

## **KURZPROTOKOLL**

der 13. Sitzung der Enquete-Kommission  
„Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern“  
am Mittwoch, dem 24. Februar 2021, 16:00 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 des gemeinsamen Antrages der Ärztekammer M-V und Kassenärztlichen Vereinigung M-V vom 29.12.2020 (K Drs. 7/30)
3. Allgemeine Kommissionsangelegenheiten











## **PUNKT 1 DER TAGESORDNUNG**

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

Vors. **Jörg Heydorn** eröffnet die 13. Sitzung der Enquete-Kommission und begrüßt die Sitzungsteilnehmer im Saal und diejenigen, die via Internet zugeschaltet sind. Er bittet die zugeschalteten Personen darum, ihr Mikrofon auszuschalten, wenn sie gerade nicht sprechen. Bei Fragen an den Anzuhörenden solle in den Chat geschrieben werden. Die Wortbeiträge würden dann nacheinander aufgerufen werden. Er weist darauf hin, dass der Chatinhalt für alle im Saal anwesenden Personen sichtbar sei. Dies betreffe auch private Nachrichten. Bei Abstimmungen über Anträge werde eine namentliche Abstimmung erfolgen. Bei der Verständigung über weitere Sitzungstermine werde er nach Gegenstimmen bzw. Enthaltungen fragen. Herr Heydorn stellt sodann Herrn Prof. Dr. Gollasch als einzigen Anzuhörenden vor. Dieser sei Direktor der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin - Geriatrie der Universitätsmedizin Greifswald sowie Chefarzt des Altersmedizinischen Zentrums einschließlich der Abteilung für Innere Medizin und Geriatrie am Krankenhaus Wolgast. Das Thema geriatrische Versorgung solle aufgrund der demografischen Entwicklung in Mecklenburg-Vorpommern und der damit verbundenen Entwicklung im Bereich Diagnosen und Erkrankungen für die Kommission ein wichtiger Beratungsgegenstand sein. Er sei daher froh, dass heute ausreichend Zeit sei, dies mit Herrn Prof. Dr. Maik Gollasch besprechen zu können.

**Prof. Dr. Maik Gollasch** erklärt, der Titel seiner Präsentation sei „Altersmedizin in Mecklenburg-Vorpommern - Situation, Bedarf und Möglichkeiten“. Er wolle sich einleitend kurz vorstellen. Nach seinem Abitur habe er Biophysik in Moskau und Medizin an der Charité studiert. Danach habe er seine Facharztweiterbildung an verschiedenen Einrichtungen absolviert. 2004 sei er über die USA als Professor für Nephrologie an die Charité berufen worden. Dort sei er bis Ende 2019 tätig gewesen, bis er zwei Rufe erhalten habe. Ein Ruf sei eine W3-Professur für Innere Medizin und Geriatrie an die Medizinische Hochschule in Brandenburg und ein Ruf an die Universitätsmedizin in Greifswald gewesen. Den Ruf nach Brandenburg habe er

abgelehnt und den Ruf nach Greifswald angenommen. Er besitze mehrere Fachärzte, und zwar in der Physiologie, in der Inneren Medizin, in der Nephrologie, in der medizinischen Genetik und auch in der Geriatrie. Die Geriatrie sei ein großes Fachgebiet. Platon, der selbst 80 Jahre alt geworden sei, habe das Leben in sechs Phasen unterteilt. Die sechste Phase zwischen dem 70. und 80. Lebensjahr habe er als die Phase bezeichnet, die glücklicherweise nur wenige erreichten. Wenn er sich die demografische Entwicklung gerade auch in Mecklenburg-Vorpommern im Jahr 2020 anschau, würden im Jahr 2030 etwa 40 Prozent aller Frauen 65 Jahre oder älter sein. Bei den Männern würden dies 35 Prozent sein. Dies stelle eine große Herausforderung dar, die zwangsläufig gestemmt werden müsse. Überall in Deutschland steige die Zahl der älteren Bürger, die der jüngeren Bürger jedoch nicht. Akute Krankheiten nähmen immer mehr ab und die Anzahl an chronischen Erkrankungen steige. Der medizinische Fortschritt sei da, treibe aber tendenziell die Kosten nach oben. Durch das DRG-System komme es zu drastischen Verweildauerkürzungen. Daneben nehme die stationäre Behandlung ab, sodass immer mehr Fälle in kürzerer Zeit geschafft werden müssten. Es gebe kaum Personal, das für die geriatrische Versorgung gut genug ausgebildet sei. Immer mehr Patienten erhielten eine ambulante Versorgung und immer weniger eine stationäre. Zudem gebe es keine ausreichenden Strukturen für komplementäre Angebote. Für den Patienten ergäben sich verschiedene Situationen. Dieser gehe zum Hausarzt, habe die Thematik der häuslichen Pflege, hole seine Rezepte in der Apotheke ab und verschaffe sich an wieder anderer Stelle Hilfsmittel. Daneben gebe es die vollstationäre und teilstationäre Krankenhausbehandlung. Zudem gebe es im ambulanten Bereich die niedergelassenen Fachärzte und das ganze Gebiet der Therapeuten sowie die ambulante Rehabilitation. Es liege eine strenge Sektorentrennung vor. Das Ergebnis seien oft unkoordinierte Abläufe und Versorgungsbrüche. Für einen älteren Patienten mit eingeschränkter Mobilität sei dies nur schwer machbar. Die Situation sei komplex. Die älteren Patienten hätten oft mehr als drei verschiedene medizinische Diagnosen und nähmen oft mehr als drei Medikamente ein. Hinzu kämen Mobilitätseinschränkungen und ein Barthel-Index von unter 70. Wenn dann noch die kognitiven Funktionseinbußen einträten, führe dies oft zum Verlust der Selbstständigkeit des älteren Bürgers. Gestürzte Patienten hätten häufig Angst, wieder zu stürzen. Dies führe zu mangelndem Selbstvertrauen und Depressionen. Dieser



Kreislauf sei im Alter oft die Tatsache und führe zu Herausforderungen, die bewältigt werden müssten. Als Arzt sehe er nicht wie Platon sechs Lebensphasen, sondern vier Altersphasen. Im ersten und zweiten Alter habe man jüngere Patienten. Dort gehe es um Prävention und Erhalt der Gesundheit. Im dritten Alter schlossen sich chronische Erkrankungen an und im vierten Alter komme das Frailty, die Gebrechlichkeit, hinzu. Als Geriater betreibe er auch noch Prävention und kurative Medizin bei den älteren Patienten, jedoch müssten sich häufig eine symptomorientierte Medizin und Palliativmedizin anschließen. Es sei ein sehr breites Spektrum, welches man als Geriater bei der Versorgung von älteren Patienten beachten müsse. Die Patienten seien öfter multimorbide, hätten eine eingeschränkte Mobilität und nähmen verschiedene Medikamente. Er habe also mit Polypharmakotherapie zu tun. Häufig seien alltägliche Fähigkeiten eingeschränkt, es bestünden Kognitionsdefizite und als Folge psychosoziale Probleme. Praktisch müsse ein ganzheitlicher Ansatz verfolgt werden. Dazu werde ein multiprofessionelles Team eingesetzt, welches aus verschiedensten Berufsgruppen wie Ärzten, Pflegern, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Psychologen und Sozialarbeitern bestehe. Die beiden hauptsächlichen Diagnosen im Alter seien kardiovaskuläre Erkrankungen wie z. B. Herzinfarkt und Schlaganfall und Erkrankungen des Bewegungsapparates wie Osteoporose und Osteoarthritis. Da die Patienten immer älter würden, hätten diese auch öfter kognitive Defizite, also verschiedene Demenzen. Kardiovaskuläre Erkrankungen seien Ursache für erhöhte Morbidität und Mortalität im Alter. Es gebe verschiedene Risikofaktoren, die Ärzte und die Gesellschaft modifizieren könnten. Dazu gehörten rauchen, Diabetes, Hypertonie usw. Er wolle sich einmal auf die Hypertonie, also den erhöhten Blutdruck, fokussieren und dabei auf die Versorgungsforschung und insbesondere auf die Blutdruckkontrolle und Blutdruckmedikamente abstellen. Weltweit steige die Zunahme von Bluthochdruck. In den letzten 40 Jahren habe sich weltweit die Zahl der Menschen, die an Bluthochdruck litten, verdoppelt. Derzeit seien dies mehr als eine Milliarde Menschen, die an Bluthochdruck litten. Dies liege zum einen am Wachstum der Bevölkerung. Insbesondere in Asien gebe es immer mehr Menschen. Zum anderen würden die Menschen immer älter, was die Zunahme insbesondere in Europa erkläre. Im Jahr 2016 seien mehr als 10 Millionen Menschen weltweit an den Folgen hohen Blutdrucks gestorben. In Deutschland hätten mehr als 20 Millionen Menschen zu hohem Blutdruck,

in den USA mehr als 100.000 Millionen Menschen. In den Top 10 der Sterbefaktoren liege auch die eingeschränkte Nierenfunktion. Die weltweit größten Sterbefaktoren müssten bei der Planung der geriatrischen Versorgung stets beachtet werden. Zur Blutdruckbehandlung und -einstellung in der Bevölkerung verweist er auf eigene Daten aus der Berliner Altersstudie. In dieser seien über 1.600 Personen aus Berlin zwischen dem 60. und 85. Lebensjahr, die noch in der eigenen Häuslichkeit lebten, untersucht worden. Es habe sich gezeigt, dass 40,6 Prozent der Hypertoniker gar keine Blutdruckmedikamente verschrieben worden seien. Nur 58 Prozent der Behandelten hätten eine Kombinationstherapie, d.h. zwei Medikamente gleichzeitig zur Blutdruckeinstellung, erhalten. Eine solche wäre aber leitliniengetreu gewesen. Nur 38,5 Prozent der Behandelten hätten gute Blutdruckwerte von unter 140/90 mmHg gehabt. Frauen, Personen mit guten Fettstoffwechseleinstellungen und auch Raucher hätten bei der Blutdruckeinstellung besser abgeschnitten. Die Qualität der Blutdruckeinstellung habe sich auch nicht durch häufigere Arztaufsuche gebessert. Er schlussfolgere daraus eine erhebliche Unterversorgung von Bluthochdruckpatienten im Seniorenalter zumindest in Berlin. Er sei sich aber sicher, dass die Zahlen in Mecklenburg-Vorpommern auch nicht besser seien. Das Thema, welche Rolle die Nierenfunktion im Alter spiele, sei so gut wie nicht untersucht. Als Nephrologe könne er aber sagen, die Dialysepatienten in Deutschland seien im Schnitt 75 bis 80 Jahre alt und es gebe keinen Unterschied zwischen Mann und Frau. Dialysepatienten seien damit eigentlich alle geriatrische Patienten. Das Allgemeinbefinden von Dialysepatienten sei nicht gut, da sie mehrmals wöchentlich zur Dialyse müssten und stark gehandicapt seien. Die Berliner Altersstudie enthalte auch Daten zur eingeschränkten Nierenfunktion in der älteren Bevölkerung. Die Häufigkeit von chronischer Nierenfunktionseinschränkung betrage 25 Prozent in dieser Studie. Dies sei zwar weniger als bei der Hypertonie, an der 77 Prozent der Studienteilnehmer litten, aber häufiger als Diabetes und Adipositas im Alter. Diese würden immer als die Volkskrankheiten bezeichnet. Chronische Niereninsuffizienz sei damit weit verbreiteter als bisher gedacht. Nur einem Prozent der Studienteilnehmer sei ein Nierendefizit überhaupt bekannt gewesen. Die Frage sei, welche Folgen eine eingeschränkte Nierenfunktion habe. Personen mit einer guten Nierenfunktion mit etwa 60 Millilitern pro Minute seien auf Grundlage geriatrischer Assessments verglichen worden mit Personen, die nur eine Funktion von 45 bis 59 Millilitern pro Minute gehabt hätten.

Einer dieser Tests sei der „time up and go-Test“. Dabei sitze der Proband, werde gebeten, aufzustehen, laufe drei Meter, drehe sich um und gehe wieder zurück. Wenn dieser das in 10 Sekunden schaffe, sei alles in Ordnung mit seiner Mobilität. Es habe sich gezeigt, dass Probanden mit eingeschränkter Nierenfunktion schlechter bei diesem Test abgeschnitten hätten als Probanden mit guter Nierenfunktion. Dies habe auch ein zweiter ähnlicher Test, der „Tinetti-Test“, bestätigt. Die eingeschränkte Nierenfunktion sei zudem unabhängig assoziiert mit vielen Medikamenteneinnahmen, erhöhtem Alter, Adipositas, Herz-Kreislauf-Ereignissen wie koronarer Herzkrankheit, schlechten Fettstoffwechselwerten und weiblichem Geschlecht. Erstmals sei damit die Nierenfunktion mit Ergebnissen eines umfangreichen geriatrischen Assessment erfasst worden. Dieses habe ergeben, dass eine eingeschränkte Nierenfunktion mit eingeschränkter Mobilität im Alter einhergehe, was zu häufigeren Stürzen, mehr Krankheiten, einer größeren Gebrechlichkeit und zu mehr Krankenhausaufenthalten führe. Er halte es für wichtig, Grundlagenforschung in der Geriatrie zu betreiben, um neue Therapieansätze im Alter zu entwickeln. Dazu, was er darunter verstehe und warum dies so wichtig sei, wolle er zwei kleine Beispiele anführen. Er selbst sei mit der Geriatrie erstmals im Jahr 2002 in Berührung gekommen. Felix Knauf, auf dessen Forschung sogar „Der Spiegel“ aufmerksam geworden sei, sei damals an ihn herangetreten. Felix Knauf habe ein Jahr sein Medizinstudium unterbrochen, um in den USA an der Taufliede zu forschen. Es sei dabei gelungen, durch Ausschaltung eines Gens, des „Indy-Gens“, das Leben der Tauflieden deutlich, nämlich um durchschnittlich 50 Prozent, zu verlängern. „Indy“ stehe dabei für „I'm not dead yet“. Die Fliegen hätten damit statt etwa 60, ca. 90 Tage gelebt. Hochgerechnet auf den Menschen mit einer Lebenserwartung von etwa 80, lebte dieser damit 120 Jahre. Felix Knauf habe damals herausgefunden, dass dies etwas mit dem Dicarboxylat-Transport zu tun haben müsse, was bedeute, dass es mit dem Atmungs- und Krebszyklus zusammenhänge. Daraufhin hätten sie gemeinsam die Transportmechanismen erforscht und festgestellt, die Ausschaltung dieses Gens führe zu kalorischer Restriktion. Die Fliegen hungerten damit leicht. Andere Versuche, bei denen Ratten und Mäusen die Kalorienzufuhr um 25 Prozent verringert worden sei, hätten ergeben, dass die Tiere dann länger lebten. Dies funktioniere auch beim Rhesusaffen. Craig Venter und James Watson hätten dann das humane Genom geknackt, d.h. alle Gene seien damals sequenziert worden. Er habe dann Datenbanken analysiert und

geforscht, ob es beim Menschen auch ein „Indy-Gen“ gebe. Ein solches habe er damals aber nicht finden können. Eine andere konkurrierende Forschungsgruppe habe später festgestellt, dass es beim Menschen ein vergleichbares Gen gebe. Dies werde weiter beforscht. Es müsse verschiedene Themen geben, um Grundlagenforschung zu betreiben und gerade in der Altersforschung neue Therapieansätze zu entwickeln. Ein weiteres Beispiel sei, wie er und sein Team im Labor an Gefäßmuskelzellen forschten, um neue Therapieansätze zur Behandlung von Bluthochdruck im Alter zu finden. Dieses könne er aus Zeitgründen jedoch nicht mehr weiter ausführen. Die Altersforschung werde in Deutschland nicht sehr intensiv betrieben. Aus diesem Grund habe das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) 2016 eine Initiative ergriffen, um die Bildung eines Netzwerkes zur Stärkung der Forschung in der Geriatrie und Gerontologie auszuschreiben. Ziel sei gewesen, in Deutschland drei neue Lehrstühle für Geriatrie an den Universitäten sowie drei neue Forschungsgruppen zu schaffen, die ebenfalls geriatrisch/gerontologisch arbeiteten. Ein Lehrstuhl sei in Siegen und einer in Greifswald/Wolgast besetzt worden. Er habe diese Stelle Ende 2019 angetreten, um den ersten Lehrstuhl für Geriatrie in Mecklenburg-Vorpommern besetzen zu können. Als Ziel dieses Lehrstuhls habe er die Verbesserung der geriatrischen Versorgung im ländlichen Raum fokussiert. Von den Themen her gehe es um Frailty, Nierenfunktion und multifaktorielle digitale Interventionsstrategien. Die vierte Lebensphase, das Frailty (die Gebrechlichkeit), habe enormen Einfluss auf den Zustand des Bürgers, wo er lebe, also in der Häuslichkeit oder in alternativen Wohnformen, und wie er sozial versorgt sei. Er sei in der Akutgeriatrie tätig und wolle darauf hinweisen, wie in Mecklenburg-Vorpommern die geriatrische Versorgung sichergestellt werden könne. Es gebe zwei Formen, nämlich die Akutgeriatrie und die geriatrische Rehabilitation. Eine Akutgeriatrie bestehe aus einer Akutgeriatrischen Hauptabteilung, in der aus seinem Verständnis heraus mehr als 20 Betten für die geriatrische vollstationäre Betreuung von Patienten vorhanden sein müssten. Eine zweite Form stelle die akutgeriatrische Behandlungseinheit mit einem fachlichen Schwerpunkt innerhalb einer Hauptabteilung dar, sodass es z. B. innerhalb einer Unfallchirurgie eine Alterstraumatologie gebe, um beispielsweise gestürzte Patienten mit einer Fraktur komplex behandeln zu können. Als dritte Form gebe es die geriatrische Tagesklinik. All dies werde in Wolgast angeboten. Ein großer Unterschied zum 240 km entfernten Berlin sei die hohe

Prävalenz von chronischer Niereninsuffizienz in der Bevölkerung Mecklenburg-Vorpommerns. Nach den Daten aus der SHIP-Kohorte hätten 53 Prozent der Bevölkerung im Alter von 65 Jahren und älter eine eingeschränkte Nierenfunktion. Dies sei zwar seltener als Hypertonie, woran 80 Prozent der Studienteilnehmer litten, aber häufiger als Diabetes und Adipositas. Er habe einen Antrag beim BMWF gestellt für die Erstaussstattung eines Geriatrie-Lehrstuhls in Mecklenburg-Vorpommern zur Abklärung von Pre-Frailty und Frailty. Untersuchungen sollten vergleichsweise bei Probanden mit guter und Probanden mit eingeschränkter Nierenfunktion erfolgen. Alle diese Teilnehmer sollten eine maximalbeste Therapie erhalten. Er habe dabei mehrere Faktoren im Auge, nämlich Assessments, Management und e-Health. Die Teilnehmerzahl solle 820 betragen. Das Akronym für diese Studie solle „MV-FIT“ sein (Mecklenburg-Vorpommern-Frailtyobservation-intervention-Trial). Dies sei das große Thema, was - sofern er die Förderung erhalte - ihn in den nächsten Jahren beschäftigen werde. Die Schwerpunkte zur bestmöglichen Therapie für die Patienten sollten Polypharmazie, Blutdruck, kognitive Einschränkungen, Risikofaktoren in der Häuslichkeit, Exerciseprogramme zur physikalischen Fitness, Augenkontrolle, Behandlung von Osteoporose und als Bindeglied die Einführung einer regionalen digitalen Gesundheitsakte sein, um diese ganzen Parameter monitoren und um soziale Aspekte oder die hausärztliche Betreuung erweitern zu können. Es gebe insbesondere vier strategische Herausforderungen der nächsten Jahre. Patienten würden stationär, ambulant und zunehmend, insbesondere durch Corona, auch digital behandelt. Dies werde auch in den nächsten Jahren so sein. Die vier Herausforderungen seien die Prävention, Ambulantisierung, Versorgungsnetzwerke und die Interdisziplinarität. Auch bei Betrachtung der Einzelpunkte müsse man sich vor Augen führen, dass es in Zukunft immer wichtiger werde, auch die Sicht des Patienten zu sehen. Es werde immer mehr patient-reported Outcomes geben, mit denen die Patienten die Therapie und deren Nutzen bewerten könnten. Dies werde zu stetigen Verbesserungen führen. Er wolle sich jetzt der Prävention widmen. Darunter verstehe man das frühzeitige Erkennen, Verhindern oder das spezifische Behandeln von Krankheiten. Hier werde es darauf ankommen, auch in Zukunft Präventionsstrategien insbesondere auch für die ältere Bevölkerung zu entwickeln. Er rede nicht nur über die primäre, sondern auch über die tertiäre Prävention. Sofern ein Patient einen Schlaganfall oder Herzinfarkt gehabt habe, stelle sich die Frage, wie ein derartiges Ereignis in Zukunft vermieden

werden könne sowie wie das soziale Umfeld sei, um diese Patienten optimal behandeln zu können. Es gehe bei Prävention auch darum, die Pre-Frailty, also die Vor-Form von Frailty, frühzeitig zu erkennen, um den Eintritt der Gebrechlichkeit und damit Stürze und andere Folgen der Frailty zu verhindern. Denn dies führe zu häufigen Krankenhausaufenthalten der älteren Patienten. Auch eine genetische Risikoeinschätzung für bestimmte Krankheiten, die in der allgemeinen Bevölkerung häufig aufträten, sei wichtig. Das große Stichwort bei der Prävention sei das „gesunde Altern“, welches seiner Ansicht nach noch nicht ausreichend im Fokus stehe. Dieses Thema bewege die Menschen jedoch bereits ab einem Alter von Ende 50/Anfang 60 und werde in den nächsten Jahren die Medizin weiter beschäftigen. Wichtig für die Prävention vor dem Hintergrund des „gesunden Alterns“ seien präventive Hausbesuche, die weitere Ausnutzung der Möglichkeiten von Pflegestützpunkten und die Weiterentwicklung alternativer Wohnformen. Ein großes Thema sei auch der Gesundheitstourismus. Daran müsse weiter gearbeitet werden. Man benötige zudem Hochschulambulanzen, um auch die Phase des Pre-Frailty im Fokus zu haben. Für das subjektive Wohlbefinden müsse sich nicht nur in der Medizin aufgestellt werden, sondern auch mit anderen Gesundheitsberufen Hand in Hand gearbeitet werden. Das nächste Thema sei die Ambulantisierung. In den letzten Jahren habe diese verstärkt stattgefunden. Vor Jahren sei die Diabetesbehandlung noch stationär durchgeführt worden, nun vollständig ambulant. Auch viele Chemotherapien seien früher stationär erfolgt und nun ambulant. Er denke, dies werde weitergehen und große Teile der stationären Versorgung würden durch ambulante und telemedizinische Versorgung abgelöst werden würden. Dies werde bei gleicher oder sogar höherer Qualität in verschiedenen Fachgebieten erfolgen. Dabei müsse man sich aber Gedanken machen über die Mobilität der Patienten im ländlichen Raum. Der Patient müsse so mobil sein, dass er die ambulanten Versorgungsformen auch erreichen könne. Wichtig sei zudem eine enge Kooperation zwischen regionalen ambulanten und stationären Gesundheitsversorgern, um diese Form der Ambulantisierung weiter vorantreiben zu können. Man müsse sich auch Gedanken über regionale Versorgungsbudgets machen. Bestimmte Versorger müssten freiwillig miteinander kooperieren. Gegebenenfalls müsse man dafür finanzielle Anreize schaffen. Auf das große Thema Fachkräftemangel werde er später zurückkommen. Eine weitere Herausforderung sei, dass eine fortschreitende Spezialisierung in der Medizin beobachtet werden könne.

Dies führe zwar zu einer optimaleren Behandlung durch passendere Spezialisten, aber es müssten Grenzen zwischen den verschiedenen Disziplinen und Organen überwunden werden. Interdisziplinarität müsse gefördert werden. Wie dies in den Bereichen ambulant, stationär und digital erfolgen könne, müsse in den nächsten Jahren entwickelt werden. Erforderlich sei eine enge Kooperation zwischen regionalen ambulanten und stationären Gesundheitsversorgern. Man müsse sich vor Augen halten, dass die Geriatrie eine Spezialdisziplin sei, aber aufgrund der demografischen Entwicklungen in Mecklenburg-Vorpommern eigentlich zur Allgemeinmedizin werde. Das typische Charakteristikum älterer Menschen sei Multimorbidität. Dafür müssten ausreichend akutgeriatrische Hauptabteilungen ausreichender Größe vorhanden sein, um eine fach- und altersgerechte Versorgung gewährleisten zu können. Zur Gewährleistung der Qualität müssten in einer geriatrischen Hauptabteilung mindestens 20 Betten vorhanden sein. Patienten müssten entsprechend identifiziert werden, um gleich in die geeignete geriatrische Fachabteilung zu kommen und eine fachgerechte Behandlung zu erhalten. Dazu müssten in den Notaufnahmen flächendeckend entsprechende Instrumente eingesetzt werden. Ein Beispiel sei der ISAR-Score, der flächendeckend in den Notaufnahmen in Nordrhein-Westfalen eingeführt worden sei. In Mecklenburg-Vorpommern sei man davon noch weit entfernt. Die letzte Herausforderung, die er ansprechen wolle, seien Versorgungsnetzwerke. Für ältere Menschen in Mecklenburg-Vorpommern sei eine Netzwerkmedizin der Universitäten zusammen mit starken Partnern angemessen und sinnvoll. Er denke, dass die Qualitätsführerschaft durch die Universitäten wichtig sei, um eine beste digitale Vernetzung zwischen Versorgern und ambulanten Kooperationspartnern aufbauen und gewährleisten zu können. Ein Beispiel dafür könnte die geriatrische Fallakte sein. Auch bei den Versorgungsnetzwerken gehe es um die Mobilität der älteren Patienten im ländlichen Raum und die Möglichkeiten, ambulante und vollstationäre Medizin mit der Pflege zu koordinieren. Ausgebaut werden müssten die Kurzzeitpflege vor Ort und die Telepflege. Damit müsse man sich in den nächsten Jahren in Mecklenburg-Vorpommern beschäftigen. Ein großes Problem sei der Fachkräftemangel. Hier müssten Lösungen gefunden werden. In Mecklenburg-Vorpommern werde sehr viel über Pädiatrie geredet. Glücklicherweise gebe es aber noch flächendeckend Pädiater. In der Altersmedizin gebe es hingegen sehr große Lücken in der spezialisierten Versorgung. Damit müsse man sich in Zukunft mehr

beschäftigen. Thema seien auch die neuen Gesundheitsberufe und zwar gerade auch im IT-Bereich. Es sei nur eine Frage der Zeit, bis sich diese Berufe entwickeln würden. Dies müsse im Land koordiniert werden. Forschung sei gerade im Bereich der Alters- und Lebenslaufforschung wichtig. In Deutschland gebe es nur wenige Lehrstühle für Geriatrie. In Berlin gebe es mit 3,7 Millionen Einwohnern 230 Prozent mehr Einwohner als in Mecklenburg-Vorpommern mit 1,6 Millionen Einwohnern. Für das kleine Fach der Nephrologie gebe es in Berlin eine W3-Professur, also einen Lehrstuhl, und fünf Stellen für W2-Professuren. Eine W3-Professur sei gerade ausgeschrieben worden und demnächst werde eine Heisenberg-Professur hinzukommen. In Mecklenburg-Vorpommern gebe es eine W3-Professur für Geriatrie und eine W1-Professur sei ausgeschrieben worden. Das Fachgebiet sei damit in Mecklenburg-Vorpommern noch völlig unterentwickelt im Vergleich zu den anderen Gebieten der Inneren Medizin. Hinsichtlich anderer Forschungsaktivitäten gebe es in den USA das National Institute of Health Institute, wo auch ein Institute on Aging vorhanden sei. Vor einigen Jahren habe man die Deutschen Zentren der Gesundheitsforschung geschaffen. Diese seien eigentlich nur auf sechs Gebieten aktiv, nämlich den Bereichen der Infektionskrankheiten, der Herz-Kreislauf-Krankheiten, der Lungenkrankheiten, Krebs, der neurodegenerativen Krankheiten und der Diabetesforschung. Das gemeinsame Ziel dieser Einrichtungen sei die Vorsorge und die Verbesserung der Diagnose. Ein Institut für Altersforschung gebe es nicht. In Mecklenburg-Vorpommern gebe es ein Institut zur Infektionsforschung und zur Herz-Kreislauf-Forschung. Die übrigen Institute seien in anderen Teilen Deutschlands verteilt. Er wolle seinen Vortrag damit abschließen und freue sich auf eine rege Diskussion.

Vors. **Jörg Heydorn** bedankt sich bei Herrn Prof. Dr. Gollasch. Er sehe ganz erhebliche Herausforderungen im Bereich der Altersmedizin. In der letzten Anhörung zu den Themen Diabetes und Ernährungswissenschaften sei die Bedeutung von Prävention bereits angeführt worden. Er fragt, ob es in Mecklenburg-Vorpommern Bereiche gebe, in denen man beim Thema Geriatrie bereits gut aufgestellt sei.

**Prof. Dr. Maik Gollasch** sehe einen riesigen Bedarf. Es gebe die ersten Hauptabteilungen, die im Land verteilt seien, sowie geriatrische Rehabilitationskliniken. Dies sei der richtige Ansatz. Möglichkeiten der vollstationären



Behandlung seien vorhanden, müssten aber deutlich weiter ausgebaut werden. Wichtig sei auch der Bundesverband der Geriatrie, wo bestimmte Qualitätskriterien, wie z. B. Stellenschlüssel und Anforderungen an Therapiegruppen, zusammengefasst worden seien. Eine bestimmte Bettenanzahl und qualifizierte Fachabteilungen seien für die Qualität wichtig und es sollten bestimmte Screening-Instrumente ähnlich dem erwähnten ISAR-Score eingeführt werden. Wie weit dies bereits flächendeckend umgesetzt sei, könne er noch nicht beurteilen, da er sich noch nicht so lange in Mecklenburg-Vorpommern aufhalte. In Wolgast und Greifswald seien zumindest die Strukturen dafür geschaffen worden. Durch Corona habe es Rückschläge gegeben, aber er sehe die Region auf dem richtigen Weg.

Vors. **Jörg Heydorn** habe eine Nachfrage zur Aussage, man brauche Akutstationen mit mehr als 20 Betten. Er wolle wissen, ob es diese geriatrischen Spezialabteilungen mit mehr als 20 Betten neben Wolgast auch in anderen Krankenhäusern in Mecklenburg-Vorpommern gebe.

**Prof. Dr. Maik Gollasch** lägen dazu keine Erkenntnisse vor. Dies müsse man eruieren und im Krankenhausplan entsprechend darstellen. Darin seien geriatrische Betten seines Wissens nach nicht einzeln ausgewiesen, sondern liefen unter Innerer Medizin mit.

Abg. **Dr. Gunter Jess** habe es gewundert, dass Prof. Dr. Gollasch die Ambulantisierung bei den älteren Patienten hervorgehoben habe. Die angesprochenen Probleme sprächen gerade dagegen. Insbesondere bei weniger mobilen Patienten sei doch eigentlich die stationäre Behandlung vorzuziehen.

**Prof. Dr. Maik Gollasch** erklärt, dies sei ein globaler Trend und man könne viele Sachen, bei denen man es früher nicht erwartet habe, ambulant machen. Ein Beispiel seien Herzkatheteruntersuchungen, welche früher immer stationär durchgeführt worden seien. Heutzutage sei dies auch ambulant möglich. Auch in der Rheumatologie seien in der Vergangenheit viele Antikörpertherapien, die heute ambulant durchgeführt würden, stationär gemacht worden. Daraus werde der Druck entstehen, einige Therapieformen nicht mehr stationär durchzuführen, da diese von den Krankenkassen

nicht mehr bezahlt würden. Dann müsse man sich Gedanken darüber machen, was für den älteren Patienten dabei besonders wichtig sei und insbesondere das Thema Mobilität klären. Die Entwicklung sei aber ganz klar. Auch die Diabeteseinstellung sei früher stationär in zwei Wochen erfolgt und werde heute nur noch ambulant gemacht.

Abg. **Dr. Gunter Jess** führt an, er hätte sich diesbezüglich gewünscht, dass Prof. Dr. Gollasch davon abrate, ältere Patienten nur ambulant zu behandeln.

**Prof. Dr. Maik Gollasch** antwortet, es habe auch Chancen, bestimmte Behandlungen ambulant durchzuführen. Dies könne teilweise sogar mit höherer Qualität erfolgen. Man müsse sich dann eben Gedanken machen, wie man die Versorgungsnetzwerke zwischen ambulanter und stationärer Versorgung gestalte, wie die geriatrische Fallakte dabei elektronisch eingebunden werden könne sowie welche sonstigen digitalen Möglichkeiten bestünden. Es gebe Seniorenresidenzen, an die gleich der Hausarzt, der Friseur, die Apotheke und physiotherapeutische Praxen angegliedert seien. Diese Angebote nehme die ältere Bevölkerung gerne an. Solche Chancen sollten im Rahmen der Ambulantisierung genutzt werden, um zukunftssträchtige Modelle zu entwickeln.

Vors. **Jörg Heydorn** weist darauf hin, die Kommission habe dieses Thema bereits aufgegriffen. Die entsprechende Anhörung habe ergeben, dass Mecklenburg-Vorpommern es derzeit nicht schaffe, das vorhandene Ambulantisierungspotential auszunutzen, da nicht klar sei, wie die Unterstützung nach der ambulanten Maßnahme erfolgen könne. Er glaube auch, dass die Ambulantisierung weiter voranschreiten werde. Dann müsse aber auch die Frage geklärt werden, wie eine nachgelagerte Unterstützung für diejenigen Personen zu gewährleisten sei, die nach der Behandlung mit Unterstützungsbedarf in die eigene Häuslichkeit zurückkehrten.

**Monika Petau** (Krankenhausgesellschaft M-V - Leiterin Ref. III - Planung) habe festgestellt, dass gerade die gleiche Diskussion zur stationären Versorgung in der Geriatrie wie im Jahr 2015 geführt werde. Es sei sehr schwer für einen Gutachter oder

andere außen stehende Personen, die Situation in Mecklenburg-Vorpommern zu erfassen. Da Geriatrie kein Fachgebiet entsprechend der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer sei, werde diese im Krankenhausplan nicht als Fachabteilung ausgewiesen. Vor diesem Hintergrund gebe es den Abschnitt „geriatrische Versorgung“ im Krankenhausplan, der gerade aktualisiert worden sei. Unter diesem Abschnitt würden 14 Krankenhäuser aufgeführt, die die geriatrische Versorgung stationär in Mecklenburg-Vorpommern durchführten. Neben Wolgast hätten auch vier andere Krankenhäuser eine Tagesklinik für Geriatrie. Aufgrund der schlechten Darstellung wegen fehlender Fachabteilungsanerkennung sehe es immer so aus, als finde keine Geriatrie statt. Das stimme aber nicht. Das gleiche gelte für die Palliativmedizin.

**Uwe Borchmann** (Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft M-V) ergänzt, er habe in seiner früheren Position eine der ersten dieser geriatrischen Einheiten in Mecklenburg-Vorpommern eröffnet. Die Diskussion darüber, ob man über eine geriatrische Fachabteilung oder über eine geriatrische Einheit spreche, sei aus zwei Gründen heraus entstanden. Zum einen aus der Emanzipation der Geriater heraus. Diese stellten quasi eine Weiterbildung auf Basis eines ursprünglichen Facharztes dar. Meistens seien dies Internisten. Grundsätzlich könne nun aber jeder Facharzt eine Weiterbildung zum Geriater machen. Dies sei eine Emanzipation des eigenen Faches, was zu einer eigenen Fachabteilung unter chefärztlicher Führung führe. Der andere, wichtigere Grund sei die Frage der Philosophie, die in den Krankenhäusern diskutiert werde. Herr Prof. Dr. Gollasch habe richtig dargestellt, dass es einen Unterschied mache, ob ein Patient aufgrund seiner geriatrischen Erkrankung stationär betreut werde oder ob ein Patient das Krankenhaus primär aufgrund einer Erkrankung aufsuche, die nichts mit seinem Alter und seiner Multimorbidität zu tun habe, dieser aber aufgrund seiner altersbedingten Einschränkungen und seiner Multimorbidität trotzdem eine geriatrische Betreuung benötige und zwar gegebenenfalls unter Führung und in Kooperation mit dem Primärfach. Aus seiner langjährigen Erfahrung könne er sagen, er sei ein Verfechter davon, in den Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung die Geriatrie als Einheit vorzuhalten mit einer kleinen Zahl an eigenen Betten, aber einer hohen konsiliarischen Klärwirkung in den Primärfachabteilungen Chirurgie und Innere Medizin. Insbesondere seien die

chirurgischen Patienten diejenigen, die z. B. nach Hüftgelenksfrakturen sehr stark kooperativ betreut, von der Chirurgie auf die Geriatrie übernommen und dort chirurgisch, konsiliarisch oder anders weiterbehandelt würden. Das Auseinanderdividieren durch die stärkere Struktur eigener Fachabteilungen für den Bereich der Grund- und Regelversorgung habe ihm nie gefallen. Für den Bereich der Spezialversorgung brauche man auch große Geriatrien im Land mit einer entsprechenden Weiterbildungskompetenz und Spezialisierung auch innerhalb der Geriatrie mit dem nephrologischen Behandlungsbild. Daher sei die Mischung, wie sie derzeit im Land vorliege und auch im Krankenhausplan abgebildet sei, aus seiner Sicht exzellent. Sie ermögliche die Existenz dieser beiden stationären Bereiche nebeneinander, nämlich einer kleinen Anzahl richtiger geriatrischer Fachabteilungen und einer großen Anzahl geriatrischer Einheiten im Bereich der Grund- und Regelversorgung. Des Weiteren gebe es als weiteres Alleinstellungsmerkmal vier geriatrische Rehabilitationskliniken mit teilweise unterschiedlichen Schwerpunkten, wie z. B. Neurogeriatrie, im Land. Als Kritikpunkt führe er an, er sei nicht sicher, ob das mit der Ambulantisierung an dieser Stelle funktioniere. Die Ärztekammer könne sich sicherlich an Diskussionen zur Herzkatheterversorgung erinnern, die zur Frage der Mindestqualität im stationären Sektor geführt worden seien. Die Krankenhausgesellschaft M-V habe argumentiert, die Herzkatheterversorgung bedürfe einer gewissen Nachbetreuung. Diese sei aber in Krankenhäusern, die nicht rund um die Uhr entsprechende Fachleute vorhielten, schwer zu gewährleisten. Vor diesem Hintergrund stelle die ambulante Entlassung eines geriatrischen Patienten ein großes Risiko dar. Bevor dies in der Praxis umgesetzt werden könne, müsse die Medizin noch weite Wege gehen. Dies werde irgendwann so sein, jedoch könne nicht gesagt werden, wann.

**Henning Kutzbach** (Geschäftsführer der Landesvertretung Barmer M-V) weist darauf hin, bei Einrichtung einer geriatrischen Fachabteilung in einem Krankenhaus, unabhängig von der Größe und davon, ob es sich um einen Grund- und Regelversorger oder Maximalversorger handele, brauche man das entsprechende geriatrische Fachpersonal. Er habe immer wieder gehört, dass dies gar nicht möglich sei, da es nicht genug Geriater auf dem Markt gebe. Er möchte wissen, ob sich dies in den nächsten Jahren ändern könne, indem viele junge Geriater ausgebildet würden,

die auch bereit seien, in die ländlichen Regionen des Flächenlandes Mecklenburg-Vorpommern zu gehen.

**Prof. Dr. Maik Gollasch** habe bereits angeführt, ihm sei der enorme Fachkräftemangel in Mecklenburg-Vorpommern aufgefallen, als er von Berlin nach Wolgast und Greifswald gekommen sei. Geriatrie sei, auch wenn dies in der Inneren Medizin erfolge, nicht so begehrt wie Kardiologie oder andere Fachrichtungen. Dem müsse man sich stellen. Dies betreffe nicht nur die Fachärzte, sondern auch z. B. die Ergotherapie. Dort bestehe ein riesiges Problem, Ergotherapeuten zu finden. Das Fach Geriatrie müsse attraktiver werden. Er habe etwas provokativ angeführt, das Fach Geriatrie werde zur Allgemeinmedizin. Fachkompetenz sei essentiell, um so multiprofessionell und komplex ältere Menschen behandeln zu können. Er hoffe, dass sich dies bessern werde. Man müsse mit dem Fach Geriatrie früher in die Studentenausbildung gehen, z. B. in der Famulatur, um dieses attraktiver zu machen. Nachwuchs müsse früh gebunden werden. Man müsse darauf hinwirken, dass die Studenten aus Rostock und Greifswald auch nach dem Studium in der Region blieben. Möglicherweise müsse man auch den Personen, die beispielsweise einen Bachelor in der Biologie, der Mathematik oder Physik gemacht hätten, Chancen geben, als Quereinsteiger mit naturwissenschaftlichem Interesse ein Medizinstudium anzuschließen. Es könne zudem überlegt werden, ob man den Physician Assistant mehr in die Geriatrie einführe, um auch Arbeitserleichterungen für die Ärzte zu schaffen. Dies seien erste Ideen, die in der Kommission weitergeführt werden könnten.

Vors. **Jörg Heydorn** erinnert an den Beitrag von Dr. Axel Holz (Referent bei der AOK Nordost) in einer der letzten Veranstaltungen, der darauf hingewiesen habe, die Situation werde sich noch einmal verschärfen, wenn die jetzige Baby-Boomer-Generation das Alter von etwa 80 Jahren erreiche. Dies werde in den 2030er-Jahren der Fall sein.

**Prof. Dr. Steffen Fleßa** (Lehrstuhlinhaber für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre und Gesundheitsmanagement an der Universität Greifswald) erklärt, es gebe neben der Versorgungsseite auch die ökonomische Kostenseite. Der ältere Patient sei mit Ausnahme der Neugeborenen der teuerste Patient. Eine alternde Bevölkerung führe

damit zu erheblichem Anwachsen der Gesundheitsausgaben. Daher seien Maßnahmen, wie z. B. die Ambulantisierung und die Prävention, nicht nur human und medizinisch gut, sondern auch im Hinblick auf die Kosten und die Konsolidierung der Krankenkassen von ganz großer Bedeutung. Es gebe leider nicht sehr viele Daten dazu, ob die derzeitigen DRGs für die Versorgung geriatrischer Patienten kostendeckend seien. Dies sei wahrscheinlich in weiten Bereichen nicht der Fall, sodass hier präventive Arbeit und Professionalisierung der geriatrischen Arbeit auch Krankenhäusern in ihrer wirtschaftlichen Situation deutlich helfen.

Vors. **Jörg Heydorn** dankt für diesen interessanten Aspekt. Da keine weiteren Nachfragen bestehen, dankt er Herrn Prof. Dr. Gollasch herzlich dafür, dass er der Kommission zur Verfügung gestanden habe.

## **PUNKT 2 DER TAGESORDNUNG**

Beratung und Abstimmung des gemeinsamen Antrages der Ärztekammer M-V und Kassenärztlichen Vereinigung M-V vom 29.12.2020 (KDRs. 7/30)

Vors. **Jörg Heydorn** fragt die Antragsteller, ob es den Wunsch gebe, den Antrag nochmal vorzustellen.

**Axel Rambow** (Vorsitzender des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung M-V) erläutert, dieser Antrag sei bereits im letzten Jahr gestellt worden und entspreche in Teilen der Stellungnahme der Kassenärztlichen Vereinigung M-V (KVMV) vom September 2020. Es sei der KVMV bewusst, dass der Antrag die Bundesgesetzgebung betreffe. Er sei trotzdem in der Kommission gestellt worden, weil die Auswirkungen von Medizinischen Versorgungszentren (MVZs) mittlerweile in Mecklenburg-Vorpommern angekommen seien. Das Land Mecklenburg-Vorpommern solle sich für eine Reform der Gesetzgebung auf der Bundesebene einsetzen. Das Problem sei mehrschichtig. Es beginne mit dem Handeln von vertragsärztlichen Zulassungen aus wirtschaftlichen Gründen. Dieses Problem habe bereits vor Einführung der MVZs bestanden, habe aber mit Bildung der MVZs ab 2003 eine neue Dimension erreicht, da nun auch kapitalstarke Investoren und Krankenhäuser dort eingreifen könnten. Damit würden ganz andere Beträge aufgerufen und das Gleichgewicht zwischen Einzelpersonen, wie es früher bestanden habe, aufgehoben. Große, kapitalstarke Firmen könnten deutlich besser agieren und die wirtschaftlich interessanten Zulassungen aufkaufen. Das zweite Problem liege in der Nachbesetzung. Ein solcher Verkauf erfolge grundsätzlich über einen Praxisinhaber, der dann noch einige Zeit im MVZ angestellt bleibe. Dies nenne sich Verzicht zugunsten einer Anstellung. Wenn dieser Arzt dann in den Altersruhestand gehe, müsse dieser Sitz nachbesetzt werden. Das sei im vertragsärztlichen Bereich relativ klar geregelt. Es werde der Zulassungsausschuss tätig und prüfe nach einem gesetzlich festgelegten Kriterienplan die Eignung für die Nachbesetzung. Dieses Verfahren entfalle bei der Nachbesetzung von MVZs. Dies sei bedauerlich, da so auch fachungleiche Nachbesetzungen erfolgen könnten. So könne eine internistische

Besetzung beispielsweise durch einen Rheumatologen, einen Kardiologen oder einen Nephrologen ersetzt werden, ohne dass der Zulassungsausschuss darauf Einfluss nehmen könne. In der Folge entstünden häufig Versorgungsprobleme. Es werde daher gefordert, dass auch bei der Nachbesetzung von MVZs der Zulassungsausschuss miteingebunden werde. Eine weitere Forderung sei, dass kein dauerhafter Verbleib von Zulassungen in MVZ-Strukturen erfolge. Im vertragsärztlichen Bereich sei diesbezüglich geregelt, dass die Zulassung maximal für die Lebensarbeitszeit des Arztes beim Arzt verbleiben könne. Dieser scheide dann in der Regel mit Eintritt des Rentenalters aus und die Zulassung werde neu vergeben. Beim MVZ sei dies anders. Wenn die Zulassung einmal beim MVZ sei, könne diese dort grundsätzlich unbegrenzt nachbesetzt werden. Dies führe zu großen Konglomeraten von MVZs, insbesondere bei Krankenhäusern sowie Kapitalinvestoren und stehe inzwischen unter Beobachtung des Bundeskartellamtes. Es entwickelten sich Strukturen, die nicht nur einzelne Orte oder Regionen betreffen, sondern sogar die Länder und den Bund. Das sei sehr kritisch zu betrachten, da eine Gefahr für die Versorgung bestehe, wenn die Strukturen weiterverkauft würden. Wenn große Krankenhausträger einzelne Kliniken veräußerten, gehe das oft mit einem Verkauf der ambulanten Strukturen, den MVZs, einher. Die Auswirkungen hingen von der Struktur und Strategie des Konzerns ab. Diese Strukturen gebe es mittlerweile auch in Mecklenburg-Vorpommern und daher gebe es die Bitte um Diskussion und letztlich Zustimmung zu dem vorliegenden Antrag.

Vors. **Jörg Heydorn** merkt an, die Krankenhausgesellschaft M-V (KGMV) habe zu dem Antrag eine Stellungnahme (K Drs. 7/31) abgegeben. Er fragt, ob es bei der KGMV den Wunsch nach Erklärung gebe.

**Uwe Borchmann** gibt an, in der schriftlichen Stellungnahme zeigten sich sogar einige inhaltliche Übereinstimmungen mit der Kassenärztlichen Vereinigung M-V (KVMV). Herr Rambow habe geschrieben, die Kombination aus dem derzeitigen Zulassungswesen, mit der Möglichkeit der Einbringung von Zulassungen in MVZs und darüber zu erzielende Kaufpreise, sei durch den Gesetzgeber falsch gelöst worden. Nur durch diese Einbringung und den gleichzeitigen Handel sei ein Markt entstanden, der, wie Herr Rambow richtig angemerkt habe, durch die Höhe der Preise gesteuert



werde. MVZs könnten niedergelassenen Ärzten ein höheres Angebot für die Einbringung ihrer Zulassung machen als ein einzelner Nachfolger. Die Kritik an der Frage des Zulassungshandels teile er grundsätzlich. Allerdings sei das Geschäft nicht primär durch Kapitalgesellschaften oder Krankenhäuser entstanden, sondern durch das System der Niederlassung und den Handel in gesperrten Zulassungsbezirken. Die Entstehung liege also vor dem Auftreten von MVZs. Wie der bald zu diskutierende AfD-Antrag (KDRs. 7/35) bestärkten die Forderungen der KVMV den Gedanken, dass der einzelne niedergelassene Arzt genauso Unternehmer sei. Die Abgabe des Unternehmens erfolge meist an das höchste Gebot. Aus eigener Erfahrung wisse er jedoch, dass viele niedergelassene Ärzte andere Wege gingen und sich für Wege mit weniger Geld entschieden hätten. Auf der anderen Seite habe es Großpraxen unter Führung niedergelassener Ärzte gegeben, bei denen der Inhaber keinen niedergelassenen Arzt als Nachfolger finden könne. Gründe seien eine hohe Risikoaversion und der Wunsch nach Teilzeit. Um die ambulante Versorgung sicherzustellen, dürfe daher die generelle Betreuung von MVZs und damit die Möglichkeit, Ärzte anzustellen, nicht hinterfragt werden. Die Trägerschaft und das Unternehmertum seien nicht davon abhängig, ob es sich um eine von niedergelassenen Ärzten gegründete GmbH oder ein Krankenhaus handle. Die KGMV stimme der KVMV grundsätzlich zu, dass die Frage der rein renditenorientierten Investition von Kapitalgesellschaften, teilweise sogar aus dem Ausland, in MVZs wohl schon über die Idee der Versorgung hinaus gehe. Hauptgrund für die Ablehnung des Antrages in weiten Teilen sei die wesentliche Botschaft "zurück, wie es mal war", die in dem Antrag der AfD noch stärker erkennbar werde. Dies sei der falsche Weg zur Lösung der Versorgungsprobleme. Aufgabe der Enquete-Kommission sei es, bestmögliche stationäre und ambulante Versorgungswege zu gewährleisten und dabei spiele die Trägerschaft von Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten bei MVZs eine elementare Rolle. Den Gesetzgeber aufzufordern, für mehr Gerechtigkeit im Zulassungshandel zu sorgen, sei eine politische Einstellung, die von der Parteizugehörigkeit und persönlichen Meinung abhängen. Insbesondere dort, wo niedergelassene Ärzte keine Nachfolger gefunden hätten, habe es Einbringungen von Zulassungen gegeben, die dann durch Krankenhäuser übernommen worden seien. Leider erfolge mittlerweile auch eine Rückgabe der Zulassungen von Krankenhäusern, da die Nachbesetzung nicht gelinge, gerade in den Bereichen der Haut- und

Geschlechtskrankheiten sowie der Augenheilkunde. Daher seien weitere Einschränkungen und damit der vorliegende Antrag aus seiner Sicht abzulehnen. Es handele sich um einen politischen Antrag, den er verstehe, der aber nicht förderlich für die medizinische Versorgung sei.

Vors. **Jörg Heydorn** gibt an, er habe heute mit Prof. Dr. med. Crusius (Präsident der Ärztekammer M-V) gesprochen. Dieser habe erklärt, dass über den Antrag jetzt entschieden werden solle. Daher müsse sich der Vors. nun eine Position erarbeiten. Ihm gehe es wie Herrn Borchmann. Er sei kein Freund davon, wenn große Finanzinvestoren MVZs kauften oder gründeten, wobei sich das in Mecklenburg-Vorpommern wohl auf größere Gemeinden beschränke. Es gebe mehrere Phasen in der Enquete-Kommission. Nach der Vorlage des Gutachtens komme die Entwicklung von Handlungsempfehlungen. Er sei bereit, die Forderungen des Antrages später wieder aufzugreifen und gegebenenfalls zu unterstützen. Wenn über den Antrag heute entschieden werde, könne er diesem nicht zustimmen, da er grundsätzlich die Meinung von Herrn Borchmann teile. Aufgabe der Kommission sei die Sicherstellung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern. Offensichtliche Tendenzen seien zur Kenntnis zu nehmen. Eine Konzentration werde nicht nur im stationären, sondern auch im ambulanten Sektor erfolgen. Dann stelle sich die Frage, wo es noch Versorgungsangebote gebe. Er habe Verständnis für Interessenvertretungen, doch für ihn stehe die Gewährleistung einer guten Versorgung im Vordergrund. Daher halte er die Beschränkungen bei MVZs für problematisch. Es betreffe nicht nur Finanzinvestoren, sondern z. B. auch MVZs mit öffentlicher Trägerschaft. Der Antrag der AfD-Fraktion (K Drs. 7/35) sei kurzfristig gekommen und daher erst heute in einigen Arbeitskreisen besprochen worden. Daher werde der Antrag erst auf die Tagesordnung der 14. Sitzung am 3. März 2021 gesetzt.

**Prof. Dr. med. Andreas Crusius** erklärt, die Ausführungen von Herrn Rambow ergänzen zu wollen. Es gebe noch die Zuweisung gegen Entgelt – “wes Brot ich ess, des Lied ich sing”. Insofern gebe es von Kliniken gekaufte MVZs, deren Arztsitze nicht voll besetzt seien. Es gebe Beispiele, bei denen die Praxen nur 3 Stunden am Tag geöffnet hätten. Damit sei die Sicherstellung der ambulanten Versorgung nicht gewährleistet, da es nicht mehr primär um die Versorgung gehe, sondern um die

Zuweisungen von Patienten. Der Kauf von MVZs erfolge nicht nur durch Klinikketten, sondern z. B. auch durch das Pharmaunternehmen Fresenius, das den Verkauf seiner Produkte als Ziel habe. Zum anderen gebe es ein freies Gesundheitswesen. Jungen Medizinerinnen solle eine freie Niederlassung ermöglicht werden. Das sei für einige die Lebenserfüllung. Es gebe auch Augenärzte mit dem Wunsch sich niederzulassen. Das sei jedoch aufgrund aufgekaufter Zulassungen nicht möglich. Um diese Fehlentwicklung aufzuhalten, müsse etwas getan werden. Eine flächendeckende Versorgung sei auch in ländlichen Gebieten anzustreben. Dort gebe es jedoch für Krankenhäuser aufgrund weniger Zuweisungen kaum Anreize, MVZs zu eröffnen. Die Betreibung von MVZs durch Kapitalgesellschaften oder kommerzielle Unternehmen, die mit der medizinischen Versorgung nichts zu tun hätten, sei abzulehnen. Daher sei der vorliegende Antrag eingebracht worden. Selbst Ärzte, die auch in der Politik tätig seien, könnten ihrer Praxis keine Sitze mehr zuordnen, da sie von Kliniken ausgebootet würden. Gesundheitswesen sei Daseinsvorsorge des Staates. Die Mehrung des Kapitals sei keine ärztliche Aufgabe. Das geschehe durch die Geschäftsführungen an Universitätskliniken.

Vors. **Jörg Heydorn** merkt an, dies sei kein Diskussionsgegenstand der Enquete-Kommission.

**Prof. Dr. med. Andreas Crusius** meint, man sei zusammen für die Sicherstellung der Versorgung zuständig und deswegen sei der Antrag eingebracht worden. In einer Sitzung der Bundesärztekammer habe ein Gespräch mit dem Vorsitzenden der CDU-Fraktion im Bundestag stattgefunden. Dieser habe gefragt, warum die Universitätskliniken nicht mehr Landeskinder immatrikulierten. Aktuell würden armen Ländern die Mediziner weggenommen werden. Dies stütze den anderen Antrag der Ärztekammer M-V (K Drs. 7/24).

Vors. **Jörg Heydorn** weist darauf hin, das gehöre nicht mehr zu dem aktuellen Antrag.

**Prof. Dr. Steffen Fleßa** sei von dem Antrag überrascht worden. Er habe nach Evidenz für die vorgebrachten Argumente gesucht und dabei auf gängige und graue Literatur zurückgegriffen. Aus beiden Meinungslagern gebe es verschiedene Statements.

Manche Stimmen forderten, den Betrieb von MVZs allen zu ermöglichen und andere, dieses Recht nur Freiberuflern zu gewähren. Er fragt, ob es Evidenz gebe, dass das eine oder das andere schädlich für die Versorgung sei. Damit meine er nicht persönliche Erfahrungen, sondern wissenschaftliche Studien. Nur auf solch einer Grundlage könne er heute darüber entscheiden.

**Axel Rambow** antwortet Prof. Dr. Fleßa, es gebe Untersuchungen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi), was die Bedeutung von MVZs für die Versorgung angehe. Dies sei öffentlich auf der Webseite einsehbar. Dabei werde auch auf die Auswirkungen eingegangen, wenn niedergelassene Stellen durch MVZs aufgekauft würden. In Richtung von Herrn Borchmann erklärt er, bei dem Thema Anstellung gebe es keine Differenzen. Die Entwicklung sei nicht aufzuhalten, mittlerweile seien ca. ein Viertel der Ärzte in einem Anstellungsverhältnis. Was er sehr bemerkenswert finde, sei die Aussage des Vors. Jörg Heydorn, dass bestimmte Tendenzen einfach zu akzeptieren seien. Das sehe er nicht so. Die ambulante Dialyseversorgung in Mecklenburg-Vorpommern sei komplett in den Händen des Konzerns NephroCare. Es bestehe eine Gefahr für die Versorgung, wenn sich der Konzern dazu entscheide, sich aus Mecklenburg-Vorpommern zurückzuziehen. Diese Entwicklung gebe es in vielen Bereichen, wo Kapitalinvestoren gezielt hochinteressante Fachgebiete aufkauften. Das betreffe die Dialyse, Radiologie und große Teile der Labormedizin. Hierzu bitte er vor der Abstimmung des Antrages um ein Statement des Vors.

Vors. **Jörg Heydorn** erklärt, die Übernahme von Helios durch Fresenius habe er damals als Dambruch bezeichnet. Es sei klar gewesen, dass Fresenius das Instrument Helios für die eigene Geschäftspolitik nutzen werde. Wenn er sage, einige Tendenzen seien nicht aufzuhalten, meine er damit die Entwicklung der Versorgung. Ein Trend sei die Bevorzugung einer Anstellung gegenüber der Freiberuflichkeit, der durch die Feminisierung der Medizin wohl weiter zunehme. Außerdem sei die ärztliche Versorgung in der Niederlassung durch die demografische Entwicklung nur schwer aufrechtzuerhalten. Trotzdem sei die Versorgung zu gewährleisten, zu der auch MVZs mit unterschiedlicher Trägerschaft gehörten. In Büsum (Schleswig-Holstein) sei aus der Not heraus ein MVZ gegründet worden, da sonst niemand ein Angebot habe

machen wollen. Für solche kommunalen Angebote werfe der vorliegende Antrag Probleme auf. Die Zurückdrängung von Finanzinvestoren begrüße er auch, aber in dieser Form könne er dem Antrag nicht zustimmen. Die Entwicklung von Monopolen sei trotzdem nicht zu akzeptieren.

**Uwe Borchmann** gibt an, auf die Ausführungen von Prof. Dr. med. Crusius reagieren zu wollen. Wenn sich ein angestellter Arzt eines Krankenhauses auch in eine Teilanstellung in einem MVZ begeben, sei das das Eine mit drei von acht Stunden am Tag. Wenn das MVZ aber eine Zulassung in vollem Umfang betreibe, gehe das nicht mit drei Stunden. Sonst werde die Zulassung mindestens zur Hälfte entzogen und in einem Bezirk mit entsprechendem Bedarf zur Versorgung ausgeschrieben. Insofern sei es sachlich falsch, dass Krankenhäuser Stellen nur mit drei Stunden besetzten und es nur um die Akquise von Patienten gehe. Eine Zulassung müsse mit mindestens 75 Prozent der Arbeitszeit besetzt werden, um sie als volle Zulassung zu betreiben. Eine andere Klarstellung betreffe die Diskussion um die fachärztlich lukrative und die hausärztliche Versorgung. Er bezweifle, dass es in Mecklenburg-Vorpommern das Problem gebe, sich als junger Hausarzt nicht niederlassen zu können. Viele Bezirke seien aufgrund des Hausarztmangels sogar zulassungsfrei. In anderen Bezirken gebe es genug Zulassungen, die von niedergelassenen Ärzten an Nachfolger weitergegeben würden. Gerade dort spiele der Verkauf an MVZs eine völlig untergeordnete Rolle. Diese betreffe die von Herrn Rambow genannten Bereiche Dialyse, Radiologie und Ähnliches. MVZs siedelten sich teilweise gerade in ländlichen Strukturen an, wie in Grevesmühlen, wo MVZs unabhängig von der Trägerschaft die Versorgung in der Nähe von Krankenhäusern aufrechterhielten. Zum Thema Kapitalinvestoren habe er gar keine andere Meinung. Im Jahr 2014 sei in der Urologie im Landkreis Rostock eine halbe Zulassung frei gewesen, da der Bedarf gestiegen sei. Davor habe es zwei Zulassungen gegeben, beide ansässig in Bad Doberan. Für die halbe Zulassung habe es drei Bewerbungen gegeben. Zwei, die sich mit der halben Zulassung aus der Klinik selbstständig niederlassen wollten und ein MVZ. Die zwei Urologen hätten ihre Niederlassung auch in Bad Doberan geplant. Das MVZ dagegen habe hinsichtlich einer sinnhaften urologischen Versorgung vorgehabt, die urologische Praxis im östlichen Teil des Landkreises, in der Stadt Tessin, zu betreiben. Der Zulassungsausschuss habe entschieden, dass das betreibende Krankenhaus des

MVZ einen Arzt suchen müsse, der sich auf den Standort in Tessin bewerbe und die Zulassung dann später ins MVZ einbringe. Das zeige den Blödsinn dieser Konstellation, Herr Rambow habe den Umgehungstatbestand korrekt beschrieben. Das Beispiel zeige jedoch, dass es in Wirklichkeit bei der Vergabe um die Frage des Standortes gehe. Die angesprochenen Bedenken bezüglich NephroCare und der Dialyse teile er. Allerdings sei die Dialysestruktur von niedergelassenen Ärzten aufgebaut worden und NephroCare habe nahezu die fertige Struktur gekauft. Das Unternehmertum in lukrativen Bereichen habe es also schon vorher gegeben. Es komme weniger auf die Betreiber an, sondern die entscheidende Frage sei der Handel von Zulassungen. An dieser Stelle habe er auch ein gewisses Verständnis.

**Prof. Dr. med. Marek Zygmunt** (Direktor der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und Lehrstuhlinhaber der Universitätsmedizin Greifswald) stellt fest, die wesentlichen Argumente seien ausgetauscht worden. Bisher sei es in den Diskussionen der Enquete-Kommission um die Sicherstellung der, teilweise auch sektorenübergreifenden, medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern gegangen. Da der vorliegende Antrag nicht differenziert sei, wirke er diesem Ziel eher entgegen. Mit einer Einschränkung für Kapitalgesellschaften habe jedoch auch er kein Problem.

Abg. **Torsten Koplin** meint, Herr Rambow habe bei der Antragsbegründung wichtige Themen aufgeworfen, die einer Diskussion bedürften. Es sei eine differenzierte Betrachtung nötig. Im Bereich der Dialyse sei er Herrn Borchmann für die Beleuchtung der Hintergründe dankbar. Die Kommission befinde sich sechs bis acht Wochen vor der Zeit, in der die Entwicklung von Handlungsempfehlungen anstehe. Die vorgestellten Anträge, insbesondere die Ausführungen von Herrn Rambow, seien dazu wichtige Beiträge. Doch durch das Herausgreifen dieser Themen bliebe die Betrachtung bruchstückhaft und werde der Aufgabe nicht gerecht. Mit dem vorherigen Antrag der ÄK-MV und KVMV (K Drs. 7/24) sei Politik betrieben worden. In der Mecklenburgischen Seenplatte gebe es sowohl im Raum Neubrandenburg/Neustrelitz als auch in Waren (Müritz) Probleme bei der Besetzung einzelner Facharztstellen. Eine Journalistin habe sich der Sache angenommen. Sie habe ihm erzählt, dass sie es ihren Lesern nicht erklären könne, warum es da keinen Fortschritt gebe. Durch die

Ablehnung des Antrags in der Kommission sei die Botschaft entstanden, die Politik habe kein Interesse an der Lösung des Problems. Das schaffe eine Politikverdrossenheit bis hin zur Politikverachtung, da das Gefühl entstehe, die Politik ignoriere diese Probleme. Doch das sei nicht der Fall, vorher seien nur andere Dinge zu klären. Bei dem jetzt vorliegenden Antrag verhalte es sich ähnlich und er bitte darum, über eine Zurückstellung des Antrages nachzudenken. Wenn über den Antrag heute entschieden werde solle, lehne er diesen ab.

**Dr. Andreas Oling** (Chirurgische Praxisklinik Schwerin Mitte) führt aus, mit dem Antrag grundsätzlich einverstanden zu sein. Dieser gehe aber in einzelnen Punkten zu weit. Daher habe die AfD-Fraktion ihren eigenen Antrag eingebracht (K Drs. 7/35), der in der nächsten Sitzung diskutiert werde. Man teile die Bedenken hinsichtlich der Beteiligung von Kapitalgesellschaften und Krankenhäusern an MVZs. Es gebe ein Verbot der Zuweisung gegen Entgelt, das jedoch durch die Schaffung bestimmter Abhängigkeiten umgangen werden könne. Medizin sollte von Medizinern gemacht werden. Das gelte sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich. In den 90er-Jahren hätte der ärztliche Direktor auch den Posten des Geschäftsführers im Krankenhaus bekleidet und die Patienten und das Personal seien zufriedener gewesen. Jetzt hätten Ökonomen die Führung übernommen. Das habe zwar zu mehr Effizienz und Einsparungen geführt, aber die Unzufriedenheit sei groß. Daher sei über ein Umsteuern nachzudenken. Im ambulanten Bereich sollten diese Fehlentwicklungen erst gar nicht zugelassen bzw. schnellstmöglich korrigiert werden. Idealerweise werde ein MVZ durch mehrere niedergelassene Ärzte getragen. Die Bereitschaft der Ärzte dazu hänge oft von der Lebensphase ab. Die Möglichkeit für angestellte Ärzte, später eine Teilhaberschaft eines MVZ zu erlangen, gebe es nicht bei einer Trägerschaft durch eine Kapitalgesellschaft.

**Prof. Dr. med. Andreas Crusius** erklärt, für viele Mediziner sei es interessant, eine Anstellung an einem MVZ zu haben und dann sekundär in die Niederlassung zu gehen. Daher plädiere er für eine arztgebundene Zulassung. Er könne die Aussage von Herrn Borchmann durch zahlreiche Beispiele von MVZs, bei denen die Sprechstunden drastisch reduziert seien, widerlegen.

Die **Enquete-Kommission** lehnt den gemeinsamen Antrag der ÄK-MV und KVMV (K Drs. 7/30) mehrheitlich ab.



### PUNKT 3 DER TAGESORDNUNG

Allgemeine Kommissionsangelegenheiten

- Beratung und Abstimmung über weitere Sitzungstermine
- Beratung und Abstimmung über optionale Leistungen des Gutachters
- Antrag der Gruppe der Mitglieder der AfD-Fraktion vom 16.02.2021 auf K Drs. 7/35

Die **Enquete-Kommission** verständigt sich darauf, zur Sitzung am 3. März 2021 zum Thema "Versorgung mit Medizinprodukten, Heil- und Hilfsmitteln" folgende Anzuhörende einzuladen:

- Gunnar Liebau (Geschäftsführer LiEBAU orthopädietechnik GmbH)
- Vertreter/in RIEMSER Pharma GmbH
- Dipl.-Phys. Stefan Miltenyi (Geschäftsführer Miltenyi Biotech GmbH)
- Axel Pudimat (Vorsitzender des Vorstandes des Apothekerverbandes M-V e.V.).

Herr Carsten Momma (Geschäftsführer CORTRONIK GmbH) habe wegen eines anderen Termins abgesagt. Die Kommission beschließt außerdem, eine Vertreterin/einen Vertreter des Kuratoriums Gesundheitswirtschaft zur Darstellung des Arbeitsstandes und der Schwerpunkte sowie zum Austausch zu den bereits gewonnenen Erkenntnissen einzuladen.

Vors. **Jörg Heydorn** berichtet, er habe sich in letzter Zeit intensiver mit dem Thema "Mobilität in der Gesundheitsversorgung" beschäftigt. Er schlägt vor, zu diesem Thema in der 15. Sitzung am 17. März 2021 eine Expertenanhörung mit folgenden Anzuhörenden durchzuführen:

- Stefan Lösel (Geschäftsführer Verkehrsgesellschaft Ludwigslust-Parchim mbH)

- Dr. Jürgen Gies (Wissenschaftlicher Mitarbeiter und Projektleiter beim Deutschen Institut für Urbanistik)
- Christoph Gipp (Geschäftsführer und Bereichsleiter Mobilität beim IGES Institut)
- Dr. Christian Mehlert (Berater bei KCW)
- Dirk Zabel (Geschäftsführer Verkehrsgesellschaft Vorpommern-Greifswald mbH).

Abg. **Dietmar Eifler** regt an, zusätzlich eine Vertreterin/einen Vertreter der Verkehrsgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern (VMV) einzuladen. Diese sei nicht nur für den Schienenpersonennahverkehr (SPNV) zuständig, sondern auch für Schnittstellen mit dem Öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV).

Vors. **Jörg Heydorn** begrüßt den Vorschlag.

Die **Enquete-Kommission** verständigt sich darauf, am 17. März 2021 eine Expertenanhörung zum Thema Mobilität mit den vorgeschlagenen Anzuhörenden durchzuführen.

Vors. **Jörg Heydorn** stellt fest, die Anhörung der Patientenvertreter/innen sei verschoben worden, da die Teilnahme einiger Anzuhörender über eine Videokonferenz nicht gewährleistet gewesen sei. Dies habe sich jetzt scheinbar geändert.

Die **Enquete-Kommission** verständigt sich darauf, die Anhörung der Patientenvertreter/innen am 24. März 2021 als Hybrid-Veranstaltung durchzuführen.

Vors. **Jörg Heydorn** regt an, auch zu den Themenbereichen "Regionale Versorgungsbudgets und "Neue Gesundheitsberufe" Anhörungen durchzuführen. Konkrete Vorschläge werde er noch unterbreiten. Der Antrag der AfD-Fraktion (KDr. 7/35) werde aufgrund ausstehenden Beratungsbedarfs in der nächsten Sitzung aufgerufen. Der Gutachter habe für das Modul 3 zwei optionale Leistungen angeboten. Zum einen eine Detailrecherche zu Potentialen der Digitalisierung für 2.800 Euro und

zum anderen das Aufzeigen von Möglichkeiten für das Halten und Gewinnen von Fachkräften im ärztlichen und pflegerischen Bereich für ebenfalls 2.800 Euro. Die finanziellen Mittel dafür seien vorhanden und er schlage die Annahme dieser Optionen vor.

Abg. **Dr. Gunter Jess** merkt an, die Option mit den Fachkräften sehe er kritisch, da dies in den Verantwortungsbereich der entsprechenden Unternehmen falle. Die Option mit dem Digitalisierungspotential befürworte er.

Vors. **Jörg Heydorn** erklärt, auch zum Thema Fachkräfte Handlungsempfehlungen entwickeln zu wollen. Entsprechende Hinweise könnten an die betreffenden Stellen weitergegeben werden. Daher erachte er diese Option als hilfreich. Aus eigener Erfahrung wisse er, dass sich die Fachkräftesuche heute ganz anders gestalte als früher.

Die **Enquete-Kommission** beschließt mit jeweils einer Gegenstimme, den Gutachter mit der Detailrecherche zu Potentialen der Digitalisierung und dem Aufzeigen von Möglichkeiten bei der Gewinnung und dem Halten von Fachkräften zu beauftragen.

Vors. **Jörg Heydorn** beruft die nächste Sitzung der Enquete-Kommission für den 3. März 2021 um 15:30 Uhr, als Videokonferenz und Präsenzsitzung im Plenarsaal, ein.

Ende der Sitzung: 18:03 Uhr

Jörg Heydorn  
Vorsitzender

Ad/Zi