgrund einer angespannten Personalsituation, verdeutlichen die immer größer werdende Rolle der Technisierung in der Pflege (Kuhlmey et al., 2019). So besteht überwiegend Einigkeit darüber, dass der Einsatz digitaler und technischer Ausrüstung in der pflegerischen Versorgung ein erhebliches Potenzial aufweist und zur Entlastung der Pflegenden führt. Wenngleich in den letzten Jahren Rahmenbedingungen für die Digitalisierung und Technisierung in der Pflege geschaffen und eine Reihe von Maßnahmen¹⁰⁴ zur Förderung der Anschaffung digitaler und technischer Ausrüstung beschlossen wurden (Daum, 2017), werden die mangelnde Umsetzung technischen Fortschritts und

¹⁰³ In Anbetracht des Ziels, die Bedingungen des Berufsstandes der Pflege auf politischer Ebene positiv zu beeinflussen und beruflich Pflegenden zu unterstützen, wurden in einigen Bundesländern, so in Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein wie auch in Niedersachsen, Pflegekammern eingerichtet. Im Rahmen einer Mitgliederbefragung Mitte 2020 zur Zukunft der Pflegekammer in Niedersachsen hat sich die Mehrheit der Befragten gegen einen Fortbestand der Kammer ausgesprochen, sodass die Landesregierung eingeleitet hat, die Pflegekammer aufzulösen (MS, 2020c).

¹⁰⁴ Zum Beispiel: E-Health-Gesetz (2015), § 8 Absatz 8 SGB XI durch das PpSG (2019), geplante Einführung einer elektronischen Patientenakte mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (2019) sowie Entwicklung und Erforschung neuer Pflegetechnologien im Rahmen des Clusters „Zukunft in der Pflege“ (2017)

der ausbaufähige Einsatz technischer Möglichkeiten moniert. Laut einer Umfrage des Instituts für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft an der Charité - Universitätsmedizin Berlin in Kooperation mit dem Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) aus dem Jahr 2019 - mit 355 beruflich Pflegenden (62 % aus dem Bereich des Krankenhauses) zum Einsatz von Technik in der Pflege herrscht in dieser Berufsgruppe durchaus Kenntnis über technische Anwendungen in der Pflege. So kannte über die Hälfte der Teilnehmenden zehn ausgewählte Technologien wie Hebehilfen, Sturzdetectoren oder Tablet- und Smartphone-Applikationen zur Dokumentation. Demgegenüber standen der fehlende Einsatz bzw. die fehlende Verfügbarkeit. Lediglich 28 % der Pflegenden hatten an ihrem Arbeitsort Zugang zu den Systemen (Kuhlmeier et al., 2019).

Handlungsempfehlungen

Ausgehend von den dargestellten Herausforderungen im Bereich des Personals hat die Enquetekommission Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Situation Pflegenden im Krankenhaus formuliert.

Als Kernpunkte sind folgende Ansätze hervorzuheben:

- Wesentlich für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten pflegerischen Versorgung sind eine ausreichende Personalausstattung in den Krankenhäusern sowie eine Attraktivitätssteigerung der Pflegeberufe.
- Insbesondere gilt es, die Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals zu optimieren und die interprofessionelle Zusammenarbeit zu verbessern.
- Darüber hinaus muss die Pflege durch gesetzliche Regelungen und eine starke politische Interessenvertretung insgesamt aufgewertet werden.

Die detaillierten Empfehlungen der Enquetekommission umfassen im Wortlaut folgende Aspekte:

4. Optimierung der Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals durch gesundheitsförderliche Rahmenkonzepte

- a) Förderung von Betrieblichem Gesundheitsmanagement (BGM; systematische Prozesse, Fokus auf verhältnisbezogene Ebene, z. B. Verbesserung von Prozessen, Führung, Teambuilding etc.) sowie Förderung von Betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF; Einzelmaßnahmen, Fokus auf individuelle Verhaltensebene, z. B. Angebot von Gesundheitskursen)
- b) Förderung von Maßnahmen zur Verbesserung des Arbeitsumfeldes (z. B. Konzept „Gesunde Kliniken“, „Green Hospitals“)

5. Förderung offener und weniger hierarchischer Kommunikation und Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen und innerhalb der Berufsgruppen (z. B. Pflegepersonal, Ärztinnen und Ärzte, Sozialarbeit, Hauswirtschaft, Therapeutinnen und Therapeuten)

- a) Stärkung bzw. Einführung digitaler Kommunikation und Dokumentation, gemeinsamer Visiten, Besprechungskultur
- b) Förderung flacherer Hierarchien und multiprofessioneller Teamstrukturen

- c) Stärkung und Setzen von Anreizen zur Umsetzung eines strukturellen Skill-Mix (passende Teamzusammensetzung in Bezug auf Fähigkeiten, Berufs- und Lebenserfahrung)

6. Förderung der Entwicklung innovativer und familienfreundlicher Arbeitszeitmodelle (z. B. Kerndienstzeitmodelle)

7. Entwicklung von Strategien für eine bessere Work-Life-Balance

- a) Berücksichtigung altersgerechter Arbeitsplätze (z. B. Projekt „Älter werden in der Pflege“)
- b) Ausbau von Angeboten zur Kinderbetreuung (z. B. vom Arbeitgeber reservierte und bezuschusste Kinderbetreuungsplätze mit ausreichenden Öffnungszeiten)
- c) Erstellung längerfristiger und verlässlicher Dienstpläne

8. Entwicklung gezielter Strategien bei Ausfällen des Pflegepersonals

- a) Entwicklung eines effektiven und modernen Personalausfallmanagements
- b) Förderung der Verfügbarkeit eines „Pools“
- c) Einführung eines Verfügungsmodells für eine strukturierte Ausfallkompetenz

9. Gezielter Einsatz von Pflegeassistentinnen und -assistenten

- a) Anerkennung, Stärkung und Integration des Beitrags von Pflegeassistentinnen und -assistenten zur Versorgung (vgl. Handlungsempfehlung 1a)
- b) Übernahme definierter Tätigkeiten zur Entlastung der Pflegefachpersonen durch ausgebildete Pflegeassistentinnen und -assistenten

10. Ausbau von Robotik in der Pflege

- a) Weiterentwicklung und Evaluation von Assistenzrobotik in der Pflege (Systeme zum Heben, Tragen und Stützen von Patientinnen und Patienten) und von robotischen Systemen zur Unterstützung von logistischen Aufgaben
- b) Anwenderschulungen für Pflegepersonal zur Nutzung, ethische Folgenabschätzungen, Sicherheits-, Gefährdungs- und haftungsrechtliche Beurteilung

11. Steigerung der Attraktivität der Pflegeberufe

- a) Stärkung der Wahrnehmung und Wertschätzung der Pflegeberufe
- b) Aufbau eines Qualifizierungsmoduls für Pflegeassistentinnen und -assistenten zur Pflegefachperson
- c) Förderung innovativer Aufgabenfelder in der Pflege (z. B. erweiterte Pflegepraxis durch akademisierte Pflegefachpersonen)
- d) Schaffung von Tätigkeitsprofilen anhand von Vorbehaltsaufgaben für Pflegefachpersonen
- e) Erhöhung des Handlungsspielraums von Pflegefachpersonen durch Delegation von Aufgaben (vgl. Ambulante medizinische Versorgung, Handlungsempfehlungen)

12. Aufwertung der Pflege durch gesetzliche Regelungen und Interessenvertretung

- a) Stärkung einer Interessenvertretung der Pflege

- b) Stärkung und Ausweitung des Rechts zur Ausübung der Heilkunde (Evaluation der Modellvorhaben (KAP.Ni); ggf. Ausweitung der Delegationsmöglichkeiten (Arztvorbehalt), vgl. Ambulante medizinische Versorgung, Handlungsempfehlungen 6 ff.)
- c) Mitsprache in Entscheidungsgremien
- d) Stärkung der Beteiligung der Pflegeexpertinnen und -experten in den Landesfachkommissionen zur Bewertung der Qualitätsergebnisse in den Krankenhäusern

13. Gezielte Förderung des Einsatzes von Pflegefachpersonen aus dem Ausland

- a) Beschleunigung der Anerkennung von Berufsqualifikationen aus dem Ausland und Verbesserung der Sprachkompetenz (Finanzierung von Integrations- und Sprachkursen; Sprachniveau mindestens B2)
- b) Erleichterung des Zugangs von qualifizierten Pflegefachpersonen (z. B. Verbesserungen des Fachkräfteeinwanderungsgesetzes in Verwaltungsverfahren, Übernahme von Integrationskosten (z. B. Sprach- und Einarbeitungskurse, Wohnraumbeschaffung))
- c) Förderung von Vernetzung und Kooperation bei Anwerbung, Einsatz (und Integration) von Pflegefachpersonen aus dem Ausland
- d) Ausbau internationaler Hochschulkooperationen (z. B. Erasmus Plus) für die gezielte Gewinnung von Pflegestudierenden aus dem Ausland für die Zeit nach dem Studium

4.2.4. Aus- und Weiterbildung

Eine qualitativ hochwertige pflegerische Versorgung bedingt eine hinreichende Verfügbarkeit von fachlich gut qualifiziertem Personal. Vor dem Hintergrund wissenschaftlicher Forschung mit stetig neuen Erkenntnissen und steigenden Qualitätsansprüchen im Bereich der Pflege ist eine gute und zielgerichtete Aus- und Weiterbildung unabdingbar und an die Entwicklungsbedarfe anzupassen. Aus Sicht der Enquetekommission liegen die Herausforderungen in folgenden Bereichen:

- Es bedarf einer zielorientierten Weiterentwicklung und Anpassung der Aus- und Weiterbildungsinhalte an die gegebenen Versorgungsbedarfe.
- Die Diskrepanz zwischen den erworbenen Qualifikationen und den realen Anforderungen im Pflegealltag nimmt zu.

Entwicklungsbedarfe bei Aus- und Weiterbildung

In den vergangenen Jahren scheint das Interesse von jungen Menschen an Pflegeberufen gestiegen zu sein. Dem Statistischen Bundesamt (2020) zufolge hat die Zahl der Auszubildenden wie auch die der Absolventinnen und Absolventen in der Pflege deutlich zugenommen. Demnach haben im Jahr 2019 insgesamt 71 300 Menschen eine Ausbildung in einem Pflegeberuf begonnen. Im Vergleich zum Vorjahr bedeutet das einen Anstieg von 8,2 %. Seit 2009 stieg die Zahl der Auszubildenden sogar um 39 %. Etwa 44 900 Menschen schlossen ihre Ausbildung in einem Pflegeberuf erfolgreich ab, was einen Anstieg von 25 % gegenüber dem Jahr 2009 bedeutet (Destatis, 2020a).

Gemäß dem DGB-Index Gute Arbeit ist der Pflegeberuf hinsichtlich berufsbegleitender Weiterbildungsmöglichkeiten im Vergleich zum Durchschnitt aller Beschäftigten sehr gut aufgestellt. Insgesamt 69 % der in der Kranken- und Altenpflege Tätigen wird es in (sehr) hohem

Maße ermöglicht, sich entsprechend ihren beruflichen Anforderungen weiterzubilden, während es bei allen Beschäftigten 54 % sind (Institut DGB-Index Gute Arbeit & ver.di, 2018).

Der demografische Wandel, Veränderungen der Krankheitsspektren von akuten zu vermehrt chronisch erkrankten und multimorbiden Patientinnen und Patienten, deren Versorgung insbesondere einen erhöhten Pflegeaufwand mit sich bringt (SVR, 2018; Wingefeld, 2020), sowie medizinisch-technische Fortschritte führen allerdings zu Veränderungen im Aufgabenprofil von Pflegefachpersonen und bedingen eine stetige Weiterentwicklung und Anpassung der Aus- und Weiterbildungsinhalte an die gegebenen Versorgungsbedarfe.

Insbesondere infolge demografischer Entwicklungen sind z. B. in der Krankenpflege zunehmend Qualifikationen aus der Altenpflegeausbildung erforderlich und umgekehrt in der Altenpflege Qualifikationen aus der Krankenpflegeausbildung. Allgemein hat der Bedarf an spezifischen Kompetenzen und pflegewissenschaftlicher Expertise in der pflegerischen Versorgung an Bedeutung gewonnen, fand jedoch bislang in den bestehenden Pflegeausbildungen nur wenig Beachtung. Folglich besteht eine Diskrepanz zwischen den erworbenen Qualifikationen und den realen Anforderungen im Pflegealltag (SVR, 2012). Mit der Einführung der generalistischen Pflegeausbildung im Jahr 2020 durch das Pflegeberufereformgesetz (PflBRefG) beabsichtigt der niedersächsische Gesetzgeber dieser Herausforderung zu begegnen.

Handlungsempfehlungen

Um den vorangegangenen Problemlagen im Bereich der Aus- und Weiterbildung zu begegnen, hat die Enquetekommission Empfehlungen erarbeitet.

Als zentrale Empfehlungen sind folgende Aspekte hervorzuheben:

- Wesentlich für die Sicherstellung einer ausreichenden Personalausstattung ist die Förderung und Weiterentwicklung von Ausbildung und Studium.
- Um darüber hinaus die Qualifikation des Pflegefachpersonals auf hohem Niveau gewährleisten zu können, müssen die Professionalisierung und Akademisierung der Pflege forciert werden.

Die Handlungsempfehlungen der Enquetekommission umfassen im votierten Wortlaut folgende Aspekte:

14. Förderung von Ausbildung

- a) Starke Steigerung der Auszubildendenzahl durch Ausbildungskooperationen im Klinikverbund
- b) Verbesserung der finanziellen Rahmenbedingungen wie Schulgeldfreiheit an allen Schulen und Ausbildungsvergütung für den Praxisanteil in der Pflegeassistentenausbildung
- c) Förderung von Pflegeschulen an Krankenhäusern zur Ausbildung/Weiterbildung des eigenen Personals
- d) Schaffung ausreichender Studienplätze für Berufsschullehrerinnen und -lehrer sowie Theorielehrpersonen im Berufsfeld Pflege sowohl grundständig als auch für den Quereinstieg (für staatliche Berufsschulen und Schulen in freier Trägerschaft)

- e) Bindung von Auszubildenden und frühzeitiges Aufzeigen von Karrierewegen
- f) Weiterentwicklung einer verbindlichen Weiterbildung

15. Förderung von Studium

- a) Schaffung ausreichender Studienplätze in Pflegestudiengängen (z. B. Pflegewissenschaft, Pflegemanagement, primärqualifizierende Studiengänge)
- b) Stärkung der dualen Studiengänge unter Einbeziehung der Pflegeausbildungsfinanzierung
- c) Stärkung der Interprofessionalität innerhalb der Gesundheitsfachberufe (z. B. Pflegefachpersonen, Ärztinnen und Ärzte sowie Therapeutinnen und Therapeuten) durch gemeinsames Studium und Aufgabenbewältigung (vgl. Gesundheitscampus Göttingen)
- d) Auskömmliche staatliche Finanzierung primärqualifizierender Pflegestudiengänge

16. Forcierung der Professionalisierung und Akademisierung der Pflege (vgl. SVR 2012)

- a) Erhöhung des Anteils von akademisch qualifiziertem Pflegepersonal in der direkten Patientenversorgung, einhergehend mit begleitenden Studien zur Beobachtung der Entwicklung der Qualität
- b) Umsetzung von Konzepten zur Integration akademisch Pflegenden im Krankenhaus insbesondere in der direkten Patientenversorgung
- c) Förderung von Weiterbildung durch Anhebung auf akademisches Niveau
- d) Schaffung von konsekutiven Masterstudiengängen und strukturierten Promotionsprogrammen für akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen

Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass der Grundpfeiler für eine zukünftige Sicherstellung einer bedarfsgerechten pflegerischen Versorgung im Krankenhaus eine ausreichende Personalausstattung ist. Neben der Optimierung der Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals ist die Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs in diesem Zusammenhang unabdingbar.

5. Hebammenversorgung und Geburtshilfe

5.1. Hintergrund

In der geburtshilflichen Versorgung sollen Sicherheit, hohe Versorgungsqualität und Selbstbestimmtheit der werdenden Mütter gewährleistet werden, um die Gesundheit von Mutter und Kind zu erhalten sowie mögliche Risiken von Schwangerschaft und Geburt auf ein Minimum zu reduzieren (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2017; G-BA, 2020h).

Damit dieses Ziel erreicht werden kann, sind sowohl eine qualitativ hochwertige ambulante Versorgung durch Hebammen und Ärztinnen und Ärzte als auch eine wohnortnahe stationäre Geburtshilfe von zentraler Bedeutung. Insbesondere die Sicherstellung der stationären Geburtshilfe steht jedoch in Deutschland vor erheblichen Herausforderungen (Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestags, 2019b). Denn hier entstehen teilweise Engpässe in der Versorgung aufgrund von Kapazitätsabbau und temporären Schließungen, einhergehend mit regional unterschiedlichen Betreuungsrelationen von Hebammen zu Schwangeren. Während an manchen Standorten kleine Geburtskliniken oder Abteilungen schließen, weil hohe Vorhaltekosten bei geringen Fallzahlen nicht refinanzierbar sind, arbeiten großen Zentren am personellen Limit. Zudem gestaltet sich die Personalgewinnung als zunehmend herausfordernd. Denn obwohl die Zahl ausgebildeter Hebammen noch nie so hoch war wie heute, entscheiden sich aufgrund belastender Arbeitsbedingungen und als unangemessen wahrgenommener Vergütung immer weniger Hebammen für eine Tätigkeit in der stationären Versorgung (Albrecht et al., 2019).¹⁰⁵ Daraus entsteht ein Konfliktfeld: Bürgerinnen und Bürger bzw. werdende Eltern nehmen individuell Versorgungsdefizite wahr, wenn die Geburtshilfeabteilung vor Ort geschlossen wird. Gleichzeitig besteht die Erwartung, dass ein hoher Versorgungsstandard gewährleistet wird, um generell und insbesondere im Fall von Komplikationen die bestmögliche Versorgung von Mutter und Kind garantieren zu können.

Neben diesen strukturellen Herausforderungen weisen auch Ergebnisparameter wie eine in Deutschland im europäischen Vergleich hohe und regional heterogene Kaiserschnitttrate, eine hohe und steigende Frühgeborenenrate sowie eine noch weiter reduzierbare Säuglingssterblichkeit auf Handlungsbedarfe hin (Bundesministerium für Gesundheit, 2017; zur Nieden, 2020).

In Anbetracht dieser Entwicklungen konzentrieren sich die folgenden Ausführungen auf die stationäre Hebammenversorgung und Geburtshilfe. Beleuchtet werden bereits umgesetzte Maßnahmen auf Bundes- und Landesebene sowie aktuelle Herausforderungen und Handlungsempfehlungen für Niedersachsen. Insgesamt lassen sich aus Sicht der Enquetekommission folgende Punkte konstatieren:

- Alle an der Geburtshilfe beteiligten Berufsgruppen in Niedersachsen leisten einen wertvollen Beitrag zur gesundheitlichen Versorgung und Begleitung von werdenden Müttern und Vätern, Kindern und Familien.

¹⁰⁵ Das Forschungs- und Beratungsinstitut IGES erstellte 2019 im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums ein Gutachten, das die Situation der Geburtshilfe in Krankenhäusern untersucht. Neben der Auswertung statistischer Bevölkerungs- und Krankenhausdaten wurden sowohl Geburtskliniken, Hebammen als auch Mütter befragt (Albrecht et al. 2019).

- Dennoch sind Verbesserungen der personellen Situation, der Arbeitsbedingungen sowie Anpassungen der finanziellen Rahmenbedingungen erforderlich, um landesweit eine bestmögliche Versorgung zu gewährleisten und zentrale Outcomes zu verbessern.
- Wesentlich ist zudem die Förderung von Maßnahmen, die die interprofessionelle Zusammenarbeit aller beteiligten Fachkräftegruppen im Sinne der Versorgungsqualität optimieren.
- Die Maßnahmen sollten darüber hinaus darauf zielen, physiologische Geburten¹⁰⁶ zu fördern und dabei die Autonomie werdender Eltern zu achten.

5.1.1. Besonderheiten der Hebammenversorgung und Geburtshilfe in Deutschland

In Deutschland haben Frauen während der Schwangerschaft sowie bei und nach der Entbindung Anspruch auf ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe (§ 24 c Nr. 1 SGB V) und eine ambulante oder stationäre Entbindung (§ 24 c Nr. 3 SGB V)¹⁰⁷. Die Geburtshilfe stellt einen Teilbereich der Gynäkologie (Frauenheilkunde) dar und umfasst vielfältige Aufgaben in der Geburtsvorbereitung, Geburtsbegleitung und Nachsorge. In Deutschland erfolgen 98 % aller Geburten im Krankenhaus, 2 % der Geburtsbetreuungen finden in Geburtshäusern oder im Rahmen einer Hausgeburt statt (Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestags, 2019b).

Neben Ärztinnen und Ärzten sind nur Personen mit der Berufsbezeichnung „Hebamme“ befugt, Geburtshilfe zu leisten.¹⁰⁸ Ärztinnen und Ärzte unterliegen nach § 4 des Hebammengesetzes (HebG) der Verpflichtung, zu jeder Geburt - unabhängig von ihrem Schweregrad - eine Hebamme hinzuzuziehen. Das Aufgabenspektrum von Hebammen in Deutschland umfasst gemäß HebG die allgemeine Beratung zur Familienplanung, die Schwangerenvorsorge, die Betreuung der Gebärenden während der Geburt, die Überwachung des Wochenbetts, die Stillberatung, die selbstständige Leitung von physiologischen Geburten sowie die Untersuchung, Pflege und Überwachung von Neugeborenen und Säuglingen. Geburten werden durch Hebammen im Krankenhaus, im Geburtshaus oder auch zuhause begleitet. Dabei sind sie teilweise in den Einrichtungen angestellt oder freiberuflich tätig. Sogenannte Beleghebammen arbeiten freiberuflich in der außerklinischen Geburtshilfe, begleiten Frauen aber auch bei der klinischen Geburt und rechnen ihre Leistungen im Rahmen von Belegverträgen direkt mit den Krankenkassen ab (Hebammen-Vergütungsvereinbarung, 2018).

¹⁰⁶ Der Begriff der „physiologischen Geburt“ ist nicht einheitlich definiert. Der Verwendung im Rahmen des Nationalen Gesundheitsziels folgend, soll sie hier als Geburt verstanden werden, „bei der keine oder möglichst wenige, gut begründete Interventionen durchgeführt werden“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2017, 37).

¹⁰⁷ Detailliertere Ausführungen hierzu beinhalten § 24d und f.

¹⁰⁸ In den folgenden Darstellungen wird durchgehend für alle Geschlechter der Terminus „Hebamme“ verwendet, da laut Hebammenreformgesetz (HebRefG) die männliche Bezeichnung „Entbindungspfleger“ entfällt.

Auch die gesetzliche Grundlage für das Studium und den Beruf von Hebammen in Deutschland ist im Hebammengesetz definiert. Dieses enthält Angaben zur Berufserlaubnis, zum Tätigkeitsumfang und zur Ausbildung.¹⁰⁹ Letztere wurde mit dem Hebammenreformgesetz (HebRefG) im Jahr 2020 umfassend reformiert und modernisiert. Demnach soll die Ausbildung von Hebammen im Rahmen eines Studiums stattfinden, womit zugleich die Berufsanerkennungsrichtlinie der Europäischen Union fristgemäß umgesetzt wird. Die akademische Ausbildung dauert mindestens sechs und höchstens acht Semester und schließt mit dem akademischen Grad Bachelor und der Berufsbezeichnung „Hebamme“ ab.¹¹⁰

Insgesamt waren in Deutschland im Jahr 2018 ca. 25 000 Hebammen tätig (Destatis, 2020c), wovon 10 811 einer Beschäftigung in Krankenhäusern nachgingen (davon 1 324 Beleghebammen) (Destatis, 2020d). Die Zahl der in Krankenhäusern beschäftigten Fachärztinnen und -ärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe lag im Jahr 2018 bei 5 848 (Destatis, 2020d).

Die Geburtenzahl ist in Deutschland seit einem Tiefststand im Jahr 2011 (662 685 Lebendgeburten pro Jahr) bis 2016 deutlich gestiegen (792 141) und zeigt seitdem einen leicht sinkenden Trend (2019: 778 090)¹¹¹ (Destatis, 2020f).¹¹²

Auf Bundesebene wurde bereits 2017 das gesamte Themenfeld „Gesundheit rund um die Geburt“ als eines der Nationalen Gesundheitsziele definiert.¹¹³ In diesem Kontext entwickelte eine interdisziplinäre Expertengruppe Empfehlungen zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett und zur Entwicklungsphase im ersten Jahr nach der Geburt eines Kindes. Bezogen auf die Geburtenbetreuung wurde als Kernziel die Ermöglichung und Förderung physiologischer Geburten festgeschrieben (Bundesministerium für Gesundheit, 2017). Darüber hinaus wurden im Rahmen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) Regelungen etabliert, die die Hebammenversorgung verbessern sollen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat im Bereich der Neonatologie und Geburtshilfe 2004 eine Mindestmengen-Regelung (Mm-R) für die Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1 250 g festgelegt (G-BA, 2020c).¹¹⁴ Für normale „low risk“-Geburten gelten in Deutschland bislang keine Mindestmengen, ihre Einführung wird aber seit längerem in der Fachöffentlichkeit diskutiert (Albrecht, 2019).

Im Kontext des Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetzes (GPVG) soll außerdem den regional sehr unterschiedlichen Betreuungsrelationen von Hebammen zu Schwangeren begegnet werden. Das Gesetz umfasst u. a. ein dreijähriges Hebammenstellen-Förderprogramm für die Jahre 2021 bis 2023, in dessen Rahmen Krankenhäuser zusätzliche finanzielle Mittel erhalten, mit denen die Neueinstellung und Aufstockung vorhandener Teil-

¹⁰⁹ Darüber hinaus hat jedes Bundesland eigene Rechtsverordnungen über die Berufspflichten von Hebammen. In Niedersachsen handelt es sich hierbei um das Niedersächsische Gesetz über die Ausübung des Hebammenberufs (NHebG) von 2004.

¹¹⁰ Bis Ende 2022 sieht das HebRefG einen Übergangszeitraum vor. In diesem Zeitraum kann neben einem Hebammenstudium auch eine Hebammenausbildung nach altem Recht begonnen werden, welche bis Ende 2027 abgeschlossen sein muss (Bundesministerium für Gesundheit 2020)

¹¹¹ Ein besonders starker Anstieg war von 2014 bis 2016 u. a. ausgelöst durch Zuwanderungsprozesse zu verzeichnen (Pöttsch, 2018).

¹¹² Zur detaillierteren Darstellung von kapazitären Entwicklungen und der Einschätzung aktueller oder zukünftiger Kapazitätsengpässe vgl. Abschnitt 9.1.

¹¹³ Weitere Nationale Gesundheitsziele wurden z. B. bereits für die Themen Diabetes mellitus, Tabakkonsum, Brustkrebs und depressive Erkrankungen formuliert und umgesetzt (www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitsziele).

¹¹⁴ Die Mindestmenge beträgt 14 Fälle pro Jahr (G-BA, 2020c).

zeitstellen von Hebammen und unterstützendem Fachpersonal gefördert werden. Vertreterinnen der Frauenärztinnen und -ärzte sowie der Hebammen begrüßen das Vorhaben, kritisieren es jedoch als nicht weitgehend genug (DHV & DGGG, 2020).

5.1.2. Geburtshilfe im internationalen Vergleich

Bei der Betrachtung der Geburtshilfe im internationalen Vergleich können an dieser Stelle nur ausgewählte, prägnante Aspekte hervorgehoben werden (für eine vergleichende Darstellung der Versorgung in einzelnen europäischen Ländern vgl. Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestags, 2019).

Im Jahr 2018 lag die Geburtenziffer in Deutschland mit 1,57 Kindern je Frau etwas höher als im EU-Durchschnitt (1,55 Kinder je Frau) (Eurostat, 2020b). In Bezug auf das Alter beim ersten Kind gehörten die Mütter in Deutschland 2018 mit durchschnittlich 29,7 Jahren im EU-Vergleich zum älteren Drittel (Eurostat, 2020a).

Insbesondere die in Deutschland lange Zeit ansteigende und aktuell im internationalen Vergleich immer noch hohe Kaiserschnitttrate ist Gegenstand von Diskussionen über die Qualität der Geburtshilfe. Mit einem Anteil von 29,1 % (2018) an allen Krankenhausgeburten zählt Deutschland zu den Ländern mit den höchsten Eingriffsraten. Deutlich weniger Kaiserschnitte werden z. B. in Finnland (16,4 % im Jahr 2015), Schweden (18,3 % im Jahr 2014) und den Niederlanden (17,4 % im Jahr 2015) durchgeführt (Destatis, 2020e; Euro-Peristat Project, 2018).

Die Säuglingssterbewahrscheinlichkeit in Deutschland lag 2018 mit 3,1 je 1 000 Lebendgeborene¹¹⁵ deutlich unter dem europäischen Durchschnitt (7,5/1 000). Der Blick z. B. in skandinavische Länder macht jedoch deutlich, dass die Rate sich noch weiter reduzieren ließe (vgl. Abb. 18). Diese lag im selben Jahr in Finnland bei 1,4 je 1 000 Lebendgeborene und in Norwegen bei 2,5 je 1 000 Lebendgeborene (zur Nieden, 2020).

¹¹⁵ In Niedersachsen waren noch höhere Werte zu verzeichnen: Für den Zeitraum von 2016 bis 2018 betrug die Rate 4,2/ 1 000 bei Jungen und 3,6/1 000 bei Mädchen (zur Nieden, 2020). Allerdings ist laut Nieden „bei internationalen Vergleichen [...] stets zu beachten, dass unterschiedliche Definitionen (beispielsweise von Lebendgeburt und Totgeburt) sowie unterschiedliche Mess- und Erhebungskonzepte einen Einfluss auf den Vergleich haben können. In vielen Ländern basiert die Erhebung der Säuglingssterblichkeit beispielsweise auf Befragungen und Stichprobenerhebungen in unterschiedlicher Qualität und nicht auf Vollerfassungen, die sich auf ein etabliertes Meldewesen beziehungsweise Bevölkerungsregister stützen. Dennoch ist eine grobe Einordnung der Säuglingssterblichkeit Deutschlands im internationalen Kontext möglich“ (S. 70).

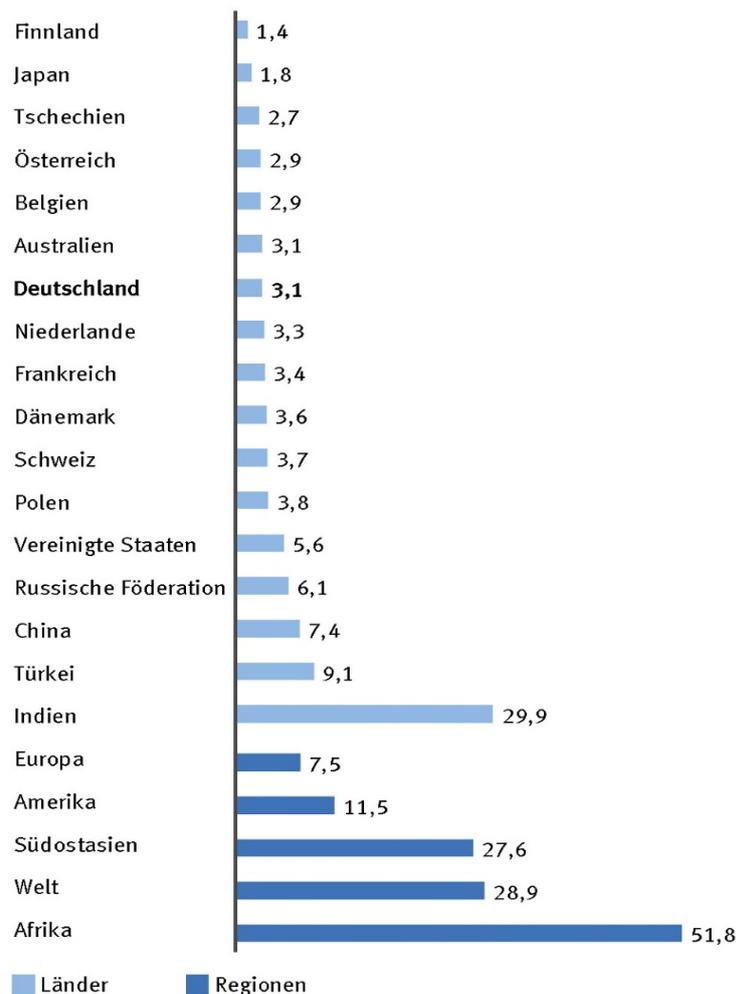


Abb. 18: Säuglingssterbewahrscheinlichkeit für ausgewählte Länder und Regionen 2018 je 1000 Lebendgeborene (zur Nieden, 2020, S. 71)

Auch die Frühgeborenenrate hat zwischen 2008 und 2017 um 21 % zugenommen und liegt aktuell doppelt so hoch wie in Schweden (Dormann et al., 2019).

Insgesamt deuten diese Parameter darauf hin, dass die Outcomes der geburtshilflichen Versorgung in Deutschland gut, aber im internationalen Vergleich noch optimierbar sind.

5.1.3. Status Quo der Hebammenversorgung und Geburtshilfe in Niedersachsen

Von den 7,99 Mio. Einwohnerinnen und Einwohnern waren 2019 rund 1,3 Mio. Frauen im gebärfähigen Alter (15 bis 44 Jahre). Dies entspricht einem Anteil von etwa 17 % der Gesamtbevölkerung des Bundeslandes (GBE, 2020b). Insgesamt wurden nach Angaben der Gesundheitsberichterstattung (GBE) der Länder in Niedersachsen 73 286 Lebendgeborene gezählt (GBE, 2020c).

Zwischen 2000 und 2011 sank die absolute Zahl an Lebendgeborenen von 79 436 auf 61 280 (vgl. Abb. 19). Seitdem ist diese Zahl wieder angestiegen auf 73 286 Lebendgeborene im Jahr 2019, hat aber das frühere Niveau nichterreicht (GBE, 2020c).

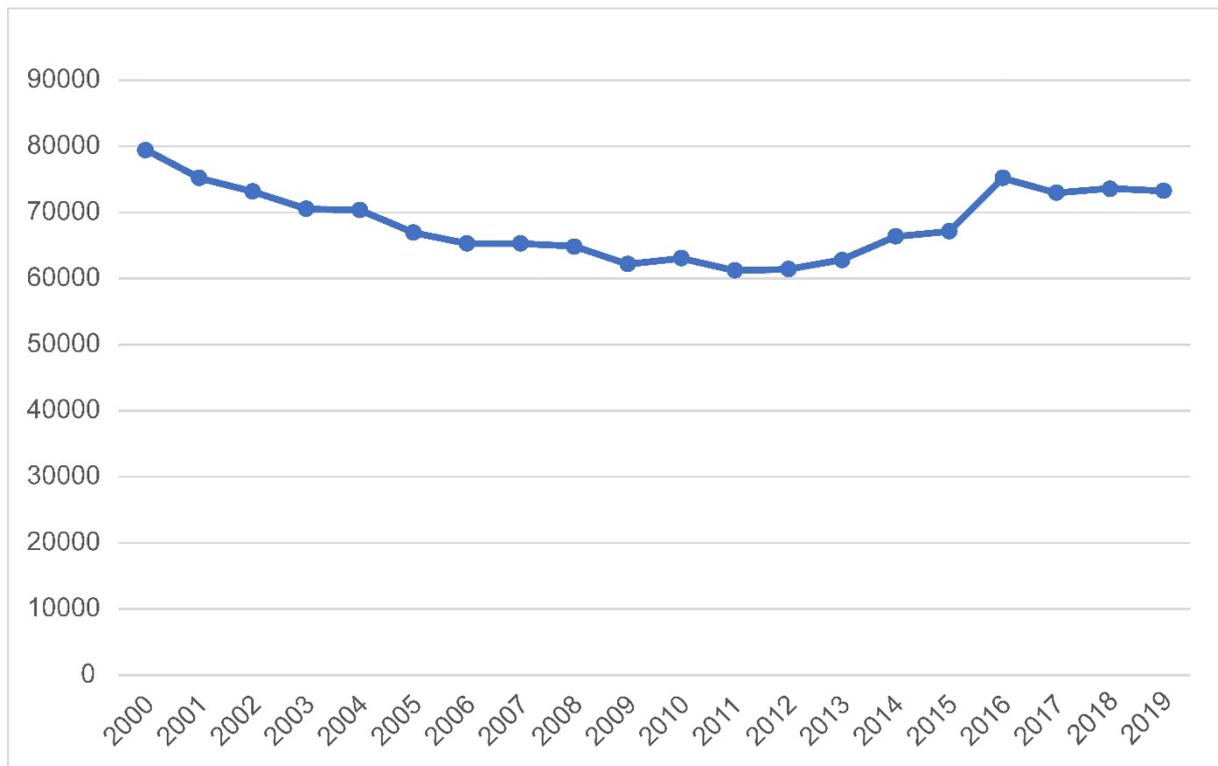


Abb. 19: Statistik der Lebendgeburten in Niedersachsen. Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2020f)

Auch die Zahl der Geburten je 1 000 Frauen im gebärfähigen Alter (Fruchtbarkeitsrate) ist von 49,8 je 1 000 Frauen im Jahr 2000 auf 55 je 1 000 im Jahr 2019 (ebd.) angestiegen.

Für die geburtshilfliche Versorgung in Krankenhäusern existieren in Niedersachsen 67 Abteilungen für Geburtshilfe mit 965 Planbetten. In den vergangenen Jahren hat sich die Anzahl der Geburtskliniken in Niedersachsen deutlich verringert. Diese Entwicklung ist in ähnlichem Umfang auch bundesweit festzustellen (MS, 2020; vgl. zur detaillierteren Darstellung der Entwicklung im Zeitverlauf Abschnitt 5.2.1.). In den niedersächsischen Krankenhäusern sind 858 festangestellte Hebammen sowie 504 hauptamtliche Ärztinnen und Ärzte im Gebiet der Frauenheilkunde und Geburtshilfe tätig (LSN, 2019).¹¹⁶

In Niedersachsen tätige Hebammen haben ihre Tätigkeit im Einklang mit dem Niedersächsischen Gesetz über die Ausübung des Hebammenberufs (NHebG) auszuüben. Dieses Gesetz enthält zusätzlich zu dem bundesweit geltenden HebG weitere Bedingungen und Pflichten für Hebammen. Hebammen sind demnach z. B. verpflichtet, Qualitätssicherungsmaßnahmen durchzuführen (§ 2 Absatz 1 NHebG), in höchstens dreijährigem Abstand an Fortbildungen teilzunehmen (§ 2 Absatz 2 NHebG) und ihren Meldepflichten gegenüber der unteren Gesundheitsbehörde nachzukommen (§ 7 NHebG).

Die durch das HebRefG beschlossene Ausbildung von Hebammen im Rahmen eines Studiums erfolgt in Niedersachsen an den Standorten Osnabrück (Hochschule Osnabrück), Hannover (Medizinische Hochschule Hannover), Göttingen (Universitätsmedizin Göttingen und Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst Hildesheim/Holzminde/Göttingen) und

¹¹⁶ Für Geburten außerhalb von Krankenhäusern stehen in Niedersachsen in Oldenburg, Ottersberg, Walsrode, Hannover und Göttingen Geburtshäuser zur Verfügung (Deutscher Hebammenverband, 2020). Hebammengeleitete Kreißsäle finden sich in Niedersachsen in Hildesheim, Gehrden und Osnabrück (Deutscher Hebammenverband, 2019a).

Oldenburg (Universität Oldenburg und Jade Hochschule Wilhelmshaven/Oldenburg/Elsfleth). Insgesamt soll in Niedersachsen eine Kapazität von 185 Studienanfängerplätzen entstehen. Darin enthalten sind 45 Studienanfängerplätze, die die Hochschule Osnabrück bereits im ausbildungsintegrierenden und berufsbegleitenden Studiengang Midwifery anbietet. 140 primärqualifizierende Studienplätze für Hebammen werden neu geschaffen. Für diese zusätzlichen Plätze sind im Entwurf des Landeshaushalts für 2021 Mittel in Höhe von bis zu 3,022 Mio. Euro eingeplant, die in den Folgejahren weiter anwachsen. Im Endausbau sollen für die Studienplätze bis zu 5,728 Mio. Euro zur Verfügung stehen. Darüber hinaus sind für die Nachqualifizierung bereits ausgebildeter Hebammen 585 000 Euro sowie für Qualifikationsmaßnahmen für Praxisanleiterinnen und Praxisleiter 54 000 Euro vorgesehen.

Mit der Sicherstellung und Verbesserung der geburtshilflichen Versorgung in Niedersachsen beschäftigt sich zum einen der Runde Tisch „Hebammenversorgung in Niedersachsen“ unter der Federführung des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (Niedersächsischer Landtag, 2019a). Zum anderen wird die Umsetzung des nationalen Gesundheitsziels „Rund um die Geburt“ in Niedersachsen durch das Aktionsbündnis „Gesundheit rund um die Geburt“ vorangetrieben (Aktionsbündnis „Gesundheit rund um die Geburt in Niedersachsen“, o. J.).¹¹⁷

Von Bedeutung für die niedersächsische Hebammenversorgung sind zudem die kommunalen Hebammenzentralen.¹¹⁸ Diese stellen für werdende Mütter und Familien einen zentralen Ansprechpartner für die Suche nach einer Hebamme oder nach Geburtsvorbereitungs- und Rückbildungskursen dar. Auch Hebammen können in den Hebammenzentralen z. B. zu Fragen der Freiberuflichkeit Unterstützung finden (Hebammenzentrale Region Hannover, o. J.).

5.2. Wesentliche Erkenntnisse im Bereich der Hebammenversorgung und Geburtshilfe

In der Enquetekommission wurden für den Bereich Hebammenversorgung und Geburtshilfe Herausforderungen hinsichtlich der Bereiche „Qualität und Strukturen der Versorgung“, „Finanzierung“, „Personal“ sowie „Aus- und Weiterbildung“ diskutiert. In den weiteren Ausführungen erfolgt eine detaillierte Darstellung der analysierten Problemlagen und beschlossenen Handlungsempfehlungen. Die dazugehörige Übersicht findet sich in Beschluss 5 (vgl. Anhang 1).

5.2.1. Qualität und Strukturen der Versorgung

Herausforderungen im Kontext von Qualität und Strukturen der Versorgung liegen aus Sicht der Enquetekommission in folgenden Bereichen:

¹¹⁷ Das Bündnis ist ein Zusammenschluss von über 60 Organisationen, Vereinen und Verbänden, darunter die Landesarbeitsgemeinschaft kommunaler Frauen- und Gleichstellungsbüros Niedersachsen, der Landesfrauenrat Niedersachsen e. V. und seine Mitgliedsvereine sowie der Niedersächsischen Hebammenverband (Aktionsbündnis „Gesundheit rund um die Geburt in Niedersachsen“, o. J.).

¹¹⁸ In Niedersachsen sind derzeit 15 Hebammenzentralen etabliert (in Leer, Friesland, Cloppenburg, Emsland, Hannover, Stade, Oldenburg, Ammerland, Delmenhorst, Landkreis Oldenburg, Aurich, Gifhorn, Wesermarsch, Osnabrück und in Braunschweig). In Wolfsburg befindet sich eine Hebammenzentrale im Aufbau, weitere Standorte befinden sich in Planung (MS, 2020a).

- In der geburtshilflichen Versorgung bestehen Engpässen aufgrund von Kapazitätsabbau, temporären Schließungen und personeller Überlastung.
- Einzelne Qualitätsaspekte der geburtshilflichen Betreuung sind optimierbar.
- Ein Mangel an verbindlichen interprofessionellen Regelungen erschwert die Kommunikation und Zusammenarbeit aller beteiligten Akteure.

Engpässe in der Versorgung aufgrund von Kapazitätsabbau, temporären Schließungen und Überlastung

Im Bereich der Geburtshilfe sind, wie oben bereits dargelegt, spürbare Versorgungsengpässe und Konzentrationsprozesse zu beobachten. Deutschlandweit und auch für Niedersachsen zeigte sich zwischen 1991 und 2017 eine Abnahme der Anzahl von Krankenhäusern mit Entbindungen um ca. 43 % (Albrecht et al., 2019). Seit 2017 wurden in Niedersachsen insgesamt 15 % der geburtshilflichen Abteilungen geschlossen. Die Schließungen geburtshilflicher Abteilungen erfolgen vor allem aufgrund erhöhter Kosten, Personalmangel und niedriger Fallzahlen. Dies dokumentiert sich u. a. darin, dass Schließungen von Abteilungen der Geburtshilfe vor allem in kleineren Kliniken erfolgen. Deutschlandweit handelte es sich bei den Kliniken, deren Geburtshilfeabteilung zwischen 2010 und 2017 geschlossen wurden, zu 81,7 % um Standorte, die weniger als 500 Geburten pro Jahr aufweisen (vgl. Abb. 20) (Albrecht et al., 2019).

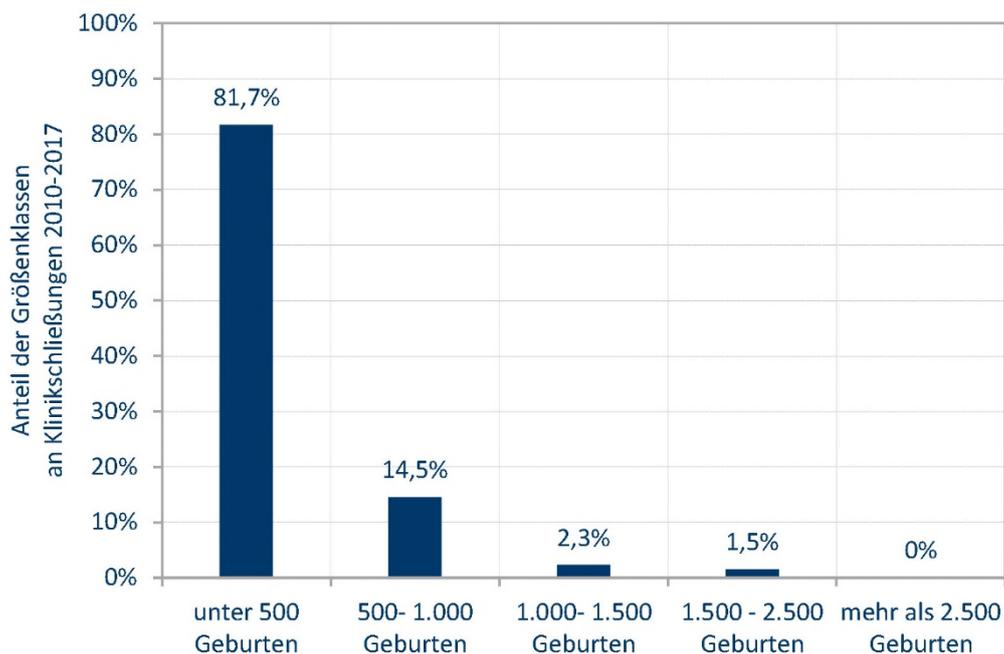


Abb. 20: Verteilung der geschlossenen Geburtskliniken nach Größenklasse, 2010-2017 (Albrecht et al., 2019, S. 84)

Die Schließungen können eine Einschränkung der wohnortnahen Versorgung bedeuten, so dass die Erreichbarkeit eines Krankenhauses mit geburtshilflicher Abteilung in Notfällen unter Umständen nicht mehr gegeben ist. Vor diesem Hintergrund können seit einem entsprechenden G-BA-Beschluss aus dem Jahr 2018 auch für die Geburtshilfe Sicherstellungszuschläge

erteilt werden, um so die stationäre geburtshilfliche Versorgung auch in dünn besiedelten Regionen aufrechtzuerhalten. Voraussetzung für die Erteilung eines Sicherstellungszuschlags ist, dass ein geringer Versorgungsbedarf besteht. Gemäß § 4 der Sicherstellungszuschläge-Regelungen liegt dieser für Fachabteilungen der Geburtshilfe vor, wenn die durchschnittliche Bevölkerungsdichte im Versorgungsgebiet des Krankenhauses unterhalb von 20 Frauen im Alter zwischen 15 und 49 Jahren je Quadratkilometer liegt (G-BA, 2020b). Zudem wird geprüft, ob die Leistungen im Fall einer Schließung des Krankenhauses durch ein anderes Krankenhaus erbracht werden können. Die flächendeckende Versorgung gilt als gefährdet, wenn mindestens 950 Frauen im Alter zwischen 15 und 49 Jahren Pkw-Fahrzeiten von mehr als 40 Minuten aufwenden müssen, um das nächste geeignete Krankenhaus zu erreichen (G-BA, 2020b).

In Deutschland lag der Anteil der Frauen im gebärfähigen Alter, die 40 Minuten oder mehr zum Erreichen einer Geburtsklinik benötigen, im Jahr 2018 bei 3,1 % (vgl. Abb. 21) (Albrecht et al., 2019). Auch in Niedersachsen war die Erreichbarkeit innerhalb von bis zu 40 Minuten 2018 in weiten Teilen des Landes gegeben. Vereinzelt zeigen sich allerdings Gebiete, in denen längere Fahrtzeiten benötigt werden.

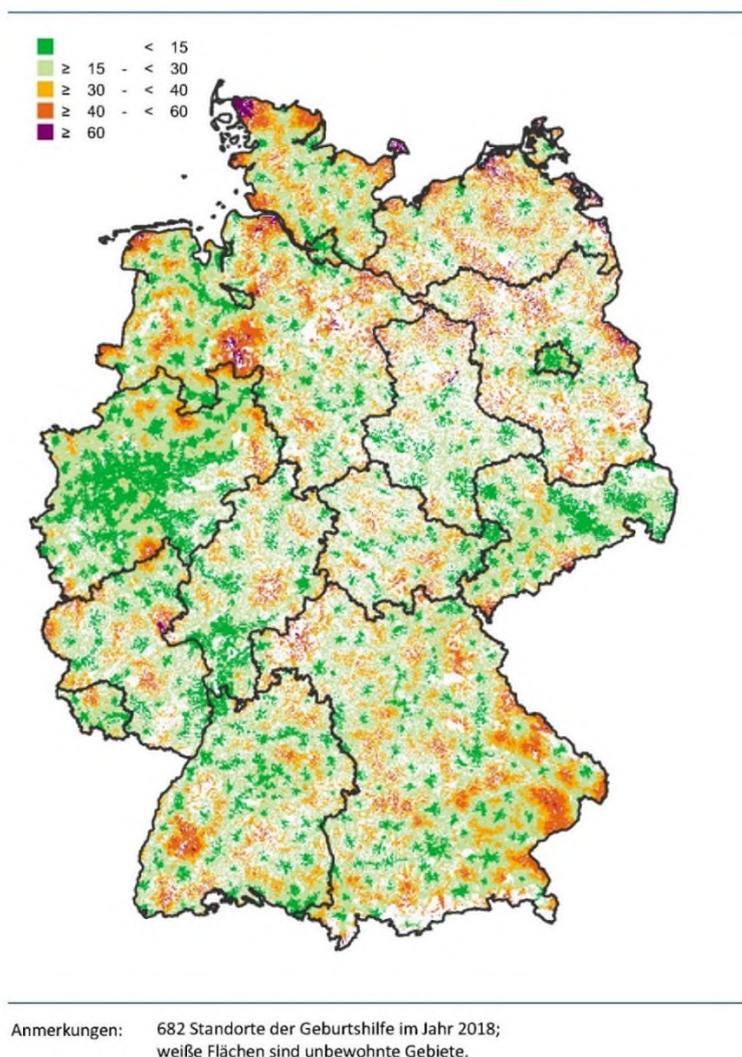


Abb. 21: Erreichbarkeit der Geburtskliniken in Deutschland in PKW-Fahrminuten auf Ebene von 1-km²-Flächen (Status Quo, KBV-Modell) (Albrecht et al., 2019, S. 260)

Aufgrund der oben beschriebenen personellen Situation kommt es teilweise zu unregelmäßigen temporären Abmeldungen geburtshilflicher Abteilungen bei den Rettungsdienstleitstellen und zu Aufnahmestopps. Im Rahmen einer Umfrage der Deutschen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie (DGGG) berichteten 35 % der deutschen Kliniken, in den vorangegangenen sechs Monaten mindestens einmal Schwangere unter der Geburt abgewiesen zu haben (DGGG et al., 2018). Als Gründe für die Abmeldungen bzw. Aufnahmestopps wurden vor allem Überlastungen durch räumliche Engpässe und ein Mangel an Personal benannt (DGGG et al., 2018).

Optimierbare Qualität der geburtshilflichen Betreuung

Hinsichtlich der Qualität der geburtshilflichen Betreuung kommen unterschiedliche Sichtweisen zum Tragen. Aus Sicht der Frauenärztinnen und -ärzte zeigen sich zunehmend Herausforderungen im Bereich der Prävention von Frühgeburten und Präeklampsie (Schwangerschaftsintoxikation) durch den oben beschriebenen Anstieg des Alters der Mutter (Albring, 2020).

Aus Sicht (werdender) Mütter mit normalem Schwangerschaftsverlauf kommt es zum Teil zu Über-, Fehl- und Unterversorgung in den Bereichen der Schwangerschaftsbegleitung, Geburtshilfe, Nachsorge und Familienunterstützung. Einer Studie zufolge nahmen z. B. 99 % der Frauen Präventionsangebote in Anspruch, die nicht zwingend Teil der Vorsorge im Rahmen der Mutterschutzrichtlinien sind (Schäfers & Kolip, 2015).¹¹⁹ Andere Studienergebnisse zeigen, dass sowohl vor als auch nach der Geburt die Suche nach einer Hebamme eine Herausforderung darstellen kann (vgl. IGES, 2015; Kohler & Bärnighausen, 2018; Sander et al., 2019). Einer Studie zufolge berichteten z. B. bis zu 51 % der befragten Mütter von Schwierigkeiten bei der Suche nach einer betreuenden Hebamme vor oder nach der Geburt (Kohler & Bärnighausen, 2018). Während der Geburt scheint es aus Sicht der Mütter zum Teil Verbesserungsbedarf bei der zeitlichen Verfügbarkeit der Hebammen und des ärztlichen Personals zu geben. In der Mütterbefragung des IGES Instituts stimmten nur 75 % der Aussage „Die Hebamme hatte genug Zeit für mich“ zu. Ein ähnliches Ergebnis zeigte sich für die ärztliche Betreuung: Hier empfanden 71 %, dass das ärztliche Personal genug Zeit für sie hatte (Albrecht et al., 2019). Im Zuge der COVID-19-Pandemie ergeben sich zusätzliche Herausforderungen für (werdende) Familien durch Einschränkungen in der Gewährung von Begleit- und Besuchspersonen und das Tragen eines Mund-Nase-Schutzes während der Geburt. Bei Frühgeburten besteht zudem ein Spannungsverhältnis zwischen den Schutzmaßnahmen und der Gewährung des Kontakts zwischen Eltern und Frühgeborenem, welcher essenziell für den Bindungsaufbau ist.

Nach Aussagen der Studie sind für Hebammen insbesondere die hohen Betreuungsquoten problematisch. Entsprechend einer S1-Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF)¹²⁰ gilt für geburtshilfliche Abteilungen ohne angeschlossene Kinderklinik die Empfehlung, dass zu mehr als 95 % der Zeit eine 1:1-Betreuung der Gebärenden gewährleistet sein sollte. In der Realität ist dies jedoch selten möglich: Nach Ergebnissen der Hebammenbefragung des IGES Instituts betreuten 46 % der befragten Hebammen in einer üblichen Schicht vor, während und nach der Geburt drei Frauen

¹¹⁹ Die Studie umfasste eine Stichprobe von 1 293 Müttern mit hohem Bildungsniveau.

¹²⁰ Leitlinie 087/001: "Strukturelle Voraussetzungen der perinatalogischen Versorgung in Deutschland, Empfehlungen", 2015, abrufbar unter: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/087-001.html> (Stand: 10/2020)

gleichzeitig im Kreißaal. 16 % gaben an, vier Frauen gleichzeitig betreut zu haben. Ein Anteil von 9 % der Hebammen betreute sogar fünf Frauen parallel (Albrecht et al., 2019). Auch ein Sachstandsbericht des Deutschen Bundestages legt dar, dass Hebammen zumeist zwei oder mehr Geburten zur gleichen Zeit betreuen (Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestags, 2019a).

Die Hebammengeleitete Betreuung unter der Geburt kann eine Ergänzung des geburtshilflichen Angebots in Kliniken darstellen und die Wahlfreiheit der Frauen ausweiten. Anders als z. B. in Skandinavien oder Großbritannien, wo Hebammenkreißsäle bereits fest etabliert sind, gibt es in Deutschland erst seit 2003 an bislang begrenzten Standorten die Möglichkeit, in einem Hebammenkreißaal zu gebären. In diesen Kreißsälen, die parallel zu ärztlich geleiteten Kreißsälen in Geburtskliniken eingerichtet werden, leiten Hebammen eigenverantwortlich risikoarme Geburten. Bei Komplikationen werden die Gebärenden in einen ärztlich geleiteten Kreißaal weitergeleitet. Deutschlandweit gab es im Jahr 2018 insgesamt 16 Hebammenkreißsäle (DHV 2019), in Niedersachsen existieren derzeit drei Hebammenkreißsäle in Osnabrück, Gehrden und Hildesheim.

Mangel an verbindlichen interprofessionellen Regelungen

Die konstruktive Zusammenarbeit der an der Geburtshilfe beteiligten Professionen ist eine Grundvoraussetzung für eine gute Versorgung und trägt dazu bei, dass (werdenden) Eltern ein Gefühl von Sicherheit vermittelt wird. Eine qualitative Untersuchung zu diesem Thema verdeutlicht zum einen das Konfliktpotenzial, welches sich für die Schwangeren und Mütter ergibt, wenn das ärztliche Personal und die Hebamme nicht ausreichend miteinander kommunizieren (Ayerle et al., 2016). Zum anderen berichteten Hebammen in dieser Studie, dass sie sich mehr Kommunikation und fachlichen Austausch mit den Ärztinnen und Ärzten wünschen. Aus Sicht der befragten Hebammen wäre eine klarere Aufteilung der Kompetenz- und Zuständigkeitsbereiche von Hebammen und dem ärztlichen Personal erstrebenswert. In der Hebammenbefragung des IGES Instituts war hingegen jeweils die Hälfte der Hebammen zufrieden oder sehr zufrieden mit der Hierarchie zwischen Hebammen und ärztlichem Personal und der Kooperation mit dem ärztlichen Personal (Albrecht et al., 2019). Einen Hinweis auf mögliches Konfliktpotenzial bietet jedoch das Ergebnis, dass nur 21 % der befragten Hebammen der Aussage zustimmten, dass keine unangemessene Pathologisierung und/oder Medikalisierung bei der Geburt stattfindet (ebd.).

Insgesamt ergibt sich aus verschiedenen wissenschaftlichen Befunden das Bild einer stellenweise optimierungsbedürftigen Zusammenarbeit aller an der geburtshilflichen Betreuung beteiligten Berufsgruppen (z. B. Hebammen, Gynäkologinnen und Gynäkologen, Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte und Anästhesistinnen und Anästhesisten). Ergänzend zu den vorhandenen gemeinsamen Leitlinien im Rahmen der Geburtshilfe¹²¹ ist daher aus Sicht der Enquetekommission eine Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit anzustreben.

¹²¹ z. B. S2k-Leitlinie „Hypertensive Schwangerschaftserkrankungen: Diagnose und Therapie“ oder S3-Leitlinie „Die Sectio caesarea“. Verfügbar unter: <https://www.awmf.org/leitlinien/aktuelle-leitlinien/ll-liste/deutsche-gesellschaft-fuer-gynaekologie-und-geburtshilfe-dggg.html>

Handlungsempfehlungen

Vor dem Hintergrund der von der Enquetekommission erörterten Problemlagen hat die Kommission für die Sicherung der Qualität und Strukturen in der geburtshilflichen Versorgung umfangreiche Handlungsempfehlungen entwickelt. Die Handlungsempfehlungen sind für das gesamte Kapitel fortlaufend nummeriert (vgl. Anhang 1, Beschluss 5).

Als zentrale Empfehlungen sind folgende Punkte hervorzuheben:

- Zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der geburtshilflichen Versorgung in Niedersachsen unterstützt die Enquetekommission die im Nationalen Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ formulierten Zielsetzungen.
- Darüber hinaus ist auf Landesebene zu prüfen, wie die Qualität der geburtshilflichen Versorgung durch die Ausarbeitung landeseigener Kriterien für eine auskömmliche, qualitätsgesicherte Geburtshilfe zusätzlich gestärkt werden kann.
- Richtungsweisend sollte dabei die Vorhaltung von mit hauptamtlich angestellten Hebammen besetzten geburtshilflichen Abteilungen sein.
- Ein wesentlicher Erfolgsfaktor liegt zudem in der Verbesserung der sektorenübergreifenden und interprofessionellen Zusammenarbeit von Fachärztinnen und -ärzten und Hebammen.

Die detaillierten Empfehlungen der Enquetekommission im votierten Wortlaut umfassen folgende Aspekte:

1. Stärkung der Qualität in der stationären geburtshilflichen Versorgung

- a) Die Vorhaltung von mit hauptamtlich angestellten Hebammen besetzten geburtshilflichen Abteilungen sollte richtungsweisend für die geburtshilfliche Versorgung sein
- b) Prüfung der Notwendigkeit und Ausarbeitung landesweiter Kriterien für eine auskömmliche, qualitätsgesicherte Geburtshilfe (ggf. Erweiterung der G-BA Kriterien für die Sicherstellung in der Geburtshilfe)
- c) Definition und Einführung (inkl. Auswirkungsanalyse) einer Mindestmengenregelung für die Geburtshilfe (über die Frühgeborenen hinaus) unter Berücksichtigung einer flächendeckenden Versorgung
- d) Evaluation von Hebammenkreißsälen als neues Betreuungsmodell in geburtshilflichen Abteilungen, u. a. zur Stärkung der physiologischen Geburt
- e) Unterstützung beim Ausbau des Angebots von Familienzimmern (u. a. durch entsprechende Investitionsfinanzierung des Landes)

2. Schaffung von Übersichten und Entwicklung innovativer Lösungen für die Strukturplanung der geburtshilflichen Versorgung

- a) Prüfung und Pilotierung innovativer Betreuungs- und Versorgungskonzepte im ländlichen Raum
- b) Entwicklung von anschaulichen Übersichten zu allen Geburtsorten (Kliniken, außerklinische Geburtsorte) und zur Ergebnisqualität (z. B. Komplikationsraten, Verlegungen in Krankenhäuser, Kaiserschnittraten)

3. Sicherstellung der landesweiten ambulanten Hebammenversorgung

- a) Einführung einer Landeskoordinierungsstelle, um Aktivitäten auf der örtlichen Ebene zu unterstützen, bestehende Partner in ein gemeinsames System einzubinden, regionale Besonderheiten zu erkennen und zur allgemeinen Verbesserung der Versorgungslage beizutragen
- b) Entwicklung eines Konzepts für die Einrichtung weiterer regionaler Hebammenzentralen, mit dem Ziel einer flächendeckenden Versorgung

4. Unterstützung der verantwortlichen Akteure und Fachgesellschaften bei der Etablierung qualitätssichernder Regelungen und Leitlinien in der Geburtshilfe

- a) Grundsätzlich: Orientierung an den Handlungsempfehlungen des Nationalen Gesundheitsziels „Gesundheit rund um die Geburt“ (z. B. Stillrichtlinie)
- b) Förderung physiologischer Geburten unter Vermeidung nicht notwendiger Interventionen (u. a. Ziel: Senkung der Kaiserschnitttrate)
- c) Unterstützung bei der Entwicklung einer Leitlinie für eine Wochenbettbetreuung
- d) Stärkung der kultursensiblen Ausrichtung von Versorgungsangeboten und -maßnahmen (z. B. Förderung und Finanzierung von Sprach- und Kulturmittlerinnen und -mittlern)

5. Verbesserung sektorenübergreifender sowie interprofessioneller Zusammenarbeit

- a) Unterstützung bei der Entwicklung einer Arbeitsteilung zwischen Hebammen und Fachärztinnen und -ärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe)
- b) Unterstützung der flächendeckenden Etablierung gemeinsamer Fortbildungen und Fallbesprechungen (niedergelassen, klinisch, außerklinisch Tätige; auf lokaler und regionaler Ebene; Qualitätszirkel)
- c) Stärkung der Kooperation von Einrichtungen des Gesundheitswesens, Kinder- und Jugendhilfe, ÖGD, insbesondere durch Entwicklung familienorientierter, aufsuchender Angebote für Schwangere/Familien in besonders belasteten Lebenssituationen (z. B. enge Verzahnung der U-Untersuchung und des Kinderschutzes im Rahmen der Netzwerke Frühe Hilfen) [NZFH, initiiert durch das BMFSFJ im Jahr 2007]
- d) Stärkung von Bündnissen für physiologische Geburten (regional und/oder landesweit)

6. Stärkung von Aufklärung und Transparenz bei Schwangerschaft und Geburt

- a) Frühzeitige Aufklärung und Bereitstellung von Beratungsangeboten zu den Themen angstfreie Schwangerschaft, Geburt, Bindungs- und Stillförderung (inkl. Väter)
- b) Förderung aufgeklärter Schwangerschaftsvorsorge, je nach Wunsch der Frau bei Gynäkologin bzw. Gynäkologen und/oder Hebamme
- c) Stärkung der Lotsenfunktion von Frauenärztinnen und -ärzten und Hebammen durch die Gesundheitsregionen (z. B. durch Erarbeitung und Bereitstellung von Informationen über regionale qualitätsgesicherte Hilfsangebote)

5.2.2. Finanzierung

Im Bereich der Finanzierung der stationären Hebammenversorgung und Geburtshilfe liegt aus Sicht der Enquetekommission derzeit für kleine Abteilungen eine Kernherausforderung darin, dass sie bei geringer Nachfrage ihre hohen Vorhaltekosten teilweise nur schwer refinanzieren können. Um diesem Problem zu begegnen, wurden wie oben dargestellt durch den G-BA 2018 auch für die Geburtshilfe Sicherstellungszuschläge eingeführt. Darüber hinaus wurde in den Diskussionen der Kommission wiederholt auf mögliche Anpassungsbedarfe im DRG-Vergütungssystem z. B. für die Abrechnung physiologischer Geburten verwiesen. Von den Fachabteilungen bzw. behandelnden Ärztinnen und Ärzten sowie von Hebammen wird angeführt, dass die DRG-Erlöse einen Anreiz setzen, vorrangig planbare Kaiserschnitte durchzuführen und damit die natürliche Geburt verdrängt werde. Dem steht entgegen, dass die DRGs vom Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus GmbH (InEK) jährlich kalkuliert werden und somit kontinuierlich eine Überprüfung der Kostensituation und Abbildung in den DRGs stattfindet. Dennoch wurde in zahlreichen Stellungnahmen auf ein mögliches Ungleichgewicht in der Abrechnung von Spontangeburt und von Kaiserschnitten hingewiesen (Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestags, 2018).

Ein 2013 im Auftrag des InEK erschienener Bericht zu Auswirkungen des Vergütungssystems kam zu dem Schluss, dass sich der Trend einer sinkenden Zahl von Geburtshilfeabteilungen nach Einführung des DRG-Systems in stärkerem Umfang fortsetzte - gleichwohl eine alleinige Zuschreibung auf das DRG-System aufgrund der vielfältigen, neben dem Vergütungssystem wirkenden Einflussfaktoren nicht möglich sei (Fürstenberg et al., 2013).

Nach Einschätzung der Enquetekommission bestehen Prüfungsbedarfe der finanziellen Rahmenbedingungen der stationären Geburtshilfe, insbesondere im Hinblick auf die umstrittene Eignung des derzeitigen DRG-Vergütungssystems für die Abrechnung physiologischer Geburten.

Handlungsempfehlung

In Anbetracht der dargestellten Problemlagen im Bereich der Finanzierung empfiehlt die Enquetekommission folgende Maßnahme (im Wortlaut):

7. Stärkung der Finanzierung geburtshilflicher Leistungen

- a) Prüfung einer möglicherweise unzureichenden Abbildung physiologischer Geburten im DRG-Vergütungssystem durch Einbringen der Thematik von Krankenhausträgern oder Fachgesellschaften in das DRG-Vorschlagsverfahren zur Weiterentwicklung der Kalkulation

5.2.3. Personal

Ähnlich wie in anderen Versorgungsbereichen stellt die Personalsituation in der Hebammenversorgung und Geburtshilfe eine zunehmende Herausforderung dar. Die vordringlichsten Probleme liegen aus Sicht der Enquetekommission in folgenden Bereichen:

- Die derzeitigen Arbeitsbedingungen der Hebammen in Kliniken sind verbesserungsbedürftig.

- Es herrschen personelle Kapazitätsengpässe in der Geburtshilfe und Hebammenversorgung vor.
- Hohe Haftpflichtprämien stellen freiberufliche Hebammen vor große Herausforderungen.

Verbesserungsbedürftige Arbeitsbedingungen der Hebammen in Kliniken

Eine Befragung zur Arbeitssituation von Hebammen in deutschen Kliniken hat das Picker-Institut 2015 im Auftrag des Deutschen Hebammenverbands durchgeführt. Die Ergebnisse der Befragung von insgesamt 1 692 angestellten Hebammen verdeutlichen, dass die empfundene Arbeitsbelastung der befragten Hebammen im Vergleich zu anderen an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen hoch ist. Demnach gab z. B. der überwiegende Anteil der Hebammen an, häufiger Vertretungen aufgrund von Personalengpässen leisten zu müssen (57 %), vorgeschriebene Ruhepausen nicht einhalten zu können (89 %) oder Aufgaben außerhalb ihres eigentlichen Arbeitsbereichs erledigen zu müssen (64 %). Darüber hinaus wurde neben der zunehmenden Anzahl von zu betreuenden Frauen (55 %) der stark erhöhte Dokumentations- und Verwaltungsaufwand (47 %) von Hebammen als belastend empfunden (Schirmer & Steppat, 2016).

Auch die vom Forschungs- und Beratungsinstitut IGES im Jahr 2019 durchgeführte Studie zur stationären Hebammenversorgung legt ähnliche Ergebnisse dar. Dort sind die auch in der Enquetekommission diskutierten unattraktiven Arbeitsbedingungen durch Schicht- und Nachtdienst, eine hohe Zahl von Überstunden, ein häufiges Einspringen aus dem „Frei“ sowie die fehlende Entlastung von Reinigungsarbeiten charakterisiert. Dies führt dazu, dass ein großer Teil der Geburtshelferinnen und -helfer mit ihrer beruflichen Arbeitssituation unzufrieden ist und über einen Berufsausstieg nachdenkt (Albrecht et al., 2019). So gaben 43 % der befragten Hebammen an, im Verlauf des vorausgegangenen Jahres oft oder sehr oft über eine Reduzierung der Arbeitszeit nachgedacht zu haben. Ein Anteil von 28 % erwog darüber hinaus einen vollständigen Ausstieg aus der Hebammentätigkeit im Krankenhaus.

Zudem besteht eine von den Hebammen formulierte Unzufriedenheit mit der Vergütung bei gleichzeitig hoher Arbeitsverdichtung. Im Rahmen der vom IGES durchgeführten Studie betrifft die Unzufriedenheit hinsichtlich vergütungsbezogener Aspekte neben dem Einkommen aus der Tätigkeit als angestellte Hebamme (55 %)¹²² insbesondere die Vergütung von Extra-Diensten („Einspringen“) (67 %), die Vergütung von Nacht- und Wochenenddiensten (61 %) sowie die Vergütung der Rufbereitschaft als Hebamme im Krankenhaus (60 %). Für mehr als 80 % der Hebammen würde eine höhere Vergütung einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Arbeitszufriedenheit dieser Berufsgruppe darstellen (Albrecht et al., 2019).

Personelle Kapazitätsengpässe

Die absolute Zahl der in Krankenhäusern tätigen Hebammen hat in Deutschland seit 2007 um 13 % zugenommen (Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestags, 2019b), die Zahl der Schülerinnen und Schüler im Berufsbild „Hebamme/Entbindungspfleger“ ist zwischen

¹²² Aus dem IGES-Gutachten geht hervor, dass das durchschnittliche Brutto-Monatsgehalt der in Vollzeit tätigen Hebammen ohne Leitungsfunktion in der Geburtshilfe 2018 bei 3 539 Euro lag. Dabei bestand eine große Spannweite von minimal 1 500 Euro bis zu maximal 5 237 Euro im Monat (Albrecht et al., 2019).

2008 und 2019 um 44 % gestiegen (Destatis, 2020a), und auch die Zahl der hauptamtlichen Ärztinnen und Ärzte in stationären Fachabteilungen der Frauenheilkunde und Geburtshilfe stieg von 2007 bis 2018 um 32,4 % (Grunddaten der Krankenhäuser 2007 und 2018). Dennoch beklagen Kliniken häufig personelle Kapazitätsengpässe (vgl. Albrecht et al., 2019).

Hintergrund ist zum einen eine Zunahme von Teilzeitbeschäftigung. Nach Angaben der Gesundheitspersonalrechnung betrug der Anteil des in Teilzeit tätigen Personals in der Geburtshilfe und Entbindungspflege 2018 insgesamt 52 % (Destatis, 2020c). Den Grunddaten der Krankenhäuser zufolge liegt der Teilzeitbeschäftigtenanteil bei den festangestellten Hebammen im Krankenhaus mit knapp 70% sogar noch höher (Destatis, 2020d). Einer Schätzung des IGES zufolge liegt die Gesamtpersonalkapazität der Hebammen etwa 25 % niedriger als die absolute Zahl beschäftigter Hebammen.¹²³ Auch in der ärztlichen geburtshilflichen Versorgung erhöhte sich der Anteil in Teilzeit tätiger Ärztinnen und Ärzte von 21 % (2007) auf 44 % (2018) (Grunddaten der Krankenhäuser 2007 und 2018).

In der Hebammenversorgung werden Personalengpässe zudem dadurch verstärkt, dass nach Berechnungen des Hebammenverbandes Niedersachsen e. V.¹²⁴ ca. 25 % der Hebammen in Niedersachsen in den nächsten Jahren in den Ruhestand gehen (Hebammenverband Niedersachsen, 2019). Darüber hinaus erbringen aktuell viele Hebammen einen erheblichen Teil ihrer Leistungen außerhalb der eigentlichen Geburtshilfe. Dies betrifft nach Einschätzung des IGES insbesondere freiberufliche Hebammen: Einer Schätzung des Instituts zufolge erbringen nur zwischen 21 % und 25 % von ihnen Geburtshilfe-Leistungen (Albrecht et al., 2012). Ein Großteil der freiberuflich tätigen Hebammen arbeitet z. B. in der Vor- und Nachsorge und gibt Geburtsvorbereitungs- und Rückbildungskurse. Als ursächlich hierfür benennt der Hebammenverband u. a. hohe Prämien der privaten Berufshaftpflichtversicherung (Deutscher Hebammenverband, 2019b). Insgesamt führt dies zu einer Situation, in der ein hoher Teil offener Stellen in Krankenhäusern nicht besetzt werden kann (Albrecht et al., 2019). Um den derzeit in Niedersachsen bestehenden Personalengpässen zu begegnen, hat das Land bereits die Schaffung zusätzlicher Studienplätze auf den Weg gebracht (vgl. Abschnitt 5.1.3.).

Die Ansätze zur Behebung aktueller Kapazitätsengpässe in der Hebammenversorgung werden allerdings unterschiedlich bewertet. Während Vertreterinnen sowohl der Hebammen als auch der Frauenärztinnen und -ärzte eine deutliche personelle Aufstockung der Hebammenkapazitäten für erforderlich halten (DHV & DGGG, 2020), kommt das IGES in seiner aktuellen Studie zu leicht abweichenden Einschätzungen. Zwar habe die Zahl der in den Geburtskliniken tätigen Hebammen (gemessen in Vollzeitkapazitäten) etwas weniger zugenommen als die Geburtenzahl, der Durchschnitt der von einer Hebamme zu betreuenden jährlichen Geburtenzahl spreche jedoch nicht für eine flächendeckende Überlastungssituation. Eine vollständige Auslastung einer in Vollzeit tätigen Hebamme sei entsprechend der Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin bei 106 Geburten im Jahr erreicht, derzeit liege diese Zahl mit 93 noch darunter. Allerdings zeigten die Ergebnisse der Klinik- und Hebammenbefragung, dass die Versorgungssituation sehr heterogen sei und es stellenweise zu Überlastungen und zeitweisen Engpässen in der stationären Hebammenversorgung komme. Davon besonders betroffen seien Geburtshilfe-Zentren und Geburtskliniken in großen Städten, während in kleineren Geburtskliniken in ländlichen Regionen Hebammen häufig eher unterdurchschnittlich

¹²³ Hebammen werden in den offiziellen Statistiken der Tätigkeitsgruppe des Funktionspersonals zugeordnet, weshalb eine genaue Berechnung der VZÄ derzeit nicht möglich ist (vgl. Albrecht et al., 2019).

¹²⁴ Als Mitglied des Deutschen Hebammenverbands e. V. zählt der Hebammenverband Niedersachsen e. V. derzeit rund 2 000 Mitglieder.

ausgelastet seien, weil dort wenige Kinder geboren werden. Zwar äußerten sich die im Rahmen der IGES-Studie befragten Mütter insgesamt weitgehend zufrieden mit den erbrachten Hebammenleistungen (Albrecht et al., 2019). Ein Großteil der an der IGES-Studie teilnehmenden Kliniken (60 %) schilderte jedoch Herausforderungen bei der Besetzung von Hebammenstellen.

Die Erstellung einer fundierten Prognose der weiteren Entwicklung der Geburtenzahlen und damit auch der Versorgungsbedarfe ist herausfordernd: Dem (vor Beginn der COVID-19-Pandemie erstellten) IGES-Gutachten zufolge ist bis 2030 mit einem Rückgang sowohl bei der Anzahl der Lebendgeborenen als auch bei der Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter zu rechnen. Die Gesamtprognose ist allerdings stark davon abhängig, welche Wanderungseffekte antizipiert werden (Albrecht et al., 2019). Durch die COVID-19-Pandemie ergeben sich weitere, schwer abzuschätzende Wirkfaktoren. Einige Forscherinnen und Forscher vertreten die These, dass eine zunehmende Arbeitsplatzunsicherheit zu vermehrten Verschiebungen oder Entscheidungen gegen eine Familiengründung beitragen wird. Dies habe sich in vergangenen Krisen gezeigt (Hofmann et al., 2017; Kreyenfeld, 2020).

Herausforderungen freiberuflicher Hebammen

Freiberuflich tätige Hebammen sind gesetzlich verpflichtet, eine Berufshaftpflichtversicherung abzuschließen. Ein großer Anteil dieser Hebammen, welcher Geburtshilfe anbietet, ist durch die in den letzten Jahren gestiegenen Berufshaftpflichtkosten finanziell stark herausgefordert worden.

Lag der Beitrag 2010 noch bei 3 689 Euro, steigerte sich dieser auf 9 098 Euro im Jahr 2020 (Deutscher Hebammenverband, 2019b). Ursache für den Anstieg sind die ebenfalls gestiegenen Kosten für Geburtsschäden trotz insgesamt leicht rückläufiger Schadensfälle (GDV, 2018; MS, 2015). In Anbetracht dieser Entwicklungen sind zur Entlastung freiberuflicher Hebammen vom Gesetzgeber mehrere Gesetzesänderungen vorgebracht worden. Demnach erhalten geburtshilflich tätige Hebammen für Geburten ab dem 01.07.2015 nach Antragstellung einen sogenannten Sicherstellungszuschlag vom GKV-Spitzenverband zum Ausgleich der Steigerung der Haftpflichtversicherungskosten (MS, 2015). Darüber hinaus wurde mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz geregelt, dass Kranken- und Pflegekassen in bestimmten Fällen auf die Erhebung von Regressforderungen gegenüber freiberuflichen Hebammen verzichten müssen (§ 134 a Abs. 5 SGB V). Das kann dazu beitragen, Hebammen finanziell zu entlasten. Dennoch stellen die hohen Haftpflichtprämien, insbesondere für in Teilzeit arbeitende, freiberufliche Hebammen vor dem Hintergrund der oben dargestellten Verdienstmöglichkeiten eine hohe Belastung dar.

Handlungsempfehlungen

Aus den beschriebenen Herausforderungen im Bereich der personellen Situation in der stationären Geburtshilfe leiten sich folgende Empfehlungen der Kommission ab:

- Die Anpassung der Ausbildungskapazitäten ist zentral für die Sicherung des mittelfristigen Bedarfs, da hierdurch z. B. der hohe Teilzeitbeschäftigungsanteil aufgefangen werden kann.

- Ergänzend müssen die Arbeitsbedingungen von Hebammen in Kliniken und freiberuflicher Anstellung sowie von Ärztinnen und Ärzten in der Geburtshilfe weiter verbessert werden.

Die detaillierten Empfehlungen der Enquetekommission im votierten Wortlaut umfassen folgende Aspekte:

8. Personalgewinnung

- a) Ermittlung des mittelfristigen Hebammenbedarfs, Anpassung der Ausbildungskapazitäten an die Bedarfsentwicklung
- b) Weiterer bedarfsgerechter Ausbau von Hebammenstudiengängen
- c) Entwicklung kurz- und längerfristiger Strategien zur Personalgewinnung, insbesondere für Vollzeitstellen
- d) Schaffung von Anreizen zur (Wieder-) Aufnahme einer Beschäftigung nach dem (temporären) Ausscheiden aus dem Beruf

9. Verbesserung der Arbeitsbedingungen für Hebammen in Kliniken

- a) Angemessene Vergütung
- b) Entlastung der Hebammen von fachfremden und organisatorischen Tätigkeiten
- c) Ausbau und Umsetzung der Strategien für eine bessere Work-Life-Balance (z. B. Förderung familienfreundlicher und innovativer Arbeitszeitmodelle, Entwicklung von Strategien bei Ausfällen des Personals)
- d) Stärkung der Wertschätzung der Tätigkeit und der Verantwortung von Hebammen
- e) Prüfung der vorhandenen Präsenzpflcht bei Kaiserschnitten

10. Verbesserung der Arbeitsbedingungen für freiberuflich tätige Hebammen

- a) Unterstützung bei der Lösung der Haftpflichtproblematik für freiberufliche Hebammen, insbesondere in Teilzeit arbeitende (Regelung auf Bundesebene)

11. Verbesserung der Arbeitsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte in der Geburtshilfe (vgl. Stationäre medizinische Versorgung, Handlungsempfehlungen)

In der Gesamtschau der Diskussionen zur Hebammenversorgung und Geburtshilfe in Niedersachsen gelangt die Enquetekommission zu dem Ergebnis, dass die aktuelle Versorgung trotz temporärer lokaler Versorgungsengpässe flächendeckend sichergestellt ist. Zur Vermeidung von Engpässen in ländlichen Bereichen gilt es, eine fortlaufende Anpassung der Bedarfsplanung im Sinne höchstmöglicher Versorgungsqualität zu gewährleisten. Zu berücksichtigen ist dabei, dass bereits die Möglichkeit der Erteilung von Sicherstellungszuschlägen besteht, um die stationäre geburtshilfliche Versorgung auch in dünn besiedelten Regionen aufrechtzuerhalten.

6. Sektorenübergreifende Versorgung

6.1. Hintergrund

Die Gestaltung einer sektorenübergreifenden Gesundheitsversorgung¹²⁵, die Patientinnen und Patienten Versorgungskontinuität und fließende Übergänge zwischen den verschiedenen Sektoren bietet, gilt als eine der zentralen Herausforderungen im deutschen Gesundheitswesen (BARMER, 2019; SVR, 2018; Wolf, 2020). Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund einer alternden Bevölkerung und der damit einhergehenden Zunahme komplexer Versorgungsbedarfe chronisch oder mehrfach erkrankter Menschen, die ein Zusammenspiel ambulanter und stationärer Leistungsanbieter erfordern, von hoher Bedeutung (Albrecht et al., 2020; SVR, 2012). „Ziel muss eine Versorgungsstruktur sein, die in erster Linie am Patientenpfad ausgerichtet ist und damit Therapiebrüche vermeidet“ (BMC, 2019).

Obwohl der Gesetzgeber seit Beginn der 2000er-Jahre eine Vielzahl gesetzgeberischer Maßnahmen auf den Weg gebracht hat, die auf eine verbesserte Integration der Versorgung zielten, konnten in der Gesamtschau bislang keine entscheidenden Veränderungen erreicht werden (Greß & Schnee, 2017; Richard, 2020). So leidet die Gesundheitsversorgung in Deutschland nach Einschätzung zahlreicher Expertinnen und Experten weiterhin an einer unzureichenden Koordination und Kooperation zwischen den Leistungssektoren und einem Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung (Augurzky et al., 2020; SVR, 2018). Noch immer folgen die einzelnen Versorgungsbereiche weitgehend ihrer eigenen sektoralen Logik, da die jeweilige Kapazitätsplanung, Abrechnung, Vergütung, Dokumentation und Qualitätssicherung unterschiedlichen Regelungen unterliegen (Albrecht et al., 2020; BARMER, 2019). Die Sektorentrennung stellt somit eine „unsichtbare Mauer“ (SVR, 2018) dar, die zu Ineffizienzen an den Schnittstellen führt. Diese können für Patientinnen und Patienten, aber auch für die Leistungserbringenden Belastungen durch unvollständige Informationen, inkonsistente Versorgungsverläufe oder Wartezeiten auf Folgebehandlungen nach sich ziehen (Augurzky et al., 2020; BMC, 2019). Zudem resultieren die im ambulanten und stationären Bereich sehr unterschiedlichen Vergütungen für vergleichbare Leistungen in einer weiterhin ausbaufähigen Ausschöpfung des ambulanten Behandlungspotenzials (Albrecht et al., 2020).

Bislang existieren zwar u. a. durch Förderungen im Rahmen des Innovationsfonds viele wegweisende intersektorale Modellprojekte (G-BA, 2020a). Diese zeitlich befristeten Maßnahmen konnten jedoch bislang nicht in die Regelversorgung übertragen werden, u. a. da sektorenübergreifende Finanzierungsregelungen fehlen (Greß & Schnee, 2017). Der Systemwechsel zu einer sektorenübergreifenden Regelversorgung kann deshalb nach Einschätzung von Expertinnen und Experten nur gelingen, wenn grundlegende Rahmenbedingungen verändert werden (BARMER, 2019).

Als wichtigster Ansatzpunkt wird hierfür in gesundheitspolitischen Diskussionen die Anpassung der Vergütungsregelungen erachtet (Albrecht et al., 2020; Schreyögg, 2020). Darüber hinaus könnten die Anfang 2021 eingeleitete Etablierung einer sektorenübergreifend interoperablen elektronischen Patientenakte (ePA) und die Umsetzung weiterer technischer Lösungen für den Datenaustausch zwischen den Akteurinnen und Akteuren wichtige Voraussetzungen für integrierte Versorgungsansätze darstellen (Augurzky et al., 2020; BMC, 2019; vgl. Kapitel Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung).

¹²⁵ Die Begriffe „sektorenübergreifende Versorgung“, „intersektorale Kooperation“, „intersektorale Versorgung“ und „integrierte Versorgung“ werden häufig nicht trennscharf verwendet.

Die folgenden Ausführungen liefern zunächst einen kurzen Überblick über die Rahmenbedingungen und Entwicklungen sektorenübergreifender Versorgungsansätze in Deutschland, eine kurze internationale Einordnung sowie Informationen zu aktuellen Maßnahmen und Projekten in Niedersachsen. Dabei liegt der Fokus der Betrachtungen auf der ambulanten und stationären Versorgung. Insgesamt wird dabei Folgendes deutlich:

- Die Überwindung der derzeit starken sektoralen Trennung von Planungs-, Finanzierungs- und Vergütungssystemen könnte zu einer Steigerung von Effizienz, Effektivität und Qualität der Gesundheitsversorgung beitragen.
- Trotz erfolgreicher Modellprojekte haben Reformimpulse zur Stärkung sektorenübergreifender Versorgungsmodelle bisher nicht hinreichend gegriffen.
- Um die sektorenübergreifende Versorgung zu fördern, gilt es, auf Bundesebene die schrittweise Angleichung von Rahmenbedingungen voranzutreiben.
- Die Entwicklung neuer intersektoraler regionaler Versorgungsstrukturen ist ein zukunftsweisendes Thema und bietet gerade für ländliche Regionen, in denen Versorgungsangebote in ihrer herkömmlichen Form schwer aufrechtzuerhalten sind, besonderes Potenzial. Die Enquetekommission hat diesem Thema deshalb besondere Aufmerksamkeit im Rahmen einer Arbeitsgruppe gewidmet und für Niedersachsen ein spezifisches Konzept zur Erprobung „Regionaler Gesundheitszentren“ entwickelt (vgl. hierzu Abschnitt 6.3.)

6.1.1. Besonderheiten der sektorenübergreifenden Versorgung in Deutschland

Auf Bundesebene wurde bereits mit dem Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) aus dem Jahre 2001 kritisch auf eine unzureichende sektoren- bzw. schnittstellenübergreifende Versorgung hingewiesen sowie die damit einhergehende Notwendigkeit gesetzgeberischer Initiativen aufgezeigt (SVR, 2001). Sowohl 2001 als auch im Rahmen weiterer SVR-Gutachten, v. a. aus den Jahren 2012 und 2018, wird dargestellt, dass das Zielbild einer sektorenübergreifenden Versorgung insbesondere am Bedarf der Patientinnen und Patienten orientiert sein sollte (SVR, 2012, 2018).

Intersektorale Versorgung kann definiert werden als „[ein kontinuierlicher] Behandlungsprozess über mindestens eine Sektorengrenze, ggf. auch über die Grenzen der Sozialgesetzbücher hinweg, der sich am Versorgungsbedarf des Patienten orientiert. Eine gemeinsame Versorgungsverantwortung soll einen kontinuierlichen, ressourcenschonenden Versorgungsprozess unter Berücksichtigung von u. a. Behandlungspfaden oder Leitlinien gewährleisten. Dafür braucht es ein Versorgungsmanagement, das Koordination, Kommunikation und Kooperation über die jeweiligen Grenzen hinaus gewährleistet“ (BMC, 2019, S. 1).

Als wesentliche Ziele lassen sich in diesem Zusammenhang

- die effiziente Erbringung ambulanter und stationärer Leistungen,
- eine aufeinander abgestimmte Verzahnung der jeweils beteiligten Leistungssektoren,
- ein funktionsfähiger Preis- und Qualitätswettbewerb

benennen (Wille, 2021). Voraussetzung für einen funktionsfähigen Qualitäts- und Preiswettbewerb an der Schnittstelle zwischen dem ambulanten und stationären Sektor sind jedoch zunächst gleiche Rahmenbedingungen, die sich insbesondere auf folgende Aspekte beziehen:

- Definition erbrachter Leistungen
- Qualitätssicherung mit einheitlichen (Mindest-)Standards
- Vergütung, einschließlich der Investitionsförderung und der Vorhaltekosten
- Zugangsmöglichkeiten und Genehmigung neuer Behandlungsmethoden
- Preise von veranlassten Leistungen, z. B. bei Arznei- und Hilfsmitteln
- Spezielle Regulierungen wie Mindestmengen, Mengenbegrenzungen oder Sperrungen von Bereichen im Rahmen der Bedarfsplanung
- Optionen zur Vereinbarung von Selektivverträgen¹²⁶ mit Krankenkassen (SVR, 2018).

In den Gesundheitsreformen der vergangenen Jahre hat der Gesetzgeber - insbesondere im Rahmen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) von 2012 sowie des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) von 2015 - immer wieder neue Elemente der sektorenübergreifenden Versorgung implementiert, „um die Versorgungsrealitäten zu verändern“ (Kurscheid, 2020, S. 27) sowie die Schnittstellenprobleme an den Sektorengrenzen zu überwinden. Zugleich gab es immer wieder Bestrebungen, diese in Pilotprojekten zu erproben und innovative Ideen in die regionale Versorgung zu überführen (Kurscheid, 2020; Wolf, 2020).

In diesem Kontext bieten derzeitige gesetzliche Rahmenbedingungen verschiedene Möglichkeiten zur Initiierung von Versorgungsangeboten durch Krankenkassen, sowohl im kollektiven als auch selektiven Vertragssystem (Schreyögg, 2019). Neben der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (§ 116 b) und besonderen Versorgung (§ 140 a, ehemals integrierte Versorgung) ermöglichen darüber hinaus u. a. Praxisnetze (§ 87 b Abs. 2 und 4) sowie medizinische Versorgungszentren (§ 95) wie auch der Innovationsfonds (§ 92 a) im Rahmen des SGB V eine sektorenübergreifende Versorgung (Schreyögg, 2019; SVR, 2018; Wille, 2021).

Bei der **ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) nach § 116 b SGB V** handelt es sich um ein spezifisches Versorgungsangebot für Patientinnen und Patienten mit komplexen, schwer therapierbaren und/oder seltenen Erkrankungen (z. B. HIV/AIDS, Tuberkulose, Mukoviszidose sowie Tumore) oder einem Bedarf an hochspezialisierten Leistungen (z. B. Brachytherapie). Hierzu arbeiten spezialisierte niedergelassene (Fach-)Ärztinnen und Ärzte in interdisziplinären Teams zusammen und ermöglichen so eine koordinierte Diagnostik und Behandlung der Betroffenen. Die ASV kann dabei sowohl durch die niedergelassene Ärzteschaft, Krankenhäuser als auch durch Medizinische Versorgungszentren erfolgen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) konkretisiert diesbezüglich in der ASV-Richtlinie (ASV-RL)¹²⁷ u. a. die Voraussetzungen für die Teilnahme an dieser erkrankungsspezifischen Versorgungsform, die Indikationen sowie den Umfang der Leistungen (G-BA, 2020e).

¹²⁶ „Im Gegensatz zum Kollektivvertrag handelt es sich bei einem Selektivvertrag um Versorgungsverträge, die ohne gesetzliche Verpflichtung zwischen einer oder mehreren Krankenkassen und einzelnen Leistungserbringern oder Gruppen von Leistungserbringern geschlossen werden. Vertragspartner der Kassen können zum Beispiel Arztnetze, Medizinische Versorgungszentren oder auch pharmazeutische Unternehmen sowie Hersteller von Medizinprodukten sein. In der politischen Diskussion werden Selektivverträge auch als Direktverträge bezeichnet, um zu betonen, dass der Versorgungsvertrag direkt zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern und -anbietern geschlossen werden kann. Die Einbindung von kollektiven Institutionen, wie beispielsweise Kassenärztliche Vereinigungen, ist nicht erforderlich“ (AOK-Bundesverband, o. J.). Ein wesentliches Beispiel für den Einsatz von Selektivverträgen ist die besondere Versorgung nach § 140 a (ebd.).

¹²⁷ In der Fassung von März 2013, zuletzt geändert im März 2020

Mit Inkrafttreten des GKV-Versorgungstärkungsgesetzes (GKV-VSG) 2015 wurde der **§ 140 a SGB V „Besondere Versorgung“** neu verfasst. Damit erfolgte eine Ablösung der bis dato bestehenden Vertragsformen „Integrierte Versorgung“, „Strukturverträge“ und „Besondere ambulante ärztliche Versorgung“. Die **Besondere Versorgung** umfasst sowohl die sektorenübergreifende oder interdisziplinär fachübergreifende Versorgung (integrierte Versorgung) als auch besondere ambulante ärztliche Versorgungsaufträge, sodass ein flexibler Gestaltungsspielraum für unterschiedliche Versorgungsprogramme besteht. Hierfür schließen die Krankenkassen Selektivverträge mit unterschiedlichen Leistungserbringenden über eine besondere Versorgung der Versicherten ab. Dies sind in erster Linie Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser, Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie die weiteren im 4. Kapitel des SGB V genannten Leistungserbringenden und deren Gemeinschaften. Zusätzlich können die Verträge auch mit Pflegekassen und zugelassenen Pflegeeinrichtungen, Praxiskliniken oder pharmazeutischen Unternehmen, den Kassenärztlichen Vereinigungen sowie Anbietern von digitalen Diensten und Anwendungen geschlossen werden.

Unter **Praxisnetzen nach § 87 b Abs. 2 und 4** werden Zusammenschlüsse von Vertragsärztinnen und -ärzten verschiedener Fachrichtungen in der wohnortnahen ambulanten Versorgung verstanden. Ziel dieser Strukturen ist es, die „Qualität sowie die Effizienz und Effektivität der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen einer intensivierten fachlichen Zusammenarbeit“ zu steigern. Durch eine Kooperation mit anderen Leistungserbringenden, z. B. mit Krankenhäusern oder Pflegeeinrichtungen, ist eine sektorenübergreifende Vernetzung möglich (KVN, 2020h).¹²⁸

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) nach § 95 SGB V wurden bereits 2004 als ambulante Versorgungsform durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) eingeführt, wurden 2015 durch das VSG ergänzt und sind ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Vertragsärztinnen und -ärzte und/oder angestellte Ärztinnen und Ärzte tätig werden können. MVZ nehmen an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen teil und sind demnach den gleichen Zulassungsmodalitäten wie andere vertragsärztliche Organisationsformen unterworfen. In der Trägerschaft von Krankenhäusern besitzen MVZ das Potenzial einer engen Kooperation zwischen dem ambulanten und stationären Sektor (Greß & Schnee, 2017; Wille, 2021).

Mit dem **Innovationsfonds (§ 92 a Abs. 1 SGB V)**, welcher 2015 im Rahmen des GKV-Versorgungstärkungsgesetzes von der Bundesregierung eingerichtet wurde, fördert der G-BA neue Versorgungsformen, die über die bisherige Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hinausgehen. Insbesondere gilt dies für Vorhaben, die auf eine „Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung“ abzielen und das Potenzial besitzen, dauerhaft in die Versorgung aufgenommen zu werden. Daneben fördert der G-BA auch die Versorgungsforschung, die auf einen Erkenntnisgewinn zur Verbesserung der bestehenden Versorgung ausgerichtet ist. Die jährlich zur Verfügung stehende Fördersumme belief sich auf die Jahre 2016 bis 2019 jeweils auf 300 Mio. Euro.¹²⁹ Das dahinterstehende übergeordnete Ziel

¹²⁸ Gemäß § 87 b Abs. 4 SGB V bestimmt die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen Ziele, Kriterien und Qualitätsanforderungen für die Anerkennung besonders förderfähiger Praxisnetze (KBV, 2013). Zu den Praxisnetzen in Niedersachsen lassen sich hierbei "genial - GesundheitsNetz im Altkreis Lingen", "pleXxon" im Ammerland sowie "HiMed" in Hildesheim zählen (KVN, 2020h).

¹²⁹ Für die Jahre 2020 bis 2024 ist mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) eine jährliche Fördersumme von 200 Mio. Euro vorgesehen (G-BA, 2020a).

ist eine qualitative Weiterentwicklung der Versorgung in der GKV in Deutschland (G-BA, 2020a).

Trotz der hier benannten Maßnahmen sind die politischen Erwartungen hinsichtlich einer gelingenden Versorgung über die Sektorengrenzen hinweg bisher nicht erfüllt worden (Wolf, 2020). Entsprechend vorhergehenden Positionierungen unterschiedlicher Gesundheitsakteure¹³⁰ zur Reformierung der Schnittstelle zwischen dem ambulanten und stationären Leistungsbereich hat die Bundesregierung im Jahr 2018 eine **Bund-Länder-Arbeitsgruppe (BLAG)**¹³¹ zur Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung eingerichtet (BLAG, 2019) und damit einen „gesundheitspolitischen Strategiewechsel“ (Wolf, 2020) vollzogen:

Während zuvor die Förderung der integrierten Versorgung über einen selektivvertraglichen Wettbewerb als zentraler Ansatz verfolgt wurde, steht nun das Angleichen der Rahmenbedingungen in den jeweiligen Sektoren mittels staatlicher Steuerung im Vordergrund der Bemühungen (ebd.). Ziel der BLAG ist es, die sektorenübergreifende Versorgung des stationären und ambulanten Sektors im Hinblick auf Bedarfsplanung, Zulassung, Honorierung, Codierung, Kooperation und Qualitätssicherung weiterzuentwickeln (BMG, 2018).

Hierfür wurde im Mai 2019 ein erster unveröffentlichter Arbeitsentwurf für ein Eckpunktepapier seitens der BLAG vorgelegt. Zu den wesentlichen Aspekten des Eckpunktepapiers zählen neben der Sicherstellung der ambulanten Versorgung durch Krankenhäuser ferner ein gemeinsamer fachärztlicher Versorgungsbereich für Leistungen, die ambulant wie auch stationär erbracht werden, sowie eine bessere Koordination zwischen Hausärztinnen und -ärzten und der ambulant häuslichen Krankenpflege. Die benannten Maßnahmen waren zum genannten Zeitraum nicht als abschließend zu betrachten (BLAG, 2019).

Im Januar 2020 ist als weiteres Zwischenergebnis ein „Fortschrittsbericht“ der BLAG „sektorenübergreifende Versorgung“ veröffentlicht worden, der neue Zielvorgaben beinhaltet. Ergänzend zum Eckpunktepapier wurden die haus- und fachärztliche Koordination, das Belegarztwesen wie auch das Management von Schnittstellen aufgenommen (BLAG, 2019). Konkret handelt es sich um folgende Punkte:

- Verbesserung der ärztlichen Kooperation und Koordination
- Unterstützende Leistungen zur Verbesserung der Compliance medizinischer und pflegerischer Behandlungsempfehlungen
- Option für eine Übergangs- oder Kurzzeitpflege im Krankenhaus nach einer Krankenhausbehandlung
- Weiterentwicklung des Entlassmanagements und der nachstationären Behandlung der Krankenhäuser
- Optimierung der Versorgungssituation in der Kinder- und Jugendmedizin

¹³⁰ Als Beispiel zu benennen ist hier das Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes für die 19. Legislaturperiode 2017–2021 vom 28. Juni 2017 (GKV-Spitzenverband, 2017).

¹³¹ Die Bund-Länder-AG setzt sich zusammen aus Vertreterinnen und Vertretern einzelner Bundesländer (Hessen, Brandenburg, Hamburg, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt, Bayern, Sachsen, Saarland und Nordrhein-Westfalen), der Koalitionsfraktionen sowie des Bundesministeriums des Innern, für Bau und Heimat, des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie, des Bundesministeriums für Ernährung und Landwirtschaft sowie des Bundesministeriums für Finanzen und des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG, 2018).

- Sektorenübergreifende Versorgung im Bereich der Psychiatrie
- Ausschöpfung von Ambulantisierungspotenzial
- Optimierung der Rahmenbedingungen für das Modell der Belegärztinnen und -ärzte (ebd.).

Ebenfalls von der Bund-Länder-AG thematisiert wurde die Notfallversorgung, die jedoch im Kontext gesetzgeberischer Aktivitäten auf anderer Ebene vertieft wurde (vgl. Kapitel Notfallversorgung).

Sowohl das Eckpunktepapier als auch der Fortschrittsbericht der Bund-Länder-AG zur sektorenübergreifenden Versorgung konnten vor Ausbruch der COVID-19-Pandemie politisch geeint werden. Geplante Gesetzesentwürfe stehen jedoch noch aus.

6.1.2. Sektorenübergreifende Versorgung im internationalen Vergleich

Obwohl die sektorenübergreifende Versorgung in Deutschland in den vergangenen Jahren durch gesetzgeberische Maßnahmen und die (modellhafte) Entwicklung neuer Versorgungsformen eine Stärkung erfahren hat, deutet der internationale Vergleich darauf hin, dass für eine effiziente und bedarfsgerechte Versorgung an Sektorenübergängen weitere strukturelle Handlungsmöglichkeiten bestehen.

Erfahrungen aus anderen Ländern legen z. B. nahe, dass das Ambulantisierungspotenzial stationärer Leistungen in Deutschland noch nicht ausreichend ausgeschöpft wird (Busse & Berger, 2018; Loos et al., 2019) (vgl. Kapitel Stationäre medizinische Versorgung). So weist Deutschland im Vergleich zum EU-Durchschnitt deutlich höhere Raten von Krankenhausaufnahmen bei Patientinnen und Patienten mit Asthma und COPD, Diabetes mellitus sowie Herzinsuffizienz auf (OECD, 2019a). Die deutliche sektorale Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung in Deutschland trägt zu diesen hohen Aufnahmezeiten bei, da sie die Kontinuität und Qualität der Versorgung negativ beeinflusst (ebd.).

Eine Möglichkeit zur Verbesserung der Versorgungskontinuität ist die verstärkte Steuerung der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch Hausärztinnen und -ärzte. In zahlreichen Ländern, darunter z. B. die Niederlande, Schweden und das Vereinigte Königreich, hat sich dies in Form von Gatekeeping-Systemen etabliert (Arentz, 2017; OECD, 2020e, vgl. Kapitel Ambulante medizinische Versorgung). In Deutschland werden Aspekte des Gatekeeping hingegen bislang ausschließlich auf freiwilliger Basis im Rahmen von Konzepten wie der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) und Disease-Management-Programmen angewendet (vgl. Kapitel Ambulante medizinische Versorgung).

Die Ausweitung solcher sektorenübergreifenden Versorgungsmodelle über selektivvertragliche Vereinbarungen hinaus gestaltet sich in Deutschland durch das sektorenabhängige Vergütungssystem schwierig (Albrecht et al., 2020). In anderen Ländern werden alternative Vergütungsformen eingesetzt, um die sektorenübergreifende Versorgung nicht nur für einzelne

Fälle, sondern für ganze Gruppen von Versicherten zu ermöglichen, z. B. in Spanien im Rahmen des Valencia-Modells¹³² und in den USA im Rahmen von Accountable Care Organizations¹³³ (Benstetter et al., 2020).

6.1.3. Status Quo der sektorenübergreifenden Versorgung in Niedersachsen

Das Land Niedersachsen hat die Bedeutung sektorenübergreifender Versorgungsansätze für die zukünftige Sicherstellung einer wohnortnahen und leistungsfähigen Gesundheitsversorgung erkannt und als Flächenland ein besonderes Augenmerk auf die Herausforderungen in ländlichen Regionen gelegt (Niedersächsischer Landtag, 2014).

Vor dem Hintergrund des insbesondere dort bestehenden Fachkräftemangels bzw. regionaler Fehlverteilungen hat das Land eine stärker sektorenübergreifende Verzahnung medizinisch ambulanter, stationärer, rehabilitativer sowie pflegerischer Versorgung als wesentlich erachtet und daher bereits 2010 das Modellprojekt „Zukunftsregionen Gesundheit“ initiiert (ebd.).

Seit 2014 wird dieses Modellprojekt unter dem Titel „Gesundheitsregionen Niedersachsen“ weiterentwickelt. Ziel der Gesundheitsregionen ist es, in den teilnehmenden Landkreisen und kreisfreien Städten Strukturen und innovative Projekte für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung zu entwickeln. Im Rahmen dessen wird auch eine Stärkung der sektorenübergreifenden Kooperation und Vernetzung der Gesundheitsakteurinnen und -akteure angestrebt (MS, o. J.).

Darüber hinaus ist die Förderung von sektorenübergreifendem Versorgungsmanagement in Niedersachsen insbesondere in Form von Selektivverträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringenden anzufinden. Diese Art der Versorgung eignet sich besonders für Erkrankungen mit komplexen Behandlungsprozessen. Folgende Projekte bzw. Verträge zur Integrierten Versorgung sind dabei beispielhaft hervorzuheben:

- **Verbund PädOnko Weser Ems** - Koordination der regionalen medizinischen Ressourcen zur Verbesserung der Betreuung pädiatrisch-onkologischer Patientinnen und Patienten und zur Reduzierung der Kosten und Risiken langer Anfahrtswege (Klinikum Oldenburg, o. J.)
- **Integrierte Versorgung Schizophrenie** - Aufbau eines landesweiten Versorgungsnetzes von Fachärztinnen und -ärzten sowie ambulanten psychiatrischen Pflegediensten zur Stärkung der ambulanten Strukturen und zur Vermeidung von Krankenhausaufenthalten (AOK, 2020a)
- **Integrierte Versorgung Sucht Haselünne** - Integriertes Behandlungskonzept für eine abgestimmte, übergreifende Zusammenarbeit zwischen Akut- und Rehaklinik (AOK, 2020a)

¹³² „Das Valencia-Modell entspricht einer öffentlich-privaten Partnerschaft, in welcher die Regierung Valencias vertraglich Konzessionen an private Managementunternehmen vergibt. Diese bestehen meist aus einer privaten Krankenversicherung als Gesundheitsspezialist und einem Zusammenschluss mehrerer öffentlicher Kreditinstitute, die die Gesundheitsversorgung und die finanzielle Stabilität der regionalen Versorgung gewährleisten“ (Benstetter et al., 2020, S. 76).

¹³³ „Eine ACO [Accountable Care Organization] verknüpft die Elemente einer optimierten Struktur der Leistungserbringung mit neuen Vergütungsansätzen. Auf struktureller Ebene definieren die CMS [Centers for Medicare and Medicaid Services] eine ACO als eine Gruppe von Ärzten, Krankenhäusern oder anderen Leistungserbringern, die sich freiwillig zusammenschließen, um koordinierte und qualitativ hochwertige Leistungen für Medicare-Patienten zu erbringen.“ (Benstetter et al., 2020, S. 79).

- **Integrierte Versorgung Lungentransplantation** - Kompetente, wohnortnahe Betreuung durch Befähigung von und Vernetzung mit niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzten in Kooperation mit einer spezialisierten Rehabilitationsklinik und einem begleitenden Case-Management (AOK, 2020a).

Spezielle Angebote im Bereich des Case-Managements liefern in Niedersachsen außerdem die folgenden durch den G-BA Innovationsfonds geförderten Projekte:

- **ReKo (Regionales Pflegekompetenzzentrum)** - Sektorenübergreifende Fallbegleitung unter Einsatz eines sogenannten digitalen Ökosystems, welches medizinische und pflegerische Daten transparent darstellt (ReKo, o. J.).
- **RubiN (Regional ununterbrochen betreut im Netz)** - Betreuung von geriatrischen Patientinnen und Patienten durch Versorgungskoordinatorinnen und -koordinatoren, welche bei Ärztenetzen angesiedelt und zentral gesteuert werden (RubiN, o. J.).

Ergänzend wurde in Niedersachsen 2014 ein gemeinsames Landesgremium nach § 90 a SGB V (sogenanntes §-90-a-Gremium) eingerichtet. Das Gremium setzt sich gemäß § 90 a SGB V aus Vertreterinnen und Vertretern des Landes, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen und der Landeskrankenhausgesellschaft sowie weiteren Beteiligten zusammen und gibt Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen ab. In dem niedersächsischen Landesgremium wurden dazu bislang in Arbeitsgruppen die Themen „Delegation“, „Entlassmanagement“ und „Prästationäres Screening“ behandelt (MS, 2017). Nach Einschätzung der Enquetekommission ist die Wirkung des Gremiums in seiner jetzigen Form auf die Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung jedoch begrenzt. Die Enquete spricht sich daher für eine Umstrukturierung des Gremiums aus, sodass es zukünftig Entscheidungen zur sektorenübergreifenden Versorgung, wie z. B. die Errichtung regionaler Gesundheitszentren, treffen kann. Zum jetzigen Zeitpunkt ist für alle Entscheidungen, die Krankenhäuser betreffen, der Krankenhaus-Planungsausschuss zuständig. Auch verschiedene Expertinnen und Experten befürworteten eine Weiterentwicklung der Landesgremien nach § 90 a SGB V in Bezug auf deren Zusammensetzung, Zielsetzung und Kompetenzen (Schlegel, 2021; SVR, 2018).

6.2. Wesentliche Erkenntnisse im Bereich der sektorenübergreifenden Versorgung

In den folgenden Abschnitten werden die in der Enquetekommission diskutierten Problemlagen im Bereich der sektorenübergreifenden Versorgung sowie die daraus abgeleiteten Handlungsempfehlungen detailliert dargestellt. Die Beratungen konzentrierten sich auf das Themenfeld „Qualität und Strukturen der Versorgung“. Eine Übersicht der ermittelten Herausforderungen und Empfehlungen ist in Beschluss 6 (vgl. Anhang 1) aufgeführt.

6.2.1. Rahmenbedingungen für eine sektorenübergreifende Versorgung

Im Bereich der Qualität und Strukturen der sektorenübergreifenden Versorgung liegen die Herausforderungen aus Sicht der Enquetekommission in Niedersachsen in folgenden Bereichen:

- Die Planungs-, Finanzierungs- und Vergütungssysteme sind überwiegend sektoral getrennt.

- Die sektoralen Strukturen beeinträchtigen die Effizienz, Effektivität und Qualität der Gesundheitsversorgung.
- Reformimpulse und Steuerungsansätze haben bisher nicht hinreichend gegriffen.
- Es bestehen Probleme bei der Durchführung und Übertragbarkeit von Modellprojekten in die Regelversorgung.

Überwiegend sektoral getrennte Planungs-, Finanzierungs- und Vergütungssysteme

Wie einleitend skizziert gelten in den Sektoren des deutschen Gesundheitswesens zum Teil sehr unterschiedliche und voneinander getrennte Regelsysteme (Albrecht et al., 2020; Gerlach, 2019). Besonders deutlich wird dies mit Blick auf die Finanzierungs- und Vergütungssysteme im ambulanten und stationären Bereich (vgl. hierzu auch die Darstellungen in den Kapiteln Ambulante medizinische Versorgung und Stationäre medizinische Versorgung). Während in Krankenhäusern die Finanzierung der Betriebskosten im Wesentlichen über das DRG-Fallpauschalensystem erfolgt und die Investitionskosten nach dem Prinzip der dualen Finanzierung durch die Länder zu tragen sind, gilt im ambulanten Bereich ein einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM), der die Investitionskosten umfasst. Investitionskosten sind im ambulanten Bereich aus der Vergütung der Praxen zu finanzieren (Albrecht, 2021; Gerlach, 2019).

Neben den unterschiedlichen Finanzierungssystemen existieren auch für die Bedarfsplanung der beiden Sektoren zwei gänzlich voneinander getrennte Systeme:

Für den stationären Sektor erstellen die Krankenhausplanungsausschüsse der Länder Krankenhauspläne, während davon unabhängig die Planung der ambulanten Versorgung über Bedarfsplanungsrichtlinien sowie Zulassungsausschüsse erfolgt.

Problematisch sind nach Einschätzung der Enquetekommission insbesondere die aus den getrennten Planungsprozessen resultierenden inkongruenten planerischen Versorgungsbereiche ambulanter und stationärer Leistungserbringender. Weitere sektorale Unterschiede zeigen sich in Bezug auf Vorgaben zur Mengenbegrenzung, die Dokumentation und Erfassung von Diagnosen sowie die Qualitätssicherung (Albrecht et al., 2020; Gerlach, 2019). Insgesamt ist zwischen den Sektoren eine mangelnde gegenseitige Berücksichtigung und Abstimmung festzustellen, weshalb sektorenübergreifende Erwägungen in den Planungsprozessen derzeit nur eine untergeordnete Rolle spielen (Albrecht & Al-Abadi, 2018).

Sektorale Strukturen beeinträchtigen Effizienz, Effektivität und Qualität der Gesundheitsversorgung

Das im deutschen Gesundheitswesen schon lange bestehende Nebeneinander von Unter-, Über- und Fehlversorgung birgt aus Sicht von Fachexpertinnen und -experten umfangreiche Potenziale für Qualitäts- und Effizienzsteigerungen (BLAG, 2019; SVR, 2012). Überversorgungsphänomene werden für Deutschland insbesondere in den Bereichen der Diagnostik und operativen Behandlung konstatiert, wobei die empirischen Aussagen hierzu uneinheitlich belegt sind (Grote Westrick et al., 2019). Als Beispiele für eine Überversorgung gelten u. a. die in Deutschland im Vergleich zur Schweiz und Österreich deutlich häufiger durchgeführten Linkskatheteruntersuchungen, diagnostisch-technische Leistungen bei nicht spezifischen Kreuzschmerzen sowie Schilddrüsen- und Eierstock-OPs (Gerlach, 2019; Grote Westrick et al., 2019).

Anzeichen auf Unter- oder Fehlversorgungen hingegen sind Fachexpertinnen und -experten zufolge z. B. in der Versorgung chronischer Wunden, bei Erkrankungen wie Typ2-Diabetes mellitus, Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie bei Infusionstherapien im Rahmen onkologischer oder immunologischer Erkrankungen festzustellen (Schlegel, 2021). Hier zeigt sich, dass für die komplexen Versorgungsbedarfe der betroffenen Patientinnen und Patienten intersektorale und interdisziplinäre Leistungen dringend erforderlich sind, um effizient optimale Behandlungsergebnisse zu erzielen. Da jedoch im bestehenden Vergütungssystem jeder Leistungserbringer seine Leistung einzeln erbringt und für diese vergütet wird und die Vergütung nicht an den Therapieerfolg aller Leistungserbringer gemeinsam gekoppelt ist, fehlen Anreize für solche koordinierten, intersektoralen Versorgungsprozesse.¹³⁴

Die somit weiter bestehende unzureichende Koordinierung führt insbesondere bei mehrfach-erkrankten Patientinnen und Patienten zu einer teils ungesteuerten Inanspruchnahme und hohen Arztkontaktzahlen (vgl. Kapitel Ambulante medizinische Versorgung und Stationäre medizinische Versorgung) sowie zu Doppeluntersuchungen. Letztere werden in der fachlichen Debatte z. B. bei bildgebenden Verfahren wie Röntgenuntersuchungen beanstandet, da diese für die Patientinnen und Patienten eine unnötige gesundheitliche Belastung oder gar Gefährdung bedeuten (Spitzer, 2021).

Darüber hinaus gestaltet sich die Begleitung von Patientinnen und Patienten an den Sektorenübergängen als unzureichend und nicht durchgängig. Ein augenfälliges Beispiel hierfür war lange Zeit das Entlassmanagement nach Krankenhausaufenthalt. Die hier zu beobachtenden Brüche im Versorgungsgeschehen hat der Gesetzgeber 2015 im Rahmen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes adressiert, wodurch Krankenhäuser nun erweiterte Möglichkeiten haben, Nachbehandlungen zu veranlassen, Leistungen für einen Übergangszeitraum zu verordnen und eine Arbeitsunfähigkeit zu bescheinigen. „Allerdings wird damit nur ein Teil des Problems adressiert, der sich zudem auf zeitlich eng begrenzte Phasen der Versorgung bezieht“ (Albrecht, 2021, S. 33 f.).

Eine weitere wesentliche Problematik der sektoralen Strukturen ergibt sich aus den oben beschriebenen sektorenspezifischen Finanzierungssystemen. Diese führen dazu, dass Leistungen, die ambulant oder stationär erfolgen können, unterschiedlich vergütet werden und dies in einer bislang unzureichenden Ausschöpfung der Ambulantisierungspotenziale in Deutschland resultiert (Albrecht et al., 2020). Eine Untersuchung des IGES¹³⁵ konnte hierzu anhand ausgewählter Indikationen, die prinzipiell sowohl ambulant als auch stationär mit gleichwertiger (Ergebnis-) Qualität behandelt werden können¹³⁶, exemplarisch zeigen, dass die Behandlung bei stationärer Versorgung durchweg höher vergütet wird als in der ambulanten bzw. vertragsärztlichen Versorgung (Albrecht et al., 2020).

¹³⁴ Für das Beispiel der Wundversorgung konstatiert Schlegel (2021): „Häufige und traurige Konsequenz der systembedingten Unterversorgung der Patienten war und ist die Amputation von Gliedmaßen (zumeist Zehen, Füße oder Unterschenkel). Der Mangel an ambulanter (frühzeitiger) Diagnose und Versorgung führte letztlich zu stationären Aufenthalten sowie kostspieliger Nachversorgung: poststationäre Versorgung, Rehabilitation, Anfertigung von orthopädischen Schuhen/Einlagen, kontinuierliche Nachversorgung der Patienten, gegebenenfalls Berufsunfähigkeit und Verrentung usw.“ (S. 53).

¹³⁵ Die Ergebnisse der Studie aus dem Jahr 2018 wurden im Jahr 2020 aktualisiert (Albrecht et al., 2020).

¹³⁶ Hierbei handelte es sich um Diabetes mellitus, Schlafapnoe, Tonsillektomie, nicht schwere kardiale Arrhythmie und gastroenterologische Erkrankungen.

Darüber hinaus führt nach Einschätzung der Enquetekommission ein Mangel an Kooperationsanreizen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten zu ineffizienter sektoraler Konkurrenz, und die separate Bedarfsplanung befördert die Bildung von Parallelstrukturen, statt eine Schwerpunktbildung und Vernetzung voranzutreiben. Insgesamt kommt es dadurch zu einer Fehlverteilung nach Fachgruppen, regionalen Fehlverteilungen (v. a. Ballungsgebiete vs. ländliche Gebiete) sowie zu einem Missverhältnis zwischen spezialisierter Versorgung und Grundversorgung (vgl. Kapitel Ambulante medizinische Versorgung).

Reformimpulse und Steuerungsansätze haben bisher nicht hinreichend gegriffen

Wenngleich bereits zahlreiche Gesundheitsreformen das Ziel verfolgt haben, strukturelle Rahmenbedingungen des deutschen Gesundheitswesens neu auszurichten und einzelne Versorgungsbereiche enger miteinander zu verzahnen, lässt sich die Einführung des Innovationsfonds im Jahr 2016 als eine Reaktion darauf deuten, dass „die Entwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung bis dahin hinter den Erwartungen zurückblieb“ (Wille, 2021, S. 11). Auch verdeutlichen die Gründung der Bund-Länder-AG zur Neuordnung der Sektorengrenze zwischen ambulant und stationär 2018 sowie die Entwicklung eines Konzepts zur „Struktur und Vergütung ärztlich intersektoraler Leistungen“ durch den Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e. V. (SpiFa) im Jahr 2019 die fortbestehende Notwendigkeit, die sektorenübergreifende Versorgung aufgrund der unzureichenden Umsetzung von Reformimpulsen und Steuerungsansätzen, voranzutreiben (ebd.).

Als Beispiel für die bislang nur teilweise erfolgreichen Reformimpulse kann die Förderung der besonderen Versorgung nach § 140 a SGB V benannt werden. Denn obwohl diese Maßnahmen dazu beitragen sollen, die Grenzen der Sektoren zu überwinden und die für das deutsche Gesundheitswesen typischen Schnittstellenprobleme zu reduzieren (SVR, 2012), blieben sektorale Planungs-, Finanzierungs- und Vergütungssysteme bei der Integration der Versorgungsbereiche bisher weitestgehend unangetastet bzw. erfolgten nur additiv (Greß & Schnee, 2017). Zudem wurden zwar immer wieder neue Regelungen aufgenommen, jedoch „oft ohne die Wirkung vorheriger Maßnahmen abzuwarten oder zu evaluieren“ (Richard, 2020, S.895). Somit zeigt sich bei der Analyse von Entwicklungsprozessen sektorenübergreifender Versorgung, dass die Beharrungskräfte sektorspezifischer Sichtweisen lang andauernde sowie nachhaltig organisierte Transformationsprozesse erfordern und bislang größeren Reformschritten auf diesem Gebiet entgegenwirken (Greß & Schnee, 2017; Spitzer, 2020).

Insgesamt bestehen trotz der bisherigen Reformimpulse noch immer Steuerungsdefizite auf der Angebots- und Nachfrage- bzw. Inanspruchnahmeseite. Auf der Angebotsseite ist aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts, interdisziplinärer Arbeitsweisen und veränderter Arbeitszeiten der Leistungserbringenden eine Weiterentwicklung der Versorgungsplanung erforderlich (SVR, 2018). Auf der Nachfrageseite haben ein verändertes Inanspruchnahmeverhalten der Patientinnen und Patienten sowie die höhere Lebenserwartung im Zusammenhang mit der Chronifizierung vieler Krankheiten und Multimorbidität zu einer zunehmenden Komplexität der Versorgungspfade beigetragen (ebd.).

Herausforderungen bei der Durchführung und Übertragbarkeit von Modellprojekten in die Regelversorgung

Nach Einschätzung der Enquetekommission sind selektivvertragliche Modelle zwar bedeutsam für die Erprobung neuer Versorgungs- und Vergütungsideen, jedoch mit einem hohen Aufwand verbunden. Zudem lag der Fokus der bisher entwickelten und umgesetzten selektivvertraglichen Modelle oftmals auf Kosteneinsparungen, während Möglichkeiten zur Verbesserung der Versorgungsqualität aus Sicht der Kommission nicht immer im gleichen Maße Beachtung fanden.

Darüber hinaus bestehen im Rahmen von Modellprojekten häufig Probleme bei der Rekrutierung von Patientinnen und Patienten, und Evaluationen sind bei geringen Fallzahlen teilweise nur eingeschränkt möglich (z. B. bei neuen und nur in geringer Zahl eingeführten Versorgungsmodellen) (Graf, 2020). Darüber hinaus kann es zu Problemen bei der Übertragbarkeit erfolgreich durchgeführter Evaluationen kommen, wenn die Teilnehmenden der Erprobungsphase sich von der Gesamtpopulation unterscheiden (z. B. besonders motivierte oder privilegierte Teilnehmende in der Testphase). Die ausstehenden Evaluationen wiederum führen zu Skepsis in Bezug auf die Outcomes neuer Versorgungsmodelle und die Überführbarkeit in die Regelversorgung. Hierzu konstatiert z. B. die OECD im Länderprofil Deutschland, „dass es keine systematische Bewertung [der Initiativen und Programme] gibt, nicht alle Sektoren beteiligt sind und keine allgemeinen Ziele formuliert wurden“ (OECD, 2019a).

Auch Zwischenfinanzierungen von Modellprojekten bis zur Überführung in die Regelversorgung sind schwer zu realisieren (Berger, Busse et al., 2020; Graf, 2020; HKSH-BV, 2019; Roski, 2021). Der GKV-Spitzenverband sieht jedoch keine Notwendigkeit einer Zwischenfinanzierung. Begründet wird dies damit, dass der Großteil der Modelle aus dem Förderbereich „Neue Versorgungsformen“ auf Selektivverträgen beruhe, wodurch die Möglichkeit der lückenlosen Weiterfinanzierung nach Projektende bereits bestünde (GKV-Spitzenverband, 2019).

Um die Überführbarkeit von Modellprojekten in die Regelversorgung zu verbessern, wurde im Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GPVG) eine neue Regelung geschaffen. Danach können nach § 92 a SGB V geförderte Innovationsfondsprojekte (Erfüllungsfiktion) gemäß der mit dem GPVG zum 01.01.2021 in Kraft getretene Neuregelung des § 140 a SGB V zukünftig als Verträge nach § 140 a durchgeführt und fortgesetzt werden.

Aus Sicht des AOK-Bundesverbandes wird der Abbau von Hürden für innovative Versorgungsformen zwar grundsätzlich begrüßt, dennoch wird diese Regelung kritisch bewertet. So stelle eine positive Förderentscheidung des Innovationsausschusses - bei beendeten Projekten sogar ohne explizite Berücksichtigung der Ergebnisse des Förderprojekts - nicht zwingend einen ausreichenden Tatbestand für das Vorliegen einer besonderen Versorgung dar, und Vergütungsniveaus, die während der Implementierungs- und Pilotphase einer neuen Versorgungsform angemessen seien, könnten nicht 1:1 auf den „Normalbetrieb“ übertragen werden (AOK-Bundesverband, 2020a).

Handlungsempfehlungen

Um den im vorherigen Abschnitt beschriebenen Herausforderungen im Bereich der Qualität und Strukturen in der sektorenübergreifenden Versorgung zu begegnen, hat die Enquetekommission die nachfolgenden Handlungsempfehlungen erarbeitet. Die Handlungsempfehlungen sind für das gesamte Kapitel fortlaufend nummeriert (vgl. Anhang 1, Beschluss 6).

Als Empfehlungen sind folgende Punkte hervorzuheben:

- Insgesamt bedarf es einer schrittweisen Angleichung von Rahmenbedingungen auf Bundesebene.
- Durch die Entwicklung und Erprobung neuer Versorgungs- und entsprechender Finanzierungsmodelle sowie die Stärkung bestehender sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen soll die Gesundheitsversorgung über die Sektorengrenzen hinweg ausgebaut werden.
- An geeigneten Standorten in Niedersachsen wird die Einführung modellhafter Regionaler Gesundheitszentren zur sektorenübergreifenden Versorgung angestrebt (vgl. detaillierte Darstellung unter 6.3.)

Die detaillierten Empfehlungen aus der Enquetekommission im votierten Wortlaut umfassen folgende Aspekte:

- 1. Vorantreiben der schrittweisen Angleichung der Rahmenbedingungen auf Bundesebene** (Systemwechsel; (vgl. Vorschläge SVR-Gesundheit)
 - a) Förderung der schrittweisen Angleichung der ambulanten und stationären Versorgungsplanung: Entwicklung einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung mit dem Ziel einer praxisorientierten Umsetzung
 - b) Förderung der schrittweisen Angleichung der Finanzierungstatbestände: Vereinheitlichung der Vergütung für identische Sachverhalte („Gleiche Vergütung für gleiche Leistung“) unter Berücksichtigung der Kosteneffekte, Annäherung der Investitionsfinanzierung und Schaffung von Anreizen für IV-Verträge (insbesondere § 140 a SGB V)
 - c) Förderung der schrittweisen Angleichung von Organisation und Abläufen: z. B. Annäherung des Aufsichtshandelns, Einführung integrierter Versorgungsroutinen und Vereinheitlichung der Sprache durch versorgungsstufenadäquates, aber integriertes Klassifikations- und Dokumentationssystem sowie Einbezug digitaler Instrumente und entsprechender Anwendungen der Telematikinfrastruktur
 - d) Förderung sektorenübergreifender Qualitätssicherung (auch als Voraussetzung für qualitätsorientierte Bedarfsplanung und Qualitätswettbewerb)
- 2. Berücksichtigung der Ergebnisse der Bund-Länder-AG „Sektorenübergreifende Versorgung“** (vgl. Fortschrittsbericht Bund-Länder-AG 01/2020)
 - a) Erweiterung der Möglichkeiten für Krankenhäuser zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung, insbesondere in Regionen und medizinischen Aufgabenfeldern, in denen der ambulante Versorgungsbedarf aktuell und zukünftig nicht gedeckt werden kann
 - b) Festlegung eines gemeinsamen fachärztlichen Versorgungsbereiches, der künftig für den ambulanten und stationären Bereich sektorenübergreifend organisiert wird
 - c) Verbesserung der Kommunikation, Koordination und Kooperation zwischen Haus- und Fachärztinnen und -ärzten sowie ambulanten Pflegediensten, um die diagnostische, therapeutische und pflegerische Versorgung zu verbessern, insbesondere von alleinlebenden, chronisch kranken oder alten Menschen

- 3. Entwicklung umfassenderer populationsorientierter Versorgungsmodelle für Niedersachsen (z. B. über Gesundheitsregionen)**

- 4. Umsetzung des Konzepts „Regionales Gesundheitszentrum Niedersachsen“ (vgl. Exkurs zum RGZ-Konzept)**
 - a) Modellhafte Einführung Regionaler Gesundheitszentren zur sektorenübergreifenden Versorgung an geeigneten Standorten in Niedersachsen
 - b) (Begleitende) Evaluation der Modellprojekte, insbesondere hinsichtlich des Patientennutzens, der Leistungsfähigkeit, der Wirtschaftlichkeit, der Inanspruchnahme und der Akzeptanz
 - c) Berücksichtigung der Erfahrungen aus dem landesweiten Modellprojekt „regionale Versorgungszentren“ des Nds. Ministeriums für Bundes- und Europaangelegenheiten und Regionale Entwicklung
 - d) Bei Erfolg des EKmedV-Modellprojekts „Regionales Gesundheitszentren Niedersachsen“: Überführung in die Regelversorgung, insbesondere um Versorgung in ländlichen Bereichen sicherzustellen (u. a. an Standorten, an denen Krankenhäuser nicht dauerhaft betrieben werden können/müssen)

- 5. Aufbau weiterer sektorenübergreifender Versorgungsmodelle und regionaler Versorgungsverbände**
 - a) Entwicklung und Erprobung neuer Versorgungs- und entsprechender Finanzierungsmodelle
 - b) Einführung einer sachgerechten Finanzierung der sektorenübergreifenden Versorgung
 - c) Stärkung regionaler Gesundheitsplanung unter Einbeziehung aller beteiligten Akteurinnen und Akteure der örtlichen Gesundheitseinrichtungen und Berücksichtigung der Bedarfe vor Ort (z. B. im Rahmen von regionalen Versorgungskonferenzen)
 - d) Einführung regionaler Pflegekompetenzzentren (vgl. ReKo - DAK Gesundheit)

- 6. Aufbau sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen auf Grundlage der Erfahrungen aus bisherigen Modellprojekten**
 - a) Stärkung ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung nach § 116 b SGB V
 - b) Stärkung der Nutzung des Innovationsfonds nach § 92 a SGB V
 - c) Stärkung Integrierter Versorgung nach § 140 a SGB V
 - d) Verstetigung erfolgreicher Pilotprojekte aus den Gesundheitsregionen

- 7. Umgestaltung des §-90-a-Gremiums**
 - a) Reduzierung auf Verantwortliche für Sicherstellung und (tatsächliche) Kostenträger
 - b) Ausweitung von Befugnissen, insbesondere zur sektorenübergreifenden Versorgung (so weit dies noch nicht erfolgt - Ausweitung sektorenübergreifender Planungsaspekte auf den Krankenhausausschuss oder den Ausschuss Ärzte/Krankenkassen bzw. Zulassungsausschuss Vertragsärzte)

- 8. Nutzung von Digitalisierungspotenzialen im Rahmen der sektorenübergreifenden Versorgung** (vgl. Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung, Handlungsempfehlungen)
- 9. Nutzung von Delegationspotenzialen im Rahmen der sektorenübergreifenden Versorgung** (vgl. Ambulante medizinische Versorgung, Handlungsempfehlungen)

Vor dem Hintergrund der steigenden Anzahl hochaltriger Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen und Multimorbidität, der zunehmenden Komplexität des Versorgungsgeschehens sowie der bestehenden Fragmentierung des Gesundheitswesens kommt sektorenübergreifenden Versorgungskonzepten eine hohe Bedeutung zu. Diese erfordern eine effektive und effiziente Zusammenarbeit aller an der Versorgung beteiligten Akteurinnen und Akteure, um Behandlungsbrüchen entgegenzuwirken und somit eine qualitativ hochwertige patientenorientierte Versorgung zu gewährleisten. Die Entwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung hängt dabei maßgeblich von Veränderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen durch den Bundesgesetzgeber ab. Das Land Niedersachsen muss daher einerseits darauf hinwirken, dass Veränderungen auf der Bundesebene erfolgen, andererseits kann auch auf Landesebene zu einer Stärkung der intersektoralen Zusammenarbeit beigetragen werden, z. B. durch die Entwicklung und Erprobung neuer Versorgungs- und Finanzierungsmodelle, die Verstetigung erfolgreicher Modellprojekte, den Aufbau regionaler Versorgungsverbände und die Weiterentwicklung des §-90-a-Gremiums.

6.3. Exkurs: Regionale Gesundheitszentren Niedersachsen

Die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen und wohnortnahen medizinischen Versorgung in Niedersachsen wird zunehmend vor verschiedene Herausforderung gestellt. Zu diesen Herausforderungen zählen

- die zum Teil mangelnde flächendeckende Verteilung der ärztlichen und pflegerischen Versorgung,
- insbesondere im Bereich der haus- und kinderärztlichen Versorgung wahrgenommene Versorgungsmängel,
- sich verschärfende Versorgungsengpässe, wenn die Ärztinnen und Ärzte aus der Generation der Babyboomer in den Ruhestand gehen,
- die bei ärztlichem Nachwuchs abnehmende Beliebtheit der Niederlassung in eigenständiger Praxis,
- die Steuerung von Niederlassungen in spezifische Regionen und Fachrichtungen sowie
- ein veraltetes Bedarfsplanungsmodell, welches den tatsächlichen Versorgungsbedarf und die Möglichkeiten einer sektorenübergreifenden Versorgung nicht hinreichend abbildet.

In seinen Gutachten weist der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) ebenfalls auf Defizite im gesamtdeutschen Gesundheitswesen hin. Unter anderen nennt der Expertenrat die **Über-, Unter- und Fehlversorgung** sowie **bestehende Steuerungsdefizite** als zentrale zu bewältigende Herausforderungen, um auch zukünftig eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung sicherzustellen (SVR 2018).

Um diesen Herausforderungen zu begegnen, spricht sich der SVR für den Ausbau und die Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen, eine effektivere und effizientere Steuerung der Versorgung und den Abbau der Mauer zwischen stationärer und ambulanter Versorgung aus. Auch eine bessere Begleitung der Patientinnen und Patienten durch das komplexe Gesundheitswesen, die Stärkung der Rolle der Hausärztinnen und Hausärzte, die Nachwuchsgewinnung und die Delegation ärztlicher Leistungen an andere Berufsgruppen werden als mögliche Lösungen genannt. Darüber hinaus gab der SVR bereits 2014 in seinem Gutachten die Empfehlung zur **Bildung von „lokalen Zentren zur Langzeit- und Primärversorgung“** (SVR, 2014).

Lösungsansatz der Enquetekommission

Auch aus Sicht der Enquetekommission ist der Ausbau von Interdisziplinarität, Interprofessionalität und Intersektoralität ein Schlüssel für die Zukunftsfähigkeit der Gesundheitsversorgung (Schneider, 2020). Diese Merkmale sind konstitutiv für regionale Gesundheitszentren, sodass der Auf- und Ausbau entsprechender Strukturen ausdrücklich zu begrüßen ist.

Vor diesem Hintergrund wurde durch die Kommission die Arbeitsgruppe „Regionales Gesundheitszentrum für Niedersachsen“ eingerichtet. Das grundlegende Ziel der Arbeitsgruppe war die Entwicklung eines eigenständigen, sektorenübergreifenden Versorgungsmodells, welches die spezifischen Gegebenheiten in Niedersachsen berücksichtigt und dessen konkretes Leistungsspektrum an den jeweiligen Voraussetzungen und Bedarfen „vor Ort“ ausgerichtet werden kann.

Definition der Rahmenbedingungen und Anforderungen

Im Rahmen einer Modellphase bedarf es zunächst der Klärung rechtlicher Rahmenbedingungen sowie der Definition notwendiger gesetzgeberischer Aktivitäten. Die Planungsgrundlagen sollen vorerst im Krankenhausplanungsausschuss beraten werden. Hier ist perspektivisch jedoch denkbar, die Steuerung der sektorenübergreifenden Versorgung in ein neu zu gestaltendes §-90-a-Gremium zu überführen (vgl. Sektorenübergreifende Versorgung, Handlungsempfehlungen). Darüber hinaus ist die Vermeidung von Parallelstrukturen bei der Notfallversorgung eine weitere grundsätzliche Voraussetzung für das Vorhaben.

Basierend auf der Analyse der Enquetekommission zur Situation der ambulanten ärztlichen und stationären Versorgung in Niedersachsen wurden von der Arbeitsgruppe zunächst folgende zentrale Anforderungen an das Modell formuliert:

- Bildung einer zentralen Anlaufstelle in der Region
- Gemeinsame sektorenunabhängige Standortplanung, die am Versorgungsbedarf und nicht an bestehenden Standorten ausgerichtet ist

- Vereinigung verschiedener Arztgruppen und nichtärztlicher Fachgruppen unter einem Dach oder in einem virtuellen Netzwerk
- Sicherstellung einer Erreichbarkeit rund um die Uhr
- Möglichkeit der kurzzeitigen Pflege oder Überwachung sowie
- Ausbau der Delegationsmöglichkeiten.

Das Konzept „Regionales Gesundheitszentrum Niedersachsen“

Mit dem Regionalen Gesundheitszentrum Niedersachsen wird ein Modell angestrebt, in dem verschiedene Leistungserbringende in Kooperation ihrer Tätigkeit nachgehen können („erweitertes Ärztehaus“). Ein Schlüsselaspekt zur Sicherstellung der Attraktivität ist es, dass sich insbesondere bereits niedergelassene Ärztinnen und Ärzte aus der Region in das Gesamtkonzept einbringen sollen. Berufsübergreifende Kooperationen sollen darüber hinaus zu Synergieeffekten führen und zur Realisierung eines möglichst umfassenden Behandlungsangebots beitragen. Gerade dem Aspekt der Delegation ärztlicher Leistungen auf andere Berufsgruppen im Gesundheitswesen kommt dabei eine besondere Bedeutung zu.

Aus Perspektive der Bevölkerung wird mit dem Regionalen Gesundheitszentrum eine alternative Versorgungsform bereitgestellt, die als zentrale Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten insbesondere dort zur Sicherstellung einer wohnortnahen medizinischen Versorgung beiträgt, wo ambulante Angebote und/oder Krankenhausstandorte fehlen. Die Berücksichtigung vorhandener und Entwicklung neuer struktureller Grundlagen, beispielweise geeigneter Nahverkehrsangebote für Patientinnen und Patienten, ergänzen das Modell und können seine Akzeptanz und Attraktivität steigern.

Eine qualitativ hochwertige Behandlung und effiziente Patientensteuerung soll darüber hinaus durch sogenannte Lotsen gewährleistet werden, welche Patientinnen und Patienten sektorenübergreifend entlang der Versorgungskette begleiten und Orientierung im System bieten (vgl. Kapitel Ambulante Versorgung). Diese Funktion kann beispielweise durch Hausärztinnen bzw. Hausärzte oder Case-Managerinnen bzw. Case-Manager innerhalb des Regionalen Gesundheitszentrums übernommen werden.

Hinsichtlich seines Leistungsangebots setzt sich das Regionale Gesundheitszentrum aus Basiselementen und optionalen Elementen zusammen. Basiselemente umfassen Leistungen, die in jedem Gesundheitszentrum zentral zur Verfügung stehen sollen. Optionale Elemente können - abhängig von den örtlichen Gegebenheiten und Bedarfen - ergänzende Teile des Leistungsumfangs des Modells darstellen (vgl. Abb. 22).

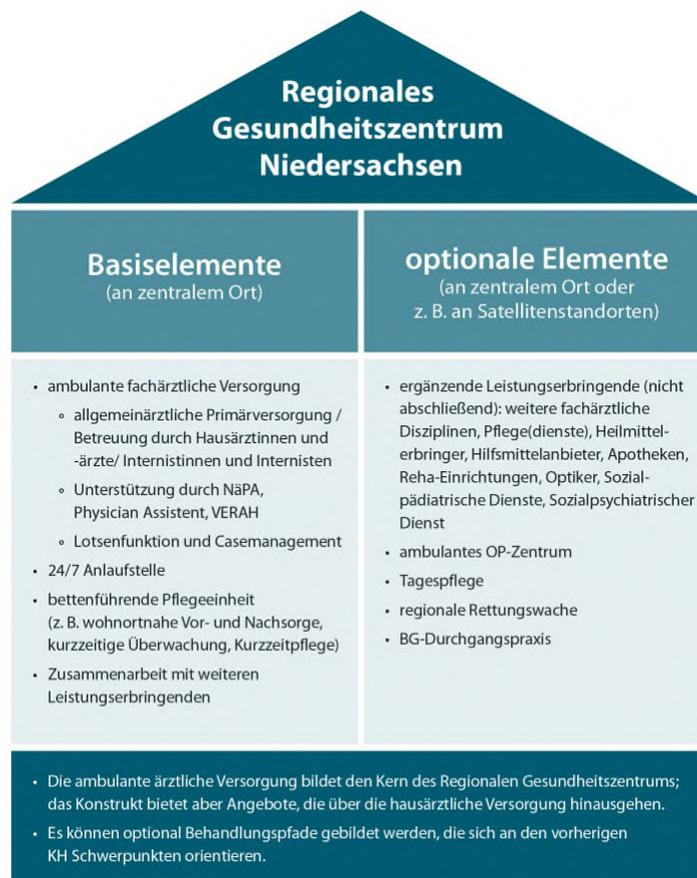


Abb. 22: Regionales Gesundheitszentrum. Eigene Darstellung.

Als **organisatorischer Rahmen** des Regionalen Gesundheitszentrums bietet es sich aus Sicht der Enquetekommission schwerpunktmäßig an, über die Gründung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) zu agieren, die bevorzugt in der Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) entstehen können. Für dieses Konstrukt bestehen bereits die rechtlichen Grundlagen, sodass ein zügiger Start mit rechtlich klaren Regelungen gelingen kann. Für die Auswahl der Träger des Modells sollten individuelle Regelungen vor Ort getroffen werden. Denkbar sind z. B. niedergelassene im Regionalen Gesundheitszentrum tätige Ärztinnen und Ärzte, die Kassenärztliche Vereinigung, öffentliche, kommunale, freigemeinnützige oder private Träger.

Die Finanzierung des Regionalen Gesundheitszentrums soll im Betrieb soweit wie möglich im Rahmen der Regelversorgung nach den Vorschriften des SGB erfolgen. Gerade zum Aufbau der Strukturen und für die zusätzlichen Aufgaben während der Modellphase soll geprüft werden, inwieweit Landesmittel oder Fördergelder aus anderen Töpfen genutzt werden können. Bei Umwidmung von Krankenhausstandorten umfasst die Prüfung auch die Mittelverwendung aus bestehenden Strukturfonds, die aktuell allerdings bereits weit überzeichnet sind. Insofern wird die Auflage eines weiteren Strukturfonds, der vom Bund, vom Land oder ggf. gemeinsam getragen wird, für unerlässlich gehalten.

Die zeitnahe Realisierung des Modellvorhabens stellt einen wichtigen Erfolgsfaktor dar: Es gilt dabei, einige Kriterien für die **Auswahl geeigneter Standorte** zu berücksichtigen, damit

das Potenzial des Regionalen Gesundheitszentrums ausgeschöpft und die Akzeptanz „vor Ort“ sichergestellt werden kann. Die Standorte sollten dabei nicht zentral festgelegt werden, sondern es sollte den Akteurinnen und Akteuren in geeigneten Regionen die Möglichkeit gegeben werden, sich im Rahmen eines Interessensbekundungsverfahrens aktiv als Standort für ein Regionales Gesundheitszentrum bewerben zu können. Zu den Kriterien einer geeigneten Standortauswahl zählen:

- Die Notwendigkeit der Sicherstellung einer wohnortnahen Versorgung im ländlichen Bereich,
- die Akzeptanz der Kommune,
- die Bereitschaft zur Integration der vorhandenen niedergelassenen Arztpraxen sowie
- im Idealfall die Bereitschaft eines Trägers, sich mit Pflegeleistungen einzubringen.

Außerdem sollen Krankenhausstandorte, die nicht (mehr) dauerhaft betrieben werden können oder müssen, bei der Auswahl berücksichtigt werden.

Nächste Schritte

Im Rahmen einer Modellphase sollen an ausgewählten Standorten über die Projektlaufzeit von mindestens fünf Jahren Regionale Gesundheitszentren erprobt werden. Die Projektlaufzeit von fünf Jahren stellt für die beteiligten Leistungserbringenden die notwendige Planungssicherheit sicher und gewährleistet ausreichend Zeit für eine aussagekräftige Evaluation. Inhaltlich soll sich die Evaluation insbesondere mit der Frage nach der Leistungsfähigkeit - also ob das Modell dauerhaft wirtschaftlich tragfähig ist und die Behandlungsqualität gesteigert werden kann - sowie mit der Inanspruchnahme durch die Bevölkerung und der Akzeptanz des Projekts innerhalb der Bevölkerung auseinandersetzen. Die Evaluation soll dabei unabhängig und objektiv durch externe Evaluatorinnen und Evaluatoren erfolgen. Zudem soll sie prozessbegleitend aufgebaut sein, sodass steuernde Korrekturen während der Modelllaufzeit möglich sind.

Für ihre Finanzierung muss geprüft werden, ob diese aus Landesmitteln geleistet werden kann oder ein Antrag für Mittel aus dem Innovationsfonds der GKV erfolgen sollte. Die Entscheidung über eine spätere Projektförderung soll darüber hinaus mindestens ein Jahr vor Projektende getroffen werden, um Planungssicherheit für alle Beteiligten zu schaffen.

Für die Umsetzung des Modellprojekts „Regionales Gesundheitszentrum Niedersachsen“ empfiehlt die Enquetekommission außerdem einen engen Erfahrungsaustausch mit den Verantwortlichen des landesweiten Modellprojekts „regionale Versorgungszentren“ des Niedersächsischen Ministeriums für Bundes- und Europaangelegenheiten und Regionale Entwicklung.¹³⁷

¹³⁷ Zu Details des Projekts vgl. https://www.mb.niedersachsen.de/startseite/regionale_landesentwicklung_und_eu_forderung/alles-unter-einem-dach-regionale-versorgungszentren-in-den-landlichen-raumen-194968.html

7. Öffentlicher Gesundheitsdienst

7.1. Hintergrund

Als „integraler Baustein des modernen Sozialstaats“ (GMK, 2018, S. 2) stellt der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) neben der ambulanten und stationären Versorgung die dritte Säule des deutschen Gesundheitswesens dar. Im Unterschied zur vorwiegend individualmedizinisch-kurativ ausgerichteten Versorgung in Krankenhäusern und ambulanten Praxen, legt der ÖGD einen Schwerpunkt auf bevölkerungsbezogene präventive Aufgaben. Die Arbeit des ÖGD ist gemeinwohlorientiert, multiprofessionell und unabhängig von ökonomischen Interessen (NLT, 2020). Auftrag der bundesweit flächendeckend vorgehaltenen Gesundheitsämter¹³⁸ und der entsprechenden Fachdienste ist es, die Gesundheit der Bevölkerung zu schützen und zu fördern (Meyer & Henke, 2020; Niedersächsischer Landtag, 2019b). Hierzu sind die Gesundheitsämter mit einem breiten Spektrum von Aufgaben betraut, das vom Infektionsschutz über Beratung und Information bis zur Vernetzung kommunaler Akteure reicht (Kuhn & Wildner, 2020a).

Die Bedeutung des ÖGD wird in der COVID-19-Pandemie besonders nachdrücklich unterstrichen. Mit hohem persönlichen Engagement tragen die Beschäftigten in den Gesundheitsämtern dazu bei, dass es nicht zu einer Überforderung des Gesundheitssystems kommt. Die Einbindung des ÖGD in die Einheitsverwaltung¹³⁹ ermöglicht, den vorher nicht absehbaren Herausforderungen durch massive kurzfristige Personalverstärkung zu begegnen. Politik und Gesellschaft bekommen durch die zentrale Rolle der Gesundheitsämter in der Infektionsnachverfolgung sehr deutlich vor Augen geführt, wie dringend die nachhaltige Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes „als eine unverzichtbare Säule des Gesundheitswesens geboten ist“ (BMG, 2020c). Die zukünftige Gestaltung des ÖGD steht dabei vor zwei, bereits vor der Pandemie bestehenden, Herausforderungen: Zum einen gilt es, dem Mangel an qualifiziertem Personal wirkungsvoll zu begegnen, zum anderen ist eine Profilschärfung des ÖGD im deutschen Gesundheitswesen dringend erforderlich (Kuhn & Wildner, 2020a). Für die Rolle des ÖGD ist es dabei zukünftig wichtig, die Erfahrungen vor und während der COVID-19-Pandemie zu berücksichtigen, sodass der während der Pandemie sehr im Vordergrund stehende Infektionsschutz ausreichend Berücksichtigung findet, jedoch keine Verengung auf diesen Aufgabenbereich erfolgt. Vielmehr ist der ÖGD entsprechend dem bereits 2018 entwickelten „Leitbild für den ÖGD“ zukunftsorientiert im Sinne gesundheitlicher Chancengleichheit und eines „Health in All Policies“-Ansatzes aufzustellen (GMK, 2018; Kuhn & Wildner, 2020a).

Im Rahmen des von Bund und Ländern beschlossenen „Pakts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst“ stellt die Bundesregierung für diese Zukunftsaufgaben bis zum Jahr 2026 insgesamt 4 Mrd. Euro zur Verfügung, die vor allem in die Schaffung umfangreicher zusätzlicher Personalkapazitäten und die Digitalisierung des ÖGD fließen sollen (BMG, 2020c).

¹³⁸ Der Begriff des Gesundheitsamts wird nicht mehr durchgängig verwendet (Niedersächsischer Landtag, 2019b).

¹³⁹ Durch die sogenannte „Einheitsverwaltung“ kann der Personaleinsatz in Krisenzeiten flexibel über die einzelnen Fachbereiche hinweg gesteuert werden. Dies hat sich in der Covid-19-Pandemie durch Zuweisung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus verschiedensten Fachdiensten in die Gesundheitsämter bewährt. Dabei leitet und beaufsichtigt die Hauptverwaltungsbeamtin bzw. der Hauptverwaltungsbeamte die Verwaltung und regelt im Rahmen der Richtlinien der Vertretung die Geschäftsverteilung (§ 85 Abs. 3 Satz 1 NKomVG).

Die Ausführungen in den folgenden Abschnitten liefern einen Hintergrund zu Strukturen und Aufgaben des ÖGD in Deutschland sowie zu den spezifischen Rahmenbedingungen in Niedersachsen. Insgesamt werden folgende Aspekte deutlich:

- Der ÖGD ist eine tragende Säule im deutschen Gesundheitswesen und durch ein vielfältiges Aufgabenspektrum geprägt.
- Zur Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes wurden im Rahmen des Pakts für den ÖGD umfangreiche Maßnahmen beschlossen.
- Der zielgerichtete Einsatz der Fördermittel zur langfristigen Sicherung eines modernen ÖGD, der im Sinne des Infektionsschutzes und der Daseinsvorsorge für Bürgerinnen und Bürger agiert, ist eine zentrale Aufgabe für die kommenden Jahre.

7.1.1. Besonderheiten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Deutschland

Der Öffentliche Gesundheitsdienst in Deutschland umfasst Einrichtungen der Gesundheitsverwaltung auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene. Während auf Bundesebene das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mit den nachgeordneten Bundesbehörden wie dem Robert Koch-Institut (RKI), Paul-Ehrlich-Institut (PEI), der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) sowie dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) zum ÖGD zählen, lassen sich auf Länderebene die Gesundheitsministerien der Länder mit ihren nachgeordneten Behörden wie z. B. den Landesgesundheitsämtern, Landesuntersuchungsanstalten, Sonderbehörden sowie Gemeinschaftseinrichtungen der Länder zum ÖGD subsummieren. Auf kommunaler Ebene der Kreise und kreisfreien Städte stützt sich der ÖGD deutschlandweit auf 377 Gesundheitsämter, welche vor Ort die Eckpfeiler des Gesundheitsschutzes der Bevölkerung bilden (Kuhn & Wildner, 2020b).¹⁴⁰

Prinzipiell gibt das Grundgesetz (GG) die Aufgabenteilung zwischen Bund und Ländern vor. Demnach liegt die Zuständigkeit für die Erfüllung staatlicher Aufgaben und das Recht der Gesetzgebung bei den Ländern, soweit das Grundgesetz hierfür keine abweichenden Regelungen benennt (Artikel 30 und Artikel 70 GG). In Bezug auf den Aufgabenbereich des ÖGD fallen nach Artikel 74 Abs. 1 Nr. 19 „Maßnahmen gegen gemeingefährliche oder übertragbare Krankheiten bei Menschen und Tieren, [sowie die] Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen und zum Heilgewerbe“ in das Gebiet der konkurrierenden Gesetzgebung. Auf dieser Rechtsgrundlage wurde vom Bund das Infektionsschutzgesetz (IfSG) erlassen. Abgesehen von diesem Teilbereich liegt die Gesetzgebungskompetenz für die Ausgestaltung des ÖGD bei den Ländern und ist in entsprechenden Landesgesetzen definiert. Dadurch ergeben sich in der Aufgabenwahrnehmung länderspezifische Unterschiede. Allen gemein sind jedoch folgende Aufgabenbereiche:

- Der Gesundheitsschutz beinhaltet die Hygiene und den Infektionsschutz, den umweltbezogenen Gesundheitsschutz sowie die Medizinalaufsicht.

¹⁴⁰ Die Leistungen, die in Deutschland der ÖGD erbringt, lassen sich nur bedingt mit ähnlichen Leistungen im Bereich der öffentlichen Gesundheit in anderen Ländern vergleichen, da sich insbesondere zwischen steuer- und beitragsfinanzierten Gesundheitssystemen die Aufgabenwahrnehmung stark unterscheidet. So kann in steuerfinanzierten Systemen z. B. nicht zwischen Amtsärztinnen und -ärzten und niedergelassen tätigen Ärztinnen und -ärzten unterschieden werden, da diese Bereiche nicht formal getrennt sind. Für detailliertere Informationen zur Organisation in einzelnen Mitgliedsstaaten der EU vgl. Wissenschaftliche Dienste (2012).

- Der Bereich „Beratung und Information, Prävention und Gesundheitsförderung und Gesundheitshilfen“ umfasst u. a. die Schwangerenberatung, Suchtberatung, Schuleingangsuntersuchungen und das Begutachtungswesen.
- Zum Themenfeld „Koordination, Moderation, Politikberatung und Qualitätssicherung“ zählen u. a. die Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsplanung, Gesundheitskonferenzen sowie Öffentlichkeitsarbeit (Kuhn & Wildner, 2020b, 2020a).

Aus einer bundesweiten Befragung der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) im Jahr 2015 liegen Daten zu spezifischen Tätigkeiten in den Gesundheitsämtern vor. Während neben dem Infektionsschutz und der Hygieneüberwachung auch die Schuleingangsuntersuchungen und das Begutachtungswesen („Amtsärztlicher Dienst“) zum Aufgabenspektrum aller Gesundheitsämter gehören, zeigen sich erhebliche Unterschiede bei der Wahrnehmung weiterer Aufgaben durch die Gesundheitsämter: Hier reicht das Aufgabenspektrum von der Gesundheitsberichterstattung über die Schwangerenberatung und die Heimaufsicht bis hin zu kommunalen Gesundheitskonferenzen. Insgesamt zeigt sich, dass die Arbeit der Gesundheitsämter von einer großen Heterogenität geprägt ist (vgl. Abb. 23).



Abb. 23: Tätigkeiten in den Gesundheitsämtern, AOLG Befragung 2015. (Poppe et al., 2016, S. 8)

Die vielfältigen Aufgaben werden durch eine ebenso große Vielfalt an Berufsgruppen wahrgenommen (vgl. Tab. 2). Der bereits benannten AOLG-Befragung zufolge liegen die größten Anteile mit knapp je einem Fünftel bei Verwaltungsangestellten (20,1 %), Ärztinnen und Ärzten

(18,5 %) sowie Sozialpädagoginnen und -pädagogen (18,3 %), gefolgt von Hygienekontrolleuren und -kontrolleuren (10,5 %) sowie medizinischen Fachangestellten (9,8 %).

Tab. 2: Berufe in den Gesundheitsämtern in Prozent; Anteile an allen Beschäftigten nach Vollzeitäquivalenten; n = 193 (Poppe et al., 2016, S.8)

	Vollzeitäquivalente	Anteil an allen	Anteil am Fachpersonal
Verwaltungsangestellte	1.512	20,1%	
Ärztinnen/ Ärzte	1.392	18,5%	23,2%
Sozialpädagog/-innen	1.373	18,3%	22,9%
Hygienekontrolleur/-innen	787	10,5%	13,1%
Med. Fachangestellte	739	9,8%	12,3%
Sozialmed.Assistent/-innen	349	4,7%	5,8%
Zahnmedizinische Fachangestellte	280	3,7%	4,7%
Zahnärztinnen/ Zahnärzte	164	2,2%	2,7%
Gesundheitsingenieur/-innen	145	1,9%	2,4%
Psycholog/-innen	99	1,3%	1,6%
Med.-techn. Assistent/-innen	77	1,0%	1,3%
Sozialwissenschaftler/-innen	33	0,4%	0,6%
Gesundheitswissenschaftler/-innen	30	0,4%	0,5%
Heilpädagog/-innen	16	0,2%	0,3%
Naturwissenschaftler/-innen	11	0,1%	0,2%
Sonstige (Logopäd/-innen, Apotheker/-innen etc.)	503	6,7%	8,4%

Die unzureichende Personalausstattung des ÖGD ist seit vielen Jahren ein zentrales Themenfeld politischer Debatten. Eine regelmäßige bundesweite Erhebung der Daten zum Personalstand speziell für den ÖGD existiert jedoch nicht.¹⁴¹ Als Orientierung dient meist die Statistik der Bundesärztekammer (BÄK), nach der bundesweit zum 31.12.2019 insgesamt 2 561 Ärztinnen und Ärzte in Gesundheitsämtern beschäftigt waren (BÄK, 2019). Einer Umfrage des Deutschen Städtetages und des Deutschen Landkreistages (DLT) zufolge sind derzeit in den Flächenländern insgesamt rund 13 900 Stellen mit Ärztinnen und Ärzten sowie nichtärztlichem Personal besetzt (2 900 Stellen für Ärztinnen und Ärzte sowie 11 000 Stellen für nichtärztliches Personal) (Deutscher Städtetag, 2020; vgl. zur Personalausstattung Abschnitt 7.2.2.).

Die Aufgaben des ÖGD und seine Positionierung im deutschen Gesundheitswesen haben sich im Laufe der Zeit vielfach gewandelt.¹⁴² Seit Beginn der 1970er-Jahre wurden zahlreiche Ansätze erarbeitet und implementiert, die für eine Neuorientierung des ÖGD die bevölkerungsmedizinischen Aufgaben gegenüber den individualmedizinischen aufwerteten (GBE, 1998). Mittlerweile übernehmen die Einrichtungen des ÖGD neben Schutz- und Überwachungsfunktionen zunehmend auch Aufgaben im Bereich der Koordination und Vernetzung. Dabei ist eine steigende Verantwortung des ÖGD im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention zu

¹⁴¹ Dies soll durch Maßnahmen im Rahmen des „Pakts für den ÖGD“ geändert werden: „[...] das ÖGD-Personal [soll] zukünftig routinemäßig auf Bundesebene statistisch erfasst werden. Die Erhebung soll u. a. Angaben zum Stellenbestand, zur jeweiligen beruflichen Qualifikation, Angaben zu Vollzeit/Teilzeitstellen sowie zur Altersgruppe erfassen. Der Bund wird ein regionales Fachkräftemonitoring als Bundesstatistik etablieren und über eine Verordnung u. a. die Erfassung des ÖGD-Personals veranlassen. In 2021 wird eine erste Erhebung des Personals im ÖGD erfolgen.“ (BMG, 2020c, 8).

¹⁴² Zur Entstehungsgeschichte des ÖGD und seiner Rolle im Nationalsozialismus vgl. Locher (2015) und Donhauser (2014).

beobachten (GMK, 2018; Kuhn & Wildner, 2020a). Vor dem Hintergrund dieses Wandels wurde 2018 im Rahmen der 91. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) ein umfassendes „Leitbild für einen modernen Öffentlichen Gesundheitsdienst“ beschlossen. Das Leitbild beschreibt das Selbstverständnis, die Kernaufgaben und die Arbeitsweisen des ÖGD und betont die integrale Rolle eines bürgernahen, gemeinwohlorientierten und interdisziplinär agierenden ÖGD im modernen Sozialstaat. Ein zentrales Ziel ist dabei die Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit. Gemäß dem Leitbild bedarf es zur Erfüllung der vielfältigen Aufgaben im ÖGD der Anwendung verschiedener Arbeitsansätze: Während der ÖGD z. B. bei den Schuleingangsuntersuchungen vorwiegend risikoorientiert arbeitet, ist dieser im Bereich von Gesundheitsförderung und Beratung stärker ressourcenorientiert. Er soll zum einen hoheitlich und zum anderen partizipativ bzw. partnerschaftlich tätig sein. Dabei hat der ÖGD sowohl bevölkerungs- als auch einzelfallbezogene Aufgaben. Im Leitbild wurden darüber hinaus Voraussetzungen für die Weiterentwicklung des ÖGD definiert. Hierbei wurden u. a. die politische Unterstützung bei der Personalausstattung und die Stärkung der Verbindung zwischen ÖGD und Wissenschaft hervorgehoben (GMK, 2018).

An diesem Leitbild orientiert sich auch der im August 2020 zwischen Bund und Ländern ausgehandelte „Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst“ (BMG, 2020c). Er ist Teil des im Juni 2020 vom Koalitionsausschuss auf Bundesebene beschlossenen Maßnahmenpakets „Corona-Folgen bekämpfen, Wohlstand sichern, Zukunftsfähigkeit stärken“ (Koalitionsausschuss, 2020) und hat die „nachhaltige Verstärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes als unverzichtbare Säule des Gesundheitswesens“ (BMG, 2020c, S. 1) zum Ziel. Insgesamt stellt der Pakt Mittel in Höhe von 4 Mrd. Euro für die personelle und technische Aufrüstung des ÖGD bereit. Davon entfallen allein 3,1 Mrd. auf Maßnahmen zum Personalaufbau (Niedersächsischer Landtag, 2019b). Zentrale Bestandteile des Pakts betreffen Maßnahmen zum Personalaufbau, zur Verbesserung von Digitalisierung und Infrastruktur sowie zur Steigerung der Attraktivität des ÖGD als Arbeitgeber. Zudem werden im Rahmen des Pakts Mittel bereitgestellt, um internationale Vorschriften zur Gesundheitssicherheit umzusetzen und die Strukturen des ÖGD insgesamt zukunftsfähig zu gestalten (BMG, 2020c).

Die Intention des **Personalausbaus** ist eine nachhaltige Stärkung aller Ebenen des ÖGD. Prioritär werden mit 90 % aller Personalmittel die Gesundheitsämter gefördert. Der Personalausbau soll durch die Länder in zwei Schritten umgesetzt werden: Die Länder tragen dafür Sorge, dass in einem ersten Schritt bis Ende 2021 insgesamt 1 500 und bis Ende 2022 im zweiten Schritt 3 500 zusätzliche, unbefristete Vollzeitstellen (VZÄ) geschaffen werden. Für eine stärkere **Digitalisierung** des ÖGD wird bereits bis Ende 2022 allen Gesundheitsbehörden das Deutsche Elektronische Melde- und Informationssystem (DEMIS) als gemeinsame Kommunikationsplattform zur Verfügung gestellt. Andere Systeme wie z. B. SORMAS sollen dabei berücksichtigt werden. Hierfür werden über die 4 Mrd. Euro hinaus bereits 2020 50 Mio. Euro bereitgestellt. Bund und Länder schließen zu diesem Zwecke Verwaltungsabkommen. Für Niedersachsen ist dies nach Aussage des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (MS) bereits erfolgt (Stand: 12/2020). Mittelfristig sind 800 Mio. Euro des 4 Mrd. Euro umfassenden Pakts für die Verbesserung der Interoperabilität zwischen Behörden, Bund und Ländern vorgesehen. Da der ÖGD bei der Besetzung von Stellen mit anderen Bereichen des Gesundheitssystems wie z. B. Krankenhäusern konkurriert und diese teilweise bessere Vergütungen bieten können, soll die **Attraktivität des ÖGD** zukünftig gesteigert werden. Dementsprechend ist die Verbesserung besoldungs- und tarifrechtlicher Regelungen unter Beachtung der Tarifautonomie und des Selbstverwaltungsrechts der Kommunen vorgesehen. Ferner wird angestrebt, die Fort-, Weiter- und Ausbildung für die Fachberufe

im ÖGD insgesamt zu stärken und die Verankerung des ÖGD im Medizin-Studium auszubauen. Im Rahmen einer anstehenden Reform der Approbationsordnung für Ärztinnen und Ärzte sollen Famulaturen und das Praktische Jahr im Rahmen des Medizinstudiums auch in Gesundheitsämtern abgeleistet werden können (BMG, 2020d). Kurzfristig haben sich die Länder bereiterklärt, bereits 2021 finanzielle bzw. wirkungsgleiche Maßnahmen (z. B. Zahlung von Zulagen) zu ergreifen (Niedersächsischer Landtag, 2019b). Im Kontext der COVID-19-Pandemie ist darüber hinaus ersichtlich geworden, dass es einer Förderung für die **Umsetzung internationaler Vorschriften zur Gesundheitssicherheit** bedarf. Daher wurden bereits gesetzlich Flug- und Seehäfen in Deutschland benannt, die spezifische Bedingungen erfüllen müssen. Hierfür wird der Bund im Rahmen des Paktes 50 Mio. Euro in einem Förderprogramm bereitstellen. Um **zukunftsfähige Strukturen für den ÖGD** zu entwickeln und voranzutreiben, wurde ein unabhängiger Expertenbeirat berufen, mit dessen Unterstützung Bund und Länder Bereiche für strukturelle Anpassungen definieren und einen Umsetzungsplan entwickeln wollen.

Ein Kritikpunkt der kommunalen Spitzenverbände bestand im Vorfeld der Planung des Paktes in der Frage, wie der durch den Pakt initiierte Personalaufbau langfristig finanziert werden kann (Henke, 2020). Im Verlauf der Verhandlungen haben Bund und Länder diesbezüglich vereinbart, dass sie sich Mitte 2023 zu dieser Frage erneut verständigen. Von ausschlaggebender Bedeutung für eine politische Zustimmung zu dem Pakt zwischen Bund und Ländern war für die Landkreise und kreisfreien Städte das Anerkenntnis der aus dem Pakt resultierenden Belastungen für die Kommunen und die (nicht konditionierte) Aussage „Die durch diesen Pakt bei ihnen veranlassten Mehrausgaben werden von den Ländern ausgeglichen“. Für Niedersachsen sieht der NLT die Herausforderung, dass die vorgesehenen 5 000 unbefristeten zusätzlichen Vollzeitstellen schwer zu besetzen sein werden und diese den Bedarf dennoch nicht decken können. Dessen ungeachtet befürwortet der NLT die dauerhafte strukturelle Stärkung des ÖGD ausdrücklich (Henke, 2020).

Das Zukunftsforum Public Health¹⁴³ kommt in seinen Kernempfehlungen zu der Aussage, dass „der von der Bundesregierung angekündigte Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst [...] die Chance [bietet], den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) langfristig zu stärken und so einen nachhaltigen Beitrag zur Bevölkerungsgesundheit zu leisten“ (Zukunftsforum Public Health, 2020). Um das Potenzial zu erschließen, sei es jedoch essenziell, alle wesentlichen Akteure wie Vertreterinnen und Vertreter des ÖGD verschiedener Ebenen, Berufsverbände und Nachwuchsfachkräfte sowie wissenschaftliche Expertinnen und Experten aus dem Public-Health-Bereich aktiv einzubeziehen und den Pakt in ein Gesamtkonzept zur Zukunft des ÖGD einzubetten. Zentral seien eine Orientierung an den prioritären Bedarfen der Bevölkerungsgesundheit, die strukturelle Stärkung des ÖGD sowie eine Förderung der wissenschaftlichen Basis, der Multiprofessionalität sowie einer proaktiven Wahrnehmung von Planungs- und Koordinationsaufgaben durch den ÖGD (ebd.).

Auf Länderebene soll als nächster Schritt eine Ermittlung des Status quo der personellen Ausstattung der Gesundheitsämter vor Pandemiebeginn (01/2020) erfolgen. Hierzu wird der Bund entsprechende Kriterien übersenden. Diese Aufgabe bringt Herausforderungen mit sich, da die Strukturen und Zuständigkeiten der Gesundheitsämter und Fachabteilungen sich sehr heterogen darstellen. Darüber hinaus ist die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) angehalten, bis Ende 2020 ein Konzept zur Aufteilung der Mittel für Aus- und Weiterbildung zu entwickeln.

¹⁴³ Hierbei handelt es sich um ein offenes Forum für den Diskurs unter Vertreterinnen und Vertreter aller Bereiche von Public Health mit Geschäftsstelle beim Robert Koch-Institut.

Die bereits bestehende Arbeitsgruppe der GMK zum Themenfeld des ÖGD wird diese Arbeiten übernehmen.

7.1.2. Status Quo des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Niedersachsen

In Niedersachsen wird der Öffentliche Gesundheitsdienst seit 2006 durch das Niedersächsische Gesetz über den ÖGD (NGöGD) geregelt. Als Zielsetzungen beschreibt das Gesetz die Herstellung gesunder Lebensverhältnisse, den Schutz vor gesundheitlichen Beeinträchtigungen sowie die Stärkung gesundheitlicher Eigenverantwortung. Die Zuständigkeit für den ÖGD liegt in Niedersachsen gemäß NGöGD beim Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (MS) als oberster Gesundheitsbehörde, welche die Fachaufsicht ausübt, dem Landesgesundheitsamt (NLGA) als nachgeordneter Behörde des Sozialministeriums und zentraler Fachbehörde für übertragbare und nichtübertragbare Erkrankungen sowie bei den Landkreisen und kreisfreien Städten, bei denen die Regelzuständigkeit für die Aufgabenwahrnehmung liegt. Letztere richten zur Erfüllung ihrer Aufgaben vor Ort Gesundheitsämter bzw. medizinische Fachdienste ein. Für die Beratung der kommunalen Gesundheitsämter bzw. -abteilungen ist das NLGA zuständig.

In Niedersachsen existieren insgesamt 43 Gesundheitsämter. Diese sind multiprofessionell aufgestellt und beschäftigen neben Ärztinnen und Ärzten auch medizinische und zahnmedizinische Fachangestellte, Gesundheitsingenieurinnen und -ingenieure, sozialarbeiterisches und psychologisches Fachpersonal sowie Verwaltungsfachkräfte. Grundsätzlich obliegt die Personalhoheit gemäß § 2 Abs. 2 NGöGD den Landkreisen und kreisfreien Städten sowie der Region Hannover. Die fachliche Leitung eines Gesundheitsamtes muss durch eine Amtsärztin oder durch einen Amtsarzt erfolgen, darüber hinaus bestehen jedoch keine Vorgaben zur personellen Ausstattung eines Gesundheitsamtes. Nach Angaben des NLGA waren im Jahr 2018¹⁴⁴ insgesamt 1726 Angestellte in den Gesundheitsämtern beschäftigt (gemessen in VZÄ¹⁴⁵), wobei eine hohe Schwankungsbreite zwischen den Landkreisen zu verzeichnen war.¹⁴⁶ Der Median lag 2018 bei 30,1 VZÄ je Landkreis (NLGA, 2020). Im Zeitvergleich hat sich die Zahl der Angestellten in den niedersächsischen Gesundheitsämtern seit 2001 um 21 % erhöht. Im gleichen Zeitraum sank die Zahl zusätzlich beschäftigter Honorarkräfte von insgesamt 547,5 auf 274 um 65 %.¹⁴⁷ Die größten Beschäftigtengruppen bilden Sozialarbeiterinnen/-arbeiter und Sozialpädagoginnen/-pädagogen, Verwaltungsfachkräfte sowie Ärztinnen und Ärzte. Während der Anteil der angestellten Sozialarbeiterinnen/-arbeiter und Sozialpädagoginnen/-pädagogen seit 2001 von 17 % auf 21,1 % anstieg, sank unterdessen der Anteil der Verwaltungsbeschäftigten von 24,3 % auf 17,8 %. Der Anteil der Ärztinnen und Ärzte blieb annähernd konstant bei 17,3 bzw. 17,4 % (ebd.).

Ein direkter Vergleich der Personalsituation in den jeweiligen Landkreisen ist derzeit nicht möglich, da die Stellenbesetzungen in den Gesundheitsämtern je nach wahrgenommenen Aufgabengebieten und ggf. ausgelagerten Funktionen erheblich variieren. Zudem werden in

¹⁴⁴ Aufgrund der Belastung durch die Covid-19-Pandemie liegen dem NLGA die Daten für 2019 nicht von allen Kommunen vor, der letzte vollständige Jahrgang stammt aus dem Jahr 2018.

¹⁴⁵ Die weiteren Ausführungen in diesem Abschnitt beziehen sich ebenfalls auf Vollzeitäquivalente.

¹⁴⁶ Bei den Personalzahlen des ÖGD zeigt sich, dass unterschiedliche Erhebungsverfahren genutzt werden (z. B. „verfügbare“ vs. „besetzte Stellen“, Stichtagserhebungen vs. Jahresdurchschnitt. VZÄ vs. Personenzahlen). Dadurch ergeben sich je nach Quelle z. T. unterschiedliche Angaben

¹⁴⁷ Den größten Teil der Honorarkräfte machten 2018 mit gut 60 % Zahnärztinnen und -ärzte aus, gefolgt von Ärztinnen und Ärzten (24,8 %) und sonstigen medizinischen Assistenzberufen (9,5 %).

Niedersachsen zur Frage von Stellenbesetzungen und offenen Stellen bisher keine regelmäßigen statistischen Erhebungen durchgeführt. Zwar scheinen deutliche regionale Unterschiede plausibel (z. B. ein Stadt-Land-Gefälle), jedoch existieren auch bundesweit bislang lediglich einzelne Abfragen oder Fallbeispiele (NLGA, 2020).

Die Aufgaben des niedersächsischen ÖGD umfassen die oben bereits dargestellten Kernbereiche „Gesundheitsschutz“, „Beratung und Information“ sowie „Koordination und Kommunikation“. Ein besonderer Schwerpunkt liegt in Niedersachsen auf der Koordinierung, Entwicklung und Umsetzung regionaler Maßnahmen und Modelle im Bereich der Gesundheitsversorgung und -förderung wie sie im Rahmen des Projekts „Gesundheitsregionen Niedersachsen“ erfolgen.¹⁴⁸

Zur Förderung des ÖGD sind auf Landesebene bereits Maßnahmen auf verschiedenen Ebenen erfolgt (Niedersächsischer Landtag, 2019b): Um die Aus-, Fort- und Weiterbildung im ÖGD zu stärken, hat das Land im Haushaltsjahr 2019 knapp 550 000 Euro für die Akademie für öffentliches Gesundheitswesen (AfÖG)¹⁴⁹ in Düsseldorf bereitgestellt. Zusätzlich bietet das NLGA zahlreiche Fortbildungen an. Ferner ist es in Niedersachsen - anders als in einigen anderen Bundesländern - möglich, Famulaturen im Rahmen der medizinischen Ausbildung im ÖGD und den Gesundheitsämtern zu absolvieren. Dies gilt grundsätzlich auch für die Ableistung des Wahlfaches im Praktischen Jahr (PJ). Dabei ist die Umsetzung bislang schwierig, da in der Approbationsordnung ein Wahlfach mit klinisch-praktischem Bezug gefordert wird (§ 3 ÄApprO). Um darüber hinaus die Attraktivität des Berufsbildes von Hygienekontrolleurinnen und -kontrolleuren zu steigern, wird seitens der Landesregierung eine gesetzliche Regelung angestrebt, die es den Kommunen ermöglicht, diese Personen zu verbeamten.¹⁵⁰ Zur Stärkung von Präventionsmaßnahmen an Schulen wurde seitens des Kultusministeriums eine Änderung der Regelungen in Bezug auf die Durchführung zahnärztlicher Reihenuntersuchungen im Zuge einer künftigen Novelle des Niedersächsischen Schulgesetzes (NSchG) ins Auge gefasst (Niedersächsischer Landtag, 2019b).

Im Kontext der COVID-19-Pandemie wurden die Gesundheitsämter mit umfangreichen neuen Anforderungen konfrontiert und übernahmen schnell die zentrale Rolle im Kampf gegen die Pandemie. Die Enquetekommission lud vor diesem Hintergrund Vertreterinnen bzw. Vertreter strukturell unterschiedlicher Ämter zur Anhörung ein, die aus ihrer Sicht die aktuelle Lage schilderten (Stand: 08/2020).¹⁵¹ Deutlich wurde in den Anhörungen zunächst die extrem hohe Arbeitsbelastung, die durch Aufgaben wie das Containment (Identifikation und Isolation bestätigter Fälle und Quarantäneanordnung für Kontaktpersonen), die stetige Information der Bevölkerung über Bürgertelefone und Hotlines und die zeitkritische Umsetzung umfangreicher

¹⁴⁸ Seit 2014 werden sogenannte Gesundheitsregionen vom Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung und durch verschiedene Kooperationspartner*innen aus der Gesundheitsversorgung initiiert und gefördert. Die Gesundheitsregionen haben sich nach Einschätzung des NLT „vor Ort als maßgebliche Plattformen etabliert, um innovative Projekte zu initiieren und sektorenübergreifend den Informationsaustausch aller relevanten Akteure des Gesundheitswesens zu gewährleisten“ (Meyer & Henke, 2020, S. 65). Mittlerweile beteiligen sich an den Gesundheitsregionen 37 Landkreise und kreisfreie Städte (MS, o. J.).

¹⁴⁹ Das Land Niedersachsen ist neben zahlreichen anderen Bundesländern einer der Träger der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf, welche Aus- und Weiterbildungen sowie Fortbildungen für diverse Berufsgruppen im ÖGD durchführt.

¹⁵⁰ Der Referentenentwurf des MS befindet sich seit kurzem in der Verbandsanhörung (Stand: 12/2020).

¹⁵¹ Hierbei handelte es sich um Vertreter des Landkreises Verden, der Stadt Göttingen, des Landkreises und der Stadt Osnabrück sowie der Region Hannover.

Verfügungen und Rechtsänderungen vor Ort entstanden ist. Aufgrund dieser zusätzlichen krisenbedingten Anforderungen mussten andere Aufgaben der Gesundheitsämter wie die Erstellung von Gutachten, die Durchführung von Schuleingangsuntersuchungen und die Umsetzung von Projekten zur Gesundheitsförderung zeitweilig zurückgestellt werden (Bojara, 2020). Der Niedersächsische Landkreistag (NLT) lobte die während der COVID-19-Pandemie insgesamt vertrauensvolle Zusammenarbeit und enge Einbindung der kommunalen Spitzenverbände im zur Steuerung des Pandemiegeschehens eingerichteten Interministeriellen Krisenstab (IMKS), kritisierte aber gleichzeitig dessen fehlende politische Legitimation und inkongruente Zusammensetzung (Meyer, 2020). Für zukünftige Krisen empfiehlt der NLT eine „Integrative Ressortkoordination“, wie sie im Rahmen der Flüchtlingskrise erfolgreich praktiziert wurde. Seit Mitte Oktober 2020 tagt in diesem Sinne wöchentlich die Corona-Runde unter Vorsitz des Chefs der Staatskanzlei, der daneben die Staatssekretärinnen und Staatssekretäre des Sozial-, Innen-, Wirtschafts- und Kultusministeriums sowie die Hauptgeschäftsführer des NLT und des Niedersächsischen Städtetages (NST) und der Präsident des Niedersächsischen Städte- und Gemeindebundes (NSGB) angehören. Des Weiteren engagieren sich das Sozialministerium und das NLGA auf Bundesebene durch eine Beteiligung an der länderoffenen AG „Grundsatzfragen des ÖGD“ auf Ebene der Gesundheitsministerkonferenz sowie am Zukunftsforum Public Health.

Zur Umsetzung des Pakts für den ÖGD in Niedersachsen wurden bislang durch die Einbringung der Mittel in den Haushaltsplan 2021 sowie eine Anpassung des niedersächsischen Finanzausgleichgesetzes die gesetzlichen Voraussetzungen geschaffen. Außerdem wurde eine Arbeitsgruppe zur Umsetzung des Pakts für den ÖGD installiert, in deren Rahmen Gespräche mit den Kommunen erfolgen, um Eckpunkte für einen Verteilerschlüssel für die Vergabe der Personalmittel abzustimmen (Niedersächsischer Landtag, 2020b).

7.2. Wesentliche Erkenntnisse im Bereich des ÖGD

In den folgenden Abschnitten werden die in der Enquetekommission ausführlich diskutierten Problemlagen im Bereich des ÖGD sowie die daraus abgeleiteten Handlungsempfehlungen dargestellt. Die Beratungen konzentrierten sich auf die Themenfelder „Qualität und Strukturen“ sowie „Personal“ und umfassen sowohl Problemlagen, die bereits vor der COVID-19-Pandemie existierten, als auch spezifische pandemiebedingte Aspekte. Eine Übersicht zu den Herausforderungen und Empfehlungen ist in Beschluss 7 aufgeführt (vgl. Anhang 1).

7.2.1. Qualität und Strukturen der Versorgung

Für die Sicherstellung der Versorgungsstrukturen sowie einer hohen Versorgungsqualität liegen die Herausforderungen aus Sicht der Enquetekommission in Niedersachsen in folgenden Bereichen:

- Das zukünftige Profil und die zukünftigen Aufgabenstellungen des ÖGD bedürfen einer Schärfung.
- Für viele der Beschäftigten im ÖGD besteht eine anhaltend hohe Arbeitsbelastung.
- Personell und technisch ist der ÖGD für pandemische Lagen derzeit noch nicht ausreichend aufgestellt.

Zukünftiges Profil und zukünftige Aufgabenstellungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes bedürfen einer Schärfung

Die Aufgaben des ÖGD sind wie oben dargestellt vielfältig und heterogen und reichen von hoheitlichen Kontroll- und Überwachungsaufgaben wie dem Infektionsschutz bis zu gestalten-, kooperationsfördernden und gesundheitsförderlichen Aufgaben. Seit Jahrzehnten steht daher die Frage nach der Rolle des ÖGD im Gesundheitswesen und seinem genauen Aufgabenprofil im Zentrum der Debatten über seine zukünftige Ausrichtung (Kuhn & Wildner, 2020a). Während die Zuständigkeit des ÖGD für klassische Aufgaben im Bereich des Gesundheitsschutzes unbestritten bleibt, ist insbesondere seine Rolle in der Prävention nicht ausreichend definiert (ebd.). Ein Instrument für die nötige Profilschärfung des ÖGD ist eine Aufgabenkritik, in deren Rahmen geprüft werden sollte, welche der wahrgenommenen Aufgaben effektiv und vorrangig zu behandeln sind. In Niedersachsen hat eine solche Aufgabenkritik des ÖGD allerdings noch nicht stattgefunden¹⁵². Insbesondere unter Berücksichtigung der Belastungen durch pandemische Lagen ist sie jedoch von hoher Bedeutung, da hierdurch eine systematische Priorisierung der Aufgaben erfolgen kann. Zu beachten ist dabei, dass eine Schärfung des Aufgabenprofils des ÖGD unmittelbare Konsequenzen auf andere Bereiche der Gesundheitsversorgung haben könnte (z. B. auf die Vertragsärztinnen und -ärzte, die Betriebsmedizin und ggf. Krankenhäuser).

Hohe Arbeitsbelastung im ÖGD

Das breite Aufgabenspektrum des ÖGD sowie die zum Teil starke personelle Unterbesetzung führen bei den Beschäftigten im ÖGD zu einer hohen Arbeitsbelastung. Dies ist zum einen problematisch, weil die Belastung die Zufriedenheit der Beschäftigten beeinträchtigt und dadurch die Attraktivität einer Tätigkeit im ÖGD mindert. Zum anderen werden nach Einschätzung der Enquetekommission bei Personalmangel bestimmte Aufgaben wie Koordinationstätigkeiten reduziert, um hoheitliche Aufgaben z. B. in der Gefahrenabwehr wahrzunehmen, die ihrerseits ohne Rechtsgrundlage nicht verlagert werden können.

Der ÖGD ist für pandemische Lagen derzeit personell und technisch noch nicht ausreichend aufgestellt

In pandemischen Lagen kommt dem ÖGD durch seine Tätigkeiten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) eine zentrale Bedeutung zu. Die COVID-19-Pandemie hat dies in besonderer Weise verdeutlicht: Die Beschäftigten im ÖGD sind im Rahmen der COVID-19-Pandemie mit der Nachverfolgung von Infektionsketten, der Veranlassung oder Durchführung von Abstrichen und der Anordnung von Quarantänemaßnahmen betraut. Darüber hinaus beteiligen sich die Gesundheitsämter in Krisenstäben, koordinieren Sondereinsätze, beraten Gesundheitseinrichtungen bei der Entwicklung und Umsetzung von Hygienekonzepten und bieten zum Teil auch Beratungshotlines an (Kuhn & Wildner, 2020a). Diese Aufgaben erfordern einen hohen Personaleinsatz.

Um dem gerecht zu werden, wurden in Niedersachsen zur Bewältigung der Aufgaben zusätzliche Personen aus anderen Fachbereichen und Fachdiensten der Kommunalverwaltung abgeordnet. Außerdem wurden die Gesundheitsämter in Niedersachsen während der ersten

¹⁵² Einzelne Bundesländer haben bereits eine Aufgabenkritik des ÖGD durchgeführt bzw. geplant (Behnke & Zimmermann, 2019; MSAGD, 2020).

COVID-19-Welle durch Mitarbeitende des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Niedersachsen (MDKN), Kräfte des Katastrophenschutzes und neu ausgebildete Containment Scouts verstärkt (Niedersächsischer Landtag, 2020b). Am 01.03.2020 lag der Anfangs-Personalbestand für die Kontaktnachverfolgung bei 140 Personen. Zum 09.04.2020 ist diese Zahl um 536 % auf 891 Personen angestiegen (Meyer, 2020).¹⁵³ Trotz der intensiven Mobilisierung zusätzlicher Kräfte beurteilt die niedersächsische Landesregierung die Personalausstattung der Gesundheitsämter als große Herausforderung, da die hinzugezogenen Kräfte ihre originären Aufgaben langfristig nicht vernachlässigen können (Niedersächsischer Landtag, 2020b). Im Rahmen der Anhörungen der ÖGD-Vertreterinnen und -Vertreter in der Enquetekommission stellten diese dar, dass eine spürbare Personalknappheit in den Einrichtungen des ÖGD herrschte, welche mit Überlastungen des eingesetzten Personals einherging (Bojara, 2020; Broistedt, 2020).

Neben den personellen Engpässen hat die COVID-19-Pandemie bundesweit verdeutlicht, dass die technische Ausstattung und die digitale Infrastruktur im ÖGD zum Teil nicht zeitgemäß sind. Häufig fehlt es an Schnittstellenkonzepten, wodurch die Kommunikation zwischen den verschiedenen Ebenen des ÖGD und die effiziente Ausgestaltung von Arbeitsabläufen erschwert werden (Augurzky et al., 2020; Kuhn & Wildner, 2020a). Dieses gilt ausdrücklich und bedauerlicherweise auch für die bundesweit eingeführte Corona-Warn-App, welche zu einer erheblich verbesserten Nachverfolgung von Infektionsketten beitragen könnte. Das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit steht dabei im Konflikt mit dem individuellen Datenschutz. Die Enquetekommission kommt dabei zu der Einschätzung, dass Aspekte des individuellen Datenschutzes wirksame Maßnahmen zur Sicherung der körperlichen Unversehrtheit nicht verhindern dürfen. Für die begrenzte Zeit einer Pandemie ist es erforderlich, dem Gesundheitsschutz gegenüber dem Recht auf informationelle Selbstbestimmung ein höheres Gewicht einzuräumen.

Von zentraler Bedeutung für die Bewältigung der Schnittstellen- und Kommunikationsprobleme ist das oben beschriebene „Deutsche Elektronische Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz (DEMIS)“, welches die von Laboren und Ärztinnen und Ärzten getätigten Meldungen über Erkrankungsfälle elektronisch und verschlüsselt an die zuständigen Einrichtungen im ÖGD weiterleitet. Die flächendeckende Anbindung aller Melde- und Benachrichtigungspflichtigen an dieses System steht noch aus. Darüber hinaus kam in den Gesundheitsämtern bislang zum Teil keine funktionierende Software zur Unterstützung des Kontaktpersonenmanagements zum Einsatz (Kuhn & Wildner, 2020a). Insgesamt unterstreichen die Herausforderungen der COVID-19-Pandemie die Notwendigkeit, Maßnahmen zur Bewältigung zukünftiger Pandemien zu entwickeln.

Mangelnde intersektorale Zusammenarbeit und Abstimmung über Aufgaben

Neben den personellen und technischen Herausforderungen hat sich in den Beratungen der Enquetekommission gezeigt, dass im Rahmen der Krisenbewältigung eine zum Teil mangelnde Zusammenarbeit der beteiligten Akteurinnen und Akteure besteht (Bojara, 2020; Broistedt, 2020; Jagau, 2020). Aus den Anhörungen im Rahmen der Enquetekommission geht

¹⁵³ In der Antwort des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung namens der Landesregierung auf eine Kleine Anfrage von Abgeordneten der Fraktion der FDP (Drucksache 18/7712) wird darauf hingewiesen, dass die Angaben zum Personal der Gesundheitsämter teilweise „unscharf und daher lediglich bedingt aussagekräftig [sind].“

hervor, dass es mitunter zu Herausforderungen in der Kommunikation und Abstimmung zwischen ÖGD, KVN, Krankenhäusern und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, z. B. bezüglich der Zuständigkeiten für Beratung, Tests und Finanzierung kam (ebd.). Dies spiegelt sich auch in einer uneinheitlichen externen Kommunikation wider. Eine abgestimmte Öffentlichkeitsarbeit zwischen den Akteurinnen und Akteuren ist in wesentlichen Fragen sinnvoll, um angesichts der vielfältigen Informationen und Informationsquellen einer Desorientierung der Bürgerinnen und Bürger entgegenzuwirken (Jagau, 2020).

Unabhängig von diesen pandemiebezogenen Problemlagen liegt aus Sicht der Enquetekommission im Bereich der intersektoralen Zusammenarbeit eine weitere Herausforderung in der Frage der Behandlungsermächtigung von Ärztinnen und Ärzten der Sozialpsychiatrischen Dienste (SPDi). Ein Gerichtsurteil des Landessozialgerichtes Niedersachsen-Bremen (LSG) entschied 2015, dass Ärztinnen und Ärzte des SPDi keinen Anspruch auf eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung haben (Niedersächsisches Landesjustizportal, 2015). Dadurch wurde ihnen die Möglichkeit entzogen, Medikamente zu verordnen oder andere Instrumente der kassenärztlichen Versorgung einzusetzen. Dies wäre jedoch wichtig für die Behandlung psychisch kranker Menschen, die nicht in der Lage sind, eigeninitiativ eine Ärztin bzw. einen Arzt aufzusuchen.

Ausbaufähige Versorgungsqualität und Sicherheit der Gesundheitsförderung in Schulen und Kindertageseinrichtungen

Im Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit übernimmt der ÖGD Aufgaben der Gesundheitsförderung und führt Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen in Kindergärten und Schulen durch. Auch die Beratung zu und Durchführung von Impfungen fällt in den Aufgabebereich des ÖGD. In diesem Bereich liegt aus Sicht der Enquetekommission eine Herausforderung darin, dass die Durchimpfungsraten in Gemeinschaftseinrichtungen zu niedrig sind bzw. unterhalb der WHO-Vorgaben liegen. Mit dem „European Vaccine Action Plan 2015 - 2020“ wurde das Ziel formuliert, im Jahr 2020 in 90 % der Länder eine Durchimpfungsrate von mindestens 95 % bezüglich Diphtherie, Tetanus und Pertussis zu erreichen (WHO, 2014). In Niedersachsen liegen die Impfquoten gegen diese Krankheiten bei Schulanfängerinnen und Schulanfängern mit über 93 % zwar insgesamt auf einem hohen Niveau, aber dennoch unter der WHO-Zielvorgabe. Zudem ist zuletzt ein leichter Rücklauf dieser Durchimpfungsraten zu beobachten (NLGA, o. J.).¹⁵⁴

Der Impfschutz der Kinder wird in Schuleingangsuntersuchungen überprüft. Nach § 56 des Niedersächsischen Schulgesetzes (NSchG) besteht für Kinder eine Pflicht zur Teilnahme an diesen Untersuchungen.¹⁵⁵ Die Teilnahme der Kinder und Jugendlichen an in den Schulen angebotenen Präventionsmaßnahmen als Maßnahme der Schulgesundheitspflege ist hingegen seit dem Wegfall des § 57 NSchG nicht mehr verpflichtend. Eine durchgängige Teilnahme ist dadurch nicht mehr gegeben. Kindern und Jugendlichen aus schwierigen psychosozialen

¹⁵⁴ Generelle Impfpflichten für alle Bürgerinnen und Bürger bestehen in Deutschland nicht. Zur Erhöhung der Impfquoten gegen Masern ist mit dem Masernschutzgesetz jedoch zum 1.3.2020 eine Impfpflicht für Personen, die in Gemeinschaftseinrichtungen wie Schulen und Kindertagesstätten betreut werden oder tätig sind, in Kraft getreten (§ 20 Abs. 8 Infektionsschutzgesetz).

¹⁵⁵ Im Jahre 2020 konnten die Schuleingangsuntersuchungen aufgrund der starken Belastungen des ÖGD durch die Covid-19-Pandemie nur eingeschränkt durchgeführt werden. Auch darin zeigt sich die Notwendigkeit einer Personalverstärkung im ärztlichen Bereich des ÖGD.

Verhältnissen bleibt die Teilnahme an Präventionsmaßnahmen darüber hinaus häufig aufgrund eines aufwändigen Verfahrens entsprechend der EU-Datenschutzgrundverordnung (DGSVO), durch das eine schriftliche Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten erforderlich ist, verwehrt.

Handlungsempfehlungen

Ausgehend von den dargestellten Herausforderungen hat die Enquetekommission für die Sicherung der Qualität und Strukturen umfangreiche Handlungsempfehlungen formuliert. Die Handlungsempfehlungen sind für das gesamte Kapitel fortlaufend nummeriert (vgl. Anhang 1, Beschluss 7).

Als Kernpunkte sind folgende Ansätze hervorzuheben:

- Das Profil des ÖGD soll auf Basis einer Überprüfung der Aufgabenwahrnehmung und der Definition von Aufgabenstandards geschärft werden.
- Im Sinne der technischen und digitalen Modernisierung des ÖGD sind die Mindeststandards, die im Forschungsvorhaben „Digitales Gesundheitsamt 2025“ entwickelt werden, umzusetzen.
- Für die Zuständigkeiten sowie Kommunikations- und Organisationsabläufe im Krisenfall sind zwischen allen beteiligten Akteurinnen und Akteuren klare Regelungen zu entwickeln.

Die detaillierten Empfehlungen aus der Enquetekommission im votierten Wortlaut umfassen folgende Aspekte:

1. Schärfung des Profils und der Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

- a) Umsetzung des Leitbilds der 91. Gesundheitsministerkonferenz (2018) für einen leistungsfähigen ÖGD als Grundlage für die Rolle des ÖGD in Niedersachsen
- b) Überprüfung der Aufgabenwahrnehmung des ÖGD in Niedersachsen und Definition von Aufgabenstandards, die in allen Gesundheitsämtern erbracht werden müssen
- c) Auf- und Ausbau interkommunaler und intersektoraler Zusammenarbeit (ggf. gestützt durch Landesgesetz)
- d) Etablierung bedarfsgerechter Gesundheitsziele (orientiert an den Nationalen und Landesgesundheitszielen und den spezifischen Aufgaben der Gesundheitsämter)
- e) Förderung des Schwerpunkts öffentlicher, übergeordneter und koordinierender Aufgaben (z. B. Koordinierung von Gesundheitsregionen), dabei Stärkung und Gewährleistung von Interdisziplinarität
- f) Auf- und Ausbau von Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung, stärkere Nutzung der Möglichkeiten des Präventionsgesetzes
- g) Koordination von gruppen- und lebensweltbezogenen Leistungen (verhältnisbezogene Maßnahmen, z. B. Schulung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, Vernetzung von Akteurinnen und Akteuren)

2. Umsetzung der technischen und digitalen Modernisierung des ÖGD

- a) Aufrüstung der technischen und digitalen Infrastruktur des ÖGD auch unter zielgerichtetem Einsatz der Bundesmittel aus dem „Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst“ (u. a. zur Sicherstellung der Interoperabilität über alle Ebenen hinweg und zur Schaffung der für das Melde- und Berichtswesen erforderlichen Schnittstellen und Systeme)
- b) Förderung der flächendeckenden Bereitstellung und Nutzung des Deutschen Elektronischen Melde- und Informationssystems für den Infektionsschutz (DEMIS) als bundeseinheitliche und gemeinsame Kommunikationsplattform des ÖGD unter Berücksichtigung bereits bestehender Systeme wie SORMAS (Umsetzung bis Ende 2022; vgl. „Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst“)
- c) Berücksichtigung und Erfüllung der Mindeststandards für die digitale Zukunftsfähigkeit des ÖGD aus dem Forschungsvorhaben „Digitales Gesundheitsamt 2025“ (Mindeststandards in den fünf Kategorien IT-Infrastruktur, Hardware, Software, Informationssicherheit und Prozessunterstützung; entsprechende Anforderungen sind vom BMG für Frühjahr 2021 angekündigt)

3. Berücksichtigung der Herausforderungen pandemischer Lagen

- a) Entwicklung klarer Regelungen von Zuständigkeiten sowie Kommunikations- und Organisationsabläufen zwischen allen beteiligten Akteurinnen und Akteuren im Krisenfall (sowohl auf Bundes-, Landes- als auch auf regionaler Ebene)
- b) Entwicklung von Teststrategien und klaren Verantwortlichkeitsregelungen für Infektionstestungen
- c) Einrichtung von flexiblen Einheiten zur kurzfristigen Unterstützung im Krisenfall („Pandemie-Teams“; vgl. auch Aufbau eines Freiwilligen-Pools aus in Krisenmanagement fortgebildetem internem Personal und externen Freiwilligen i.S.d. „Pakts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst“)
- d) Berücksichtigung der Auswirkungen von Infektionsschutzmaßnahmen auch auf andere Bereiche der öffentlichen Verwaltung (z. B. Ordnungsdienst im Zusammenhang mit der Kontrolle der Einhaltung von Verordnungen)
- e) Abstimmung der externen Kommunikation zwischen allen verantwortlichen Akteurinnen und Akteuren (ÖGD, Landesebene)
- f) Förderung der Interaktion zwischen ÖGD, stationären und ambulanten Versorgern und der Forschung, um direkten transnationalen Erkenntnisgewinn zu ermöglichen

4. Berücksichtigung und Einbeziehung des ÖGD bei der Planung und Gestaltung regionaler und kommunaler Versorgungskonzepte

5. Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung in Schulen und Kindertagesstätten

- a) Entwicklung von Maßnahmen zur Steigerung der Impfquoten entsprechend den WHO-Vorgaben auf mindestens 95 %
- b) Aufnahme von Maßnahmen der Gesundheitspflege (z. B. Vermittlung gesundheitlicher Belange) in den Lehrplan der Schulen
- c) Flächendeckende Sicherstellung von zahnmedizinischer Gruppenprophylaxe sowie Präventionsmaßnahmen in Schulen und Kindertagesstätten (Aufnahme einer verpflichtenden Regelung in das Niedersächsische Schulgesetz und in das Niedersächsische Kita-gesetz)

- d) Verbesserung der Versorgung und Prävention von allen Kindern z. B. durch zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen in Kindertagesstätten und Grundschulen, um zeitnah Frühe Hilfen anbieten zu können
- e) Regelmäßige Schulbesuche der Fachkraft für Prävention (des Gesundheitsamtes) für Angebote von Erste-Hilfe-Kursen (und Schulsanitäterkursen), Aufklärung im Unterricht (z. B. Ernährung, Impfung, Infektionsschutz), Beratung der Eltern, Lehrerinnen und Lehrer

6. Schaffung gesetzlicher Grundlagen zur Wiedereinführung der Verordnungsmöglichkeiten für Ärztinnen und Ärzte des sozialpsychiatrischen Dienstes

7.2.2. Personal

Für die Gewährleistung einer zukunftssicheren und bedarfsgerechten Versorgung durch den ÖGD gewinnt die Frage der personellen Ausstattung zunehmend an Bedeutung. Dabei liegen die Herausforderungen aus Sicht der Enquetekommission in Niedersachsen in folgenden Bereichen:

- Im ÖGD besteht ein Mangel an Ärztinnen und Ärzten sowie qualifiziertem Fach- und Verwaltungspersonal.
- Die niedrige Vergütung von Ärztinnen und Ärzten im ÖGD im Vergleich zu anderen ärztlichen Anstellungen ist einer der Hauptgründe für die geringe Attraktivität einer Tätigkeit im ÖGD.
- Es bestehen Herausforderungen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten für Öffentliches Gesundheitswesen. Dabei wird die Weiterbildung zur Ärztin bzw. zum Arzt für Öffentliches Gesundheitswesen als zu aufwendig empfunden.

Mangel an Ärztinnen und Ärzten sowie qualifiziertem Fach- und Verwaltungspersonal im ÖGD

Eine zentrale Herausforderung im ÖGD ist die Unterbesetzung insbesondere ärztlicher Stellen. Spezifisch für Niedersachsen geht aus einer Umfrage bei den niedersächsischen Landkreisen und kreisfreien Städten hervor, dass in den teilnehmenden Kommunen derzeit zwar alle fachlich ärztlichen Leitungsstellen besetzt sind, 40 weitere Stellen jedoch offen sind (Niedersächsischer Landtag, 2019b)¹⁵⁶. Bundesweit erwarben 2019 nur 37 Ärztinnen und Ärzte die Facharztbezeichnung Öffentliches Gesundheitswesen (BÄK, 2019). Die Anzahl berufstätiger Ärztinnen und Ärzte mit diesem Facharzttitel ist bundesweit seit mehreren Jahren rückläufig. 2012 lag ihre Zahl noch bei 857 Ärztinnen und Ärzten, 2019 ist sie auf 793 abgesunken (BÄK, 2012, 2019). Dies entspricht einer Abnahme um 7,5 %. Der demographische Wandel verschärft diese Situation. Mit rund 85 % ist ein Großteil der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte mit der Gebietsbezeichnung Öffentliches Gesundheitswesen älter als 49 Jahre (BÄK, 2019). Die Zahlen verdeutlichen, dass ein erhebliches Nachwuchsproblem besteht, welches insbesondere in der mangelnden Attraktivität einer Tätigkeit im ÖGD begründet liegt. Die Daten aus dem Berufsmonitoring Medizinstudierende 2018 bestätigen dies. Nur für 3,3 % der befragten Studierenden kommt eine Beschäftigung im ÖGD nach der Facharztweiterbildung „auf jeden Fall“ infrage. Für 19,7 % kam dies zumindest „wahrscheinlich“ infrage (KBV, 2019). Nach den

¹⁵⁶ An der Befragung nahmen 34 niedersächsische Kommunen teil.

Ergebnissen des Berufsmonitorings könnte die mangelnde Information über diesen Berufsweg ein Grund für das geringe Interesse an einer Tätigkeit im ÖGD sein. Lediglich 4,5 % der Befragten fühlten sich gut oder sehr gut über die Anforderungen und Arbeitsbedingungen im ÖGD informiert (ebd.). Insgesamt ergeben sich durch diese Faktoren Schwierigkeiten in der Nachbesetzung freier Stellen, die sich z. B. in einem Mangel an geeigneten Bewerberinnen und Bewerbern und der Notwendigkeit von mehrfachen Ausschreibungen manifestieren (Niedersächsischer Landtag, 2019b; Wermes, 2019). Die Schwierigkeiten sind nach Aussage des NLGA regional sehr unterschiedlich ausgeprägt und betreffen primär die Gruppe der ärztlichen Beschäftigten, wobei insbesondere die Gewinnung amtsärztlicher Leitungskräfte ein Nadelöhr darstellt. Um dem darüber hinaus bestehenden Mangel an qualifiziertem Fach- und Verwaltungspersonal zu begegnen, ist auch für diese Berufsgruppen im Pakt für den ÖGD eine Förderung zusätzlicher Stellen explizit vorgesehen (BMG, 2020c).

Geringe finanzielle Attraktivität einer Tätigkeit im ÖGD

Ein weiterer Grund für den Personalmangel im ÖGD liegt wie oben bereits skizziert in der unattraktiven Vergütung. Beim Vergleich der Vergütung ist eine differenzierte Betrachtung erforderlich: Innerhalb des ÖGD ist die Vergütung von Ärztinnen und Ärzten vergleichbar mit der Vergütung anderer Beschäftigter mit akademischen Abschlüssen. Insbesondere Amtsärztinnen und -ärzte sind als Beamtinnen bzw. Beamte innerhalb der Verwaltung vergleichsweise gut vergütet. Im Vergleich zu Ärztinnen und Ärzten im Krankenhaus besteht jedoch eine Differenz in der Grundvergütung.¹⁵⁷ Für Letztere gilt häufig der Tarifvertrag für Ärzte (TV-Ärzte). Ärztinnen und Ärzte, die im ÖGD tätig sind, werden hingegen nach dem Tarifvertrag für den Öffentlichen Dienst (TVöD) oder dem Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst der Länder (TV-L) entlohnt. Im Krankenhaus beschäftigte Ärztinnen und Ärzte erhalten dadurch ein deutlich höheres Entgelt als Ärztinnen und Ärzte im ÖGD. Angaben zur Höhe des Tarifgefälles variieren zwischen ca. 1 000 und 2 500 Euro (Gruhl, 2020; Korzilius, 2018; Niedersächsischer Landtag, 2019b). Zur Deckung des Personalbedarfs im ÖGD bestand von 2012 bis 2018 eine Arbeitgeberrichtlinie der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA) zur Gewinnung und zur Bindung der Fachärztinnen und Fachärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst (Fachärzte-ÖGD-RL). Durch diese Richtlinie konnten bei der Neueinstellung von Fachärztinnen und Fachärzten sowie zur Vermeidung der Abwanderung einzelner Fachärztinnen und Fachärzte monatliche Zulagen gewährt werden (VKA, 2016). Mit den Tarifverhandlungen für die Beschäftigten des Öffentlichen Dienstes von Bund und Kommunen wurde nun beschlossen, dass Fachärztinnen und -ärzte im ÖGD ab dem 01.03.2021 eine monatliche Zulage von 300 Euro erhalten (Tarifverhandlung für den öffentlichen Dienst, 2020). Diese Sonderzulagen können nach Einschätzung der Enquetekommission einen kurzfristigen Anreiz schaffen, ggf. aber auch zu Konkurrenz führen. Nach Aussage der niedersächsischen Landesregierung waren in Niedersachsen durch die Zulagen eine größer werdende Konkurrenz unter den Kommunen sowie Ungleichbehandlungen innerhalb der Kommunen zu beobachten (Niedersächsischer Landtag, 2019b).

¹⁵⁷ Dabei ist zu beachten, dass nach Einschätzung der Enquete sowie des NLGA nur ein geringer Teil der Ärztinnen und Ärzte im niedersächsischen ÖGD verbeamtet sind. Eine offizielle Statistik zu den Beamten und Angestellten (Ärztinnen/Ärzten) liegt hierzu nicht vor. Eine Auswertung müsste händisch auf Basis des halbjährlich aktualisierten „Verzeichnis der Dienststellen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Nds“ (MS) erfolgen, würde aber lediglich Kopffzahlen ausweisen.

Subjektiv als aufwändig empfundene Weiterbildung zur Ärztin/zum Arzt für Öffentliches Gesundheitswesen

Einen relevanten Faktor für die Gewinnung von Ärztinnen und Ärzten für den ÖGD stellen auch die Rahmenbedingungen der Weiter- und Fortbildung dar. Eine Herausforderung in diesem Bereich liegt aus Sicht der Enquetekommission in der geringen Zahl von Weiterbildungsstandorten für die 6-monatige Kursweiterbildung im Rahmen der Weiterbildung zum Facharzt/zur Fachärztin für Öffentliches Gesundheitswesen. Die Kursweiterbildung zur Ärztin bzw. zum Arzt für Öffentliches Gesundheitswesen an der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen findet dabei bisher nur an den Standorten Düsseldorf und Berlin statt (Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen, o. J.). Dies verlangt von den Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung eine hohe örtliche Flexibilität, welche insbesondere die Vereinbarkeit von Beruf und Familie erschwert. Darüber hinaus bestehen nach Einschätzung der Enquetekommission für Beschäftigte im ÖGD momentan nur begrenzte Möglichkeiten für den Erwerb von Zusatzqualifikationen (Wermes, 2019).

Handlungsempfehlungen

Um den im vorherigen Abschnitt beschriebenen Herausforderungen im Bereich des Personals zu begegnen, hat die Enquetekommission Handlungsempfehlungen erarbeitet.

Als zentrale Empfehlungen sind dabei folgende Punkte hervorzuheben:

- Es muss eine dauerhafte Personalaufstockung in allen Bereichen des ÖGD unter zielgerichtetem Einsatz der Mittel aus dem Pakt für den ÖGD erfolgen.
- Mit Unterstützung des Landes muss insbesondere durch die Angleichung der ärztlichen Gehälter die Attraktivität der Tätigkeit im ÖGD gesteigert werden.
- Durch die Ermöglichung des Praktischen Jahres im ÖGD und darüberhinausgehende Kooperationen zwischen ÖGD und Hochschulen soll der ÖGD verstärkt in der medizinischen Ausbildung verankert werden.

Die detaillierten Empfehlungen aus der Enquetekommission im votierten Wortlaut umfassen folgende Aspekte:

7. Dauerhafte Personalaufstockung in allen Bereichen des ÖGD

- a) Entwicklung konkreter Personalaufwuchskonzepte und -zielsetzungen (vgl. „Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst“)
- b) Zielgerichteter Einsatz der Bundesmittel aus dem „Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst“ zur Schaffung neuer, unbefristeter Vollzeitstellen für Ärztinnen/Ärzte sowie qualifiziertes Fach- und Verwaltungspersonal (mind. 1 500 Stellen bis Ende 2021, 3 500 weitere Vollzeitstellen bis Ende 2022)
- c) Verstetigung der Finanzierung des Personalaufwuchses durch zusätzliche Bundes- oder Landesmittel über das Jahr 2026 hinaus (erneuter Austausch dazu mit Bund Mitte 2023)

8. Angleichung der ärztlichen Gehälter im ÖGD

- a) Landesseitige Unterstützung der verantwortlichen Akteurinnen und Akteure bei der Wiedereinführung eines einheitlichen Ärztetarifs bzw. einer arztspezifischen tariflichen und besoldungsrechtlichen Regelung für angestellte und beamtete Ärztinnen/Ärzte im ÖGD (in Anlehnung an die Vergütung der in Krankenhäusern tätigen Ärztinnen/Ärzte)
- b) Bis dahin: Landesseitige Verbesserung der finanziellen Anreize durch in der Wirkung gleiche Maßnahmen (ab 2021; mit Mitteln aus dem „Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst“)

9. Stärkung der Fort-, Weiter- und Ausbildung für die Fachberufe im ÖGD

- a) Bereitstellung von Finanzmitteln aus dem „Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst“ für die personell und sachlich adäquate Ausstattung der Bildungsinstitutionen für das Öffentliche Gesundheitswesen, um die erhöhten Fort-, Weiter- und Ausbildungsbedarfe erfüllen zu können
- b) Entwicklung neuer Schulungskonzepte für neues Fachpersonal im ÖGD
- c) Reduzierung von Präsenzzeiten an der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf (u. a. für eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie), z. B. durch größeres Angebot an dezentralen/digitalen Fortbildungsmöglichkeiten

10. Verankerung des ÖGD in der medizinischen Aus- und Weiterbildung

- a) Einrichtung von Regel- und Stiftungsprofessuren für Öffentliches Gesundheitswesen an Hochschulen
- b) Aufbau weiterer Strukturen zur Förderung der Kooperation zwischen Gesundheitsämtern und Hochschulen
- c) Ermöglichung des Praktischen Jahres im ÖGD

11. Verbesserung der Rahmenbedingungen und Schaffung von Anreizen für Tätigkeit im ÖGD

- a) Ausrichtung der Personalentwicklung und -ausstattung an Art und Umfang fachlicher Aufgaben
- b) Durchführung von Imagekampagnen für den ÖGD, um Vorteile einer dortigen Tätigkeit darzustellen

Insgesamt wird deutlich, dass der ÖGD eine unverzichtbare Rolle im deutschen Gesundheitswesen einnimmt. Um seine vielfältigen und wachsenden Aufgaben auch zukünftig zuverlässig erfüllen zu können, sind eine fundierte Aufgabenkritik, Investitionen in die technische Ausstattung sowie eine gezielte Verbesserung der personellen Situation erforderlich.

8. Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung

8.1. Hintergrund

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens bietet große Chancen, die Gesundheitsversorgung insgesamt zu verbessern und die Versorgungsqualität für viele Patientinnen und Patienten zu erhöhen (SVR, 2018). Gleichzeitig kann sie dazu beitragen, den Informationsaustausch zwischen den Versorgungssektoren und Professionen deutlich zu verbessern und Effizienzgewinne zu realisieren (vdek, 2018). Dem erwarteten Nutzen moderner Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) in der medizinischen Versorgung stehen jedoch Herausforderungen im Hinblick auf den Schutz sensibler Daten und die Vermittlung eines technikgetriebenen Wandels gegenüber (Dockweiler, 2020; Dockweiler & Razum, 2016; Elmer, 2016). Ziel muss es daher sein, eine verantwortungsvolle Balance zwischen Datenschutz und dem Recht auf informationelle Selbstbestimmung einerseits sowie der Erschließung der Potenziale digitaler Prozesse und Angebote andererseits sicherzustellen (Dockweiler, 2020).

Die Bundesregierung hat mit einer Reihe von Gesetzesinitiativen in der jüngeren Vergangenheit bereits wesentliche Leitlinien zur Digitalisierung im Gesundheitswesen definiert und damit wichtige Weichen für die Digitalisierung der Gesundheitsversorgung in Deutschland gestellt (vgl. Abschnitt 8.1.1.). Insbesondere im Vergleich mit den baltischen und skandinavischen Ländern lässt sich jedoch feststellen, dass die Potenziale der Digitalisierung in Deutschland noch deutlich stärker genutzt werden könnten (vgl. Abschnitt 8.1.2.). Gründe für die in Deutschland ausbaufähige Digitalisierung der Gesundheitsversorgung liegen insbesondere in einem mangelnden Netzausbau, in den sektoral organisierten Versorgungsstrukturen, einer heterogenen Kostenträgerschaft sowie einer ausbaufähigen Interoperabilität von Anwendungen (Caumanns, 2019).

Die krisenbedingten Herausforderungen durch die COVID-19-Pandemie haben in besonderer Weise die Notwendigkeit eines Ausbaus digitaler Technologien und Prozesse, wie sie für die Kontaktnachverfolgung oder die Umsetzung von Online-Sprechstunden erforderlich sind (AOK, 2020b). Gleichzeitig hat das Beispiel der Corona-Warn-App noch einmal verdeutlicht, dass es sensibler Aushandlungsprozesse bedarf, um digitale Möglichkeiten für die Sicherheit und Gesundheit der Gemeinschaft mit dem Schutz der Privatsphäre zu harmonisieren.

Die Enquetekommission hat sich in ihren Diskussionen auf die Rahmenbedingungen der Digitalisierung für die medizinische Regelversorgung im Gesundheitswesen fokussiert und dabei sowohl sektorenspezifische als auch sektorenübergreifende Aspekte in den Blick genommen.¹⁵⁸ Im Zentrum der Debatten stand dabei stets die Frage, wie ein praktischer Nutzen im Alltag und in der Versorgung für Patientinnen und Patienten sowie für Leistungserbringende hergestellt werden kann. Denn Digitalisierung geschieht nicht von allein und ist vor allem davon abhängig, dass sowohl die Bürgerinnen und Bürger als auch die Fachkräfte im Gesundheitswesen die Vorteile einer digitalisierten medizinischen Versorgung für sich erkennen. Insgesamt wird Folgendes deutlich:

- Die Digitalisierung in der medizinischen Versorgung in Deutschland ist deutlich ausbaufähig.

¹⁵⁸ Sektorenspezifische Aspekte der Digitalisierung werden ergänzend in einzelnen Kapiteln des Abschlussberichts dargestellt, sofern diese im Rahmen einzelner Versorgungsbereiche in der EKmedV erläutert wurden (vgl. Kapitel Stationäre medizinische Versorgung, Öffentlicher Gesundheitsdienst etc.)

- Um eine flächendeckende und interoperable digitale Infrastruktur zu etablieren, müssen entsprechende Rahmenbedingungen geschaffen werden.
- Gleichzeitig bedarf es verstärkter Anstrengungen, die Akzeptanz und Nutzenwahrnehmung z. B. durch nutzenorientierte und adressatengerechte Kommunikation zu erhöhen.
- Den durch die COVID-19-Pandemie ausgelösten Veränderungsdruck gilt es als Schubkraft für die Digitalisierung der medizinischen Versorgung zu nutzen.

8.1.1. Besonderheiten der Digitalisierung in der medizinischen Versorgung in Deutschland

Die digitale Transformation des Gesundheitswesens wird seitens des Bundes bereits seit mehr als 15 Jahren vorangetrieben (vgl. Abb. 24). Dieser Prozess hat vor allem in den letzten Jahren eine stärkere Dynamik angenommen (Dockweiler, 2020; Hofräuter-Gätgens, 2019).

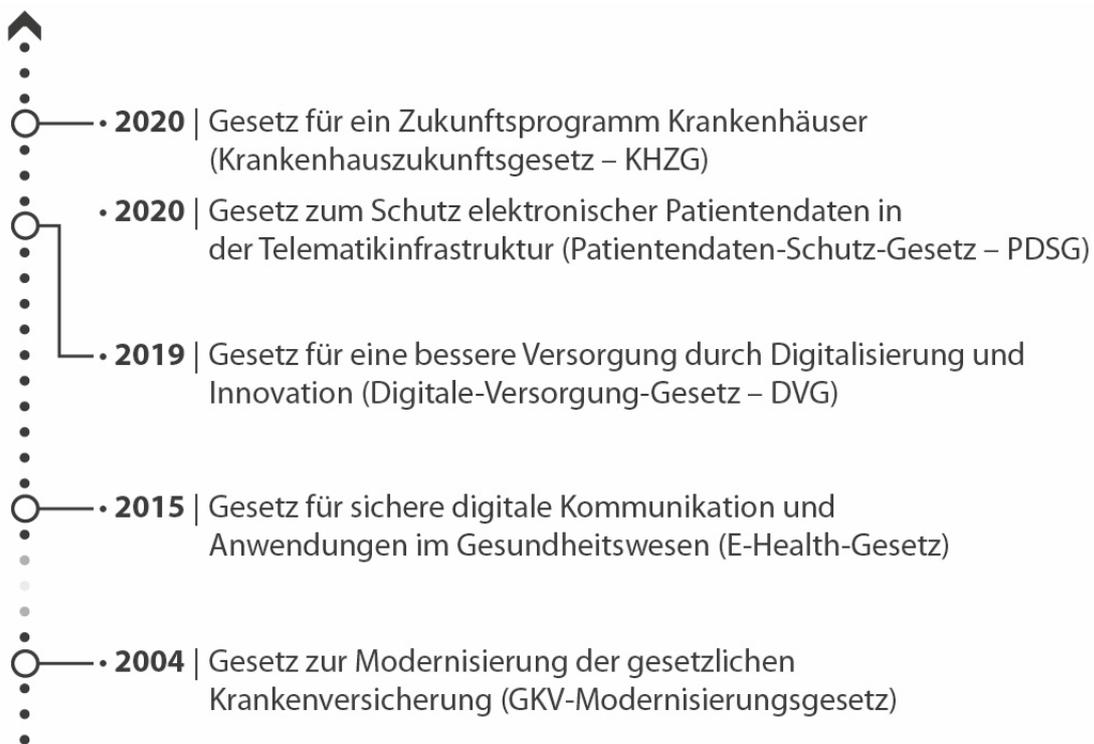


Abb. 24: Übersicht der Bundesgesetze zur Förderung der Digitalisierung in der medizinischen Versorgung. Eigene Darstellung.

Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte auf Grundlage des **GKV-Modernisierungsgesetzes** (Gesetzliches Krankenversicherungsgesetz) im Jahr 2003 kann „als Beginn der digitalen Erneuerung des deutschen Gesundheitswesens angesehen werden“ (Dockweiler, 2020, S. 110). Im Jahr 2004 begann auf Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) die Konzeptentwicklung für die Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte (eGK) mit Integration einer elektronischen Patientenakte (ePA). Auf Grundlage des GKV-Modernisierungsgesetzes wurde die Selbstverwaltung der GKV verpflichtet, neben der Einführung der eGK bis zum Jahr 2006 eine Telematikinfrastruktur (TI) zur Etablierung der ePA zu realisieren (§ 291 a (7) GKV-Modernisierungsgesetz). Dabei liegt die zentrale Bedeutung der TI für die Weiterentwicklung der Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen darin, dass

sie in einem geschlossenen Netz die Vernetzung verschiedener IT-Systeme ermöglichen und den sicheren Austausch von Informationen zwischen allen Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitswesens gewährleisten soll. Hierzu nahm ab Anfang 2005 die gematik GmbH ihre Arbeit auf.¹⁵⁹ Die Einführung der Telematikinfrastruktur begann nach langer Vorlaufzeit mit der Anbindung der Leistungserbringenden im Jahr 2017, sollte bis Ende 2020 flächendeckend umgesetzt sein. Aktuell kann jedoch noch nicht von einer flächendeckenden Einführung der TI gesprochen werden, da zwischen den verschiedenen Leistungserbringenden im Gesundheitswesen differenziert werden muss.¹⁶⁰ Da die technische Anbindung noch nicht bei allen Leistungserbringenden erfolgt ist, verzögert sich auch die Einführung der ePA. Obwohl die Krankenkassen nach § 341 SGB V den gesetzlichen Auftrag haben, ihren Versicherten ab 01.01.2021 eine elektronische Patientenakte (ePA) zur Verfügung zu stellen, gilt eine Implementierungsphase bis zum 30.06.2021. Ab 01.07.2021 haben die Versicherten dann einen Anspruch auf die Befüllung ihrer ePA durch den Leistungserbringenden (vgl. detaillierter im Abschnitt 8.2.1.).

Eine weitere Initiative des Bundesgesetzgebers zur Einführung digitaler Anwendungen im Gesundheitswesen stellte 2015 das **Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen** (E-Health-Gesetz) dar. Mit diesem Gesetz wurden die angestrebten Funktionalitäten der eGK deutlich erweitert. Außerdem sieht das Gesetz die Einführung des elektronischen Medikationsplans (eMP), des elektronischen Arztbriefes (eArztbrief), des Versichertenstammdatenmanagements (VSDM), des Notfalldatenmanagements (NFDM), des elektronischen Patientenfaches (ePF) sowie von Videosprechstunden vor. Zudem wird im Gesetz die Ausgabe elektronischer Arzt- bzw. Heilberufsausweise (eHBA) geregelt.

Durch die Beschlüsse des 2019 in Kraft getretenen **Gesetzes für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation** (DVG) können sich Patientinnen und Patienten künftig digitale Gesundheits-Apps (DiGA oder auch „App auf Rezept“) wie Arzneimittel von Ärztinnen und Ärzten oder Psychotherapeutinnen und -therapeuten auf Kassenkosten verschreiben lassen. Versicherte können telemedizinische Angebote wie Videosprechstunden nun leichter nutzen, und auch die Einführung des elektronischen Rezepts (eRezept) ist ab 2022 vorgesehen.

Aktuell befindet sich das **Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (DVPMG)** im Gesetzgebungsverfahren. Gemäß Referentenentwurf vom 15.11.2020 wird hierdurch der Leistungsumfang der Telematik-Infrastruktur (TI) präzisiert und erweitert. Zusätzlich vorgesehen ist die Einführung Digitaler Pflegeanwendungen (DiPA) entsprechend dem Prinzip der DiGA. Mit dem DVPMG soll außerdem der TI-Nutzerkreis um weitere Berufsgruppen wie Heil- und Hilfsmittelerbringende, Erbringende von Soziotherapie sowie zahnmedizinische Labore erweitert werden. Hebammen und Entbindungspflegern sowie Heil- und Hilfsmittelerbringende soll außerdem ermöglicht werden, neue digitale Formate wie Videosprechstunden anzubieten. Mit dem Gesetz werden auch Entlastungen auf der Seite der Leistungserbringenden bei Fragen des Datenschutzes in Aussicht gestellt, indem die Zuständigkeit für den Datenschutz beim dezentralen Zugang zur Telematik-Infrastruktur um eine zentrale, gesetzliche Datenschutz-Folgeabschätzung ergänzt wird.

Zur Stärkung der Digitalisierung von Krankenhäusern hat der Bundesgesetzgeber mit dem **Krankenhauszukunftsgesetz** (KHZG) ein umfangreiches Investitionsprogramm auf den Weg

¹⁵⁹ Gesellschafter der gematik sind derzeit neben dem BMG mit einem Gesellschafteranteil von 51% die im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) vertretenen Spitzenorganisationen des deutschen Gesundheitswesens.

¹⁶⁰ Ideen zur Weiterentwicklung der Telematikinfrastruktur beschreibt die gematik in dem Whitepaper „TI 2.0 - Arena für digitale Medizin“ (gematik, 2020).

gebracht. Um die Handlungsfähigkeit zum Ausbau einer digitalen Infrastruktur sowie zur Gewährleistung der Datensicherheit zu verbessern, erhalten Krankenhausträger ab dem Jahr 2021 die Möglichkeit, Mittel aus dem Krankenhauszukunftsfonds (KHZF) abzurufen. Beabsichtigt wird damit eine modernere und bessere Ausstattung der Krankenhäuser. Hierzu zählen sowohl moderne Notfallkapazitäten als auch eine bessere digitale Infrastruktur. Ebenso werden Investitionen in die IT- und Cybersicherheit des Gesundheitswesens unterstützt (vgl. Kapitel Stationäre medizinische Versorgung).

Als flankierende Maßnahme, um Raum für den Gedankenaustausch zwischen Expertinnen und Experten aus allen Bereichen des Gesundheitswesens zu bieten, wurde vom BMG das Innovationsforum „Digitale Gesundheit 2025“ initiiert (BMG, 2020a). Die Initiative beschäftigt sich speziell mit dem Umgang mit gesundheitsrelevanten Daten (Bundesregierung, 2020). Im Rahmen des „Health Innovation Hub“ werden zudem innovative Versorgungslösungen im Bereich der Digitalisierung entwickelt (HIH, o. J.).

8.1.2. Digitalisierung in der medizinischen Versorgung im internationalen Vergleich

Trotz dieser wichtigen Entwicklungsschritte zeigt der Blick auf baltische und skandinavische Länder, dass Deutschland im internationalen Vergleich noch deutlichen Nachholbedarf in der Digitalisierung des Gesundheitswesens aufweist (Berger, Reichebner et al., 2020; Bertram et al., 2019; SVR, 2018; Trill & Pohl, 2016). Einer internationalen Vergleichsstudie zum Status quo der Digitalisierung in 17 Ländern zufolge belegt Deutschland lediglich den vorletzten Platz, während Estland, Kanada und Dänemark in dem eigens für die Studie entwickelten Digital-Health-Index die Spitzenpositionen einnehmen (vgl. Abb. 25).

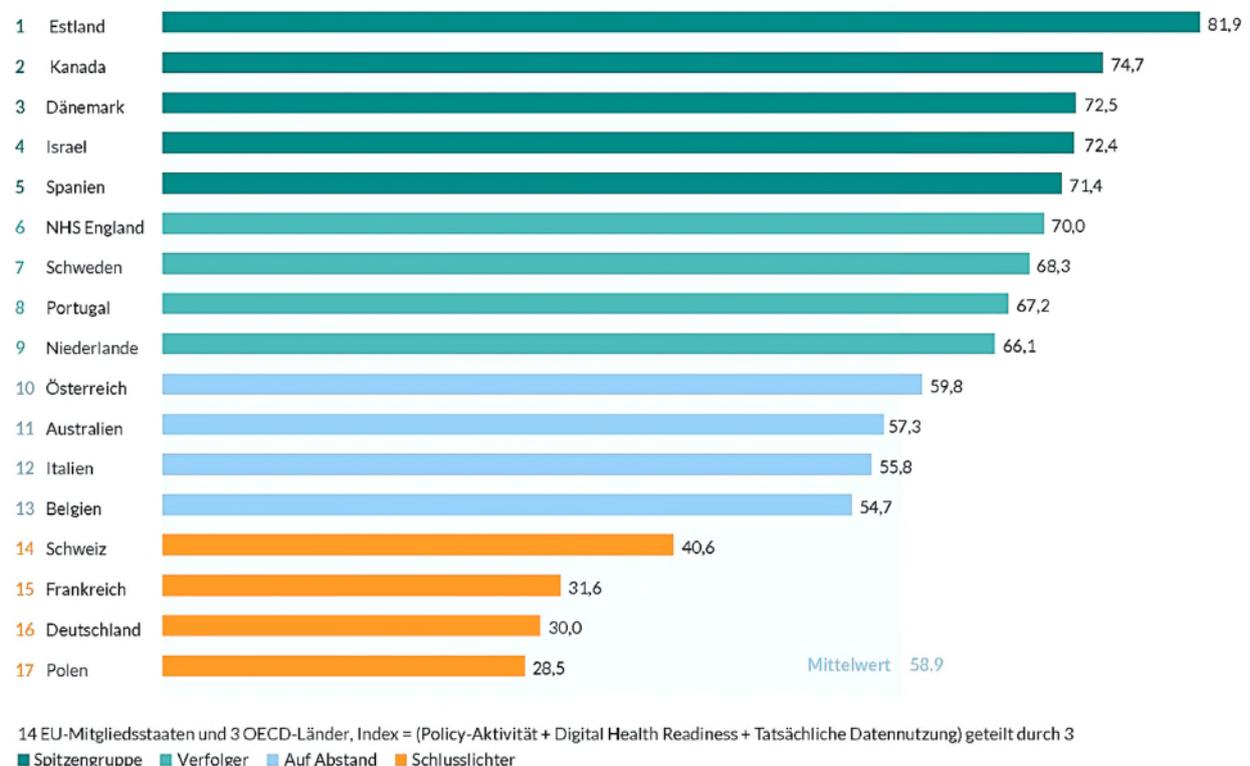


Abb. 25: Digital-Health-Index (Thiel et al., 2018, S. 232)

Der Blick auf die im Gesamtranking enthaltenen Sub-Indizes (Policy-Aktivität, Digital Health Readiness, tatsächliche Datennutzung) zeigt, dass einige im Mittelfeld platzierte Länder einen durchaus heterogenen Digitalisierungsgrad aufweisen, Deutschland hingegen sich auch in allen Sub-Indizes zwischen Platz 15 und 16 bewegt. Während das politische und strategische Vorgehen in Deutschland noch die besten Werte erzielt, fallen die technische Implementierung und der digitale Reifegrad sowie der vernetzte Austausch von Gesundheitsdaten im Ranking deutlich ab (Thiel et al., 2018). Dass Deutschland insbesondere in den Bereichen digitaler Vernetzung, digitaler Angebote von Gesundheitseinrichtungen und deren Nutzung durch die Bürgerinnen und Bürger nicht internationalen Standards entspricht, bestätigen auch Daten des eHealth Monitors der Unternehmensberatung McKinsey (2020).¹⁶¹

Kennzeichnend für den hohen Digitalisierungsgrad derjenigen Länder, die Spitzenpositionen im Digital-Health-Index einnehmen, sind drei Qualitätsmerkmale: effektive Strategien, politische Führung und nationale Koordinationsstellen. Darüber hinaus wird am Beispiel Estlands deutlich, wie wichtig für die dortige Entwicklung die bereits ab Anfang der 2000er-Jahre gestarteten generellen Digitalisierungsinitiativen als Grundlage für das Gesundheitswesen waren: Ein zuverlässiger Datenaustausch konnte bereits im Jahr 2001 über die sogenannte „X-Road“¹⁶² gewährleistet werden, darauf folgten u. a. die Einführung der digitalen Unterschrift (2002) und der Mobil-ID (2007), bevor im Jahr 2008 ein landesweites E-Health-System¹⁶³ etabliert wurde (Bertram et al., 2019; Marcus, 2020). Neben regulatorischen Rahmenbedingungen, technischen Voraussetzungen, dem systematischen Einbezug aller Beteiligten sowie der Umsetzung von Interoperabilitätsstandards wurden in der Spitzengruppe der Vergleichsstudie frühzeitig verbindliche Zuständigkeiten implementiert und den Bürgerinnen und Bürgern transparent vermittelt. Dementsprechend gehören digitale Innovationen wie elektronische Patientenakten, Telemonitoring oder e-Rezepte bereits zum gelebten Versorgungsalltag und tragen durch eine klar definierte e-Health-Governance zur Akzeptanz des digitalen Fortschritts in diesen Ländern bei (Bertram et al., 2019; Jaeger-Erben et al., 2020; Thiel et al., 2018).¹⁶⁴

¹⁶¹ Der eHealth Monitor 2020 misst den Status quo und die jährliche Entwicklung der Digitalisierung des deutschen Gesundheitswesens auf Basis von 30 Indikatoren (McKinsey & Company, 2020).

¹⁶² Die X-Road ist eine Datenplattform, die als digitales, staatliches Rückgrat den Datenaustausch zwischen autorisierten Datenbanken ermöglicht. Zugrunde liegt das Prinzip, dass Daten nicht zentral, sondern ausschließlich dort gespeichert werden, wo sie entstehen. Die X-Road ermöglicht somit Zugang zu verschiedenen staatlichen Datenbanken als eine geschlossene Einheit. Jede Bürgerin und jeder Bürger kann sich in die X-Road einloggen, auf alle ihre bzw. seine Daten zugreifen und jederzeit nachvollziehen, wer die Daten wann angesehen oder genutzt hat. Hier finden Datensicherheit, Datenaustausch und Datensouveränität des Einzelnen eine ebenso leistungsfähige wie pragmatische Lösung. <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/unsere-projekte/reinhard-mohn-preis/projektnachrichten/recherche-reise-estland>

¹⁶³ Im Wesentlichen stellt das estnische E-Health-System eine flächendeckende Plattform dar, deren Sicherheit über die sogenannte Blockchain-Technologie sichergestellt werden soll. Gegenwärtig umfasst das System die folgenden Funktionalitäten: Elektronische Patientenakte einschließlich eines Patientenportals, Elektronischer Medikationsplan, Elektronisches Rezept, Digitales Bild- und Laborbefundarchiv, Elektronische Notfallbehandlungslösungen einschließlich eines vernetzten Krankentransportsystems, Informationsaustauschsystem zwischen verschiedenen Leistungserbringern, Elektronisches Buchungstool für Facharzttermine an Krankenhäusern, Statistikmodule (Bertram et al., 2019, S. 8 f.).

¹⁶⁴ Aus diesem Grund hörte die Enquetekommission zum Themenfeld der Digitalisierung als Experten für die Digitalisierung in Estland in ihrer 32. Sitzung (13. Januar 2020) Herrn Florian Marcus vom e-Estonia Briefing Center (Tallinn) an.

8.1.3. Status Quo der Digitalisierung der medizinischen Versorgung in Niedersachsen

Das Land Niedersachsen strebt an, die auf Bundesebene getroffenen Regelungen zur Digitalisierung im Gesundheitswesen zügig umzusetzen, und setzt gleichzeitig bereits landesspezifische Schwerpunkte. Hierzu wird ein umfassendes Maßnahmenpaket umgesetzt, das Modellprojekte im Rahmen des „Masterplan Digitalisierung“ und gezielte regionale Initiativen mit lokaler Verankerung umfasst.

Mit dem „Masterplan Digitalisierung“ sorgt die Landesregierung landesweit und ressortübergreifend für verlässliche Rahmenbedingungen im laufenden digitalen Transformationsprozess und wird hierfür in den nächsten Jahren insgesamt mehr als eine Milliarde Euro investieren (MW, 2018). Im Rahmen dieses Masterplans fördert die Regierung als unabdingbare Grundlage für digitalen Fortschritt vorrangig den Ausbau einer leistungsfähigen Infrastruktur und strebt bis 2021 eine flächendeckende 4G bzw. LTE-Versorgung an sowie im Jahr 2022 eine Pilotierung des Mobilfunkstandards 5G in allen Regionen Niedersachsens (ebd.). Im Bereich der Gesundheitsversorgung ist es erklärtes Ziel der Landesregierung, die Digitalisierung unter Vermeidung von sogenannten Insellösungen voranzutreiben. Dabei verfolgt die Landesregierung im Rahmen des Masterplans seit 2018 folgende Teilziele (MW, 2018):

1. Ausbau erfolgreicher Ansätze zur Digitalisierung von Medizin und Pflege, u. a. in den Bereichen Telemedizin, Datenmobilität und Assistenzleistungen für Menschen mit besonderen Unterstützungsbedarfen
2. Förderung neuer innovativer Modellvorhaben, die den fachlichen Austausch und die Kommunikation durch mobile Daten zwischen Patientinnen und Patienten und den Gesundheitsdienstleistern stärken
3. Ausbau digitaler Lösungen in der Notfallversorgung in den Krankenhäusern
4. Sicherstellung einer erfolgreichen digitalen Transformation im Gesundheitswesen unter Einbindung aller beteiligten Akteurinnen und Akteure sowie Betroffenen einschließlich der gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen
5. Prüfung der Notwendigkeit gesetzgeberischer Initiativen auf Bundes- und Landesebene, ggf. in Abstimmung mit der Gesundheitsministerkonferenz (GMK)

Die Verantwortung für die Umsetzung entsprechender Digitalisierungsmaßnahmen im Gesundheitswesen liegt beim Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung. Beschlossen wurden zunächst drei Modellprojekte zu den Themenbereichen „Telemedizin im ländlichen Raum“, „Ambient Assisted Living - Digitale Assistenz im Alter“ sowie „Digitalisierung des Notfallmanagements in Krankenhäusern (Interdisziplinärer-Versorgungsnachweis - IVENA)“ (zu IVENA vgl. auch Kapitel Notfallversorgung).

Bislang am weitesten fortgeschritten ist die Umsetzung von IVENA. Hierbei handelt es sich um ein internetgestütztes System, das Behandlungs- und Bettenkapazitäten der regionalen Krankenhäuser anzeigt und einen Echtzeit-Datenaustausch zwischen den Leitstellen für den Rettungsdienst, den Rettungswägen und den Krankenhäusern ermöglicht (MW, 2018). Ziel ist es, die Zusammenarbeit zwischen dem Rettungsdienst und den weiterversorgenden Kliniken zu verbessern und damit Zeitverzögerungen während der Behandlung von Notfallpatientinnen und -patienten zu minimieren. Auf Basis der IVENA-Daten können zum einen die Rettungsdienste bei drohenden Überlastungen einzelner Krankenhäuser oder Stationen frühzeitig auf vakante Standorte umdisponieren, zum anderen erhalten die Krankenhäuser bereits vor Ankunft des Behandlungsfalls Informationen zum Interventionsbedarf. Anfang 2021 haben

IVENA bereits 23 der 30 niedersächsischen Rettungsdienstleitstellen sowie 102 Krankenhäuser genutzt (MI, 2021b; MS, 2021). Eine flächendeckende Einführung wird angestrebt (vgl. Notfallversorgung, Handlungsempfehlungen).

Insbesondere im Rahmen der Bewältigung der COVID-19-Pandemie wurden digitale Versorgungsprojekte wie z. B. das Angebot von Videosprechstunden kurzfristig ausgebaut. Zusammen mit den bereits vor der Pandemie geförderten Aktivitäten im Bereich der Digitalisierung ergibt sich eine Vielzahl an Pilotprojekten, die in ein Gesamtkonzept eingebunden werden könnten. Hervorzuheben sind hier beispielhaft folgende Maßnahmen:

- Videosprechstunde im Pflegeheim - Bereitstellung von Tablets für Pflegeheim-Bewohnende (MS, 2020d)
- Digitales Aufnahme- und Entlassmanagement - Ermöglichung eines schnellen und strukturierten digitalen Informationsaustausches zwischen Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzten und dem Krankenhaus (AOK, o. J.)
- Delegation ärztlicher Leistungen - Möglichkeit der Delegation definierter Leistungen an Pflegefachkräfte unter Anwendung telemedizinischer Instrumente (MS, 2019a)
- DICTUM - Digitale Kommunikationshilfen für nichtdeutschsprechende Patientinnen und Patienten im Grenzdurchgangslager (Süd-niedersachsen Programm, o. J.)
- eMedCare Emsland-Osnabrück - digitale Brücke zwischen Hausärztin bzw. -arzt und Pflege (Gesundheitsregion OS, o. J.)
- Ophthamed-Telenet - Aufbau eines fachübergreifenden telemedizinischen Netzwerkes zur Ermöglichung einer wohnortnahen augenärztlichen Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner der Insel Borkum (KVN, 2020g)
- Einführung der Ersthelfer App „Mobile Retter“ (Mobile Retter e.V., o. J.).¹⁶⁵

Die Selbstverwaltung des Gesundheitswesens in Niedersachsen unterstützt die Umsetzung von Digitalisierungsmaßnahmen durch Beratung und Bereitstellung von Informationen für Leistungserbringende, beispielhaft seien hier die Veranstaltungsreihen „Niedersächsischer Digitalgipfel Gesundheit“ der Ärztekammer Niedersachsen oder die Digitalkonferenzen der Apothekerkammer Niedersachsen genannt. Informationen für Patientinnen und Patienten, beispielsweise zur bevorstehenden Einführung der ePA, werden durch die Krankenkassen bereitgestellt.

8.2. Wesentliche Erkenntnisse im Bereich der Digitalisierung der medizinischen Versorgung

Die folgenden Abschnitte stellen die in der Kommission diskutierten Problemlagen sowie die dazu beschlossenen Handlungsempfehlungen detaillierter dar. Die Ausführungen konzentrieren sich auf die Themenfelder „Qualität und Strukturen“, „Finanzierung“ sowie „Personal“. Eine Übersicht hierzu ist in Beschluss 8 (vgl. Anhang 1) aufgeführt.

¹⁶⁵ Die Projekte DICTUM, eMedCare, Ophthamed-Telenet und die Einführung der Ersthelfer App „Mobile Retter“ wurden im Rahmen der Gesundheitsregionen (vgl. Kapitel Ambulante medizinische Versorgung) entwickelt bzw. umgesetzt.

8.2.1. Qualität und Strukturen der Digitalisierung in der medizinischen Versorgung

Im Kontext von Qualität und Strukturen der Digitalisierung in der medizinischen Versorgung liegen aus Sicht der Enquetekommission die Herausforderungen in folgenden Bereichen:

- Die für eine tragfähige medizinische Versorgung notwendige Infrastruktur und die damit einhergehenden Prozesse sind in Deutschland derzeit noch unzureichend ausgebaut.
- Die sektoralen Strukturen des deutschen Gesundheitssystems erschweren die Digitalisierung.
- Eine Erhöhung der Akzeptanz für digitale Lösungen in der Bevölkerung stellt einen wesentlichen Schlüsselfaktor dar.

Ausbaufähige Umsetzung der Digitalisierung in der medizinischen Versorgung

Wie oben skizziert gilt der Digitalisierungsgrad des deutschen Gesundheitswesens im Vergleich zu anderen Bereichen und im europäischen Vergleich als ausbaufähig (Berger, Reichbner et al., 2020; Dockweiler, 2020). An innovativen Versorgungskonzepten mangelt es dabei zwar nicht grundsätzlich, beim Gros der Konzepte handelt es sich jedoch um einzelne, regional begrenzte Angebote (vgl. Breuer & Schwab, 2017; Masuhr, 2020). Als ein positives Beispiel kann die telemedizinische Schlaganfallversorgung gelten, die in Niedersachsen im Schlaganfallnetzwerk Nord-Ost umgesetzt wird. Bislang werden in Niedersachsen jedoch z. B. noch keine landesspezifischen Schwerpunkt-Versorgungsthemen definiert, zu denen auf Landesebene innovative digitale Lösungen vorangetrieben werden könnten. Zudem bleibt generell die Überführung digitaler Angebote in die Regelversorgung der Gesetzlichen Krankenversicherung noch weitestgehend aus (Breuer & Schwab, 2017; Thiel et al., 2018).

Aus Sicht der Enquetekommission erschweren dabei festgefahrene Strukturen (z. B. aufgrund geringer Ressourcen oder eines mangelnden Gestaltungswillens von Entscheiderinnen und Entscheidern auf Organisationsebene) das Erreichen der Digitalisierungsziele. Komplexe Entscheidungsarchitekturen und Beharrungskräfte im deutschen Gesundheitswesen hemmen das Innovationspotenzial.

Die COVID-19-Pandemie hat Defizite und Entwicklungsbedarfe im Bereich der Digitalisierung zusätzlich unterstrichen (AOK, 2020b), z. B. im Kontext der Nachverfolgung von Infektionsketten, der Meldung von Infizierten sowie bei der Übermittlung von Befunden (Schreyögg, 2020). Zugleich wurde die Bedeutsamkeit digitaler Technologien und Prozesse für effiziente und breitflächige Maßnahmen offengelegt. Positiv betrachtet haben die anhaltenden Kontaktbeschränkungen die Nutzung digitaler Medien und Angebote (AOK, 2020b) forciert, darunter z. B. die beschleunigte Umsetzung von Video- und Telefonsprechstunden sowie von telemedizinischen Verfahren. Nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) kam es im zweiten Quartal 2020 u. a. zu einer Versechsfachung von Videosprechstunden (KVN, 2020f).

Digitale Infrastruktur und Prozesse unzureichend

Nach Auffassung der Enquetekommission sind die fehlenden flächendeckenden, gigabit-fähige Breitbandanschlüsse bzw. eine mangelnde flächendeckende Versorgung im Mobilfunknetz (4G/5G) ein Hindernis für eine zügige Digitalisierung der medizinischen Versorgung in Niedersachsen. Internationale Beispiele (u. a. aus Australien) verdeutlichen, dass fehlende

Investitionen in telemedizinische Dienste zulasten von Nutzerinnen und Nutzern in ländlichen Regionen gehen, in denen die Nachfrage nach solchen Diensten naturgemäß besonders hoch ist (Thiel et al., 2018). Zudem erfordert die Übertragung medizinischer Daten (v. a. von bildgebenden Verfahren) eine hohe Übertragungsgeschwindigkeit und eine hohe Zuverlässigkeit der Datenverbindung. Diese Datenmengen überfordern nach Einschätzung der Enquetekommission in Niedersachsen gegenwärtig mancherorts die vorhandenen Bandbreiten.

Darüber hinaus ist festzustellen, dass medizinische Daten noch immer weitestgehend analog übermittelt werden, obwohl der Großteil der Ärztinnen und Ärzte in Deutschland an die Telematikinfrastruktur angeschlossen ist und ihnen digitale Austauschmöglichkeiten grundsätzlich zur Verfügung stünden: Ergebnissen des eHealth-Monitors zufolge kommunizieren 93 % der Ärztinnen und Ärzte noch immer in Papierform mit den Krankenhäusern (McKinsey & Company, 2020, S. 9). Außerdem nutzen 47,4 % der deutschen Kliniken keine voll funktionsfähige elektronische Patientenakte (Hübner et al., 2020). Die Enquetekommission konstatiert darüber hinaus eine unzureichende elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Entlassmanagements in Kliniken und moniert als eine Ursache für die unzureichende Entwicklung in Deutschland die zersplitterte Softwarelandschaft bei den Leistungserbringenden sowie Verzögerungen bei der Realisierung der Telematikinfrastruktur samt einheitlicher Definition von Datensätzen, der Bereitstellung von Konnektoren und der Überbrückung von Schnittstellen zwischen den Systemen. Der Umsetzungsstand stellt sich in den verschiedenen Sektoren derzeit sehr heterogen dar. Während die TI bei Ärztinnen und Ärzten sowie Zahnärztinnen und -ärzten weitestgehend eingeführt ist, sind viele Apotheken und Krankenhäuser aktuell noch nicht angeschlossen. Zudem sehen die gesetzlichen Vorgaben vor, dass sich noch weitere Leistungserbringer, beispielsweise Hebammen und Physiotherapeutinnen bzw. -therapeuten, freiwillig an die TI anbinden können. Hier fehlt es bislang jedoch an der notwendigen Hard- und Softwareausstattung. Eine der größten Herausforderungen stellt neben den technischen Voraussetzungen derzeit die IT-Sicherheit bei den Leistungserbringenden dar. Auch der Einsatz von Konnektoren (zertifizierte „TI-Router“) für den Zugang zur TI ist problembehaftet, da jeder Leistungserbringende selbstständig regelmäßig Updates durchführen muss. Die Anbindung der Krankenhäuser an die TI ist aktuell von zwei Faktoren abhängig: Zum einen stehen die hierfür erforderlichen Konnektoren der erforderlichen Entwicklungsstufe „PTV4“ noch nicht zur Verfügung. Diese sollen laut Herstelleraussagen in der ersten Jahreshälfte 2021 erstmalig ausgeliefert werden können bzw. sollen entsprechende Software-Updates auf bereits vorhandene Hardware aufgespielt werden können. Zum anderen müssen die Hersteller des Krankenhausinformationssystems (KIS) die Voraussetzungen der Datenübertragbarkeit aus dem KIS in die TI technisch nachvollziehen, wobei die hierfür nötigen Spezifikationen durch die gematik erst Anfang Januar 2021 veröffentlicht wurden.¹⁶⁶

Sektorale Strukturen erschweren Digitalisierung in Deutschland

Eine zentrale Herausforderung für die Digitalisierung der medizinischen Versorgung in Deutschland stellt die sektorale Struktur des Gesundheitssystems dar (Dockweiler & Fischer, 2019). Die sektorenspezifische Organisationslogik des deutschen Gesundheitswesens birgt

¹⁶⁶ Die KIS-Programme der Krankenhäuser müssen entsprechend angepasst werden und dann individuell an die in den Krankenhäusern laufenden Systeme angepasst werden. Dies beinhaltet unter Umständen vorab die Standardisierung bereits vorhandener Bestandsdaten, um diese an die Kompatibilitätsanforderungen der ePA anzupassen. Entsprechend liegen keinerlei Erfahrungswerte vor.

Spannungsfelder für den systematischen, Sektorengrenzen überwindenden Informationsaustausch an den Schnittstellen der jeweiligen Sektoren und zusätzliche Herausforderungen im Datenaustausch zwischen einzelnen Professionen (SVR, 2018). Die Verteilung von Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten im deutschen Gesundheitswesen führt ferner dazu, dass Digitalisierungsaufgaben vornehmlich für die jeweiligen Einrichtungen und deren eigenen Wirkungskreis vorangebracht werden.

Die nachfolgende Übersicht (vgl. Tab. 3) stellt derzeitige Organisationsaspekte im Kontext medizinischer Behandlungen heraus, die einen systematischen Informationsaustausch erfordern:

Tab. 3: Organisationsaspekte medizinischer Behandlungen (SVR, 2018, S. 489) auf Basis von Haas (2017)

Viele verschiedene Einrichtungen beteiligt	Die medizinische Behandlung älterer oder multimorbider oder schwer kranker Patienten wird in arbeitsteiligen Prozessen über verschiedene Gesundheitsversorgungseinrichtungen hinweg durchgeführt.
Indikationsspezifische Verantwortlichkeiten	In der Regel ist ein Arzt – z. B. der Hausarzt oder ein Facharzt – bezogen auf ein spezielles Gesundheitsproblem „führend“ tätig.
Auftragsleistungen für Untersuchungen	Der für ein Gesundheitsproblem „führend“ tätige Arzt vergibt in der Regel für spezialisierte Untersuchungen oder Therapien ergänzend Aufträge an andere Einrichtungen, über deren Ergebnisse er dann informiert wird und die dann Basis für seine weiteren Entscheidungen sind.
Parallele Handlungsstränge	Beim multimorbiden Patienten und beim Schwerkranken kommt es so zur Situation, dass Parallelbehandlungsstränge bestehen, die nur lose bis gar nicht verzahnt sind. Innerhalb dieser Stränge sind an der Behandlung ebenfalls mehrere Akteure beteiligt.
Fehlender Gesamtüberblick	In der Regel hat keine Behandlungseinrichtung, die ein spezifisches Gesundheitsproblem behandelt oder spezifische Therapien durchführt, einen Gesamtüberblick über die Vorgeschichte und die aktuelle gesundheitliche Situation des Patienten.
Patient ist Informationsübermittler	„Informationsübermittler“ bezüglich des fallübergreifenden medizinischen Kontextes ist oftmals der Patient selbst, der im Rahmen der Erst- oder Zwischenanamnese, die jede Institution durchführt, Auskunft über seinen Kontext (Vorgeschichte, aktuelle Situation, Medikation, Röntgenbilder etc.) geben muss.
Keine übergreifende Koordination	Eine gesamtheitliche Koordination über alle verschiedenen Parallelbehandlungen hinweg erfolgt in der Regel nicht. Es obliegt dem Patienten (ob er in der Lage ist oder nicht), diese Koordination herzustellen. Ausnahme: Der Patient lässt alles über den Hausarzt/Facharzt steuern.
Wenig Transparenz für den Patienten	Für Patienten ist es heute wenig transparent, wer welche Befunde erhoben und was über ihn dokumentiert hat.
Wenig Patientenbeteiligung	Der Patient ist in den vorhandenen Organisationsformen gar nicht bis wenig als aktiv mitgestaltender Akteur verankert.

Die Entwicklung des einrichtungs- und sektorenübergreifenden Austausches von medizinischen Informationen schreitet bisher nur schleppend voran, sodass weiterhin eine fehlende Interoperabilität an Schnittstellen zu verzeichnen ist. Interoperabilitätsstandards für IT-Systeme und Software-Lösungen könnten dazu beitragen, Schnittstellenproblematiken aufzulösen (Lehne et al., 2019), doch es ist zu konstatieren, dass viele Leistungserbringende in

Deutschland nach wie vor veraltete, nicht-digitale Übermittlungswege wie Faxe oder Briefe nutzen. Aber selbst, wenn es zu einem digitalen Austausch medizinischer Daten kommt, müssen diese im nächsten Schritt erkannt, entschlüsselt und verstanden werden. An dieser Stelle erschweren uneinheitliche Programmiersprachen und Standards zur Identifikation der Bedeutung der übermittelten Daten das weitere Patientinnen- und Patientenmanagement (Lehne et al., 2019; Stephani et al., 2019). Ob das im E-Health-Gesetz vorgesehene Interoperabilitätsverzeichnis zur Verbesserung der Kompatibilität verschiedener digitaler Lösungen beitragen kann, ist jedoch fraglich, da Interessenskonflikte zwischen Selbstverwaltungspartnerinnen und -partnern auch dadurch nicht unbedingt beseitigt würden (Bertram et al., 2019). Insbesondere die ePA wird jedoch ihr Potenzial ohne Interoperabilitätsstandards nicht entfalten können.

Geringe Akzeptanz für digitale Lösungen bei Teilen der Bevölkerung

Nach Einschätzung der Enquetekommission ist davon auszugehen, dass in Teilen der Bevölkerung immer noch eine geringe Akzeptanz für den Einsatz digitaler Lösungen besteht, auch wenn im Zuge der COVID-19-Pandemie die Akzeptanz der Bevölkerung für digitale Lösungen gewachsen ist, wie aktuelle Studienergebnisse, z. B. aus der „Vermächtnisstudie“ und einer Befragung des Digitalverbands Bitkom, nahelegen (Allmendinger et al., 2020; Bitkom Research, 2020). Unter anderem tragen Berichte über den Verlust, den Missbrauch oder den Handel mit Patientinnen- und Patientendaten zu einem immer noch mangelnden Vertrauen in neue digitale Anwendungen bei. Verstärkend wirkt zudem aus Sicht der Enquetekommission ein in weiten Teilen der Bevölkerung bestehendes Informationsdefizit bezüglich der Vorteile digitaler Anwendungen in der Gesundheitsversorgung. Die daraus entstehende Unsicherheit bei Teilen der Bevölkerung (Patientinnen und Patienten) führt schließlich zu einer geringen Akzeptanz digitaler Anwendungen.

Als weiteren kritischen Faktor betrachtet die Enquetekommission den Umstand, dass ein ungleicher Zugang verschiedener Personengruppen zu ungleicher Teilhabe an den Vorteilen der Digitalisierung führt, wie es Studien zum Digital (Health) Divide¹⁶⁷ zeigen. Eine erfolgreiche Inanspruchnahme digitaler Gesundheitslösungen ist eng an eine effektive Nutzung des Internets gekoppelt. Menschen, die nicht über die notwendigen Ressourcen und digitalen Gesundheitskompetenzen verfügen, profitieren in geringerem Maße von den Nutzenpotenzialen der Digitalisierung (Cornejo Müller et al., 2020).

Zögerlicher Fortschritt beim papierlosen Patientendatenmanagement und der Umsetzung der elektronischen Patientenakte (ePA)

Um eine erfolgreiche elektronische Kommunikation zwischen Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern, Pflegediensten und weiteren an der Versorgung beteiligten Akteurinnen und Akteuren zu gewährleisten und damit die Versorgungsqualität zu erhöhen, sind einheitliche Datenstandards erforderlich. Im deutschen Gesundheitswesen behindern jedoch die bisher uneinheitlichen Datenstandards und Datenschnittstellen die elektronische Kommunikation (Lehne et al., 2019; Stephani et al., 2019).

¹⁶⁷ Digital Divide (Digitale Spaltung) beschreibt Unterschiede im Zugang zu und der Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien, insbesondere dem Internet, zwischen Volkswirtschaften bzw. verschiedenen Bevölkerungsgruppen aufgrund von technischen und sozioökonomischen Faktoren (Marr & Zillien, 2010).

Aus Sicht der Enquetekommission führt die mangelnde Verfügbarkeit und Transparenz von Behandlungsdaten teilweise zu unnötigen Doppelbehandlungen und mangelnder Effizienz zu Lasten der Behandlungsqualität. So stehen z. B. in Notfallsituationen Gesundheitsdaten von Patientinnen und Patienten häufig nicht schnell genug zur Verfügung. Dabei könnte die Datenverfügbarkeit durch die Umsetzung der elektronischen Patientenakte (ePA) gesichert werden.

Als eine wesentliche Voraussetzung für die Realisierung des Nutzenpotenzials der ePA gilt nach Einschätzung des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, dass die Patientinnen und Patienten selbstbestimmt über ihre Gesundheitsdaten verfügen können (SVR, 2018). Vor diesem Hintergrund und mit Bezug auf die europäische Datenschutz-Grundverordnung richten sich die Einwände des Bundesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit gegenüber der aktuellen Regelung für die Zugriffssteuerung durch Versicherte bei der ePA vor allem gegen eine Einschränkung des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung. Nach derzeitigem Stand besteht für die Versicherten im Jahr 2021 noch keine Möglichkeit, den Zugriff auf einzelne Dokumente zu kontrollieren, und ab 2022 wird diese Möglichkeit nur für diejenigen Personen möglich, die über ein geeignetes Endgerät (Smartphone oder Tablet) verfügen. Der Datenschutzbeauftragte erkennt darin einen Verstoß gegen das Recht auf informationelle Selbstbestimmung, da „jede Person, der die Versicherten Einsicht in diese Daten gewähren, [...] alle dort enthaltenen Informationen einsehen“ könne (z. B. die Zahnärztin bzw. der Zahnarzt die psychiatrischen Befunde).¹⁶⁸ Die Einschätzung des Datenschützers teilen die Bundesregierung und das Bundesministerium für Gesundheit jedoch nicht. Da die Nutzung der ePA für die Versicherten freiwillig ist und sie frei über die Nutzung und die Inhalte der ePA entscheiden können, bestünden keine datenschutzrechtlichen Bedenken gegen die ePA (Deutscher Bundestag, 2020b).

Es entsteht nach Einschätzung der Enquetekommission nur durch eine flächendeckende Einführung und Nutzung der ePA ein Nutzen in der Versorgung. Aktuell basiert die einrichtungsübergreifende Erfassung von Patientinnen- und Patienten- sowie Behandlungsdaten in Deutschland nach Einschätzung der Enquetekommission allerdings noch zu sehr auf Eigeninitiative der Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen.

Digitalisierte Abläufe und digitale Anwendungen ausbaufähig

Große Erwartungen für die Verbesserung der medizinischen Versorgung sind aktuell an die Implementierung und Nutzung gesundheitsbezogener und CE-zertifizierter Medizin-Apps bzw. digitaler Gesundheitsanwendungen (DiGA) geknüpft, die vom BfArM gemäß § 139 e SGB V bewertet werden (Kramer et al., 2019). Aus Sicht der Enquetekommission ist die Entwicklung in diesem Bereich grundsätzlich sehr zu begrüßen, auch wenn Evaluationen und Evidenznachweise abzuwarten bleiben. Die „zügige Aufnahme erster Anwendungen in den GKV-Leistungskatalog zeigt, dass die Digitalisierung des deutschen Gesundheitswesens Fahrt aufnimmt. Damit sind wir weltweit Vorreiter“ (vdek, 2020a).

Kritisch gesehen werden dennoch seitens der Enquetekommission die weiterhin insgesamt geringen Anreize zur Nutzung digitaler Anwendungen und die fehlende Integration in bestehende Behandlungsabläufe. Zudem konstatiert die Kommission eine insbesondere vor der

¹⁶⁸ https://www.bfdi.bund.de/DE/Infothek/Pressemitteilungen/2020/20_BfDI-zu-PDSG.html

COVID-19-Pandemie geringe Nutzung bzw. mangelnde Bereitstellung von digitalen Versorgungsangeboten wie Video-Sprechstunden oder telemedizinischer Beratung.¹⁶⁹ Insgesamt bleiben die dynamische Entwicklung auf dem Markt der Gesundheits- und Medizin-Apps und ihr tatsächliches Nutzenpotenzial abzuwarten.

Handlungsempfehlungen

Vor dem Hintergrund der erörterten Problemlagen im Bereich der Qualität und Strukturen der Versorgung hat die Enquetekommission umfangreiche Empfehlungen formuliert. Die Handlungsempfehlungen sind für das gesamte Kapitel fortlaufend nummeriert (vgl. Anhang 1, Beschluss 8).

Als zentrale Empfehlungen sind folgende Punkte hervorzuheben:

- Zur Sicherstellung einer zukunftsfähigen digitalisierten Gesundheitsversorgung ist die Verbesserung der Rahmenbedingungen, z. B. durch einen flächendeckenden Breitbandausbau sowie die Förderung der Anbindung medizinischer Einrichtungen an die Telematikinfrastruktur, bundesweit von entscheidender Bedeutung.
- Ergänzend bedarf es auf Landesebene einer Entwicklung und Förderung von Digitalisierungsprojekten zu Schwerpunkt-Versorgungsthemen und -gruppen.
- Insbesondere muss aber das Vertrauen in digitale Lösungen auf Anbieter- und Nutzerseite gestärkt werden.

Die detaillierten Empfehlungen der Enquetekommission im votierten Wortlaut umfassen folgende Aspekte:

1. Verbesserung grundlegender Rahmenbedingungen für die Digitalisierung in der medizinischen Versorgung

- a) Stärkung der breitflächigen Akzeptanz für Digitalisierung
- b) Flächendeckender Breitbandausbau und flächendeckende Versorgung mit schnellem Mobilfunknetz (4G/5G) zur Sicherstellung hoher Übertragungsgeschwindigkeiten und hoher Zuverlässigkeit für Übertragung medizinischer Daten, insbesondere von bildgebenden Verfahren
- c) Vorantreiben der Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung unter Vermeidung sogenannter Insellösungen, z. B. durch einheitliche Standards für Dateiformate und Dateiübertragungswege oder Schnittstellenlösungen
- d) Förderung der Anbindung medizinischer Einrichtungen an die Telematikinfrastruktur (TI) der gematik GmbH als Voraussetzung für die einrichtungsübergreifende Kommunikation von Patienten- und Behandlungsdaten

¹⁶⁹ Zur Unterstützung der gezielten Planung, Durchführung und Evaluation von telemedizinischen Projekten wurde von der eHealth-Initiative, die sich aus dem Bundesministerium für Gesundheit, der Bundesärztekammer, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der kassenärztlichen Bundesvereinigung, dem GKV-Sitzenverband und weiteren wesentlichen Akteuren zusammensetzt, ein Kriterienkatalog erarbeitet. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Daten/3_Downloads/IT-Gipfel_Telemedizin/Kriterienkatalog_Zukunftsprojekte_Telemedizin_121121.pdf

- e) Vernetzung von sozialen, medizinischen und pflegerischen Leistungserbringern zur Verknüpfung von Daten, Anwendungen und Services
- f) Ausbau IT-gestützter Versorgungspfade für alle an der Versorgung Beteiligten
- g) Ausbau von Portalen für die intersektorale Übertragung von Informationen sowie zur Durchführung von Videokonferenzen (u. a. zum fachlichen Austausch, z. B. Tumorkonferenzen), einschließlich Sicherstellung des Datenschutzes durch abgesicherte Teilnehmerzugänge und Zertifizierungsverfahren der entsprechenden Software-Lösungen
- h) Identifikation von Lösungen zum Abbau von Umsetzungshemmnissen digitaler Anwendungsfelder (vgl. Apotheken- und Arzneimittelversorgung, Handlungsempfehlungen)
- i) Nutzung des durch die COVID-19-Pandemie entstandenen Digitalisierungsschubs, insbesondere, um festgefahrene Strukturen auf Organisationsebene zu verändern

2. Unterstützung der Innovationsinitiative „Daten für Gesundheit“ (BMBF, BMG, BMWi) zur Verbesserung der Patientenversorgung und der öffentlichen Gesundheit, zur Entwicklung von Gesundheitsinnovationen und zur Förderung des medizinischen Fortschritts

- a) Auf- und Ausbau von Strukturen für die digitale Vernetzung von Gesundheitsversorgung und Gesundheitsforschung, insbesondere durch einheitliche Standards zu Dateiformaten und Schnittstellen zwischen den Beteiligten
- b) Auf- und Ausbau von staatlichen Strukturen zum Austausch von gesundheitsrelevanten Daten zur frühzeitigen Erkennung und Eindämmung des Infektionsgeschehens und zur Verbesserung der Versorgung in pandemischen Lagen
- c) Verbesserung der Verfügbarkeit und Qualität von gesundheitsrelevanten Daten aus der Versorgungspraxis für die Versorgungsforschung
- d) Vorantreiben der Entwicklung innovativer Lösungen zur Verbesserung von Datensicherheit, Datenverknüpfungen sowie barrierefreier Datenzugang
- e) Frühzeitiges Erschließen zukünftiger Anwendungsperspektiven

3. Stärkung von Vertrauen in digitale Lösungen bei potenziellen Anbieterinnen und Anbietern, Anwenderinnen und Anwendern und Nutzerinnen und Nutzern

- a) Vermittlung der Vorteile und der Sicherheit digitaler Lösungen durch Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit (Transparenz, Information, Beteiligung)
- b) Erhöhung von Chancengleichheit beim Zugang zu digitalen Angeboten und Schaffung von Alternativen für Personengruppen ohne Zugang
- c) Entwicklung von Angeboten (u. a. durch die Krankenkassen) zur Stärkung der digitalen Gesundheitskompetenz (z. B. Bereitstellung zielgruppengerechter Hilfestellungen wie Anleitungen oder Schulungen zur Nutzung der Angebote)

4. Einführung digitaler Lösungen für das Patientendatenmanagement

- a) Zügige Umsetzung der ePA entsprechend bundesgesetzlichen Regelungen (inkl. ab 2022 Impfausweis, Mutterpass, U-Heft für Kinder und Zahn-Bonusheft)
- b) Unterstützung bei der Erarbeitung und Implementierung von Standards für strukturierte Dokumente sowie Interoperabilität der ePA (vgl. TSVG; KBV federführend)

- c) Einführung einer elektronischen Fallakte (EFA) in Leistungserbringerhand, damit Patientendaten vollständig und ohne Fremdzugriffe der jeweils nächsten Versorgungsstufe zur Verfügung stehen

5. Förderung innovativer Technologien und Unterstützung bei der Etablierung in der Regelversorgung

- a) Ausbau und finanzielle Förderung digital gestützter Versorgungsangebote (z. B. Videokonsultationen/Telefonsprechstunden, telemedizinische Anwendungen) sowie Anpassung rechtlicher Rahmenbedingungen
- b) Zügige Umsetzung von e-Rezept, e-Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Übergangsfrist bis 09/2021) und e-Überweisung (vgl. entsprechende bundesgesetzliche Regelungen)
- c) Unterstützung bei der Etablierung digitaler Medizinprodukte sowie digitaler Gesundheitsanwendungen in der Regelversorgung (vgl. auch Umsetzung im Rahmen der DiGA-Verordnung) unter Berücksichtigung des Haftungsausschlusses der Verordner
- d) Entwicklung und Förderung von Digitalisierungsprojekten zu Schwerpunkt-Versorgungsthemen und -gruppen (z. B. Bluthochdruck bei Seniorinnen und Senioren) auf Landesebene; Auswahl geeigneter, versorgungsverbessernder digitaler Anwendungen; Schaffung eines Innovationsgremiums auf Landesebene; Umsetzung z. B. über Gesundheitsregionen begleiten
- e) Auf- und Ausbau von Kooperationen zwischen Startups und Kliniken, um Erprobung und Integration neuer Anwendungen zu ermöglichen
- f) Förderung der Entwicklung und Etablierung von digitalen Diagnosetools
- g) Ausbau elektronischer Verfahren für das Aufnahme-, Überleitungs- und Entlassmanagement (z. B. e-Pflegebericht)

6. Umsetzung von digital gestützten Versorgungsformen

- a) Ausbau telemedizinischer Versorgungsangebote in allen Sektoren bzw. sektorenübergreifend (Telemedizin, Telenursing, Telepharmazie etc.)
- b) Ausbau von Telemedizinnetzwerken (z. B. Telemedizinnetzwerk Oldenburg für die telemedizinische Versorgung verschiedener Projekte in der Region wie Offshore Plattformen, Kassenärztlicher Bereitschaftsdienst oder Gemeindenoctfallsanitäter; Digitales Ökosystem im Regionalen Pflegekompetenzzentrum Nordhorn)
- c) Aufwandsgerechte Vergütung digitaler Anwendungen

8.2.2. Finanzierung

Einen Schwerpunkt in den fachlichen Diskussionen zur Finanzierung der Digitalisierung in der medizinischen Versorgung in Deutschland bilden u. a. Fragen zu erforderlichen Investitionen in die IT-Infrastruktur der Krankenhäuser und der damit verbundenen Gewährleistung von IT-Sicherheit. Die Herausforderung liegt aus Sicht der Enquetekommission in Niedersachsen darin, dass die Digitalisierung insbesondere für Krankenhäuser hohe Investitions- und Entwicklungskosten birgt.

Digitalisierung birgt hohe Investitions- und Entwicklungskosten insbesondere für Krankenhäuser

Digitalisierung und Datenschutz stellen fast alle Krankenhäuser vor erhebliche finanzielle Herausforderungen. Verschiedene aktuelle Befragungen ergaben, dass eine der Hauptherausforderungen bei der Digitalisierung im Krankenhaus in hohen Kosten bzw. einem Mangel an finanziellen Ressourcen liegt (Blum, Offermanns et al., 2019; Deloitte, 2020; Meister et al., 2020). Dabei sind nach Einschätzung der Enquetekommission langfristig erforderliche Investitionen in die Digitalisierung für größere Krankenhäuser leichter zu tätigen als für kleinere - insbesondere kleine freigemeinnützige und kommunal geführte Einrichtungen stellt dies vor große Herausforderungen.

Zudem werden eine verlässliche IT-Sicherheit und Digitalisierung bislang vom Land Niedersachsen nicht hinreichend als Aufgabe anerkannt und entsprechend gefördert. Insbesondere werden Ressourcen für die Digitalisierung bisher in der regulären Investitionsförderung des Landes Niedersachsen unzureichend berücksichtigt. Auch werden Betriebskosten in den Fallpauschalen nicht angemessen abgebildet. Daher müssen Krankenhäuser Investitionen in Digitalisierung derzeit noch häufig aus Eigenmitteln bestreiten. Dringend notwendige IT-Mittel und Mittel für IT-Sicherheit müssen so durch Einsparungen aus dem laufenden Betrieb aufgebracht werden. Die fehlenden finanziellen Mittel führen insbesondere bei Krankenhäusern zu einem Verharren in bestehenden Strukturen.

Handlungsempfehlungen

Ausgehend von den dargestellten Problemlagen hat die Enquetekommission zielgerichtete Empfehlungen zur Sicherung einer zukunftsorientierten, strukturverbessernden Finanzierung entwickelt.

Als zentrale Empfehlungen sind folgende Ansätze hervorzuheben:

- Die Entwicklung einer Gesamtstrategie sowie klarer Vorgaben für den Einsatz und die Vergabe von Mitteln für die Digitalisierung ist voranzutreiben.
- Durch die Einrichtung eines Struktur- und Digitalisierungsfonds für Krankenhäuser durch das Land sollen Investitionsmaßnahmen im Bereich der digitalen Infrastruktur und IT gefördert werden.
- Für die breite Anwendung digitaler Lösungen müssen Vergütungsanreize, z. B. in Form eines Digitalisierungszuschlags, geschaffen werden.

Die detaillierten Empfehlungen der Enquetekommission im votierten Wortlaut umfassen folgende Aspekte:

7. Förderung von Investitionsmaßnahmen im Bereich der digitalen Infrastruktur und IT

- a) Entwicklung einer Gesamtstrategie und klarer Vorgaben für den Einsatz und die Vergabe von Mitteln für die Digitalisierung, insbesondere unter Berücksichtigung der Bundesmittel aus dem „Zukunftsprogramm Krankenhäuser“

- b) Einrichtung eines unmittelbaren Struktur- und Digitalisierungsfonds für Krankenhäuser durch das Land (vgl. Stationäre medizinische Versorgung, Handlungsempfehlungen)
- c) Finanzielle Unterstützung bei der Umsetzung von IT-Sicherheitsmaßnahmen in Arzt- und Psychotherapeutenpraxen zur Steigerung der Sicherheit der vorhandenen IT-Infrastruktur und zur Abwehr von Cyberkriminalität (vgl. z.B. IT-Sicherheitsrichtlinie § 75b SGB V; KBV federführend)

8. Anpassung von Vergütungsstrukturen für die Anwendung digitaler Lösungen (z. B. mittels eines Digitalisierungszuschlags)

- a) Schaffung von Vergütungsanreizen für digitale Behandlungsformen unter Berücksichtigung des Patientennutzens statt primärer Fokussierung von Kostenersparnissen

8.2.3. Personal

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen verspricht für die Beschäftigten mittelfristig eine effizientere Gestaltung von Arbeitsprozessen und Arbeitserleichterungen durch Assistenzsysteme. Die Umsetzung der Digitalisierung bringt allerdings auch Herausforderungen für die im Gesundheitswesen Tätigen mit sich. Die Herausforderungen liegen dabei aus Sicht der Enquetekommission in folgenden Bereichen:

- Die Leistungserbringenden verfügen nur über begrenzte Kapazitäten für die Einführung digitaler Lösungen.
- Die Anwenderperspektive wird in den Digitalisierungsprozessen zum Teil nicht ausreichend berücksichtigt.
- Der Einsatz virtueller Assistenztools und Künstlicher Intelligenz ist ausbaufähig.
- Es besteht ein Mangel an IT-Fachkräften.

Mangelnde Kapazitäten für Einführung digitaler Prozesse und Anwendungen

Ziel einer Digitalisierung von Dokumentation und Prozessen ist es, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dadurch zu entlasten, dass alle relevanten Informationen leicht und übersichtlich verfügbar werden und sie dadurch eigenständiger und sicher agieren sowie mehr Zeit für die „eigentliche“ Arbeit mit Patientinnen und Patienten aufwenden können (Meister et al., 2020). Allerdings setzt die Digitalisierung in der Regel umfangreiche und für Gesundheitsfachkräfte zeitaufwändige Einführungsprozesse voraus. Daraus ergibt sich das Dilemma, dass einerseits aktuell eine hohe Arbeitsbelastung u. a. aufgrund von unzureichender Digitalisierung und Bürokratie besteht (vgl. Stationäre medizinische Versorgung, Handlungsempfehlungen), andererseits aber im bereits stark ausgelasteten Versorgungssystem kaum Kapazitäten für die Einführung digitaler Prozesse vorhanden sind. Ein stetig steigender Dokumentationsaufwand im Arbeitsalltag verschärft nach Auffassung der Enquetekommission auf der Anwenderseite die Problematik, sich der Einführung digitaler Innovationen zuwenden zu können. Dabei kommt es insgesamt zu einer fehlenden Berücksichtigung der Anwenderperspektive, sodass Digitalisierung oftmals Prozessen aufgesetzt wird, ohne sich an den Bedürfnissen und der Arbeitsweise des Personals zu orientieren. Auch das Fraunhofer-Institut kommt in einer aktuellen Krankenhausstudie zu dem Ergebnis, dass „Digitalisierung [...] in vielen Häusern ein untergeordnetes Dasein [führt], fernab der bekannten Aufbauorganisation. Dies führt häufig dazu,

dass Strategie und Prozesse nicht im Einklang mit den technologischen Zielen stehen und schlimmer noch, dass der Mensch sich durch Digitalisierung nicht unterstützt fühlt.“ (Meister et al., 2020). Daher müsse Digitalisierung Teil der Unternehmensstrategie werden und bedürfe als transformatorischer Prozess eines gezielten Change Managements (ebd.).

Ausbaufähiger Einsatz virtueller Assistenztools und Künstlicher Intelligenz, die den Arbeitsalltag von Fachkräften erleichtern

Als weiteren Bereich mit hohem Entwicklungsbedarf erachtet die Enquetekommission den Einsatz virtueller Assistenztools und Künstlicher Intelligenz, die den Arbeitsalltag von Fachkräften erleichtern. Dass der Einsatz dieser Instrumente im deutschen Gesundheitswesen noch ausbaufähig ist, belegen verschiedene Studien: Einer repräsentativen Befragung von Allgemeinkrankenhäusern¹⁷⁰ durch das Deutschen Krankenhaus Institut (DKI) und die BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft zufolge ist in 27 % der Krankenhäuser die IT-gestützte elektronische Entscheidungsfindung bei Diagnostik und Therapie nicht umgesetzt. In 53 % der Krankenhäuser ist sie zumindest teilweise umgesetzt (Blum, Offermanns et al., 2019). Eine weitere Umfrage kommt zu dem Ergebnis, dass nur 7 % der befragten Medizinerinnen bzw. Mediziner und Pflegekräfte oft bis sehr oft Künstliche Intelligenz nutzten. Spracherkennungs-Tools wurden immerhin von 26 % der Befragten oft bis sehr oft genutzt (Deloitte, 2020).

Mangel an IT-Fachkräften führt vielfach zu hohen Personalkosten außerhalb des regulären Tarifgefüges

Ein wesentliches Problem stellt darüber hinaus der bestehende Mangel an IT-Fachkräften dar. Die o. g. Umfrage von DKI und BDO zeigt, dass zum Umfragezeitpunkt 47 % der befragten Allgemeinkrankenhäuser Probleme bei der Besetzung von offenen Stellen für IT-Fachkräfte hatten. 90 % der Befragten sahen dabei die schlechtere Bezahlung im Vergleich zu Arbeitgebern außerhalb des Krankenhausbereichs als Grund für die Stellenbesetzungsprobleme an (Blum, Offermanns et al., 2019).

Handlungsempfehlungen

Ausgehend von den dargestellten Herausforderungen im Bereich des Personals hat die Enquetekommission zukunftsorientierte Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Situation der Beschäftigten im Gesundheitswesen im Kontext der Digitalisierung formuliert.

Als Kernpunkte sind folgende Ansätze hervorzuheben:

- Wesentlich für die Akzeptanz und Nutzungsbereitschaft digitaler Lösungen im Berufsalltag ist der Einbezug aller Anwendergruppen bei der Auswahl sowie Einführung neuer Maßnahmen.
- Für die Einführung und Umsetzung digitaler Lösungen müssen ausreichend zeitliche und personelle Ressourcen geschaffen werden, um die anschließenden Arbeitserleichterungen realisieren zu können.

¹⁷⁰ Berücksichtigt wurden Allgemeinkrankenhäuser ab einer Zahl von 100 Betten.

Die detaillierten Empfehlungen der Enquetekommission im votierten Wortlaut umfassen folgende Aspekte:

9. Stärkung der Bereitschaft zur Nutzung digitaler Lösungen

- a) Einbeziehung aller Anwendergruppen bei der Auswahl und Einführung digitaler Lösungen
- b) Stärkung interner Kommunikationsmaßnahmen, um Vorteile der Digitalisierung zu vermitteln und Nutzungsbereitschaft bei Anwenderinnen und Anwendern und Multiplikatorinnen und Multiplikatoren zu erhöhen

10. Arbeitserleichterung durch digitale Lösungen

- a) Schaffung von zeitlichen und personellen Kapazitäten für die Einführung und Umsetzung digitaler Prozesse
- b) Reduzierung des gesetzlich vorgegebenen Verwaltungsaufwandes und/oder krankenhauserinterner Verwaltungsabläufe durch Digitalisierung, z. B. durch zügige Umsetzung der elektronischen Patientenakte (vgl. Stationäre medizinische Versorgung, Handlungsempfehlungen)
- c) Einsatz virtueller Assistenztools und Künstlicher Intelligenz, die den Arbeitsalltag von Fachkräften erleichtern (z. B. Text to Speech und sprachgesteuerte ePA)

Abschließend ist festzuhalten, dass die Digitalisierung des Gesundheitswesens es den Leistungserbringern ermöglichen kann, die Versorgung von Patientinnen und Patienten zielgerichteter und effizienter zu gestalten und dadurch den Versorgungsalltag der Menschen in Deutschland nachhaltig zu verbessern. Durch die COVID-19-Pandemie und die neuen gesetzlichen Grundlagen erfahren digitale Behandlungsmethoden einen Schub, dessen Dynamik konsequent aufgegriffen werden sollte. Die umfangreichen Gesetzesinitiativen und Fördermaßnahmen für die Digitalisierung in den verschiedenen Sektoren des deutschen Gesundheitswesens sollten dabei gut koordiniert werden, um Interoperabilität zu gewährleisten. Die Auseinandersetzung mit rechtlichen, ethischen, technologischen und gesellschaftlichen Fragen im Themenfeld der Digitalisierung medizinischer Versorgung wird auch zukünftig eine gesellschaftliche Herausforderung darstellen, die alle Akteurinnen und Akteure nur gemeinsam bewältigen können.

9. Mobilität und medizinische Versorgung

9.1. Hintergrund

Mobilität ist ebenso wie die Versorgung mit Gesundheitsleistungen ein Teil der Daseinsvorsorge. Gleichzeitig sind Mobilität und die Erreichbarkeit von Einrichtungen der medizinischen Versorgung eine wesentliche Grundvoraussetzung für die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Für die ambulante Versorgung muss der Weg der Patientinnen und Patienten vom privaten Haushalt zur Arztpraxis im Individualverkehr oder mit dem Öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV) in einer angemessenen Zeitspanne zurückgelegt werden können. Im Fall von Hausbesuchen muss umgekehrt der Weg des Leistungserbringenden zur Patientin oder zum Patienten berücksichtigt werden. Für eine gute stationäre Versorgung ist wiederum die gute Erreichbarkeit von Krankenhäusern eine wesentliche Voraussetzung. Dies ist nicht nur für die Patientinnen und Patienten, sondern auch für deren Angehörige wichtig, damit (regelmäßige) Besuche möglich sind. Besonders hohe Relevanz kommt der Mobilität in der Notfallversorgung zu, da hier in der Regel eine unverzügliche medizinische Versorgung und dementsprechend auch eine gute Erreichbarkeit gefordert sind. Dabei ist die Verfügbarkeit von Bereitschaftsdiensten und Krankentransporten von zentraler Bedeutung.

Mobilität ist ein Querschnittsthema und knüpft insofern an die zuvor diskutierten sektorenspezifischen Problemlagen an. Aufgrund der hohen Relevanz der Mobilität für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung wurden die Herausforderungen in diesem Bereich von der Enquetekommission gesondert betrachtet und entsprechende Handlungsempfehlungen definiert.

Die folgenden Abschnitte bieten eine Übersicht zu den Grundlagen und Richtlinien für die Mobilität in der medizinischen Versorgung und ordnen ein, wie sich die Versorgungslage in diesem Bereich in Niedersachsen gestaltet. Dabei wird Folgendes deutlich:

- Die Einrichtungen der medizinischen Versorgung sind für den Großteil der niedersächsischen Bevölkerung zeitnah erreichbar.
- Allerdings stellen die Erreichbarkeiten aufgrund fehlender oder nicht ausreichender ÖPNV-Angebote insbesondere in ländlichen Regionen eine zunehmende Herausforderung dar.
- Ein wachsender Anteil von Patientinnen und Patienten ist auf Mobilitätsangebote angewiesen.

9.1.1. Gesetzliche Rahmenbedingungen und Richtlinien

Den rechtlichen Rahmen des deutschen Personennahverkehrs bildet das Personenbeförderungsgesetz (PBefG). Zum öffentlichen Personennahverkehr im Sinne dieses Gesetzes zählt die „allgemein zugängliche Beförderung von Personen mit Straßenbahnen, Oberleitungsbusen und Kraftfahrzeugen im Linienverkehr, die überwiegend dazu bestimmt sind die Verkehrsnachfrage im Stadt-, Vorort-, oder Regionalverkehr zu befriedigen“ (§ 8 Absatz 1 PBefG). Darüber hinaus ist hier auch der Verkehr mit Taxen oder Mietwagen, der ergänzend oder verdichtend dazu eingesetzt wird, definiert (§ 8 Abs. 2 PBefG).

Für die Organisation des Personennahverkehrs sind die Länder zuständig. In den jeweiligen landeseigenen Nahverkehrsgesetzen werden die Zuständigkeiten für die Sicherstellung von Verkehrsleistungen im öffentlichen Personennahverkehr geregelt. Das niedersächsische Nahverkehrsgesetz (NNVG) differenziert dabei zwischen dem Schienenpersonennahverkehr

(SPNV) und dem öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV). Aufgabenträger des SPNV sind nach dem NNVG die Region Hannover und der Regionalverband „Großraum Braunschweig“ in ihren jeweiligen Verbandsgebieten und für alle anderen Landesteile die Landesnahverkehrsgesellschaft Niedersachsen im Auftrag des Landes. Für den ÖPNV sind ebenfalls die Region Hannover und der Regionalverband „Großraum Braunschweig“ für ihre jeweiligen Verbandsgebiete verantwortlich. ÖPNV-Aufgabenträger der übrigen Gebiete Niedersachsens sind die Landkreise und kreisfreien Städte in ihrem jeweiligen Gebiet (§ 4 NNVG).

Nach § 6 NNVG stellen die Aufgabenträger für einen Zeitraum von fünf Jahren einen Nahverkehrsplan auf. Aus diesen Nahverkehrsplänen geht u. a. hervor, welches Bedienungsangebot im Planungsbereich besteht, welche Ziele und Maßnahmen für die weitere Gestaltung des ÖPNV verfolgt werden sollen und welcher Finanzierungsbedarf sich daraus ergibt. Zusätzlich ist im Abstand von zwei Jahren ein Qualitätsbericht von den Aufgabenträgern vorzulegen, in dem darzustellen ist, welche Verbesserungen im straßengebundenen ÖPNV erreicht wurden. Finanzielle Unterstützung bei der Ausgestaltung des ÖPNV erhalten die Träger durch zahlreiche Förderprogramme des Landes. Gefördert werden z. B. der Neu- oder Ausbau sowie die Grunderhaltung von Bushaltestellen, die Beschaffung von Bürgerbussen und ÖPNV-Liniensbussen sowie die Errichtung von Fahrgastinformationen in Echtzeit.

Bedeutsam für die medizinische Versorgung ist darüber hinaus die Krankentransport-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses. Voraussetzung für die Verordnung von Beförderungsleistungen ist demnach, dass die Fahrt im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse zwingend medizinisch notwendig ist (G-BA, 2020g). In der Richtlinie wird zwischen Rettungsfahrten, Krankentransporten und Krankenfahrten unterschieden (vgl. Kapitel Notfallversorgung).

Rettungsfahrten sind Patientinnen und Patienten vorbehalten, die aufgrund ihres Zustands mit einem qualifizierten Rettungsmittel (Rettungswagen, Notarztwagen, Rettungshubschrauber) befördert werden müssen (G-BA, 2020g).

Krankentransporte können nach § 6 der Krankentransport-Richtlinie verordnet werden, wenn die Notwendigkeit einer fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtung des Krankentransportwagens besteht. Für Krankentransporte zur ambulanten Behandlung muss vorher eine Genehmigung durch die Krankenkasse eingeholt werden. Für Krankentransporte zu stationären Leistungen ist dies nicht erforderlich.

Krankenfahrten wiederum sind Fahrten, die keine medizinisch-fachliche Betreuung bieten. Sie können mit öffentlichen Verkehrsmitteln, privaten Kraftfahrzeugen, Mietwagen oder Taxen durchgeführt werden. In der Regel können nur Krankenfahrten zu stationären Behandlungen verordnet werden. In Ausnahmefällen, wie z. B. zur Dialysebehandlung oder zur onkologischen Strahlentherapie, können Fahrten mit dem Taxi oder Mietwagen jedoch auch zur ambulanten Behandlung verordnet werden (G-BA, 2020g).

Neben diesen von der Krankenkasse übernommenen Transportleistungen ist allgemein sicherzustellen, dass Einrichtungen der medizinischen Versorgung für die Bevölkerung gut erreichbar sind. Hierfür existieren bislang allerdings keine bundesweit geltenden Mindeststandards, obwohl eine Einführung solcher Mindeststandards bereits 2014 in einem Gutachten zur Reform der Krankenhausplanung empfohlen wurde (Augurzky et al., 2014). Die Autoren plädieren darin für Erreichbarkeitsvorgaben von maximal 30 Pkw-Minuten für Kliniken der Grund-

und Regelversorgung, 60 Pkw-Minuten für Schwerpunkt- und Maximalversorger¹⁷¹ und maximal 12 Minuten für die Zeitspanne bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes im Rahmen der Notfallversorgung (ebd.). Auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen schlägt die Berücksichtigung von Erreichbarkeiten in der Planung des medizinischen Versorgungsangebotes vor, um auch räumliche Mitversorgungseffekte berücksichtigen zu können (SVR, 2018). Zum Teil werden Erreichbarkeiten bereits eingesetzt, um Gefährdungen der flächendeckenden Versorgung zu identifizieren. Zum einen geschieht dies im Bereich der stationären Versorgung bei der Prüfung der Voraussetzungen für einen Sicherstellungszuschlag. Einem Krankenhaus kann ein Sicherstellungszuschlag gewährt werden, wenn durch die Schließung dieses Krankenhauses 5 000 Einwohnerinnen und Einwohner Pkw-Fahrzeiten von mehr als 30 Minuten aufwenden müssen, um zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus zu gelangen. In besonders dünn besiedelten Regionen mit unter 50 Einwohnerinnen und Einwohnern je Quadratkilometer kann dieses Betroffenheitsmaß auf bis zu 500 Einwohnerinnen und Einwohner abgesenkt werden (G-BA, 2020b). Zum anderen werden Erreichbarkeiten in der ambulanten ärztlichen Versorgung bei der Feststellung von zusätzlichen Versorgungsbedarfen in nicht unterversorgten Planungsbereichen berücksichtigt (G-BA, 2020f) (vgl. Kapitel Ambulante medizinische Versorgung zur Bedarfsplanung). Demnach sollen für 95 % der Einwohnerinnen und Einwohner einer Planungsregion die Ärztinnen und Ärzte der hausärztlichen Versorgung in weniger als 20 Pkw-Minuten, Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte in weniger als 30 Pkw-Minuten und Augenärztinnen und -ärzte sowie Frauenärztinnen und -ärzte in weniger als 40 Minuten erreichbar sein. Außerdem wird gemäß § 35 Abs. 5 Satz 2 der Bedarfsplanungs-Richtlinie geprüft, ob die Anzahl der betroffenen Einwohnerinnen und Einwohner die allgemeinen Verhältniszahlen der jeweiligen Arztgruppen überschreitet und die Erreichbarkeit auch nicht durch Vertragsärzte in einem angrenzenden Planungsbereich sichergestellt werden kann (G-BA, 2020f).

9.1.2. Status quo der Erreichbarkeit von medizinischen Versorgungseinrichtungen in Niedersachsen

Als Flächenland mit einer vergleichsweise geringen Bevölkerungsdichte von 168 Einwohnerinnen und Einwohnern je km² (Bundesdurchschnitt: 233 Einwohnerinnen und Einwohner je km²) steht Niedersachsen vor spezifischen Herausforderungen im Bereich Mobilität (Destatis, 2020b). Das Land besteht zu einem nicht unbedeutenden Teil aus ländlichen und mitunter strukturschwachen Regionen. Eine Clusteranalyse im Rahmen der Handlungsorientierten Sozialberichterstattung Niedersachsen aus dem Jahr 2018 teilte die 406 niedersächsischen Einheits- und Samtgemeinden in sieben Cluster (vgl. Abb. 26).¹⁷² Dabei wurden 29,56 % der Gemeinden als überwiegend ländliche Gebiete mit großstädtischem Umland, 12,56 % als ländliche strukturschwache Gebiete, 12,32 % als überwiegend ländliche strukturstarke Gebiete und 13,55 % als weitere überwiegend ländliche Gebiete identifiziert. Die ländlichen strukturschwachen Gebiete liegen vor allem im Osten des Landes, insbesondere in Südniedersachsen (MS, 2018).

¹⁷¹ Die Einteilung von Krankenhäusern in Versorgungsstufen wird je nach Bundesland unterschiedlich gehandhabt (vgl. Kapitel Stationäre medizinische Versorgung, Abschnitt 1.3.1.).

¹⁷² Die Bildung der Cluster erfolgte auf Basis von 12 Indikatoren aus den Bereichen Demografie, Wirtschaftskraft, Arbeit, Bildung, Soziales, Wohlstand und öffentliche Finanzen.

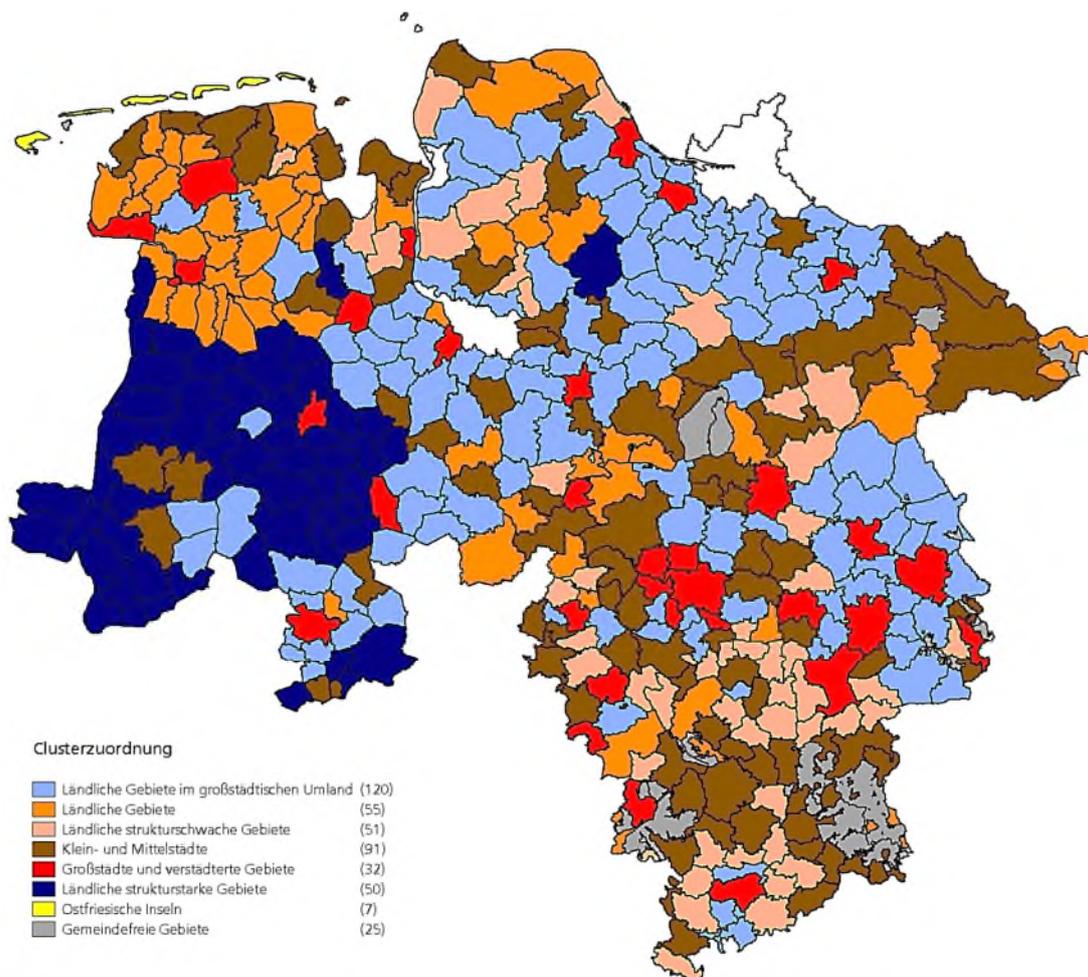


Abb. 26: Clustering der niedersächsischen Einheits- und Samtgemeinden anhand von Strukturindikatoren (MS, 2018, S. 152)

Analysen zur Erreichbarkeit medizinischer Leistungserbringer verdeutlichen die Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Regionen (vgl. Abb. 27). Zur Erreichbarkeit von Krankenhäusern zeigen Daten aus dem Jahr 2016, dass der Großteil der niedersächsischen Bevölkerung (99,69 % in städtischen Regionen, 99,63 % in Regionen mit Verstärkeransätzen, 97,11 % in ländlichen Regionen) das jeweils nächstgelegene Krankenhaus mit Fachabteilung der Basisversorgung¹⁷³ in bis zu 30 Pkw-Minuten erreichen kann. Eine Erreichbarkeit in bis zu 15 PKW-Minuten ist für einen geringeren Anteil der Bevölkerung gegeben: In städtischen Regionen können 75,08 %, in Regionen mit Verstärkeransätzen 73,49 % und in ländlichen Regionen 58,32 % das Krankenhaus in dieser Zeitspanne erreichen (Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2016). Überblicksdaten zu den Erreichbarkeitszeiten im Flächenland Niedersachsen bei Nutzung des ÖPNV liegen nicht vor. Eine Studie aus dem Jahr 2012, die das ÖPNV-Angebot in den Landkreisen Osterholz, Diepholz, Ammerland und Oldenburg in Bezug auf Kooperationsmöglichkeiten mit medizinischen Versorgungseinrichtungen untersuchte, zeigte jedoch, dass es zu diesem Zeitpunkt in vielen Gemeinden keine adäquaten ÖPNV-Anbindungen an die Krankenhäuser gab (KCW GmbH & BBG und Partner, 2012). Im Zusammenhang mit der Erreichbarkeit von Krankenhäusern ist außerdem die Diskussion um

¹⁷³ Als Krankenhäuser mit Fachabteilung der Basisversorgung werden hier Standorte definiert, die mindestens eine der folgenden Fachabteilungen aufweisen: Innere Medizin, allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie, Orthopädie (Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2016).

eine stärkere Spezialisierung und Zentralisierung von Krankenhäusern (vgl. Kapitel Stationäre medizinische Versorgung) von hoher Relevanz. Zentralisierungsbestrebungen, die vor dem Hintergrund personeller Engpässe zum Teil erforderlich und im Sinne von höherer Qualität zielführend sind, stehen in einem Spannungsverhältnis zu der schnellen Erreichbarkeit von Versorgungseinrichtungen. Einer Studie der Bertelsmann Stiftung zufolge, welche eine Simulation der Wirkung von Mindestmengen beinhaltet, hätte eine Verringerung der Anzahl an Kliniken jedoch nur geringe Auswirkungen auf die Erreichbarkeit: Je nach Indikation und Höhe der Mindestmenge würde sich die durchschnittliche Fahrzeit demnach nur um eine bis fünf Minuten erhöhen (Loos et al., 2016).

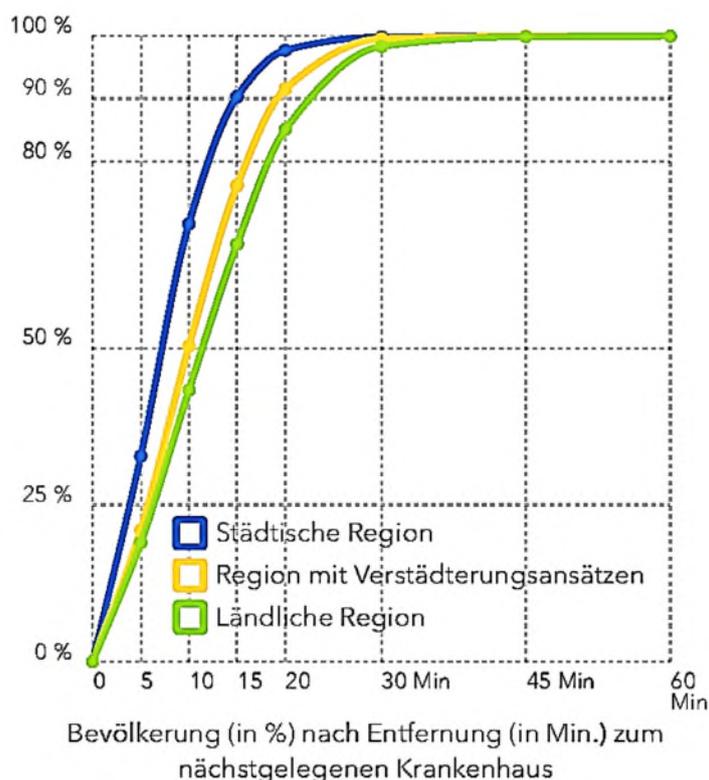


Abb. 27: Erreichbarkeit von Krankenhäusern mit allgemeinen Fachabteilungen in Niedersachsen (Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2016)

Eine niedergelassene Hausärztin oder einen niedergelassenen Hausarzt erreichen 97 % der niedersächsischen Bevölkerung innerhalb von zehn Minuten, der Mittelwert für die Erreichbarkeit liegt bei fünf Minuten. Die restlichen 3 % der niedersächsischen Bevölkerung, die eine hausärztliche Praxis nicht innerhalb von zehn Minuten erreichen können, benötigen dafür zwischen elf und 20 Minuten. Dies ist vorwiegend im ländlichen Raum der Fall (KVN, 2020i). Zu beachten ist, dass sich auch diese Zahlen auf den motorisierten Individualverkehr beziehen. Es ist davon auszugehen, dass vor allem in strukturschwachen Gebieten deutlich längere Wegezeiten in Anspruch genommen werden müssen, wenn nicht auf den motorisierten Individualverkehr zurückgegriffen werden kann.

9.2. Wesentliche Erkenntnisse im Bereich Mobilität und medizinische Versorgung

In den folgenden Abschnitten werden die in der Enquetekommission diskutierten Problemlagen im Bereich Mobilität sowie die dazu beschlossenen Handlungsempfehlungen ausführlich dargestellt. Die Aussagen konzentrieren sich auf die Themenfelder „Qualität und Strukturen der Mobilitätsangebote zur medizinischen Versorgung“ und „Finanzierung“. Eine Übersicht der erörterten Herausforderungen und Empfehlungen für den Bereich Mobilität ist in Beschluss 9 dargestellt (vgl. Anhang 1).

9.2.1. Qualität und Strukturen der Mobilitätsangebote zur medizinischen Versorgung

Zur Sicherstellung von ausreichenden und bedarfsgerechten Mobilitätsstrukturen zur medizinischen Versorgung in Niedersachsen liegen die Herausforderungen aus Sicht der Enquetekommission in folgenden Bereichen:

- Der demografische Wandel und die Bedarfe in ländlichen Regionen werden in den bestehenden Mobilitätsangeboten nicht ausreichend berücksichtigt.
- Die zeitnahe Umsetzung der Barrierefreiheit ist eine herausfordernde Aufgabe.
- Die Möglichkeiten zur Inanspruchnahme von Hausbesuchen sind beschränkt.

Aktuelle Angebote werden dem demografischen Wandel und den Bedarfen in ländlichen Regionen nicht ausreichend gerecht

Angebote der medizinischen Versorgung konzentrieren sich vermehrt in städtischen Zentren. Damit die Bevölkerung diese in Anspruch nehmen kann, stehen zwei Ansätze zur Förderung der Mobilität zur Verfügung: Zum einen kann die individuelle Mobilität von Ärztinnen und Ärzten erhöht werden (vgl. weiter unten Ausführungen zum Thema Hausbesuche). Zum anderen kann die individuelle Mobilität von Patientinnen und Patienten erhöht werden (Auschra et al., 2018). Dabei ist zunächst festzustellen, dass die Bevölkerung in ländlich geprägten Gebieten stark auf den motorisierten Individualverkehr angewiesen ist. Steht kein privates Transportmittel zur Verfügung und ist die Möglichkeit des Mitfahrens bei Angehörigen oder Nachbarn nicht gegeben, kann es insbesondere in ländlichen Regionen Probleme mit der Erreichbarkeit der Einrichtungen der Gesundheitsversorgung aufgrund fehlender oder nicht ausreichender ÖPNV-Angebote geben. Davon besonders betroffen sind Kinder und Jugendliche, die noch nicht im Besitz eines Führerscheins sind, ältere Menschen und Menschen mit Mobilitätseinschränkungen, die z. B. aufgrund ihrer körperlichen oder gesundheitlichen Verfassung nicht (mehr) selbst mit dem Auto fahren können oder wollen, sowie Personen, die keinen Führerschein besitzen oder denen kein Auto zur Verfügung steht (Brenck et al., 2016).¹⁷⁴ Zu beachten ist dabei außerdem, dass ein zunehmender Anteil von Patientinnen und Patienten durch Mobilitätseinschränkungen auf Mobilitätsangebote angewiesen ist. In Deutschland waren 2017 7 % der Gesamtbevölkerung von gesundheitlichen Einschränkungen betroffen, die die

¹⁷⁴ Hier sind insbesondere ältere Frauen zu nennen, die seltener einen Führerschein besitzen, aber hohe Bedarfe in Bezug auf Mobilität und medizinische Leistungen haben. Gleichwohl kann von Generation zu Generation ein deutlicher Anstieg der Führerscheinbesitzraten und des Motorisierungsgrades älterer Frauen beobachtet werden (Kuhnimhof et al., 2019).

Mobilität beeinträchtigen¹⁷⁵ (Nobis & Kuhnimhof, 2018). Dieser Anteil nimmt mit höherem Alter zu: Unter den über 80-Jährigen waren 31 % der Männer und 45 % der Frauen durch gesundheitliche Einschränkungen in der Mobilität beeinträchtigt (ebd.). Vor dem Hintergrund einer alternden Gesellschaft ist es somit eine zentrale Aufgabe der Daseinsvorsorge, dies in der Ausgestaltung von Mobilitätskonzepten zu berücksichtigen.

Dass es im Bereich der ÖPNV-Bedienung in ländlichen Gebieten Verbesserungsbedarf gibt, zeigt sich z. B. in den Ergebnissen einer Studie des Bundesministeriums für Verkehr und digitale Infrastruktur: In ländlichen Regionen lag der Anteil an Personen, die mit dem ÖPNV (sehr) zufrieden waren, bei nur 21 % bis 60 % - je nach Wohnort und Nutzungshäufigkeit (Nobis & Kuhnimhof, 2018). Mögliche Gründe für die geringe Zufriedenheit mit dem ÖPNV im ländlichen Raum sind ein Mangel an direkten Verbindungen zur nächsten größeren Stadt sowie die Taktung der Verbindungen (Gipp et al., 2020). Diese Aspekte sind auch für die medizinische Versorgung relevant, z. B. wenn das Wahrnehmen eines Arzttermins durch die ungünstige Taktung der ÖPNV-Verbindung mit langen Wartezeiten für die Patientinnen und Patienten einhergeht.

Gewährleistung von Barrierefreiheit ist herausfordernd und Umsetzungstand bislang nicht ausreichend transparent

Eine zusätzliche Herausforderung für ÖPNV-Aufgabenträger liegt in der Umsetzung des Ziels einer vollständigen Barrierefreiheit im Rahmen der Nahverkehrsplanung des ÖPNV bis zum 01.01.2022. Diese Zielvorgabe ist vom Bund im Rahmen des PBefG festgeschrieben (§ 8 PBefG Absatz 3 Satz 3). Die Frist kann allerdings ausgesetzt werden, wenn die Aufgabenträger in ihren Nahverkehrsplänen konkret benennen und begründen können, warum ihnen die Umsetzung einer vollständigen Barrierefreiheit bis zum 01.01.2022 nicht möglich ist. Mehrere niedersächsische ÖPNV-Aufgabenträger machen von dieser Ausnahmeregelung Gebrauch und nennen dabei vor allem fehlende finanzielle Mittel als Grund für das voraussichtliche Nicht-Erreichen der Zielvorgabe (z. B. Region Hannover, 2020; Reichelt, 2018; Verkehrsgesellschaft Nord-Ost-Niedersachsen mbH, 2018). Konkrete Herausforderungen sind z. B. gestiegene Baukosten, noch herzustellende Fußweganbindungen und mangelnde Kapazitäten von Ingenieurbüros und ausführenden Baufirmen (Verkehrsgesellschaft Nord-Ost-Niedersachsen mbH, 2019, S. 108). Insgesamt ist in der Gewährleistung der Barrierefreiheit eine große räumliche Heterogenität zu erwarten: Aus den Qualitätsberichten¹⁷⁶ der ÖPNV-Aufgabenträger für die Berichtsjahre 2016 und 2017 geht hervor, dass in einigen Landesteilen bereits Ende 2017 fast die Hälfte der Haltestellen barrierefrei ausgebaut waren. In anderen Landkreisen lag der Anteil der barrierefreien Haltestellen dagegen bei unter 10 % (MS & MW, 2020).

¹⁷⁵ Erhoben wurden Daten von rund 316 000 Personen aus 156 000 Haushalten. Die Befragten gaben an, ob bei ihnen eine Gehbehinderung, eine Sehbehinderung oder andere gesundheitliche Einschränkungen vorhanden sind und ob sie sich dadurch in ihrer Mobilität eingeschränkt fühlen (Nobis & Kuhnimhof, 2018).

¹⁷⁶ Die Qualitätsberichte sind eine Verpflichtung nach § 7 c Absatz 2 NNVG und müssen alle zwei Jahre vorgelegt werden.

Hausbesuche können ausschließlich bei Vorliegen einer medizinischen Indikation stattfinden

Hausbesuche fallen primär in den Aufgabenbereich der behandelnden Hausärztin bzw. des behandelnden Hausarztes. Aber auch Fachärztinnen und -ärzte können Hausbesuche durchführen, wenn dies bei ihren Patientinnen und Patienten aufgrund einer Erkrankung aus dem jeweiligen Fachgebiet notwendig ist oder wenn die behandelnde Hausärztin bzw. der behandelnde Hausarzt eine Fachärztin oder einen Facharzt zur konsiliarischen Beratung hinzuzieht (Bundesmantelvertrag - Ärzte (BMV-Ä) § 17 Absatz 6). Hausbesuche können grundsätzlich eine geeignete Maßnahme darstellen, um auch bei eingeschränkter Mobilität der Patientinnen und Patienten eine adäquate medizinische Versorgung zu gewährleisten. Zu beachten ist dabei allerdings, dass ein Anspruch auf Besuchsbehandlung nach BMV-Ä § 17 Absatz 7 nur dann besteht, wenn eine medizinische Indikation vorliegt, durch welche das Aufsuchen der Arztpraxis nicht möglich oder nicht zumutbar ist. Für Ärztinnen und Ärzte stellen Hausbesuche zudem einen erhöhten Aufwand dar. Dabei sind die hausärztlichen Kapazitäten mitunter ohnehin schon überlastet (vgl. Kapitel Ambulante medizinische Versorgung, Abschnitt 1.2.1.)

Handlungsempfehlungen

Um den im vorherigen Abschnitt beschriebenen Herausforderungen im Bereich der Qualität und Strukturen der Mobilitätsangebote zur medizinischen Versorgung in Niedersachsen zu begegnen, hat die Enquetekommission Empfehlungen formuliert. Die Handlungsempfehlungen sind für das gesamte Kapitel fortlaufend nummeriert (vgl. Anhang 1, Beschluss 9).

Als zentrale Elemente der Empfehlungen sind folgende Aspekte hervorzuheben:

- Durch den Ausbau des ÖPNV und die Berücksichtigung der Standorte medizinischer Versorgungseinrichtungen in der Verkehrsplanung sowie die Entwicklung von Konzepten des Bedarfsverkehrs soll die Erreichbarkeit von Leistungserbringenden für Patientinnen und Patienten verbessert werden.
- Gleichzeitig kann auch der Weg der Leistungserbringenden zu den Patientinnen und Patienten betrachtet werden. Hier können nicht-ärztliche Praxisassistentinnen und -assistenten (NäPa) oder Versorgungsassistentinnen und -assistenten in der Hausarztpraxis (VERAH) die Hausärztinnen und Hausärzte entlasten, indem sie einen Teil der Hausbesuche übernehmen.
- Zusätzlich können Angebote im Bereich der Telemedizin, wie z. B. Videokonsultationen und Telefon-Sprechstunden, eine sinnvolle Ergänzung darstellen.

Die detaillierten Empfehlungen der Enquetekommission im votierten Wortlaut sind folgende:

1. Stärkung bedarfsorientierter Mobilitätsangebote zur medizinischen Versorgung

- a) Ausbau des ÖPNV als grundsätzliche Voraussetzung für die Erreichbarkeit medizinischer Versorgung in ländlichen Regionen (vgl. Ambulante medizinische Versorgung, Handlungsempfehlungen) und Berücksichtigung der Standorte und Öffnungszeiten von Arztpraxen in den Nahverkehrsplänen (z. B. Planung neuer Haltestellen an Arzt- und Therapiepraxen und Prüfung von ÖPVN-Linien bei der Planung von Standorten)

- b) Zugrundelegung der Vorgaben für die Mindestreichbarkeit von Ärztinnen und Ärzten aus der neuen Bedarfsplanung (wonach 95 % der Patientinnen und Patienten einer Region zu Hausärztinnen und -ärzten nicht länger als 20 Min. Fahrzeit mit dem Pkw benötigen, zu Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten 30 Min., zu Augen- und Frauenärztinnen und -ärzten 40 Min.)
 - c) Entwicklung von Konzepten des „Bedarfsverkehrs“ unter Einbezug der jeweiligen Gegebenheiten sowie Akteurinnen und Akteure vor Ort
 - d) Erprobung geeigneter regionaler und bedarfsgerechter Modellprojekte im Rahmen der Gesundheitsregionen als Ansatzpunkt für gemeinsame Strukturentwicklung vor Ort (z. B. durch Nutzung der Fahrdienste von Tagespflege- und Inklusionseinrichtungen)
 - e) Ausbau und Einsatz von Ruf-Beförderung (vor allem auf dem Land; teilweise mitfinanziert durch den Europäischen Fonds für Regionale Entwicklung (EFRE)) und von Mobilitätskonzepten, bei denen Fahrtwünsche unterschiedlicher Fahrgäste in Echtzeit gebündelt werden („Pooling-Verkehr“)
 - f) Fahrt/Transport einzelner Patientinnen und Patienten zu Leistungserbringenden (z. B. Patientenbus, Bürgerbus, Ruf-Taxi/Anruf-Sammel-Taxi)
 - g) Förderung zukunftsfähiger Mobilitätsstrukturen in Kooperation von MW oder MS mit Akteurinnen und Akteuren aus dem Bereich der medizinischen Versorgung
- 2. Förderung individueller Mobilität der Leistungserbringenden insbesondere auch unter Berücksichtigung von Delegationsmodellen** (Leistungserbringung bei den Patientinnen und Patienten) (vgl. Ambulante medizinische Versorgung, Handlungsempfehlungen)
- a) Möglichkeit von Hausbesuchen und Unterstützung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen bei präventiven, rehabilitativen und palliativen Maßnahmen durch NÄPa/VERAH (Planung von Vorsorge, Durchführung von Patientenschulungen, Screening), Pflegefachpersonen sowie Ärztinnen und Ärzte gewährleisten, wenn diese bei eingeschränkter Mobilität der Patientinnen und Patienten notwendig sind
 - b) Einführung aufsuchender Beratungs- und Versorgungsangebote durch hauptamtliche Fachkräfte (vgl. Ambulante medizinische Versorgung, Handlungsempfehlung 7c)
- 3. Stärkung telemedizinischer und digitaler Lösungen im Rahmen der Patientenversorgung (z. B. digitale Sprechstunden, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung; vgl. Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung, Handlungsempfehlungen)**

9.2.2. Finanzierung

Im Bereich der Finanzierung von Mobilitätsangeboten in Niedersachsen liegt die Herausforderung aus Sicht der Enquetekommission in den hohen Kosten von mobilitätsfördernden Maßnahmen. Diese Herausforderung zeigt sich insbesondere anhand der Situation in ländlichen Regionen.

Schaffung regionaler und individueller Mobilitätsoptionen zu adäquaten Kosten

Mobilitätsfördernde Maßnahmen sind insgesamt kostenintensiv. Nach dem ÖPNV-Förderprogramm 2020 werden der Ausbau und die Verbesserung des ÖPNV mit 95 Mio. Euro durch das

Land Niedersachsen gefördert (MW, 2020). Die jährlichen Gesamtausgaben der Krankenkassen in Niedersachsen für Krankenfahrten, die hauptsächlich als Einzelfahrten mit Taxen oder Mietwagen erbracht werden, werden zudem auf über 150 Mio. Euro geschätzt (MS & MW, 2020). Darüber hinaus verursachen Maßnahmen zur Beförderung von mobilitätseingeschränkten Patientinnen und Patienten (Einzelpersonen/kleine Gruppen) teilweise einen hohen Verwaltungs- und Koordinierungsaufwand. Angesichts dessen ist zu erwägen, inwieweit mittels Digitalisierung und der Verzahnung der Einzelpatientenbeförderung mit flexiblen ÖPNV-Angeboten Entlastungen geschaffen werden können.

Insbesondere in ländlichen Gebieten mit zeitlich und räumlich geringer Nachfrage sind klassischen ÖPNV-Angeboten (Linienbus) wirtschaftliche Grenzen gesetzt. Eine abnehmende Siedlungsdichte und der Rückzug von Leistungserbringern aus der Fläche führen dazu, dass die Entfernungen, die Bewohnerinnen und Bewohner zum Erreichen von Versorgungseinrichtungen zu überbrücken haben, größer werden. Diese Entwicklung stellt auch den ÖPNV vor Herausforderungen, da große Flächen fein verästelt bedient werden müssen, um eine Anbindung zu zentralen Orten gewährleisten zu können (Brenck et al., 2016).

Handlungsempfehlungen

Um den vorangegangenen Problemlagen im Bereich der Finanzierung von Mobilitätsangeboten in Niedersachsen konstruktiv zu begegnen, hat die Enquetekommission folgende Empfehlungen (im Wortlaut) erarbeitet:

4. Umsetzung (kosten)effizienter Mobilitätskonzepte

- a) Begrenzung des Verwaltungs- und Koordinierungsaufwands zur Organisation und wirtschaftlicheren Ausgestaltung von Mobilitätsangeboten, insbesondere durch Möglichkeiten der Digitalisierung
- b) Schaffung neuer Finanzierungsmodelle (flexible Bedienformen werden vom Land bereits gefördert, darüberhinausgehend Entwicklung entsprechender neuer Konzepte zur Abdeckung von Betriebskosten)
- c) Prüfung der Mitfinanzierung passgenauer digitalisierter ÖPNV-Angebote (z. B. Verzahnung bereits von den Krankenkassen finanzierter Einzelpatientenbeförderung mit neuen flexiblen ÖPNV-Angeboten)
- d) Förderung von Modellprojekten für Transportinitiativen zur medizinischen Versorgung unter Einbeziehung durchgeführter und evaluierter Modellprojekte

Insgesamt wird deutlich, dass die Sicherstellung bedarfsgerechter Mobilitätsangebote auch für die medizinische Versorgung von hoher Relevanz ist. Dabei gilt es, insbesondere die Bedarfe von Personen, die in ländlichen Regionen leben, und Personen mit Mobilitätseinschränkungen zu berücksichtigen. Um die Erreichbarkeit von Leistungserbringenden zu verbessern, sind nach Einschätzung der Enquetekommission ein Ausbau des ÖPNV, die Berücksichtigung der Standorte medizinischer Versorgungseinrichtungen in der Verkehrsplanung sowie die Entwicklung von Konzepten des Bedarfsverkehrs zu empfehlen. Zudem können Delegationsmodelle sowie telemedizinische und digitale Lösungen eine sinnvolle Ergänzung darstellen.

III. Verzeichnisse

Abkürzungsverzeichnis

ABDA	Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V
ÄApprO	Approbationsordnung für Ärztinnen und Ärzte
ACO	Accountable Care Organization
AED	Automatisierter externe Defibrillator
AFÖG	Akademie für öffentliches Gesundheitswesen
ÄKN	Ärztekammer Niedersachsen
AOLG	Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden
AOP	Ambulantes Operieren
ASV	Ambulante spezialfachärztliche Versorgung
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.
BAG	Berufsausübungsgemeinschaften
BÄK	Bundesärztekammer
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BLAG	Bund-Länder-Arbeitsgruppe
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMEL	Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMV-Ä	Bundemantelvertrag - Ärzte
bvmd	Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V.
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CMS	Centres for Medicare and Medicaid Services
COPD	Chronisch obstruktive Lungenerkrankung
CT	Computertomograph
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
DEGS	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland
Destatis	Statistisches Bundesamt
DEMIS	Deutsches Elektronisches Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz
DGB	Deutscher Gewerkschaftsbund

DGGG	Deutsche Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie
DHV	Deutscher Hebammenverband
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DiGA	Digitale Gesundheitsanwendungen
DiPA	Digitale Pflegeanwendungen
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.
DKI	Deutsches Krankenhausinstitut
DLT	Deutscher Landkreistag
DPR	Deutscher Pflegerat
DRG	Diagnosis Related Groups
DVG	Digitale-Versorgung-Gesetz
DVPMG	Digitale Versorgung und Pflege-Modernisierungs-Gesetz
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EFRE	Europäischer Fonds für Regionale Entwicklung
eGA	Elektronische Gesundheitsakte
eHBA	Elektronischer Heilberufsausweis
eMP	Elektronischer Medikationsplan
ePA	Elektronische Patientenakte
ePF	Elektronisches Patientenfach
EMS	European Medical School Oldenburg-Groningen
FGW	Forschungsgruppe Wahlen
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GBE	Gesundheitsberichterstattung
GG	Grundgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-GMG	GKV-Modernisierungsgesetz
GKV-VSG	GKV-Versorgungsstärkungsgesetz
GKV-VStG	GKV-Versorgungsstrukturgesetz
GMK	Gesundheitsministerkonferenz
GO LT	Geschäftsordnung
GPVG	Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz
GVWG	Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz
HebG	Hebammengesetz
HebRefG	Hebammenreformgesetz

HZV	Hausarztzentrierte Versorgung
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH
IKT	Informations- und Kommunikationstechnologien
ILS	Integrierte Leitstellen
INZ	Integrierte Notfallzentren
IfSG	Infektionsschutzgesetz
IMKS	Interministerieller Krisenstab
IQTiG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
IV	Integrierte Versorgung
IVENA	Interdisziplinärer Versorgungsnachweis
KANN	Kompetenzzentrum zur Förderung der Weiterbildung Allgemeinmedizin Nds.
KAP	Konzertierte Aktion Pflege
KAP.Ni	Konzertierte Aktion Pflege Niedersachsen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KBQA	Kontinuierliche Basis- und Qualitätsdatenanalyse Rettungsdienst Nds.
KH	Krankenhaus
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHZF	Krankenhauszukunftsfonds
KHZG	Krankenhauszukunftsgesetz
KIS	Krankenhausinformationssystem
KK	Krankenkasse
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVN	Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen
KW	Kompetenzzentren Weiterbildung
LARD	Landesausschuss Rettungsdienst
LRH	Niedersächsischer Landesrechnungshof
LSG	Landessozialgericht
LVG & AFS	Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Nds. e. V.
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MDKN	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Niedersachsen
MFT	Medizinischer Fakultätentag
MI	Niedersächsisches Ministerium für Inneres und Sport
MHH	Medizinische Hochschule Hannover

MS	Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung
MTA	Medizinisch-technische Assistentin bzw. Medizinisch-technischer Assistent
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
MW	Niedersächsisches Ministerium für Wirtschaft, Arbeit, Verkehr & Digitalisierung
MWK	Niedersächsisches Ministerium für Wissenschaft und Kultur
NäPa	Nicht-ärztliche Praxisassistentinnen und -assistenten
NFDM	Notfalldatenmanagement
NGÖGD	Niedersächsisches Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst
NHebG	Niedersächsisches Gesetz über die Ausübung des Hebammenberufs
NKG	Niedersächsische Krankenhausgesellschaft
NKHG	Niedersächsisches Krankenhausfinanzierungsgesetz
NLT	Niedersächsischer Landkreistag
NLGA	Niedersächsisches Landesgesundheitsamt
NNVG	Niedersächsisches Nahverkehrsgesetz
NPflegeG	Niedersächsisches Pflegegesetz
NRettDG	Niedersächsisches Rettungsdienstgesetz
NSchG	Niedersächsisches Schulgesetz
NSGB	Niedersächsischer Städte- und Gemeindebund
NST	Niedersächsischer Städtetag
NZFH	Nationales Zentrum Frühe Hilfen
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
ÖPNV	Öffentlicher Personennahverkehr
OTC	Over the counter (OTC-Arzneimittel: nicht verschreibungspflichtige Medikamente)
PBefG	Personenbeförderungsgesetz
PfIAPrV	Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung
PfIBG	Pflegeberufegesetz
PfIBRefG	Pflegeberufereformgesetz
PEI	Paul-Ehrlich-Institut
PJ	Praktisches Jahr (letztes Jahr des Medizinstudiums)
PKV	Private Krankenversicherung
PPKAV	Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung
PPR	Pflegepersonalregelung
PpSG	Pflegepersonal-Stärkungsgesetz

PpUG	Pflegepersonaluntergrenzen
PpUGV	Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung
PSA	Persönliche Schutzausrüstung
PsychThG	Psychotherapeutengesetz
RGZ	Regionale Gesundheitszentren
ReKo	Regionales Pflegekompetenzzentrum
RKI	Robert Koch-Institut
RN4Cast	Registered Nurse Forecasting Studie
SGB	Sozialgesetzbuch
SORMAS	Surveillance Outbreak Response Management and Analysis System
SPDi	Sozialpsychiatrischer Dienst
SpiFa	Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e. V.
SmED	Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland
SPNV	Schienenpersonennahverkehr
SSN	Standardisierte und strukturierte Notrufabfrage
SV	Selektivvertrag
SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
TI	Telematikinfrastuktur
TSS	Terminservicestellen
TSVG	Terminservice- und Versorgungsgesetz
UMCG	Universitair Medisch Centrum Groningen, Niederlande
UMG	Universitätsmedizin Göttingen
VBL	Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder
Vdek Nds.	Verband der Ersatzkassen Landesvertretung Niedersachsen
ver.di	Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft
VERAH	Versorgungsassistentinnen und -assistenten in der Hausarztpraxis
VKA	Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände
VSDM	Versichertenstammdatenmanagement
VZÄ	Vollzeitäquivalente
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WIdO	Wissenschaftliches Institut der AOK
Zi	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland
ZNA	Zentral organisierte Notaufnahme
ZQP	Zentrum für Qualität in der Pflege

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Räumliche Zuordnung der Planungsbereiche der Vertragsärztlichen Versorgung am Beispiel Niedersachsen (KVN, 2020e, S. 2).....	22
Abb. 2: Wegzeiten im Bereich der hausärztlichen Versorgung in Niedersachsen (KVN, 2016)	23
Abb. 3: Grad der hausärztlichen Versorgung in Niedersachsen (KVN, 2020e, S. 3).....	26
Abb. 4: Grad der kinderärztlichen Versorgung in Niedersachsen (KVN, 2020e, S. 15).....	27
Abb. 5: Entwurf einer sektorenübergreifenden, interdisziplinären Notfallversorgung (SVR, 2018, S. 586).....	48
Abb. 6: Allgemeiner ärztlicher Bereitschaftsdienst in Niedersachsen (KVN, 2019b), Stand: 12/2020	51
Abb. 7: Kinderärztlicher Bereitschaftsdienst in Niedersachsen nach KVN (2019b), Stand: 12/2020	51
Abb. 8: Notfallkrankenhäuser in Niedersachsen (MS, 2021)	53
Abb. 9: Notfallkrankenhäuser für Kinder in Niedersachsen (MS, 2021)	53
Abb. 10: Ambulante Notfälle je 1 000 GKV-Versicherte (SVR, 2018, S. 568).....	57
Abb. 11: Fallzahlentwicklung im vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst und in den Notfallambulanzen der Krankenhäuser in Niedersachsen (KVN, 2019b).....	58
Abb. 12: Krankenhausarztdichte in ausgewählten OECD-Staaten; 2017; Basis: OECD-Daten; Quelle: Kochskämper (2020, S. 12).....	71
Abb. 13: Pflegefachpersonaldichte in ausgewählten OECD-Staaten 2017; Basis: OECD-Daten; Quelle: Kochskämper (2020, S. 13).....	72
Abb. 14: Krankenhausbetten in Niedersachsen nach Größenklassen der Häuser 2020; Basis: MS (2020b); Quelle: vdek (2020b, S. 20)	74
Abb. 15: Krankenhausbetten in Niedersachsen nach Trägerschaft in Prozent 2001-2020; Basis: MS (2020b); Quelle: vdek (2021).....	75
Abb. 16: Verfügbarkeit technischer Ausstattung in Plankrankenhäusern in Prozent 2017; Basis: Daten des Statistischen Bundesamtes; Quelle: nach Busse (2019)	79
Abb. 17: Zusammensetzung der Vollkräfte nach Dienstarten im Krankenhaus nach Bundesland in Prozent, 2018. Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2020d, S. 27)	106
Abb. 18: Säuglingssterbewahrscheinlichkeit für ausgewählte Länder und Regionen 2018 je 1000 Lebendgeborene (zur Nieden, 2020, S. 71).....	122
Abb. 19: Statistik der Lebendgeburten in Niedersachsen. Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2020f).....	123
Abb. 20: Verteilung der geschlossenen Geburtskliniken nach Größenklasse, 2010-2017 (Albrecht et al., 2019, S. 84)	125

Abb. 21: Erreichbarkeit der Geburtskliniken in Deutschland in PKW-Fahrminuten auf Ebene von 1-km ² -Flächen (Status Quo, KBV-Modell) (Albrecht et al., 2019, S. 260)	126
Abb. 22: Regionales Gesundheitszentrum. Eigene Darstellung.	153
Abb. 23: Tätigkeiten in den Gesundheitsämtern, AOLG Befragung 2015. (Poppe et al., 2016, S. 8)	157
Abb. 24: Übersicht der Bundesgesetze zur Förderung der Digitalisierung in der medizinischen Versorgung. Eigene Darstellung.....	174
Abb. 25: Digital-Health-Index (Thiel et al., 2018, S. 232).....	176
Abb. 26: Clusterung der niedersächsischen Einheits- und Samtgemeinden anhand von Strukturindikatoren (MS, 2018, S. 152)	195
Abb. 27: Erreichbarkeit von Krankenhäusern mit allgemeinen Fachabteilungen in Niedersachsen (Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2016).....	196

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Übersicht der Pflegepersonaluntergrenzen gemäß PpUGV für das Jahr 2019 und 2020 (Leber & Vogt, 2020, S. 126).....	104
Tab. 2: Berufe in den Gesundheitsämtern in Prozent; Anteile an allen Beschäftigten nach Vollzeitäquivalenten; n = 193 (Poppe et al., 2016, S.8)	158
Tab. 3: Organisationsaspekte medizinischer Behandlungen (SVR, 2018, S. 489) auf Basis von Haas (2017).....	182

Literaturverzeichnis

- ABDA. (2020). *Die Apotheke. Zahlen, Daten, Fakten 2020*. Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA).
- Aiken, L. H., Sermeus, W., Heede, K. V. den, Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., Bruyneel, L., Rafferty, A. M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M. T., Tishelman, C., Scott, A., Brzostek, T., Kinnunen, J., Schwendimann, R., Heinen, M., Zikos, D., Sjetne, I. S., Smith, H. L., & Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: Cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*, *344*, e1717. <https://doi.org/10.1136/bmj.e1717>
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., Diomidous, M., Kinnunen, J., Kózka, M., Lesaffre, E., McHugh, M. D., Moreno-Casbas, M. T., Rafferty, A. M., Schwendimann, R., Scott, P. A., Tishelman, C., van Achterberg, T., & Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study. *The Lancet*, *383*(9931), 1824-1830. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)
- Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen. (o. J.). *Wie werde ich ... Facharzt/-ärztin für Öffentliches Gesundheitswesen? Termine: Theoretischer Weiterbildungskurs (WBK)*. Abgerufen 2. Dezember 2020, von <https://www.akademie-oegw.de/programm/aus-und-weiterbildung/facharzt-aerztin-fuer-oeffentliches-gesundheitswesen.html>
- Aktionsbündnis „Gesundheit rund um die Geburt in Niedersachsen“. (o. J.). *Bündnispapier des Landesweites Bündnis „Gesundheit rund um die Geburt“*.
- Albrecht, M. (2021). Benötigt eine patientenorientierte Versorgung ein einheitliches Vergütungssystem? In S. G. Spitzer & V. Ulrich (Hrsg.), *Intersektorale Versorgung im deutschen Gesundheitswesen. Gegenwart und Zukunft—Analysen und Perspektiven* (S. 33-43). Kohlhammer.
- Albrecht, M., & Al-Abadi, T. (2018). *Perspektiven einer sektorenübergreifenden Vergütung ärztlicher Leistungen. Vergütungsunterschiede an der Sektorengrenze und Ansatzpunkte zur Entwicklung sektorenübergreifender Vergütungsformen*. IGES Institut.
- Albrecht, M., Al-Abadi, T., Czihal, T., & Mangiapane, S. (2020). Sektorenübergreifende Versorgung und Vergütung. In J. Klauber, M. Geraedts, J. Friedrich, J. Wasem, & A. Beivers (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2020. Finanzierung und Vergütung am Scheideweg* (S. 243-261). Springer.
- Albrecht, M., Loos, S., an der Heiden, I., Temizdemir, E., Ochmann, R., Sander, M., & Bock, H. (2019). *IGES-Gutachten: Stationäre Hebammenversorgung*.
- Albrecht, M., Loos, S., Möllenkamp, M., Sander, M., Schiffhorst, G., Braeseke, G., & Stengel, V. (2017). *Faktencheck Pflegepersonal im Krankenhaus. Internationale Empirie und Status quo in Deutschland*. (Faktencheck Gesundheit). IGES Institut. Bertelsmann-Stiftung.
- Albrecht, M., Loos, S., Sander, M., Schliwen, A., & Wolfschütz, A. (2012). *Versorgungs- und Vergütungssituation in der außerklinischen Hebammenhilfe. Ergebnisbericht für das Bundesministerium für Gesundheit*. IGES Institut.
- Albring, C. (2020). *Vorlage 145. EKmedV (Sitzungsunabhängig)*. Berufsverband der Frauenärzte.
- Allers, K. (2020). *Versorgung von Pflegeheimbewohnern am Lebensende. Dissertation*. Carl von Ossietzky Universität Oldenburg.
- Allers, K., Fassmer, A. M., Spreckelsen, O., & Hoffmann, F. (2019). End-of-life care of nursing home residents: A survey among general practitioners in northwestern Germany. *Geriatrics & gerontology international*, *20*(1), 25-30. <https://doi.org/10.1111/ggi.13809>

- Allers, K., Hoffmann, F., & Schnakenberg, R. (2019). Hospitalizations of nursing home residents at the end of life: A systematic review. *Palliative medicine*, 33(10), 1282-1298. <https://doi.org/10.1177/0269216319866648>
- Allmendinger, J., Weber, P., & Wetzel, J. (2020). Vermächtnisstudie: So soll es werden. *Die Zeit*. <https://www.zeit.de/2020/45/vermaechtnisstudie-corona-klimakrise-digitaler-wandel/komplettansicht>
- Anlage 1.1 Hebammen-Vergütungsvereinbarung zum Vertrag nach § 134a SGB V. Gültig ab 15.07.2018. (2018).
- AOK. (o. J.). *Pressemitteilung. Pilotprojekt: Patienten profitieren digital am AKH Celle*. AOK Niedersachsen. Abgerufen 11. Januar 2021, von <https://www.aok.de/pk/niedersachsen/inhalt/pilotprojekt-patienten-profitieren-digital-am-akh-celle/>
- AOK. (2020a). *Anfrage bei der AOK Niedersachsen (Unveröffentlichtes Material)*. Stand: 29.12.2020.
- AOK. (2020b). *Digitalisierung als Gebot der Stunde. Positionspapier des wissenschaftlichen Beirats für Digitale Transformation der AOK Nordost zu den aktuellen Herausforderungen im Angesicht der SARS-CoV-2-Pandemie. Version 1 vom 2.4.2020*.
- AOK-Bundesverband. (o. J.). *Lexikon: Selektivvertrag*. Abgerufen 22. Januar 2021, von https://www.aok-bv.de/lexikon/s/index_00108.html
- AOK-Bundesverband. (2020a). *Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zur Anhörung des Gesundheitsausschusses am 16.11.2020. Zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz - GPVG)*. Stand 04.11.2020.
- AOK-Bundesverband. (2020b). *Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zur Fachanhörung des BMG am 17.02.2020. Zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung vom 08.01.2020*.
- Arentz, C. (2017). *Regionale Verteilung von Ärzten in Deutschland und anderen ausgewählten OECD-Ländern*. Wissenschaftliches Institut der PKV.
- Augurzky, B., Beivers, A., Breidenbach, P., Budde, R., Emde, A., Hearing, A., Kaeding, M., Roßbach-Wilk, E., & Straub, N. (2018). *Notfallversorgung in Deutschland. Projektbericht im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung*. RWI - Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung.
- Augurzky, B., Beivers, A., Breidenbach, P., Haering, A., & Straub, N. (2019). Versorgungsplanung durch datenbasierte Marktraumanalysen am Beispiel von Notfallzentren. In J. Klauber, M. Geraedts, J. Friedrich, & J. Wasem (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2019. Das digitale Krankenhaus* (S. 161-173). Springer.
- Augurzky, B., Beivers, A., Straub, N., & Veltkamp, C. (2014). *Krankenhausplanung 2.0. Endbericht zum Forschungsvorhabendes Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)* (Heft 84; RWI Materialien).
- Augurzky, B., Busse, R., Gerlach, F., & Meyer, G. (2020). *Richtungspapier zu mittel- und langfristigen Lehren. Zwischenbilanz nach der ersten Welle der Corona-Krise 2020*. Barmer Institut für Gesundheitssystemforschung (bifg). Robert Bosch Stiftung. Bertelsmann Stiftung.
- Augurzky, B., & Kolodziej, I. (2018). *Fachkräftebedarf im Gesundheits- und Sozialwesen 2030: Gutachten im Auftrag des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Gesamtwirtschaftlichen Entwicklung. Arbeitspapier, No. 06/2018*.
- Augurzky, B., Krolop, S., Mensen, A., Pilny, A., Schmidt, C. M., & Wuckel, C. (2019). *Krankenhaus Rating Report. Das Ende des Wachstums?* (1. Auflage). Medhochzwei.

- Auschra, C., Deisner, J., Berghöfer, A., & Sydow, J. (2018). *Sicherstellung der Gesundheitsversorgung in ländlich geprägten Regionen: Neue Organisationsmodelle und Maßnahmen. Projektbericht in Herausgeberschaft der Stiftung Münch.*
- Ayerle, G. M., Mattern, E., Lohmann, S., & Kirchner, Ä. (2016). *Präferenzen und Defizite in der Hebammenrelevanten Versorgung in Deutschland aus Sicht der Nutzerinnen und Hebammen: Eine qualitative explorative Untersuchung.* Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.
- Baier, N., Geissler, A., Bech, M., Bernstein, D., Cowling, T. E., Jackson, T., van Manen, J., Rudkjøbing, A., & Quentin, W. (2019). Emergency and urgent care systems in Australia, Denmark, England, France, Germany and the Netherlands - Analyzing organization, payment and reforms. *Health Policy*, 123(1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.11.001>
- BÄK. (2012). *Ärztstatistik zum 31. Dezember 2012.* Bundesärztekammer.
- BÄK. (2019). *Ärztstatistik zum 31. Dezember 2019.* Bundesärztekammer.
- Bär, S., & Starystach, S. (2018). Psychische Belastungen des Pflegepersonals im Krankenhaus: Effekte von Status und Organisationsstrukturen. *Das Gesundheitswesen*, 80(08/09), 693-699.
- BARMER. (2019). *10-Punkte-Papier. Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung.*
- BARMER. (2020). *Berlin Kompakt. Gesundheitspolitische Nachrichten aus der Hauptstadt. Nr. 13 // 10. November 2020.*
- Bartholomeyczik, S. (2010). Zur Pflege im Krankenhaus: Ist-Situation und Sollvorstellungen. In J. Klauber, M. Geraedts, & J. Friedrich (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2010. Krankenhausversorgung in der Krise?* (S. 209-221). Schattauer.
- Bartholomeyczik, S., & Holle, B. (2012). Pflegerische Versorgung. In K. Hurrelmann & O. Razum (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (5. vollständig überarbeitete Auflage, S. 931-960). Beltz Juventa.
- Bauer, H. (2017). Mindestmengen in der Chirurgie - sind wir weit genug? In J. Klauber, M. Geraedts, J. Friedrich, & J. Wasem (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2017. Zukunft gestalten* (S. 107-131). Schattauer.
- Behnke, N., & Zimmermann, M. (2019). *Den öffentlichen Gesundheitsdienst weiterentwickeln und stärken. Bericht für das Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie.* Technische Universität Darmstadt.
- Benstetter, F., Lauerer, M., Negele, D., & Schmid, A. (2020). Potenziale prospektiver regionaler Gesundheitsbudgets am Beispiel spanischer und amerikanischer Erfahrungen. In J. Klauber, M. Geraedts, J. Friedrich, J. Wasem, & A. Beivers (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2020. Finanzierung und Vergütung am Scheideweg* (S. 69-90). Springer.
- Berchet, C. (2015). Emergency Care Services: Trends, Drivers and Interventions to Manage the Demand. *OECD Health Working Papers*, Article 83. <https://doi.org/10.1787/5jrts344crns-en>
- Berger, E., Busse, R., Geissler, A., Spies, C., & Weiss, B. (2020). Übertragbarkeit neuer Versorgungsformen in die Regelversorgung. Chancen und Herausforderungen des Innovationsfonds. *G&S Gesundheits- und Sozialpolitik*, 74(1), 64-70. <https://doi.org/10.5771/1611-5821-2020-1-64>
- Berger, E., Reichebner, C., Eriksen, A., Aurich, H., Kretzler, M., & Busse, R. (2020). Wie digitalisiert ist die Gesundheitsversorgung in Dänemark im Vergleich zu Deutschland? *G&S Gesundheits- und Sozialpolitik*, 74(4-5), 39-48. <https://doi.org/10.5771/1611-5821-2020-4-5-39>

- Bertram, N., Püschner, F., Oliveira Gonçalves, A. S., Binder, S., & Amelung, V. E. (2019). Einführung einer elektronischen Patientenakte in Deutschland vor dem Hintergrund der internationalen Erfahrungen. In J. Klauber, M. Geraedts, J. Friedrich, & J. Wasem (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2019. Das digitale Krankenhaus* (S. 3-16). Springer.
- Bitkom Research. (2020). *Digitaltag 2020: Gemeinsam digitale Teilhabe fördern*. <https://digitaltag.eu/studie>
- BLAG. (2019). *Fortschrittsbericht der Bund-Länder-AG „sektorenübergreifende Versorgung“*. https://www.bmcev.de/wp-content/uploads/2020-01-14-BLAG_S%C3%9CV_Fortschrittsbericht-%C3%9Cberarbeitung.pdf
- Blum, K., Löffert, S., Offermanns, M., & Steffen, P. (2019). *Krankenhausbarometer 2019*. Deutsches Krankenhaus Institut.
- Blum, K., Offermanns, M., Nürnberg, V., & Rauschenberger, J. (2019). *Das digitale Krankenhaus. DKI/BDO Krankenhausstudie 2019*. Deutsches Krankenhausinstitut e.V. und BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft.
- BMBF. (2017). *Masterplan Medizinstudium 2020*. Bundesministerium für Bildung und Forschung.
- BMC. (2019). *Intersektorale Versorgung ohne Therapiebrüche. Forderungen der Arbeitsgruppe Intersektorale Versorgung im BMC*. Bundesverband Managed Care e. V. https://www.bmcev.de/wp-content/uploads/Forderungskatalog_AG-Intersektorale-Versorgung-1.pdf
- BMEL. (2016). *Infoportal Zukunft Land, Erreichbarkeit von Hausärzten*. Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft. <https://www.landatlas.de/wohnen/hausarzt.html>
- BMG. (2018). *Mehr Zusammenarbeit und bessere Vernetzung im Gesundheitswesen - Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Sektorenübergreifende Versorgung“ nimmt Arbeit auf. Pressemitteilung vom 24. September 2018*. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2018/3-quartal/sektoreuebergreifende-versorgung.html>
- BMG. (2019). *Daten des Gesundheitswesens 2019*. Bundesministerium für Gesundheit.
- BMG. (2020a). *E-Health - Digitalisierung im Gesundheitswesen. Stand: 23.10.2020*. Bundesgesundheitsministerium. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/e-health-initiative.html>
- BMG. (2020b). *Hausarztssystem. Stand: 18.05.2020*. Bundesministerium für Gesundheit. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/hausarztssystem.html>
- BMG. (2020c). *Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst*. Bundesministerium für Gesundheit.
- BMG. (2020d). *Referentenentwurf einer Verordnung zur Neuregelung der ärztlichen Ausbildung*. Bundesministerium für Gesundheit.
- Böcken, J. (2019). *Eine bessere Versorgung ist nur mit halb so vielen Kliniken möglich. 15.07.2019*. Bertelsmann Stiftung. <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/themen/aktuelle-meldungen/2019/juli/eine-bessere-versorgung-ist-nur-mit-halb-so-vielen-kliniken-moeglich>
- Böhmeke, F. (2020). Erstes Treffen des Bündnisses „Rettet die 112 und den Rettungsdienst“. *NLT-Information, 2020(2-3)*, 32-35.
- Bojara, G. (2020). *Vorlage 149. EKmedV. 48. & 49. Sitzung*. Gesundheitsdienst für Landkreis und Stadt Osnabrück.
- Braun, B., Klinke, S., & Müller, R. (2010). Auswirkungen des DRG-Systems auf die Arbeitssituation im Pflegebereich von Akutkrankenhäusern. *Pflege & Gesellschaft, 15*, 5-19.

- Brenck, A., Gipp, C., & Nienaber, P. (2016). *Mobilität sichert Entwicklung. Herausforderungen für den ländlichen Raum*. IGES Institut GmbH im Auftrag des ADAC e. V.
- Breuer, L., & Schwab, S. (2017). Telemedizin in der Schlaganfallversorgung. *Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 112, 687-694. <https://doi.org/10.1007/s00063-017-0344-3>
- Broistedt, P. (2020). *Vorlage 148. EKmedV: 48. & 49. Sitzung*. Stadt Göttingen.
- Bühler, S. (2018). Eine Krankenhauspolitik für Menschen—Anforderungen aus der Perspektive der Beschäftigten. In D. Janssen & B. Augurzyk (Hrsg.), *Krankenhauslandschaft in Deutschland. Zukunftsperspektiven—Entwicklungstendenzen—Handlungsstrategien* (1. Auflage, S. 177-187). Kohlhammer.
- Bundesagentur für Arbeit. (2019). *Fachkräfteengpassanalyse* (Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt).
- Bundesministerium für Gesundheit. (2017). *Nationales Gesundheitsziel—Gesundheit rund um die Geburt*.
- Bundesministerium für Gesundheit. (2018). *Ergebnisbericht der Machbarkeitsstudie zur Messung der Leistungsfähigkeit („Health System Performance Assessment“) des deutschen Gesundheitssystems. 1. Revidierte Fassung*.
- Bundesministerium für Gesundheit. (2020). *Pflegepersonaluntergrenzen. Stand: 19.08.2020*. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/personaluntergrenzen.html>
- Bundesministerium für Gesundheit, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, & Bundesministerium für Arbeit und Soziales. (2019). *Konzertierte Aktion Pflege. Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5*.
- Bundesregierung. (2012). *Ärztlicher Bereitschaftsdienst unter „116 117“*. 10.04.2012. <https://archiv.bundesregierung.de/archiv-de/aerztlicher-bereitschaftsdienst-unter-116-117--386688>
- Bundesregierung. (2020). *Daten helfen heilen. Innovationsinitiative „Daten für Gesundheit“: Roadmap für eine bessere Patientenversorgung durch Gesundheitsforschung und Digitalisierung*.
- Busse, R. (2019). *Vorlage 58. EKmedV: 16. Sitzung*.
- Busse, R. (2020). *Notfallversorgung: Wo wir stehen, was sich ändern muss—Mehr Empirie, mehr Steuerung. Vortrag im Rahmen des ZI-Forums am 10.11.2020*. <https://www.zi.de/veranstaltungen/zi-forum/10-november-2020>
- Busse, R., & Berger, E. (2018). Vom planerischen Bestandsschutz zum bedarfsorientierten Krankenhausangebot? In J. Klauber, M. Geraedts, J. Friedrich, & J. Wasem (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2018. Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit* (S. 149-170). Schattauer.
- Caumanns, J. (2019). Zur Diskussion: Stand der Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 143, 22-29. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2019.04.002>
- Cornejo Müller, A., Wachtler, B., & Lampert, T. (2020). Digital Divide - Soziale Unterschiede in der Nutzung digitaler Gesundheitsangebote. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 63(6), 185-191. <https://doi.org/10.1007/s00103-019-03081-y>
- Daum, M. (2017). *Digitalisierung und Technisierung der Pflege in Deutschland. Aktuelle Trends und ihre Folgewirkungen auf Arbeitsorganisation, Beschäftigung und Qualifizierung*. DAA-Stiftung Bildung und Beruf.
- DEGAM. (2009). *Speciality Training for General Practice in Germany. A Report by a Panel of Invited International Experts*. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin.

- DEGAM. (2015). *Positionspapier der DEGAM. Kriterien für Kompetenzzentren Allgemeinmedizin*. Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin.
- Deloitte. (2020). *Digitale Transformation. Wo steht das deutsche Gesundheitswesen? Closing the digital gap - Shaping the future of European healthcare*. Deloitte Touche Tohmatsu Limited. <https://www2.deloitte.com/de/de/pages/life-sciences-and-healthcare/articles/digitalisierung-des-gesundheitswesens.html>
- Destatis. (2018a). *Grunddaten der Krankenhäuser 2017* (Fachserie 12, Reihe 6.1.1).
- Destatis. (2018b). *Kostennachweis der Krankenhäuser 2017* (Fachserie 12, Reihe 6.3).
- Destatis. (2018c). *Pflegestatistik 2017. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*.
- Destatis. (2019). *Bevölkerung im Wandel—Annahmen und Ergebnisse der 14. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. Begleitheft zur Pressekonferenz am 27. Juni 2019 in Berlin*.
- Destatis. (2020a). *44 % mehr Schülerinnen und Schüler im Hebammenberuf im Schuljahr 2018/2019 als vor zehn Jahren. Pressemitteilung Nr. N 024 vom 13. Mai 2020*. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/05/PD20_N024_212.html
- Destatis. (2020b). *Bundesländer mit Hauptstädten nach Fläche, Bevölkerung und Bevölkerungsdichte am 31.12.2019*. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Laender-Regionen/Regionales/Gemeindeverzeichnis/Administrativ/02-bundeslaender.html>
- Destatis. (2020c). *Gesundheitspersonal: Deutschland, Jahre, Beschäftigungsverhältnis, Geschlecht, Berufe im Gesundheitswesen. Stand: 23.10.2020*. GENESIS-Online. <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online>
- Destatis. (2020d). *Grunddaten der Krankenhäuser 2018* (Fachserie 12, Reihe 6.1.1).
- Destatis. (2020e). *Krankenhausentbindungen in Deutschland. Stand: 19.06.2020*. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/krankenhausentbindungen-kaiserschnitt.html>
- Destatis. (2020f). *Lebendgeborene: Deutschland, Jahre, Geschlecht. Stand: 26.10.2020*. GENESIS-Online. <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online>
- Destatis. (2020g). *Pressemitteilung Nr. 119 vom 2. April 2020*. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/04/PD20_119_231.html;jsessionid=769C4F6D028D13825B5B58CBE3BD37B9.internet8731
- Deutscher Bundestag. (2014). *Drucksache 18/1289. Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) - Gesetzliche Krankenversicherung*.
- Deutscher Bundestag. (2019). *Drucksache 19/13195. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Andrew Ullmann, Michael Theurer, Renata Alt, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP. Der Rettungsdienst in der integrierten Notfallversorgung*.
- Deutscher Bundestag. (2020a). *Drucksache 19/22034. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Wieland Schinnenburg, Michael Theurer, Dr. Jens Brandenburg (Rhein-Neckar), weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP. Auswirkungen der Psychotherapie-Richtlinie-Reform und des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) auf die psychotherapeutische Versorgung*.
- Deutscher Bundestag. (2020b). *Drucksache 19/22825. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Wieland Schinnenburg, Michael Theurer, Renata Alt, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP. Umsetzung des Patientendatenschutz-Gesetzes vor dem Hintergrund europarechtlicher Vorgaben zum Datenschutz*.
- Deutscher Bundestag. (2020c). *Drucksache 19/23342. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Christian Kühn (Tübingen), Kordula Schulz-Asche,*

Corinna Ruffer, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.
Ausbau ambulanter Wohn- und Betreuungsangebote für Menschen im Alter, mit Pflegebedürftigkeit oder Behinderung.

- Deutscher Hebammenverband. (2019a). *Hebammenkreißsäle in Deutschland. Zuletzt geändert am 16.01.2019.* <https://www.hebammenverband.de/familie/hebammen-kreissaele/>
- Deutscher Hebammenverband. (2019b). *Zahlenspiegel zur Situation der Hebammen 4/2019.*
- Deutscher Hebammenverband. (2020). *Hebammengeleitete Einrichtungen in Niedersachsen. Zuletzt geändert am 09.04.2020.* <https://www.hebammenverband.de/familie/geburts-haeuser/niedersachsen/>
- Deutscher Städtetag. (2020). „Gesundheitsämter sind gefordert, aber nicht überfordert“: *Umfrage zur Personalstärke in Gesundheitsämtern von Deutschem Städtetag und Deutschem Landkreistag. Pressemitteilung vom 05.08.2020.* <https://www.staedtetag.de/presse/gesundheitsaemter-sind-gefordert-aber-nicht-ueberfordert>
- DGGG, BVF, BFG, DHV, BfHD, & DGHWi. (2018). *Pressemitteilung vom 23.01.2018. Neujahrgespräch: Sicherstellung der klinischen geburtshilflichen Versorgung in Deutschland.*
- DHV, & DGGG. (2020). *Gemeinsame Stellungnahme des Deutschen Hebammenverbands (DHV) und der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG) zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Versorgungsverbesserungsgesetz - GPVG).*
- DKG. (2019). *Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern.* Deutsche Krankenhausgesellschaft.
- DKG. (2020). *Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung. Stand: 10.02.2020.*
- Dockweiler, C. (2020). *Perspektiven der Digitalisierung für das Gesundheitswesen.* In M. Hauff & A. Reller (Hrsg.), *Nachhaltige Digitalisierung. Eine noch zu bewältigende Zukunftsaufgabe* (S. 109-122). Hessische Landeszentrale für politische Bildung.
- Dockweiler, C., & Fischer, F. (Hrsg.). (2019). *EPublic Health - Einführung in ein neues Forschungs- und Anwendungsfeld.* Hogrefe.
- Dockweiler, C., & Razum, O. (2016). *Digitalisierte Gesundheit: Neue Herausforderungen für Public Health.* *Gesundheitswesen*, 78(1), 5-7. <https://doi.org/10.1055/s-0041-110679>
- Donhauser, J. (2014). *Vergangenheit und Nichtvergehenwollendes: Der ÖGD im Nationalsozialismus.* *Public Health Forum*, 22(4), 6.e1-6.e3. <https://doi.org/10.1016/j.phf.2014.09.004>
- Donner-Banzhoff, N. (2010). *Verbundweiterbildung zum Allgemeinarzt, ein Leitfaden für die Planung, Einrichtung und Führung von Weiterbildungsverbänden (DEGAM-Schriften Band 2).* Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin.
- Drupp, M., & Meyer, M. (2019). *Belastungen und Arbeitsbedingungen bei Pflegeberufen—Arbeitsunfähigkeitsdaten und ihre Nutzung im Rahmen eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements.* In K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber, & A. Schwinger (Hrsg.), *Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege - aber woher?* (S. 23-47). Springer.
- Dwyer, R., Gabbe, B., Stoelwinder, J. U., & Lowthian, J. (2014). *A systematic review of outcomes following emergency transfer to hospital for residents of aged care facilities.* *Age Ageing*, 43(6), 759-766. <https://doi.org/10.1093/ageing/afu117>
- Einigung in der Tarifverhandlung für die Beschäftigten des öffentlichen Dienstes von Bund und Kommunen. Stand: 25.10.2020.* (2020).

- Elmer, A. (2016). EHealth in Deutschland - Probleme, Projekte, Perspektiven. *G+G Wissenschaft*, 16(3), 7-13.
- Euro-Peristat Project. (2018). *European Perinatal Health Report. Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015*.
- Eurostat. (2020a). *Durchschnittsalter der Mutter bei der Geburt und bei der Geburt des ersten Kindes*. Online Datencode: TPS00017. Letzte Aktualisierung am 09.10.2020. <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00017/default/table?lang=de>
- Eurostat. (2020b). *Fruchtbarkeitsziffern (Online Datencode: DEMO_FIND)*. Letzte Aktualisierung am 09.10.2020. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/DEMO_FIND__custom_100698/bookmark/table?lang=de&bookmarkId=add55d72-fcd1-448b-a8e8-840fc02ee0e1
- Fischer, F., & Krämer, A. (Hrsg.). (2016). *eHealth in Deutschland: Anforderungen und Potenziale innovativer Versorgungsstrukturen*. Springer.
- forsa. (2018). *Einstellungen der Bevölkerung zum Thema GKV-Finanzierung und -Versorgung*. Gesellschaft für Sozialforschung und statistische Analysen mbH.
- Fürstenberg, T., Laschat, M., Zich, K., Klein, S., Gierling, P., Nolting, H.-D., & Schmidt, T. (2013). *G-DRG-Begleitforschung gemäß § 17b Abs. 8 KHG. Endbericht des dritten Forschungszyklus (2008 bis 2010)*. IGES Institut im Auftrag des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK).
- G-BA. (2019). *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie)*. In der Fassung vom 19. Februar 2009. Zuletzt geändert am 22. November 2019. G-BA.
- G-BA. (2020a). *Der Innovationsfonds: Stand der Dinge*. Gemeinsamer Bundesausschuss. https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/media/48/Der-Innovationsfonds-im-Ueberblick_2020-05-18.pdf
- G-BA. (2020b). *Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (Sicherstellungszuschläge-Regelungen)*. In der Fassung vom 24. November 2016. Zuletzt geändert am 1. Oktober 2020.
- G-BA. (2020c). *Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Mindestmengenregelung, Mm-R)*. In der Fassung vom 20. Dezember 2005. Zuletzt geändert am 16. Juli 2020.
- G-BA. (2020d). *Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)*. In der Fassung vom 19. April 2018. Zuletzt geändert am 20. November 2020.
- G-BA. (2020e). *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V*. In der Fassung vom 21. März 2013. Zuletzt geändert am 17. Dezember 2020.
- G-BA. (2020f). *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie)*. In der Neufassung vom 20. Dezember 2012. Zuletzt geändert am 17. Dezember 2020. Gemeinsamer Bundesausschuss.
- G-BA. (2020g). *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransportleistungen und Rettungsfahrten nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 12 SGB V (Krankentransport-Richtlinie)*. In der Fassung vom 22. Januar 2004. Zuletzt geändert am 17. September 2020.

- G-BA. (2020h). *Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („Mutterschafts-Richtlinien“)*. In der Fassung vom 10. Dezember 1985. Zuletzt geändert am 20. Februar 2020.
- G-BA Innovationsfonds. (o. J.). *Homern - Hospitalisierung und Notaufnahmebesuche von Pflegeheimbewohnern: Häufigkeit, Ursachen und Entwicklung einer Intervention zur Verbesserung der Versorgung*. Abgerufen 15. Januar 2021, von <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/homern-hospitalisierung-und-notaufnahmebesuche-von-pflegeheimbewohnern-haeufigkeit-ursachen-und-entwicklung-einer-intervention-zur-verbesserung-der-versorgung>.54
- GBE. (1998). *Gesundheitsbericht für Deutschland, Öffentlicher Gesundheitsdienst*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=1105
- GBE. (2020a). *Gesundheitspersonal. Ambulante Einrichtungen*. Zuletzt ergänzt am 21.01.2020. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. <https://www.gbe-bund.de/gbe/>
- GBE. (2020b). *Indikator 2.3 des Indikatorensetzes der GBE der Länder: Bevölkerung im Jahresdurchschnitt nach Alter und Geschlecht, Region, ab 1990*. Zuletzt ergänzt am 19.08.2020. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. <https://www.gbe-bund.de/gbe/>
- GBE. (2020c). *Indikator 2.10 des Indikatorensetzes der GBE der Länder: Lebendgeborene (Anzahl, je 1.000 Einwohner, je 1.000 15- bis 44-jährige Frauen etc.) nach Jahr, Region, ab 1981*. Zuletzt ergänzt am 16.07.2020. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. <https://www.gbe-bund.de/gbe/>
- GDV. (2018). *Kosten für Geburtsschäden schwer kalkulierbar*. Stand: 05.04.2018. Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft. <https://www.gdv.de/de/themen/news/kosten-fuer-geburtsschaeden-schwer-kalkulierbar-16288>
- Geissler, A., Quentin, W., & Busse, R. (2017). Umgestaltung der Notfallversorgung: Internationale Erfahrungen und Potenziale für Deutschland. In J. Klauber, M. Geraedts, J. Friedrich, & J. Wasem (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2017. Zukunft gestalten* (S. 41-59). Schattauer.
- gematik. (2020). *Arena für digitale Medizin. Whitepaper Telematikinfrastruktur 2.0 für ein föderalistisch vernetztes Gesundheitssystem*.
- Gerlach, F. (2013). „Wir brauchen mehr Generalisten“. Interview mit Prof. Ferdinand Gerlach, geführt von Stefan Deges, Florian Albert und Peter Carqueville. *Gesundheitswirtschaft*, 5(13), 15-19.
- Gerlach, F. (2019). *Vorlage 87. EKmedV: 25. Sitzung*. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.
- Gesundheitsregion OS. (o. J.). *eMedCare Emsland Osnabrück—Digitale Brücke zwischen Hausarzt und Pflege*. Gesundheitsregion Osnabrücker Land. Abgerufen 11. Januar 2021, von <https://www.gesundheitsregion-os.de/netzwerke-und-projekte/emedcare>
- Giese, C. (2018). Professionelles Selbstverständnis und Ethik. In A. Riedel & A.-C. Linde (Hrsg.), *Ethische Reflexion in der Pflege. Konzepte—Werte—Phänomene* (S. 21-29). Springer.
- Gipp, C., Brenck, A., & Schiffhorst, G. (2020). *Zukunftsfähige öffentliche Mobilität außerhalb von Ballungsräumen. Konzeption einer Angebots- und Organisationsmodernisierung*. I-GES Institut GmbH im Auftrag des ADAC e.V.
- GKV-Spitzenverband. (o. J.). *GKV-Kennzahlen*. Abgerufen 28. August 2020, von https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/zahlen_und_grafiken/gkv_kennzahlen/gkv_kennzahlen.jsp

- GKV-Spitzenverband. (2017). *Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes für die 19. Legislaturperiode 2017-2021*. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Positionspapier_neue_Legislaturperiode_2017-2021_barrierefrei_a.pdf
- GKV-Spitzenverband. (2019). *Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes: Zukunft des Innovationsfonds*. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/20190319_Positionspapier_Innovationsfonds_barrierefrei.pdf
- GKV-Spitzenverband. (2020). *Flächendeckende Notfallversorgung gesichert. Pressemitteilung vom 25.11.2020*. GKV-Spitzenverband. https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_1130560.jsp
- Glaeske, G. (2019). Gerechtigkeit in der Arzneimittelversorgung - aber wer entscheidet darüber? In M. Fuchs, D. Greiling, & M. Rosenberger (Hrsg.), *Gut versorgt? Ökonomie und Ethik im Gesundheits- und Pflegebereich* (S. 57-74). Nomos.
- GMK. (2018). *Leitbild für einen modernen Öffentlichen Gesundheitsdienst. Zuständigkeiten. Ziele. Zukunft*. 91. Gesundheitsministerkonferenz.
- Graf, C. (2020). *Vorlage 124. EKmedV: 40. Sitzung*. BARMER.
- Greiner, F., Slagman, A., Stallmann, C., March, S., Pollmanns, J., Dröge, P., Günster, C., Rosenbusch, M.-L., Heuer, J., Drösler, S. E., Walcher, F., & Brammen, D. (2019). Routine-daten aus Notaufnahmen: Unterschiedliche Dokumentationsanforderungen, Abrechnungsmodalitäten und Datenhalter bei identischem Ort der Leistungserbringung. *Gesundheitswesen*, 82(S 01), S72-S82. <https://doi.org/10.1055/a-0996-8371>
- Greß, S., & Schnee, M. (2017). Wege zur integrierten und sektorenübergreifenden Versorgung. *G+G Wissenschaft*, 17, 7-15.
- Griffiths, P., Ball, J., Drennan, J., Dall'Ora, C., Jones, J., Maruotti, A., Pope, C., Recio Saucedo, A., & Simon, M. (2016). Nurse staffing and patient outcomes: Strengths and limitations of the evidence to inform policy and practice. A review and discussion paper based on evidence reviewed for the National Institute for Health and Care Excellence Safe Staffing guideline development. *International Journal of Nursing Studies*, 63, 213-225. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.03.012>
- Griffiths, P., Maruotti, A., Recio Saucedo, A., Redfern, O. C., Ball, J. E., Briggs, J., Dall'Ora, C., Schmidt, P. E., & Smith, G. B. (2019). Nurse staffing, nursing assistants and hospital mortality: Retrospective longitudinal cohort study. *BMJ Quality & Safety*, 28(8), 609. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2018-008043>
- Grobe, T., Steinmann, S., & Szecsenyi, J. (2020). *BARMER Arztreport 2020. Psychotherapie - veränderter Zugang, verbesserte Versorgung?* (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 21). BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung (bifg).
- Grote Westrick, M., Vollbracht, E., Deckenbach, B., Nolting, H.-D., & Zich, K. (2019). *Überversorgung - eine Spurensuche*. Bertelsmann Stiftung. IGES Institut. DOI 10.11586/2019064
- Gruhl, M. (2020). *Quo vadis, ÖGD? Kommentar vom 08.07.2020*. Observer Gesundheit. <https://observer-gesundheit.de/quo-vadis-oegd/>
- Günster, C., Drogan, D., Hentschker, C., Klauber, J., Malzahn, J., Schillinger, G., & Mostert, C. (2020). *WIdO-Report: Entwicklung der Krankenhausfallzahlen während des Coronavirus-Lockdowns. Nach ICD-Diagnosekapiteln und ausgewählten Behandlungsanlässen*.

- Haas, C., Larbig, M., & Schöpke, T. (2015). *Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus. Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse*. Management Consult Kestermann GmbH. Deutsche Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e. V. (DGINA).
- Haas, P. (2017). *Elektronische Patientenakten. Einrichtungsübergreifende Elektronische Patientenakten als Basis für integrierte patientenzentrierte Behandlungsmanagement-Plattformen*. Bertelsmann Stiftung. <https://doi.org/10.11586/2017018>
- Haffner, C., & Donner-Banzhoff, N. (2013). Weiterbildung Allgemeinmedizin in Deutschland - Urteil einer internationalen Kommission. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 89(7), 308-310.
- Hausärzterverband Niedersachsen. (2019). *Vorlage 40. EKmedV: 11. Sitzung*.
- Hebammenverband Niedersachsen. (2019). *Vorlage 97. EKmedV: 28. Sitzung*.
- Hebammenzentrale Region Hannover. (o. J.). *Webseite der Hebammenzentrale Region Hannover*. Abgerufen 19. November 2020, von <https://www.hebammenzentrale-hannover.de/>
- Henke, I. (2020). Bund und Länder schließen „Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst“. *NLT-Information*, 2020(5), 139-141.
- Hentschker, C., Mostert, C., Klauber, J., Malzahn, J., Scheller-Kreinsen, D., Schillinger, G., Karagiannidis, C., & Busse, R. (2021). Stationäre und intensivmedizinische Versorgungsstrukturen von COVID-19-Patienten bis Juli 2020. *Medizinische Klinik Intensivmedizin und Notfallmedizin*. <https://doi.org/10.1007/s00063-021-00776-6>
- Herr, D., Schreyögg, J., & Gerlach, F. M. (2019). Integrierte Notfallzentren - Kernelement der zukünftigen Notfallversorgung! *G&S Gesundheits- und Sozialpolitik*, 73(4-5), 44-50. <https://doi.org/10.5771/1611-5821-2019-4-5-44>
- HIH. (o. J.). HIH 2025. Startseite. *Health Innovation Hub*. Abgerufen 18. Dezember 2020, von <https://hih-2025.de/>
- Hildebrandt, H., & Schulte, T. (2017). Reducing Hospitalisations for Ambulatory Care-sensitive Conditions in Integrated Care Systems. *International Journal of Integrated Care*, 17, A314, S. 1-8. <https://doi.org/dx.doi.org/10.5334/ijic.3631>
- HKSH-BV. (2019). *Stellungnahme zum Referentenentwurf Digitale Versorgung-Gesetz (DVG). Überführung erfolgreicher Projekte des Innovationsfonds in die Regelversorgung - Zwischenfinanzierung gewährleisten*. Haus der Krebs-Selbsthilfe - Bundesverband e.V.
- Hoffmann, F., & Allers, K. (2019). Dying in hospital among nursing home residents with and without dementia in Germany. *Archives of gerontology and geriatrics*, 82, 293-298. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.03.013>
- Hofmann, B., Kreyenfeld, M., & Uhlendorff, A. (2017). Job Displacement and First Birth Over the Business Cycle. *Demography*, 54(3), 933-959. <https://doi.org/10.1007/s13524-017-0580-4>
- Hofräuter-Gätgens, K. (2019). *Digitalisierung im Gesundheitswesen - eine systematische Einführung. Competence Center Gesundheit (CCG) Ringvorlesung der HAW Hamburg am 16.10.2019*.
- Hübner, U., Esdar, M., Hüser, J., Liebe, J.-D., Naumann, L., Thye, J., & Weiß, J.-P. (2020). *IT-Report Gesundheitswesen 2020. Wie reif ist die Gesundheits-IT aus Anwender-Perspektive? Befragung ärztlicher und pflegerischer Krankenhaus-Direktoren*innen in Deutschland, Österreich und der Schweiz*. Hochschule Osnabrück.
- IGES. (2015). *Hebammenversorgung in Thüringen. Gutachten zur Versorgungs- und Bedarfssituation mit Hebammenleistungen sowie über die Einkommens- und Arbeitssituation*

- von Hebammen in Thüringen [Endbericht Für das Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie].
- IGES. (2018). *Folgeabschätzung einer gestuften Notfallversorgung. Folgenabschätzung für die Regelungen für ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V.*
- InEK. (2019). *Hinweise zur Leistungsplanung/Budgetverhandlung für das Jahr 2020 in Zusammenhang mit den Definitionshandbüchern der aG-DRG-Versionen 2018/2020 und 2019/2020 bzw. Den darauf beruhenden Groupern.* Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. https://www.g-drg.de/aG-DRG-System_2020/Hinweise_zur_Leistungsplanung_Budgetverhandlung_G-DRG/Hinweise_zur_Leistungsplanung_Budgetverhandlung_fuer_2020#4
- Institut DGB-Index Gute Arbeit, & ver.di. (2018). *Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege. So beurteilen die Beschäftigten die Lage. Ergebnisse einer Sonderauswertung der Repräsentativumfragen zum DGB-Index Gute Arbeit.* <https://index-gute-arbeit.dgb.de/++co++df07ee92-b1ba-11e8-b392-52540088cada>
- IQWiG. (2020). *Zusammenhang zwischen Leistungsmenge und Qualität des Behandlungsergebnisses bei der chirurgischen Behandlung des Brustkrebses* (IQWiG-Berichte Nr. 869).
- Jaeger-Erben, M., Peuker, B., & Rückert-John, J. (2020). Die Potenziale der Digitalisierung zur Förderung sozialer Innovationen. In M. von Hauff & A. Reller (Hrsg.), *Nachhaltige Digitalisierung - eine noch zu bewältigende Zukunftsaufgabe* (S. 123-140). Hessische Landeszentrale für politische Bildung.
- Jagau, H. (2020). *Vorlage 147. EKmedV: 48. & 49. Sitzung.* Region Hannover.
- Kaucher, M., Richter, N., Kopp, J., Jacob, R., Gibis, B., & Trebar, B. (2016). Das Image der Allgemeinmedizin aus Sicht von Medizinstudierenden. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 92(7/8), 320-325.
- KBV. (2018). *Weiterbildungsförderung gemäß § 75A SGB V, Evaluationsbericht 2018.* Kassenärztliche Bundesvereinigung.
- KBV. (2019). *Berufsmonitoring Medizinstudierende 2018.* Kassenärztliche Bundesvereinigung.
- KBV, & FGW. (2020). *Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2020. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage.* Kassenärztliche Bundesvereinigung. Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld GmbH.
- KCW GmbH, & BBG und Partner. (2012). *Medizinische Versorgung und ÖPNV im ländlichen Raum. Grundlagenuntersuchung zu Kooperationsmöglichkeiten und -formen zwischen ÖPNV und medizinischen Versorgungseinrichtungen im ländlichen Raum.* Studie für den Zweckverband Verkehrsverbund Bremen/Niedersachsen (ZVBN).
- Klinikum Oldenburg. (o. J.). *Verbund Pädiatrische Onkologie Weser-Ems.* Abgerufen 18. Januar 2021, von <https://www.klinikum-oldenburg.de/zentren-kliniken/kliniken/klinik-fuer-allgemeine-kinderheilkunde-haematologie/-onkologie/verbund>
- Koalitionsausschuss. (2020). *Corona-Folgen bekämpfen, Wohlstand sichern, Zukunftsfähigkeit stärken. Ergebnis Koalitionsausschuss 3. Juni 2020.*
- Kochskämper, S. (2020). *Wie steht es um Deutschlands Krankenhausinfrastruktur? Überblick und internationaler Vergleich* [IW-Report 14/2020]. Institut der deutschen Wirtschaft.
- Kochskämper, S., Risius, P., & Seyda, S. (2018). *Fachkräfteengpass in der Krankenpflege. Wo liegt weiterer Reformbedarf?* (S. 16) [IW-Report 39/18]. Institut der deutschen Wirtschaft.

- Kohler, S., & Bärnighausen, T. (2018). *Entwicklung und aktuelle Versorgungssituation in der Geburtshilfe in Baden-Württemberg. Bericht für den Runden Tisch Geburtshilfe in Baden-Württemberg*. Heidelberger Institut für Global Health. Erstellt im Auftrag des Ministeriums für Soziales und Integration Baden-Württemberg.
- Korzilius, H. (2018). Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD): Ärzte streiten für mehr Geld. *Deutsches Ärzteblatt*, 115(44), A-1987 / B-1659 / C-1645.
- Köster, C., Wrede, S., Herrmann, T., Meyer, S., Willms, G., Broge, B., & Szecsenyi, J. (2016). *Ambulante Notfallversorgung - Analyse und Handlungsempfehlungen*. AQUA - Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH.
- Kramer, U., Borges, U., Fischer, F., Hoffmann, W., Pobiruchin, M., & Vollmar, H. C. (2019). DNVF-Memorandum - Gesundheits- und Medizin-Apps (GuMAs). *Das Gesundheitswesen*, 81(10), e154-e170. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1667451>
- Krautz, C., Nimptsch, U., Weber, G. F., Mansky, T., & Grützmann, R. (2018). Effect of Hospital Volume on In-hospital Morbidity and Mortality Following Pancreatic Surgery in Germany. *Annals of Surgery*, 267(3), 411-417.
- Krebs, S., Hasseler, M., & Lietz, A. L. (2020). Der Einsatz von Leih- und Zeitarbeit in der Pflege - steigende Kosten, fehlende soziale und fachliche Akzeptanz, ausbleibende Einarbeitung und Kurzeinweisung. *Das Gesundheitswesen*. <https://doi.org/10.1055/a-1186-0482>
- Kreyenfeld, M. (2020, April 19). *Corona, Krise und Geburten* [Vortrag im Rahmen des Kolloquiums „Soziologische Perspektiven auf die Corona-Krise“ des Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB)].
- Kuhlmey, A., Blüher, S., Nordheim, J., & Zöllick, J. (2019). *Technik in der Pflege - Einstellungen von professionell Pflegenden zu Chancen und Risiken neuer Technologien und technischer Assistenzsysteme. Abschlussbericht für das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP)*.
- Kuhn, B., & Amelung, V. E. (2015). Gemeinden unter Druck - Welche Rolle kann die Kommune bei der Lösung von ambulanten ärztlichen Versorgungsproblemen spielen? *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 69(6), 16-24. <https://doi.org/10.5771/1611-5821-2015-6-16>
- Kuhn, J., & Wildner, M. (2020a). Corona-Krise und öffentlicher Gesundheitsdienst. *G+G Wissenschaft*, 20(4), 15-22.
- Kuhn, J., & Wildner, M. (2020b). Öffentlicher Gesundheitsdienst. In O. Razum & P. Kolip (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (7. Auflage, S. 815-832). Beltz Juventa.
- Kuhnimhof, T., Nobis, C., Hillmann, K., Follmer, R., & Eggs, J. (2019). *Veränderungen im Mobilitätsverhalten zur Förderung einer nachhaltigen Mobilität. Abschlussbericht* (Texte 101/2019). DLR Institut für Verkehrsforschung. Institut für angewandte Sozialwissenschaft (infas). Im Auftrag des Umweltbundesamtes.
- Kurscheid, C. (2020). Gütekriterien. In U. Hahn & C. Kurscheid (Hrsg.), *Intersektorale Versorgung* (S. 27-34). Springer Gabler.
- KVN. (2016). *Erreichbarkeiten, Hausärzte (Unveröffentlichtes Dokument)*. Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen.
- KVN. (2019a). *Bereitschaftsdienstordnung*. Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen.
- KVN. (2019b). *Vorlage 7. EKmedV: 3. Sitzung*. Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen. (Daten nachträglich durch Anfrage bei der KVN am 02.12.2020 aktualisiert).
- KVN. (2019c). *Vorlage 46. EKmedV: 13. Sitzung*. Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen.
- KVN. (2020a). *Anzahl von Betriebsstätten und Ärzten (unveröffentlichtes Dokument)*. Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen.

- KVN. (2020b). *Behandlungsfälle im Jahr je Hausarzt in Niedersachsen (Unveröffentlichtes Dokument)*. Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen.
- KVN. (2020c). *Daten der vertragsärztlichen Versorgung (Unveröffentlichtes Dokument)*. Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen.
- KVN. (2020d). Honorarumsatzsteigerungen auch dank des TSVG. *Niedersächsisches Ärzteblatt*, 2, 33-41.
- KVN. (2020e). *Infomappe Bedarfsplanung. Fortschreibung 01/2020*. Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen.
- KVN. (2020f). *Pressemitteilung: Boom der Videosprechstunde—Video-Chat statt Wartezimmer*. 28.08.2020. Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen. https://www.kvn.de/Presse/Boom+der+Videosprechstunde+_+Video_Chat+statt+Wartezimmer-press-7645-p-7645.html
- KVN. (2020g). *Projekt Ophthamed-Telenet. Zuletzt aktualisiert am 10.07.2020*. Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen. <https://www.kvn.de/%C3%9Cber+uns/Digitalisierungsprojekte/Projekt+Ophtamed.html>
- KVN. (2020h). *Rahmenvorgabe der KBV für Praxisnetze. Zuletzt aktualisiert am 28.05.2020*. Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen. <https://www.kvn.de/Mitglieder/Beratung/Praxisnetze.html>
- KVN. (2020i). *Vertragsärztliche und vertragspsychotherapeutische Versorgung in Niedersachsen*. Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen.
- KVN. (2021a). *Anfrage bei der KVN (Unveröffentlichtes Material)*. Stand: 12.01.2021. Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen.
- KVN. (2021b). *Haus- und Kinderärztliche Versorgung in Niedersachsen (Unveröffentlichtes Material)*. Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen.
- Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Niedersachsen. (2021). *Antwort auf Anfrage (Unveröffentlichtes Material)*.
- LARD. (2019). *Vorlage 1. EKmedV: 2. Sitzung*. Landesausschuss Rettungsdienst, Niedersächsisches Ministerium für Inneres und Sport.
- Leber, W.-D., & Vogt, C. (2020). Reformschwerpunkt Pflege: Pflegepersonaluntergrenzen und DRG-Pflege-Split. In J. Klauber, M. Geraedts, J. Friedrich, J. Wasem, & A. Beivers (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2020. Finanzierung und Vergütung am Scheideweg* (S. 111-144). Springer.
- Lehmann, Y., Schaepe, C., Wulff, I., & Ewers, M. (2019). *Pflege in anderen Ländern: Vom Ausland lernen?* (Stiftung Münch, Hrsg.). Medhochzwei.
- Lehne, M., Sass, J., Essenwanger, A., Schepers, J., & Thun, S. (2019). Why digital medicine depends on interoperability. *npj Digital Medicine*, 2(79). <https://doi.org/10.1038/s41746-019-0158-1>
- Lemoyne, S. E., Herbots, H. H., De Blick, D., Remmen, R., Monsieus, K. G., & Van Bogaerdt, P. (2019). Appropriateness of transferring nursing home residents to emergency departments: A systematic review. *BMC Geriatrics*, 19, 17. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1028-z>
- Lenkewitz, B. (2019). *Vorlage 2. EKmedV: 2. Sitzung*. Rettungsdienst des Landkreises Norderheide.
- Locher, W. G. (2015). Geschichte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes - von den Anfängen bis heute. *Public Health Forum*, 22(4), 4-6. <https://doi.org/10.1016/j.phf.2014.09.010>

- Loos, S., Albrecht, M., Schiffhorst, G., Ochmann, R., & Möllenkamp, M. (2016). *Faktencheck Krankenhausstruktur. Spezialisierung und Zentrenbildung*. IGES Institut. Bertelsmann-Stiftung.
- Loos, S., Albrecht, M., & Zich, K. (2019). *Zukunftsfähige Krankenhausversorgung. Simulation und Analyse einer Neustrukturierung der Krankenhausversorgung am Beispiel einer Versorgungsregion in Nordrhein-Westfalen*. Bertelsmann Stiftung.
- LRH. (2019). *Vorlage 82. EKmedV: 23. & 24. Sitzung*. Niedersächsischer Landesrechnungshof.
- LSN. (2017). *Statistische Berichte Niedersachsen—Gesundheitswesen*. Landesamt für Statistik Niedersachsen.
- LSN. (2019). *Gesundheitswesen 2017 (A IV 1-j / 2017)*. Landesamt für Statistik Niedersachsen.
- Lück, M., & Melzer, M. (2020). Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege—Höhere Anforderungen, mehr gesundheitliche Beschwerden. *BAuA: Fakten*, 31. <https://doi.org/10.21934/BAUA:FAKTEN20200108>
- Ludwig, O. (2018). Herausforderungen und Chancen des interprofessionellen Dialogs. *Heilberufe*, 70(2), 24-24.
- Maier, B., Behrens, S., Graf-Bothe, C., Kuckuck, H., Roehnisch, J.-U., Schoeller, R. G., Schuehlen, H., & Theres, H. P. (2010). Time of admission, quality of PCI care, and outcome of patients with ST-elevation myocardial infarction. *Clinical Research in Cardiology*, 99(9), 565-572. <https://doi.org/10.1007/s00392-010-0158-2>
- Marcus, F. (2020). *Vorlage 114. EKmedV: 32. Sitzung*. e-Estonia Briefing Centre.
- Marr, M., & Zillien, N. (2010). Digitale Spaltung. In W. Schweiger & K. Beck (Hrsg.), *Handbuch Online-Kommunikation* (S. 257-282). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Masuhr, F. (2020). Innovative Konzepte in der Schlaganfallversorgung. *CardioVasc*, 20(5), 3. <https://doi.org/10.1007/s15027-020-2162-4>
- McKinsey & Company. (2020). *eHealth Monitor 2020. Deutschlands Weg in die digitale Gesundheitsversorgung -Status quo und Perspektiven*.
- Med Uni Graz. (2017). *Erhebung der Berufsmotivation zur Allgemeinmedizin von Studierenden und jungen Ärzten in Österreich und Deutschland*. Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung (IAMEV).
- Meister, S., Burmann, A., & Deiters, W. (2020). *Positionspapier. Digitalisierung im Krankenhaus. Bausteine für eine erfolgreiche Umsetzung des Krankenhaus-Zukunftsgesetzes*. Fraunhofer-Institut für Software- und Systemtechnik ISS.
- Meyer, H. (2020). *Vorlage 140. EKmedV: 46. Sitzung*. Niedersächsischer Landkreistag.
- Meyer, H., & Henke, I. (2020). Gesundheitsfinanzierung durch Kommunen - Bestandsaufnahme und Herausforderungen. *Niedersächsische Verwaltungsblätter*, 2020(2), 36-43.
- Meyer, M., Wiegand, S., & Schenkel, A. (2020). Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2019. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose, & M. Meyer (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2020* (S. 365-444). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-61524-9_23
- MI. (o. J.). *Ausbildung zu Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitätern in Niedersachsen*. Niedersächsisches Ministerium für Inneres und Sport. Abgerufen 15. Januar 2021, von https://www.mi.niedersachsen.de/startseite/themen/innere_sicherheit/rettungsdienste/ausbildung-zu-rettungssanitaeterinnen-und-rettungssanitaetern-in-niedersachsen-61296.html

- MI. (2021a). *Anfrage beim MI (Unveröffentlichtes Material)*. Stand: 25.01.2021. Niedersächsisches Ministerium für Inneres und Sport.
- MI. (2021b). *Anfrage beim MI (Unveröffentlichtes Material)*. Stand: 29.01.2021. Niedersächsisches Ministerium für Inneres und Sport.
- Milstein, R., & Schreyögg, J. (2020). Empirische Evidenz zu den Wirkungen der Einführung des G-DRG-Systems. In J. Klauber, M. Geraedts, J. Friedrich, J. Wasem, & A. Beivers (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2020. Finanzierung und Vergütung am Scheideweg* (S. 25-39). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-60487-8_2
- Mobile Retter e.V. (o. J.). *Mobile Retter. Smartphone-basierte Ersthelfer-Alarmierung*. Abgerufen 11. Januar 2021, von <https://www.mobile-retter.org/>
- MS. (o. J.). *Gesundheitsregionen Niedersachsen*. Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung. Abgerufen 1. Oktober 2020, von [https://www.ms.niedersachsen.de/startseite/gesundheitsregionen_niedersachsen/gesundheitsregionen-niedersachsen-119925.html](https://www.ms.niedersachsen.de/startseite/gesundheit_pfleger/gesundheitsregionen_niedersachsen/gesundheitsregionen-niedersachsen-119925.html)
- MS. (2015). *Berufshaftpflichtversicherung für Hebammen—Wie geht es weiter? Antwort der Landesregierung auf die Mündliche Anfrage. Landtagssitzung am 13.05.2015*. https://www.ms.niedersachsen.de/startseite/service_kontakt/presseinformationen/berufshaftpflichtversicherung-fuer-hebammen---wie-geht-es-weiter-antwort-der-landesregierung-auf-die-muendliche-anfrage-133665.html
- MS. (2017). *Plenum 15. Juni—Mündliche Anfragen—Anfrage 1. Maßnahmen zur Stärkung der ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum*. Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung. https://www.ms.niedersachsen.de/startseite/service_kontakt/niedersachsische_landtag_anfragen/plenum-15-juni---muendliche-anfragen---anfrage-1-154840.html
- MS. (2018). *Handlungsorientierte Sozialberichterstattung Niedersachsen. Statistikteil. Bericht 2018*.
- MS. (2019a). *Ambulante Pflege und medizinische Versorgung im ländlichen Raum verbessern—Telemedizin- und Pflegeprojekt in Gifhorn gestartet. Zuletzt aktualisiert am 04.11.2019*. Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung. https://www.ms.niedersachsen.de/startseite/service_kontakt/presseinformationen/ambulante-pflege-und-medizinische-versorgung-im-landlichen-raum-verbessern-telemedizin-und-pflegeprojekt-in-gifhorn-gestartet-181774.html
- MS. (2019b). *Aufbruch für bessere Pflege in Niedersachsen - Einigung zur Verbesserung der Lohn- und Arbeitsbedingungen in der Pflege*. https://www.ms.niedersachsen.de/startseite/gesundheits_pfleger/pflege/konzertierte-aktion-pflege-niedersachsen-kap-ni-178579.html
- MS. (2019c). *Vorlage 5. EKmedV: 4. Sitzung*. Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung.
- MS. (2019d). *Vorlage 35. EKmedV: 7. Sitzung*. Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung.
- MS. (2019e). *Vorlage 74. EKmedV: 20. & 21. Sitzung*. Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung.
- MS. (2020a). *Auskunft zum Themenfeld Geburtshilfe (Unveröffentlichtes Material)*. Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung.
- MS. (2020b). *Niedersächsischer Krankenhausplan 2020 (35. Fortschreibung)*. Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung.

- MS. (2020c). *Pressemitteilung vom 07.09.2020: 70,6 Prozent stimmen gegen Fortbestand der Pflegekammer*. Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung. https://www.ms.niedersachsen.de/startseite/soziales_inklusion/soziales/pflege_in_niedersachsen/pflegekammer/pflegekammer-niedersachsen-110014.html
- MS. (2020d). *Pressemitteilung vom 29.04.2020. Tablets für Niedersachsens Pflegeheime—Projekt „Videosprechstunde“ startet*. Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung. https://www.ms.niedersachsen.de/startseite/service_kontakt/presseinformationen/tablets-fur-niedersachsens-pflegeheime-projekt-videosprechstunde-startet-187917.html
- MS. (2020e). *Rettet die 112 - Reform der Notfallversorgung nicht gegen Land und Kommunen. Rede der Niedersächsischen Sozialministerin Dr. Carola Reimann. Aktuelle Stunde des Niedersächsischen Landtages am 26.02.2020, TOP 16*. Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung. https://www.ms.niedersachsen.de/startseite/service_kontakt/presseinformationen/rettet-die-112-reform-der-notfallversorgung-nicht-gegen-land-und-kommunen-185471.html
- MS. (2021). *Anfrage beim MS (Unveröffentlichtes Material). Stand: 28.01.2021*. Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung.
- MS, & MI. (2020). *Konzept zur Erweiterung der Krankenhauskapazitäten zur Sicherstellung der stationären Versorgung von COVID-19*. Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung. Niedersächsisches Ministerium für Inneres und Sport.
- MS, & MW. (2020). *Vorlage 125. EKmedV: 40. Sitzung*. Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung. Niedersächsisches Ministerium für Wirtschaft, Arbeit, Verkehr und Digitalisierung.
- MSAGD. (2020). *Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst stärkt Gesundheitsämter in Rheinland-Pfalz. Pressemitteilung vom 08.09.2020*. Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz. <https://msagd.rlp.de/de/service/presse/detail/news/News/detail/pakt-fuer-den-oeffentlichen-gesundheitsdienst-staerkt-gesundheitsaemter-in-rheinland-pfalz/>
- MW. (2018). *Die Strategie Niedersachsens zur digitalen Transformation. Masterplan Digitalisierung*. Niedersächsisches Ministerium für Wirtschaft, Arbeit, Verkehr und Digitalisierung. https://www.niedersachsen.de/startseite/themen/digitales_niedersachsen/masterplan_digitalisierung/
- MW. (2020). *Verkehrsministerium fördert Niedersachsens ÖPNV mit über 95 Millionen Euro. Pressemitteilung vom 05.02.2020*. Niedersächsisches Ministerium für Wirtschaft, Arbeit, Verkehr und Digitalisierung. <https://www.mw.niedersachsen.de/startseite/aktuelles/presseinformationen/verkehrsministerium-fordert-niedersachsens-opnv-mit-uber-95-millionen-euro-184841.html>
- Natschke, T., Heintze, C., & Döpfmer, S. (2016). Eine qualitative Befragung von betreuenden Hausärzten—Patienten mit nicht-spezifischen somatoformen Körperbeschwerden in der Hausarztpraxis. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 92(4), 176-181.
- Niedersächsischer Landtag. (2014). *Drucksache 17/1639. Unterrichtung. Weiterentwicklung der Gesundheitsregionen für eine wohnortnahe, leistungsfähige und sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung in Niedersachsen*.
- Niedersächsischer Landtag. (2019a). *Drucksache 18/3438. Kleine Anfrage zur kurzfristigen schriftlichen Beantwortung gemäß § 46 Abs. 2 GO LT mit Antwort der Landesregierung. Hebammenversorgung in Niedersachsen*.
- Niedersächsischer Landtag. (2019b). *Drucksache 18/4031. Unterrichtung. Sicherstellung von qualifiziertem ärztlichem Fachpersonal im öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD)*.

- Niedersächsischer Landtag. (2020a). *Drucksache 18/7383. Kleine Anfrage zur schriftlichen Beantwortung gemäß § 46 Abs. 1 GO LT mit Antwort der Landesregierung. Neuordnung des hausärztlichen Bereitschaftsdienstes im Landkreis Northeim—Versorgung in Uslar und Bodenfelde gefährdet?*
- Niedersächsischer Landtag. (2020b). *Drucksache 18/7712. Kleine Anfrage zur schriftlichen Beantwortung gemäß § 46 Abs. 1 GO LT mit Antwort der Landesregierung. Wie sind die Gesundheitsämter für eine zweite Corona-Welle aufgestellt?*
- Niedersächsischer Landtag. (2021). *Drucksache 18/8276. Kleine Anfrage zur schriftlichen Beantwortung gemäß § 46 Abs. 1 GO LT mit Antwort der Landesregierung. Welche niedersächsischen Krankenhäuser haben bislang Corona-Patientinnen und -Patienten versorgt?*
- Niedersächsisches Landesjustizportal. (2015). *Rechtsprechung. Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen 3. Senat, Urteil vom 04.11.2015, L 3 KA 88/11. Vertragsärztliche Versorgung—Keine Ermächtigung zur Teilnahme für Ärzte der Sozialpsychiatrischen Dienste in Niedersachsen.* <http://www.rechtsprechung.niedersachsen.de/jportal/?quelle=jlink&docid=JURE160004442&psml=bsndprod.psml&max=true>
- Nimptsch, U., & Mansky, T. (2017). Hospital volume and mortality for 25 types of inpatient treatment in German hospitals: Observational study using complete national data from 2009 to 2014. *BMJ Open*, 7(9), e016184. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016184>
- NKG. (2019). *Vorlage 21. EKmedV: 7. & 8. Sitzung.* Niedersächsische Krankenhausgesellschaft.
- NKG. (2020a). *NKG-Indikator 2020. Wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser in Niedersachsen. Schwerpunkt: Corona-Pandemie.* Niedersächsische Krankenhausgesellschaft.
- NKG. (2020b). *Vorlage 135. EKmedV: 45. Sitzung.* Niedersächsische Krankenhausgesellschaft.
- NLGA. (o. J.). *Impfreport.* Niedersächsisches Landesgesundheitsamt. Abgerufen 26. November 2020, von <https://www.nlga.niedersachsen.de/startseite/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsberichte/impfreport/>
- NLGA. (2020). *Anfrage beim NLGA (Unveröffentlichtes Material).* Niedersächsisches Landesgesundheitsamt.
- NLT. (2020). NLT-Positionspapier zur Gesundheitsversorgung in Niedersachsen. Landkreise als Garanten eines patientennahen Gesundheitssystems. *NLT-Information*, 43(2-3), 46-57.
- Nobis, C., & Kuhnimhof, T. (2018). *Mobilität in Deutschland—MiD. Ergebnisbericht. Studie von infas, DLR, IVT und infas 360 im Auftrag des Bundesministers für Verkehr und digitale Infrastruktur (FE-Nr. 70.904/15).* www.mobilitaet-in-deutschland.de
- OECD. (o. J.). *Health Systems Characteristics Survey.* Abgerufen 10. August 2020, von <https://qdd.oecd.org/subject.aspx?Subject=hsc>
- OECD. (2017). *Health at a Glance 2017: OECD Indicators.* OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-en
- OECD. (2019a). *Deutschland: Länderprofil Gesundheit 2019.*
- OECD. (2019b). *Health at a Glance 2019: OECD Indicators.* OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>
- OECD. (2020a). *Health Care Resources: Hospital employment.* Abgerufen 27.08.2020. OECD.Stat. https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC
- OECD. (2020b). *Health Care Resources: Hospitals.* Abgerufen 27.08.2020. OECD.Stat. <https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30182>

- OECD. (2020c). *Health Care Resources: Nurses*. Abgerufen 30.09.2020. OECD.Stat. <https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30175>
- OECD. (2020d). *Health expenditure and financing*. Abgerufen 27.08.2020. OECD.Stat. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>
- OECD. (2020e). *Hospital discharge rates*. Abgerufen 28.08.2020. OECD Data. <https://doi.org/10.1787/5880c955-en>
- OECD. (2020f). *Realising the Potential of Primary Health Care* (OECD Health Policy Studies). <https://doi.org/10.1787/a92adee4-en>
- Oswald, J., & Bunzemeier, H. (2020). Auswirkungen der Personalkostenvergütung auf die Prozesse im Krankenhaus. In J. Klauber, M. Geraedts, J. Friedrich, J. Wasem, & A. Beivers (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2020. Finanzierung und Vergütung am Scheideweg* (S. 145-168). Springer.
- PD. (2019). *Gutachten Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen*. PD - Berater der öffentlichen Hand GmbH.
- Pflegekammer Niedersachsen. (2021). *Bericht zur Lage der Pflegefachberufe in Niedersachsen. Zweite Auswertung der Daten aus dem Pflegefachberuferegister der Pflegekammer Niedersachsen*.
- Poppe, F., Starke, D., & Kuhn, J. (2016). Personalstruktur an den Gesundheitsämtern in Deutschland. *Blickpunkt Öffentliche Gesundheit*, 32(3), 8.
- Pöttsch, O. (2018). Aktueller Geburtenanstieg und seine Potenziale. *WISTA - Wirtschaft und Statistik*, 3/2018, 72-89.
- Pross, C., Busse, R., & Geissler, A. (2017). Hospital quality variation matters - A time-trend and cross-section analysis of outcomes in German hospitals from 2006 to 2014. *Health Policy*, 121(8), 842-852. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.06.009>
- Pulst, A., Fassmer, A. M., Hoffmann, F., & Schmiemann, G. (2020). Vom Pflegeheim ins Krankenhaus - Erfahrungen und potenzielle Maßnahmen zur Reduktion der Transporte aus Sicht von Rettungskräften. *Notfall + Rettungsmedizin*, 23, 575-577. <https://doi.org/10.1007/s10049-020-00800-w>
- PwC. (2019). *Notaufnahmen in Not? Eine Studie zur Notfallversorgung in Deutschland*. PricewaterhouseCoopers GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft.
- Region Hannover. (2020). *Entwurf des Nahverkehrsplans 2020*.
- Reichelt, H. (2018). *Landkreis Aurich Nahverkehrsplan 2018*.
- ReKo. (o. J.). *ReKo—Regionales Pflegekompetenzzentrum. Startseite*. Abgerufen 18. Januar 2021, von <https://rekopflege.de/>
- Richard, S. (2020). Von der sektorenübergreifenden zur sektorenunabhängigen Versorgung. *Der Internist*, 61(9), 895-902. <https://doi.org/10.1007/s00108-020-00844-7>
- Roski, R. (2021). Wirkungen des Innovationsfonds - Wissensgenerierung und Durchsetzung von Innovationen. In S. G. Spitzer & V. Ulrich (Hrsg.), *Intersektorale Versorgung im deutschen Gesundheitswesen. Gegenwart und Zukunft—Analysen und Perspektiven* (S. 140-153). Kohlhammer.
- RubiN. (o. J.). *RubiN - Regional ununterbrochen betreut im Netz. Startseite*. Abgerufen 18. Januar 2021, von <https://www.rubin-netzwerk.de/>
- RUN. (2020). *Rettungsdienst Niedersachsen. Kontinuierliche Basis- und Qualitätsdatenanalyse—KBQA. Informationen für die Rettungsdienststräger in Niedersachsen. Version: 3.0 vom 24.01.2020*. Rettungswesen und Notfallmedizin GmbH - Institut für Analyse, Planung und Beratung.

- Sander, M., Albrecht, M., & Temizdemir, E. (2019). *Hebammenstudie Sachsen. Studie zur Erfassung der Versorgungssituation mit Hebammenleistungen in Sachsen sowie zur Möglichkeit der kontinuierlichen landesweiten Erfassung von Daten über Hebammenleistungen*. IGES Institut GmbH für das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz.
- Schäfers, R., & Kolip, P. (2015). *Zusatzangebote in der Schwangerschaft: Sichere Rundumversorgung oder Geschäft mit der Unsicherheit?* (Gesundheitsmonitor Newsletter). Bertelsmann Stiftung.
- Schirmer, C., & Steppat, S. (2016). *Die Arbeitssituation von angestellten Hebammen in Kliniken. Hebammenbefragung 2015*. Deutscher Hebammenverband. Picker Institut Deutschland.
- Schlegel, T. (2021). Umsetzung sektorenübergreifender und interprofessioneller Versorgung - Verantwortungsanachronismus vs. Versorgungsanforderungen. Bundes- und Landesgremien - Voraussetzungen für eine moderne Gesundheitsversorgung. In S. G. Spitzer & V. Ulrich (Hrsg.), *Intersektorale Versorgung im deutschen Gesundheitswesen. Gegenwart und Zukunft—Analysen und Perspektiven* (S. 44-61). Kohlhammer.
- Schmiedel, R., & Behrendt, H. (2019). *Leistungen des Rettungsdienstes 2016/2017*. Forschungs- und Plangesellschaft für das Rettungswesen.
- Schmiedhofer, M. H., Searle, J., Slagman, A., & Möckel, M. (2017). Inanspruchnahme zentraler Notaufnahmen: Qualitative Erhebung der Motivation von Patientinnen und Patienten mit nichtdringlichem Behandlungsbedarf. *Gesundheitswesen*, 79(10), 835-844. <https://doi.org/10.1055/s-0042-100729>
- Schmucker, R. (2019). Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen. Ergebnisse einer Sonderauswertung der Beschäftigtenbefragung zum DGB-Index Gute Arbeit. In K. Jacobs, A. Kuhlmei, S. Greß, J. Klauber, & A. Schwinger (Hrsg.), *Pflege-Report 2019* (S. 49-59). Springer.
- Schneider, N. (2020). *Stellungnahme im Rahmen der Darstellung der Zwischenergebnisse des Entwicklungsteams (RGZ) in der 37. Sitzung der Enquetekommission von Prof. Nils Schneider - 17.02.2020*.
- Schreyögg, J. (2019). Sektorenübergreifende Versorgung durch Versorgungsmanagement. In J. Baas (Hrsg.), *Zukunft der Gesundheit—Vernetzt, digital, menschlich* (S. 275-289). Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Schreyögg, J. (2020). Corona-Krise trifft auf Strukturprobleme im Gesundheitswesen. *Wirtschaftsdienst*, 100(4), 226-227. <https://doi.org/10.1007/s10273-020-2617-3>
- Schreyögg, J., Bäuml, M., Krämer, J., Dette, T., Busse, R., & Geissler, A. (2014). *Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach § 17b Abs. 9 KHG. Endbericht*.
- Schubert, P., Dederichs, K., & Werny, E. (2018). *5. Studie Arbeitgeberattraktivität deutscher Krankenhäuser*.
- Schubert, P., Walke, V., & Dederichs, K. (2015). *Studie Arbeitgeberattraktivität deutscher Krankenhäuser. Im Fokus: Der ärztliche Dienst und die Geschäftsführung*.
- Schwind, J. (2019). NLT ruft zur Gründung eines Bündnisses für den Rettungsdienst als Landes- und Kommunalaufgabe auf. *NLT-Information*, 2019(5), 124-128.
- Seeger, I. (2019). *Ambulante Notfallversorgung in Deutschland: Verloren zwischen den Sektoren (Dissertation)*. Carl von Ossietzky Universität Oldenburg.
- Simon, M. (2017). *Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise* (6. vollständig aktualisierte und überarbeitete Auflage). Hogrefe.
- Slagman, A., Behringer, W., Greiner, F., Klein, M., Weismann, D., Erdmann, B., Pigorsch, M., & Möckel, M. (2020). Medizinische Notfälle während der COVID-19-Pandemie. Analyse

- von Notaufnahmedaten in Deutschland. *Deutsches Ärzteblatt International*, 117, 545-552. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2020.0545>
- Spitzer, S. G. (2020). Mit integrierter Versorgung sektorale Schranken überwinden. *Der Internist*, 61(9), 903-911. <https://doi.org/10.1007/s00108-020-00843-8>
- Spitzer, S. G. (2021). Zur Herausbildung innovativer integrierender Strukturen der Leistungserbringung. In S. G. Spitzer & V. Ulrich (Hrsg.), *Intersektorale Versorgung im deutschen Gesundheitswesen. Gegenwart und Zukunft—Analysen und Perspektiven* (S. 75-93). Kohlhammer.
- Staar, H., & Kempny, C. (2019). Internationalisierung des Personals und der Patienten: Interkulturelle Herausforderungen und Chancen für das Krankenhaus. In M. A. Pfannstiel, P. Da-Cruz, & V. Schulte (Hrsg.), *Internationalisierung im Gesundheitswesen. Strategien, Lösungen, Praxisbeispiele* (S. 85-102). Springer Gabler.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder. (2016). *Krankenhausatlas. Erreichbarkeits-Diagramme*. https://krankenhausatlas.statistikportal.de/_diagramme.html
- Stephani, V., Busse, R., & Geissler, A. (2019). Benchmarking der Krankenhaus-IT: Deutschland im internationalen Vergleich. In J. Klauber, M. Geraedts, J. Friedrich, & J. Wasem (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2019. Das digitale Krankenhaus* (S. 17-32). Springer.
- Südniedersachsen Programm. (o. J.). *DICTUM - Digitale Kommunikationshilfen für nicht-deutschsprachige Patienten*. Abgerufen 11. Januar 2021, von https://www.suedniedersachsenprogramm.niedersachsen.de/startseite/handlungsfeld_1/dictum-digitale-kommunikationshilfen-fuer-nicht-deutschsprachige-patienten-151108.html
- SVR. (2001). *Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit*. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Nomos.
- SVR. (2012). *Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012*. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- SVR. (2014). *Bedarfsgerechte Versorgung - Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014*. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- SVR. (2018). *Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018*. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- TAL gGmbH. (2020). *Die ärztliche Sicht auf Heilmittelregresse - Ergebnisse einer Online Befragung* (Schriftenreihe: Lösungen für eine verbesserte Patientenversorgung).
- Thiel, R., Rennoch, J., Stroetmann, V., Hüsing, T., Schmidtman, D., Stroetmann, K., Piesche, K., & Deimel, L. (2018). *#SmartHealthSystems. Digitalisierungsstrategien im internationalen Vergleich*. Bertelsmann Stiftung.
- Thom, J., Bretschneider, J., Kraus, N., Handerer, J., & Jacobi, F. (2019). Versorgungsepidemiologie psychischer Störungen: Warum sinken die Prävalenzen trotz vermehrter Versorgungsangebote nicht ab? *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 62(2), 128-139. <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2867-z>
- Thomas, D., Reifferscheid, A., Pomorin, N., & Wasem, J. (2014). *Instrumente zur Personalbemessung und -finanzierung in der Krankenhauspflege in Deutschland. Diskussionspapier im Auftrag der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)* (IBES Diskussionsbeitrag Nr. 204). Institut für Betriebswirtschaft und Volkswirtschaft (IBES).
- Thomsen, S., Ingwersen, K., & Weilage, I. (2020). *Ärztebedarf in Niedersachsen 2035. Modellrechnungen zur Sicherstellung einer flächendeckenden vertragsärztlichen Versorgung im Gebiet der KVN*. Leibniz Universität Hannover im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen.

- Tompson, W. (2007). *Healthcare Reform in Russia: Problems and Prospects* (OECD Economics Department Working Papers Nr. 538; OECD Economics Department Working Papers, Bd. 538). <https://doi.org/10.1787/327014317703>
- Trill, R., & Pohl, A.-L. (2016). Internationale Perspektiven von eHealth. In F. Fischer & A. Krämer (Hrsg.), *EHealth in Deutschland. Anforderungen und Potenziale innovativer Versorgungsstrukturen* (S. 241-254). Springer.
- UMG. (o. J.). *KANN - Kompetenzzentrum zur Förderung der Weiterbildung der Allgemeinmedizin in Niedersachsen*. Universitätsmedizin Göttingen, Institut für Allgemeinmedizin. Abgerufen 24. November 2020, von <http://kann-niedersachsen.de/ueber-uns/>
- vdek. (2018). *Positionierung der Ersatzkassen zur Digitalisierung im Gesundheitswesen. Berlin, 14.06.2018*. Verband der Ersatzkassen. https://www.vdek.com/politik/positionen/wahlperiode_19.html
- vdek. (2019). *Vorlage 8. EKmedV: 3. Sitzung*. Verband der Ersatzkassen.
- vdek. (2020a). *Apps auf Rezept: Vdek begrüßt die Aufnahme der ersten digitalen Gesundheitsanwendungen in die Regelversorgung. Pressemitteilung vom 6.10.2020*. Verband der Ersatzkassen. <https://www.vdek.com/presse/pressemitteilungen/2020/digitale-gesundheitsanwendungen.html>
- vdek. (2020b). *Ausgewählte Basisdaten des Gesundheitswesens in Niedersachsen 2020*. Verband der Ersatzkassen.
- vdek. (2021). *Anfrage beim vdek (Unveröffentlichtes Material). Stand: 11.02.2021*. Verband der Ersatzkassen.
- Verkehrsgesellschaft Nord-Ost-Niedersachsen mbH. (2018). *Nahverkehrsplan für den Landkreis Stade 2018—2023*.
- Verkehrsgesellschaft Nord-Ost-Niedersachsen mbH. (2019). *Nahverkehrsplan des Heidekreises für den Zeitraum 2020 bis 2024*.
- VKA. (2016). *Arbeitgeberrichtlinie der VKA zur Gewinnung und zur Bindung der Fachärztinnen und Fachärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst (Fachärzte-ÖGD-RL). Beschluss der Mitgliederversammlung der VKA vom 29. März 2012 (in der Fassung des Beschlusses der Mitgliederversammlung der VKA vom 11. November 2016)*. Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände.
- von Stillfried, D., Czihal, T., & Erhart, M. (2017). *Rolle der Krankenhäuser in der Notfallversorgung in Deutschland: Daten belegen massiven Reformbedarf. Zi-Paper 11/2017*. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung.
- Wahlster, P., Czihal, T., Gibis, B., & Henschke, C. (2019). *Sektorenübergreifende Entwicklungen in der Notfallversorgung - Eine umfassende Analyse ambulanter und stationärer Notfälle von 2009 bis 2015. Das Gesundheitswesen, 82(6), 548-558*. <https://doi.org/10.1055/a-0820-3904>
- Weiß, V. (2019). *Vorlage 16. EKmedV: 4. Sitzung*.
- Wermes, G. (2019). *Vorlage 85. EKmedV: 23. & 24. Sitzung*. Zweckverband Gesundheitsamt Uelzen - Lüchow-Dannenberg.
- WHO. (2014). *European Vaccine Action Plan 2015-2020*. World Health Organization.
- WIdO. (2019). *AOK-Rabattverträge stärken die Arzneimittelversorgung. Sicherere Versorgung, mehr Wettbewerb und geringere Ausgaben. Pressemitteilung vom 7.11.2019*. Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO). https://www.aok-bv.de/presse/pressemitteilungen/2019/index_22861.html

- Wille, E. (2021). Bestehende Hindernisse einer effizienten und effektiven sektorenübergreifenden Versorgung in Deutschland. In S. G. Spitzer & V. Ulrich (Hrsg.), *Intersektorale Versorgung im deutschen Gesundheitswesen. Gegenwart und Zukunft - Analysen und Perspektiven* (S. 11-19). Kohlhammer.
- Wingenfeld, K. (2020). Pflegerische Versorgung. In O. Razum & P. Kolip (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (7. Auflage, S. 999-931). Beltz Juventa.
- Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestags. (2012). *Ausarbeitung. Die Organisation des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in EU-Mitgliedstaaten* (WD 9-3000-034/12).
- Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestags. (2018). *Sachstand. Geburtshilfe: Zur ärztlichen Betreuung und Hebammenhilfe im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge sowie zur Abrechnungspraxis von Geburtshilfestationen* (WD 9-3000-042/18).
- Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestags. (2019a). *Sachstand. Zum Betreuungsschlüssel von Hebammen in der klinischen Geburtshilfe* (Nr. WD9-3000-039/19).
- Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestags. (2019b). *Sachstand. Zur Arbeitssituation von Hebammen in der stationären Geburtshilfe. Vergleich der Situation in Deutschland mit der in ausgewählten europäischen Ländern* (WD 9-3000-040/19).
- Wissenschaftsrat. (2012). *Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen*.
- Wolf, S. (2020). Vom Nutzen sektorenübergreifender Versorgung. In U. Hahn & C. Kurscheid (Hrsg.), *Intersektorale Versorgung* (S. 3-25). Springer Gabler.
- Zander, B., Köppen, J., & Busse, R. (2017). Personalsituation in deutschen Krankenhäusern in internationaler Perspektive. In J. Klauber, M. Geraedts, J. Friedrich, & J. Wasem (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2017. Zukunft gestalten* (S. 61-78). Schattauer.
- Zentner, A., Garrido, M. V., & Busse, R. (2010). Macht der Hausarzt als Lotse die Gesundheitsversorgung wirklich besser und billiger? Ein systematischer Review zum Konzept Gatekeeping. *Das Gesundheitswesen*, 72(08/09), e38-e44. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1234126>
- Zi. (2019). *Zahlen zur ambulanten Notfallversorgung in Deutschland*. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung. <https://www.zi.de/presse/archiv/presseinformationen/2019/7-november-2019/>
- Zukunftsforum Public Health. (2020). *Der Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst—Empfehlungen für Umsetzung und Ausgestaltung*.
- zur Nieden, F. (2020). Säuglingssterblichkeit in Deutschland nach 1990. *WISTA - Wirtschaft und Statistik*, 2/2020, 61-75.

IV. Anhang

1. Beschlüsse der Ergebniszusammenfassungen

Beschluss 1: Ambulante medizinische Versorgung

Ergebniszusammenfassung

Herausforderungen	Handlungsempfehlungen
<p>A. Qualität und Strukturen der Versorgung</p> <p>Mangelnde flächendeckende Verteilung der ärztlichen Versorgung</p> <ul style="list-style-type: none">– Wahrgenommene Versorgungsmängel, insbesondere im Bereich der haus- und kinderärztlichen Versorgung in ländlichen Regionen– Bedarfsplanungsmodell veraltet, bildet neue Realitäten nicht treffend ab– Zahl der Ärztinnen und Ärzte weniger gestiegen als die Zahl der Behandlungsfälle– Versorgungsengpässe, wenn „Babyboomer“ in Rente gehen– Hausarztsitze werden teilweise für spezialisierte Medizin zweckentfremdet (Fehlbesetzung verfälscht Statistiken)	<p>1. Veränderung/Optimierung der Bedarfsplanung</p> <p>a) Definition des ambulanten und stationären Versorgungsauftrags als Basis für eine gemeinsame Versorgungsplanung (unter Berücksichtigung einer erweiterten Bedarfsplanung mit Parametern wie z. B. Morbidität und Leistungsanspruchnahme), auch um bestmöglich den Einsatz der begrenzten Ressourcen nach Behandlungsbedarfen steuern und gleichzeitig übergreifend Kapazitäten für Pandemiephasen nutzen zu können</p> <p>2. Abbau von Überversorgung</p> <p>a) Schaffung verbindlicher Vorgaben zum Aufkauf von Arztsitzen sowie Vermeidung von Nachbesetzung in überversorgten Gebieten durch Ankauf von Arztsitzen durch KVN</p> <p>b) Drosselung von Sonderbedarfszulassungen durch Überarbeitung bzw. Konkretisierung der Kriterien für die Sonderbedarfsfeststellung</p> <p>3. Verbesserung der Rahmenbedingungen für hausärztliche Tätigkeit</p> <p>a) Vergütungszuschläge/Honoraranpassungen durch Neubewertung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM; u. a. höhere Sätze für längere Arzt-Patienten-Gespräche; Zuständigkeit: Bund)</p> <p>b) Reduktion von Fehlanreizen im Abrechnungssystem (z. B. Einführung eines Jahresbudgets, um Überschreitung des Quartalsbudgets ausgleichen zu können)</p> <p>c) Bundesratsinitiative zur Überprüfung und ggf. Neuregelung von Regressen (z. B. klarere Regeln bei Verordnung nicht verschreibungspflichtiger Medikamente; Schaffung von Rechtssicherheit für Kostenübernahme durch GKV für Verschreibungen im Rahmen der OTC-Ausnahmeliste)</p>

<p>Herausforderungen der Niederlassung</p> <ul style="list-style-type: none"> – Niederlassung generell immer weniger beliebtes Modell – Vielfältige Regressarten – Steuerung der Niederlassungen in spezifische Regionen und Fachrichtungen herausfordernd <p>Weiter zunehmende Überlastung hausärztlicher Kapazitäten</p> <ul style="list-style-type: none"> – Hoher bürokratischer Aufwand – Aktuelle Abrechnungssysteme setzen Anreize für häufige und kurze Patientenkontakte – Begrenzte Delegationsmöglichkeiten: Delegierbare Leistungen und Patientenkreise, die diese empfangen, bisher gesetzlich begrenzt; Strukturelle Rahmenbedingungen für Delegation starr und zu bürokratisch <p>Mangelnde flächendeckende Verteilung der psychotherapeutischen Versorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> – Versorgungsdefizite im ambulanten Sektor v. a. in ländlichen Regionen 	<p>4. Stärkung der Rolle der Hausärztinnen und -ärzte</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Verbesserung und Herausstellung der hausärztlichen Steuerungsfunktion (Lotsenfunktion) b) Stärkung der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV), durch <ul style="list-style-type: none"> – Ausbau von GKV-HzV-Wahltarif – Erhöhung und Schaffung zusätzlicher Anreize zur Teilnahme an HzV z. B. durch Verbesserung der Versorgungsqualität Einführung von Sanktionsmöglichkeiten bei Nichteinhaltung der Tarifbedingungen durch Versicherte c) Erhöhung der Informiertheit der Bürgerinnen und Bürger über Vorteile hausärztlicher Versorgung <p>5. Verbesserung der Rahmenbedingungen und Schaffung von Anreizen für ärztliche Tätigkeit auf dem Land</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Unterstützung von Praxisneugründungen durch <ul style="list-style-type: none"> – Individuelle Beratung zur Praxisplanung/-gestaltung von KVN, ÄKN – finanzielle Förderung (z. B. Strukturfonds, regionale Wirtschaftsförderung) b) Förderung alternativer Organisationsformen durch <ul style="list-style-type: none"> – Unterstützung zur Gründung von Zweitpraxen (v. a. in Orten, die keine Nachfolger für bestehende Praxen gewinnen können) – Verbesserung der Möglichkeiten der ärztlichen Arbeit in Teilzeit und des Jobsharing (z. B. durch Bereitstellung zusätzlicher Räume für mehrere Arbeitsplätze für teilzeitarbeitende Ärztinnen und Ärzte) c) Ausnutzen der im SGB V vorhandenen Vergütungsanreize für Arztsitze und Steigerung deren Bekanntheit <ul style="list-style-type: none"> – in unterversorgten Fachrichtungen (insbesondere haus- und kinderärztliche Versorgung) – in unterversorgten Regionen
---	--

COVID-19-Pandemie unterstreicht die Notwendigkeit, Maßnahmen zur Bewältigung zukünftiger Pandemien und Krisen zu entwickeln

d) Rückgewinnung von Medizinerinnen bzw. Medizinern und (Pflege-) Personal in ihre Heimatregionen durch Verbesserung der Rahmenbedingungen und Schaffung von Anreizen (vgl. Stationäre medizinische Versorgung, Handlungsempfehlungen)

6. Stärkung und Ausweitung der Übertragung ärztlicher Leistungen auf andere Berufsgruppen

a) Ausnutzung der vorhandenen Delegationsmöglichkeiten (z. B. durch Modellerprobungen mit Unterstützung des Landes; vgl. zum Umfang Anlage 24 BMV-Ä: u. a. Administrative Tätigkeiten, Anamnesevorbereitung, technische Durchführung von Untersuchungen, Früherkennung, Injektionen/Infusionen, Labordiagnostik, Wundversorgung und Verbandwechsel)

b) Prüfung und ggf. Erweiterung des Umfangs delegierbarer Leistungen

c) Erweiterung delegierbarer Leistungen auf grundsätzlich alle Patientinnen und Patienten, die zz. von Hausärztinnen und -ärzten in der eigenen Praxis oder in der Häuslichkeit bzw. in Pflegeeinrichtungen behandelt werden

d) Einführung aufsuchender Beratungs- und Versorgungsangebote durch hauptamtliche Fachkräfte (z. B. Pflegefachkräfte, Sozialarbeiterinnen und -arbeiter; angelehnt an Varianten der „Gemeindeschwester“), durch

– Modell mit Fokus auf medizinische Versorgung („Klassische Gemeindeschwester“)

– Modell mit Fokus auf Beratung, Prävention und Gesundheitsförderung (Gemeindeschwester^{Plus})

e) Ausweitung und Aufwertung des eigenständigen Einsatzes nicht-ärztlicher Heilberufe

f) Bereitstellung von nicht-ärztlichen Praxisassistentinnen und -assistenten für den gemeinschaftlichen Rückgriff von ärztlichem Personal (auch im Zusammenhang mit Praxisverbänden)

g) Ausweitung des Einsatzes von Praxisassistentinnen und -assistenten mit direkter Anbindung an bestehende ambulante Versorgungsstrukturen

h) Einsatz von Physician Assistants auch im ambulanten Sektor

7. Förderung von Mobilität und Erreichbarkeit

- a) Ausbau des ÖPNV als grundsätzliche Voraussetzung (vgl. Mobilität und medizinische Versorgung, Handlungsempfehlungen)
- b) Landesweite Einführung von Mindestreichbarkeiten für Haus- und Facharztpraxen sowie für nicht-ärztliche Heilberufe
- c) Förderung der Leistungserbringung bei der Patientin bzw. beim Patienten (umfasst auch Gesundheitsfachberufe)
- d) Ausweitung von Fahrt-/Transportangeboten der Patientin bzw. des Patienten zum Leistungserbringer (z. B. Patientenbus, Bürgerbus, Ruf-Taxi)
- e) Ausbau und finanzielle Förderung digital gestützter Versorgungsangebote (z. B. Video-/Telefonsprechstunden, telemedizinische Anwendungen) sowie Anpassung rechtlicher Rahmenbedingungen (vgl. Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung, Handlungsempfehlungen)

8. Berücksichtigung der Herausforderungen pandemischer Lagen

- a) Entwicklung klarer Regelungen zur Beschaffung und Bevorratung von Persönlicher Schutzausrüstung (PSA), Medikamenten und anderen krisenrelevanten Materialien für den ambulanten Sektor zentral durch eine staatliche Stelle
- b) Entwicklung gesicherter Regelungen von Zuständigkeiten, Finanzierung sowie Kommunikations- und Organisationsabläufen zwischen allen beteiligten Akteurinnen und Akteuren, u. a. bei der Verantwortung für Testungen (sowohl auf Bundes-, Landes- als auch auf regionaler Ebene)
- c) Nutzung von Delegationsmöglichkeiten erweitern, um die Kapazitäten entsprechend der benötigten Versorgung flexibel anzupassen
- d) Entwicklung eines flächendeckenden, gestuften Versorgungsnotfallkonzeptes, um medizinische Kompetenz und apparative Ausstattung in einem Planungsraum zu konzentrieren und die ambulante Versorgung im Pandemiefall zu sichern
- e) Entwicklung eines Konzeptes zur niedrigschwelligen (Re)Aktivierung und Honorierung ärztlicher Kompetenzen, um kurzfristig erforderliche zusätzliche ambulante medizinische Kapazitäten im Pandemiefall abrufen zu können

	<p>f) Entwicklung klarer Regelungen für die Übergänge von Patientinnen und Patienten vom stationären Sektor in die ambulante Behandlung und umgekehrt, um die Kontinuität der Behandlung auch im Pandemiefall zu gewährleisten</p> <p>9. Stärkung der Verantwortung von Staat und Kommune in der Versorgung</p> <p>a) Unabhängig von der Trägerschaft: Aufbau kommunaler und regionaler Gesundheitszentren (mit Unterstützung des Landes Niedersachsen, auch als Möglichkeit von Krankenhausumwandlungen) (vgl. „Regionales Gesundheitszentrum Niedersachsen“)</p> <p>10. Stärkung der Gesundheitsregionen</p> <p>a) Verbesserte Förderung der Gesundheitsregionen als Grundlage einer Vernetzung der gesundheitlichen Akteurinnen und Akteure vor Ort</p> <p>b) Evaluierung erfolgter Projekte hinsichtlich ihrer regional- oder landesweiten Umsetzbarkeit und Verstetigung</p> <p>c) Dokumentation laufender und erfolgter (Modell-)Projekte und Aktivitäten</p> <p>d) Langfristige und konstante Koordination (zwischen §-90-a-Gremium, Gesundheitsregionen, Ministerium, Politik) und Veröffentlichung von (Modell-)Projekten und Aktivitäten (z. B. durch digitalen Atlas im Internet)</p>
<p>B. Personal</p> <p>Optimierbare Nachwuchsgewinnung</p> <ul style="list-style-type: none"> – Zu wenige Studierende entscheiden sich für Allgemeinmedizin und einzelne andere Fachrichtungen – Mangelnde Anreize für Krankenhäuser, Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin zu qualifizieren – Anteil an Hausärztinnen und -ärzten zu gering, führt zu Versorgungslücken (insbesondere in der Fläche) 	<p>11. Verbesserung der Rahmenbedingungen im Bereich Studium</p> <p>a) Erhöhung der Studienplätze in Niedersachsen um mindestens 200 und Umsetzung des Masterplans Medizinstudium 2020 (u. a. ambulante Pflichtzeiten im PJ mit Finanzierung; Allgemeinmedizin als Pflichtprüfung im Rahmen des Staatsexamens, stärkere Berücksichtigung von medizinisch oder pflegerischen Vorerfahrungen bei der Zulassung)</p> <p>b) Erhöhung der Anzahl von Professuren für Allgemeinmedizin (auf je drei in Hannover und Göttingen); perspektivisch auch Erhöhung der Anzahl von Professuren in Oldenburg (entsprechend dem Aufwuchs der Studierendenzahl)</p> <p>c) Förderung von Mentoring und Prä-Mentoringprogrammen (verbinden Medizinstudierende bzw. medizininteressierte Schulabsolventen mit ansässigen Ärztinnen und Ärzten, z. B. Gesundheitsregion Gifhorn)</p>

<p>Zu geringer Stellenwert und Repräsentanz der Hausärztinnen und -ärzte</p> <ul style="list-style-type: none"> – Mangelnde Repräsentanz in Selbstverwaltungsgremien (zu wenig Einfluss auf Honorarverteilung, Weiterbildung) – Vergleichsweise als gering wahrgenommenes Ansehen der Allgemeinmedizin bei Medizinstudierenden und Fachkolleginnen und -kollegen Hausärztinnen und -ärzte noch zu wenig als Lotse genutzt 	<ul style="list-style-type: none"> d) Einführung einer Landarztquote bzw. Hausarztquote (als Teil eines umfassenderen Gesamtlösungsansatzes) e) Kontinuierliche Betreuung von Studierenden, die das Fach der Allgemeinmedizin anstreben f) Unterstützung der Neuregelungen der ärztlichen Ausbildung auf Bundesebene, insbesondere der in Artikel 1 geregelten Approbationsordnung für Ärztinnen und Ärzte (ÄApprO) (vgl. BMG-Referentenentwurf der Verordnung zur Neuregelung der ärztlichen Ausbildung) <p>12. Verbesserung der Rahmenbedingungen im Bereich Weiterbildung</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Förderung von Weiterbildungsstellen an Krankenhäusern durch <ul style="list-style-type: none"> – Schaffung von Mindestzahlen für Weiterbildungsstellen für Allgemeinmedizin pro Krankenhaus, abhängig von Größe und Fachrichtung – Ausbau der Verbundweiterbildungen im Zuständigkeitsbereich der Selbstverwaltung b) Ausbau flächendeckender Weiterbildungsermächtigungen, um Praxiseinstiege und Praxisübernahmen zu fördern c) Sicherstellung ausreichender Weiterbildungsmöglichkeiten und Förderung durch ÄKN und KVN mit dem Ziel einer Erhöhung des Anteils Allgemeinmedizin auf 25 %; bei mangelndem Umsetzungserfolg durch staatliche Kontingentierung ersetzen d) Einführung eines Strukturzuschlags als Anreiz für Weiterbildungspraxen und Krankenhäuser e) Erhöhung der Auslastung des Kompetenzzentrums zur Förderung der Weiterbildung Allgemeinmedizin in Niedersachsen (KANN) durch Steigerung der Bekanntheit und Attraktivität (z. B. durch Übernahme von Fahrt- und Kinderbetreuungskosten) sowie durch Verbesserung von Freistellungsmöglichkeiten für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung f) Erleichterung von Möglichkeiten des Quereinstiegs in die Allgemeinmedizin für Ärztinnen und Ärzte mit Facharztanerkennung in einem Fachgebiet der unmittelbaren Patientenversorgung, Steigerung der Bekanntheit und stärkere finanzielle Förderung vorhandener Möglichkeiten
--	--

- | | |
|--|--|
| | <p>g) Beschleunigung der Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen in Niedersachsen (unter Beibehaltung hoher fachlicher und sprachlicher Anforderungen)</p> <p>13. Stärkung der Interessenvertretung der Hausärztinnen und -ärzte</p> <p>a) Erhöhung des Stimmengewichts der Hausärztinnen und -ärzte in den Landesvertreterversammlungen analog zur Bundesvertreterversammlung § 79 SGB V (analog Regelung für Vertreterversammlung der KBV; vgl. § 79 SGB V)</p> |
|--|--|

Beschluss 1a: Apotheken- und Arzneimittelversorgung

Ergebniszusammenfassung

Herausforderungen	Handlungsempfehlungen
<p>A. Qualität und Sicherheit</p> <p>Herausforderungen im Bereich der Infrastruktur und Prozesse</p> <ul style="list-style-type: none">- Inkonsequente Nutzung des Bundeseinheitlichen Medikationsplanes (BMP oder eMedikationsplan) durch Ärztinnen und Ärzte und Apothekerinnen und Apotheker- Liefer- und Versorgungsengpässe bei Medikamenten <p>Ausbaufähigkeit der Patientensicherheit</p> <ul style="list-style-type: none">- Unzureichende Patientensicherheit hinsichtlich des unkoordinierten Zugangs zu Medikamenten über verschiedene Ärztinnen und Ärzte und Apotheken, u. a. bei Schlafmitteln	<p>1. Optimierung der Infrastruktur und Prozesse im Bereich der Arzneimittelversorgung</p> <ul style="list-style-type: none">a) Ergreifen von Maßnahmen zur flächendeckenden Sicherstellung der Grundversorgung von Arzneimitteln und Medizinprodukten, u. a. durch gesetzliche Maßnahmen und Verstärkung der Kooperationen und Produktionsstätten innerhalb der EUb) Verbesserung des Managements der gesamten Arzneimittelversorgung aller Patientinnen und Patienten (inkl. Rezeptmanagement und Belieferung nach Hause) ohne Rezeptzuweisung zur Sicherung der freien Apothekenwahlc) Optimierung des Managements bei Lieferengpässen (z. B. Empfehlung von Ausweichmedikationen, Berechnung von Äquivalenzdosen, aut-idem- und aut-simile-Austausch durch Apothekerinnen und Apotheker) <p>2. Stärkung der Patientensicherheit</p> <ul style="list-style-type: none">a) Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit durch effektivere Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten, Pflegefachpersonen und Apothekerinnen und Apotheker durch Nutzung des Medikationsplans (z. B. durch interprofessionelle Projekte) sowie durch Etablierung bzw. Ausweitung von pharmazeutischen Dienstleistungen, wie z. B. der Medikationsanalyse, in den Apotheken im Sinne des Gesetzes zur Stärkung der Vor-Ort-Apothekenb) Verbesserung der Medikamenteneinnahme (Adhärenz) (z. B. Erinnerungsfunktion bei Wiederholungsverordnungen)

<p>B. Intersektorale und interdisziplinäre Zusammenarbeit</p> <p>Ausbaufähige Vernetzung der Apotheken mit anderen Akteuren der medizinischen Versorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Teilweise Schwachstellen in der Überleitung von stationärem zu ambulantem Bereich und umgekehrt, einschließlich des pharmazeutischen Entlassmanagements - Optimierbare Vernetzung der Apotheken mit Pflegediensten - Mangelnde interprofessionelle Zusammenarbeit von stationären Pflegeeinrichtungen und Notfallversorgern führt zum Teil zu unzureichender Medikamentenverfügbarkeit (z. B. nachts) <p>Geringe Nutzung von Potenzialen der Delegation</p>	<p>3. Verbesserung der Versorgung von Patientinnen und Patienten durch eine bessere Zusammenarbeit aller an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Verbesserung der Schnittstelle zwischen stationärem und niedergelassenem Bereich, z. B. durch digitale Unterstützung des Aufnahme- und Entlassmanagements, Förderung von Strategien zur Optimierung der Kommunikation und der Patientenübergabe b) Schaffung eines moderierten, interprofessionellen pharmazeutischen Konsils (also des Austauschs zwischen verordnenden Ärztinnen und Ärzten, Pflegefachpersonen und Apotheken, um Gesamtmedikation des Patienten abzusichern und mögliche Probleme von Selbst- oder Multimedikation zu vermeiden) <p>4. Optimierung der Arzneimittelversorgung in Heimen unter Verantwortung einer heimversorgenden Apotheke</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Einführung von Notfallmedikamentenkoffern in Heimen (inkl. Evaluation entsprechender Pilotprojekte) b) Förderung innovativer Lösungen für Nachtlieferungen in Heime (derzeit meist durch Taxis gelöst) <p>5. Stärkere Nutzung von Potenzialen der Delegation</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Durchführung von u. a. Gripeschutzimpfungen in Apotheken im Rahmen der Delegation gemäß der gesetzlichen Grundlage auf Bundesebene (Modellprojekte) b) Beratung im Rahmen des Kundenkontaktes in Apotheken zu möglichen Impfungen c) Veranlassung und Durchführung von Medikationsanalysen durch die Apothekerin bzw. den Apotheker auch ohne vorherige Konsultation der Ärztin bzw. des Arztes durch die Patientin bzw. den Patienten
---	---

<p>C. Personal</p> <p>Nachwuchsproblematik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Herausforderungen der Nachwuchssicherung (Apothekerinnen und Apotheker und PTA) - Herausforderungen in der finanziellen Planungssicherheit der Apothekerinnen und Apotheker in der Fläche 	<p>6. Einsatz von Maßnahmen zur Nachwuchssicherung</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Sicherstellung der Attraktivität pharmazeutischer Berufe, u. a. durch gesteigerte Verantwortung im Rahmen von Delegation b) Verbesserung der Rahmenbedingungen für Nachwuchs (z. B. Novellierung der Approbationsordnung, Stärkung der klinischen Pharmazie und des Medikationsmanagements bereits während des Studiums) c) Erhöhung der Praxisanteile in einer Apotheke und Vermittlung betriebswirtschaftlichen Grundwissens während des Studiums
---	--

Beschluss 2: Notfallversorgung

Ergebniszusammenfassung

Herausforderungen	Handlungsempfehlungen
<p>A. Qualität und Strukturen der Versorgung</p> <p>Fehlinanspruchnahme des gestuften Systems der Notfallversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> – Patienten nutzen aktuell vielfach „ungesteuert“ alle Möglichkeiten des Zugangs (Bereitschaftsdienstpraxis, aufsuchender Bereitschaftsdienst, Krankenhausambulanz) – Komplexes System der Notfallversorgung bei Hilfesuchenden nicht verständlich – Steuerungsmöglichkeiten (der Hausärztinnen und -ärzte) derzeit noch unzureichend <p>Besondere Herausforderungen der rettungsdienstlichen Versorgungsstrukturen</p> <ul style="list-style-type: none"> – Steigende und veränderte Inanspruchnahme des Rettungsdienstes – Fehlende Steuerungsmöglichkeiten in Leitstellen, mangelnder operativer und rechtlicher Handlungsrahmen 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Abgestimmte Planung von ambulanter und stationärer Notfallversorgung unter Beachtung verlässlicher Strukturen und Belastbarkeit des ärztlichen Bereitschaftsdienstes 2. Bildung regionaler & integrierter Leitstellen zur Koordination aller nichtpolizeilicher Gefahrenabwehr sowie des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes <ol style="list-style-type: none"> a) Zentrale Entgegennahme der Notrufnummer 112 sowie der Servicenummern 116117 (Akutversorgung) und 19222 (qualifizierter Krankentransport), Ersteinschätzung der Hilfesuchen und Disposition der daraus resultierenden Einsätze. Wenn zukünftige Regelungen des Bundesgesetzgebers diesem Modell zuwiderlaufen (z. B. Terminservicestellen der KVN unter 116117 i. S. d. TSVG), dann Fokus auf die einheitliche Rufnummer 112. b) Öffentlichkeitsarbeit/Bekanntmachung der entsprechenden Anlaufstelle bzw. Rufnummer c) Erhöhung der Kompetenzen für Disponentinnen und Disponenten in den Leitstellen - Weisungsbefugnis in die richtige Versorgungsebene (ärztlicher Bereitschaftsdienst und andere Dienste) d) Sicherstellung von Qualifikation und Rechtssicherheit der/für Disponentinnen und Disponenten e) Sicherstellung, dass Ersteinschätzung für Hilfesuchende verbindlich sein muss (gleiches muss dann auch für den Besuch von ambulanten Notfallzentren und vergleichbaren Modellen gelten) f) Prüfung von Möglichkeiten der freiwilligen interkommunalen Zusammenarbeit, z. B. im Rahmen von Zweckverbänden

<ul style="list-style-type: none"> – Aufwändige Bettensuche und lange Transportzeiten durch kurzfristige, intransparente Abmeldungen vom Notfalldienst 	<ul style="list-style-type: none"> g) Gewährleistung der permanenten Lokalisierung per GPS von Einsatzfahrzeugen für die Leitstellen, sodass eine konsequente „Nächste-Fahrzeug-Strategie“ durch die Disponentin/den Disponenten umgesetzt werden kann h) Verbesserung der Zusammenarbeit des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes mit Leitstellen (über die geplante Verbesserung von SmED (Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland) hinaus
<p>Besondere Herausforderungen der Notfallversorgung an Krankenhäusern</p> <ul style="list-style-type: none"> – Behandlung von ambulanten Notfällen in Krankenhäusern (Fallzahl steigend) – Mindestanforderungen des dreistufigen Systems der stationären Notfallversorgung (GBA) zum Teil nicht erfüllbar, Flächenlandstruktur ungenügend berücksichtigt 	<p>3. Aufbau integrierter Notfallzentren möglichst in Krankenhäusern (einschließlich eines standardisierten IT-Systems zur Steuerung und Dokumentation)</p> <p>4. Definition und Schaffung einheitlicher Standards in der Notfallversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Ausweitung eines einheitlichen, systematischen Abfrage-Systems zur Ersteinschätzung auf alle Anlaufstellen der Notfallversorgung (Rettungsdienste, Notdienstpraxen, Notaufnahmen, Leitstellen) b) Auf medizinischen Kriterien beruhende Steuerung der Patientinnen und Patienten nach Behandlungsdringlichkeit c) Schaffung eines einheitlichen IT-gestützten Systems, welches die standardisierte Vorgehensweise bei gleichzeitig einheitlicher Dokumentation gewährleistet <p>5. Bessere Steuerung der Inanspruchnahme des Rettungsdienstes</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Schaffung rechtlicher Möglichkeiten zur Übernahme von Einsatzkosten bei missbräuchlicher Inanspruchnahme b) Nicht-Mitnahme von Patientinnen und Patienten bei offensichtlich nicht-sachgerechter Inanspruchnahme <p>6. Prüfauftrag: Notfallmedizin in SGB V verankern (ausgenommen Rettungsdienst)</p> <p>7. Einschränkung des Prinzips der freien Arztwahl in Notfällen (§ 76 SGB V)</p> <p>8. Entlastung der Notfallversorgung durch Stärkung der hausärztlichen Versorgung und Verfügbarkeit</p>

	<p>9. Landesweit flächendeckende Umsetzung von IVENA (IVENA nutzen 23/30 Leitstellen (Stand 01/2021) und 102 der an der Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhäuser (Stand 01/2021))</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Landesweit verpflichtende Teilnahme und Vernetzung aller an der Notfallversorgung teilnehmender Krankenhäuser b) Vorübergehende Finanzierung durch das Land, Mittel i. H. v. 700 000 Euro/Jahr (2019 - 2022) vorgesehen c) Mittel- und langfristige Finanzierung durch die zuständigen Kostenträger <p>10. Förderung der Erprobung grundlegend neuer Organisationsformen und Finanzierungsmöglichkeiten in Modellprojekten (einschließlich der Prüfung, ob die integrierte Notfallversorgung außerhalb der bestehenden Sektorengrenzen der ärztlichen Versorgung und der bestehenden Finanzierungssystematik zu einer Verbesserung der Versorgung führt)</p> <p>11. Möglichst flächendeckende Ausweitung erfolgreicher Modellprojekte</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Aufbau und Ausweitung des (flächendeckenden) Einsatzes von Gemeindenotfallsanitäterinnen und -sanitätern (vgl. Modellprojekt Oldenburg) sowie von Notfallsanitäterinnen und -sanitätern mit telemedizinischer Anbindung (vgl. Modellprojekt Delmenhorst mit Anbindung Klinikum Oldenburg) insbesondere im ländlichen Raum (Koordinierter Einsatz über Leitstellen (112/116 117)) b) Mobile Ersthelferinnen und Ersthelfer, z. B.: Modellprojekt Mobile Retter (Gesundheitsregion Osnabrück & Nienburg/Diepholz) c) Patientenshuttle der KVN (vgl. Modellprojekt Aurich/Wiesmoor) d) Ärztlicher Notdienst per Videosprechstunde (vgl. Modellprojekt Braunschweig und Ergebniszusammenfassung Digitalisierung) e) Telenotarzt-Modelle <ul style="list-style-type: none"> - Flächendeckende telemedizinische Ausrüstung von Rettungswagen im Rahmen von Neu- und Ersatzbeschaffungen - Gewährleistung der telemedizinischen Beratung der Notfallsanitäterinnen und -sanitäter
--	---

	<p>12. Sektorenübergreifende Versorgung zwischen Rettungsdienst und KV-Fahrdienst</p> <p>13. Ausrüstung mindestens eines Feuerwehreinsatzfahrzeugs pro Standort mit automatisiertem externem Defibrillator (AED)</p>
<p>Sonderfall: Einweisungen aus Pflegeheimen</p> <ul style="list-style-type: none"> – Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen zunehmend in Notfallversorgung/KH überwiesen, besonders am Wochenende – Kooperation zwischen Hausärztinnen/-ärzten und Pflegenden gestaltet sich häufig schwierig 	<p>14. Förderung von Kooperationsmodellen zwischen Ärztinnen und Ärzten und Pflegeeinrichtungen im langzeitstationären Bereich (z. B. Modellprojekt „IVA“) unter Beibehaltung der freien Arztwahl</p> <p>a) Evaluation des § 119 b SGB V und dahin gehend bereits bestehender Kooperationsverträge (Ausrichtung, Aufgabenverteilung, Machbarkeit)</p> <p>15. Einsatz von Hausärztinnen und Hausärzten/Ärztinnen und Ärzten mit Zusatzqualifikation Geriatrie als sogenannte Heimärztinnen bzw. Heimärzte</p> <p>a) Versorgung mehrerer Pflegeeinrichtungen oder angestellt bei Pflegeanbieter</p> <p>b) Prüfauftrag: Einstellung einer Heimärztin oder eines Heimarztes ab einer bestimmten Bettenzahl (Novelle NPflegeG)</p> <p>16. Verknüpfung von Pflegepersonal und Ärztinnen und Ärzten mittels Telemedizin</p>
<p>B. Personal</p> <p>Fachkräftemangel</p> <ul style="list-style-type: none"> – Insbesondere bei Notärztinnen und -ärzten im ländlichen Raum sowie beim Pflegepersonal, u. a. verstärkt durch Pflegepersonaluntergrenzen – Problem der Personalbindung/Abwerbung bei Notfall- und Rettungssanitäterinnen und Sanitätern 	<p>17. Umsetzung von Zusammenschlüssen von Leitstellen und Leitstellenverbänden (z. B. Westfalen-Lippe)</p> <p>18. Ausbau telemedizinischer Ansätze (Breitbandversorgung)</p> <p>19. Bedarfsgerechte Ausbildung von Notfall- und Rettungssanitäterinnen und -sanitätern</p>

Beschluss 3: Stationäre medizinische Versorgung

Ergebniszusammenfassung

Herausforderungen	Handlungsempfehlungen
<p>A. Qualität und Strukturen der Versorgung</p> <p>Optimierbares Input/Outcome-Verhältnis der stationären Versorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trotz hoher Ausgaben nur durchschnittliche Outcomes im internationalen Vergleich (z. B. Re-OPs, 30-Tage-Mortalität, Verweildauern) - Trotz hoher Fachkräftezahl pro Einwohner im internationalen Vergleich relativer Fachkräftemangel, weil aufgrund hoher Betten- und Standortdichte sowie hoher Fallzahlen zu wenig Personal in der konkreten Patientenversorgung tätig ist - Relevanter Anteil stationärer Leistungen könnte ambulant erbracht werden - Gute Versorgungsqualität bei aktuellen Strukturen nicht gleichmäßig zu gewährleisten - Übermäßige Ressourcenbindung bei übermäßiger Bürokratie <p>Optimierungsbedarf bei der Versorgungsqualität und den Versorgungsstrukturen vieler Krankenhäuser (und Abteilungen)</p>	<p>1. Sicherung einer qualitativ hochwertigen, bedarfsgerechten und flächendeckenden Versorgung durch gezielte Krankenhausplanung</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Grundsätzlich notwendige Unterscheidung zwischen regionaler Versorgung und Bal-lungszentren b) Konzentration von speziellen Versorgungsleistungen bei gleichzeitiger Gewährleistung einer flächendeckenden Grundversorgung <ul style="list-style-type: none"> - Weitere Konzentration und Stärkung größerer leistungsfähiger Einheiten auf Grundlage überarbeiteter Versorgungsregionen - Um Versorgungsqualität zu steigern und Fachkräftemangel zu reduzieren, sollen Kooperationen und Fusionen im Rahmen der Krankenhausplanung verstärkt werden - Konzentration von fachärztlicher Versorgung an Kliniken, um verfügbare Fachärztinnen und -ärzte effizient einzusetzen c) Krankenhaus- und Rettungsdienstangelegenheiten vom Bürgerbegehren nach § 32 NKomVG ausschließen d) Perspektiven bieten: mögliche Umwandlung von gefährdeten Krankenhäusern in andere Gesundheitseinrichtungen (z. B. Kurzzeitpflege- oder Langzeitpflegeeinrichtungen bzw. neue Versorgungsmodelle insbesondere in ländlichen Regionen) e) Nutzung von Ambulantisierungspotenzialen, vgl. z. B. MDK-Reformgesetz bzw. bevorstehende Überarbeitung des Kataloges ambulant durchzuführender Operationen <ul style="list-style-type: none"> - Reduzierung stationärer Fälle und Nutzung evtl. Einsparungen der GKV als Anreiz zu mehr ambulant durchzuführenden Eingriffen

<ul style="list-style-type: none"> - Trotz Rechtsanspruch der Bevölkerung auf gesicherte Qualität (§ 1 II KHG) Qualitätsprobleme bei einigen Indikationen (z. B. Herzinfarkt, Schlaganfall, onkologische Erkrankungen) in dafür nicht geeigneten Krankenhäusern - Bei kleinen Krankenhäusern Personalbesetzung schwierig, apparative Ausstattung häufig nicht finanzierbar - Zum Teil nicht ausreichende Größenordnung zur Sicherung des Facharztstands und zur Finanzierung hoher Vorhaltekosten für Geräte, Strukturen und medizinisches Personal - Notwendige Erfüllung von Mindestmengen für Krankenhäuser teilweise problematisch - Technische Ausstattung, Facharztverfügbarkeit und Pflegepersonalschlüssel entscheiden bei bestimmten Erkrankungen über Mortalitätsraten - Behandlung in Krankenhäusern mit größeren Volumina können trotz weiterer Wege Überlebenschancen erhöhen - Bei bestimmten Krankheitsbildern nachweislich höhere Qualität in Krankenhäusern mit größeren Fachabteilungen und mehr Fällen 	<p>2. Schaffung gesetzlicher Möglichkeiten zur Herausnahme eines Krankenhauses oder einzelner Abteilungen aus dem Landeskrankenhausplan, nach vorbereitender Empfehlung durch den Planungsausschuss</p> <ul style="list-style-type: none"> a) bei Betreiberwechsel b) bei Eigentümerwechsel c) bei gehäufter Nichterfüllung des Versorgungsauftrages d) bei Vorlage gravierender Qualitätsmängel e) bei Mängeln in der Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser oder einzelner Abteilungen <p>3. Neustrukturierung der Krankenhaus-Planung</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Ziele der Krankenhausplanung: <ul style="list-style-type: none"> - besser ausgestattete, leistungsfähigere und dadurch ggf. größere Krankenhäuser - Schaffung eines verlässlichen und gleichen Versorgungsniveaus in Fläche und Zentren b) Einführung einer Krankenhauszielplanung im Sinne einer prospektiven Bedarfsermittlung einschließlich Auswirkungsanalysen statt retrospektiv rechnerischer Umsetzung der Inanspruchnahme c) Fortführung der vorhandenen Krankenhaus-Planungskriterien: <ul style="list-style-type: none"> - Leistungsfähigkeit - Erreichbarkeit (GBA-Vorgabe) - Trägervielfalt - gesicherte Qualität - Wahlmöglichkeiten der Versicherten - Demografische Entwicklung/Bevölkerungsprognose - Berücksichtigung der tatsächlichen Auslastung d) Erweiterung um neue, vorausschauende Krankenhaus-Planungskriterien: <ul style="list-style-type: none"> - Ergänzung der rein bettenorientierten Bedarfsfortschreibung um eine Bedarfsprognose
--	---

<p>Unzureichende Koordinierung der einzelnen Akteure beeinträchtigt die Versorgungsergebnisse</p> <ul style="list-style-type: none"> - Doppelte Angebotskapazitäten (z. B. Parallelstrukturen, Fehlverteilung) - Unkoordinierte Inanspruchnahme der Notfallversorgung aufgrund von defizitär empfundener ambulanter Versorgung - Ungesteuerter Zugang der Bevölkerung zur Krankenhausversorgung - Oftmals unzureichende Kommunikation und Zusammenarbeit an den Schnittstellen ambulant-stationär (Reha, Pflegedienste und -einrichtungen, Vertragsärztinnen und Vertragsärzte) 	<ul style="list-style-type: none"> - Planungsrelevante Qualitätsindikatoren: GBA, med. Fachgesellschaften - Medizintechnische Entwicklung - Mengenvorgaben/Festlegungen (GBA) - Fallzahlentwicklung, Inzidenzen - Verweildauerentwicklung - Berücksichtigung länderübergreifender Patientenströme - Ambulantes/sectorenübergreifendes Potenzial <p>e) Aufbau einer länderübergreifenden Krankenhaus-Planung, vor allem mit Bremen und Hamburg sowie insbesondere für hochspezialisierte Versorgungsbereiche</p> <p>f) Berücksichtigung universitärer Maximalversorger bei der Krankenhausplanung</p> <p>g) Möglichkeit der Hinzuziehung externer Gutachter schaffen</p>
<p>Mangelnde Steuerbarkeit der Krankenhaus-Versorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Planungsbehörden haben bei zugelassenen Krankenhäusern kein bzw. kein ausreichendes Instrument, um bei Mängeln in der Leistungsfähigkeit, Wirtschaftlichkeit sowie Qualität oder bei Nicht-Erfüllung des Versorgungsauftrags einzugreifen 	<p>4. Berücksichtigung der Herausforderungen pandemischer Lagen im Rahmen der Krankenhausplanung und Krankenhaus-Bauplanung</p> <p>a) Planung niedrigschwelliger ergänzender Strukturen, um in Krisenfällen schnell Kapazitäten bereitstellen zu können (z. B. Nutzung oder Umnutzung von Reha-Kliniken, stillgelegten Krankenhäusern oder Reserve-Krankenhäusern)</p> <p>b) Entwicklung eines flächendeckenden, gestuften Versorgungsnotfallkonzepts, um medizinische Kompetenz, apparative Ausstattung und organisatorische Einheiten zu konzentrieren und die stationäre Versorgung im Pandemiefall zu sichern (vgl. praktiziertes Schalenmodell)</p> <p>c) Gewährleistung von Isolationsmöglichkeiten (insbesondere im Intensivbereich) sowie von Möglichkeiten der strikten Trennung von infektiösen Notfallpatienten beim Neubau und Umbau von Krankenhäusern</p> <p>d) Optimierung der Krankenhausplanung hinsichtlich der Patientensteuerung, um Krankenhausbetrieb/ZNA auch im Pandemiefall aufrechtzuerhalten und planbare Operationen zu ermöglichen</p>

<p>Krankenhaus-Planung erfolgt nicht auf Grundlage funktional angemessener Kriterien</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eine reine Fortschreibung des Krankenhausplanes bildet aktuelle Rahmenbedingungen nicht mehr ab - Keine Entscheidungsvorbehalte der Planungsbehörden bei Trägerwechsel (insbesondere Prüfung der Bedarfsnotwendigkeit) - Plebiszitäre Einflussnahme <p>Mangelnde Rechtsgrundlagen für Umsetzung neuer Planungsprinzipien/-verfahren</p> <p>Herausforderungen der COVID-19-Pandemie unterstreichen die Notwendigkeit, Maßnahmen zur Bewältigung zukünftiger Pandemien und/oder Krisen zu entwickeln</p>	<ul style="list-style-type: none"> e) Optimierung der Krankenhausplanung und der Krankenhaus-Bauplanung hinsichtlich Hygienekonzepten und Hygienestandards unter Einbeziehung erfolgreicher Konzepte aus anderen Ländern (z. B. Niederlande) sowie Expertengruppen (z. B. Krankenhaushygieniker, Infektiologen, Vertretern der Krankenpflege und Fachleuten für Krankenhausbau) f) Schaffung bzw. Reaktivierung ausreichender Laborkapazitäten <p>5. Berücksichtigung der Herausforderungen pandemischer Lagen im Rahmen der Entwicklung bzw. Aktualisierung von Krisen-/Pandemie-Plänen</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Entwicklung von Konzepten zur kurzfristigen Schaffung von Isolationsmöglichkeiten (insbesondere im Intensivbereich) bei bestehenden Krankenhäusern sowie zur kurzfristigen Erhöhung des Anteils an Intensivkapazitäten b) Erarbeitung von Notfallkonzepten zum gestuften Hochfahren stationärer Reserveeinrichtungen c) Entwicklung von Konzepten zur strikten Trennung von infektiösen Notfallpatienten bei bestehenden Krankenhäusern sowie zur Trennung von Personal- bzw. Patientinnen/Patienten-Gruppen d) Entwicklung klarer Regelungen für die Übergänge von Patientinnen und Patienten zu Reha- und Altenpflegeeinrichtungen sowie Hospizen, um Aufnahme auch im Pandemiefall zu gewährleisten e) Entwicklung klarer Regelungen zur Beschaffung und Bevorratung von Persönlicher Schutzausrüstung (PSA), Medikamenten und weiteren krisenrelevanten Materialien für den stationären Sektor zentral durch eine staatliche Stelle f) Entwicklung klarer Regelungen von Zuständigkeiten sowie Kommunikations- und Organisationsabläufen zwischen allen beteiligten Akteuren, insbesondere auch bei der Verantwortung für Testungen (sowohl auf Landes- als auch auf regionaler Ebene) g) Entwicklung eines verbindlichen Planes von Katastrophenschutz- und Pandemieschutzübungen in der medizinischen Versorgung h) Entwicklung von Strategien zum Umgang mit Publikums- und Besuchsverkehr in Krankenhäusern im Pandemiefall
--	---

- i) Stärkere Einbindung des Landesgesundheitsamts und des Gesundheitsministeriums als Ansprechpartner für das Gesundheitswesen vor Ort in pandemischen Lagen bzw. Krisenfällen (Information, Erreichbarkeit und Beratung, Bildung und Unterstützung von Infektionsteams vor Ort)
- 6. Schaffung kleinräumiger, sinnvoller Versorgungsregionen in Niedersachsen (z. B. 8 statt aktuell 4)**
- 7. Einführung einer neuen gestuften Versorgungsstruktur** (vgl. Exkurs: Versorgungsstufen für die Krankenhausplanung in Niedersachsen)
 - a) Versorgungsstufe I: Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung und Fachkliniken
 - b) Versorgungsstufe II: Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung
 - c) Versorgungsstufe III: Krankenhäuser der Maximalversorgung
- 8. Definition von Mindestvoraussetzungen**
 - a) Entwicklungen/rechtsverbindliche Regelung von Mindestvoraussetzungen für ein Krankenhaus (z. B. 24/7 Besetzung mit einem Facharzt für entsprechende Fachabteilung)
 - b) Mindestvoraussetzungen (fachlich, technisch, personell) für die Behandlung und Pflege von Patienten bestimmter Indikationen (z. B. Schlaganfall, Herzinfarkt, Onkologie)
 - c) Definition und Einführung von differenzierten Erreichbarkeitszeiten unter Berücksichtigung der GBA-Vorgaben und landesspezifischer Gegebenheiten in einem Flächenland
- 9. Abgestimmte Versorgungsplanung von Krankenhäusern und regionalen Gesundheitszentren durch den Krankenhausplanungsausschuss unter Berücksichtigung der ambulanten Bedarfsplanung**
- 10. Stärkung der Qualitätssicherung**
 - a) Strukturqualität an Krankenhäusern vorgeben und Einhaltung überprüfen
 - Externe Qualitätssicherung einfacher verständlich, sinnhafter und transparenter gestalten
 - Anpassung von Strukturvorgaben des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) für die Medizin
 - b) Steigerung der Qualität und Patientensicherheit durch Mindestmengenlösungen

	<p>11. Kommunikation und Transparenz</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Verständlichkeit und Transparenz der Qualitätsberichte erhöhen b) Kommunikation und Dialog nicht allein den Krankenhausträgern überlassen, z. B. durch vom Land moderierte örtliche Strukturgespräche c) Herausstellen der Struktur- und Qualitätsverbesserung statt Schließung
<p>B. Finanzierung</p> <p>Unzureichende und zu wenig auf Strukturwandel ausgerichtete Investitionsfinanzierung, grundlegender Strukturwandel ist mit sehr hohen Kosten verbunden</p> <ul style="list-style-type: none"> - Investitionsquote von 3,4 % (2019) des Landes Niedersachsen entspricht nicht der allg. anerkannt notwendigen Quote von 8 bis 10 % (Basis: Betriebskosten (= Budgetvolumen)) - Finanzierung durch das Land ist unzureichend und Betriebskosten der Krankenhäuser sehen keinen Investitionsanteil vor; dies verursacht Folgeprobleme wie z. B. Zweckentfremdung von DRG-Erlösen zur Deckung unabweisbarer Investitionsbedarfe <p>Mittel des Strukturfonds sind durch große strukturverbessernde Investitionsmaßnahmen überzeichnet</p>	<p>12. Zukunftsorientierte strukturverbessernde Ausrichtung der Finanzierung</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Zielgerichtete und auskömmliche Investitionsförderung <ul style="list-style-type: none"> - Dauerhafte Erhöhung der jährlichen Investitionsmittel durch das Land sowie Anpassung der Investitionsmittel an die Preisindexentwicklung - Priorität für Investitionen für Strukturverbesserungen und Konzentration von Versorgungsleistungen, Fusionen, Umwandlungen oder Schließungen von Krankenhäusern - Fortführung und Weiterentwicklung eines Strukturfonds durch den Bund b) Zielgerichteter Einsatz der Bundesmittel aus dem Krankenhauszukunftsprogramm für die Digitalisierung von Krankenhäusern (vgl. Krankenhauszukunftsgesetz, vgl. Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung, Handlungsempfehlungen) c) Fortführung und Weiterentwicklung des Landesdigitalisierungsfonds für den Bereich Gesundheit (vgl. Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung, Handlungsempfehlungen) d) Einrichtung eines landeseigenen Strukturfonds für die Weiterentwicklung der Krankenhauslandschaft und für die Umwandlungen von Krankenhäusern (in andere Gesundheitseinrichtungen, vgl. Handlungsempfehlung 1d) e) Schaffung klarer Regelungen zur Finanzierung der Beschaffung und Bevorratung von Persönlicher Schutzausrüstung (PSA), Medikamenten und weiteren Materialien in pandemischen Lagen und/oder Krisenfällen <p>13. Einstieg in die Neuordnung der Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Entwicklung und Erprobung neuer Versorgungs- und entsprechender Finanzierungsmodelle (z. B. Einführung von Pauschalen für sektorenübergreifende Versorgung)

<p>Keine Nutzung von Mitteln des Strukturfonds für neue Fördertatbestände, insbesondere zur Verbesserung der IT-Sicherheit von Krankenhäusern, Bildung zentralisierter Notfallstrukturen oder telemedizinischer Netzwerkstrukturen</p> <p>Mangelnde Ausrichtung des Vergütungssystems auf sektorenübergreifende Versorgungsangebote (vgl. Sektorenübergreifende Versorgung, Beschluss 6)</p> <p>Bei Verlagerung der Leistung zwischen den Sektoren folgt die Vergütung nicht immer der Leistung</p> <p>Keine ausreichende Finanzierung von Vorhaltekosten in den Fallpauschalen</p>	<p>14. Erprobung von sektorenübergreifenden Versorgungsmodellen (vgl. Sektorenübergreifende Versorgung, Handlungsempfehlungen)</p> <p>a) Entwicklung und Erprobung neuer Versorgungs- und entsprechender Finanzierungsmodelle</p> <p>b) Einführung von Pauschalen für sektorenübergreifende Versorgung</p> <p>15. Prüfung einer stärkeren Berücksichtigung von Vorhaltekosten</p> <p>16. Ausbau der Flexibilität des Vergütungssystems für Sonderfälle und besondere Situationen</p>
<p>C. Personal</p> <p>Personalknappheit wird zum limitierenden Faktor in der Versorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Teilweise zu viele Fälle, Krankenhausstandorte und Betten, daher trotz vergleichsweise viel vorhandenem Personal nur geringe Quote Pflegender und ärztlicher Mitarbeitender in der direkten Versorgung am Bett 	<p>17. Ansätze zur Stärkung des Personals</p> <p>a) Berufsübergreifende Lösungen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Schaffung und stärkere Förderung attraktiver Rahmenbedingungen, z. B. durch Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf - Mehr berufsgruppenübergreifende Aus-, Weiter- und Fortbildung durch verpflichtende interprofessionelle Anteile - Stärkere Nutzung der Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements in Kliniken

<p>Überlastung vorhandener Krankenhaus-Fachkräfte</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mangel betrifft Ärzteschaft, Pflegefachkräfte, Hebammen und andere Berufsgruppen - Hohe Arbeitsbelastung u. a. aufgrund nicht besetzter Stellen, zunehmender Bürokratie und unzureichender Digitalisierung - Personalmangel beeinträchtigt die Qualität der Versorgung für Patientinnen und Patienten, zunehmendes Problem insbesondere in kleinen Krankenhäusern und ländlichen Regionen - Teilweise noch immer fehlende Wertschätzung und mangelnde fachlich orientierte Zusammenarbeit innerhalb und zwischen Medizin und Pflege - Verlässlichkeit der Vereinbarkeit von Familie, Beruf und Freizeit häufig nicht gewährleistet 	<ul style="list-style-type: none"> - Reduzierung des gesetzlich vorgegebenen Verwaltungsaufwandes und/oder krankenhauserinnerer Verwaltungsabläufe durch Digitalisierung, z. B. durch die Einführung der elektronischen Patientenakte - Reduzierung des Dokumentationsaufwands durch Entbürokratisierung und Deregulierung - Tarifbindung, VBL, Tarifvertrag Soziales, mit dem Ziel angemessener Entlohnung insbesondere auch in der Pflege <p>b) Entwicklung von Instrumenten/Strategien der Pflegepersonalbedarfsermittlung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Umsetzung/Evaluation von Personalbemessungsuntergrenzen bis zur gesetzlichen Neuregelung des Instruments zur Ermittlung des Pflege- und Personalbedarfs - Entwicklung eines neuen wissenschaftsbasierten Pflegepersonalbemessungsinstruments, unter Einbeziehung des vorgelegten Konzepts von DPR, Ver.di und DKG - Finanzierung des tatsächlich eingesetzten Personals (Nachweispflicht) <p>c) Entwicklung von Regelungen für Leiharbeit (Arbeitnehmerüberlassung)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Begrenzung von Leiharbeit - Förderung der Poolbildung durch „Springer“ - Entwicklung von Einarbeitungskonzepten für Leiharbeitskräfte <p>d) Entwicklung gezielter Strategien für den Umgang mit Internationalisierung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beschleunigte Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen und Verbesserung der Sprachkompetenz (Finanzierung von Integrations- und Sprachkursen; Sprachniveau B2) (vgl. Ambulante medizinische Versorgung, Handlungsempfehlungen) - Erleichterung des Zugangs von Ärztinnen und Ärzten, die nach Deutschland auswandern (z. B. Übernahme von Integrationskosten, Vermittlung von Sprach- und Einarbeitungskursen, Unterstützung bei der Wohnraumbeschaffung) <p>e) Optimierung von Krankenhausstrukturen mit dem Ziel der besseren Nutzung und Verteilung von Personalressourcen</p>
<p>Herausforderungen der Leiharbeit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hohe Kosten durch Leiharbeit - Ungleichbehandlung der Angestellten gegenüber Honorarkräften, die ihre Arbeitseinsätze selbst steuern und höher bezahlt sind 	

<p>Herausforderung Internationalisierung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kommunikations- und Sprachprobleme mit und zwischen medizinischem und pflegerischem Personal und Patientinnen und Patienten - Teilweise zu langsame Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen <p>Personalabwerbung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prämienzahlung und Wechselprämien zum Nachteil von Wettbewerbern mit Tarifbindung 	<p>f) Kooperation zwischen Krankenhäusern statt Abwerbung von Fachpersonal, z. B. durch gemeinsame Personalplanung und/oder Poolbildung (z. B. nach dem Vorbild des University Medical Centers Groningen, Niederlande; vgl. Erfahrungen EKmedV-Bereisung August 2019)</p> <p>18. (Rück-) Gewinnung von Fachkräften</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Rückgewinnung von Medizinerinnen und Medizinern sowie (Pflege-) Personal in ihre Heimatregionen durch Verbesserung der Rahmenbedingungen und Schaffung von Anreizen (vgl. Ambulante medizinische Versorgung, Handlungsempfehlungen) b) Entwicklung von Strategien zur Integration akademisch ausgebildeter Pflegenden in die direkte Patientenversorgung c) Unterstützung der (Wieder-)Aufnahme einer Beschäftigung im Krankenhaus, insbesondere für Personal in der „Stillen Reserve“ Innerbetriebliche Förderung der wechselseitigen Wertschätzung zwischen den Berufsgruppen d) Innerbetriebliche Förderung der wechselseitigen Wertschätzung zwischen den Berufsgruppen
--	---

Beschluss 4: Pflegerische Versorgung im Krankenhaus

Ergebniszusammenfassung

Herausforderungen	Handlungsempfehlungen
<p>A. Sicherheit und Qualität der Versorgung</p> <p>Probleme der pflegerischen Versorgung im Krankenhaus</p> <ul style="list-style-type: none"> - Teilweise zu viele Fälle, Krankenhausstandorte und Betten, daher trotz vergleichsweise viel vorhandenem Personal nur geringe Quote Pflegender in der direkten Versorgung am Bett - Fehlen verbindlicher Instrumente zur Ermittlung des Pflege-/und Personalbedarfs in KH - Pflegepersonaluntergrenzen sind als unterer Richtwert notwendig, bewirken insgesamt aber keine verbesserte Personalausstattung 	<p>1. Stärkung der Qualität der stationären pflegerischen Versorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Ausweitung von Bezugspflegesystemen in Form Primärer Pflege (z. B. „Primary Nursing“) und stärkere Berücksichtigung dieser Systeme unter arbeitsorganisatorischen Gesichtspunkten; empfohlen wird eine wissenschaftliche Begleitung b) Förderung der Verzahnung zwischen ambulanter Pflege und Pflege im Krankenhaus (z. B. Überleitungspflege und Entlassmanagement, pflegerische Sprechstunden wie onkologische Pflegeberatung und Wundmanagement) c) Stärkung der Kooperation zwischen Krankenhäusern statt Abwerbung von Fachpersonal (z. B. durch gemeinsame Personalplanung und/oder Poolbildung) (vgl. Stationäre medizinische Versorgung, Handlungsempfehlung 17f) <p>2. Entwicklung von Strategien/Instrumenten der Pflegepersonalbedarfsermittlung (vgl. Stationäre medizinische Versorgung, Handlungsempfehlung 17b)</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Umsetzung/Evaluation von Personaluntergrenzen in allen Versorgungseinheiten bis zur gesetzlichen Neuregelung des Instruments zur Ermittlung des Pflege- und Personalbedarfs b) Entwicklung eines neuen, wissenschaftsbasierten Pflegepersonalbemessungsinstruments unter Einbeziehung des vorgelegten Konzepts von DPR, ver.di und DKG

<p>B. Finanzierung</p> <p>Mangelnde Finanzierung von Pflegepersonal trotz Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung (PPKAV) gibt lediglich eine Orientierung bei der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem KH-Budget, aber keine Rechtssicherheit - Trotz Pflegebudgetverhandlungsvereinbarung auf Bundesebene werden weitere Rechtsstreitigkeiten bei Budgetverhandlungen erwartet - Streitigkeiten zwischen Kostenträgern und Einrichtungen über die Refinanzierung von Durchschnittsgehältern, Zahlung von Poolmitarbeiterinnen und -mitarbeitern oder von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die über Zeitarbeitsfirmen vermittelt wurden 	<p>3. Sicherung einer sachgerechten Finanzierung von Pflegepersonal in der direkten Patientenversorgung</p>
<p>C. Personal</p> <p>Belastende Arbeitsbedingungen für Pflegepersonal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Steigender Anteil von chronisch erkrankten und/oder multimorbiden Patientinnen und Patienten (einhergehend mit einem erhöhten Pflegeaufwand) 	<p>4. Optimierung der Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals durch gesundheitsförderliche Rahmenkonzepte</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Förderung von Betrieblichem Gesundheitsmanagement (BGM; systematische Prozesse, Fokus auf verhältnisbezogene Ebene, z. B. Verbesserung von Prozessen, Führung, Teambuilding etc.) sowie Förderung von Betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF; Einzelmaßnahmen, Fokus auf individuelle Verhaltensebene, z. B. Angebot von Gesundheitskursen) b) Förderung von Maßnahmen zur Verbesserung des Arbeitsumfeldes (z. B. Konzept „Gesunde Kliniken“, „Green Hospitals“)

<ul style="list-style-type: none"> - Teilweise noch immer fehlende Wertschätzung und mangelnde fachlich orientierte Zusammenarbeit innerhalb und zwischen Medizin, Pflege und weiteren Berufsgruppen - Psychische und physische Überlastung des Pflegepersonals - Verlässlichkeit der Vereinbarkeit von Familie, Beruf und Freizeit häufig nicht gewährleistet <p>Mangelnde Attraktivität und Interessenvertretung der Pflegeberufe</p> <p>Mangelnde Umsetzung technischen Fortschritts und ausbaufähiger Einsatz technischer Möglichkeiten</p>	<p>5. Förderung offener und weniger hierarchischer Kommunikation und Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen und innerhalb der Berufsgruppen (z. B. Pflegepersonal, Ärztinnen und Ärzte, Sozialarbeit, Hauswirtschaft, Therapeutinnen und Therapeuten)</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Stärkung bzw. Einführung digitaler Kommunikation und Dokumentation, gemeinsamer Visiten, Besprechungskultur b) Förderung flacherer Hierarchien und multiprofessioneller Teamstrukturen c) Stärkung und Setzen von Anreizen zur Umsetzung eines strukturellen Skill-Mix (passende Teamzusammensetzung in Bezug auf Fähigkeiten, Berufs- und Lebenserfahrung) <p>6. Förderung der Entwicklung innovativer und familienfreundlicher Arbeitszeitmodelle (z. B. Kerndienstzeitmodelle)</p> <p>7. Entwicklung von Strategien für eine bessere Work-Life-Balance</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Berücksichtigung altersgerechter Arbeitsplätze (z. B. Projekt „Älter werden in der Pflege“) b) Ausbau von Angeboten zur Kinderbetreuung (z. B. vom Arbeitgeber reservierte und bezuschusste Kinderbetreuungsplätze mit ausreichenden Öffnungszeiten) c) Erstellung längerfristiger und verlässlicher Dienstpläne <p>8. Entwicklung gezielter Strategien bei Ausfällen des Pflegepersonals</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Entwicklung eines effektiven und modernen Personalausfallmanagements b) Förderung der Verfügbarkeit eines „Pools“ c) Einführung eines Verfügungsmodells für eine strukturierte Ausfallkompetenz <p>9. Gezielter Einsatz von Pflegeassistentinnen und -assistenten</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Anerkennung, Stärkung und Integration des Beitrags von Pflegeassistentinnen und -assistenten zur Versorgung (vgl. Handlungsempfehlung 1a) b) Übernahme definierter Tätigkeiten zur Entlastung der Pflegefachpersonen durch ausgebildete Pflegeassistentinnen und -assistenten
--	---

10. Ausbau von Robotik in der Pflege

- a) Weiterentwicklung und Evaluation von Assistenzrobotik in der Pflege (Systeme zum Heben, Tragen und Stützen von Patientinnen und Patienten) und von robotischen Systemen zur Unterstützung von logistischen Aufgaben
- b) Anwenderschulungen für Pflegepersonal zur Nutzung, ethische Folgenabschätzungen, Sicherheits-, Gefährdungs- und haftungsrechtliche Beurteilung

11. Steigerung der Attraktivität der Pflegeberufe

- a) Stärkung der Wahrnehmung und Wertschätzung der Pflegeberufe
- b) Aufbau eines Qualifizierungsmoduls für Pflegeassistentinnen und -assistenten zur Pflegefachperson
- c) Förderung innovativer Aufgabenfelder in der Pflege (z. B. erweiterte Pflegepraxis durch akademisierte Pflegefachpersonen)
- d) Schaffung von Tätigkeitsprofilen anhand von Vorbehaltsaufgaben für Pflegefachpersonen
- e) Erhöhung des Handlungsspielraums von Pflegefachpersonen durch Delegation von Aufgaben (vgl. Ambulante medizinische Versorgung, Handlungsempfehlungen)

12. Aufwertung der Pflege durch gesetzliche Regelungen und Interessenvertretung

- a) Stärkung einer Interessenvertretung der Pflege
- b) Stärkung und Ausweitung des Rechts zur Ausübung der Heilkunde (Evaluation der Modellvorhaben (KAP.Ni); ggf. Ausweitung der Delegationsmöglichkeiten (Arztvorbehalt), (vgl. Ambulante medizinische Versorgung, Handlungsempfehlungen 6 ff.)
- c) Mitsprache in Entscheidungsgremien
- d) Stärkung der Beteiligung der Pflegeexpertinnen und -experten in den Landesfachkommissionen zur Bewertung der Qualitätsergebnisse in den Krankenhäusern

	<p>13. Gezielte Förderung des Einsatzes von Pflegefachpersonen aus dem Ausland</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Beschleunigung der Anerkennung von Berufsqualifikationen aus dem Ausland und Verbesserung der Sprachkompetenz (Finanzierung von Integrations- und Sprachkursen; Sprachniveau mindestens B2) b) Erleichterung des Zugangs von qualifizierten Pflegefachpersonen (z. B. Verbesserungen des Fachkräfteeinwanderungsgesetzes in Verwaltungsverfahren, Übernahme von Integrationskosten (z. B. Sprach- und Einarbeitungskurse, Wohnraumbeschaffung)) c) Förderung von Vernetzung und Kooperation bei Anwerbung, Einsatz (und Integration) von Pflegefachpersonen aus dem Ausland d) Ausbau internationaler Hochschulkooperationen (z. B. Erasmus Plus) für die gezielte Gewinnung von Pflegestudierenden aus dem Ausland für die Zeit nach dem Studium
<p>D. Aus- und Weiterbildung</p> <p>Entwicklungsbedarfe bei Aus- und Weiterbildung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Der demografische Wandel, Veränderungen der Krankheitsspektren sowie medizinisch-technische Fortschritte führen zu Veränderungen im Aufgabenprofil von Pflegefachpersonen und bedingen eine stetige Weiterentwicklung und Anpassung der Aus- und Weiterbildungsinhalte an die gegebenen Versorgungsbedarfe - Diskrepanz zwischen den erworbenen Qualifikationen und den realen Anforderungen im Pflegealltag 	<p>14. Förderung von Ausbildung</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Starke Steigerung der Auszubildendenzahl durch Ausbildungskooperationen im Klinikverbund b) Verbesserung der finanziellen Rahmenbedingungen wie Schulgeldfreiheit an allen Schulen und Ausbildungsvergütung für den Praxisanteil in der Pflegeassistentenausbildung c) Förderung von Pflegeschulen an Krankenhäusern zur Ausbildung/Weiterbildung des eigenen Personals d) Schaffung ausreichender Studienplätze für Berufsschullehrerinnen und -lehrer sowie Theorielehrpersonen im Berufsfeld Pflege sowohl grundständig als auch für den Quereinstieg (für staatliche Berufsschulen und Schulen in freier Trägerschaft) e) Bindung von Auszubildenden und frühzeitiges Aufzeigen von Karrierewegen f) Weiterentwicklung einer verbindlichen Weiterbildung

15. Förderung von Studium

- a) Schaffung ausreichender Studienplätze in Pflegestudiengängen (z. B. Pflegewissenschaft, Pflegemanagement, primärqualifizierende Studiengänge)
- b) Stärkung der dualen Studiengänge unter Einbeziehung der Pflegeausbildungsfinanzierung
- c) Stärkung der Interprofessionalität innerhalb der Gesundheitsfachberufe (z. B. Pflegefachpersonen, Ärztinnen und Ärzte sowie Therapeutinnen und Therapeuten) durch gemeinsames Studium und Aufgabenbewältigung (vgl. Gesundheitscampus Göttingen)
- d) Auskömmliche staatliche Finanzierung primärqualifizierender Pflegestudiengänge

16. Forcierung der Professionalisierung und Akademisierung der Pflege (vgl. SVR 2012)

- a) Erhöhung des Anteils von akademisch qualifiziertem Pflegepersonal in der direkten Patientenversorgung, einhergehend mit begleitenden Studien zur Beobachtung der Entwicklung der Qualität
- b) Umsetzung von Konzepten zur Integration akademisch Pflegenden im Krankenhaus insbesondere in der direkten Patientenversorgung
- c) Förderung von Weiterbildung durch Anhebung auf akademisches Niveau
- d) Schaffung von konsekutiven Masterstudiengängen und strukturierten Promotionsprogrammen für akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen

Beschluss 5: Hebammenversorgung und Geburtshilfe

Ergebniszusammenfassung

Herausforderungen	Handlungsempfehlungen
<p>A. Qualität und Strukturen der Versorgung</p> <p>Engpässe in der Versorgung aufgrund von Kapazitätsabbau, temporären Schließungen und Überlastung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Spürbare Versorgungsengpässe und Konzentrationsprozesse in unterschiedlichen Regionen/Kliniken - Schließungen geburtshilflicher Abteilungen (deutschlandweit 40 % seit 1991; in Niedersachsen 15 % seit 2017) aufgrund erhöhter Kosten, Personalmangels und niedriger Fallzahlen - Bei Schließungen ganzer Krankenhäuser oder geburtshilflicher Stationen hat dies Auswirkungen auf umliegende geburtshilfliche Einrichtungen oder Geburtshäuser (Erreichbarkeit in Notfällen u. U. nicht mehr gegeben) - Ungeregelte Abmeldung von den Leitstellen und Aufnahmestopps durch Überlastung 	<p>1. Stärkung der Qualität in der stationären geburtshilflichen Versorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Die Vorhaltung von mit hauptamtlich angestellten Hebammen besetzten geburtshilflichen Abteilungen sollte richtungsweisend für die geburtshilfliche Versorgung sein b) Prüfung der Notwendigkeit und Ausarbeitung landesweiter Kriterien für eine auskömmliche, qualitätsgesicherte Geburtshilfe (ggf. Erweiterung der G-BA Kriterien für die Sicherstellung in der Geburtshilfe) c) Definition und Einführung (inkl. Auswirkungsanalyse) einer Mindestmengenregelung für die Geburtshilfe (über die Frühgeborenen hinaus) unter Berücksichtigung einer flächendeckenden Versorgung d) Evaluation von Hebammenkreißsälen als neues Betreuungsmodell in geburtshilflichen Abteilungen, u. a. zur Stärkung der physiologischen Geburt e) Unterstützung beim Ausbau des Angebots von Familienzimmern (u. a. durch entsprechende Investitionsfinanzierung des Landes) <p>2. Schaffung von Übersichten und Entwicklung innovativer Lösungen für die Strukturplanung der geburtshilflichen Versorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Prüfung und Pilotierung innovativer Betreuungs- und Versorgungskonzepte im ländlichen Raum b) Entwicklung von anschaulichen Übersichten zu allen Geburtsorten (Kliniken, außerklinische Geburtsorte) und zur Ergebnisqualität (z. B. Komplikationsraten, Verlegungen in Krankenhäuser, Kaiserschnittraten)

<p>Optimierbare Qualität der geburtshilflichen Betreuung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Steigende Herausforderungen für Frauenärzt*innen durch z. B. Frühgeburten, Präeklampsie oder höheres Alter der Mütter - Aus Sicht werdender Mütter mit normalem Schwangerschaftsverlauf teilweise unzureichende Versorgung in den Bereichen der Schwangerschaftsbegleitung, Geburtshilfe, Nachsorge, Familienunterstützung - Hohe Betreuungsquoten pro Hebamme <p>Mangel an verbindlichen interprofessionellen Regelungen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stellenweise optimierungsbedürftige Zusammenarbeit aller an der geburtshilflichen Betreuung beteiligten Berufsgruppen (z. B. Hebammen, Gynäkolog*innen, Kinder- und Jugendärzt*innen und Anästhesist*innen), ergänzend zu den vorhandenen Leitlinien 	<p>3. Sicherstellung der landesweiten ambulanten Hebammenversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Einführung einer Landeskoordinierungsstelle, um Aktivitäten auf der örtlichen Ebene zu unterstützen, bestehende Partner in ein gemeinsames System einzubinden, regionale Besonderheiten zu erkennen und zur allgemeinen Verbesserung der Versorgungslage beizutragen b) Entwicklung eines Konzepts für die Einrichtung weiterer regionaler Hebammenzentralen, mit dem Ziel einer flächendeckenden Versorgung <p>4. Unterstützung der verantwortlichen Akteure und Fachgesellschaften bei der Etablierung qualitätssichernder Regelungen und Leitlinien in der Geburtshilfe</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Grundsätzlich: Orientierung an den Handlungsempfehlungen des Nationalen Gesundheitsziels „Gesundheit rund um die Geburt“ (z. B. Stillrichtlinie) b) Förderung physiologischer Geburten unter Vermeidung nicht notwendiger Interventionen (u. a. Ziel: Senkung der Kaiserschnitttrate) c) Unterstützung bei der Entwicklung einer Leitlinie für eine Wochenbettbetreuung d) Stärkung der kultursensiblen Ausrichtung von Versorgungsangeboten und -maßnahmen (z. B. Förderung und Finanzierung von Sprach- und Kulturmittlerinnen und -mittlern) <p>5. Verbesserung sektorenübergreifender sowie interprofessioneller Zusammenarbeit</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Unterstützung bei der Entwicklung einer Arbeitsteilung zwischen Hebammen und Fachärztinnen und -ärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe) b) Unterstützung der flächendeckenden Etablierung gemeinsamer Fortbildungen und Fallbesprechungen (niedergelassen, klinisch, außerklinisch Tätige; auf lokaler und regionaler Ebene; Qualitätszirkel) c) Stärkung der Kooperation von Einrichtungen des Gesundheitswesens, Kinder- und Jugendhilfe, ÖGD, insbesondere durch Entwicklung familienorientierter, aufsuchender Angebote für Schwangere/Familien in besonders belasteten Lebenssituationen (z. B. enge Verzahnung der U-Untersuchung und des Kinderschutzes im Rahmen der Netzwerke Frühe Hilfen) [NZFH, initiiert durch das BMFSFJ im Jahr 2007] d) Stärkung von Bündnissen für physiologische Geburten (regional und/oder landesweit)
---	---

	<p>6. Stärkung von Aufklärung und Transparenz bei Schwangerschaft und Geburt</p> <p>a) Frühzeitige Aufklärung und Bereitstellung von Beratungsangeboten zu den Themen angstfreie Schwangerschaft, Geburt, Bindungs- und Stillförderung (inkl. Väter)</p> <p>b) Förderung aufgeklärter Schwangerschaftsvorsorge, je nach Wunsch der Frau bei Gynäkologin bzw. Gynäkologen und/oder Hebamme</p> <p>c) Stärkung der Lotsenfunktion von Frauenärztinnen und -ärzten und Hebammen durch die Gesundheitsregionen (z. B. durch Erarbeitung und Bereitstellung von Informationen über regionale qualitätsgesicherte Hilfsangebote)</p>
<p>B. Finanzierung</p> <p>Anpassungsbedarfe bei finanziellen Rahmenbedingungen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eignung des derzeitigen DRG-Vergütungssystems für die Abrechnung von Geburtshilfestationen strittig - Hohe Vorhaltekosten und hoher nicht refinanzierbarer personeller Einsatz bei kleineren Abteilungen bzw. bei geringer Nachfrage 	<p>7. Stärkung der Finanzierung geburtshilflicher Leistungen</p> <p>a) Prüfung einer möglicherweise unzureichenden Abbildung physiologischer Geburten im DRG-Vergütungssystem durch Einbringen der Thematik von Krankenhausträgern oder Fachgesellschaften in das DRG-Vorschlagsverfahren zur Weiterentwicklung der Kalkulation</p>
<p>C. Personal, Aus- und Weiterbildung</p> <p>Verbesserungsbedürftige Arbeitsbedingungen der Hebammen in Kliniken</p> <ul style="list-style-type: none"> - Von den Hebammen formulierte Unzufriedenheit mit der Vergütung bei gleichzeitig hoher Arbeitsverdichtung - Unattraktive Arbeitsbedingungen (z. B. Schicht- und Nachtdienst, hohe Zahl von Überstunden, häufiges Einspringen aus dem „Frei“, fehlende Entlastung von Reinigungsarbeiten u. ä.) 	<p>8. Personalgewinnung</p> <p>a) Ermittlung des mittelfristigen Hebammenbedarfs, Anpassung der Ausbildungskapazitäten an die Bedarfsentwicklung</p> <p>b) Weiterer bedarfsgerechter Ausbau von Hebammenstudiengängen</p> <p>c) Entwicklung kurz- und längerfristiger Strategien zur Personalgewinnung, insbesondere für Vollzeitstellen</p> <p>d) Schaffung von Anreizen zur (Wieder-) Aufnahme einer Beschäftigung nach dem (temporären) Ausscheiden aus dem Beruf</p>

<p>Personelle Kapazitätsengpässe</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nachwuchsmangel (ca. 25 % der Hebammen in Niedersachsen gehen in den nächsten acht Jahren in den Ruhestand) - Zunahme von Teilzeitbeschäftigung - Zu geringe Ausbildungskapazitäten, um absehbarem Nachbesetzungsbedarf und zunehmendem Kapazitätsrückgang durch steigenden Anteil von Teilzeitbeschäftigung zu begegnen - Ein großer Teil der Leistungen von ausgebildeten Hebammen wird außerhalb der eigentlichen Geburtshilfe erbracht <p>Herausforderungen freiberuflicher Hebammen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hohe Haftpflichtprämien, insbesondere für in Teilzeit arbeitende freiberufliche Hebammen 	<p>9. Verbesserung der Arbeitsbedingungen für Hebammen in Kliniken</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Angemessene Vergütung b) Entlastung der Hebammen von fachfremden und organisatorischen Tätigkeiten c) Ausbau und Umsetzung der Strategien für eine bessere Work-Life-Balance (z. B. Förderung familienfreundlicher und innovativer Arbeitszeitmodelle, Entwicklung von Strategien bei Ausfällen des Personals) d) Stärkung der Wertschätzung der Tätigkeit und der Verantwortung von Hebammen e) Prüfung der vorhandenen Präsenzpflcht bei Kaiserschnitten <p>10. Verbesserung der Arbeitsbedingungen für freiberuflich tätige Hebammen</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Unterstützung bei der Lösung der Haftpflichtproblematik für freiberufliche Hebammen, insbesondere in Teilzeit arbeitende (Regelung auf Bundesebene) <p>11. Verbesserung der Arbeitsbedingungen für Ärzt*innen in der Geburtshilfe (vgl. Stationäre medizinische Versorgung, Handlungsempfehlungen)</p>
---	--

Beschluss 6: Sektorenübergreifende Versorgung

Ergebniszusammenfassung

Herausforderungen	Handlungsempfehlungen
<p>Rahmenbedingungen für eine sektorenübergreifende und integrierte Versorgung</p> <p>Überwiegend sektoral getrennte Planungs-, Finanzierungs- und Vergütungssysteme</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sektorenübergreifende Erwägungen spielen in den Planungsprozessen derzeit nur eine untergeordnete Rolle - Unterschiedliche Finanzierungs- und Vergütungssysteme (z. B. Preissysteme, Mengenvorgaben, ambulant/stationär) - Mangelnde gegenseitige Berücksichtigung und Abstimmung zwischen den Sektoren - Inkongruente planerische Versorgungsbereiche ambulanter und stationärer Leistungserbringer <p>Sektorale Strukturen beeinträchtigen Effizienz, Effektivität und Qualität der Gesundheitsversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aus Sicht einer bedarfsorientierten Versorgung besteht schon lange ein Nebeneinander von Unter-, Über- und Fehlversorgung 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vorantreiben der schrittweisen Angleichung der Rahmenbedingungen auf Bundesebene (Systemwechsel; vgl. Vorschläge SVR-Gesundheit) <ol style="list-style-type: none"> a) Förderung der schrittweisen Angleichung der ambulanten und stationären Versorgungsplanung: Entwicklung einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung mit dem Ziel einer praxisorientierten Umsetzung b) Förderung der schrittweisen Angleichung der Finanzierungstatbestände: Vereinheitlichung der Vergütung für identische Sachverhalte („Gleiche Vergütung für gleiche Leistung“) unter Berücksichtigung der Kosteneffekte, Annäherung der Investitionsfinanzierung und Schaffung von Anreizen für IV-Verträge (insbesondere § 140 a SGB V) c) Förderung der schrittweisen Angleichung von Organisation und Abläufen, z. B. Annäherung des Aufsichtshandelns, Einführung integrierter Versorgungsroutinen und Vereinheitlichung der Sprache durch versorgungsstufenadäquates, aber integriertes Klassifikations- und Dokumentationssystem sowie Einbezug digitaler Instrumente und entsprechender Anwendungen der Telematikinfrastruktur d) Förderung sektorenübergreifender Qualitätssicherung (auch als Voraussetzung für qualitätsorientierte Bedarfsplanung und Qualitätswettbewerb) 2. Berücksichtigung der Ergebnisse der Bund-Länder-AG „Sektorenübergreifende Versorgung“ (vgl. Fortschrittsbericht Bund-Länder-AG 01/2020) <ol style="list-style-type: none"> a) Erweiterung der Möglichkeiten für Krankenhäuser zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung, insbesondere in Regionen und medizinischen Aufgabenfeldern, in denen der ambulante Versorgungsbedarf aktuell und zukünftig nicht gedeckt werden kann b) Festlegung eines gemeinsamen fachärztlichen Versorgungsbereiches, der künftig für den ambulanten und stationären Bereich sektorenübergreifend organisiert wird

<ul style="list-style-type: none"> - Sektoral getrennte Bedarfsplanung führt zu: Parallelstrukturen statt Schwerpunktbildung und Vernetzung, Fehlverteilung nach Fachgruppen, regionaler Fehlverteilung (v. a. Ballungsgebiete vs. ländliche Gebiete) sowie Missverhältnis zwischen spezialisierter Versorgung und Grundversorgung - Unzureichende Koordinierung führt zu teils ungesteuerter Inanspruchnahme, Doppeluntersuchungen und hohen Arztkontaktzahlen (insbesondere bei mehrfach erkrankten Patientinnen und Patienten) - Unzureichende und nicht durchgängige Begleitung der Patientinnen und Patienten an den Sektorenübergängen - Mangel an Kooperationsanreizen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten führen zu ineffizienter sektoraler Konkurrenz - Ambulantisierungspotenziale werden nicht ausgeschöpft 	<ul style="list-style-type: none"> c) Verbesserung der Kommunikation, Koordination und Kooperation zwischen Haus- und Fachärztinnen und -ärzten sowie ambulanten Pflegediensten, um die diagnostische, therapeutische und pflegerische Versorgung zu verbessern, insbesondere von alleinlebenden, chronisch kranken oder alten Menschen 3. Entwicklung umfassenderer populationsorientierter Versorgungsmodelle für Niedersachsen (z. B. über Gesundheitsregionen) 4. Umsetzung des Konzepts „Regionales Gesundheitszentrum Niedersachsen“ (vgl. Exkurs zum RGZ-Konzept) <ul style="list-style-type: none"> a) Modellhafte Einführung Regionaler Gesundheitszentren zur sektorenübergreifenden Versorgung an geeigneten Standorten in Niedersachsen b) (Begleitende) Evaluation der Modellprojekte, insbesondere hinsichtlich des Patientennutzens, der Leistungsfähigkeit, der Wirtschaftlichkeit, der Inanspruchnahme und der Akzeptanz c) Berücksichtigung der Erfahrungen aus dem landesweiten Modellprojekt „regionale Versorgungszentren“ des Nds. Ministeriums für Bundes- und Europaangelegenheiten und Regionale Entwicklung d) Bei Erfolg des EKmedV-Modellprojekts „Regionales Gesundheitszentrum Niedersachsen“: Überführung in die Regelversorgung, insbesondere um Versorgung in ländlichen Bereichen sicherzustellen (u. a. an Standorten, an denen Krankenhäuser nicht dauerhaft betrieben werden können/müssen) 5. Aufbau weiterer sektorenübergreifender Versorgungsmodelle und regionaler Versorgungsverbände <ul style="list-style-type: none"> a) Entwicklung und Erprobung neuer Versorgungs- und entsprechender Finanzierungsmodelle b) Einführung einer sachgerechten Finanzierung der sektorenübergreifenden Versorgung c) Stärkung regionaler Gesundheitsplanung unter Einbeziehung aller beteiligten Akteurinnen und Akteure der örtlichen Gesundheitseinrichtungen und Berücksichtigung der Bedarfe vor Ort (z. B. im Rahmen von regionalen Versorgungskonferenzen)
--	---

<p>Reformimpulse und Steuerungsansätze haben bisher nicht hinreichend gegriffen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Planungs-, Finanzierungs- und Vergütungssysteme blieben bei der Integration der Versorgungsbereiche bisher weitestgehend unangetastet beziehungsweise erfolgen nur additiv - Beharrungskräfte sektorspezifisch geprägter Sichtweisen erfordern lang andauernde und nachhaltig organisierte Transformationsprozesse - Steuerungsdefizite auf der Angebots-, Nachfrage- und Inanspruchnahme-seite <p>Herausforderungen bei der Durchführung und Übertragbarkeit von Modellprojekten in die Regelversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Selektivvertragliche Modelle sind wichtig für die Erprobung neuer Versorgungs- und Vergütungsideen, jedoch mit hohem Aufwand verbunden, und aufgrund geringer Fallzahlen sind Evaluationen oft nur eingeschränkt möglich - Fokus bisheriger selektivvertraglicher Modelle oftmals auf Kosteneinsparung, nicht auf Versorgungsqualität - Häufig Probleme bei der Rekrutierung von Patientinnen und Patienten 	<p>6. Aufbau sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen auf Grundlage der Erfahrungen aus bisherigen Modellprojekten</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Stärkung ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung nach § 116 b SGB V b) Stärkung der Nutzung des Innovationsfonds nach § 92 a SGB V c) Stärkung Integrierter Versorgung nach § 140 a SGB V d) Verstetigung erfolgreicher Pilotprojekte aus den Gesundheitsregionen <p>7. Umgestaltung des §-90-a-Gremiums</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Reduzierung auf Verantwortliche für Sicherstellung und (tatsächliche) Kostenträger b) Ausweitung von Befugnissen, insbesondere zur sektorenübergreifenden Versorgung (soweit dies noch nicht erfolgt - Ausweitung sektorenübergreifender Planungsaspekte auf den Krankenhausausschuss oder den Ausschuss Ärzte/Krankenkassen bzw. Zulassungsausschuss Vertragsärzte) <p>8. Nutzung von Digitalisierungspotenzialen im Rahmen der sektorenübergreifenden Versorgung (vgl. Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung, Handlungsempfehlungen)</p> <p>9. Nutzung von Delegationspotenzialen im Rahmen der sektorenübergreifenden Versorgung (vgl. Ambulante medizinische Versorgung, Handlungsempfehlungen)</p>
--	--

<ul style="list-style-type: none">- Häufig Skepsis in Bezug auf Outcomes (aufgrund ausstehender Evaluationen) und Überführbarkeit in die Regelversorgung- Probleme bei der Zwischenfinanzierung	
--	--

Beschluss 7: Öffentlicher Gesundheitsdienst

Ergebniszusammenfassung

Herausforderungen	Handlungsempfehlungen
<p>A. Qualität und Strukturen</p> <p>Zukünftiges Profil des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) bedarf einer Schärfung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aufgabenkritik des ÖGD in Niedersachsen hat noch nicht stattgefunden (auch unter Berücksichtigung pandemischer Lagen von hoher Bedeutung) <p>Hohe Arbeitsbelastung im ÖGD</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hohe Arbeitsbelastung aufgrund des breiten Aufgabenspektrums sowie zum Teil starker personeller Unterbesetzung - Bei Personalmangel werden Aufgaben wie Koordinationstätigkeiten reduziert - Hoheitliche Aufgaben können nicht verlagert werden, vgl. Niedersächsisches Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (NGöGD) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Schärfung des Profils und der Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes <ol style="list-style-type: none"> a) Umsetzung des Leitbilds der 91. Gesundheitsministerkonferenz (2018) für einen leistungsfähigen ÖGD als Grundlage für die Rolle des ÖGD in Niedersachsen b) Überprüfung der Aufgabenwahrnehmung des ÖGD in Niedersachsen und Definition von Aufgabenstandards, die in allen Gesundheitsämtern erbracht werden müssen c) Auf- und Ausbau interkommunaler und intersektoraler Zusammenarbeit (ggf. gestützt durch Landesgesetz) d) Etablierung bedarfsgerechter Gesundheitsziele (orientiert an den Nationalen und Landesgesundheitszielen und den spezifischen Aufgaben der Gesundheitsämter) e) Förderung des Schwerpunkts öffentlicher, übergeordneter und koordinierender Aufgaben (z. B. Koordinierung von Gesundheitsregionen), dabei Stärkung und Gewährleistung von Interdisziplinarität f) Auf- und Ausbau von Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung, stärkere Nutzung der Möglichkeiten des Präventionsgesetzes g) Koordination von gruppen- und lebensweltbezogenen Leistungen (verhältnisbezogene Maßnahmen, z. B. Schulung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, Vernetzung von Akteurinnen und Akteuren) 2. Umsetzung der technischen und digitalen Modernisierung des ÖGD <ol style="list-style-type: none"> a) Aufrüstung der technischen und digitalen Infrastruktur des ÖGD auch unter zielgerichtetem Einsatz der Bundesmittel aus dem „Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst“ (u. a. zur Sicherstellung der Interoperabilität über alle Ebenen hinweg und zur Schaffung der für das Melde- und Berichtswesen erforderlichen Schnittstellen und Systeme)

<p>Der ÖGD ist für pandemische Lagen derzeit personell und technisch nicht ausreichend aufgestellt; Herausforderungen der COVID-19-Pandemie unterstreichen die Notwendigkeit, Maßnahmen zur Bewältigung zukünftiger Pandemien zu entwickeln</p> <p>Technische Ausstattung und digitale Infrastruktur im ÖGD sind häufig nicht zeitgemäß, häufig fehlende Schnittstellenkonzepte</p> <p>Unzureichende intersektorale Zusammenarbeit und Abstimmung über Aufgaben</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zum Teil unzureichende Zusammenarbeit, Abstimmung zwischen den beteiligten Akteurinnen und Akteuren im Rahmen der Krisenbewältigung (ÖGD, KVN, Krankenhäuser, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte) und uneinheitliche externe Kommunikation 	<ul style="list-style-type: none"> b) Förderung der flächendeckenden Bereitstellung und Nutzung des Deutschen Elektronischen Melde- und Informationssystems für den Infektionsschutz (DEMIS) als bundeseinheitliche und gemeinsame Kommunikationsplattform des ÖGD unter Berücksichtigung bereits bestehender Systeme wie SORMAS (Umsetzung bis Ende 2022; vgl. „Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst“) c) Berücksichtigung und Erfüllung der Mindeststandards für die digitale Zukunftsfähigkeit des ÖGD aus dem Forschungsvorhaben „Digitales Gesundheitsamt 2025“ (Mindeststandards in den fünf Kategorien IT-Infrastruktur, Hardware, Software, Informationssicherheit und Prozessunterstützung; entsprechende Anforderungen sind vom BMG für Frühjahr 2021 angekündigt) <p>3. Berücksichtigung der Herausforderungen pandemischer Lagen</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Entwicklung klarer Regelungen von Zuständigkeiten sowie Kommunikations- und Organisationsabläufen zwischen allen beteiligten Akteurinnen und Akteuren im Krisenfall (sowohl auf Bundes-, Landes- als auch auf regionaler Ebene) b) Entwicklung von Teststrategien und klaren Verantwortlichkeitsregelungen für Infektionstestungen c) Einrichtung von flexiblen Einheiten zur kurzfristigen Unterstützung im Krisenfall („Pandemie-Teams“; vgl. auch Aufbau eines Freiwilligen-Pools aus in Krisenmanagement fortgebildetem internen Personal und externen Freiwilligen i. S. d. „Pakts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst“) d) Berücksichtigung der Auswirkungen von Infektionsschutzmaßnahmen auch auf andere Bereiche der öffentlichen Verwaltung (z. B. Ordnungsdienst im Zusammenhang mit der Kontrolle der Einhaltung von Verordnungen) e) Abstimmung der externen Kommunikation zwischen allen verantwortlichen Akteurinnen und Akteuren (u. a. ÖGD, Kommunen, Land) f) Förderung der Interaktion zwischen ÖGD, stationären und ambulanten Versorgern und der Forschung, um direkten transnationalen Erkenntnisgewinn zu ermöglichen
--	--

<p>- Ärztinnen und Ärzten der Sozialpsychiatrischen Dienste (SPDi) wurde durch Gerichtsurteil des LSG Niedersachsen/Bremen die Möglichkeit entzogen, Medikamente zu verordnen oder andere Instrumente der kassenärztlichen Versorgung einzusetzen; dies wäre jedoch wichtig für die Behandlung psychisch kranker Menschen, die nicht in der Lage sind, eigeninitiativ eine Ärztin / einen Arzt aufzusuchen (Frage der Behandlungsermächtigung)</p> <p>Ausbaufähige Versorgungsqualität und Sicherheit der Gesundheitsförderung in Schulen und Kindertageseinrichtungen</p> <p>- Durchimpfungsraten in Gemeinschaftseinrichtungen zu niedrig bzw. unterhalb der WHO-Vorgaben von 95 %</p> <p>- Nach Wegfall des § 57 Niedersächsisches Schulgesetz (NSchG) ist die Teilnahme der Kinder und Jugendlichen an in den Schulen angebotenen Präventionsmaßnahmen als Maßnahme der Schulgesundheitspflege nicht mehr verpflichtend und eine durchgängige Teilnahme nicht mehr gegeben</p>	<p>4. Berücksichtigung und Einbeziehung des ÖGD bei der Planung und Gestaltung regionaler und kommunaler Versorgungskonzepte</p> <p>5. Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung in Schulen und Kindertagesstätten</p> <p>a) Entwicklung von Maßnahmen zur Steigerung der Impfquoten entsprechend den WHO-Vorgaben auf mindestens 95 %</p> <p>b) Aufnahme von Maßnahmen der Gesundheitspflege (z. B. Vermittlung gesundheitlicher Belange) in den Lehrplan der Schulen</p> <p>c) Flächendeckende Sicherstellung von zahnmedizinischer Gruppenprophylaxe sowie Präventionsmaßnahmen in Schulen und Kindertagesstätten (Aufnahme einer verpflichtenden Regelung in das Niedersächsische Schulgesetz und in das Niedersächsische Kitagesetz).</p> <p>d) Verbesserung der Präventionsmaßnahmen für und der Versorgung von allen Kindern (z. B. durch zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen in Kindertagesstätten und Grundschulen, um zeitnah Frühe Hilfen anbieten zu können)</p> <p>e) Stärkung der Angebote von Erste-Hilfe-Kursen (und Schulsanitäterkursen), der Aufklärung im Unterricht (z. B. Ernährung, Impfung, Infektionsschutz) sowie der Beratung von Eltern, Lehrerinnen und Lehrern durch regelmäßige Schulbesuche von Fachkräften für Prävention (des Gesundheitsamtes)</p> <p>6. Schaffung gesetzlicher Grundlagen zur Wiedereinführung der Verordnungsmöglichkeiten für Ärztinnen und Ärzte des sozialpsychiatrischen Dienstes</p>
---	---

<ul style="list-style-type: none"> - Aufgrund eines aufwändigen Verfahrens entsprechend EU-DSGVO (schriftliche Einverständniserklärung) bleibt häufig Kindern und Jugendlichen aus schwierigen psychosozialen Verhältnissen die Teilnahme an Präventionsmaßnahmen verwehrt 	
<p>B. Personal</p> <p>Mangel an Ärztinnen und Ärzten sowie qualifiziertem Fach- und Verwaltungspersonal im ÖGD</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unterbesetzung insbesondere ärztlicher Stellen - Anzahl berufstätiger Ärztinnen und Ärzte für Öffentliches Gesundheitswesen ist seit Jahren rückläufig; demografischer Wandel verschärft die Situation - Erhebliches Nachwuchsproblem, insbesondere aufgrund mangelnder Attraktivität einer Tätigkeit im ÖGD - Schwierige Nachbesetzung freier Stellen (z. B. mangels geeigneter Bewerberinnen und Bewerber mehrfache Ausschreibungen erforderlich) 	<p>7. Dauerhafte Personalaufstockung in allen Bereichen des ÖGD</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Entwicklung konkreter Personalaufwuchskonzepte und -zielsetzungen (vgl. „Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst“) b) Zielgerichteter Einsatz der Bundesmittel aus dem „Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst“ zur Schaffung neuer, unbefristeter Vollzeitstellen für Ärztinnen/Ärzte sowie qualifiziertes Fach- und Verwaltungspersonal (mind. 1 500 Stellen bis Ende 2021, 3 500 weitere Vollzeitstellen bis Ende 2022) c) Verstetigung der Finanzierung des Personalaufwuchses durch zusätzliche Bundes- oder Landesmittel über das Jahr 2026 hinaus (erneuter Austausch dazu mit Bund Mitte 2023) <p>8. Angleichung der ärztlichen Gehälter im ÖGD</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Landesseitige Unterstützung der verantwortlichen Akteurinnen und Akteure bei der Wiedereinführung eines einheitlichen Ärztetarifs bzw. einer arztspezifischen tariflichen und besoldungsrechtlichen Regelung für angestellte und beamtete Ärztinnen/Ärzte im ÖGD (in Anlehnung an die Vergütung der in Krankenhäusern tätigen Ärztinnen/Ärzte) b) Bis dahin: Landesseitige Verbesserung der finanziellen Anreize durch in der Wirkung gleiche Maßnahmen (ab 2021; mit Mitteln aus dem „Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst“)

<p>Geringe finanzielle Attraktivität einer Tätigkeit im ÖGD</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unattraktive Vergütung (insbesondere Amtsärztinnen und -ärzte sind als Beamtinnen/Beamte innerhalb der Verwaltung vergleichsweise gut vergütet, jedoch nicht im Vergleich zu Ärztinnen/Ärzten im Krankenhaus, Tarifvertrag für Ärztinnen/Ärzte in Krankenhäusern ermöglicht bessere Bezahlung) - Sonderzulagen können kurzfristig Anreiz schaffen, ggf. aber auch zu Konkurrenz führen <p>Subjektiv als aufwändig empfundene Weiterbildung zur Ärztin/zum Arzt für Öffentliches Gesundheitswesen</p> <ul style="list-style-type: none"> - geringe Zahl von Weiterbildungsstandorten für 6-monatige Kursweiterbildung - Begrenzte Möglichkeiten für Erwerb von Zusatzqualifikationen 	<p>9. Stärkung der Fort-, Weiter- und Ausbildung für die Fachberufe im ÖGD</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Bereitstellung von Finanzmitteln aus dem „Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst“ für die personell und sachlich adäquate Ausstattung der Bildungsinstitutionen für das Öffentliche Gesundheitswesen, um die erhöhten Fort-, Weiter- und Ausbildungsbedarfe erfüllen zu können b) Entwicklung neuer Schulungskonzepte für neues Fachpersonal im ÖGD c) Reduzierung von Präsenzzeiten an der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf (u. a. für eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie), z. B. durch größeres Angebot an dezentralen/digitalen Fortbildungsmöglichkeiten <p>10. Verankerung des ÖGD in der medizinischen Aus- und Weiterbildung</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Einrichtung von Regel- und Stiftungsprofessuren für Öffentliches Gesundheitswesen an Hochschulen b) Aufbau weiterer Strukturen zur Förderung der Kooperation zwischen Gesundheitsämtern und Hochschulen c) Ermöglichung des Praktischen Jahres im ÖGD <p>11. Verbesserung der Rahmenbedingungen und Schaffung von Anreizen für Tätigkeit im ÖGD</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Ausrichtung der Personalentwicklung und -ausstattung an Art und Umfang fachlicher Aufgaben b) Durchführung von Imagekampagnen für den ÖGD, um Vorteile einer dortigen Tätigkeit darzustellen
--	---

Beschluss 8: Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung

Ergebniszusammenfassung

Herausforderungen	Handlungsempfehlungen
<p>A. Qualität und Strukturen der Digitalisierung in der medizinischen Versorgung</p> <p>Ausbaufähige Umsetzung der Digitalisierung in der medizinischen Versorgung</p> <ul style="list-style-type: none">- Digitalisierungsgrad des deutschen Gesundheitswesens gilt im Vergleich zu anderen Bereichen und im europäischen Vergleich als ausbaufähig- Festgefahrene Strukturen (z. B. aufgrund geringer Ressourcen oder eines mangelnden Gestaltungswillens von Entscheiderinnen und Entscheidern auf Organisationsebene) erschweren das Erreichen der Digitalisierungsziele- Die COVID-19-Pandemie hat Defizite und Entwicklungsbedarfe im Bereich der Digitalisierung zusätzlich unterstrichen (z. B. im Kontext der Nachverfolgung von Infektionsketten, Übermittlung von Befunden etc.)	<p>1. Verbesserung grundlegender Rahmenbedingungen für die Digitalisierung in der medizinischen Versorgung</p> <ul style="list-style-type: none">a) Stärkung der breitflächigen Akzeptanz für Digitalisierungb) Flächendeckender Breitbandausbau und flächendeckende Versorgung mit schnellem Mobilfunknetz (4G/5G) zur Sicherstellung hoher Übertragungsgeschwindigkeiten und hoher Zuverlässigkeit für Übertragung medizinischer Daten, insbesondere von bildgebenden Verfahrenc) Vorantreiben der Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung unter Vermeidung sogenannter Insellösungen, z. B. durch einheitliche Standards für Dateiformate und Dateiübertragungswege oder Schnittstellenlösungend) Förderung der Anbindung medizinischer Einrichtungen an die Telematikinfrastruktur (TI) der gematik GmbH als Voraussetzung für die einrichtungsübergreifende Kommunikation von Patienten- und Behandlungsdatene) Vernetzung von sozialen, medizinischen und pflegerischen Leistungserbringern zur Verknüpfung von Daten, Anwendungen und Servicesf) Ausbau IT-gestützter Versorgungspfade für alle an der Versorgung Beteiligteng) Ausbau von Portalen für die intersektorale Übertragung von Informationen sowie zur Durchführung von Videokonferenzen (u. a. zum fachlichen Austausch, z. B. Tumorkonferenzen), einschließlich Sicherstellung des Datenschutzes durch abgesicherte Teilnehmerzugänge und Zertifizierungsverfahren der entsprechenden Software-Lösungenh) Identifikation von Lösungen zum Abbau von Umsetzungshemmnissen digitaler Anwendungsfelder (vgl. Apotheken- und Arzneimittelversorgung, Handlungsempfehlungen)

<p>Digitale Infrastruktur und Prozesse unzureichend</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fehlen flächendeckender, gigabit-fähiger Breitbandanschlüsse bzw. mangelnde flächendeckende Versorgung im Mobilfunknetz (4G/5G) - Übertragung medizinischer Daten (v. a. von bildgebenden Verfahren) erfordert hohe Übertragungsgeschwindigkeit und hohe Zuverlässigkeit der Datenverbindung; diese Datenmengen überfordern gegenwärtig häufig die vorhandenen Bandbreiten - Verzögerungen bei der Realisierung der Telematikinfrastruktur samt einheitlicher Definition von Datensätzen, der Bereitstellung von Konnektoren und der Überbrückung von Schnittstellen zwischen den Systemen - Unzureichende elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Entlassmanagements in Kliniken - 47,4% der deutschen Kliniken nutzen keine voll funktionsfähige elektronische Patientenakte (vgl. IT-Report Gesundheitswesen 2020) 	<ul style="list-style-type: none"> i) Nutzung des durch die COVID-19-Pandemie entstandenen Digitalisierungsschubs, insbesondere, um festgefahrene Strukturen auf Organisationsebene zu verändern <p>2. Unterstützung der Innovationsinitiative „Daten für Gesundheit“ (BMBF, BMG, BMWi) zur Verbesserung der Patientenversorgung und der öffentlichen Gesundheit, zur Entwicklung von Gesundheitsinnovationen und zur Förderung des medizinischen Fortschritts</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Auf- und Ausbau von Strukturen für die digitale Vernetzung von Gesundheitsversorgung und Gesundheitsforschung, insbesondere durch einheitliche Standards zu Dateiformaten und Schnittstellen zwischen den Beteiligten b) Auf- und Ausbau von staatlichen Strukturen zum Austausch von gesundheitsrelevanten Daten zur frühzeitigen Erkennung und Eindämmung des Infektionsgeschehens und zur Verbesserung der Versorgung in pandemischen Lagen c) Verbesserung der Verfügbarkeit und Qualität von gesundheitsrelevanten Daten aus der Versorgungspraxis für die Versorgungsforschung d) Vorantreiben der Entwicklung innovativer Lösungen zur Verbesserung von Datensicherheit und Datenverknüpfung sowie barrierefreier Datenzugang e) Frühzeitiges Erschließen zukünftiger Anwendungsperspektiven <p>3. Stärkung von Vertrauen in digitale Lösungen bei potenziellen Anbieterinnen und Anbietern, Anwenderinnen und Anbietern und Nutzerinnen und Nutzern</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Vermittlung der Vorteile und der Sicherheit digitaler Lösungen durch Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit (Transparenz, Information, Beteiligung) b) Erhöhung von Chancengleichheit beim Zugang zu digitalen Angeboten und Schaffung von Alternativen für Personengruppen ohne Zugang c) Entwicklung von Angeboten (u. a. durch die Krankenkassen) zur Stärkung der digitalen Gesundheitskompetenz (z. B. Bereitstellung zielgruppengerechter Hilfestellungen wie Anleitungen oder Schulungen zur Nutzung der Angebote)
--	---

Sektorale Strukturen erschweren Digitalisierung in Deutschland

- Verteilung von Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten im deutschen Gesundheitswesen führen dazu, dass Digitalisierungsaufgaben vornehmlich für die jeweiligen Einrichtungen und deren eigenen Wirkungskreis vorangebracht werden
- Schleppende Entwicklung von einrichtungs- und sektorenübergreifendem Austausch von medizinischen Informationen
- Fehlende Interoperabilität an Schnittstellen

Geringe Akzeptanz bei Teilen der Bevölkerung für digitale Lösungen

- Mangelndes Vertrauen in neue digitale Anwendungen, u. a. aufgrund von Berichten über Verlust, Missbrauch oder Handel mit Patientendaten
- Unsicherheit bei Teilen der Bevölkerung (Patientinnen und Patienten) im Umgang mit Technik, damit einhergehend geringe Akzeptanz
- Informationsdefizit bezüglich der Vorteile digitaler Anwendungen in der Gesundheitsversorgung in weiten Teilen der Bevölkerung

<ul style="list-style-type: none"> - Ungleicher Zugang von Personengruppen führt zu ungleicher Teilhabe an den Vorteilen der Digitalisierung 	
<p>Zögerlicher Fortschritt beim papierlosen Patientendatenmanagement und der Umsetzung der elektronischen Patientenakte (ePA)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bisher keine einheitlichen Datenstandards in der elektronischen Kommunikation zwischen Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern, Pflegediensten, etc.; uneinheitliche Datenschnittstellen behindern elektronische Kommunikation - Mangelnde Verfügbarkeit und Transparenz von Behandlungsdaten führt teilweise zu unnötigen Doppelbehandlungen und mangelnder Effizienz zulasten der Behandlungsqualität - In Notfallsituationen stehen Gesundheitsdaten von Patientinnen und Patienten häufig nicht schnell genug zur Verfügung - Datenverfügbarkeit könnte durch Umsetzung der ePA gesichert werden. - Nur durch flächendeckende Einführung und Nutzung der ePA entsteht ein Nutzen in der Versorgung 	<p>4. Einführung digitaler Lösungen für das Patientendatenmanagement</p> <ol style="list-style-type: none"> Zügige Umsetzung der ePA entsprechend bundesgesetzlichen Regelungen (inkl. ab 2022 Impfausweis, Mutterpass, U-Heft für Kinder und Zahn-Bonusheft) Unterstützung bei der Erarbeitung und Implementierung von Standards für strukturierte Dokumente sowie Interoperabilität der ePA (vgl. TSVG; KBV federführend) Einführung einer elektronischen Fallakte (EFA) in Leistungserbringerhand, damit Patientendaten vollständig und ohne Fremdzugriffe der jeweils nächsten Versorgungsstufe zur Verfügung stehen <p>5. Förderung innovativer Technologien und Unterstützung bei der Etablierung in der Regelversorgung</p> <ol style="list-style-type: none"> Ausbau und finanzielle Förderung digital gestützter Versorgungsangebote (z. B. Videokonsultationen/Telefonsprechstunden, telemedizinische Anwendungen) sowie Anpassung rechtlicher Rahmenbedingungen Zügige Umsetzung von e-Rezept, e-Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Übergangsfrist bis 09/2021) und e-Überweisung (vgl. entsprechende bundesgesetzliche Regelungen) Unterstützung bei der Etablierung digitaler Medizinprodukte sowie digitaler Gesundheitsanwendungen in der Regelversorgung (vgl. auch Umsetzung im Rahmen der DiGA-Verordnung) unter Berücksichtigung des Haftungsausschlusses der Verordner Entwicklung und Förderung von Digitalisierungsprojekten zu Schwerpunkt-Versorgungsthemen und -gruppen (z. B. Bluthochdruck bei Seniorinnen und Senioren) auf Landesebene; Auswahl geeigneter, versorgungsverbessernder digitaler Anwendungen; Schaffung eines Innovationsgremiums auf Landesebene; Umsetzung z. B. über Gesundheitsregionen begleiten Auf- und Ausbau von Kooperationen zwischen Startups und Kliniken, um Erprobung und Integration neuer Anwendungen zu ermöglichen

<ul style="list-style-type: none"> - Regelung für die Zugriffssteuerung durch Versicherte bei der ePA ist datenschutzrechtlich nach wie vor umstritten (Einwände des Bundesbeauftragten für Datenschutz und die Informationsfreiheit) - Einrichtungsübergreifende Erfassung von Patienten- und Behandlungsdaten basiert in Deutschland aktuell noch auf Eigeninitiative der Akteure <p>Digitalisierte Abläufe und digitale Anwendungen ausbaufähig</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eingeschränkte Verfügbarkeit von digitalen Anwendungen - Geringe Anreize zur Nutzung digitaler Anwendungen und fehlende Integration in bestehende Behandlungsabläufe - Vor der COVID-19-Pandemie geringe Nutzung bzw. mangelnde Bereitstellung von digitalen Versorgungsangeboten wie Video-Sprechstunden oder telemedizinischer Beratung durch den Bereitschaftsdienst - Schwieriger Zugang für innovative digitale Medizinprodukte in die Regelversorgung 	<ul style="list-style-type: none"> f) Förderung der Entwicklung und Etablierung von digitalen Diagnosetools g) Ausbau elektronischer Verfahren für das Aufnahme-, Überleitungs- und Entlassmanagement (z. B. e-Pflegebericht) <p>6. Umsetzung von digital gestützten Versorgungsformen</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Ausbau telemedizinischer Versorgungsangebote in allen Sektoren bzw. sektorenübergreifend (Telemedizin, Telenursing, Telepharmazeutik etc.) b) Ausbau von Telemedizinnetzwerken (z. B. Telemedizinnetzwerk Oldenburg für die telemedizinische Versorgung verschiedener Projekte in der Region wie Offshore Plattformen, Kassenärztlicher Bereitschaftsdienst oder Gemeindenotfallsanitäter; Digitales Ökosystem im Regionalen Pflegekompetenzzentrum Nordhorn) c) Aufwandsgerechte Vergütung digitaler Anwendungen
--	--

<p>B. Finanzierung</p> <p>Digitalisierung birgt hohe Investitions- und Entwicklungskosten insbesondere für Krankenhäuser</p> <ul style="list-style-type: none"> - Digitalisierung und Datenschutz stellt fast alle Krankenhäuser vor erhebliche finanzielle Herausforderungen - Langfristige Investitionen für Digitalisierung sind für größere Krankenhäuser leichter zu tätigen als für kleinere (insbesondere kleine freigemeinnützig und kommunal geführte Einrichtungen) - Verlässliche IT-Sicherheit und Digitalisierung wird als Aufgabe vom Land nicht hinreichend anerkannt und gefördert - Ressourcen für die Digitalisierung werden bisher in der regulären Investitionsförderung des Landes Niedersachsen und in den Fallpauschalen unzureichend berücksichtigt - Krankenhäuser müssen Investitionen derzeit noch aus Eigenmitteln bestreiten; dringend notwendige IT-Mittel und Mittel für IT-Sicherheit müssen so durch Einsparungen aus dem laufenden Betrieb aufgebracht werden - Fehlende finanzielle Mittel führen insbesondere bei Krankenhäusern zu einem Verharren in bestehenden Strukturen 	<p>7. Förderung von Investitionsmaßnahmen im Bereich der digitalen Infrastruktur und IT</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Entwicklung einer Gesamtstrategie und klarer Vorgaben für den Einsatz und die Vergabe von Mitteln für die Digitalisierung, insbesondere unter Berücksichtigung der Bundesmittel aus dem „Zukunftsprogramm Krankenhäuser“ b) Einrichtung eines unmittelbaren Struktur- und Digitalisierungsfonds für Krankenhäuser durch das Land (vgl. Stationäre medizinische Versorgung, Handlungsempfehlungen) c) Finanzielle Unterstützung bei der Umsetzung von IT-Sicherheitsmaßnahmen in Arzt- und Psychotherapeutenpraxen zur Steigerung der Sicherheit der vorhandenen IT-Infrastruktur und zur Abwehr von Cyberkriminalität (vgl. z. B. IT-Sicherheitsrichtlinie § 75 b SGB V; KBV federführend) <p>8. Anpassung von Vergütungsstrukturen für die Anwendung digitaler Lösungen (z. B. mittels eines Digitalisierungszuschlags)</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Schaffung von Vergütungsanreizen für digitale Behandlungsformen unter Berücksichtigung des Patientennutzens statt primärer Fokussierung von Kostenersparnissen
---	---

<p>C. Personal</p> <p>Mangelnde Kapazitäten für Einführung digitaler Prozesse und Anwendungen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einerseits hohe Arbeitsbelastung u. a. aufgrund von unzureichender Digitalisierung und Bürokratie (vgl. Stationäre medizinische Versorgung, Beschluss 3), andererseits keine Kapazitäten für die Einführung - Stetig steigender Dokumentationsaufwand im Arbeitsalltag <p>Fehlende Berücksichtigung der Anwenderperspektive</p> <ul style="list-style-type: none"> - Digitalisierung wird Prozessen aufgesetzt, ohne sich an den Bedürfnissen und der Arbeitsweise des Personals zu orientieren <p>Ausbaufähiger Einsatz virtueller Assistenten-Tools und Künstlicher Intelligenz, die den Arbeitsalltag von Fachkräften erleichtern</p> <p>Mangel an IT-Fachkräften führt vielfach zu hohen Personalkosten außerhalb des regulären Tarifgefüges</p>	<p>9. Stärkung der Bereitschaft zur Nutzung digitaler Lösungen</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Einbeziehung aller Anwendergruppen bei der Auswahl und Einführung digitaler Lösungen b) Stärkung interner Kommunikationsmaßnahmen, um Vorteile der Digitalisierung zu vermitteln und Nutzungsbereitschaft bei Anwenderinnen und Anwendern und Multiplikatorinnen und Multiplikatoren zu erhöhen <p>10. Arbeitserleichterung durch digitale Lösungen</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Schaffung von zeitlichen und personellen Kapazitäten für die Einführung und Umsetzung digitaler Prozesse b) Reduzierung des gesetzlich vorgegebenen Verwaltungsaufwandes und/oder krankenhauserinterner Verwaltungsabläufe durch Digitalisierung, z. B. durch zügige Umsetzung der elektronischen Patientenakte (vgl. Stationäre medizinische Versorgung, Handlungsempfehlungen) c) Einsatz virtueller Assistenten-Tools und Künstlicher Intelligenz, die den Arbeitsalltag von Fachkräften erleichtern (z. B. Text to Speech und sprachgesteuerte ePA)
---	---

Beschluss 9: Mobilität und medizinische Versorgung

Ergebniszusammenfassung

Herausforderungen	Handlungsempfehlungen
<p>A. Qualität und Strukturen der Mobilitätsangebote zur medizinischen Versorgung</p> <p>Aktuelle Angebote werden dem demografischen Wandel und den Bedarfen in ländlichen Regionen nicht ausreichend gerecht</p> <ul style="list-style-type: none"> - Insbesondere in ländlichen Regionen kann es Probleme mit der Erreichbarkeit der Einrichtungen der Gesundheitsversorgung aufgrund fehlender oder nicht ausreichender ÖPNV-Angebote geben - Zunehmender Anteil von Patientinnen und Patienten ist durch Mobilitätseinschränkungen auf Mobilitätsangebote angewiesen <p>Gewährleistung von Barrierefreiheit ist herausfordernd und Umsetzungstand bislang nicht ausreichend transparent</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zusätzliche Herausforderung für ÖPNV-Aufgabenträger liegt in der Umsetzung des Ziels einer vollständigen Barrierefreiheit im Rahmen der Nahverkehrsplanung des ÖPNV bis 01.01. 2022 gemäß Bundesvorgabe (§ 8 PBefG Absatz 3 Satz 3) 	<p>1. Stärkung bedarfsorientierter Mobilitätsangebote zur medizinischen Versorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Ausbau des ÖPNV als grundsätzliche Voraussetzung für die Erreichbarkeit medizinischer Versorgung in ländlichen Regionen (vgl. Ambulante medizinische Versorgung, Handlungsempfehlungen) und Berücksichtigung der Standorte und Öffnungszeiten von Arztpraxen in den Nahverkehrsplänen (z. B. Planung neuer Haltestellen an Arzt- und Therapiepraxen und Prüfung von ÖPVN-Linien bei der Planung von Standorten) b) Zugrundelegung der Vorgaben für die Mindestreichbarkeit von Ärztinnen und Ärzten aus der neuen Bedarfsplanung (wonach 95 % der Patientinnen und Patienten einer Region zu Hausärztinnen und -ärzten nicht länger als 20 Min. Fahrzeit mit dem Pkw benötigen, zu Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten 30 Min., zu Augen- und Frauenärztinnen und -ärzten 40 Min.) c) Entwicklung von Konzepten des „Bedarfsverkehrs“ unter Einbezug der jeweiligen Gegebenheiten sowie Akteurinnen und Akteuren vor Ort d) Erprobung geeigneter regionaler und bedarfsgerechter Modellprojekte im Rahmen der Gesundheitsregionen als Ansatzpunkt für gemeinsame Strukturentwicklung vor Ort (z. B. durch Nutzung der Fahrdienste von Tagespflege- und Inklusionseinrichtungen) e) Ausbau und Einsatz von Ruf-Beförderung (vor allem auf dem Land; teilweise mitfinanziert durch EFRE) und von Mobilitätskonzepten, bei denen Fahrtwünsche unterschiedlicher Fahrgäste in Echtzeit gebündelt werden („Pooling-Verkehr“) f) Fahrt/Transport einzelner Patientinnen und Patienten zu Leistungserbringenden (z. B. Patientenbus, Bürgerbus, Ruf-Taxi/Anruf-Sammel-Taxi) g) Förderung zukunftsfähiger Mobilitätsstrukturen in Kooperation von MW oder MS mit Akteuren aus dem Bereich der medizinischen Versorgung

<p>Hausbesuche können ausschließlich bei Vorliegen einer medizinischen Indikation stattfinden</p>	<p>2. Förderung individueller Mobilität der Leistungserbringenden insbesondere auch unter Berücksichtigung von Delegationsmodellen (Leistungserbringung bei den Patientinnen und Patienten) (vgl. Ambulante medizinische Versorgung, Handlungsempfehlungen)</p> <p>a) Möglichkeit von Hausbesuchen und Unterstützung von Patientinnen und Patienten und Angehörigen bei präventiven, rehabilitativen und palliativen Maßnahmen durch NÄPa/VERAH (Planung von Vorsorge, Durchführung von Patientenschulungen, Screening), Pflegefachpersonen sowie Ärztinnen und Ärzte gewährleisten, wenn diese bei eingeschränkter Mobilität der Patientinnen und Patienten notwendig sind</p> <p>b) Einführung aufsuchender Beratungs- und Versorgungsangebote durch hauptamtliche Fachkräfte (vgl. Ambulante medizinische Versorgung, Handlungsempfehlung 7c)</p> <p>3. Stärkung telemedizinischer und digitaler Lösungen im Rahmen der Patientenversorgung (z. B. digitale Sprechstunden, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung; vgl. Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung, Handlungsempfehlungen)</p>
<p>B. Finanzierung</p> <p>Schaffung regionaler und individueller Mobilitätsoptionen zu adäquaten Kosten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mobilitätsfördernde Maßnahmen sind insgesamt kostenintensiv - Maßnahmen zur Beförderung von mobilitätseingeschränkten Patientinnen und Patienten (Einzelpersonen/kleinen Gruppen) verursachen teilweise hohen Verwaltungs- und Koordinierungsaufwand - In ländlichen Gebieten mit zeitlich und räumlich wenig Nachfrage sind klassischen ÖPNV-Angeboten (Linienbus) wirtschaftliche Grenzen gesetzt 	<p>4. Umsetzung (kosten)effizienter Mobilitätskonzepte</p> <p>a) Begrenzung des Verwaltungs- und Koordinierungsaufwands zur Organisation und wirtschaftlicheren Ausgestaltung von Mobilitätsangeboten, insbesondere durch Möglichkeiten der Digitalisierung</p> <p>b) Schaffung neuer Finanzierungsmodelle (flexible Bedienformen werden vom Land bereits gefördert, darüberhinausgehend Entwicklung entsprechender neuer Konzepte zur Abdeckung von Betriebskosten)</p> <p>c) Prüfung der Mitfinanzierung passgenauer digitalisierter ÖPNV-Angebote (z. B. Verzahnung bereits von den Krankenkassen finanzierter Einzelpatientenbeförderung mit neuen flexiblen ÖPNV-Angeboten)</p> <p>d) Förderung von Modellprojekten für Transportinitiativen zur medizinischen Versorgung unter Einbeziehung durchgeführter und evaluierter Modellprojekte</p>

2. Übersicht der Anhörungen

Sitzung Nr. Datum	Name	Institution/Funktion	Thema	Vorlage
1. Sitzung, 21.01.2019	MR Dr. Thomas Horn	MS, Leiter Referat 405	Rechtliche Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen; Landespolitischen Handlungsspielräume unter Beachtung der gesetzgeberischen Kompetenzen/Zuständigkeiten	Vorlage 3
2. Sitzung 28.01.2019	Dr. Joachim Schwind	NLT	Notfallversorgung	
2. Sitzung, 28.01.2019	Bernd Gerberding	Landesausschuss Rettungsdienst, Vorsitzender	Notfallversorgung	Vorlage 1
2. Sitzung, 28.01.2019	Dr. Bodo Lenke-witz	Rettungsdienst, Landkreis Northeim, Ärztlicher Leiter	Notfallversorgung; Probleme der Notfallversorgung im ländlichen Rettungsdienstbereich	Vorlage 2, Nachtrag 1
3. Sitzung, 11.02.2019	Mark Barjenbruch	KVN, Mitglied der EKmedV	Notfallversorgung; Organisation des Bereitschaftsdienstes der KVN	Vorlage 7
3. Sitzung, 11.02.2019	Jörg Niemann	Vdek Nds., Mitglied der EKmedV	Notfallversorgung	Vorlage 8
3. Sitzung, 11.02.2019	Prof. Dr. Nils Schneider	Mitglied der EKmedV	Notfallversorgung; Patientinnen und Patienten, die mit nichtdringlichen Anlässen die Notaufnahme der Krankenhäuser aufsuchen	Vorlage 9
4. Sitzung, 18.02.2019	Dr. Vivien Weiß	Mitglied der EKmedV	Notfallversorgung; Reduktion vermeidbarer Krankenhausaufenthalte von Bewohnerinnen/Bewohnern stationärer Einrichtungen	Vorlage 16
4. Sitzung, 18.02.2019	Marten Bielefeld	NKG, stellv. Mitglied der EKmedV	Notfallversorgung	Vorlage 6
4. Sitzung, 18.02.2019	Frank Preugschat	AOK Niedersachsen, Mitglied der EKmedV	Notfallversorgung	Vorlage 13
4. Sitzung, 18.02.2019	MR Dr. Uwe Lüthmann	MI, Referat 35 (Militärische Angelegenheiten, Rettungswesen)	Notfallversorgung	
4. Sitzung, 18.02.2019	MDgtin Claudia Schröder	MS, Leiterin Abteilung 4	Notfallversorgung; Aktueller Sachstand des Projektes IVENA	Vorlage 5
4. Sitzung, 18.02.2019	MDgtin Claudia Schröder	MS, Leiterin Abteilung 4	Gesundheitswesen allgemein; Finanzströme im Gesundheitswesen	

Sitzung Nr. Datum	Name	Institution/Funktion	Thema	Vorlage
7. Sitzung, 04.03.2019	MDgtin Claudia Schröder	MS, Leiterin Abteilung 4	Stationäre medizinische Versorgung; Aktuelle Situation niedersächsischer Krankenhäuser	Vorlage 35
7. Sitzung, 04.03.2019	Jörg Niemann	Vdek Nds., Mitglied der EKmedV	Stationäre medizinische Versorgung	Vorlage 24
7. Sitzung, 04.03.2019	Marten Bielefeld	NKG, stellv. Mitglied der EKmedV	Stationäre medizinische Versorgung	Vorlage 21
7. Sitzung, 04.03.2019	Ines Henke	NLT, stellv. Mitglied der EKmedV	Stationäre medizinische Versorgung	Vorlage 22
7. Sitzung, 04.03.2019	Dr. Jan Arning	NST, Mitglied der EKmedV	Stationäre medizinische Versorgung	
9. Sitzung, 25.03.2019	Dr. Peter Wüst	MS, Landespatientenschutzbeauftragter	Stationäre medizinische Versorgung; Nachwuchsgewinnung von Lehrenden und Lernenden, Akademisierung in der stationären Versorgung	
10. Sitzung, 01.04.2019	Dr. Philipp Schaumann	MWK, Referat 26	Stationäre medizinische Versorgung	Vorlage 43
10. Sitzung, 01.04.2019	Prof. Dr. Alexander Friedrich	Universitair Medisch Centrum Groningen, Medizinische Mikrobiologie und Krankenhaushygiene	Stationäre medizinische Versorgung; Das niederländische Versorgungssystem/grenzüberschreitende Zusammenarbeit	Vorlage 36
11. Sitzung, 29.04.2019	Dr. Matthias Berndt	Deutscher Hausärzteverband, Vorsitzender Landesverband Nds.	Ambulante medizinische Versorgung	Vorlage 40
12. Sitzung, 29.04.2019	Rolf Amelsberg	Kreisrat Landkreis Gifhorn, Gesundheitsregion Gifhorn	Ambulante medizinische Versorgung; Gesundheitsregionen (Bsp. Gifhorn)	
13. Sitzung, 06.05.2019	Mark Barjenbruch	KVN, Mitglied der EKmedV	Ambulante medizinische Versorgung	Vorlage 46
13. Sitzung, 06.05.2019	Carsten Göken	Vdek Nds, stellv. Mitglied der EKmedV	Ambulante medizinische Versorgung	Vorlage 45
14. Sitzung, 20.05.2019	Dr. Marco Trips	NSGB, stellv. Mitglied der EKmedV	Ambulante medizinische Versorgung	Vorlage 52

Sitzung Nr. Datum	Name	Institution/Funktion	Thema	Vorlage
14. Sitzung, 20.05.2019	Frank Preugschat	AOK Nds., Mitglied der EKmedV	Ambulante medizinische Versorgung	Vorlage 50
14. Sitzung, 20.05.2019	Marion Charlotte Renneberg	ÄKN, stellv. Mitglied der EKmedV	Ambulante medizinische Versorgung	Vorlage 51
15. Sitzung, 24.06.2019	Prof. Dr. Nils Schneider	Mitglied der EKmedV	Ambulante medizinische Versorgung	Vorlage 56
15. Sitzung, 24.06.2019	Prof. Dr. J.-M. Graf von der Schulenburg	Mitglied der EKmedV	Ambulante medizinische Versorgung	Vorlage 55
16. Sitzung, 24.06.2019	Prof. Dr. med. Reinhard Busse	TU Berlin, Fakultät für Wirtschaft & Management, Professor für Management im Gesundheitswesen	Ambulante und stationäre medizinische Versorgung	Vorlage 58
17. Sitzung, 19.08.2019	Prof. Dr. med. Jonas Schreyögg	Universität Hamburg, Wissenschaftlicher Direktor des Hamburg Center for Health Economics	Ambulante und stationäre medizinische Versorgung	Vorlage 64
18./19. Sitzung, 25./26. 08.2019	Universitair Medisch Centrum Groningen, NL	UMCG Vize Vorsitzender	Information über die Versorgungsstrukturen in den Niederlanden	
18./19. Sitzung, 25./26. 08.2019	Prof. Dr. Ate van der Zee	UMCG, Vize-Vorsitzender des Vorstandes der	Vorstellung des UMCG, Kennzahlen der Patientenversorgung, Forschungsschwerpunkt und Healthy Ageing	Vorlage 66
18./19. Sitzung, 25./26. 08.2019	Prof. Dr. Alexander Friedrich	UMCG, Leiter Abteilung Medizinische Mikrobiologie, Vorsitzender Gremiums der Abteilungsleiter	Vorstellung der Arbeit des UMCG	Vorlage 67
18./19. Sitzung, 25./26. 08.2019	Prof. Jochen Mierau	UMCG, Wissenschaftlicher Direktor „Aletta Jakob School of Public Health“	Versorgungssystem in den NL, Finanzierung und Netzwerk von ambulanter, fachärztlicher und multidisziplinärer Versorgung und Prävention	Vorlage 68 neu
18./19. Sitzung, 25./26. 08.2019	Drs. Mark Spit	UMCG, Direktor Strategie	Gemeinsame Behandlungsregion für multidisziplinäre und nachhaltige medizinische Versorgung (Hausärztinnen und -ärzte, Krankenhäuser, Reha, Crossborder)	Vorlage 69

Sitzung Nr. Datum	Name	Institution/Funktion	Thema	Vorlage
18./19. Sitzung, 25./26. 08.2019	Drs. Michiel Kahmann	UMCG, Direktor Personalabteilung	Arbeitszeitmodelle und Nachwuchsgewinnung, Ausbildung, Personaleinsatz, Kooperation zwischen Berufsgruppen in den NL	Vorlage 70
18./19. Sitzung, 25./26. 08.2019	Prof. Dr. Hans Langendijk	UMCG, Leiter Abteilung Strahlentherapie, Protonenzentrum	Grenzüberschreitende Versorgungsnetzwerke: Protonenbehandlung in der Euregio	Vorlage 71 neu
18./19. Sitzung, 25./26. 08.2019	Drs. Aat van den Berg	UMCG, Referent Strategie der Stabsstelle des Vorstandes	Ohne gesonderten Beitrag	
18./19. Sitzung, 25./26. 08.2019	Drs. Simona Fossa Margutti	UMCG, Liason Officer-Deutschland der Stabsstelle des Vorstandes	Ohne gesonderten Beitrag	
20. Sitzung, 23.09.2019	MDgtin Claudia Schröder	MS, Leiterin Abteilung 4	Stationäre medizinische Versorgung	Vorlagen 74, 81
22. Sitzung 30.09.2019	Hans Martin Woltenberg	Marburger Bund, 1. Landesvorsitzender	Stationäre medizinische Versorgung	Vorlage 77
22. Sitzung, 30.09.2019	Elke Nobel	ver.di Landesbezirk NDS-HB, Fachbereich 03	Stationäre medizinische Versorgung	Vorlage 78
23. Sitzung, 14.10.2019	Ministerialrat Wilfried Gaum, Oberrechnungsrat Heinz-Jörg Hoppert	LRH	Stationäre medizinische Versorgung	Vorlage 82
23. Sitzung, 14.10.2019	Ministerialrat Dr. Fabian Feil	MS	Ambulante medizinische Versorgung	Vorlage 83
24. Sitzung, 14.10.2019	Dr. M. Katharina Hüppe	Landkreis Hildesheim, Leiterin des Gesundheitsamtes	Ambulante medizinische Versorgung	Vorlage 84, Nachtrag
24. Sitzung, 14.10.2019	Dr. med. Gerhard Wermes	Zweckverband Gesundheitsamt Uelzen - Lüchow-Dannenberg	Ambulante medizinische Versorgung	Vorlage 85

Sitzung Nr. Datum	Name	Institution/Funktion	Thema	Vorlage
25. Sitzung, 21.10.2019	Prof. Dr. Ferdinand M. Gerlach	Instituts für Allgemeinmedizin der J. W. Goethe-Universität Frankfurt a.M., Direktor; SVR, Vorsitzender	Sektorenübergreifende Versorgung am Beispiel der Notfallversorgung	Vorlage 87
26. Sitzung, 28.10.2019	Uwe Lorenz	Kliniken Diepholz	Stationäre medizinische Versorgung	Vorlage 88
26. Sitzung, 28.10.2019	Birgit Huber	DRK-Krankenhaus, Clementinenhaus, Hannover	Stationäre medizinische Versorgung	Vorlage 90
26. Sitzung, 28.10.2019	Klaus Vagt	Kreiskrankenhaus Osterholz	Stationäre medizinische Versorgung	Vorlage 89
26. Sitzung, 28.10.2019	Monika Müller	Stadt Wolfsburg, Sozialdezernat	Stationäre medizinische Versorgung	Vorlage 91
26. Sitzung, 28.10.2019	Claus Eppmann	Klinikum Emden	Stationäre medizinische Versorgung	Vorlage 92
27. Sitzung, 04.11.2019	Dr. Jan Arning	NST, Mitglied der EKmedV	Stationäre medizinische Versorgung	Vorlage 94
27. Sitzung, 04.11.2019	Helge Engelke	NKG, Mitglied der EKmedV	Stationäre medizinische Versorgung	Vorlage 94
27. Sitzung, 04.11.2019	Sabine Nowack-Schwonbeck	AOK Niedersachsen, stellv. Mitglied der EKmedV	Stationäre medizinische Versorgung	Vorlage 96
27. Sitzung, 04.11.2019	Jörg Niemann	Vdek Nds., Mitglied der EKmedV	Stationäre medizinische Versorgung	Vorlage 95
28. Sitzung, 11.11.2019	MDgtin Claudia Schröder	MS, Leiterin der Abteilung 4	Hebammenversorgung/Geburtshilfe	Vorlage 98
28. Sitzung, 11.11.2019	Veronika Bujny	Hebammenverband Niedersachsen	Hebammenversorgung/Geburtshilfe	Vorlage 97
28. Sitzung, 11.11.2019	Ulrike Hauffe	Bündnis „Gesundheit rund um die Geburt“	Hebammenversorgung/Geburtshilfe	Vorlage 99
29. Sitzung, 18.11.2019	Dr. Vivien Weiss	Mitglied der EKmedV	Stationäre medizinische Versorgung; Pflege	Vorlage 102

Sitzung Nr. Datum	Name	Institution/Funktion	Thema	Vorlage
29. Sitzung, 18.11.2019	Helle Dokken	Universitätsmedizin Göttingen	Stationäre medizinische Versorgung; Pflege	Vorlage 103
29. Sitzung, 18.11.2019	Andreas Dörkßen	Borromäus Hospital Leer	Stationäre medizinische Versorgung; Pflege	Vorlage 104
29. Sitzung, 18.11.2019	Katrin Magerkurth	St. Martini Krankenhaus Duderstadt	Stationäre medizinische Versorgung; Pflege	Vorlage 105
30. Sitzung, 02.12.2019	Cathrin Burs, Dr. Lukas Kamin-ski,	Apothekerkammer Niedersachsen	Sektorenübergreifende Versorgung	Vorlage 107
30. Sitzung, 02.12.2019	Roman Rudyk, Präsident	Psychotherapeutenkammer Nieder-sachsen	Sektorenübergreifende Versorgung	Vorlage 108
31. Sitzung, 09.12.2019	Dr. Hannes Dahnke	Vebeto GmbH	Sektorenübergreifende Versorgung; Krankenhausplanung auf Grundlage neuer Datenanalyse	
32. Sitzung, 13.01.2020	Florian Marcus	e-Estonia Briefing Center, Tallinn	Digitalisierung des Gesundheitswesens; aktuelle Situation in Est-land	Vorlage 114
33. Sitzung, 20.01.2020	Klaus Rupp, Raphael Koßmann	TK	Digitalisierung des Gesundheitswesens; Digitale Versorgungsge-staltung der TK, aktuelle Projekte und Produkte; Telemedizin, Pa-tienteninformation, Medizinprodukte, Infrastruktur, Datensicherheit	Vorlage 116
33. Sitzung, 20.01.2020	MR Dr. Christoph Seidel	MS, Leiter Referat 407 (E-Health, Digitalisierung, Soziale Gesund-heitswirtschaft)	Digitalisierung des Gesundheitswesens	Vorlage 117
33. Sitzung, 20.01.2020	Anja Heuck, Melhelm Daoud, Ute Hönemann	MW, Stabsstelle Digitalisierung; Referat Kommunikationswirtschaft und Dienstleistungen	Digitalisierung des Gesundheitswesens	
37. Sitzung, 17.02.2020	Frank Preugschat	AOK Niedersachsen, Mitglied der EKmedV	Sektorenübergreifende Versorgung; Präsentation des erarbeiteten Modellprojektes: Regionales Gesundheitszentrum Niedersachsen durch die Unterarbeitsgruppe der EKmedV	
38. Sitzung, 02.03.2020	Thomas Altgeld, Lea Oesterle	LVG & AFS e. V.	Sektorenübergreifende Versorgung:	Vorlage 121

Sitzung Nr. Datum	Name	Institution/Funktion	Thema	Vorlage
38. Sitzung, 02.03.2020	Dr. Helmut Hildebrandt	Vorstandsvorsitzender der OptiMedis AG	Sektorenübergreifende Versorgung:	Vorlage 122
39. Sitzung, 02.03.2020	Dr. Andreas Köhler	Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e. V., Ehrenpräsident	Sektorenübergreifende Versorgung:	Vorlage 123
40. Sitzung, 09.03.2020	Heike Sander, Dr. Christian Graf	BARMER, Landesvertretung Niedersachsen/Bremen	Sektorenübergreifende Versorgung:	Vorlage 124
40. Sitzung, 09.03.2020	Richard Eckermann	MW, Leiter Referat 44 (Schiene, Öffentlicher Personennahverkehr)	Mobilität	Vorlage 125
40. Sitzung, 09.03.2020	Bernd Tschapke	MS, Referat 403	Mobilität	Vorlage 125
43. Sitzung, 08.06.2020	MR Dr. Uwe Lühmann	MI, Referat 35 (Militärische Angelegenheiten, Rettungswesen)	Erkenntnisse aus den bisherigen Erfahrungen im Umgang mit der Corona-Pandemie für die medizinische Regelversorgung in Nds.	Vorlage 129
43. Sitzung, 08.06.2020	RD Mirko Temmler	MI, Referat 34 (Brand-, Katastrophenschutz, Kompetenzzentrum Großschadenslagen, Landesveranstaltungen)	Erkenntnisse aus den bisherigen Erfahrungen im Umgang mit der Corona-Pandemie für die medizinische Regelversorgung in Nds.	
43. Sitzung, 08.06.2020	LMR Dr. Marcus Beiner	MWK, Referat 15 (Europa, Internationales)	Erkenntnisse aus den bisherigen Erfahrungen im Umgang mit der Corona-Pandemie für die medizinische Regelversorgung in Nds.	
43. Sitzung, 08.06.2020	Susanne Fiehe	MWK, Referat 23 (Medizin; MHH, UMG, St TiHo, EMS)	Erkenntnisse aus den bisherigen Erfahrungen im Umgang mit der Corona-Pandemie für die medizinische Regelversorgung in Nds.	Vorlage 131
43. Sitzung, 08.06.2020	MDgtin Claudia Schröder	MS, Leiterin Abteilung 4	Erkenntnisse aus den bisherigen Erfahrungen im Umgang mit der Corona-Pandemie für die medizinische Regelversorgung in Nds.	
44. Sitzung, 15.06.2020	Jörg Niemann	Vdek Nds, Mitglied der EKmedV	Erkenntnisse aus den bisherigen Erfahrungen im Umgang mit der Corona-Pandemie für die medizinische Regelversorgung in Nds.	Vorlage 132
44. Sitzung, 15.06.2020	Frank Preugschat	AOK Niedersachsen, Mitglied der EKmedV	Erkenntnisse aus den bisherigen Erfahrungen im Umgang mit der Corona-Pandemie für die medizinische Regelversorgung in Nds.	Vorlage 133
44. Sitzung, 15.06.2020	Mark Barjenbruch	KVN, Mitglied der EKmedV	Erkenntnisse aus den bisherigen Erfahrungen im Umgang mit der Corona-Pandemie für die medizinische Regelversorgung in Nds.	Vorlage 134

Sitzung Nr. Datum	Name	Institution/Funktion	Thema	Vorlage
45. Sitzung, 22.06.2020	Helge Engelke	NKG, Mitglied der EKmedV	Erkenntnisse aus den bisherigen Erfahrungen im Umgang mit der Corona-Pandemie für die medizinische Regelversorgung in Nds.	Vorlage 135
45. Sitzung 22.06.2020	Dr. Martina Wenker	ÄKN, Mitglied der EKmedV	Erkenntnisse aus den bisherigen Erfahrungen im Umgang mit der Corona-Pandemie für die medizinische Regelversorgung in Nds.	Vorlage 136
46. Sitzung 06.07.2020	Prof. Dr. Hubert Meyer	NLT, Mitglied der EKmedV	Erkenntnisse aus den bisherigen Erfahrungen im Umgang mit der Corona-Pandemie für die medizinische Regelversorgung in Nds.	Vorlage 140
46. Sitzung 06.07.2020	Oliver Kamlage	NSGB, stellv. Mitglied der EKmedV	Erkenntnisse aus den bisherigen Erfahrungen im Umgang mit der Corona-Pandemie für die medizinische Regelversorgung in Nds.	
48. Sitzung 31.08.2020	Hauke Jagau	Region Hannover, Regionspräsident	Erkenntnisse aus den bisherigen Erfahrungen im Umgang mit der Corona-Pandemie für die medizinische Regelversorgung in Nds.	Vorlage 147
48. Sitzung 31.08.2020	Petra Broistedt	Stadt Göttingen, Stadträtin	Erkenntnisse aus den bisherigen Erfahrungen im Umgang mit der Corona-Pandemie für die medizinische Regelversorgung in Nds.	Vorlage 148
48. Sitzung 31.08.2020	Dr. Gerhard Bojara	Landkreises und Stadt Osnabrück, Leiter gemeinsamer Gesundheitsdienst	Erkenntnisse aus den bisherigen Erfahrungen im Umgang mit der Corona-Pandemie für die medizinische Regelversorgung in Nds.	Vorlage 149
48. Sitzung, 31.08.2020	Peter Bohlmann	Landkreis Verden, Landrat	Erkenntnisse aus den bisherigen Erfahrungen im Umgang mit der Corona-Pandemie für die medizinische Regelversorgung in Nds.	
48. Sitzung, 31.08.2020	Jutta Dreyer	Landkreis Verden, Leiterin Fachdienst Gesundheit und Umweltmedizin	Erkenntnisse aus den bisherigen Erfahrungen im Umgang mit der Corona-Pandemie für die medizinische Regelversorgung in Nds.	
50. Sitzung, 07.09.2020	Prof. Dr. Jochen Alfred Werner	Universitätsklinikum Essen, Ärztlicher Direktor, Vorstandsvorsitzender	Erkenntnisse aus den bisherigen Erfahrungen im Umgang mit der Corona-Pandemie für die medizinische Regelversorgung in Nds.	Vorlage 151
50. Sitzung, 07.09.2020	Mark Barjenbruch	KVN, Mitglied der EKmedV	Erkenntnisse aus den bisherigen Erfahrungen im Umgang mit der Corona-Pandemie für die medizinische Regelversorgung in Nds.	Vorlage 150
51. Sitzung, 09.09.2020	Uwe Lorenz	Kliniken Diepholz	Erkenntnisse aus den bisherigen Erfahrungen im Umgang mit der Corona-Pandemie für die medizinische Regelversorgung in Nds.	Vorlage 152
51. Sitzung, 09.09.2020	Manuela Krüger	DRK-Krankenhaus Clementinenhaus, Hannover	Erkenntnisse aus den bisherigen Erfahrungen im Umgang mit der Corona-Pandemie für die medizinische Regelversorgung in Nds.	Vorlage 154

Sitzung Nr. Datum	Name	Institution/Funktion	Thema	Vorlage
51. Sitzung, 09.09.2020	Klaus Vagt	Kreiskrankenhaus Osterholz	Erkenntnisse aus den bisherigen Erfahrungen im Umgang mit der Corona-Pandemie für die medizinische Regelversorgung in Nds.	Vorlage 153
51. Sitzung, 09.09.2020	Monika Müller	Stadt Wolfsburg, Sozialdezernat	Erkenntnisse aus den bisherigen Erfahrungen im Umgang mit der Corona-Pandemie für die medizinische Regelversorgung in Nds.	Vorlage 155
51. Sitzung, 09.09.2020	Claus Eppmann	Klinikum Emden	Erkenntnisse aus den bisherigen Erfahrungen im Umgang mit der Corona-Pandemie für die medizinische Regelversorgung in Nds.	Vorlage 156

3. Vorlagenverzeichnis

Thema	Sitzungen	Vorlagen	
Allgemeines zum Gesundheitswesen	1. Sitzung	Vorlage 3	Bericht d. MS zu den rechtlichen Kompetenzen des Landes Niedersachsen in Abgrenzung zu denen des Bundes bei der medizinischen Versorgung; Sitzung am 21.01.2019
	Sitzungsunabhängig	Vorlage 139	Positionspapier zur Gesundheitsversorgung in Niedersachsen des Niedersächsischen Landkreistages
		Vorlage 169	Positionspapier der AOK und des vdek zur „Berücksichtigung der Beitragssatzstabilität der gesetzlichen Krankenversicherung“
Notfallversorgung/Abschnitt III	2. Sitzung	Vorlage 1	Stellungnahme des Landesausschusses Rettungsdienst Niedersachsen (LARD); 28.01.2019
		Vorlage 2	Stellungnahme Dr. med. Bodo Lenkewitz - ÄLRD Landkreis Northeim; 28.01.2019
		Nachtrag 1	Eckpunktepapier 2016 zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung; übermittelt v. Dr. med. Bodo Lenkewitz - ÄLRD Landkreis Northeim
		Vorlage 4	Kernergebnisse 2. Sitzung am 28.01.2019
	3. Sitzung	Vorlage 7	Beitrag d. KVN zur Notfallversorgung (Organisation d. Bereitschaftsdienstes); 11.02.2019
		Vorlage 8	Beitrag d. vdek zur Notfallversorgung; 28.01.2019
		Vorlage 9	Beitrag v. Prof. Dr. med. Nils Schneider z. Notfallversorgung; 11.02.2019
		Vorlage 10	Kernergebnisse 3. Sitzung am 11.02.2019
	4. Sitzung 5. Sitzung	Vorlage 5	Schriftliche Unterrichtung MS v. 08.02.2019; Sachstand zum Projekt IVENA
		Vorlage 6	Beitrag der NKG zur Notfallversorgung; 11.02.2019

		Vorlage 13	Präsentation der AOK Niedersachsen
		Vorlage 14	Schreiben nebst Gutachten des vdek
		Vorlage 15	Schreiben nebst weiterer Materialien des vdek
		Vorlage 16	Stellungnahme v. Dr. Vivien Weiß zur Notfallversorgung pflegebedürftiger Patienten; 18.02.2019
		Vorlage 17	Kernergebnisse 4. u. 5. Sitzung am 18.02.2019
	6. Sitzung	Vorlage 18	Entwurfspapier als Diskussionsgrundlage LVG & AFS zur Notfallversorgung
		Vorlage 19	Kernergebnisse 6. Sitzung am 25.02.2019
	Sitzungsunabhängig	Vorlage 12	Mail Pflegekammer Niedersachsen v. 10.02.2019; Projekt IVA u. Konzeptidee Akutbetten in einer langzeitstationären Einrichtung
		Vorlage 20	Mail d. Marburger Bundes- Landesverband Nds.- v. 02.03.2019; Eckpunkte zur Notfallversorgung
		Vorlage 25	Mail d. Vorsitzenden des Landesausschusses Rettungsdienst (LARD) Nds. v. 11.03.2019; Projektabschlussbericht IVENA Hannover
		Vorlage 29	Mail d. Abg. Uwe Schwarz v. 29.03.2019; 5-Punkte-Plan zur Notfallversorgung v. T. Immenroth (Ostfalia)
		Vorlage 39	E-Mail nebst Schreiben des Landesausschusses Rettungsdienst Niedersachsen - Vorsitzender Herr Bernd Gerberding, 26.04.2019
		Vorlage 48	Diskussionsbeitrag zur Notfallversorgung, Mail v. Herrn Helge Engelke - Nds. Krankenhausgesellschaft e. V.
		Vorlage 79	Schreiben des Niedersächsischen Landkrestages - Prof. Dr. Hubert Meyer
		Vorlage 80	Schreiben des Niedersächsischen Städtetages - Herr Dr. Jan Arning - nebst Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft der Leiter der Berufsfeuerwehren in Niedersachsen (AGBF); Sitzung am 30.09.2019

Stationäre medizinische Versorgung/ Abschnitt II	7. Sitzung 8. Sitzung	Vorlage 21	Beitrag und Unterlagen d. NKG zur stationären med. Versorgung; 04.03.2019
		Vorlage 22	Präsentation NLT zur stationären med. Versorgung; 04.03.2019
		Vorlage 23	Gutachten der Universität Bayreuth zu Intersektoralen Gesundheitszentren; dazu Kurzzusammenfassung von Herrn Prof. Dr. Nils Schneider
		Vorlage 24	Arbeitspapier u. Präsentation d. vdek - Herr Jörg Niemann - zur stationären Versorgung, 04.03.2019
		Vorlage 26	Kernergebnisse 7. u. 8. Sitzung am 04.03.2019
		Vorlage 27	Schreiben d. vdek v. 27.03.2019 zur ReKo Nordhorn
		Vorlage 35	Schriftl. Fassung des Vortrags nebst Anlagen der Frau Abteilungsleiterin Claudia Schröder - Nds. Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung; 7. Sitzung am 04.03.2019
	9. Sitzung	Vorlage 28	Kernergebnisse 9. Sitzung am 25.03.2019
	10. Sitzung	Vorlage 36	Präsentation des Herrn Prof. Dr. Alex W. Friedrich - Universitair Medisch Centrum Groningen
		Vorlage 37	Kernergebnisse der 10. Sitzung der EKmedV am 01.04.2019
		Vorlage 38	Ergänzender Beitrag zu TOP 1 der 10. Sitzung der EKmedV von Frau Dr. Vivien Weiß
		Vorlage 43	Vermerk zu TOP 1 der 10. Sitzung der EKmedV (am 01.04.2019) des Nds. Ministeriums für Wissenschaft und Kultur
		Vorlage 47	Stellungnahme der Pflegekammer Niedersachsen zu Vorlage 43 und Positionspapier zur Notwendigkeit einer Förderung der Modernisierung von Pflegefachberufen in Niedersachsen; Stationäre medizinische Versorgung/Abschnitt II; 10. Sitzung
	17. Sitzung	Vorlage 64	Präsentation des Herrn Prof. Dr. Jonas Schreyögg - Universität Hamburg; Sitzung am 19.08.2019

		Vorlage 65	Statement des Herrn Helge Engelke (Niedersächsische Krankenhausgesellschaft e. V.) im Rahmen der 17. Sitzung der Enquetekommission am 19. August 2019 zum Vortrag von Herrn Professor Schreyögg
		Vorlage 73	Kernergebnisse der 17. Sitzung der EKmedV am 19.08.2019
	19. Sitzung	Vorlage 66	Vortrag des Herrn Prof. Dr. Ate van der Zee; Sitzung am 26.08.2019 in Groningen
		Vorlage 67	Vortrag des Herrn Prof. Dr. Alexander Friedrich; Sitzung am 26.08.2019 in Groningen
		Vorlage 68 neu	Vortrag des Herrn Prof. Dr. Jochen Mierau; Sitzung am 26.08.2019 in Groningen
		Vorlage 69	Vortrag des Herrn Dr. Mark Spit; Sitzung am 26.08.2019 in Groningen
		Vorlage 70	Vortrag des Herrn Dr. Michiel Kahmann; Sitzung am 26.08.2019 in Groningen
		Vorlage 71 neu	Vortrag des Herrn Prof. Dr. Hans Langendijk; Sitzung am 26.08.2019 in Groningen
	20. Sitzung	Vorlage 74	Präsentation nebst Vortrag des Nds. Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung - Frau Claudia Schröder; 20. Sitzung der EKmedV am 23.09.2019
		Vorlage 81	Übersichten des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung
	21. Sitzung 20. Sitzung	Vorlage 86	Kernergebnisse der 20. und 21. Sitzung am 23.09.2019
	22. Sitzung	Vorlage 77	Präsentation des Marburger Bundes - Herr Hans Martin Wollenberg; 22. Sitzung am 30.09.2019
		Vorlage 78	Anlage zum Vortrag von Frau Nobel, ver.di, Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege, Ergebnisse einer Sonderauswertung der Repräsentativumfragen zum DGB-Index Gute Arbeit

		Nachtrag 1	Redebeitrag nebst Anlage der Frau Elke Nobel - ver.di
		Vorlage 101	Kernergebnisse der 22. Sitzung am 30.09.2019
	23. Sitzung	Vorlage 82	Präsentation des Niedersächsischen Landesrechnungshofs; 23. Sitzung am 14.10.2019
		Vorlage 106	Kernergebnisse der 23. und 24. Sitzung am 14.10.2019
	26. Sitzung	Vorlage 88	Präsentation des Herrn Lorenz - Kliniken Landkreis Diepholz; 26. Sitzung am 28.10.2019
		Vorlage 89	Präsentation des Herrn Vagt - Kreiskrankenhaus Osterholz; 26. Sitzung am 28.10.2019
		Vorlage 90	Präsentation der Frau Huber - DRK-Krankenhaus Clementinenhaus; 26. Sitzung am 28.10.2019
		Vorlage 91	Präsentation der Frau Monika Müller - Klinikum Wolfsburg; 26. Sitzung am 28.10.2019
		Vorlage 92	Präsentation des Herrn Claus Eppmann - Trägergesellschaft Kliniken Aurich-Emden-Norden mbH; 26. Sitzung am 28.10.2019
	27. Sitzung	Vorlage 94	Präsentation der Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände Niedersachsens; 27. Sitzung am 04.11.2019
		Nachtrag 1	Ergänzende Informationen des Herrn Helge Engelke - Niedersächsische Krankenhausgesellschaft e. V.; 27. Sitzung am 04.11.2019
		Vorlage 95 neu	Präsentation des Herrn Jörg Niemann - Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek); 27. Sitzung am 04.11.2019
		Vorlage 96 neu	Präsentation der Frau Sabine Nowack-Schwonbeck - AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen; 27. Sitzung am 04.11.2019
		Vorlage 112	Kernergebnisse der 27. Sitzung am 04.11.2019
		Vorlage 115	Positionspapier der Nds. Krankenhausgesellschaft und der Arbeitsgemeinschaft der Kommunalen Spitzenverbände vom 14.01.2020 zur Krankenhausversorgung in Niedersachsen

	29. Sitzung	Vorlage 102	Präsentation der Frau Dr. Vivien Weiß; 29. Sitzung am 18.11.2019
		Vorlage 103	Präsentation der Frau Helle Dokken - Universitätsmedizin Göttingen (UMG); 29. Sitzung am 18.11.2019
		Vorlage 104	Präsentation des Herrn Andreas Dörkßen - Borromäus Hospital Leer; 29. Sitzung am 18.11.2019
		Vorlage 105	Präsentation der Frau Katrin Magerkurth - St. Martini Krankenhaus Duderstadt; 29. Sitzung am 18.11.2019
		Vorlage 119	Kernergebnisse der 29. Sitzung am 18.11.2019
	45. Sitzung	Vorlage 138	Ergebnispapier zur „Pflegerischen Versorgung im Krankenhaus“; übersandt von Frau Elisabeth Rataj
	53. Sitzung	Vorlage 158	Präsentation des Entwicklungsteams „Regionales Gesundheitszentrum Niedersachsen“
		Vorlage 159	Ergebnispapier der Arbeitsgruppe „Versorgungsstufen“
		Vorlage 164	Ergebniszusammenfassung zur „stationären medizinischen Versorgung“ Niedersächsischer Städtetag (NST)
	Sitzungsunabhängig	Vorlage 30	Mail Prof. Wolfgang Hoffmann v. 04.04.2019; Versorgungsatlas Landkreis Emsland
		Vorlage 31	Mail KVN v. 05.04.2019; Sektorenindex
		Vorlage 32	Mail KVN v. 05.04.2019; Studie Prof. Sundmacher zu ambulant-sensitiven Krankenhausfällen
		Vorlage 33	Mail KVN v. 05.04.2019; Artikel zur Entwicklung einer ärztl. Gebührenordnung
		Vorlage 62	Bertelsmann-Studie zur Krankenhausversorgung; E-Mail von Herrn Niemann (vdek)
		Vorlage 72	Schreiben (nebst Anlagen) des Herrn Dr. med. Hanns Henning Dornheim
		Vorlage 93	Gutachten zur Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen

		<p>Vorlage 115 Positionspapier der Nds. Krankenhausgesellschaft und der Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände vom 14.01.2020 zur Krankenhausversorgung in Niedersachsen</p> <p>Vorlage 118 Positionspapier der Fraktion der AfD vom 20.01.2020 zur stationären Versorgung</p> <p>Vorlage 163 Schreiben nebst Anlagen des Herrn Jörg Niemann, vdek</p> <p>Vorlage 166 Stellungnahme zur Vorlage 163 von Frau Meta Janssen-Kucz (Fraktion Bündnis 90/Die Grünen)</p>
Ambulante medizinische Versorgung/ Abschnitt I	11. Sitzung 12. Sitzung	<p>Vorlage 40 Präsentation des Deutschen Hausärzterverbandes - Landesverband Niedersachsen e. V. - Vorsitzender Herr Dr. Matthias Berndt, 29.04.2019</p> <p>Vorlage 41 Zeitungsbericht (erhalten von Herrn Immenroth) über das Sozio-Med-Mobil, 29.04.2019</p> <p>Vorlage 44 Kernergebnisse der 11. und 12. Sitzung am 29.04.2019</p>
	13. Sitzung	<p>Vorlage 45 Präsentation des Herrn Carsten Göken - Verband der Ersatzkassen e. V. - Landesvertretung Niedersachsen</p> <p>Vorlage 46 Präsentation (Bedarfsplanung) der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen</p> <p>Vorlage 49 Kernergebnisse der 13. Sitzung der EKmedV am 06.05.2019</p> <p>Vorlage 54 E-Mail der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) vom 12.06.2019 betr. Regressverfahren</p> <p>Nachtrag 1 E-Mail des Verbandes der Ersatzkassen e. V.</p>
	14. Sitzung	<p>Vorlage 50 Präsentation der AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen - Herr Frank Preugschat; 14. Sitzung am 20.05.2019</p> <p>Vorlage 51 Präsentation der Ärztekammer Niedersachsen - Frau Marion Charlotte Renneberg; 14. Sitzung am 20.05.2019</p> <p>Vorlage 52 Stellungnahme des Niedersächsischen Städte- und Gemeindebundes, 14. Si. am 20.05.2019</p>

		Vorlage 53	Kernergebnisse der 14. Sitzung der EKmedV am 20.05.2019
	15. Sitzung 16. Sitzung	Vorlage 55	Vortrag von Prof. Dr. Graf von der Schulenburg zum Niederlassungsverhalten der Ärzte, 24.06.2019
		Vorlage 56	Themenübersicht zu TOP 2 der Sitzung am 24.06.2019 - gemailt von Prof. Dr. med. Nils Schneider
		Nachtrag 1	Die Präsentation (Problemlage Hausärztemangel: Situation und Veränderungsbedarfe im Medizinstudium und in der Weiterbildung) des Herrn Prof. Dr. Nils Schneider
		Vorlage 58	Vortrag des Herrn Prof. Dr. med. Reinhard Busse
		Vorlage 59	Statement von Herrn Helge Engelke - Nds. Krankenhausgesellschaft e. V. - zum Vortrag von Herrn Prof. Busse; 16. Sitzung am 24.06.2019
		Vorlage 63	Kernergebnisse der 15./16. Sitzung der EKmedV am 24.06.2019
	21. Sitzung	Vorlage 76	Vorläufige Ergebniszusammenfassung Ambulante medizinische Versorgung/Abschnitt I - Beschlussvorlage (Stand: 01.10.2019)
		Nachtrag 1	Ergebniszusammenfassung „Ambulante Versorgung“; 26. Sitzung am 28.10.2019
		Vorlage 100	Vorläufige Ergebniszusammenfassung Ambulante medizinische Versorgung (Stand: 28.10.2019)
	23. Sitzung	Vorlage 83	Präsentation nebst Anlagen des Nds. Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung; 23. Sitzung am 14.10.2019
	24. Sitzung	Vorlage 84	Präsentation nebst weiterem Material der Frau Dr. M. Katharina Hüppe - Leiterin des Gesundheitsamtes des Landkreises Hildesheim; 24. Sitzung am 14.10.2019
		Nachtrag 1	Ergänzungen zur Präsentation der Frau Dr. M. Katharina Hüppe
		Vorlage 85	Präsentation Zweckverband Gesundheitsamt Uelzen - Lüchow-Dannenberg - Herr Dr. med. Gerhard Wermes; 24. Sitzung am 14.10.2019
		Vorlage 106	Kernergebnisse der 23. und 24. Sitzung am 14.10.2019

	52. Sitzung	Vorlage 157	Arbeitspapiere (Arztzahlprognose und ärztliche Honorarentwicklung) des Verbandes der Ersatzkassen e. V.
	52. Sitzung	Vorlage 162	Symposium zur Arztzahlprognose - übersandt von Herrn Mark Barjenbruch (Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen)
	52. Sitzung	Vorlage 161	Ergebniszusammenfassung zur Ambulanten med. Versorgung
	Sitzungsunabhängig	Vorlage 30	Mail Prof. Wolfgang Hoffmann v. 04.04.2019; Versorgungsatlas Landkreis Emsland
		Vorlage 31	Mail KVN v. 05.04.2019; Sektorenindex
		Vorlage 32	Mail KVN v. 05.04.2019; Studie Prof. Sundmacher zu ambulant-sensitiven Krankenhausfällen
		Vorlage 33	Mail KVN v. 05.04.2019; Artikel zur Entwicklung einer ärztl. Gebührenordnung
		Vorlage 57	Reform der Bedarfsplanung - Stellungnahme der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN)
		Vorlage 60	Konzeptpapier der Pflegekammer Niedersachsen zur Gemeindegewerkschwester nebst Anlagen, E-Mail v. 02.07.2019
		Vorlage 72	Schreiben (nebst Anlagen) des Herrn Dr. med. Hanns Henning Dornheim
		Vorlage 130	Projektarbeit zur hausärztlichen Versorgung im ländlichen Niedersachsen des Herrn Prof. Dr. med. Nils Schneider (u. a.)
	Vorlage 165	Schreiben nebst Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit- übersandt von Herrn Prof. Dr. med. Nils Schneider	
Digitalisierung/Abschnitt IV	32. Sitzung	Vorlage 114	Präsentation von Herrn Florian Marcus, e-Estonia Briefing Centre Tallin, in der 32. Sitzung am 13.01.2020
	33. Sitzung	Vorlage 116	Präsentation der Techniker Krankenkasse, 33. Sitzung am 20.01.2020

		Vorlage 117	Vermerk des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, 33. Sitzung am 20.01.2020
	Sitzungsunabhängig	Vorlage 128	Positionspapier der Fraktion der AfD
Mobilität/Abschnitt V	40. Sitzung	Vorlage 125	Unterrichtung durch die Landesregierung (MW, MS) in der 40. Sitzung am 09.03.2020
		Vorlage 126	Stellungnahme von Herrn Prof. Dr. med. Nils Schneider - Medizinische Hochschule Hannover
	47. Sitzung	Vorlage 143	Ergebnispapier zu Mobilität und medizinische Versorgung - übersandt von Frau Elisabeth Rataj am 15.07.2020
Erkenntnisse aus den bisherigen Erfahrungen im Umgang mit der COVID-19-Pandemie für die med. Regelversorgung in Niedersachsen	43. Sitzung	Vorlage 129	Beitrag des Herrn Dr. Uwe Lühmann - Niedersächsisches Ministerium für Inneres und Sport; 43. Sitzung am 08.06.2020
		Vorlage 131	Liste des Niedersächsischen Ministeriums für Wissenschaft und Kultur zu den Forschungsprojekten Corona
	44. Sitzung	Vorlage 132	Präsentation des Herrn Jörg Niemann - Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek); 44. Sitzung am 15.06.2020
		Vorlage 133	Präsentation der AOK Niedersachsen - Herr Frank Preugschat; 44. Sitzung am 15.06.2020
		Vorlage 134	Präsentation des Herrn Mark Barjenbruch - Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN); 44. Sitzung am 15.06.2020
	45. Sitzung	Vorlage 135	Präsentation der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft - Herr Helge Engelke; 45. Sitzung am 22.06.2020
		Vorlage 136	Schreiben der Ärztekammer Niedersachsen; 45. Sitzung am 22.06.2020
	46. Sitzung	Vorlage 140	Präsentation des Niedersächsischen Landkreistages; 46. Sitzung am 06.07.2020

	48. Sitzung	Vorlage 147	Präsentation des Herrn Regionspräsidenten Hauke Jagau
		Vorlage 148	Präsentation der Frau Stadträtin Petra Broistedt - Stadt Göttingen
		Vorlage 149	Präsentation des Herrn Dr. Gerhard Bojara - Landkreis Osnabrück
	50. Sitzung	Vorlage 150	Präsentation des Herrn Mark Barjenbruch - Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen; 50. Sitzung am 07.09.2020
		Vorlage 151	Präsentation des Herrn Jochen A. Werner; 50. Sitzung am 07.09.2020
	51. Sitzung	Vorlage 152	Präsentation der Kliniken Landkreis Diepholz
		Vorlage 153	Präsentation des Kreiskrankenhauses Osterholz
		Vorlage 154	Präsentation des DRK-Krankenhauses Clementinenhaus
		Vorlage 155	Präsentation der Stadt Wolfsburg - Frau Monika Müller
		Vorlage 156	Präsentation der Trägergesellschaft Kliniken Aurich-Emden-Norden mbH - Herr Claus Eppmann
	Sitzungs unabhängig	Vorlage 137	E-Mail des Herrn Prof. Dr. med. Nils Schneider nebst Stellungnahme des LSHPN zur ambulanten und stationären Hospizarbeit und Palliativversorgung während der COVID-19-Pandemie
Sektorenübergreifende Versorgung	25. Sitzung	Vorlage 87	Präsentation des Herrn Ferdinand Gerlach; 25. Sitzung am 21.10.2019
		Vorlage 109	Kernergebnisse der 25. Sitzung der EKmedV am 21.10.2019
	28. Sitzung	Vorlage 97 neu	Präsentation der Frau Veronika Bujny - Hebammenverband Niedersachsen e. V.; 28. Sitzung am 11.11.2019
		Vorlage 98	Präsentation der Frau Claudia Schröder - Nds. Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung; 28. Sitzung am 11.11.2019
		Nachtrag 1	Schreiben des Staatssekretärs im Nds. Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung Herr Heiger Scholz
		Vorlage 99	Präsentation der Frau Ulrike Hauffe - Forum Gesundheitsziele Deutschland; 28. Sitzung am 11.11.2019

		Vorlage 113	Kernergebnisse der 28. Sitzung am 11.11.2019
	30. Sitzung	Vorlage 107	Präsentation der Apothekerkammer Niedersachsen; 30. Sitzung am 02.12.2019
		Vorlage 108	Präsentation der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen; 30. Sitzung am 02.12.2019
	31. Sitzung	Vorlage 111	Evaluation des Nds. Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung
		Vorlage 120	Unterrichtung durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung; 31. Sitzung am 09.12.2019
	38. Sitzung	Vorlage 121	Präsentation der Gesundheitsregionen Niedersachsen
		Vorlage 122	Präsentation der OptiMedisAG
	39. Sitzung	Vorlage 123	Präsentation des Spitzenverbandes Fachärzte Deutschlands e. V.
	40. Sitzung	Vorlage 124	Stellungnahme der BARMER, Landesvertretung Niedersachsen/Bremen
		Vorlage 127	Vertragsärztliche und vertragspsychotherapeutische Versorgung in Niedersachsen, Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen
	47. Sitzung	Vorlage 142	Ergebnispapier zur Apotheken-/Arzneimittelversorgung - übersandt von Frau Elisabeth Rataj
	52. Sitzung	Vorlage 160	Ergebniszusammenfassung zur Hebammenversorgung und Geburtshilfe
	58. Sitzung	Vorlage 168	Präsentation des Herrn Jörg Niemann (vdek) zur „Gesundheitsförderung und Prävention als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung“; Sitzung am 14.12.2020
	Sitzungsunabhängig	Vorlage 141	PORT-Thesenpapier der Robert Bosch Stiftung - übersandt von Herrn Tobias Immenroth (Pflegekammer Niedersachsen)

		Vorlage 144	Präsentation des genial Gesundheitsnetzes im Altkreis Lingen - übersandt von der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen
	Sitzungsunabhängig	Vorlage 145	Präsentation des Berufsverbandes der Frauenärzte - Herr Christian Albring; 48. Sitzung am 31.08.2020
	Sitzungsunabhängig	Vorlage 146	Präsentation der AOK Niedersachsen - Frau Sabine Nowack-Schwonbeck; 48. Sitzung am 31.08.2020
Themenübergreifend		Vorlage 34	Anregungen und Lösungsansätze des Albertine-Fördervereins - Klinikum Osnabrücker Land e. V., 05.04.2019
		Vorlage 42	Ergebnisse des Berufsmonitoring Medizinstudierende, Mail v. Prof. Dr. med. Schneider v. 30.04.2019
		Nachtrag 1	Ergebnisse des Berufsmonitoring Medizinstudierende, Mail v. Prof. Dr. med. Schneider v. 02.05.2019
		Vorlage 61	Antwort des Nds. Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung zu dem Fragenkatalog der FDP-Fraktion vom 05.03.2019
		Vorlage 75 neu	Begriffsinventar des Herrn Tobias Immenroth - Pflegekammer Niedersachsen; 20. Sitzung am 23.09.2019

4. Stellungnahme der medizinischen Fakultäten



Der Präsident
Vorstand Forschung und Lehre

MHH, OE 9001, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover

Petra Joumaah
Vorsitzende der Enquetekommission des
Niedersächsischen Landtages
Hannah-Ahrendt-Platz 1
30159 Hannover

Professor Dr. med. Michael Manns
OE 9001
Telefon: 0511 532-6001
Fax: 0511 532-6003
praesident@mh-hannover.de

Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover
Telefon: 0511 532-0
www.mh-hannover.de

Ihr Zeichen

Ihre Nachricht vom

Unser Zeichen
9001/kt

11. September 2020

*nachrichtlich: Björn Thümler, Nds. Minister für Wissenschaft und Kultur
Dr. Carola Reimann, Nds. Ministerin für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung
Dr. Sandra von Kläden, Präsidentin des Nds. Landesrechnungshofs*

Enquetekommission „Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Niedersachsen – für eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe medizinische Versorgung“

Sehr geehrte Frau Vorsitzende Joumaah,
sehr geehrte Mitglieder der Enquetekommission des Landtages,

die drei Medizinischen Fakultäten des Landes Niedersachsen, die Universitätsmedizin Göttingen (UMG), die Universitätsmedizin Oldenburg (UMO) und die Medizinische Hochschule Hannover (MHH) verfolgen mit großer Aufmerksamkeit die Arbeit der Enquetekommission „Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Niedersachsen – für eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe medizinische Versorgung“.

Dabei erlauben wir uns, auf die Bedeutung der Hochschulmedizin für die ambulante und stationäre medizinische Versorgung in Niedersachsen hinzuweisen. Hier einige Argumente:

1. **COVID-19-Pandemie.** Gerade die COVID-19-Pandemie hat eindeutig unter Beweis gestellt, dass die Hochschulmedizin gerade in der Pandemie und gerade für die Schwerstkranken eine wesentliche Funktion wahrnimmt, vor allem in der Intensivmedizin, der Infektionsmedizin und der Notfallmedizin. Die drei niedersächsischen Medizinischen Fakultäten von MHH, UMG und UMO sind die Trägereinrichtungen in Niedersachsen für das vom Bundesministerium für

Seite 1 von 3

Präsidium / Vorstand
Ressort Forschung und Lehre: Prof. Dr. med. Michael Manns
Ressort Krankenversorgung: Dr. med. Andreas Tecklenburg
Ressort Wirtschaftsführung und Administration: Andrea Aulkemeyer

Sparkasse Hannover
IBAN DE15 2505 0180 0000 3703 71
BIC SPKHDE2HXXX

Steuernummer MHH25 206 373 95

Bildung und Forschung (BMBF) initiierte nationale Forschungsnetzwerk COVID-19 (NFN). Dieses Netzwerk soll aufgebaut werden als zukunftsorientiertes Pandemie-Netzwerk zur Standardisierung der Therapie, zur Koordinierung der Forschung und zur Schaffung rascher Lösungen zunächst bei der SARS-CoV-2 aber in Zukunft auch anderer Pandemien.

2. **Supramaximalversorgung.** Universitätskliniken sind im klinischen Bereich sogenannte *Tertiary Referral Center*. Sie sind die letzte Stufe der medizinischen Versorgung für die Schwerstkranken. Dabei entstehen Vorhaltekosten, die im DRG-System nicht adäquat abgebildet sind. Hierzu hat der Verband der Universitätsklinika Deutschlands (VUD) Daten geliefert.
3. **Besondere Funktion von Hochschulambulanzen.** Früher waren Hochschulambulanzen vornehmlich für Forschung und Lehre zuständig. Spezielle von der KV anerkannte Lücken in der ambulanten Versorgung sollten im Rahmen von persönlichen Ermächtigungen von Chef- und Oberärzten geschlossen werden. Den Hochschulambulanzen fällt zunehmend eine besondere Rolle in der ambulanten Versorgung zu. Dies wurde erstmals durch den Hochschulambulanzvertrag (HSA) anerkannt. Dieser muss jedoch weiterentwickelt werden. Hochschulambulanzen sind zum Beispiel in der ambulanten Versorgung erforderlich für die Behandlung seltener Erkrankungen und für die Betreuung von besonderen Patientengruppen wie z.B. Patienten der Transplantationsmedizin.
4. **Ärztliche Weiterbildung.** Der Hochschulmedizin fällt zunehmend eine besondere Rolle bei der ärztlichen Weiterbildung zu. Private und auch kommunale Krankenhausträger stellen zunehmend für ihre ärztliche Tätigkeit Fachärzte ein und verabschieden sich von der ärztlichen Weiterbildung. So sind in Facharztbereichen wie zum Beispiel der Pathologie die ärztlichen Weiterbildungen nahezu exklusiv an Universitätskliniken konzentriert. Die ärztliche Weiterbildung ist im DRG-System angeblich abgebildet und integriert. Dies funktioniert aber nur, wenn alle im Gesundheitssystem in gleichem Maße an der ärztlichen Weiterbildung teilnehmen. Deshalb regen wir an, dass in Zukunft analog der Pflege die Vergütung in der ärztlichen Weiterbildung aus dem DRG-System herausgerechnet wird. Dafür sollten Leistungen der ärztlichen Weiterbildung gesondert honoriert werden. Ein Modell wäre zum Beispiel die Honorierung erfolgreich abgeschlossener Facharztbildungen, z.B. nach erfolgter Facharztprüfung.
5. **Studentische Lehre und Ausbildung.** Die Ausbildung des medizinischen Nachwuchses beginnt mit dem Studium der Humanmedizin. Hier sind per Definition die medizinischen Fakultäten zuständig und gefordert, wenn es um eine Ausweitung der Studierendenzahlen geht. Auch die beabsichtigte Stärkung der Allgemeinmedizin beginnt im Medizinstudium, in dem erst einmal das Interesse an der Allgemeinmedizin und für eine spätere hausärztliche Tätigkeit geweckt werden muss.
6. **Seltene Erkrankungen.** Seltene Erkrankungen haben eine besondere Bedeutung erlangt. Sowohl in der Forschung und in der Therapieentwicklung als auch in der Versorgung fällt der Hochschulmedizin eine besondere Aufgabe zu. Die Behandlung seltener Erkrankungen erfordert eine besondere Expertise und ist kostenintensiv. Patientinnen und Patienten mit seltenen Erkrankungen sammeln sich gerade in den Zentren der Hochschulmedizin an, wo die spezielle Expertise der Ärztinnen und Ärzte in Klinik und Forschung vorhanden ist. Beispiele

sind seltene genetische Erkrankungen, vor allem in der Kinderheilkunde, aber auch Krankheitsbilder wie die Mukoviszidose. Viele der angeborenen Erkrankungen erreichen jetzt durch den medizinischen Fortschritt das Erwachsenenalter. Beispiel ist hier auch die Mukoviszidose. Dieses neue Gebiet der Transitionsmedizin ist bisher auch nahezu exklusiv in der Hochschulmedizin angesiedelt. Die Arzneimittel- und Therapieentwicklung für seltene Erkrankungen unterliegt besonderen Regeln in einem gesonderten Zulassungsverfahren, für das die Expertise der Ärztinnen und Ärzte an Universitätskliniken ebenso erforderlich ist wie die Infrastruktur einer Universitätsmedizin, z.B. für klinische Studien.

Wir hoffen, dass wir hiermit darstellen können, dass die Hochschulmedizin zur Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung vor allem und nicht zuletzt auch in Niedersachsen von essenzieller Bedeutung ist. Wir bitten daher eindringlich, uns zu einer der nächsten Sitzungen Ihrer Enquetekommission einzuladen, damit wir Ihnen persönlich unsere Argumente vorstellen und entsprechend Nachdruck verleihen können. Dabei würden wir Ihnen selbstverständlich für Fragen zur Verfügung stehen.

Ihrer Antwort sehen wir erwartungsvoll entgegen und verbleiben

mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Michael Manns
Präsident und Vorstand Forschung und Lehre
Medizinische Hochschule Hannover



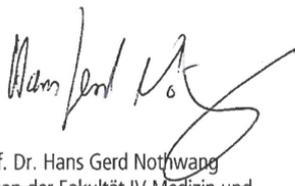
Prof. Dr. Tobias Welte
Komm. Vizepräsident und Vorstand
Krankenversorgung
Medizinische Hochschule Hannover



Prof. Wolfgang Brück
Dekan und Vorstand Forschung und Lehre
Universitätsmedizin Göttingen



Dr. Martin Siess
Vorstand Ressort Krankenversorgung
Universitätsmedizin Göttingen



Prof. Dr. Hans Gerd Nothwang
Dekan der Fakultät IV Medizin und
Gesundheitswissenschaften
Carl von Ossietzky Universität Oldenburg



Dr. Christiane Stehle
Medizinischer Vorstand
Klinikum Oldenburg AöR

5. Sondervoten

5.1. Dr. J. Arning, Niedersächsischer Städtetag



Niedersächsischer Städtetag

Verband für Städte, Gemeinden und Samtgemeinden

Prinzenstraße 17, 30159 Hannover,

Tel.: 0511/36894-0, Fax: 0511/36894-30

Internet: <http://www.nst.de>, E-Mail: post@nst.de

Niedersächsischer Städtetag, Prinzenstraße 17, 30159 Hannover

**An
die Mitglieder
der Enquetekommission
per E-Mail an: norbert.horn@lt.niedersachsen.de**

Az.: 50.11.01:042 - Teu
Bearbeitet von: Frau Teuber
Tel.-Durchwahl: 0511 / 3 68 94-17
E-Mail: teuber@nst.de
Hannover, den 8. Februar 2021

**Sondervotum zum Berichtskapitel „Stationäre Versorgung“
hier: Maximalversorger**

Sehr geehrte Frau Vorsitzende Joumaah,
sehr geehrte Mitglieder der Enquetekommission,

aufgrund meiner Ausführungen zu einer neuen gestuften Versorgungsstruktur in der 58. Sitzung der Enquetekommission am 23. November 2020 bitte ich, folgendes Sondervotum in der Handlungsempfehlung 7 des Berichtskapitels „Stationäre Versorgung“ zur Einführung einer neuen gestuften Versorgungsstruktur zu berücksichtigen:

Der Niedersächsische Städtetag (NST) empfiehlt abweichend von dem Ergebnispapier der Arbeitsgruppe „Versorgungsstufen für Niedersachsen“ die Zahl der erforderlichen Planbetten für künftige Maximalversorger von 600 auf 500 Planbetten abzusenken. Nur wenn im Nordosten des Landes in den Landkreisen Cuxhaven, Stade, Harburg, Lüneburg, Uelzen und Lüchow-Dannenberg Krankenhäuser der Maximalversorgung vorhanden sind, wird sich eine qualitativ hochwertige stationäre Versorgung im Hamburger Umland erhalten und fördern lassen. Das Klinikum Wolfsburg, das in diesem Falle ebenfalls den Status eines Maximalversorgers erhalten würde, hat für den VW-Standort Wolfsburg eine wichtige Bedeutung.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Jan Arning
Hauptgeschäftsführer

Bankverbindung: Nord/LB IBAN: DE59250500000101023562 BIC: NOLADE2HXXX

5.2. M. Barjenbruch, Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen



Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen – KdöR
Postfach 31 67, 30031 Hannover

Vorsitzende der Enquetekommission
Frau Joumaah
Nds. Landtag
Landtagsverwaltung
Postfach 44 07
30044 Hannover

Vorstand
Berliner Allee 22, 30175 Hannover

Unser Zeichen: VF/ro
Kontakt: Mark Barjenbruch
Telefon: 0511 380-3161
Telefax: 0511 380-4604
E-Mail: Mark.Barjenbruch@kvn.de
Datum: 10.02.2021

Sondervotum

Sehr geehrte Frau Joumaah,

hiermit gebe ich folgendes Sondervotum ab:

Sondervotum

von Mark Barjenbruch, Vorsitzender des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN)

zum Abschlussbericht der Enquetekommission „Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Niedersachsen – für eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe medizinische Versorgung“.

In der Präambel ist der Spiegelstrich

„Mit Blick auf Beispiele aus anderen Ländern regt die Kommission an, im Kontext zukünftiger sektorenübergreifender Versorgungsplanungen, die Notwendigkeit der in Deutschland vorgehaltenen sogenannten „doppelten Facharztschiene“ zu prüfen.“

zu streichen.

Begründung:

Unter dem Begriff sog. doppelte Facharztschiene ist ungenau festgestellt, dass es zwei fachärztliche Versorgungsbereiche geben soll, die sich überschneiden. Vielmehr fehlt es an einer Definition des fachärztlich-ambulanten und fachärztlich-stationären Bereiches. Die Tätigkeiten der Bereiche sind verschieden und haben unterschiedliche Aufgaben in der Versorgung. Dieses wäre zu definieren.



Kompetent • Verlässlich • Nah

Besser wäre eine Formulierung wie folgt zu fassen:

„Mit Blick auf Beispiele aus anderen Ländern regt die Kommission an, insbesondere mit Blick auf die sektorübergreifende Versorgung, eine Definition des ambulanten und stationären Versorgungsbereiches gesetzlich festzulegen.“

Mit freundlichen Grüßen


Mark Barjenbruch
Vorstandsvorsitzender

5.3. H. Engelke, Niedersächsische Krankenhausgesellschaft

Niedersächsische Krankenhausgesellschaft e.V.

Nieders. Krankenhausgesellschaft · Postfach 44 49 · 30044 Hannover

An
die Vorsitzende
und die Mitglieder
der EKmedV

norbert.horn@lt.niedersachsen.de

Hausadresse:
Thielenplatz 3
30159 Hannover

Postfachadresse:
Postfach 44 49
30044 Hannover

Telefon (05 11) 3 07 63-0
Telefax (05 11) 3 07 63-11
E-Mail info@nkgev.de
Internet <http://www.nkgev.de>

Ihr Zeichen

Ihre Nachricht vom

Unser Zeichen

Datum:

24.02.2021

En/SZ
13.02-10
52.10-00

Sondervotum zum Berichtskapitel Pflege der Enquetekommission „Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Niedersachsen - für eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe medizinische Versorgung“

Sehr geehrte Frau Vorsitzende Joumaah,
sehr geehrte Mitglieder der Enquetekommission,

aus grundsätzlichen Erwägungen heraus habe ich in der 45.Sitzung der Kommission dem Ergebnis des Kapitels Pflege nicht zustimmen können. Bei der Erstellung des Abschlussberichts bitte ich daher, das folgende Sondervotum zum Kapitel Pflege zu berücksichtigen:

„Die bei den „Herausforderungen“ unter A. zum Unterkapitel 4.2.1 getroffene Aussage „Pflegepersonaluntergrenzen sind als unterer Richtwert notwendig“ widerspricht den Ausführungen der Pflegenden, die am 18. November 2019 in der Enquetekommission vorgetragen haben. Darüber hinaus stehen die Pflegepersonaluntergrenzen gegenwärtig, in Zeiten von Corona, sehr in der Kritik. Der damit einhergehende bürokratische Aufwand stellt die Sinnhaftigkeit dieser Untergrenzen insgesamt infrage. Diese Meinung wird ebenfalls vom Bevollmächtigten der Bundesregierung für Pflege, Herrn Westerfellhaus, geteilt, der am 11. Mai 2020 in seinem Positionspapier noch einmal darauf hingewiesen hat, dass diese Personaluntergrenzen durch ein neues Pflegepersonalbemessungsinstrument abzulösen sind.“

Mit freundlichen Grüßen



- Helge Engelke -
Verbandsdirektor

5.4. B. Försterling, FDP

BJÖRN FÖRSTERLING FÜR DIE FDP-FRAKTION IM LANDTAG NIEDERSACHSEN:

SONDERVOTUM ZUM ABSCHLUSS- BERICHT DER **ENQUETEKOMMISSION**

**„SICHERSTELLUNG DER AMBULANTEN UND STATIONÄREN MEDIZINISCHEN VERSOR-
GUNG IN NIEDERSACHSEN – FÜR EINE QUALITATIV HOCHWERTIGE UND WOHNORTNAHE
MEDIZINISCHE VERSORGUNG“
IN DER 18. WAHLPERIODE DES NIEDERSÄCHSISCHEN LANDTAGS**

I. VORBEMERKUNG

Die FDP-Fraktion im Landtag Niedersachsen dankt allen Mitgliedern der Enquetekommission für die gute Zusammenarbeit in den vergangenen Monaten. Durch die eingebrachte Fachexpertise der Mitglieder und die Anhörung weiterer Experten konnte aus Sicht der FDP-Fraktion ein überzeugender Bericht zur Lage der medizinischen Versorgung in Niedersachsen vorgelegt werden, der deutlich macht, dass grundsätzlich die Versorgung sichergestellt ist und sichergestellt bleiben wird, insbesondere wenn die von der Kommission empfohlenen Handlungsschritte umgesetzt werden. Trotz der großen Übereinstimmung mit dem Gesamtbericht der Kommission und der grundsätzlichen Zustimmung zu den Ergebnissen möchten wir in einzelnen Punkten abweichende Stellungnahmen und Ergänzungen abgeben.

II. NOTFALLVERSORGUNG

Verlässlichkeit und Handlungsfähigkeit der Leitstellen sicherstellen

(Abschnitt: Qualität und Strukturen der Versorgung; Handlungsempfehlung 2)

Auch wenn wir den Gedanken der Zusammenlegung der Servicenummer für den ärztlichen Bereitschaftsdienst und die Terminvergabe 116 117 und der 112 verstehen können ist die FDP Fraktion gegen diese Zusammenlegung.

Wir unterstützen die jetzigen Aufgaben und Funktionen der 116 117, sehen aber keine ausreichende Überschneidung mit der 112, da diese in Bereichen des Katastrophenschutz und der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr auch diverse Aufgaben und Funktionen abseits der medizinischen Versorgung übernimmt. Auch ist die 112 in der Bevölkerung weitaus bekannter und gilt der Bewältigung hoch akuter Gefahrenlagen.

Die in den Leitstellen erfahrenen und gut ausgebildeten Fachkräfte für die Einschätzung von Lagen der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr könnten zwar sicherlich mit entsprechender rechtssicherer Unterstützung eine Abwägung treffen, ob ein ärztlicher Bereitschaftsdienst ausreicht oder nicht, sind aber sicherlich zu gut qualifiziert um Arzttermine zu vergeben. Das Anrufaufkommen in den Leitstellen würde zudem um ein vielfaches zunehmen, so dass mehr Personal und mehr kostenintensive Disponentenplätze in den Leitstellen notwendig werden würden. Insgesamt wäre es zielführender die Servicenummer 116 117 nicht nur bekannter zu machen, sondern insbesondere die Bürger auch über den ärztlichen Bereitschaftsdienst und seine Aufgaben besser zu informieren und aufzuklären.



www.fdp-fraktion-nds.de
@fdpfraktionnds | @fraktionsleben

Hannah-Arendt-Platz 1
30159 Hannover

**Freie
Demokraten**
 im Bündnis
Niedersachsen **FDP**

III. AMBULANTE MEDIZINISCHE VERSORGUNG

1. Stärkung von Staat und Kommune in der Versorgung

(Abschnitt: Qualität und Strukturen der Versorgung; Handlungsempfehlung 9)

Regionale Gesundheitszentren dürfen höchstens im Rahmen der Investitionsförderung von der öffentlichen Hand subventioniert werden, die auch anderen niedergelassenen Versorgern zugänglich sein muss. Ein dauerhafter Betrieb von Regionalen Gesundheitszentren soll ohne eine Förderung der öffentlichen Hand, allein aufgrund der erbrachten refinanzierten Leistungen möglich sein.

2. Verbesserung der Rahmenbedingungen im Bereich Studium

(Abschnitt: Personal; Handlungsempfehlung 11)

Aus Sicht der FDP-Fraktion im Landtag Niedersachsen wird die Einführung einer Landarzt- oder Hausarztquote keine Verbesserung in der hausärztlichen Versorgung bringen. Das Mittel der Wahl müssen ausreichend Studienplätze sein. Eine Quotierung, die zur Folge hat, dass sich junge Menschen schon vor Aufnahme der Ausbildung entscheiden müssen, in welchen Bereichen sie rund 10 Jahre später arbeiten werden ist wenig attraktiv und es bleibt zweifelhaft, welche Sanktionsmöglichkeiten überhaupt bestehen würden, wenn die jungen Menschen später nicht Hausärztin oder Hausarzt im ländlichen Raum werden.

IV. HEBAMMENVERSORGUNG UND GEBURTSHILFE

Finanzierung (Abschnitt: Finanzierung; Handlungsempfehlung 7)

Aus Sicht der FDP-Fraktion im Landtag Niedersachsen muss das DRG-Vergütungssystem dahingehend weiterentwickelt werden, dass die Geburt unabhängig von der Frage ob physiologische Geburt oder Kaiserschnitt gleich und auskömmlich vergütet wird.

V. ERGÄNZUNG ZU DEN KAPITELN „AMBULANTE MEDIZINISCHE VERSORGUNG“, „STATIONÄRE VERSORGUNG“, „SEKTORENÜBERGREIFENDE VERSORGUNG“

Medizinische Versorgungszentren

Ergänzend zu den o.g. Kapiteln wollen wir das Potenzial einer Weiterentwicklung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) hervorheben. Wir erleben aktuell einen Prozess der Umstrukturierung, eine weitere Zunahme von ambulanten Leistungen in der medizinischen Versorgungslandschaft und eine Spezialisierung im stationären Bereich. Daraus ergibt sich aus Sicht der FDP-Fraktion im Landtag Niedersachsen das Potenzial für eine Weiterentwicklung der Medizinischen Versorgungszentren. In der dreistufigen Versorgungsstruktur - wie sie im Kapitel stationären Versorgung vorgestellt wurde - fehlt eine Ebene unterhalb der Grund- und Regelversorger, die an sich keine vollstationäre Einheit ist, aber (teil-)stationäre Angebote anbieten kann, beispielsweise Beobachtung für eine Nacht, wohnortnahe Nachbetreuung in Zusammenarbeit mit anderen stationären Einrichtungen oder auch Kurzzeitpflege. Eine solche Einrichtung kann ein sektorübergreifendes Bindeglied zwischen hausärztlichen, ambulanten und stationären Leistungen sein. Ärzte und Pflegenden können von attraktiven Praxisbedingungen und modernen Arbeitszeitmodellen profitieren. Oder laufende Kosten aufteilen z.B. ein gemeinschaftliches Labor. Patienten profitieren von einem wohnortnahen vielfältigen Leistungsangebot mit kurzen Wegen und Wartezeiten. Zudem könnten Patienten nach einem Eingriff in einem ferner gelegenen Maximalversorger z.B. in Form von Kurzzeitpflege weiter betreut werden.



www.fdp-fraktion-nds.de
@fdpfraktionnds | @fraktionsleben

Hannah-Arendt-Platz 1
30159 Hannover



5.5. M. Janssen-Kucz, Bündnis 90/Die Grünen



SONDERVOTUM

Meta Janssen-Kucz, MdL (Bündnis 90/Die Grünen)

zum Abschlussbericht der Enquete-Kommission „Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Niedersachsen - für eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe medizinische Versorgung“

Vorbemerkung:

Im Namen der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen bedanke ich mich für die ausgesprochen konstruktive Zusammenarbeit in der Enquete-Kommission. Nach nunmehr zwei Jahren intensiver Beratungen legt die Enquete-Kommission einen umfangreichen Abschlussbericht mit zahlreichen Handlungsempfehlungen vor, die das niedersächsische Gesundheitswesen stärker an den Bedürfnissen der Menschen ausrichten, die Versorgungsqualität erhöhen und eine moderne Gesundheitsinfrastruktur schaffen können. Trotz grundsätzlicher Zustimmung zu den Ergebnissen der Enquete-Kommission möchte ich zu einzelnen Punkten abweichende oder ergänzende Stellungnahmen abgeben.

1. Ambulante medizinische Versorgung

zu 1. Veränderung/Optimierung der Bedarfsplanung

Die Bedarfsplanung ist nicht nur im Hinblick auf die Definition der jeweiligen Versorgungsaufträge zu optimieren. Um eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen, sollte außerdem eine evidenzbasierte Definition von Über- und Unterversorgung entwickelt werden. Die derzeitigen Definitionen von Über- und Unterversorgung (110 bzw. 75%) sind wissenschaftlich nicht begründet und werden der tatsächlichen Versorgungslage kaum gerecht. Demnach gibt es in der hausärztlichen Versorgung 18 formal überversorgte, aber keinen einzigen unterversorgten Planungsbereich in Niedersachsen.

zu 4. Stärkung der Rolle der Hausärztinnen und -ärzte

Statt mit Sanktionen sollten Versicherte mit Anreizen dazu motiviert werden, die Tarifbedingungen in der hausarztzentrierten Versorgung zu nutzen.

zu 7. Förderung von Mobilität und Erreichbarkeit

Die Ausweitung der Fahrt- und Transportangebote zum Leistungserbringer empfinde ich insbesondere für den ländlichen Raum als gute Lösung. In die Planung weiterer Angebote sollte jedoch die Auswertung der Modellprojekte aus den Gesundheitsregionen einfließen. Darüber hinaus wäre ein gesetzlich geregelter Anspruch auf Fahrt- und Transportleistungen wünschenswert.

zu 11. Verbesserung der Rahmenbedingungen im Bereich Studium

Eine Landarztquote ist kein geeigneter Lösungsansatz für die bereits bestehenden Versorgungslücken, weil sie erst nach Ende der Facharztausbildung – also frühestens in 12 Jahren – ihre Wirkung entfalten würde. Darüber hinaus greift sie tief in die verfassungsrechtlich geschützte Freiheit der Berufsausübung ein und kann zu sozialen Ungleichheiten beim Zugang zum Medizinstudium führen. Ich lehne die Einführung einer Landarztquote daher ab.

2. Notfallversorgung

zu 5. Bessere Steuerung der Inanspruchnahme des Rettungsdienstes

Rechtliche Möglichkeiten zur Übernahme von Einsatzkosten bei missbräuchlicher Inanspruchnahme des Rettungsdienstes lehne ich ab, weil sie zu einer erheblichen Verunsicherung in der Bevölkerung führen kann. Die Möglichkeit der Kostenübernahme besteht zudem bereits heute. Da der Rettungsdienst nur sehr selten missbräuchlich in Anspruch genommen wird, erscheinen die möglichen Nachteile einer weitergehenden Regelung größer als die Vorteile.

3. Stationäre medizinische Versorgung

Obwohl der Gesundheitssektor für ca. 4,4% der globalen Treibhausgasemissionen verantwortlich ist, findet er in den Strategien der Landesregierung zur Bekämpfung des Klimawandels bisher keine Berücksichtigung. Mit dem Green-Hospitals-Ansatz können auch Kliniken einen Beitrag zum Klimaschutz leisten und gleichzeitig die Gesundheit der Bevölkerung fördern, indem sie ihren Einfluss auf die Umwelt kontinuierlich reduzieren, indem sie bspw. auf eine effiziente Wassernutzung setzen, Dächer begrünen oder erneuerbare Energien nutzen. Der Green-Hospitals-Ansatz sollte daher bei den Klimaschutzbestrebungen des Landes berücksichtigt werden.

zu 7. Einführung einer neuen gestuften Versorgungsstruktur

Die Anzahl der erforderlichen Planbetten für Kliniken der Maximalversorgung sollte auf 500 statt auf 600 Betten festgelegt werden. Nur wenige Kliniken in Niedersachsen würden anderenfalls diese Voraussetzung erfüllen. Insbesondere im Nordwesten und Nordosten Niedersachsens gäbe es dann formal keine Kliniken der Maximalversorgung.

zu 11. Kommunikation und Transparenz

Den Ausschluss von Krankenhaus- und Rettungsdienstangelegenheiten von Bürgerbegehren nach §32 NKomVG lehne ich ab. Eine frühzeitige Beteiligung von Bürgerinnen und Bürgern sowie Transparenz im gesamten Verfahren sind notwendig, um Akzeptanz für neue Krankenhausstandorte oder Umstrukturierungen zu schaffen und ggf. andere Lösungen (z.B. integrierte regionale Versorgungszentren) zu prüfen.

zu 12. Zukunftsorientierte strukturverbessernde Ausrichtung der Finanzierung

Damit das Land seiner gesetzlichen Verpflichtung zu Finanzierung von Investitionskosten in Kliniken nachkommt, müssen die jährlichen Investitionsmittel dauerhaft auf 8% des Gesamterlöses stationärer Leistungen erhöht werden.

zu 17. Ansätze zur Stärkung des Personals

Fachkräfte aus dem Ausland können helfen, dem Mangel an Fachkräften zu begegnen. Da sie in der Regel jedoch auch in ihren Herkunftsländern gebraucht werden, sollten sie nicht aktiv angeworben oder mit Anreizen zum Auswandern nach Deutschland motiviert werden. Stattdessen sollte es ein Bleiberecht für Ärztinnen, Ärzte und Pflegekräfte mit Fluchthintergrund geben, die bereits in Deutschland leben und hier arbeiten, studieren oder eine Ausbildung machen.

4. Pflegerische Versorgung im Krankenhaus

zu 4.2.1 Qualität und Strukturen der Versorgung

Im Rahmen der Diskussionen der Enquete-Kommission ist deutlich geworden, dass Pflegepersonaluntergrenzen keine verbesserte Personalausstattung bewirken. Sie sind, anders als im Abschlussbericht dargelegt, auch als unterer Richtwert nicht notwendig. Schon heute gelten die Pflegepersonaluntergrenzen als heimlicher Standard. Ziel muss deshalb eine wissenschaftlich fundierte und dem Pflegebedarf entsprechende Personalbemessung sein. Dabei muss in allen Bereichen der Grundsatz „Keine Schicht alleine“ gelten. Auch im Nachtdienst sollte eine Besetzung mit zwei Pflegekräften pro Einheit die Regel sein, davon mindestens eine mit dreijähriger Ausbildung. Vor dem Hintergrund, dass über eine angemessene Personalausstattung schon viele Jahre diskutiert wird, sollte es einen Stufenplan geben, der die nötigen Schritte, den zeitlichen Rahmen und die Verantwortlichkeiten zur Einführung einer wissenschaftlich basierten Personalbemessung aufzeigt.

zu 1. Stärkung der Qualität der stationären pflegerischen Versorgung

Über die im Abschlussbericht genannten Maßnahmen hinaus sollten spezifische Tätigkeitsprofile für Advanced Practice Nurses geschaffen werden, um kontinuierlich pflegewissenschaftliche Expertise in den pflegerischen Alltag zu integrieren. Für

Pflegefachkräfte ist in diesem Zusammenhang eine kontinuierliche Fort- und Weiterbildung anzustreben und durch den Arbeitgeber anzubieten.

Pflegerischer Präventionsmaßnahmen (z.B. Dekubitus- oder Thromboseprophylaxe) führen nachweislich zu einem besseren Outcome für Patientinnen und Patienten und einer höheren Versorgungsqualität. Sie sollten mit Vergütungsanreizen gefördert werden.

zu 11. Steigerung der Attraktivität der Pflegeberufe

Die Delegation ärztlicher Leistungen führt grundsätzlich zu Mehrarbeit beim Pflegepersonal, nicht aber zu einem größeren Handlungsspielraum. Ziel muss die Erhöhung der Handlungsautonomie durch die Substitution sein, also durch die Übertragung bestimmter heilkundlicher Aufgaben auf nicht-ärztliche Gesundheitsberufe.

zu 12. Aufwertung der Pflege durch gesetzliche Regelungen und Interessenvertretung

Die Pflegeberufe sind in den Entscheidungsgremien des Gesundheitswesens deutlich unterrepräsentiert. Ich begrüße es deshalb ausdrücklich, dass die Enquete-Kommission sich für Mitsprache in Entscheidungsgremien ausgesprochen hat. Konkret schlage ich vor, Vertreterinnen und Vertreter der Pflege in den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), den Pandemie-Krisenstab sowie das 90a-Gremium aufzunehmen.

zu 13. Gezielte Förderung des Einsatzes von Pflegefachpersonen aus dem Ausland

Analog zum Einsatz von Ärztinnen und Ärzten aus dem Ausland im Kapitel Ambulante Versorgung, plädiere ich auch hier dafür, anstelle der Anwerbung von Fachkräften aus dem Ausland zunächst ein Bleiberecht für Menschen mit Fluchthintergrund zu schaffen, die hier bereits in der Pflege tätig sind oder sich in der Ausbildung zu einem Pflegeberuf befinden. Gleiches gilt für die Abwerbung Pflegestudierender aus dem Ausland: Pflegekräfte sollten stattdessen hier in Niedersachsen ein attraktives Studienangebot vorfinden.

5. Hebammenversorgung und Geburtshilfe

Im Gegensatz zur Gesamtbewertung der Enquete-Kommission komme ich, insbesondere nach der Anhörung des Niedersächsischen Hebammenverbandes, zu dem Ergebnis, dass die Hebammenversorgung in Niedersachsen nicht flächendeckend sichergestellt ist. Gerade deshalb versuchen viele Kommunen, ambulante Hebammenleistungen durch Hebammenzentralen besser zu koordinieren. Der Mangel an ausgebildeten Hebammen wird dadurch jedoch nicht behoben. Das zeigt sich auch im stationären Bereich: In jeder 5. Klinik können Planstellen nicht mehr vollständig besetzt werden und in einigen Kliniken kommt es zu kritischen Unterbesetzungen. Der Mangel an Hebammen verschärft sich durch die verzögerte Einrichtung von Studienplätzen zusätzlich.

zu 1. Stärkung der Qualität in der stationären geburtshilflichen Versorgung

Über die von der Enquete-Kommission vorgeschlagenen Maßnahmen hinaus halte ich die Einführung einer eigenständigen Geburtshilfeplanung für erforderlich, die strukturelle und organisatorische Mindestanforderungen für geburtshilfliche Abteilungen festlegt. Sie ist Voraussetzung für eine gute geburtshilfliche Versorgung nach landesweit einheitlichen Standards.

Im Gegensatz zu den Empfehlungen der Enquete-Kommission halte ich Mindestmengen in der Geburtshilfe nicht für einen Beitrag zur Versorgungsqualität. In der Geburtshilfe sind Mindestmengen eine rein wirtschaftliche Rechengröße. Sie sind medizinisch nicht begründbar und gefährden eine flächendeckende, wohnortnahe Versorgung für Low-Risk-Geburten. Kleineren Geburtshilfeabteilungen sollten mit Hilfe von Sicherstellungszuschlägen finanziell abgesichert werden.

zu 3. Sicherstellung der landesweiten ambulanten Hebammenversorgung

Eine Landeskoordinierungsstelle sollte nur in enger Abstimmung mit den bestehenden Hebammenzentralen eingerichtet werden, um Doppelstrukturen zu vermeiden.

Ein Konzept zur Einrichtung weiterer regionaler Hebammenzentralen liegt bereits vor. Dieses sollte zeitnah umgesetzt werden. Da die Sicherstellung der Hebammenversorgung

nicht in die originäre Zuständigkeit der Kommunen fällt, sollte das Land sie beim Betrieb von Hebammenzentralen finanziell unterstützen.

zu 7. Stärkung der Finanzierung geburtshilflicher Leistungen

Die Finanzierung physiologischer Geburten ist bekanntermaßen unzureichend. Eine Prüfung, wie im Abschlussbericht vorgesehen, ist daher obsolet. Die DRG-Kalkulation muss so angepasst werden, dass auch physiologische Geburten unabhängig von ihrer Dauer angemessen refinanziert werden. Bestehende Fehlanreize für Interventionen und Kaiserschnitte können dadurch beseitigt werden.

zu 9. Verbesserung der Arbeitsbedingungen für Hebammen in den Kliniken

Die kürzlich von den Deutschen Gesellschaften für Hebammenwissenschaft und Gynäkologie und Geburtshilfe gemeinsam herausgegebene S3-Leitlinie „Vaginale Geburt am Termin“ empfiehlt ausdrücklich eine 1:1-Betreuung unter der Geburt. Diese Empfehlung sollten zum Standard in allen Geburtskliniken in Niedersachsen werden. Das Land muss die dafür notwendigen Rahmenbedingungen schaffen.

6. Sektorenübergreifende Versorgung

zu 1. Vorantreiben der schrittweisen Angleichung der Rahmenbedingungen auf Bundesebene

Die Empfehlungen der Enquete-Kommission zur Sektorenübergreifenden Versorgung sind insgesamt sehr umfassend und zielgerichtet. Einheitliche Indikatoren, die die Versorgungsqualität auch über Sektorengrenzen hinweg erfassen können, wären ein zusätzlicher Beitrag zur Qualitätsentwicklung in diesem Bereich.

7. Öffentlicher Gesundheitsdienst

Die Enquete-Kommission hat im Zusammenhang mit der Corona-Warn-App intensiv über das Spannungsverhältnis zwischen den beiden grundgesetzlich geschützten Rechten auf körperliche Unversehrtheit und auf informationelle Selbstbestimmung diskutiert. In Ergänzung zu den Ausführungen des Abschlussberichtes möchte ich betonen, dass eine Abwägung zwischen Datenschutz und Gesundheitsschutz immer nur anhand des konkreten Einzelfalls erfolgen sollte.

zu 1. Schärfung des Profils und der Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

Ergänzend zum Auftrag des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und zu den Empfehlungen der Enquete-Kommission schlage ich die Einrichtung einer Landesstiftung für Prävention und Gesundheitsförderung vor. Aufgabe der Stiftung soll es sein, gesundheitsfördernde Lebenswelten in Niedersachsen zu schaffen, Kooperation und Vernetzung der relevanten Akteure zu unterstützen und nachhaltige Strukturen in der Gesundheitsförderung zu schaffen.

8. Digitalisierung in der medizinischen Versorgung

zu 1. Verbesserung grundlegender Rahmenbedingungen für die Digitalisierung in der medizinischen Versorgung

IT-gestützte Versorgungspfade sollten wegen der hohen Datensensibilität in staatlicher Verantwortung weiterentwickelt werden.

zu 2. Unterstützung der Innovationsinitiative „Daten für Gesundheit“ (BMBF, BMG, BMWi) zur Verbesserung der Patientenversorgung und der öffentlichen Gesundheit, zur Entwicklung von Gesundheitsinnovationen und zur Förderung des medizinischen Fortschritts

Insbesondere für kleine und mittlere Kliniken ist die Erhebung qualitativ hochwertiger Daten eine große Herausforderung. Sie sollten gezielt dabei unterstützt werden, damit auch aus ihrer Versorgungspraxis Daten für die Versorgungsforschung genutzt werden können. Auch eine dezentrale Forschungsdateninfrastruktur kann dazu einen wichtigen Beitrag leisten.

zu 3. Stärkung von Vertrauen in digitale Lösungen bei potenziellen Anbieterinnen und Anbietern, Anwenderinnen und Anwendern und Nutzerinnen und Nutzern

Die Digitalisierung bietet große Chancen für das Gesundheitswesen. Damit alle daran teilhaben können, muss zum einen die Digitalkompetenz älterer Menschen gezielt gestärkt werden. Zum anderen müssen alle Angebote barrierefrei für Menschen mit sensorischen Einschränkungen zur Verfügung stehen.

5.6. Professor Dr. H. Meyer, Niedersächsischer Landkreistag



Niedersächsischer
Landkreistag

Geschäftsführendes
Präsidialmitglied

Niedersächsischer Landkreistag · Postfach 89 01 46 · 30514 Hannover

An die Vorsitzende
der Enquetekommission „Sicherstellung der
ambulanten und stationären medizinischen
Versorgung in Niedersachsen“
Frau Petra Joumaah, MdL

per E-Mail:
petra.joumaah@lt.niedersachsen.de

Datum

11.02.2021

Durchwahl

0511 87953-28

Aktenzeichen

540-30/14 He/cs

E-Mail:

dr.meyer@nit.de

EKmedV: Sondervotum Hubert Meyer zum Bereich Pflege

Sehr geehrte Frau Vorsitzende Joumaah,

die bei den „Herausforderungen“ unter A. getroffene Aussage „Pflegepersonaluntergrenzen sind als unterer Richtwert notwendig“ widerspricht den Erfahrungen der kommunalen Krankenhausträger und den Ausführungen der Pflegenden, die am 18. November 2019 in der Enquetekommission vorgetragen haben. Darüber hinaus stehen die Pflegepersonaluntergrenzen gerade gegenwärtig, in Zeiten von Corona, sehr in der Kritik. Der damit einhergehende bürokratische Aufwand stellt die Sinnhaftigkeit dieser Untergrenzen insgesamt infrage. Die Personaluntergrenzen sollten deshalb durch ein neues Pflegepersonalbemessungsinstrument abgelöst werden.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Hubert Meyer

5.7. J. Niemann, vdek-Landesvertretung Niedersachsen und F. Preugschat, AOK Niedersachsen



AOK Niedersachsen
Frank Preugschat
Geschäftsführer Versorgungs- u. Kontaktmanagement



vdek-Landesvertretung Niedersachsen
Jörg Niemann
Leiter der Landesvertretung

Hannover, 09.02.2021

Enquetekommission „Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Niedersachsen – für eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe medizinische Versorgung“ (EKmedV)

Sondervotum

zu 1. Ambulante medizinische Versorgung

Für die Patientinnen und Patienten in Niedersachsen müssen zeitnahe Termine bei Fachärzten gewährleistet werden.

Gesetzlich Krankenversicherte klagen seit Langem und zunehmend über unzumutbare Wartezeiten auf einen Facharzttermin. Dies ist durch zahlreiche Veröffentlichungen, Studien und Befragungen bestätigt. Einer Untersuchung des Allensbach-Instituts von 2019 zufolge sagen mehr als sechs von zehn Einwohnern, dass sie zu lange auf einen Arzttermin warten. Insbesondere Neupatienten haben es schwer, eine behandlungsbereite Facharztpraxis zu finden. Für viele Patientinnen und Patienten sind diese Wartezeiten mittlerweile Hauptkritikpunkt bei der Einschätzung ihrer gesundheitlichen Versorgung. Die langen Wartezeiten sind auch zentrale Ursache für die im internationalen Vergleich hohe Inanspruchnahme von Krankenhaus-Notaufnahmen und der damit verbundenen Fehlallokation in der Versorgung.

In den vergangenen Jahren ist die Zahl der Fachärztinnen und -ärzte deutlich gestiegen. 2020 waren landesweit insgesamt 12.676 Vertragsärztinnen und -ärzte tätig, das sind 1.151 mehr als zwölf Jahre zuvor. Diese deutliche Steigerung resultiert zu rund 94 Prozent aus einem Zuwachs bei den Fachärztinnen und -ärzten, deren Zahl von 6.561 auf 7.642 gestiegen ist. Auch unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung kommt damit die Ärztezahsentwicklung nicht als Erklärung für zu lange Wartezeiten in Betracht. Die regionale Verteilung ist hierfür ebenfalls nicht ursächlich: Mehr als 95 Prozent der fachärztlichen Planungsbereiche sind wegen Überversorgung für Neuzulassungen gesperrt. Gleichwohl wird in diesen Regionen genauso über zu lange Wartezeiten geklagt wie andernorts.

Obwohl Arzttermine nach medizinischer Dringlichkeit und nicht nach dem Versicherungsstatus vergeben werden sollen, belegen etliche Studien, dass Privatversicherte bevorzugt Termine bekommen. Viele Facharztpraxen haben getrennte Telefonnummern für gesetzlich Versicherte und Privatpatienten. Zusammen mit der Erfahrung, beim Versuch einer Terminvereinbarung in den Praxen abgewiesen zu

werden, entsteht bei vielen gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten der Eindruck einer unzureichenden Versorgung, vor allem aber auch einer nicht akzeptablen Benachteiligung gegenüber Privatversicherten.

Der Abschlussbericht der Enquetekommission widmet sich im Abschnitt „Ambulante medizinische Versorgung“ hauptsächlich der hausärztlichen Versorgung insbesondere in ländlichen Gebieten sowie Möglichkeiten der Steuerung und von Niederlassungsanreizen in diesem Bereich. Nach Auffassung des Verbandes der Ersatzkassen (vdek) in Niedersachsen und der AOK Niedersachsen sind die Terminprobleme bei den Fachärzten jedoch für die Patientinnen und Patienten ebenso problematisch und gehören daher auch in den Fokus weitergehender politischer Überlegungen, Analysen und Maßnahmen.

Handlungsbedarfe

Die Kassenärztliche Vereinigung muss ihren gesetzlichen Sicherstellungsauftrag einschließlich der zeitnahen Zurverfügungstellung der Versorgung erfüllen.

Der Sicherstellungsauftrag für die ambulante fachärztliche Versorgung liegt bei der Kassenärztlichen Vereinigung. Anfang 2016 hat der Gesetzgeber klargestellt, dass der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen die angemessene und „zeitnahe“ Zurverfügungstellung der Versorgung umfasst. Dieser gesetzliche Auftrag wird offenkundig nicht erfüllt.

Die Terminservicestelle wird in Niedersachsen mit Abstand am häufigsten in Anspruch genommen. 1.415 Anrufe je 100.000 Einwohner wurden hier 2019 registriert, während bundesweit nur 690 Anrufer je 100.000 Einwohner eine Einschaltung für erforderlich hielten.

Wenn es trotz der Bemühungen durch die Terminservicestellen nicht gelingt, in einzelnen Regionen den Sicherstellungsauftrag zu erfüllen, sollte die Kassenärztliche Vereinigung Optionen prüfen, stationäre Leistungserbringer an der vertragsärztlichen Versorgung zu beteiligen

Die Wirkung des festen Punktwerts im Vergütungssystem ist dahingehend zu überprüfen, ob dieser eine Zurverfügungstellung von Patientenbehandlungen in angemessenem Umfang mit einer Terminvergabe nach Notwendigkeit und Dringlichkeit beeinträchtigt.

Das ärztliche Vergütungssystem besteht aus budgetierten und nicht-budgetären Bestandteilen. Innerhalb des Blocks budgetierter Leistungen werden Leistungen nur bis zu einer bestimmten Menge mit einem festen Punktwert vergütet. Der Anteil der ohne jegliche Begrenzung gezahlten Vergütungen am Gesamthonorar ist bei den Fachärzten von 39 % (1/2015) auf 54 % (1/2020) gestiegen. Die Kombination aus budgetierten und nicht budgetierten Leistungen ermöglicht einerseits, die Wirtschaftlichkeit zu sichern und Versicherte auch vor medizinisch nicht notwendigen Behandlungen zu schützen, auf der anderen Seite aber auch die Erbringung förderungswürdiger Leistungen zu unterstützen.

Die teilweise Budgetierung der Vergütung ist konstitutiv für eine ambulante ärztliche Versorgung mit hohen Freiheitsgraden bei der Erbringung und Inanspruchnahme von Leistungen. Dennoch propagiert die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen seit Jahren eine Begrenzung insbesondere der fachärztlichen Leistungserbringung nach dem Grundsatz „begrenzte Leistung für begrenztes Geld“. Eine Reihe von Fachärztinnen und -ärzten scheint in diesem Sinne Leistungen oberhalb der Grenze des festen Punktwerts nicht oder nur eingeschränkt anzubieten. Die Reduzierung fachärztlicher Leistungen ist die Folge. Die durchgesetzte Forderung nach einem festen Punktwert könnte damit eine angemessene Zurverfügungstellung von Leistungen und die Prioritätensetzung nach Dringlichkeit und Notwendigkeit, die im Interesse der Patientinnen und Patienten läge, beeinträchtigen.

Die Auswirkungen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) auf die Patientenversorgung sind zu überprüfen. Sollte die Versorgungsrealität weiter hinter dem politischen Ziel zeitnaher Facharzttermine zurückbleiben, besteht fortgesetzter Handlungsbedarf. Dabei sollten neben dem bisher gewählten Instrument zusätzlicher Vergütungsanreize auch alternative Steuerungselemente wie beispielsweise ein durch Hausärzte gesteuerter Zugang zur fachärztlichen Versorgung geprüft werden.

Durch das TSVG vom 06.05.2019 wurde die Tätigkeit der Terminservicestellen ausgebaut und insbesondere durch folgende Maßnahmen ergänzt:

- Extrabudgetäre Vergütung aller Leistungen in Behandlungsfällen, die über die Terminservicestellen vermittelt wurden
- Extrabudgetäre Vergütung aller Leistungen, wenn die Patientin/ der Patient in den letzten zwei Jahren nicht in derselben Praxis behandelt wurde
- Verpflichtendes Angebot offener Sprechstunden für mindestens fünf Stunden pro Woche verbunden mit extrabudgetärer Vergütung aller Leistungen in diesen Behandlungsfällen

Die Fachärztinnen und Fachärzte in Niedersachsen konnten dadurch ab dem 3. Quartal 2019 erhebliche weitere Honorarzuwächse verbuchen. Fachgruppen wie HNO-Ärzte, Kardiologen, Lungenärzte, Gastroenterologen, Neurologen, Psychiater und Orthopäden verzeichneten sogar zweistellige prozentuale Steigerungen. Allerdings blieb die Fallzahlentwicklung deutlich dahinter zurück:

Quartal	Honorarentwicklung	Fallzahlentwicklung
3/2019	+ 7,74 %	+ 2,11 %
4/2019	+ 5,64 %	- 1,00 %
1/2020	+ 7,11 %	- 1,49 %

Quelle: KVN

Vor diesem Hintergrund besteht das Risiko, dass auch das TSVG trotz des Einsatzes erheblicher zusätzlicher Finanzmittel nicht zu der gewünschten Zurverfügungstellung zeitnaher Facharzttermine nach Dringlichkeit und Notwendigkeit führt, sondern primär ein Substitutionseffekt zu Lasten anderer Patientinnen und Patienten eintritt. Sollte sich das bestätigen, sind jenseits zusätzlicher Vergütungsanreize alternative Steuerungselemente wie beispielsweise ein durch Hausärzte gesteuerter Zugang zur fachärztlichen Versorgung zu prüfen.

Impressum

Herausgegeben durch die Präsidentin des Niedersächsischen Landtages,
Hannah-Arendt-Platz 1, 30159 Hannover

Tel.: +49 (0) 511 3030 – 0,

www.landtag-niedersachsen.de

Konzeption und Gestaltung:

Niedersächsischer Landtag,

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.,

Fenskeweg 2, 30165 Hannover

Tel.: +49 (0) 511 388 11 89 – 0,

www.gesundheit-nds.de

Ansprechpartnerinnen:

Dr. Birte Gebhardt,

Iris Lettau,

Elisabeth Rataj,

Patrizia Rothofer

Bildnachweise:

ÄKN (16), AOK/Jürgen Schulzki (15), Focke Strangmann (2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11), hannover.de (21), Henning Scheffen (1), KVN (12), LUH (19), Marco Gallmeier (9), MHH (20), NKG (13), NLT (18), NST (17), www.shootings-online.de (22), vdek/Georg J. Lopata (14)

©Niedersächsischer Landtag, Hannover 2021

Alle Rechte vorbehalten