

be, wäre kritisch zu hinterfragen. Die MZEBs sind multidisziplinär aufgestellt, mit verschiedenen Fachgebieten - Neurologie, Psychiatrie, Innere Medizin, Orthopädie, Chirurgie an einem Ort. Es wären jedoch weitere Kooperationen erforderlich, insbesondere mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung bestehe ein enger Austausch. Für Menschen mit Behinderung ist in vielen Bereichen eine unzureichende barrierefreie Versorgung zu konstatieren. Für die besonderen Bedarfe der Patienten sollten finanzielle und strukturelle Anreize im Regelsystem geschaffen werden. Zur Verbesserung der Versorgung im ländlichen Raum wären auch Projekte der Telemedizin für Menschen mit geistiger und Mehrfachbehinderung wünschenswert. Die Vertreterin der MZEB betonte, dass derzeit der wichtigste Punkt zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der Zugang zu Impfungen für Menschen mit geistiger und schwerer Mehrfachbehinderung sei. Dabei sollten Menschen, die mit Pflegegrad aufgrund einer Behinderung auch unterhalb der Altersgrenze in Institutionen leben, ebenfalls unbedingt der Risikogruppe I zugeordnet werden.

3. Gemeinsame Empfehlungen und Standpunkte der Enquete-Kommission

Mit dem Beschluss des Landtages von Sachsen-Anhalt zur Einrichtung einer Enquete-Kommission „Die Gesundheitsversorgung und Pflege in Sachsen-Anhalt konsequent und nachhaltig absichern“ (Drucksache 7/3427) und dem Beschluss zu Erweiterung der Schwerpunkte der Aufgabenstellung der Kommission (Drucksache 7/6053) wurden folgende vier Schwerpunkte festgelegt:

Schwerpunkt 1

- Entwicklung und Sicherung der medizinischen Versorgung insbesondere im ländlichen Raum. Dabei sind insbesondere sektorenübergreifende Strukturen und Arbeitsweisen sowie die Rolle der Krankenhäuser und der Medizinischen Versorgungszentren
- digitale und telemedizinische Lösungen in der Gesundheitsversorgung
- die Sicherung der Notfallversorgung in den Blick zu nehmen.

Schwerpunkt 2

- Aktuelle Lage, die Weiterentwicklung inkl. Ausbildung und Stärkung der Gesundheitsberufe bzw. derjenigen, die sie ausüben. Dazu gehört bspw. die Umsetzung der generalisierten Pflegeausbildung, der Heilmittelberufe, u.a. Physiotherapeuten, Logopäden, Pharmazeutisch-technische Assistenten, Hebammen und Geburtshelfer.

Schwerpunkt 3

- Barrierefreier Zugang und barrierefreie Versorgung von Menschen mit Behinderung sowohl ambulant wie stationär in Sachsen-Anhalt.

Schwerpunkt 4

- Auswertung der Abläufe und getroffenen Maßnahmen im Rahmen der Corona-Pandemie sowie die aus den Erkenntnissen resultierende Erarbeitung von Handlungsempfehlungen zum künftigen Umgang mit Pandemien in Sachsen-Anhalt.

3.1 Entwicklung und Sicherung der medizinischen Versorgung insbesondere im ländlichen Raum unter Berücksichtigung der Krankenhäuser

Dieser Abschnitt subsumiert jene Aspekte, die in den Sitzungen der Enquete-Kommission „Die Gesundheitsversorgung und Pflege in Sachsen-Anhalt konsequent und nachhaltig absichern!“ des Landtags von Sachsen-Anhalt erörtert wurden, und greift den vom Landtag festgelegten Schwerpunkt *„Entwicklung und Sicherung der medizinischen Versorgung insbesondere im ländlichen Raum. Dabei sind insbesondere sektorenübergreifende Strukturen und Arbeitsweisen sowie die Rolle der Krankenhäuser und der Medizinischen Versorgungszentren [...] in den Blick zunehmen“* auf Grundsätzlich wird auf die in diesem Bericht vorgelegten Ausführungen zum Gang der Beratungen verwiesen. Darüber hinaus werden nachfolgend die mit dem Schwerpunktthema in Verbindung stehenden Aspekte aufgegriffen.

Gesetzlicher Rahmen der stationären Versorgung

Die Verantwortung der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser ist in Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19a des Grundgesetzes geregelt. Der Bund kann hierdurch Gesetze in einem vorgegebenen Rahmen (vgl. Artikel 72 Absatz 2 Grundgesetz) erlassen. Gleichzeitig haben die Länder - sofern der Bund seine Gesetzgebungskompetenz nicht wahrnimmt - das Gesetzgebungsrecht. Wohlgedacht geht es hier um die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser. Versorgungsverträge werden zwischen den Trägern der Krankenhäuser und den gesetzlichen Krankenkassen geregelt (vgl. § 109 SGB V). Welche Krankenhäuser für welches Fachgebiete mit den Krankenkassen abrechenbare Leistungen erbringen dürfen, wird unter anderem durch den Krankenhausplan festgelegt (vgl. § 108 SGB V). Hinzu kommt, dass der Sicherstellungsauftrag für die stationäre Versorgung bei den Landkreisen und Kreisfreien Städten liegt (§ 2 KHG).

Während also die Krankenhausplanung im Verantwortungsbereich der Länder liegt, ist die Sicherstellung der stationären Versorgung durch die kommunale Ebene zu gewährleisten. Darüber hinaus ist das deutsche Gesundheitssystem in wesentlichen Teilen durch die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen organisiert. Das heißt, dass insbesondere die gesetzlichen Krankenkassen und die Leistungserbringer (für die stationäre Versorgung insbesondere die Krankenhausträger) im Detail auch solche Aspekte regeln, die sich auf strukturelle Entwicklungen auswirken können. Dazu gehören die durch den gemeinsamen Bundesausschuss entwickelten Qualitätssicherungsinstrumente wie etwa Mindestmengenregelungen und

Strukturqualitätsvorgaben, die bei der Aufstellung des Landeskrankenhausplans zu berücksichtigen sind.

Diesem komplexen Gefüge gesetzlich festgelegter Zuständigkeiten zwischen Bund, Ländern und Kommunen muss grundsätzlich Rechnung getragen werden. Außerdem müssen die Akteure der Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen mit einbezogen werden. Dazu gehören zum einen die Krankenkassen und zum anderen die Leistungserbringer. In aller Regel sind also die Lösungen von Versorgungsfragen nicht losgelöst vom Handeln der aufgezählten Akteure umzusetzen.

Vernetzung und Kommunikation

Die Gesundheitsversorgung ist Teil der allgemeinen Daseinsfürsorge und umfasst die Bereitstellung von Gesundheitsgütern und -dienstleistungen, an deren Angebot ein besonderes öffentliches Interesse besteht. Zugleich ist sie für Bürgerinnen und Bürger ein wichtiger Indikator zur Bewertung der Attraktivität des eigenen Lebensraums geht. Krankenhäuser werden häufig als Symbol für eine qualitativ hochwertige vor Ort bestehende Gesundheitsversorgung wahrgenommen. Die Krankenhauslandschaft ist bundesweit im Wandel, auch in Sachsen-Anhalt. Verändertes Patientenverhalten, der verstärkte Vorzug ambulanter vor stationären Behandlungen, medizinisch-technischer Fortschritt, kürzere Verweildauern im Krankenhaus, geänderte Rahmenvorgaben zur Qualität und Vergütung sowie schließlich die Alterung unserer Gesellschaft sind diesen Wandel bestimmende Faktoren. Wenn in der Folge einzelne Fachbereiche in Krankenhäusern oder sogar ganze Krankenhausstandorte zur Disposition stehen, wenn Trägerwechsel oder Schließungen drohen, löst dies bei den betroffenen Beschäftigten und insgesamt bei den Menschen der Region häufig großen Sorgen und Unverständnis aus, verbunden mit dem Empfinden des Abgehängtseins von existenzieller medizinischer Versorgung. Als Ausdruck des Missfallens wird der Protest mitunter sogar auf die Straße getragen.

Klar ist, dass das Verständnis der Bevölkerung für die Ursachen und Folgen dieses Strukturwandels sowie für die Akzeptanz einzelner Maßnahmen steigen, wenn sie besser in die Kommunikation vor Ort einbezogen wird.

Die Enquete-Kommission sieht diese Aufgabe bei allen politischen Akteurinnen und Akteuren in Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern und kommunalen Spitzenverbänden.

Gesundheitskonferenzen und Gesundheitsregionen

Um die Kooperation und abgestimmtes Handeln vor Ort zu stärken, dafür bietet die Einrichtung regelmäßig stattfindender Gesundheitskonferenzen in den Kommunen viele Möglichkeiten, wenn sie durch einen entsprechenden administrativen und organisatorischen Rahmen auf Landesebene gestützt und gefördert werden. Dies zeigen die entsprechenden Er-

fahrungen aus NRW und Bayern geschildert in der Enquete etwa vom Landeszentrum für Gesundheit NRW. Im Land ist ein solcher Ansatz mit der Novelle des Psychiatriegesetzes in Form von Gemeindepsychiatrischen Verbänden bereits umgesetzt worden. Die Enquete betrachtet es als sinnvoll mit der Normierung und Förderung von kommunalen Gesundheitskonferenzen diesen Ansatz auch im Bereich der allgemeinen Gesundheitsversorgung aufzugreifen. Zu prüfen ist inwieweit diese Konferenzen mit Präventionsgeldern der Krankenkassen, dem Innovationsfonds des G-BA oder einzelnen Verträgen zur Integrierten Versorgung nach dem § 140 a SGB V finanziell untersetzt werden können. Dieser Ansatz samt einer anzustrebenden Eruiierung möglicher Finanzierungswege ist vom Land in das Gremium nach § 90a SGB V einzubringen.

Die Bündelung der Ansprechpartner*innen vor Ort wäre für das Land ein Gewinn. Die langfristige Stärkung des ÖGD durch die Anbindung kommunaler Gesundheitskonferenzen an die jeweiligen Gesundheitsämter ist ein möglicher Lösungsweg, der zügig durch die Landesregierung angestoßen werden sollte. Das ÖGD-Gesetz ist entsprechend zu überarbeiten. Der Ansatz von Gesundheitskonferenzen ist von Beginn an mit der Etablierung von Gesundheitsregionen weiter zu denken. Der Impuls, der insbesondere von der OptiMedis AG in ihrer schriftlichen Stellungnahme in die Debatten eingebracht wurde, ist aufzugreifen, um Innovationen in den Regionen zu befördern.

Konkrete Forderungen:

1. Aufnahme verbindlicher regionaler Gesundheitskonferenzen im ÖGD-Gesetz. Federführend zu betrauen sind damit die Gesundheitsämter. Die regionalen Gesundheitskonferenzen sind dabei zu koppeln an die Landesgesundheitskonferenz. Diskussion im §90a SGB Gremium zur Finanzierung dieser Konferenzen und deren mögliche Aufgaben zur Schaffung innovativer intersektoraler Versorgungsformen.
2. Strategieentwicklung zur modellhaften Einführung einer Gesundheitsregion im Land zur Stärkung der intersektoralen Versorgung.

Zukünftige Ausrichtung der stationären medizinischen Versorgung

Die Krankenhauslandschaft muss sich langfristig an drei wesentlichen Kriterien messen lassen. Maßgeblich ist die Qualität der medizinischen Leistungen, die Erreichbarkeit für die Bevölkerung und die effiziente Nutzung finanzieller und personeller Ressourcen des Gesundheitssystems. Hier ergeben sich zwangsläufig an verschiedenen Stellen Zielkonflikte, die es aufzulösen gilt. Insbesondere in den Rahmenvorgaben zur Krankenhausplanung wird deutlich, dass zukünftig teilweise deutliche Fallzahlrückgänge in verschiedenen Leistungsbereichen aufgrund demografischer Veränderungen zu verzeichnen sein werden. So werden je-

weils bis zum Jahr 2030 folgende Entwicklungen der Fallzahlen innerhalb der Rahmenvorgaben für einzelne medizinische Fachgebiete aufgezeigt (bezogen auf ganz Sachsen-Anhalt):

Tabelle 1: Prognostizierte Fallzahlentwicklung aus den Rahmenvorgaben zum Krankenhausplan Sachsen-Anhalt

Fachgebiet	Entwicklung bis 2030 laut Krankenhausplan in %
Augenheilkunde	+2,8
Chirurgie	-3,6
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	
Davon Frauenheilkunde (ohne Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett)	-16,2
Davon Fälle in Verbindung mit Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett	-23,5
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	-9,8
Haut- und Geschlechtskrankheiten	-1,5
Innere Medizin	+1,0
Kinder- und Jugendmedizin	-12,5
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	-5,0
Neurochirurgie	-7,2
Neurologie	-5,8
Nuklearmedizin	-2,9
Strahlentherapie	-8,2
Urologie	+0,8
Psychiatrische Fachgebiete	-11,9

Die aufgezeigten Fallzahlentwicklungen sind für die Entwicklung der Krankenhauslandschaft von besonderer Bedeutung.

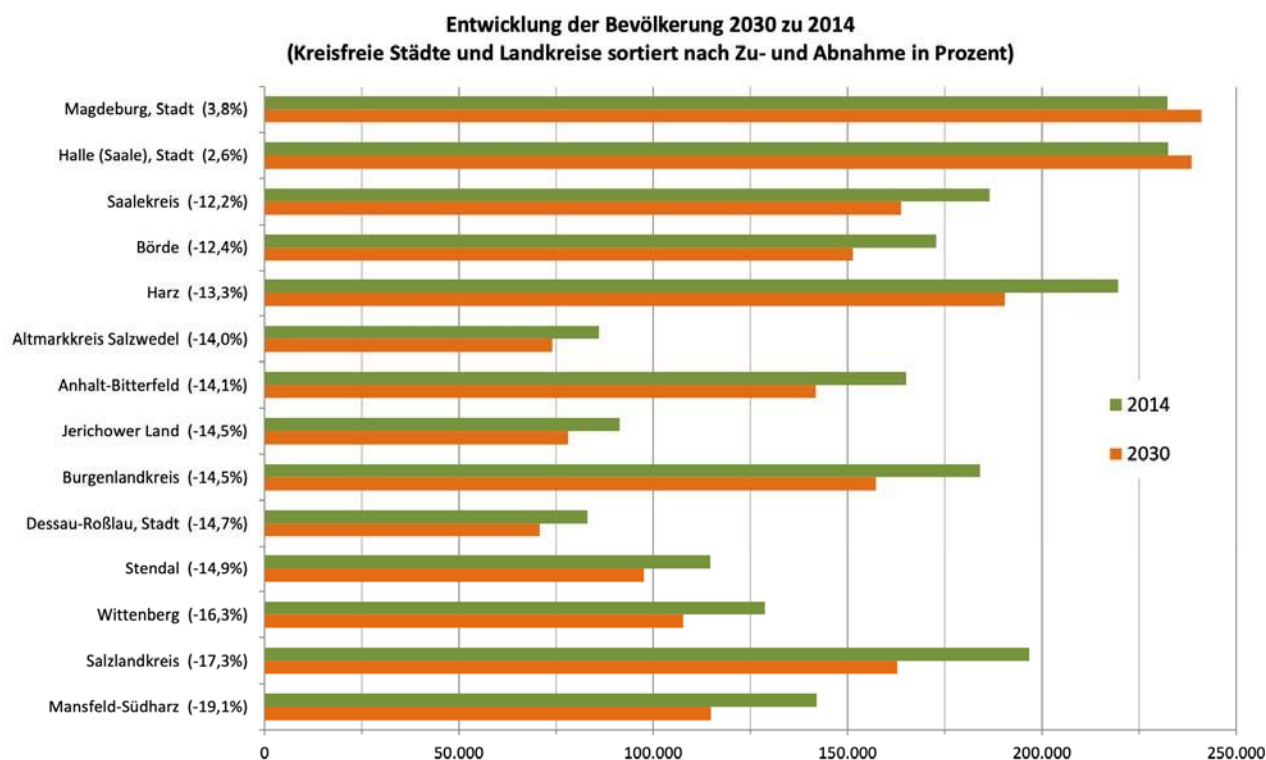
Durch die Novellierung des Krankenhausgesetzes in Sachsen-Anhalt wurden die gesetzlichen Rahmenbedingungen dafür geschaffen, die Versorgungsqualität in das Zentrum der Strukturentwicklung der stationären Versorgung zu stellen. Insbesondere die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschuss zur Qualitätssicherung und Krankenhausplanung (§ 136c SGB V) werden in Sachsen-Anhalt im Sinne einer qualitativen Versorgung der Bevölkerung umgesetzt. Die mit dem Krankenhausplan veröffentlichten Rahmenvorgaben zur Krankenhausplanung verdeutlichen darüber hinaus, dass eine deutlich stärkere Qualitätsorientierung in die Krankenhausplanung Einzug gehalten hat.

Bestimmte komplexe Operationen wie beispielsweise das Einsetzen künstlicher Kniegelenke werden an vielen Krankenhäusern in Sachsen-Anhalt durchgeführt. Das senkt die entsprechenden Fallzahlen der einzelnen Kliniken. Gleichzeitig ist bekannt, dass Spezialisierungen und damit einhergehende höhere Fallzahlen insgesamt zu weniger Komplikationen führen. Dies stärkt die Patientensicherheit und schafft effizientere Strukturen in den Kliniken. Deshalb werden - auch entsprechend bundesgesetzlicher Vorgaben vor allem zu Mindestfallzahlen und Qualitätsstandards - der weitere Abbau von Mehrfach- und Doppelstrukturen sowie die weitere Spezialisierung der Kliniken weiterhin Schwerpunkte der künftigen Krankenhausplanung sein.

Dabei erkennt die Enquete-Kommission an, dass bei der Aufstellung des aktuellen Krankenhausplans die Qualitätsorientierung eine deutlich stärkere Bedeutung hatte als bei der Erstellung vorheriger Krankenhauspläne. Dies gilt auch für die erstmals im aktuellen Krankenhausplan verbindlichen trägerübergreifenden Kooperationen der Zentren. Über weitere Leistungskonzentrationen und Kooperationen wird ebenfalls im Rahmen der Aufstellung künftiger Krankenhauspläne zu beraten sein.

Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum

Für die Krankenhäuser im ländlichen Raum gilt: Sie müssen sich weiterentwickeln, um vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und besonderen Herausforderungen bei der Personalrekrutierung langfristig Anlaufpunkt der medizinischen Versorgung für die Bevölkerung vor Ort sein zu können. Während bestimmte medizinische Versorgungsbereiche wie bspw. die Geriatrie und Augenheilkunde zukünftig einen größeren Schwerpunkt in der Versorgung ausmachen werden, wird sich nach gegenwärtigen Prognosen die Fallzahl in anderen Bereichen (wie etwa der Geburtshilfe) langfristig weiter verringern. Darüber hinaus verstärken sich zukünftig regionale Ungleichheiten in der Bevölkerungsverteilung. Während die Oberzentren perspektivisch weniger stark von Einwohnerrückgang betroffen sein werden, wird sich der Bevölkerungsrückgang in den Landkreisen fortsetzen. Diese Entwicklungen werden auch in dem Krankenhausplan aufgezeigt. Ein Überblick zur prognostizierten Bevölkerungsentwicklung in den einzelnen Landkreisen und kreisfreien Städte bis 2030 ist der folgenden Abbildung zu entnehmen.



Datenquelle: 6. Regionalisierte Bevölkerungsprognose Sachsen-Anhalt – moderate Zuwanderung (V1) –

Viele medizinische Leistungen, die einen hohen Einsatz an Personal und Technik erfordern, müssen flächendeckend für die Bevölkerung vorgehalten werden. Kliniken in enger geografischer Nähe zueinander müssen sich also zwangsläufig komplementär zueinander spezialisieren. Zukunfts fest werden die Standorte der Gesundheitsversorgung nur, wenn wesentliche Gestaltungsmöglichkeiten genutzt werden. Dazu gehören eine Ausweitung ambulanter Leistungen, die sektorenübergreifende Versorgung zwischen ambulanten und stationären Bereichen, die Kooperation mit spezialisierten Häusern sowie die Ausweitung digitaler Angebote und Vernetzung wie etwa im Bereich der Telemedizin.

Eine stärkere Verzahnung von ambulanten und stationären Angeboten eröffnet insbesondere für die Krankenhäuser im ländlichen Raum die Chance zur langfristigen Standortsicherung. Dies setzt allerdings eine entsprechende Rahmengesetzgebung des Bundes insbesondere zur Leistungsvergütung voraus. Die Enquete-Kommission nimmt zur Kenntnis, dass die Arbeit der Bund-Länder-AG „sektorenübergreifende Versorgung“ durch die Corona-Pandemie ins Stocken geraten ist und dadurch Projekte wie die Errichtung eines gemeinsamen ambulanten-stationär-fachärztlichen Versorgungsbereichs zurückgestellt worden sind. Von deren Ergebnissen und der bundesgesetzlichen Umsetzung abhängig ist auch der Ausbau sektorenübergreifender Versorgung in Sachsen-Anhalt. Die Enquete-Kommission appelliert daher an die Landesregierung, sich für den raschen Fortgang der Arbeit der Bund-Länder-AG einzusetzen.

Es bleibt das Ziel, langfristig die heute bestehenden Gesundheitsstandorte zu erhalten und ohne Abstriche bei der Versorgungsqualität der Bevölkerung weiterzuentwickeln.

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) tragen als fachübergreifend oder arztgruppengleiche, ärztlich geleitete Einrichtungen, die regelhaft an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung der Gesetzlichen Krankenversicherung teilnehmen, zur Sicherstellung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung bei.

Die Gründung von MVZ unter anderem durch Krankenhäuser, gemeinnützige Träger sowie Kommunen ist ein wichtiger Baustein zur ambulanten Versorgung der Bevölkerung auch in vergleichsweise dünn besiedelten Gebieten. Die Enquete-Kommission würdigt daher das Engagement der landeseigenen SALUS gGmbH zum Betrieb von MVZ in Sachsen-Anhalt. Sie bittet die Landesregierung, sich künftig für die Gründung weiterer MVZ durch verschiedene Träger und die Entwicklung kleinerer Krankenhäuser zu regionalen Gesundheitszentren, auch mit Mittel des Strukturfonds des Bundes, einzusetzen.

Außerdem wird die Landesregierung gebeten, sich in der bestehenden Bund-Länder-Arbeitsgruppe und im Bundesrat weiterhin für eine Ausweitung der gesetzlichen Möglichkeiten sektorenübergreifender Versorgungsmodelle sowie die Einführung hybrider Finanzierungsmodelle einsetzen. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat dazu unter anderem die gleiche Vergütung ambulanter Operationen empfohlen. Bislang unterscheidet sich die Finanzierungssystematik stark zwischen der ambulanten und stationären Versorgung. Während Krankenhäuser in der Regel über DRGs (Diagnosis Related Groups) erbrachte stationäre Leistungen abrechnen, erfolgt die Abrechnung von ambulanten Leistungen bei niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern (bei ambulanten Behandlungen) nach EBM (einheitlicher Bewertungsmaßstab) bzw. GOÄ (Gebührenordnung Ärzte). Ein hybrides Finanzierungsmodell könnte als Brücke dieser systematischen Unterschiede dienen, um letztlich sektorenübergreifende Versorgungsmodelle zu ermöglichen und finanziell tragfähig zu machen.

Krankenhausfinanzierung

Die duale Finanzierung der stationären klinischen Versorgung führt zu unterschiedlichen Kompetenzen. Das Land hat in erster Linie eine auskömmliche Investitionsförderung sicherzustellen. Dazu gehören sowohl größere bauliche Investitionen, als auch deren Ersatzbeschaffung und auch die Beschaffung beweglicher Wirtschaftsgüter.¹

Um die Substanz der Krankenhäuser zu erhalten und zu gewährleisten, dass die Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt mit der medizinischen und technischen Entwicklungen Schritt halten können, ist die weitere Sicherung von Investitionsmitteln für die Krankenhäuser im Land un-

¹ Vgl. hierzu KGSAN, Niederschrift 4. Sitzung E10, S.17

abdingbar. Aus diesem Grund sind in der aktuellen Legislaturperiode hohe finanzielle Mittel für die Krankenhausinvestitionen durch den Gesetzgeber bereitgestellt worden. Diese Krankenhausinvestitionspolitik des Landes wurde auf breiter Basis begrüßt. Der darüber hinaus eingeschlagene Weg, zukünftig noch stärker den Investitionsverpflichtungen des Landes nachzukommen, ist beizubehalten. Nur so können notwendige Strukturveränderungen gesteuert und nachhaltig begleitet werden und gleichzeitig ungewollte strukturelle Einschnitte in die Versorgungslandschaft aufgrund wirtschaftlicher Schieflagen von Kliniken verhindert werden. Ohne eine weitere Aufstockung der Investitionsmittel für die Krankenhäuser des Landes würde das strukturelle Defizit laut Krankenhausgesellschaft Sachsen-Anhalt weiter ansteigen. Das hätte - auch aufgrund mittlerweile bundesgesetzlicher Regelungen wie der Herausnahme der Pflegepersonalkosten aus den DRGs - unkalkulierbare Folgen für die Sicherstellung der stationären Gesundheitsversorgung im Land. Darüber hinaus ist die Gegenfinanzierung der Strukturfondsmittel elementar für die zukunftsgerechte Ausgestaltung der Versorgungslandschaft und dementsprechend der richtige vom Land eingeschlagene Weg.

In Anbetracht der auch zukünftig hohen (voraussichtlich steigenden) Investitionsbedarfe der Krankenhäuser und beiden Universitätsklinika des Landes ist trotz der großen finanziellen Anstrengungen seitens des Landes allerdings auch klar, dass mittel- und langfristig eine Beteiligung des Bundes bei den Investitionsmitteln notwendig wird. Das Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) des Bundes und der damit eingeführte Krankenhauszukunftsfonds mit einem Gesamtvolumen von 4,3 Mrd. Euro (davon 3 Mrd. Euro vom Bund) machen deutlich, dass dieser Weg gangbar ist.

Der eingeschlagene Weg der Erhöhung der Krankenhausinvestitionsmittel ist richtig und muss langfristig fortgeführt werden. Die mittelfristig eingeplanten Investitionsmittel müssen den Krankenhäusern unter Beachtung des jeweils geltenden Krankenhausplans bereitgestellt werden.

Die Mittel des Bundes, die u.a. durch den Krankenhausstrukturfonds II und den Krankenhauszukunftsfonds bereitgestellt werden, werden durch das Land vollumfänglich kofinanziert werden.

Zukünftig muss sich der Bund verstärkt bei den Krankenhausinvestitionen einbringen. Der Krankenhauszukunftsfonds ist hierfür ein erster richtiger Schritt.

Universitätsmedizin

Sachsen-Anhalt hat sich vor einigen Jahren dazu entschlossen, zwei Universitätsklinika für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung langfristig zu sichern. Dieser eingeschlagene Weg bestätigt sich vor dem Hintergrund der positiven Entwicklung beider Universitätsklinika in der Spitzenmedizin und -forschung. Die Enquete-Kommission begrüßt den eingeschlagene-

nen Weg von Kooperationen zwischen den Universitätsklinika und weiteren Krankenhäusern sowie komplementäre Spezialisierungen im Bereich der Spitzenforschung.

Den beiden Universitätskliniken des Landes kommt bei der Gesundheitsversorgung als Maximalversorger eine besondere Rolle zu. In den zwei Universitätsklinika sollten in Abgrenzung zu anderen Kliniken des Landes insbesondere sehr schwierige, hochkomplexe Behandlungen durchgeführt werden. Weniger schwierige Behandlungen sollten in dafür spezialisierten nicht-universitären Krankenhäusern durchgeführt werden. Mit dieser strategischen Entscheidung wäre die Möglichkeit gegeben, nötige Fallzahlen auch in kleineren, aber spezialisierten Kliniken für bestimmte Behandlungen zu erreichen, damit Behandlungsqualität zu sichern und die Ressourcen der Universitätskliniken für hochkomplexe Behandlungen, für die Ausbildung des medizinischen Nachwuchses sowie für die Forschung und Vernetzung zu sichern.

Die Landesregierung sollte in den Aufsichtsräten der Universitätsklinika und durch die Zielvereinbarungen darauf hinwirken, dass der Fokus der Universitätskliniken stärker auf hochkomplexe Behandlungen und Forschung gelegt wird. Gleichzeitig gilt es, Kooperationen mit anderen Kliniken zu stärken.

Um der Notwendigkeit Rechnung zu tragen, ein breites Spektrum für die Ausbildung zukünftiger Medizinerinnen und Mediziner an den Fakultäten für Medizin vorzuhalten, sollten die Kooperationen mit anderen Krankenhäusern künftig weiter ausgebaut werden. Beispielhaft geschieht dies bereits zwischen dem Städtischen Klinikum und dem Universitätsklinikum Magdeburg im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Spezialisierte Abteilungen oder Kliniken von Krankenhäusern, die ihre fachliche Expertise durch die Ausweisung als Zentrum unter Beweis gestellt haben, sollten in Kooperation mit den Universitätsklinika als anerkannte universitäre Abteilungen oder Lehrkrankenhäuser mit in die medizinische Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten einbezogen werden. Das geschieht bereits an vielen Stellen im Land - sollte aber weiterhin ausgebaut werden.

Die Forschung in unterschiedlichen, jeweils für sich sehr speziellen Bereichen, sollten unter den beiden Universitätsklinika abgestimmt und durch die zuständigen Ministerien in den jeweiligen Aufsichtsräten begleitet werden.

Für die vielfältigen Aufgaben beider Universitätskliniken sind wesentliche bauliche Maßnahmen notwendig. Sowohl das Universitätsklinikum in Magdeburg als auch das Universitätsklinikum in Halle müssen langfristig den Standards höchster Versorgungsgüte genügen. Dazu sind seitens des Landes die notwendigen finanziellen Mittel bereitzustellen. Mit dem Neubau der Notaufnahme und dem Herzzentrum am Universitätsklinikum Magdeburg sowie dem Bau des neuen Bettenhauses am Universitätsklinikum in Halle wurden wichtige Weichen in diese Richtung durch die Bereitstellung erheblicher finanzieller Mittel gestellt.

Den medizinischen Fakultäten und den Universitätskliniken des Landes wurden 2020 insgesamt über 180 Millionen Euro Investitionsmittel zur Verfügung gestellt. Auch in den Vorjahren wurden erhebliche Investitionsmittel zur Verfügung gestellt. Von 2014 bis 2020 wurden so insgesamt über eine Milliarde Euro für die Investitionen in die Universitätskliniken bereitgestellt.

Digitale und telemedizinische Lösungen in der Gesundheitsversorgung

Digitalisierungsstrategie

Das Land Sachsen-Anhalt hat sich bereits im Jahr 2017 eine digitale Agenda gegeben, in der sich die Strategie zur Digitalisierung niederschlägt. Diese soll ständig weiterentwickelt werden. Die digitale Agenda des Landes Sachsen-Anhalt gibt Orientierung auf dem Weg in die digitale Zukunft.

Die Gestaltung von Versorgungsstrukturen mit digitalen Möglichkeiten finden nur dann Akzeptanz, wenn sie im medizinischen Alltag für die Behandlung der Menschen auch wirklich nützlich sind. Die Akzeptanz von digitalen Möglichkeiten kann nur dann greifen, wenn sie bedienerfreundlich sind und einen für alle Beteiligte erkennbaren Nutzen bringen.

Es geht hier nicht zu sehr nur um die Frage der Telematik, denn die Telematik ist nur eine Technik. Es geht vielmehr um die Fragestellung: wie muss das medizinische Handeln, gegebenenfalls auch unter Berücksichtigung von Digitalisierung, angepasst und verändert werden?!

Wir stehen vor deutlichen Herausforderungen in der Gesellschaft. Da ist zum einen der demographische Wandel und zum anderen haben wir die strukturellen und personellen Versorgungsdefizite zu schultern; das heißt, wir haben immer weniger Ärzte, medizinisches Personal und Pflegepersonal, und das insbesondere im ländlichen Raum.

Die Personendefizite beginnen aber mittlerweile auch schon in den Städten unseres Bundeslandes. Daneben haben wir den medizinisch-technischen Fortschritt und natürlich den Anspruch der Patientinnen und Patienten, eine moderne unabhängige Gesundheitsversorgung zu erhalten.

Dabei spielt die Digitalisierung eine entscheidende Rolle. Für uns muss der Mensch im Mittelpunkt des medizinischen Handelns stehen, was bedeutet, dass er ortsunabhängige kompetente und digital-unterstützte Versorgungsformen in Anspruch nehmen kann. Die Erwartungshaltung der Bürger ist hinsichtlich der Digitalisierung groß. Im praktischen Alltag sind viele Prozesse des täglichen Lebens schon digital ausgerichtet. Gerade das Gesundheitswesen ist längst noch nicht so digital wie andere Bereiche der Gesellschaft. Dieser Prozess sollte für die Versorgung der Patientinnen und Patienten essenziell sein. Wir müssen zu einem gemeinsamen Handeln finden und das nicht analog, sondern digital und wir müssen die bisherigen sektoralen analogen Versorgungsstrukturen aufbrechen. Wir haben gewachsene analoge Behandlungs- und Versorgungsprozesse. Wir sollten hier neue Denkansätze ermöglichen, Prozesse anders aufsetzen und komplett neu denken. Die Ressourcen im Gesund-

heitswesen sind knapp und müssen so eingesetzt werden, dass sie optimal genutzt werden können. Hier ist ein kooperatives Miteinander aller Provisionen im Gesundheitswesen sowie ein grundsätzliches Umdenken im Handeln der entsprechenden Strukturen nötig. Dies darf aber nicht im freien Raum entstehen, sondern muss auch geeignete Qualitätsmaßstäbe für alle Bereiche ansetzen. Neben den Strukturen und Prozessen ist es wichtig, dass es auch eine andere Form der Honorierung für digitale Leistungen geben muss. Aber nicht nur digitale Leistungen müssen neu honoriert werden, sondern wir brauchen eine intersektorale, interdisziplinäre Zusammenarbeit, welche neue Honorierungsformen benötigt.

Zusätzlich zu den bisher genannten notwendigen Veränderungen im System sollten zwingend digitale Informations- und Kommunikationstechnologien wie die Televisite, das Telekonsil, die Videosprechstunde und auch das Tele-Monitoring begleitend eingesetzt werden. Damit ergibt sich ein gemeinsames kompetentes Handeln zum Wohle des Menschen. Gerade im ländlichen Raum können Projekte oder Modelle zur Televisite, Telekonsil oder Videosprechstunden helfen, derzeit bestehende Lücken in der Versorgung zu schließen. Die Kommunikation zwischen Arzt und Patient über eine Videosprechstunde wird auf eine breite Akzeptanz treffen. Wir dürfen bei aller Euphorie derartiger Projekte nicht vergessen, dass die Ärztin oder der Arzt in der Region noch seine analoge Sprechstunde durchführen wird. Die Ressource Arzt muss hierbei gut eingesetzt werden. Zusätzliche Videosprechstunden werden auch einen zusätzlichen Personalbedarf nach sich ziehen.

Daher benötigen wir diese Leistungen und Verfahren nichts als on top Projekte, sondern wir müssen zwingend an der Versorgungsstruktur im Ganzen Änderungen vornehmen. Dabei werden uns Netzwerke helfen.

Damit dies auch erfolgreich umgesetzt wird, brauchen wir professionelle Rahmenbedingungen, die klare Vorgaben und Strukturen schaffen und wir dürfen diesen Prozess nicht dem Zufall überlassen.

Ein weiteres wichtiges Thema zur Digitalisierung in der Medizin ist der Einsatz von künstlicher Intelligenz. Dies wird ein großes Thema der Zukunft sein. Viele Prozesse, die heute noch analog stattfinden, werden in Zukunft durch Künstliche Intelligenz ersetzt werden. Dabei ist es enorm wichtig, die Menschen dabei mitzunehmen. Künstliche Intelligenz wird nicht in jedem Fall den Menschen ersetzen können. Im Zuge der knappen Ressourcen, kann sie diese Lücke schließen. Als Beispiel sei hier die Auswertung von radiologischen Aufnahmen genannt. Künstliche Intelligenz kann in Kürze ein Röntgenbild oder eine MRT-Aufnahme auswerten. Im Prozessablauf wird hier zukünftig wesentlich schneller gehen, Befunde zu stellen und zu übermitteln. Wir können auch diesen Punkt nur dann erfolgreich implementieren, wenn wir zu einem veränderten kooperativen medizinischen Handeln kommen. Dazu benötigen wir Netzwerk und Strukturen, die für die Digitalisierung einen guten Ansatz bieten. Technisch ist die Digitalisierung möglich. Man muss es wollen und bereit sein, das medizinische Handeln zu verändern.

In der aktuellen Corona-Pandemie zeigt sich, dass digitale Projekte in der Versorgung der Menschen einen nennenswerten Beitrag leisten. In der Anhörung am 05.02.2020 hat der

Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Telemedizin das „virtuelle Krankenhaus“ als Modell aus Nordrhein-Westfalen vorgestellt. Als Ziel des Landes wird die Sicherstellung der Verfügbarkeit medizinischer Expertisen für alle Menschen in NRW und für ausgewählte Indikationen dauerhaft in die Krankenhausstrukturen einzubringen.

Damit ist sichergestellt, dass eine kleine Gruppe von Experten ihr Wissen allen angeschlossenen Krankenhäusern zur Verfügung stellen kann. Im Rahmen der Corona-Pandemie können so Krankenhäuser im ländlichen Raum, die keine ausreichende Expertise für Beatmungspatienten haben, von den Experten, beispielsweise aus der Universitätsklinik, profitieren. Technisch werden die Krankenhäuser mit der Universitätsklinik vernetzt und regelmäßig findet ein kollegialer Austausch zum Zustand der Patienten statt. Damit kann die Expertise aus der Universitätsklinik in die einzelnen peripheren Krankenhäuser gebracht werden.

Ein weiteres Thema der Digitalisierung in der Versorgung ist die Vernetzung im Rahmen der Notfallversorgung. Das Land Sachsen-Anhalt hat bereits in eine einheitliche Software investiert. Über die Software werden der Leitstelle die freien Betten zur Notfallversorgung gemeldet. Hier darf aber nicht Schluss sein. Sobald der Notarzt die Diagnose stellt muss schon im Rettungswagen klar sein, welche Klinik für diese Diagnose die optimale Behandlung anbietet. Parallel erhält die aufnehmende Klinik alle für die Versorgung des Patienten notwendigen Daten im Vorfeld der Aufnahme. Somit ist die Klinik vor dem Erreichen des Rettungswagens optimal auf den Notfall vorbereitet. Das kann alles digital geschehen und schafft wieder Freiraum für Ressourcen, die an anderer Stelle für die Versorgung am Menschen notwendig sind.

Auf Bundesebene stehen für derartige Projekte finanzielle Mittel im Innovationsfonds zur Verfügung. Sachsen-Anhalt sollte sich im Wettbewerb um diese Mittel wesentlich stärker einbringen als bisher.

Um die beschriebenen Wege im Land Sachsen-Anhalt zu beschreiten, benötigen wir professionelle Innovationsstrukturen. Ein guter Weg dahin kann das Landeszentrum für Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung sein. Dieses Landeszentrum muss sich zur Aufgabe machen, die Rahmen und Strukturen für die Digitalisierung vorzugeben. Ein punktuelles Aufbauen von Projekten und Modellen wird unser Land in der flächendeckenden medizinischen Versorgung nicht voranbringen. Modelle und Projekte sind wichtig. Aber sie müssen an einer Stelle koordiniert werden. Diese Aufgabe kann ein Landeszentrum für Digitalisierung sein. Eine weitere Aufgabe dieses Landeszentrums sollte die professionelle Koordinierung und Unterstützung der Antragsteller für Projekte aus dem Innovationsfonds sein. Nur so können wir sicherstellen, dass wir einen Teil dieser finanziellen Mittel für unser Bundesland einwerben.

Die Digitalisierungsstrategie des Landes Sachsen-Anhalt ist fortlaufend zu aktualisieren. Ziel allen Handelns muss eine flächendeckende, allen gleichermaßen zugängliche Infrastruktur sein, die die digitale medizinische und pflegerische Versorgung verbessert. Telemedizin und Telematik - Sprechstunden in der Fläche können die aktuell auftretenden Probleme beheben helfen.

Erfordernisse und Notwendigkeiten, auch und besonders hinsichtlich der Digitalisierung für die medizinische Arbeit sowohl der Hausärzte als auch der Apotheken, sind angesprochen und müssen ihren Niederschlag in der Digitalisierungsstrategie über das „Landeszentrum für Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung“ finden. Dazu sind auch diese Akteure in geeigneter Weise einzubinden.

In diesem Zusammenhang müssen zwingend der Datenschutz und die Datensicherheit gewährleistet werden. Eine verstärkte Transparenz bedingt per se verstärkten Schutz der Daten und damit der Person. Darüber hinaus muss für alle Akteur*innen des Gesundheitsbereiches eindeutig verifizierbar sein, dass die vorliegenden Daten zweifelsfrei dem/der Patient*in zuzuordnen sind.

Eine Strategie des Erwerbs von Kompetenzen für Patient*innen und Personal ist unabdingbar.

Landeszentrum für Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung

Das Einrichten und Betreiben eines Landeszentrums für Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung des Landes bietet den Anschluss an die nationalen und internationalen Entwicklungstendenzen der Gegenwart und bietet gute Voraussetzungen für eine stabile und gut funktionierende Vernetzung.

Wir können diesen Prozess nur erfolgreich führen, wenn wir auf eine (medizinisch) wissenschaftsgeleiteten, evidenzbasierte Digitalisierungsstrategie zurückgreifen, die hilft, die Sektoren zu überwinden und alle Partner miteinander vernetzt.

Auch in diesem Gespräch sind die Notwendigkeiten einer schnellen Digitalisierung der Prozesse noch einmal deutlich geworden. Neben der materiell-technischen Ausstattung des einzelnen Beteiligten sind auch die Erfordernisse der Kompatibilität und Vernetzungsmöglichkeit aller Akteure noch einmal unterstrichen worden.

Handlungsempfehlung:

- Schaffung eines Landeszentrums für Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung forcieren
- Standards nicht nur für die allgemeine Nutzung, sondern auch für die Anschaffung von Hard- und Software für alle erarbeiten.

Vor dem Hintergrund, dass Digitalisierung in der Medizin eine sektorenübergreifende Versorgung erforderlich macht, sind strukturelle Entscheidungen vonnöten. Für Sachsen-Anhalt ist ein Zentrum für sektorenübergreifende (oder -überwindende), digitale medizinische Versorgung in Sachsen-Anhalt zu etablieren. Für die konzeptionelle Vorbereitung wäre eine wissenschaftliche Begleitung notwendig; auf die Vorüberlegungen der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität sollte zurückgegriffen werden.

Es ist wichtig, sowohl für die Akteure im medizinischen und pflegerischen Bereich, aber auch für die potenziellen Nutzer der Digitalisierungsmaßnahmen die bestehenden und gut funkti-

onierenden Vorhaben und Angebote tatsächlich zu kennen. Dazu ist ein gemeinsames Agieren aller Akteure dringen notwendig. Das Ministerium für Arbeit, Soziales und Integration sollte hier die Funktion des Moderators der Prozesse übernehmen und die Akteure an einen Tisch bringen.

Die Nutzung und der verstärkte Einsatz von Telemedizin setzen natürlich voraus, dass gerade auch im ländlichen Raum der Breitbandausbau vorangetrieben wird (auch in den Arztpraxen). In diesem Zusammenhang müssen auch datenschutzrechtliche Bestimmungen berücksichtigt werden.

3.2 Aktuelle Lage, die Weiterentwicklung inkl. Ausbildung und Stärkung der Gesundheitsberufe

Zentrales Stichwort der Beiträge zur Thematik der Gesundheits- und Pflegeberufe in den Sitzungen der Enquete-Kommission ist das der „Systeminventur“. Damit brachte Frau Prof. Beyer eine Forderung auf den Begriff, die neben ihr auch Fr. Dr. Heinemann-März, Hr. Prof. Gekle und Hr. Prof. Heinze äußerten, dass nämlich eine grundsätzliche Neuordnung der interprofessionellen Zusammenarbeit angegangen werden sollte. Hierbei wurde über die Delegation und Substitution von Tätigkeiten in den Bereich Pflege/Hebammenwesen und Physiotherapie gesprochen. Diese Zusammenarbeit müsste dabei auch in Bezug auf die Vergütung durch Kostenträger auf Augenhöhe erfolgen. Um diese Augenhöhe zu erreichen, bedarf es: eines Budgets für substituierte Tätigkeiten, neue Formen einer Selbstverwaltung der Pflege- und Therapieberufe, einheitlich definierte Qualitätsstandards und eine staatlich unterstützte Neuordnung der beruflichen Tätigkeitsprofile.

Einer solchen Steuerung bedarf es, um mit diesem Prozess keinen reinen Mengenaufwuchs zu produzieren, sondern die Versorgung effizienter und qualitativer zu gestalten. Auch wenn das Land dabei kein Hauptakteur sein kann, gilt es im Sinne der Enquete-Kommission dieses Vorhaben landesseitig zu unterstützen. Mit dem Studiengang evidenzbasierte Pflege an der Universität Halle verfügt das Land bundesweit über ein Vorzeigeprojekt zur Aufwertung des Pflegeberufs. Auch durch Förderung der beiden Hebammenkreißsäle in Halle hat das Land diesen Ansatz in der Vergangenheit bereits aufgegriffen und aktiv unterstützt. Die Hebammenkreißsäle sind von der Idee geleitet die Profession der Hebammen als Erstzuständige für die Geburtshilfe auch im stationären Setting zu verwirklichen und dieser Profession die Verantwortung im Kreißsaal zu übertragen. Damit werden beide Rollenverständnisse, die der Hebammen wie auch des ärztlichen Personals geschärft. Entsprechend steht der Hebammenkreißsaal Pate für eine neue Multiprofessionalität, die es gilt weiter auszubauen im Gesundheitssystem.

Im Sinne einer solchen Systeminventur gilt es also die Kompetenzen, Befugnisse, Arbeitsfelder und Arbeitsbedingungen aller Berufe im Gesundheits- und Pflegebereich sowie deren bisherige Zusammenarbeit einer kritischen Prüfung zu unterziehen.

Hintergrund dieses Ansatzes ist die Einschätzung, dass die Sicherung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung insbesondere in ländlichen Regionen nicht ausschließlich vor einem quantitativen Problem steht (Stichwort Fachkräftemangel), sondern sich strukturelle und qualitative Aufgaben stellen. Positiv gewendet heißt dies Multiprofessionalität und intersektorale Zusammenarbeit sind zu stärken. Also die Versorgung in der Fläche ist auf mehr Schultern zu verteilen.

Dabei kam auch die stärkere Einbeziehung der Kommunen als zentrale Akteure für die Sicherung der gesundheitlichen Versorgung vielfach zu Wort und dies wird von der Enquete unterstützt. Mögliche kommunale Aktivitäten im Rahmen von regionalen Gesundheitskonferenzen wie auch der Gründung kommunaler MVZ ist durch das Land in Zukunft zu begleiten und zu fördern. Insbesondere der Bundesverband der MVZ machte darauf aufmerksam, dass durch die Bereitstellung von Informationen sowie Beratungsangeboten derlei Aktivitäten der Kommunen befördert werden können.

Dabei ist auch der starke Trend junger Ärztinnen und Ärzte aufzugreifen anstelle der eigenen Niederlassung ein Beschäftigungsverhältnis einzugehen. Dieser deutliche Trend ist positiv aufzugreifen, indem entsprechende (Teilzeit-)Stellen geschaffen werden. Räumlichkeiten vor Ort für Rotationssprechstunden oder Ausstattungen für mobile ärztliche Angebote sind ebenso durch Kommunen und Land zu unterstützen. Die Enquete sieht es vor dem Hintergrund dieser Debatten als entscheidend an gerade für den ländlichen Raum das Bild von der Einzelarztpraxis in eigener Niederlassung als Zielvorstellung zu verabschieden und auf kooperative und flexible Strukturen zu setzen. Konkret unterstützt die Enquete damit etwa die Vorschläge des Hausärztesverbandes hausärztliche Versorgungszentren im ländlichen zu schaffen mit 3-5 Ärzten die 5-8 Kommunen versorgen und sich aktiv um die Nachwuchsarbeit (Studenten und Ärzte in Weiterbildung) kümmern. Außerdem sieht auch die Enquete für die Nachwuchsgewinnung eine Unterstützung des Arztes durch die Kommunen bei der Beschaffung von Wohnraum und Arbeitsräumen, Kinderbetreuungsplätzen etc. als erforderlich an.

Die Aufwertung der Gesundheits- und Pflegeberufe zu eigenbestimmten Professionen ist durch Fortführung und Weiterentwicklung der Delegation und letztlich Substitution ärztlicher Leistungen zu erreichen. Die vom Hausärztesverband in Aussicht gestellte Schaffung von sogenannten VERAH-Plus Fortbildungen für Assistenzberufe werden daher von der Enquete begrüßt und als weiterer Schritt in Richtung eigenständige und selbstverantwortliche Gesundheits- und Pflegeberufe betrachtet.

Im Zuge dieser weiter zu befördernden Entwicklung können Gemeindeschwestern und Arztpraxen kooperativ die Versorgung in der Fläche gemeinsam absichern. Ärztliche Leistungen von Pflegekräften in stationären Einrichtungen erbracht, vermeiden Krankenhausaufenthalte und entlasten das ärztliche Personal. Der freie Zugang zu Angeboten der Gesundheitsberufe kann wiederum die nötigen Arzt-Patienten Kontakte reduzieren und in den Praxen für Entlastung sorgen. Die Fokussierung insbesondere der Hausärzte auf die eigentlichen ärztlichen Kernaufgaben durch Ausweitung der Kompetenzen etwa der Physiotherapie hat etwa auch die Ärztekammer begrüßt (Protokoll vom 30. Oktober 2019 S. 24).

Diesen Impuls zur kollegialen Zusammenarbeit sieht die Enquete als wichtigen Baustein für eine zukünftige Versorgungslandschaft. Diese angedachte gleiche Augenhöhe der Gesundheits- und Pflegeberufe mit den Ärztinnen und Ärzten macht diese darüber hinaus attraktiver und verbessert die Bedingungen der Fachkräftegewinnung. Die Gewinnung von Fachkräften ist Seitens der Anzuhörenden vehement gefordert worden, da der Bedarf gerade im Bereich der Pflege in den nächsten Jahren weit stärker zunehmen wird als die Beschäftigtenzahlen. Neben der Gewinnung von Auszubildenden ist das Ziel zur Sicherung des Personalbedarf den Verbleib im Pflegeberuf deutlich zu verlängern, Anreize zu entwickeln zur Senkung der Teilzeitquote und ein Wiedereinstiegsprogramm für Pflegefachkräfte aufzulegen, die aus dem Beruf ausgestiegen sind. Zentral wird es dabei um die Verbesserungen der Arbeitsbedingungen gehen.

Konkret lassen sich zu diesem Themenkomplex folgende Handlungsempfehlungen formulieren:

1. Unterstützung und Ausbau des Pflegestudiengangs in Halle und allgemein der Akademisierung und Professionalisierung der Gesundheits- und Pflegeberufe
2. Einsatz für die Schulgeldfreiheit in den Gesundheitsberufen auf Landesebenen
3. Unterstützung von Bestrebungen auf Bundesebene zur Stärkung der Gesundheitsberufe (Von der Blankoverordnung bis zum Direktzugang).
4. Ausweitung der Ansätze der Delegation und perspektivisch der Substitution von ärztlichen Leistungen auf die Gesundheits- und Pflegeberufe
5. Unterstützung der Kommunen bei dem Vorhaben die Gesundheitsversorgung vor Ort zu sichern. Insbesondere ist ein Informations- und Beratungsangebot zu schaffen in Bezug auf Gründung und Betrieb von kommunalen MVZs.

Investitionen in Nachwuchs

Für die Sicherung einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung ist die Fachkräftesicherung eine elementare Frage. Ein ganz wesentlicher Punkt ist hierbei die Attraktivität der Pflegeberufe. Die Ausbildungsstätten sollten diesen Aspekten Rechnung tragen und durch adäquate bauliche und personelle Voraussetzungen ein attraktiver Lehr- und Lernort sein. Die durch den Bund bereitgestellten Strukturfondsmittel und die damit in Verbindung stehenden Ko-Finanzierungsmittel des Landes sind für notwendige Bauprojekte im Sinne der genannten attraktiven Lehr- und Lernorte zu nutzen.

3.3 Barrierefreier Zugang und barrierefreie Versorgung von Menschen mit Behinderung sowohl ambulant wie stationär in Sachsen-Anhalt

Es ist das verbriefte Recht eines jeden Menschen - ob mit oder ohne Behinderung - eine bestmögliche gesundheitliche Versorgung zu erhalten. Um dies zu gewährleisten, ist die Barrierefreiheit im Gesundheitssystem eine Grundvoraussetzung. Nach Informationen der Kassenärztlichen Vereinigung sowie des zuständigen Ministeriums liegen zu der Mehrzahl der Arztpraxen in Sachsen-Anhalt keine Informationen zum Umfang der Barrierefreiheit vor. Daher ist es dringend erforderlich eine umfassende Bestandsaufnahme zur Barrierefreiheit der einzelnen Angebote im Gesundheitsbereich in Sachsen-Anhalt durchzuführen.

Davon ausgehend sollte ein Stufenplan zur Beseitigung bestehender Barrieren entwickelt sowie eine Kalkulation des Investitionsbedarfs erarbeitet werden. Die Kassenärztliche Vereinigung beziffert den Investitionsbedarf im Rahmen der Anhörung in einer ersten Schätzung auf etwa 140 Millionen Euro. Diese Größenordnung verweist auf ein gesamtgesellschaftliches Problem, das nicht einzig den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten obliegt. Daher ist das Land gehalten Förderungen für die barrierefreie Gestaltung von Bestandspraxen zu entwickeln. Auch die informelle Förderung der Barrierefreiheit ist Seitens des Landes - insbesondere durch die Fachstelle für Barrierefreiheit - zu intensivieren. Ein mit allen Akteuren zu erarbeitender Leitfaden zur Barrierefreiheit im Gesundheitssystem, etwa auch für die jeweiligen Online Auftritte der Einrichtungen, ist dabei anfänglich zu entwickeln und die besagte Fachstelle zur Barrierefreiheit gezielt bekannter zu machen. Damit insbesondere bei Neubauten und der Entwicklung neuer Versorgungsformen die Barrierefreiheit von Anfang an berücksichtigt und realisiert wird.

Gerade im Bereich der kommunalen Gesundheitskonferenzen, deren Verankerung die Enquete anregt, ergibt sich die Möglichkeit der Vernetzung und Kooperation der Akteure aus dem Bereich der Behinderten- und der Gesundheitspolitik. In diesen Gremien kann daher gezielt der Bedarf vor Ort in Sachen Herstellung der Barrierefreiheit erhoben und mit Maßnahmeplänen angegangen werden.

Anfänglich ist von der Bestandsanalyse ausgehend die Entwicklung einer barrierefreien möglichst landesweiten App-Anwendung anzustreben, die barrierefreie Praxen und Einrichtungen des Gesundheitssystems ausweist und niedrigschwellig findbar machen. Im besten Fall ist dieses Angebot mit der Beauskunftung barrierefreier ÖPNV-Reiseketten seitens der Nahverkehrsgesellschaft Sachsen-Anhalt zu kombinieren, um auch die Erreichbarkeit der barrierefreien Einrichtungen auszuweisen und zu ermöglichen.

Die Hinweise des Allgemeinen Behindertenverbandes, dass im Rahmen der stationären Versorgung oftmals Barrierefreiheit im Bereich der Sinnesbeeinträchtigungen und der kognitiven Einschränkungen nicht gewährleistet wird, werden im Bericht des Ministeriums für Arbeit, Soziales und Integration untersetzt. Aufzüge mit Sprachansage/Braille-Beschriftung, die Nutzung von Piktogrammen und Leichter Sprache sowie gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftungen sind nicht flächendeckend gewährleistet in den Krankenhäusern in Sachsen-Anhalt. Blindenleitsysteme sind sogar die Ausnahme statt die Regel. Hier hat das Land klare Erwartungen an die Krankenhausträger und die Krankenhausgesellschaft zu richten.

Die von einzelnen Krankenhäusern angeführten Beauftragten für Patienten und Patientinnen mit Behinderungen und für Barrierefreiheit sowie spezielle Patientenbegleitdienste sollten als Best-Practice Beispiele im Land bekannt gemacht werden. Vereinzelt wird in den Berichten der Krankenhäuser die Barrierefreiheit ausdrücklich mit den Patientenfürsprechern verknüpft. Dieser Ansatz wird von der Enquete ausdrücklich begrüßt und die Benennung dieses Aufgabenbereichs im Rahmen der gesetzlich verankerten Patientenfürsprecher (§ 15 Krankenhausgesetz Sachsen-Anhalt) sollte vom Land geprüft werden. Denkbar sind auch entsprechende Fortbildungsangebote seitens des Landes für die Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher sowie eine Vernetzung mit den Interessenvertretungen der Menschen mit Behinderungen.

Ein weiterer Baustein, Barrieren in der Regelversorgung abzubauen, kann die konsequente Weiterentwicklung von digitalen Angeboten und Einbindung von Künstlicher Intelligenz sein. In den Anhörungen zeigte sich, dass es in Sachsen-Anhalt verschiedene Aktivitäten zu diesem Thema gibt. Die entsprechenden Akteure sollten hier von der Landesregierung unterstützt werden, um Barrieren in der Versorgung von Menschen mit Behinderungen abzubauen. Die Enquete empfiehlt die Errichtung eines Landeszentrums zur Digitalisierung in der Medizin. Der Auftrag an dieses Landeszentrum sollte auch den Punkt Barrierefreiheit durch Digitalisierung und Künstliche Intelligenz umfassen

Neben einer barrierefreien Regelversorgung hat die Anhörung gezeigt, dass die spezifischen medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen eine wertvolle und notwendige Aufgabe übernehmen. Deren Zulassung in Sachsen-Anhalt hat beschleunigt zu funktionieren. Das Land hat sich für Koope-

rationsmodelle mit diesen Behandlungszentren etwa im Bereich der zahnärztlichen Versorgung stark zu machen. Die Enquete bewertet Fallzahlbegrenzungen dieser Behandlungszentren ebenso kritisch wie Ansinnen den Behandlungsauftrag dieser Zentren zu begrenzen auf eine nur noch beratende und nicht mehr behandelnde Funktion. Vielmehr braucht es solche multiprofessionellen Zentren mit einem niedrigschwelligen Zugang für alle Betroffenen.

Barrierefreier Zugang und barrierefreie Versorgung von Menschen mit Behinderung sowohl ambulant wie stationär in Sachsen-Anhalt

Seit dem Inkrafttreten der UN-Behindertenrechtskonvention im Jahr 2009 hat das Thema Barrierefreiheit auf vielfältige Weise eine politische Schwerpunktsetzung erfahren.

Die Umsetzung von Barrierefreiheit berührt eine Vielfalt von Politikfeldern. Dazu gehört insbesondere das Thema des Bauens. Im Rahmen der Städtebauförderung wurde das Thema Zugänglichkeit - insbesondere hinsichtlich Infrastruktureinrichtungen - durch die Städtebau-richtlinie aufgegriffen. Hinzu kommt die Neuordnung der Landesbauordnung, in der das Thema Barrierefreiheit insbesondere was Einrichtungen der Gesundheitsversorgung angeht, aufgegriffen wurde. Hier wurde festgelegt, dass die genannten Einrichtungen grundsätzlich barrierefrei sein müssen.

Neben den Landesregelungen wurde durch den Bund eine Vielzahl gesetzlicher Regelungen verabschiedet, die insbesondere für Menschen mit Behinderung und gesundheitlich eingeschränkte Menschen Verbesserungen bieten. So wurden unter anderem die Rahmenbedingungen der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln im Rahmen des Terminservice- und Verbesserungsgesetzes verbessert.

Hinzu kommen Bemühungen der Akteure im Gesundheitswesen, die auf eine bundesweite Verbesserung der Situation in Bezug auf Barrierefreiheit angelegt sind. Dazu gehören bspw. von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung veröffentlichte Informationen zur Barrierefreiheit von Arztpraxen.

Für den stationären Bereich kann festgehalten werden, dass in den Qualitätsberichten die Lage zur Barrierefreiheit transparent gemacht werden muss. Insgesamt kann festgehalten werden, dass die Krankenhäuser des Landes vielfach gute bauliche Voraussetzungen für Rollstuhlfahrer bieten. Allerdings bleiben bei anderen Aspekten von Barrierefreiheit bzw. Barrierearmut noch Handlungsbedarf. Dazu gehören insbesondere Blindenleitsysteme oder etwa die personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz.

Der ambulante Versorgungsbereich - hier insbesondere Arztpraxen - haben häufig noch Nachholbedarf, wenn es um die Gewährleistung eines barrierefreien Zugangs geht. Der Zulassungsausschuss sollte vor diesem Hintergrund verstärkt auf das Thema Barrierefreiheit in den Überlegungen bei Besetzungen von Arztsitzen eingehen. Insbesondere die Kassenärztli-

che Vereinigung steht hier mit Ihren Mitgliedern in der Pflicht, flächendeckend in möglichst allein Arztpraxen Barrierefreiheit zu realisieren.

In Sachsen-Anhalt gibt es nach Aussagen der LIGA der politischen Interessen- und Selbstvertretung von Menschen mit Behinderungen in Sachsen-Anhalt keine zentrale, transparente Informationslage über die Barrierefreiheit von Gesundheitseinrichtungen. Das Beispiel Qualitätsbericht von Krankenhäusern und die Informationen über Barrierefreiheit (die auch auf Internetportalen wie www.weisse-liste.de aufgeführt sind) zeigen, dass es stellenweise die genannten Informationen gibt. Ein zentrales Informationsportal besteht allerdings nicht. Hier sollte durch das für Gesundheit zuständige Ministerium geprüft werden, in wieweit ein solches zentrales Informationsportal für Menschen die auf einen barrierefreien Zugang zu Einrichtungen der Gesundheitsversorgung angewiesen sind, mit Landesunterstützung ins Leben gerufen werden kann. Eine umfassende Bestandsaufnahme und ein stetiges Barriere-Monitoring ist hierfür Voraussetzung.

3.4 Abläufe und getroffenen Maßnahmen im Rahmen der Corona-Pandemie

Zweifelsohne gehört die weltweite Covid19-Pandemie zu den einschneidendsten Ereignissen für die Menschen in Sachsen-Anhalt in den vergangenen Jahren.

Die Bekämpfung der Pandemie und die Folgewirkungen der ergriffenen Maßnahmen haben auf alle Lebensbereiche der Menschen in unserem Land erheblichen Einfluss, darunter insbesondere auf das Gesundheits- und Pflegewesen und die dort Beschäftigten sowie die pflegenden Angehörigen.

Eine Berichterstattung kann sich nur auf den aktuellen Stand (15. März 2021) beziehen. Eine tatsächliche Auswertung der Situation und Ereignisse und die Erarbeitung von entsprechenden Schlussfolgerungen können erst nach dem Ende der aktuellen pandemischen Lage erfolgen. Daher sind die folgenden Punkte nur als Zwischenstände zu betrachten.

1. Die Versorgung mit medizinischen Gütern, darunter persönlicher Schutzausrüstung, auf dem Weltmarkt ist in Zeiten einer weltweiten Pandemie nicht immer problemlos möglich. Neben einer entsprechenden Vorratshaltung sind eigene Produktionskapazitäten, auch für pharmazeutische Produkte, in Europa unabdingbar. Nach anfänglichen Schwierigkeiten war die Versorgung dann grundsätzlich gesichert. Auch wenn sich immer wieder neue Bedarfe ergaben.
2. Der öffentliche Gesundheitsdienst ist in den Blickpunkt des öffentlichen Interesses gekommen. Es bedarf unterschiedlicher Maßnahmen um dessen Attraktivität zu steigern. Dazu gehört ausdrücklich auch die Bezahlung der dort tätigen Ärztinnen und Ärzte. Die Möglichkeiten der Digitalisierung sind zu nutzen. Siehe auch den dritten Punkt. Bezüglich

der Kontaktnachverfolgung war die personelle Unterstützung durch Freiwillige und aus den Reihen der Angehörigen der Bundeswehr extrem wichtig. Insgesamt wäre die Bewältigung der Situation ohne den massiven Einsatz von Dritten, darunter der Blaulichtorganisation inkl. THW, nicht möglich gewesen.

3. Die Digitalisierung im Bereich der medizinischen Versorgung hat einen Schub erhalten. So steigerte sich zum Beispiel das Angebot an telemedizinischen Leistungen erheblich. Diesen Innovationsschub gilt es zu nutzen. Möglichkeiten der Digitalisierung, zum Beispiel bei der Kontaktnachverfolgung, sind deutlich intensiver zu nutzen. Der notwendige Datenschutz darf dabei kein Hindernis bei der Pandemiebekämpfung sein.
4. Die Finanzierung der Krankenhäuser wurde grundsätzlich gesichert. Auf die besondere Situation von Reha-Einrichtungen wurde aber verspätet von Bundesseite reagiert und die psychiatrische Krankenhausversorgung mit ihrer besonderen Lage, deutlich geringere Belegung bei gleichen Kosten, wurde unbeachtet gelassen. Belastungsfaktoren, die zu Sonderzahlungen geführt haben, müssen sich stärker an den Gegebenheiten vor Ort orientieren.
5. Das Personal in Krankenhäusern war unterschiedlich gefordert. Bei Bonuszahlungen ist deutlich mehr Flexibilität gefordert. Gleiches gilt für die Personal in Pflegeeinrichtungen sowie bei ambulanten Pflegediensten. Hier wurde wirklich außerordentliches geleistet.
6. Pflegende Angehörige dürfen bei der Betrachtung der Situation nicht vernachlässigt werden. Hier gab und gibt es noch deutliche Nachholbedarfe bei der Berücksichtigung ihrer Interessen.
7. Bezüglich der Impfstrategie müssen die bestehenden Regelungen klar und deutlich kommuniziert werden. Das A und O bleibt natürlich die ausreichende Versorgung mit Impfstoff. Insgesamt muss der Aufbau und die Betreuung von Teststationen und Impfzentren anhand der gemachten Erfahrungen Teil entsprechender Planungen werden.
8. Aufgrund nicht immer ausreichender Laborkapazitäten war das Landesamt für Verbraucherschutz besonders gefordert. Eine Verbesserung der organisatorischen Rahmenbedingungen, insbesondere der baulichen Situation, ist notwendig.
9. Die notwendigen Testkapazitäten waren nicht zu jedem Zeitpunkt vorhanden konnten aber mit zeitlichem Verlauf bereitgestellt werden.

Bei allen notwendigen Verbesserungsvorschlägen muss man doch feststellen, dass sich unser Gesundheitssystem in der pandemischen Lage den Herausforderungen gestellt und diese bewältigt hat. Schlüsselement war dabei vor allem auch der engagierte Einsatz des dort beschäftigten Personals.