

Niedersachsen stellt sich neu auf

Bericht der Enquetekommission „Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Niedersachsen“

Health Insurance Days 2021, Interlaken am 20. August 2021

Peter Rowohlt, Bürgermeister der Samtgemeinde Ilmenau

Das ist Niedersachsen



7,99 Mio Einwohner



Zweitgrößtes Flächen-Bundesland (48.000 km²)



171 Krankenhäuser und ca 11.600 Vertragsärzte



Gesetzliche Rettungsfrist: 15 Minuten



Keine länderübergreifende Versorgungs-Planung mit benachbarten Bundesländern



Anlass zur Beauftragung der Kommission



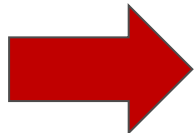
- Sicherstellung der med. Versorgung im ländlichen Bereich immer schwieriger
- Krankenhausplanung weist zu viele Standorte und kaum Struktur aus
- Personalengpässe insb. im stat. Bereich durch zu viele Standorte und Fälle / ambulantes Potential bei KH-Behandlung unzureichend gehoben
- Fehlansprache der Notfallversorgung
- Hohes Entwicklungspotenzial in der Digitalisierung

Zusammensetzung der Kommission und Besonderheit des Abschlussberichtes



**14 Abgeordnete des nds.
Landtages
ohne Beteiligung der AfD**

- 12 Sachverständige aus**
- **Ärzeschaft**
 - **Krankenhausgesellschaft**
 - **Krankenversicherung**
 - **Pflegekammer**
 - **Kommunale Spitzenverbände**
 - **Wissenschaft**



Besonderheit: EINSTIMMIGE Verabschiedung des Abschlussberichtes

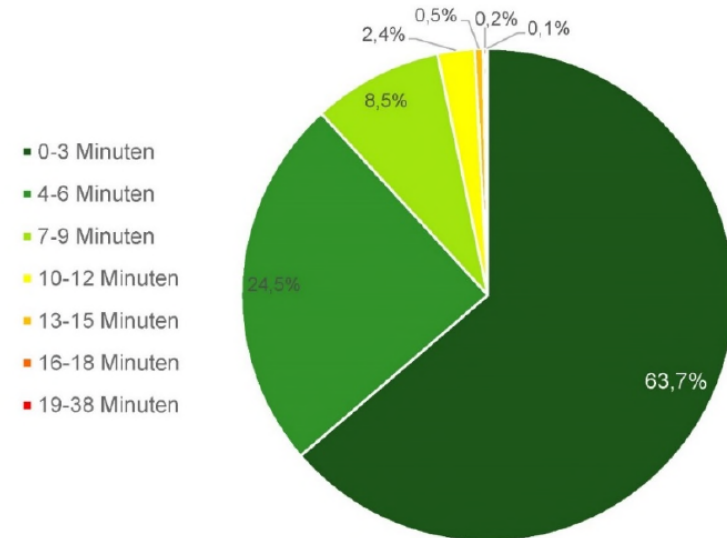


Erkenntnisse zur ambulanten ärztl. Versorgung

Die ärztl. Erreichbarkeit ist gut!
97 % der Bevölkerung erreichen einen Arzt
binnen 10 Minuten.

Schwächen:











- **Ausdünnung auf dem Land**
- **Übersversorgung in den Städten**
- **Risiken und Hürden der Niederlassung**
- **Die rein hausärztliche Kapazität wird überlastet**



Wegzeiten im Bereich der hausärztlichen Versorgung in Niedersachsen (KVN, 2016)

10 Cluster mit Handlungsempfehlungen zur ambulanten ärztl. Versorgung



1. **Anpassung der Bedarfsplanungsmodelle** 
2. **Abbau von Überversorgung in Städten**  
3. **Stärkung des Hausarztes (Finanzen)**  
4. **Stärkung des Hausarztes (Wahltarife)**  
5. **Stärkung des Hausarztes (Anreize Niederlassung)**  
6. **Delegation ärztlicher Leistung ermöglichen**   
7. **Förderung von Mobilität und Erreichbarkeit** 
8. **Herausforderungen pandemischer Lagen vorbeugen** 
9. **Stärkung der Kommunalen Verantwortung in der Versorgung**   
10. **Mehr Studienplätze und bessere Weiterbildungsmöglichkeiten**  



Quelle: t-online.de

(Beruhigende) Erkenntnisse zur Arzneimittelversorgung ?



Anzahl Studierende steigt (von 2013 bis 2017 um 12%)



Anzahl Approbationen steigt (von 2013 bis 2017 um 16%)



Verfügbarkeitsquote an GKV-Fertigarzneimitteln liegt bei 99,3 % (2019)



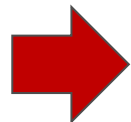
Beruf wird in „Fachkräfte-Engpassanalyse“ weiterhin geführt (BA 2019)



Anzahl der Apotheken in Nds. hat sich von 2009 bis 2019 um 10% reduziert



23 Apotheken auf 100.000 (OECD = 29/100.000)



„Gut aufgestellt!“ . Weniger Abhängigkeit von Nicht-EU und mehr Delegation an Apotheke möglich



Erwarteter Schwerpunkt: Die Notfallversorgung

- An der Schwere ausgerichtete Dreiteilung in
 - Ärztlichen Bereitschaftsdienst
 - Rettungsdienst
 - Notfallversorgung im Krankenhaus
- Zentrale Probleme:
 - Keine definierte Abgrenzung: Das SGB V kennt den „Notfall“ nicht
 - Keine Zugangsregelung: Nur zwei von 171 Krankenhäuser in Nds. haben den „zentralen Tresen“
 - Strafrechtliche Relevanz bei Abweisung: Unterlassene Hilfeleistung
 - Keine vorgeschaltete Triage / Freie Zugangsentscheidung
 - Extreme Unkenntnis der Bevölkerung: Nur 22% kennen die 116117 als zentrale Nummer des ärztl. Bereitschaftsdienstes.





Die Folge: Bagatellen belasten das System

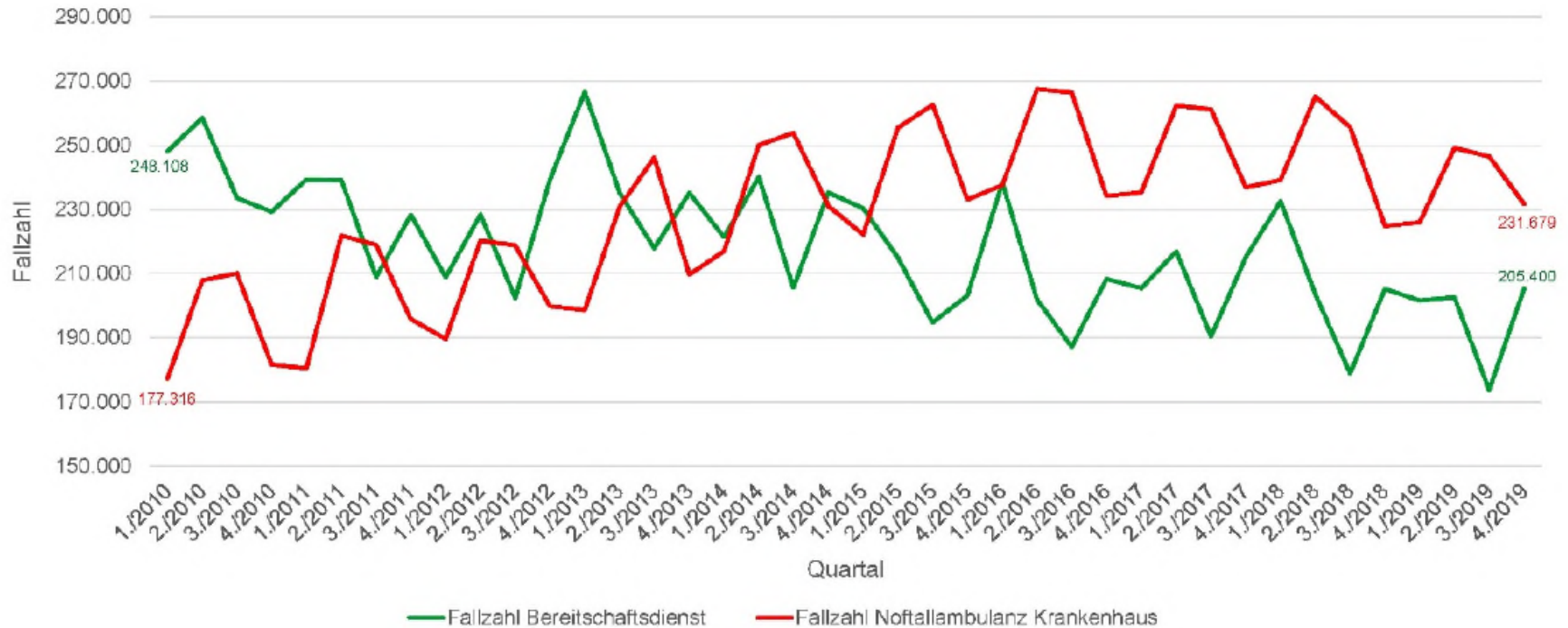


Abb. 11: Fallzahlentwicklung im vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst und in den Notfallambulanzen der Krankenhäuser in Niedersachsen (KVN, 2019b)

Aus 17 Handlungsclustern spricht viel Verzweiflung

Einige Beispiele:



- ➔ Nur 23 der 30 Leitstellen sind mit nur 102 der 171 Krankenhäuser digital untereinander vernetzt. Forderung: Flächendeckend!
- ➔ Rechtliche Regelung schaffen, um Nicht-Mitnahme oder Kostenübernahme bei offensichtlich missbräuchlicher Inanspruchnahme zu ermöglichen
- ➔ Schaffung einer einheitlichen IT-Plattform, auf die der Disponent in der Leitstelle zugreifen kann. Weiterleitung an die 116117 ermöglichen.
- ➔ Digitalisierung forcieren: Telenotarztmodelle, telemed. Beratung der Sanitäter.
- ➔ Verpflichtende Ersteinschätzung jedes Hilfesuchenden: Ein-Tresen-Modell.

Im Sektor Krankenhaus ist die Herausforderung klar definiert: Zentralisieren & Konzentrieren



Niedersachsen ist als eher dünn besiedeltes Flächenland (167 EW / km²) im Krankenhausbereich sehr kleinteilig aufgestellt

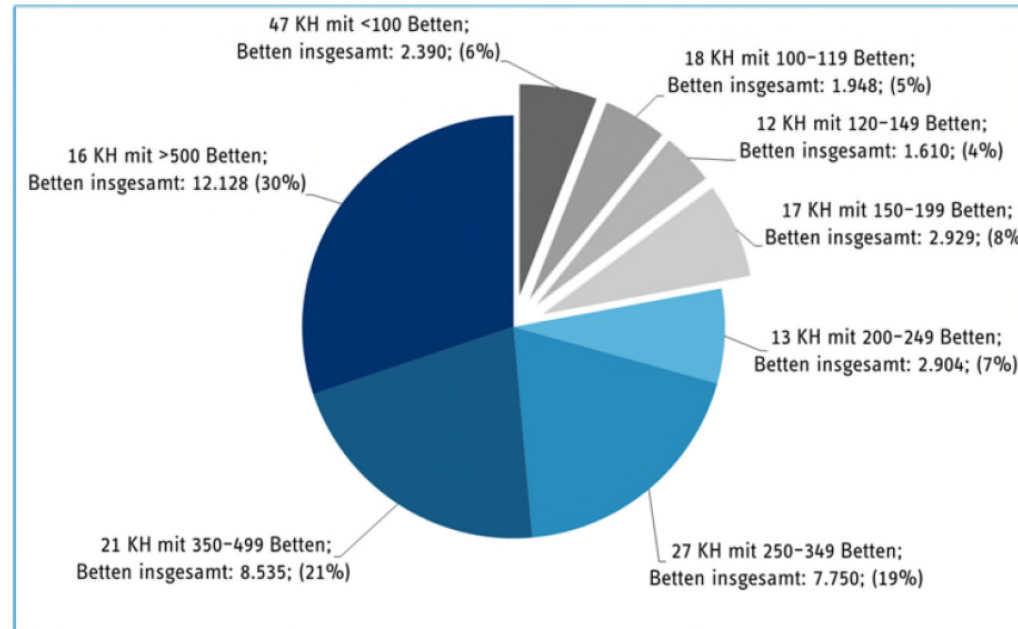


Abb. 14: Krankenhausbetten in Niedersachsen nach Größenklassen der Häuser 2020; Basis: MS (2020b); Quelle: vdek (2020b, S. 20)



Daraus folgen diese Herausforderungen

- Obwohl zahlenmäßig genügend Fachärzte und Pflegepersonal vorhanden ist, verteilt sich diese Ressource auf zu viele Einheiten
- Die Sicherung einer kontinuierlichen Personalausstattung gelingt kleinen Häusern nicht und führt zu gravierenden Qualitätsverlusten
- Die geringen Fallzahlen führen zu Auffälligkeiten in der Behandlungsqualität bis hin zu auffälligen Mortalitätsraten u.a. bei Infarkt, Schlaganfall, Onkologie
- Die Krankenhausplanung und Investitionssteuerung (Ländersache) verfängt sich in Kleinteiligkeit und bringt keine entscheidenden Durchbrüche
- In der Pandemie waren die Maximalversorger schnell überlastet



Bestätigung kommt von höchster Stelle

 GESUNDHEITSSYSTEM

„Wir haben 700 Kliniken mehr als nötig“

VON SEBASTIAN BALZTER - AKTUALISIERT AM 03.07.2021 - 13:35

[Zurück zum Artikel](#)



2/2



Josef Hecken, 61, ist seit 2012 Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses von Krankenkassen, Ärzten und Kliniken. Das Gremium verwaltet rund 250 Milliarden Euro im Jahr.

Bild: ANDREAS PEIN 



18 Handlungscluster deuten in eine Richtung

- ➔ Neuaufstellung der Krankenhausplanung anhand neuer Bedarfskriterien und einem dreistufigen Versorgungsmodell
- ➔ Schaffung leistungsfähiger größerer Einheiten zur Konzentration der Kapazitäten und Kompetenzen. Erreichbarkeit in 30 Minuten zur Grundversorgung.
- ➔ Reduktion des Leistungsspektrums in kleinen, ländlichen Grundversorgungshäusern
- ➔ Regelmäßige Schärfung des ambulanten Potenzials
- ➔ Durchführung von Fachkräftegewinnungsmaßnahmen.



Weitere Handlungscluster der Kommission

5. Hebammenversorgung und Geburtshilfe:
6. Sektorübergreifende Versorgung, Etablierung von Modellen, speziell eines „Regionalen Gesundheitszentrums Niedersachsen“
7. Öffentlicher Gesundheitsdienst
8. Digitalisierung



Das Fazit

Der Veränderungsbedarf ist umfangreich. Vielleicht größer als befürchtet

Bei näherem Hinsehen fallen viele Empfehlungen in das Bundesrecht

Bereiche wie die Rehabilitation oder der Heilmittelsektor wurden nicht behandelt

An vielen Stellen ist fehlende Aufklärung eine Ursache falscher Inanspruchnahme

Der politische Wille zur Veränderung ist da. Anlässe gibt es genug.



Durch die Einstimmigkeit der Verabschiedung wird es dem Landesparlament schwer fallen, die Umsetzung nicht anzugehen.

DANKE !!



Lüneburger Heide