

KURZPROTOKOLL

der 10. Sitzung der Enquete-Kommission
„Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern“
am Mittwoch, dem 25. November 2020, 15:30 Uhr,
in Schwerin, Schloss, Plenarsaal

Vorsitz: Abg. Jörg Heydorn

TAGESORDNUNG

1. Öffentliche Anhörungen zum aktuellen Stand der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern
2. Beratung und Abstimmung über die Beauftragung eines Gutachtens
3. Allgemeine Kommissionsangelegenheiten

PUNKT 1 DER TAGESORDNUNG

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

Vors. **Jörg Heydorn** begrüßt die Sitzungsteilnehmer und erläutert die Vorgehensweise für die digital zugeschalteten Kommissionsmitglieder. Anschließend stellt er die Anzuhörenden vor. Mathias Brodkorb (Sonderbeauftragter des Landes für die Universitätsmedizinen in Rostock und Greifswald) werde unterstützt von Marie le Claire (Kaufmännischer Vorstand der Universitätsmedizin Greifswald). Prof. Dr. med. Jens Scholz (Vorstandsvorsitzender des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein) wolle ausführen, welche Voraussetzungen und Maßnahmen erforderlich seien, um eine Fertigstellung von großen Bauprojekten innerhalb des geplanten Zeit- und Kostenrahmens zu gewährleisten. Prof. Dr. med. Michael Albrecht (Medizinischer Vorstand des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden) werde heute als Vertreter der Wissenschaft nachträglich angehört. Prof. Dr. med. Dr. Maik Gollasch (Direktor der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin – Geriatrie der Universitätsmedizin Greifswald) informiere über den Stand der geriatrischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern. Mit dem 2. Nachtragshaushalt des Landes sei die Einrichtung eines Sondervermögens in Höhe von 360 Millionen Euro für die Universitätsmedizinen in Rostock und Greifswald geplant. Mathias Brodkorb werde dazu Stellung nehmen.

Mathias Brodkorb (Sonderbeauftragter des Landes für die Universitätsmedizinen in Rostock und Greifswald) führt aus, er werde sich zu den Perspektiven der Investitionsfinanzierung der Universitätskliniken in den nächsten Jahren äußern. Die Aufsichtsräte hätten sich in den letzten Monaten sehr intensiv gemeinsam mit den Vorständen und Wirtschaftsprüfern mit diesem Thema beschäftigt. Es sei über eine angemessene Investitionsausstattung diskutiert worden. Der Krankenhausträger sei grundsätzlich für die Finanzierung der Investitionen zuständig. In der Literatur werde bei der Bemessung einer adäquaten Ausstattung mit Investitionsfördermitteln auf die Umsatzerlöse abgestellt. Im Jahr 1991 habe das Förderniveau 10 % des Umsatzes ausgemacht und sei damit deutlich höher als heute gewesen. Für Universitätsmedizinen schlage der Verband deutscher Universitätskliniken (VUD) sogar 12 % vor. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) habe eine

Investitionsquote von 6,7 % von den Kliniken ermittelt. Bei diesem Durchschnittswert seien jedoch Maximalversorger unterrepräsentiert und damit sei dies kein angemessener Orientierungswert für eine Universitätsmedizin. Prof. Dr. Dr. h. c. Bert Rürup habe eine Quote von 8,6 % der Umsatzerlöse in einem Gutachten empfohlen. Die 6,7 % des InEK korrigiert um die durchschnittliche Fallschwere der Universitätskliniken (Case Mix Index von 1,45) ergebe einen Wert von 9,7 %. Nach Ansicht der Aufsichtsräte der Universitätskliniken in Greifswald und Rostock sei eine Quote von mindestens 9 % der Umsatzerlöse abgeleitet worden. Diese Förderung sei notwendig, um eine Erhaltung und Entwicklung der Kliniken zu gewährleisten. Es handele sich dabei nicht um eine politische oder lobbyistische Auffassung, sondern um eine fachlich begründete Untergrenze. In den 90er Jahren sei die Investitionsquote in den Universitätsmedizinen in Rostock und Greifswald mit durchschnittlich 10,1 % der Umsatzerlöse noch relativ hoch gewesen. Grund dafür sei wahrscheinlich die Notwendigkeit vieler nachzuholender Investitionen gewesen, um die Krankenhäuser in einen akzeptablen Zustand zu versetzen. In den letzten Jahren sei ein deutlicher Einbruch bei den realisierten Investitionen zu beobachten, mit durchschnittlich 6,9 % für die Jahre 2011 - 2018. Dieser Wert liege dicht bei den 6,7 % des gesamten Krankenhauswesens und stelle einen Problemanzeiger dar. Die wesentliche Ursache sei die Bauverzögerung im Zusammenhang mit der Errichtung des Gebäudes Zentrale Medizinische Funktionen (ZMF) der Universitätsmedizin Rostock. Der Rückgang der Investitionsquote hänge also nicht allein mit fehlenden Mitteln zusammen, sondern sei in erster Linie Folge von Verzögerungen im Bauablauf. Wie im Finanzausschuss bereits vorgetragen, gebe es bei den Geräten einen Investitionsstau mit einem Buchwert von ca. 135 Millionen Euro. Dies spiegele nicht zwingend den exakten Bedarf wider, da auch Fehleinkäufe und Ineffizienzen bei der Gerätebeschaffung zu beachten seien. In den Jahren 2012 bis 2019 seien von 284 Millionen Euro Planbauvolumen nur 74 % tatsächlich umgesetzt worden. Die Schwachstelle im Mittelabfluss sei also der Baubereich. Er bedanke sich bei der Landesregierung und dem Parlament für die Verabschiedung des 2. Nachtragshaushaltes, da dieser deutliche Verbesserungen im Investitionsbereich der Universitätsmedizinen beinhalte. Zunächst werde für die Jahre 2021-2025 ein Sondervermögen errichtet und mit insgesamt 360 Millionen Euro bestückt. Darin enthalten seien jedoch auch die ohnehin geplanten Investitionen, die für die Zukunft in der mittelfristigen Finanzplanung bereits

aufgerufen worden seien. Es erfolge eine Aufstockung der Baumittel um 35 Millionen Euro und eine zusätzliche Bereitstellung von 60 Millionen Euro für medizinische Geräte aus dem Europäischen Fonds für regionale Entwicklung (EFRE). Dazu kämen rund 20 Millionen Euro aus dem Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) und aus dem Schutzfonds für verschiedene Zwecke. Insgesamt ergebe das 110 Millionen Euro und werde Vieles ermöglichen. Die Landesregierung schlage weiterhin vor, Bauhütten zu errichten. Das Sondervermögen sei mit einer strategischen Investitionsplanung verbunden. Die Universitätsmedizinen seien künftig verpflichtet, ein gemeinsames Investitionskonzept zu entwickeln. Dabei gehe es z. B. um eine gemeinsame Gerätebeschaffung, um Preisvorteile erzielen zu können. Das Investitionskonzept benötige die Zustimmung der Aufsichtsräte und des Finanzausschusses. Auf Basis des Beschlusses des Finanzausschusses erstelle dann das Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur in Abstimmung mit dem Finanzministerium jährlich einen Wirtschaftsplan für das Sondervermögen. Das Jahr 2021 stelle hierbei ein Übergangsjahr dar, da die Entwicklung des Konzepts eine gewisse Zeit benötige. Am 22. Oktober 2020 habe sich eine namhaft besetzte Kommission zur Begutachtung der wissenschaftlichen Leistungen der Universitätsmedizinen konstituiert. Die Arbeit dieser Kommission solle im nächsten Jahr abgeschlossen werden. Es sei geplant, die Ergebnisse der Begutachtung auch in das gemeinsame Investitionskonzept der Jahre 2022-2025 einfließen zu lassen. Für die Jahre 2021-2025 seien derzeit Investitionsmittel in Höhe von ca. 387 Millionen sicher. Die Umsätze der Universitätskliniken von 2019 seien für eine Hochrechnung jedes Jahr um 2,5 % gesteigert worden bis zum Jahr 2025. Im Verhältnis ergebe sich eine Investitionsquote von 8,96 %. Er gehe von einer weiteren Aufstockung der 387 Millionen Euro in den nächsten Jahren aus. So könne von einem Erreichen der geforderten Mindestinvestitionsquote in Höhe von 9 % ausgegangen werden. Entscheidend sei jedoch auch die Umsetzung der Investitionsvorhaben, denn davon hingen letztlich die Qualität der Patientenversorgung sowie das Niveau von Forschung und Entwicklung ab. Der Schlüssel dafür seien die geplanten Unimedizin-Bauhütten in Greifswald und Rostock. Die für die Unimedizin überwiegend zuständigen Mitarbeiter der Staatlichen Bau- und Liegenschaftsämter (SBL) Rostock und Greifswald wechselten örtlich auf das Gelände der Universitätsmedizinen. So könnten sich durch das direkte Miteinander die Zusammenarbeit und das Problembewusstsein verbessern. Jede

Bauhütte solle zusätzlich um fünf Stellen aufgestockt werden. Je eine dieser Stellen agiere als Baukoordinator der Universitätsmedizinen. Er plädiere für ein hohes Maß an Entscheidungskompetenz der Universitätskliniken, um bürokratische Hürden zu umgehen und so das Baugeschehen zu beschleunigen. In den Jahren 2021 bis 2025 seien für Baumaßnahmen 210 Millionen Euro eingeplant. Bei einem fortbestehenden Realisierungsgrad von bisher durchschnittlich 74 % entstünden Baureste in Höhe von 55 Millionen Euro. Somit ergebe sich eine Investitionsquote von unter 8 %. Der Bauumsatz je Vollzeitkraft beim SBL liege bei durchschnittlich 0,8 Millionen Euro pro Jahr. Zehn zusätzliche Mitarbeiter könnten also innerhalb von fünf Jahren rechnerisch 40 Millionen Euro zusätzlich umsetzen und der Realisierungsgrad stiege auf 93 %. Bei einer Intensivierung der Kooperation der Beteiligten seien sogar noch größere Effekte möglich. Durch den niedrigen Realisierungsgrad der Vergangenheit hätten sich bis heute bereits Baureste in Höhe von rund 40 Millionen Euro ergeben. Daher hätten die Vorstände der Universitätsmedizinen einen Vorschlag entwickelt. Er bittet Frau le Claire, diesen Vorschlag zu erläutern.

Marie le Claire (Kaufmännischer Vorstand der Universitätsmedizin Greifswald) betont, das Sondervermögen sei ein wichtiger Beitrag für eine bessere Ausstattung der Universitätskliniken. Sie teile jedoch die Sorge von Herrn Brodkorb, nicht alle Investitionsmittel vollständig abrufen zu können. Insbesondere kleine Baumaßnahmen beanspruchten große Kapazitäten durch einen hohen Koordinierungsaufwand vor Ort, die jedoch für den betrieblichen Ablauf sehr wichtig seien. Ein Unterstützungsangebot sehe daher eine Verlagerung der Durchführung kleiner Baumaßnahmen an die Universitätsmedizinen selbst vor. Davor erfolge natürlich die Abstimmung mit dem SBL. Es werde vorgeschlagen, Baumaßnahmen mit einem Kostenvolumen unter 2 Millionen Euro nach Information an den SBL selbstständig durchzuführen. In dem Bereich von 2 – 5 Millionen Euro solle eine selbstständige Umsetzung nach Zustimmung durch das SBL möglich sein. Bei Kosten über 5 Millionen Euro solle die Umsetzung durch den SBL bzw. die Bauhütte realisiert werden. Diese Grenzen orientierten sich an den Regelungen des Landes. Es gebe viele Beispiele kleiner Bauvorhaben der Universitätsmedizin Greifswald (UMG), die die Umsetzungsschwierigkeiten belegten. So seien beispielsweise der Austausch der Trinkwasserinstallation und die Erweiterung der Serverkapazität trotz der Anmeldung

vor einigen Jahren aus unterschiedlichen Gründen noch nicht abgeschlossen worden. Im August 2020 sei die Verantwortung für vereinzelte Maßnahmen an die UMG übertragen worden. Grundsätzlich sei so eine schnellere Durchführung möglich gewesen.

Mathias Brodkorb ergänzt, die Zuständigkeit in einer Hand für kleinere Baumaßnahmen könne für das SBL und die Kliniken zu einer deutlichen Arbeitsentlastung im Bereich der Planung und Koordination führen. Das dadurch freigesetzte Personal könne dann für die schnellere Umsetzung der großen Bauvorhaben genutzt werden.

Vors. **Jörg Heydorn** bittet Prof. Dr. med. Scholz zu erläutern, wie die Zusammenlegung und der Neubau der Universitätskliniken in Kiel und Lübeck innerhalb des Kosten- und Zeitrahmens umgesetzt werden konnte.

Prof. Dr. med. Jens Scholz (Vorstandsvorsitzender des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein) erklärt, zunächst sei die Zielstellung für den baulichen Masterplan entwickelt worden. Das Klinikum in Kiel sei über 350 und das in Lübeck über 100 Jahre alt. Früher habe es aufgrund der Infektionskrankheiten große Gelände und einzelne Gebäude gegeben, die langsam entstanden seien. Häufig hätten sich in den Kellern die Forschungslabore befunden. Um kurze Wege und schnelle Abläufe zu gewährleisten, sei heute die Versorgung unter einem Dach das Ziel. Wie die Medizin werde auch die Forschung interdisziplinär. Deshalb sei entschieden worden, die Forschung nicht in den Räumlichkeiten der Krankenversorgung unterzubringen. Weiterhin sollte durch die Zusammenlegung der Kliniken ein Wiedererkennungswert geschaffen werden. Den Anfang habe die Fortschreibung des Medizinischen Strukturprojekts aus dem Jahre 2008 dargestellt. Dabei sei auf die Entwicklung der nächsten 25 Jahre im Hinblick auf den demografischen Wandel abgestellt worden. Es habe eine Leistungsbeschreibung für die verschiedenen Bereiche stattgefunden. Am 03.05.2012 sei das Bauprojekt im Amtsblatt der EU ausgeschrieben worden, um die Intelligenz des Marktes für die Konzipierung zu nutzen. Ein ganzes Klinikum neuzubauen sei für ein Architekturbüro eine besondere Herausforderung. Ziel sei die Kombination von Neubau und der Renovierung noch nutzbarer Bauabschnitte

gewesen. Eine Wirtschaftlichkeitsanalyse habe gezeigt, die Vergabe an ein Unternehmen, das Planung, Bau und Betrieb übernehme, sei günstiger als eine gewerksweise Vergabe. Auch im Hinblick auf das Desaster des Berliner Flughafens sei deshalb die Vergabe an ein Generalunternehmen forciert worden. Darüber hinaus habe es einen flankierenden 8-Punkte-Plan gegeben. Dieser habe erstens eine interdisziplinäre Notaufnahme mit angeschlossener Aufnahmestation beinhaltet. Zweitens habe es einen zentralen stationären OP und einen separaten ambulanten OP geben sollen. Weiterhin habe eine interdisziplinäre Intensiv- und Normalpflege geschaffen werden sollen. Als fünfter Punkt habe die Erneuerung der Logistik auf dem Plan gestanden. Sechstens sei ein interdisziplinäres Ambulanzzentrum geplant worden. Dazu seien eine interdisziplinäre Diagnostik und die energetische Optimierung und Erneuerung gekommen. Auch die Optimierung der Infrastruktur sei vorgenommen worden. Durch den Neubau sei mit einem Zuwachs von Patienten gerechnet worden und damit mit einem Personalmehrbedarf. Dem gegenüber hätten die Effizienzsteigerungen gestanden, die zu Personaleinsparungen geführt hätten. Auch der Betrieb von größeren Stationen sei mit verhältnismäßig weniger Pflegepersonal möglich. Im Jahr 2012 habe es noch genügend Pflegepersonal gegeben, doch heute gebe es einen spürbaren Mangel. Es habe ein wettbewerblicher Dialog stattgefunden, um die Intelligenz des Marktes zu nutzen. Davor habe die Baubehörde des Landes, Gebäudemanagement Schleswig-Holstein (GMSH), über alle Bauunterlagen verfügt. In den wettbewerblichen Dialog seien über 20.000 Dateien eingespielt worden, um die Bieter umfassend über die geplante Struktur zu informieren. Die Bieter hätten keine Einsicht in die Lösungsvorschläge der anderen bekommen, um den Besten zu finden und kein Vergaberechtsproblem zu verursachen. Im Projektvertrag habe eine detaillierte Risikozuweisung stattgefunden. Jede Vertragspartei sollte das Risiko tragen, das sie am besten beherrschen bzw. versichern könne. Im Mai 2012 sei die Ausschreibung veröffentlicht worden und im September 2014 sei der Zuschlag erfolgt. Es habe also nur eine kurze Verhandlungsdauer gegeben. Die einheitliche Verantwortung des Auftragnehmers für Planung, Bau und Instandhaltung habe den Vorteil, kostenträchtige Schnittstellen zwischen Planern und ausführenden Betrieben auszuschließen. Gleichzeitig habe dieses Vorgehen zu einer höheren Bauqualität und einer praktischen Gewährleistung über 30 Jahre geführt. Es sei eine outputorientierte und funktionale

Leistungsbeschreibung vereinbart worden. Weiterhin sei ein Malus-System im Vertrag verankert worden, durch das eine unmittelbare Kopplung zwischen der Verfügbarkeit der Flächen für die Krankenversorgung und den Entgelten erfolgt sei. Das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) habe für falsch dargestellte oder nicht erkennbare Umstände das Risiko für Mehrleistungen getragen. Die Investitionsbereitschaft des Landes Schleswig-Holstein sei für Renovierungen alter Gebäude häufig geringer gewesen als für neue Bauten, sodass es einen systematischen Verfall gegeben habe. Wichtig sei daher eine dauerhafte Pflichtenanspannung gewesen, um eine langfristige Substanz zu erhalten. Es seien Service-Level-Agreements (SLA) zur Definition von Verfügbarkeits- und Leistungsstandards geschaffen worden. Davon unabhängig gebe es Schadensersatzansprüche, wie bei sonstigen Verträgen. Um zusätzliche Bauvorhaben in das Projekt während der Partnerschaft gegen eine zusätzliche angemessene Vergütung zu ermöglichen, sei in den Projektvertrag eine Dynamik aufgenommen worden. In Endschaftsklauseln sei der Zustand bei Vertragsbeendigung vereinbart worden, um einen Instandhaltungsstau zu vermeiden. Insgesamt habe es über 600 Planungsrunden mit allen Beteiligten gegeben, um den Bau auch mit den Mitarbeitern abzustimmen. Durch die unterschiedlichen Lösungsvorschläge der Bieter habe es einige zusätzliche Anregungen gegeben. Der Vertrag habe letztlich 12.454 Seiten umfasst, der Kernvertrag 180 Seiten. Der Campus in Kiel bestehe aus vielen einzelnen Gebäuden und Ziel sei gewesen, die komplette Krankenversorgung in dem Kerngebäude unterzubringen. Zusätzlich seien drei neue Forschungsgebäude entstanden. Der Zeit- und Kostenrahmen sei bisher eingehalten worden. Weitere Übergaben stünden noch an. Für die Baumaßnahme habe es von 2014 - 2019 lediglich eine Kostensteigerung von 8,6 % gegeben. Diese sei z. B. durch die Änderung gesetzlicher Bestimmungen oder Bombenfunde verursacht worden. Durch die gute Einbeziehung in die Planung habe es nur geringfügig zusätzliche Anforderungen der Mediziner gegeben. In Lübeck sei eine ähnliche Zentral- und Altbaustruktur geschaffen worden. Dort habe die feierliche Eröffnung am 08.11.2019 stattgefunden.

Prof. Dr. med. Michael Albrecht (Medizinischer Vorstand des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden) meint, er könne die Ausführungen von Prof. Dr. med. Scholz bestätigen. Bei der Neugründung des Universitätsklinikums Dresden (UKD)

1993 habe es das Problem einer kompletten Altbaustruktur gegeben. Der Zustand sei zwar ordentlich gewesen, aber insgesamt nicht nutzbar für einen modernen medizinischen Betrieb. So habe es die Notwendigkeit für ein neues Universitätsklinikum gegeben. Dabei seien alte Substanzen genutzt worden. Der Neubau sei innerhalb von 12 Jahren entstanden mit Kosten in Höhe von etwa 1,2 Milliarden Euro. Zunächst sei der Bau mit dem Staatlichen Hochbauamt vollzogen worden, mit Beantragungsverfahren, Mittelfreigabe, Budgetierung pro Jahr in den Doppelhaushalten und anschließender Umsetzung. Meist habe es vom Rechnungshof monierte Probleme hinsichtlich der Einhaltung des Zeit- und Kostenrahmens gegeben. Im Jahr 2000 sei nach langem Kampf die komplette Übertragung der Bauherreneigenschaft auf das UKD erwirkt worden. Teilweise habe eine Übernahme von Strukturen des alten Hochbauamtes stattgefunden. Das UKD habe gegenüber dem Land eine Baurichtlinie erarbeitet, die die Vorlage einer Bau- und Entwicklungsplanung beinhalte. Diese Planung habe einen Zeithorizont von 25 Jahren und müsse alle zwei Jahre aktualisiert werden. Natürlich sei für die Vertragsausgestaltung der Aufbau einer juristischen Struktur notwendig gewesen, doch das UKD benötige im Vergleich zum Hochbauamt ca. 75 % weniger Personal. Seitdem seien etwa 600 Millionen Euro umgesetzt worden. Für bestimmte Baumaßnahmen werde dem UKD ein Budget bereitgestellt und es erfolge eine Rechenschaft über den Abfluss der Mittel. Damit seien in den letzten 12 Jahren alle großen Baumaßnahmen im Zeit- und Kostenrahmen fertiggestellt worden. Bei Kostenunterschreitung verblieben die Mittel beim UKD. Einen Mehrbedarf trage primär auch die Klinik selbst. Bisher habe es jedoch noch keine Probleme und nur gute Erfahrungen gegeben. Der Rechnungshof habe das jetzige Verfahren nach mehrfacher Prüfung als kosten- und zeitsparender ausgewiesen. Durch das Auseinanderfallen von Budgetverantwortung und Nutzerwünschen seien in der Vergangenheit Verzögerungen vorprogrammiert gewesen. Jetzt gebe es nach Vertragsabschluss nur noch aufgrund dringender Umstände, wie z. B. gesetzliche Änderungen, nachträgliche Projektmodifikationen. Der Einfluss auf die durch das Gebäude verursachten Betriebskosten sei damit auch größer. Voraussetzung sei der Aufbau eigener Kompetenz gewesen, dies hätte jedoch gut funktioniert. Er könne diese Verfahrensweise nur befürworten und auch das Land Sachsen sei damit zufrieden.

Vors. **Jörg Heydorn** gibt an, die Anhörung von Prof. Dr. med. Dr. Maik Gollasch könne in dieser Sitzung aufgrund von Zuschaltungsproblemen nicht erfolgen. Die Anhörung werde gegebenenfalls nachgeholt. Er eröffnet die Diskussionsrunde.

Abg. **Torsten Koplín** meint, er habe Sympathie für den von Frau le Claire und Herrn Brodkorb vorgetragenen Vorschlag. Herr Brodkorb habe ein kalkuliertes Umsatzplus der Universitätsmedizinen für die nächsten Jahre von 2,5 % aufgeführt. Der aktuelle Krankenhaus Rating Report gehe von einer stagnierenden bis leicht rückläufigen Patientenzahl aus, die mit dem Umsatz korrespondiere. Daher interessiere ihn, auf welche Fallzahlen dort abgestellt worden sei. Bei den zusätzlichen fünf Personalstellen für die zwei Bauhütten handele es sich um hochversierte Fachkräfte. Fraglich sei, wie die Verfügbarkeit solcher Mitarbeiter eingeschätzt werde.

Prof. Dr. Steffen Fleßa (Lehrstuhlinhaber für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre und Gesundheitsmanagement an der Universität Greifswald) richtet sich auch an Frau le Claire und Herrn Brodkorb. Eine Abbildung habe die voraussichtlich benötigten Finanzmittel für die Geräte dargestellt. In den Jahren des Aufbaus sei eine gute Ausstattung geschaffen worden. Fraglich sei, wie diese Kapazität zukünftig erhalten und der technische Fortschritt berücksichtigt werden könne. Ihn interessiere, was langfristig strukturell nötig sei, um den Bedarf anderer Investitionen dauerhaft zu decken.

Marie le Clarie weist bezüglich der Frage von Abg. Koplín zur Umsatzsteigerung darauf hin, die Steigerung des Landesbasisfallwertes betrage 2,5 %. Daher sei auch ohne Erhöhung der Fallzahlen eine Erlössteigerung in dieser Größenordnung wahrscheinlich. Die Gewinnung des Fachpersonals für die Bauhütten werde eine Herausforderung. In Greifswald habe es gute Erfahrungen mit der Einbettung in Teams gegeben. Mit einer zusätzlichen guten Ansprache sei sie in diesem Punkt optimistisch. Prof. Dr. Fleßas Einschätzung hinsichtlich der Gerätebeschaffung sei korrekt. Die Erstausrüstung sei in Greifswald teilweise länger als 10 Jahre her. Daher sei der Investitionsstau auch so hoch und in Rostock sei das ähnlich. Der Abbau durch das Sondervermögen sei ein erster Schritt, bleibe jedoch eine Herausforderung. Die

Gerätetechnik altere schneller als Gebäude. Dazu komme der besondere Anspruch einer Universitätsklinik hinsichtlich der Innovationsthematik.

Mathias Brodkorb ergänzt, die 2,5 % Umsatzsteigerung seien nicht wissenschaftlich hergeleitet, sondern eine Abschätzung aufgrund der Landesbasisfallwertsteigerung bei konstanten Fallzahlen. Ziel sei die Beantwortung der Frage gewesen, ob mit den bereitgestellten Mitteln die geforderte Investitionsquote erreicht werde. Er schätzt, die Stellenbesetzung der Bauhütten werde in Greifswald aufgrund der besonderen Lage schwieriger als in Rostock. Die Universitätsmedizinen und das Bildungsministerium hätten noch nicht abschließend über die Gerätebeschaffung beraten. Mit jedem Bau seien ungefähr 10 - 12 % Ersteinrichtungsmittel verbunden. Verzögerungen im Baugeschehen führten automatisch zu Verzögerungen bei den Ersteinrichtungsmitteln und rissen häufig erhebliche Lücken im Gerätebereich. Diskutiert werde, die Hälfte der Investitionsmittel baugelassen zu reservieren und die andere Hälfte als Regelzuweisung freizugeben. Häufig sei nicht die Höhe der Ersteinrichtungsmittel das Problem, sondern diskontinuierliche Investitionsschübe im Zusammenhang mit Neubauten. So gebe es die unerwünschte Anreizwirkung, ständig neu bauen zu wollen.

Abg. **Dr. Gunter Jess** möchte wissen, wie viele Bieter es für das Bauprojekt in Schleswig-Holstein gegeben habe. Es habe sich dabei um eine große Herausforderung gehandelt. Er fragt weiterhin, welche Gesamtkosten kalkuliert worden seien und welche Abweichungen sich ergeben hätten. Prof. Dr. med. Albrecht habe erwähnt, die Strukturveränderung und die Übertragung der Bauverantwortung an das UKD habe zu großen Einsparungen geführt. Ihn interessiere, welche Erklärungen es dafür gebe.

Vors. **Jörg Heydorn** meint, Prof. Dr. med. Albrecht und Prof. Dr. med. Scholz hätten zwei unterschiedliche Modelle vorgetragen. In Schleswig-Holstein sei das Projekt durch ein Public Private Partnership (PPP)-Modell mit privaten Partnern umgesetzt worden. In Dresden habe eine Konzentration der Zuständigkeiten auf das UKD stattgefunden. Er fragt nach den Kernpunkten für den erreichten Erfolg. Sowohl das

UKSH als auch das UKD seien große Gesundheitsversorger in ihren Bundesländern. Ihn interessiere, welche Rolle die Kliniken in der Krankenhausplanung spielten.

Prof. Dr. med. Jens Scholz gibt an, für die erste Runde des Vergabeverfahrens seien fünf Bieter zugelassen worden. In der zweiten Runde sei die Anzahl auf zwei beschränkt worden. Den Bietern seien wohl Kosten zwischen 7 und 10 Millionen Euro entstanden, um ein vernünftiges Angebot zu erstellen. Die abgelehnten Anbieter hätten diese Kosten auch nicht erstattet bekommen. Der Festpreis für das Bauprojekt habe 520 Millionen Euro betragen. Der Vertrag sei im Jahr 2014 und damit vor dem Bauboom unterschrieben worden. Bis zum Einzug im Jahr 2019 habe die Kostensteigerung lediglich 8,6 % betragen. Das Modell könne als PPP bezeichnet werden, doch die Beteiligten hätten es nicht so definiert. Beim PPP werde ein Grundstück abgegeben und später wiedererlangt. Das sei hier nicht der Fall, da auch die Bauabteilung des Landes die Durchführung externen Unternehmen überlasse. Dies sei jetzt auch erfolgt, aber zu einem Festpreis. Der Auftragnehmer habe das Geld nicht nach Baufortschritt, sondern erst mit Übergabe erhalten. Allerdings habe das Auszahlungsvolumen nur 75 % betragen, da der Vertrag bis zum Jahr 2044 laufe. Die restlichen 25 % würden über die Jahre abgestottert werden. Das Bauunternehmen habe Tag und Nacht sowie am Wochenende gebaut, um im Zeit- und Kostenrahmen zu bleiben. Dies habe er bisher bei einer öffentlichen Baustelle in dieser Form nicht erlebt. Parallel habe es in Schleswig-Holstein zwei weitere Bauvorhaben gegeben. Zum einen durch eine öffentlich-private Partnerschaft (ÖPP-Verfahren) den Neubau der Autobahn A7 zwischen Kiel und Hamburg. Gleichzeitig sei öffentlich die Verlängerung der A20 zwischen Kiel und Lübeck gebaut worden. Bei der A7 sei rund um die Uhr gebaut worden unter Einhaltung des Zeit- und Kostenrahmens. Die Verlängerung der A20 dagegen sei aus unterschiedlichen Gründen immer noch nicht abgeschlossen. Daher seien eine gemeinsame Partnerschaft und die Verhandlung eines Festpreises zu befürworten, um ein gutes und sicheres Bauverfahren zu gewährleisten. Bei der Krankenhausplanung sei versucht worden, ein Verfahren wie in Niedersachsen durchzusetzen. Denn so sei es verfassungsrechtlich geboten. Die UKSH gebe ihren Versorgungsumfang an und die restlichen Kliniken teilten den Rest auf. So sei es nicht geregelt, doch es gebe eine gute Zusammenarbeit mit dem Sozialministerium. Das UKSH habe einen Marktanteil von über 25 % bei den

stationären Krankenhausleistungen in Schleswig-Holstein. Bei einigen hochspezialisierten Leistungen bestehe zudem ein Monopol. Es gebe eine gute gemeinsame Krankenhausplanung, jedoch noch nicht so, wie er es sich wünsche.

Abg. **Dr. Gunter Jess** fragt nach, ob sich der Festpreis von 520 Millionen Euro nur auf Kiel bezogen habe.

Prof. Dr. med. Jens Scholz erwidert, dieser Preis umfasse auch den Neubau in Lübeck.

Abg. **Dr. Gunter Jess** bezieht sich auf die Aussage von Prof. Dr. med. Scholz, auch der Betrieb sei an den Auftragnehmer vergeben worden. Ihn interessiere, wie der Kostenumfang dafür aussehe und ob es eine Entwicklung im Vergleich zu vorher gebe.

Prof. Dr. med. Jens Scholz führt aus, es sei lange über die Verantwortung für den Betrieb diskutiert worden. Nur so sei jedoch eine Gewährleistung bei auftretenden Mängeln bis zum Jahr 2044 möglich. Das Personal für das Facility Management sei dem privaten Partner gestellt worden. Dieser habe darüber hinaus zusätzliche Mitarbeiter angeheuert.

Prof. Dr. med. Michael Albrecht wird durch einen Mitarbeiter entschuldigt, da er durch ein wichtiges Telefonat gebunden sei.

Uwe Borchmann (Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft M-V) richtet sich an Prof. Dr. med. Scholz und gibt an, er habe es so verstanden, dass die UKSH zunächst 35 – 50 Millionen Euro für die Angebotserstellung ausgegeben habe. Er fragt, ob der Festpreis für das Bauprojekt die Kosten für die Angebotserstellung enthalten habe.

Prof. Dr. med. Jens Scholz verneint und erklärt, die UKSH habe für die Angebotserstellung nichts bezahlt, sondern die Bieter seien in Vorleistung gegangen. Die Höhe der entstandenen Kosten für die Angebotserstellung und den wettbewerblichen Dialog sei reine Spekulation. Bisher seien 340 von den 520 Millionen ausgegeben worden. Das restliche Geld fließe in die Renovierung alter Strukturen.

Uwe Borchmann hakt nach, ob sich unter den Bietern regionale Planungsbüros befunden hätten.

Prof. Dr. med. Jens Scholz erläutert, regionale Bieter habe es für das Bauprojekt nicht gegeben. Die Umsetzung sei jedoch fast nur durch regionale Unternehmen erfolgt. Dies habe auch die Industrie- und Handelskammer (IHK) gelobt. Die Bauabteilung des Landes habe bisher stets den günstigsten Anbieter ausgesucht, unabhängig von der Entfernung. Um auch die Wartung gewährleisten zu können, hätten sich regionale Anbieter angeboten.

Prof. Dr. med. Michael Albrecht führt aus, die Rolle des UKD in der Krankenhausplanung sei aus seiner Sicht noch nicht ausreichend. Es gebe einen Landesplanungsausschuss, in dem Vertreter verschiedener Institutionen die Landesbettenplanung verantworteten. Bedauerlicherweise werde sich immer noch nicht am Bedarf orientiert, sondern es finde eine Fortschreibung der Bettenkapazitäten statt. Nur langsam werde auch der Bedarf für die nächsten Jahre berücksichtigt. In Sachsen habe es in den 90er-Jahren die Möglichkeit einer echten Strukturbereinigung gegeben. Es seien 84 Kliniken verblieben. Bei einer Krankenhausedichte von Rheinland-Pfalz würden es über 150 sein. Das Problem in Sachsen liege in der Leistungszuordnung. Er habe versucht, auf eine leistungsorientierte Planung mit einem Zeithorizont von 15 Jahren hinzuwirken, wie es in Österreich umgesetzt werde. Sachsen nutze mittlerweile die Universitätskliniken für eine regionale Verteilfunktion und es gebe überinstitutionelle Zentren. Beispielsweise sei das UKD die Leitstelle für Corona-Patienten in der Region Dresden-Ostsachsen, die 38 Kliniken umfasse. Man sei auf einem guten Weg, aber noch lange nicht am Ziel. Auch in Mecklenburg-Vorpommern liege die Zahl der Krankenhausbetten pro 100.000 Einwohner über dem Bundesdurchschnitt. Krankenhäuser seien nicht immer am richtigen Standort und das Leistungsspektrum oftmals nicht richtig abgestimmt. In Mecklenburg-Vorpommern gebe es einen überproportionalen Anteil privater Träger. Dies erschwere zusammen mit der Erlösstruktur die Abstimmung in einem Gesamtkonzept. Zukünftig müsse es eine klare Versorgungshierarchie geben. Dabei sollten Universitätsmedizinen eine führende Rolle und Verantwortung übernehmen. Es dürfe keine Brüche im Versorgungsstandard zwischen ländlichen und städtischen Bereichen geben.

Durchschnittlich komme auf 2 Millionen Einwohner eine Universitätsklinik. In Mecklenburg-Vorpommern gebe es den Luxus, auf 1,6 Millionen Einwohner zwei vorzuhalten. Da gebe es sicher noch Potential für Synergieeffekte. In Bezug auf das „Modell Dänemark“ merkt er an, viele Aspekte seien in der Entgeltstruktur in Deutschland nicht umsetzbar. Festzustellen sei jedoch, dass eine kurze Entfernung nicht die Qualität des Versorgungsergebnisses bestimme. Die Zentralisierung ermögliche eine deutlich bessere Versorgung als eine kleinteilige Krankenhausstruktur. Fraglich sei, wie eine entsprechende Umstrukturierung gelingen könne und wie die Anreize im Entgeltsystem gesetzt würden. In Deutschland sei das System weit von einer Bedarfsorientierung entfernt.

Vors. **Jörg Heydorn** erkundigt sich hinsichtlich der Bauherreneigenschaft, was der Kern des Erfolges sei.

Prof. Dr. med. Michael Albrecht betont, wichtig sei ein abgestuftes Versorgungssystem. Dänemark sei ein schönes Beispiel, wie eine starke Zentralisierung und eine angepasste Notfallversorgung gelingen könnten. Es handele sich jedoch um ein sehr kleines Land mit einer anderen Bevölkerungsstruktur und einer ganz anderen Finanzierung. Österreich sei das Musterbeispiel, wie historisch gewachsene Strukturen zu einer bedarfsgerechten Planung umgewandelt werden könnten. Zunächst habe eine zentrale Erfassung der Versorgungsstruktur stattgefunden. Die Investitionsverteilung sei eng an den erwarteten Versorgungsauftrag gebunden. Das sei ein langer Prozess und ein anderer Weg als in Dänemark. Das „Modell Dänemark“ werde in Deutschland nicht durchsetzbar sein und daher müsse ein Zwischenweg gefunden werden. Entscheidend sei die Transparenz und Unabhängigkeit der Planungsinstitutionen. In Österreich sei das eine eigene GmbH, in der auch Mediziner und Epidemiologen vertreten seien. Deutschland könne sich an Österreich orientieren.

Abg. **Dr. Gunter Jess** erinnert an seine Frage an Prof. Dr. med. Albrecht bezüglich der Kosteneinsparungen durch die Übernahme der Bauherreneigenschaft des UKD. Es seien mehrere hundert Millionen Euro erwähnt worden.

Prof. Dr. med. Michael Albrecht stellt klar, die Übernahme der Bauherreneigenschaft habe zu Einsparungen geführt, jedoch nicht in Höhe von mehreren hundert Millionen Euro. Vielmehr seien seitdem mehrere hundert Millionen Euro verbaut worden. Sonst habe es bei Bauprojekten stets Kostensteigerungen zwischen 20 und 30 % gegeben, z. B. durch Verzögerungen oder Umplanungen. Diese Kosten fielen nun grundsätzlich weg. Vorher sei immer der billigste Anbieter ausgewählt worden. Dieser hätte nachträglich aber auch am meisten Nachträge verlangt. Mit dem Zuschlag für das realistischste Angebot seien wesentlich bessere Erfahrungen gemacht worden. Das UKD trage natürlich auch die allgemeine Baukostensteigerung, die in der primären Planung entsprechend berücksichtigt werde. Dafür habe das UKD sehr kompetentes und hochprofessionelles Personal.

Uwe Borchmann erkundigt sich bei Prof. Dr. med. Albrecht, ob das Dritte Bevölkerungsschutzgesetz bei den durch das UKD im Rahmen des Corona-Managements koordinierten 38 Kliniken zu Verhaltensänderungen geführt habe, insbesondere hinsichtlich der neuen Freihaltepauschalen.

Prof. Dr. med. Michael Albrecht gibt an, er sei Mitglied des Expertenbeirats. Der Vorschlag der Kommission mit einer Orientierung am Notfallstufenkonzept sei zwar aufgegriffen, aber abgewandelt worden. Mit dem Ergebnis sei er überhaupt nicht zufrieden gewesen und habe dagegen opponiert. Es fehle nun die benötigte Solidarität bei einigen der kleinen und mittleren Krankenhäusern, da der Freihalteaufwand nicht kompensiert werde. Durch die Möglichkeit, per Verordnung Punkte anpassen zu können, habe er noch eine gewisse Hoffnung auf dringend notwendige Veränderungen.

Henning Kutzbach (Geschäftsführer der Barmer Landesvertretung M-V) richtet an Prof. Dr. med. Scholz die Frage, ob die Zusammenlegung der zwei Universitätsmedizinen ein Erfolgsmodell darstelle. Bei Prof. Dr. med. Albrecht hakt er nach, ob in der Krankenhausplanung die Qualität wichtiger als die Entfernung sei.

Prof. Dr. med. Michael Albrecht betont, die Qualität solle immer im Vordergrund stehen. Er wünsche sich eine bedarfsorientierte Planung. Das schließe ein, keine

Überkapazitäten vorzuhalten und Patienten stets in die richtige Versorgungsstufe einzuordnen. Entscheidend sei nicht, in möglichst kurzer Zeit irgendein Krankenhaus zu erreichen, sondern ein geeignetes. Zudem dürfe die Versorgungsqualität nicht vom Wohnort abhängen.

Prof. Dr. med. Jens Scholz erläutert, die Universitätskliniken Kiel und Lübeck seien im Jahr 2003 zusammengeschlossen worden. Erst im Laufe der Zeit hätten sich die Vorteile herausgestellt. Durch die große Entfernung zwischen den Standorten mit 90 km gebe es keinen Konkurrenzkampf um die Patienten. So habe keine Klinik auf Kompetenzen verzichten müssen und trotzdem gebe es Synergieeffekte, z. B. durch ein einheitliches IT-System und eine gemeinsame Beschaffung. Auch auf ein gemeinsames Markenbild sei hingewirkt worden. Nach Bauabschluss sei das UKSH im Focus auf dem 3. Platz von allen Kliniken gelandet. Durch die Zusammenlegung sei auch eine Ausweisung als Exzellenzcluster möglich gewesen.

Vors. **Jörg Heydorn** merkt an, er habe bereits im Vorfeld der Sitzung mit Herrn Brodkorb Kontakt gehabt und sei daher über den Vorschlag für die Regelung der Baumaßnahmen informiert gewesen. Er habe als Vorsitzender den Kommissionsmitgliedern einen Beschlussvorschlag¹ zukommen lassen, da er einen größeren Handlungsspielraum für die Universitätsmedizinen für zielführend halte.

Abg. **Dr. Gunter Jess** regt an, der Abstimmung eine Diskussion voranzustellen.

Vors. **Jörg Heydorn** schlägt vor, den Beschlussvorschlag in die nächste Sitzung mitaufzunehmen, wenn es Diskussionsbedarf gebe.

Abg. **Dr. Gunter Jess** gibt an, vonseiten der AfD-Fraktion gebe es diesen Bedarf.

Abg. **Dagmar Kaselitz** führt aus, auch im Arbeitskreis der SPD-Fraktion sei Gesprächsbedarf hinsichtlich des Beschlussvorschlags identifiziert worden.

¹ K Drs. 7/25

Abg. **Daniel Peters** erklärt, der Beschlussvorschlag sei im Arbeitskreis der CDU-Fraktion diskutiert worden. Es handele sich um eine alte Forderung der Fraktion, daher gebe es keine Einwände gegen eine sofortige Abstimmung. Möglicher Diskussionsbedarf werde jedoch respektiert.

Abg. **Torsten Koplín** betont, es sei guter kollegialer Stil, dem erwähnten Gesprächsbedarf Rechnung zu tragen.

Vors. **Jörg Heydorn** schlägt vor, die Debatte und Abstimmung des Beschlussvorschlags auf die Tagesordnung der 11. Sitzung am 02.12.2020 zu setzen.

PUNKT 2 DER TAGESORDNUNG

Beratung und Abstimmung über die Beauftragung eines Gutachtens

Vors. **Jörg Heydorn** erläutert, das Gutachten solle Handlungsempfehlungen für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern geben. Das Angebot der IGES Institut GmbH scheide durch den hohen Preis aus. Das Angebot von Prof. Dr. med. Reinhard Busse sei deutlich günstiger, kapriziere sich aber nur auf den stationären Sektor. Zudem stellten die § 21 KHEntgG-Daten die Arbeitsgrundlage dar, deren Beschaffung noch nicht gesichert sei. Es werde in dieser Woche ein Gespräch mit dem Wirtschaftsministerium stattfinden. Das Wirtschaftsministerium habe das Justizministerium und den Landesbeauftragten für Datenschutz einbezogen hinsichtlich der Frage, ob die Daten herausgegeben werden können. Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann und Prof. Dr. Neeltje van den Berg hätten ein Angebot vorgelegt, welches im Wesentlichen auf vorangegangene Arbeiten zurückgreife. Außerdem halte er eine "externe" Betrachtung der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern für sinnvoll. Hinsichtlich Preis und Auftragsabdeckung entspreche das Angebot von der Institute for Health Care Business GmbH (hcb), unter der Leitung von Prof. Dr. Boris Augurzky, am ehesten seinen Vorstellungen. Einige Durchführungsaspekte seien optional aufgeführt. Er spreche sich für dieses Angebot aus.

Uwe Borchmann fragt, ob nach der Abstimmung über den Auftragnehmer noch über inhaltliche Punkte gesprochen werden könne.

Vors. **Jörg Heydorn** erklärt, diese Möglichkeit bestehe. Ihm gefalle beim Angebot von hcb die Durchführungsmöglichkeit von zwei Workshops, in denen Zwischenergebnisse präsentiert würden. So werde die Kommission in den Gutachtenprozess eingebunden. Zusätzlich seien Experteninterviews geplant.

Abg. **Prof. Dr. Ralph Weber** gibt an, die Stellungnahme von Prof. Dr. Fleßa zu dem Thema hören zu wollen.

Prof. Dr. Steffen Fleßa war kurzzeitig abwesend. Daher wurde mit weiteren Wortmeldungen fortgefahren.

Dipl.-Med. Angelika von Schütz (Stellvertretende Vorsitzende des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung M-V) schlägt vor, die Angebote von Prof. Dr. Augurzky und Prof. Dr. med. Busse zusammenzuführen.

Vors. **Jörg Heydorn** verweist darauf, eine solche Idee könne nur verfolgt werden, wenn die Verfügung über die § 21 KHEntgG-Daten gesichert sei.

Abg. **Julian Barlen** führt aus, die Arbeitsgruppe der SPD-Fraktion habe sich für das Angebot von hcb ausgesprochen. Manon Austenat-Wied (Leiterin der Landesvertretung der Techniker Krankenkasse M-V) habe angeregt, ein gemeinsames Angebot von Prof. Dr. Augurzky und Prof. Dr. med. Busse einzuholen. Voraussetzung sei dafür jedoch die Beschaffung der von Prof. Dr. med. Busse benötigten Daten. Eine einfache Zusammenlegung der beiden Angebote halte er für schwierig. Die Vertreterin der Selbsthilfe habe vorgeschlagen, bei der Angebotserteilung Aspekte der Patientenorientierung mit aufzunehmen. Diesen Vorschlag unterstütze er und es werde eine entsprechende Zuarbeit erfolgen.

Henning Kutzbach merkt an, auch er könne sich eine Vernetzung von Prof. Dr. Augurzky und Prof. Dr. med. Busse gut vorstellen. Die § 21 KHEntgG-Daten benötigten alle potentiellen Gutachtenersteller.

Vors. **Jörg Heydorn** verweist darauf, die übrigen Angebote würden nicht explizit auf diese Daten abstellen. Es sei auch die Nutzung von Sekundärdaten denkbar. Trotzdem werde er versuchen, die Daten bereitzustellen.

Uwe Borchmann gibt an, sich gegen eine Zusammenführung auszusprechen. Er unterstütze den Vorschlag des Vorsitzenden und befürworte eine heutige Auftragserteilung, nach der noch eine Nachjustierung möglich sei. Es sei zwar schade, auf die hochgradig vorhandene Expertise aus Mecklenburg-Vorpommern zu verzichten. Andererseits gebe es so eine unbefangene Herangehensweise. Das

Angebot von Prof. Dr. med. Busse greife zu kurz. Die rein stationäre Betrachtung werde der Aufgabenstellung der Enquete-Kommission nicht gerecht. Das Angebot der IGES GmbH sei inhaltlich sehr gut strukturiert, aber mit entsprechender Preisfindung. Er befürworte daher die Gutachtenvergabe an hcb. Bei späteren Handlungsempfehlungen sei stets die Finanzierung zu berücksichtigen.

Abg. **Torsten Koplín** erklärt, auch die Fraktion DIE LINKE spreche sich für das Angebot von hcb aus, welches sich zum großen Teil mit den Zielen der Kommission decke. Von einer Vermischung der Offerten halte er, wie Herr Borchmann, nichts. Dies könne zu erhöhtem Abstimmungsbedarf und Friktionen führen. Prof. Dr. med. Busse lege seinen Fokus auf Ballungsräume.

Abg. **Sebastian Ehlers** führt aus, auch die CDU-Fraktion befürworte eine Auftragsvergabe an hcb. Das Angebot umfasse ohnehin eine Einbeziehung von Prof. Dr. med. Busse. Wichtig sei die Besprechung der optionalen Aspekte der hcb-Offerte, die einen erheblichen Erkenntnisgewinn versprechen.

Abg. **Prof. Dr. Ralph Weber** weist darauf hin, Prof. Dr. Fleßa sei wieder erreichbar.

Prof. Dr. Steffen Fleßa gibt an, aus seiner Sicht decke das Angebot von hcb, unabhängig vom Preis, die größte Bandbreite ab. Prof. Dr. Augurzky sei durch Erfahrungen aus anderen Bundesländern sensibilisiert hinsichtlich der Aspekte Qualität, Erreichbarkeit und Patientenorientierung. Bei Prof. Dr. med. Busse habe er Zweifel, ob dieser auf die konkrete Situation in Mecklenburg-Vorpommern abstellen würde. Er spreche sich für das Angebot von Prof. Dr. Augurzky aus.

Vors. **Jörg Heydorn** schlägt vor, die Gutachtenbeauftragung von hcb zu beschließen und eine mögliche Zusammenführung mit Prof. Dr. med. Busse zurückzustellen. Dabei sei auch die Verfügbarkeit der § 21 KHEntgG-Daten zu berücksichtigen.

Uwe Borchmann verweist darauf, eine Analyse dieser Daten könne auch durch Prof. Dr. Augurzky erfolgen.

Vors. **Jörg Heydorn** entgegnet, die Möglichkeit einer Vernetzung sei von einigen Mitgliedern angesprochen worden und werde daher thematisiert werden.

Die **Enquete-Kommission** beschließt einstimmig, den Auftrag für die Gutachtenerstellung hcb, unter Leitung von Prof. Dr. Augurzky, zu erteilen.

PUNKT 3 DER TAGESORDNUNG

Allgemeine Kommissionsangelegenheiten

Uwe Borchmann merkt an, er habe Prof. Dr. med. Albrecht die Frage zum Dritten Bevölkerungsschutzgesetz nicht umsonst gestellt. Dieses Gesetz habe zu massiven Problemen in der dezentralen Corona-Versorgung geführt. Davon sei auch Mecklenburg-Vorpommern betroffen, nur die Fallzahlen seien noch nicht so hoch. Die Enquete-Kommission möge empfehlen, über eine Rechtsverordnung des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) eine deutliche Nachbesserung der Freihaltepauschalen erwirken zu lassen. Hintergrund sei die Differenzierung in der Höhe der Notfallstufe der Krankenhäuser. Damit kämen Krankenhäuser der ersten Notfallstufe primär nicht in das System der Freihaltepauschalen. In Mecklenburg-Vorpommern seien damit über die Hälfte der ITS-Betten umfasst. Einige Krankenhäuser zögen sich als logische Folge dieser Regelung aus der Versorgung zurück. Alle Bundesländer seien im Bundesrat im Vorfeld gegen diesen Bestandteil des Dritte Bevölkerungsschutzgesetzes Sturm gelaufen, doch das BMG habe sich durchgesetzt. Um die anderen Punkte durchzusetzen, hätten die Länder das Gesetz nicht scheitern lassen. Eine Nachbesserung sei auch im Interesse des Landesministeriums in Mecklenburg-Vorpommern, die zuständige Staatssekretärin habe die gleichen Bestrebungen. Bei diesem Thema gehe es nicht um Lobbyismus, sondern die Versorgung der Corona-Patienten.

Vors. **Jörg Heydorn** schlägt Herrn Borchmann vor, einen Antrag zu diesem Vorschlag zu formulieren. Dann sei eine Auseinandersetzung der Arbeitsgruppen der Fraktionen mit diesem Thema möglich.

Uwe Borchmann erklärt, diese Vorgehensweise bevorzuge er prinzipiell auch. Er Sorge sich aber hinsichtlich der Zeitschiene.

Vors. **Jörg Heydorn** weist darauf hin, dass die nächste Sitzung am 02.12.2020 stattfinde.

Uwe Borchmann stellt fest, die Corona-Entwicklung ändere sich von Tag zu Tag. Doch es gebe wohl keinen alternativen Weg. Er habe jetzt für dieses Thema sensibilisiert und bittet, darüber in den Fraktionen zu beraten. Die Flächenländer seien durch das Gesetz in ein großes Loch gefallen.

Vors. **Jörg Heydorn** bestätigt, es werde die von ihm vorgeschlagene Vorgehensweise verfolgt. Er weist auf den vorliegenden Beschlussvorschlag der Ärztekammer M-V und der Kassenärztlichen Vereinigung M-V² hin. Er fragt in Richtung der Antragstellenden, ob der Antrag auch in die Phase der Erarbeitung von Handlungsempfehlungen zurückgestellt werden könne. Andernfalls werde in der nächsten Sitzung die Abstimmung erfolgen.

Dipl.-Med. Angelika von Schütz führt aus, die KVMV spreche sich für eine zeitnahe Beschäftigung mit dem Antrag aus. Mit der Ärztekammer M-V sei noch keine Rücksprache möglich gewesen. Es gebe die Möglichkeit für die Einbringung von Änderungsanträgen.

Prof. Dr. med. Marek Zygmunt (Direktor der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und Lehrstuhlinhaber der Universitätsmedizin Greifswald) gibt an, Dr. Andreas Gibb, Vizepräsident der Ärztekammer M-V, habe sich in der Vorbesprechung für die Zurückstellung des Antrages in die Phase der Berichterstellung ausgesprochen.

Vors. **Jörg Heydorn** erklärt, der Beschlussantrag werde in der nächsten Sitzung unter dem TOP Allgemeine Kommissionsangelegenheiten noch mal aufgegriffen.

Die **Enquete-Kommission** verständigt sich darauf, zur Sitzung am 13.01.2021 den Landeshebammenverband M-V und Prof. Dr. Dr. med. Birgit Seelbach-Göbel (ehemalige Leiterin der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe der KUNO Klinik St. Hedwig in Regensburg) zum Thema Geburtshilfe und Pädiatrie einzuladen. Zum Thema Volkskrankheiten sollen der VDD – Verband der Diätassistenten und Dr. med. Stefan Zimny (Leiter der Fachabteilung Allgemeine

² K Drs. 7/24

Innere Medizin, Endokrinologie, Diabetologie der Helios Kliniken Schwerin;
Vorstandsvorsitzender des Vereins der Diabetologen in M-V) vortragen.

Vors. **Jörg Heydorn** merkt an, mit Prof. Dr. med. Dr. Gollasch werde sich auf einen
Nachholtermin verständigt. Er beruft die nächste Sitzung der Enquete-Kommission für
den 2. Dezember 2020 um 15:30 im Café Niklot ein.

Ende der Sitzung: 18:09 Uhr

Jörg Heydorn
Vorsitzender

Ad/Zi