

## **KURZPROTOKOLL**

der 7. Sitzung der Enquete-Kommission  
„Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern“  
am Mittwoch, dem 14. Oktober 2020, 15:30 Uhr,  
in Schwerin, Schloss, Plenarsaal

Vorsitz: Abg. Jörg Heydorn

## **AUSSERHALB DER TAGESORDNUNG**

- Hinweis bezüglich Livestream, Getränkeversorgung und Pause

## **TAGESORDNUNG**

1. Öffentliche Anhörungen zum aktuellen Stand der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern
2. Allgemeine Kommissionsangelegenheiten  
hierzu: Anlage 1











## AUSSERHALB DER TAGESORDNUNG

### Hinweis bezüglich Livestream, Getränkeversorgung und Pause

Vors. **Jörg Heydorn** eröffnet die 7. Sitzung der Enquete-Kommission und begrüßt die Anwesenden. Er weist zunächst darauf hin, die Sitzung werde über einen Livestream übertragen. Weiterhin informiert er über die gegebene Getränkeversorgung im Raum der Landespressekonferenz und die für die Sitzung eingeplante Pause nach Abschluss des TOP 1.

## PUNKT 1 DER TAGESORDNUNG

### Öffentliche Anhörungen zum aktuellen Stand der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern

Vors. **Jörg Heydorn** leitet über zu TOP 1 und stellt die Anzuhörenden vor. Der Landrat aus dem Landkreis Vorpommern-Greifswald, Michael Sack, lasse sich entschuldigen. Der Vors. merkt an, die heutigen Themen der Anhörungen, Rettungsdienst und Krankentransport, gewännen zukünftig weiter an Bedeutung, gerade im Hinblick auf die Zentralisierung von medizinischen Leistungen.

**Thomas Deiters** (stellvertretender Vorsitzender im Städte- und Gemeindetag M-V e. V.) weist auf die abgegebene Stellungnahme des STGT und das gemeinsame Positionspapier mit dem Landkreistag M-V e.V. zur hausärztlichen Versorgung hin. Potential gebe es bei der Zusammenarbeit des ambulanten und des stationären Sektors. Die Corona-Krise zeige die Bedeutung der Gesundheitsversorgung und die Vorhaltung von Reserven auf. Das gemeinsame Positionspapier sei Beschlusslage im STGT. Doch mit über 700 Mitgliedern gebe es unterschiedliche Meinungen zu einzelnen Punkten. Deswegen sei die Anhörung von Bürgermeistern wichtig. Diese könnten von der Erwartungshaltung und dem Feedback auf politische Entscheidungen zur medizinischen Versorgung vor Ort berichten. Es sei problematisch, das Dreieck zwischen Qualität, Wirtschaftlichkeit und Erreichbarkeit vor Ort in Einklang zu bringen. Es gebe einen Zielkonflikt, da eine wohnortnahe Erbringung bestimmter Leistungen bei geringen Fallzahlen manchmal mit unzureichender Qualität verbunden sei. Zugunsten einer

besseren Qualität sei für bestimmte Bereiche eine Zentralisierung anzustreben. Die Runde der Planungsbeteiligten für die Krankenhausplanung sei im stationären Bereich für die Abstimmung zuständig. Das Instrument der Planung für das Land sei deutlich zu schärfen. Der umfangreiche Fragenkatalog der Enquete-Kommission sei an die Mitglieder des STGT weitergereicht worden. Bei den Mitgliedern gebe es die große Sorge, zu wenig Ärzte in M-V zu haben. Zuständig für die ärztliche Versorgung sei die Kassenärztlichen Vereinigung (KV). Die Städte und Gemeinden hätten trotzdem viel probiert, z. B. durch die Bereitstellung von Praxisräumen. Dies sei jedoch nicht immer von Erfolg gekrönt. In Dömitz sei beispielsweise die Gründung eines MVZ an der fehlenden Zulassung der KV für Fachärzte gescheitert.

**Dirk Flörke** (Bürgermeister in Parchim) versichert, die schriftliche Stellungnahme werde nachgereicht. Insgesamt sei die Gesundheitsversorgung in M-V aus seiner Sicht als gut zu bezeichnen und er spreche sich gegen eine Zentralisierung aus. Herr Deiters habe das Hausarztproblem bereits angesprochen, er wolle das nicht vertiefen. Im Hinblick auf das Leistungsspektrum des Krankenhauses in Parchim umfasse dessen Einzugsbereich 60.000 – 100.000 Einwohner. Er beschreibt die Fachabteilungen des Krankenhauses und weist auf die Verbindung von ambulantem und stationärem Sektor in der Kardiologie und Urologie hin. Im Landkreis gebe es in Crivitz, Ludwigslust und Hagenow weitere Krankenhäuser mit ähnlichem Leistungsspektrum. Politik und KV sollten auf eine abgestimmte Spezialisierung hinwirken, um eine Kannibalisierung unter den Krankenhäusern zu verhindern. Die Grundversorgung sei aufrechtzuerhalten. Der private Träger des Krankenhauses in Parchim unterwerfe vieles einem hohen Kostendruck. Dies sei jedoch nicht belegbar und intransparent. Die Politik sollte einschreiten, wenn sich Träger aus der Vorhaltefinanzierung eine gewisse Marge herauszögen. Er erklärt, das Herausziehen einer Marge der Träger führe zu reduzierten Leistungen. So würden Auszubildende als vollwertige Arbeitskräfte eingesetzt und Fachschwestern durch Servicekräfte ersetzt. Dies sei nicht im Sinne einer guten medizinischen Versorgung. Durch den Kostendruck werde auch billiges medizinisches Material beschafft. Die Kommune wünsche sich eine Begrenzung dieses Problems von der Landesebene. Möglicherweise sei eine feste Verwaltungspauschale, wie beim KiföG M-V, festzulegen. Konsequenz der Gegebenheiten sei in Parchim, trotz gegebenem

Versorgungsauftrag, eine seit zwei Jahren abgemeldete Pädiatrie. Als Begründung sei der Fachkräftemangel aufgeführt worden, doch zum Zeitpunkt der Abmeldung sei die Kinderklinik mit fünf Fachärzten besetzt gewesen. Diesen sei erst nach der Abmeldung gekündigt worden. Dann habe sich das Krankenhaus angeblich um neue Fachärzte bemüht. Jetzt sei die Kinderklinik trotz Versorgungsauftrags abgemeldet worden. Es sei wie in Crivitz ein großer öffentlicher und politischer Druck aufgebaut worden. Ab dem 01.01.2021 werde in Parchim eine Kinderportalpraxis als Pilotprojekt eingerichtet. Dies sei nicht befriedigend. Bisher gebe es keinen Facharzt, sondern es werde in Kooperation mit dem Maximalversorger in Schwerin tages- und stundenweise ein Assistenzarzt vor Ort sein. Dieser könne jedoch nicht jede medizinische Leistung durchführen. Mit dem Südstadtklinikum in Rostock sei über eine Kooperation nachgedacht worden. Dies sei jedoch von der Klinikleitung in Parchim torpediert worden. Ohne Facharzt könnten auch keine Geburten durchgeführt werden. Durch den demografischen Wandel und die sinkenden Fallzahlen sei eine Kinderklinik möglicherweise nicht wirtschaftlich zu betreiben. Es gehöre jedoch zur Daseinsvorsorge und es sei Aufgabe der Politik, auf eine Quersubventionierung dieser Abteilung hinzuwirken.

Vors. **Jörg Heydorn** weist darauf hin, die politischen Einflussmöglichkeiten seien teilweise sehr begrenzt. Es seien viele Akteure beteiligt.

**Lars Prahler** (Bürgermeister in Grevesmühlen) merkt an, der Landtag habe die Kompetenz und die Möglichkeiten, Gesetze zu beschließen. Er sei Diplom-Ingenieur und habe sich im Zuge dessen mit Planungsrecht befasst. Er empfiehlt, sich bei den Planungen am Landesentwicklungsplan zu orientieren. Dort sei ein zentralörtliches System festgelegt mit Ober-, Mittel- und Grundzentren. M-V sei in Rekordzeit vom jüngsten Bundesland zum ältesten geworden und dieser Prozess sei noch nicht abgeschlossen. Dies habe dramatische Auswirkungen auf die Gesundheitswirtschaft, auf die sich einzurichten sei. Er betont das Kriterium der Erreichbarkeit und regt an, sich an das System der zentralen Orte des Landesentwicklungsplanes zu halten. Die Müllabfuhr funktioniere, da sie gesetzlich geregelt sei. Der Einzelhandel funktioniere, da er wisse, wie Geld zu verdienen sei. Ihm sei schleierhaft, warum dies nicht in der Gesundheitswirtschaft funktionieren sollte.

**Matthias Köpp** (Geschäftsführendes Vorstandsmitglied im Landkreistag M-V e.V.) betont die Bedeutung des Themas Gesundheitsversorgung für die Landkreise. Diese hätten allerdings nur einen kleinen Teil der Versorgung in der Hand. Im Wesentlichen sei das der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖDG), der Rettungsdienst und ein kleiner Teil an Krankenhäusern. Allgemein schätze der LKT die Gesundheitsversorgung in M-V als angemessen ein und sehe diese Versorgung als öffentliche Daseinsvorsorge. Die größte Herausforderung sei das Mithalten mit dem medizinisch-technischen Fortschritt, bei sinkender Anzahl und steigendem Durchschnittsalter der Bevölkerung. Seit dem Jahr 1990 sei in M-V die Bevölkerung von 1,9 Mio. auf 1,6 Mio. Einwohner gesunken. Das Durchschnittsalter sei von 36 auf 47 Jahre gestiegen. Der Anteil der Menschen im Alter über 60 Jahre sei von ca. 16 Prozent auf ein Drittel angestiegen. Im gleichen Zeitraum sei der Anteil der unter 18-Jährigen von 25 auf 15 Prozent gesunken. Trotz Bevölkerungsrückgangs führe diese Entwicklung eher zu einem höheren Bedarf an medizinischen Leistungen, da ältere Menschen häufiger erkrankten. Eine bundesweite Untersuchung zeige, über 65-Jährige machten ca. 18 Prozent der Bevölkerung aus, verursachten aber 45 Prozent der Krankheitskosten. Aus seiner Sicht verbiete sich daher die Reduzierung des medizinischen Angebots. Jede Schließung einer Arztpraxis oder einer Krankenhausabteilung sei für den Patienten nachteilig, insbesondere wenn als Alternative nur eine weiter entfernte Einrichtung bliebe. Auch in der Ärzteschaft sei ein Drittel bereits älter als 60 Jahre. Dies wirke sich bereits auf die Wartezeiten bei Facharztterminen und bei stationären Behandlungen aus. Im niedergelassenen Bereich komme es zu Ablehnungen von Patienten. Dies werde häufig durch die Notaufnahmen der Krankenhäuser abgefangen. Die aktuelle Anzahl und Verteilung der Krankenhäuser sei unbedingt erforderlich. Wichtig sei auch die Erhaltung des bestehenden Leistungsspektrums dieser Häuser. Trotzdem könne das Leistungsspektrum an den Bedarf angepasst werden, indem das geriatrische Angebot ausgeweitet und die pädiatrische Vorhaltung möglicherweise reduziert würde. Eine vollständige Schließung widerspreche dem Prinzip der medizinischen Grundversorgung. Die Versuche privater Träger im stationären Bereich, Gewinne durch Personaleinsparungen zu maximieren, hätten den Fachkräftemangel mittel- und langfristig weiter verschärft und zu Versorgungslücken geführt. Abmeldungen von Stationen durch Krankenhäuser-

träger seien die Folge. Dies sei unvermeidlich, wenn eine qualitativ hochwertige Behandlung zeitweilig nicht sichergestellt werden könne. Die Gesundheitsämter hätten in der Corona-Krise herausragende Arbeit geleistet und so die niedrigste Zahl an Neuinfektionen in M-V dauerhaft gewährleistet. Es sei auch die Bedeutung der Präventionsaufgabe der Gesundheitsämter deutlich geworden. Jeder Gesunde habe persönliche Vorteile und entlaste das Gesundheitssystem. Deswegen sei die durch den Bund geplante personelle Stärkung des öffentlichen Gesundheitsdienstes vom Land auch über das Jahr 2026 hinaus zu refinanzieren. So sei eine nachhaltige Stärkung für künftige Pandemien gegeben. Auch der Rettungsdienst werde durch die Landkreise betrieben und habe gerade im ländlichen Raum schwierige logistische Bedingungen. Jede Schließung betreffe den Rettungsdienst, da innerhalb der Hilfsfrist die nächste geeignete Einrichtung zu erreichen sei.

**Laura Isabelle Marisken** (Bürgermeisterin der Gemeinde Ostseebad Heringsdorf) führt aus, sie bewerte die medizinische Versorgung in M-V insgesamt als gut. Sie wolle jedoch die Punkte mit Verbesserungspotential ansprechen. Ihre Gemeinde liege auf der Insel Usedom, von deren Fläche 90 Prozent deutsch und 10 Prozent polnisch sei. Es sei eine Grenzregion. Die Gemeinde habe 8.500 Einwohner, im Jahr 2014 seien es noch 8.900 Einwohner gewesen. Die Zahl sinke also. Der Anteil an der Bevölkerung in M-V liege damit bei 0,53 Prozent. Die Gemeinde sei eine Touristenhochburg und es gebe jährlich 3,8 Mio. touristische Übernachtungen. Damit seien 12 Prozent aller Touristen in M-V in ihrer Gemeinde. Besonderheiten seien also die Lage als Grenzregion, die ländliche Struktur und die hohe Zahl an Touristen. Anhand des Verhältnisses Einwohner/Ärzte sei ihre Region überversorgt. Die hohe Zahl der Touristen werde dabei aber nicht beachtet. Auch in der nicht weit entfernten polnischen Stadt Swinemünde gebe es tausende deutsche Touristen, die eine Behandlung durch deutschsprachige Ärzte bevorzugten. Auch bei der Notfallrettung sei es wünschenswert, die Touristen mit zu berücksichtigen. Erreichbarkeit sei ein entscheidender Punkt. Hier könnten einige Maßgaben für die fachärztliche Versorgung des G-BA nicht eingehalten werden. Im Jahr 2011 habe M-V bei der durchschnittlichen Fahrtzeit ins Krankenhaus mit 20-25 Minuten den letzten Platz (Quelle: Statista) belegt. Laut Krankenhausatlas 2018 bräuchten nur 8 Prozent der Menschen länger als 20 Minuten ins Krankenhaus. Auf

Usedom gebe es kein deutsches Krankenhaus. Die nächsten Grundversorger seien in Anklam und Wolgast. Unter guten Bedingungen seien diese in 50 Minuten aufwärts zu erreichen. Zum Maximalversorger in Greifswald werde über eine Stunde benötigt. Sie fordere von der Politik eine Verbesserung der notfallmedizinischen Versorgung. Es sei auch die personelle Bindung zu beachten. DRK-Angestellte hätten berichtet, unter günstigen Bedingungen drei Stunden für einen Notfall zu benötigen. Lobenswert sei die nun 24/7-betriebene Luftrettung. Der Altersdurchschnitt in ihrer Gemeinde liege bei 51 Jahren, Bundesschnitt seien 44 Jahre. Teilweise sei sie froh, wenn ältere Patienten nicht mit dem Auto zum Arzt fahren. Von ihrem Rathaus nach Greifswald brauche sie jedoch 2 Stunden und 35 Minuten. Innovative Konzepte wie Telemedizin und Videosprechstunden seien grundsätzlich zu befürworten. Auf Usedom sei jedoch die entsprechende Infrastruktur nicht überall gegeben. Sie bemängelt, mit einem Rettungswagen sei keine Grenzüberschreitung nach Polen möglich. Patienten würden teilweise an der Grenze verladen. Ab dem 1. Januar 2021 werde ein Kooperationsvertrag in Kraft treten. Sie empfiehlt, stark auf ein Gelingen dieser grenzübergreifenden Rettung hinzuwirken und den Vertrag auf die Luftrettung auszuweiten. Sie befürworte auch eine Kooperation mit dem Krankenhaus in Swinemünde. Ihre Bemühungen seien bisher an bürokratischen Hürden gescheitert. Außerdem werde das Rettungspersonal in ihrer Gemeinde oft bei der Arbeit behindert.

Vors. **Jörg Heydorn** berichtet, der Sozialausschuss habe sich in der letzten Legislaturperiode die Region Euregio Maas-Rhein angeschaut. Dort sei eine grenzübergreifende Rettung bereits umgesetzt. In M-V seien dagegen große Hindernisse aufgetreten. Trotzdem sei dieses Bestreben voranzutreiben, da dies die Versorgungssituation vieler Menschen verbessern würde.

**Sandra Nachtweih** (Bürgermeisterin in Pasewalk) führt aus, Pasewalk sei ein Mittelzentrum im Südosten von M-V mit ca. 10.000 Einwohnern. Es gebe in der Stadt ein gut funktionierendes Krankenhaus in privater Trägerschaft mit über 300 Betten. Der Leiter habe vorher in Parchim das Krankenhaus geführt. Das Krankenhaus sei auch im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit der einzelnen Bereiche gut platziert. Es gebe auch eine Geburtsstation, im 25 km entfernten Prenzlau habe diese Abteilung schließen

müssen. Ca. 35 Prozent der Einwohner Pasewalks seien über 65 Jahre alt und nähmen dadurch vermehrt Gesundheitsleistungen in Anspruch. Viele Dorfbewohner hätten Probleme, Zugang zu Ärzten zu bekommen. Den ÖPNV gebe es nicht, nur Schülerverkehr. Teilweise organisierten Praxen bereits Shuttlefahrten zu Dörfern. Insgesamt sei die medizinische Versorgung in Pasewalk jedoch noch als gut zu beurteilen, da es neben dem Krankenhaus auch viele niedergelassene Ärzte gebe. Auch ein Kinderarzt sei im Gegensatz zu den umliegenden Städten noch vorhanden. Sie betont, Mittelzentren sollten über ein Krankenhaus verfügen. Diskussionen über die Erhaltung von Krankenhäusern wie in Wolgast seien kritisch zu betrachten. Durch den hohen Altersdurchschnitt des Klinikpersonals in Pasewalk werde es dort zu Engpässen kommen. An der Klinik gebe es eine private berufliche Ausbildung zum Krankenpfleger und Krankenpflegehelfer mit staatlichen Lehrkräften. Davon profitierten die Krankenhäuser in Pasewalk, Ueckermünde und in Karlsburg. Sie empfiehlt, in Kooperation mit den Kliniken solche Ausbildungsstandorte zu forcieren. Zum Teil sei auch die Ausbildung polnischer Fachkräfte geglückt. Oft kehrten diese jedoch anschließend in ihre Heimat zurück. Auch verschärfe die Abwerbung von Fachpersonal aus dem Ausland den Mangel, zumal die Anerkennung der Ausbildung unzureichend sei. Sie merkt an, ihre Stellungnahme zu dem Fragenkatalog der Enquete-Kommission werde nachgereicht. Von 5.500 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten arbeiteten 600 im Pasewalker Krankenhaus. Das Krankenhaus sei damit ein großer Wirtschaftsfaktor für die Stadt und auch oft ein Entscheidungskriterium für Familien. Mehr Einfluss im Krankenhaus sei aufgrund der privaten Trägerschaft schwierig, auch wenn es einen Beirat gebe. Wenn Fachbereiche nicht mehr vorgehalten würden, sei darauf hinzuwirken, den Betrieb durch Kommunen zu gewährleisten. Eine Zentralisierung sei abzulehnen. Im Hinblick auf eine grenzüberschreitende Kooperation mit Polen sei die Sprachbarriere zu beachten.

Vors. **Jörg Heydorn** fragt, ob Frau Nachtweih Informationen über eine Schließung des Krankenhauses in Wolgast habe. Ihm sei diesbezüglich nichts bekannt, nur über den Bereich der Geburtshilfe werde diskutiert.

**Sandra Nachtweih** erklärt, es werde über die Wirtschaftlichkeit von Stationen diskutiert. Nach ihrem Gefühl werde die Diskussion so gesteuert, dass dargestellt werde, das Krankenhaus in Wolgast könne nicht wirtschaftlich betrieben werden. So gebe es die Gefahr, dass in Wolgast immer mehr Bereiche zurückgefahren würden.

Vors. **Jörg Heydorn** erwidert, er habe andere Informationen. Beispielsweise sei die Geriatrie in Wolgast über Jahre hinweg aufgebaut worden und es gebe Wartezeiten in diesem Bereich. Natürlich müsse sich das Leistungsspektrum an den Bedarf anpassen, der durch den demografischen Wandel beeinflusst werde. Dies sei auch bei den Ausführungen von Herrn Köpp und Frau Marisken durchgeklungen.

**Sandra Nachtweih** führt aus, sie kenne aus der Pasewalker Klinik die Vorgehensweise, unrentable Stationen zeitweilig zu schließen. So sei nichts auszuschließen und ein entsprechender Einfluss der Kommune wichtig.

Vors. **Jörg Heydorn** verweist auf die sich anschließende Diskussionsrunde. Er sei gespannt, wie die Kommunen solche Versorgungslücken, gerade im Hinblick auf die Finanzierung und die Fachkräftesicherung, schließen wollten.

**Matthias Köpp** merkt an, die Schließung von Abteilungen widerspreche der Grundversorgung. Eine Anpassung an die Entwicklung schließe dies jedoch nicht aus.

Vors. **Jörg Heydorn** fragt, ob Dr. Timm Laslo auch für den Landkreis Vorpommern-Greifswald Stellung nehme oder sich nur auf das Thema Notfallversorgung beziehe.

**Dr. Timm Laslo** (Betriebsleiter im Eigenbetrieb Rettungsdienst, Landkreis Vorpommern-Greifswald) erwidert, er beziehe sich auf das Thema Notfallversorgung. Er merkt an, in dem Kooperationsvertrag mit Polen sei die Luftrettung explizit ausgeschlossen. Dies müsse bundesseitig nachgesteuert werden. Gegenwärtig sei von den Rettungsdiensten eine Hilfsfrist zu erfüllen. Diese beginne mit der Alarmierung eines Rettungsmittels und ende mit dem Eintreffen am Notfallort. Dann fange die eigentliche Arbeit an. Der Anspruch sei, die Patienten in einer bestimmten Zeit in die nächstgelegene

geeignete Klinik zu bringen. Durch die stattfindende Spezialisierung und Zentralisierung seien die Wege zu entsprechenden Kliniken weiter geworden. Es gebe jedoch klare Leitlinien mit einzuhaltenden Zeiten, um den Outcome der Patienten nicht zu gefährden. Er empfiehlt, den Begriff der Prähospitalzeit ins Rettungsdienstgesetz (RDG) mit aufzunehmen, gerade im Hinblick auf zeitkritische Diagnosen. Beispielsweise gebe es bei einem Schlaganfall in Heringsdorf bei bodengebundenem Transport eine Fahrzeit von mindestens 60 Minuten nach Greifswald. Tagsüber sei dies durch den Rettungshubschrauber unproblematisch. Dieser benötige für die Strecke 13 Minuten. Bis Juni habe es noch keinen nächtlichen Einsatz des Hubschraubers gegeben. Die Bedeutung der Luftrettung werde auch vor dem Hintergrund sinkender Notarzzahlen zunehmen. Im Landkreis Vorpommern-Greifswald gebe es zwölf rund um die Uhr besetzte Notarztstandorte. Dies bedeute über 100.000 Vorhaltestunden im Jahr. Einige Notärzte hätten das Renteneintrittsalter bereits weit überschritten und dies werde auf Dauer nicht funktionieren. Das Pilotprojekt „Land/Rettung“ sei zusammen mit Prof. Dr. med. Klaus Hahnenkamp von der Universitätsmedizin Greifswald, Prof. Dr. Steffen Fleßa von der Universität Greifswald und der zeb business school entwickelt worden, finanziert durch den Innovationsfonds. Das Projekt bestehe im Kern aus vier Säulen. Erstens solle die Laienreanimation, d. h. die Motivation und Kompetenz der Bevölkerung für die Durchführung von Wiederbelebensmaßnahmen, gestärkt werden. Dazu kämen mobile Ersthelfer, verbunden mit einer Smartphone-basierten Ersthelferalarmierung, außerdem der Telenotarzt und die Verzahnung mit der KV. Bei der Smartphone-basierten Ersthelferalarmierung sei die Idee, bei Eintreffen eines Notrufes in der Leitstelle per App Ersthelfer im Umkreis des Notfalls zu benachrichtigen. Werde der Auftrag angenommen, könne so die Zeit bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes überbrückt werden. Gerade ein Herz-Kreislauf-Stillstand sei sehr zeitkritisch („time is brain“). Dieses Vorgehen sei etabliert und bereits auf ein weiteres Pilotprojekt im Landkreis übertragen worden. Es sei allgemein eine große Chance für das Flächenland M-V und könnte auf andere Bereiche ausgeweitet werden. Voraussetzung hierfür sei eine einheitliche Software. Im Bereich der Laienreanimation seien andere Länder deutlich weiter. M-V sei das erste Bundesland, welches die telemedizinische Begleitung im Rettungsdienstgesetz verankert habe. Dies sei zu begrüßen und weiterzuentwickeln.

Es seien Rettungsfahrzeuge in den Landkreisen Vorpommern-Greifswald und Vorpommern-Rügen mit den technischen Voraussetzungen ausgestattet worden. Die Telemedizin könne die Zeit ab Eintreffen des Rettungswagens bis zum Eintreffen des Notarztes, also das therapiefreie Intervall, überbrücken. Es gebe auch Einsatzbilder, bei denen der Notarzt gar nicht zur Einsatzstelle kommen müsse, insbesondere wenn keine vitale Bedrohung vorliege. Insbesondere im Bereich der Schmerztherapie gebe es gute Erfahrungen. Auch eine Begleitung bis zum Krankenhaus durch den Notarzt könne so manchmal entfallen und durch telemedizinische Betreuung ersetzt werden. Der Telenotarzt könne auch bei Verlegungsfahrten eingesetzt werden, um die Krankenhäuser zu entlasten. Effizient sei der Telenotarzt auch bei der Unterstützung unerfahrener Notärzte. Auch hier gebe es noch enormes Potential zur Weiterentwicklung. Dr. Laslo betont, bei einer vitalen Bedrohung komme jedoch immer der Notarzt und werde nicht als Ganzes ersetzt. Anzustreben sei eine Vereinheitlichung. So sei der Telenotarzt noch nicht klar definiert, auch die Disponierung in der Leitstelle sei noch anzugleichen, z. B. durch Vereinheitlichung von Einsatzstichworten. So könne auch eine Transparenz gegenüber den Kostenträgern hergestellt werden. Auch für die Kursgestaltung seien Rahmen- und Qualitätsstandards wichtig. Der Landkreis Vorpommern-Greifswald sei hier bereits sehr weit und auch eine flächendeckende Anwendung habe durch die Verankerung im Rettungsdienstgesetz große Chancen. Eine flächendeckende Anwendung der Telemedizin sei aufgrund der aufgeführten Vorteile zu empfehlen. Durch das Projekt „Land/Rettung“ seien die Vorteile auch evaluiert. Die Notarztquote sei durch den Telenotarzt von über 50 auf 35 Prozent gesunken, dies zeige den Erfolg. Der Notarzt werde zukünftig seltener gebraucht, müsse aber speziell ausgebildet sein und über klinische Routinen verfügen. In den integrierten Leitstellen agierten zurzeit Rettungsassistenten oder Notfallsanitäter als Disponent. Als Leitstellendisponent seien jedoch andere Kompetenzen gefragt als in diesen Rettungsberufen. Es sein ein großes Anliegen, ein Berufsbild „Leitstellendisponent“ zu schaffen, um den Anforderungen gerecht zu werden. Dr. Laslo fasst zusammen, die gesetzlichen Vorgaben für den Rettungsdienst sollten um die Prähospitalzeit erweitert werden. Die Luftrettung sollte insbesondere nachts ausgebaut werden. Eine Smartphone-basierte Ersthelferalarmierung mit einer einheitlichen Software sollte flächendeckend Anwen-

dung finden. Denkbar seien eine Anschubfinanzierung durch das Land und eine Übernahme der laufenden Kosten durch die Krankenkassen. Auch die Telemedizin/der Telenotarzt sollte landesweit zum Einsatz kommen und das Berufsbild „Leitstellendisponent“ sollte geschaffen werden.

Vors. **Jörg Heydorn** merkt an, es sei zu diskutieren, ob eine Zentralisierung von Telenotärzten möglich sei, auch im Hinblick auf den Fachkräftemangel. Das Projekt „Land/Rettung“ sei innovativ und greife die Herausforderungen wie den demografischen Wandel und die Dünnbesiedelung gut auf.

**Prof Dr. med. Klaus Hahnenkamp** (stellvertretender ärztlicher Vorstand der Universitätsmedizin Greifswald) führt aus, es gebe strukturell oft weite Wege zu Krankenhäusern. Als Klinikdirektor für Anästhesiologie habe er dies ändern wollen. Gemeinsam mit dem Landkreis sei einiges gelungen. Zum einen gebe es in der Universitätsmedizin Greifswald (UMG) eine zentrale Notaufnahme, in der die Patienten koordiniert und in die richtige Abteilung gebracht würden. Die Laienreanimation habe Dr. Laslo bereits angesprochen. Mittlerweile seien im Landkreis Vorpommern-Greifswald 16.000 Menschen geschult worden. Zweimal nacheinander habe die Laienreanimationsquote bei 58 Prozent gelegen und habe damit einen der ersten drei Plätze deutschlandweit belegt. Auch die Smartphone-basierte Ersthelferalarmierung und die telemedizinische Notfallmedizin seien bereits erwähnt worden. Trotz großer Bedenken sei es geschafft worden, die erforderlichen fünf Fachärzte zu beschaffen. Auf dem erwähnten Rettungshubschrauber seien als Rettungsmittel auch Blut und Frischplasma in Zusammenarbeit mit der Transfusionsmedizin vorhanden. Dies sei deutschlandweit einzigartig. Endlich gebe es auch den Nachtflug des Rettungshubschraubers. Hier sei zu überlegen, ob mehr Nachtflüge und dafür weniger Ärzte denkbar seien, indem die Telemedizin auf den Hubschrauber ausgeweitet werde. Es gebe die zwei grenzüberschreitenden Projekte „InGRiP“ und „GeKom“ mit Polen. Dabei gehe es um die Überwindung der Sprachbarrieren, die Simulation gemeinsamer Notfälle und das Vorantreiben eines Miteinanders. Ab November werde die erste deutsche Teststrecke für den Drohneinsatz zwischen zwei Krankenhäusern anlaufen. Es sei auch schon der Drohnentransport von Defibrillatoren zu Ersthelfern getestet worden. Weiterhin sei die

Telemedizin nicht nur auf den Notarzt zu beschränken, da die ärztliche Ressource allgemein sehr knapp sei. Ärzte, die den Telenotarzt betreuten, könnten weit mehr. Notaufnahmen im Land sollten zentral miteinander vernetzt werden. Mit den genannten Projekten sei immer wieder an die Sektorengrenzen gestoßen worden und diese seien zu überwinden. So könne die Laienreanimation nicht über die normale Krankenversorgungsstruktur finanziert werden. Damit komme es auf ehrenamtlich Tätige an, die einen spendenfinanzierten Verein gegründet hätten. Der Verein solle die Akquise und Schulung der Ersthelfer übernehmen. Der Telenotarzt sei in den bodengebundenen Rettungsdienst gepresst, er könne jedoch viel mehr. Er plädiere für telemedizinische Zentren.

**Jan-Hendrik Hartlöhner** (Vorsitzender des Vorstandes des DRK Landesverband M-V e.V.) verweist auf die Resilienz der Bevölkerung, die bisher in der Enquete-Kommission nicht behandelt worden sei. Der Rettungsdienst sei besonders relevant für die Kommission, da dieser Teil der Daseinsvorsorge überwiegend landesgesetzlich geregelt sei. Ein Rettungseinsatz beginne üblicherweise durch die Meldung eines Notfalls an einer Leitstelle. Im Idealfall gebe es vor Ort eine Erste-Hilfe-Leistung. Dazu komme der Einsatz des Rettungsdienstes mit oder ohne notärztliche Versorgung und die anschließende stationäre Versorgung. Durch diese Kompetenzzuordnung hätten sich in der Vergangenheit bundesweit unterschiedliche Organisationsansatz- und Finanzierungsformen entwickelt. Dazu kämen unterschiedliche Anforderungen an die Leistungsstruktur von Rettungsdiensten in Städten und im ländlichen Raum. Der Rettungsdienst umfasse die Luft-, Boden-, Wasser- und Bergrettung. Das Personal in diesen Bereichen sei häufig eine Mischung aus Haupt- und Ehrenamtlichen. Dieser Umstand sei besonders zu berücksichtigen. Der Rettungsdienst sei als Teil der Daseinsvorsorge landesrechtlich zu regeln. Das Rettungsdienstgesetz Mecklenburg-Vorpommern (RDG M-V) sei im Jahr 2015 novelliert worden. Dies sei ein aufwendiger aber kooperativer notwendiger Prozess gewesen. Demografische Entwicklungen hätten zu einer Anpassung der Hilfsfrist geführt und es sei die Qualitätssicherung dazugekommen. Der Intensivtransport, die Wasserrettung, das Notfallsanitätäergesetz (NotSanG) zu dem neuen Berufsbild und Regelungen für den ärztlichen Leiter seien eingeführt worden. Die Kliniken seien zur Unterstützung bei der notärztlichen Ausstattung verpflichtet

worden. Es gebe bundesweit drei Betreibermodelle für den Rettungsdienst. Bei dem kommunalen Modell stelle der Eigenbetrieb eines Landkreises Mitarbeiter an und betreibe den Rettungsdienst. In den Bundesländern Hamburg, Berlin, Rheinland-Pfalz und Bayern finde das Konzessionsmodell Anwendung. Hier beauftrage eine Gebietskörperschaft in einem transparenten Verfahren einen Leistungserbringer. Die zugelassenen Leistungserbringer hätten ein Durchführungsrecht durch die Beauftragung der Kommunen und rechneten ihre Leistungen bei den Krankenkassen ab. So gebe es ein Vertragsrisiko hinsichtlich der Deckung der entstandenen Kosten und die europäische Vergaberichtlinie finde keine Anwendung. In M-V werde gem. RDG M-V das Submissionsmodell umgesetzt. Es erfolge eine Ausschreibung von Rettungsdienstleistungen durch die öffentliche Hand an externe Anbieter gemäß europäischer Vergaberichtlinien. Die Kommune bleibe Träger des Rettungsdienstes und sei damit verantwortlich für Kontrolle und Ausschreibungen. Die Kommune trage auch die Kosten, später würden die Kosten durch die zuständigen Versicherungsträger refinanziert. In der öffentlichen Diskussion seien aus Sicht des DRK zwei divergierende Strömungen zu beobachten. Einerseits würden staatliche Leistungen als Dienstleistungen kategorisiert und dem öffentlichen Auftragswesen zugeordnet. Andererseits gebe es die Strömung, die im Interesse der Stärkung der Katastrophenabwehr Strukturen schaffe und Ressourcen in einer vergaberechtsfreien Sphäre bereitstelle. Vor dem Hintergrund der auslaufenden 10-Jahres-Frist, die das RDG M-V den Landkreisen bis zur Ausschreibung gegeben habe, herrsche große Unsicherheit. Durch die Befristung habe die Landesregierung deutlich gemacht, sie halte den Rettungsdienst für eine Dienstleistung, die sich den Mechanismen des freien Marktes unterzuordnen habe. Dies stehe im Widerspruch zu der Position der Bundesregierung, für die die Vergabe insbesondere an gemeinnützige Organisationen, die sich im zivilen Katastrophenschutz organisieren, unter die vergaberechtliche Bereichsausnahme falle und so nicht ausschreibungspflichtig sei. Es gebe große Bedenken im Hinblick auf erhebliche Kollateralschäden bei dem im Wesentlichen von ehrenamtlichen Einsatzkräften getragenen Katastrophenschutz. Der Rettungsdienst und die anderen Teile des Bevölkerungsschutzes bildeten in der Praxis ein zusammenhängendes System. Teilweise werde auf gleiche ehrenamtliche Personalressourcen zurückgegriffen. Ohne die Erfahrung und regelmäßige Fortbildung durch den Rettungsdienst sei ein qualifizierter Einsatz im Katastrophenfall

mit einer Masse von Verletzten oder Erkrankten nicht denkbar. Alleine bei der Sandsturmkatastrophe auf der A19 seien von 189 Einsatzkräften 104 Ehrenamtliche gewesen. Es gebe durch die Befristung die Gefahr, mit immer neuen Leistungserbringern die Motivation des hauptamtlichen Personals zu beschädigen und so das System der Katastrophenabwehr zu schwächen. Der Rettungsdienst dürfe nicht isoliert betrachtet werden. Primär am Preis orientierte Ausschreibungen höhlten das Gesamtsystem des Bevölkerungsschutzes aus und verschlechterten die Bedingungen für Organisationen bürgerschaftlichen Engagements. Dies führe im Ergebnis zu Nachteilen für die Bevölkerung in M-V. Im Landkreis Vorpommern-Greifswald sei die Resilienz der Bevölkerung bereits als Thema aufgenommen worden, indem die Laienreanimation gefördert werde. Dies sei auch eine Herzensangelegenheit des DRK. Menschen zu befähigen, in schwierigen Situationen handlungsfähig zu sein, sei bei der Entwicklung einer resilienten Bevölkerung wichtig. Der Bevölkerungsschutz sei zentrale Aufgabe staatlichen Handelns und dies gelte insbesondere in Krisen- und Katastrophensituationen. Eine Voraussetzung sei das Wissen, wer welche Hilfe wie dringend benötige. Die vielfältigen Bedarfe seien jedoch nicht leicht zu antizipieren. Die Möglichkeit, Menschen zu helfen, hänge von ihrer Sichtbarkeit, der Anerkennung ihrer Lebenssituation und ihrer Bedarfe als wesentliche zu berücksichtigende Faktoren ab. Die Stärkung der individuellen Selbsthilfefähigkeit sei ein Ansatz, um auf diese Komplexität zu reagieren. Selbsthilfe sei voraussetzungsvoll und daher nicht unproblematisch. Die Resilienz von Menschen sei hoch, wenn sie über starke soziale Netzwerke und ökonomische Potenz verfügten. Diese Ressourcen stünden nicht allen gleichermaßen zur Verfügung. Großes Thema seien in letzter Zeit Pflegebedürftige in der eigenen Häuslichkeit als besonders vulnerable Gruppe gewesen. Resilienz beschreibe im Zusammenhang mit der zivilen Sicherheit die Fähigkeit, sich auf bekannte und unbekannte Krisen- und Katastrophenszenarien vorzubereiten, diese möglichst im Vorfeld zu verhindern, sich von einem potentiell entstandenen Schaden schnell zu erholen und die gesammelten Erfahrungen wieder in die Vorbereitung einfließen zu lassen. Als Fazit stellt Herr Hartlöhner fest, der Rettungsdienst sei die Speerspitze des Bevölkerungsschutzes und zuverlässiger Bestandteil der Notfallversorgung. Insbesondere die Befristungsregelung im RDG M-V stelle diese Kontinuität in Frage. Beim Thema Resilienz korrespondiere

das gefühlte Sicherheitsniveau nicht immer mit der tatsächlichen Versorgungssituation. Resilienz sei der Schlüssel, um das Versorgungsgefühl zu verbessern. Dazu gehörten die Stärkung der Selbsthilfefähigkeit, die Aufklärung über die komplexen Angebote und ihre Inanspruchnahme.

Vors. **Jörg Heydorn** weist darauf hin, Herr Prahler müsse sich verabschieden. Auch Prof. Dr. med. Hahnenkamp müsse die Sitzung um 17.30 Uhr verlassen. Er bitte daher, Fragen an Prof. Dr. med. Hahnenkamp jetzt zu stellen.

Abg. **Julian Barlen** merkt an, es sei zu überlegen, wie Projekte wie der „Telenotarzt“ oder „Land/Rettung“ in die Regelversorgung übertragen werden könnten. Davon könnte das gesamte System profitieren. Er fragt, was es für Hürden bei der Implementierung gäbe.

Abg. **Torsten Koplín** fragt ebenfalls, wie die Modellprojekte in die Regelversorgung überführt werden könnten. Weiterhin bittet er um die ausführlichere Darstellung des innovativen Drohnentransportes. Prof. Dr. med. Hahnenkamp habe von telemedizinischen Zentren gesprochen. Hier erkundigt er sich nach der Übertragung dieser Idee auf andere Bereiche.

**Prof. Dr. med. Klaus Hahnenkamp** führt bezüglich der Zentrenbildung aus, die Telenotärzte hätten aufgrund ihrer guten Ausbildung und Erfahrung noch viele andere Qualitäten. Es handele sich um Intensiv- und Rettungsmediziner, Anästhesisten und Ärzte, die in der zentralen Notaufnahme die Notfallmedizin ausüben könnten. Diese Bereiche würden im Land gebraucht und es gebe Vernetzungsmöglichkeiten. Er plädiere für die Etablierung notfallmedizinischer Zentren. So könne die Kompetenz aus zentralen Notaufnahmen an andere Orte getragen werden. Die Konzepte dürften nicht in einen Sektor gepresst werden. Ein oder zwei Zentren reichten aus seiner Sicht bereits aus. In Bezug auf die Drohnen erklärt er, Defibrillatoren seien sehr wichtig im Falle eines Herzstillstandes. Diese Geräte seien jedoch nicht kartiert und meist nach 16 Uhr hinter Türen verschlossen. In anderen Ländern habe die Leitstelle auf die Geräte Zugriff. Die Idee sei, die Defibrillatoren per Drohne zu Ersthelfern an den Notfallort zu bringen. Die

Reichweite liege bei ca. 40 Kilometern, bei der Geschwindigkeit gebe es noch Potential. Eine andere Sache sei beispielsweise der Transport von Notfallblut. Ab November werde es feste Teststrecken zwischen Greifswald-Karlsburg und Greifswald-Wolgast geben. Bezüglich der Übertragung von Projekten in die Regelversorgung merkt er an, die Sektorengrenzen seien ein großes Hindernis. Es sollte überlegt werden, wer Kompetenzzentren finanzieren und tragen könnte. Möglicherweise seien dafür auch Gesetze zu ändern. Er habe die Hoffnung, die Enquete-Kommission könne an dieser Stelle etwas bewegen.

Abg. **Dr. Gunter Jess** fragt, was ein Rettungssanitäter oder der Ersthelfer, angeleitet durch den Telenotarzt, für Maßnahmen durchführen könne und welche Fähigkeiten benötigt würden.

**Prof. Dr. med. Klaus Hahnenkamp** erklärt, der Rettungsassistent oder Notfallsanitäter vor Ort sei prinzipiell für die handwerklichen Tätigkeiten zuständig. Diese seien sehr gut im Umgang mit dem Telenotarzt geschult. So sei die Diagnostik möglich und alle Notfälle könnten versorgt werden. Nur selten müsse der Notarzt nachgeordert werden, z. B. wenn ein technisches Detail nicht funktioniere. Dies betreffe jedoch nur ein bis zwei Prozent der Fälle. Er sei überrascht, wie gut das Team Telenotarzt und Rettungssanitäter/Notfallassistent funktioniere. Dies sei wirklich eine Alternative für die Fläche.

**Dipl.-Med. Angelika von Schütz** (stellvertretende Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung M-V) verweist darauf, die Auswahl von Projekten für die Finanzierung durch den Innovationsfonds funktioniere nicht immer richtig. Sie fragt, wie viele Rettungswagen zurzeit mit dem Telenotarzt begleitet würden und wie sich diese auf die zwölf Rettungswachen in Vorpommern-Greifswald verteilen.

**Dr. Timm Laslo** antwortet, es seien jeweils sechs Rettungswagen mit Telenotarzt in Vorpommern-Greifswald und in Vorpommern-Rügen stationiert. Es sei eine stetige Ausweitung beabsichtigt.

**Marlies Schulz** (stellvertretende Vorsitzende SELBSTHILFE M-V e.V.) führt aus, sie arbeite seit 22 Jahren im Ehrenamt. Sie fragt Prof. Dr. med. Hahnenkamp, ob nicht eine Anschubfinanzierung der Politik wünschenswert sei. Die Finanzierung über das Ehrenamt sei eine Zumutung. Das Projekt Telenotarzt könne vor dem Hintergrund des Ärztemangels und dem demografischen Wandel zukunftsweisend sein.

**Prof. Dr. med. Klaus Hahnenkamp** antwortet, Frau Schulz spreche ihm aus dem Herzen. Trotz fantastischer Unterstützung der Techniker Krankenkasse habe er jedoch noch keine Lösung.

*Sitzungsunterbrechung von 17.26 Uhr bis 17.40 Uhr*

Vors. **Jörg Heydorn** entschuldigt sich für die doch nicht vorhandenen Getränke.

**Dr. Andreas Oling** (niedergelassener Arzt) bittet Matthias Köpp, seine Kritik an den niedergelassenen Ärzten in Zusammenhang mit der Corona-Situation zu konkretisieren. Er fragt Laura Isabelle Marischen, warum ihr die Zeit eines Patienten bis zum Eintreffen in ein Krankenhaus so wichtig sei. Fraglich sei, ob nicht auch eine andere erste medizinische Hilfe denkbar und vielleicht wichtiger wäre. Bezüglich der Prähospitalzeit merkt er an, er habe einige wissenschaftliche Kongresse besucht. Dort sei diskutiert worden, ob es besser sei, einen Patienten so schnell wie möglich in ein Krankenhaus zu bringen oder erst vor Ort medizinisch zu versorgen. Er habe Bedenken, wenn eine feste Zeit für das Eintreffen in einem Krankenhaus festgelegt würde. So könnten Patienten zu Schaden kommen, die vorher nicht adäquat versorgt worden seien.

**Prof. Dr. Steffen Fleßa** (Lehrstuhlinhaber für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre und Gesundheitsmanagement an der Universität Greifswald) führt aus, es reichten nach einer Berechnung maximal zwei telenotärztliche Zentren für M-V aus. Dies könne anhand der Warteschlangentheorie komplett nachgerechnet werden. Auch eine landesübergreifende Nutzung wäre denkbar, gäbe es nicht so unterschiedliche Gesetze.

Vors. **Jörg Heydorn** fragt, ob Prof. Dr. Fleßa die Unterlagen für die Berechnung zur Verfügung stellen könnte. Dies könne bei den weiteren Beratungen der Kommission eine Rolle spielen.

**Prof. Dr. Steffen Fleßa** erklärt, dieser Bitte nachkommen zu wollen. Voraussetzung sei, dass das Dokument nicht veröffentlicht werde, da es bereits bei einem Journal eingereicht worden sei. Bei Vertretern der Kommunen habe er die Meinung herausgehört, nach der Übernahme eines Krankenhauses durch einen Landkreis werde automatisch alles besser. Dies könne nur der Fall sein, wenn der Landkreis eine höhere Kompetenz als der bisherige Betreiber habe oder der Landkreis viel Geld investieren wolle. Dies wäre zu begründen. Er fragt die kommunalen Vertreter, ob dies der Wunsch sei. Wenn ja, warum geschehe es nicht jetzt schon. Matthias Köpp habe ausgeführt, jede Schließung einer Abteilung sei für die Patienten nachteilig. Er fragt, ob es nicht auch Fälle gebe, in denen die Schließung und eine Zentralisierung zu bevorzugen seien.

**Laura Isabelle Marisken** verweist bezüglich der Frage von Dr. Oling auf ein Gutachten, in dem Parameter für gute medizinische Versorgung festgelegt seien. Die Zeit bis zur Ankunft in einem Krankenhaus sei da ein entscheidendes Kriterium.

**Dr. Andreas Oling** entgegnet, Frau Marisken habe seine Frage falsch verstanden. Fraglich sei, warum die Zeit bis zu einem Krankenhaus entscheidend sei und nicht z. B. die Zeit bis zur ersten ärztlichen Hilfe.

**Laura Isabelle Marisken** antwortet, sie sei keine Medizinerin. Sie halte es für ein wichtiges Kriterium, aber natürlich seien auch andere Merkmale zu berücksichtigen.

**Dr. Timm Laslo** erklärt, es gehe ihm nicht um die gesetzliche Festlegung der Prähospitalzeit, sondern um die Aufnahme des Begriffes in das Gesetz. Es gehe ihm um die Schaffung von Strukturen, um den Anforderungen medizinischer Leitlinien entsprechen zu können. Eine Komponente sei die Luftrettung.

**Matthias Köpp** führt aus, Dr. Oling habe ihm Kritik an den niedergelassenen Ärzten unterstellt. Er fragt, welche konkrete Aussage Dr. Oling meine.

**Dr. Andreas Oling** erläutert, in dem Statement und der schriftlichen Beantwortung der Fragen des Landkreistages M-V sei suggeriert worden, die niedergelassenen Ärzte hätten bei der Bewältigung der Corona-Pandemie versagt.

**Matthias Köpp** erwidert, er hätte eine solche Aussage nie getroffen.

**Dr. Andreas Oling** merkt an, diesbezüglich möglicherweise überempfindlich zu sein.

**Matthias Köpp** erklärt, trotzdem auf die Frage eingehen zu wollen, da er die niedergelassenen Ärzte bei zwei Punkten angesprochen habe. Zum einen gebe es Ärzte, die keine neuen Patienten aufnahmen. Diese Patienten gingen dann oft ins Krankenhaus. Allerdings sei dies keine Kritik per se an den niedergelassenen Ärzten, sondern an der fehlenden Kapazität. Der zweite Punkt adressiere sich an die KV. Die Landkreise hätten Abstrichzentren für Corona-Tests betrieben und teilweise finanziert. Die Abstriche seien Teil der Diagnose. Bis heute habe es von der KV keinen Kostenersatz gegeben, obwohl damit Arztpraxen entlastet worden seien. Prof. Dr. Fleßa antwortet er, die Aussage, kommunale Trägerschaften seien per se besser, hätte er nicht getroffen. Doch bei kommunalen Krankenhäusern würden Gewinne und Steuermittel nicht in andere Bundesländer abgeführt. Bei kommunaler Trägerschaft würden Gewinne der Region zugutekommen. Ansonsten stünden die öffentlichen und privaten Krankenhäuser vor den gleichen Problemen. Er bleibe bei der Aussage, die Schließung bestimmter Bereiche widerspreche der Grundversorgung. Anstatt einer Schließung seien Alternativen nötig. Dabei beziehe er sich ausdrücklich auf die Grundversorgung, zu der die Pädiatrie, Gynäkologie und Geburtshilfe gehörten. Eine Schließung halte er im Hinblick auf die Versorgung der Bevölkerung für unangemessen.

Vors. **Jörg Heydorn** verweist darauf, Prof. Dr. Fleßa habe die Frage bezüglich der Schließung von Abteilungen an alle kommunalen Vertreter gestellt. Er würde diese

gerne präzisieren. Es sei ausgeführt worden, im Falle von gefährdeten Strukturen oder mangelhafter Finanzierung solle das Land als Träger der Daseinsvorsorge einspringen. Er bitte um Präzisierung, da die Möglichkeiten des Landes sehr eingeschränkt seien. Die Krankenhausfinanzierung (durch DRGs) werde z. B. auf Bundesebene entschieden. Er nehme gerne Anregungen entgegen. Es sei auch Ziel der Kommission, die Möglichkeiten auszuloten. Er bitte jedoch darum, bei Forderungen die Kompetenzmöglichkeiten der Landesebene zu berücksichtigen. Die Fallzahl für die Pädiatrie sei in einigen Bereichen im Sinkflug. Es sei fraglich, wie eine flächendeckende Vorhaltung so funktionieren könnte. Er fragt auch, wie das Land die benötigten Fachkräfte akquirieren solle. Bei der übertragenden Anwendung des Landesentwicklungsplanes auf den Gesundheitsbereich, wie von Herrn Praher vorgeschlagen, sei der Bevölkerungsrückgang in den Mittelzentren zu beachten. Auch mit den vorhandenen Planungsinstrumenten, z. B. für die stationäre Versorgung, werde zunehmend an Grenzen gestoßen.

**Dirk Flörke** führt aus, das Krankenhaus in Crivitz sei seit Jahren defizitär. In Parchim würden Gewinne erwirtschaftet. Der von ihm angesprochene Kostendruck sei in kommunalen oder teilkommunalen Krankenhäusern wohl schwächer ausgeprägt als bei privaten Trägern. Über die geringen Fallzahlen sei er sich im Klaren. Als Alexander Gross das Krankenhaus in Parchim geleitet habe, sei die defizitäre Kinderklinik durch andere Bereiche quersubventioniert worden. Trotzdem sei insgesamt Gewinn generiert worden. Herr Gross habe mittlerweile nach Pasewalk gewechselt. Das Land vergebe Versorgungsaufträge. Er wolle nicht die Kompetenz von privaten Krankenhausbetreibern in Frage stellen. Er wünsche sich vom Land, die Vergabe von Versorgungsaufträgen an die Vorhaltung einer Pädiatrie zu knüpfen. Es gebe trotzdem die Möglichkeit, Gewinne zu erwirtschaften, aber vielleicht in geringerem Umfang.

**Sandra Nachtweih** merkt an, die Bürgermeisterinnen und Bürgermeister setzten sich für ihre Bürger vor Ort und auch für deren Argumente ein. Die Reduzierung der Einwohnerzahl sei ihr bewusst, trotzdem sei die Fläche nicht kleiner geworden. Es sei fraglich, wie eine wohnortnahe Versorgung mit bestimmten Leistungen zu gewährleisten sei. Abhängig sei dies auch von der politischen Steuerung. Dass eine kommunale

Trägerschaft eines Krankenhauses zu besserer Leitung führe, habe sie nicht artikuliert. In Pasewalk gebe es nach ihrer Erfahrung eine gewisse Gewinnerwartung. Dies führe oft zu Belastungen des Personals. Davon berichteten auch Ärzte und Pflegepersonal vor Ort. Trotz sinkender Nachfrage sollte der Gesetzgeber für eine Vorhaltung bestimmter Leistungen vor Ort und deren Finanzierung sorgen.

Vors. **Jörg Heydorn** fragt, welchen Einfluss das Land auf die Arbeitsbedingungen des Klinikpersonals in Pasewalk nehmen könnte.

**Sandra Nachtweih** führt aus, auf private Konzerne könne kein Einfluss genommen werden. Trotzdem sei sie über einen großen Druck, der auf dem Personal laste, informiert.

Vors. **Jörg Heydorn** stellt fest, es gebe wohl in der Kommission viele, die mit der Privatisierung im Gesundheitswesen nicht konform gingen. Die Ökonomisierung der Gesundheitsversorgung sei eine Entscheidung des Bundes gewesen. Dies seien die Rahmenbedingungen für das jetzige Handeln. Die Einflussmöglichkeiten auf private Eigentümer seien, wie auch von Frau Nachtweih ausgeführt, beschränkt.

**Sandra Nachtweih** gibt zu bedenken, in den Pflegediensten sei das Problem ähnlich. Die Leistung werde nicht am Patienten ausgerichtet, sondern an der Wirtschaftlichkeit. Dies spiegele sich auch im gesellschaftlichen Miteinander in den Pflegeheimen und den Krankenhäusern wieder.

Vors. **Jörg Heydorn** merkt an, Pflegeheime seien nicht Thema der Kommission.

**Laura Isabelle Marisken** äußert, wesentliche Aspekte seien bereits genannt worden. Sie habe keine Erfahrung mit einer kommunalen Trägerschaft, in ihrer Gemeinde gebe es kein Krankenhaus. Es gebe die Möglichkeit, durch Erwerb von Anteilen eine Sperrminorität halten zu können. So sei es möglich, Schließungen von Abteilungen zu verhindern.

Vors. **Jörg Heydorn** erklärt, Sicherstellungsaufträge könnten an Bedingungen geknüpft werden. Doch dann müssten möglicherweise der Kreis oder die Stadt diesen Sicherstellungsauftrag übernehmen.

**Matthias Köpp** führt aus, solange es Patienten gebe, seien bestimmte Einrichtungen der Grundversorgung vorzuhalten. Es komme auf jeden Einzelnen an. Natürlich seien dem Land bestimmte Einflussbereiche entzogen. Er fordert, Fachabteilungen in kommunal geführten Krankenhäusern auch bei unwirtschaftlicher Betreibung weiter zu erhalten. Defizitäre Phasen von Krankenhäusern seien auszuhalten und Lösungen dafür zu finden. Die Luftrettung sei Landesaufgabe und eine bessere Abdeckung bestimmter Bereiche wünschenswert, um nicht zusätzliche Rettungswachen schaffen zu müssen.

**Prof. Dr. med. Marek Zygmunt** (Direktor der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und Lehrstuhlinhaber der Universitätsmedizin Greifswald) merkt in Bezug auf die Ausführungen der Herren Köpp und Flörke an, alleine die Quersubventionierung defizitärer Abteilungen reiche nicht aus. Sehr niedrige Fallzahlen seien unattraktive Arbeitsbedingungen für das Personal. Auch Ausbildungsassistenten benötigten bestimmte Fallzahlen. Dieser Aspekt sei bei den Überlegungen zu beachten. Hinsichtlich der grenzüberschreitenden Kooperation fragt er die Bürgermeisterinnen aus Pasewalk und Heringsdorf, welche Rolle das Krankenhaus in Swinemünde in der medizinischen Versorgung von Usedom spielen könnte. Das Krankenhaus sei auch zu diesem Zweck gebaut worden und nicht ausgelastet. Er erklärt, die Luftrettung sei in dem Abkommen mit Polen wohl auch berücksichtigt.

**Uwe Borchmann** (Geschäftsführer Krankenhausgesellschaft M-V e.V.) merkt an, ihn störten die Mutmaßungen bezüglich privater Krankenhäuser. Der Kostendruck sei in allen Krankenhäusern gleich, unabhängig von der Trägerschaft. In der Presse stünden die wirtschaftlichen Aktivitäten der beiden Landesuniversitätskliniken im Vordergrund. Diese hätten die größten wirtschaftlichen Schwierigkeiten gehabt. Er verstehe nicht, wie einem Universitätsklinikum ein Gewinn kritisch vorgehalten werden könne und ein Jahr später der Verlust. Das private Krankenhaus in Crivitz sei seit Jahren defizitär betrieben und im Konzern quersubventioniert worden. Dies sei kein Einzelfall. Der

Bundesgesetzgeber habe reagiert und den Sicherstellungszuschlag additiv geregelt. Dies werde voraussichtlich viele Pädiatrien in M-V positiv betreffen. Vor ein paar Jahren hätten sich Kommunen private Betreiber gesucht, da sie selbst nicht die finanziellen Mittel gehabt hätten. Die privaten Betreiber seien teilweise investive Verpflichtungen im Rahmen der Kaufvereinbarungen eingegangen und hätten diese eingehalten. Die Refinanzierung erfolge durch Renditen. Teilweise fielen die Renditen auch höher aus, das sei das Wesen unserer Privatwirtschaft. Im ambulanten Bereich sei dies selbstverständlich und sollte nicht verteufelt werden. Die Behauptung, in privaten Kliniken werde schlechteres Material verwendet, sei gefährlich. Private Betreiber hätten aufgrund der Konzerngröße oftmals eine größere Marktmacht beim Einkauf. So könnten sogar qualitativ bessere Produkte zu niedrigeren Preisen eingekauft werden. Die Telemedizin habe zum einen das Ziel, ärztliches Know-how in die Fläche zu bringen. In M-V seien jedoch die Ressourcen begrenzt und Know-how gebe es auch in den Krankenhäusern in der Fläche. Von dort sei das Potential auch in andere Flächen zu bringen. In Plau am See gebe es beispielsweise eine neurologische Versorgung auf höchstem Niveau. Durch Telemedizin sei dies auch in eine andere große Stadt übertragbar. Eine gute Telemedizin sollte allen entsprechenden Kliniken eine zeitbezogene Zuschaltung ermöglichen, um ihr Know-how in die Fläche bringen zu können. Bezüglich der Prähospitalzeit merkt er an, es gehe um die Erreichbarkeit eines geeigneten Krankenhauses. Eingehend auf die Aussagen von Dr. Oling führt er aus, es gehe dabei nur um Patienten, die in ein Krankenhaus müssten. Dann sei die Ressource Krankenhausleistung vonnöten. Bei Abteilungsschließungen werde immer das wirtschaftliche Argument genannt. Es sei jedoch fraglich, ob es zu befürworten sei, wenn die Versorgung zumutbar weiter weg und gleichzeitig qualitativ besser sei. Zudem ließe sich bei sehr niedrigen Fallzahlen kein Personal finden, um die Abteilungen zu betreiben.

Abg. **Torsten Koplín** regt anknüpfend an Herrn Borchmanns Aussagen an, die Qualitätsfrage in der Enquete-Kommission noch einmal vertieft zu erörtern. Dabei seien auch die Aspekte Eigentum und Wirtschaftlichkeit miteinzubeziehen. Aus seiner Sicht sei es ein Unterschied, ob das Geld im Gesundheitssystem verbleibe oder Überschüsse an Aktionäre hinausgingen. Die Trägerschaft eines Krankenhauses hätte auch einen Einfluss auf die Gestaltungsmöglichkeiten der Politik. Bezüglich dieser

Punkte wünsche er sich eine sachliche Diskussion. Das Land habe den stationären Versorgungsauftrag weitergeben. In Parchim werde der Versorgungsauftrag nicht mehr erfüllt. Fraglich sei, was daraus folge. Zurzeit schaue die Politik hilflos zu. Dies führe zu Unverständnis bei der Bevölkerung. Dr. Laslo habe die Hilfsfrist und Prähospitalzeit problematisiert. Im RDG M-V sei der Beginn der Hilfsfrist von dem Eingang des Notrufs auf die Auslösung des Rettungsmittels verschoben worden. Trotzdem werde dies wohl von Dr. Laslo problematisiert. Er bittet um Präzisierung. Weiterhin habe Dr. Laslo den Leitstellendisponenten als Berufsbild vorgeschlagen. Das DRK bilde Fachkräfte aus. Er fragt Herrn Hartlöhner, ob er den Vorschlag von Dr. Laslo für umsetzbar halte. Mehrfach sei bereits über Clusterbildung und Versorgungsregionen gesprochen worden, um die Sektorengrenzen zu überwinden. Voraussetzung sei jedoch eine andere Kommunikation. Er fragt Frau Nachtweih nach dem von ihr angesprochenen Beirat. Außerdem möchte er wissen, ob es beim Thema Krankentransport Handlungsbedarf gebe.

**Dr. Timm Laslo** führt aus, die gesetzlichen Änderungen 2015 im RDG M-V bezüglich der Hilfsfrist seien vernünftig. Die Definition der Hilfsfrist falle bundesweit unterschiedlich aus. Dies sei bei einem Vergleich zu beachten. Das Dispositionsintervall sei in M-V nicht von der Hilfsfrist umfasst. Die Hilfsfrist sei ein sehr wichtiger Indikator, ende jedoch bei der Ankunft an der Einsatzstelle. Darüber hinaus gebe es keine gesetzlichen Regelungen. Für den Rettungsdienst ende der Einsatz jedoch erst nach Übergabe des Patienten. Deswegen werde der Begriff der Prähospitalzeit benötigt, auch um bestimmte Strukturen, wie Luftrettung in der Nacht, gegenüber den Kostenträgern adäquat begründen zu können. Das Thema Prähospitalzeit leite sich bisher ausschließlich aus medizinischen Leitlinien her.

**Jan-Hendrik Hartlöhner** erklärt, Anfang des Jahres oder Ende des letzten Jahres habe es überraschend einen Gesetzentwurf von Jens Spahn gegeben, der die Notfallversorgung in Deutschland reformieren wolle. Dieser beinhalte interessante Ansätze, die das DRK auch sehr begrüße. Eine der zentralen Ideen sei, der Disposition zukünftig eine signifikant höhere Bedeutung beizumessen. Die Idee einer intelligenten, inte-

grierten Disposition sei interessant und eine große Herausforderung. Vor diesem Hintergrund halte er den Vorschlag von Dr. Laslo zur Schaffung des Berufsbildes „Leitstellendisponenten“ sehr plausibel. Eine gute Disposition von Leitstellen sei von mehreren Faktoren abhängig und sicher sei die Ausbildung entscheidend für das Leitstellenpersonal. Ob ein eigenes Berufsbild geschaffen werden sollte, sei noch zu diskutieren. Es gebe hochkarätige Zusatzqualifikationen für ausgebildetes Personal. Die landesrechtliche Regelung könnte einen interessanten Ansatz darstellen. Bezüglich der Frage zum Krankentransport verweist er auf die schriftliche Stellungnahme. Die thematische Beschäftigung mit dem Krankentransport sei notwendig. Nach Auskunft der Kreisverbände gebe es einen signifikanten Anstieg von Verlegungsfahrten, es gebe jedoch keine belegbare Datenbasis. Es handele sich vielmehr um eine systematisierte Beobachtung aus der Praxis. Durch Krankentransport gebundene Rettungswagen stünden nicht für eigentliche Notfalleinsätze zur Verfügung. Seit 2019 gebe es das geschulte System der Notfallversorgung in den Krankenhäusern. Möglicherweise habe auch das zu einer Zunahme von Verlegungsfahrten geführt.

Vors. **Jörg Heydorn** bittet Dr. Laslo, zu dem möglichen Anstieg von Verlegungsfahrten Stellung zu nehmen und auch auf mögliche Gründe einzugehen.

**Dr. Timm Laslo** führt aus, auch er könne den Anstieg von Verlegungsfahrten bestätigen. Dies sei insbesondere für das Krankenhaus in Wolgast zu beobachten und hänge möglicherweise mit der, um 22 Uhr schließenden, Kinderportalpraxisklinik zusammen.

Vors. **Jörg Heydorn** schlägt vor, jetzt die Frage von Prof. Dr. med. Zygmunt an die zwei Bürgermeisterinnen zu erörtern.

**Laura Isabelle Marisken** stellt klar, keine medizinische Beurteilung vornehmen zu können. Geografisch sei in Swinemünde das nächstgelegene Krankenhaus für ihre Gemeinde. Sie sei bereits öfter vor Ort gewesen und habe sich mit der Leiterin des Krankenhauses unterhalten. Diese habe erklärt, das Krankenhaus sei primär für die Bevölkerung in Swinemünde gedacht. Doch die Implementierung einer länderübergreifenden Notfallambulanz sei für die Leiterin interessant. Frau Marisken verweist darauf,

die Vergleichbarkeit des medizinischen Standards nicht beurteilen zu können. Natürlich stelle die Sprachbarriere ein Problem dar, in einigen Bereichen sei diese jedoch zu vernachlässigen, z. B. beim Röntgen. Hindernisse seien u. a. länderübergreifende datenschutzrechtliche Hürden. Rein praktisch sehe sie jedoch gute Möglichkeiten, zumindest für eine partielle Kooperation.

**Sandra Nachtweih** merkt an, das Krankenhaus in Swinemünde sei geografisch nicht in der Nähe von Pasewalk. Deswegen könne sie dazu nichts sagen. Sie wolle jedoch auf die Frage von Abg. Koplín bezüglich des Beirates eingehen. Der Beirat sei im Zuge der Privatisierung gegründet worden, sei jedoch nur ein politisch besetztes Gremium und werde vom Kreistag entsendet. Durch den Beirat gebe es Kontakt und die Möglichkeit, politische Aufträge der Klinik weiterzugeben. Wirtschaftlicher Einfluss sei jedoch nicht möglich. Bei den Herausforderungen der Corona-Krise habe sich der Beirat als hilfreich erwiesen. So sei ihr die Teilnahme an Krisensitzungen des Krankenhauses ermöglicht worden, um die Anliegen des Landkreises weiterzugeben und andersherum die Probleme des Krankenhauses mitzunehmen. Private Träger unterlägen wirtschaftlichen Zwängen, doch im Krisenmodus habe die Zusammenarbeit sehr gut funktioniert. Die Kontaktaufnahme mit niedergelassenen Ärzten sei schwierig gewesen. Sie habe sich hier ein Gremium gewünscht, um den niedergelassenen Ärzten Hilfestellung zu geben.

**Dirk Flörke** führt aus, er wisse um die Problematik hinsichtlich der Kindermedizin und der geringen Fallzahlen. Es sei jedoch eine Frage des Willens und der politischen Steuerung, ob diese Leistungen nur noch in Zentren oder auch in der Fläche angeboten werden sollen. Er berichtet, im letzten Jahr einen mittelschweren Herzinfarkt erlitten zu haben. Das Krankenhaus in Parchim mit einer Kardiologie sei von seinem Zuhause in fünf Minuten fußläufig erreichbar. Laut dem behandelnden Kardiologen hätten allein aufgrund einer zu hohen Entfernung zur nächsten Kardiologie ein Drittel der Bevölkerung einen solchen Herzinfarkt nicht überlebt. So ergebe sich die ethische Frage, wie wohnortnah bestimmte Leistungen vorzuhalten seien. Er merkt an, er verurteile keine privaten Trägerschaften von Krankenhäusern. Natürlich gebe es Kritik an bestimmten Entscheidungen. Trotzdem werde, wie er auch am eigenen Leib erfahren

habe, vortreffliche Arbeit geleistet. Bezogen auf den Einfluss der Kommunen merkt er an, im ständigen Austausch mit den Kliniken vor Ort zu sein. Dabei gehe es auch um die hausärztliche Versorgung. Doch das sei sicher nicht mit der Frage nach Einflussnahme gemeint, so höre es bei der Kinderklinik auf. Dies übersteige die kommunale Kompetenz. Es könne lediglich gemahnt und der Unmut geäußert werden.

Vors. **Jörg Heydorn** erklärt, es gebe in M-V durchschnittlich elf Herzinfarkte pro Tag. Diese würden in 31 Krankenhäusern versorgt werden. Von diesen seien neun Krankenhäuser mit den technischen und personellen Voraussetzungen ausgestattet. 80 Prozent der Fälle würden auch in diesen Häusern versorgt werden. Er fragt, was mit den anderen 20 Prozent sei. In kleinen Krankenhäusern müsse oft erst der Facharzt aus der Bereitschaft kommen. Dieser habe gemäß G-BA-Richtlinie 30 Minuten Zeit. Das Eintreffen in einem Krankenhaus garantiere also noch keine adäquate Versorgung.

**Matthias Köpp** führt an, Prof. Dr. med. Zygmunt habe ein extremes Beispiel angeführt. Doch er habe eine andere Fallkonstellation im Kopf gehabt. In Wolgast habe Dr. Gürtler einen guten Ruf gehabt, auch unter den Greifswalder Studenten. Trotz einer höheren Fallzahl seien Frauenheilkunde, Geburtshilfe und Kinderstation geschlossen worden. Um diese Fälle gehe es ihm. Auch Herr Borchmann habe ausgeführt, Patienten benötigten eine erreichbare gute Alternative.

**Anja Schießler** (Geschäftsstelle SELBSTHILFE M-V e.V.) wolle die Mobilität ansprechen. Frau Nachtweih habe angemerkt, in Pasewalk gebe es keinen ÖPNV mehr, sondern nur noch Schülerverkehr. Diese Konstellation kenne sie aus vielen Regionen. Sie fragt, was Kommunen und Landkreise unternähmen, um die Erreichbarkeit von Ärzten zu gewährleisten. Seit vielen Jahren höre sie von Todesfällen, die auf fehlende wohnortnahe fachärztliche Versorgung zurückzuführen seien. Die Menschen seien aufgrund der großen Entfernung nicht zum Arzt gegangen und hätten Krankheiten verschleppt. Die Frage sei, ob solche Fälle bekannt seien und ob es Untersuchungen in diese Richtung gegeben habe und ob solche zu begrüßen seien. Dies betreffe auch

Tageskliniken und sonstige Therapeuten. Sie erkundigt sich auch nach Lösungsvorschlägen für dieses Problem.

**Dr. Andreas Oling** merkt an, die Vertreter der Kommunen hätten ein sehr deprimierendes Bild gezeichnet. Das medizinische Personal sei unzufrieden, es gebe Fachkräftemangel und dazu wenig Fälle. Daraus ergebe sich eine ungünstige Wirtschaftlichkeit. Es sei fraglich, warum diese Zustände mit allen Mitteln erhalten werden sollten und warum sich gegen einen proaktiven Strukturwandel geweigert werde. Ein Strukturwandel könne den demografischen Wandel aufgreifen und zu besseren, wirtschaftlichen Strukturen führen.

**Matthias Köpp** führt bezüglich der Frage zur Mobilität aus, zusammen mit dem Städte- und Gemeindetag sei Anfang letzten Jahres mit einem gemeinsamen Vorstandsbeschluss die Forderung an das Land getragen worden, jedes Dorf und jede kleinere Stadt im Ein- bis Zwei-Studentakt bedarfsgerecht durch den ÖPNV anzubinden. In Teilen des Landes sei dies auf Kosten der Landkreise bereits realisiert worden. Dieses Rufbussystem sei jedoch ein Zuschussgeschäft für die Landkreise. In den Landkreisen Ludwigslust-Parchim und Nordwestmecklenburg sei diese Versorgung bereits gegeben. Einer Berechnung zufolge kostete die komplette Abdeckung von M-V jährlich lediglich fünf Millionen Euro. Gleichwohl sei dieser Forderung bisher nicht nachgekommen worden. Landkreise stießen beispielsweise an der überregionalen Verzahnung an ihre Grenzen. Eine Umsetzung eines flächendeckenden Rufbussystems führte zu einem Anstieg der Lebensqualität.

Vors. **Jörg Heydorn** weist darauf hin, in der letzten Legislaturperiode habe es eine Enquete-Kommission zum Thema „Älter werden in M-V“ gegeben. Auch Herr Köpp sei Mitglied gewesen. Das Thema Mobilität sei umfangreich behandelt worden und von großer Bedeutung. Es habe eine Vielzahl von Handlungsempfehlungen gegeben, u. a. auch den Rufbus. Aus seiner Sicht sei es problematisch, bei der Finanzierung immer Richtung Landesebene zu schauen. Er verweist auf den Nachtragshaushalt, durch den Kommunen so gestellt würden, als wenn es Corona nicht gegeben habe. Es sei nach

gemeinsamen Lösungen zu suchen. Zum Thema Mobilität weist er auf zwei Gutachten der letzten Enquete-Kommission hin.

**Sandra Nachtweih** erklärt bezogen auf die Mobilität, das Rufbussystem gebe es in ihrer Region auch. Dessen Bedienung halte sie jedoch für zu kompliziert. Ein Patient wisse häufig nicht, wie viel Zeit für einen Aufenthalt im Krankenhaus oder bei einem Arzt benötigt werde. Die Rückfahrt zu planen sei so sehr schwierig. Im Raum Loitz habe es den Ilse-Bus gegeben. Es hätten auch manche Ärzte eine Art Shuttleservice für Patienten vom Land organisiert. Hier sei über eine koordinierende Leitstelle nachgedacht worden. Bezüglich der Frage von Dr. Oling weist sie darauf hin, sie habe die ärztliche Versorgung zu Beginn der Anhörung als gut bewertet. Trotzdem seien einige Missstände aufzuzeigen und Anregungen zu geben. Es würden eben die Probleme und nicht die positiven Aspekte thematisiert.

**Laura Isabelle Marisken** führt bezüglich der Mobilitätsfrage aus, die Kommunen seien durchaus aktiv. Innerhalb der Gemeinde Ostseebad Heringsdorf fahre jeder umsonst mit dem ÖPNV. Dies werde über die Kurabgabe finanziert und ermöglicht. Es gebe die Hoffnung, dies inselweit auszuweiten zu können.

Vors. **Jörg Heydorn** stellt fest, es seien also den lokalen Aktivitäten hinsichtlich der Mobilität keine Grenzen gesetzt. Er habe von einem Projekt im Hochsauerland gehört. Dort habe ein kleines Krankenhaus seine Patienten teilweise selbst abgeholt und so die Mobilität sichergestellt. Eine kleine Gemeinde in der Eifel habe die Taxikosten unter bestimmten Voraussetzungen ab einer Belastungsgrenze übernommen. Der Bürgermeister sei damit sehr glücklich gewesen und habe berichtet, dies stifte Zufriedenheit. Das Thema Mobilität werde in der Kommission Beachtung finden müssen und es sei nach konstruktiven Lösungen zu suchen.

**Matthias Köpp** merkt an, die Kommunen schielten nicht nur auf die Landesebene. Er habe bereits von der Initiative und Finanzierung eines Rufbussystems der Landkreise berichtet. Doch der kommunalen Ebene seien auch Grenzen gesetzt. Für die flächen-deckende Umsetzung sei die Unterstützung des Landes nötig.

**Sandra Nachtweih** gibt zu bedenken, dass ihre Kommune kein Geld für den ÖPNV aufbringen dürfe. Das kommunale Abgabengesetz zwingt zum sparsamen Wirtschaften. Die angesprochenen Krankentransporte betreffen die Dörfer, die politisch nicht zur Stadt gehörten.

**Prof. Dr. med. Marek Zygmunt** erklärt, in anderen Ländern seien durch eine gewisse Zentralisierung von Leistungen und der Verlängerung der Anfahrtswege keine negativen Auswirkungen auf die Outcome-Qualität festzustellen. In Dänemark habe sich durch die Krankenhausreform die Sterblichkeit nach einem Herzinfarkt halbiert. Dies sei auch in anderen Disziplinen zu beobachten. Auch vor dem Hintergrund der Sterblichkeitswerte in M-V sei sich die Frage nach Verbesserungen zu stellen.

Vors. **Jörg Heydorn** verweist auf den Vorschlag des Abg. Torsten Koplin, das Thema der Qualität in der Enquete-Kommission noch einmal vertieft zu behandeln. Er halte dies für eine gute Idee und wolle dies bei den allgemeinen Kommissionsangelegenheiten aufgreifen.

**Uwe Borchmann** erklärt, bei der Frage der Krankenhausstandorte sei die Landesebene zuständig, Krankenhäuser versorgten mehr als eine Kommune. Die Beteiligung der Kommunen sei aus seiner Sicht trotzdem gegeben. Herr Köpp sei bei der Krankenhausplanung als Vertreter des Landkreistages M-V beteiligt. In diesem Gremium werde auch über die Frage nach Versorgungsaufträgen für einzelne Fachabteilungen diskutiert. Es sei also ein Märchen, dass ein Krankenhausträger alleine über die Schließung einer Abteilung entscheide. Manchmal würden Versorgungsaufträge in der Diskussion mit dem planungsführenden Ministerium in abgestimmter Form geändert. Parchim sei ein Beispiel dafür. Hier sei die Situation entstanden, dass der Versorgungsauftrag nicht rund um die Uhr erfüllt werden konnte. Er betont, die Frage der Erreichbarkeit sei in der Frage der Qualität immer zu berücksichtigen. In Dänemark seien in einer anderen Struktur ganz andere Zugangswege geschaffen worden. Er stellt fest, ein Krankenhaus sei auch wichtig hinsichtlich der Attraktivität und der Wirtschaftskraft einer Kommune.

**Dr. med. Wilfried Schimanke** (Vizepräsident der Ärztekammer M-V) weist auf die verfügbaren Kommunikationsmittel des Rettungsdienstes hin. So gebe es die Möglichkeit, sich über die Ausstattung von Krankenhäusern zu informieren, z. B. im Fall eines Herzinfarktes. Er fragt die Vertreter des Rettungsdienstes, ob es Erkenntnisse über die Funktionalität dieser Kommunikation gebe. Hier spiele auch die bereits angesprochene Leitstellenbesetzung eine große Rolle, denn dort werde auch die Auswahl des Rettungsmittels getroffen. Seine zweite Frage beziehe sich auf den Telenotarzt. Er stehe der Telemedizin und dem Telenotarzt aufgeschlossen gegenüber. Doch der Telenotarzt werde oft in einer rechtlichen Grauzone tätig. Dieser sei auf die Übermittlungen des Rettungspersonals angewiesen und habe die Entscheidung zu treffen, ob ein Arzt zur Einsatzstelle geschickt werde. Der Telenotarzt begehe ein Übernahmeverschulden, wenn er keinen Arzt zur Einsatzstelle schicke und daraus ein Schaden resultiere. Der Verantwortliche für die Organisation des Dienstplanes setze sich unter Umständen dem Vorwurf eines Organisationsverschuldens aus. Fraglich sei, was gegen dieses Risiko unternommen werde.

Vors. **Jörg Heydorn** ergänzt, aus den Stellungnahmen sei hervorgegangen, Rettungspersonal habe in unterschiedlichen Landkreisen andere Kompetenzbereiche. Er fragt, ob er dies richtig verstanden habe, woran das liege und ob dies nicht zu vereinheitlichen sei. Der Stellungnahme des DRK sei zu entnehmen, das Land nehme eine Überplanung des Rettungsdienstes vor. Er fragt nach dem genauen Sachstand und dem verfolgten Ziel.

**Dr. Timm Laslo** erklärt hinsichtlich der Kommunikationsfrage, das Rettungsmittel vor Ort nehme Kontakt mit dem aufzunehmenden Krankenhaus auf und so werde das Transportziel festgelegt. Dieses Vorgehen funktioniere sehr gut. Andernfalls erfolge die Kommunikation über die Leitstelle. Er betont abermals die entscheidende Bedeutung der Dispositionsqualität. Deswegen sei für den Leitstellendisponenten ein eigenes Berufsbild nötig. In der Leitstelle werde eine Verdachtsdiagnose gestellt. Mit dieser würden Patienten in ein Krankenhaus transportiert. Doch es gebe bisher keine Rückmeldung, ob der Patient in ein geeignetes Krankenhaus gebracht wurde. Für das Qualitätsmanagement sei eine solche Rückmeldung jedoch wünschenswert. Bezogen auf

die rechtlichen Fragen bei der Telemedizin führt er aus, diese seien im Kern noch festzulegen. Es gebe verschiedene Rechtsgutachten, doch es fehle noch die Rechtsprechung zu gewissen Punkten. Trotzdem gebe es einen rechtlichen Rahmen, in dem die Telemedizin mit einem vertretbaren Risiko angewendet werden könne. Bezüglich der Kompetenzfrage des Rettungspersonals erklärt er, in jedem Rettungsdienstbereich könne der jeweilige ärztliche Leiter Kompetenzen an das nichtärztliche Personal übertragen. Hier gebe es tatsächlich Unterschiede.

**Jan Hendrik Hartlöhner** führt aus, es gebe derzeit einen anhängigen Gesetzentwurf. Das Gesetz über technische Assistenten in der Medizin (MTA-Gesetz – MTAG) versuche die Kompetenzen von Notfallsanitätern neu zu regeln. Dabei gehe es um die Möglichkeit, auch invasive Maßnahmen durchzuführen. Das DRK vertrete den Standpunkt, ein Notfallsanitäter solle das tun können, wozu er ausgebildet sei. Dazu sei ein rechtssicherer Rahmen wünschenswert. Diesen gebe es zurzeit tatsächlich noch nicht und es gebe die angesprochenen unterschiedlichen Kompetenzbereiche des nichtärztlichen Personals. An dieser Stelle werde sich mehr Klarheit gewünscht und es gebe die Hoffnung, dies werde durch den Gesetzentwurf erreicht.

**Matthias Köpp** stellt fest, es gebe in M-V keine einheitliche Ausbildung zum Leitstellendisponenten. Es gebe Mindestanforderungen an einen Rettungsassistenten, die in der Rettungsdienstplanverordnung stünden. Die Träger des Rettungsdienstes handhabten jedoch die Einstellungsqualifikation durchaus unterschiedlich. Nach seiner Kenntnis gebe es auch keine Weiterbildungsstelle für Leitstellendisponenten in M-V. Es gebe einen Verbund der Nordländer, der ein Weiterbildungskonzept entworfen habe. Diesem seien inzwischen auch einige Länder beigetreten. Der Landkreistag M-V habe bereits vorgeschlagen, an der Landesfeuerwehrschule auch einen Ausbildungszweig für Leitstellendisponenten einzurichten.

Vors. **Jörg Heydorn** bedankt sich bei den Anzuhörenden und verabschiedet diese. Er merkt an, es seien große Unterschiede in den Positionen deutlich geworden. Auf der einen Seite gebe es den Wunsch, so viel Vorhaltung medizinischer Leistungen wie

möglich zu gewährleisten. Andererseits sei zu überlegen, wie die Gesundheitsversorgung unter den gegebenen Voraussetzungen für die Bürger zukunftsfest ausgerichtet werden könnte. Dafür seien gegebenenfalls innovative Lösungen nötig.

## PUNKT 2 DER TAGESORDNUNG

### Allgemeine Kommissionsangelegenheiten

Vors. **Jörg Heydorn** leitet zu TOP 2 über. Abg. Torsten Koplín habe eine vertiefte Diskussion zum Thema Qualität angeregt. Dies stoße wohl auf Zustimmung und sei entsprechend vorzubereiten. Es seien bestimmte Bereiche und mögliche Experten festzulegen. Zusammen mit dem Kommissionssekretariat werde sich dazu Gedanken gemacht und dann Vorschläge präsentiert. In Bezug auf die Privatisierung von Krankenhäusern halte er eine weiterführende Diskussion für unnötig. Die Entscheidung, Krankenhäuser zu privatisieren, sei getroffen worden und die Enquete-Kommission werde dies nicht ändern können.

Abg. **Prof. Dr. Ralph Weber** merkt an, es könnten auch Ideen wie die Sperrminorität aufgegriffen werden, damit Schließungen von Abteilungen wie in Wolgast künftig verhindert werden könnten.

Vors. **Jörg Heydorn** bittet den Abg. Torsten Koplín, das Thema der Privatisierung bei Gelegenheit schriftlich zu präzisieren.

**Dr. med. Wilfried Schimanke** zitiert Helmut Schmidt, welcher gesagt habe: "Wer Visionen hat, sollte zum Arzt gehen." Er sei zufällig Arzt und der festen Überzeugung, das Finanzierungssystem der Krankenhäuser in Deutschland stehe auf dem Kopf. Es sei jedoch auf die Füße zu stellen. Hier habe das Land M-V keine Einwirkungsmöglichkeit, es sei höchstens eine Bundesratsinitiative möglich. Die Rekommunalisierung von Krankenhäusern befürworte er nicht. Es gehe darum, die Finanzierung auf eine gerechte Basis zu stellen und Gewinne primär zur Reinvestition zu nutzen. Er rege an, dies über den Landtag oder die Enquete-Kommission anzuschieben.

Vors. **Jörg Heydorn** erinnert, dieses Thema sei in der 4. Sitzung am 9. September 2020 behandelt worden und verweist auf das Gutachten, welches Prof. Dr. Jonas

Schreyögg im Auftrag der Techniker Krankenkasse erstellt habe. Darin seien auch Reformvorschläge zur Krankenhausfinanzierung enthalten. Die Kommission sollte seiner Meinung nach durchaus erarbeiten, welche Initiativen das Land M-V Richtung Bundesebene anstoßen könnte. Die Einflussmöglichkeiten des Landes selbst seien eben eher gering.

**Manon Austenat-Wied** (Leiterin der Landesvertretung der Techniker Krankenkasse M-V) führt aus, zunächst einen Zwischenschritt vollziehen zu wollen. Zum einen sei zu schauen, was im Rahmen der gegebenen gesetzlichen Möglichkeiten und mit Sicherstellungszuschlägen machbar sei. Es sei nach Verbündeten zu suchen, um auf Bundesebene etwas zu erreichen. Die drei Stimmen von M-V im Bundesrat reichten nicht aus. Zum anderen seien die Möglichkeiten der Projekte im Land mit den jetzigen Voraussetzungen auszuloten. Sie verweist auf § 2 Krankenhausgesetz (KHG), der die Zuständigkeit für die Sicherstellung von Krankenhausstandorten regelt.

Vors. **Jörg Heydorn** stellt fest, Frau Austenat-Wied weise damit auf die Landkreise und kreisfreien Städte hin.

**Prof. Dr. Steffen Fleßa** weist auf die Anhörung am 21. Oktober 2020 mit Vertretern der Wissenschaft hin. Dort sei auch die Gesundheitsökonomie einbezogen und es werde auch eine Diskussion zum Thema Finanzierungssystem geben.

**Uwe Borchmann** merkt in Bezug auf die gutachterlichen Fragestellungen an, die angesprochenen Punkte lösten nicht das aktuelle Hauptproblem. Dies seien die vielen unbesetzten Stellen im Rahmen der jetzigen Aufgabenwahrnehmung. Allein in Krankenhäusern fehlten fast 400 Pflegekräfte und nahezu 300 Ärzte. Die Versuche, dieses Problem z. B. über Werbung zu lösen, halte er nicht für hilfreich. Es sei eine unterschiedliche Verteilung des Mangels gegeben, welche sich zukünftig in den verschiedenen medizinischen Bereichen verschieben werde. Die Herausforderung könnte darin liegen, wie diesem Mangel mit Realismus zu begegnen sei, z. B. durch Telemedizin und Digitalisierung. Die Situation rund um die Fachkräfte werde sich in den nächsten Jahren nicht schlagartig positiv verändern.

Vors. **Jörg Heydorn** erklärt, das Thema Gutachten sei angesprochen worden. Er habe in den letzten Wochen potentielle Gutachter ermittelt und ersten Kontakt zu diesen aufgenommen. Dabei handele es sich um Prof. Dr. med. Reinhard Busse (Fachgebietsleiter Management Gesundheitswesen an der Technischen Universität Berlin), Dr. Martin Albrecht (Geschäftsführer und Bereichsleiter Gesundheitspolitik der IGES Institut GmbH), Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann (Geschäftsführender Direktor und Abteilungsleiter am Institut für Community Medicine in Greifswald) und Prof Dr. Boris Augurzky (Kompetenzbereichsleiter Gesundheit am RWI - Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung sowie Professor an die Universität Duisburg-Essen). Alle seien renommierte Experten. Den potentiellen Gutachtern sei der Fragenkatalog zur Verfügung gestellt worden, um die Themen der Kommission aufzuzeigen. Es sei noch eine Schwerpunktsetzung nötig, da viele einzelne Themenbereiche Potential für eigenständige umfangreiche Gutachten böten und solche vor dem Hintergrund der begrenzten Zeit nicht möglich seien. Alle hätten erklärt, grundsätzlich für die Gutachtenerstellung zur Verfügung zu stehen. Die Angebote der Gutachter seien in der Kommission zu besprechen. Bei kurzfristigen Vorschlägen für andere Gutachter werde er auch mit diesen noch Kontakt aufnehmen.

Die **Enquete-Kommission** beschließt einstimmig, den Vors. Jörg Heydorn zu autorisieren, mit den potentiellen Gutachtern Vertragsverhandlungen führen zu dürfen.

Vors. **Jörg Heydorn** bedankt sich für das Vertrauen und schlägt vor, in der 8. Sitzung am 21. Oktober 2020 über die Schwerpunktsetzung des Gutachtens zu beraten. Das Gutachten könnte aus einer Recherche bestehen, die den "State-of-the-Art" der Gesundheitsversorgung darstellte. Doch dann bestünde die Gefahr, dass M-V als Ausnahmefall dargestellt werde, auf den sich das Gutachten nicht übertragen ließe. Deswegen sei es aus seiner Sicht besser, die explizite Situation in M-V darzustellen und mit Daten zu untermauern. Er verweist auf die Tischvorlage zum Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) (Anlage 1). Es sei fraglich, wie mit dem Gesetz und den einhergehenden Investitionen umzugehen sei. Er habe die Auffassung vertreten, wirtschaftlich potente Krankenhäuser sollten den erforderlichen Eigenanteil aus eigenen Mitteln finanzieren. Andere Stimmen hätten für die bedingslose

Übernahme des Eigenanteils durch das Land plädiert. Nach weiteren Überlegungen und Beratungen schlage er vor, das Land sollte Zuschüsse zahlen, wenn die Investitionen dem Zweck dienen, eine digitale Vernetzung in der Gesundheitsversorgung M-V zu fördern. Er schlägt vor, über diese Beschlussvorlage nächste Woche zu entscheiden. Änderungsvorschläge würden aufgegriffen und eingearbeitet werden. Er bittet darum, solche Vorschläge bis zum 16. Oktober 2020 im Sekretariat der Enquete-Kommission einzureichen.

Abg. **Prof. Dr. Ralph Weber** führt aus, die Frist bezüglich der Änderungsvorschläge sei zu kurz. Die Fraktionsversammlung der AfD finde erst am 20. Oktober 2020 statt und es sei geplant, dort über die Beschlussvorlage zu beraten.

Vors. **Jörg Heydorn** merkt an, die nächste Sitzung sei bereits am 21. Oktober 2020. Ziel sei, den Beschlussvorschlag in der Landtagssitzung im Dezember einzubringen. Er schlägt vor, über den Beschlussvorschlag doch erst in der 9. Sitzung am 4. November 2020 zu entscheiden. Dann gebe es die Zeit innerhalb der Fraktionen über das Papier zu beraten und Änderungsvorschläge zu formulieren.

**Uwe Borchmann** schlägt vor, frühzeitig das Wirtschaftsministerium einzubeziehen. Er weist darauf hin, 70 Prozent der Mittel aus dem KHZG seien Bundesmittel. Die Krankenhausgesellschaft sei erfreut, dass der Nachtragshaushalt den Eigenanteil des Landes in Höhe von 30 Prozent ermögliche. Der Beschlussvorschlag dürfe jedoch nicht dazu führen, durch zu hohe Bedingungen an die Mittelvergabe am Ende die Gelder des Bundes nicht vollumfänglich abrufen zu können. Das Gesetz solle schnell umgesetzt werden und in der nächsten Woche würden die Krankenhäuser über die Sammlung erster Antragsideen informiert. Das sei mit dem Ministerium abgestimmt.

Vors. **Jörg Heydorn** stellt fest, das gleiche Interesse zu haben. Natürlich seien die Forderungen förderkompatibel auszugestalten. Er stimme sich auch grundsätzlich gerne mit dem Ministerium ab. Er weist darauf hin, das Ministerium sei jedoch nie in der Enquete-Kommission vertreten. Es sei also fraglich, ob es im Ministerium den Wunsch nach Kooperation mit der Kommission gebe. In der Enquete-Kommission

“Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern” sei das entsprechende Ministerium dagegen immer vertreten gewesen und auch in die Beratungen einbezogen worden.

Abg. **Sebastian Ehlers** führt in Richtung von Herrn Borchmann aus, wie Herr Heydorn sehe er nicht die Gefahr, die Bundesmittel nicht vollumfänglich abrufen zu können. Die Ko-Finanzierungsmittel des Landes seien im Nachtragshaushalt bereits eingeplant. Daraus sei der politische Wille der Landesregierung bezüglich der Umsetzung zu erkennen.

**Dr. med. Wilfried Schimanke** erklärt, die Ärztekammer M-V und die Kassenärztliche Vereinigung M-V hätten sich im Vorfeld bereits abgestimmt. Es sei beschlossen worden, die Beschlussvorlage zum KHZG nicht zu unterstützen. Diese Entscheidung werde mit der Umleitung von Steuer- und Versicherungsgeldern in die Hände von Aktionären begründet, die abzulehnen sei. Herr Borchmann habe dargestellt, es sei dringend eine telemedizinische Plattform in M-V nötig, um durch die Bündelung von Ressourcen eine hohe Effizienz zu erreichen. Eine Mittelverwendung für diesen Zweck wäre dementsprechend zu begrüßen.

Vors. **Jörg Heydorn** weist darauf hin, der jetzt vorliegende Beschlussvorschlag verfolge diesen Ansatz. Er bedankt sich für die Teilnahme an der Sitzung und verabschiedet die Kommissionsmitglieder.

Ende der Sitzung: 19:48 Uhr

Ad/Zi

Jörg Heydorn  
Vorsitzender

