

**Ausschussdrucksache**  
(14.01.2026)

Inhalt

Landesseniorenbeirat M-V e.V.

—

Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Landesregierung  
**Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Heilberufsgesetzes Mecklenburg-Vorpommern und weiteren Gesundheitsrechts**, Drucksache 8/5404



# Landesseniorenbeirat Mecklenburg-Vorpommern e.V.



Landesseniorenbeirat M-V e.V., Perleberger Straße 22, 19063 Schwerin, Tel.: 0385/ 5557970, Fax: 0385/5558961

Landtag Mecklenburg-Vorpommern  
Ausschuss für Soziales, Gesundheit und Sport  
Vorsitzende Katy Hoffmeister  
Lennéstr. 1  
19053 Schwerin

Schwerin, 13.01.2026

## Öffentliche Anhörung des Sozialausschusses zum Gesetzentwurf der Landesregierung „Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Heilberufsgesetzes Mecklenburg- Vorpommern und weiteren Gesundheitsrechts“

Sehr geehrte Frau Hoffmeister,

der Landesseniorenbeirat M-V bedankt sich für die Einladung zur öffentlichen Anhörung zum o.g. Gesetzentwurf am 21.Januar 2026. Aufgrund von terminlichen Überschneidungen kann leider kein Mitglied des Vorstandes persönlich daran teilnehmen. Wir möchten jedoch die Möglichkeit nutzen, zu einigen Fragen unsere Meinung mitzuteilen. Des Weiteren verweisen wir auf unsere Stellungnahme vom 11.06.2025 parallel zur Ressortanhörung zu diesem Gesetzentwurf.

### Fragenkatalog Drucksache 8/5404

#### Allgemein

Der Gesetzentwurf findet die Zustimmung des Landesseniorenbeirates M-V. Die sich ändernden rechtlichen und tatsächlichen Rahmenbedingungen erfordern, sich den Bedarfen anzupassen. Das Ziel des Gesetzes, die vier der Rechtsaufsicht der Landesregierung unterstehenden Heilberufskammern (Ärzte-, Zahnärzte-, Apotheker und Tierärztekammer) als Körperschaften des öffentlichen Rechts in der Wahrnehmung ihrer Aufgaben auch als mittelbare Staatsverwaltung zu unterstützen, begrüßen wir ausdrücklich.

Die Änderungen beinhalten sowohl redaktionelle Überarbeitungen, befassen sich mit der Mitgliedschaft, präzisieren Aufgaben bezüglich der Fortbildung, der Ausgabe von Heilberufsausweisen, der Bildung von Vermögensrücklagen, präzisieren die Aufgaben der Versorgungswerke und deren Verfahren, gleiches gilt für Meldepflichten, die Datenerhebung und -verarbeitung und der Aufgabenwahrnehmung von Kammermitgliedern, die in Medizinischen Versorgungszentren arbeiten.

Nach unserer Einschätzung handelt es sich bei diesem Gesetz eher um verwaltungsinterne Optimierungen und bringt für Patientinnen und Patienten keine spürbaren Verbesserungen.

#### Datenverarbeitung/Datenschutz

Bezugnehmend auf den Punkt „Schaffung einer datenschutzkonformen, zugleich aber auch forschungs- und berichterstattungsfreundlichen Regelung für die Verarbeitung besonders sensibler personenbezogener Daten für Zwecke der Forschung und

Gesundheitsberichterstattung“ möchten wir darauf verweisen, dass die personenbezogenen Daten der Patientinnen und Patienten vor der Verarbeitung zu anonymisieren sind. Eine Verarbeitung dieser Daten nur erfolgt, nachdem eine Treuhandstelle die personenbezogenen Daten pseudonymisiert hat und nur die Treuhandstelle in der Lage sein darf, die bereitgestellten Daten einer natürlichen Person zuzuordnen. Soweit dies nicht möglich ist, insbesondere bei Patientendaten aus bildgebenden Verfahren, bei Biomaterialien oder genetischen Daten, sind angemessene technische und organisatorische Maßnahmen zu treffen, die die Herstellung eines Personenbezugs durch den Verarbeiter verhindern.

Die Regelung, dass die Ärztekammern Patientenakten in Obhut nehmen können, ist besonders in unserem Land wichtig, da viele Ärzte keinen Nachfolger für ihre Praxis finden. Sie ermöglicht es Ärztekammern, die Patientenakten ihrer niedergelassenen Kammermitglieder für die Dauer der Aufbewahrungspflicht in Obhut zu nehmen und den Patienten Einsicht zu gestatten, sofern die Aufbewahrung und die Gestattung der Einsichtnahme nicht durch die niedergelassenen Kammermitglieder oder auf andere Weise gewährleistet ist. Die Patienten sind über den Verbleib ihrer Akten zu informieren.

### **Ehrenamtlichkeit, Vergütung und Governance**

Die Ärztekammer ist als Körperschaft des öffentlichen Rechts die Organisationsform zur ärztlichen Selbstverwaltung in Mecklenburg-Vorpommern. Durch ein Engagement im Ehrenamt übernehmen aktuell ca. 300 Ärztinnen und Ärzte aus M-V eine Funktion innerhalb der Ärztekammer und besetzen unterschiedliche Ausschüsse, Gremien und Kommissionen, die demokratisch gewählt wurden. Dies ist anerkennenswert. Hierfür eine Aufwandsentschädigung zu zahlen, ist das Mindeste. Für Arbeitgeber und Versorgungsdienste bedeutet dies, die Personen für ihre ehrenamtliche Arbeit freizustellen und Lohnfortzahlung zu sichern. Aber durch diese ehrenamtliche Arbeit in den Kammern und deren Ausschüsse haben die Arbeitgeber und die Versorgungseinrichtungen Einfluss auf Themen und Entscheidungen, die hier getroffen werden. das Recht auf demokratische Teilhabe und Selbstbestimmung – Grundwerte, die nicht selbstverständlich sind. Um deren Erhalt müssen wir uns gemeinsam kümmern.

### **Weiterbildung/Universitätsmedizin/Verbundmodelle**

Die Allgemeinmedizin und somit die hausärztliche Versorgung ist gerade in ländlichen Regionen durch den Ärztemangel gefährdet. Genau aus diesem Grund müssen wir etwas tun, um dem drohenden Mangel entgegen zu wirken. Eine Möglichkeit hierzu sehen wir in den Weiterbildungsverbünden, welche den Ärztinnen und Ärzten den Einstieg in die Allgemeinmedizin und je nach regionalen Gegebenheiten auch für andere Fächer erleichtern sollen. Ziel eines Weiterbildungsverbundes ist es, Ärztinnen und Ärzten von Beginn an eine durchgehende und vollständige Weiterbildung für eine Facharztbezeichnung anzubieten. Die Weiterbildung kann in stationären und ambulanten Weiterbildungsstätten in einer bestimmten Region erfolgen.

Von Weiterbildungsverbünden profitieren die Bildungseinrichtungen vor allem von der Vernetzung mit weiteren Akteuren der Region, die helfen können, den Zugang zur Zielgruppe zu verbessern und zur Erhöhung der Sichtbarkeit ihrer Angebote beitragen. Hier sollte auch verstärkt eine geriatrische Zusatzausbildung angeboten werden. Wichtig ist hierbei die finanzielle Förderung durch KV und Land.

### **Interkollegialer Austausch bei Kindeswohlgefährdung**

Die Praxis zeigt, dass es einen Bedarf für einen interkollegialen Ärzte austausch ohne die ärztliche Schweigepflicht zu verletzen, gibt. Es wird aber auch deutlich, dass diese Regelung einer Spezifizierung in der praktischen Umsetzung und Anwendung bedarf. Für den potentiellen Kinderschutzfall muss gelten, dass diese Regelungen im Sinne der Ärzt\*innen als Garanten für ihre minderjährigen Patient\*innen als auch im Sinne der Patient\*innen selbst umgesetzt werden.

Die Vorgaben und Möglichkeiten des § 4 Absatz 1-4 KKG müssen bei jedem einzelnen potentiellen Kinderschutzfall beachtet werden. Das Grundprinzip des medizinischen Kinderschutzes zum „Transparenten Vorgehen gegenüber Kindern und Eltern“ soll durchgängig eingehalten werden, soweit Kinder/Jugendliche dadurch nicht gefährdet werden. Die Sorge des Vertrauensverlustes in das System wird dadurch minimiert.

Im § 4 Absatz 4 KKG: Wird das Jugendamt von einer in Absatz 11 genannten Person informiert, soll es dieser Person zeitnah eine Rückmeldung geben, ob es die gewichtigen Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls des Kindes oder Jugendlichen bestätigt sieht und ob es zum Schutz des Kindes oder Jugendlichen tätig geworden ist und noch tätig ist. Hierauf sind die Betroffenen vorab hinzuweisen, es sei denn, dass damit der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen in Frage gestellt wird. Hieraus ergeben sich keine Gründe für einen interkollegialen Ärztetausch.

### **Änderungen im Bestattungsgesetz**

Die Leichenschau in der Notaufnahme nach plötzlichen Todesfällen ohne bekannte medizinische Vorgesichte kann insbesondere Notfallmediziner\*innen vor eine besondere Aufgabe stellen. Neben der Feststellung der möglichen Todesursache und des Todeszeitpunkts müssen rechtliche Aspekte abgeklärt und die Todesbescheinigung korrekt ausgefüllt werden: insgesamt ein unabdingbarer Teil der ärztlichen Praxis und hoch relevant für Behörden und Angehörige. Besonders im Rettungs- und Notarztdienst und auch in Notaufnahmen, in denen zeitkritische Entscheidungen getroffen werden und häufig belastende Situationen auftreten, fordert die Leichenschau neben Fachwissen auch große Sorgfalt, Erfahrung und Sensibilität.

### **Änderungen im Infektionsschutzausführungsgesetz (IfSAG)**

Mit der Zentralisierung der Wasserüberwachung beim LAGuS werden die kommunalen Gesundheitsämter nicht geschwächt, sondern entlastet.

Bei der Streichung überholter Meldepflichten im Infektionsschutzgesetz sollte beachtet werden, dass insbesondere die Coronapandemie verdeutlicht hat, dass sinnvolle Meldepflichten und eine gezielte Auswertung von belastbaren Daten hätten hilfreich sein können bei der angemessenen Behandlung von Erkrankungen nach Coronainfektionen und Impfschäden.

### **Änderungen im Rettungsdienstgesetz (Werkrettungsdienst)**

**Die öffentlichen Rettungsdienste haben im Vergleich zu den Werksrettungsdiensten eine andere Struktur und können durch verschiedene Modellkonzepte, wie das Trennungsmodell, unterschiedliche Aufgaben und Finanzierungssysteme haben.**

Es gibt Qualitätsunterschiede zwischen Werks- und öffentlicher Rettungsdienst, die durch verschiedene Faktoren beeinflusst werden.

Die Qualität des Rettungsdienstes wird durch Kenngrößen wie die Bedienschnelligkeit und die Qualität des Einsatzablaufs bewertet.

Die Gefahr einer praktischen Privatisierung von Teilbereichen des Rettungsdienstes ist ein ernstes Thema, das sowohl die Qualität der Versorgung als auch die Gerechtigkeit des Zugangs zu medizinischen Leistungen betrifft.

### **Finanzielle, organisatorische und praktische Auswirkungen**

Finanzielle Auswirkungen oder eine Mehrbelastung für Kammern, Arbeitgeber, Rettungsdienste oder Kommunen durch dieses Gesetz sind zu unterbinden. Die angekündigte Entbürokratisierung ist strikt einzuhalten.

Wir wünschen der Anhörung einen konstruktiven Verlauf.

Mit freundlichen Grüßen



Joachim Kießling  
Vorsitzender