



Bericht

—

Enquete-Kommission „Die Gesundheitsversorgung und Pflege in Sachsen-Anhalt konsequent und nachhaltig absichern!“

Bericht der Enquete-Kommission „Die Gesundheitsversorgung und Pflege in Sachsen-Anhalt konsequent und nachhaltig absichern!“ (E10)

Berichtersteller: Abgeordneter Herr Swen Knöchel

Die Enquete-Kommission „Die Gesundheitsversorgung und Pflege in Sachsen-Anhalt konsequent und nachhaltig absichern!“ erstattet dem Landtag den anliegenden Bericht.

Abstimmungsergebnis: 6 : 0 : 5

Swen Knöchel
Ausschussvorsitzender

Hinweis: Die Drucksache steht vollständig digital im Internet/Intranet zur Verfügung.
Bei Bedarf kann Einsichtnahme in der Bibliothek des Landtages von Sachsen-Anhalt erfolgen oder die gedruckte Form abgefordert werden.

(Ausgegeben am 15.04.2021)

Enquete-Kommission „Die Gesundheitsversorgung und Pflege in Sachsen-Anhalt konsequent und nachhaltig absichern!“

Bericht

über die Arbeit der Enquete-Kommission
für den Berichtszeitraum
vom 22. Januar 2019 bis 14. April 2021

Magdeburg, April 2021

Inhaltsverzeichnis:

1. Einsetzung, Auftrag und Besetzung der Enquete-Kommission	7
1.1 Einsetzung der Enquete-Kommission	7
1.2 Auftrag der Enquete-Kommission	8
1.3 Besetzung der Enquete-Kommission	9
2. Gang der Beratungen	10
2.1 Konstituierung am 22. Januar 2019	10
2.2 Beratungen zu den Fragekomplexen des Einsatzbeschlusses, Drs. 7/3427	11
2.2.1 Aktuelle Lage, die Weiterentwicklung inkl. Ausbildung und Stärkung der Gesundheitsberufe in der 2. Sitzung am 6. März 2019 und in der 3. Sitzung am 29. Mai 2019	11
2.2.2 Zustandsbeschreibung und Bestandsaufnahme der Krankenhauslandschaft in Sachsen-Anhalt in der 4. Sitzung am 14. August 2019	15
2.2.3 Gespräch mit dem Parlamentarischen Staatssekretär beim Bundesminister für Gesundheit zu den bundespolitischen Entwicklungen in der 4. Sitzung am 14. August 2019	17
2.2.4 Entwicklung und Sicherung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum in der 5. Sitzung am 30. Oktober 2019	18
2.2.5 Digitalisierung in Medizin und Pflege in der 6. Sitzung am 5. Februar 2020, 8. Sitzung am 17. Juni 2020 und 10. Sitzung am 16. September 2020	20
2.2.6 Gesundheitskonferenzen/Gesundheitsregionen integrierte Versorgung in der 9. Sitzung am 15. Juli 2020	24

2.2.7	Infrastruktur und Personalausstattung der medizinischen und gesundheitlichen Versorgung in Sachsen-Anhalt außerhalb der stationären Krankenversorgung in der 10. Sitzung am 16. September 2020	26
2.2.8	Corona-Pandemie in Sachsen-Anhalt in der 11. Sitzung am 28. Oktober 2020	28
2.2.9	Barrierefreier Zugang zur medizinischen Versorgung für Menschen mit Behinderungen in Sachsen-Anhalt in der 13. Sitzung am 27. Januar 2021	31
3.	Gemeinsame Empfehlungen und Standpunkte der Enquete-Kommission	34
3.1	Entwicklung und Sicherung der medizinischen Versorgung insbesondere im ländlichen Raum	34
3.2	Aktuelle Lage, die Weiterentwicklung inkl. Ausbildung und Stärkung der Gesundheitsberufe	48
3.3	Barrierefreier Zugang und barrierefreie Versorgung von Menschen mit Behinderung sowohl ambulant wie stationär in Sachsen-Anhalt	51
3.4	Auswertung der Abläufe und getroffenen Maßnahmen im Rahmen der Corona-Pandemie	54
4.	Stellungnahmen gemäß § 17 Abs. 6 GO.LT	56
4.1	Stellungnahme der Mitglieder der Fraktion AfD	56
4.2	Stellungnahme der Mitglieder der Fraktion DIE LINKE	63

Prolog

Die Situation der Krankenhauslandschaft in Sachsen-Anhalt ist seit geraumer Zeit mit vielen personellen, sächlichen, finanziellen und verwaltungsrelevanten Herausforderungen behaftet, die zeitnah einer nachhaltigen Lösung zugeführt werden müssen, um zum einen die medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten sicherzustellen, aber auch dem Fürsorgeauftrag gegenüber dem Personal in vollem Umfang gerecht werden zu können.

In den vergangenen Jahren wurde es zunehmend verabsäumt, dem sich immer deutlicher zeigenden Personalmangel in den Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen in adäquater Form entgegenzusteuern. Dies führte zwangsläufig dazu, dass Patient* innen nicht mehr in angemessener Form versorgt werden können und das Personal durch die permanente Unterbesetzung überfordert ist. Dieser Zustand gefährdet beide - Patient*innen und Personal. Hier besteht zwingend Handlungsbedarf.

Die medizinische Versorgung im ländlichen Raum ist ein ebenso dringliches Thema. Oft müssen Betroffene in Krankenhäuser gebracht werden, die weit von ihrem Wohnort entfernt sind. Gerade auch bei langwierigen Krankheitsverläufen ist diese Situation für sie und ihre Angehörigen äußerst problematisch. Zudem könnte durch eine sinnvolle Vernetzung ambulanter und stationärer Strukturen dazu beigetragen werden, die medizinische Versorgung im ländlichen Raum spürbar zu verbessern.

Die Situation der Hebammen, Entbindungspfleger und Familien-Hebammen in Sachsen-Anhalt ist in vielerlei Hinsicht problematisch. Die Geburtstationen vieler Krankenhäuser müssen wegen Mangels an Hebammen, die oft aufgrund ungünstiger Arbeitsbedingungen in andere Kliniken wechseln, schließen. Somit sind werdende Mütter darauf angewiesen, in nicht unbedingt wohnortnahen Krankenhäusern zu entbinden. Die Familien-Hebammen, die zusätzlich zu ihren originären Aufgaben durch die Sicherstellung der frühen Hilfen für betroffene Familien doppelt gefordert sind sowie freie Hebammen, Beleg-Hebammen und Entbindungspfleger haben keine einheitlichen Vergütungs- oder Arbeitsbedingungen. Ihre ohnehin problematische Lage wird dadurch zusätzlich belastet.

Um die Sicherstellung der medizinischen Versorgung in Sachsen-Anhalt künftig umfassend und nachhaltig zu gewährleisten, ist die Arbeit einer Enquete-Kommission an den o. g. Aufgabenfeldern angesichts der aktuellen Situation notwendig.

1. Einsetzung, Auftrag und Besetzung der Enquete-Kommission

1.1 Einsetzung der Enquete-Kommission

Der Landtag von Sachsen-Anhalt hat in seiner 56. Sitzung am 28. September 2018 mit Beschluss, Drs. 7/3427, gemäß Artikel 55 der Verfassung des Landes Sachsen-Anhalt eine Enquete-Kommission zum Sachkomplex „Die Gesundheitsversorgung und Pflege in Sachsen-Anhalt konsequent und nachhaltig absichern!“ (E10) eingesetzt. Dem Beschluss lag eine Beschlussempfehlung des Ausschusses für Arbeit, Soziales und Integration zugrunde (Drs. 7/3384).

Gemäß § 17 Abs. 2 GO.LT gehören der Enquete-Kommission 13 Mitglieder des Landtages an, die sich entsprechend dem Rangmaßzahlverfahren (§ 12 Abs. 2 GO.LT) auf die Fraktionen wie folgt verteilen:

Fraktion der CDU fünf Mitglieder, Fraktion der AfD drei Mitglieder, Fraktion DIE LINKE zwei Mitglieder, Fraktion der SPD zwei Mitglieder, Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN ein Mitglied. Darüber hinaus kann jede Fraktion bis zu zwei ständige Ersatzmitglieder benennen.

Des Weiteren gehören der Enquete-Kommission als Mitglieder fünf Berater an, die nicht Mitglied des Landtages sind. Diese sind ebenfalls von den Fraktionen zu benennen. Gemäß § 17 Abs. 3 GO.LT kann jede Fraktion einen Berater benennen.

Laut Einsetzungsbeschluss soll die Enquete-Kommission ihre Tätigkeit im Januar 2019 aufnehmen und bis zum Ende der 7. Legislaturperiode des Landtages von Sachsen-Anhalt tätig sein. Neben dem Abschlussbericht ist dem Parlament ein Zwischenbericht vorzulegen, erstmals im I. Quartal 2020.

Der Landtag von Sachsen-Anhalt hat den in der 56. Sitzung am 28.09.2018 gefassten Beschluss Drs. 7/3427 in der 100. Sitzung am 07.05.2020 durch Beschluss Drs. 7/6053 geändert. Darin wurde Punkt III. des Einsetzungsbeschlusses „Schwerpunkte der Aufgabenstellung“ um die Nr. 4 mit folgendem Wortlaut erweitert:

„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.“

Punkt V. des Einsetzungsbeschlusses „Zeitraum“ erhielt folgende Fassung:

„Die Enquete-Kommission soll ihre Tätigkeit im Januar 2019 aufnehmen und bis zum Ende der 7. Legislaturperiode des Landtages von Sachsen-Anhalt tätig sein. Dem Parlament ist ein Abschlussbericht bis Ende April 2021 vorzulegen.“

Die entsprechend Unterrichtung liegt auf Drucksache 7/6061 vor.

1.2 Auftrag der Enquete-Kommission

Die Enquete-Kommission soll unter Einbeziehung von Sachverständigen und der kommunalen Spitzenverbände dem Landtag Vorschläge unterbreiten, wie die Gesundheitsversorgung im Land Sachsen-Anhalt künftig personell, sächlich, finanziell, flächendeckend, qualitativ hochwertig, barrierefrei und sektorenübergreifend realisiert werden kann, sodass allen Bürgerinnen und Bürgern - ob im urbanen oder ländlichen Raum - eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung, Notfallversorgung und Pflege garantiert werden kann.

Dies setzt eine jeweilige Zustandsbeschreibung und Bestandsaufnahme, unter Berücksichtigung des notwendigen Investitionsbedarfs der Krankenhauslandschaft, voraus. Berücksichtigt werden bei der Bearbeitung des Themas auch die bundeseinheitlichen Entwicklungen in diesem Bereich, wie das Pflegeberufereformgesetz, die Entscheidungen zur Personalbemessung, die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Krankenhausplanung und deren Auswirkungen in Sachsen-Anhalt.

Die Zielstellung erfordert eine Betrachtung des Gesundheitssystems im Land sowohl sektorenübergreifend wie auch unter Einbeziehung aller Akteure.

Daraus ergeben sich folgende Schwerpunkte und Fragenkomplexe, mit denen sich die Kommission auseinandersetzen soll:

- 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, die digitale und telemedizinische Lösungen in der Gesundheitsversorgung und die Sicherung der Notfallversorgung in den Blick zu nehmen.
- 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.
- Barrierefreier Zugang und barrierefreie Versorgung von Menschen mit Behinderung sowohl ambulant wie stationär in Sachsen-Anhalt.
- 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.

1.3 Besetzung der Enquete-Kommission

Vorsitzender:	Knöchel, Swen	DIE LINKE
Stellv. Vorsitzende:	Dr. Späthe, Verena	SPD
ordentliche Mitglieder:	Ersatzmitglieder:	
CDU: Bönisch, Bernhard Borchert, Carsten Krull, Tobias Schulenburg, Chris Thomas, Ulrich	CDU: Scheurell, Frank Harms, Uwe	
AfD: Funke, Lydia Siegmond, Ulrich Wald, Daniel	AfD: Höse, Thomas Spiegelberg, Marcus	
DIE LINKE: Knöchel, Swen Zoschke, Dagmar	DIE LINKE: Hildebrandt, Doreen Höppner, Andreas	
SPD: Dr. Späthe, Verena Steppuhn, Andreas	SPD: Prof. Dr. Kolb-Janssen, Angela N. N.	
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: Lüddemann, Cornelia	BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: Frederking, Dorothea	
Berater der Fraktionen: Hennicke, Jens Weiss, Claudia Dr. Schubert-Lehnardt, Viola Carlo Reifgerste Becker, Ralf	CDU AfD DIE LINKE SPD BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	

Die Benennung der Mitglieder der Enquete-Kommission erfolgte durch die Landtagsfraktionen gegenüber der Landtagspräsidentin.

Gemäß § 17 Abs. 4 GO.LT erfolgte die Berufung der ordentlichen Mitglieder sowie der Ersatzmitglieder durch die Präsidentin des Landtages.

Entsprechend der im Landtag von Sachsen-Anhalt geltenden parlamentarischen Gepflogenheiten, nach der die Vergabe des Vorsizes unter den Fraktionen im Verhältnis ihrer Stärke erfolgt, stand der Fraktion die DIE LINKE der Vorsitz in der Enquete-Kommission zu. Die Fraktion die DIE LINKE benannte als Vorsitzenden der Enquete-Kommission Herrn Swen Knöchel.

Da der Vorsitzende der Enquete-Kommission somit einer Oppositionsfraktionen angehört, war die Stellvertreterfunktion - gestützt auf den parlamentarische Gepflogenheiten - mit einem Mitglied der die Landesregierung stützenden Fraktionen zu besetzen. Diese Funktion stand der Fraktion der SPD zu. Sie benannte als stellvertretende Vorsitzenden Frau Dr. Verena Späthe.

2. Gang der Beratungen

2.1 Konstituierung am 22. Januar 2019

Die 1. (konstituierende) Sitzung der Enquete-Kommission „Die Gesundheitsversorgung und Pflege in Sachsen-Anhalt konsequent und nachhaltig absichern!“ fand im Beisein des Vizepräsidenten Herrn Willi Mittelstädt am 22. Januar 2019 statt. Der Vizepräsident eröffnete die Sitzung und wünschte der Enquete-Kommission für die Erfüllung ihres Auftrages viel Erfolg.

Sodann verständigte sich die Enquete-Kommission über die weitere Arbeits- und Vorgehensweise.

Der Vorsitzende Swen Knöchel teilte mit, stimmberechtigt seien die Mitglieder der Enquete-Kommission, die Mitglieder des Landtages seien, und die von den Fraktionen benannten Ersatzmitglieder. Mitglieder der Enquete-Kommission, die nicht Mitglieder des Landtags seien, hätten eine beratende Stimme.

Gemäß § 86 GO.LT könnten folgende Personen an den Sitzungen der Enquete-Kommission teilnehmen:

- die Landtagspräsidentin und die Vizepräsidenten mit beratender Stimme,
- andere Mitglieder des Landtags, als Zuhörer,
- Mitarbeiter der Fraktionen, jedoch ohne Rederecht,
- Minister und Staatssekretäre,
- sachverständige Mitglieder der Enquete-Kommission,
- Vertreter der Ministerien,
- der Ausschussdienst,

- der Gesetzgebungs- und Beratungsdienst,
- der Stenografische Dienst.

Die Enquete-Kommission verständigte sich darauf, entsprechend des Einsetzungsbeschlusses zu jeder Sitzung die Vertreter der kommunalen Spitzenverbände Sachsen-Anhalts einzuladen und ihnen das Rederecht zu erteilen.

Des Weiteren soll der Beauftragten der Landesregierung für die Belange der Menschen mit Behinderungen regelmäßig zu den Sitzungen der Enquete-Kommission eingeladen werden.

Hinsichtlich der Sitzungstermine verständigte sich die Enquete-Kommission darauf, für das Jahr 2019 aufgrund der bereits bestehenden hohen Termindichte einen achtwöchigen Sitzungsrhythmus zu wählen und erarbeitete einen Terminplan.

Eine Begleitung der Arbeit der Enquete-Kommission durch eine wissenschaftliche Einrichtung wurde nicht für erforderlich gehalten.

2.2 Beratungen zu den Fragekomplexen des Einsetzungsbeschlusses, Drs. 7/3427

2.2.1 Aktuelle Lage, die Weiterentwicklung inkl. Ausbildung und Stärkung der Gesundheitsberufe in der 2. Sitzung am 6. März 2019 und in der 3. Sitzung am 29. Mai 2019

Die Enquete-Kommission führte am 6. März 2019 eine erste öffentliche Anhörung zu Abschnitt III Nr. 2 des Einsetzungsbeschlusses - Themenkomplex „Aktuelle Lage sowie Weiterentwicklung inklusive Ausbildung und Stärkung der Gesundheitsberufe“ - durch. Dazu lagen der Kommission schriftliche Stellungnahmen der Bundesagentur für Arbeit des Verbandes Deutscher Privatschulen Sachsen-Anhalt e. V. vor.

Geladen waren Vertreterinnen und Vertreter der zuständigen Ministerien und Sachverständige, um über die aktuelle Lage und die Stärkung der Ausbildung in den Gesundheitsberufen zu berichten, insbesondere über die Belange hinsichtlich der bundeseinheitlichen Pflegeberufsreform und deren Umsetzung in Sachsen-Anhalt.

Von den Fraktionen wurden folgende Sachverständige benannt und angehört:

Verband Deutscher Privatschulen Sachsen-Anhalt e. V.

Landespflegerat Sachsen-Anhalt

Bundesverband Lehrende Gesundheits- und Sozialberufe e. V.

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Instituts für Gesundheits- und Pflegewissenschaft

IKK gesund plus

Aus den Redebeiträgen der Sachverständigen:

Die Vertreterin **der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg** erklärte, die Reinventarisierung des Leistungskatalogs der Ärztinnen und Ärzte hinsichtlich der medizinischen Primärversorgung sei dringend geboten. Dabei gehe es um die Übertragung möglicher Tätigkeiten von Ärztinnen und Ärzten auf medizinisches Personal - für die Aufrechterhaltung einer niedrigschwelligen und erschwinglichen Gesundheitsversorgung, die jedoch zu qualitativ gleichwertigen Patientenergebnissen führen müsse. Pflegende beispielsweise in der mobilen Wundversorgung dürften keine Verschreibungen aufsetzen, dies müsse der Hausarzt bewerkstelligen. Die Ausweitung der praktischen Aufgaben von Pflegenden führe zu einer höheren Attraktivität des Pflegeberufs. Die Akademisierung der Ausbildung von Hebammen und Entbindungspflegern sei unabwendbar und werde deutlich begrüßt.

Die neue generalistische Ausbildung werde begrüßt, auch dass vor dem Hintergrund der beruflichen Entwicklung ein neues Berufsbild mit einer Vertiefung in der Praxis entstehe, sagte die Vertreterin vom **Bundesverband Lehrende Gesundheits- und Sozialberufe e. V. (BLGS)**. Es könne so gelingen, auch Abiturienten für den Pflegeberuf zu gewinnen. Der Pflegeberuf sei immer noch stark weiblich definiert, nur 18 Prozent der Beschäftigten seien Männer. Es wäre sehr wünschenswert, den Ausbildungsstart bereits ins Frühjahr 2020 zu legen. Nachbesserungsbedarf ist zu erkennen, so sei beispielsweise die Anschubfinanzierung der Reform durch den Bund (für Vorbereitungsarbeiten in den Schulen) vergessen worden, darüber hinaus müssten die Vorhaltekosten in den Pflegeschulen (zum Beispiel für Lehrkräfte, wenn die Schülerzahlen durch Absprung sinken) refinanziert werden. Problematisch sei, dass Reha-Kliniken nicht mehr als Ausbildungsbetrieb fungieren dürften. Jede Schule habe bereits jetzt großen Bedarf an pädagogischen Kräften. Zudem plädierte sie für einen Bachelorstudiengang „Pädagogik“.

Eine gewisse Erschöpfungssymptomatik im Krankenhaus und im Altenheim konstatierte der Vertreter des **Landespflegerats Sachsen-Anhalt**. Die Mitarbeiter lebten in dem Bewusstsein, dass sie ihre Arbeit nicht schaffen können, sie lebten dauerhaft in der Angst, aus lauter Zeitdruck Fehler zu machen. Der Personalmangel resultiere aus überbordender Bürokratie. Er regte die Aufstellung von Arbeitsportfolios für die verschiedenen Einsatzbereiche im Krankenhaus und in der Pflege an: Älteren Beschäftigten sollte nicht mehr der komplette Dienst in allen Einsatzgebieten zugemutet werden. Auch die Gewinnung von niedergelassenen Hebammen für Geburten in örtlichen Kreißsälen sollte angestrebt werden, um den Erhalt dieser Einrichtungen auch zu gewährleisten.

Während in den zurückliegenden Jahren die Auszubildendenzahl in der Physiotherapie signifikant gestiegen sei, seien die Zahlen in der Altenpflege um 24 Prozent und in der Altenpflegehilfe um 19 Prozent gesunken, berichtete der **Verband Deutscher Privatschulen Sachsen-Anhalt e. V.** Die Erhebung von Schulgeld für die Pflege sei in Zeiten mangelnder Auszubil-

dender schon als Wettbewerbsnachteil zu bewerten gewesen. Die seit dem 1. August 2018 geltende Schulgeldfreiheit habe zu finanziellen Engpässen bei den Bildungsträgern geführt.

Die Anhörung wurde in einem zweiten Teil am 29. Mai 2019 wiederum in einer öffentlichen Sitzung fortgesetzt.

Folgende Sachverständige wurden angehört:

Berufsbildende Schule „Dr. Otto Schlein“ Magdeburg

Liga der Freien Wohlfahrtspflege im Land Sachsen-Anhalt e. V.

Barmer Krankenkasse Magdeburg

Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, Landesbezirk Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen -
Fachbereich Gesundheit und Soziales

Kooperatives Bildungszentrum für Gesundheitsberufe am Basedow-Klinikum

Liga der Freien Wohlfahrtspflege im Land Sachsen-Anhalt e. V.

Bundesagentur für Arbeit, Regionaldirektion Sachsen-Anhalt / Thüringen

Auszüge aus den Wortmeldungen der Sachverständigen:

In den letzten Jahren seien starke Aufwüchse im pflegerischen Arbeitsbereich zu verzeichnen, sagte der Geschäftsführer der Regionaldirektion Sachsen-Anhalt/Thüringen der **Bundesagentur für Arbeit**. In der Kranken- und insbesondere in der Altenpflege sei der Stand freier Stellen sehr hoch. Die Besetzbarkeit der Stellen sei in Sachsen-Anhalt mit anderen Ländern und dem Bund insgesamt vergleichbar ungenügend. Dabei sei die Relation zwischen Arbeitslosen und offenen Stellen so, dass freie Stellen häufig nicht besetzt werden könnten. Die Beschäftigung von Ausländern in der Pflege sei in Sachsen-Anhalt mit nur etwas über einem Prozent sehr gering. In der Folge des demographischen Wandels steige zwar der Pflegebedarf, die Bedarfsdeckung sinke jedoch. Problematisch wird die erkennbar unterschiedliche Vergütung in der Krankenpflege auf der einen und in der Altenpflege auf der anderen Seite erachtet.

Auszubildende sollen laut Pflegeberufegesetz später Menschen aller Altersgruppen in allen Lebensbereichen pflegen können, sagte die Leiterin des **Kooperativen Bildungszentrums für Gesundheitsberufe am Basedow-Klinikum**. Nach der Gesetzesnovelle sollen zu den 2 100 Stunden Theorie in der Ausbildung weitere 200 Stunden allgemeinbildender Unterricht hinzukommen, das werde abgelehnt. Zum einen fehlten die Lehrer für diesen Unterricht, zum anderen fehlten den Schülern 200 Stunden in der praktischen Ausbildung. Es zeichne sich ein Run auf die Ausbildung zum Anästhesie- und Operationstechnischen Assistenten ab; hierfür sollten rechtzeitig entsprechende Investitionsmittel bereitgestellt werden. Mehr Zeit sollte für die Curriculumsentwicklung (Theorie/Praxis) vorgesehen werden. Der Bedarf am Studienangebot Pflegepädagogik (Bachelor/Master) sei sehr hoch, hier müsse man dringend für mehr Studienplätze und Interessenten sorgen.

Gesundheit und Soziales seien als Schwerpunkte der Ausbildung zu nennen, resümierte die Leiterin der **Berufsbildenden Schule „Dr. Otto Schlein“ Magdeburg**. Circa 1 400 Schüler/innen pro Jahr würden in der Schule in annähernd 70 Klassen von rund 80 Lehrkräften unterrichtet. Als Leiterin einer staatlichen Schule sehe sie kein Problem in den geplanten zusätzlichen 200 Stunden allgemeinbildenden Unterrichts, Die Zeit könne genutzt werden, um fachbezogene Inhalte zu vermitteln. Die Absicherung des Theorieunterrichts sei an den staatlichen Schulen kein Problem. Anders sehe es mit dem Praxisunterricht aus. Die Schulleiterin empfahl die Einrichtung einer Koordinierungsstelle, in der Praxiseinrichtungen Hilfe beim Einsatz vom Schüler im Praktikum erfahren. Sie regte zudem eine allgemein zweijährige Ausbildung zum Pflegehelfer an, die auch Perspektiven für eine schulische bzw. berufliche Weiterentwicklung biete.

Es herrsche anhaltend hoher Fachkräftebedarf im Pflegebedarf, resümierte die Vertreterin von **ver.di/Landesbezirk Sachsen-Anhalt, Sachsen, Thüringen**. Bis 2030 werde dieser um über 30 Prozent ansteigen, gleichzeitig sinke jedoch die Zahl der Arbeitnehmer/innen (bzw. möglicher Auszubildender). Um die Besetzung der Stellen dennoch sicherzustellen, gelte es, verbindliche Vorgaben für eine angemessene Personalausstattung in den verantwortlichen Institutionen zu schaffen. Eine auskömmliche Vergütung, schon in der Ausbildung, sei die Grundlage für berufliche Perspektiven im Pflegeberuf. Nur so könnte zunächst die Absenkung der Ausbildungszahlen gestoppt werden. Es dürfe in der Altenpflege nicht zu einer Absenkung des Niveaus der Ausbildungs- und Prüfungsordnung kommen, dies führte zu einem starken Imageverlust des Berufszweigs. Die ver/di-Vertreterin forderte Schulgeldfreiheit in der Pflege in allen Schulformen, eine angemessene Ausbildungsvergütung, qualifizierte Praxisanleitung und die Aufrechterhaltung der betrieblichen Mitbestimmung.

Die Gesundheitsbranche sei in den letzten Jahren ein Jobmotor im Land gewesen, dies ändere sich nun nicht zuletzt aufgrund der demographischen Entwicklung, erklärte der Geschäftsführer der **LIGA der Freien Wohlfahrtspflege im Land Sachsen-Anhalt e. V.** Es sei schon schwer, das jetzige Niveau zu halten; die Zahl der Pflegebedürftigen wüchse jedoch - im Gegensatz zu den Pflegenden - rasant an. Aufgrund des Fachkräftemangels in allen Branchen werde auch die traditionelle Familienpflege leiden. Die Schulabgänger von heute würden überall in der Wirtschaft benötigt. Das Land brauche Berufswiedereinsteiger (durch Rehabilitation für den Arbeitsmarkt) und dringend den Zuzug von ausländischen Arbeitskräften.

2.2.2 Zustandsbeschreibung und Bestandsaufnahme der Krankenhauslandschaft in Sachsen-Anhalt in der 4. Sitzung am 14. August 2019

Die Enquete-Kommission führte am 14. August 2019 eine öffentliche Anhörung zum Themenkomplex „Zustandsbeschreibung und Bestandsaufnahme der Krankenhauslandschaft in Sachsen-Anhalt“ durch. Dazu lag der Kommission eine Studie des Instituts für Strukturpolitik und Wirtschaftsförderung im Auftrag der Krankenhausgesellschaft Sachsen-Anhalt zum Investitionsbedarf der Krankenhäuser Sachsen-Anhalts vor. Des Weiteren lagen schriftliche Stellungnahmen der Pfeifferschen Stiftungen, des Universitätsklinikums Halle sowie des Landkreistages vor.

Eingeladen waren entsprechende Institutionen und Kliniken aus dem Land.

Von den Fraktionen wurden folgende Sachverständige benannt und angehört:

AOK Sachsen-Anhalt
Pfeiffersche Stiftungen Magdeburg
Techniker Krankenkasse, Sachsen-Anhalt
Universitätsklinikum Magdeburg
Krankenhausgesellschaft Sachsen-Anhalt e. V.
Pfeiffersche Stiftungen Magdeburg
Verband der Ersatzkassen e. V., Sachsen-Anhalt
Baukoordinator für das Universitätsklinikum Halle
Universitätsklinikum Halle (Saale)
Barmer, Landesvertretung Sachsen-Anhalt
IKK gesund plus
Krankenhausgesellschaft Sachsen-Anhalt e. V.
Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt

Auszüge aus den Redebeiträgen in der Anhörung:

In den letzten Jahren seien die Bedürfnisse im Versorgungsbereich untersucht worden, erklärte der Geschäftsführer der **Krankenhausgesellschaft Sachsen-Anhalt e. V.** Es zeichne sich ab, dass die nötige Versorgung im Jugend- und mittleren Alter abnehme, die Versorgung für die Menschen höheren Alters nehme jedoch überproportional zu. Die Zahl von 48 Krankenhäusern (davon 12 öffentliche, 18 trägerbasierte, 18 rein private Kliniken) sollte nicht unterschritten werden. Die Interessen aller dieser Einrichtungen kämen nicht zuletzt bei der Investitionsförderfrage. So seien in den letzten 15 Jahren nicht ausreichend Mittel für die Instandhaltung (sogenannte Ersatzbeschaffungskosten) der in den 1990er Jahren sanierten Kliniken in die Landeshaushalte eingestellt worden. Die Krankenhausgesellschaft geht inzwischen von einem Investitionsstau von 1,528 Milliarden Euro aus.

Es herrsche ein dramatischer Fachkräftemangel bei Ärzten und Pflegekräften und eine Vergrößerung der Bevölkerung, dazu eine überbordende Abrechnungsbürokratie, sagte der Geschäftsführer bei den **Pfeifferschen Stiftungen Magdeburg**. Alle Krankenhausträger und deren Vorstände hätten Schwierigkeiten, Geplantes für die Zukunft umzusetzen. Man wolle daher verstärkt auf Spezialisierungen und trägerübergreifende Kooperationen setzen, um Investitionen zu sparen bzw. besser zu lenken und dadurch den Patienten fachlich besser versorgen zu können.

Den Universitätskliniken komme eine wichtige Rolle bei der Patientenversorgung in Sachsen-Anhalt zu, erklärte der Klinikdirektor für Anästhesiologie und Intensivtherapie vom **Universitätsklinikum Magdeburg**. Aber auch sie hätten mit Problemen zu kämpfen. Die Folgen der Negativspirale in Sachen Personal- und Investitionsmangel zeigten sich nun. Die Uniklinik Magdeburg zeige sich offen für Kooperationen mit anderen Kliniken; die Konkurrenzsituation bei der Suche nach Fachkräften werde kritisch beobachtet. Der Neubau von Klinikteilen (zum Beispiel Infektiologie, Hämatologie) sei notwendig, um entsprechendes Personal nach Magdeburg zu locken.

Die Uniklinik befinde sich in einem ordentlichen wirtschaftlichen Fahrwasser, betonte der Ärztliche Direktor am **Universitätsklinikum Halle (Saale)**. Besondere Schwerpunkte lägen in der Tumor- und Herz- sowie der Altersmedizin. Das Universitätsklinikum sehe sich in der Pflicht der Sicherstellung der medizinischen Versorgung im strukturschwachen südlichen Sachsen-Anhalt. Der Mangel der Finanzierung jedoch habe zu einer Schwächung der Attraktivität des Berufszweigs geführt, dieser Prozess müsse dringend umgekehrt werden.

Der **Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)** stellte dar, dass Sachsen-Anhalt eine im Bundesvergleich hohe Krankenhaushäufigkeit (mit niedrigem Schwierigkeitsgrad der Erkrankung) aufweist. Dabei sei die Krankenhaushäufigkeit im Süden um 20 Prozent höher als im nördlichen Sachsen-Anhalt - parallel dazu sei die Hausarztichte hier auch höher. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) Sachsen-Anhalt gebe an, dass gut die Hälfte der Krankenhausabrechnungen fehlerhaft sei.

Sachsen-Anhalt verfüge über zehn Schwerpunktkrankenhäuser und zwei Universitätskliniken. Damit habe das Land im Vergleich zu Thüringen oder Sachsen eine sehr hohe Dichte an Schwerpunktkrankenhäusern und ist damit überversorgt, erklärte die **AOK Sachsen-Anhalt**. Der Frage von Leistungskonzentration und Kooperation sei eine verstärkte Bedeutung einzuräumen. Patienten müssten sich darauf verlassen können, dass sie in einem Krankenhaus mit adäquater Ausstattung behandelt werden. Rettungsdienste sollten die am besten geeignete Klinik ansteuern. In Kliniken würden komplexere Operationen besser verlaufen, wenn sie häufiger durchgeführt würden, daher gebe es auch das Instrument der Mindestmengen. Sie sind ein probates Mittel, Komplikationsraten zu senken und tragen zur Konzentration von Leistungen bei.

Die Kooperation zwischen den Kliniken - also die Schaffung effizienter Strukturen mit besserer Leistungszuordnung - müsse ausgebaut werden, um die vorhandenen Ressourcen bestmöglich einsetzen zu können erläuterte die **IKK gesund plus**. Der Wettbewerb zwischen den Kliniken könne nur schwerlich ausgeschaltet werden, ebenso schwierig dürfte die Rekommunalisierung von Kliniken sein.

2.2.3 Gespräch mit dem Parlamentarischen Staatssekretär beim Bundesminister für Gesundheit zu den bundespolitischen Entwicklungen am 14. August 2019

Der Parlamentarische Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit, Herr Thomas Gebhart, gab als Gast der Enquete-Kommission in der Sitzung am 14. August 2019 einen Überblick über die Maßnahmen und Gesetzesinitiativen im Gesundheitsbereich, die derzeit seitens der Bundesregierung und des Deutschen Bundestages in die Diskussion eingebracht werden oder schon umgesetzt worden sind.

Der Parlamentarische Staatssekretär erwähnte unter anderem die Erhöhung des Mindestsprechstundenangebots, die bessere Vermittlung von Terminen bei Fachärzten und regionale Zuschläge für Ärzte, die sich in ländlichen unterversorgten Gebieten niederlassen, Regressrisiken seien umfänglich reduziert worden, Leistungsverbesserungen gebe es im Bereich der Heilmittelerbringer (zum Beispiel Physiotherapeuten), für deren Leistungen bundeseinheitliche Preise festgesetzt worden seien. Derzeit werde im Bundesgesundheitsministerium mit den Ländervertretern über die Verbesserung der Notfallversorgung diskutiert.

Die Psychotherapeutenausbildung soll neu geregelt werden - unter anderem mit einem neuen Studiengang. Die Modernisierung des Hebammenberufs steht im Fokus, ebenso ein Gesamtkonzept für die Gesundheitsfachberufe. Thema dabei soll unter anderem die flächendeckende Einführung der Schulgeldfreiheit sein. Es sei unzeitgemäß, dass angehende Physiotherapeuten noch für ihre Ausbildung zahlen müssten, betonte der Staatssekretär.

Darüber hinaus sei so viel Geld bereitgestellt worden, dass 13 000 zusätzliche Kräfte für die medizinische Behandlungspflege durch die Krankenkassen refinanziert werden können.

Die Einführung der elektronischen Patientenakte zu Beginn des Jahres 2021 stehe ebenfalls auf dem Plan. Es sei ein großer Schritt nach vorn, wenn alle Gesundheitsdaten an einer Stelle zur Verfügung stünden: Diagnosen ließen sich so schneller stellen, Wechselwirkungen rascher erkennen. Der Staatssekretär betonte, dass dabei die Belange des Datenschutzes zu beachten sind.

2.2.4 Entwicklung und Sicherung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum in der 5. Sitzung am 30. Oktober 2019

Die Enquete-Kommission führte am 30. Oktober 2019 eine öffentliche Anhörung zum Themenkomplex „Entwicklung und Sicherung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum“ durch. Neben der Stellungnahme der Landesregierung lagen der Kommission schriftliche Stellungnahmen der Salus-Altmark Holding gGmbH, des Hausärzteverbandes Sachsen-Anhalt, der Ärztekammer Sachsen-Anhalt, des Bundesverbands der Medizinischen Versorgungszentren sowie der kommunalen Spitzenverbände vor.

Auf die Vorschläge der Fraktionen hin wurden folgende Sachverständige zu diesem Fachgespräch eingeladen:

Hausärzteverband Sachsen-Anhalt e. V.
Städte- und Gemeindebund Sachsen-Anhalt
Salus Altmark Holding
Klinikum Burgenlandkreis GmbH
Ärztekammer Sachsen-Anhalt, Landesgeschäftsstelle
BARMER Sachsen-Anhalt, Landespressesprecher
Eigenbetrieb Sozialstation Hettstedt
Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt
Bundesverband Medizinische Versorgungszentren e. V.
Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt
Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt

Auszüge aus den Wortmeldungen in der Anhörung:

Die Schaffung bzw. das Zusammentragen einer gesicherten und regionalisierten Datenbasis, die dann allen zur Verfügung gestellt werden sollte regte die **Ärztekammer Sachsen-Anhalt** an. Erfasst werden die Bevölkerung, die Altersstruktur, die Krankenhäuser und die Medizinischen Versorgungszentren. Zusätzlich wird hinterlegt, welche Träger, wie viele Krankenhäuser und welche Abteilungen es gibt. Bisher könne nicht jeder auf diese Informationen und Daten zurückgreifen. Alle Ministerien, Behörden, Körperschaften und mit Landesmitteln finanzierten Institutionen müssten verpflichtet werden, die bei ihnen vorliegenden Daten zur Versorgung gegenüber einer Stelle, zum Beispiel der Enquete-Kommission oder einer anderen neutralen Stelle, zur Verfügung zu stellen, damit diese Informationen zusammengeführt werden können. Des Weiteren solle das Land die Voraussetzungen dafür schaffen, dass die aktuelle Bundesgesetzgebung und auch die durch das Land ergriffenen Initiativen zur Digitalisierung überhaupt eine Chance auf Umsetzung und Überführung in die Versorgung von Patienten haben.

Für die **Kassenärztliche Vereinigung** ist es eine Zukunftsaufgabe, den Ersatz für die in den Ruhestand gehenden Kollegen zu gewährleisten. Es müssen Ärzte zur Verfügung stehen, die bereit sind, sich im ländlichen Raum zu betätigen. Die Entwicklung der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung zeige einen Rückgang der Versorgungsaufträge. Die Altersstruktur der Haus- und Fachärzte zeige eine nicht optimale Entwicklung. Hinsichtlich der Landarztquote gibt es Für und Wider. Die Kassenärztliche Vereinigung findet sie immer noch positiv. Das Gleiche gelte für eine Facharztquote. Die behördliche Einflussnahme auf Honorarvereinbarungen der Krankenkassen mit der Kassenärztlichen Vereinigung sei nicht unbedingt förderlich. Wenn versucht werde durch Formalismen zu behindern, dann gefährde man auch eine Strukturentwicklung.

Auf die Schwierigkeiten junge Absolventen mit einem hohen Wissensstand für Sachsen-Anhalt zu gewinnen wies die **Kassenzahnärztliche Vereinigung** hin. Hierbei sei das vorrangig Problem die harten Komponenten, nämlich dass sich Sachsen-Anhalt im Rahmen der Vergütung nicht nur im Vergleich zu den alten Bundesländern, sondern im Vergleich auch zu den neuen Bundesländern am Ende der Liste bewegt. Jeder, der sich im ländlichen Gebiet niederlässt, ginge wesentlich einen Honorarverlust ein, obwohl er noch gar nicht gearbeitet hat. Weitere Bedingungen um sich auf dem Land niederzulassen sind folgende Punkte: Können meine Patienten und ich die Praxis leicht erreichen? Gibt es öffentlichen Nahverkehr? Sind Wohnraummietkosten oder Eigentum erschwinglich? Finde ich Kitas und Schulplätze? Hat meine Praxis, habe ich selbst digitale Anschlüsse? Habe ich selbst Zugang zur medizinischen- und zahnmedizinischen Versorgung? Hat meine Familie Zugang zu Kultur- und Freizeitangeboten?

Auf den Schwerpunkt internetbasierte Therapien und Telemedizin, die sowohl für die ambulante als auch stationäre Versorgung angewendet werden könnten verwies die **Salus gGmbH**. So bestände beispielsweise bei der Schlaganfallversorgung eine sehr erfolgreiche telemedizinische Kooperation mit der Charité in Berlin. Weitere telemedizinische Projekte auch in der Psychiatrie und Psychotherapie sollten finanziell unterstützt werden, da somit auch zeitliche Aufwände reduziert werden können. Dafür sollte in Sachsen-Anhalt eine entsprechende Infrastruktur geschaffen werden. Ein weiteres Problem seien die die Sektorengrenzen. Im Sinne einer integrierten Versorgung wurde für die Aufhebung dieser starren Grenzen geworben. Als weiteres wichtiges Thema wurde die Einführung eines Gesundheitsnavigators für Sachsen-Anhalt erörtert. Damit könnte Patienten und Ärzte eine unabhängige und auch werbefreie Navigation durch das Gesundheitssystem angeboten werden, um schneller Informationen über Kliniken und weitere Angebote zu bekommen.

Der **Hausärzteverband Sachsen-Anhalt** sprach sich für die Schaffung von hausärztlichen Versorgungszentren im ländlichen Bereich mit 3-5 Ärzten, die 5-8 Kommunen versorgen und sich aktiv um die Nachwuchsarbeit (Studenten und Ärzte in Weiterbildung) kümmern, aus. Dabei sollen auch die Möglichkeiten der Telemedizin genutzt werden. Dabei spielt die Breitbandversorgung im ländlichen Bereich eine entscheidende Rolle. Des Weiteren sei ein sprechendes Patienten-Bring-und Hol-System für die Versorgungszentren zu entwickeln. Außerdem sei für die Nachwuchsgewinnung eine Unterstützung des Arztes durch die Kommunen

bei der Beschaffung von Wohnraum und Arbeitsräumen, Kinderbetreuungsplätzen ect. erforderlich. Ein mobiler Arztarbeitsplatz (Arztbus) wird abgelehnt, weil wertvolle Arztarbeitszeit durch Fahrtzeit verloren geht.

2.2.5 Digitalisierung in Medizin und Pflege in der 6. Sitzung am 5. Februar 2020, 8. Sitzung am 17. Juni 2020 und 10. Sitzung 16.09.2020

Die Enquete-Kommission führte am 5. Februar 2020 eine öffentliche Anhörung zum Themenkomplex „Digitalisierung in Medizin und Pflege“ durch. Neben der Stellungnahme der Landesregierung lagen der Kommission schriftliche Stellungnahmen der Techniker Krankenkasse sowie der Deutschen Gesellschaft für Telemedizin e. V. vor.

Folgende Sachverständige wurde zur Anhörung eingeladen:

AOK Sachsen-Anhalt
Zentrum für Telematik und Telemedizin GmbH
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
AOK Sachsen-Anhalt
Landesfachkommission Gesundheitswirtschaft
Landkreistag Sachsen-Anhalt e. V.
Techniker Krankenkasse, Landesvertretung Sachsen-Anhalt
Innovationszentrum Digitale Medizin Aachen sowie Deutsche Gesellschaft für Telemedizin e. V.

Auszüge aus den Wortmeldungen in der Anhörung:

Der Mensch stehe im Mittelpunkt des medizinischen Handelns, die Digitalisierung könne zu einem schnellen Zugriff auf Behandlungsdaten des Patienten und somit zu einer schnelleren und besseren Versorgung führen erklärte die **Deutschen Gesellschaft für Telemedizin**. Es gelte, Ärztenetze mit gemeinsamen Qualitätsmaßstäben bei knapper werdenden Ressourcen und weniger Personal zu schaffen und angepasste Honorierungsformen aufzustellen. Es bedürfe notwendigerweise Plattformen zur effektiven Ressourcen- und Datennutzung, die Telemedizin solle in einem weiteren Schritt als verbindlicher Bestandteil der Regelversorgung etabliert werden.

„Wir müssen Akteure der Digitalisierung werden und nicht nur Konsumenten sein“, betonte der Dekan der **Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg**. Mit versierten Fachfirmen solle man nicht in Konkurrenz treten, sondern in regen Austausch. Die Nutzung digitaler Möglichkeiten werde nicht zu einer kurzfristigen Überwindung des Mangels an Fachpersonal führen, stellte er klar. Man müsse eine Transformation der medizinischen Strukturen zulassen, denn diese sei im Zuge der Digitalisierung unumgänglich. Die Ge-

nerierung einer bundes-, gar europaeinheitlichen elektronischen Patientenakte laufe schleppend, sei aber dringend notwendig. Das Personal müsse entsprechend geschult sein, um mit den neuen Medien im sich neu ergebenden Versorgungsnetzwerk auch umgehen zu können. Die Digitalisierung müsse hinsichtlich der technischen Entwicklung, der Untersuchung von deren Wirksamkeit und Nützlichkeit, der Nutzung evidenzbasierter Konzepte sowie der Anwendung und Weiterentwicklung der Ergebnisse in der Praxis beleuchtet werden, erläuterte der Professor.

Das Thema Digitalisierung müsse in ganz Deutschland gemeinsam vorangebracht werden, betonte die **Techniker Krankenkasse**. Manche bereits möglichen Leistungen könnten in Sachsen-Anhalt nicht angeboten werden. Ein guter Breitbandausbau sei die Voraussetzung - hier mangle es im Land noch, hinzu komme die Vernetzung der verschiedenen Akteure und die Selbstverantwortung beim Umgang mit den Daten. Ersetzen könne die Digitalisierung das analoge Medizinsystem aber nicht, beides werde parallel agieren. Sinnvoll wäre, die elektronische Patientenakte flächendeckend einzuführen - bisher sei diese nur als freiwillige Leistung geplant. Die Behandlung von Patienten könnte durch die gezielte Bündelung von Informationen sehr viel individueller gestaltet werden. Die TK biete zum Beispiel verschiedene Apps zur Vorsorge und Informationsergänzung an (zum Beispiel Tinnitus-, Pflege-, Migräne-App).

Die Digitalisierung im Gesundheitssektor biete große Chancen, sie könne ein Baustein für die medizinische Versorgung im ländlichen Raum sein, konstatierte die **AOK Sachsen-Anhalt**. Die Digitalisierung müsse mit Transparenz *Datenschutz*, Datensicherheit und Anwenderfreundlichkeit einhergehen. Bislang seien manche Projekte aufgrund der mangelnden strukturellen Voraussetzungen (Breitband) noch gescheitert.

Dem demographischen Wandel und der Digitalisierung muss sich das Land widmen, betonte die **Landesfachkommission Gesundheitswirtschaft des Wirtschaftsrats der CDU e. V.** Die digitale Zukunft sei nicht einfach da und entwickle sich willkürlich, sondern wir müssen sie selbst entwickeln und ihr die von uns gewollte Richtung geben. Es bedarf aber der technischen Voraussetzungen (Hochgeschwindigkeitsnetze!), um die digitalen Anwendungen überhaupt erst zu ermöglichen. Hier hinke Sachsen-Anhalt deutlich hinterher. Wir brauchen die ressortübergreifende Koordination, eine nachvollziehbare digitale Zielplanung und die Durchsetzung allgemeingültiger Standards betonte der Vertreter der Fachkommission.

Die Rahmenbedingungen der Digitalisierung würden zwar von der Bundesebene gestaltet, aber die einzelnen Länder hätten großen Anteil am Vorantreiben der Digitalisierung insgesamt, betonte der Vertreter des **Zentrums für Telematik und Telemedizin GmbH**. Die Videokonferenztechnik stehe heute flächendeckend zur Verfügung, damit würden unter anderem flächendeckend Telekonsile unterschiedlicher Arten möglich. Erfolgreich laufe in Nordrhein-Westfalen beispielsweise auch der Tele-Notarzt. In diese Bereiche müsse ausreichend investiert werden - möglicherweise mithilfe einer Koordinierungsstelle.

Die Anhörung wurde in einem zweiten Teil in der 8. Sitzung am 17. Juni 2020 fortgesetzt.

Folgende Sachverständige wurden angehört:

Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte im ÖGD, Landesverband ST
Otto-von-Guericke-Universität, Universitätsklinikum Magdeburg
Ärztekammer Sachsen-Anhalt
Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt
Techniker Krankenkasse, Landesvertretung ST
Halle-Neustädter Wohnungsgenossenschaft e.G.
ANG Punkt und Gut! GmbH
AOK Sachsen-Anhalt und Koordinierungsstelle der Landesverbände der Pflegekassen bei der AOK Sachsen-Anhalt
Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg
Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Auszüge aus den Wortmeldungen in der Anhörung:

Derzeit sei die Situation im gesamten öffentlichen Gesundheitsdienst und den Gesundheitsämtern des Landes sowohl in fachlicher, organisatorischer als auch in personeller Hinsicht schwierig erläuterte der **Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte im ÖGD e. V., Landesverband Sachsen-Anhalt**. Möglichkeiten der Digitalisierung könnten zum Beispiel die Verknüpfung zu niedergelassenen Ärzten, zu Universitäten oder zu Laboren sein. Dazu bedürfe es einer standardisierten Software und keiner Experimente. Hierfür sollte eine fertige Software zur Verfügung gestellt werden und keine Experimentalvarianten.

Für die **Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg** bedeutet Digitale Gesundheit, das Wissen und die Kompetenzen in der Medizin intelligent zu vernetzen. Mit der sogenannten digitalen Revolution 4.0. kann Alles mit allem vernetzt werden, zum Beispiel handelnde Akteure, Menschen, Patienten, Pfleger, aber auch Maschinen, Krankenakten nicht nur in Sachsen-Anhalt und in Deutschland, sondern auch weltweit. Eine Voraussetzung dafür, dass man Telemedizin betreiben kann sei u.a. eine verlässliche Kommunikationsstruktur, die es ermöglicht, hochsensible Patientendaten datenschutzgesichert zu transportieren. Die Zukunft liegt in digital ausgestatteten Portalkliniken. Dabei wird die Unterstützung des Landes bei der Finanzierung, beim Aufbau der Netzstruktur, G 5 sowie oder bei der Einbindung der Gesundheitsfachberufe benötigt.

Wir müssen eine abgestimmte koordinierte Digitalstrategie im Land entwickeln, damit nicht an jeder Stelle gute Ideen entstehen, die nicht miteinander korrespondieren erklärte die

Techniker Krankenkasse. Neben der entsprechenden Infrastruktur brauchen wir nach wie vor eine abgestimmte Strategie nicht nur im Gesundheitswesen.

Die **Halle-Neustädter Wohnungsgenossenschaft** berichtete über ein Pilotprojekt bei dem zahlreiche Mieter ihre Vitaldaten erfassen. Diese Daten werden an die Hausärzte und auch an die medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität weitergeleitet. Dort erfolgt ein Monitoring. Der Arzt wird in die Lage versetzt zu agieren - er kann den Patienten anrufen oder per Video kontaktieren. Die Menschen nehmen das Angebot sehr positiv an. Es gibt mittlerweile Kooperationen mit anderen Regionen in Sachsen-Anhalt.

Als Vertreter der IT stellte die **ANG Punkt und Gut! GmbH** fest, dass es keine Visionen gibt, aber Alle einem Bild folgen. Man hätte hier und dort einen Leuchtturm. Es werde aber Ziele benötigt, um eine IT-Strategie daraus abzuleiten und das Ganze auf taktische und operative Ebenen herunter zu brechen. KI setzt eine Automatisierung voraus, die nur bei Standardisierung funktioniert. Die Vernetzung, Breitbandausbau, Digitalisierung usw. sind die Grundlagen dafür. Die IT hätte immer die Aufgabe, das Business soweit es geht und so gut wie möglich zu unterstützen.

Die Digitalisierung kann vor allen Dingen helfen, administrative Prozesse besser zu bewältigen erläuterte die **AOK Sachsen-Anhalt**. Gerade bei Pflegebedürftigen ist es in Pandemiezeiten äußerst hilfreich, kontaktlose Arztkontakte oder kontaktlose Pflegeheim-Arztinteraktionen sicherzustellen. Bedingung ist, dass die Voraussetzungen für die Nutzung dieser nutzbringenden Technologien flächendeckend gegeben sind.

Die **Kassenzahnärztliche Vereinigung** möchte Wert darauf legen, dass nicht nur die Gesundheitssysteme miteinander kommunizieren müssen, sondern auch die dazugehörigen Randgebiete. Das Datennetz ist dabei zu unsicher. Mitarbeiter im öffentlichen Gesundheitsdienst, die sehr wertvolle Daten haben, können diese nicht weiterleiten, weil die Systeme nicht miteinander kommunizieren.

Das „Eckpunktepapier des Landesentrums Sachsen-Anhalt für Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung (LDG)“ hat die **Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg** erläutert. Mit dem Landeszentrum würde man eine Struktur schaffen, die eine synergiehebende Koordinierung bewirkt. Das Ziel ist eine effiziente Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Akteuren der Universitätsmedizin in Sachsen-Anhalt, den Akteuren der Gesundheitsversorgung, der Gesellschaft und der Wirtschaft zu realisieren. Das Landeszentrum für Digitalisierung soll eine Dachstruktur für die Digitalisierung in Pflege und Medizin bilden. Das beinhaltet auch, die vielen verschiedenen Kompetenzen und Partner, die es in diesem Bundesland gibt, zusammenzubringen.

In der Sitzung der Enquete-Kommission am 16. September 2020 wurde ein Bericht der Landesregierung zum Themenkomplex Digitalisierung in Medizin und Pflege entgegengenom-

men. In gleicher Sitzung hat die Medizinische Fakultät der **Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg** das fortgeschriebene Eckpunktepapier erläutert.

2.2.6 Gesundheitskonferenzen/Gesundheitsregionen integrierte Versorgung in der 9. Sitzung am 15. Juli 2020

Die Enquete-Kommission führte am 15. Juli 2020 eine Anhörung zum Themenkomplex „Gesundheitskonferenzen/Gesundheitsregionen integrierte Versorgung“ durch. Der Enquete-Kommission lagen zur Beratung ein Handout der Techniker Krankenkasse sowie eine Stellungnahme vom Gesundheitscampus NW vor.

Folgende Sachverständige wurden angehört:

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen
Altmarkkreis Salzwedel
Bundesverband Managed Care e. V.
Landespflegerat Sachsen-Anhalt
Carus Consilium Sachsen GmbH
Techniker Krankenkasse

Auszüge aus den Wortmeldungen in der Anhörung:

In Sachsen-Anhalt gebe es bereits eine Gesundheitskonferenz, lobte das **Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen**. In NRW gebe es diese nicht nur auf Landes-, sondern auch auf kommunaler Ebene. So sollen die Kommunen vor Ort im Sinne der Gesundheitsförderung gestärkt werden. Die Landesgesundheitskonferenz tage in der Regel einmal im Jahr, hier seien auch kommunale Vertreter beteiligt. Es gehe darum, Kooperationsstrukturen zu schaffen und die vielen unterschiedlichen Institutionen und Patienten an Entscheidungen zu beteiligen. Die Konferenzen widmen sich allen Themen aus dem Gesundheitsbereich, Schwerpunkte seien beispielsweise „Gesundheit im Alter“, „Prävention“ und „Versorgung von Geflüchteten“ gewesen. Die Geschäftsstellen befänden sich nach zwanzig Jahren derzeit in einem Generationswechsel, die Strukturen hätten sich allerdings bewährt. Den Kommunen eine solche Konferenz zu gewähren, sei zu begrüßen.

Die Vertreterin des **Altmarkkreis Salzwedel** berichtete von einem Gesundheitsfachtag im November 2019. Ausgangspunkt des Fachtags sei gewesen, dass im Altmarkkreis Salzwedel fünfzehn Hausarztstellen unbesetzt gewesen seien. Dies bedeutete, dass schätzungsweise 24 000 Menschen nicht hausärztlich versorgt gewesen seien, also etwa ein Viertel der Bevölkerung. Ziel sei gewesen, mit einem Maßnahmenkatalog aus diesem Fachtag herauszukommen, der anschließend auch umgesetzt werden sollte. Nach drei Impulsvorträgen sei man in Beratungen in drei Arbeitsgruppen eingestiegen und habe tatsächlich zahlreiche Maßnah-

men entwickelt. Darunter ein Stipendienprogramm, um junge Menschen, die Medizin studieren und sich verpflichten, anschließend zurückzukehren, finanziell zu unterstützen. Auch die Mediziner selbst verpflichteten sich, ein Mentorenprogramm einzuführen, um junge Menschen als Nachfolger im Beruf zu gewinnen. Die Verzahnung von ambulanter und stationärer Behandlung soll ebenfalls vorangebracht werden. „Es klappt nur, wenn man wirklich zusammenarbeitet“, wurde abschließend betont.

Grundsätzlich gebe es einen guten Zugang zur Gesundheitsversorgung, stellte der **Bundesverband Managed Care e. V.** fest. Das System als solches falle in der Bewertung dagegen nicht so gut aus. Hier stehe Wirtschaftlichkeit versus Qualität. Es gebe wenig Transparenz und Monopole in der Versorgung. Das System sei enorm reformbedürftig. Man müsse sich um die Unterversorgung, die schwindenden Versorgungsstrukturen, die sich wandelnden Qualitäten des Gesundheitspersonals und die geringe Kooperation zwischen den verschiedenen Fachbereichen kümmern. In einer Hausarztpraxis würden täglich im Schnitt 52 Patienten versorgt, neben echten medizinischen Entscheidungen würden auch Aufklärung, Information und persönlicher Austausch geleistet. Hier könnten allerdings auch nichtärztliche Gesundheitskräfte zum Einsatz kommen. Theoretisch gebe es genügend Pflegekräfte, doch „die Arbeitsbedingungen scheuchen die Menschen aus ihrem Beruf in der Pflege“, sagte die Geschäftsführerin von Managed Care. Es gehe also nicht unbedingt um den Gewinn neuer Kräfte, sondern es müsse mehr dafür getan werden, die ausgebildeten Kräfte im Beruf zu halten bzw. ausgestiegene Fachkräfte zurückzugewinnen - auch durch angemessene Löhne. Das System könne nur funktionieren, wenn die Bedürfnisse des Arbeitsmarktes berücksichtigt werden.

Der **Landespflegerat Sachsen-Anhalt** widmete sich in seinen Ausführungen den beiden Bereichen Personal und Struktur im Gesundheitsbereich. „Wir brauchen eine verbindliche Personalregelung“, die Personaluntergrenzenverordnung führe bisweilen zu einem Betreuungsdilemma und reiche als Regelung nicht aus. Bei der Gewinnung von qualifizierten ausländischen Pflegekräften würden den Einrichtungen unnötige Hürden in den Weg gelegt, die nicht mehr zeitgemäß seien. Wenn die Bewerber zum Teil einen Bachelor- oder Masterabschluss (aus der heimischen Universität) im Pflegebereich vorwiesen, reiche das, um auch Patienten in Deutschland zu behandeln. Gelobt wurde die generalistische Ausbildung in der Pflege. In der Qualifizierung der Fachkräfte müssten noch breitere Wege gegangen werden. Dies betreffe unter anderem die Themen künstliche Intelligenz und Robotik - hier gebe es noch viel Berührungsangst, das Thema gehöre bereits in die Ausbildung hinein. Der Landespflegerat warb dafür, die Digitalisierung und die Tarifbindung aller Pflegekräfte voranzutreiben. Natürlich seien bei der Digitalisierung entsprechende Investitionen in Hardware und Software notwendig. Wünschenswert sei auch, Fachkräfte einzustellen, die die Mitarbeiter/innen für neue digitale Möglichkeiten fitmachten. Für die bessere Organisiertheit des Sektors empfehle sich die Gründung einer Pflegekammer mit Qualitätssicherungsaufgaben und Interessenvertretung der Beschäftigten für Sachsen-Anhalt.

Es sei wünschenswert, auch den Menschen im ländlichen Raum eine gleichartige und gleichwertige medizinische Versorgung zu gewährleisten, erklärte der Geschäftsführer der **Carus Consilium Sachsen GmbH**. Man kämpfe gegen eine abnehmende Strukturqualität der medizinischen Versorgung, darunter auch viele geschlossene Apotheken. Schnelle Lösungen werde es nicht geben, aber man probiere neue Möglichkeiten aus, so auch neue Formen der ärztlichen Versorgung. Einer der Schwerpunkte sei die digitale telemedizinische und telenotärztliche Versorgung. Die Menschen - sowohl die Patienten als auch die Mediziner müssten an die technologischen Neuheiten herangeführt werden. Die Rahmenbedingungen seien eigentlich gegeben, man müsse es nur wagen, sie auch auszufüllen. Telemedizin berge viele Vorteile.

Vernetzung sei ein wichtiges Stichwort für die Gesundheitsversorgung im Land, betonte die **Techniker Krankenkasse** (Landesvertretung Sachsen-Anhalt). Allein deren Ausbreitung lasse zu wünschen übrig. Zwei Hürden seien zu nehmen: Die Vergütungssysteme im ambulanten und stationären Bereich müssten angepasst werden; Vergütung hänge bisweilen nicht von der Qualität, sondern vom Ort der Leistungserbringung ab. Es müsse darüber hinaus gelingen, die Kommunikation der verschiedenen Institutionen digital auf Augenhöhe zu betreiben, darunter fielen nicht nur Ärzte und Krankenhäuser, sondern auch Einrichtungen der Pflege, der Rehabilitation und der Heilberufe.

Die Durchführung von Gesundheitskonferenzen gehöre nicht unbedingt zu den kommunalen Aufgaben, sagte der stellvertretende Geschäftsführer des **Landkreistags Sachsen-Anhalt**, es fehlten die finanziellen, rechtlichen und gestalterischen Mittel, um Wünschenswertes im Gesundheitssektor auch durchzusetzen. Hier müssten die politischen Akteure mit Entscheidungsgewalt ins Boot geholt werden, diese seien am ehestens im Bund zu finden, weniger im Land, aber nicht in den Landkreisen oder Kommunen. Gesundheitskonferenzen könnten Versorgungsprobleme im Gesundheitssektor zwar darstellen, aber heilen könnten sie sie nicht, die Kommunen wären hierzu rechtlich und finanziell schlichtweg nicht in der Lage.

2.2.7 Infrastruktur und Personalausstattung der medizinischen und gesundheitlichen Versorgung in Sachsen-Anhalt außerhalb der stationären Krankenversorgung in der 10. Sitzung am 16. September 2020

Die Enquete-Kommission „Die Gesundheitsversorgung und Pflege in Sachsen-Anhalt konsequent und nachhaltig absichern!“ hat sich in ihrer Sitzung am 16. September 2020, mit der Infrastruktur und der Personalausstattung der medizinischen und gesundheitlichen Versorgung in Sachsen-Anhalt außerhalb der stationären Krankenversorgung befasst. Die Enquete-Kommission hatte sich darauf verständigt, zu diesem Themenkomplex eine Anhörung durchzuführen. Neben den zuständigen obersten Landesbehörden hatten auch Sachverständige die Gelegenheit, ihre Standpunkte zu diesem Thema vorzutragen.

Der Enquete-Kommission lagen schriftliche Stellungnahmen vom Landesverband für Hauskrankenpflege, von der Bundesagentur für Arbeit, vom ver.di Bezirk Sachsen-Anhalt Nord sowie vom Universitätsklinikum Halle (Saale) vor.

Sachverständige von folgenden Institutionen wurden angehört:

Hausärzteverband Sachsen-Anhalt e. V. (Vorsitzender)
Apothekerkammer Sachsen-Anhalt (Präsident)
Universitätsklinikum Halle (Saale) Diplommedizinpädagogin
Landkreistag Sachsen-Anhalt (geschäftsführendes Präsidialmitglied)

Auszüge aus den Wortmeldungen in der Anhörung:

Laut Krankenhausreport Deutschland gebe es einen massiven Mangel an Fachkräften nicht nur in den Kliniken, sondern auch im medizinisch-technischen Bereich, beispielsweise in der Laborassistenz und der Radiologie, erklärte das **Ausbildungszentrum Gesundheitsfachberufe am Universitätsklinikum Halle**. Ersatz an Fachpersonal könne nur erzielt werden, wenn jährlich mindestens 40 Auszubildende durch die Lehre gebracht werden, anderenfalls komme es zu erheblichen Engpässen auch in den Praxen. Die Ausbildungszentren müssten finanziell so ausgestattet sein, dass sie Personal für das ganze Land hervorbringen könnten. Eine Werbekampagne für diese Ausbildungsberufe sei durchaus eine Überlegung wert. Das Land sei auch in den Bereichen Physiotherapie und Logopädie gefordert. Bei Letzterer soll zukünftig per Studium ausgebildet werden, hierfür müsse das entsprechende Niveau gewährleistet werden. Am MTA-Reform-Gesetzentwurf (2020) der Bundesregierung wurde die Verschiebung der Lehrinhalte zu Ungunsten der Theorie kritisiert.

Seit sechs Jahren stagniere die Zahl der Hausärzte in Sachsen-Anhalt bei circa 1 440 (davon 1 385 in Vollzeit), auch die Arztarbeitszeit sei rapide gesunken, erklärte der Vorsitzende vom **Hausärzteverband Sachsen-Anhalt**. Der aktuelle Bedarf an zusätzlichen Hausarztsitzen belaufe sich auf 267. Circa 150 Hausärzte seien älter als sechzig Jahre und gingen in den kommenden fünf Jahren in Rente. Es sei angeraten, die Zahl der Medizinstudienplätze deutschlandweit um 15 Prozent zu steigern, auch um die fehlende Arbeitszeit der Teilzeitärzte auszugleichen. Des Weiteren solle die Qualifizierung des Assistenzpersonals vorangebracht werden. Empfohlen wird zudem die Schaffung von hausärztlichen Versorgungszentren (niedergelassener Ärzte) im ländlichen Bereich, um eine Praxis an jedem Werktag geöffnet zu halten; eine Anbindung fachärztlicher Sprechstundentätigkeit vor Ort oder per Telemedizin sei wünschenswert. Die Unterstützung der Ärzt*innen durch die Kommunen wäre gut, schnelles Internet (Videosprechstunde, digitales Terminmanagement, elektronische Patientenakte) sei mittlerweile essenziell.

In den 581 Apotheken im Land arbeiten gut 2 000 Apotheker*innen, resümierte der Präsident der **Apothekerkammer Sachsen-Anhalt**. Die niedrighschwellige Erreichbarkeit der Apotheken sei bei den Menschen im Land sehr willkommen. Nachwuchs sei auch hier eher Mangelware, die in Deutschland ausgebildeten Fachleute könnten den Bedarf der nächsten Jahre nicht abdecken. Apothekenübernahmen gestalteten sich schwierig, viele junge Kräfte scheuten den Weg in die Selbstständigkeit. Apotheken seien ohne Digitalisierung heute gar nicht mehr denkbar, eine flächendeckende Internetinfrastruktur sei also erforderlich. Die individuelle Betreuung der Patienten dürfe aber dennoch nicht vermindert werden. Eine zu enge Verknüpfung von Arzt und Apotheke sei juristisch zu hinterfragen. Problematisch gestalte sich auch das Angebot von ausländischen Versandapotheken, diese seien zum Teil nicht an deutsche Gesetze (zum Beispiel Festpreise für verschreibungspflichtige Medikamente) gebunden.

2.2.8 Corona-Pandemie in Sachsen-Anhalt in der 11. Sitzung am 28. Oktober 2020

Die Enquete-Kommission hat sich in ihrer Sitzung 28. Oktober 2020, mit dem Themenkomplex „Corona-Pandemie in Sachsen-Anhalt“ befasst und dazu eine öffentliche Anhörung mit Expertinnen und Experten durchgeführt. Neben den zuständigen obersten Landesbehörden hatten auch Sachverständige die Gelegenheit, ihre Standpunkte zu diesem Thema vorzutragen.

Der Kommission lagen zur Beratung Stellungnahmen der Humanas Pflege GmbH & Co KG sowie schriftliche Berichte der Landesregierung vor.

Sachverständige von folgenden Institutionen wurden angehört:

Humanas Pflege GmbH & Co. KG, Geschäftsführer
 Lebenshilfe Magdeburg, Bereichsleiterin Eingliederungshilfe
 Landkreis Wittenberg, Landrat
 Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste, Landesreferent
 Medinetz Halle (Saale), Vertretungsberechtigter
 Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt, Präsident
 Deutscher Verband für Physiotherapie, Landesverband Sachsen-Anhalt, Vorsitzende
 Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, Leitende Ärztin Geschäftsb. Medizin
 Landkreistag Sachsen-Anhalt, stellv. Geschäftsführer
 Medinetz Halle (Saale), Vertretungsberechtigter Vorstand
 Lebenshilfe Magdeburg, Geschäftsführerin

Zu Beginn der Beratung nahm die Kommission den Bericht der Landesregierung entgegen. Die Infektionszahlen im Land seien enorm angestiegen, konstatierte dabei Staatssekretärin Beate Bröcker (Ministerium für Arbeit, Soziales und Integration). Das Kabinett habe sich darauf verständigt, zunächst Lockerungen, die zum 1. November 2020 in Kraft treten sollten,

zurückzunehmen. Möglich würden Allgemeinverfügungen, um dem örtlich unterschiedlichen Infektionsaufkommen Rechnung zu tragen. Wichtiges Thema sei nach wie vor die Nachverfolgung der Infektionsfälle und der Kontaktpersonen. Der Pandemiestab des Landes arbeite rund um die Uhr, auch am Wochenende, so Bröcker. Ein weiterer Fokus liege auf vermehrte Schnelltests und die Ausarbeitung der kommenden Impfstrategie.

Bis Mitte Oktober seien etwa 50 000 Testungen durchgeführt worden, erklärte der Präsident des Landesamtes für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt. Auf eine solche Dauerbelastung sei das Amt nicht vorbereitet gewesen, deswegen seien die Maßnahmen in einem Testverbund (Magdeburg, Halle, Stendal) durchgeführt worden. Pro Woche könnten insgesamt 4 050 Tests bewältigt werden - wenn die materiellen und personellen Voraussetzungen erfüllt seien. „Hier haben wir Handlungsbedarf“, betonte der Präsident, der sich für eine Gehaltszulage für die stärker geforderten Mitarbeiter*innen (viel mehr Tests, zu betreuende Hotline) einsetzte. Zudem sei die digitale Vernetzung aller beteiligten Institutionen zum Zwecke der Datenübermittlung zwingend erforderlich.

Auszüge aus weiteren Wortmeldungen der Anhörung:

Die Bewältigung der Coronakrise laufe im **Landkreis Wittenberg** bisher komplikationsfrei und lösungsorientiert - mit dem Gesundheitsamt an der Spitze, betonte Jürgen Dannenberg, Landrat des Landkreises Wittenberg. Ein mehrfacher Infektionsfall (67 Fälle) in einem Pflegeheim in Jessen sei durch Hygienemaßnahmen, intensive Testung und Heimquarantäne überstanden worden. Der Landkreis habe 312 Infizierte seit Beginn der Pandemie, 58 seien davon zurzeit noch erkrankt. Mehrfachinfektionen seien auf verschiedene private Feiern (wieder in Jessen) zurückzuführen. Dannenberg sprach sich für eine Priorisierung der Pflichtaufgaben in den Ämtern durch die Landesregierung aus. Die Kontrolle der Einhaltung der Schutzmaßnahmen könne nicht allein durch die zuständigen Gesundheitsämter geleistet werden.

Man dürfe die Zuständigkeiten (unter anderem der Kassenärztlichen Vereinigung) nicht aus dem Blick verlieren, erklärte der stellvertretende Geschäftsführer des **Landkreistags Sachsen-Anhalt**. Die Landkreise und Gesundheitsämter könnten nicht alle Verantwortung allein tragen. Auch die Abstellung von Landespersonal in die Landkreise müsse geprüft werden. Es müsse eine Priorisierung von Aufgaben (der Gesundheitsämter) geben, um den Anforderungen der Pandemiebewältigung gerecht werden zu können.

Man habe bisher schon einen erheblichen Spagat bei der Bewältigung der Krise hingelegt, resümierte die Leitende Ärztin im Geschäftsbereich Medizin beim **Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Sachsen-Anhalt**. Man habe nicht nur Personal zur Unterstützung anderer Einrichtungen zur Verfügung gestellt, sondern habe auch hausintern für Schutzmaßnahmen (unter anderem viel Homeoffice) gesorgt. Auf Krankenhausbegehungen (das heißt Qualitätsprüfungen) sei verzichtet worden, um die Kliniken zu entlasten und die Mitarbei-

ter*innen zu schützen. Abrechnungen seien „am grünen Tisch“ geprüft worden. Die Beschwerden aus den Pflegeheimen hätten mittlerweile aber die Summe 100 überschritten. Hier gehe es vornehmlich um unsachgemäße Pflege, fehlende Mobilisierungsmaßnahmen, Isolation und Gewichtsverlust der Bewohner*innen.

Der **Medinetz Halle (Saale) e. V.** bietet seit 2014 ehrenamtlich medizinische Beratung und Vermittlung von illegalisierten Migrant*innen, Menschen im Asylverfahren und Personen ohne Krankenversicherung an, hohe Behandlungskosten werden durch Spenden getragen. Viele Menschen in Deutschland hätten keine Krankenversicherung oder hätten Schwierigkeiten, ihre Beiträge zu bezahlen, erläuterte Medinetz Halle. Infektions- und Gesundheitsschutz könnten aber nur funktionieren, wenn diese für alle zugänglich seien. Nicht versicherte Menschen könnten es sich nicht leisten, zum Arzt zu gehen oder Medikamente zu kaufen, sie würden also zur Gefahr für sich selbst und für andere. Infektionsschutz könne nicht gewährleistet werden, wenn Menschen auf engem Raum zusammenleben müssten, wie dies in der ZASt Halberstadt der Fall sei. Medinetz fordere daher, insgesamt Strukturen zu schaffen, die Menschen ohne Krankenversicherung auffingen, außerdem die Einführung der elektronischen Versicherungskarte für Asylbewerber*innen, um deren Behandlung zu vereinfachen und sicherer zu machen.

Das Unternehmen betreibe sechzehn Wohnparks im Land, erklärte die **Humanas Pflege GmbH & Co. KG**. Die Hygienemaßnahmen seien hier bereitwillig aufgenommen worden, weil man damit breite Erfahrung habe. Etwas schwierig sei die Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern gewesen, weil diese sich im Unternehmen regelmäßig an die falschen Ansprechpartner gewendet hätten (Pflegedienstleiter statt Manager). Die Arbeitsquarantäne (Zuhause-Arbeit-Zuhause) werde von den Beschäftigten als extrem belastend beschrieben.

Die bedrückenden Informationen zur Pandemie würden von Menschen mit Behinderungen/kognitiven Einschränkungen besonders sensibel aufgenommen, erklärte die Geschäftsführerin der **Lebenshilfe Magdeburg**. Man habe umgehend Maßnahmen ergriffen, um Informationen (in Leichter Sprache) an die betreuten/beschäftigten Menschen auszugeben und die Werkstätten/Wohnstätten zu schließen. Die Familien seien vor große Herausforderungen gestellt gewesen, weil plötzlich die erwachsenen Kinder wieder ganztägig zuhause betreut werden mussten. Deutlich sei geworden, dass man der digitalen Aufrüstung bedürfe. Man habe in der Pandemiezeit auch mit vielen Anfeindungen aus der Nachbarschaft der Einrichtungen zu tun bekommen, man sei offenbar von Akzeptanz und Inklusion noch sehr weit entfernt. Die Lebenshilfe warb für eine Corona-Prämie auch für die Beschäftigten in der Behindertenbetreuung.

Schutz und Teilhabe in Einrichtungen seien praktisch nicht in Einklang zu bringen, denn man sei für die Gesundheit und den Schutz der Menschen in den Einrichtungen verantwortlich, erklärte der Landesreferent beim **Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.** Die Kommunikation zwischen den beteiligten Institutionen (Einrichtungen/Ämter) sei drin-

gend zu verbessern, vor allem im ländlichen Bereich sei man oft auf sich selbst gestellt. „Die Pflege kann keine Pause machen, auch alle Vertragspartner müssen sich bemühen, zeitnah Entscheidungen zu treffen und Entscheide auszusenden“.

Die Heilmittelerbringer hätten schwere Zeiten durchlebt, rekapitulierte die Vorsitzende des Landesverbands Sachsen-Anhalt e. V. des **Deutschen Verbands für Physiotherapie**. „Wir sind froh, dass wir arbeiten dürfen, denn die Patienten brauchen uns auch.“ Die Therapeuten seien auch vom Besuchsverbot in Einrichtungen betroffen gewesen und hätten Patienten nicht behandeln dürfen. Es sei sehr schwer gewesen, an persönliche Schutzausrüstungen zu gelangen, sodass auch die Praxen Masken und Handschuhe vorrätig gehabt hätten. Große (personelle) Engpässe habe es in den ländlichen Gebieten gegeben. Sachsen-Anhalt müsse endlich das Schulgeld für die Ausbildung zum Heilmittelerbringer abschaffen, um die Versorgung der Patienten gewährleisten zu können. Problematisch sei, dass viele Kinder eingeschult worden seien, die einen Förderbedarf hätten, der aber durch die aktuellen Bedingungen nicht bearbeitet werden könne. Die Durchführung von Corona-Schnelltests in den Praxen sei unbedingt nötig, da man dicht an dicht am Patienten arbeite.

2.2.9 Barrierefreier Zugang zur medizinischen Versorgung für Menschen mit Behinderungen in Sachsen-Anhalt in der 13. Sitzung am 27. Januar 2021

Die Enquete-Kommission führte am 27. Januar 2021 Anhörung zum Themenkomplex „Barrierefreier Zugang zur medizinischen Versorgung für Menschen mit Behinderungen in Sachsen-Anhalt“ durch. Für die Beratung lag der Kommission ein Bericht der Landesregierung vor. Des Weiteren lagen Stellungnahmen des Allgemeinen Behindertenverbandes, der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt sowie der Liga der politischen Interessen- und Selbstvertretung von Menschen mit Behinderungen in Sachsen-Anhalt vor.

Eingeladen waren weitere Institutionen aus dem Land.

Von den Fraktionen wurden folgende Sachverständige benannt und angehört:

Beauftragter der Landesregierung für die Belange der Menschen mit Behinderungen
 Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt
 Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt
 Landkreistag Sachsen-Anhalt
 Allgemeiner Behindertenverband in Sachsen-Anhalt
 Liga der politischen Interessen- und Selbstvertretung von Menschen mit Behinderungen in Sachsen-Anhalt
 Landesfachstelle für Barrierefreiheit
 Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit Behinderung (MZEB) der Pfeifferschen Stiftungen

Auszüge aus den Redebeiträgen in der Anhörung:

Der Landesbehindertenbeauftragte betonte, dass der Begriff der Barrierefreiheit von „bedingt barrierefrei“ bis „uneingeschränkt barrierefrei“ ausdifferenzieren sei. Die Landesbauordnung enthalte zwar Regelungen zur Barrierefreiheit es fehlt allerdings ein klares Konzept um bereits bei der Planfeststellung ausführlich die Barrierefreiheit zu berücksichtigen. Problematisch sei zudem die Situation wenn es darum gehe, Arztpraxen bzw. Bestandspraxen zu übernehmen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat hierzu bereits im Jahr 2015 eine gutachterliche Stellungnahme erstellen lassen, die zu dem Ergebnis führt, dass der barrierefreie Umbau an einer Bestandspraxis gemäß DIN 18040 einen Kostenumfang von 128 800 € beinhalte. Diese erhebliche Summe wäre dann durch den Praxisinhaber zu übernehmen. Auf die nicht hinreichende barrierefreie Zugänglichkeit von Arztpraxen, Öffnungszeiten wurde auf medialem Wege aufmerksam gemacht. Aktuell haben die Behindertenbeauftragten von Bund und Ländern vor dem Hintergrund der aktuellen Pandemielage in einer gemeinsamen Erklärung konkrete Forderungen aufgestellt, wie zukünftig der Schutz von Menschen mit Behinderungen verbessert werden kann.

„Es sind nicht nur dauerhaft behinderte Menschen sondern es müssen auch die durch Krankheiten zeitweise in ihrer Alltagskompetenz eingeschränkte Patienten berücksichtigt werden“ betonte der Vertreter **der Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt (KZV LSA)**. Es gibt sehr viele Menschen, gerade in Sachsen-Anhalt, die eine tagtägliche Beeinträchtigung ihres Daseins haben. Dem müssen alle Akteure gerecht werden. Auf der Internetseite der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung ist eine Musterpraxis virtuell eingerichtet. In einem virtuellen Rundgang wird aufgezeigt welche Barrieren sich für die Patienten auftun und mit welchen teilweise einfachen Mitteln etwas getan werden kann. Viele Praxen sind allerdings privat angemietet, sodass es schwierig sei, bauliche Umbaumaßnahmen durchzuführen. Es wird zudem dringend Nachwuchs benötigt denn mit einer Übernahme von Bestandspraxen sei keine Neugründung verbunden. Gerade bei Zahnarztpraxen ist ein erheblicher baulicher und finanzieller Aufwand erforderlich. Die Kassenzahnärztliche Vereinigung hält etliche Beratungsangebote bereit. Positiv ist, dass Sachsen-Anhalt im bundesweiten Vergleich die meisten Kooperationsverträge zu Pflegeheimen aufweist, was sehr viel mit Ehrenamt und Enthusiasmus der Kollegen zu tun habe.

Der Vertreter des **Landkreistages** führte aus, dass selbstverständlich alle Kommunen sowohl auf der gemeindlichen Ebene als auch auf der Landkreisebene ein großes Interesse daran haben, dass die ambulante medizinische Versorgung auch im Bereich der Zahnärzte vorhanden sei und funktioniere. Andererseits gehöre dies nicht zum pflichtigen Bereich der Daseinsvorsorge. Das bedeute im Ergebnis nichts anderes, als dass jedes finanzielle Engagement in diesem Bereich nur dann möglich ist, wenn die betreffende Kommune tatsächlich über hinreichende finanzielle Haushaltsmittel verfügt.

Wir brauchen einheitliche, vergleichbare Erhebungsbögen bei der Erfassung von Barrierefreiheit betonte der Vertreter des **Allgemeinen Behindertenverbandes in Sachsen-Anhalt (ABiSA)**. Viele Aspekte sind in eigenen Untersuchungen zur Barrierefreiheit der ABiSA aufgefallen. So sollten z. B. Zuwegungen in die Betrachtung einbezogen werden. Wie kommt ein Behinderter zum Krankenhaus oder zur Praxis, wie sind die Wegweiser, wie sind die Orientierungstafeln beim ÖPNV? Auch die Gestaltung der Behindertenparkplätze wird kaum dargestellt. „Jeder Arzt, jede Ärztin sollte sich die Frage stellen: Wie erleben die Patientinnen und Patienten mit einer Behinderung einen Krankenhausaufenthalt vom barrierefreien Zugang über die Behandlung bis zur Entlassung“, so der Vertreter der ABiSA. Die Politik sollte Gremien wie den Landesbehindertenbeirat oder die Fachstelle für Barrierefreiheit viel stärker einbeziehen. Besonderer Aufmerksamkeit bedürfen Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen. Hier sollten gesetzliche Möglichkeiten geschaffen werden, den Umgang mit diesen Patienten zu schulen.

„Wir vertreten bei der Frage der Barrierefreiheit einen starken menschenrechtlichen Ansatz und orientieren uns da an den Vorgaben, die der UN-Fachausschuss im Rahmen des Staatenberichtes des Ausschusses für die Rechte der Menschen mit Behinderungen bereits 2015 zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland verfasst hat“ betonten die Vertreterin der **Liga der politischen Interessen- und Selbstvertretung von Menschen mit Behinderungen in Sachsen-Anhalt e. V. (Liga)**. Dort werde deutlich gemacht, dass der Zugang zur Gesundheitsversorgung für Menschen mit Behinderung sehr ungenügend ist, wobei die Barrierefreiheit nicht nur die bauliche Barrierefreiheit ist. Vielmehr gebe es eine ganze Reihe von anderen Barrieren, denen Menschen mit Behinderung begegnen, wenn sie verschiedene Dienste in Anspruch nehmen. Menschen mit Sehbehinderung und Menschen mit Gehörlosigkeit muss der uneingeschränkte Zugang zu den Gesundheitseinrichtungen ermöglicht werden, so die Vertreterin der Liga. Zum Beispiel fehlen sehr häufig behindertengerechte Parkplätze vor den Praxen und Gesundheitseinrichtungen oder auch Markierungsschleifen für Menschen mit Sehbehinderung. Ein weiterer Schwerpunkt sei die Aus- und Fortbildung zum Umgang mit Menschen mit Behinderung für Gesundheits- und Pflegekräfte, wo Handlungsbedarf bestehe. Bei der Ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung (EUTB) sei es wichtig die Informationen auch barrierefrei zur Verfügung zu stellen. Schließlich sollte das Ehrenamt noch sehr viel mehr unterstützt werden. Die Betroffenenverbände und Beratungsstellen sollte in die Umsetzung der Barrierefreiheit stärker eingebunden werden.

Die Vertreterin des **Medizinischen Zentrums für Erwachsene mit Behinderung der Pfeifferschen Stiftungen (MZEB)** führt aus, „dass unter dem GdB von 50 nur Menschen mit bestimmten Diagnosen, die eine geistige Einschränkung oder Einschränkung der Kommunikationsfähigkeit aufweisen, gefasst sind, nicht aber Menschen mit komplexen und seltenen Erkrankungen, die im Regelsystem nicht ausreichend versorgt sind.“ Dies sei sehr problematisch und spiegelt nicht die aktuelle Situation wider. Die Praxis der Zulassungsgremien, bei denen es wohl keinen verbindlichen Spielraum bei der Interpretation der Gesetzestexte gä-

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.

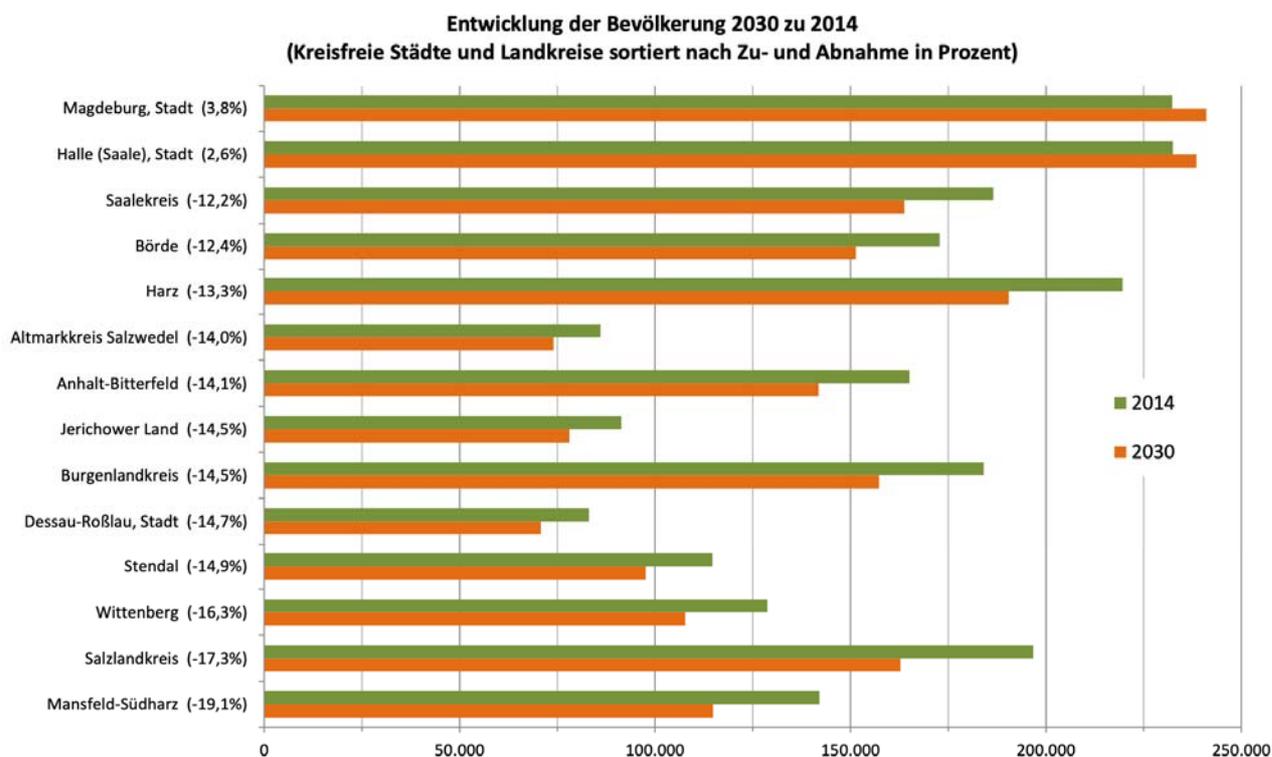
Durch die Novellierung des Krankenhausgesetzes in Sachsen-Anhalt wurden die gesetzlichen Rahmenbedingungen dafür geschaffen, die Versorgungsqualität in das Zentrum der Strukturentwicklung der stationären Versorgung zu stellen. Insbesondere die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschuss zur Qualitätssicherung 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 verbrieftete 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 Bundeseite 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.

4. Stellungnahmen gemäß § 17 Abs. 6 GO.LT

4.1 Stellungnahme der Mitglieder der Fraktion AfD

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

1. Das Ministerium arbeitet in vielen unterschiedlichen Gremien und Arbeitsgruppen bzw. Arbeitskreisen. Die Koordination sowie die Strukturierung zur Neuausrichtung der Pflegeberufe ist eine sehr aufwendige und langfristige Entwicklung. Hier bestand der Eindruck, dass die Kommunikation und Zusammenarbeit nicht reibungslos verläuft und es aus diesem Grund unterschiedliche, zum Teil auch nicht bearbeitete Problemfelder gibt.

Auch gestaltete sich die Entscheidungsfindung in den einzelnen Arbeitsgruppen sehr schwierig. Nach Aussagen durch einige Schulträger besteht in vielen Fragen und bei der Erstellung von Plänen kein Mitspracherecht.

2. Deutliche, noch immer nicht gelöste Differenzen bestehen nach wie vor, oder müssen zeitnah nachjustiert werden, um nicht größere Komplikationen entstehen zu lassen in den Bereichen:

- Zugangsvoraussetzungen zum Unterrichten in der generalisierten Ausbildung
- Absoluter Lehrermangel in der Gesundheitsbranche absehbar - dringender Handlungsbedarf
- Investitionskosten für Ausbildungseinrichtungen
- Kooperationen zwischen Schulen der Altenpflege und Kliniken gestalten sich schwierig, um stationäre Langzeitpflege zu sichern, besteht hier Handlungsbedarf
- Praxisanleiter werden massiv gebraucht, sind in der Praxis zu wenig vorhanden und wurden nicht nach der neuen Anforderung ausgebildet, auch hier besteht nach wie vor Handlungsbedarf
- Wie gestaltet sich der Umgang mit der Pflegehelferausbildung

3. Die demografische Lage spitzt sich immer mehr zu. Die Pflegebedürftigkeit der Menschen in Sachsen-Anhalt steigt kontinuierlich. Mangel an Fachschwestern/-pflegern und Pflegekräften zeigt sich deutlich. Ob die neue generalistische Ausbildung den Ersatzbedarf decken wird, ist fraglich.

4. Das „Triple-Win-Projekt“ zeigte in Sachsen-Anhalt keinen Erfolg, auch die Integration von Mitarbeitern aus anderen europäischen Ländern zeigte keinerlei Entlastung in der Pflege.

Handlungsempfehlungen

In den Anhörungen und Stellungnahmen der einzelnen Akteure wurden Handlungsalternativen deutlich dargelegt. Diese sollten zeitnah und gebündelt Beachtung finden, um Problemlagen schnellstmöglich zu lösen.

- Mindestanforderungen für Pflegeschulen müssen erarbeitet werden
- Lehrplan in der Stundenverteilung für Praxiseinsätze sind zu überdenken, es fehlen 200 Stunden für diesen Einsatz
- Überdenken eines Berufsvorbereitungsjahres für Schüler mit weniger guten Abschlüssen
- Problematik Lehrkraftgewinnung - Zugangsvoraussetzung für Theorie und Praxis
- Ausrichtung der Gesundheitsfachberufe mit medizinischen Kompetenzen
- Voranbringen einer akademisierten Ausbildung - Advanced Nursing Practice - dies führt zu einer Entlastung der Ärzte und prägt das Bild der Pflege neu (Aufwertung des Berufsstandes)
- Gleichstellung der Vergütung in der Kranken- und Altenpflege trägt zur Arbeitszufriedenheit bei und wirkt einer Abwanderung vor
- Verbesserung der allgemeinen beruflichen Situation herbeiführen - dazu gehört unter anderem auch der Abbau der Bürokratie und eine Entlastung der Kranken- und Pflegekräfte

Zustandsbeschreibung und Bestandsaufnahme der Krankenhauslandschaft in Sachsen-Anhalt

1. Zu diesem Thema waren alle Fachexperten geladen, die über Zustandsbeschreibungen und Bestandsaufnahmen, Patientenströme, Finanzierungen und Planungen Auskunft erteilen konnten. Besonders deutlich zum Vorschein kam die prekäre Situation um die Finanzen der Kliniken und die Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgung im Land.

Sachsen-Anhalt besaß zu dem Zeitpunkt der Anhörung noch 48 Krankenhäuser, Stand heute sind es 46. Schon zu diesem Zeitpunkt warnte die Krankenhausgesellschaft vor Schließungen. Man benötigt diese Krankenhäuser, um eine wohnortnahe Versorgung gewährleisten zu können.

2. Deutlich wurde in diesem Zusammenhang, die Trägervielfalt der Krankenhäuser im Land Sachsen-Anhalt. In öffentlicher Hand befinden sich 12 Häuser, 18 sind freigemeinnützig und 18 Häuser sind private Träger.

3. Ein weiterer Schwerpunkt der Sitzung war die Investitionsförderung der Krankenhäuser. Die Investitionsförderung des Landes wird seit 2006 immer weiter zurückgefahren. Einzelinvestitionen tätigt das Land (bis auf 3 Ausnahmen) schon lange nicht mehr. Die vorübergehende Schließung der Kinderonkologie am Universitätsklinikum Magdeburg stellt

nur die Spitze des Eisberges dar. In vielen Kliniken des Landes besteht ein dringender Investitionsbedarf, dies bestätigten in der Anhörung alle Fachexperten.

Handlungsempfehlungen - Kliniken

- Langfristig ist eine Rekommunalisierung der Krankenhauslandschaft anzustreben
- durch eine gezielte und bedarfsgerechte Krankenhausplanung kann eine notwendige Konzentration von Leistungen gelingen
- eine höhere Qualität pro Leistungsschwerpunkt bedeutet eine Verbesserung der Versorgungsqualität, der Patientensicherheit und der Patientenzufriedenheit
- Regionale Leistungsabstimmungen-Umwandlung stationärer Einrichtungen in ländliche Gesundheitszentren mit notärztlicher Versorgung und kurzstationäre Aufenthalte
- Kommunale Kliniken können als Verbundkliniken zusammenarbeiten, um Doppelstrukturen aufzulösen
- Alle Krankenhäuser, die im Krankenhausplan aufgenommen sind, haben einen Rechtsanspruch auf Investitionsförderung. Mit der Neuregelung des § 10 KHG hat der Gesetzgeber die Option geschaffen, eine Investitionsförderung anhand leistungsorientierter Investitionspauschalen zu ermöglichen. Im Jahr 2001 wurde das InEK gegründet, hier wird jährlich der Investitionsbedarf der Krankenhäuser ermittelt. Aktuell wird der Investitionsbedarf um 50 Prozent unterschritten
- Investitionsstau ist für jedes Krankenhaus zu erfassen und aufzulösen

Handlungsempfehlungen - Personalmangel

- Das Landarztgesetz ist in seiner jetzigen Ausführung weiterhin bedenklich und löst in keiner Weise den Ärztemangel. Es besteht nach wie vor die Gefahr der hausärztlichen Unterversorgung in ländlichen Regionen.
- Die für die hausärztliche Versorgung vorgesehene 5 % Quote muss auf 20 % erhöht werden und die Gesamtzahl der Medizinstudienplätze muss daraufhin ebenfalls erhöht werden
- Viele Krankenhäuser können den Ärztebedarf nur noch mit Ärzten decken, die ihre fachliche Qualifikation im Ausland erworben haben - ein systematisches Abwerben aus dem Ausland erscheint uns hier nicht notwendig, zumal es in Sachsen-Anhalt genügend leistungsfähige Abiturienten gibt, die gerne Medizin studieren möchten - hier besteht dringender Handlungsbedarf, um ausreichende Studienplätze zu schaffen
- Der Zuzug von ausländischen Pflegekräften stellt nach Expertenmeinung keine Lösung dar, da diese durch mangelnde Sprach- und Schriftkenntnisse in der Praxis schwer zu integrieren sind
- Die Gewinnung von Pflegekräften wird zunehmend schwieriger werden, da die Umsetzung des Pflegepersonalstärkungsgesetz zum Abwerben führt und der Markt nicht genügend Personal zur Verfügung hat
- Abzuwarten bleibt, ob die generalistische Ausbildung diesen Beruf attraktiver macht, dies ist engmaschig zu beobachten

Entwicklung und Sicherung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum

Im ländlichen Raum in Sachsen-Anhalt ist die soziodemografische Entwicklung am deutlichsten zu spüren. Durch die erhöhte Abwanderung der jungen Familien im ländlichen Raum, können sich viele alte Menschen im Falle von Krankheit und Pflegebedürftigkeit nicht mehr auf die familiären Netzwerke verlassen. Sachsen-Anhalt hat die Höchstwerte bei den Altenquotienten.

Die alternde Gesellschaft ist geprägt von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen, Skelett- und Muskelerkrankungen, Diabetes und Demenzerkrankungen. Dies sind alles Krankheitsbilder, die eine regelmäßige ärztliche Konsultation und regelmäßige medizinische Behandlungen bedürfen.

Handlungsempfehlungen

- Um langfristig Personal in ländlichen Regionen zu sichern, muss das Umfeld so gestaltet werden, dass den Bedürfnissen der heimatverbundenen und neu zugezogenen jungen Menschen Rechnung getragen wird, d. h. Geburtshilfe, Kita, Schule usw.
- Die Sozialwirtschaft ist auch im ländlichen Raum ein wichtiger Arbeitgeber und bietet neue Beschäftigungsmöglichkeiten
- Auch hier Ausweitung der Landarztquote und Erhöhung der Gesamtzahl der Studenten
- Erhalt und Stärkung kleinerer Häuser im ländlichen Raum - Finanzierung durch Land-Krankenhäuser gehören in kommunale Hände
- Schaffung von flexiblen Arbeitszeitmodellen
- Pilotprojekte für ländliche Räume entwickeln
- Ausbau Telemedizin
- Strukturen und Prozesse der Kliniken planen und neu ausrichten
- Gründung ländlicher Versorgungszentren mit kurzzeitiger stationärer Versorgung
- Kommunale Krankenhausstrukturen bündeln

Digitalisierung in der Medizin und Pflege

Die Grundversorgung mit schnellem flächendeckendem Internet in ländlichen Regionen ist nicht gewährleistet. Daher gibt es in ganz Sachsen-Anhalt starke Probleme bei der Einführung und Umsetzung der digitalen medizinischen Versorgung. Die Landesregierung muss hier schnellstmöglich ansetzen und Lösungen finden, um ein weiteres „Hinterherlaufen“ zu verhindern.

Digitalisierungsprozesse müssen durch einheitliche Standards, erleichterte Zugänge und schnelle Bearbeitungswege vereinfacht werden.

Digitalisierung bedeutet, Investition in die Zukunft, um dort langfristig Zeit und Geld sparen zu können.

Das Universitätsklinikum führt im Bereich Digitalisierung in der Medizin und Pflege ein Projekt durch, welches als Strategie der regionalen Entwicklung der versorgenden regionalen Gesundheitswirtschaft erstellt wird. Vor diesem Hintergrund wird die Landesregierung gebeten, dieses Strategiepapier zu nutzen und gemeinsam mit dem Landeszentrum für Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung auf interdisziplinärem und interprofessionellem Weg schnellstmöglich umzusetzen.

Eine besondere Rolle spielt dabei auch ein praktikabler Datenschutz, hier gilt es einheitliche Regelungen zu treffen. Gesetzliche Vorgaben müssen das Ziel des Patientenschutzes erfüllen.

Die Landesregierung wird gebeten, den Ausschuss für Finanzen und den Ausschuss für Wirtschaft in die Finanzierung der Digitalisierung einzubeziehen und über die Ausstattung der Rahmenbedingungen für Krankenhäuser in Bezug auf investive Mittel in der Umsetzung der Digitalisierung Entscheidungen zu treffen.

In diesen Beratungen sind die Ausstattungen der öffentlichen Gesundheitsdienste nicht zu übersehen. Darüber hinaus müssen die Landkreise und kreisfreien Städte in diese Beratungen mit einbezogen werden und Konzepte vorlegen, wie diese Bereiche weiterentwickelt werden müssen.

Gesundheitskonferenzen/Gesundheitsregionen integrierte Versorgung

In Sachsen-Anhalt fehlt eine Instanz, die auf regionaler Ebene Vereinbarungen mit möglichst allen Leistungserbringern und dem ÖGD trifft und eine Zusammenarbeit ermöglicht, um eine Optimierung der Prozesse zu gewährleisten. Sie soll das Bindeglied zur Landesebene darstellen. Diese Einrichtung sollte schnellstmöglich erfolgen.

Gerade für den ländlichen Raum stellt sich oft auch die Frage der Aufrechterhaltung der Qualität der medizinischen Versorgung in Verbindung mit einem Mangel an Ärzten oder Pflegepersonal. Ziel ist es, Strukturen zusammenzuführen, um diesen Mangel kurzfristig auszugleichen und langfristig beheben zu können. Lösungen sind zu finden und ein sektorenübergreifendes Agieren zu ermöglichen.

Ziel ist es, weiterhin Doppelstrukturen zu vermeiden und Aufgaben zu delegieren und Personal zu bündeln.

Die Landesregierung wird hier gebeten, die Gründung in den Landkreisen und kreisfreien Städten zu prüfen und zu unterstützen.

Infrastruktur und Personalausstattung der medizinischen und gesundheitlichen Versorgung in Sachsen-Anhalt außerhalb der stationären Krankenversorgung

1. Die ernsthafte Problematik in der Struktur der Hausärzte besonders im ländlichen Raum ist allen bekannt. Wie bereits unter Punkt 3.2 und 3.3 muss es hier kurzfristig zu einer deutlichen Erhöhung der Studienplätze in der Gesamtzahl kommen.

Die Landesregierung wird deshalb gebeten, unverzüglich zu prüfen, wie kurzfristige Erhöhungen erfolgen können. Das durchschnittliche Alter der Hausärzte liegt laut Auskunft des Hausärzteverbandes bei 54 Jahren. Bevor ein Studium abgeschlossen werden kann, vergehen zwischen 8 und 10 Jahre. Hier wird deutlich, dass die zu füllende Lücke immer größer werden wird. Der Forderung der Berufsverbände ist daher Rechnung zu tragen.

2. Die Landesregierung wird dazu angehalten, den Breitbandausbau weiter zu forcieren. Dieser ist notwendig, um Telemedizin und weitere medizinisch-technische Anwendungen im ländlichen Bereich auszubauen. Darüber hinaus ist dies in Ausbildungsberufen zu integrieren.
3. Die Rekrutierung von Pflegefachkräften und die Anpassung qualitätsgerechter Personalausstattung haben sich nach wie vor nicht verbessert. Hier sollte die Landesregierung nicht nur über Pflegepersonal sprechen, sondern auch über die therapeutischen Berufszweige, die eine elementare Rolle in der Versorgungssicherheit der Bevölkerung darstellen. Ein eklatanter Mangel besteht unter Logopäden und Physiotherapeuten. Dieser Mangel bedarf einer kurzfristigen und zielorientierten Lösung. Ein Abwerben auf dem Arbeitsmarkt findet derzeit unter allen Berufsgruppen statt. Die stationäre Versorgung benötigt Fachpersonal, um die Personalverordnung erfüllen zu können und Fachabteilungen wie eine „Stroke Unit“ benötigen z. B. Logopäden, um Patienten aufnehmen zu können und fachgerechte Versorgung zu gewährleisten. Wird dieses Personal auf dem freien Arbeitsmarkt abgezogen, entstehen in der nicht-stationären Versorgung Lücken.

Corona-Pandemie in Sachsen-Anhalt

1. Die Corona-Pandemie zeigte sehr deutlich, in welcher zugespitzten Situation sich das Gesundheitswesen befindet. Die vielfältigen Aufgaben des ÖGD wurden sichtbar und mit diesem Einblick auch die Misere in unserem Gesundheitssystem.

Die Landesregierung wird daher angehalten, folgende Handlungsempfehlungen umzusetzen:

- Gegen gravierende Schwachstellen im Gesundheitssystem und die unzureichende Vorbereitung eine Gesundheitskrise: Entwicklung von Strategiekonzepten
- Investition in die Gesundheitsversorgung, das bedeutet, Kliniken auszufinanzieren und ÖGD inkl. Ärzte besser zu entlohnen

- Die Kosten für ein widerstandsfähiges Gesundheitssystem sind geringer als die wirtschaftlichen Folgen
 - Jetzt handeln und Konzepte erstellen, um das Gesundheitssystem nach der Krise aufzufangen
 - Einbeziehung der Kommunen in der Bewältigung der Krise
 - Verbindliche Regelungen erstellen
 - Langfristige Konzepte für Pflegeeinrichtungen und Behindertenhilfe erstellen
 - Einbeziehung der Krankenversicherungen
2. Die Lage macht deutlich, dass eine Vernetzung stattfinden muss. Alle Akteure des Gesundheitswesens sind in diese Gespräche miteinzubeziehen. Einzubinden ist hier die Universität mit ihrem Projekt Landeszentrum für Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung.
 3. Besonders zu berücksichtigen sind hier der Schutz der vulnerablen Gruppen und die Auswirkungen auf die Psyche und Gesundheit der Menschen. Derzeit stellt sich die Situation wie folgt dar: Operationen werden im großen Maß verschoben, Patienten trauen sich nicht zum Arzt.

Barrierefreier Zugang zur medizinischen Versorgung für Menschen mit Behinderungen in Sachsen-Anhalt

1. Menschen mit Behinderungen benötigen oft spezielle Gesundheitsdienste. Verschiedene Hürden schränken den Zugang zur Gesundheitsversorgung jedoch erheblich ein. Dazu zählen unter anderem mangelnde Raumkonzepte und Ausstattungen, Kommunikationsschwierigkeiten sowie Kosten für Transporte.

Die aktuelle Situation zeigt, dass es in Sachsen-Anhalt eine rechtliche Verordnung zur Herstellung der Barrierefreiheit im ambulanten und stationären Sektor gibt, diese aber nicht dazu führt, dass in absehbarer Zeit die Mehrzahl der Angebote barrierefrei gestaltet wird.

Der Bericht des Ministeriums für Arbeit, Soziales und Integration vom 22.01.2021 zeigt, dass die Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen rollstuhlgerecht ausgestattet sind, aber in den Bereichen Blindenleitsystem, Gebärdensprache und Umgang mit Demenzpatienten noch gravierende Defizite bestehen.

2. Lobend zu erwähnen sind die Bemühungen der KV Sachsen-Anhalt bei der Unterstützung und Beratung zu einer barrierefreien Praxis. Schön wäre es hier in diesem Bereich eine feste Regelung zu treffen.
3. Der barrierefreie Zugang muss konsequent weiter ausgebaut werden. Dazu zählt aber als erstes, dass durch die Landesregierung eine Bestandsaufnahme erfolgen muss. Damit wäre es der Landesregierung möglich, ein Konzept zu erstellen, in der auch der Investitionsbedarf ersichtlich wird.

4. Die Problemfelder der fehlenden Sprachverständigung/leichte Sprache für Menschen mit kognitiven Einschränkungen, die Entwicklung der Teilhabe digitaler Möglichkeiten für Menschen mit kognitiven Einschränkungen, die Gebärdensprache und vor allem die Sicherstellung medizinischer Behandlungen sind dringend zu berücksichtigen.
5. Die Versorgung für Menschen mit Mehrfachbehinderungen muss sichergestellt werden, derzeit bestehen hier im Umgang und in der Betreuung sowie der Kostenübernahme gravierende Schwierigkeiten. Diese sind von der Landesregierung schnellstmöglich zu erfassen und zu beheben.

4.2 Stellungnahme der Mitglieder der Fraktion DIE LINKE

Vorbemerkung

Die wesentlichen Inhalte des Berichtes und der Schlussfolgerungen werden von der Fraktion DIE LINKE geteilt. In der Stellungnahme werden deshalb nur die Punkte dargestellt, die ausdrücklich einen Dissens enthalten.

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

Die Fachkräftegewinnung ist sowohl im medizinischen als auch im pflegerischen Bereich von zentraler Bedeutung. Der akute Mangel an Pflegepersonal trat durch die Corona-Pandemie noch einmal verstärkt zutage und kann perspektivisch ausschließlich durch eine Attraktivitätssteigerung und Aufwertung des Berufsbildes behoben werden. Die jungen Menschen, die sich für diesen verantwortungsvollen Beruf entscheiden, und die Pflegekräfte, die ihn bereits ausüben, müssen wissen, dass sie von ihrer Arbeit leben können, dass ihre Leistung gewürdigt wird - das muss sich auch in einem guten Lohn widerspiegeln. Flächendeckende Tarifverträge könnten hier eine Lösung sein. Vergütungsunterschiede für Pflegekräfte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen müssen abgebaut werden, da mit der Pflegeberufsreform das Berufsbild angeglichen wurde. Vergütungsunterschiede sind nicht mehr zu rechtfertigen. Erforderlich ist hier auch eine Reform der Pflegeversicherung, hin zu einer Vollversicherung, um zu vermeiden, dass Lohnveränderungen durch die zu Pflegenden getragen werden müssen.

Auch die Arbeitsbedingungen müssen umgestaltet, Überlastung des Personals vermieden und familienfreundliche Arbeitszeitmodelle eingerichtet werden.

Die Aufwertung der Gesundheits- und Pflegeberufe geht aber auch mit dem Bemühen um bessere Ausbildungskonditionen einher, wie z. B. der Schulgeldfreiheit für Gesundheitsberufe, der Vergütung der Ausbildung und der perspektivischen Akademisierung.

Um die Pflegeberufe und die nichtärztlichen Heilberufe für künftige Auszubildende attraktiv zu gestalten, müssen

- Ausbildungsvergütungen in allen Gesundheitsberufen gezahlt werden, egal, wer Auszubildender ist,
- für alle Berufe die Schulgeldfreiheit gewährleistet werden,
- eine qualifizierte Praxisanleitung sichergestellt werden,
- Auszubildenden das Recht auf betriebliche Mitbestimmung eingeräumt werden und
- die Berufe Altenpflegehelfer*innen und Krankenpflegehelfer*innen im Land schnellstmöglich an die Generalisierung angepasst werden.

Durch den extrem kurzen durchschnittlichen Verbleib im erlernten Beruf in der Pflege von 8 Jahren muss

- auf verbesserte Arbeitsbedingungen Wert gelegt werden. Dazu gehören insbesondere:
 - Vereinbarkeit Familie/Beruf,
 - Bezahlung,
 - Abgeltung von Überstunden und
 - planbare Dienstzeiten
 - der Wiedereinstieg für ausgebildete Pflegekräfte, die derzeit in anderen Berufen arbeiten, erleichtert werden.

Durch die allgemein sinkenden Beschäftigtenzahlen (hauptsächlich demografisch bedingt) muss ebenfalls ein Augenmerk auf die Qualifizierung und Einstellung von interessierten ausländischen Arbeitskräften gelegt werden. Das Verfahren zur Anerkennung im Ausland erworbener Qualifikationen muss deutlich vereinfacht werden.

Im Pflegeberufegesetz wird in § 9 und im MTA-Reformgesetz im § 18 werden die Ausbildungsanforderungen an Lehrkräfte definiert. So wird für Lehrkräfte im Pflegebereich „pädagogisch qualifizierte(r) Lehrkräfte mit entsprechender, insbesondere pflegepädagogischer, abgeschlossener Hochschulausbildung auf Master- oder vergleichbarem Niveau für die Durchführung des theoretischen Unterrichts sowie mit entsprechender, insbesondere pflegepädagogischer, abgeschlossener Hochschulausbildung für die Durchführung des praktischen Unterrichts“ gefordert. Für die MTA Ausbildung wird gefordert, „hauptberufliche Lehrkräfte, die fachlich im medizinisch-technischen Bereich qualifiziert sind und über eine abgeschlossene pädagogische Hochschulausbildung mindestens auf Bachelor- oder vergleichbarem Niveau verfügen“. Derartige Studiengänge werden derzeit in Sachsen-Anhalt nicht angeboten. Sie sind umgehend zu etablieren, damit nach Auslaufen der Übergangsfristen ausreichend Lehrpersonal vorhanden ist.

Die Pflegehilfsberufe (Pflegehelfer, Altenpflegehelfer) sind landesrechtlich geregelt. Es ist zwingend erforderlich, die Ausbildungsgänge neu zu regeln und auf die Anforderungen eines generalistischen Berufsbildes anzupassen.

Das Landarztgesetz und die Quoten für Land- und Amtsärzt*innen werden in diesem Bereich keinen wirklichen Fachkräftezuwachs bringen. Die Anzahl der Studienplätze dauerhaft zu erhöhen, wäre eine nachhaltige Lösung. Dort, wo der Mangel an Ärzt*innen offen zutage tritt, wäre es angeraten, Krankenhäuser als Portalkliniken in die ambulante Fachärzt*innen-Versorgung einzubinden. Projekte und Initiativen, die den ländlichen Raum auch für künftige Absolvent*innen attraktiv machen, müssen gefördert werden. Dazu gehört ein gutes Netz von Schulen und Kitas genauso wie die Verbesserung des öffentlichen Nahverkehrs oder vielfältige kulturelle Angebote.

Krankenhausversorgung

Im Jahr 1991 gab es in Sachsen-Anhalt 70 Krankenhäuser, die ganz überwiegend (55 Häuser) in öffentlicher Trägerschaft oder von freigemeinnützigen Trägern geführt wurden. Derzeit hat Sachsen-Anhalt noch 47 Krankenhäuser an 55 Standorten. Davon werden 18 Häuser von freigemeinnützigen Trägern, wie z. B. der Diakonie, betrieben und weitere 18 Häuser privat geführt. Nur 11 Häuser befinden sich noch in öffentlicher Trägerschaft, darunter die 2 Universitätsklinika. Im Jahr 2017 waren im Krankenhaussektor 26.500 Menschen beschäftigt.

Die Entwicklung der Trägerstruktur, insbesondere in den Krankenhäusern der Grundversorgung, ist für Planungszwecke ungünstig, da notwendige Spezialisierung mit Aufgabenteilungen und Kooperationsmodellen den wirtschaftlichen Interessen der Krankenhausträger untergeordnet werden. Alle privaten Krankenhausträger betreiben Häuser, die zuvor öffentlich-kommunale Krankenhäuser waren. Ihre Übertragung erfolgte regelmäßig zum Zweck der Haushaltskonsolidierung. Deshalb wird es für erforderlich angesehen, dass die bestehende kommunale Trägerstruktur durch das Land gesichert wird. Dies sollte in Form eines Klinikverbundes unter Beteiligung des Landes erfolgen. Dieser ermöglicht auch die organisatorischen Ressourcen zur Rückführung privater Krankenhausträger in die öffentliche Hand.

Die notwendige und medizinisch sinnvolle Spezialisierung und Schwerpunktsetzung in der Krankenhauslandschaft und eine wohnortnahe Grundversorgung schließen sich nicht aus, sondern sind gleichberechtigte Ziele einer aktiven Krankenhausplanung durch das Land. Ein effektives Netz von Maximal-, Schwerpunkt- und Grundversorgung verlangt eine enge Kooperation zwischen den Standorten. Unterschiedliche Trägerstrukturen, die in wirtschaftlicher Konkurrenz zueinander stehen, dürfen dieses planerische Ziel nicht behindern. Die ordnungspolitischen Rahmenbedingungen für Krankenhausträger sind deshalb so zu gestalten, dass wirtschaftliche Interessen in den Hintergrund treten müssen. Andernfalls müssen Krankenhäuser in die öffentliche Hand zurückgeführt werden.

Der Krankenhausplan des Landes Sachsen-Anhalt, zuletzt von der Landesregierung Ende 2019 verabschiedet, wurde bereits kurz nach seiner Verabschiedung zur Disposition gestellt. Der Krankenhausplan von Dezember 2019 ist wie seine Vorgänger im Wesentlichen eine Bestandsaufnahme der von den Krankenhausträgern erbrachten Leistungen. Veränderungen

unmittelbar nach Verabschiedung des Planes, zum Beispiel in Havelberg, Gardelegen und Bitterfeld-Wolfen, waren im Wesentlichen von wirtschaftlichen Erwägungen des Krankenhausträgers geprägt, welche nicht die Krankenhausplanung zur Grundlage hatten.

Die künftige Krankenhausplanung muss als Steuerungsinstrument einer flächendeckenden, kooperativen Gesundheitsversorgung ausgebaut werden. Dabei ist die ambulante Versorgung sektorenübergreifend einzubeziehen und vor allem im ländlichen Raum sind die Angebote der ambulanten und stationären Versorgung zu verknüpfen.

Insgesamt muss es gelingen, die Krankenhausplanung in zwei Planungsregionen um die universitären Maximalversorger in Magdeburg und Halle zu gruppieren und in diesen das Angebot an Schwerpunkt- und Basisversorgern abzustimmen.

Das Instrument der Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen mit den Krankenhausträgern ist konsequent umzusetzen und zur Steuerung der Investitionsbedarfe zu nutzen.

In Richtung des Bundes sollten Mindestmengenvorgaben als qualitatives Planungskriterium stärker hinterfragt werden, soweit und solange es Kliniken der Grundversorgung innerhalb eines Krankenhauses oder einer Portalklinik betrifft. Die Definitionen hierzu sollte das Krankenhausgesetz als verbindliche Planungsgrundlage aufnehmen.

Durch die Krankenhausgesellschaft wurde in einem Gutachten 2017 der Investitionsbedarf aller Krankenhäuser ohne die Universitätsklinik auf 150 Millionen Euro pro Jahr festgestellt (vergleiche Ausschuss-Drucksache 7/E10/2 - Vorlage 1). Aufgrund der fehlenden Haushaltsmittel wurde in dem Gutachten für die Jahre 2006 bis 2017 ein Investitionsstau von 1,5 Milliarden Euro beklagt.

Es existieren keine eigenen Betrachtungen des Landes Sachsen-Anhalt zum Investitionsbedarf in den Krankenhäusern. Die Haushaltsansätze erfolgten nicht bedarfsorientiert. Es wird daher angeregt, dass durch künftige Landesregierungen ein Krankenhausinvestitionsplan aufzustellen ist, der mit der Fortschreibung der Krankenhausplanung vorzulegen ist.

Investitionsfinanzierung Krankenhäuser aus dem Landeshaushalt					
	Pauschalförderung		Einzelförderung		
	öffentliche	private, gemeinnützige	öffentliche	private, gemeinnützige	
	891 65	892 65	891 66	893 66	
2000	8.329.989	3.029.176	81.215.341	23.547.496	116.122.002
2002	12.263.414	5.120.586	83.614.189	16.215.658	117.213.847
2005	16.677.519	6.996.281	73.402.893	27.850.000	124.926.693
2007	17.019.100	6.654.700	45.923.469	8.200.000	77.797.269
2009	16.948.140	6.725.640	17.324.379	11.026.925	52.025.084
2011	16.863.870	6.809.930	4.725.000	5.066.238	33.465.038
2013	13.467.280	6.532.720	3.000.000	843.173	23.843.173
2014	13.454.900	6.545.100	3.000.000	579.450	23.579.450
2015	13.395.280	6.565.480	2.450.000	0	22.410.760
2016	16.174.930	7.925.070	949.777	1.100.000	26.149.777
2017	8.070.330	16.179.700	0	4.000.000	28.250.030
2018	14.999.380	23.050.400	0	6.688.800	44.738.580
2019	15.000.000	28.753.690	705.000	3.295.000	47.753.690
2020	15.000.000	28.830.560	940.000	2.400.000	47.170.560

in Euro, Quelle Jahresrechnungen

Die tatsächlich bereitgestellten Investitionsmittel unterschritten den begutachteten Bedarf erheblich und konnten trotz einer Erhöhung ab dem Haushaltsjahr 2018 nicht zu einer Entlastung führen.

Das Land muss seiner Verpflichtung zur Finanzierung der Krankenhausinvestitionen nachkommen. Für die kommenden 5 Jahre sollte dieser mit 750 Millionen Euro im Haushalt festgeschrieben werden. Davon sollen 80 Millionen Euro jährlich pauschal für Ersatzbeschaffungen und kleine Baumaßnahmen ausgereicht werden. Die verbleibende Summe soll über den Fünfjahreszeitraum als Einzelfallförderung zur Umsetzung der Strukturveränderungen des Krankenhausplanes verwendet werden. Die Förderung der kommunalen Krankenhäuser soll künftig nicht mehr über das FAG erfolgen.

Entwicklung und Sicherung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum

Die Erwartung, dass Medizinische Versorgungszentren wesentliche Beiträge zur allgemein- und fachärztlichen Versorgung im ländlichen Raum leisten, hat sich in Sachsen-Anhalt noch nicht erfüllt. Vielmehr erfolgt ihre Ansiedlung im großstädtischen Bereich oder zur Ergänzung der Zuweiserstrukturen in Konkurrenz stehender privater Krankenhausträger. Zum Teil erfolgt die Gründung auch durch nicht ortsansässige Investoren. Im weiteren Verlauf sollte die Enquete-Kommission erörtern, inwieweit das Land Sachsen-Anhalt die Gründung von Medizinischen Versorgungszentren durch regionale Träger oder Kommunen befördern kann.

Schwerpunkt muss aktuell auch die Sicherung der Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen aus der Vor-Ort-Apotheke sein. Das E-Rezept und die flächendeckende Versorgung sind

die aktuellen Herausforderungen. Eine Überarbeitung des aktuellen Ausbildungsangebotes für alle Berufe in der Apotheke ist ebenso zwingend wie die Schaffung einer erweiterten Angebotsvielfalt in der Versorgung mit Medikamenten und Hilfsmitteln in unserem Flächenland.

Zwischen den Erwartungen der Absolvent*innen und den tatsächlichen Arbeits- und Lebensbedingungen im ländlichen Raum besteht eine erhebliche Diskrepanz. Zu erörtern wäre, auf welche Weise die Bestrebungen von Kommunen, die Praxisnachfolge zu regeln, durch das Land Sachsen-Anhalt unterstützt werden könnten (eventuell im Rahmen von Modellprojekten). Es müssen realistische, machbare Arbeitsbedingungen für junge Ärztinnen und Ärzte im ländlichen Raum entwickelt werden: Teilzeitangebote, Stellensplitting, wirklicher Bürokratieabbau, arztentlastende Dienste und eine Lösung des Problems der rechtlichen Klärung von Substitution und Delegation.

Insgesamt reichen die Studien- und Ausbildungskapazitäten in Sachsen-Anhalt nicht aus, um den eigenen Nachwuchsbedarf zu decken. Die an der Universität Halle bestehende Klasse für Allgemeinmedizin und an der Universität Magdeburg eingerichtete Klasse für Hausärzte sowie die Anstrengungen der Kassenärztlichen Vereinigung sind weiterzuverfolgen, lösen aber das Problem der Mangelsituation nicht. Dies gilt auch für die Ausbildung von Zahnärztinnen und Zahnärzten.

Die Versorgung mit Ärzt*innen - besonders im ländlichen Raum- bleibt eine Herausforderung für die nächsten Jahrzehnte. Neben der Hausarztklasse sind auch neue, die Ärztin/den Arzt entlastende und unterstützende Ausbildungsberufe weiterzuentwickeln (VERAH, Physician Assistant) und deren Einsatz finanziell dauerhaft zu untersetzen. Die Ausgestaltung von Medizinischen Versorgungszentren oder gemeinsamer Orte der Berufsausübung mehrerer Ärzt*innen unter einem Dach sind weitere Möglichkeiten, die gegenwärtige Situation abzumildern und nachhaltig neu zu strukturieren. Dazu ist dringend auch die Versorgung mit Breitband zu forcieren, um Telemedizin, assistierte telemedizinische Anwendung im ländlichen Raum zu ermöglichen. Dazu müssen auch in allen Ausbildungsberufen Voraussetzungen geschaffen werden.

Auch in den Landkreisverwaltungen bestehen im Bereich „Gesundheit“ große Probleme mit Fachkräften - die Umsetzung der Vorgaben des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst steht infrage: Amtsärzt*innen und Spezialist*innen fehlen. Der Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst ist neben der Ausbringung von 140 Stellen dringend für Sachsen-Anhalt zu konkretisieren.

Sowohl für den ärztlichen, als auch für den pflegerischen Bereich und auch für die Realisierung öffentlicher Gesundheitsaufgaben müssen den Akteuren die notwendigen Finanzierungen dauerhaft und aufgabenbezogen zur Verfügung stehen. Die Einführung von Regionalbudgets ist eine zu überlegende Alternative zum bestehenden Finanzierungssystem.

Das Ministerium für Arbeit, Soziales und Integration des Landes Sachsen-Anhalt muss die Aufgabe der Bündelung bereits existierender Strukturen und Ressourcen in den Bereichen „Gesundheit und Pflege“ übernehmen, um Doppelstrukturen zu vermeiden, die einzelnen Akteure zu vernetzen und somit eine effizientere Arbeitsweise sicherzustellen.

Barrierefreier Zugang zur medizinischen Versorgung für Menschen mit Behinderungen in Sachsen-Anhalt

Im Rahmen der Anhörung wurde deutlich, dass es bisher noch immer sowohl an einer Ausdifferenzierung des Begriffes der Barrierefreiheit fehlt als auch im Vorfeld von Neubauten an einem ebenso ausdifferenzierten Konzept „Barrierefreiheit“. Daher wird empfohlen, in Zusammenarbeit mit den Betroffenenvertretungen, dem Landesbehindertenbeauftragten und der Landesfachstelle für Barrierefreiheit eine fachliche Ausdifferenzierung des Begriffes der „Barrierefreiheit“ zu erarbeiten.

Darüber hinaus wird angeraten, seitens des Landes in Zusammenarbeit mit der Landesfachstelle für Barrierefreiheit ein „Konzept Barrierefreiheit“ (inklusive einheitlicher Erfassungsbögen) zu erarbeiten, das bei Neubauten von Einrichtungen der Gesundheitsvorsorge, medizinischen Versorgung bzw. Betreuung sowie Beratung verbindlich ist und dessen Einhaltung im Rahmen einer Bauüberwachung und Abnahme nach Beendigung der Baumaßnahme gesichert wird.

Des Weiteren sollte der Umbau von Bestandspraxen staatlich subventioniert werden. In Anbetracht der Tatsache, dass ein Umbau oft kostenintensiver ist als ein Neubau und die Attraktivität der Übernahme von Bestandspraxen gesteigert werden soll, ist eine entsprechende Subventionierung durch das Land ein sinnvoller Mechanismus, der allen Beteiligten zugutekäme.

Darüber hinaus müssen Praxisberater*innen, die also niedergelassene Ärztinnen und Ärzte beraten, eine entsprechende Qualifizierung für diese Tätigkeit nachweisen können, d. h. hier sollten im Rahmen einer Zertifizierung einheitliche Anforderungen und Qualifikationen festgelegt werden, die eine solche Profession legitimieren. Bereits tätige Praxisberater*innen sollten dann in der Konsequenz eine entsprechende Nachqualifikation vorlegen.

Für Menschen mit Beeinträchtigungen und die pflegenden Angehörigen oder die Assistenzgeber*innen ist es oft problematisch, überhaupt einen Weg hin zu der betreffenden Arztpraxis zu finden. Hier wäre eine gute Lösung, die NASA-App mit Auskünften zur Erreichbarkeit von barrierefreien Arztpraxen, medizinischen Einrichtungen sowie Beratungsstellen zu kombinieren.

In Sachsen-Anhalt gibt es derzeit zwei Medizinische Zentren für Erwachsene mit Behinderungen (MZEB) - jeweils in Magdeburg und Halle. Hier können erwachsene Menschen mit schweren (und zumeist multiplen) Behinderungen im Krankheitsfall angemessene medizinische Versorgung erhalten, denn das Personal ist therapeutisch und fachmedizinisch besonders geschult und kann entsprechend auf die Bedürfnisse der Betroffenen eingehen. Jedoch sollten einige neue Regelungen getroffen werden, die die Arbeit der MZEB im Sinne der Bedürfnisse von Personal und Patient*innen verbessern:

- a) Die Zulassung für die MZEB muss vereinfacht werden. Zwei Jahre sind deutlich zu viel, denn dieses Angebot wird dringend benötigt und die personellen Ressourcen sollten in ihrer fachlichen Tätigkeit und weniger im bürokratischen Aufwand gebündelt werden. Das hilft sowohl den Patient*innen als auch den Fachkräften.
- b) Der Zugang zur Behandlung muss für Menschen mit Behinderung niederschwelliger sein und sollte nicht ausschließlich an den Grad der Behinderung oder ein Merkzeichen geknüpft werden. Menschen mit Mehrfachbehinderungen brauchen demnach auch ein Merkzeichen, sollte diese Regelung weiter gelten. Jedoch greift diese Betrachtung zu kurz. Auch hier wäre im Sinne der UN-BRK auf den individuellen Bedarf der medizinischen Versorgung von Betroffenen abzustellen (Mehrfachbehinderungen, geistige, körperliche Behinderungen, Sinnesbehinderungen, seelische Behinderungen und dann eben auch kombinierte Behinderungen).
- c) MZEB müssen multiprofessionell aufgestellt werden, um ein möglichst breites Behandlungsspektrum abdecken zu können (z.B. die zahnmedizinische, gynäkologische Versorgung sowie Osteoporose-Diagnostik). Hier bedarf es dringend der Entwicklung tragfähiger, rechtskonformer Kooperationsmodelle.
- d) MZEB dürfen nicht durch Fallzahlbegrenzungen an ihrem Versorgungsauftrag gehindert werden. Zudem dürfen sie nicht auf den Status von Assessment-Zentren zurückgestuft werden. Die Einschätzung über die Notwendigkeit zur Behandlung und Folgebehandlung von Patient*innen sollte dem Fachpersonal obliegen.

Die Digitalisierung und die Vorteile, die sie mit sich bringt, haben besonders in Zeiten der Pandemie noch einmal an Bedeutung gewonnen. Sie muss jedoch bei Menschen mit Beeinträchtigungen ankommen, denn Videosprechstunden sind gerade auch (aber nicht nur!) im Rahmen der Pandemie eine gute Möglichkeit, um den Gang zum Arzt/der Ärztin zu vermeiden. Hier sind sowohl die technischen als auch personellen Bedarfe auf die individuellen Bedürfnisse auszurichten.

Wichtig und hilfreich für die Wahl einer medizinischen Einrichtung ist eine barrierefreie Homepage. Unter dem Gesichtspunkt der Barrierefreiheit sollte die Seite inhaltlich und strukturell verständlich sein.

Digitalisierung in der Medizin

Die wesentlichen Entwicklungen im Bereich der Digitalisierung, wie die elektronische Gesundheitskarte und Patientenakte, werden durch Rahmenvorgaben des Bundes bestimmt. Jedoch die Voraussetzungen für die Umsetzung und das Ausfüllen des Rahmens muss auf Landesebene eng begleitet und standardisiert werden.

Die derzeitige digitale Agenda der Landesregierung zeigt im Themenbereich medizinische Versorgung erhebliche Fehlstellen auf. Hinzu kommen unklare Strukturen für die Digitalisierung. Für die Digitalisierung in der Medizin liegen sowohl Zuständigkeiten im Gesundheitsministerium wie auch in dem für Wissenschaft und Digitalisierung zuständigen Ministerium. Soweit Teile der Landesverwaltung, wie der öffentliche Gesundheitsdienst berührt werden, kommt noch die Zuständigkeit des Finanzministeriums hinzu. Damit die Landesregierung hier ihrer Aufgabe nachkommen kann, muss die digitale Agenda grundsätzlich überarbeitet werden und die Zuständigkeiten zwischen den Ressorts geklärt werden, gegebenenfalls muss das Thema durch eine interministerielle Arbeitsgruppe koordiniert werden. In jedem Fall aber sind die personellen Ressourcen deutlich zu verbessern.

Zudem behindern die Mängel im Breitbandausbau die Einführung einer flächendeckenden, digitalen medizinischen und pflegerischen Versorgung.

Standardisierung und klare Strukturen sind vor allem deshalb notwendig, weil die Digitalisierungsprozesse sektorenübergreifend zu implementieren sind, weil anderenfalls zwischen ambulantem und stationärem Sektor sowie dem pflegerischen Bereich Systembrüche entstehen.

Neue Anforderungen ergeben sich auch hinsichtlich des Datenschutzes und der Datensicherheit.

Für die erfolgreiche Einführung von digitalen Verfahren ist die Aufnahme des Themas in die Curricula der medizinischen und pflegerischen Studien- und Ausbildungsgänge erforderlich. Hierfür sind ebenfalls verbindliche Standards sicherzustellen. Die Entwicklung im Bereich Digitalisierung in Medizin und Pflege wird, wie gesagt, die Aufnahme des Themenbereichs in die Curricula notwendig machen, darüber hinaus aber auch bestehende Berufsbilder umwandeln und neue kreieren. Um auf diese Prozessergebnisse vorbereitet zu sein, bedarf es bereits heute mutiger Entscheidungen im Bereich Berufsbildung, Fach- und Hochschulausbildung sowie aufgrund der Vielfalt von Gesundheitsberufen klarer und sicherer Entscheidungen hinsichtlich Substitution und Delegation von Aufgaben, einer guten Öffentlichkeitsarbeit hinsichtlich telemedizinischer Möglichkeiten, für die Beziehung Ärztin/Arzt-Patientin/Patient und Barrierefreiheit.

Die Bestandsaufnahme der bisherigen Bemühungen der Landesregierung war ernüchternd. Es konnte jedoch zur Kenntnis genommen werden, dass seitens des Ministeriums für Arbeit, Soziales und Integration der Prozess zur Erstellung eines Konzeptes „Digitalisierung in Medizin und Pflege“ angestoßen wurde. Es wird für die kommende Legislaturperiode empfohlen, diesen Prozess ohne zeitliche Verzögerung fortzusetzen und dabei alle Akteure einzubinden.

Hervorzuheben ist hier das von den Medizinischen Fakultäten beider Universitäten, Krankenkassen und weiteren Akteuren ins Leben gerufene „Landeszentrum für Evidenz-basierte Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung“. In seinem Eckpunktepapier (vgl. Ausschussdrucksache 7/E10/4 - Vorlage 18) werden folgende Aufgaben benannt:

„Das LDG ist für die strategische Beratung, Begleitung und Koordination landesweiter politischer Akteure und Digitalisierungsinitiativen im Kontext der Gesundheitsversorgung im Sinne eines erfolgreichen Strukturwandels verantwortlich. Dabei zielt die Arbeit des LDG auf die effiziente und effektive Entwicklung und Umsetzung einer übergeordneten Strategie der digitalen Transformation in der Gesundheitsversorgung und -wirtschaft ab. Damit wird die Gesundheitsversorgung im Land verbessert und die Wettbewerbsfähigkeit des Landes nachhaltig gestärkt. Seine damit verbundenen Aufgaben werden durch folgende vier Dimensionen der Evidenz-basierten Digitalisierung in der gesundheitlichen Daseinsfürsorge bestimmt:

- I. Versorgungsforschung: Entwicklung von Standards und Durchführung von Wirksamkeits- und Nützlichkeitsnachweis digitaler präventiver, diagnostischer und therapeutischer Verfahren sowie Produkte und Dienstleistungen nach wissenschaftlichen Standards für deren medizinisch, ethisch und gesundheits-ökonomisch verantwortbaren Einsatz. Die Entwicklung und Weiterentwicklung entsprechender Standards erfolgt in Zusammenarbeit mit dem Profizentrum Gesundheitswissenschaften der Medizinischen Fakultät Halle sowie der Intensivierung kooperativer Forschungsvorhaben zwischen den Universitätsmedizinstandorten Halle (Saale) und Magdeburg, wie bspw. im Programm „Autonomie im Alter“.
- II. Vermittlung digitaler Kompetenzen (Fachkräfteentwicklung): Entwicklung von Curricula und Schulungen zur wissenschaftsgeleiteten und evidenzbasierten Vermittlung digitaler Kompetenzen mit dem Ziel der Qualifizierung von handlungs- und innovationsfähigem Personal in Prävention, Medizin, Rehabilitation und Pflege.
- III. Infrastruktur: Bereitstellung digitaler Informations-, Kommunikations- und Assistenztechnologien, Robotik in realitätsnahen Simulations- und Entwicklungsumgebungen in Zusammenarbeit mit dem Integrierten Innovations- und Translationscampus für Digitalisierung in Medizin und Pflege im Landespflegerat Sachsen-Anhalt südlichen Sachsen-Anhalt (Hauptsitz in Halle)¹, dem sog. eHealth Zentrum 2 und dem Forschungsquartier digitale Pflege unter Federführung der Fraunhofer Gesellschaft. Komplementäre Expertise in IT zur Umsetzung der Aufgaben des LDG; beratende und begleitende Funktion.

- IV. Implementierung und Weiterentwicklung: Vorbereitung, Beratung und Begleitung von Akteuren der Gesundheitsversorgung und -wirtschaft bei der Implementierung und Weiterentwicklung digitaler Verfahren, Produkte und Dienstleistungen in der Gesundheitsversorgung unter gleichzeitiger Erfassung und Bereitstellung der dabei erhobenen Daten für die Versorgungsforschung im Sinne weiterer Verbesserungen. Dabei werden komplementäre Kompetenzen der Hochschulen und beider universitätsmedizinischer Standorte im Land synergistisch einbezogen.“

Das Zentrum sollte vom Land beauftragt und unterstützt werden, die hier aufgezeigten Aufgabenstellungen zu bearbeiten.

Erste Schlussfolgerungen aus der Corona-Pandemie in Sachsen-Anhalt

Das Landesamt für Verbraucherschutz sowie der Öffentliche Gesundheitsdienst müssen aufgrund ihrer vielfältigen Aufgabenstellungen - sowohl während der Pandemie als auch darüber hinaus- personell und sächlich entsprechend aufgestellt werden. Der Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst, der u. a. zusätzliche Stellen refinanziert, kann da nur der Beginn der Bemühungen sein. Es fehlen Humanmediziner*innen; hier muss vor allem eine deutliche Verbesserung der Entlohnung erfolgen. Es wird empfohlen:

- Novellierung des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes und Anpassung an die aktuellen Erfordernisse mit den Erfahrungen der Pandemiebewältigung
- Verbesserung der materiellen und personellen Ausstattung des ÖGD, bessere Entlohnung des Personals, besonders der Humanmediziner*innen
- die Situation des Landesamtes für Verbraucherschutz in Halle (baulicher Zustand, technische Ausstattung) ist unbedingt zu verbessern.

Eine unbedingte Anpassung entsprechend der Erfahrungen in der Bewältigung der Pandemie müssen die gesetzlichen Regelungen zur Einbeziehung der kreisangehörigen Kommunen erfahren. Hier gilt es, die Zuständigkeiten in den Beziehungen zwischen den Gesundheitsämtern und den Ordnungsämtern, u. a. für die Nachverfolgung der Ansteckungsketten oder die Ahndung von Verstößen, zu regeln. Es wird empfohlen:

- verbindliche Regelungen für die Einbeziehung kreisangehöriger Städte (Amtshilfeersuchen)
- ständige Schulungsmöglichkeiten für Mitglieder der Katastrophenschutzstäbe und der Mitarbeiter*innen, die für Hygienefragen zuständig sind, auch in Pflegeeinrichtungen.

Für Senior*innen- und Pflegeheime sowie Einrichtungen der Behinderten- und Eingliederungshilfe sind seitens der Landesregierung langfristig verbindliche Konzepte zu entwerfen, die sowohl die Versorgung mit heilmittelerbringenden Leistungen für Bewohner*innen als auch eine entsprechende soziale Interaktion garantieren. Es wird empfohlen:

- Aufnahme von verbindlichen Regelungen dazu in die jeweiligen Verordnungen zur Bewältigung der Krisensituation
- Überarbeitung der Heimmindestbauverordnung - Beachtung der Erfahrungen entsprechend der Pandemiebewältigung.

Besonders im Rahmen der gesundheitlichen Betreuung von Menschen ohne Krankenversicherung in der Pandemiezeit sind die Grenzen des Gesundheitswesens deutlich geworden. Hier ist langfristig eine Strategie zu erarbeiten, wie die Krankenversicherung für diese Menschengruppe wieder hergestellt werden kann. Es wird empfohlen:

- Eine Bürgerversicherung für Alle, in die auch alle Bevölkerungsgruppen entsprechend ihren Möglichkeiten einzahlen. Das verhindert diese Form der Selektion.