

KURZPROTOKOLL

der 6. Sitzung der Enquete-Kommission
„Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern“
am Mittwoch, dem 30. September 2020, 15:30 Uhr,
in Schwerin, Schloss, Plenarsaal

Vorsitz: Abg. Jörg Heydorn

TAGESORDNUNG

1. Öffentliche Anhörung zum aktuellen Stand der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern
2. Allgemeine Kommissionsangelegenheiten

PUNKT 1 DER TAGESORDNUNG

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

Vors. **Jörg Heydorn** gibt an, es habe einen Widerspruch gegen die Übertragung der heutigen Sitzung in einem Livestream gegeben. Somit werde es für die heutige Sitzung auch keinen Livestream geben.

Axel Rambow (Vorsitzender des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern) stellt die aktuelle Situation der ambulanten ärztlichen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern vor. Bei den niedergelassenen Hausärzten sei die Versorgung derzeit sowohl in der Fläche als auch in den Oberzentren gewährleistet. In den Oberzentren gebe es entsprechend mehr Ärzte, wobei auch der ländliche Raum noch über eine gute Verteilung an niedergelassenen Hausärzten verfüge. Fachärzte seien überwiegend in den Ober- und Mittelzentren angesiedelt. Dabei gebe es auch noch eine vergleichsweise gute Anzahl an Fachärzten in den ehemaligen Kreisstädten. Die Psychotherapeuten seien ebenfalls überwiegend in den Ober- und Mittelzentren konzentriert. In Mecklenburg-Vorpommern gebe es derzeit ca. 1,46 Mio. Versicherte in den Gesetzlichen Krankenversicherungen, durch die in etwa 13 Mio. Behandlungsfälle (BHF) jährlich ausgelöst würden. Ein BHF meine dabei die Behandlung eines Patienten pro Arzt in einem Quartal unabhängig von der Anzahl der Arztbesuche. Im Durchschnitt entspreche das 8,8 BHF für jeden gesetzlich Versicherten in Mecklenburg-Vorpommern. Im Vergleich sei somit die Inanspruchnahme von ambulanten Leistungen in Mecklenburg-Vorpommern um 16 % höher als im bundesweiten Vergleich, wo es im Schnitt 7,6 BFH pro gesetzlich Versichertem gebe. Dazu sei jedoch anzumerken, in Mecklenburg-Vorpommern gebe es generell eine höhere Versorgungsdichte mit ambulanten Leistungen als im bundesweiten Vergleich. Strukturell sei eine Zunahme an angestellten Ärzten zu verzeichnen. Insgesamt seien von den 3.087 niedergelassenen Ärzten in Mecklenburg-Vorpommern 663 und somit 21 % in einem Angestelltenverhältnis. Verbunden sei diese Entwicklung mit einem Trend zur Teilzeitarbeit. Von den 663 angestellten Ärzten seien 391 in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) beschäftigt. In Mecklenburg-Vorpommern gebe es 77 solcher MVZ, wovon sich 25 in den Händen von

Vertragsärzten befänden und die restlichen den Klinikketten und Universitäten gehörten. Die Universitätsklinik Rostock betreibe beispielsweise 8 MVZ. Zudem gebe es auch MVZ, die Kapitalinvestoren gehörten. So befinde sich etwa die Dialyseversorgung vollständig in den Händen des Konzerns Fresenius. Die Schnittstelle zwischen den niedergelassenen, ambulanten Ärzten und den Krankenhäusern werde durch sogenannte ermächtigte Ärzte gebildet. Diese ermächtigten Ärzte nähmen neben den niedergelessenen und angesetztten Ärzten in festgelegten Bereichen an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Hauptsächlich seien die ermächtigten Ärzte an den Krankenhäusern der Maximalversorgung angesiedelt, da bei den Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung im ländlichen Raum die entsprechenden Fachrichtungen nicht vorgehalten würden. Neben den ermächtigten Ärzten gebe es weitere Unterstützung für die ambulante Versorgung durch nichtärztliche Kräfte. In Mecklenburg-Vorpommern gebe es etwa 10.000 Medizinische Fachangestellte mit entsprechend absolvierter Ausbildung und häufig auch Spezialisierung zur nichtärztlichen Praxisassistenz. Diese Spezialisierung befähige nach Delegation durch einen Arzt zur Durchführung von Hausbesuchen und der Kontrolle bei der Medikamentenabgabe. Zudem könne durch eine nichtärztliche Praxisassistenz bei einem Hausbesuch die Notwendigkeit eines Arztbesuches eingeschätzt werden, wodurch es zu einer Entlastung der Praxen komme und somit die Behandlung von mehr Patienten möglich sei. Im fachärztlichen Bereich seien die nichtärztlichen Praxisassistenzen nicht so weit verbreitet wie im Hausarztbereich. Ein weiterer Teil der ambulanten ärztlichen Versorgung sei der Bereitschaftsdienst. Dieser diene der Versorgung in der sprechstundenfreien Zeit und sei klar vom Notdienst zu differenzieren. Mecklenburg-Vorpommern gliedere sich in 62 Bereitschaftsdienstbereiche mit je einem Hausbesuchsdienst. Daneben gebe es noch neun kinderärztliche Bereitschaftsdienste. Zur Teilnahme am Bereitschaftsdienst seien alle Haus- und Fachärzte verpflichtet. Insbesondere für die Fachärzte gebe es diesbezüglich entsprechende Kurse und Weiterbildungen zur Vorbereitung auf den Bereitschaftsdienst. Zusätzlich seien über das Land verteilt Bereitschaftsdienstpraxen vorhanden, jedoch fehle es an solchen Einrichtungen im Osten des Landes sowie im mittleren Landesteil. Bezüglich einer gesetzlichen Bedarfsplanung müsse zunächst festgestellt werden, der Begriff „Bedarf“ werde oftmals unterschiedlich verstanden. Im Zusammenhang mit der gesetzlichen Bedarfsplanung habe dieser jedoch

grundsätzlich nichts mit dem tatsächlichen Bedarf an medizinischen Leistungen zu tun, sondern die gesetzliche Regelung verfolge das Ziel, die Anzahl der Vertragsärzte zu reduzieren und die Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung zu gewährleisten. Die gesetzliche Bedarfplanung sei lediglich eine Verteilungsplanung, die anhand eines strengen Schlüssels die Anzahl der Ärzte in Bezug auf die Einwohner festlege. Daraus ergebe sich der Versorgungsgrad. Eine Regelversorgung sei vorhanden, wenn der Schlüssel zu 100 % erfüllt sei. Bei 110 % gebe es eine Überversorgung und daraus folgend eine Sperrung für weitere Zulassung von Ärzten der entsprechenden Fachgruppe in dem betroffenen Gebiet. Eine Unterversorgung werde bei Hausärzten ab einem Versorgungsgrad von 75 % und bei Fachärzten ab 50 % erreicht. Derzeit gebe es in allen Oberzentren sowie einigen wenigen Landkreisen in Mecklenburg-Vorpommern eine Überversorgung an Hausärzten, in 15 von 27 Bereichen hingegen eine Unterversorgung. In diesen unterversorgten Bereichen seien aktuell 104,5 offene Stellen vorhanden, wobei diese sich insbesondere um die Oberzentren herum konzentrierten. Dort gebe es aufgrund der Nähe zu den größeren Städten einen hohen Zuzug der Bevölkerung und somit auch einen höheren Bedarf an Ärzten zur Erfüllung des Versorgungsgrades. Aufgrund der Alterstruktur unter den Hausärzten würden in fünf Jahren weitere 250 Hausärzte im Land fehlen. Auf der Grundlage der gesetzlichen Bedarfsplanung sei der Versorgungsgrad bei den einschlägigen Fachärzten überall im Land erfüllt und entspreche weitgehend einer statistischen Überversorgung. Dennoch gebe es eine erhöhte Terminnachfrage insbesondere in den Oberzentren. Auch die Nachbesetzung der Facharztstellen in den nächsten Jahren sei problematisch. Als Lösung für die angesprochenen Probleme gebe es seitens der Kassenärztlichen Vereinigung mehrere Vorschläge. Zunächst sei es essenziell, regionale Gestaltungsspielräume zu erhalten. Durch die Bundesgesetzgebung sei in den letzten Jahren eine Zentralisierung und Überregulierung festzustellen. Somit seien keine regionalen Vertragsmöglichkeiten mehr möglich. Zudem fehle es bei den Krankenkassen an Eigenständigkeit und einer eigenen Landesaufsicht. Die Krankenkassen seien mittlerweile nahezu vollständig bundesweit organisiert, wodurch regionale Versorgungsaufträge schwierig seien. Schließlich sei auch eine zunehmende Einflussnahme der Bundesaufsicht (BAS) festzustellen. Diese greife in Verträge ein, wodurch beispielsweise die in Mecklenburg-Vorpommern etablierte

A/B-Überweisungssteuerung nicht mehr umfassend möglich sei, sondern nur noch für einzelne Bereiche. Ziel müsse es sein, die Einflussnahme des Landes sowie die Selbstverwaltung der medizinischen Versorgung durch Rechtsaufsicht und Gestaltungsmöglichkeiten zu stärken. Ein weiterer Lösungsansatz liege in der Förderung des Nachwuchses. Hier sei die Kassenärztliche Vereinigung bereits durch zahlreiche Maßnahmen aktiv. Dazu zähle beispielsweise die Unterstützung von Famulanten bei den Fahrtkosten sowie der Lehrpraxen. Zudem habe die Kassenärztliche Vereinigung einen Lehrstuhl für Allgemeinmedizin an der Universität Rostock gestiftet, welcher mittlerweile in die Finanzierung des Landes übergegangen sei. Zusätzlich gebe es noch einen weiteren Lehrstuhl für Allgemeinmedizin an der Universität Greifswald sowie ein Kompetenzzentrum für diesen Fachbereich. Darüber hinaus fördere die Kassenärztliche Vereinigung eine Verbundweiterbildung in der Allgemeinmedizin, um so die kleinteilige Weiterbildungsordnung besser zugänglich zu machen. Für Niederlassungen oder Anstellungen von Hausärzten gebe es in den unterversorgten Bereichen einen Investitionskostenzuschuss durch die Kassenärztliche Vereinigung. Auch bei der Beratung von Kommunen und Ärzten sei die Kassenärztliche Vereinigung aktiv. Die Weiterführung dieser Maßnahmen müsse hohe Priorität haben und vom Land unterstützt werden. Das Landarztgesetz sei ein erster richtiger Schritt, müsse jedoch auch auf Fachärzte ausgeweitet werden. Als weiteres Ziel müsse die Reduzierung der ärztlichen Arbeitszeit gestoppt werden. Die zunehmende Umwandlung von Niederlassungen in Anstellungen sei der Hauptgrund für dieses Problem. Ein niedergelassener Arzt habe durchschnittlich 52 Wochenstunden Arbeitszeit. Ein in Vollzeit angestellter Arzt hingegen komme nur auf 40 Stunden und somit bereits 23 % weniger. Die durchschnittliche Arbeitszeit der angestellten Ärzte in Mecklenburg-Vorpommern liege jedoch bei 26 Wochenstunden und sei somit 50 % geringer als bei niedergelassenen Ärzten. Als Lösung werde hier eine Reduzierung der Bürokratie bei Niederlassungen gefordert sowie eine Erhöhung der Zahl der Studienplätze für Humanmedizin. Schließlich müsse die Digitalisierung ohne medizinischen Mehrwert beendet werden. Zwar seien nahezu alle Ärzte in Mecklenburg-Vorpommern an die Telematik Infrastruktur angeschlossen, es fehle jedoch an sinnvollen Anwendungen. Lediglich der Versichertenstammdatenabgleich funktioniere derzeit, bringe jedoch lediglich für die gesetzlichen Krankenkassen einen Mehrwert. Ein medizinischer Mehrwert sei nicht gegeben. Die Einführung von

elektronischen Rezepten und der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (EAU) ab 2021 bedeute einen Mehraufwand für die Vertragsärzte, da jeweils eine Hybridlösung sowohl in elektronischer als auch in Papierform vorgesehen sei. Für viele Arbeitsstellen sei die Annahme der EAU langfristig nicht möglich und unumsetzbar. Auch die geplante elektronische Patientenakte bringe nur einen zweifelhaften Mehrwert für die medizinische Versorgung, da die Steuerung des Inhaltes der Akte durch den Patienten erfolge. Ein Arzt müsse somit immer die Unvollständigkeit der Patientenakte vermuten und somit zur Sicherheit weitere Untersuchungen durchführen. Wünschenswert sei in diesem Bereich die Förderung von einfachen und schlichten Anwendungen mit medizinischem Mehrwert und ohne umständlichen technischen Aufwand. Letztendlich müsse bei allen Entscheidungen stets die Frage berücksichtigt werden, wie viel medizinische Versorgung man sich zukünftig leisten wolle. Dabei sei über eine Priorisierung bei der Versorgung sowie beim Einsatz der Mittel nachzudenken ebenso wie über eine Steuerung der Inanspruchnahme.

Wolfgang Abeln (Vorsitzender des Vorstandes der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern) erklärt, die Ausführungen der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern seien auch für die Vertragszahnärzteschaft zutreffend. Laut der Landesstatistik der Erwerbstätigen nach Wirtschaftsbereichen verzeichne der Dienstleistungsbereich im Gesundheits- und Sozialwesen ein kontinuierliches Wachstum. Mittlerweile seien rund 17 % der Erwerbstätigen in diesem Bereich beschäftigt. Dies unterstreiche die Bedeutung der ärztlichen Versorgung im Land. Dabei erfordere die Sicherstellung einer wohnortnahen Versorgung klare Aussagen und frühzeitige Entscheidungen der Politik. Durch die Kreisgebietsreform habe sich die Attraktivität der ehemaligen Verwaltungssitze verändert. Die Kassenzahnärztliche Vereinigung sei im Entstehungsprozess dieser Reform nicht um eine Stellungnahme gebeten worden, inwiefern die zahnärztliche Versorgung in diesen Gebieten weiterhin sichergestellt werden könne. Für die Niederlassung eines Zahnarztes müsse der Ort eine gewisse Attraktivität vorweisen, da sich die hohen Investitionskosten von rund 500.000 Euro amortisieren müssten. Bevölkerungabwanderung, fehlende Arbeitsplätze für die Ehepartner, Mangel an Kitaplätzen oder weiterführenden Schulen seien somit Hinderungsgründe für die Niederlassung von Zahnärzten. Die Bedarfszulassung für Zahnärzte auf Grundlage

der gesetzlichen Bedarfsplanung sei 2007 außer Kraft gesetzt worden. Die Versorgung sei somit Aufgabe der Selbstverwaltung. Die Kassenzahnärztliche Vereinigung habe im Rahmen dieser Aufgabe festgestellt, nicht einmal die Hälfte aller Zahnarztpraxen werde durch junge Zahnärzte übernommen. Aus diesem Grund habe man ein Sicherstellungsmodell erarbeitet und dem Land vorgestellt. Jedoch gebe es hierzu seitens des Landes seit über einem Jahr keine Entscheidung. Hieraus ergebe sich die Forderung, die Kassenzahnärztliche Vereinigung künftig frühzeitig in Entscheidungsprozesse einzubinden und grundsätzlich Entscheidungen bezüglich der ärztlichen Versorgung frühzeitig zu treffen. Regionale Besonderheiten gelte es bei der ärztlichen Versorgung stets zu berücksichtigen. Dies gelte insbesondere für Gespräche und Verhandlungen der Politik mit den Krankenkassen. Ein zu großer Sparansatz dürfe hier nicht zum Verhinderungsgrund werden, da auch in Zahnarztpraxen ein entsprechendes Honorar möglich sein müsse, da ansonsten die Nachbesetzung schwierig sei. Ohne die Nachbesetzung in Praxen von niedergelassenen Zahnärzten sei eine wohnortnahe Versorgung jedoch nicht zu gewährleisten. Das Ziel der Linderung und Heilung von Krankheiten müsse durch die Gründung einer Praxis im Vordergrund stehen. Dies werde jedoch durch fortlaufend neue Gesetze erschwert. Im Jahr 2005 habe das Handbuch zum SGB V noch ca. 450 umfasst. Heute seien es bereits über 900 Seiten. Digitalisierung im Bereich der ärztlichen Versorgung werde generell begrüßt. Für die vorgenommenen Maßnahmen sei es jedoch wichtig, dass diese nach der einmaligen Einrichtung auch ohne Störung funktionierten. Zudem bleibe es bei den Digitalisierungsmaßnahmen leider selten bei einmaligen Investitionen, sondern es fielen stets neue Kosten an. Die dafür notwendigen Mittel seien von denjenigen bereitzustellen, die letztendlich auch davon profitierten. Bereits vor Covid-19 habe es hohe Hygienestandards in den Arztpraxen gegeben. Durch die Pandemie sei es zu einer massiven Preissteigerung bei Hygieneprodukten gekommen. Die Preisgestaltung der vertragszahnärztlichen Leistungen mit den gesetzlichen Krankenversicherungen sehe die Beschaffung von Hygieneartikeln durch Zahnärzte vor. Staatliche Unterstützung sei in solchen Fällen nur möglich, wenn die zahnärztliche Versorgung als systemrelevant eingestuft werde. Dies müsse für alle Bereiche der zahnärztlichen Versorgung gelten, da nur so für Krisenzeiten eine Versorgung gesichert sei.

Dr. med. Andreas Oling (Niedergelassener Arzt, Mitglied der Enquete-Kommission) gibt an, seit 30 Jahren als approbierter Arzt in der unmittelbaren Patientenversorgung tätig zu sein. Seit einigen Jahre betreibe er eine fachübergreifende Praxisklinik Allgemeinmedizin/Chirurgie, in der er als Facharzt für Chirurgie und Facharzt für Unfallchirurgie tätig sei. Zuvor habe er an verschiedenen Standorten in Krankenhäusern gearbeitet. Die eigene Praxisklinik führe schwerpunktmäßig ambulante stationsersetzende Operationen durch. Mittlerweile sei diese Praxisklinik in ein inhabergeführtes MVZ umstrukturiert worden. In den Bereichen der Anästhesieverfahren, der minimalinvasiven Chirurgie oder auch in der telemedizinischen Vernetzung der Praxen sei aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts eine zunehmende Ambulantisierung medizinischer Leistungen möglich. Dieser Trend sei insbesondere in Amerika zu beobachten. In Deutschland werde diese Entwicklung etwa durch den stark regulierten Gesundheitsmarkt oder die unterschiedliche Vergütung der Leistungen, die sich nicht nach ihrer Art, sondern dem Ort der Erbringung richte, eingeschränkt. In der Chirurgie seien 8 von 10 der am häufigsten vorgenommenen Eingriffe problemlos ambulant durchführbar. Derzeit erfolgten jedoch von ca. 14 Mio. Operationen im Jahr in Deutschland nur etwa 6 Mio. ambulant, wobei davon ein Drittel im Krankenhaus erfolge, die übrigen zwei Drittel in ambulanten Arztpraxen. Ein Lösungsansatz hierfür sei die Öffnung von Krankenhäusern mit deren Infrastruktur für ambulante Operateure beziehungsweise deren Umwandlung in Tageskliniken. Bei ärztlichen Leistungen müsse grundsätzlich nach dem notwendigen Pflegebedarf unterschieden werden, der durch den Eingriff entstehe. Oft könne der Patient ohne Probleme bereits kurze Zeit nach der Operation nach Hause gehen, solange dort das entsprechende soziale Umfeld gegeben sei. Für die übrigen Fälle müsse es interdisziplinäre Pflegestationen geben, deren Betrieb auch durch ambulante Pflegedienste möglich sei und zu denen ein Patient auch kurzzeitig unkompliziert Zugang habe. Für die hochgefährlichen und hochkomplexen Eingriffe bedürfe es eines gut ausgebauten Netzes an Rettungsstellen inklusive Luftrettung, da die Durchführung solcher Eingriffe nur in Schwerpunkt-Krankenhäusern oder den Maximalversorgern möglich sei. Dafür müsse es möglich sein, diese Häuser innerhalb von maximal 30 Minuten mit dem Rettungsdienst zu erreichen. Um die Entwicklung der medizinischen Leistungen hin zum ambulanten Bereich besser zu unterstützen,

sei es schließlich notwendig, die ärztliche Weiterbildung zu reformieren und Teile der Facharztweiterbildung im ambulanten Bereich vorzunehmen.

Dr. med. dent. Alexander Kuhr (Niedergelassener Arzt, Mitglied der Enquete-Kommission) stellt fest, die grundlegenden Probleme der ärztlichen Versorgung seien durch die Kassenärztliche Vereinigung und die Kassenzahnärztliche Vereinigung umfassend dargestellt. In der Zahnmedizin seien durch Vorsorge bereits seit längerem positive Effekte zu erkennen. Dies könne beispielhaft für die übrige Medizin sein. Die Zahnmedizin umfasse ca. 7 % der gesamten Gesundheitsausgaben. Dabei seien diese in ihrer Entwicklung sehr konstant und inflationsbereinigt im Jahresvergleich sogar geringer geworden. Der Anteil der Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen an den zahnärztlichen Ausgaben sei dabei immer weiter gesunken. Zudem gebe es eine Veränderung in den Leistungsbereichen der Zahnmedizin. Der Zahnersatz habe dabei kontinuierlich abgenommen, da es offenbar gelungen sei, mehr Zähne zu erhalten. Gleichzeitig gebe es weniger Behandlungen von Karies und Parodontitis, dafür mehr Diagnostik- und Vorsorgemaßnahmen. Karieserfahrungen seien in allen Altersgruppen rückläufig, insbesondere bei Kindern. Grundsätzlich müsse heutzutage niemand mehr Karies bekommen, da es eine Reihe von frühzeitigen Prophylaxemaßnahmen gebe. Je früher mit diesen begonnen werde, desto wirksamer seien sie. Aufgrund der immer besser bekannten Ursachen und Risikofaktoren sowie schnelleren und effizienteren Maßnahmen zur Früherkennung und dem daraus abgeleiteten Behandlungsbedarf funktioniere die Vorsorge besonders effektiv. Dabei sei es wichtig, die Therapie nicht nur am Patienten durchzuführen, sondern mit dem Patienten. Dies erfolge insbesondere durch die zahnmedizinische Prophylaxeassistenz, einer besonderen Ausbildung für Zahnarzhelferinnen und -helfer, die zur Individualprophylaxe an Patienten befähige. Diese helfe dabei ein Bewusstsein für die Vorsorge zu entwickeln und führe oft zu mehr Achtsamkeit in Bezug auf die eigene Gesundheit. Dabei sei meist nicht nur die Zahngesundheit betroffen, sondern es werde eine generelle Verhaltensänderung erreicht. In der Statistik der Todesursachen nach Krankheit seien Krankheiten des Kreislaufsystems mit einem Anteil von 36,2 % am häufigsten vertreten. Zudem werde durch diese Art von Krankheiten auch am meisten Kosten verursacht. Die Risikofaktoren für solche Krankheiten seien alle durch entsprechendes Verhalten beeinflussbar. Hier könne

demnach eine medizinische Vorsorge gezielt ansetzen. Die Unterstützung der Hausärzte sei dafür durch eine medizinische Prophylaxeassistenz oder eine Ausweitung des Modellprojekts AGnES denkbar. Die Wertschätzung der Patienten und der Patientenkontakt insgesamt werde durch solche Maßnahmen deutlich verbessert, wodurch gleichzeitig auch psychischen Erkrankungen vorgebeugt werde.

Prof. Dr. med. Andreas Crusius (Präsident der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, Mitglied der Enquete-Kommission) erklärt, derzeit sei die Gesundheitsversorgung im niedergelassenen Bereich in Mecklenburg-Vorpommern noch weitestgehend gesichert. Das Durchschnittsalter der niedergelassenen Fachärzte und Psychotherapeuten habe im August 2019 bei 52 Jahren gelegen. Innerhalb des absehbaren Zeitraums der nächsten 12 bis 14 Jahre werde ein Anteil von 44 % der niedergelassenen Ärzte in Rente gehen. Gleichzeitig werde die Bevölkerung im Land immer älter verbunden mit Multimorbidität und eingeschränkter Mobilität. Somit steige der Bedarf an Haus- und Fachärzten. Jedoch fehle es am Nachwuchs an Ärzten im ländlichen Raum. Das Landarztgesetz des Landes Mecklenburg-Vorpommern sei ein erster Schritt in die richtige Richtung. Als Ergänzung dazu werde seitens der Ärztekammer vorgeschlagen, an den Universitäten in Rostock und Greifswald jeweils 50 Studentinnen und Studenten mehr zu immatrikulieren. Dazu sei es notwendig, auch weitere Ärzte für die Ausbildung an den Universitäten einzustellen. Finanziert werden könne dieser Mehrbedarf über private Mittel, da es derzeit einige Studentinnen und Studenten gebe, die aufgrund des Numerus Clausus keinen Studienplatz für Medizin erhalten hätten und somit im Ausland eingeschrieben seien. Dort sei das Studium mit hohen Kosten verbunden, die meist durch die Eltern getragen würden. Der Einsatz dieser Mittel müsse ausreichen, um weitere Studienplätze in Mecklenburg-Vorpommern zu finanzieren. Für die Versorgungssicherheit insbesondere in den dünn besiedelten Gegenden des Landes seien die Krankenhäuser unverzichtbar. Da hier oftmals niedergelassene Ärzte fehlten beziehungsweise wegfielen, sei es notwendig, die Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung in den Bereitschaftsdienst einzubinden. Darüber hinaus sei die ambulante Öffnung der Krankenhäuser sinnvoll. Zum einen könne somit ein Krankenhausarzt durch eine Ermächtigung ambulant tätig sein, zum anderen sei es so aber auch für niedergelassene Fachärzte möglich, unterstützend bei Bedarf an

Krankenhäusern zu operieren. Die Einbindung der im Land vorhandenen 60 Rehakliniken in die ambulante Versorgung in unterversorgten Gebieten müsse als Option berücksichtigt werden. Dafür könne eine Rehaklinik etwa mit einer entsprechenden Praxis ausgestattet werden. Ein zentrales Problem des Gesundheitswesens sei durch die Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen entstanden. Dies habe die Orientierung an wirtschaftlichen Zielen in der Medizin verstärkt. Dieser Grundsatz der Ökonomie im Gesundheitswesen widerspreche jedoch dem eigentlichen Ziel des Arztberufes, der bestmöglichen Behandlung von Patienten unabhängig von wirtschaftlichen Kriterien. Dieses DRG-System sei hauptsächlich für die Fehlsteuerung im Gesundheitswesen verantwortlich. Die Bezahlung von Behandlungen im Krankenhaus und in Niederlassungen müsse in ein einheitliches System anhand der Gebührenordnung für Ärzte umgewandelt werden, da dies derzeit das einzige System sei, welches wissenschaftlich und wirtschaftlich begründet und durchkalkuliert sei. Die momentan vorhandenen kalkulierten Fallpauschalen und Sonderentgelte führten zu einer Fehlentwicklung bei den politisch vorgegebenen Mindestmengen an Behandlungen. Zur Erfüllung der Quoten in einem Fachbereich komme es somit teilweise zu medizinisch nicht zwingend notwendigen Operationen, da ansonsten die Zulassung für die Durchführung dieser speziellen Behandlung in einem Krankenhaus weg falle. Einer Umfrage zufolge gebe es zwischen den Ärzten und den Geschäftsführern von Kliniken unterschiedliche Ansichten bezüglich der Gründe und der Notwendigkeit von Behandlungen und Aufnahme in Krankenhäusern von Patienten. Dabei werde nach Angabe der Ärzte oftmals eher den wirtschaftlichen Motiven der Vorrang vor den medizinischen gegeben. Durch die Geschäftsführer seien solche Aussagen der Umfrage zufolge eher verneint worden. Die Sicherstellung der Qualität der medizinischen Versorgung der Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern müsse sich an den Kriterien der Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations aus dem Jahr 1988 orientieren. Hierbei werde die medizinische Versorgung anhand ihrer Zugänglichkeit, Angemessenheit, Stetigkeit, Koordination, Wirksamkeit unter Idealbedingungen, Wirksamkeit der Versorgungspraxis, Effektivität, Wirtschaftlichkeit, Patientenorientierung, Sicherheit der Versorgungsumgebung und Rechtzeitigkeit beurteilt. Auch die WHO spreche sich dafür aus, diese Kriterien zur Gesamtbewertung von Gesundheitssystemen einzusetzen, wobei sich diese Gesamtbewertung nach den Zielen faire Finanzierung, Gesundheit sowie

Patientenorientierung richten müsse. Die Behandlung der hochmedizinischen Versorgung müsse in Krankenhäusern mit hochspezialisierten Zentren erfolgen. Jedoch könne es auch möglich werden, solche Behandlungen in Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung vorzunehmen, wenn beispielsweise ein Oberarzt aus einem spezialisierten Bereich in ein solches Klinikum wechsele, um dort Chefarzt zu sein. In der Kinderheilkunde müssten in den vier Oberzentren Schwerin, Greifswald, Rostock und Neubrandenburg spezialisierte Leistungen angeboten werden, damit im Bedarfsfall dorthin verlegt werden könne. Die Bereiche der Basischirurgie, der Inneren Medizin, der Unfallmedizin und der pediatriischen Versorgung gelte es flächendeckend in allen Krankenhäusern vorzuhalten. Insbesondere müsse sich ein sozialverantwortlicher Staat eine funktionierende Kinder- und Jugendmedizin leisten können. Dafür gebe es den Vorschlag, ein Rotationssystem für Weiterbildung von Kinderärzten zu etablieren unter Beteiligung der Schwerpunktkrankenhäuser und der Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung sowie der Reha-Kliniken. Ziel sei es dabei, den Assistenzärzten von Beginn an die Möglichkeit zu geben, auch komplizierte Fälle kennenzulernen. Als Bedarf an Zuschüssen des Landes für dieses Rotationssystem habe die Krankenhausgesellschaft eine Summe von 2 Mio. Euro kalkuliert. Grundsätzlich fehle es in der ambulanten Versorgung am Nachwuchs bei den Fachärzten. Beispielsweise habe die Anzahl der vollwertigen dermatologischen Kliniken im Land seit 1990 abgenommen. Dies erschwere zusätzlich die Ausbildung von Fachkräften, da die komplexen medizinischen Fälle nur in vollwertigen Kliniken vorhanden seien. Solche Fälle seien jedoch essenziell für die Ausbildung, da Medizin das stetige Wiedererkennen von bereits Gesehenem sei. Wenn diese Routine fehle, könne nicht entsprechend diagnostiziert werden. Die ambulante Versorgung im Bereich der Psychiatrie und der Psychotherapie sei insbesondere in Stralsund problematisch, da in diesem Gebiet zeitnah viele Fachärzte das Rentenalter erreichten. Als wichtiger Bestandteil der medizinischen Versorgung müsse der Rettungsdienst flächendeckend abgesichert sein. Bezüglich der Barrierefreiheit sei festzustellen, diese sei in nahezu allen Niederlassungen gegeben. Eine Möglichkeit, das Gesundheitssystem effizienter zu gestalten, sei durch mehr Ermächtigungen für Ärzte denkbar. Dies werde jedoch oft seitens der niedergelassenen Ärzte abgelehnt. Das derzeitige System werde häufig umgangen, wenn im ambulanten Bereich kein Termin bei einem Facharzt vorhanden sei. In solchen Fällen könne ein Hausarzt einen

Einweisungsschein ausstellen, damit anschließend in einer Klinik untersucht werden könne. Die Klinik wiederum bescheinige anschließend, dass eine stationäre Aufnahme nicht notwendig gewesen sei. Für die medizinische Versorgung der älteren Bevölkerung sei ein vernünftiges Transportwesen notwendig, damit der Arzt erreichbar sei. Im Bereich der Digitalisierung würden in der medizinischen Versorgung bereits einige Maßnahmen umgesetzt. Die Telesprechstunde sei nur bei bekannten Patienten möglich, helfe aber der Wiedervorstellung oder der Betreuung von chronisch kranken Patienten. Jedoch müsse der Patient mit der entsprechenden Technik ausgestattet sein, ebenso wie der Arzt. Dies sei oft problematisch. An den Universitäten in Rostock und Greifswald habe es in der Vergangenheit Veranstaltungen gegeben, um die dortigen Medizinstudierenden für eine Tätigkeit in Mecklenburg-Vorpommern zu werben. Derzeit finde Vergleichbares nicht umfassend genug statt. Darüber hinaus sei ein Netzwerk mit Beteiligung von vielfältigen Akteuren aus der medizinischen Versorgung denkbar, um so Ärzte für das Land zu werben. Ein ähnliches Vorgehen gebe es beispielsweise bereits in Sachsen. Die Ausbildung von Ärzten aus dem Ausland sei zwiespältig zu betrachten. Grundsätzlich sei diese Maßnahme sinnvoll. Jedoch verbleibe nach der bestandenen Prüfung und der Approbation nicht einmal die Hälfte aller ausgebildeten Ärzte aus dem Nicht-EU-Ausland in Mecklenburg-Vorpommern, sondern wandere in Bundesländer mit besserer Bezahlung und mehr Einwohnern aus ihrem Herkunftsland ab. Grundsätzlich sei die stationäre Versorgung hier im Land ausreichend. Eine Reduzierung der Bettenzahl sei somit nicht sinnvoll. Laut einer Studie unter den Fachärzten in den Krankenhäusern, die durch die Ärztekammer durchgeführt worden sei, sei oft nicht ausreichend Zeit für die Patienten vorhanden. Zudem sei laut den Aussagen aus dieser Studie die Notaufnahme in den Kliniken teilweise nicht 24 Stunden am Tag besetzt. Hier gelte es nachzubessern. Schließlich müsse auch der öffentliche Gesundheitsdienst angemessen gefördert werden, um so zur Gesundheitsversorgung in Mecklenburg-Vorpommern beitragen zu können.

Prof. Dr. med. dent. Dietmar Oesterreich (Präsident der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern) betont die deutliche Verbesserung bei der Mundgesundheit in Mecklenburg-Vorpommern. Dies zeige, Prävention sei wirksam. Für eine gesundheitliche Chancengleichheit sei dabei auch das Angebot von

Gruppenprophylaxe wichtig. Derzeit werde hierzu eine Studie über betriebliche Prävention durchgeführt. Prävention müsse stets in allen gesellschaftlichen Schichten ankommen und möglichst niedrigschwellig sein. In nahezu allen Politikfeldern werde Prävention thematisiert. Deswegen müsse auf Bundesebene das Präventionsgesetz vorangebracht werden. Aktuell gebe es in Mecklenburg-Vorpommern noch eine wohnortnahe zahnärztliche Versorgung. Diese werde jedoch durch den demografischen Wandel herausgefordert, da die alternde Bevölkerung auch mehr medizinische Versorgung benötige. Die Bedeutung der Zahnmedizin nehme dabei immer mehr zu, da Zahnerkrankungen oftmals im Zusammenhang mit anderen Erkrankungen stünden und somit die zahnärztliche Behandlung wichtiger Bestandteil der Therapie sei. Jedoch sei auch die Zahl der Zahnärzte vom demografischen Wandel betroffen. Der Altersdurchschnitt liege momentan bei ca. 54 Jahren. Somit werde in etwa fünf Jahren ein großes Problem aufgrund einer Vielzahl von Renteneintritten entstehen. Zudem sinke die Zahl der niedergelassenen Zahnärzte und es gebe auch hier einen Trend zu mehr angestellten Zahnärzten. Bundesweit seien rund 20 % aller niedergelassenen Zahnärzte angestellt. In den Bereichen in Mecklenburg-Vorpommern mit erhöhtem Durchschnittsalter unter den Zahnärzten fehle es oftmals am Nachwuchs. Die Voraussetzung für eine hohe qualitative zahnmedizinische Versorgung sei durch den Studiengang Zahnmedizin, der an beiden Universitäten in Mecklenburg-Vorpommern angeboten werde, gegeben. Die Wahrscheinlichkeit, Zahnärzte bereits während des Studiums für eine Tätigkeit in Mecklenburg-Vorpommern zu gewinnen sei deutlich höher, wenn diese bereits aus dem Land komme, da dadurch das soziale Umfeld hier bereits vorhanden sei. Der Anteil an weiblichen Zahnmedizinerinnen sei bereits im Studium deutlich höher. Der Anspruch an den beruflichen Weg sei dabei oft so, dass eine Anstellung attraktiver sei als die Selbstständigkeit, um so beispielsweise mehr Sicherheit für die Familienplanung zu haben. Jedoch gebe es diesen Trend zu Anstellung anstatt Selbstständigkeit auch bei männlichen Zahnmedizinern. Die Institution der Zahnmedizinischen Versorgungszentren (Z MVZ) löse nicht die Versorgungsprobleme im ländlichen Raum. Ein Z MVZ sei insbesondere in Ballungsräumen lukrativ, entziehe aber den Regionen mit Versorgungsproblemen die angestellten Zahnärzte. Ein weiteres Problem sei, gegenüber einem Z MVZ fehle es seitens der Zahnärztekammer an Sanktionsmöglichkeiten. Zwar stelle die Zahnärztekammer nicht die Approbationen

aus, dies sei Aufgabe der Landesbehörde, jedoch gehöre die Überwachung der Berufspflichten in den Bereich der Kammer. Ein Z MVZ sei aber eine juristische Person und somit nicht Mitglied der Zahnärztekammer. Daher fehle es an Sanktionsmöglichkeiten gegenüber dem Z MVZ. Hier müsse es auf Bundesebene eine verbesserte Regelung im Zahnheilkundegesetz geben. Die zunehmende Ökonomisierungstendenz in der Medizin generell sei ein Schritt in die falsche Richtung und verstärke die bereits angesprochenen Probleme. Eine positive Entwicklung in den letzten Jahren sei die Aufnahme der Zahnpflege in die gesundheitlichen Ziele der frühkindlichen Bildung. Verankert sei dies im KiföG von Mecklenburg-Vorpommern. Zur Umsetzung müsse es allerdings auch ausreichend Förderung und Unterstützung der Erzieherinnen und Erzieher geben. Hierbei könne die Zahnärztekammer ein wichtiger Partner sein. Patientenberatung gehöre als weitere Aufgabe in den Bereich der Zahnärztekammer. Diese sei insbesondere in Streitfällen wichtig. Für diesen Bereich sei mehr Beteiligung der Patientenverbände wünschenswert. Zur Finanzierung der medizinischen Versorgung müsse das duale Krankenversicherungssystem erhalten bleiben. Derzeit werde etwa die Hälfte der Kosten bei zahnmedizinischen Leistungen durch die Krankenkassen gezahlt, der übrige Anteil durch die Patienten. Diese Regelung sei nicht durch die Zahnärzte selbst festgelegt, sondern systembedingt. Das derzeitige System der zahnmedizinischen Versorgung habe bereits hohe Standards zum Wohle der Patienten. Für weitere Innovationen sei jedoch eine Beteiligung an der Finanzierung durch die Patienten notwendig. Hierfür sei auch der Abschluss einer Zusatzversicherung möglich. Bezüglich der Maßnahmen zur Digitalisierung und Telemedizin sei festzustellen, es fehle derzeit noch an Vorteilen für medizinische Versorgung. Lediglich die Krankenkassen hätten einen Nutzen davon. Für Ärzte seien die Anwendungen nur mit Stress und zeitraubenden Ausfällen verbunden. Auch der Fachkräftemangel stelle ein Problem für die zahnmedizinische Versorgung dar. Insbesondere für die Patientenbindung seien gute Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wichtig. Jedoch gehe die Zahl der Auszubildenden zurück und gleichzeitig sinke die schulische und soziale Kompetenz bei diesen. Bei den Zahnmedizinischen Fachangestellten seien dauerhaft viele Stellenausschreibungen offen. Zur Reduzierung des Fachkräftemangels seien gute Öffentlichkeitsarbeit sowie effektives Werben für das Berufsbild von allen Beteiligten wichtige Ansätze. Zudem werde auf Anraten des Gesundheitsministeriums

gemeinsam mit der Universität Rostock eine Berufszufriedenheitsstudie unter den Zahnärzten in Mecklenburg-Vorpommern durchgeführt. Mit den Erkenntnissen aus dieser Studie könne es möglich sein, wegweisende Lösungen für die Versorgungsprobleme zu erarbeiten. Falls gewünscht, könnten der Enquete-Kommission beziehungsweise dem Landtag die Ergebnisse der Studie vorgestellt werden, sobald diese vorlägen, da wissenschaftliche Erkenntnisse stets eine gute Grundlage für Entscheidungen seien. Bezüglich der Corona-Pandemie sei abschließend festzuhalten, diese habe große Probleme für die zahnmedizinische Versorgung gebracht. Durch die Verunsicherung bei den Patienten und den Praxisteams habe sich die Zahl der Patientenbehandlungen um etwa die Hälfte reduziert. In den Zahnarztpraxen gebe es generell hohe hygienische Standards. Derzeit werde das Infektionsgeschehen in den Praxen zusätzlich beobachtet und die vorgeschriebenen Maßnahmen evaluiert, um gegebenenfalls Anpassungen vorzunehmen, die leider häufig mit zusätzlichen Auflagen für die Praxen verbunden seien. Dabei gingen die Sicherheit sowie das Wohl der Patienten und der Praxisteams aber immer vor. Die Kostensteigerung bei den Hygieneprodukten erschwere die derzeitige Situation für die Zahnärzte zusätzlich.

Dr. med. Dr. phil. nat. Georg Engel (Präsident der Apothekerkammer Mecklenburg-Vorpommern) fasst zusammen, medizinische Versorgung müsse stets wohnort- und zeitnah verfügbar sein. Diesbezüglich sei die öffentliche Apotheke im Bereich der Arzneimittelversorgung unverzichtbar. Auch in der Corona-Pandemie habe es bundesweit nur eine sehr geringe Ausfallquote unter den Apotheken gegeben. In Mecklenburg-Vorpommern sei sogar keine einzige Apotheke ausgefallen. Auch Lieferengpässe seien in einem moderaten Umfang gehalten worden. Dank der Vermittlung des Gesundheitsministers sei ein Kontakt mit der Zuckerfabrik Anklam entstanden, wodurch mit dem dort produzierten Ethanol die Herstellung von Desinfektionsmitteln in den Apotheken möglich gewesen sei. Der Botendienst der Apotheken habe eine zusätzliche Vergütung erhalten, um so auch Patienten aus der Risikogruppe weiterhin mit Medikamenten versorgen zu können. Es sei wünschenswert, die Regelung aus der Zeit der Pandemie beizubehalten, nach der eine Versorgung mit wirkstoffähnlichen Medikamenten möglich sei. Unabhängig von der Pandemie gebe es insgesamt durch die Apotheken im Land für Patienten ein gut

erreichbares und niederschwelliges Angebot. Dies umfasse nicht nur die regulären Öffnungszeiten, sondern auch eine gute Erreichbarkeit im Nacht- und Notdienst. Krankenhausapotheken seien für die Häuser wichtige Einrichtungen, da dadurch eine günstige Versorgung mit Arzneimitteln sichergestellt sei. Dabei sichere insbesondere die Herstellung von Arzneimitteln die medizinische Versorgung und Genesung der Patienten. Folglich sei es wünschenswert, in jedem Krankenhaus eine eigene Apotheke verfügbar zu haben. Einrichtungen wie Stationsapotheken seien insbesondere bei der Behandlung von Patienten, die viele Medikamente auf einmal erhielten, hilfreich und sinnvoll für die Versorgungssicherheit. Oftmals könne eine öffentliche Apotheke aufgrund ihrer technischen Ausstattung eine Versorgung mit aseptischen Mitteln oder Ernährung, die für eine Palliativbehandlung notwendig seien, nicht sicherstellen. Theoretisch könne in solchen Fällen eine benachbarte Apotheke oder eine Krankenhausapotheke unterstützen. Dies sei jedoch aufgrund der Regelungen im Arzneimittelgesetz und der Apothekenbetriebsordnung nur eingeschränkt für Zytostatika möglich. Die Zunahme des Versorgungsanteils von Online-Apotheken sei kritisch zu betrachten. Für die Akutversorgung seien diese nicht geeignet, da eine Beteiligung an der Nacht- und Notfallversorgung nicht möglich sei, ebenso wie schnelle Lieferungen. Online-Apotheken seien auf wirtschaftlich attraktive Bereiche ausgerichtet, wie etwa die beratungsarme Versorgung von chronisch kranken Patienten. Dadurch werde den für die Versorgung wichtigen öffentlichen Apotheken dieser Bereich entzogen und es fehle an der wirtschaftlichen Grundlage. Auch für immobile Patienten und den ländlichen Raum seien die Online-Apotheken nicht notwendig, da es hierfür Rezeptsammelstellen und den Botendienst gebe. Schließlich sei eine vollumfängliche Versorgung nur in einer öffentlichen Apotheke möglich, da es einige Medikamente gebe, die vom Versand ausgeschlossen seien. In einigen europäischen Nachbarländern gebe es Online-Apotheken, die ausschließlich auf die Lieferung in das benachbarte europäische Ausland ausgelegt seien. Der Versandhandel mit verschreibungspflichtigen Medikamenten sei ohnehin in 21 von 27 EU-Staaten verboten. Bezüglich Barrierefreiheit in Apotheken sei festzustellen, diese müsse grundsätzlich laut der Apothekenbetriebsordnung vorhanden sein. Einfache Sprache sei hingegen entbehrlich, da durch den Kontakt mit den Patienten individuell auf deren Verständnis eingegangen werden könne. Inwiefern Beantwortung von Anfragen und die Beratung über Internet und Telefon erfolge, müsse jede

Apotheker aufgrund der freiberuflichen Verantwortung eigenständig entscheiden. Bezüglich der Sektorengrenze zwischen ambulanter und stationärer Versorgung im Zusammenhang mit Polypharmazie müsse eine Krankenhausapotheke an die speziellen Bedürfnisse der Medikation von Patienten angepasst sein. Ebenso müsse eine öffentliche Apotheke mit Entlassrezepten umgehen können. Oftmals genüge ein solches Rezept jedoch nicht den formalen Anforderungen und Nachfragen in Krankenhäusern seien schwierig. Durch die Krankenkassen werde ein formal nicht korrektes Rezept nicht anerkannt. Somit bleibe die Apotheke auf den Kosten sitzen. Eine Einbindung der Apotheker bei der Gestaltung des bundeseinheitlichen Medikationsplanes sei wünschenswert, da bei der Erstellung eines elektronischen Medikationsplanes durch Apotheker am besten erfasst werden könne, wie einzelne Medikamente zusammenwirkten und welche Schwierigkeiten und Risiken es dabei geben könne. Die Apotheken seien auch vom Fachkräftemangel betroffen. Besonders im ländlichen Raum sei die Anstellung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter oder die Übergabe einer Apotheke an einen Nachfolger schwierig. Derzeit sei die Versorgungslage noch gut, aber die kritische Situation in ein paar Jahren sei bereits absehbar. Über Botendienste könne die Versorgung von Patienten aber auch so weiterhin sichergestellt werden, wenn keine wohnortnahe Apotheke vorhanden sei. Der Beruf des Apothekers müsse besonders für junge Menschen attraktiv bleiben und nicht durch zu viel Bürokratie abschrecken. Die vertragliche Bindung von Krankenkassen an bestimmte Hersteller von Medikamenten erschwere die Ausübung einer wissenschaftlichen, heilberuflichen Versorgung ebenso wie komplexe gesetzliche Regeln. Ziel müsse es sein, gesicherte Rahmenbedingungen, gesicherte wirtschaftliche Bedingungen und eine kostendeckende Botendienstvergütung für die Apotheken in Mecklenburg-Vorpommern zu schaffen. Zudem gelte es die Anzahl der Studienplätze für Pharmazie an den beiden Universitäten in Rostock und Greifswald aufzustocken, da es regelmäßig deutlich mehr Interessenten als Plätze gebe. Dies treffe jedoch nicht nur auf die Studienplätze, sondern auch auf die Ausbildungsplätze für Assistenzberufe zu. Hier sei jeweils nur eine Klasse in Greifswald und Schwerin vorhanden. Das Schulgeld für diese Ausbildung gehöre abgeschafft. Auch die Aufnahme der Apotheker in das Landarztgesetz sei wünschenswert. Darüber hinaus müsse es mehr Kompetenz für Apotheken geben und weniger Bürokratie und Verwaltung. Es sei einer Apotheke nicht gestattet, große Rabatte der Hersteller von

Medikamenten anzunehmen, da die heilberufliche Tätigkeit nicht durch wirtschaftliche Zwänge beeinflusst werden dürfe. Gleichzeitig müsse das wirtschaftliche Risiko einer Apotheke dennoch abgedeckt werden können. Das geplante elektronische Rezept müsse auch von den Apotheken verwendbar sein und dürfe nicht von wirtschaftlichen Interessen gesteuert werden. Derzeit werde das Gesetz zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheke im Bundestag beraten. Darin sei eine Boniregelung vorgesehen, nach der ein Patient einen Bonus erhalte, wenn er sich ein teures Medikament verschreiben lasse. Diese Regelung werde jedoch wohl nur schwer gerichtsfest zu verankern sein. Als Alternative könne schlichtweg der Versandhandel von verschreibungspflichtigen Medikamenten gesetzlich unterbunden werden.

Vors. **Jörg Heydorn** bedankt sich bei den Vortragenden und eröffnet sodann die Fragerunde.

Prof. Dr. med. Marek Zygmunt (Direktor der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und Lehrstuhlinhaber der Universitätsmedizin Greifswald) richtet sich an die Ärztekammer und gibt an, der Deutsche Ärztetag habe sich gegen eine Landarztquote positioniert. Es dauere von der Einführung einer solchen Quote etwa 11 bis 13 Jahre, bis der Landarzt tatsächlich vor Ort sei. Zudem werde durch eine Landarztquote den Hausärzten zufolge die Tätigkeit als Hausarzt als minderwertig dargestellt. Hierzu werde um Stellungnahme gebeten, insbesondere in Bezug auf die zu erwartende Effektivität der Landarztquote.

Prof. Dr. med. Andreas Crusius gibt an, das Landarztgesetz komme etwa zehn Jahre zu spät, da bereits jetzt in einigen Regionen Ersatz benötigt werde. Die Strafzahlung, welche anfalle, wenn ein Landarzt gegen seine Verpflichtung in einer unterversorgten Region zu praktizieren verstoße, könne zudem die Wirkung des Gesetzes beeinflussen. Den Facharzt für Allgemeinmedizin, welcher für den Landarzt notwendig sei, gebe es erst seit dem Jahr 1992, wo dieser auf Initiative von Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen eingeführt worden sei. Ein solcher Facharzt sei der Spezialist für die Breite. Dabei würden sowohl die Grundbetreuung als auch die fortlaufende Betreuung nach den Diagnosen durch fachliche Spezialisten wahrgenommen. Die Einführung des Landarztgesetzes sei gerade noch rechtzeitig

erfolgt, da ansonsten zeitnah ein sehr hoher Mangel an Fachärzten für Allgemeinmedizin drohe.

Prof. Dr. med. Marek Zygmunt merkt an, auch der Gynäkologe nehme bei Frauen oftmals die Funktion eines Hausarztes wahr. In einigen westdeutschen Bundesländern könne zudem die Landarztquote auch durch andere Fachgebiete erfüllt werden, wie beispielsweise Kinderärzte oder hausärztlich praktizierende Internisten. Hierzu werde um Stellungnahme gebeten.

Prof. Dr. med. Andreas Crusius stimmt zu, in Nordrhein-Westfalen sei die Landarztquote auch auf andere Fachgebiete ausgedehnt. Grundsätzlich könne ein Internist auch stets hausärztlich tätig sein.

Abg. **Maika Friemann-Jennert** stellt fest, die Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“ habe bereits ähnliche Probleme in der gesundheitlichen Versorgung dargestellt. Ergänzend werde nun bei Maßnahmen zur Digitalisierung auf zu erwartende Neuerungen verwiesen. Durch finanzielle Mittel aus dem Bundeshaushalt werde dieser Veränderungsprozess begünstigt. Wichtig sei dabei gleichzeitig mit dem digitalen Fortschritt auch eine Entbürokratisierung zu erreichen. Beispielhaft sei für diese Maßnahmen die digitale Patientenakte. Hierzu habe es den Hinweis gegeben, eine Steuerung dieser Akte durch den Patienten sei nicht zielführend. Folglich werde um alternative Vorschläge für die Gestaltung der digitalen Patientenakte gebeten.

Axel Rambow erklärt, als Alternative zur digitalen Patientenakte gebe es seitens der Ärzteschaft die Forderung nach einer ärztlichen Fallakte. Diese könne auch digital erstellt werden. In dieser Fallakte seien festgelegte Krankheiten und Präventionsmaßnahmen der Patienten strukturiert abgespeichert, sodass diese für jeden weiteren behandelnden Arzt zugänglich seien. Derzeit arbeite die Kassenärztliche Bundesvereinigung an dem Entwurf einer solchen Fallakte für den Bereich „Impfen“.

Abg. **Torsten Koplín** geht auf den Vorschlag von 50 weiteren Studienplätzen für Medizin ein. In der Anhörung im Rahmen der Beratung des Entwurfes zum Landarztgesetz Mecklenburg-Vorpommern habe es den Hinweis gegeben, nicht nur das Verhältnis von Studierenden zu Professorenstellen sei entscheidend für die Anzahl der möglichen Studienplätze, sondern es müsse auch die entsprechenden räumlichen Kapazitäten geben. Demnach gelte es, zunächst die notwendigen Rahmenbedingungen zu schaffen, anschließend die Zahl der Professorenstellen anzupassen, um schließlich die Zahl der Studienplätze zu erhöhen. Hierzu werde um eine Stellungnahme der Ärztekammer sowie der kassenärztlichen Vereinigung gebeten, inwiefern diese Reihenfolge der notwendigen Voraussetzungen zutreffe und wie viele zusätzliche Studienplätze es tatsächlich benötige.

Axel Rambow bestätigt den erhöhten Bedarf an Personal und Räumlichkeiten bei mehr Studienplätzen. Grundsätzlich sei es möglich, den Bedarf an Ärzten für Mecklenburg-Vorpommern über die derzeit verfügbaren 400 Studienplätze abzudecken. Jedoch verlasse ein Großteil der Absolventen nach dem erfolgreichen Studium das Bundesland. Hier müsse es folglich bessere Angebote geben, um die Studierenden auch nach dem Abschluss im Land zu halten. Bei Studierenden, die ursprünglich aus Mecklenburg-Vorpommern stammten, gebe es eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass diese auch nach dem Studium im Land blieben. Diese Erkenntnis müsse besser genutzt werden.

Vors. **Jörg Heydorn** weist darauf hin, bezüglich einer besonderen Förderung von Landeskindern beim Medizinstudium gebe es im Hinblick auf Bildungsgerechtigkeit und den gleichen Zugang zu Bildung verfassungsrechtliche Bedenken.

Axel Rambow erwidert, es gebe bereits vergleichbare Regelungen in den Ländern Bayern und Sachsen. Somit müsse auch ein solcher Lösungsansatz in Mecklenburg-Vorpommern möglich sein.

Prof. Dr. med. Andreas Crusius führt aus, es gebe einige Studenten, die derzeit im Ausland für Medizin eingeschrieben seien, da sie in Mecklenburg-Vorpommern keinen Studienplatz erhalten hätten. Für die hohen Kosten dieses Studiums würden oftmals

die Eltern aufkommen. Mit diesen Mitteln sei es möglich, zusätzliche Studienplätze in Mecklenburg-Vorpommern zu schaffen. Die private Finanzierung eines Medizinstudiums funktioniere beispielsweise bereits an der privaten Hochschule in Neuruppin. Neue Hörsäle seien auch bei einer erhöhten Anzahl an Studienplätzen nicht notwendig, da eine Vorlesung auch zweimal hintereinander gehalten werden könne. Durch die Ärzte, die derzeit den Unterricht für ausländische Ärzte durchführten, könne der gleiche Unterricht auch für zusätzliche Medizinstudenten gehalten werden. Begrüßenswert sei die Regelung des Gesundheitsministeriums von Mecklenburg-Vorpommern, nach der es polnischen Medizinstudenten möglich sei, auch ohne das in Polen nach dem sechsjährigen Studium und vor der Approbation notwendige Praktikum von einem Jahr bereits in Mecklenburg-Vorpommern als angestellter Arzt tätig zu werden.

Vors. **Jörg Heydorn** schlägt vor, die Enquete-Kommission könne zum Thema Fachkräftemangel Expertinnen und Experten einladen, damit diese zu rechtlichen Fragen bezüglich der bevorzugten Ausbildung von Landeskindern ausführen.

Abg. **Torsten Koplín** zählt auf, derzeit gebe es in Mecklenburg-Vopommern in Schwerin, Rostock und Wolgast jeweils eine Kinderportalpraxis. Hierzu werde eine Stellungnahme der Kassenärztlichen Vereinigung erbeten, inwiefern sich diese Praxen bewährt haben.

Axel Rambow erläutert, in Rostock und Schwerin werde jeweils eine pediatriische Bereitschaftspraxis betrieben, die abhängig vom Bedarf geöffnet habe und jeweils gut besucht werde. Dadurch werde der allgemeine ärztliche Notdienst entlastet. Eine ähnliche Einrichtung in Neubrandenburg sei mittlerweile in den allgemeinen ärztlichen Bereitschaftsdienst übertragen worden. In Wolgast bestehe nahezu kein Bedarf an pediatriischer Versorgung außerhalb der Sprechstundenzeiten. Aufgrund der zu geringen Anzahl an Patienten sei mit den zur Verfügung stehenden Mitteln die Aufrechterhaltung des Angebotes nicht möglich gewesen. Aus diesem Grund sei die Kinderportalpraxis gegründet worden.

Abg. **Dr. Gunther Jess** merkt an, bei der Ermittlung des Bedarfs in Wolgast für eine Notfallpraxis müsse der erhöhte Bedarf im Sommer aufgrund der Nähe zur Insel Usedom berücksichtigt werden.

Axel Rambow stellt klar, der geringe Bedarf ergebe sich aus einem Mischwert der Fallzahlen über das gesamte Jahr. Zur Unterstützung in der Sommerzeit sei zusätzlich eine Rehaklinik auf der Insel Usedom ermächtigt worden. Dort habe es zwar etwas höhere Fallzahlen gegeben, dennoch habe die Klinik die Ermächtigung zurück gegeben, da es sich nicht gelohnt habe.

Abg. **Torsten Koplín** stellt fest, die Kostenentwicklung in der Zahnmedizin verlaufe vergleichsweise moderat. Jedoch werde bei der Darstellung der Kostenentwicklung für zahnärztliche Behandlungen stets nur auf die Kosten Bezug genommen, die durch die gesetzliche Krankenkasse getragen würden. Dadurch könne es zu einer verzerrten Darstellung kommen, da es neben diesen Kosten auch hohe Eigenanteile bei zahnärztlichen Behandlungen gebe. Zudem seien davon auch die privaten Krankenkassen sowie Zusatzversicherungen nicht erfasst. Seitens der zahnärztlichen Sachverständigen werde diesbezüglich eine Stellungnahme erbeten, inwiefern die Entwicklung der Kosten für die gesetzliche Krankenversicherung tatsächlich die reale Entwicklung der Kosten abbilde.

Dr. med. dent. Alexander Kuhr führt aus, derzeit gebe es in der Medizin zahlreiche durch die Krankenkassen bezahlte Leistungen. Zusatzleistungen seien privat zu finanzieren. In der Zahnmedizin sei eine Zuzahlung für besondere Leistungen grundsätzlich vorgesehen. Die Regelversorgung werde durch die Krankenkasse bezahlt. Leistungen außerhalb des festgelegten Leistungskatalogs der Kassen seien durch den Patienten zu finanzieren, wobei es eine Anrechnung der Kassenleistung auf die Ergänzungsleistung gebe. Dieses System könne zu Verhaltensänderungen in Bezug auf die eigene Gesundheit bei den Patienten führen, da der finanzielle Anreiz, wenn für die Behandlung aus eigener Tasche gezahlt werden müsse, einen nicht zu vernachlässigenden Effekt habe. Leider herrsche in Deutschland oft eine Mentalität, nach der die Medizin kostenlos sämtliche gesundheitlichen Probleme regeln müsse und eigene Verhaltensänderungen nicht akzeptiert würden. Demnach sei der

zahnmedizinische Weg zielführend für nachhaltige Veränderungen, indem es eine Regelversorgung mit Finanzierung durch die Krankenkasse gebe und höherwertige Leistungen als Eigenleistung mit einem Zuschuss der Krankenkasse möglich seien.

Prof. Dr. med. dent. Dietmar Oesterreich stellt fest, Daten bezüglich der gesamten Kosten in der zahnmedizinischen Versorgung lägen nicht vor. Im internationalen Vergleich seien die gesetzlichen Kassenleistungen der Grundversorgung bereits sehr hoch. Bei der Gesundheitsgesamtkostenrechnung, wie viel jeder Bürger tatsächlich für die eigene medizinische Versorgung ausbe, müssten auch Ausgaben für Zusatzversicherungen und private Krankenkassen berücksichtigt werden. Eine solche Berechnung liege für den zahnärztlichen Bereich nicht vor, werde aber erstellt und der Kommission zugeleitet.

Wolfgang Abeln ergänzt, es habe in der Vergangenheit immer wieder politische Entscheidungen gegeben, wodurch medizinische Leistungen anders bewertet und dadurch die Ausgabengrößen der medizinischen Bereiche beeinflusst worden seien. Grund sei dabei oft der Bedarf an finanziellen Mitteln in anderen medizinischen Bereichen gewesen, wodurch es zu einer finanziellen Umverteilung im Gesundheitswesen komme.

Vors. **Jörg Heydorn** weist darauf hin, laut der Stellungnahme der Kassenärztlichen Vereinigung habe die Abschaffung der Praxisgebühr zu einer erhöhten Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen geführt. Nach Ansicht der Kassenärztlichen Vereinigung habe eine Praxisgebühr eine regulierende Wirkung und eine Wiedereinführung dieser Maßnahme müsse Berücksichtigung finden.

Axel Rambow erklärt, die Praxisgebühr sei im Jahr 2013 abgeschafft worden. Insbesondere die Inanspruchnahme von Notfallambulanzen sei durch diese Gebühr sehr gut steuerbar gewesen, da es dort eine zusätzliche Praxisgebühr gegeben habe, deren Erstattung für den Patienten nur mit einem aufwendigen Verfahren möglich gewesen sei. Folglich sei die Inanspruchnahme von Notfallambulanzen bis 2013 deutlich geringer gewesen. Grundsätzlich habe jedoch die Praxisgebühr einen hohen Aufwand für die Praxen bedeutet. Somit sei es anzustreben, eine andere sinnvolle

Form der Patientensteuerung zu finden, um so die Fallzahl zu regulieren. Denkbar sei hier eine pauschale Lösung mit einer Abrechnung über die Krankenkasse.

Vors. **Jörg Heydorn** erkundigt sich, welche konkreten Vorstellungen es bezüglich einer Patientensteuerung im Hinblick auf die zur Verfügung stehenden Ärzte gebe.

Axel Rambow führt aus, die Kassenärztliche Bundesvereinigung schlage Tarife für die Patienten vor, wobei es einen Vollversorgungstarif gebe, mit dem die Inanspruchnahme der Notfallambulanz wie bisher möglich sei. Daneben könne es einen abgesenkten Tarif geben, bei dem verpflichtend vor Besuch der Notfallambulanz der Hausarzt aufgesucht werden müsse.

Abg. **Dr. Gunther Jess** nimmt Bezug auf den Vorschlag der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, nach dem Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte mehr miteinander zu verknüpfen seien, um die Sektorengrenzen aufzuweichen. Hierzu gebe es die Nachfrage, inwiefern dafür freie Kapazitäten in einem der Bereiche notwendig seien, um so eine Notsituation im anderen Bereich aufzufangen.

Prof. Dr. med. Andreas Crusius erläutert, eine Synergiebehandlung von Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten habe zum Ziel, bei Bedarfsfällen gegenseitig auszuhelfen und somit alle verfügbaren Ressourcen optimal zu nutzen. Ein Krankenhaus könne in unterversorgten Regionen somit auch Aufgaben des kassenärztlichen Dienstes übernehmen. Ein niedergelassener Kardiologe führe Operationen bei Herzkathethern ausschließlich am Krankenhaus durch, da ansonsten die Mindestzahl an Operationen nicht erreicht werde. In solchen Fällen beteilige sich der niedergelassene Arzt auch am Rufdienst des Krankenhauses. Als weitere Ergänzung für den Notfalldienst gelte es die Rehakliniken in Mecklenburg-Vorpommern im Rahmen einer Ermächtigung mit einzubeziehen.

Abg. **Dr. Gunther Jess** erwidert, damit ein Krankenhaus die ambulante Versorgung in einer unterversorgten Region übernehmen könne, müsse dieses Krankenhaus freie Kapazitäten haben. Hierzu werde um ergänzende Ausführung gebeten.

Prof. Dr. med. Andreas Crusius stellt klar, das Schaffen von freien Kapazitäten in den Krankenhäusern sei nicht notwendig für die Übernahme von ambulanten Aufgaben. In einem Kreiskrankenhaus gebe es während der Nachtdienste keine Vielzahl an Notfällen. Dies treffe insbesondere auf die unterversorgten Bereiche zu. Somit sei es eine Entlastung für die Kassenärztliche Vereinigung, wenn der Bereitschaftsdienst durch eine Klinik übernommen werde, da dort Kapazitäten frei seien und kein gesonderter kassenärztlicher Bereitschaftsdienst geschaffen werden müsse.

Vors. **Jörg Heydorn** führt aus, es sei ausgeführt worden, im ambulanten Bereich gebe es oftmals lange Wartezeiten für Termine von Facharztleistungen. In den Kliniken hingegen werde die entsprechende Leistung mit der richtigen Überweisung zeitnah durchgeführt. Somit scheine es in den Kliniken freie Kapazitäten zu geben, mit denen diese für die fehlenden Kapazitäten im niedergelassenen Bereich aufkommen müssten.

Prof. Dr. med. Andreas Crusius erläutert, in Kliniken gebe es keine Wartelisten für fachärztliche Leistungen, sondern eine Behandlung von Patienten, die mit spezifischen Problemen eingewiesen würden. Ein Krankenhaus befasse sich somit vornehmlich mit akuten Fällen, wohingegen präventive Untersuchungen Aufgabe der niedergelassenen Ärzte sei. Die Klinik müsse folglich nicht für fehlende Kapazitäten des ambulanten Bereichs aufkommen. Dennoch gelte es jeden Patienten zu behandeln und zu untersuchen, der mit einem Problem und einem Einweisungsschein zur Klinik komme.

Dr. med. Andreas Oling gibt an, die Wartezeit für Termine sei bei allen Ärzten aus einem Fachgebiet in einer Region stets ähnlich lang. Bei akuten Fällen könne jedoch jederzeit eine Dringlichkeitsüberweisung geschrieben werden und somit auch im niedergelassenen Bereich eine schnelle Terminvergabe erfolgen. Grundsätzlich sei nicht jeder Wunschtermin bei einem Facharzt möglich, da unterschieden werden müsse zwischen dringlichen Fällen, denen stets Vorrang zu gewähren sei und weniger dringlichen Untersuchungen, bei denen eine Wartezeit in Kauf genommen werden könne.

Vors. **Jörg Heydorn** möchte wissen, welche Auswirkung die Abschaffung der A- und B-Überweisungen und die Verabschiedung des Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz, TSVG) auf die Wartezeit bei Facharztterminen gehabt habe.

Axel Rambow erklärt, A- und B-Überweisungen in Verbindung mit Vergütungsverträgen seien in Mecklenburg-Vorpommern nur noch bei der AOK Nordost vorhanden. Als reine Kennzeichnung für die Priorität einer Überweisung werde das System jedoch weiterhin flächendeckend angewendet, da es sich über die Jahre bewährt habe. Durch die nach dem TSVG eingeführten Terminservicestellen seien lediglich ca. 1.000 Termine pro Jahr vermittelt worden. Im Vergleich dazu seien im selben Zeitraum über das A- und B-Überweisungssystem etwa 40.000 Termine für die ärztliche Weiterbehandlung vermittelt worden. Die sektorenübergreifende Unterstützung in der Behandlung und Wahrnehmung von Aufgaben aus dem jeweils anderen Bereich der medizinischen Versorgung sei grundsätzlich möglich, jedoch müsse der Bedarf entsprechend durch eine Ermächtigung festgestellt werden. Dafür seien die Zustimmung des Zulassungsausschusses und die Abstimmung mit den betroffenen Ärzten sowie den Krankenkassen notwendig. Grundsätzlich sei eine Ermächtigung das übliche Mittel, um lange Wartezeiten bei Terminen zu verkürzen. Eine Unterstützung der Rehakliniken beim Bereitschaftsdienst sei oftmals schwierig, da diese Kliniken in vielen Fällen eher dezentral gelegen seien und somit die Erreichbarkeit erschwert sei.

Abg. **Dr. Gunther Jess** nimmt Bezug auf die Ausführung zum dualen Krankenversicherungssystem in der zahnmedizinischen Versorgung, bei dem ein Teil der Leistungen durch den Patienten finanziert werde und ein Teil durch die Krankenkasse. Hierzu gebe es die Nachfrage, ob die Übertragung dieses Systems auf andere Erkrankungsbereiche aus der Humanmedizin, bei denen die Mitarbeit des Patienten gefordert ist, zu empfehlen sei.

Prof. Dr. med. dent. Dietmar Oesterreich stellt klar, die duale Finanzierung des Gesundheitssystems beziehe sich auf die Finanzierung durch private und gesetzliche

Krankenversicherungen. Die Steuerung von Krankheiten durch finanzielle Anreize sei problematisch, da die Verhaltensweise von Patienten nicht der einzige Risikofaktor in der Medizin sei. Daneben spielten auch das soziale Umfeld sowie organische Erkrankungen im Körper eine Rolle. Eine Kausalität zwischen Verhalten und Krankheit, um daraus finanzielle Konsequenzen abzuleiten, sei nicht eindeutig zu bestätigen. Der Einfluss des Bildungsstatus auf das Verständnis der Notwendigkeit von gesundheitlicher Vorsorge sei hingegen nicht zu vernachlässigen, da Armut die Gesundheit oft negativ beeinflusse. Es bestehe somit ein Zusammenhang zwischen niedrigem Einkommen sowie geringem Bildungsniveau und einer hohen Krankheitsquote. Prophylaxe müsse demnach bereits bei Kindern und Jugendlichen ansetzen, um früh ein Verständnis für gesundheitliche Vorsorge zu entwickeln. Das Finanzierungssystem der Zahnmedizin mit Zuzahlungen könnte beispielhaft für andere Bereiche sein. Eine eigenständige Finanzierung von Behandlungen durch die Patienten bei vermeintlich selbstverschuldeten Krankheiten, etwa Lungenkrebs bei Rauchern, sei ethisch jedoch auf keinen Fall vertretbar.

Anja Schießler (Geschäftsstelle SELBSTHILFE M-V e. V.) betont, Gesundheit stehe in einem problematischen Zusammenhang mit Armut. Eine Patientensteuerung durch unterschiedliche Tarife sei deshalb kritisch zu sehen. Das Selbstbestimmungsrecht von Patienten müsse ebenso Berücksichtigung finden, wie die Frage danach, wie viel medizinische Versorgung man sich leisten wolle. Eine gesundheitliche Behandlung dürfe aber in keinem Fall vom Geldbeutel abhängen.

Dr. med. dent. Alexander Kuhr möchte von der Kassenärztlichen Vereinigung wissen, aus welchem Grund der gesamte Bereich der Dialyse in privat finanzierter Verantwortung sei.

Axel Rambow erklärt, die Dialyseversorgung in Mecklenburg-Vorpommern befinde sich vollständig in den Händen von Fresenius. Dabei werde die gesetzliche Regel zum Verzicht auf Zulassung bei gleichzeitiger Anstellung nach § 103 Abs. 4 a SGB V genutzt. Demnach könne ein Arzt, der seine Praxis aufgeben und in ein MVZ übertragen, auf seine Praxiszulassung verzichten und sich im MVZ als Facharzt anstellen lassen. Die Anstellung dauere meist ein bis zwei Jahre bis zum Eintritt in den Ruhestand. Die

Zulassung verbleibe anschließend beim MVZ, obwohl im niedergelassenen Bereich eine Zulassung grundsätzlich immer an die Lebensarbeitszeit des jeweiligen Arztes gebunden sei. Die Übertragung an ein MVZ hingegen sei unendlich und könne auch weiterverkauft werden. Die Möglichkeit, eine Praxiszulassung als Handelsware zu verwenden, müsse dringend abgeschafft werden.

Dr. med. dent. Alexander Kuhr bezieht sich auf die Aussage der Ärztekammer, nach der für Zahnärzte in Schwerin, die in einem Z MVZ angestellt seien, die Teilnahme am kassenärztlichen Notdienst nicht möglich sei, da die Nutzung der Räumlichkeiten des Z MVZ außerhalb der üblichen Praxiszeiten nicht gestattet sei. Hierzu werde eine Stellungnahme der Zahnärztekammer erbeten.

Prof. Dr. med. dent. Dietmar Oesterreich weist darauf hin, bei dem Beispiel des Z MVZ gehe es um eine theoretische Erörterung und keine reale Gegebenheit. Generell könne eine juristische Person nicht zur Teilnahme am Notdienst verpflichtet werden. Bei einem Z MVZ handele es sich jedoch um eine juristische Person. Der im Z MVZ angestellte Zahnarzt hingegen sei zur Teilnahme am kassenärztlichen Notdienst verpflichtet. Wenn jedoch der Arbeitgeber die notwendige Räumlichkeit nicht zur Verfügung stelle, könne der Arzt seiner Verpflichtung nicht nachkommen.

Anja Schießler fragt bei der Zahnärztekammer nach, welche konkrete Patientenorganisation bezüglich der zahnärztlichen Patientenberatung gefragt worden sei. Der SELBSTHILFE Mecklenburg-Vorpommern sei die zahnärztliche Patientenberatung nicht bekannt und sie habe sich demnach auch nicht beteiligen können.

Prof. Dr. med. dent. Dietmar Oesterreich gibt an, es habe Gespräche mit der Verbraucherberatungsstelle gegeben. Weitere Informationen diesbezüglich würden der SELBSTHILFE Mecklenburg-Vorpommern zugeleitet.

Anja Schießler gibt an, der Bereitschaftsdienst der Apotheke sei oftmals mit weiten Entfernungen verbunden. Hierzu gebe es die Nachfrage an die Apothekerkammer, inwiefern die Erreichbarkeit der Bereitschaftsapotheken im ländlichen Raum geklärt

sei. Bezüglich der Botendienste der Apotheken sei festzuhalten, die Einrichtung eines solchen Dienstes obliege dem Inhaber einer Apotheke. Ohne einen solchen Dienst müsse teilweise mehrfach der Weg zur weit entfernten Apotheke angetreten werden, wenn dort das entsprechende Medikament nicht vorrätig sei. Bezüglich einer Verbesserung der Regelungen zu Botendiensten im ländlichen Raum werde um eine Stellungnahme der Apothekerkammer gebeten.

Dr. med. Dr. phil. nat. Georg Engel erläutert, die Richtlinie für Bereitschaftsapotheken der Apothekerkammer Mecklenburg-Vorpommern sehe einen Abstand von 20 bis 25 Kilometern zwischen zwei dienstbereiten Apotheken vor. In Gebieten, in denen es nur eine Apotheke im Bereitschaftsdienst gebe, habe diese zusätzliche Öffnungszeiten in den Abendstunden, könne aber keinen 24-Stunden-Dienst zur Verfügung stellen. Ab einer Zahl von fünf Apotheken in einem Gebiet müsse ein durchgängiger Dienst gewährleistet sein. In diesen Gebieten sei jede Apotheke folglich alle fünf Tage für den nächtlichen Bereitschaftsdienst verantwortlich. Im ländlichen Raum seien die Apotheken durch den Notdienst stark belastet, da in diesen Regionen die Anzahl an Apotheken gering sei. Der Botendienst sei bis vor einem Jahr kein Bestandteil der Regelversorgung der Apotheken gewesen und somit nur im Ausnahmefall möglich. Das Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung habe dies geändert. Im Rahmen der Pandemie-Regelungen sei erstmalig eine Vergütung möglich gewesen. In den Monaten April, Mai und Juni seien fünf Euro pro Botendienst gezahlt worden, aktuell gebe es 2,50 Euro pro Botendienstfahrt. Im Gesetz zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheke sei eine Regelung geplant, nach der es möglich sei, den Botendienst kontinuierlich zu vergüten. Der jetzige Betrag reiche dafür jedoch nicht aus, da eine Kalkulation zur Kostendeckung ergeben habe, es seien sieben Euro Vergütung für die Auslieferung von Medikamenten notwendig. Zudem bleibe auch nach der neuen Regelung der Botendienst freiwillig und es gebe keine Verpflichtung für die Apotheken.

Anja Schießler führt aus, die Unterstützung der Notaufnahme durch den kassenärztlichen Notdienst sei teilweise in den Kliniken nicht vorhanden, da dies seitens der niedergelassenen Ärzte nicht gewollt sei. Daraus ergebe sich die

Nachfrage, inwiefern eine bessere Umsetzung der Synergieeffekte erreicht werden könne, um so die gesundheitliche Versorgung zu verbessern.

Axel Rambow erläutert, allein das zur Verfügungstellen eines Raumes reiche nicht aus, um eine Unterstützung beim Notdienst zu erwirken. Hierfür müsse es klare Regelungen mit dem jeweiligen Krankenhaus geben, insbesondere in Bezug auf die Finanzierung der Bereitschaftspraxis. Bei einigen Krankenhäusern funktioniere dies bereits ohne Probleme. Durch die Corona-Pandemie seien aufgrund des Infektionsrisikos jedoch teilweise die Bereitschaftspraxen aus der Klinik verwiesen worden. Grundsätzlich gebe es Zustimmung der Krankenhäuser zur Unterstützung durch den kassenärztlichen Notdienst, da ansonsten die Versorgung der Patienten aus diesem Bereich mit dem eigenen Personal aus dem Krankenhaus erfolgen müsse. In Pasewalk gebe es beispielweise derzeit eine Reform der Notdienstbereiche. Diese könnten dabei helfen, die Synergieeffekte zu verbessern.

Anja Schießler richtet sich an die Kassenärztlichen Vereinigungen und stellt fest, in Pflegeheimen sei die Versorgung mit Ärzten oftmals nicht gewährleistet. Hier werde in vielen Fällen der Krankenwagen gerufen und der Patient zur Behandlung in ein Krankenhaus transportiert, obwohl eine ambulante Versorgung möglich sei.

Axel Rambow stellt fest, die ärztliche Versorgung von Pflegeheimen sei in der Fläche nach wie vor problematisch. Dies werde durch die strukturellen Gegebenheiten im hausärztlichen Bereich noch verstärkt. Eine Lösung seien Versorgungsverträge der Krankenkassen, wodurch ein Arzt sich vertraglich bereiterkläre, Patienten in einem Pflegeheim mitzuversorgen.

Prof. Dr. med. dent. Dietmar Oesterreich erklärt, auch die zahnärztliche Versorgung in Pflegeheimen sei problematisch. Für Zahnärzte, die zusätzlich in Pflegeheime gingen, um dort zu behandeln und zu untersuchen, gebe es eine Förderung. Jedoch könne nicht jede Behandlung ambulant durchgeführt werden. Teilweise sei ein Praxisbesuch notwendig, da eine ambulante Anästhesie beispielsweise schwierig sei.

Wolfgang Abeln erläutert, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung habe für die zahnärztliche Versorgung in Pflegeheimen ein Konzept entworfen und dieses gemeinsam mit den gesetzlichen Krankenversicherungen weiterentwickelt. Demnach sei es den Heimen möglich, Einzelverträge abzuschließen. Bei der Nutzung dieser Möglichkeit gebe es in Mecklenburg-Vorpommern noch Verbesserungsbedarf. Den Betreibern von Pflegeheimen werde deswegen empfohlen, sich direkt an Zahnärzte vor Ort oder die Kassenzahnärztliche Vereinigung zu wenden.

Anja Schießler stellt fest, bezüglich der Barrierefreiheit fehle es in Mecklenburg-Vorpommern in einigen Praxen an den entsprechenden Vorkehrungen. Zwar sei die Barrierefreiheit der Praxis überall möglich, barrierefreie Toiletten hingegen seien nicht flächendeckend vorhanden. Zudem werde auf andere Einschränkungen und Behinderungen nicht ausreichend Rücksicht genommen. Hierzu werde von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen eine Stellungnahme erbeten.

Axel Rambow verweist darauf, es gebe einen von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern und der SELBSTHILFE Mecklenburg-Vorpommern unterzeichneten Letter of Intent bezüglich der Barrierefreiheit in der gesundheitlichen Versorgung. Grundsätzlich sei Barrierefreiheit immer ein zentrales Thema. Dabei seien die Herangehensweise entscheidend sowie die zugrundeliegende Definition. Hierbei gebe es bei den entsprechenden rechtlichen Normen teilweise Widersprüche. Der Umbau von bestehenden Praxen sei nicht unmittelbar zielführend, da solche Maßnahmen mit starken Einschränkungen in der ärztlichen Versorgung verbunden seien. Bei einer neu eingerichteten Praxis hingegen müsse der Standard für Barrierefreiheit immer eingehalten werden. Dabei gelte es den Aufwand zu regulieren und mit entsprechenden Förderprogrammen und Zuschüssen Maßnahmen für Barrierefreiheit zu unterstützen.

Wolfgang Abeln ergänzt, es sei nicht möglich, Arztpraxen nachträglich dazu zu verpflichten, Barrierefreiheit zu gewährleisten, da bei der Einrichtung der Praxen oft noch ein anderer Standard vorgegeben gewesen sei und teilweise die bauliche Voraussetzung in den Gebäuden fehlten. Eine finanzielle Unterstützung durch das

Land bei den Maßnahmen für Barrierefreiheit sei wünschenswert, da durch die Vorgaben hierzu die Gründung einer Praxis mit noch höheren Kosten verbunden sei.

Prof. Dr. med. Marek Zygmunt stellt fest, nach § 2 des Heilberufsgesetzes seien Ärzte an die Weisungen ihrer zuständigen Ärztekammer gebunden und dieser gegenüber rechenschaftspflichtig. Demnach sei es nicht nachzuvollziehen, weshalb ein in einem Z MVZ oder einer GmbH angestellter Zahnarzt nicht am Notdienst beteiligt werden könne.

Prof. Dr. med. dent. Dietmar Oesterreich erklärt, bei einem Z MVZ handele es sich um das komplizierte Gebilde einer juristischen Person. Der Geschäftsführer einer solchen Einrichtung sei kein Arzt und somit auch nicht Mitglied einer Ärztekammer. Die dort angestellten Zahnärzte hingegen seien zwar Mitglied der Zahnärztekammer, jedoch könne es hier ein Konflikt zwischen Arbeitgeber und Berufsrecht geben. Diesen Konflikt gelte es im Zahnheilkundengesetz zu lösen, damit jeder Zahnarzt auch wirklich seiner Verpflichtung nachkommen könne.

Dr. med. Andreas Oling stellt klar, es gebe auch inhabergeführte MVZ mit den dort angestellten Ärzten als Gesellschafter. Die gleichzeitige Anstellung sei aufgrund der Regelungen im SGB notwendig. In solchen Fällen gebe es auch keine Probleme mit den Verpflichtungen gegenüber der Ärztekammer. Zu solchen Problemen komme es erst, wenn eine Kapitalgesellschaft ein MVZ gründe und dort Ärzte anstelle. Grundsätzlich sei ein MVZ aber nicht generell negativ zu beurteilen, da es besonders für junge Ärzte, bei denen es oftmals noch Unsicherheit bezüglich einer eigenen Praxisgründung gebe, ein guter Einstieg sei.

Prof. Dr. med. Marek Zygmunt fragt bei der Kassenärztlichen Vereinigung bezüglich des Anteils der in Mecklenburg-Vorpommern in Krankenhäusern ambulant behandelten Patienten nach.

Axel Rambow gibt an, bezüglich der auf Grundlage von Ermächtigungen sowie zu den in den Hochschulambulanzen behandelten ambulanten Fälle müssten die Zahlen nachgereicht werden. Bundesweit gebe es jährlich 600 Mio. Behandlungsfälle

insgesamt, davon seien etwa 10 Mio. Fälle in den Notaufnahmen. Das entspreche einem Anteil von 3,2 %. In Mecklenburg-Vorpommern gebe es ca. 13 Mio. Behandlungsfälle. Davon seien rund 2,2 % in den Notfallambulanzen, also 136.000 Fälle. Dies sei weniger als die Hälfte der 287.000 im Bereitschaftsdienst versorgten Patienten.

Dr. med. Andreas Oling fügt hinzu, es gebe zwar eine Vielzahl an ambulanten Vorstellungen im Krankenhaus, oftmals werde dort jedoch das Problem des Patienten nicht gelöst, wodurch eine anschließende ambulante Behandlung durch einen niedergelassenen Arzt notwendig sei.

Prof. Dr. med. Marek Zygmunt meint, ein Arzt oder eine Ärztin in einem MVZ unterscheide sich nicht viel von Ärzten in einem Krankenhaus, das einer Kapitalgesellschaft gehöre. Auch dort gebe es Geschäftsführer und dennoch gelte für die Ärzte dort die Verpflichtung gegenüber der Ärztekammer. Zudem sei festzuhalten, es gebe auch sehr viele Ärzte in den Krankenhäusern, durch die Probleme bei ambulanten Vorstellungen gelöst würden und die Patienten auch über einen längeren Zeitraum betreuten.

Abg. **Torsten Koplín** fragt nach, wie gesetzlich geregelt werden könne, dass eine Zulassung nicht zur Handelsware werde, sobald diese an ein MVZ übertragen sei.

Axel Rambow erklärt, sobald ein MVZ eine Zulassung erwerbe, verbleibe diese auch dort, solange das MVZ die entsprechende Arztstelle dauerhaft besetzen könne. Wenn ein Arzt das MVZ verlasse, gebe es eine festgesetzte Frist, um die Stelle neu zu besetzen. Es müsse eine Regelung geschaffen werden, nach der das MVZ eine Zulassung entweder nach einer bestimmten Anzahl an Jahren zurückgeben müsse oder dem entsprechenden Arzt das Angebot mache, die Zulassung zu einem fairen Preis zu erwerben. Besonders für junge Ärzte sei ansonsten der Weg in die eigene Niederlassung erschwert.

Prof. Dr. med. Marek Zygmunt erklärt, auch in überversorgten Gebieten gebe es Probleme mit Terminen bei Fachärzten im ambulanten Bereich und es müsse auf

Krankenhäuser ausgewichen werden. Somit schein der Begriff der Überversorgung falsch zu sein. Diesbezüglich werde um eine Stellungnahme gebeten.

Vors. **Jörg Heydorn** fragt ergänzend bei der Kassenärztlichen Vereinigung nach, wie Bedarfsplanung erfolgen solle, da die derzeitige Bedarfsplanungsrichtlinie nicht den Bedarf plane, sondern eher Zulassungen beschränke.

Abg. **Julian Barlen** fügt hinzu, das Institut für Community Medicine habe ein Gutachten über Bedarfsplanung erstellt. Darin seien neben dem Alter, der Anzahl sowie dem Geschlecht der Menschen auch Faktoren wie Morbidität oder Erreichbarkeit als Grundlage für eine Bedarfsplanung vorgeschlagen. Hierzu werde um eine Einschätzung gebeten.

Axel Rambow bestätigt, die problematische Terminvergabe in überversorgten Gebieten spreche gegen die derzeitige Bedarfsplanung. Bei einer Neuausrichtung der Bedarfsplanung gelte es die Morbidität der Bevölkerung zu berücksichtigen, ebenso wie die Ambulantisierung bestimmter Facharztgruppen, etwa der Augenärzte. Auch die Spezialisierung innerhalb einiger fachärztlichen Bereiche gelte es zu berücksichtigen, anstatt für die Bedarfsplanung eine Fachgruppe als Ganzes zu betrachten. Die neue Bedarfsplanungsrichtlinie enthalte eine Ausdifferenzierung mit Höchstwertgrenzen für die Fachgruppen, jedoch sei diese weiterhin ohne wissenschaftliche Grundlage. Angestellte Ärzte seien in der Bedarfsplanung gesondert zu berücksichtigen, da durch reduzierte Arbeitszeiten bei angestellten Ärzten ansonsten eine Mangelversorgung erzeugt werde. Für die entscheidende Frage einer Bedarfsplanung, wie viel ärztliche Versorgung ein Versicherter tatsächlich benötige, gebe es keine wissenschaftliche Grundlage, sondern lediglich Hilfsaussagen.

Abg. **Maika Friemann-Jennert** fragt nach Steuerungsmöglichkeiten, um zu verhindern, dass hier im Land ausgebildete ausländische Mediziner abwanderten. Hier könne mit den richtigen Maßnahmen dem Fachkräftemangel entgegen gewirkt werden.

Prof. Dr. med. Andreas Crusius führt aus, zunächst müsse eine Sprachprüfung beim Landesamt für Gesundheit und Soziales (LAGuS) angemeldet werden. Vorher sei ein ausländischer Mediziner nicht berechtigt in einem ärztlichen Beruf zu arbeiten, sondern dürfe nur hospitieren. Das LAGuS melde die Anmeldung der Sprachprüfung an die Ärztekammer. Durch diese werde dann ein Sprachkurs durchgeführt. Finanziert werde dieser über Projektmittel der EU, wobei derzeit nicht geklärt sei, wie nach Ablauf des Projektes weiter finanziert werden könne. Mehr als die Hälfte der ausländischen Medizinerinnen und Mediziner falle im ersten Versuch bei der Sprachprüfung durch. Danach müssten der Sprachkurs und die weitere Prüfung eigenständig finanziert werden. Die Sprachprüfung sei für die Patientensicherheit entscheidend, um das gegenseitige Verständnis zwischen Patient und Arzt zu gewährleisten. Nach bestandener Sprachprüfung werde die Berufserlaubnis vorerst unter Aufsicht eines vollständig approbierten Arztes erteilt. Teilweise werde jedoch trotzdem allein Bereitschaftsdienst absolviert. In solchen Fällen drohe dem verantwortlichen Chefarzt der Entzug der Weiterbildungsbefugnis durch die Ärztekammer. Damit schließlich auch ohne Aufsicht praktiziert werden könne, sei eine Gleichwertigkeitsprüfung analog zum 3. Staatsexamen als Prüfung am Patienten notwendig. Diese Prüfung werde von etwa der Hälfte nicht bestanden. Eine Steuerung der Absolventen gebe es derzeit nicht. Hier sei jeder frei in seiner Entscheidung. Die Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern führe auch die Sprachprüfungen für Schleswig-Holstein durch. Die Approbation werde jedoch dort im Bundesland vergeben. Somit gebe es keine Kenntnis, wohin diese Absolventen gingen.

Henning Kutzbach bittet die Ärztekammer um eine Auskunft, inwiefern es zutreffend sei, dass Mecklenburg-Vorpommern von jungen Ärztinnen und Ärzten verlassen werde, da die Ausbildungszeit für Spezialisierungen nach der Facharztausbildung in anderen Bundesländern kürzer sei.

Prof. Dr. med. Andreas Crusius stellt klar, die Ausbildungszeit sei überall gleich und richte sich nach der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer. Es gebe lediglich regional einige inhaltliche Besonderheiten. Die Weiterbildungsordnung werde der Kommission zur Verfügung gestellt.

Abg. **Torsten Koplín** bittet die Apothekerkammer um eine Konkretisierung, was damit gemeint sei, das Makeln bei der Versorgung zu unterbinden.

Dr. med. Dr. phil. nat. Georg Engel führt aus, makeln und zuweisen von Rezepten sei derzeit verboten. Ein Arzt dürfe also nicht Rezepte gesammelt an eine ausgewählte Apotheke senden. Ebenso sei es einer Apotheke nicht gestattet, solche Rezeptsammlungen in einer Praxis abzuholen. Grundsätzlich müsse ein Rezept einem Patienten immer ausgehändigt werden. Ein elektronisches Rezept liege hingegen auch in der Arztverwaltungssoftware vor und werde von dort elektronisch an Apotheken übermittelt. Dabei müsse die direkte Weiterleitung über virtuelle Marktplätze an bestimmte Apotheken verhindert werden. In den Regelungen zur Zusammenarbeit zwischen Ärzten und anderen Heilberufen sei vorgesehen, solchen Handel zu unterbinden. Bislang gebe es jedoch hierzu noch keine vollumfängliche Maßnahme seitens des Gesetzgebers auf Bundesebene. In einem Modellprojekt gebe es derzeit nur einen Anbieter zur Weiterleitung von Rezepten an beliebige Apotheken. Diese Einschränkung auf einen Anbieter sei kritisch zu hinterfragen, da eine solche Plattform großen Einfluss nehmen könne, indem etwa die Weiterleitung zu bestimmten Online-Apotheken über einen Hyperlink funktioniere und über andere Apotheken nur manuell über eine Auflistung informiert werde.

Abg. **Torsten Koplín** geht auf das Fachkräfteproblem in Apotheken ein und gibt an, wer einen Abschluss in Pharmazie aus der DDR vorweise, sei berechtigt, einen Apotheker zu vertreten. Für pharmazeutisch-technische Assistenten gelte dies nicht. Hierzu werde um eine Erklärung gebeten.

Dr. med. Dr. phil. nat. Georg Engel erklärt, in den ostdeutschen Bundesländern gebe es noch die Berufsgruppe der Pharmazieingenieure. Für diesen Berufsabschluss sei neben der beruflichen Qualifikation noch ein Fernstudium notwendig gewesen. Dieser Abschluss befähige zu begrenzten Vertretungsmöglichkeiten in öffentlichen Apotheken. Da es sich hierbei um einen Beruf aus der DDR handle, welcher seit der Wiedervereinigung nicht mehr ausgebildet werde, seien die noch vorhandenen Pharmazieingenieure kurz vor dem Renteneintritt. Als Ausgleich für diese Fachkräfte die Vertretungsbefugnis der pharmazeutisch-technischen Assistenten zu erweitern sei

nach Ansicht der Apothekerkammer nicht angemessen, da diese eine Ausbildung mit anderen Inhalten absolviert hätten und somit eine Beratung in gleichem Umfang nicht möglich sei.

Abg. **Torsten Koplín** fragt nach, inwiefern für die pharmazeutisch-technischen Assistenten eine Zusatzqualifikation denkbar sei.

Dr. med. Dr. phil. nat. Georg Engel gibt an, zwar sei die Schaffung von Vertretungsregelungen für pharmazeutisch-technische Assistenten diskutiert worden, dies sei letztlich jedoch als nicht zweckdienlich angesehen worden.

PUNKT 2 DER TAGESORDNUNG

Allgemeine Kommissionsangelegenheiten

Vors. **Jörg Heydorn** erklärt, es habe den Hinweis gegeben, ein Termin, an dem sowohl die Patientenvertreter als auch Wissenschaftler angehört werden, sei nicht sinnvoll, da es sich bei beiden Bereichen um sehr umfangreiche Themengebiete handele. Somit solle zusätzlich zu der bereits geplanten Anhörung am 21. Oktober 2020 eine weitere Anhörung am 4. November 2020 als Sondersitzung beantragt werden.

Die **Enquete-Kommission** stimmt der Beantragung einer Sondersitzung am 4. November 2020, in der die Patientenvertreter angehört werden sollen, bei einer Stimmenthaltung einvernehmlich zu.

Vors. **Jörg Heydorn** schlägt vor, für die Anhörung zum Thema Wissenschaft am 21. Oktober 2020 Prof. Dr. Steffen Fleßa von der Universität Greifswald, Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann vom Institut für Community Medicine Greifswald, Prof. Dr. rer. biol. hum. Marie-Luise Dierks von der medizinischen Hochschule in Hannover, Prof. Dr. med. Michael Albrecht vom Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der TU Dresden, Prof. Dr. med. Reinhard Busse von der TU Berlin, Prof. Dr. Boris Augurzky von der Universität Duisburg-Essen sowie Dr. Martin Albrecht von der IGES Institut GmbH einzuladen. Für die Anhörung am 4. November 2020 seien Vertreterinnen und Vertreter aus dem Verein SELBSTHILFE M-V sowie von den Bürgerinitiativen in Crivitz, Parchim und Wolgast zu den dort ansässigen Krankenhäusern vorgesehen.

Die **Enquete-Kommission** beschließt einstimmig, die Anhörungen am 21. Oktober 2020 und am 4. November 2020 mit den vorgeschlagenen Sachverständigen durchzuführen.

Vors. **Jörg Heydorn** weist darauf hin, der geplante Nachtragshaushalt des Landes Mecklenburg-Vorpommern sehe zusätzliche Mittel in Höhe von 480 Mio. Euro für die Gesundheitsversorgung vor. Aus diesem Grund sei es anzuraten, zeitnah Vertreterinnen und Vertreter aus dem Gesundheitsministerium einzuladen, damit diese

über die Verwendung dieser zusätzlichen Mittel aufklären könnten. Das Kommissionssekretariat werde hierzu einen passenden Termin abstimmen.

Anja Schießer erinnert an die Durchführung einer Anhörung mit Sachverständigen aus dem Bereich der Therapeuten und Logopäden sowie den weiteren Akteuren des Gesundheitssystems.

Vors. **Jörg Heydorn** versichert, diese Anhörung werde stattfinden, sobald der Zeitplan es zulasse.

Dr. med. dent. Alexander Kuhr verweist auf einen Artikel aus dem Nordkurier mit dem Titel „Wegen Corona-Pandemie 100 mal mehr Anträge auf Ratenzahlung“, in dem es um für die Beschäftigten von Unternehmen zu zahlenden Beiträge an die Krankenkasse gehe. Hierzu werde eine Stellungnahme der Vertreter der Krankenkassen erbeten.

Sabine Hansen (Leiterin der DAK Landesvertretung M-V) erklärt, die Zahl sage nicht viel aus, da die entsprechende Bezugsgröße fehle, um die Steigerung einzuschätzen. Ein Antrag auf Stundung zeuge jedoch von Verantwortungsbewusstsein eines Unternehmers gegenüber seinen Mitarbeitern und einer frühzeitigen Reaktion. Für die gesetzlichen Krankenkassen gebe es durch Kurzarbeitergeld und gestiegene Arbeitslosigkeit bereits Schwierigkeiten, da hierdurch Beitragsgelder fehlten. Insgesamt gebe es für das Jahr 2021 ein prognostiziertes Defizit von 16,6 Mrd. Euro bundesweit. Da ein Ausgleich aus dem Bundeshaushalt nicht geplant sei, müsse es andere Umfinanzierungsmöglichkeiten geben. Die Finanzierung der gesundheitlichen Versorgung sei grundsätzlich gesichert. Es sei lediglich zu prüfen, welche Belastung es für die Versicherten gebe.

Vors. **Jörg Heydorn** erinnert an die nächste Sitzung der Enquete-Kommission am 14. Oktober 2020 um 15:30 Uhr im Plenarsaal.

Ende der Sitzung: 19:38 Uhr

Ad/Wil

Jörg Heydorn
Vorsitzender