

ZIELBILD GEBURTSHILFE UND PÄDIATRIE 2030

DES LANDES MECKLENBURG - VORPOMMERN



Das Zielbild für Geburtshilfe und Pädiatrie 2030 wurde auf Grundlage des Arbeitsauftrages der Kommission zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung in MV (Gesundheitskommission MV) erstellt und durch eine eingesetzte Arbeitsgruppe aus Praktiker*innen sowie Fachexpert*innen entwickelt.

INHALTSVERZEICHNIS

1. PRÄAMBEL	4
2. VISION	4
3. AUSGANGSLAGE & PROBLEMBESCHREIBUNG	6
4. GRUNDPRINZIPIEN & VERSORGUNGSZIELE	12
5. VERSORGUNGSANGEBOTE	16
5.1. KOOPERATIVE, FRAUENZENTRIERTE SCHWANGERENVERSORGUNG	16
5.2. SEKTORENÜBERGREIFENDE VERSORGUNGSANGEBOTE	24
5.3. STATIONÄRE VERSORGUNGSANGEBOTE	32
5.4. AMBULANTE VERSORGUNGSANGEBOTE	38
5.5. ANGEBOTE DER NOTFALLVERSORGUNG	44
6. QUERSCHNITTSTHEMEN DER GEBURTSHILFE UND PÄDIATRIE	50
6.1. PRÄVENTION	50
6.2. TELEMEDIZINISCHE VERSORGUNGSANGEBOTE	58
6.3. FACHKRÄFTE	70
7. ABBILDUNGSVERZEICHNIS	81

1. PRÄAMBEL

Die Gesundheitsversorgung in Mecklenburg-Vorpommern steht vor großen Herausforderungen, so auch in der Geburtshilfe und Pädiatrie. Das vorliegende Zielbild soll für alle Akteur*innen des Gesundheitswesens ein handlungsleitender Rahmen sein, der Ziele und Vorschläge zu Maßnahmen enthält, die dazu geeignet sind, den aktuellen Herausforderungen zu begegnen.

Das Zielbild wurde von der Kommission zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung in Mecklenburg-Vorpommern (Gesundheitskommission MV) mithilfe eines Konsensverfahrens am 6. März 2024 durch Mehrheitsbeschluss verabschiedet. Es wurde unter Federführung des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Sport Mecklenburg-Vorpommern von einer Arbeitsgruppe aus Expert*innen im Zeitraum vom Oktober 2022 bis zum Dezember 2023 erarbeitet.

Die Gesundheitskommission MV wurde auf Beschluss des Landtages vom 7. April 2022 von der

Sozialministerin Frau Drese mit dem Auftrag eingesetzt, die Empfehlungen der Enquete-Kommission „Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern“ umzusetzen.

Alle Akteur*innen aus der Geburtshilfe und Pädiatrie sowie der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern im Allgemeinen sind angehalten, das Zielbild in eigener Verantwortung umzusetzen. Eine relevante Anzahl der im Zielbild genannten Umsetzungsvorschläge sind bereits gelebte Realität im Land. Sie sollten flächendeckend in bereits bestehende Strukturen eingebunden und gegebenenfalls angepasst werden. Darüber hinaus ist dieses Zielbild als lebendes Dokument zu verstehen, wobei die Ziele und Umsetzungsvorschläge immer wieder vor dem Hintergrund aktueller Ereignisse und Entwicklungen in der Zukunft reflektiert, weiterentwickelt und ggf. auch ergänzt oder angepasst werden sollten. Die öffentlichen Haushalte und Sozialversicherungssysteme werden durch das Zielbild nicht präjudiziert.

2. VISION

Das Zielbild soll als Grundlage für die zukunftsfähige Gestaltung der medizinischen Versorgung in den Bereichen Geburtshilfe und Pädiatrie dienen. Dazu wurden verschiedene Aspekte der medizinischen Versorgung im Zielbild beleuchtet. Das Hauptaugenmerk liegt auf Angeboten der integrierten-, stationären-, ambulanten- sowie Notfallversorgung. Darüber

hinaus werden Querschnittsthemen wie Prävention, telemedizinische Versorgungsangebote, Fachkräfte sowie die kooperative, frauenzentrierte Schwangerschaftsversorgung betrachtet. Diese Bereiche sollen so strukturiert und miteinander verzahnt werden, dass bei Umsetzung eine bestmögliche Versorgung gewährleistet werden kann.

LEITSÄTZE

#1

Das Nationale Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ soll umgesetzt werden.

#2

Versorgungsangebote sollen über Sektorengrenzen hinweg konzipiert werden, die Patienten*innenperspektive einbeziehen und ganzheitlich gestaltet werden.

#3

Geburtshilfliche und pädiatrische stationäre Versorgungsleistungen sollen in der Fläche patient*innen-nah und qualitativ hochwertig erbracht sowie strukturell und finanziell abgedeckt werden. Stationäre Versorgungsangebote berücksichtigen die Bedarfe und Bedürfnisse der Schwangeren.

#4

Die geburtshilfliche und pädiatrische ambulante Versorgung soll durch eine koordinierte Betreuung verschiedener Akteur*innen im Gesundheitssystem verbessert werden, um den Patient*innen eine ganzheitliche Versorgung zu bieten.

#5

Die geburtshilfliche und pädiatrische Notfallversorgung im Land soll unter Beteiligung aller Akteur*innen im Gesundheitssystem ausgebaut und gestärkt werden.

#6

Gesundheitsförderung und Prävention, insbesondere die Primärprävention, sollen als elementare Bestandteile in das Gesundheitsversorgungssystem der Geburtshilfe und Pädiatrie integriert werden.

#7

Telemedizin soll so in den Versorgungsalltag der Geburtshilfe und Pädiatrie integriert werden, dass eine qualitativ hochwertige Versorgung für alle Patient*innen im Land orts- und zeitunabhängig gewährleistet ist.

#8

Es sollen ausreichend gut qualifizierte Fachkräfte der Geburtshilfe und Pädiatrie gewonnen werden, um eine bedarfsdeckende und qualitativ hochwertige Versorgung sicher zu stellen.

3. AUSGANGSLAGE UND PROBLEMBESCHREIBUNG

Herausforderungen durch demographische Veränderungen im Land

Mecklenburg-Vorpommern steht vor besonderen Herausforderungen der medizinischen Versorgung in der Geburtshilfe und Pädiatrie. Mecklenburg-Vorpommern war im Jahr 2022 mit ca. 70 Einwohner*innen je km² (1,63 Mio. Landesbürger*innen auf eine Fläche von ca. 23.295 km²) das am dünnsten besiedelte Bundesland in Deutschland¹.

Zusätzliche Herausforderungen stellen die demographische Alterung sowie der zukünftig zu erwartende Bevölkerungsrückgang in Mecklenburg-Vorpommern dar. Dieser in der Demographie als „Double Aging“ bezeichnete Effekt ist durch eine abnehmende Zahl Lebendgeborener (13.032 in 2018 im Vergleich zu 10.820 in 2022)², die steigende Lebenserwartung, den Überschuss an Gestorbenen im Vergleich zur Zahl der Lebendgeborenen und die selektive Abwanderung vor allem jüngerer Menschen bedingt. Der Bevölkerungsanteil der unter 30-Jährigen hat sich von 1990 bis heute mehr als halbiert, wohingegen bei den über 65-Jährigen im selben Zeitraum mehr als eine Verdopplung stattgefunden hat³.

Die geringe Bevölkerungsdichte und die niedrige Bevölkerungszahl in Kombination mit einer im ländlichen Raum eingeschränkten Infrastruktur (ÖPNV, Breitbandausbau) haben direkte Auswirkungen auf die Verteilung und den Zugang zu medizinischen Leistungen.

Damit einhergehend ist auch die Zahl der Frauen im gebärfähigen Alter (15-49 Jahre) im Land gesunken. Aus der 5. Bevölkerungsprognose für MV (Standardvariante) ergibt sich darüber hinaus ein prognostizierter Rückgang der Bevölkerung in dieser Altersspanne von rund 287.000 Einwohnerinnen im Jahr 2022 über ca. 282.600 im Jahr 2030 bis hin zu knapp 264.000 im Jahr 2040⁴. Zusammen mit der niedrigen Geburtenrate (durchschnittlich knapp 1,4 Kinder pro Frau im Jahr 2022) bedingt dies auch einen Rückgang des Bevölkerungsanteils von Kindern- und Jugendlichen im Land in den letzten 30 Jahren.

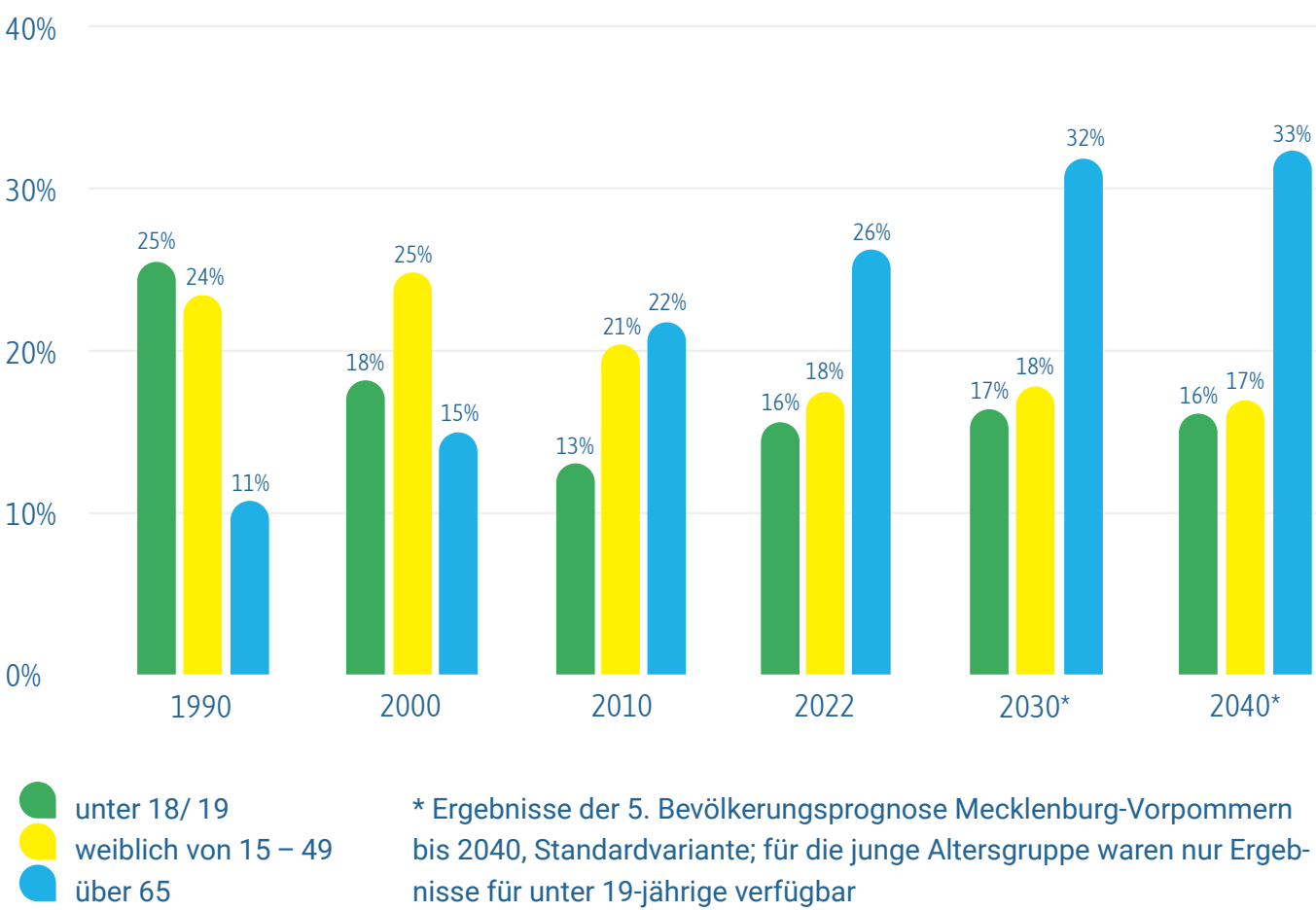


Abbildung 1: Anteile der Altersgruppen unter 18/19 Jahre und über 65 Jahre insgesamt sowie weibliche Personen von 15 bis unter 49 Jahren an der Gesamtbevölkerung in MV

¹Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern: Fortschreibung des Bevölkerungsstandes; Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Deutschland: Gebietsfläche.
²Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern: Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung, Statistik der Geburten.
³Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern: Fortschreibung des Bevölkerungsstandes.
⁴Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern: Fortschreibung des Bevölkerungsstandes; Ministerium für Energie, Infrastruktur und Digitalisierung Mecklenburg-Vorpommern: 5. Bevölkerungsprognose Mecklenburg-Vorpommern bis 2040 – Landesprognose.

Herausforderungen durch Krankheitslast und multiple Deprivation im Land

Mecklenburg-Vorpommern weist eine hohe Krankheitslast auf. Beispielsweise ergeben sich für Mecklenburg-Vorpommern im Vergleich zum Bundesdurchschnitt überdurchschnittliche Prävalenzen beim Typ-2-Diabetes (14,0 % vs. 10,6 %), der Adipositas (13,9 % zu 11,0 %), dem Bluthochdruck (34,9 % zu 29,4 %) und der koronaren Herzkrankheit (10,2 % zu 8,1 %).⁵ Die Krankheitslast nimmt dabei, sowohl in Bezug auf die genannten Erkrankungsbilder als auch generell, im Alter weiter zu.

Die hohe Krankheitslast im Land zeigt sich dabei auch bei den Frauen im gebärfähigen Alter. Immer mehr Frauen leiden an Adipositas. Gemäß den Abrechnungsdaten der AOK steigt bei den Frauen im gebärfähigen Alter mit zunehmendem Alter auch der Anteil derer mit Adipositas; von 7,9 % bei den 15-19-Jährigen bis hin zu 13,0 % bei den 45-49-Jährigen.⁶ Die Werte liegen zudem über dem jeweiligen Bundesdurchschnitt. Weiterhin hat sich das Durchschnittsalter Erstgebärender deutlich erhöht. Mecklenburg-Vorpommern liegt mit 28,8 Jahren zwar deutlich unter dem Bundesdurchschnitt (30,4 Jahre), nichtsdestotrotz ist der Wert auch hier in den letzten 10 Jahren um knapp über zwei Jahre angestiegen.⁷ Diese beiden Aspekte des Übergewichts und des zunehmenden Alters stellen Risikofaktoren dar, die zu einer Risikoschwangerschaft führen können. Damit einhergehend steigt auch das Risiko eines Schwangerschaftsdiabetes. Die Prävalenz des Schwangerschaftsdiabetes ist gemäß einer Studie des RKI bereits von 2013 bis 2018 kontinuierlich angestiegen, wobei dies in Teilen auch durch die gestiegenen Screeningquoten bedingt sein kann.⁸ Laut IQTIG lag die Häufigkeit des Befundes „Schwangerschaftsdiabetes“ im Jahr 2022 bundesweit bei knapp 9,4 % aller Schwangeren, die ihr Kind in einer Klinik geboren haben.⁹ Bei unbehandeltem Schwanger-

schaftsdiabetes können Frühgeburt, ein hohes Geburtsgewicht der Kinder oder Anpassungsstörungen nach der Geburt die Folge sein. Aber auch für die Mütter erhöht sich mit einem Schwangerschaftsdiabetes das Risiko für Folgeerkrankungen wie den Typ-2-Diabetes oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen. So sinken zwar im Zeitverlauf die Geburtenzahlen in Mecklenburg-Vorpommern, allerdings sind für eine zunehmende Zahl an Fällen ein erhöhter Versorgungsbedarf für die einzelne Geburt sowie ein spezialisierter Behandlungsbedarf durch komplexere Erkrankungsbilder zu erwarten.

Darüber hinaus wirkt sich die im Land Mecklenburg-Vorpommern flächendeckend stark ausgeprägte multiple Deprivation ebenfalls negativ auf die Krankheitslast der Bewohner*innen aus.¹⁰ Viele epidemiologische Studien haben einen Einfluss des sozialen Status auf die Gesundheit, beispielsweise chronischer Krankheiten und psychosomatischer Beschwerden, nachgewiesen. Auch für das Erkrankungsbild der Adipositas ist bekannt, dass mit niedrigerem sozialen Status das Risiko für Übergewicht und Adipositas steigt. Ein Forschungsprojekt zum Aufbau einer Diabetes Surveillance am RKI konnte zudem zeigen, dass die Prävalenz des Schwangerschaftsdiabetes in Regionen mit hoher sozioökonomischer Deprivation über der Prävalenz in Regionen mit niedriger Deprivation liegt.¹¹ Hieraus können sich für den Bereich Geburtshilfe und Pädiatrie krankheitsförderliche Rahmenbedingungen mit Auswirkungen auf die fetale Programmierung und Kindesentwicklung ergeben, z. B. durch fehlende Unterstützungsangebote oder unzureichende finanzielle Mittel.

Dies hat Auswirkungen auf die Krankheitslast der Kinder im Land. Mecklenburg-Vorpommern verzeichnet eine anhaltend hohe Prävalenz von Übergewicht und

Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Im Schuljahr 2021/2022 wurde bei den Schuleingangsuntersuchungen bei 13 % der Kinder Übergewicht und bei 6,4 % Adipositas festgestellt.¹² Zehn Jahre zuvor (2011/2012) lagen die Anteile noch bei 12 % mit Übergewicht und 5,3 % mit Adipositas. Dieses Bild

zeichnet sich bis in das Jugendalter fort. Im Schuljahr 2021/2022 lagen in den 8. Klassen die Anteile für Übergewicht bei 20,7 % und für Adipositas bei 10,3 %.¹³ Die erhöhte Krankheitslast bedingt auch für die Kinder und Jugendlichen einen im Einzelfall durchschnittlich erhöhten Versorgungsbedarf.

Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen

Die Herausforderung für die Versorgungsstrukturen besteht darin, dass in der Geburtshilfe und Pädiatrie zwar voraussichtlich weniger Frauen, Kinder und Jugendliche zukünftig zu behandeln sind, die Behandlung im Einzelfall aber aufgrund der soziodemografischen und epidemiologischen Lage durchschnittlich aufwändiger wird.

Abbildung 2: Krankenhausstandorte mit Fachabteilung für Gynäkologie & Geburtshilfe und Erreichbarkeit in Pkw-Fahrminuten (Stand 2023, eigene Auswertung, Trinovis)

Gerade auch die ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen in der Geburtshilfe und Pädiatrie

erfahren zunehmend Schwierigkeiten, da vielfach Fachkräfte fehlen, im stationären Setting die Fallzahlen teils gering sind und die Finanzierung dieser Strukturen unzureichend ausgestaltet ist.

Im Jahr 2023 sind im Land 14 regulär behandelnde Geburtskliniken tätig. Die Anzahl der Krankenhäuser mit Fachabteilungen der Kinder- und Jugendmedizin blieb seit den letzten zehn Jahren konstant mit kleineren Abweichungen. Derzeit existieren 15 regulär behandelnde Kliniken der Kinder- und Jugendmedizin in MV.

Aktuell befinden sich die stationären Versorgungsstrukturen in einem Reformprozess, der die Rahmenbedingungen grundlegend verändern wird. Die

⁵WIdO 2023.

⁶Ebenda.

⁷Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Deutschland, Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung, Statistik der Geburten.

⁸Reitzle, L., Schmidt, C., Heidemann, C., Icks, A., Kaltheuner, M., Ziese, T., Scheidt-Nave, C. (2021). Gestationsdiabetes in Deutschland: Zeitliche Entwicklung von Screeningquote und Prävalenz. Journal of Health Monitoring 6 (2).

⁹IQTIG (2023): Bundesauswertung für das Erfassungsjahr 2022 nach der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung für das Auswertungsmodul Geburtshilfe.

¹⁰Michalski, N., Reis, M., Tetzlaff, F., Herber, M., Kroll, L. E., Hövener, C., Nowossadeck, E., Hoebel, J. (2022). German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD): Revision, Aktualisierung und Anwendungsbeispiele. Journal of Health Monitoring 7 (S5).

¹¹Robert Koch-Institut (2023): Diabetes Surveillance. Online-Link: https://diabsurv.rki.de/Webs/Diabsurv/DE/diabetes-in-deutschland/1-02_Praevalenz_Gestationsdiabetes.html?nn=16718126.

¹²Ergebnisse der Schuleingangs- und -reihenuntersuchungen der Öffentlichen Gesundheitsdienste der Landkreise und kreisen Städte Mecklenburg-Vorpommerns.

¹³Ebenda.

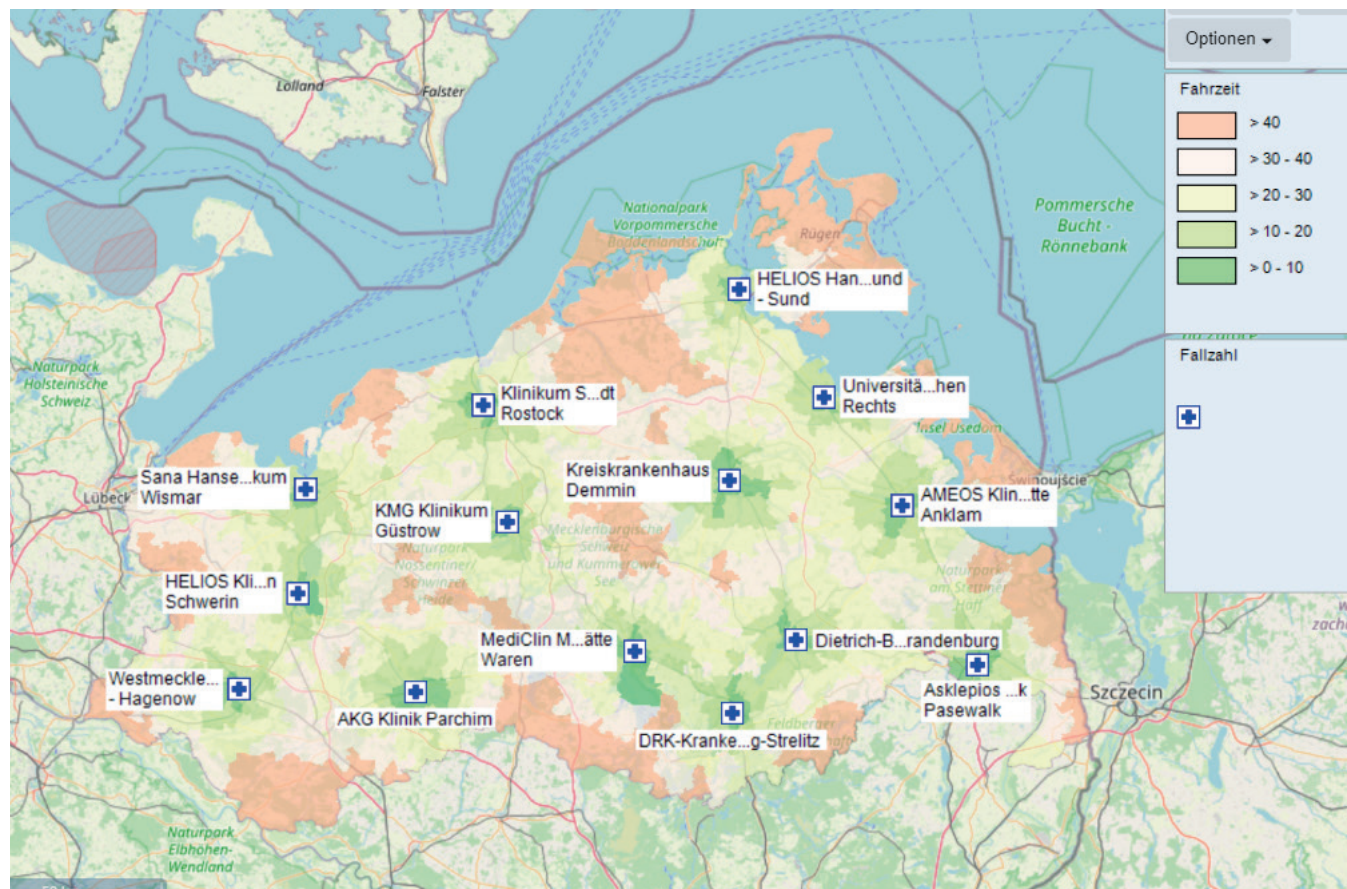


Abbildung 2: Krankenhausstandorte mit Fachabteilung für Gynäkologie & Geburtshilfe und Erreichbarkeit in Pkw-Fahrminuten (Stand 2023, eigene Auswertung, Trinovis)

Auswirkungen der Krankenhausreform sind zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht vollständig abzuschätzen. Jedoch ist mit einer positiven Entwicklung im Bereich der Finanzierung für die Geburtshilfe und Pädiatrie zu rechnen. Inwieweit sich die Reform auch positiv auf den Umgang mit dem Fachkräftemangel und den Herausforderungen sinkender Fallzahlen für eine Absicherung der Versorgung in der Fläche auswirken wird, bleibt abzuwarten. Im ambulanten Bereich sind aktuell (Stand Dezember 2023) 202 niedergelassene und angestellte Gynäkolog*innen sowie 140 Pädiater*innen in MV tätig. Aufschluss über den bereits bestehenden und zukünftigen Fachkräftemangel kann das Alter der aktuell tätigen Ärzt*innen geben. Das Durchschnitts-

alter der gynäkologischen Vertragsärzt*innen beträgt etwa 53 Jahre. Pädiatrische Vertragsärzt*innen sind in etwa 50 Jahre alt. Der somit anstehende Generationenwechsel und der damit einhergehende Fachkräftemangel setzen alle Versorgungsbereiche, insbesondere vor dem Hintergrund komplexerer Erkrankungsbilder und erhöhter Versorgungsbedarfe im Einzelfall, zunehmend unter Druck. Eine weitere versorgungsrelevante Berufsgruppe für Schwangere und Gebärende sind Hebammen. Es besteht keine verlässliche Datenlage bezüglich der Anzahl der Hebammen. In Mecklenburg-Vorpommern wird die Anzahl der Hebammen im Jahr 2019 auf 372 geschätzt.¹⁴ Hebammen sind größtenteils angestellt, knapp die Hälfte ist selbstständig tätig.

¹⁴Ergebnisse der repräsentativen Studie vom IGES Institut zur Situation der Hebammenversorgung und der Geburtshilfe in Mecklenburg-Vorpommern von 2021

Ein geringer Anteil ist sowohl als angestellte und selbstständige Hebamme aktiv. Die Gewährleistung einer 1:1 Betreuung in der Geburtshilfe stellt eine Herausforderung dar. Eine weitere Herausforderung besteht in der Gewährleistung eines gerechten Zugangs zu Versorgungsangeboten und der Sicherung einer flächendeckend gleichwertigen Versorgung. Die großen Entfernungen im Land erschweren in Kombination mit der hohen

Krankheitslast sowie der multiplen Deprivation im ländlichen Raum nachgewiesenermaßen den Zugang zur Gesundheitsversorgung. Aktuell ist absehbar, dass sich die vielen anstehenden Reformen im Gesundheitswesen einerseits auf die Diversifizierung der Versorgungsformen und andererseits auf die Weiterentwicklung der Berufsbilder fokussieren werden.

4. GRUNDPRINZIPIEN & VERSORGUNGSZIELE

Für eine umfassende, qualitativ hochwertige und patient*innenzentrierte geburtshilfliche und pädiatrische Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern sind gewisse Grundprinzipien von Bedeutung, die bei der Verfolgung der in diesem Dokument dargelegten

Ziele mitgedacht werden sollten. Die Grundprinzipien sind als Leitfaden und einheitlicher Rahmen für umsetzende Akteur*innen des vorliegenden Zielbildes zu verstehen.

Patient*innenorientierte Versorgung

Rechte, Bedürfnisse und Erwartungen der Patient*innen werden in der Planung von Versorgungspfaden und in der Leistungserbringung berücksichtigt.

Patient*innennahe Versorgung

Patient*innen haben niedrigschwellig und wohnortnah Zugang zu allen Bereichen der Gesundheitsversorgung bzw. zu Ansprechpartner*innen, die sie entsprechend vermitteln.

Bedarfsorientierte Versorgung

Die Gesundheitsversorgung wird am Bedarf ausgerichtet, der auf der Basis von Prognosen der Krankheitslasten und Demographie ermittelt wird.

Risikostratifizierte Versorgung

Leistungen werden dort erbracht, wo die bestmögliche Behandlung gewährleistet ist. Durch Versorgungspfade besteht die Möglichkeit, die Patient*innen entsprechend zu leiten.

Vorbeugen ist besser als heilen

Ambulant vor stationär

Gleichwertige Versorgung im Land

Die Gesundheit der Patient*innen soll durch zielgerichtete Präventionsmaßnahmen verbessert werden, um Krankheiten oder gesundheitliche Schädigungen zu vermeiden, das Risiko einer Erkrankung zu verringern oder ihr Auftreten zu verzögern. Hierdurch wiederum werden spätere Behandlungen reduziert oder sogar verhindert.

Alle Möglichkeiten der ambulanten Versorgung sollen ausgeschöpft werden, bevor Patient*innen stationär behandelt werden.

Auch wenn die Gesundheitsversorgung lokal unterschiedlich organisiert und strukturiert ist, soll sie landesweit gleichwertig ausgestaltet sein. Gleichwertigkeit zeichnet sich dabei durch gleiche Chancen aus, eine angemessene Gesundheitsversorgung zu erhalten.



Neben den aufgestellten Grundprinzipien soll als Grundlage für das Zielbild außerdem das „Magische Viereck der Gesundheitsökonomie“ herangezogen werden. Dieses beschreibt zunächst vier gleichrangige Ziele, die für eine gute Gesundheitsversorgung grundlegend sind. Zwischen den vier Zielen kann es zu Zielkonflikten kommen bzw. die Umsetzung eines Ziels wirkt sich zwangsläufig auch auf die anderen Ziele aus. Vor dem Hintergrund der knappen Res-

ourcen im Gesundheitswesen ist es zur Erarbeitung des Zielbildes daher von großer Bedeutung vor dem Hintergrund dieses Spannungsfeldes Lösungen zu entwickeln, die entweder Zielkonflikte ausgleichen oder einen guten Mittelweg unter Berücksichtigung aller grundlegenden Ziele bilden.

Für die vier grundlegenden Ziele lassen sich vier Leitfragen ableiten, die dem Zielbild zugrunde liegen:

QUALITÄT

Wird die Qualität der Versorgung positiv oder negativ beeinflusst?

GERECHTIGKEIT

Wie ist die Maßnahme im Sinne einer Bedarfs- oder Leistungs-Gerechtigkeit zu bewerten?

WIRKSAMKEIT

Wirken die eingesetzten Mittel?

WIRTSCHAFTLICHKEIT

Stehen die eingesetzten Mittel im Verhältnis zum Beitrag der Gesundheitsversorgung?

Abbildung 3: Magisches Viereck der Gesundheitsökonomie

5. VERSORGUNGSANGEBOTE

5.1 KOORPERATIVE, FRAUENZENTRIERTE SCHWANGERENVERSORGUNG



Das Nationale Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ soll umgesetzt werden.

ZIELSATZ: Eine gesunde Schwangerschaft wird unterstützt.

Erläuterung

Die Lebensphase der Schwangerschaft betrifft nicht nur die schwangere Frau und das Kind, sondern deren gesamtes soziales Umfeld. Die meisten Frauen und ihre Familien bewältigen diese Phase relativ problemfrei. Für die Schwangeren und werdenden Familien, die besonderen Belastungen ausgesetzt sind, kann jedoch eine Ergänzung der medizinischen Versorgung durch multiprofessionelle und psychosoziale Unterstützung hilfreich sein. Die Stärkung des Verständnisses von Schwangerschaft als ein natürlicher Prozess (in diesem Sinne: gesunde Schwangerschaft = physiologisch verlaufende Schwangerschaft) sowie die Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden

der Schwangeren und ihres Kindes sind zentrale Aspekte. Die Begleitung der Schwangeren und ihrer Familie während dieser Lebensphase wird primär von Hebammen und Ärzt*innen übernommen. Die Berufsgruppen sollen hierfür eng miteinander kooperieren, in ihrem Handeln von einem salutogenetischen Grundverständnis von Schwangerschaft und Geburt ausgehen und dieses nach Außen vermitteln. Auf diese Weise entstehen angepasste, familien- und ressourcenorientierte Versorgungsangebote, die die Frauen und ihre Familien zu einer informierten Entscheidungsfindung befähigen und sie zu einem positiven und aktiven Lebensstil ermutigen.^{15 16}

¹⁵Erläuterung angelehnt an Formulierung aus dem Nationalen Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“.

¹⁶Auch Maßnahmen in anderen Kapiteln dieses Zielbildes zählen auf dieses Ziel ein, insbesondere Maßnahmen im Kapitel „Prävention“.

UNTERSTÜTZUNG BEI DER WAHL DES GEBURTSORTES

Es existieren verschiedene risikoadaptierte Versorgungsstrukturen mit unterschiedlichen Versorgungsstufen zur Betreuung von Schwangerschaft

und Geburt. In Deutschland sind derzeit folgende Betreuungsmodelle während der Geburt etabliert:

-  Geburtsklinik/ Geburtshilfliche Abteilung mit frauenärztlich geleitetem Kreißsaal
-  Geburtsklinik/ Geburtshilfliche Abteilung mit Beleghebammen und/ oder Belegärzt*innen
-  Geburtsklinik/ Geburtshilfliche Abteilung mit hebammengeleitetem Kreißsaal
-  hebammengeleitete Einrichtungen sowie Hausgeburtshilfe

Für die Entscheidung des Geburtsortes benötigen die Schwangeren und ihre Familien Informationen über das geburtshilfliche Angebot von Krankenhäusern und der außerklinischen Geburtshilfe in der Umgebung.

Es soll zur Orientierungshilfe bei der Wahl des Geburtsortes ein Beratungsangebot eingeführt werden, bei dem die gesamte geburtshilfliche Betreuung (einschließlich Wochenbett) berücksichtigt wird.

Für die klinische Geburtshilfe existiert in Deutschland entsprechend den gesetzlichen Regelungen ein Stufensystem der perinatalogischen Versorgung.¹⁷

Auf diese Weise wird eine risikoadaptierte Versorgung Schwangerer und Neugeborener gewährleistet. Während bei einer risikoarmen Geburt die Frauen und ihre Familien frei aus dem bestehenden Angebot wählen können und sollten, sollten Personen mit Risikoschwangerschaften und drohenden Frühgeburten stets nach geltenden Leitlinien und Absprache mit den behandelnden Frauenärzt*innen in den Kliniken mit entsprechender Versorgungsstufe betreut werden.

SCHAFFUNG VON ANGEBOTEN ZUR PRÄNATALDIAGNOSTIK

Viele Frauen nehmen während der Schwangerschaft an Kursen zur Geburtsvorbereitung teil. Daneben stehen werdenden Eltern auch zahlreiche Möglichkeiten der Pränataldiagnostik (PND) zur Verfügung. Sie müssen entscheiden, welche der angebotenen Untersuchungen sie nutzen wollen und wie sie mit den Befunden umgehen.

Zum Thema PND soll eine angemessene Beratung von den behandelnden Frauenärzt*innen oder einer anderen qualifizierten unabhängigen Stelle durchgeführt werden. Ziel einer Beratung vor der Inanspruchnahme einer PND ist es, werdende Eltern bei der informierten Entscheidungsfindung zu unterstützen und sie angemessen über die verschiede-

nen Optionen (Nutzen- und Risikopotenzial, falsch negative oder falsch positive Befunde) zu beraten. Die mit der Untersuchung verbundene Belastung,

ihre Grenzen und möglichen Konsequenzen sollen den Eltern verständlich gemacht werden.

ZUSAMMENARBEIT DER BETEILIGTEN BERUFSGRUPPEN UND KONTINUIERLICHE BETREUUNG

Nach § 24d SGB V haben Frauen während der Schwangerschaft Anspruch sowohl auf ärztliche Betreuung als auch auf Hebammenhilfe. Sie können dabei frei wählen, von welcher der beiden Professionen sie betreut werden möchten. Auch ein Wechsel und eine gemeinsame Betreuung sind möglich. Die ärztlichen Leistungen werden dabei von den Mutterschaftsrichtlinien geregelt, während die Leistungen der Hebammen durch den Hebammenhilfe-Vertrag sowie die Berufsordnung geregelt werden. Für die Betreuung und Behandlung pathologischer Befunde soll eine besonders enge Kooperation der an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen unter fachärztlicher Verantwortung erfolgen. Der in Deutschland seit über 50 Jahren etablierte und akzeptierte Mutterpass dient der Dokumentation aller relevanten schwangerschaftsbezogenen Daten sowie medizinischen Befunde. Er bietet damit die Möglichkeit einer schnellen Orientierung aller Beteiligten der medizinischen Betreuung von Schwangeren. Auf diese Weise wird die Kooperation zwischen den Berufsgruppen erleichtert.

Die an der Schwangerschaft beteiligten Berufsgruppen haben zudem die wichtige Aufgabe Wissen zu vermitteln, Informationen zu Schwangerschaft und Geburt einzuordnen, auf verlässliche Angebote hinzuweisen, Vertrauen zu schaffen und Ängste abzubauen. Nur gemeinsam können sie bei den Adressat*innen ein umfassendes Verständnis der eigenen (Risiko-)Situation fördern und informierte Entscheidungen ermöglichen. Daher sollte die multiprofessionelle Schwangerenvorsorge, -betreuung und Geburtsvorbereitung gestärkt und entsprechende Kooperationsmodelle zwischen Fachärzt*innen und Hebammen gefördert werden.

Zur Unterstützung einer gesunden Schwangerschaft gehören auch die Förderung des Wohlbefindens und der Gesundheitskompetenzen der Schwangeren und ihrer Familien sowie die Identifikation von Risiken und Belastungen. Auf diese Bereiche wird im Kapitel „Prävention“ näher eingegangen.

¹⁷Auf Grundlage der Richtlinie des G-BA über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen (QFR-RL)

ZIELSATZ: Eine physiologische Geburt wird unterstützt.

Erläuterung

In Deutschland wird unter einer physiologischen Geburt eine Geburt verstanden, bei der keine oder möglichst wenige, gut begründete Interventionen durchgeführt werden. Ziel jeglicher Bemühungen vor, während und nach einer Geburt soll die Erhaltung und Stärkung der Gesundheit von Mutter und Kind sein. Alles Handeln der den Geburtsprozess begleitenden Personen muss sich an diesem Ziel messen lassen. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, ist eine Begleitung und Betreuung der Frau gemäß dem frauenzentrierten Konzept sehr förderlich. Zum Konzept gehören verschiedene Komponenten: Choice

(Wahlmöglichkeiten und informierte Entscheidungen), Control (persönliche Kontrolle, Mit- und Selbstbestimmung), Continuity (Kontinuität durch eine oder mehrere bekannte Betreuungspersonen sowie das Prinzip der partnerschaftlichen Betreuung). Wichtig ist auch die Anerkennung der Entscheidungsfreiheit sowie der Einbezug der Bedürfnisse und Erwartungen der Schwangeren. Alle Entscheidungen (z. B. hinsichtlich schmerzerleichternder Methoden) sollen aktiv und gemeinschaftlich von der Schwangeren und ihrem betreuenden geburtshilflichen Team getroffen werden.

Umsetzungsvorschläge

ANGEMESSENER EINSATZ MEDIZINISCHER INTERVENTIONEN

In einen physiologisch verlaufenden Geburtsprozess sollte nicht eingegriffen werden. Schwangere mit Risiken haben während des Gebärens besondere Bedarfe, da sich aus einer Risikoschwangerschaft eine Risikogeburt entwickeln kann. Bei spontan auftretenden Risiken oder Notfällen soll eine zeitnahe, sichere Verlegung in eine Klinik mit höherer Versorgungsstufe entsprechend der Leitlinien gewährleistet werden. Eine sorgfältige und individuelle

Risikoabwägung ist stets erforderlich. Dabei sollen invasive Interventionen (u. a. Episiotomie, internes Geburts-CTG, Sectio) nur eingesetzt werden, wenn sie absolut erforderlich sind. Wissenschaftliche Kriterien für die Anwendung und Wirksamkeit geburtshilflicher Interventionen sind dabei zu beachten. Um den physiologisch verlaufenden Geburtsprozess weiter zu fördern, müssen die existierenden S3-Leitlinien umgesetzt werden.

HEBAMMENGEELEITETE BETREUUNG

Die hebammengeleitete Betreuung wird entsprechend den Ausführungen im Nationalen Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ in MV umge-

setzt. Hebammen sind nach dem Hebammengesetz (HebG) befugt, physiologisch verlaufende Geburten eigenständig zu betreuen. Hebammengeleitete Ge-

burtshilfe findet in der außerklinischen Geburtshilfe (Geburtshäuser, Hebammenpraxen, Hausgeburten) sowie in hebammengeleiteten Kreißsälen in der Klinik statt. Ein außerklinisches Geburtssetting kommt ausschließlich für Schwangere ohne antizipierte Geburtsrisiken in Frage. Das stationäre Geburtssetting wird aus Gründen der Patient*innensicherheit empfohlen. In allen Kreißsälen in MV soll das Modell der hebammengeleiteten Geburtshilfe etabliert werden. Das bedeutet, dass alle physiologisch verlaufenden Geburten eigenständig von Hebammen betreut werden. Bei Risikogeburten sowie bei Geburten, bei denen im Verlauf eine medizinische Intervention notwendig wird, wird die Geburt ärztlich geleitet. Das Modell der hebammengeleiteten Geburtshilfe

mit dem Konzept der frauenzentrierten Betreuung nach Prinzipien wie Kontinuität, partnerschaftliche Betreuung und Einbezug in Entscheidungen, begünstigt die Gesundheitsförderung. Es führt zu einem geringeren Einsatz medizinischer Interventionen im Geburtsverlauf und somit zu einer Förderung der physiologischen Geburt unter Einbezug der Ressourcen der Gebärenden. In diesem von Hebammen geleiteten geburtshilflichen Betreuungsmodell im klinischen Setting betreuen Hebammen gesunde Frauen in der Schwangerschaft während und nach der Geburt sowie im frühen Wochenbett.

GEWÄHRLEISTUNG DER KONTINUITÄT IN DER BETREUUNG

An der Schnittstelle zwischen Betreuung in der Schwangerschaft und unter der Geburt dürfen keine Informationsverluste entstehen. Das ist relevant, da die meisten Schwangeren während der Geburt durch das Personal an den geburtshilflichen Kliniken betreut werden, für die sie sich zuvor entschieden haben und nicht vom Personal, das sie durch die Schwangerschaft begleitet hat. Zur Sicherstellung

der Informationen ist der Mutterpass das zentrale Instrument. Weiterhin ist die Kontinuität der Betreuung während des Gebärens durch das geburtshilfliche Team wichtig. Eine sorgfältige Übergabe aller Informationen und persönliche Vorstellung aller in die Betreuung einbezogenen Personen soll gewährleistet werden.

1:1 BETREUUNG WÄHREND DER GEBURT

Generell ist eine 1:1 Betreuung während der Geburt wünschenswert. Sie ist derzeit nicht in allen Systemen der Hebammenarbeit im Kreißaal möglich. Die Menge der Hebammen im Dienst und die zu betreuenden Gebärenden entscheiden über den Be-

treuungsschlüssel vor Ort. Die Personalorganisation könnte u.a. bei entsprechend vorhandenen Fachkräften dementsprechend angepasst werden, um eine 1:1 Betreuung während der Geburt zu ermöglichen. Neben dem Modell von angestellten Hebammen

sind auch andere Modelle möglich:

Dienstbeleghebammen = Hebammen die im Dienstsystem ähnlich einer angestellten Hebamme im Kreißsaal arbeiten und in der Regel keine nur von ihnen begleiteten Frauen betreuen, sondern alle in ihrem Dienst anwesenden Frauen. Sie sind selbstständig und rechnen eigenständig mit den Krankenkassen ab.

Begleitbeleghebamme = betreut eine nur von ihr begleitete Frau zur Geburt in der Klinik und hat einen extra Vertrag mit dem Krankenhaus. Sie deckt meist den gesamten Betreuungsbogen (Schwangerschaft, Geburt und Wochenbettbetreuung, Still/Ernährungsberatung) ab. Sie ist auch selbstständig und rechnet selbst ihre Leistungen ab.

ADÄQUATE VERGÜTUNG DER LEISTUNGEN RUND UM DIE GEBURT

MV setzt sich dafür ein, dass die physiologische Geburt angemessen vergütet und Fehlanreize zu

einem Kaiserschnitt oder unnötige Interventionen vermieden werden.

SPEZIFISCHE FORTBILDUNGSANGEBOTE

Durch interdisziplinäre Fortbildungen wird auf eine Geburt ohne Gewalterfahrung hingewirkt. Nachsor-

geangebote für Familien werden geschaffen.

5. VERSORGUNGSANGEBOTE

5.2 SEKTORENÜBERGREIFENDE VERSORGUNGSANGEBOTE



Versorgungsangebote sollen über Sektorengrenzen hinweg konzipiert werden, die Patienten*innenperspektive einbeziehen und ganzheitlich gestaltet werden.

ZIELSATZ: In der Geburtshilfe und Pädiatrie wird die Versorgung regional und sektorenübergreifend gestaltet.

Erläuterung

Eine sektorenübergreifende Versorgung verfolgt den Ansatz die bestehenden Grenzen zwischen der Prävention, der ambulanten und stationären Behandlung sowie der Rehabilitation und Pflege durchlässiger zu machen und somit eine bedarfsgerechtere Versorgung zu ermöglichen. Dies kann beispielsweise über Maßnahmen der Koordination und Kooperation oder über eine Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen geschehen.

Bei der Organisation sektorenübergreifender Versorgung ist der regionale Ansatz von großer Bedeutung, da – ausgehend von den Patient*innen – der größte Teil der Versorgung in deren Umkreis erbracht wird. Je besser die Strukturen regional organisiert und koordiniert sind, umso besser können diese ihren

Versorgungsauftrag erfüllen. Dies schließt keinesfalls überregionale Ansätze der Versorgung aus, die beispielsweise bei spezialfachärztlichen Leistungen relevant sind.

Das Ziel dieses Ansatzes ist es erstens, eine hohe Versorgungsqualität zu gewährleisten, indem Schnittstellen besser funktionieren und der Zugang zur Versorgung erhalten bleibt. Zweitens kann dieser auch dazu beitragen, den Fachkräftemangel etwas abzufedern, indem Fachkräfte effizienter eingesetzt oder Versorgungspfade effizienter gestaltet werden, beispielsweise durch die Verminderung von Doppelarbeit oder der Beseitigung von Kommunikationshürden, der Festlegung von Standards und klar strukturierten Versorgungspfaden.

SCHAFFUNG SEKTORENÜBERGREIFENDER VERSORGUNGSANGEBOTE

Es existieren bereits unter den aktuellen Voraussetzungen viele Möglichkeiten zur Stärkung der sektorenübergreifenden Vernetzung und Zusammenarbeit. Diese Möglichkeiten sollten überall dort genutzt werden, wo sie dazu beitragen können,

Vorort bestehende Herausforderungen adäquat zu adressieren und die Versorgung zu verbessern. Folgende Versorgungsangebote werden hierbei als Möglichkeiten gesehen (ohne Wertung bezüglich der Versorgungsqualität der Versorgungsangebote):

- Aufbau / Umbau eines Integrierten Gesundheitszentrums (IGZ),
- Aufbau/ Umbau eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ),
- Hebammenkreißsäle und hebammengeleitete Einrichtungen,
- Ermöglichung einer teilstationären/ambulanten Versorgung am Krankenhaus,
- Aufbau von Institutsambulanzen,
- Institutsermächtigungen von Krankenhäusern für die ambulante Versorgung,
- Teilanstellung einschlägigen, bisher ambulant tätigen Fachpersonals an einem Krankenhaus,
- Belegabteilungen/ Belegarztsysteme,
- Anbindung an ein telemedizinisches Netzwerk,
- Vorhaltung einer mobilen Sprechstundenlösung.

BILDUNG SEKTORENÜBERGREIFENDER NETZWERKE

Netzwerke können einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung leisten. So kann durch Netzwerke beispielsweise eine Verbesserung in der Etablierung der Versorgungspfade, der Zusammenarbeit der Leistungserbringenden sowie der Verfügbarkeit der Fachexpertise über Netzwerkstrukturen in der Fläche erreicht werden. Aus diesen Gründen sollte die Etablierung von Netzwerken verstärkt vorangetrieben werden.

Hierfür gibt es unterschiedliche Möglichkeiten, die genutzt werden sollten. Neben klassischen Ärzt*innenetzen kommt der interprofessionellen Vernet-

zung eine besondere Bedeutung zu. Diese sollten insbesondere regional zwischen den Leistungserbringenden etabliert werden. Die Vertragsärzt*innen sind die erste Anlaufstelle für die pädiatrische und gynäkologische Versorgung einer Region. Sie übernehmen die Steuerungs- und Koordinationsfunktion in einem streng qualitätsgesicherten Netzwerk. Daneben sind für eine bessere Verfügbarkeit spezialfachärztlicher Expertise in der Fläche auch überregionale Netzwerke sinnvoll. Hierfür eignen sich unter anderem telekonsiliarische Netzwerke. Schließlich sind auch neue und stärker formalisierte

Netzwerkstrukturen denkbar, indem beispielsweise innerhalb der Krankenhausplanungsregionen sektorenübergreifende und interprofessionelle Netzwerke etabliert werden.

NETZWERK ZUR BEGLEITUNG PSYCHISCH BELASTETER SCHWANGERER UND WÖCHNERINNEN

Ein Netzwerk für die Begleitung psychisch belasteter Schwangerer und Wöchnerinnen sollte etabliert werden, in dem Ärzt*innen, Hebammen, Psychotherapeut*innen, Stillberater*innen und Schwangerschafts- und Familienberater*innen multiprofession-

nell zusammenarbeiten. Schwangere und Familien erhalten Unterstützung bei seelischen Problemen, psychosomatischen Beschwerden oder in psychosozialen Krisensituationen rund um das Thema Geburt.

AUFBAU PÄDIATRISCH-GEBURTSHILFLICHER ZENTREN

Die bisher im Krankenhausplan ausgewiesenen pädiatrischen Zentren bei den vier Maximalversorgern

könnten zu pädiatrisch-geburtshilflichen Zentren weiterentwickelt werden.

Aufgaben der pädiatrisch-geburtshilflichen Zentren könnten beispielsweise sein:

- Koordinierung einer strukturierten Zusammenarbeit der Einrichtungen in den Planungsregionen.
- In der integrierten Versorgung sollte auch die Prävention eine besondere Rolle einnehmen, da sie der wichtigste „Filter“ vor dem Eingang in ein Versorgungsnetz ist. Erfolgreiche etablierte Präventionsansätze sollten daher in die regionale Koordinationsleistung der pädiatrischen Zentren eingebunden werden, um sodann die nachgeordneten Versorgungsleistungen zu koordinieren und die nötigen Kooperationen zu initiieren.
- Etablierung standardisierter Prozesse in den Krankenhäusern mithilfe von Wissenstransfer, Qualitätssicherung und gegenseitiger Unterstützung mit weiterer Gewährleistung der Möglichkeit des eigenständigen Handelns des Krankenhauses/ Ärzt*innen in der Therapie.
- Die Zentren sollten dabei eine Abstimmung innerhalb eines Netzwerkes und zwischen mehreren Netzwerken sicherstellen.

ETABLIERUNG EINER AMTSHEBAMME

Bei Implementierung einer Amtshebamme für Mecklenburg-Vorpommern könnten einige der Umsetzungsvorschläge aus dem Zielbild von ihr durch-

geführt werden. Amtshebammen werden derzeit u. a. in Bremen eingesetzt. Zu ihren Aufgaben könnten gehören:

- die Aufsicht über die freiberuflichen und in Mischform tätigen Hebammen,
- die Stärkung und Sicherung der Hebammenversorgung in der Geburtshilfe und Wochenbettbetreuung durch Netzwerkarbeit mit den zugelassenen Hebammen, Schwangerschaftsberatungsstellen sowie anderen Institutionen und Professionen rund um die Geburt,
- der eigenständige Aufbau und die Pflege eines Hebammenregisters,
- Beschwerdemanagement im Sinne der Berufsaufsicht,
- Werbemaßnahmen zur Personalgewinnung von Hebammen und Entbindungspfleger*innen in Mecklenburg-Vorpommern sowie
- An-/ Um- und Abmeldungen von Gesundheitsheilverufen sowie von ambulanten Pflegediensten.

ETABLIERUNG VON REGIONALKONFERENZEN

In den Krankenhausplanungsregionen sollten Regionalkonferenzen etabliert werden. Regionalkonferenzen sind regelmäßige Veranstaltungsformate für die Leistungserbringer in einer Region, die zur Vernetzung und zum Austausch genutzt werden, um die Versorgung in der Region zu verbessern. Das Format der Regionalkonferenzen kann für unterschiedliche Zwecke genutzt werden. Dies gilt es zunächst festzulegen, wobei sich der Zweck auch weiterentwickeln kann, wenn das Format in der Region eingeübt ist und sich die Rahmenbedingungen verändern. Neben der grundsätzlichen Funktion des Austausches und der Vernetzung in der Region können Regionalkonferenzen auch gezielt für die Besprechung von Versorgungsproblemen, zur Qualitätsverbesserung oder auch zur Entwicklung

von Ideen zur Absicherung der Versorgung genutzt werden. Unter bestimmten Voraussetzungen könnten die Regionalkonferenzen auch als Beteiligungsformat für die Versorgungsplanung genutzt werden.

Die Regionalkonferenzen könnten von den pädiatrisch-geburtshilflichen Zentren koordiniert werden. Planungsbehörden könnten ebenfalls einbezogen werden.

Die genaue Ausgestaltung der Konferenzen könnte von den pädiatrisch-geburtshilflichen Zentren je nach Bedarfslage in Abstimmung mit ihren Netzwerkpartner*innen organisiert werden. Eine Finanzierung könnte beispielsweise über Zentrumszuschläge erfolgen. Im Folgenden sind Anhaltspunkte für diese Ausgestaltung als Empfehlung dargelegt:

1. **Zweck und Ziele:** Klare Ziele und Zwecke der Regionalkonferenzen sollten definiert werden.
2. **Interdisziplinäre Teilnahme** mit Vertreter*innen, die an der Geburtshilfe und Pädiatrie beteiligt sind: Gynäkolog*innen, Kinderärzt*innen, Neonatolog*innen, Hebammen, Pflegepersonal, medizinische Assistent*innen und weitere Fachkräfte.
3. **Regelmäßigkeit:** Die Regionalkonferenzen sollten in regelmäßigen Abständen (z. B. halbjährlich) stattfinden, um einen kontinuierlichen Austausch zu gewährleisten.
4. **Schwerpunktthemen:** Jede Konferenz könnte sich auf spezifische und aktuell drängende Themen konzentrieren. Dies könnten Bereiche wie pränatale Diagnostik, Neugeborenenversorgung, Frühgeborenenversorgung, Stillen, pädiatrische Notfälle, pädiatrische Krankheiten und Behandlungsstrategien sein.
5. **Qualitätsverbesserung:** Diskussionen über Qualitätsindikatoren, Protokolle zur Verbesserung der Geburtshilfe und pädiatrischen Versorgung sowie Methoden zur Fehlervermeidung könnten Teil der Konferenzen sein.
6. **Netzwerken und Kooperation:** Zeit für informelle Gespräche, Networking und die Erkundung von Kooperationsmöglichkeiten zwischen den Krankenhäusern könnte eingeplant werden.
7. **Gemeinsame Projekte:** Die Konferenzen könnten als Plattform dienen, um gemeinsame Projekte zur Verbesserung der Geburtshilfe und Pädiatrie in der Region zu planen und umzusetzen.
8. **Erfahrungsaustausch und Fallbesprechungen:** Fachkräfte könnten ihre Erfahrungen teilen, Herausforderungen besprechen und bewährte Methoden zur Bewältigung gemeinsamer Probleme austauschen sowie komplizierte Fälle diskutieren, um kollektiv nach Lösungen und Ansätzen zu suchen.
9. **Vorträge und Workshops** von Fachexpert*innen über aktuelle Entwicklungen, Forschungsergebnisse und bewährte Praktiken in der Geburtshilfe und Pädiatrie.

SEKTORENÜBERGREIFENDE UND REGIONALE VERSORGUNGSPLANUNG

Hinter der Idee einer sektorenübergreifenden und regionalen Versorgungsplanung steht der Gedanke, dass eine tatsächlich sektorenübergreifend organisierte Gesundheitsversorgung erst vollständig etabliert werden kann, wenn auch die zugrundeliegende Planung entsprechend reformiert würde. Eine solche Maßnahme kann dazu beitragen das Gesundheitswesen effizienter zu gestalten. Relevant ist hierbei nicht nur der in der Fachliteratur vielfach diskutierte Umstand, dass das deutsche Gesund-

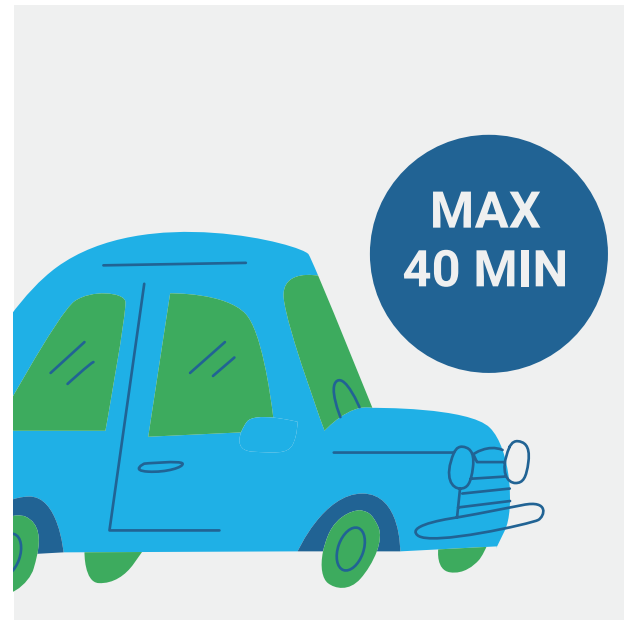
heitswesen im internationalen Vergleich eine zwar hohe Versorgungsqualität gewährleistet, allerdings zu überdurchschnittlich hohen Kosten. Von besonderer Bedeutung ist auch der ressourcenorientierte Ansatz, dass knapper werdende Fachkräfte effektiver arbeiten und eingesetzt werden könnten. Schließlich könnte eine sektorenübergreifende regionale Versorgungsplanung auch zu einer besseren Allokation von Versorgungsangeboten führen. Eine solche Maßnahme wäre allerdings nur langfristig

umsetzbar und bedürfte weitreichender bundesrechtlicher Reformen gefolgt von landesrechtlichen Anpassungen und tiefgreifenden Veränderungen in der Selbstverwaltung des Gesundheitswesens. Insofern geht die etwaige Konzeption einer solchen Versorgungsplanung weit über den Anspruch dieses

Zielbildes hinaus und kann an dieser Stelle nicht geleistet werden. Stattdessen sollen einzelne Ansatzpunkte skizziert werden, die in der Arbeitsgruppe diskutiert wurden.

5. VERSORGUNGSANGEBOTE

5.3 STATIONÄRE VERSORGUNGSANGEBOTE



Geburtshilfliche und pädiatrische stationäre Versorgungsleistungen sollen in der Fläche patient*innennah und qualitativ hochwertig erbracht sowie strukturell und finanziell abgedeckt werden. Stationäre Versorgungsangebote berücksichtigen die Bedarfe und Bedürfnisse der Schwangeren.

ZIELSATZ: Der nächstverfügbare Versorgungsanbieter für Geburtshilfe und Pädiatrie ist grundsätzlich für Patient*innen innerhalb von 40 Pkw-Minuten zu erreichen. Für Regionen, in denen der nächstverfügbare Versorgungsanbieter nicht innerhalb von 40 Pkw-Minuten erreichbar ist, werden Maßnahmen getroffen, die eine gleichwertige Versorgung ermöglichen.

Erläuterung

Die Fahrtzeit von 40 Pkw-Minuten ergibt sich aus § 3 der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V. Hierin sind die bundeseinheitlichen Voraussetzungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen für basisversorgungsrelevante und im Krankenhausplan des jeweiligen Landes ausgewiesene Krankenhäuser geregelt.

Zu § 3 Satz 3 über die Änderung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen ge-

mäß § 136c Absatz 3 SGB V heißt es wie folgt: „Vor diesem Hintergrund und unter Berücksichtigung der Stellungnahmen der medizinischen Fachgesellschaften nach § 136c Absatz 3 Satz 5 SGB V kann es als sachgerecht und medizinisch vertretbar angesehen werden, für Patientinnen mit dem Erfordernis der Behandlung in einer Fachabteilung der Geburtshilfe oder Gynäkologie die Erreichbarkeit des nächsten geeigneten Krankenhauses mit einem Pkw-Minutenwert in Höhe von 40 Minuten festzulegen.“¹⁸

¹⁸ GBA (2020). Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Änderung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Erweiterung um die Vorhaltung einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin als basisversorgungsrelevante Leistung zur flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung. S.4

Bei Betrachtung der aktuellen räumlichen Verteilung der stationären Versorgungsangebote für die Geburtshilfe und Pädiatrie wird deutlich, dass es einige ländliche Regionen gibt, die weiter als 40 Pkw-Minuten von einem solchen Angebot entfernt sind. Gerade für die Menschen, die in diesen Regionen leben, sollten Angebote existieren, die in diesem Kontext eine gleichwertige Versorgung darstellen – also für eine Chancengleichheit zum Erhalt einer angemessenen Gesundheitsversorgung sorgen. Um dies zu erreichen, können und sollten Lösungen angestrebt

werden (z. B. ambulant oder sektorenübergreifend), die den jeweiligen lokalen Besonderheiten Rechnung tragen und sowohl effektiv als auch effizient sind. Neben den unten genannten Umsetzungsvorschlägen sind für dieses Ziel auch und insbesondere Umsetzungsvorschläge aus den anderen Kapiteln von besonderer Bedeutung. Dies trifft beispielsweise für die sektorenübergreifende Vernetzung in abgelegenen Regionen zu, aber auch für die telemedizinische Vernetzung oder die Angebote der Notfallversorgung.

Umsetzungsvorschläge

KRANKENHAUSPLANUNG

Im Zuge der Krankenhausreform und der Neuordnung der Krankenhausplanung sollte darauf geachtet werden, dass die Allokation von Leistungsgruppen der Geburtshilfe und der Pädiatrie nach den im Kapitel 4 dargestellten Grundprinzipien erfolgt. Hierbei sollten insbesondere alle möglichen Spielräume ausgenutzt werden, um eine Versorgungsstruktur zu erhalten, die alle Regionen des Landes angemessen an stationäre Versorgungsangebote anschließt.

Zu verweisen ist hier außerdem auf die Weiterentwicklung der bisher im Krankenhausplan aufgeführten pädiatrischen Zentren zu pädiatrisch-geburtshilflichen Zentren (vgl. Kapitel zur sektorenübergreifenden Versorgung).

VERNETZTE GEBURTSHILFLICHE VERSORGUNGSSTRUKTUR

Eine weitere Möglichkeit zur Sicherstellung einer gleichwertigen Versorgung in der Geburtshilfe ist die Etablierung von Netzwerkstrukturen bestehend aus zentralen geburtshilflichen Kliniken zur Versorgung aller Risikostufen, Satellitengeburtskliniken für Geburten mit geringerem Risiko und sektorenübergreifenden Einrichtungen bzw. MVZs zur Schwan-

gerenbetreuung. Das Konzept ist dargestellt in der Fachempfehlung „Modelle zu Versorgungsstrukturen in der klinischen Geburtshilfe in Deutschland“ der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (2023).

PATIENT*INNENHOTELS UND TERMINWOHNUNGEN

Für eine gleichwertige geburtshilfliche Versorgung könnte ein landesweites Boardingkonzept entwickelt werden. Hierzu wären an ausgewählten Standorten Boardingmöglichkeiten für Schwangere ab der 37+0 Schwangerschaftswoche oder bei Risikoschwangerschaften zu etablieren – beispielsweise als Patient*innenhotels oder Terminwohnungen. Ein Konzept hierzu ist beispielsweise in der Fachempfehlung „Modelle zu Versorgungsstrukturen in der klinischen Geburtshilfe in Deutschland“ der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (2023) ausgearbeitet.

Ein ähnliches Boardingkonzept wäre auch für die pädiatrische Versorgung denkbar, beispielsweise für Kinder und deren Angehörige, bei denen ein längerer Krankenhausaufenthalt in spezialisierten Zentren oder eine komplexere ambulante Versorgung an mehreren Tagen hintereinander erfolgt. Bevor ein Boardingkonzept flächendeckend eingeführt wird, sollte Evidenz bezüglich des Nutzens vorliegen. Diese könnte aufgrund von Erfahrungen aus anderen Regionen gewonnen werden oder durch eigene modellhafte Erprobungen.

KONZEPT DER LATENZPHASENBETREUUNG

Eine Alternative zu Boardinghäusern kann die Latenzphasenbetreuung mittels Video-Call mit qualifiziertem Fachpersonal (z. B. Hebammen) sein. Dieses niedrigschwellige Betreuungsangebot zur Begleitung dieser Geburtsphase bietet sich beispielsweise für Frauen mit einem älteren Kind an, um eine räumliche Trennung zu verhindern. Gebärenden wird bei physiologischem Geburtsverlauf empfohlen, die Latenzphase daheim zu verbringen. Da oft ein Umgang mit den Wehen gefunden werden muss

oder Unsicherheiten und Ängste in der Latenzphase auftreten können, bietet sich die Einschätzung der Situation mittels Video-Call an. Der Video-Call kann dazu dienen, eine visuelle Einschätzung der Gebärenden durchzuführen, Begleitpersonen während der Geburt zu involvieren indem sie praktisch mit einbezogen werden sowie die Frauen in ihren Fähigkeiten zu stärken, in eine hilfreiche Atmung im Umgang mit der Wehentätigkeit hinein zu finden.

ZIELSATZ: Die Behandlungsqualität am Krankenhaus-Standort ist bewährt und nachprüfbar.

Erläuterung

Eine hohe Behandlungsqualität ist essentiell für eine gute Versorgung an den Krankenhausstandorten. Hierfür sind Maßnahmen auf unterschiedlichen Ebenen notwendig. Entscheidend für die Qualität einer geburtshilflichen und pädiatrischen Versorgung ist neben der Einhaltung der bereits erwähnten Quali-

tätskriterien insbesondere die Personalausstattung, die Umsetzung von medizinischen Leitlinien, ein gutes Notfallmanagement mit klaren Verfahrensanweisungen, regelmäßigen Teamtrainings sowie eine passende medizinische Ausstattung.

Umsetzungsvorschläge

VORGABEN ZUR BEHANDLUNGSQUALITÄT

Die Krankenhäuser, die geburtshilfliche Leistungen erbringen, sollen aktuelle und fachrelevante S2k- und S3-Leitlinien einhalten. Als Kriterien zur Behandlungsqualität sollen unter anderem die Belegung mit qualifiziertem Personal, deren nahtloser Verfügbarkeit und adäquater Anzahl gehören. Weitere Maßnahmen können die Behandlungsqualität verbessern und sollten daher ebenfalls vorgegeben werden. Hierzu zählt beispielsweise die verpflichtende Teilnahme an telemedizinischen Netzwerken (vgl. Kapitel Telemedizin). Weiterhin können aktuell im Bereich Entbindungen zeitlich befristete Qualitätsverträge zwischen Krankenkassen und Kliniken geschlossen werden. Damit soll erprobt werden, ob

sich die Qualität stationärer Behandlungsleistungen über Anreizsysteme zur Einhaltung besonderer Qualitätsanforderungen weiter verbessern lässt. In diesen Verträgen werden gemeinschaftlich besondere Qualitätsziele festgelegt. Daher können diese Verträge genutzt werden, um die Behandlungsqualität im Land weiter zu verbessern. Die dadurch resultierende hohe Behandlungsqualität im stationären Bereich sorgt für eine voll umfassende medizinische Betreuung der Schwangeren und des neugeborenen Kindes. Die Qualität kann noch gesteigert werden, wenn geburtshilfliche und pädiatrische Versorgung in unmittelbarer räumlicher Nähe zu den Geburtsräumen vorgehalten werden können.

RISIKOSTRATIFIZIERTE VERSORGUNG

Die risikostratifizierte Versorgung von Früh- und Reifgeborenen erfolgt gemäß der G-BA-Richtlinie „Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene“.

Die Versorgung erfolgt in Krankenhäusern mit medizinisch angemessenen Strukturen zur Versorgung in Risikostufen der geburtshilflichen Versorgung.

KOMBINIERTE STATIONÄRE GEBURTSHILFLICH-PÄDIATRISCHE VERSORGUNG

An Standorten mit Leistungen der Geburtshilfe muss sichergestellt werden, dass Pädiater*innen unverzüglich hinzugezogen werden können. Hierfür sollen pädiatrische Abteilungen am Standort ver-

bindlich vorgehalten werden. Nur in Ausnahmefällen soll auf Kooperationen, z. B. mit ambulant tätigen Pädiater*innen, ausgewichen werden.

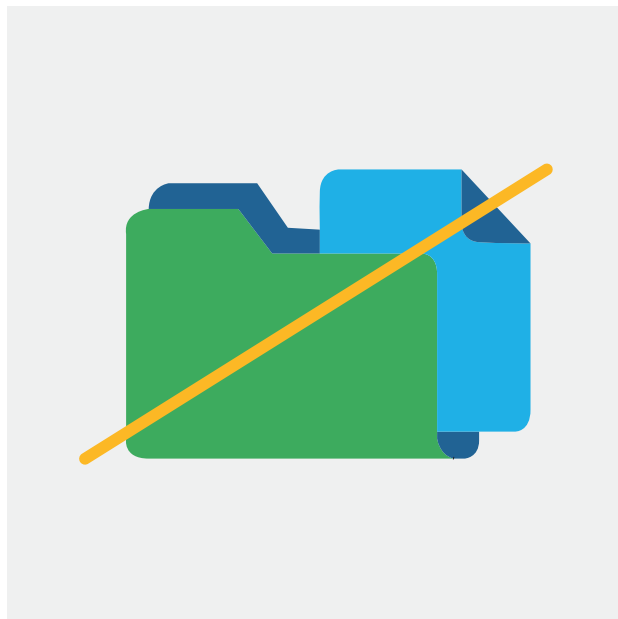
ZUSÄTZLICHE MASSNAHMEN ZUR QUALITÄTSSICHERUNG BEI STANDORTEN MIT NIEDRIGEN FALLZAHLEN

An Standorten mit niedrigen Fallzahlen werden zusätzliche Maßnahmen zur Qualitätssicherung etabliert. Hierzu könnten beispielsweise regelmä-

ßige Trainings gehören oder die Etablierung von best-practice-Maßnahmen.

5. VERSORGUNGSANGEBOTE

5.4 AMBULANTE VERSORGUNGSANGEBOTE



Die geburtshilfliche und pädiatrische ambulante Versorgung soll durch eine koordinierte Betreuung verschiedener Akteur*innen im Gesundheitssystem verbessert werden, um den Patient*innen eine ganzheitliche Versorgung zu bieten.

ZIELSATZ: Die flächendeckende ambulante Versorgung wird gestärkt, da sie die primäre Anlaufstelle für Schwangere und Eltern mit ihren Kindern darstellt.

Erläuterung

Die ambulante Versorgung durch niedergelassene Ärzt*innen, Hebammen und weitere Gesundheitsfachberufe wird als Grundpfeiler der Versorgung von Schwangeren, ihren Familien und Kindern angesehen. Sie bietet eine breite Palette von Dienstleistungen an wie Vorsorgeuntersuchungen, Diagnoseverfahren, Behandlung und Rehabilitation. Dies ermöglicht eine personalisierte und ganzheitliche Betreuung, die auf die individuellen Bedürfnisse der Patient*innen zugeschnitten ist.

Die ambulante Versorgung ist oftmals der Eintrittspunkt in das weiterführende Versorgungssystem.

Zudem kann eine qualitativ hochwertige ambulante Versorgung in vielen Fällen dazu beitragen, schwerwiegende nachfolgende medizinische Interventionen in anderen Sektoren vorzubeugen. Darüber hinaus dient die ambulante Versorgung auch der kontinuierlichen Betreuung von Patient*innen über einen längeren Zeitraum hinweg. Dies ist vor allem für chronisch Kranke, die regelmäßige medizinische Überwachung und Behandlung benötigen, relevant. Die ambulante Versorgung ist daher unverzichtbar. Ein flächendeckender Zugang muss sichergestellt werden.

STÄRKUNG AMBULANTER VERSORGUNGSKAPAZITÄTEN DURCH INTERPROFESSIONELLE KOOPERATION

Hausärzt*innen, Pädiater*innen und Gynäkolog*innen, Hebammen sowie andere Gesundheitsfachberufe spielen eine zentrale Rolle für die medizinische Versorgung. Die Stärkung ihrer spezifischen Funktionen ist von großer Bedeutung. Um dies zu erreichen sind Maßnahmen zur interprofessionellen Kooperation unerlässlich.

Zur Gewährleistung einer angemessenen Versorgung ist eine enge Kooperation und kontinuierliche Weiterentwicklung der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Ärzt*innen, Hebammen und anderen Gesundheitsfachkräften notwendig. Auf diese Weise kann die Doppelbelastung und doppelte Erbringung von Leistungen vermieden werden. Dies trägt dazu bei, doppelte Abrechnungen zu verhindern und das Gesundheitssystem vor Überlastung zu schützen.

Um eine effektive interprofessionelle Zusammenarbeit zu fördern, könnten gemeinsame Fort- und Weiterbildungen organisiert werden. Insbesondere für spezialisierte Themen wie stille Geburten oder Fehlgeburten könnten solche Schulungen von großem Nutzen sein.

FORTBILDUNGSANGEBOTE FÜR HAUSÄRZT*INNEN

Die flächendeckende medizinische Betreuung von Kindern und Jugendlichen aller Altersgruppen kann ohne Hausärzt*innen, besonders in ländlichen Regionen, nicht sichergestellt werden. Eine nicht unerhebliche Anzahl von Kindern und Jugendlichen wird primär von einem Hausarzt bzw. einer Hausärztin behandelt. Dies wird ermöglicht, da in der Ausbildung von Allgemeinmediziner*innen auch pädiatrische Inhalte vermittelt werden.

Um die Versorgungsqualität zu erhalten und zu fördern, sollten daher Fortbildungsmöglichkeiten im Bereich der (speziellen) Pädiatrie bei Bedarf auch Allgemeinmediziner*innen angeboten werden. Auf diese Weise können sie ihre Fähigkeiten in den Themen der pädiatrischen Versorgung ausweiten und auch im ländlichen Raum zur Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen Versorgung beitragen.

DELEGATION ÄRZTLICHER LEISTUNGEN AN NICHT-ÄRZTLICHE GESUNDHEITSBERUFE

Um eine flächendeckende pädiatrische Versorgung in ländlichen und peripheren Regionen sicherzustellen, sollten innovative Versorgungskonzepte wie berufs- und sektorübergreifende Delegationsleistungen genutzt werden. Dadurch können Leistungserbringer in solchen Regionen entlastet und bei der Gewährleistung einer umfassenden Versorgung unterstützt werden.

Ähnlich den bewährten Nichtärztlichen Praxisassistent*innen im hausärztlichen Bereich, sollte dieses Konzept verstärkt in der pädiatrischen Versorgung implementiert und angewendet werden. Unter Berücksichtigung desselben Ansatzes könnten Gesundheitsfachkräfte, insbesondere im Hinblick auf Kinder und Jugendliche, Hausbesuche durchführen sowie medizinische Maßnahmen auf Anweisung ergreifen (aufsuchende Versorgung). Dadurch können auch chronisch kranke Kinder und Jugendliche in ländlichen Gebieten angemessen betreut und versorgt werden.

Das ärztliche Personal behält die Überwachung der Tätigkeiten der Gesundheitsfachkräfte bei und bleibt jederzeit für sie erreichbar.

TANDEMPRAXEN

Tandempraxen können einen bedeutenden Beitrag zur regionalen pädiatrischen Versorgung leisten. Dabei kooperieren ein Pädiater/ eine Pädiaterin mit einer oder mehrerer Hausarztpraxen und bieten regelmäßig fachärztlich-kinderärztliche Sprechstunden an, entweder über Telemedizin oder persönliche Konsultationen vor Ort. Diese Zusammenarbeit ermöglicht zudem einen kollegialen Fachaustausch zwischen den Kooperationspartner*innen und trägt zur interprofessionalen Zusammenarbeit bei.

In Mecklenburg-Vorpommern wurde ein entsprechendes Projekt durchgeführt, welches vielversprechende Ergebnisse lieferte. Sowohl das Fachpersonal als auch die Familien haben dieses Angebot positiv aufgenommen und die Tandempraxen stießen auf hohe Akzeptanz. Die Ergebnisse aus diesem Projekt sollen genutzt werden, um die Möglichkeit einer Tandempraxis landesweit zu gewähren und auszuweiten.

WEITERENTWICKLUNG DES PLANUNGSRECHTS

Um die vertragsärztliche Versorgung zu gewährleisten, sind die Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 99 SGB V dazu verpflichtet, in Zusammenarbeit mit den beteiligten Akteuren auf Landesebene einen

Bedarfsplan aufzustellen und diesen kontinuierlich an die Entwicklungen anzupassen.
Um Engpässe bei der Versorgung von Hausärzt*innen und/oder Kinderärzt*innen in den Planungsbereichen zu vermeiden, sollte das Planungsrecht für die Festlegung und Zuteilung von Vertragsarztsitzen

weiterentwickelt werden. In dieser Hinsicht hat die Kassenärztliche Vereinigung in Mecklenburg-Vorpommern bereits erfolgreich Maßnahmen ergriffen, um mehrere neue Vertragsarztsitze für Pädiater*innen im Land zu schaffen. Diese Erfolge sollten als Grundlage für weitere Fortschritte dienen.

DIE AMBULANTE VERSORGUNG WIRD ENTBÜROKRATISIERT.

Weniger Verwaltungsaufwand bedeutet eine größere Nähe zu den Patient*innen. Die Akteur*innen in Mecklenburg-Vorpommern engagieren sich auf Bundesebene aktiv dafür, Verfahren zu vereinfachen und unnötige bürokratische Hindernisse zu beseitigen. Unter der Leitung des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Sport in Mecklenburg-Vorpommern erstellen Hebammen, Ärzt*innen und Vertreter*innen der Krankenversicherung einen Katalog mit bestehenden bürokratischen Hürden und Lösungsvorschlägen. Diese werden nach Bundes- und Landesregelungen sortiert.

Neben der Veröffentlichung des Katalogs setzt sich das Ministerium aktiv für Veränderungen auf Grundlage der vorgeschlagenen Lösungen ein. Jährlich sammeln und dokumentieren die Gremien der Ärzt*innen, Hebammen und anderer beteiligter Gesundheitsfachkräfte die auftretenden Probleme und erarbeiten gemeinsam einen Forderungskatalog zur Reduzierung der Bürokratie.

EINBINDUNG DER SCHWANGEREN UND IHRER FAMILIEN IN DEN BEHANDLUNGSPROZESS

Die Effektivität der ambulanten Versorgung kann gesteigert werden, indem Schwangere und ihre Familien aktiver in den Behandlungsprozess einbezogen werden. Entscheidungen für die weitere medizinische Behandlung sollten, wo möglich, gemeinsam getroffen werden. Hierfür ist es wichtig, dass Ärzt*innen, Hebammen und andere Gesundheitsfachberufe ausreichende Informationen mit

den Schwangeren und ihren Familien teilen. Diese Einbindung in den Behandlungsprozess kann dazu beitragen, die Fähigkeiten zur Selbstverwaltung der Schwangeren und ihrer Familien zu fördern und dadurch die Zufriedenheit mit der Behandlung und Betreuung erheblich zu steigern.

5. VERSORGUNGSANGEBOTE

5.5 ANGEBOTE DER NOTFALLVERSORGUNG

Die geburtshilfliche und pädiatrische Notfallversorgung im Land soll unter Beteiligung aller Akteur*innen im Gesundheitssystem ausgebaut und gestärkt werden.



ZIELSATZ: Die gynäkologisch-geburtshilfliche und pädiatrische Kompetenz von medizinischem Fachpersonal in der Notfallversorgung wird gestärkt.

Erläuterung

Bei Notfällen in der Geburtshilfe und Pädiatrie ist entsprechendes Fachwissen des medizinischen Fachpersonals unerlässlich, um den Notfall adäquat beurteilen und versorgen zu können. Dies ist

insbesondere auch deshalb sinnvoll, da der Notfallversorgung im Bereich der Akutversorgung aktuell eine hohe Bedeutung zukommt.

Umsetzungsvorschläge

PÄDIATRISCHE & GEBURTSHILFLICHE FORT- UND WEITERBILDUNGSANGEBOTE FÜR MEDIZINISCHES FACHPERSONAL IM RETTUNGSDIENST

In der Zusatzweiterbildung Notfallmedizin sollen pädiatrische und geburtshilfliche Notfälle enthalten sein. Um mittelfristig eine gute Versorgung mit Telemedizin in Notfällen sicherzustellen, sollen regelmäßige Fortbildungen für die am Telenotarztprojekt teilnehmenden Notärzte angeboten werden. Dabei soll das derzeit von der Ärztekammer entwickelte Curriculum für den Telenotarzt/ die Telenotärztin ein sinnvoller erster Schritt sein.

PÄDIATRISCHE & GEBURTSHILFLICHE FORTBILDUNGSANGEBOTE FÜR MEDIZINISCHES FACHPERSONAL IN KRANKENHÄUSERN MIT NOTAUFNAHMEN

Um das medizinische Fachpersonal aller Fachrichtungen im (Klinik-)Alltag und im Bereitschaftsdienst besser auf Notfälle vorzubereiten, sollen entsprechende Fortbildungsangebote ausgebaut werden. Um die Fähigkeit von Notfallbehandlungen (bei eigenständiger Fehleinweisung durch die Patient*innen) gerade in Notfallambulanzen ohne pädiatrische oder gynäkologische Fachrichtung zu optimieren, sollen diese Fortbildungen dezentral in den Krankenhäusern bzw. an geeigneten Standorten angeboten werden.

ZIELSATZ: Der adäquate Umgang mit Notfällen in der Geburtshilfe und Pädiatrie wird durch die Schaffung passgenauer Zugangsmöglichkeiten verbessert.

Erläuterung

Damit die Strukturen der Notfallrettung auch für die tatsächlichen Notfälle zur Verfügung stehen, ist es wichtig den Hilfesuchenden passgenaue Zugangsmöglichkeiten zur Gesundheitsversorgung niedrigschwellig zu ermöglichen, damit diese auch angenommen werden.

Umsetzungsvorschläge

HOTLINE FÜR PÄDIATRISCHE FÄLLE

Pilotprojekte zur Zusammenlegung von 112 und 116117 finden derzeit im Bundesland statt. Es soll geprüft werden, ob eine landesweite Hotline für pädiatrische Fälle eingeführt werden kann, um eine fachspezifische Versorgung zu gewährleisten. Diese Hotline könnte direkt anwählbar oder durch Vermittlung der jeweiligen Leitstellen/ Callcenter (beispielsweise 116117-Callcenter in Schwerin) erreicht werden.

TRANSPORTMÖGLICHKEITEN AUSSERHALB DES RETTUNGSDIENSTES SCHAFFEN

Der Rettungsdienst steht derzeit vor großen Herausforderungen bezüglich Fachkräftemangel, längerer Fahrwege und steigender Einsatzzahlen mit nicht immer nachvollziehbarer medizinischer Indikation. Um bei Zentralisierung und reduzierter Mobilität der Patient*innen eine zügige Erreichbarkeit der nächsten geeigneten Versorgungsstruktur zu ermöglichen, könnte ein niedrigschwelliges Transportangebot (Taxi, Rufbus, krankenhauseigener Fahrdienst, gewerbliche Krankenförderung) für Einweisung und ggf. auch Entlassung etabliert werden.

TELENOTARZT AUSBAUEN UND FÜR PÄDIATRISCHE FÄLLE STÄRKEN

Es ist angedacht, das System mit den Telenotärzt*innen auf das gesamte Bundesland auszuweiten. Durch die spezielle Schulung der Telenotärzt*innen (siehe vorheriger Zielsatz) wird die ärztliche Fachexpertise bei Rettungsdiensteinsätzen besser in der Fläche verfügbar.

ABSTIMMUNG DER RETTUNGSDIENSTPLANUNG MIT DER KRANKENHAUSPLANUNG

Um eine flächendeckende Notfallversorgung bei pädiatrischen und geburtshilflichen Notfällen zu ermöglichen, ist die Abstimmung der Rettungsdienstplanung mit der Krankenhausplanung notwendig, insbesondere mit Bezug auf Krankenhausstandorte mit einem gynäkologisch-geburtshilflichem und pädiatrischem Versorgungsangebot.

ZIELSATZ: Die Selbsthilfekompetenz der Bevölkerung im Umgang mit Notfällen in der Geburtshilfe und Pädiatrie wird gestärkt.

Erläuterung

Viele Notrufe und ärztliche Konsultationen resultieren aus einer allgemeinen Unsicherheit der Bevölkerung bei Auftreten gesundheitlicher Probleme und Verletzungen. Dies trifft auf die Familien, aber auch das Personal von Kitas und Schulen zu. Deshalb ist es notwendig, deren Selbsthilfekompetenz zu stärken.

Umsetzungsvorschläge

STÄRKUNG DER SELBSTHILFEKOMPETENZ VON ERZIEHER*INNEN UND LEHRER*INNEN

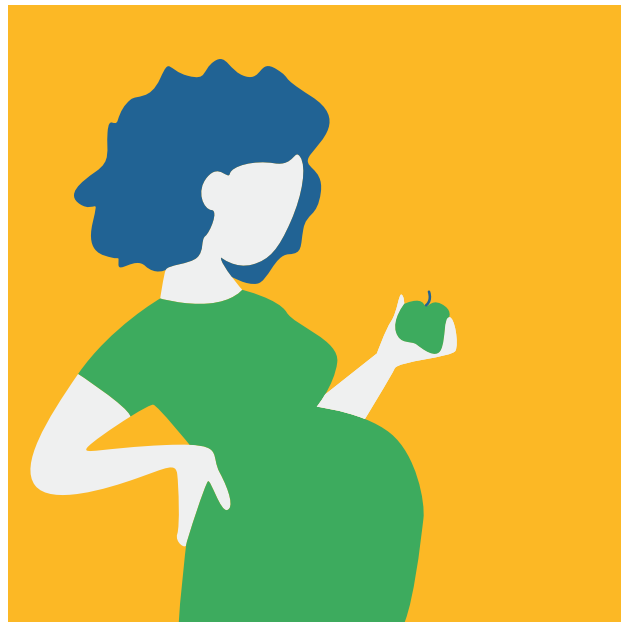
Die Selbsthilfekompetenz von Erzieher*innen und Lehrer*innen sollte gestärkt werden, um bei auftretenden Notfällen ein souveränes Handeln zu ermöglichen, auch bei der Entscheidung, ob der Rettungsdienst angefordert werden muss. Hierzu eignen sich beispielsweise die Aus- und Fortbildungen „Erste Hilfe in Bildungs- und Betreuungsrichtungen für Kinder“, bei denen die Kosten von der Unfallkasse übernommen werden.

STÄRKUNG DER SELBSTHILFEKOMPETENZ VON FAMILIEN

Eine Stärkung der Selbsthilfekompetenz von Familien kann dazu beitragen, dass diese besser mit gesundheitlichen Herausforderungen in der Schwangerschaft bzw. bei Kindern umgehen können. Es gibt bereits eine Vielzahl von Angeboten, deren Potenzial zukünftig besser ausgeschöpft werden sollte. Hierzu gehören spezielle Kurse zur Ersten Hilfe am Kind, wie sie beispielsweise von vielen Hilfsorganisationen angeboten werden. Außerdem gibt es über die Frühen Hilfen vielfältige Unterstützungsmöglichkeiten für (werdende) Familien.

6. QUERSCHNITTSTHEMEN DER GEBURTSHILFE UND PÄDIATRIE

6.1 PRÄVENTION



Gesundheitsförderung und Prävention, insbesondere die Primärprävention, sollen als elementare Bestandteile in das Gesundheitsversorgungssystem der Geburtshilfe und Pädiatrie integriert werden.

ZIELSATZ: Zur Etablierung einer nachhaltigen und effektiven Gesundheitsversorgung in den Bereichen Geburtshilfe und Pädiatrie, sollen Gesundheitsförderung und Prävention, besonders die Primärprävention, gestärkt und als integrale Bestandteile verankert werden.

Erläuterung

Gesundheitsförderung und Prävention sind in den Bereichen Geburtshilfe und Pädiatrie von großer Bedeutung. Während Gesundheitsförderung darauf abzielt, Menschen ein höheres Maß an Eigenverantwortung für ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie in die Lage zu versetzen, ihre Gesundheit zu stärken, setzt Prävention daran an, Krankheiten und Gesundheitsprobleme zu verhindern (Primärprävention) oder zu reduzieren (Sekundärprävention).

Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention können in den Bereichen Geburtshilfe und Pädiatrie u.a. dafür Sorge tragen, dass Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen sowie Depres-

sionen im Wochenbett verhindert, die Kompetenzen der Eltern gefördert, die gesunde Entwicklung von Kindern ermöglicht und allgemein frühzeitig gesundheitsförderliche Lebensgewohnheiten und -zustände etabliert werden. Insgesamt tragen Gesundheitsförderung und Prävention dazu bei, die Gesundheit von Müttern, Kindern und Jugendlichen zu schützen, Krankheiten vorzubeugen, die Selbstwirksamkeit zu stärken und somit die Lebensqualität für Familien insgesamt zu verbessern. Zudem können umfassende und wirksame Präventionskampagnen und -maßnahmen das Risiko einer Frühgeburt deutlich senken. Es ist wichtig, frühzeitig in die Gesundheit

von Kindern und Jugendlichen zu investieren, um langfristig positive Auswirkungen zu erzielen. Die Umsetzung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention erfordert eine breite Beteiligung der Gesellschaft und der relevanten Akteur*innen (bspw. Partner*innen der Landesrahmenvereinbarung Gesundheitsförderung und

Prävention MV, Mitglieder des Aktionsbündnisses für Gesundheit MV, Öffentlicher Gesundheitsdienst in MV, Landesvereinigung für Gesundheitsförderung MV etc.), um sicherzustellen, dass Kinder und ihre Familien die bestmögliche Unterstützung erhalten, um gesund aufzuwachsen.

Umsetzungsvorschläge

STÄRKUNG DER GESUNDHEITLICHEN RESSOURCEN UND KOMPETENZEN SOWIE DES WOHLBEFINDENS DER SCHWANGEREN FRAUEN UND IHRER FAMILIEN

Die Schwangerschaft ist geprägt von vielen körperlichen und psychischen Veränderungen. Viele Frauen nutzen diese Zeit um relevante Verhaltensweisen darauf zu überprüfen, ob sie der eigenen Gesundheit und der Gesundheit ihres Kindes zuträglich sind. Durch Aufklärung mit Hilfe von evidenzbasierten, adressatengerechten, verlässlichen Informationsmaterialien und gleichsam niederschweligen sowie räumlich gut erreichbaren Informationsangeboten sollte die Gesundheitskompetenz der Eltern bereits im Kontext der Schwangerschaft gestärkt werden. Dies trägt dazu bei, die Gesundheit der Familie zu fördern, die Selbstwirksamkeit zu stärken und gleichzeitig, neben der notwendigen Risikokommunikation, vorhandene Ressourcen nutzbar zu machen.

Darüber hinaus sollten Eltern Zugang zu Schulungen und Workshops erhalten, die ihnen helfen, die Bedürfnisse ihrer Kinder besser zu verstehen und angemessen darauf zu reagieren. Dies kann die emotionale Bindung stärken und eine gesunde Entwicklung fördern. Wichtig ist auch, Frauen und Familien in benachteiligten Lebenslagen zu erkennen und ihre Kompetenzen zu stärken, da sie in der Regel besondere und erhöhte Bedarfe aufweisen,

wofür möglicherweise bedarfsgerechtere Angebote entwickelt werden sollten.

Die werdenden Eltern sollten auf die bereits bestehenden Angebote hingewiesen werden, die sowohl auf Landes- als auch auf Bundesebene existieren. Zu diesen zählen die Angebote der Frühen Hilfen, das Landesprogramm Familienhebamme MV, das Projekt Babylotsen sowie die umfangreichen Informationsmaterialien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zu unterschiedlichen Themen (u. a. Broschüre „Das Baby“, die Elterninfos „Kurz und knapp“ und „Seelisch gesund aufwachsen“ sowie Informationen zu den U-Untersuchungen). Besonders hinzuweisen ist aber auch auf das breite Angebot der freiberuflich arbeitenden Hebammen, die neben einer salutogenetisch¹⁹ orientierten Schwangerenvorsorge auch Kurse zu verschiedenen Themenbereichen (u. a. Geburtsvorbereitung, Stillen, gesunde Ernährung, Bindungsförderung, Rückbildung) anbieten. Daneben sollte auf jeden Fall umfangreich zu den Angeboten der Frühen Hilfen, welche der psychosozialen Unterstützung von (werdenden) Eltern und Familien mit Kindern von 0 bis 3 Jahren in belasteten Lebenslagen dienen, beraten werden. Wichtige

Angebote im Rahmen der Frühen Hilfen sind bspw. das Landesprogramm Familienhebammen in MV und Familien-, Gesundheits- und Kinderkranken-

pfleger*innen.

GESUNDHEITSAUFKLÄRUNG FÜR SCHWANGERE VERANKERN

Angehende Eltern sollten möglichst frühzeitig und bedarfsgerecht über Gewohnheiten, die eine gesunde Schwangerschaft unterstützen, Ernährung, Bewegung und Vermeidung von schädlichen Substanzen (wie Alkohol und Tabak) informiert werden²⁰, um Risiken (bspw. durch eine unangemessene Gewichtszunahme, Schwangerschaftsdiabetes, mangelnde Bewegung, Arzneimittelgebrauch sowie jeglichen Alkohol- und/oder Tabakkonsum) in der Schwangerschaft zu minimieren.

Besonderes Augenmerk sollte auf einer qualifizierten individuellen Ernährungs- bzw. Lebensstilberatung in der Schwangerschaft, auf individuell angepassten Supplementierungsempfehlungen (z. B. hinsichtlich Eisen, Kalzium, Jod, Folsäure und Vitamin D) liegen. Auch primäre Adipositasprävention kann durch diese qualifizierte Ernährungsberatungen gelingen. Um den Adipositaskreislauf zu durchbrechen sollten

sie folglich obligater Bestandteil der Schwangerschaftsbetreuung sein.²¹ Dies kann bspw. in der kooperativen Schwangerenvorsorge erfolgen.

Eine Möglichkeit für eine qualitätsgesicherte und individuell maßgeschneiderte beratende Unterstützung könnte eine Anwendung (bspw. App) sein, in der jede Schwangere aufgrund ihrer eingegebenen Gesundheitsdaten konkrete Empfehlungen für Maßnahmen erhält, die ihre physiologisch verlaufende Schwangerschaft unterstützen.

Die Unterstützung der Gesundheit von Mutter und Kind schließt die Förderung von Gesundheitspotenzialen ebenso ein wie die Identifikation von gesundheitsbeeinträchtigenden Faktoren. Ein kompetentes Gesundheitsverhalten ist beeinflussbar und trägt wesentlich zur gesunden Entwicklung des Kindes bei. Gesundheitsbeeinträchtigende Faktoren werden bei Schwangeren im Mutterpass erfasst.

GEBURTSVORBEREITUNGS- UND RÜCKBILDUNGSKURSE UNTERSTÜTZEN

Werdende Eltern sollten über Geburtsvorbereitungs- und Rückbildungskurse informiert und beraten werden. Diese Kurse bieten werdenden Eltern praktische Informationen über die Schwangerschaft, den Geburtsprozess, Entspannungstechniken, Atemübungen und Methoden zur Schmerzlinderung während der Geburt und für die Zeit des Wochenbettes. Außerdem erhalten die Familien Information zum Stillen, zur gesunden Entwicklung des Kindes und zur

Bindungsförderung. Sie werden von außerklinisch arbeitenden Hebammen angeboten und von den Krankenkassen finanziert.

In Rückbildungskursen bekommen Frauen Informationen und Übungen zur Unterstützung der Rückbildung aber auch zur Vorbeugung von Inkontinenz. Um die Qualität der Kurse zu erhalten und zu fördern, sollten gemeinsame Standards erarbeitet werden.

¹⁹ Das Gesundheitsmodell der Salutogenese beschäftigt sich mit der Frage nach der Entstehung von Gesundheit und den dahinter liegenden Prozessen.

²⁰ siehe Broschüre „Gesunder Start ins Leben – 10 Empfehlungen für eine gesunde Schwangerschaft“

²¹ vgl. Körber, S., Rudolf, H. & Gerber, B.; 2022

STILLBERATUNG STÄRKEN

Frauen sollten mehr über die Vorzüge des Stillens sowie über die angestrebte Stilldauer ausschließlichen Stillens aufgeklärt und informiert werden. Stillen hat zahlreiche gesundheitliche Vorzüge für Neugeborene und Säuglinge, aber auch für die Mütter. Hebammen, Ärzt*innen und/oder Stillberater*innen könnten durch entsprechende Weiterbildungen das Wissen hierzu an die werdenden Mütter weitergeben und sie unterstützen.

Die Stillfreundlichkeit in Mecklenburg-Vorpommern sollte verbessert und die Stillmotivation hierdurch erhöht werden.

Als Orientierung sollte dabei die „Nationale Strategie zur Stillförderung“²², welche 2021 von der Bundesregierung beschlossen wurde, in den nachfolgenden Strategiefeldern dienen:

- evidenzbasierte Leitlinien
- Aus-, Fort- und Weiterbildung
- Präventions- und Versorgungsstrukturen
- kommunale Stillförderung
- Stillen und Beruf
- Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten
- systematisches Stillmonitoring

Auf Grundlage des Mutterschutzgesetzes steht es Müttern zu, auch bei Rückkehr in den Beruf Stillpausen und besondere Arbeitszeiten bei den Arbeitgebenden geltend zu machen. Auch dieses Wissen sollte vom Fachpersonal entsprechend vermittelt werden.

INANSPRUCHNAHME VON KINDERUNTERSUCHUNGEN NACH § 26 SGB V SOWIE DER FRÜHERKENNUNGSUNTERSUCHUNGEN UND IMPFUNGEN ERHÖHEN

Regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen für Kinder helfen, Krankheiten oder Entwicklungsprobleme frühzeitig zu erkennen. Zu den regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen gehören insbesondere körperliche U-Untersuchungen bei Pädiater*innen, Entwicklungsschecks sowie Seh- und Hörtests. Zudem sind Impfungen ein zentraler Bestandteil der Primärprävention in der Pädiatrie. Regelmäßige Impfungen schützen Kinder vor schweren Infektionskrankheiten. Die Aufklärung über die Inan-

spruchnahme von Kinderuntersuchungen nach § 26 SGB V sowie der Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen sollte demnach erhöht werden. Bereits bestehende Projekte auf Landesebene sollten weiter unterstützt und begleitet werden, um nachhaltige Effekte zu erzielen. Dazu zählen unter anderem die Servicestelle zur Förderung der Teilnahme an Kinderuntersuchungen beim Landesamt für Gesundheit und Soziales sowie das Landesprogramm „Gute Gesunde Schule in MV“.

²² Die sieben Strategiefelder wurden im Rahmen des partizipativen Prozesses von der eigens eingerichteten Koordinierungsstelle am Institut für Kinderernährung am Max Rubner-Institut (MRI), bei dem auch die Nationale Stillkommission (NSK) angesiedelt ist, betreut und begleitet.

BEWEGUNGSANGEBOTE ERWEITERN

Es sollten ausreichend Bewegungsmöglichkeiten für Schwangere bereitgestellt werden, welche u. a. der Prävention von Adipositas, insbesondere der Schwangerschaftsadipositas, dienen sollen. Kindergärten, Schulen und öffentliche Orte sollten sicher und förderlich für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen gestaltet sein. Dazu zählen u. a. ausreichend Bewegungsmöglichkeiten, welche zudem der Prävention von Adipositas im Kindes- und

Jugendalter dienen. Insbesondere in den Settings Kita und Schule sollten Bewegungsangebote erhalten und erweitert werden. Zudem sollten Eltern-Kind Angebote gestärkt werden. Bereits bestehende Projekte auf Landesebene sollten weiter unterstützt werden, um nachhaltige Effekte zu erzielen. Dazu zählt unter anderem das Bewegungsförderungsprogramm „KinderBewegungsLand“ (KBL)

PSYCHISCHE GESUNDHEIT UND SUCHTPRÄVENTION STÄRKEN

Die Prävalenz psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen steigt stetig. Auch der Suchtmittelmissbrauch und Drogenkonsum ist in Mecklenburg-Vorpommern ein schwerwiegendes und dauerhaftes Problem. Insbesondere der Alkoholmissbrauch ist weiterhin sehr verbreitet und liegt in Mecklenburg-Vorpommern weit über dem Bundesdurchschnitt. Kinder aus psychisch und / oder suchtblasteten Familien haben ein erhöhtes Risiko, im Laufe ihres Lebens selbst zu erkranken.

Das Projekt Kinder aus psychisch und / oder suchtblasteten Familien (KipsFam) bietet in MV verschiedene, geeignete Maßnahmen zur Unterstützung und Stärkung von betroffenen Kindern und ihren Familien. Darüber hinaus brauchen Frauen beispielsweise

interdisziplinäre psychologische Unterstützung bei Abtreibungen, Fehlgeburten, auffälligen pränatalen Tests und Untersuchungen, sowie nach traumatisch erlebten Geburten und bei Wochenbettdepression. Bereits bestehende Projekte auf Landesebene sollten auch hierfür weiter unterstützt werden, um nachhaltige Effekte zu erzielen. Dazu zählen unter anderem die zahlreichen Präventionsangebote der Landeskoordinierungsstelle für Suchtthemen (LAKOST) in MV. Weitere Konzepte zur Suchtprävention und zur Vermeidung des Arzneimittelhochverbrauchs sollten unter Beteiligung der gesetzlichen Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern entwickelt und umgesetzt werden.

FETALE ALKOHOLSPEKTRUM-STÖRUNGEN (FASD) REDUZIEREN

Jeder Konsum von Alkohol während der Schwangerschaft schadet dem Fötus und kann erhebliche gesundheitliche Schäden hervorrufen.

Es bedarf einer intensiven Öffentlichkeitsarbeit, um primärpräventiv gezielt über die Gefahren des Alkoholkonsums während der Schwangerschaft aufzuklären. Schwangere Frauen mit einer Alkoholproblematik müssen die notwendige Unterstützung zur Aufrechterhaltung der Abstinenz erhalten. Nicht nur der wiederholte und intensive, sondern auch der einmalige Alkoholkonsum sowie episodische

Trinkexzesse können zu einem breiten Spektrum von gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Ungeborenen führen. Es ist unabdingbar, diese Informationen allen Akteur*innen hinlänglich bekannt zu machen und immer wieder auf die möglichen Folgeschäden hinzuweisen.

In Rostock ist im Jahr 2023 eine Beratungsstelle für FASD eröffnet worden. Träger ist die Rostocker Stadtmission. Auf dieses bestehende Angebot sollte hinlänglich hingewiesen werden.

TABAKKONSUM REDUZIEREN

Frauen, die während der Schwangerschaft rauchen, haben ein erhöhtes Risiko für Früh- und Totgeburten. Kinder, die im Mutterleib Tabakrauch ausgesetzt werden, haben meistens ein reduziertes Geburtsgewicht, einen geringeren Kopfumfang und ein erhöhtes Risiko für den „plötzlichen Kindstod“.

Die Aufklärung über die Risiken des Rauchens während der Schwangerschaft erfolgt bei der Schwangerschaftsvorsorge. Raucher*innen sollten Hilfestellungen für einen Rauchstopp erhalten und Angebote zur Suchtprävention sollten das Umfeld der Schwangeren einbeziehen.

KINDER- UND JUGENDÄRZTLICHEN DIENST DES ÖFFENTLICHEN GESUNDHEITSDIENSTES STÄRKEN

Als Beratungsstellen für Familien haben die Gesundheitsämter eine wichtige Lotsenfunktion. Sie verknüpfen den Bereich der medizinischen Versorgung mit der Angebotslandschaft und binden Akteur*innen in kommunale Strategien zur Gesundheitsförderung und Prävention ein.

Daher sollte die Rolle des kinder- und jugendärztlichen Dienstes gestärkt werden. Vor allem die

Aufgaben der Koordination des Einsatzes von Familienhebammen, der Durchführung von Reihenuntersuchungen (z. B. Vorschuluntersuchungen), der Nachverfolgung nicht durchgeführter U-Untersuchungen und der Beratung zu sinnvollen Impfungen sind hierbei hervorzuheben.

Darüber hinaus sollte die Rolle des zahnärztlichen Dienstes gestärkt werden. Insbesondere die Auf-

gaben der jährlichen Reihenuntersuchungen für alle Kinder und Jugendliche (2.-18. Lebensjahr) sowie die Gruppenprophylaxe z. B. in Kitagruppen sind

hierbei unbedingt zu fokussieren.

BABYLOTSEN

„Babylotse“ ist ein Präventionsprogramm zum vorbeugenden Kinderschutz und zur frühen Gesundheitsförderung von Kindern. Babylotsen führen Aufgaben und Leistungen des Gesundheitssystems, der Sozialhilfe sowie der Kinder- und Jugendhilfe im Sinne eines Case Managements zusammen. Sie sind mit den lokalen Unterstützungsangeboten vertraut und können den individuellen Bedarf der

Familien einschätzen. Die Familien können auf diese Weise passgenaue Hilfen und Angebote in Anspruch nehmen. Unklare Strukturen und Doppelungen im Hilfesystem können durch Babylotsen vermieden werden. In Mecklenburg-Vorpommern wäre daher die Etablierung von Babylotsen in jeder Geburtsklinik wünschenswert.

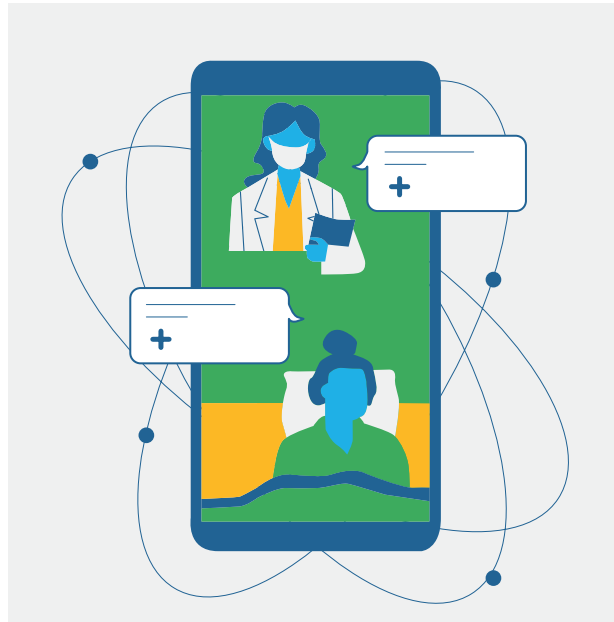
FOKUS AUF SALUTOGENETISCHEN ANSATZ IN AUS-, WEITER-, UND FORTBILDUNG

Der salutogenetische Ansatz wird bei der Aus-, Weiter-, und Fortbildung der Gesundheitsberufe stärker berücksichtigt, beispielsweise durch die Adressie-

rung der Bereiche Ernährung, Bewegung, Steigerung der Lebensqualität, Stressbewältigung etc.

6. QUERSCHNITTSTHEMEN DER GEBURTSHILFE UND PÄDIATRIE

6.2 TELEMEDIZINISCHE VERSORGUNGSANGEBOTE



Telemedizin soll so in den Versorgungsalltag der Geburtshilfe und Pädiatrie integriert werden, dass eine qualitativ hochwertige Versorgung für alle Patient*innen im Land orts- und zeitunabhängig gewährleistet ist.

ZIELSATZ: Telemedizin wird als Versorgungsinstrument in der Kinder- und Jugendmedizin sowie der Geburtshilfe eingesetzt, um die Versorgung unabhängig der lokal vorhandenen fachlichen und zeitlichen Gegebenheiten optimal zu gestalten.

Erläuterung

Die Integration von Telemedizin in der Kinder- und Jugendmedizin sowie der Geburtshilfe ist von entscheidender Bedeutung, da sie den Zugang zu hochqualifizierter medizinischer Versorgung in ländlichen oder unterversorgten Gebieten ermöglicht. Sie kann durch frühzeitige Identifikation und Behandlung bei Gesundheitsproblemen die Gesundheitsperspektiven von Kindern, Jugendlichen und Schwangeren

verbessern und die Verzögerung von potenziell lebensrettenden oder lebensverbessernden Interventionen verhindern. Telemedizin sollte nur da eingesetzt werden, wo sie einen sinnvollen Beitrag zur Versorgung leisten kann, insbesondere in der direkten Geburtshilfe sind die Einsatzmöglichkeiten von Telemedizin begrenzt.

MÖGLICHKEIT ZUR TELEMEDIZINISCHEN ERSTBERATUNG

Viele pädiatrische Patient*innen nutzen die Notaufnahmen der Krankenhäuser als ersten Anlaufpunkt für medizinische Versorgung. Eine Studie in Berlin zeigt, dass mehr als die Hälfte der untersuchten Kinder und Jugendlichen keine dringenden Notfallpatient*innen waren. Dies führt dazu, dass Ressourcen gebunden werden, die anderswo fehlen und die Organisation einer effizienten Versorgung erschweren, insbesondere außerhalb der Praxisöffnungszeiten der niedergelassenen Ärzt*innen.

Eine telemedizinische Ersteinschätzung durch einen Pädiater/ eine Pädiaterin könnte dazu beitragen, diesen Patient*innen einen angemessenen Einstieg in das Versorgungssystem zu ermöglichen. Der Pädiater/ die Pädiaterin kann bei der Auswahl der richtigen Versorgungsstufe und Einrichtung unterstützen. Es ist sinnvoll, die Pläne für integrierte Notfallzentren und Leitstellen mit den bundesweiten Expert*innenempfehlungen zu verknüpfen, insbesondere in Bezug auf ihre zukünftige Rolle bei der Ersteinschätzung.

FACHÄRZTLICHE EXPERTISE ÜBER TELEMEDIZIN VERFÜGBAR MACHEN

Die unkomplizierte Einbeziehung fachärztlicher Expertise bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen kann die Versorgungsqualität in dünn besiedelten Regionen verbessern. Niedergelassene Hausärzt*innen, die aufgrund großer Entfernungen zur nächsten Kinder- und Jugendarztpraxis in diesen Regionen tätig sind, betreuen häufig Kinder und Jugendliche. Obgleich sie in ihrem Studium auch in pädiatrischen Themen ausgebildet wurden, kann es hilfreich sein, wenn die fachärztliche pädiatrische

Expertise beispielsweise durch Telekonsile niedrigschwellig verfügbar ist. Durch telemedizinische Beratung durch erfahrene Pädiater*innen im stationären und ambulanten Bereich können Behandlungsfragen schnell und unkompliziert geklärt und die Versorgungsqualität vor Ort wesentlich verbessert werden. Diese Beratung ermöglicht auch niedergelassenen Kinder- und Jugendärzt*innen die Abklärung von Fachfragen mit Expert*innen aus Kliniken und hochspezialisierten Bereichen der Pädiatrie.

ETABLIERUNG TELEMEDIZINISCHER PFADE IN GEBURTSHILFE UND GYNÄKOLOGIE

In Sachsen wird gegenwärtig erprobt, ob fehlende perinatologische Versorgungsmöglichkeiten in einer bevölkerungsarmen und strukturschwachen Region via Telemedizin ausgeglichen werden können. Dies bietet sowohl Potenzial für den Einsatz der an diver-

sen Einrichtungen und Praxen vorhandenen jeweiligen Expertisen und ermöglicht den Patient*innen einen längeren Verbleib im gewohnten Umfeld. Die Ergebnisse könnten auf Umsetzbarkeit in MV ausgewertet werden.

ZUGANG ZU FACHÄRZTLICHER EXPERTISE IN NOTAUFNAHMEN

Die schnelle Ersteinschätzung von Notfällen bei Kindern und Jugendlichen ist entscheidend für die weitere Behandlung. Telemedizin kann hierbei eine wichtige Rolle spielen, insbesondere in Kliniken ohne pädiatrische Fachabteilung. Durch eine telemedizinische Absprache mit erfahrenen Pädiater*innen können Behandlungs- oder gegebenenfalls Verle-

gungsempfehlungen ausgesprochen werden, um eine adäquate Versorgung sicherzustellen. Zudem ermöglichen Telekonsile den Zugang zu Expert*innen in spezialisierten pädiatrischen Fachdisziplinen, um gemeinsame Behandlungspläne zu erstellen, ohne Patient*innen zwingend verlegen zu müssen.

FLÄCHENDECKENDE NUTZUNG TELEMEDIZINISCHER TOOLS FÜR ALLE AKTEUR*INNEN

Es braucht ein einheitliches sicheres telemedizinisches Versorgungstool, das allen Akteur*innen und den Schwangeren bekannt und vertraut gemacht werden sollte. Dieses sollte ohne Ausnahme überall nutzbar sein. Ein mögliches Tool könnte die App „Ammely“ sein, die in MV bereits häufig von Hebammen genutzt wird. Dabei handelt es sich um eine Hebammen-Plattform, auf der die Schwangeren sich unkompliziert, schnell und kostenlos einen Termin zur Videoberatung mit einer qualifizierten Hebamme

buchen können. Auf diese Weise können die Frauen auch kurzfristig beraten und unterstützt werden. Die App bietet darüber hinaus Abrechnungshilfen und Dokumentation für Hebammen an. Dieses oder ähnliche telemedizinische Tools sollten genutzt werden, um perspektivisch auch eine telemedizinische Bereitschaft sicherstellen. Ein gemeinsames Notfallmanagement sollte hierzu erstellt und evaluiert werden.

Zudem kann der eMutterpass (nach dem Prinzip der elektronischen Patientenakte) eine Verbesserung des herkömmlichen Mutterpasses darstellen, indem Befunde digital hinterlegt und Schnittstellen in der Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzt*innen, Hebammen und Kliniken reduziert werden. Dafür sollten die nötigen Strukturen geschaffen und Nutzungshürden abgebaut werden, um allen Familien

und Akteur*innen rund um die Geburt den Zugang zum eMutterpass zu ermöglichen. Weiterhin werden aktuell einige Tools für die telemedizinische und App-basierte Überwachung von Präeklampsie und Gestationsdiabetes in Studien überprüft und könnten in Zukunft Anwendung finden.

ZIELSATZ: Damit Mecklenburg-Vorpommern eine Vorreiterrolle bei der telemedizinischen Versorgung einnimmt, werden für alle relevanten Berufsgruppen betreffende Abschnitte in der Ausbildung und Angebote der Fort- und Weiterbildung geschaffen.

Erläuterung

Damit Mecklenburg-Vorpommern eine Vorreiterrolle bei der telemedizinischen Versorgung einnimmt, werden für alle relevanten Berufsgruppen betreffende Abschnitte in der Ausbildung und Angebote der Fort- und Weiterbildung geschaffen.

Umsetzungsvorschläge

VERMITTLUNG TELEMEDIZINISCHER EXPERTISE IM ALLTAG

Alle Akteur*innen mit gesundheitlichem Versorgungsbezug zu Kindern und Jugendlichen sollen die Möglichkeit haben, telemedizinische fachliche Expertise in Anspruch zu nehmen oder den Zugang dazu zu vermitteln. Gleichzeitig sollen alle Akteur*innen, wenn möglich, Expertise zur telemedizinischen Inanspruchnahme zur Verfügung stellen, beispielsweise durch Angebote von Telekonsilen oder Videosprechstunden.

ERGÄNZUNG VON AUSBILDUNGS-, STUDIEN- UND WEITERBILDUNGS-ORDNUNGEN UM TELEMEDIZINISCHE INHALTE

In allen Ausbildungs-, Studien- und Weiterbildungsordnungen der relevanten (z. B. der oben genannten) Berufsgruppen werden strukturierte Abschnitte zum Einsatz von telemedizinischen Lösungen ergänzt.

ZIELSATZ: Die telemedizinische Versorgung im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin sowie der Geburtshilfe wird im Rahmen regelhafter Abrechnungsmodalitäten umgesetzt. Wenn neue Versorgungsformen – z. B. im Rahmen von Projekten erprobt werden – wird auf die Entstehung ebenjener Abrechnungsmöglichkeiten hingearbeitet.

Erläuterung

Die Umsetzung von telemedizinischen Angeboten durch regelhafte Abrechnungsmodalitäten stellt die Finanzierung und Vergütung von Telemedizin-Diensten sicher und schafft Anreize für Anbieter*innen. Gleichzeitig wird die Zugangsgerechtigkeit für Patient*innen durch das Ausschalten finanzieller Barrieren gefördert. Da klare Abrechnungsregeln Qua-

litätsstandards und festgelegte Verantwortlichkeiten setzen, wird darüber hinaus die Versorgungsqualität gefördert. Zudem wird die Integration von Telemedizin in das bestehende Gesundheitssystem unterstützt, die Skalierbarkeit und Akzeptanz gefördert und eine flächendeckende Anwendung ermöglicht.

Umsetzungsvorschläge

FINANZIERUNG IN TELEMEDIZIN-PROJEKTEN MITDENKEN

Bei zukünftigen Landesförderungen sollen Projektbausteine aufgenommen werden, die zur Schaffung neuer Abrechnungsmöglichkeiten geeignet sind bzw. unmittelbar darauf hinwirken. Idealerweise sollte bereits in der Projektumsetzung auf regelhafte Abrechnungsmodalitäten zurückgegriffen werden können. Es sollte angestrebt werden, eine „freiwillige Selbstverpflichtung“ für alle Einrichtungen und

Akteur*innen im Gesundheitswesen des Landes zu etablieren, die einen festen Projektbaustein zum Thema „Abrechnungsmöglichkeiten in der Regelversorgung“ vorsieht. Sollte die Finanzierung Regelungen auf Bundesebene tangieren, sollten geeignete Wege genutzt werden, um diese zu adressieren.

BERATUNGSSTRUKTUREN FÜR FINANZIERUNG TELEMEDIZINISCHER ANGEBOTE AUSBAUEN

Im Rahmen der bestehenden Landesaktivitäten, beispielsweise im Bereich der Digitalen Innovationszentren (DIZ), könnten Kompetenzzentren bzw. andere geeignete Strukturen aufgebaut werden, die beratend

bei der Schaffung von „Abrechnungsmöglichkeiten“ helfen bzw. als Knotenpunkte zu den jeweiligen Institutionen auf Bundesebene dienen.

ZIELSATZ: Die Telemedizin trägt dazu bei, die Lebens- und Berufsperspektiven aller Generationen und die Versorgungsbedarfe der Einwohnenden – insbesondere in ländlichen Regionen – in Einklang zu bringen.

Erläuterung

Die folgenden allgemeinen Aussagen gelten auch in Bezug auf Geburtshilfe und Pädiatrie.

Für viele Menschen in ländlichen Gebieten ist es notwendig, weite Entfernungen zurückzulegen, um medizinische Versorgung zu erhalten. Dies verschärft die Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung und erschwert die Deckung der Versorgungsbedarfe in diesen Regionen. Telemedizin ermöglicht den Zugang zu medizinischer Versorgung in ländlichen Regionen

und reduziert die Barrieren, die durch Entfernungen entstehen. Dies erleichtert die Vereinbarkeit von Beruf und Gesundheitsvorsorge und trägt dazu bei, die Lebens- und Berufsperspektiven für Menschen aller Altersgruppen zu verbessern, da sie eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung erhalten können, ohne ihren Lebensort verlassen zu müssen. Voraussetzung hierfür ist eine hohe Funktionalität und die Nutzerorientierung.

Umsetzungsvorschläge

ERPROBUNG TELEMEDIZINISCHER VERSORGUNGSMODELLE

In Regionen mit drohender oder existierender Unterversorgung sollen Modelle wie digitale Kassensitze, rotierendes vor-Ort Personal und telemedizinische Anbindung sowie der Einsatz nicht-ärztlichen Personals mit telemedizinischer Unterstützung erprobt

werden. Voraussetzung für solche Modelle wäre auch die Erprobung einer Weiterentwicklung bestehender Regularien, um solche Versorgungsangebote erproben zu können.

PRIORITÄRE TELEMEDIZINISCHE VERNETZUNG IN UNTERVERSORGTE REGIONEN

Die telemedizinische Vernetzung soll in den Regionen mit drohender oder existierender Unterversorgung prioritär vorangetrieben werden, um das vorhandene

ärztliche Angebot zu ergänzen.

AUFKLÄRUNG ÜBER NUTZEN TELEMEDIZINISCHER VERSORGUNG

Es sollten Kommunikationskampagnen durchgeführt werden, damit alle Akteur*innen der Gesundheitsversorgung, einschließlich außerhalb der Kinder- und Jugendmedizin, das Potential der „Digitalisierung“

und der telemedizinischen Versorgung besser verstehen können.

VERSTETIGUNG VON INFORMATIONENSTRÖMEN

Die Kommunikationspfade sollten in einem Maße verstetigt werden, dass sie den dauerhaften Innova-

tionsfluss in die bestehenden Versorgungsstrukturen ermöglichen.

ZIELSATZ: Bei der Beschaffung und beim Einsatz (neuer) technischer Komponenten der telemedizinischen Systeme ist zwingend auf die Schnittstellenkompatibilität zu achten. Dies gilt auch für den Daten- und Informationsverkehr, z. B. per elektronischer Patientenakte.

Erläuterung

Die folgenden allgemeinen Aussagen gelten auch in Bezug auf Geburtshilfe und Pädiatrie. Eine mangelnde Schnittstellenkompatibilität kann die Wirksamkeit der Telemedizin durch Datenverlust oder ineffizientem Informationsaustausch erheblich

beeinträchtigen und die Qualität der Patient*innenversorgung gefährden. Kompatible Schnittstellen hingegen gewährleisten die nahtlose Integration und den Datenaustausch zwischen verschiedenen Systemen, wie der elektronischen Patientenakte.

Umsetzungsvorschläge

KOORDINIERUNG DES AUSBAUS DER TELEMEDIZIN IM LAND

Es wird aus der Analyse der bestehenden Gremienstruktur des Landes heraus eine agile Arbeitsgruppe für Absprachen zur Planung des Ausbaus der telemedizinischen Systeme in Mecklenburg-Vorpommern geschaffen. In dieser Arbeitsgruppe kommen die an der Versorgung Beteiligten, die technisch Verantwort-

lichen und die finanziellen Entscheidungsträger*innen zusammen und bearbeiten die vorherrschenden praktischen Probleme, die den Ausbau der telemedizinischen Systeme und der Infrastruktur behindern.

INTEROPERABILITÄT IN TELEMEDIZIN-PROJEKTEN MITDENKEN

Die Schaffung interoperabler und offener Lösungen wird ebenso wie das Thema „Abrechnungsmöglichkeiten“ ein wichtiges Modul der Länderprojektförde-

rung und eine wichtige Zieldimension beim Ausbau der Telemedizin im Gesundheitswesen.

ZIELSATZ: Es werden Strukturen und / oder Programme geschaffen, die alle an der telemedizinischen Versorgung beteiligten Institutionen und Personen bei der Planung, Einrichtung und praktischen Nutzung unterstützen.

Erläuterung

Um die Vorteile der Telemedizin zu maximieren und isolierte Inselösungen sowie Ineffizienzen zu vermeiden ist eine koordinierte und gut unterstützte Vorgehensweise unerlässlich. Die Schaffung von unterstützenden Strukturen und / oder Programmen

ermöglicht die effektive Planung, Implementierung und Nutzung von Telemedizin. Es fördert die Zusammenarbeit und den Wissensaustausch zwischen den Leistungserbringern.

Umsetzungsvorschläge

EINRICHTUNG EINES KOMPETENZZENTRUMS FÜR TELEMEDIZIN

Das Kompetenzzentrum sollte umfassende Unterstützung bei der Planung, Einrichtung und praktischen Nutzung von telemedizinischen Lösungen bieten. Es kann Schulungen, technische Unterstützung und best-practice-Beispiele bereitstellen, um einen reibungslosen und effektiven Einsatz von Telemedizin sicherzustellen. Im Kompetenzzentrum können in Kooperation mit Leistungserbringenden und Akteur*innen der Selbstverwaltung neue Konzepte entwickelt und erprobt werden, die danach in die Versorgung überführt werden können. Dies beinhaltet auch die Entwicklung von Finanzierungs- und Abrechnungskonzepten sowie die Erarbeitung von Vorschlägen für Gesetze und Regelwerke. Das Kompetenzzentrum soll die agile Arbeitsgruppe Telemedizin koordinieren. Darüber hinaus können regelmäßige Netzwerktreffen und Erfahrungsaustausche zwischen Beteiligten und

Interessierten organisiert werden, um Synergien zu fördern und von den Erfahrungen anderer zu lernen. Eine Aufgabe des Kompetenzzentrums wäre auch die Konzipierung und Umsetzung von Informationskampagnen, sowohl für beteiligte Akteur*innen als auch für die Allgemeinheit sowie Politikberatung. Einige genannte Umsetzungsvorschläge im Bereich der Telemedizin könnten ebenso als Aufgaben vom Kompetenzzentrum übernommen werden. Das Kompetenzzentrum kann sich entweder aus allen Vertreter*innen aller Akteur*innen bilden oder als Zentrum mit Expert*innen und einem Aufsichtsrat, mit Vertretungen aller Akteur*innen, organisiert sein. Diese Zusammensetzung soll gemeinschaftlich und agil die nötigen Strukturen und Termine festlegen.

6. QUERSCHNITTSTHEMEN DER GEBURTSHILFE UND PÄDIATRIE

6.3 FACHKRÄFTE



Es sollen ausreichend gut qualifizierte Fachkräfte der Geburtshilfe und Pädiatrie gewonnen werden, um eine bedarfsdeckende und qualitativ hochwertige Versorgung sicher zu stellen.

ZIELSATZ: Die Ausbildungskapazitäten für Pflege, Hebammen und Ärzt*innen werden erweitert, weiterentwickelt und gezielt besetzt, um den Fachkräftebedarf zu decken.

Erläuterung

Vor dem Hintergrund des bereits einsetzenden und sich noch verstärkenden Fachkräftemangels ist ein zentrales Instrument zur Kompensation die Steigerung der Kapazitäten in Ausbildung und Studium. Entsprechende Maßnahmen können dabei erst mittel- bis langfristige Effekte erzielen und sind mit

Hürden versehen, da hierfür zusätzliche finanzielle Mittel bereitgestellt werden müssten und teilweise auch die Ausbildungsinfrastruktur ausgebaut werden müsste.

REGISTRIERUNG VON FACHKRÄFTEN BEI DEN GESUNDHEITSÄMTERN

Eine verpflichtende Registrierung von Pflegefachfrauen und -männern, Hebammen sowie den weiteren Gesundheitsfachberufen bei den Gesundheitsämtern ist notwendig, um einen Überblick über die in Deutschland tätigen Gesundheitsfachkräfte zu bekommen und um sicherzustellen, dass diese auch über eine entsprechende Ausbildung verfügen.

Hierbei ist durch organisatorische Maßnahmen der Gesundheitsämter sicherzustellen, dass diese Listen aktuell und für Koordinations- und Planungsprozesse zugänglich sind. Die bereits bestehende Verpflichtung nach § 27 ÖGD-G M-V sollte hierbei in geeigneter Weise effektiv umgesetzt werden.

MEHR MEDIZINSTUDIENPLÄTZE

Aktuell wird vom Bundesministerium für Gesundheit angestrebt, die Studienplätze für Humanmedizin aufzustocken, um dem drohenden Mangel an medizinischen Fachkräften adäquat zu begegnen. Zwischen den Ländern sollte eine Vereinbarung getroffen werden, nach der allseitig unter Berücksichtigung bestehender Kapazitäten neue Studienplätze im Fach Humanmedizin geschaffen werden. Diese Forderung ist bisher nicht mit finanziellen Unterstützungen in der Ausbildung von Humanmediziner*innen verbunden. Aufgrund der geänderten Approbationsordnung für

Ärzt*innen in Mecklenburg-Vorpommern steigen für die Universitätsmedizinen die Kosten der Ausbildung künftiger Humanmediziner*innen. Um die Anzahl der Studienplätze erfolgreich erhöhen zu können, muss zuvor eine ausreichende Finanzierung für die Universitäten im Land sichergestellt werden. Weiterhin sollte die Bindung von Humanmedizinistudierenden nach ihrem Abschluss an ländliche Regionen im Bundesland gefördert werden (u. a. durch die Landarztquote).

MEHR STUDIENPLÄTZE FÜR HEBAMMENWISSENSCHAFT

Die Studienplätze für Hebammenwissenschaft sollen bis zur Ausschöpfung der Ausbildungskapazität in den verantwortlichen Praxiseinrichtungen aufgestockt werden.

MEHR STUDIEN- UND AUSBILDUNGSPLÄTZE IN DER PFLEGE

Die Studien- und Ausbildungsplätze in der Pflege sollen bis zur Ausschöpfung der Kapazitäten in den Ausbildungsbetrieben aufgestockt werden. Ausbildungsabbrüche sollen vermieden werden. Dazu tragen realistische Erwartungen und attraktive Arbeitsbedingungen bei.

Für alle genannten Berufsgruppen sollte MV gemeinsam mit den Kammern, Verbänden und Berufsvereinigungen der medizinischen Professionen die Bindung von Absolvent*innen im Land intensivieren, um diese nach Abschluss ihrer Ausbildung bzw. ihres Studiums für die Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit in MV zu gewinnen.

FÖRDERUNG DER WEITERBILDUNG VON PRAXISANLEITER*INNEN

Die Weiterbildung von Praxisanleiter*innen für die Pflege- sowie für die Hebammenausbildung soll gezielt gefördert werden, um die Ausbildungskapazität zu erhalten bzw. zu erhöhen.

VERGÜTUNG VON PFLEGESTUDIERENDEN

Die Finanzierung in den Pflegestudiengängen soll angepasst werden, um diese für Bewerber*innen durch Vergütungen attraktiver zu machen. Mit dem Pflegestudiumstärkungsgesetz (PfStudStG) soll über den Pflegeausbildungsfonds auch die Refinanzierung

der praktischen Ausbildung während des Studiums ermöglicht werden. Dazu zählen die Finanzierung der Praxisanleitung und der Ausbildungsvergütung. Das Gesetz soll im Januar 2024 in Kraft treten.

AKADEMISCHE VERTIEFUNGSMÖGLICHKEITEN IN DER PÄDIATRISCHEN PFLEGE

Der Bedarf an spezialisierten Fachkräften auf Masterniveau in der pädiatrischen Pflege wächst mit der Komplexität der Behandlungen und der Übertragung neuer Aufgaben auf Pflegefachkräfte. Daher sollen geeignete Masterstudiengänge wie „Advanced Nurse

Studies“ eingeführt werden, hierfür bieten sich die Universitäten des Landes in der Zuständigkeit des Ministeriums für Wissenschaft, Kultur, Bundes- und Europaangelegenheiten an.

PRAXISBEZUG IN AUSBILDUNG UND STUDIUM VERBESSERN

Es sollen interprofessionelle Praxisentwicklungsstationen („Schüler*innen und Studierende leiten eine Station“) geschaffen werden.

Es sollen interprofessionelle Ausbildungsstationen geschaffen werden, in denen Auszubildende der Pflege und anderer Gesundheitsfachberufe sowie

Medizinstudierende und Studierende der Hebammenwissenschaften gemeinsam eigenständig die Patient*innenbetreuung und das Stationsmanagement übernehmen. Zu jedem Zeitpunkt soll die Station durch examinierte Personen abgesichert sein.

ZIELSATZ: Die Bedürfnisse der Arbeitnehmenden werden berücksichtigt, indem Arbeitszeiten und Arbeitsbedingungen angepasst werden.

Erläuterung

Durch eine attraktivere Gestaltung von Arbeitszeiten und Arbeitsbedingungen kann die Wahrscheinlichkeit erhöht werden, dass bereits tätiges medizinisches Fachpersonal für die Versorgung erhalten bleibt und neues Personal gewonnen werden kann. Hierbei gilt

es die Anforderungen an die Tätigkeitsausübung und die Bedürfnisse des Fachpersonals ausgewogen zu berücksichtigen. Dieses Ziel kann ein weiterer Baustein sein, um den Fachkräftemangel abzumildern.

Umsetzungsvorschläge

SCHAFFUNG FLEXIBLER ARBEITSZEITMODELLE

Es sollte flexibles Arbeiten durch die Etablierung flexibler Arbeitsmodelle (Springerpools) inklusive der Ermöglichung alternativer/unkonventioneller Dienstmodelle (4-12 Stunden) geben.

Die Gesunderhaltung im Schichtsystem sollte durch die Entwicklung von bedürfnisgerechten Schichtmo-

dellen gewährleistet und durch gesundheitsfördernde Programme unterstützt werden. Die Entwicklung und Evaluation solcher Modelle sollten durch die Universitäten gefördert werden, finanziert durch das Land.

SCHAFFUNG EINER POSITIVEN KULTUR AM ARBEITSPLATZ

Die Arbeitgebenden sollen teambildende Maßnahmen und regelmäßige Trainings (z. B. Notfalltrainings, Kommunikationstrainings) unterstützen.

Eine wertschätzende interne Kommunikation soll durch die Etablierung von Führungs- und Coachingstrukturen gefördert werden.

Die Arbeitsplätze im Land sollen durch spezifische Programme (z. B. zum „Onboarding“ oder zu inno-

vativen Arbeitszeitmodellen) aufgewertet werden. Die Entwicklung und Evaluation solcher Programme sollten durch die Universitäten gefördert werden, finanziert durch das Land.

Der intergenerationelle Austausch am Arbeitsplatz und mit früher tätigen Fachkräften sollte gefördert werden durch die Arbeitgebenden.

GANZHEITLICHE UNTERSTÜTZUNG FÜR ARBEITNEHMENDE UND SELBSTSTÄNDIGE

Die Arbeitgebenden könnten bei der Suche nach Kinderbetreuung und günstigem Wohnraum unterstützen.

Freiberufliche Hebammen sollten bei der Gründung einer Praxis im ländlichen und dünn besiedelten

Raum unterstützt werden.

Für PJ-Studierende als angehende Ärzt*innen sollten weitestgehende finanziell attraktive Arbeitsbedingungen geschaffen werden.

MODERNISIERUNG FÜR EIN ATTRAKTIVES ARBEITSUMFELD

Die Kliniken sollten unterstützt werden, um die Kreißsäle und Stationen baulich und hinsichtlich

der Ausstattung auf dem neuesten Stand zu halten.

ATTRAKTIVE VERGÜTUNG

Konkurrenzfähige Vergütungen sollten gewährleistet werden. Hierbei könnten die Möglichkeiten übertarif-

licher Vergütung genutzt werden.

IMAGEKAMPAGNE

Ausgebildete Fachkräfte für die Bereiche Pädiatrie & Geburtshilfe (Pflegefachkräfte, Ärzt*innen, Hebammen) sollten durch eine landesweite, durch das

Land geförderte/finanzierte crossmediale Imagekampagne gezielt rekrutiert werden.

ZIELSATZ: Zusätzliche Arbeitnehmende werden durch gezielte Zuwanderung gewonnen.

Erläuterung

Aufgrund der demografischen Entwicklung ist es unwahrscheinlich, dass dem Fachkräftemangel ohne Zuwanderung von ausländischem Fachpersonal angemessen begegnet werden kann. Während hierbei vor allem auf Bundesebene attraktive

Rahmenbedingungen zur Fachkräfteeinwanderung geschaffen werden sollten, können auch im Land Maßnahmen dazu beitragen, eine gezielte Zuwanderung von Fachkräften zu unterstützen.

Umsetzungsvorschläge

AUSBAU DER KAPAZITÄTEN ZUR GEWINNUNG VON AUSLÄNDISCHEN ARBEITSKRÄFTEN

Sprachkurse und Integrationsmaßnahmen sollten durch die Kommunen, das Land und den Bund gefördert und finanziert werden. Die Förderung und Finanzierung von Sprachkursen und Integrationsmaßnahmen durch die Kommunen, das Land bzw. den Bund ist notwendig, um ausgebildeten Fachkräften mit Migrationshintergrund den Einstieg in den deutschen Arbeitsmarkt zu erleichtern und den Fachkräftemangel im Gesundheitswesen zu bekämpfen. Hierbei ist ein Zusammenspiel aus Arbeitgebenden, Sozialbehörden, Bildungseinrichtungen und Ehrenamtlichen notwendig.

Das Approbations-/Berufserlaubnisverfahren sollte unterstützt und beschleunigt werden.

Die fachmedizinische Qualifikationsmaßnahme sollte in kürzester Zeit durch die Ärztekammer durchgeführt werden mit dem Ziel der Vorbereitung und der Verbesserung der fachlichen Kompetenz zum Absolvieren der Kenntnisprüfung nach ÄApprO.

Es sollten ausreichend Kapazitäten für Kenntnisprüfungen vorgehalten werden, um diese beschleunigt durchführen zu können und hierdurch ausländisches Fachpersonal schneller in den Arbeitsmarkt integrieren zu können.

STÄRKUNG INTERKULTURELLER KOMPETENZ UND DER WILLKOMMENSKULTUR

Netzwerke zur Vermittlung interkultureller Kompetenz sollten aufgebaut und durch Förderungen des Landes unterstützt werden. Dabei sollen auch Vereine wie Dien Hong e.V., IQ-Netzwerke und BBT

mit einbezogen werden.

Die Willkommenskultur gegenüber Zuwandernden, insbesondere bei Landesbehörden, sollte gefördert werden.

ZIELSATZ: Es erfolgt eine Flexibilisierung der ärztlichen Weiterbildung.

Erläuterung

Zur Gewährleistung ausreichender Facharztzahlen im Land im Bereich der Gynäkologie / Geburtshilfe und Pädiatrie ist eine Flexibilisierung der ärztlichen Weiterbildung hilfreich. Hierdurch können die Weiterbildungskapazitäten gestärkt werden und die Weiterbildung wird attraktiver gestaltet.

Umsetzungsvorschläge

STÄRKUNG DER WEITERBILDUNGSKAPAZITÄTEN

Es sollten im ambulanten und stationären Sektor bedarfsorientierte Weiterbildungsmöglichkeiten gewonnen werden. Die Kriterien zur finanziellen Förderung der Weiterbildung sollen angepasst und die zweckgebundene Finanzierung verlässlich gesichert werden.

STÄRKERE VERNETZUNG IN DER WEITERBILDUNG

Die interdisziplinäre Vernetzung zur Vertiefung fachübergreifender Kenntnisse, z. B. Viszeralchirurgie, Urologie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, soll verbessert werden.
Weiterbündungsverbünde zwischen Maximalversorgern und weiteren Krankenhäusern sollen geschaffen werden.

Die Vernetzung zwischen ambulantem und stationärem Bereich soll verbessert werden, um ausreichend viele Rotationsstellen in der Weiterbildung zu gewährleisten und damit auch einen sektorenübergreifenden Wechsel zu unterstützen.

FLEXIBILISIERUNG DER WEITERBILDUNGSMODELLE

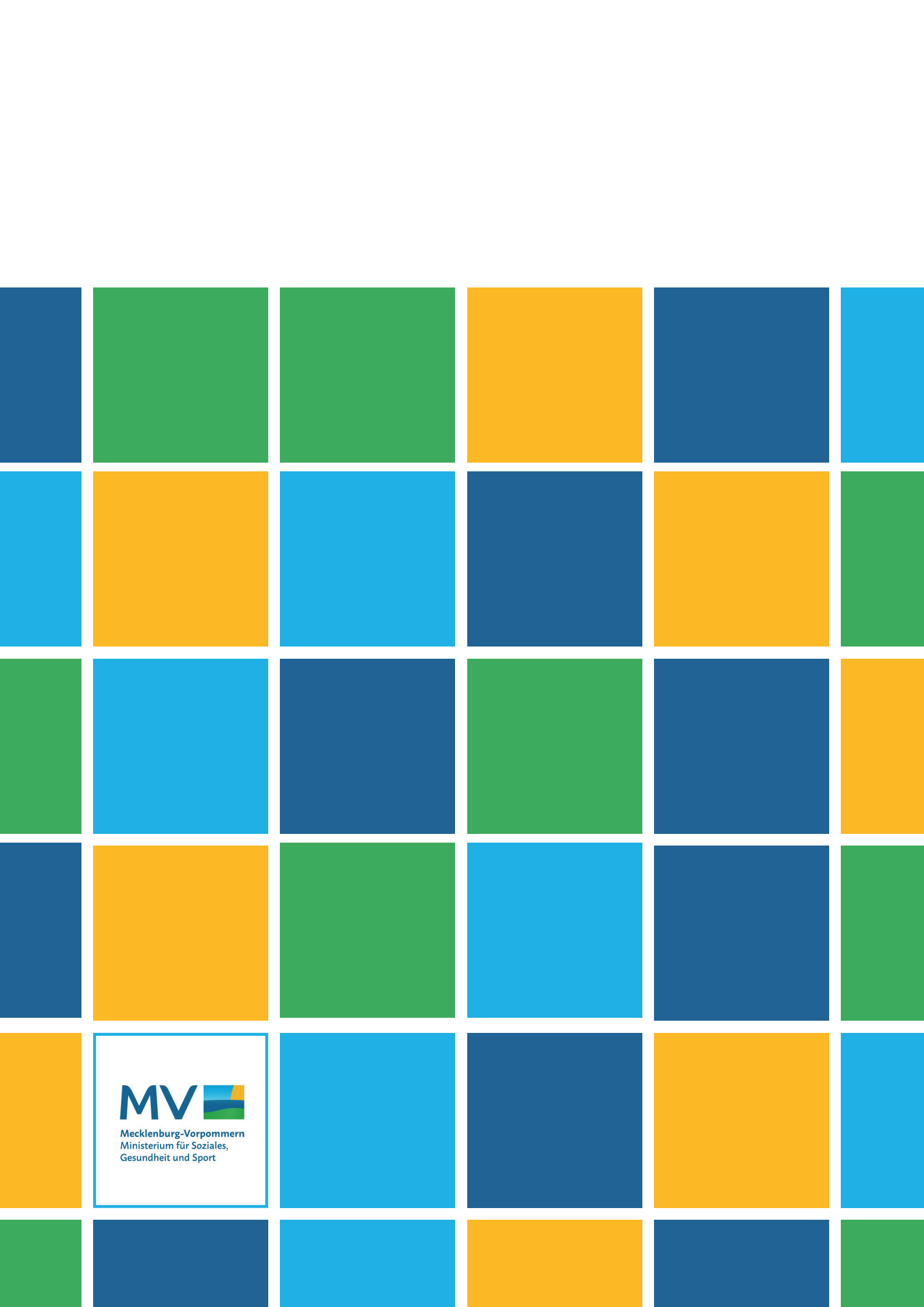
Die sektorenübergreifende Weiterbildung stationär und ambulant sollte durch geänderte Rahmenbedingungen unterstützt werden.
Die Schaffung von festen Kinderbetreuungsstellen für alle Studierenden und Assistent*innen ist notwendig, um eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu ermöglichen und somit die Attraktivität der Weiterbildung und des Berufseinstiegs zu steigern. Hierbei sind sowohl die Weiterbildungseinrichtungen wie auch die Arbeitgebenden in der Rolle, um Vereinbarkeitsmaßnahmen zu schaffen.

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Anteile der Altersgruppen unter 18/19 Jahre und über 65 Jahre insgesamt sowie weibliche Personen von 15 bis unter 49 Jahren an der Gesamtbevölkerung in M-V

Abbildung 2: Krankenhausstandorte mit Fachabteilung für Gynäkologie & Geburtshilfe und Erreichbarkeit in Pkw-Fahrminuten (Stand 2023, eigene Auswertung, Trinovis)

Abbildung 3: Magisches Viereck der Gesundheitsökonomie



Mecklenburg-Vorpommern
Ministerium für Soziales,
Gesundheit und Sport