

KURZPROTOKOLL

der 96. Sitzung des Sozialausschusses
am Mittwoch, dem 8. Juni 2011, 12.00 Uhr,
in Schwerin, Schloss, Plenarsaal

Vorsitz: Abg. Ralf Grabow

EINZIGER PUNKT DER TAGESORDNUNG

Öffentliche Anhörung zu dem Gesetzentwurf der Landesregierung
**Entwurf eines Gesetzes zur Ergänzung und Änderung von Gesundheitsrecht und zur
Änderung des Aufgabenzuordnungsgesetzes**
- Drucksache 5/4245 -

hierzu: Anlage

EINZIGER PUNKT DER TAGESORDNUNG

Öffentliche Anhörung zu dem Gesetzentwurf der Landesregierung
**Entwurf eines Gesetzes zur Ergänzung und Änderung von Gesundheitsrecht und zur
Änderung des Aufgabenzuordnungsgesetzes**
- Drucksache 5/4245 -

hierzu: Anlage

Vors. **Ralf Grabow** weist darauf hin, dass sich der Landkreistag Mecklenburg-Vorpommern und der Städte- und Gemeindetag Mecklenburg-Vorpommern e. V. für die Anhörung entschuldigt hätten. Für die Deutsche Krebshilfe werde die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e. V. teilnehmen.

Zu Artikel 1

Gesetz über das Zentrale Klinische Krebsregister Mecklenburg-Vorpommern

Dr. Monika Klinkhammer-Schalke (Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e. V.) erinnert an die Initiative der Deutschen Krebshilfe und der Deutschen Krebsgesellschaft für einen nationalen Krebsplan, die von der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren mitgetragen wurde. Der Gesetzentwurf sei außerordentlich gut. Die Einführung eines klinischen Landeskrebsregisters sei bisher einmalig in Deutschland und müsse mit aller Kraft unterstützt werden. Das Prognos-Gutachten zu Zielpapier 8 des Nationalen Krebsplanes über die Kosten und Nutzen klinischer Krebsregistrierung empfehle die flächendeckende Einführung und gesetzliche Verankerung der klinischen Krebsregistrierung. Auch der im Gesetzentwurf vorgesehene Meldeweg und das Verfahren zur Zusammenführung der regionalen Register würden bereits im Zielpapier 8 beschrieben. Sehr wichtig sei, die personenbezogene Datenerhebung zumindest regional vorzusehen, besser noch landesweit. Krebspatienten hätten einen sehr langen Krankheitsverlauf und wechselten über Jahre die Sektoren von stationär und ambulant. Dabei seien verschiedene Therapien und Fachdisziplinen einbezogen. Es sei sehr schwierig, dies auf andere Weise zusammenzuführen. Das Ziel müsse sein, den Behandlungsverlauf und auch die Therapieergebnisse darstellen zu können.

Wolfgang Gagzow (Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e. V.) hält den Gesetzentwurf für nicht zwingend erforderlich, er enthalte aber sinnvolle Regelungen. Die

Selbstverwaltung aus Kostenträgern und Leistungserbringern könne ein Klinisches Krebsregister selbstständig herstellen, wenn dies auch in der Gesetzesbegründung anders dargestellt werde. Dazu gebe es bereits einen „letter of intend“, der über alle Sektoren hinweg unterstützt werde. Die Selbstverwaltung habe insbesondere im Bereich der Qualitätssicherung zuverlässig gute Leistungen erbracht. Der Gesetzentwurf sei allerdings hilfreich, falls die gewollte Bündelung aller Kräfte scheitere. Dann solle das Ministerium in Ersatzvornahme handeln. Auch könnten gesetzlich weitere Institutionen, wie die Meldebehörden, eingebunden werden. Das Krebsregister sei kein Institut, sondern ein Erzeugnis. Dafür müsse ein Aufsichtsgremium existieren und es seien Arbeitsgruppen für die 50 bis 60 verschiedenen Krebserkrankungen einzurichten. Die Kompetenzen seien durch ein neutrales Büro zu bündeln. Dieses Büro sei bei den Kostenträgern und Leistungserbringern gemeinsam anzusiedeln. In die Arbeit seien die Regionalen Register und das Ministerium einzubeziehen. Krankenkassen und Krankenhausgesellschaft hätten bereits ein Lenkungsgremium zur Qualitätssicherung im stationären Bereich eingerichtet, eine Erweiterung auf den ambulanten Bereich sei bereits vertraglich vereinbart. Auch die Einrichtung eines gemeinsamen Klinischen Krebsregisters werde bereits vorbereitet. Nur so könne die Akzeptanz bei allen Beteiligten erreicht werden.

Dr. Andreas Crusius (Präsident der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern) begrüßt den Gesetzentwurf. Für das Zentrale Klinische Krebsregister müsse aber kein neues Institut geschaffen werden, das nur mit zusätzlichem Verwaltungsaufwand und weiteren Kosten verbunden sei. Die Daten müssten allgemein zugänglich sein. Angesiedelt werden könne das Register bei einer der Universitäten. Notwendig sei das Zentrale Register, weil zum Beispiel die projektverantwortlichen Ärzte für Mamma-Karzinom-Screening keinen Zugang zu den Regionalen Registern hätten und deshalb keine weitere Datenauswertung vornehmen könnten. Die Krankenhausgesellschaft und die Krankenkassen und die Kassenärztliche Vereinigung hätten zur Einführung des Zentralen Registers eine Vereinbarung getroffen. Darin seien nach dem Sozialgesetzbuch auch die Selbstverwaltung der Ärzte mit einzubeziehen, nämlich die Ärztekammer. Ein Beirat zur Umsetzung der Initiative könne aus den vier regionalen Registern und den genannten Beteiligten zusammengesetzt sein. Dies entspreche dem Verfahren bei der Krankenhausplanung. Gesichert werden müsse, dass nicht ein Einzelner über den Umgang mit den Daten und insbesondere deren Auswertung entscheide. Alle müssten einen gleichberechtigten Zugang zu den Daten erhalten. In Deutschland würden Milliarden für unnötige Qualitätssicherung ausgegeben. Bei allen an Krebs Verstorbenen solle

eine Obduktion vorgenommen werden, da dies die effektivste Qualitätskontrolle sei und die Dokumentation des Endzustandes ermögliche. Dies sei bereits im Leichenschaugesetz des Landes Mecklenburg-Vorpommern so vorgesehen. Danach solle nur bei ausdrücklichem Widerspruch keine Obduktion erfolgen. Die Ärztekammer sei in die Lenkungsgruppen für das Zentrale Klinische Krebsregister einzubeziehen, um den unabhängigen Sachverstand einzubinden.

Reinhard Wosniak (Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern) erinnert an die Mitwirkung der Kassenärztlichen Vereinigung am Aufbau des Tumordatenregisters vor einigen Jahren. In den ersten Jahren habe sie auch die Finanzierung abgesichert, bis die Regelfinanzierung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen übernommen worden sei. Die gesetzliche Verankerung sei sinnvoll und stelle das Register auf eine breitere Basis. Bereits jetzt gebe es aber mit dem Tumordatenregister und dem Krebsregister Ost zwei funktionierende Register. Das Krebsregister Ost sei das älteste Register der Welt. Entsprechend des „letter of intent“ spreche sich die Kassenärztliche Vereinigung für eine freiwillige Aufgabenwahrnehmung durch die Selbstverwaltung aus, die bereits Erfahrungen in der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung habe und deshalb die Auswertung und die Meldequalität positiv beeinflussen könne. Ein ärztlicher Beirat aus Onkologen solle über die Art und Weise der Auswertung entscheiden und an einer Verbesserung der Meldequalität in quantitativer und inhaltlicher Hinsicht hinwirken.

Lutz Steiner (AOK Nordost) verweist auf die schriftliche Stellungnahme, die mit allen Krankenkassen abgestimmt sei. Es sei wichtig, die Daten der vier regionalen Krebsregister zusammenzuführen. Damit könne die Behandlung der Patienten verbessert werden. Bei Ziel 8 des Nationalen Krebsplanes sei Mecklenburg-Vorpommern nach dem Prognos-Gutachten schon sehr weit. Das Zentrale Klinische Krebsregister sei ein weiterer Schritt. Dies könne in Verantwortung der Selbstverwaltung geleistet werden.

Eberhard Mundt (Verband der Ersatzkassen e. V. - vdek) hebt hervor, dass mit der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e. V. weitgehende Übereinstimmung bestehe, weil es viele gleiche Interessen gebe. Der gemeinsame Bundesausschuss habe Vorgaben zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung gemacht, in diesen Bereich gehöre auch das Krebsregister. Das Zentrale Klinische Krebsregister sei keine Institution. Dort sollten die Daten nur aufgenommen und abgeglichen werden, die Auswertung und

Beurteilung müsse wiederum bei den Daten erfassenden Mediziner und Tumorzentren erfolgen. Zu ergänzen seien im Gesetz Vorschriften zur Datenauswertung.

Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann (Universitätsmedizin Greifswald) verweist darauf, dass beim Klinischen Krebsregister auf den einzelnen Patienten geschaut werde. Dazu gebe es bei den vier Regionalen Tumorzentren gute Vorarbeiten. Dort würden die Krankheitsverläufe und Therapieerfolge erfasst. Darauf solle aufgebaut werden für eine landesweite Datenaufbereitung und Datenauswertung. Das entsprechende Zentrale Register in Brandenburg habe zu messbaren Erfolgen geführt. Auch der nationale Krebsplan befürworte diese klinische Registrierung in Abgrenzung zur epidemiologischen Registrierung, die allein eine Statistik ermögliche. Dafür müsse keine neue Institution geschaffen werden, sondern eine kompetente Einrichtung mit der datenschutzgerechten Datenverarbeitung betraut werden. Die herkömmliche Qualitätssicherung habe demgegenüber die Prozesse in den Institutionen im Blick. Es werde dort nicht erfasst, wenn ein Patient die Einrichtung wechsele. Auch würden die Daten immer nur im Jahresabschnitt dargestellt, die Entwicklung des einzelnen Patienten werde nicht erfasst. Damit unterscheide sich diese Qualitätssicherung wesentlich von der herkömmlichen Qualitätssicherung, die zudem den ambulanten Sektor nicht erfasse. Das Zentrale Klinische Krebsregister müsse professionell aufgebaut werden und deshalb kämen nur die Regionalen Klinischen Register dafür in Frage. Das Register ermögliche die Analyse, in welchen Bereichen der Behandlung und der Kommunikation noch welche Maßnahmen zur Verbesserung der Behandlung erforderlich seien.

Prof. Dr. Mathias Freund (Krebsgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e. V.) erklärt, für Fortschritte bei der Vorbeugung, Erkennung und Behandlung von Krebserkrankungen sei eine umfassende Datenerhebung erforderlich. Es müsse dokumentiert werden, wie viele Patienten in welchem Alter wegen welcher Krebserkrankungen wie behandelt würden und welche Erfolge dabei erzielt würden. Damit könnten Defizite und Stärken in der Versorgung erkannt werden. Diese Daten lägen aber bisher nicht aktuell und systematisch erfasst vor. Deshalb werde die Initiative für die gesetzliche Regelung eines Zentralen Klinischen Krebsregisters begrüßt. Es dürfe nicht alles beim alten und damit bei dezentralen Datenverarbeitung bleiben. Ein Zentrales Krebsregister müsse Daten abgleichen, standardisieren und gegebenenfalls korrigieren. Ein doppelter Dokumentationsaufwand sei im Hinblick auf die Qualitätssicherung nach § 137 SGB V nicht zu erwarten, da diese Daten aus dem Krebsregister geliefert werden könnten. Die Auswahl der mit der Registerführung zu

betrauenden Einrichtungen solle nach objektiven und transparenten Kriterien im Interesse der optimalen Betreuung der Patienten erfolgen. Die Wünsche der Leistungserbringer sollten nicht berücksichtigt werden. Das Zentrale Klinische Krebsregister müsse unabhängig sein und könne daher weder durch Leistungserbringer noch durch Kostenträger betrieben werden. Diese hätten wirtschaftliche Interessen. Ein wissenschaftlicher Beirat dürfe nicht als Blockadegremium missbraucht werden können.

Prof. Dr. Guido Hildebrandt (Universitätsmedizin Rostock) betreut an der Universitätsmedizin Rostock das Regionale Klinische Krebsregister. Der vorliegende Gesetzentwurf sei im Wesentlichen sehr gelungen und werde grundsätzlich unterstützt. In der Gesetzesbegründung werde kritisiert, dass die Regionalen Register nicht zur Zusammenarbeit bereit wären. Dies sei falsch. Das Gesetz werde aber die Zusammenarbeit voranbringen. Die guten regionalen Strukturen in Mecklenburg-Vorpommern würden im Prognos-Gutachten hervorgehoben. Leider enthalte der Gesetzentwurf noch keine Aussagen zur personellen Ausstattung des Zentralen Klinischen Krebsregisters. Die strukturellen, personellen und inhaltlichen Voraussetzungen für das Zentrale Register sollten in § 1 Absatz 3 näher dargestellt werden. Im Auswahlverfahren der zuständigen Einrichtung sollten die Regionalen Klinischen Register beteiligt werden, um eine Verbesserung der Datenstruktur zu gewährleisten. Ein Lenkungsgremium solle unter Beteiligung der Regionalen Tumorzentren und der onkologischen Stationen im Land sowie dem Sozialministerium gebildet werden, der Vorsitz solle rotieren. Nachgeordnet solle es organspezifische Fachgremien geben unter der Leitung von Spezialisten aus den Tumorzentren. Dort sollten Empfehlungen zur onkologischen Versorgung erarbeitet werden.

Reinhard Dankert (Landesbeauftragter für den Datenschutz Mecklenburg-Vorpommern) stellt den Grundsatz des Datenschutzes heraus, dass die Verarbeitung personenbezogener Daten nur auf gesetzlicher Grundlage oder mit Einwilligung des Betroffenen erfolgen dürfe. Schon aus ethischen Gründen sei eine Einwilligung vorzuziehen. Der Gesetzentwurf wähle eine Mittellösung, weil dort die Datenverarbeitung erfolge, wenn kein Widerspruch eingelegt werde. In jedem Fall müsse ein datenschutzgerechtes Datenmanagement gewährleistet werden. Dies könne sich an den Regelungen für die Datenverarbeitung im Rahmen der Qualitätssicherung nach SGB V orientieren. Dort würden die Daten durch eine Vertrauensstelle pseudonymisiert. Die Registerstelle könne die Daten dann auswerten. Für

diese Stelle gebe es eindeutige Richtlinien. Der Datenkatalog solle unter Mitwirkung der Ärzte und Patienten festgelegt werden.

Abg. **Dr. Marianne Linke** fasst zusammen, dass die Einrichtung einer neuen Institution für das Zentrale Klinische Krebsregister allgemein abgelehnt werde. Sie bitte um Erläuterung, wie man sich praktisch die Einführung des Zentralen Klinischen Registers und die Berufung des Beirates dazu vorstellen könne.

Wolfgang Gagzow erläutert, dass durch Beschluss oder durch Auftrag des Sozialministeriums die Selbstverwaltungspartner der Krankenkassen, der Krankenhausgesellschaft, der Kassenärztlichen Vereinigung und anderer den Auftrag erhalten könnten, ein Zentrales Klinisches Krebsregister einzurichten und die entsprechenden Lösungen zu entwickeln. Diese Partner seien bereits seit 15 Jahren beispielgebend kompetent im Bereich der Qualitätssicherung. Jedes Jahr würden 100.000 Patientendaten verarbeitet, und zwar ohne Datenverluste. Man werde bei einem solchen Auftrag ein Lenkungsgremium bilden und innerhalb einer Woche 10 bis 15 Arbeitsgruppen bilden. Möglicherweise werde das Qualitätsbüro bei der Krankenhausgesellschaft dann beauftragt, die Beteiligten einzuladen und die Räume und die Verpflegung zu organisieren. Die Bewertung der Daten übernähmen die Ärzte aus den Kliniken, Praxen und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen. Die Daten für das Zentralregister sollten die Regionalen Krebsregister bereitstellen. Diese Daten würden in den Regionalen Registern oder beim Zentralregister pseudonymisiert. Die Gesetzlichen Krankenkassen verfügten auf Bundesebene bereits über 2.000 Qualitätssicherungsdaten zur Klinischen Krebsregistrierung, die öffentlich im Internet zugänglich seien. Die ganze Errichtung des Zentralen Klinischen Krebsregisters werde nur wenige Wochen in Anspruch nehmen und nichts kosten. Bereits jetzt laufe das Segment stationäre Qualitätssicherung mit 100.000 Patientendaten jährlich, die von 45 Klinikärzten und Ärzten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung kontrolliert würden. Damit werde garantiert, dass alle Krankheiten genau durchleuchtet würden. Diese Kompetenz könne für weitere Arbeiten auf dem Gebiet der Onkologie genutzt werden. Im Lande gebe es über 6.000 Ärzte, mit denen die entsprechenden Fachgruppen eingerichtet werden könnten.

Auf Antrag der Fraktion DIE LINKE wird der folgende Teil der Beratung wörtlich wiedergegeben.

Vors. **Ralf Grabow**: Wortprotokoll, ja. Jetzt gibt es eine Nachfrage von Herrn Heydorn, bevor ich die beiden Herren der Universitätskliniken zulasse. Herr Heydorn, Sie haben das Recht einer Nachfrage.

Abg. **Jörg Heydorn**: Ja, und zwar würde ich gerne noch mal auf die Ausführungen von Herrn Professor Freund rekurrieren, der das Thema Neutralität angesprochen hat. Wir haben ja jetzt mit der Selbstverwaltung Leute im Boot, die auf die unterschiedlichste Art und Weise betroffen sind. Und die Frage: Ist dieses Thema Betroffenheit gegebenenfalls für eine ordentliche Arbeit des Krebsregisters hinderlich? Oder ist dieses Thema Neutralität derartig stark zu bewerten, dass man letztendlich, wenn man eine derartige Institution einrichtet, darauf achten muss, dass das dann auch so umgesetzt wird. Das ist die erste Frage. Die zweite Frage geht für mich noch mal insoweit um die Kosten. Wenn ich das richtig verstanden habe, ist hier gesagt worden, wir sind gegen eine institutionalisierte Einrichtung eines Krebsregisters und da wurde auch mit Kostengesichtspunkten argumentiert. Und wenn ich die Ausführungen von Herrn Gagzow jetzt richtig verstanden habe, würden auch bei einer Lösung, die die Selbstverwaltung organisiert, Kosten entstehen. Wird damit dieses Kostenargument nicht obsolet? Das sind die Fragen, die ich habe. Die würde ich gern richten an die Vertreter der Selbstverwaltung, an Herrn Professor Freund und an Herrn Dr. Hoffmann.

Vors. **Ralf Grabow**: Herr Heydorn, Herr Heydorn, es ging um eine Nachfrage. Weil ich die Frage dann nachher erst zulasse, weil dann, sonst hätten zuerst die Herren von den Universitätskliniken das Recht gehabt, aber ich gebe jetzt kurz Herrn Gagzow das Recht einmal drauf einzugehen und würde dann den Herren das Wort geben und wenn Sie dann in dem Zusammenhang dann mit eingehen. Nur dass die Reihenfolge eingehalten wird. Herr Gagzow.

Wolfgang Gagzow: Herr Heydorn! Meine Damen und Herren! Vielen Dank für die Nachfrage und das Stichwort. Selbstverständlich entstehen überall dort, wo Menschen tätig werden, zwangsläufig Kosten. Es wird nie ohne dem abgehen. Das Samariterprinzip passiert manchmal auch, aber es ist nicht die Regel. Und dann bräuchten wir wahrscheinlich auch gar nicht hier zu sitzen, wenn das so wäre. Nur, und darum... Ich habe vergessen, dass Prognose-Gutachten auch zu zitieren, das will ich an der Stelle gern nach holen. Auch mit dem Thema

Ziel 8, da steht drin, genau aus dem Grund der Kosten, genau aus dem Grund der Vermeidung von Doppelstrukturen sind vorhandene Strukturen, insbesondere Hinweis QUESTI-Richtlinie Nummer 13 - Sektorenübergreifende Kreditsicherung - hierfür mit zu nutzen. Genau aus dem Grund der Kosten und aus dem Grund der Effektivität sind die vorhandenen Strukturen, die wir in Mecklenburg-Vorpommern, und ich sag es an der Stelle mal mit vollem Stolz: Es gibt außer uns kein Land, wo es eine Vereinbarung über die Sektoren hinweg zur Qualitätssicherung gibt. Wir sind an der Stelle Vorreiter. Niemand anderes außer uns hat die Kassenärztliche Vereinigung, die Krankenkassen und die Krankenhausgesellschaft im Boot beim Thema Qualitätssicherung. Wir werden die Strukturen dafür nutzen können. Insofern ist das Prognos-Gutachten ein sehr guter Hinweis für uns. Und natürlich sind wir dabei, die Strukturen zu nutzen, um Kosten zu sparen, nicht auf Null. Das kann wahrscheinlich gar niemand. Wer das sagt, der lügt entweder, oder er hat seine Quellen nicht offen gelegt, wo das Geld herkommt. Wir können nicht ohne Geld arbeiten. Betroffen, weil der Stiefel auch gefallen ist, sind natürlich alle, die an diesem Tisch sitzen und viele darüber hinaus in jedem Fall. Ich glaube nur, dass die Krankenhausgesellschaft unverdächtig ist, für ein spezifisches Krankenhaus oder für eine Erkrankung oder für eine ärztliche Fachgruppe betroffen zu sein. Wir sind betroffen für die Patienten. Aber für alle insgesamt. Ich selber habe gar nichts davon und ich könnte auch gut leben ohne Krebsregisterarbeit, aber ich will es, weil ich kann.

Vors. **Ralf Grabow:** Herr Professor Hoffmann?

Prof. **Dr. Mathias Freund:** Sehr geehrter Herr Heydorn! Sehr geehrte Frau Linke! Ich bin sehr dankbar für diese Fragen. Ich denke, dass die Neutralität des ZKKR als übergreifende Stelle eine ganz entscheidende Frage ist. Weder die Krankenhausgesellschaft als Vertreter der Leistungserbringer noch die Kostenträger sind neutral. Die einen wollen Geld verdienen mit der Behandlung von Krebspatienten, die anderen müssen es bezahlen. Also, insofern muss man da die Fakten des Lebens sehen, da ist letztendlich natürlich auch ein Interessenkonflikt vorhanden. Bei allen Verdiensten, die diese Institutionen haben. Insofern ist es für uns als Krebsgesellschaft essenziell, dass hier eine übergeordnete und neutrale Institution geschaffen wird, allein auf der Grundlage von objektiven Kriterien, transparenten, nachvollziehbaren Kriterien diese Institution auch an einer Stelle vergeben wird. Diese Institution hat weitgehende Aufgaben. Sie muss Daten abgleichen. Das macht man durch übergeordnete Datenbankabfragen, bei denen man Fehler entdeckt. Sie muss Standards für die Kodierung von Daten entwickeln, da kann man ja nach verschiedenen Systemen entwickeln. Da kann

man sich wissenschaftlich auch zum Teil drüber streiten, nach welchen Systemen man kodiert. Das muss abgeglichen werden für das Land. Und dann muss auch nachgefragt werden, wenn entsprechende Verlaufsdaten fehlen. Das ist also eine ganz entscheidende Stelle. Und man muss einfach noch mal betonen, dass wir diese Qualität der Daten für unser Land zurzeit noch nicht haben. Wir haben einige übergeordnete Berichte der vier Krebsregister. Die haben wir von der Krebsgesellschaft vor mehr als 10 Jahren selbst initiiert, dass diese Berichte geschaffen werden. Hier hat sich das Krebsregister Rostock sehr eingesetzt. Aber diese Berichte haben nicht diese systematische Qualität und sie erfassen insbesondere nicht die Daten der Behandlung und der Prognose. Das, was den Patienten interessiert, Linderung, Heilung, das erfassen sie nicht ausreichend. Und ganz zum Schluss möchte ich noch einmal betonen: Es wird hier vieles von vorhandenen Daten berichtet. Ich bin nun seit 33 Jahren in der Krebsmedizin tätig und davon 17 Jahre allein in Mecklenburg-Vorpommern. Ich muss mich da wirklich bei Herrn Gagzow entschuldigen, dass die Daten, die er jetzt hier zitiert hat, mir verborgen geblieben sind. Diese Daten sind nach meiner Kenntnis so nicht vorhanden.

Vors. **Ralf Grabow:** Gut. Dann hab ich aufm Zettel stehen Frau Klinkhammer-Schalke.

Dr. Monika Klinkhammer-Schalke: Ja, ich möchte noch mal in den Mittelpunkt stellen, worum es geht. Klinische Krebsregistrierung ist ja dazu da, dass es Versorgung abbildet. Dass es dem Patienten, wenn er zu einem Arzt geht, sei es ambulant oder stationär, dass er sicher ist, dass mit ihm die richtige Behandlung passiert und nicht nur in der Primärdiagnose, sondern auch im weiteren Verlauf und später, wenn dann ... oder wenn er überlebt, ohne Krankheit. Das erfordert eine sehr gute Registrierung mit gleichen Datengrundsätzen, wenn irgendwie möglich und eine gute regionale Zusammenführung, die es in diesem Land ja schon gibt und eine Rückmeldung mit dem Arzt über die Qualität seiner Behandlung und wenn die schlecht ist, eine Verbesserung. Also, es ist ein ständiger Prozess, der in diesem Land ja schon regional sehr gut stattfindet und auch da schon bundesweite Zusammenführungen für zumindest vier Karzinome seit sechs Jahren möglich sind. Wir führen ja eine bundesweite Qualitätskonferenz des Kooperationsverbundes Qualitätssicherung durch Klinische Krebsregistrierung auf dem deutschen Krebskongress gemeinsam mit dem BMG, dem gemeinsamen Bundesausschuss, den Krankenkassen durch und da ist Mecklenburg-Vorpommern schon von Anfang an dabei mit seinen regionalen Krebsregistern. Von daher ist das was, auf das man unbedingt aufbauen sollte und mit den vorhandenen Strukturen, die im

Prognos-Gutachten angesprochen worden sind, da ist genau das gemeint. Dass da, wo solche Rückmeldemechanismen, solche Qualitätserhebung schon vorhanden ist durch Klinische Krebsregister, dass das, wenn irgend möglich, genutzt werden muss. Eins noch zur Qualitätssicherung nach Paragraf 137 a des SGB V. Wir sind sehr eng im Gespräch mit dem gemeinsamen Bundesausschuss und auch mit dem AQUA-Institut, dass wir gemeinsame Datenerhebungen machen können, keine Doppelstrukturen, keine Mehrfachstrukturen notwendig werden. Ich habe jetzt heute Nachmittag um 5 Uhr gemeinsam mit Herrn Dr. Heß noch mal ein Treffen, wo wir versuchen wollen, gerade vorhandene Strukturen in den Bundesländern durch Klinische Krebsregister auch noch mal in eine Erweiterung dieses Beschlusses hineinzubekommen. Der gemeinsame Bundesausschuss ist sehr interessiert daran, dass wir das mit den Klinischen Krebsregistern, wo sie vorhanden sind und wo sie das schon leisten können, durchführen. Von daher, ja, glaube ich, das ist wirklich was, was Sie mit bedenken sollten.

Vors. **Ralf Grabow**: Gut, dann habe ich vorhin übersehen: Herr Professor Hoffmann hatte sich zeitgleich gemeldet. Da will ich da erstmal noch mal das Wort geben.

Prof. **Dr. Wolfgang Hoffmann**: Noch mal aus Sicht der Versorgungsepidemiologieforschung. Dieser scheinbare Widerspruch ist ja leicht dadurch aufzulösen, dass wir über zwei völlig verschiedene Sachen sprechen. Ich hab das vielleicht vorhin nicht klar genug gesagt. Die Qualitätssicherung der Selbstverwaltung nach SGB V und die der gemeinsame Bundesausschuss, dessen Vorsitzender Herr Heß, festgelegt haben, ist etwas, was Prozesse kontrolliert und hat mit der Klinischen Krebsregistrierung nichts zu tun und wird auch niemals was damit zu tun haben. Deswegen hat er ja bisher keinerlei Rolle gespielt in der onkologischen Qualitätssicherung. Das, was jetzt gebraucht wird, sind Leute, die das können, was in den Tumorzentren gemacht wird, aber eben noch ein bisschen besser, nämlich überregional. Und in dieser neuen großen Erkenntnis in der Bundesrepublik, dass wir so was bundesweit machen müssen, das kommt sowieso. Es wird bundesweit gemacht werden. Die Frage ist nur, wann. Und wir haben jetzt eine Chance, mit ganz vorne dabei zu sein. Und das haben wir auch verdient, weil wir eben schon sehr viel Vorarbeiten in diesem Land hier gemacht haben. Herr Freund hat drauf hingewiesen. Die Qualitätssicherung der Selbstverwaltung ist ja in den letzten Jahren nicht zu Unrecht unter ganz erheblicher Kritik gewesen, was unter anderem dazu geführt hat, dass die BQS, die das jahrelang gemacht hat, in einer Ausschreibung das verloren hat und jetzt ein neues Qualitätssicherungsinstitut,

nämlich das AQUA-Institut, die Aufgabe übernommen hat, die aber in diesem Fall überhaupt noch nicht arbeitsfähig sind. Viele von uns sind ja Mitarbeiter in den Gremien des AQUA-Instituts und wissen das. Da wird also jetzt neu aufgebaut, das ist auch notwendig, weil die Qualitätssicherung der Selbstverwaltung eben zu uneffektiv war in der Vergangenheit und eben nicht sektorenübergreifend und schon gar nicht prospektiv und ergebnisorientiert und da jetzt, bei aller Freundschaft, Herr Gagzow und ich haben auch ausgemacht, das es ein Leben nach dieser Anhörung gibt und das ich dann nicht mehr böse Dinge sagen werde, aber man muss schon mal deutlich sagen, dass das was Herr Gagzow erzählt, etwas ist, was wichtig ist, die Selbstverwaltung hat da eine große Aufgabe vor sich. Es hat aber eben nichts mit der Krebsregistrierung und mit der klinischen Versorgung unserer Patienten zu tun und deswegen muss man das sauber voneinander trennen.

Vors. **Ralf Grabow:** ...gleich alle gemeldet. Herr Gagzow zuerst und dann gehen wir einmal, ja, Herr Crusius, so haben das jetzt auch alle mitgekriegt.

Wolfgang Gagzow: Ich glaube, da sind jetzt einige Missinterpretationen der Ereignisse der letzten Monate und Jahre zum Thema GBA und seine Entwicklungen im Schwange, das will ich hier nicht weiter strapazieren, um hier nicht ein Ping-Pong-Spiel zu entfesseln. Ich will einfach nur sagen, das was ich gehört habe, ist doch einfach ganz praktisch. Wir haben in Mecklenburg-Vorpommern vier hervorragend arbeitende regionale Krebsregister. Das steht fest, Punkt, Ende. Wir haben in Mecklenburg-Vorpommern eine seit 15 Jahren lückenlos funktionierende Selbstverwaltungsarbeit in der Qualitätssicherung. Führen wir diese beiden Dinge zusammen, führen wir die Arbeit der Klinischen Krebsregister in die Hände der Selbstverwaltung, die auch die Qualitätssicherung betreibt, weil sie dafür Strukturen kann und fertig ist das ganze Ding. Wir haben es sehr kostensparend und wir haben es sehr effizient und es funktioniert auch und wir sind bundesweit führend. Es ist sehr einfach zu lösen.

Vors. **Ralf Grabow:** Herr Crusius.

(Zuruf von Abg. Dr. Norbert Nieszery)

Ja.

Abg. **Dr. Norbert Nieszery**: Also ich hab das ja jetzt, auch Ihnen, aufmerksam zugehört, Herr Gagzow und da stellt sich mir natürlich die Frage bei der wundersamen Einigkeit von Leistungserbringern und Kostenträgern: Warum, wenn es ein so einfacher und übersichtlicher Vorgang ist, dieser Vorgang nicht schon längst stattgefunden hat? Und warum es jetzt eine Initiative des Gesetzgebers bedarf, um diesen Vorgang überhaupt in Gang zu setzen?

Vors. **Ralf Grabow**: Herr Gagzow.

Wolfgang Gagzow: Ich nehme auf meine Kappe, Herr Dr. Nieszery, dass ich an der Stelle, und das sag ich ganz persönlich, kein Leidensdruck empfunden habe. Ich habe die Ergebnisse der Arbeit der vier Krebsregister für hoch qualitativ und ausreichend gehalten und hab daran kein Problem und auch kein weitgehendes Ergebnispotenzial gesehen, aber ich befinde mich offensichtlich in sehr hervorragender Gesellschaft, einschließlich der Krebsgesellschaft etc, es hat kein anderer bisher die Initiative ergriffen. Ich bin außerordentlich dankbar für den Anstoß dieses Gesetzgebungsverfahrens, jetzt endlich was zu tun, dass muss ich so sagen. Ich bin dem Sozialministerium dankbar dafür, dass es den Stein angestoßen hat, gesagt hat, macht hier was. Damit aber auch genug, der Schuss vorm Bug mag gesetzt werden und genügen zu sagen, o. k., wir haben verstanden, wir machen das Thema jetzt. Wenn wir es nicht gebacken kriegen sollten, behaltet euch bitte das Recht der Ersatzvorname vor, aber ich glaube es bedarf dessen nicht.

Dr. Andreas Crusius: Also zunächst, Herr Vorsitzender, ich komme gleich auf die Frage von Frau Dr. Linke zurück. Es sind keine Gelder der Krankenkassen, sondern es sind einfach Versichertengelder, das muss man sich immer wieder vor Augen führen, das sind die Beiträge die die Bürgerinnen und Bürger zahlen und deswegen müssen wir sparsam damit umgehen. Es geht hier um die Zusammenführung von epidemiologischen Daten, das ist, glaub, ich allen klar. Ich will Ihnen zwei Beispiele nennen, weil Frau Dr. Linke gefragt hat, es gibt eine gemeinsame ärztliche Stelle „Röntgen“, wo die Qualität der Röntgenuntersuchung, einschließlich der Maßnahmen zur Verbesserung, gemeinsam zwischen Sozialministerium Mecklenburg-Vorpommern, Kassenärztlicher Vereinigung und Ärztekammer durchgeführt wird. Wir haben mehrere solcher Projekte und es wird sektorübergreifend die Versorgungsplanung auch vom Sozialministerium dahingehend gesteuert werden, so zumindest die Ministerin, dass die Selbstverwaltung dort beteiligt ist. Wir können mit dem Krebsregistergesetz leben, es muss epidemiologisch aber das zusammengeführt werden und

da müsste man an erster Stelle, meine Damen und Herren Abgeordneten, sagen, alle Krankenhäuser haben das gleiche System der Datenerfassung, einschließlich der 61 Reha-Kliniken. Dort liegen nämlich auch kranke Patienten, krebskranke, und dann müssten die Niederlassungen auch das gleiche System haben, dann würde man sich viel ersparen. Aber die Vielfalt liegt in der Demokratie, das wissen Sie, und deswegen geht das so einfach nicht. Also es gibt Möglichkeiten, Frau Dr. Linke, das zusammenzuführen. Aber Sie dürfen dabei nicht die Rehabilitationskliniken vergessen, das sind 61, das sind mehr als die Akut-Krankenhäuser und insofern, die sind ja nicht Mitglied der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern, bis auf drei, vier, ja das wechselt immer mal. Und eins Herr Professor Hoffmann, das muss ich hier einfach klarstellen, AQUA hat Billig-Preis-Angebot gemacht und wer billig baut, baut schlecht. Und die BQS ist hervorragend gelaufen, es gab halt bloß eine Ausschreibung und dort hat der Vorsitzende, über den meine Nachbarin zur Rechten gesprochen hat, Herr Hess, entschieden, in seiner Alleinherrlichkeit, wer es denn sein wird und insofern wird da etwas zerstört, nämlich die BQS und AQUA wird aufgebaut. Das ist Vergeudung ökonomischer Ressourcen. Also wir denken, dass man solche gemeinsamen, unabhängigkeitstragenen Lösungen schaffen kann, zwischen Ministerium, Ärztekammer und KV, weil dies sind die eigentlichen und Patientenvertretern, wie der Landesdatenschutzbeauftragte gesagt hat, weil dies sind die, die es interessiert. Die Patienten müssen dabei sein, weil die sollen nicht in die Therapie eingreifen, aber sie sollen das Prozedere überwachen, damit alles seinen ordentlichen Gang geht. Das ist ja in vielen Stellen so, auch in den Schlichtungsstellen etc. - Vielen Dank.

Vors. **Ralf Grabow**: Die KV hatte sich auch zu Wort gemeldet. Herr Wosniak.

Reinhard Wosniak: Vielen Dank. Ich bitte doch zwei Dinge zu trennen. Ich denke, wir reden über zwei verschiedene Dinge. Das erste ist die Qualitätssicherung. Die Qualitätssicherung findet im ambulanten und im stationären Bereich statt, bitte nur, Herrn Professor Hoffmann, die neue Qualitätssicherungsrichtlinie „Onkologie“ zu lesen, die wir gehalten sind seit anderthalb Jahren umzusetzen. Die ist deutschlandweit gültig. Wir sind hier beigetreten oder mussten hier beitreten, sonst hätten wir eine landeseigene haben müssen. Diese Qualitätssicherungsrichtlinie sichert für niedergelassene Onkologen, Fallzahlen, also Quoten. Der Quotenfetischismus in Deutschland bei Qualitätssicherung ist bekannt, okay, sichern wir. Es sichert Qualifizierungsvoraussetzungen, medikamentöse Therapie zum Beispiel, die bei der Kammer zertifiziert wird und es sichert Fortbildung. Diese drei Maßgaben sind von der

Kassenärztlichen Vereinigung gemeinsam mit den Krankenkassen übrigens, verbindlich und verpflichtend zu gewährleisten, das tun wir und ich sage Ihnen, wir haben drei Onkologen, niedergelassenen Onkologen aus ihrer Versorgung entlassen müssen, weil sie eine dieser drei Kriterien nicht erfüllen und das in einem Flächenland, wo Quoten, wie sie in Hamburg oder Nordrhein-Westfalen möglich sind, gar nicht möglich sind. Wir halten uns dennoch an diese Qualitätssicherungsrichtlinie, auch wenn es bitter ist, für die Sicherstellung der Versorgung. Hier zu sagen, dass wir keine ausreichende Qualitätssicherung betreiben, ist einfach sträflich, kann man so nicht stehen lassen. Aber sei es so. Das zweite ist, die Datenerfassung. Die Datenerfassung ist etwas, was in der Tat über Jahre hinweg, und Professor Freund kennt die Bemühungen, die bisher uns nicht gelungen sind, in diesen vier Tumorzentren, eigentlich, so wie es ist gelaufen. Ich gebe Professor Hildebrandt völlig Recht. Man hätte aus der Selbstverwaltung heraus viel früher versuchen müssen diese vier Tumorzentren auf einen einheitlichen Standard und auf eine stärkere Interaktion zu orientieren. Das ist uns nicht gelungen. Aber ich sage auch, es ist uns gelungen, dass sie einen gemeinsamen Bericht jedes Jahr ausstellen, den sie alle lesen können, diese vier Tumorzentren, der weitgehend von der Rostocker Einrichtung harmonisiert wird und das auch alle Finanzierungen, wir als KV nehmen zum Beispiel die Rechnung entgegen und leiten sie weiter an die Krankenkassen, in einer sehr engen, vernünftigen Kooperation aller Partner passiert. Ich sehe hier keinerlei Lobby-Einflussnahme von Körperschaften auf diese Registrierungsstelle, im Gegenteil. Wir haben uns alle völlig aus der Art und Weise der Datenerfassung und Registrierung herausgehalten, im Gegenteil, wir haben unsere Pathologen als KV sehr stark gebeten und sie tun es mittlerweile, das alle positiven Befunde aus der Pathologie sofort mit einem Berichtsbogen versehen an den anfordernden Arzt zurückgehen. Das heißt, der anfordernde Arzt bekommt gleich den Ersttumor-Meldebogen vom Pathologen, füllt ihn aus und schickt ihn an sein regionales Tumorzentrum. Das sind alles Fakten die man einfach wissen muss, bevor man immer so in die allgemeine Euphorie steigt, das die Qualität schlecht ist. Das heißt, unsere Aufgabe besteht darin, diese vier Tumorzentren enger in ihrer rationalen Arbeitsweise zusammenzuführen. Dazu braucht es, denk ich, eines Anstoßes von Außen und eine Einigkeit und das muss schnell passieren. Ich denke, das kann die gemeinsame Selbstverwaltung, so wie sie hier sitzt, und ich bin gern dabei, die Ärztekammer auch dann mit einzubeziehen, sehr schnell organisieren. Hier geht es um einen sachlichen Vorgang. Die Leute sind alle geschult, die können das, dann gibt es natürlich auch eine finanziell bessere Ausstattung, auch das muss man sagen. So. Und das zweite, und das möchten wir als KV noch mal deutlich sagen, ist die Trennung. Die Trennung dieser rein logistischen, sachlichen Arbeit von inhaltlichen

Aufgaben, die sie angeführt haben. Nämlich das, was wir an Daten haben, in einer Qualität aufzubereiten, die dann von Onkologen, Krebsgesellschaft, auch niedergelassenen Onkologen hinsichtlich der Notwendigkeit der Qualitätssicherung ganz dezidiert und isoliert auch einzelne Themen herausgegriffen, beobachtet und umgesetzt wird. Wir können nicht alles auf einmal verbessern, in Klammern, wir müssen erstmal feststellen, was ist überhaupt schlecht. Bevor man etwas verbessert muss man auch eine Mängelanalyse machen und das sind Aufgaben die können nur von Fachleuten gemacht werden. Und wenn diese beiden Dinge getrennt werden können, wofür ich sehr plädieren möchte, dann finden wir auch einen Konsens, ich sehe den Konsens, aber wir können nicht beide Dinge in einen Topf werfen und ich habe bei der Aussage von Professor Hoffmann immer gehört, dass sowohl die Datenerfassung auf einer hohen Qualität verbunden werden soll mit entsprechenden Aufgaben, die hinsichtlich der Verbesserung der Qualität zusammenfallen und vor dieser Verbindung der Datenerfassung mit der inhaltlichen Auswertung, möchte ich warnen. Ich meine wir haben die Datenerfassung sauber getrennt momentan in den vier Tumorzentren, die sollen zusammengeführt werden und die Auswertung kann ganz offen, kann jeder durchschauen, von den Fachleuten durchgeführt werden, wegen mir auch mit dem Vorsitz der Krebsgesellschaft in einem solchen Beirat. Hier sehen wir die Kompromiss-Chance und ich bitte das wirklich voneinander zu trennen. Es sind zwei verschiedene Dinge.

Vors. **Ralf Grabow**: Herr Professor Freund.

Prof. Dr. Mathias Freund: Ich möchte nur noch einen Punkt betonen und vielleicht noch ein bisschen klarstellen, weil mir da eine Begriffsverwirrung zu sein scheint. Ich denke, man muss zwei Dinge auseinander halten. Das eine sind die Fragen der Qualitätssicherung, wie sie von Herrn Gagzow und jetzt auch von der Kassenärztlichen Vereinigung angesprochen worden sind. Bei diesen Qualitätssicherungen werden größtenteils Prozessdaten erfasst. Das heißt, es wird zum Beispiel erfasst, wie eine Operation während eines Aufenthaltes in einem Krankenhaus durchgeführt wird. Das große Defizit in unserem Land und leider muss man sagen, insgesamt auch in der Bundesrepublik, besteht darin, dass wir die gesamte Behandlung der Krebspatienten nicht ganzheitlich genug betrachten. Denn die besteht nicht nur aus einer Operation, sondern sie besteht aus einer Bestrahlung, aus einer Chemotherapie, vielleicht hat der Patient einen Rückfall, er bekommt dann eine weitere Chemotherapie, welchen Einfluss hat die Alternativmedizin, in diesem Sinn. Diese ganzheitliche Betrachtungsweise fehlt uns weitgehend und wird auch durch diese Qualitätssicherungsverfahren, wie sie bisher

angesprochen worden sind, nicht erfasst, das ist die Domäne der Klinischen Krebsregistrierung und deshalb treten wir dafür ein, dass diese Krebsregistrierung über die Schaffung eines landeseinheitlichen, qualitätsgesicherten Registers entsprechend verbessert wird. Das ist das, was den Patienten interessiert. Er möchte wissen, werde ich geheilt, wenn nicht, wie lange kann ich leben und wie lange kann ich gut leben. Das sind die Fragen, die wir beantworten müssen und daran müssen wir auch die Ressourcen-Lenkung und die Verbesserung der Therapie messen.

Vors. **Ralf Grabow**: Bevor ich Herrn Gagzow das Wort gebe, würde ich erst noch weitere Fragen zulassen. Herr Dr. Nieszery, Sie hatten noch mal, gut, o. k. Frau Dr. Linke?

Abg. **Dr. Marianne Linke**: Ich denke, wenn ich das mir vergegenwärtige, was gesagt und auch was geschrieben wurde, sind wir uns ja über die Zielstellung einig, aber der Weg ist fraglich. Jetzt haben wir einen Gesetzentwurf zu beraten beziehungsweise dann zu verabschieden im Parlament, wo es nun heißt, das Ministerium für Gesundheit und Soziales wird ermächtigt durch Rechtsverordnung die Einrichtung usw. im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen zu bestimmen. Also der Weg ist offen. Und die Selbstverwaltungen haben jetzt dafür plädiert, den Weg also zu beschreiben bei den Selbstverwaltungen, gut, das ist gut begründet worden. Herr Dr. Freund, ich hätte noch gern an Sie die Frage: Wo sehen Sie am ehesten diese unabhängige Stelle? Und vielleicht entschuldigen die Damen und Herren meine Unwissenheit, Sie hatten geschildert, das es in Brandenburg gut läuft, dieses Zentrale Klinische Krebsregister, wo ist das dort angesiedelt? Vielleicht kann das noch jemand sagen. - Danke.

Vors. **Ralf Grabow**: Gut. Herr Professor Freund.

Prof. **Dr. Mathias Freund**: Ich denke, dass eine solche unabhängige Stelle an einem wissenschaftlichen Institut angesiedelt sein muss. Das ist natürlich meine Stellungnahme als ein Wissenschaftler. Ich denke, dass man dafür entsprechende Qualitätsmerkmale formulieren muss, die gehören meiner Meinung nach nicht in das Gesetz, denn solche fachlichen Einzelheiten sind in meinen Augen in einem Gesetz nicht angebracht, sondern die müssen entsprechend im weiteren Prozess formuliert werden. Vielleicht zu Brandenburg. Vielleicht kann Frau Klinkhammer-Schalke dazu kurz Stellung nehmen?

Dr. Monika Klinkhammer-Schalke: Brandenburg hat ja fünf Onkologische Schwerpunkte die im Tumorzentrum Land Brandenburg, in Frankfurt (Oder) dass sein Sitz zusammengeführt werden, das ist eine unabhängige Institution und formiert sich gerade zu einem eingetragenen Verein, gemeinsam mit dem Ministerium und den Krankenkassen.

Vors. **Ralf Grabow:** Herr Glawe hatte eine Frage.

Abg. **Harry Glawe:** Ja, meine Damen und Herren, ich will es mal versuchen auf den Kern zu bringen. Also, wir haben ja das Landeskrebsregister als Gesetz vorliegen und da geht's ja in erster Linie darum: Erfüllt dieses Gesetz mehr die Kriterien, eine Qualitätsverbesserung und -verstärkung zu erfüllen, ja oder nein? Das ist ja die Grundfrage über die wir diskutieren müssen, also die Frage, einmal, hilft es dem Patienten, ist es insgesamt mehr dazu angetan, dafür Sorge zu tragen, dass man daraus Therapieempfehlungen entwickelt, dass man den Verlauf entwickelt und sozusagen für jeden einzelnen das Schicksal ein bisschen verfolgt. Das ist, denke ich, die große Frage, die wir hier diskutieren müssen. Und zumindest hab ich verstanden, dass man sagt, wir müssen von dezentralen Regelungen zu einer zentralen Regelung kommen und damit für das Land eine neue Qualität zu erreichen. Da ist jetzt die Frage, an alle noch mal: Würde das vom großen und ganzen bejaht oder eher nicht geteilt? Diese Frage will ich mal an alle stellen, ganz offen. Und dann ergibt sich für mich eigentlich der springende Punkt, den der Gesetzgeber sozusagen, glaube ich, nicht abschließend beantworten wird oder kann, weil am Ende muss das Ministerium dieses Kriterium bewerten, und zwar die Frage nach dem Auswahlverfahren, wer erhält den Zuschlag. Das ist ja sozusagen die Diskussion, über die wir uns hier jetzt schon ein und, ein und ne viertel Stunde bewegen. Und da, glaube ich, ist der Gesetzgeber überfordert, zu sagen, ich erteile heute schon X oder Y den Zuschlag. Ich glaube nur, dass wir gut beraten sind, wenn dieses Gesetz verabschiedet ist, darüber nachzudenken, welche Kriterien werten wir aus und wer hat am Ende die besten Argumente und da sind ja verschiedene vorgetragen worden, will ich nicht wiederholen. Herr Gagzow hat sozusagen gekämpft wie ein Mann und andere haben gesagt, wir gehen, wir wollen neue Qualität, wir wollen neue Aufgaben und wir wollen sozusagen Fachleute mit hineinbringen, ich sag mal Kliniker oder wie auch immer, die in besonderer Weise auch diesen Blick nicht nur auf die Datenlage haben, sondern auch auf die Diagnose. Also beide Fragen, offen an alle.

Vors. **Ralf Grabow:** Herr Gagzow.

Wolfgang Gagzow: Ich glaube, es gibt überhaupt niemanden hier im Raum, der die Notwendigkeit einer landesweiten Zusammenführung der Daten der Ergebnisse der regionalen Klinischen Krebsregister bestreitet. Es ist unabdingbar, es ist zwingend notwendig. Darüber hinaus sind die durch das Gesetz angedachten Neuerungen, nämlich insbesondere die Vorhaltung von permanenten Verlaufsdaten mit permanenten Zugriffsmöglichkeiten zum jeweiligen behandelnden Arzt oder Ärztin, unabdingbar notwendig. Diese Qualität der Tätigkeit geht in der Tat über die bisherige Arbeit der Selbstverwaltung in dem Bereich Qualitätssicherung hinaus, ist aber ohne weiteres einfach EDV-technisch in wenigen Stunden zu lösen und dann dauerhaft vorzuhalten. Es ist zwingend notwendig, wenn wir schon das anpacken, wenn wir ein Gesetz machen oder uns darüber verständigen, sollten und müssten wir im Interesse der Patienten genau das tun. Im Übrigen ist es nicht richtig, dass die Qualitätssicherung keine Verlaufsdaten anbietet, es ist nicht richtig, dass die Qualitätssicherung nur die Qualität einer Operation begutachtet und weiter gar nichts, vielmehr hat der gemeinsame Bundesausschuss, das ist auch öffentlich nachlesbar, sich sehr deutlich und sehr lange schon für die sogenannte sektorübergreifende Qualitätssicherung, das heißt eine Verlaufsqualitätssicherung zwischen ambulanten und stationären Versorgungen ausgesprochen und die Implementation gefordert. Nur darum ist auch eine Vereinbarung zwischen KV, Krankenkassen und Krankenhausgesellschaft sinnvoll und möglich geworden, weil es dem Patienten hilft, nicht nur einmalig, sondern sein ganzes Leben über im Fall einer chronischen Krankheit seine Daten zu überprüfen und notfalls nachzujustieren, wenn die Leistung nicht funktioniert hat, dafür haben wir einen sogenannten strukturierten Dialog, der durch die GBA erfunden worden ist, den haben wir nicht erfunden, der ist uns zwingend vorgegeben, der ist unabdingbar da, entwickelt, der genau dieses dauernde rückkoppeln zwischen jedem einzelnen Leistungserbringer und den entsprechenden Fachgremien im Lande organisieren kann. Tragen kann das, und da sehe ich überhaupt keine Alternative, nicht hauchweise, nur die gemeinsame Selbstverwaltung. Und da sehe ich die Ärztekammer natürlich mit dabei. Ohne jede Frage.

Vors. **Ralf Grabow:** Wer möchte noch antworten? Professor Freund.

Prof. **Dr. Mathias Freund:** Herr Glawe, um Ihre Frage zu beantworten: Ich sehe in diesem Gesetz einen großen Fortschritt im Sinne einer Qualitätsverbesserung einer übergreifenden Krebsregistrierung. Ich glaube, dass es eine gesetzliche Grundlage ist, die wir dringend

brauchen. Und ich sehe darin eine Bestätigung der Dinge, die wir seit mehr als 13 Jahren vorantreiben und in denen wir leider in der Praxis auf dem Vereinbarungswege zum Teil gescheitert sind. Und insofern kann ich Sie nur dringend bitten, dieses Gesetz weiter nach vorne zu tragen. Die Frage der Vergabe dieser Stelle: Ich habe mich dafür ausgesprochen, dass es eine wissenschaftliche Institution, eine unabhängige Institution sein sollte. Ich denke, dass wir in Zusammenarbeit aller Beteiligten mit dem Sozialministerium, und da gibt es eine Runde, die schon vielfach zusammengesessen hat, und da hab ich volles Vertrauen in Herrn Voss und in die Ministerin, dass wir dort Kriterien entwickeln werden, die diese Vergabe nachvollziehbar entsprechend auch auf eine qualitätsgesicherte Basis stellt. Ich glaube, das ist dann auch das angemessene Vorgehen.

Zu Artikel 3

Änderung des Heilberufsgesetzes

Vors. **Ralf Grabow:** Also, besser hätte man die erste Abteilung nicht beenden können und ich würde damit das Krebsregister jetzt einfach mal abschließen, den Punkt. Und würde als Nächstes, wir haben ja mehr in diesem Gesetz, zu der Ausbildungsverordnung, die da drin ist, kommen. Ausbildung, ich glaub alle Beteiligten wissen, was ich meine. Und würde damit die Fragestunde eröffne, oder wir fangen erstmal wieder vorne an mit den Kolleginnen, Tumor, glaube ich, dazu nicht. Könnte ich gleich weiter zu Herrn Gagzow, wollen Sie dazu was sagen? Nein. Herr Crusius möchte was dazu sagen.

Dr. Andreas Crusius: Herr Vorsitzender, wir sprechen über die ärztliche Weiterbildung. Die Ausbildung ist etwas für Studenten bis zum Staatsexamen, mit Verlaub.

Vors. **Ralf Grabow:** Das war auch so gemeint.

Dr. Andreas Crusius: Herr Professor Freund hat etwas Tolles gesagt vorhin. Er hat gesagt, wir sind in der Spitzengruppe Deutschlands, wenn wir dieses Krebsregistergesetz schaffen. Und, meine Damen und Herren Abgeordneten, Sie haben am 17.03.2008 in Kraft gesetzt ein Heilberufsgesetz, eine Änderung unter dem jetzigen Ministerpräsidenten, der war damals Sozialminister. Und das hat eine Geschichte, weil wir festgestellt haben, dass die Qualität, und jeder, der Facharzt ist und eine Facharzturkunde bekommt, an den stellen Sie sehr hohe Ansprüche in der Versorgung. Sie alle wollen im Krankheitsfall von qualifizierten Ärztinnen

und Ärzten behandelt werden. Ich sag es: Wir haben leider erst zu spät erfahren, dass wir doch das an der Wand darstellen können. Deswegen haben wir uns erlaubt, Ihnen dieses Papier (Anlage) zu bringen. Ich darf Ihnen vielleicht anempfehlen, dieses Papier, was ich Ihnen vorhin ausgeteilt hab, anhand dessen ich es Ihnen versuche zu erläutern, zur Hand zu nehmen. Grundlage der ärztlichen Weiterbildung sind die Heilberufsgesetze der Länder. Die haben Sie, Hohes Haus, 1990 beschlossen. Das heißt, das erste hat noch die letzte Volkskammer beschlossen, die frei gewählte Volkskammer. Und dann haben wir Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern, die in drei Abschnitte gegliedert sind. In die allgemeinen Richtlinien, wo die Regelung zur Weiterbildung dargestellt wird, dann in die unterschiedlichen Fachgebiete, Facharztkompetenzen-Schwerpunkte, und im Abschnitt c Zusatzweiterbildungen. Wir haben geeignete Voraussetzungen für die Umsetzung einer qualitativ hohen fachärztlichen Patientenversorgung darzustellen als Kammer. An der Stelle, meine Damen und Herren Abgeordneten, sind wir mittelbare Staatsverwaltung, da haben Sie uns in der Selbstverwaltung mit der Janusköpfigkeit beglückt. Das heißt, wir sind einmal berufsständische Selbstverwaltung und zum anderen sind wir mittelbare Staatsverwaltung. Und wesentliche Elemente der Qualitätssicherung der ärztlichen Weiterbildung sind die Zulassung der Weiterbildungsstätten zum Ersten und zum Zweiten die Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis für den Arzt, der einer Abteilung oder einem Oberarztbereich vorsteht und anderen Assistenten die Weiterbildung zukommen lässt, damit sie dann irgendwann ihren Katalog erfüllt haben an Inhalten und dann zum Facharzt werden können. Die Qualitätssicherung ist gefährdet, das kann ich so deutlich sagen, der ärztlichen Behandlung nachher in freier Wildbahn, wenn die Zulassung ohne Befugnis oder die Befugnis ohne Genehmigungsverfahren erfolgen. Ich will das begründen und dazu muss ich Ihnen leider einen kleinen Exkurs in die ärztliche Weiterbildung im Detail zukommen lassen. Universitäten sind Einrichtungen der Forschung, Einrichtungen der Lehre, studentische Ausbildung, haben wir schon gesagt, eingangs. Aber diese beiden haben keine für die Weiterbildung relevanten Funktionen, weil, andere Häuser haben dies auch, zum Beispiel akademische Lehrkrankenhäuser der Universitäten Greifswald und Rostock, haben auch Forschungsaufträge. Sie beteiligen sich an der Lehre und an der studentischen Ausbildung. Und Drittens sind Universitäten auch medizinische Versorgungseinrichtungen. Und hier gilt es, die Prüfung der Kriterien für die Zulassung als Weiterbildungsstätte zu tätigen und das haben Sie getan, 2008 haben Sie uns auch für die Universitäten, für die Krankenhäuser des Landes haben Sie es schon immer zugelassen. Aber aus Qualitätsgründen, die ich mit Einzelbeispielen, mit Namensnennung auch in dieser öffentlichen Anhörung nennen werde,

haben Sie uns, wohlweßlich in Sorge um die hohe Qualität, dieses mitgeteilt. Vielleicht darf ich ein Beispiel nennen. Wir haben in Pasewalk einen hervorragenden Gefäßchirurgen. Er hat aber Operationen, komplett den Katalog erfüllt er, aber nur für einen Assistenten innerhalb der vier Jahre. Und deswegen begrenzen wir als Ärztekammer die Einrichtung auf einen Assistenten in vier Jahren, weil sonst müssten Zeugnisse geschrieben werden, die nicht der Wahrheit entsprechen. Wir haben an den Universitätsklinika Rostock und Greifswald zum Beispiel einfache Hernienoperationen, die in jedem Krankenhaus und ambulant gemacht werden, nicht mehr in der Zahl, wie sie für die Weiterbildung notwendig ist. Das heißt, wir müssen Patienten in ausreichender Zahl und Art mit den typischen Krankheitsbildern eines bestimmten Gebietes haben und wir müssen eine personelle Ausstattung und Organisationsstrukturen haben, wie auch an anderen Krankenhäusern. Zu den Patienten und Behandlungszahlen, da sind die Universitäten natürlich vergleichbar mit anderen Einrichtungen der Schwerpunkt- und Maximalversorgung. Ich nenne Schwerin, Neubrandenburg, Stralsund nur mal als Beispiel. Und die Menge der Untersuchungen und Behandlungsverfahren, die dort durchgeführt werden, können Sie den jährlich abzuliefernden Qualitätsberichten entnehmen. Diese sind Voraussetzungen für eine Weiterbildung unter Anleitung eines befugten Arztes. Und Zweitens haben wir eine Weiterbildung in Rotation. Und wir haben noch weitere Voraussetzungen. Es müssen zum Beispiel Fachärzte Stationsärzte sein. Früher hatte man in den alten Bundesländern AIPs als Stationsärzte, weil sie preiswerte Arbeitskräfte waren und wir haben Festlegungen, dass ein Oberarzt für mindestens zwei Stationen vorhanden sein muss. Wir haben auch eine Regelung, wenn wir die scharf schalten würden, Herr Staatssekretär, würde kein Krankenhaus in Mecklenburg-Vorpommern mehr weiterbilden dürfen. Wir haben nämlich die hohe Qualitätssicherung, 30 Prozent der im Krankenhaus Verstorbenen, das ist in Übereinstimmung mit unserem Landesleichenschaugegesetz, sind zu obduzieren aus Qualitätsgründen. Die studentische Ausbildung hapert an dieser Stelle. Auch die Ausbildung, weil nicht mehr genug obduziert wird, bei denjenigen, die nicht geheilt werden konnten. Und wir haben die Rotation, die ich angekündigt hab, und zwar in Krankenhäusern mit fachlich gegliederten internistischen und chirurgischen Abteilungen, aber das trifft auch für die Anästhesie und für die Gynäkologie und Geburtshilfe zu, hat die Basis Weiterbildung in Form einer Rotation zu erfolgen durch diese Abteilungen. Beispiel: In Neubrandenburg gibt es drei innere Kliniken. Die eine Klinik ist für 18 Monate befugt, die eine für 12 und die dritte Klinik für 6 Monate, damit gewährleistet ist, dass der Assistent in seiner Basisweiterbildung in den ersten drei Jahren die Medizin in der Breite kennen lernt. Denn es wird ja nicht jeder Spezialist, meinetwegen

Kardiologe, Hämatologe oder Pneumologe, sondern es wird ein Großteil Facharzt für Innere Medizin, die dann in der Fläche oder im Kreiskrankenhaus hochwertige Patientenversorgungen vornehmen. Ein Beispiel für die Rotation, das Krankenhaus Grevesmühlen, das Klinikum Wismar und das Klinikum Schwerin, drei verschiedene Träger schon ein Unding, aber arbeiten zusammen in der Weiterbildung, es geht. Sie haben also Basisweiterbildung, ich nenne mal die Innere Medizin als Beispiel, 36 Monate Basisweiterbildung, dort muss man rotieren durch die Basis um Grundkenntnisse zu erlangen und dann geht man 36 Monate, wenn man gleich Spezialist werden will, in die hohe Schule des entsprechenden Gebietes, Nephrologie, Kardiologie, Infektiologie, Rheumatologie, Sonographie. Nur ein Beispiel zur Seite, wenn Sie jetzt die Universitätskliniken per se ermächtigen, dann ermächtigen Sie zum Beispiel, die Universität Rostock für die Rheumatologie, die es dort gar nicht gibt, die gibt es nur in der Südstadt, aber dann könnte die Universität Rostock Rheumatologen weiterbilden, obwohl sie gar keinen haben und auch keine entsprechende Abteilung. Auch keine Angiologie ist weiterbildbar, aber Sie würden als Land, der Qualität einen Abstrich machen, wenn sie so handeln würden und deswegen bitten wir dieses so zu belassen wie 2008 von Ihnen, meine Damen und Herren Abgeordneten beschlossen. Darauf aufbauend, gibt es die Weiterbildung in den Facharztkompetenzen für den Spezialisten und den normalen Internisten, der muss 24 Monate auch noch mal rotieren, nämlich in drei verschiedenen Art und Weisen, entweder viermal sechs Monate in verschiedenen Abteilungen, zweimal 12 Monate oder einmal 18 Monate und einmal sechs Monate. Ich sage Ihnen, meine Damen und Herren, Beispiele, Sie haben dort eine Auflistung vor sich liegen, auf Seite 11, die Namen sind geändert und ich nenne mal, Dr. M hat von 2000 bis 2006 an einer Universität im Lande gearbeitet, 36 Monate Innere Medizin, davon 51 Monate in der Kardiologie. Umfassende internistische Weiterbildung, Fragezeichen? Dr. N, von 2003 bis 2010, an einer Universität, 70 Monate Innere Medizin gemacht, 38 Monate nur in der Lungen- und Bronchialheilkunde. Dr. L, von 1995 bis 2003, an einer Universität, 77 Monate Innere Medizin, man muss nur 72 Monate machen, 47 Monate davon war er in der Hämatologie und Onkologie. Dr. K, von 2002 bis 2008, an einer Universität, 80 Monate Innere Medizin, nach 72 hätte er Facharzt machen können, ging nicht, 55 Monate in der Hämatologie. Sind das umfassende internistische Weiterbildungen durch alle Teilgebiete? Und Dr. B zum Schluss, seit 2003 an einer Universität, 88 Monate Innere Medizin, davon schon 65 in der Hämatologie und Onkologie an einer der beiden Universitätsklinika. Der Rotation in andere internistische Abteilungen und Schwerpunkte wird durch den ärztlichen Direktor einer Klinik nicht entsprochen, das heißt aber, nach 1871, ist auch die

Leibeigenschaft in Mecklenburg-Vorpommern abgeschafft worden, meine Damen und Herren Abgeordneten. Und weil der Assistenzarzt, und das ist der Grund, der ist unerlässlich für die Aufrechterhaltung der stationären Versorgung, sei er, aber er hat einen Anspruch, einen Rechtsanspruch mit einem Arbeitsvertrag auf eine curriculäre Weiterbildung und ich habe mir erlaubt, ich bin, Sie wissen an der Universität Rostock tätig, habe neulich einen Vortrag über Weiterbildung gehalten in unsere Fortbildung und habe dann die Assistenten gefragt: Wer von ihnen hat ein Curriculum? Das heißt, dem Arzt ist ein Curriculum auszuhändigen, wo er weiß - unserer ärztlicher Direktor, Professor Schuff-Werner hat die besten Curricula für die Allgemeinmediziner, die wissen schon wo sie 2015 und 2016 ihre Weiterbildung machen. Das sind aber die einzigen Curricula, die anderen Kolleginnen und Kollegen haben kein Curriculum, was ihnen mit Beginn der Tätigkeit auszuhändigen ist. Und die Folgen fehlender Überprüfungen der Zulassungskriterien darf ich Ihnen nennen. Die Weiterbildung an den Universitäten ist nicht entsprechend den Vorgaben des Heilberufsgesetzes der Weiterbildungsordnung. Es werden unzureichende Weiterbildungen von qualifizierten internistischen Fachärzten durchgeführt und das, meine Damen und Herren, zum Nachteil der Weiterzubildenden, nämlich mit der Folge einer Verlängerung der Arbeitszeit, wo sie eigentlich schon niedergelassen oder Oberarzt am Kreiskrankenhaus oder an der Universität sein können. Es gibt in Deutschland die ersten Klagen wegen zu später Zuerkennung der Facharztweiterbildung und damit rückwirkend Verlust aus zu später Kassenarzt-Tätigkeit und diese Klagen werden, so Gott will, sag ich mal, zu Gunsten der Assistenten ausgehen. Die Ärztekammer hat eine eingeschränkte bis keine Möglichkeit, dann mehr auf eine ordnungsgemäße Organisation und Umsetzung der Weiterbildung hinzuwirken. Und, meine Damen und Herren, jetzt komme ich zum zweiten Punkt, Kriterien für die Erteilung einer persönlichen Befugnis. Wir haben eine Klinik gehabt, die war über 14 Jahre nicht weiterbildungsbefugt in Mecklenburg-Vorpommern, weil der Chef über 57 Assistenten, Oberärzte und Professoren rausgeekelt hat. Ich nenne das mal so. Es ist ein ganz kleines Fachgebiet, der ist persönlich nicht geeignet gewesen, weil keine menschliche Kompetenz, indem er mit den Kolleginnen und Kollegen, das sind ja Ärzte, kollegialen Umgang pflegt. Kollegialer Umgang ist festgeschrieben in der Berufsordnung, die das Sozialministerium genehmigt hat, nach Beschlussfassung durch die Kammerversammlung. Aber zu den fachlichen Kriterien, der Arzt muss selbst die Bezeichnung führen, er muss mehrjährig tätig gewesen sein und er muss fachlich geeignet sein und dann muss er persönlich geeignet sein. Auf die persönliche Eignung, darf ich noch einen kleinen Hieb machen. Wir haben also Ordinarien, gegen die wir berufsrechtlich ermitteln müssen, wegen Abrechnungsbetrug zum

Beispiel gegenüber den Krankenkassen oder gegenüber Patientinnen und Patienten im Fall der Selbstzahlung. Und wenn ein berufsrechtliches Verfahren eröffnet ist, und dort haben wir vom Sozialministerium seiner Zeit, einen Katalog bekommen, das war noch Staatssekretär Azzola, der ist bis heute gültig, welche Kriterien zur persönlichen Eignung festzulegen sind. Und dieser Katalog ist von sieben Landesärztekammern der Bundesrepublik bereits übernommen worden, damit der Assistenzarzt nicht zum Spielball der weiterbildungsbefugten Oberärzte, Chefärzte, Professoren wird. Die Lehrbefähigung, die ein Professor bekommt, ist kein Kriterium, was ausreichend ist für die Weiterbildung, weil, die Lehrbefähigung ist meistens ein schmaler Ausschnitt, nämlich Kardiologie, das umfasst nicht die Innere Medizin, nur um mal ein Beispiel zu nennen. Als Fazit, meine Damen und Herren: Folge einer ungeprüften Befugnis für die Hochschullehrer wäre: Widerspruch zu den bundesweiten Prinzipien der ärztlichen Weiterbildung und sie wäre ein Nachteil für die an den Universitäten in Mecklenburg-Vorpommern tätigen Weiterzubildenden. Wir haben kürzlich in der Ärztekammer eine Zusammenkunft gehabt mit den Assistenten aus Greifswald. Die fielen aus allen Wolken, als wir ihnen gesagt haben, welche Zeiten anzurechnen sind und welche nicht, weil, ich habe ihnen das mit der Basisweiterbildung geschildert und die haben alle die Basisweiterbildung nicht erfüllt, die sind schon Kardiologe, quasi, die sind schon Hämatologe, die sind schon Intensivmediziner, aber haben noch nicht den internistischen Teil der Weiterbildung absolviert. Und Sie, meine Damen und Herren, haben darüber zu entscheiden und Sie haben schon einmal aus den Qualitätsgründen 2008 uns diese Aufgabe erteilt und wir haben sie 2008 dann scharf geschaltet und ich darf Ihnen sagen, dass bis vor einem Monat ein Ordinarius einer Universität überhaupt noch nicht den Antrag auf Weiterbildungsbefugnis gestellt hat. Dort sind über 60 Assistenzärzte ohne anrechenbare Zeiten formal. Wir wissen noch nicht, wie wir das regeln. Das ist so ein Fach, womit man die Leute einschläfert. Einschläfert, im Sinn einer Narkose. Die Assistenten sind auf dem Weg das Land zu verlassen und das dürfen wir nicht zulassen. Das liegt häufig daran, dass sie nicht ihre Weiterbildung so gestaltet bekommen, wie es ihnen zusteht, denn sie haben einen Rechtsanspruch darauf. - Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.

Vors. **Ralf Grabow**: Gut, jetzt wäre eigentlich die Kassenärztliche Vereinigung dran, aber, nein, gut, die AOK, auch?

Lutz Steiner: Also im Grunde wollte ich das Wort weiterreichen, aber nachdem was ich jetzt von Dr. Crusius jetzt gehört hab, hab ich Zweifel, was jetzt zu tun ist. Das sind Aufgaben aus

diesem Kreis heraus, die denn anzugehen. Auf der einen Seite bemängeln wir Ärztemangel im Lande und dann höre ich, dass also hier bezüglich der Weiterbildung letztendlich genau gebremst wird und dass nicht erfüllt werden kann. Sicherlich, die Ärzte die würden sich bundesweit sicherlich Tätigkeiten suchen, aber auch hier im Land würden Aufgaben warten für diese Ärzte, aber wenn das dann so organisiert ist und mit den Dingen, die Herr Dr. Crusius, ich kann es gar nicht wiedergeben, ich bin ein bisschen, reichlich erschüttert über das was hier dargestellt wurde. - Danke schön.

Vors. **Ralf Grabow**: Gut, dann gebe ich jetzt dem Vorstand der Universitätsklinik Greifswald das Wort.

Prof. **Dr. Marek Zygmunt**: Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete! Sehr verehrte Damen und Herren! Vielen herzlichen Dank für die Gelegenheit, eine mündliche Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Landesregierung hier vortragen zu dürfen. Wir haben die Gelegenheit genutzt, dass Sie uns in der gleichen Legislaturperiode ein neues Landeshochschulgesetz gegeben haben und den Vorstand der Universitätsklinik so definiert haben, dass nur zwei Mitglieder des Vorstandes außenvertretungsberechtigt sind und deswegen haben wir, gemeinsam mit dem Professor Kroemer sind wir hier heute erschienen und werden versuchen das Problem der Weiterbildung aus der Sicht der Krankenversorgung auf einer Seite, und das wird mein Part sein und auf der anderen Seite, aus der Sicht des Wissenschaftsstandortes Mecklenburg-Vorpommern, Ihnen kurz mal zu beleuchten. Ähnlich wie die Ärztekammer, sind die beiden universitären Standorte des Landes, Greifswald und Rostock, haben sich schon seit Jahren für die Verbesserung der Weiterbildungsbedingungen für die Ärzte im Lande eingesetzt. Unser Ziel ist es, eine hochwertige, für den Arzt attraktive aber auch national- und international wettbewerbsfähige, qualitätsgestützte und gesicherte weitärztliche Weiterbildung anzubieten. Wir brauchen hier im Lande einen Arzt, der nach dem erfolgreichen Studium nicht nur hier bleibt, aber auch weiterhin an unseren Einrichtungen seine Weiterbildung vollzieht und später wohlmöglich an den Krankenhäusern des Landes, ob das universitäre Einrichtungen sind oder andere Krankenhäuser, die vom Herrn Präsidenten schon erwähnt wurden, seine Tätigkeit aufnimmt oder in die Niederlassung geht. In kommenden Jahren werden wir in unserem Lande mit zahlreichen versorgungstechnischen Herausforderungen konfrontiert, dazu gehört der sogenannte Ärztemangel oder besser gesagt, Allokationsproblem der Ärzte, auf der anderen Seite aber auch die regionale Sicherung der regionalen Versorgung. Die

Universitäten des Landes sehen sich hier in der Verantwortung, diese Herausforderung zu meistern und auch die Verantwortung für regionale Versorgung zu übernehmen. Um diesen Herausforderungen begegnen zu können, bedarf es einer neuen gesetzlichen Regelung zur Weiterbildungsordnung. Wir werden, wie ich sagte, das aus zweierlei Richtungen betrachten. Auf die Einzelheiten der ärztlichen Weiterbildung möchte ich aus Zeitgründen nicht mehr eingehen. Herr Präsident Dr. Crusius hat das in aller Ausführlichkeit dargestellt. Es bleibt nur zu sagen, das Ganze wird auf der Länderebene geregelt, es bedarf sowohl Zulassung als Weiterbildungsstätte, als auch als Weiterbildner. Wenn wir das nationale Spektrum betrachten, sind wir das einzige Land, in dem nach der Änderung vom Jahre 2008 die Zulassung der universitären Einrichtungen als Weiterbildungsstätte in die Hände der Ärztekammer gegeben wurde. In anderen Bundesländern, mit Ausnahme von Brandenburg, wo allerdings keine Universität ansässig ist, wird dieses per Gesetz erfolgen. Die Zulassung der Weiterbilder zur Weiterbildung ist, wenn wir das internationale Spektrum anschauen, sehr unterschiedlich geregelt, in den meisten Nachbarländern oder in allen unseren Nachbarländern ist die Zulassungsgenehmigung für die Weiterbilder an den Universitäten mit der Berufung auf einen Lehrstuhl und eine Professur verbunden. So ist das in Polen, so ist das auch in Holland. Was brauchen wir nun um den universitären, besonderen Charakter und die besonderen Aufgaben der Universität hierzulande gerecht zu werden. Wir brauchen also eine gesetzliche Regelung, die zum einen die Zulassung der Universitätsklinik und Institute als Weiterbildungsstätte festlegt, zum anderen die Zulassung der berufenen Professoren als Weiterbilder regelt, aber auch die Beteiligung der berufenen Professoren an der Selbstverwaltung der Ärzte, an den Prüfungsgremien und Weiterbildungskommissionen gesetzlich festlegt. Wenn wir diesen Weg nicht gehen, glaube ich, dass wir einen sehr starken Wettbewerbsnachteil erfahren werden, dass wir ähnlich, wie Herr Crusius das dargestellt hatte, in unserem Blickwinkel aus einem anderen Grund eine Abwanderung der jungen Ärzte hier im Lande erleben werden. Wenn wir dies aber so machen, haben wir gute Chancen den Standort Mecklenburg-Vorpommern zu stärken. Wir haben auch die Möglichkeit unsere universitären Standorte zu stärken und das wir die Prozesse und die Bürokratie, die damit zunächst verbunden ist abbauen können, brauche ich nicht zu sagen. Soviel aus der Sicht der Krankenversorgung. Ich würde gerne noch Herrn Kroemer die Möglichkeit geben, ein paar Worte zu der Krankenversorgung zu sagen, zur Lehre und Forschung zu sagen.

Vors. **Ralf Grabow**: Das soll so sein.

Prof. Heyo Dr. Kroemer: Herr Vorsitzender! Herr Staatssekretär! Meine Damen und Herren!
Das Land Mecklenburg-Vorpommern hält sich zwei universitätsmedizinische Einrichtungen und erwartet neben der Krankenversorgung zu Recht in diesen universitätsmedizinischen Einrichtungen auch herausragende Forschung. International, wettbewerbsfähige, klinische Forschung braucht unbedingt und unabdingbar junge Ärzte. Warum kommt jetzt ein junger Arzt zu uns nach Greifswald, der genauso gut mit seiner Ausbildung nach München, nach Düsseldorf oder nach Hamburg gehen könnte? Der kommt dann zu uns, wenn wir ihm herausragende Arbeitsbedingungen bieten, wenn wir ihm forschungsthematisch einen Ansatz bieten, mit dem er sich profilieren kann und wenn wir ihm einen klaren Karrierehorizont geben. Ich will sagen, wenn ich ihm bei Erfüllung der Voraussetzung garantieren kann, dass er sowohl seinen Facharzt als auch seine Habilitation erfolgreich abschließen kann. Und die Verhältnisse der Leibeigenschaft, meine Damen und Herren, haben sich vollkommen umgedreht, heute sind wir hinter den ehemaligen Leibeigenen her und nicht umgekehrt, weil die Ärzte extrem knapp sind und wir uns wirklich bemühen müssen, optimale Arbeitsbedingungen hier zu bieten. Das funktioniert eigentlich auch in allen Ländern. Woran kann man das sehen? Das können Sie ganz einfach daran sehen, dass in den meisten Bundesländern für eine Habilitation die Voraussetzung der Facharzt ist und damit es möglich sein muss, im Zeitrahmen der Habilitation auch diesen Facharzt zu erfüllen. Wir würden also mit der Regelung, die der ärztliche Direktor gerade vorgeschlagen hat, uns im Wettbewerb national deutlich verbessern. Nun kann man kurz dagegen argumentieren, man würde ja sozusagen zwei unterschiedliche Gruppen von Leitenden Ärzten erzeugen. Nämlich solche die an den universitären Einrichtungen sind und solche die an anderen Einrichtungen sind und man könnte argumentieren, ob das gerechtfertigt ist. Ich meine ganz klar, ja. An der Spitze der universitären Einrichtungen, und wir haben einige herausragende Vertreter hier, steht ein spezifischer Auswahlprozess. Jedes Fach ist an den Universitäten 36 mal vertreten, das heißt es gibt auch nur 36 Leitungspositionen. Wenn sie eine solche haben wollen, benötigen sie zwanghaft einen Facharzt und eine Habilitation. Es schließt sich ein universitärer Auswahlprozess an, der einem externen Gutachterprozess assoziiert ist. Es erfolgt dann noch mal eine formale Überprüfung durch die Landesregierung und dann erst erfolgt die Einstellung an die Spitze einer unserer klinischen Einrichtungen. Es handelt sich hier um einen einmaligen Qualitätssicherungsprozess, den ich im Bereich der anderen Kliniken, der nicht universitären Kliniken, nicht habe und auch nicht haben kann. Wir wissen alle, wenn Sie in einem kirchlichen Haus leitender Arzt werden, dann wird es in einem kirchlichen Gremium entschieden. Das ist auch völlig in Ordnung so, es ist aber qualitativ ein komplett anderer

Prozess als an den Universitäten, der sicherstellt, dass hier nur entsprechende Leute in Führungspositionen kommen. Jetzt können sie ein zweites Gegenargument entgegenbringen, nämlich, dass man sagt, die Universitäten tendieren dazu, solche Personen herauszusuchen, die überwiegend forschungsstark sind und eigentlich ihre klinische Tätigkeit vernachlässigen. Ich kann ihnen nach zehn Jahren im Vorstand des Uniklinikums Greifswald sagen, dass sich keine universitäre Einrichtung heute mehr so etwas leisten kann. Wenn sie heute an der Spitze einer Universitätsklinik jemand stehen haben, der klinisch nicht versiert ist, dann merken Sie das in kürzester Zeit an ihren Zahlen. Ich darf auf unser Haus verweisen, wir haben sicher eine der ungünstigsten Ausgangspositionen und seit 8 oder 9 Jahren schwarze Zahlen. Das heißt, sie sind letztendlich absolut gezwungen, als universitäre Einrichtung darauf zu achten, klinisch versierte Kollegen an die Spitze der klinischen Einrichtung zu bekommen. Ich fasse das zusammen, weil ich mich an die Zeit halten möchte: Wir würden zum Punkt eins im Wettbewerb mit den andern universitären Einrichtungen in der Bundesrepublik einen erheblichen Vorteil erfahren, wenn diese Regelung so getroffen wurde, wie der ärztliche Direktor sie gerade skizziert hat. Das Höchstmaß an Qualitätskontrolle, das ich gerade ausgeführt habe, rechtfertigt eine solche Maßnahme hinsichtlich der Sicherheit. Ich bitte Sie somit um Unterstützung, dieses im Übrigen gemeinsamen Vorschlags der Universitätsklinik Rostock und der Universitätsmedizin in Greifswald. - Vielen Dank.

Vors. **Ralf Grabow:** Herr Dr. Nieszery hatte sich zu einer Frage... Okay. Herr Professor Freund.

Prof. **Dr. Mathias Freund:** Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Ich spreche in meiner Funktion als Hochschulprofessor und Direktor der medizinischen Klinik 3 des Universitätsklinikums Rostock und möchte hier den Standpunkt der Universitätsmedizin Rostock darstellen. Ich möchte betonen, dass Hochschullehrer, und daraufhin hat Herr Kollege Kroemer ja schon hingewiesen, in einem transparenten Verfahren berufen werden. Sie werden durch die Berufungskommission ausgewählt. Bei jeder klinischen Berufung ist das Führen der entsprechenden Facharztanerkennung und der entsprechenden Fähigkeiten für die Weiterbildung explizit gefordert. Sie sind Voraussetzung für die Berufung. Der Ärztliche Direktor hat ein entsprechendes Einspruchsrecht und nimmt dieses auch wahr, wenn diese Voraussetzungen nicht vorhanden sind. Die Berufungen werden von den höchsten Gremien unserer Universität beschlossen und vom Ministerium vorgenommen. Die Universitätsklinika stehen darüber hinaus durch den Aufsichtsrat unter der Kontrolle des Landes. Für das

Universitätsklinikum Rostock und ich glaube, da kann ich auch für Greifswald sprechen, ist zu betonen, dass wir auch Versorgungskrankenhäuser für die Regionen sind. Wenn also hier Zweifel geäußert werden, das zum Beispiel im Universitätsklinikum Rostock nicht genügend Hernien operiert werden, dann frage ich mich, wo denn diese Patienten aus einem Einzugsbereich von 250.000 Einwohnern für diese Operation hingehen. Ich denke nicht, dass sie alle im Südstadt Krankenhaus oder in Güstrow oder in Doberan operiert werden. Ich denke, dass es daher richtig ist, die Institutionen und die sie leitenden Hochschullehrer per Gesetz zur Weiterbildung von jungen Ärzten zuzulassen. Dies sollte auch das bestimmende Thema der Diskussion sein und nicht persönliche Auseinandersetzungen oder Einzelbeispiele. Die von der Ärztekammer vorgelegten Fallbeispiele liegen mir leider nicht vor. Ich kann die Angaben so nicht nachvollziehen, möchte aber ganz allgemein feststellen, dass die Weiterbildungsordnung selbst für den Facharzt Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie 36 Monate Basisweiterbildung vorsieht. Da geht es schwerpunktmäßig um allgemeine Kompetenzen, wie zum Beispiel das ärztliche Gespräch, Pathophysiologie innerer Erkrankungen. In dieser Zeit kann eine Rotationszeit zum Beispiel auch in der Hämatologie und Onkologie enthalten sein, und danach kommen 36 Monate Weiterbildung im Spezialgebiet, sodass wir also dann durchaus auf Gesamtzeiten von 72 Monaten plus darin enthalten zum Beispiel bis zu 48 Monate Hämatologie und Onkologie für einen inneren Mediziner mit Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie kommen können. Diese Dinge hätte Herr Präsident vielleicht zu seinen Ausführungen klarstellen können. Ich bitte Sie also insgesamt um die Unterstützung für diesen sehr vernünftigen Gesetzentwurf.

Vors. **Ralf Grabow:** Gut. Herr Dr. Nieszery.

Abg. **Dr. Norbert Nieszery:** Ja, Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Vielen Dank erstmal für Ihre Ausführungen. Ich hätte an dieser Stelle zwei konkrete Nachfragen. Und zwar: Zunächst einmal wird ja vom Präsidenten der Ärztekammer ein massiver Vorwurf erhoben, der überspitzt dargestellt etwa Folgendes bedeutet: Die Universitäten wären, wenn sie Weiterbildungsstätte wären, eine Produktionsstätte von Schmalspurfachärzten. Wenn ich das mal überspitzt in Ihren Worten vielleicht auch so sagen darf. Da wir ja nun das einzige Land sind, wo die Universitäten nicht Weiterbildungsstätte sind, richtet ja sich dieser Vorwurf ganz offensichtlich gegen alle Universitäten in Deutschland. Würden Sie das in dieser Weise auch so bestätigen? Das wäre meine Frage an Herrn Crusius. Und die Frage, die ich an die Professoren der Universität Rostock und Greifswald richten möchte, ist, dieser Vorwurf ist

sehr massiv und ich würde von Ihnen gerne wissen, wie Sie diesen Vorwurf des Ärztekammerpräsidenten entkräften. Auf welche Art und Weise Sie dem entgegenwirken wollen, dass überhaupt solche Vorwürfe aufgebracht werden.

Vors. **Ralf Grabow:** Gut. Herr Crusius, Sie haben jetzt das Wort.

Dr. Andreas Crusius: Meine Damen und Herren Abgeordneten! Herr Vorsitzender! Ich wollte keine Namen nennen hier heute. Aber mir ist von einer hoch stehenden Person einer der beiden Universitäten gesagt worden: „Herr Crusius,“ in Anwesenheit von Juristen und in Anwesenheit von zwei Vizepräsidenten, „Herr Crusius, Sie müssen auch in der Zukunft damit rechnen, dass wir Falschzeugnisse ausstellen, damit wir unsere Leute zum Facharzt bekommen.“ Erstens. Zweitens: Dieser Vorwurf, den Sie dargestellt haben, der trifft in der Regel zu. Für ganz Deutschland. Nein.

(Zuruf von Abg. Dr. Norbert Nieszery)

Nein, den Vorwurf habe ich erhoben, Sie haben ihn dargestellt. Entschuldigung. Wir haben einen Ordinarius, nur um ein Beispiel zu nennen, der hat gesagt: „Ich war auch 55 Monate in dem und dem Fach und dann bin ich ein halbes Jahr rotiert und bin doch Internist geworden.“ Da hat ihm ein anderer Kollege gesagt, der mal Intensivmediziner in Greifswald war: „Schlimm genug, bei mir wären Sie das nicht geworden.“ Meine Damen und Herren, die Mehrzahl der Assistenten, Herr Nieszery, gehen nicht in die Forschung. Es gehen maximal drei Prozent in die Forschung. Und, Herr Professor Kroemer, Sie und ich sitzen beide in der gemeinsamen Kommission der Bundesärztekammer für Hochschulmedizin in Deutschland. Und wenn Sie hier sagen, dass es einen Facharzt gibt, der an Universitäten eine andere Weiterbildung braucht als den, der in Schwerin zum Facharzt gemacht wird, weil er nebenbei seine Habilitation schaffen muss, verdammt noch mal, dann muss der ein bisschen länger tätig sein, denn er soll ja auch Wissenschaftler werden. Und das kann doch nicht sein, dass wir einen Facharzt zu Pferde und zu Fuß schaffen. Ich nenne Ihnen auch gleich ein Beispiel. Das Krankenhaus Teterow, DRK-Krankenhaus, hat einen Chefarztwechsel von vier Leuten hintereinander gehabt, weil, die kamen alle als solche Schmalspur-Chefärzte, wie Sie, Herr Abgeordneter Dr. Nieszery, gesagt haben, und die haben sich in der Praxis nicht als tauglich erwiesen. Denn der Kardiologe ist nicht mehr Internist, der ist nur noch Kardiologe. Der darf die Innere Medizin gar nicht mehr vertreten. Und, Herr Professor Freund, hat es gesagt, wir

sind Vorreiter in Deutschland. Und die Universitäten der anderen Bundesländer sind nicht mehr per se befugt, die Ordinarien, sondern dort werden auch Oberärzte befugt in einer Verbundbefugnis. Die Verbundbefugnis ist übrigens nach Ihrem Beschluss unserer Weiterbildungsordnung vom Sozialministerium genehmigt, in ganz Deutschland eingeführt worden, weil in den Altländern an den Universitäten auch immer nur der Ordinarius befugt war. Und an dieser Stelle darf ich Ihnen ein Beispiel nennen: Professor Wendt, der Greifswalder Ordinarius für Anästhesie, als er aus Düsseldorf hierher kam, rief er ganz empört bei mir an in der Ärztekammer, das war 1991, und da hat er gesagt: „Herr Crusius, wieso ist denn der Oberarzt und der Oberarzt befugt?“ Ich sag: „Herr Wendt, wer macht denn bei Ihnen die Kinderanästhesie?“ „Das macht Frau Soundso.“ Ich sag: „Und wer macht die herzchirurgische Karlsburg?“ „Das macht Herr Soundso“ „Und wer macht die Schmerztherapie?“ „Das macht Herr Diemer.“ „Und wer macht das?“ Ich sag: „Herr Wendt, haben Sie noch Fragen?“ „Nee, Herr Crusius, jetzt ist alles klar.“ Und seitdem haben wir uns blendend verstanden. Weil, man kann nicht mehr alles überblicken. Ich selbst bin Internist und Gastroenterologe. Ich überblicke nicht mehr die Innere Medizin. Das gebe ich aber zu. Aber wenn ein Kardiologe zu mir sagt: „Ich kann die gesamte Innere Medizin!“, dann würde ich Ihnen empfehlen, lassen Sie sich den Blutzucker nicht von ihm einstellen. - Vielen Dank.

Vors. **Ralf Grabow:** Ich glaube aber, die Frage ist nicht beantwortet, Herr Dr. Nieszery.

Abg. **Dr. Norbert Nieszery:** Also, die Frage, die ich Ihnen konkret gestellt habe, Herr Crusius...

(Zuruf von Dr. Andreas Crusius)

Nein, nein, nein, nein! Ja. Richten Sie diesen Vorwurf gegen alle universitären Weiterbildungsstätten in Deutschland? An alle?

(Unruhe bei den Abgeordneten und Anzuhörenden)

Dr. Andreas Crusius: Im Prinzip ja, habe ich gesagt, aber die Universitäten beginnen jetzt, Rotationsbefugnisse auferlegt zu bekommen, nämlich im Rahmen der persönlichen Befugnis. Das ist ja in der gesamten Bundesrepublik schon immer so, dass die Ordinarien nicht qua Amt befugt sind, weil sie eben die Lehrbefugnis, die sie bekommen und der Ruf, den sie

bekommen, wenn ein Rostocker Professor für Kardiologie zum Beispiel berufen wird, dann wird der ja nicht mehr für die Innere Medizin berufen, sondern nur noch für die Kardiologie. Und der kann das Fach gar nicht in der Gänze vertreten, nur um ein Beispiel zu nennen.

Vors. **Ralf Grabow:** Professor Freund?

Prof. **Dr. Mathias Freund:** Es ist natürlich immer sehr schwer, auf persönlicher Basis Vorwürfe zu entkräften, die quasi so ein bisschen anonym erhoben werden. Trotzdem ...

(Zuruf)

Tun Sie das doch mal. Trotzdem möchte ich einfach mal darauf hinweisen, auf der Homepage unserer Abteilung kann man nachlesen, wo unsere Alumni sind. Und, da möchte ich nur drauf hinweisen, dass aus meiner Abteilung heraus ein C 3 Lehrstuhl in Heidelberg, in der Strahlentherapie, da handelt es sich um die Oberarztstelle für Hämatologie und Onkologie, besetzt wurde, ein C 3 Lehrstuhl in Dresden, der entsprechende Kollege ist danach jetzt in Oldenburg Chefarzt für Hämatologie und Onkologie an einem sehr großen städtischen Haus. Eine Chefarzt-Stelle in Magdeburg ist kürzlich durch meine Abteilung besetzt worden. Meine Assistenten sind in der Region tätig, insgesamt 5 hoch angesehene Fachärzte in Rostock, in Güstrow, sind aus meiner Abteilung hervorgegangen und zahlreiche weitere Assistenten sind in andere Abteilungen als Fachärzte gegangen und erfüllen dort ihre Funktion. Ich kann das nicht als ein Zeichen einer minderwertigen und Schmalspurmedizin erkennen. Ich sehe das vielmehr als eine Erfolgsstory und ich bitte Sie einfach auf unserer Homepage www.onkologie-rostock.de mal nachzuschauen, da können Sie sich überzeugen, was Universitätsmedizin in Mecklenburg-Vorpommern auch insgesamt an jungen Medizinern ausgebildet hat und in entsprechenden Positionen untergebracht hat.

Vors. **Ralf Grabow:** So, auch die Uni Greifswald ist angesprochen worden. Herr Kroemer.

Prof. **Dr. Heyo Kroemer:** Ich würde sehr ungern in solche persönlichen Detaildiskussionen einsteigen. Ich würde vielleicht eine persönliche Bemerkung mir vorab gestatten. Wenn die gesamte deutsche Universitätsmedizin eine Produktionsstätte für Schmalspurfachärzte ist, die auch Schmalspurmedizin offensichtlich machen, dann kann man sich ein bisschen wundern, warum man sich zum Beispiel bei der derzeit ablaufenden EHEC-Katastrophe praktisch

ausschließlich an diese universitäre Medizin wendet, um dieses Problem zu lösen. Also, meine Meinung da ist etwas anders. Ich würde aber gerne versuchen, das Problem von einzelnen Kollegen mit Buchstabenabkürzungen wegzunehmen in eine grundsätzliche Fragestellung. Das, was Herr Dr. Crusius doch bezweifelt, ist, dass die Universitätsmedizin in der Lage ist, eine adäquate Qualitätskontrolle durchzuführen. Das ist doch eigentlich der Kern des Problems. Es geht darum, macht die Ärztekammer diese Qualitätskontrolle derzeit, ist die in gleicher Qualität oder möglicherweise besserer Qualität in der Einrichtung durchzuführen. Da kann man sich doch fragen, inwieweit Qualitätskontrolle, täglich, an den universitätsmedizinischen Einrichtungen in Rostock und Greifswald eine Rolle spielt. Man muss doch ganz klar sagen, Qualitätskontrolle ist unser tägliches Brot. Bevor Sie jemanden zum Facharzt ausbilden können, muss der zunächst mal Medizin studieren und es wäre essentiell, in diesem Bereich die Qualität zu kontrollieren. Wer macht denn die Qualitätskontrolle im Bereich der Ausbildung? Das haben Sie als Parlamentarier den Universitäten und damit auch den Universitätskliniken übertragen. Und selbstverständlich haben wir Qualitätskontrollmechanismen, mit denen wir Studenten erzeugen können, aus denen dann die Leute werden, die Professor Freund gerade genannt hat. Das heißt, der Kern des Problems, der sich aus meiner Sicht darum dreht, ob wir an der Universitätsmedizin in der Lage sind, adäquate Qualitätskontrollmechanismen zu etablieren, ist aus meiner Sicht eindeutig mit „Ja“ zu beantworten und zwar deswegen, weil wir eine Vielzahl anderer Beispiele liefern können, wo wir das in anderen Bereichen tun.

Vors. **Ralf Grabow**: So, ich will nur mal sagen, wie die Reihenfolge der Abgeordneten jetzt ist. Erst kommt Herr Heydorn, dann Frau Dr. Linke und dann Herr Glawe. Nicht, dass es irgendwo zu Irritationen kommt. Also gebe ich jetzt Herrn Heydorn das Wort.

Abg. **Jörg Heydorn**: Also ich habe zwei Fragen. Auf der einen Seite haben wir ja gehört, von Herrn Dr. Crusius, dass alle Bundesländer dieses Problem, nach seiner Auffassung, der Tendenz zur Schmalspurausbildung in den Universitätsklinika haben. Alle Bundesländer impliziert natürlich auch Mecklenburg-Vorpommern. Und jetzt haben wir in Mecklenburg-Vorpommern die Regelung getroffen, auch die Zulassungen der Universitätskliniken als Weiterbildungsstätten in die Obhut der Ärztekammer zu geben, 2008, und darauf haben Sie aufmerksam gemacht, Herr Dr. Crusius, da ist die Frage zu stellen: Was hat das denn gebracht? Also was hat das gebracht, dass wir das in ihre Zuständigkeit gegeben haben, wenn wir in Mecklenburg-Vorpommern, wie auch in allen anderen Bundesländern, das Problem

haben, dass Ärzte schmalspurmäßig, scheinbar, nach Ihrer Auffassung, an den Universitätskliniken ausgebildet werden. Das ist die erste Frage. Das Zweite, was ich verstanden habe in den Vorträgen, ist das Thema Umsetzung der Weiterbildungsordnung. In Ihrer Aussage nach, sagen Sie also, die Weiterbildungsordnung, die existiert - jeder Arzt, insoweit er in die Weiterbildung geht, hat den Anspruch auf so ein Curriculum, das letztendlich ihm aufzeigt, welche Station er, wie zu durchlaufen hat und was er zu tun und zu lassen hat. Und da habe ich eine Frage an die Vertreter der Universitätsklinika, Greifswald und Rostock. Also wenn man jetzt quasi zu einer solchen Lösung kommt und sagt, wir ziehen die Universitätsklinika vor die Klammer, sowohl was die Zulassung als Weiterbildungsstätte angeht, als auch was die Zulassung ihrer leitenden Chefärzte als Weiterbilder angeht, wie wäre denn von ihrer Seite zu gewährleisten, dass die Weiterbildungsordnung für die sich in der Weiterbildung befindenden Ärzte auch konsequent umgesetzt werden könnte?

Vors. **Ralf Grabow**: Zuerst Herr Dr. Crusius.

Dr. Andreas Crusius: Was das bis heute gebracht hat, Herr Abgeordneter Heydorn. Wir sind drei Jahre in diesem Gesetz, wir haben von einigen Chefärzten bzw. Ordinarien bis heute keinen vollständigen Antrag und das Verwaltungsgericht Schwerin hat uns gesagt, nicht vollständige Anträge sind nicht zu bearbeiten. Das heißt, die Assistenten sind im freien Raum, die Weiterbildung zählt formal nicht. Nun hat die Ärztekammer das noch nie an den Assistenten ausgelassen. Meine Damen und Herren, es gibt ja keine Probleme zum Beispiel in der Chirurgie, es gibt keine Probleme in der Gynäkologie, es gibt Teilprobleme in der Anästhesie, in einem Universitätsklinikum, gab es bis vor einem Monat, dies ist jetzt ausgeräumt. In der Mehrzahl der Fälle, dreht es sich und da können Sie die Assistenten befragen, um die Innere Medizin, weil die nicht rotieren dürfen. In der Chirurgie müssen Sie rotieren zwischen Unfallchirurgie und Allgemeinchirurgie und Gefäßchirurgie, weil, das brauchen sie auch für den Nachtdienst, weil sonst können die nicht tätig sein, weil in der Nacht sind meistens die jüngsten leider da und die anderen im Rufdienst. Und es gibt an vielen Universitäten diese Probleme komischer Weise in den konservativen Fächern. Meine Damen und Herren, Sie müssen den Unterschied machen, Herr Kroemer hat es angesprochen, zwischen Forschung und Weiterbildung. Wenn jemand forscht und habilitieren will, dann ist das nicht Weiterbildung. Die Weiterbildung hat den gleichen Katalog wie der, der in Schwerin, in Güstrow, in Teterow den Facharzt macht. Und, meine Damen und Herren, es geht um die Sicherung der Qualität von Weiterbildung, Herr Heydorn. Die Sicherung der

Qualität der Weiterbildung. Und wenn wir die Evaluierung, die bundesweite Evaluierung der Weiterbildung nehmen, die im vergangenen Jahr gelaufen ist, wird von einem Schweizer Institut durchgeführt, für ganz Deutschland. Dort sind die Universitäten mit der geringsten Beteiligung aufgefallen, weil, dort mussten die Weiterbildungsbefugten ihren Assistenten den Fragebogen per Barcode übermitteln, per Pin und dies ist nicht geschehen, in vielen Fällen. Mein Chef, Professor Liebe, hat für etliche Ordinarien in Rostock diese Aufgabe noch übernommen, weil sie es nicht gemacht haben, sonst hätten die Assistenten sich nicht beteiligen können und da geht es um Qualität der Weiterbildung. Es geht nicht um Habilitation, überhaupt nicht. Drei Prozent werden ordinariabel und das die Anträge bis heute nicht da sind, Herr Heydorn, die haben ja fünf bis sechs Jahre Weiterbildung. Der Normalinternist hat eine fünfjährige Weiterbildung und der Spezialinternist hat eine sechsjährige Weiterbildung. Die Assistenten haben einen Rechtsanspruch, wie Sie schon gesagt haben, auf dieses Curriculum und die Curricula gibt es nicht. Es bemühen sich jetzt zwei Oberärzte an der Universität Greifswald, zwei Oberärzte bemühen sich um die Erstellung einer Inneren Medizin, um die Erstellung eines gemeinsamen Curriculums. Und wir haben auch aus Greifswald und Rostock auch Zahlen, die wir mit den Qualitätsberichten vergleichen könnten, wir können sie aber nicht vergleichen, sie sind nicht deckungsgleich. Dort werden unterschiedliche Geburten, unterschiedliche Operationszahlen angegeben. Der Blinddarm, der Wurmfortsatz, muss offenbar von fünf Leuten operiert werden, weil, der eine macht auf, der andere schneidet den Blinddarm raus, der Dritte darf zumachen, aber die Operation zählt für alle drei. Ich will das aber nicht weiter ausführen. Sie haben den Sinn unserer Intervention verstanden und es gibt an unseren Unis und das habe ich gesagt und da möchte ich Herrn Kroemer oder Herrn Professor Freund entgegen, wir haben natürlich... Augenblick, Augenblick. Ich bin selbst an einer Universität tätig.

(Unruhe bei den Abgeordneten und den Anzuhörenden)

Ja, darf ich zu Ende sprechen, Herr Vorsitzender?

Vors. **Ralf Grabow:** Können wir bitte Herrn Crusius zu Ende kommen lassen?

Dr. Andreas Crusius: Wir haben an diesen Universitäten in Mecklenburg-Vorpommern hervorragende Fachleute, wir haben einen der besten Hygieniker der Bundesrepublik. Die Leute werden auch gefragt, aber die sind Spezialisten in Ihrem Gebiet, Spezialisten. Wir

reden aber von einer Facharztweiterbildung und das ist die Basis für alles. Auf die Basis aufbauend setzt sich das Spezialistentum und darum geht es, denn die Mehrzahl der Assistenzärzte, die zum Facharzt geführt werden, Herr Abgeordneter Dr. Nieszery, die Mehrzahl der Assistenzärzte in unserem Bundesland wird nicht an den Universitäten zum Facharzt weitergebildet, sondern an den Kreiskrankenhäusern, Schwerpunktkrankenhäusern und Fachkliniken.

Vors. **Ralf Grabow:** Gut, jetzt sind auch die beiden Universitäten angesprochen.

Prof. Dr. Heyo Kroemer: Ich möchte nur ganz kurz feststellen, Sie hatten nach den Curricular gefragt. Es ist ganz klar, dass die Curricular entsprechend formuliert werden müssen und sie sind formuliert, wenn Sie unter Google mal ins Internet gehen, dann können Sie ein solches Curriculum für unsere Klinik entsprechend im Internet finden, neben vielen weiteren Informationen, wie die Zulassung zur Weiterbildung dort gelaufen ist. Ich denke, das ist ganz klar, dass diese Dinge wirklich nachvollziehbar gehandhabt werden müssen. Ich möchte auch darauf hinweisen, dass wir kein Gegensatz zwischen Spezialistentum und allgemeininternistischen Kompetenzen, um auf mein Fach einzugehen, sehen sollten. Es ist ganz klar, dass jemand, der Patienten mit fortgeschrittener Krebserkrankung behandelt, über eine breite Kenntnis in der Inneren Medizin verfügen muss. Wir haben unter unseren Patienten selbstverständlich Patienten die hypertone Entgleisungen haben, die Diabetes haben. Wir haben Patienten die Schmerzen haben, wir haben Patienten die metabolische Syndrome haben, auch unter anderem Nierenversagen, Leberversagen. Selbstverständlich müssen wir die auch versorgen. Also ich denke, dieser Gegensatz, der hier zum Teil aufgezeigt wird, der existiert so in der Realität nicht und ich würde da einfach auch zu einer Versachlichung der Diskussion mahnen.

Vors. **Ralf Grabow:** Dann gebe ich noch einmal dem Ärztlichen Direktor der Greifswalder Uni das Wort.

Prof. Dr. Marek Zygmunt: Ganz kurz wollt ich nur, in Unterstützung zu dem, was Prof. Freund hier gesagt hat und in Anknüpfung auf das, was Herr Kroemer vorher gesagt hatte, dass die Qualitätssicherungsmaßnahmen ein alltägliches Geschäft der Universitätsklinik sind. Die beinhalten nicht nur die Qualitätssicherung der studentischen Ausbildung, aber die des gesamten Prozesses und des Ergebnisses der Krankenversorgung und die Frage, die hier

gestellt wurde, und die ich ganz klar mit „ja“ beantworten kann: die Universitätsklinika bekennen sich zu Curricula, die bekennen sich zur Musterweiterbildungsordnung. Für alle anderen gilt, es soll keine andere Weiterbildung in Universitäten gemacht werden, es geht einfach nur um die Frage, wo die Qualität und mit welcher Sachkompetenz die Qualität bewertet wird. Und da sehen wir ganz klar, dass diese Qualitätsbewertung auch unter Einbeziehung der externen Sachkompetenz erfolgen kann, so kann ich das nur ganz grob beantworten. Zum Thema ganz konkret, den Curricula der Greifswalder Universität, die haben wir der Ärztekammer unter Rotationsplan mit dem Datum vom 31.07.2009 zukommen lassen, aber ich wollte das jetzt nicht so genau im Detail besprechen.

Vors. **Ralf Grabow**: Es gibt eine Nachfrage und dann würde ich nachher zwei Kollegen bündeln, Frau Linke und Herrn Glawe.

(Zuruf von Abg. Dr. Marianne Linke)

Eine Nachfrage von Herrn Heydorn.

Abg. **Jörg Heydorn**: Also ich muss an der Stelle noch mal ein bisschen hartnäckig sein. Dass diese Curricula existieren, das ist mir bekannt. Die Frage ist nur, wie wird gewährleistet, dass diese Curricula dann auch umgesetzt werden? Die Bitte, die jetzt von den Universitätsklinika gestellt wird, die ist ja relativ weit reichend. Die heißt im ersten Punkt „als Weiterbildungsstätte vor die Klammer ziehen“, also weg von der Ärztekammer und auch bestimmte Personen vor die Klammer ziehen. Und wenn man solche Überlegungen anstellt und es deutliche Kritik in die Richtung gibt, dass Curricula und Weiterbildungsordnung teilweise nicht konsequent eingehalten werden, da muss natürlich das Interesse sein, ein Instrumentarium zu entwickeln, was gewährleistet, dass die Weiterbildungsordnung und die Curricula eingehalten werden und dahin geht meine Frage. Also dass die existieren, ist mir bekannt, aber wie kann gewährleistet werden, dass sie auch konsequent einzuhalten sind?

Vors. **Ralf Grabow**: Gut, das ist, glaub ich, eine Frage an die beiden Universitäten. Herr Professor Freund.

Prof. **Dr. Mathias Freund**: Dafür gibt es klare Regelungen und ein klares Prozedere. Da finden entsprechende halbjährliche Gespräche mit den Weiterzubildenden statt, in denen über

die erfolgten und erreichten Ziele entsprechend gesprochen wird. Das wird ja entsprechend auch in den Manuals dokumentiert, dass ist, denk ich, ins Detail festgelegt und ist auch entsprechend in den Curricula enthalten.

Vors. **Ralf Grabow**: Greifswald.

Prof. **Dr. Wolfgang Hoffmann**: Ich würde gerne noch mal allgemein darauf antworten, Herr Heydorn. Wenn man den Wunsch der beiden Universitätsmedizinen folgt, wird es selbstverständlich ein entsprechendes Qualitätskontrollgremium geben, wie wir das für alle anderen Bereiche auch haben. Aber wir haben darauf abgehoben, dass Qualitätskontrolle für uns in vielen Bereichen wirklich eine Standard-Vorgehensweise ist und wir können uns sehr gut vorstellen, dass so zu machen wie in anderen Bereichen auch, dass man ein externes Audit hat. Wir haben beispielsweise im Bereich der Berufungsverfahren extrem gute Erfahrungen damit, dass in jeder unserer Berufungskommission jeweils ein Kollege aus Rostock sitzt, so dass man an den beiden Standorten auch die idente Qualität gewährleisten könnte. Wir würden das in einer Art und Weise machen können, wie wir das in vielen anderen Bereichen auch tun.

Vors. **Ralf Grabow**: Der klinische Direktor, ja.

Prof. **Dr. Marek Zygmunt**: Zur ganz praktischen Ausführung. Wir haben uns auch im Rahmen dieser Diskussion mit unseren Ordinarien, gerade im Fach der inneren Medizin, darauf geeinigt, dass wir auch, Sie haben von vor die Klammer setzen gesprochen, Herr Heydorn, wir würden auch die Assistenten, die in der Ausbildung zum Facharzt für Innere Medizin sich befinden, in ein Konstrukt, das dem ähnlich ist wie allgemeinmedizinische Ausbildung eines Institutes oder einer gesonderten Einheit bringen, sodass ein System des Residents, so wie wir das aus dem Anglosächsischen Raum kennen, auch funktionieren kann. Da gibt es diese Probleme, die haben ein bestimmtes Programm, wir haben auch für unsere Kliniken ganz klar gesagt, um die Anforderungen an Forschung und Lehre und Krankenversorgung und auch um die Rotation zu ermöglichen, haben wir zusätzliche Stellen für Assistenten geschaffen, um ein solches Rotating zu garantieren. Das zeigt einfach, dass diese Mechanismen auch lokal durchaus wirken können.

Vors. **Ralf Grabow**: Frau Dr. Linke.

Abg. **Dr. Marianne Linke:** Herr Ausschussvorsitzender, drei Anmerkungen. Erstens ich gehe davon aus, dass wir ein Wortprotokoll führen, wir haben das ja vorhin beantragt, zweitens darf ich mich unmissverständlich kritisch über Ihre Ausschusssitzungsführung hier äußern. Es kann nicht angehen, dass sich die Abgeordneten hier in einer Reihenfolge melden und Sie uns permanent uns hier nicht zur Kenntnis nehmen.

Vors. **Ralf Grabow:** Also darf ich das jetzt einmal erwidern, Frau Linke? Ich greife da einfach ein, Herr Heydorn hat eine Nachfrage gestellt und die habe ich zugelassen.

Abg. **Dr. Marianne Linke:** Entschuldigung, Herr Ausschussvorsitzender, das war keine Nachfrage, ich hab mich hier ausreichend oft gemeldet und ich möchte drittens etwas anmerken. Herr Crusius spricht hier, und er hat uns das eingangs gesagt, als Präsident der Ärztekammer und die Ärztekammer ist der staatliche Hüter über die Qualität unseres ärztlichen Nachwuchses, also unseres fachärztlichen Nachwuchses und seine Anmerkungen bitte ich doch auch, Herrn Nieszery, von Ihnen so zu werten, dass es uns allen nur recht sein kann, wenn der fachärztliche Nachwuchs tatsächlich den Kriterien, die die Ärztekammer entwickelt hat, entspricht. Das ist mir wichtig, Ihnen das - wenn Sie es als Belehrung auffassen, nehmen wir es so hin. Mir war es einfach wichtig, noch mal daran zu erinnern, dass es hier um einen staatlichen Auftrag geht und ich verstehe auch den Präsidenten in der Art, dass ihm daran gelegen ist, also der Ärztekammer daran gelegen ist, dass hier keine zweite Säule für die Weiterbildung aufgebaut wird, die sich, ich sag mal in gewisser Weise den Vorgaben der Ärztekammer entzieht und deshalb sehe ich dass auch in dieser Powerpoint-Präsentation so, hier sind ja direkt Kriterien vorgegeben worden für die Institution und hier sind Kriterien auch vorgegeben worden für die Befugten. Das nehmen wir jetzt erst einmal alle so zur Kenntnis, ich weiß nicht, wie es in den anderen Ländern ist, weiß aber...da nehme ich mal Bezug auf meine Erfahrung im Kabinett. Da habe ich die Lebensläufe und die Vorlagen einsehen können, wenn jemand berufen wird als Ordinarius auch im Bereich der Medizin. Bitte sagen Sie mir noch einmal, ich habe diese Erinnerung nicht mehr, wie wird bei diesen Unterlagen, die eingereicht werden, um jemanden zum Hochschullehrer im Bereich der Medizin zu berufen, die Weiterbildungsbefähigung beurteilt. Also mir ist sehr gut erinnerlich, die wissenschaftliche Befähigung, nicht, in der Anzahl der Veröffentlichungen. Es ist auch sehr gut dokumentiert, was der Betreffende in der Lehre für Lehrverpflichtungen hatte, aber mir ist nicht erinnerlich, in wie weit also diese Kriterien, die die Ärztekammer aufstellt zur

Befähigung für die Weiterbildung, dort verankert sind. Das würde ich Sie freundlicher Weise bitten, also diese erste Frage. Die zweite. Wann erhält an der Universität eine junge Assistenzärztin bzw. ein junger Assistenzarzt das Curriculum? Sei es jetzt als Vier-Jahres-Vertrag oder eine andere Regelung, das kann ja zeitlich auch gestaffelt sein. Wann bekommt das der junge Arzt, die junge Ärztin in die Hand? Und die dritte Frage wäre, in welchen Abständen kontrolliert jetzt der Vorstand oder das zuständige Gremium der Universität, ich weiß jetzt nicht genau, wie es sich benennt, diese Erfüllung der Curricula? Denn darum geht es ja letzten Endes.

Vors. **Ralf Grabow:** Das waren die Fragen an die Universitäten. Herr Professor Freund.

Prof. **Dr. Mathias Freund:** Es ist ein ganz essentieller Teil der Berufungsverfahren, das dieses Vorliegen entsprechender Facharztanerkennungen und die Befähigung zur Weiterbildung abgefragt werden. Bei klinischen Berufungen werden solche Berufungsverfahren nicht weiter verfolgt gegenüber einem Kandidaten, wenn diese Voraussetzungen nicht gegeben sind. Ich hatte auch darauf hingewiesen, dass der ärztliche Direktor dort ein Einspruchsrecht hat. Das muss er auch wahrnehmen, weil die Hochschullehrer in den klinischen Bereichen ja auch klinische Versorgungspflichten haben. Das sind ja nicht theoretische Forscher, sondern da geht es ja um Patienten. Und die zweite Frage: Wann erhalten die Kandidaten das Curriculum? Nun, in den Bereichen, die weiterbildungsermächtigt sind, leider ist es ja so, dass es eben auch Bereiche gibt, die bisher keine Weiterbildungsermächtigung erhalten haben, trotz langjähriger Antragstellung und langjähriger Bemühung und mehrhundertseitigen Schriftverkehrs. Die Einrichtungen, die weiterbildungsberechtigt sind, händigen selbstverständlich dieses Curriculum zu Beginn der Weiterbildung aus. Die Weiterbildungsordnung sieht vor, dass in regelmäßigen Abständen, jährlich, die Erfüllung dieses Curriculums durch persönliche Gespräche überprüft wird. Wir haben das für unsere Abteilung halbjährlich vorgesehen. Und dort wird dokumentiert, was zu diesem Zeitpunkt erreicht ist.

Vors. **Ralf Grabow:** Die Uni Greifswald.

Prof. **Dr. Marek Zygmunt:** Ich kann nur ergänzend dazu sagen, dass im Rahmen des Berufungsverfahrens, Frau Dr. Linke, die klinische Befähigung der Kandidaten durch externe Gutachten untersucht wird und auch entsprechend bewertet wird. Das ist ein großer Teil in

klinischen Berufungen. Ein großer Teil des Gutachtens, was meistens 20- oder 25-seitig vorgelegt wird, von mehreren Gutachten vorliegt. Ein weiteres Instrument, das sehr häufig auch gerade in der klinischen Medizin angewandt wird, sind Vorortbesuche, wo eine Kommission, die Berufungskommission, sich an den Ort begibt, wo der Kandidat bislang tätig war und sich in unangekündigten Gesprächen seine klinische Befähigung auch vorstellen lässt. Also, die Kommissionen sprechen mit den beteiligten Assistenten, die sprechen nicht nur mit dem Chef des Betroffenen, die sprechen nicht nur mit dem Vorstand, die unterhalten sich wirklich mit sehr vielen unterschiedlichen Personen, um auch einen Eindruck zu bekommen, der mit Zeugnissen gar nicht zu belegen ist.

Vors. **Ralf Grabow:** Dr. Crusius?

Dr. Andreas Crusius: Frau Abgeordnete Linke! Ich danke Ihnen zunächst für Ihre Intervention. Herr Nieszery, ich nehme Ihnen das nicht übel. Ich bin der dienstälteste Kammerpräsident Deutschlands und die haben mich zum sechsten Mal wieder gewählt. Das heißt, die sind mit der Arbeit zufrieden, die Ärzte, auch mit der Kritik an der Ärzteschaft. Insofern, das kann ich ab. Ich möchte Ihnen drei Beispiele noch nennen, meine Damen und Herren, damit Sie es einfach verstehen. Ich habe einen Professor aus Greifswald gefragt, ich sag: „Herr Professor, warum unterschreiben Sie die Zeugnisse nicht? Sie sind doch für dieses Gebiet in der Inneren Medizin zuständig.“ - „Herr Crusius, was denken Sie? Ich darf nicht. Ich bin nur C-3-Professor. Das gestatten die C-4-Professoren nicht.“ Originalzitat. Sie können jetzt alle wissen, wer es ist. Meine Damen und Herren, Herr Professor Freund hat Ihnen von Weiterbildungscurricula erzählt. Eine Abschrift der Weiterbildungsordnung kann sich die Ärztekammer selbst machen. Ich habe Ihnen auch das ganz positive Beispiel von der Allgemeinmedizin, von Herrn Professor Schuff-Werner, dargelegt. Der hat nämlich ein Curriculum über fünf Jahre für jeden Assistenten gemacht. Ab 01.04. dort, ab 01.09. dort, ab 01.12. dort. Dieses gibt es, mit Verlaub, für die Innere Medizin in Rostock bis heute nicht und in Greifswald haben wir vier Assistenten, zwei davon haben jetzt, dank Einwilligung der Ärztekammer, die Facharztprüfung vorige Woche gemacht, weil wir nach Paragraf 10, Abweichender Weiterbildungsgang, ihnen Zeiten anrechnen können nach Goodwill, sag ich jetzt. Von den vier Assistenten hatte keiner ein Curriculum. Und wir haben auch Oberärzte da gehabt zu Anhörung, die haben gesagt, es gibt keine Curricula in der Inneren Medizin in Greifswald. Nun frage ich mich, ob die mich alle belügen, die Ärzte, die ja zum Facharzt kommen wollen, die sagen: „Herr Crusius, helfen Sie uns.“ So. Das zu den Curricula. Zu den

Berufungen haben Sie noch gefragt, Frau Dr. Linke, in einem Ausschreibungstext für eine Professur steht drin, er muss die Voraussetzungen zur Erteilung der Weiterbildungsbefugnis haben. Mehr steht dort nicht drin. Und insofern muss man dann erst prüfen, wenn er berufen ist, ob er die Bedingungen erfüllt. Weil, wir haben ja die persönliche und die fachliche Eignung. Und ich habe Ihnen vorhin die persönliche Eignung anhand eines Ordinarius aus einem ganz kleinen Fachgebiet beschrieben, der 55 oder 57 Leute mittlerweile aus seiner Klinik entfernt hat. Im Moment hat er einen Facharzt als Leiharzt und zwei Oberärzte, die erwägen, wegzugehen, weil sie es nicht mehr aushalten. Nur, um Ihnen das zu sagen. Das ist so ein Paket Akten von Beschwerden von Ärzten, so ein Paket, zehn Leitz-Ordner, das kann man mit einem guten ärztlichen Gewissen nicht verantworten, dass so kollegial miteinander umgegangen wird. Die Gespräche, das gestehe ich Herrn Professor Freund zu, die macht er, aber das Curriculum, darum streiten wir vor Gericht, deswegen äußere ich mich hierzu nicht, weil es Bestandteil eines Gerichtsverfahrens ist, nicht von der Ärztekammer angestrengt.

Vors. **Ralf Grabow:** Gut. Herr Glawe.

Abg. **Harry Glawe, CDU:** Herr Vorsitzender! Ich will noch mal zum Ausdruck bringen, der Gesetzgeber sitzt hier und macht eine Anhörung, und zwar zum Heilberufegesetz. Und zwar eigentlich zu den Fragen: Weiterbildungsbefugnis - wer soll das, wer darf das? Und zur Weiterbildungsstätte, zu denen zurzeit die Universitäten nicht gehören. Die Frage haben wir zu bewerten. Ich meine, die Fragen, die dann ums Curriculum sich bewegen, wenn man mal sich das übersetzt, heißt das ja, nach einem Studium nach sechs Jahren geht es in eine Weiterbildung zu einem Facharzt. Und die schließe ich nach fünf oder nach sechs Jahren, je nachdem, ab. Ich habe hier, ehrlich gesagt, keine Lust, mir das jeden Tag hier vorrechnen zu lassen, in welchen Fällen oder mehreren Fällen irgendwelche Dinge von der Qualität her nicht gestimmt haben. Das muss doch eigentlich Ihrer inneren Qualitätskontrolle dann gereichen und das gehört nicht jeden Tag, meine ich, in die Öffentlichkeit. Aber das ist nur meine private Meinung zu diesem Thema. Es beschädigt alle. Es beschädigt Sie als Kammer und es beschädigt alle, die hier sitzen. Und ich meine, wir haben zwei gut aufgestellte Universitäten, die eine medizinische Fakultät haben und die auch Studenten ausbilden. Was ist das für ein Licht, das wir hier rausschmeißen in die Öffentlichkeit. Ich sage, ich bin in dieser Frage, na ja, nicht angefressen, aber ich sage mal enttäuscht. Die Dinge müssen intern geregelt werden. Und da meine ich unter Männern und unter Frauen kann man das auch regeln, wenn man das will. Das gehört immer dazu, wenn Menschen miteinander wollen, dann geht das und wenn

Menschen miteinander nicht wollen, dann geht das nicht. Also, meine entscheidende Frage ist: Dieses Heilberufegesetz ist ja die Frage der Befugnis, der Lehrbefähigung et cetera. Kann man das sozusagen an die jeweiligen Universitäten dann auch ausreichen? Oder an Personen? Die zweite Frage: Ist es ein Riesenschaden, wenn man sozusagen die Universitäten davon ausschließt? War dieses Verhältnis, ich sage mal, jetzt sag ich mal ganz offen: 2008 habe ich das so nicht gesehen. Das ist sozusagen, ich will dem Ministerium nicht zu nahe treten, es ist reingeschrieben worden, ohne dass die Abgeordneten bei Lichte gesehen sozusagen von der Wirkung erkannt haben. Die Wirkung ist mittlerweile so brisant geworden, das haben wir heute erlebt. Und deswegen möchte ich eigentlich eine Lösung, die, ich muss mal sagen, nicht allen gerecht wird, aber die zumindest den Forderungen der Universitäten nahe kommen. Weil, es kann so nicht gehen, dass wir am Ende irgendwo vielleicht einen Wettbewerbsnachteil in Deutschland haben. Und das sollten wir uns allen überlegen, ob das richtig ist. Deswegen die Frage: Ist es ein Riesenschaden, wenn man das ändert? Ja oder nein.

Vors. **Ralf Grabow:** Gut. Herr Crusius und dann kommt Frau Dr. Linke. Jetzt darf Herr Dr. Crusius erst mal antworten und dann kommt Frau Dr. Linke.

Dr. Andreas Crusius: Also, Herr Abgeordneter Glawe. Die Universitäten sind auch von der Ärztekammer befugt worden zur Weiterbildung. Das steht außer Rede. Aber dazu bedarf es eines geordneten Antragsverfahrens. Und jetzt zitiere ich aus der Begründung des Ministeriums: „Ziel der Regelung ist es, die medizinischen und veterinärmedizinischen Hochschulstandorte des Landes wegen ihrer herausragenden Stellung als Weiterbildungsstätten gesetzlich festzuschreiben und in den Zusammenhang mit der Erteilung der Weiterbildungsermächtigung verbundenen Verwaltungsaufwand unnötiger Genehmigungsverfahren zu reduzieren.“ Meine Damen und Herren, das HELIOS-Klinikum in Schwerin unterzieht sich diesem Verfahren, das ist überhaupt kein Problem. Die Assistenten rotieren in den HELIOS-Kliniken in der Inneren Medizin durch alle Abteilungen der Inneren Medizin im Sechsmonatsabschnitt. Ich könnte jetzt Zitate von Chefärzten bringen, wie schön das ist, die stammen von Universitäten zum Teil, weil sie sich nicht mehr darum kümmern müssen, dass sie immer um die Assistenten kämpfen. Sie kriegen sie zugeteilt. Das ist bei HELIOS so geregelt. Das ist auch in Neubrandenburg so geregelt, in Güstrow, in Stralsund. Und hier geht es als Begründung unter anderem um Verwaltungsaufwand unnötiger Genehmigungsverfahren zu reduzieren. Meine Damen und Herren, wir reden hier um die Qualitätssicherung ärztlicher Facharztweiterbildung, zum

Facharzt. Die sollen später alle draußen Sie oder uns alle behandeln, auf gleichem Niveau. -
Vielen Dank.

Vors. **Ralf Grabow**: Frau Linke.

Abg. **Dr. Marianne Linke**: Ja, ich würde gerne noch mal zu der Debatte etwas sagen. Herr Glawe hatte sich ja dazu geäußert. Also, ich denke, es kann nur vorteilhaft sein, wenn bestimmte Probleme benannt werden. Einfach, weil das ja allen Beteiligten auch die Möglichkeit gibt, die auszuräumen, Also sich damit positiv auseinanderzusetzen. Also, insofern finde ich das sehr gut, dass wir hier diese Diskussion geführt haben. Und ich hab noch mal an Herrn Präsidenten die Frage: Es geht Ihnen ja nicht darum, die Universitäten in irgendeiner Weise auszuschließen, sondern eben nach wie vor das Antragsverfahren auch so laufen zu lassen, wie es also bei anderen klinischen Einrichtungen ist. Sagen Sie bitte noch einmal etwas zum Verwaltungsaufwand. Das Sozialministerium argumentiert immer sehr gern mit dem so hohen Bürokratieaufwand. Und das sehe ich etwas kritisch, weil ich da eher Ihre Worte unterstütze, dass es ja um Qualität geht. Und dann sollte man eben auch ein Antragsverfahren entsprechend gründlich gestalten. Sagen Sie bitte, wie lange dauert das, wenn sich eine Klinik bewirbt und dann diese Weiterbildungsbefugnis erhält.

Vors. **Ralf Grabow**: Dr. Crusius und dann Herr Dr. Nieszery.

Dr. Andreas Crusius: Ich kann Ihnen das ganz persönlich beschreiben. Der Dekan der Medizinischen Fakultät Rostock ist mein Klinikdirektor. Und er sagt, er ist Mitglied des Weiterbildungsausschusses, weil Herr Professor Zygmunt vorhin forderte, die sollen Mitglied werden, die sind also Mitglied. Wir haben vier Ordinarien in der Kammerversammlung, per se. Meine Damen und Herren, und der Professor Reisinger hatte nach einer Weiterbildungsausschusssitzung habe ich gefragt, „Herr Spectabilis, haben Sie einen Augenblick Zeit?“ „Ja“, sagt er, dann habe ich mich mit Frau Büttner, der Chefin des Weiterbildungsreferates und ihm hingesezt und habe den Antrag für Klinik 2 der Universität geschrieben und einen Verbundvertrag. Das ist gar nicht mein Job. Hab das aber gemacht, damit es den Assistenten endlich zum Vorteil gereicht. Und dann haben wir, also es war der Verbundvertrag und der Antrag, die Assistenten gemeinsam rotieren zu lassen, das fachlich inhaltliche, was man schreiben muss, wieviel Ultraschall und was man alles für Untersuchungen hat, das musste er selbst tun. Für die Kardiologie hab ich das geschrieben,

für Klinik 1, mit Professor Ince zusammen, hat er mich gebeten. Dafür haben wir eine halbe Stunde gebraucht. Und mit Herrn Professor Reisinger haben wir acht Minuten gegessen in der Ärztekammer. Acht Minuten. Und dann habe ich gesagt: Und das schaffen die Ordinarien von sechs Kliniken im Land innerhalb von fünf Jahren nicht. Seit 2005 gibt es die neue Weiterbildungsordnung. Mehr darf ich dazu nicht sagen, meine Damen und Herren, weil ich keinen weiter beschädigen will. Aber Professor Reisinger hat mich gebeten und wir haben das gemacht. Und es läuft an Klinik 2 und an Klinik 1 und es gibt allerdings keinen Verbundvertrag, weil dazu ein komplettes Curriculum fehlt, wie die Assistenten durch die Kliniken rotieren. - Vielen Dank.

Vors. **Ralf Grabow**: Herr Dr. Nieszery?

Abg. **Dr. Norbert Nieszery**: Ja, also wenn ich dem Kammerpräsidenten folgen soll, dann ist also insbesondere die fachärztliche Ausbildung an den Universitäten grottenschlecht und deswegen würde ich ganz gerne mal die Kostenträger fragen, ob es denn bei Ihnen statistische Erhebungen darüber gibt, ob die, dann auf die Allgemeinheit losgelassenen Ärzte, zu besonderen Schäden führen im Bereich der Krankenversorgung in Mecklenburg-Vorpommern. Dazu ist ja der MdK durchaus in der Lage, solche statistischen Erhebungen zu tätigen. Ist Ihnen da in irgendeiner Weise was bekannt geworden?

Vors. **Ralf Grabow**: Herr Steiner, Sie.

Lutz Steiner: Vielen Dank, Herr Vorsitzender! Herr Dr. Nieszery, diese Runde gibt sehr wohl Anlass, darüber nachzudenken, wie man da mal einsteigen soll. Das war nicht Ihre Frage. Aber letztendlich die Dinge, die offenkundig wurden durch Schilderungen des Präsidenten der Ärztekammer, aber durch die Entgegnung auch von Professor Freund und auch von der Uni Greifswald, die sind natürlich abzuwägen und zu hinterfragen, ob in der Tat dann so etwas auch Anlass gibt, dort in die Prüfung einzusteigen. Das ist richtig. Aus dem Stand raus kann ich Ihnen hier... Ich, da gehört jetzt Kreativität dazu, das letztendlich dann mit... Bitte?

(Unruhe bei den Abgeordneten und den Anzuhörenden)

Vors. **Ralf Grabow**: Da hatte sich Herr Professor Hildebrandt gemeldet.

Prof. Dr. Guido Hildebrandt: Vielen Dank! Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Eigentlich war ich auf den Report jetzt nicht vorbereitet. Vielleicht könnte ich mal nur kurz aus eigener Erfahrung schildern. Ich bin hier seit zwei Jahren berufener Professor für ein sehr spezielles Fach. Deswegen habe ich hier jetzt auch noch nichts diesbezüglich gesagt. Es war sehr wohl Bestandteil der Ausschreibung als auch des Berufungsverfahrens, welche Kompetenz für die fachärztliche Weiterbildung besteht. Ich habe zur Bewerbung schon ein Curriculum mitgeschickt für mein Fachgebiet und bin eigentlich seit 2004, bestätigt durch die Ärztekammer in Sachsen, auch umfänglich weiterbildungsermächtigt gewesen. Hab dann erneut den Antrag auf Weiterbildungsermächtigung gestellt, weil Sie fragten wegen dem Verwaltungsaufwand, der ist zunächst befristet genehmigt worden für ein Jahr. Den musste ich dann nach einem Jahr noch mal beantragen, um eine entsprechende Verlängerung zu bekommen. Wir haben 10 Weiterbildungsassistenten. Wir sind die einzige Einrichtung für das Fach, was ich vertrete, mit einer entsprechenden Habilitation auch, um entsprechend Fachärzte für unsere Lande auszubilden. Und wenn ich so ein Curriculum nicht vorhalten würde, würde ich die Assistenzärzte auch nicht bekommen, weil für unser Fach, die können sich in ganz Deutschland bewerben, da gibt es überall freie Stellen, in Heidelberg, in München, weiß ich wo, und von der Warte, wenn Sie das nicht vorhalten, kriegen Sie die nicht. Und wenn Sie die haben und halten sich nicht dran, dann bleiben die nicht. Weil, die haben im Prinzip die Möglichkeit, sich anderweitig umzuorientieren. Also, ich spreche in dem Fall für das Fach, was aber auch neben Strahlentherapie auch klinische Onkologie vertritt. Und ich denke, dass wir diesbezüglich eine recht gute Aus- und Weiterbildung gewährleisten. - Danke.

Vorsitzender Ralf Grabow: Herr Gagzow.

Wolfgang Gagzow: Da das Thema Qualitätssicherung so eben angesprochen worden ist und vorher schon einige Male eine Rolle spielte, kann ich aus der gemeinsamen Arbeit der Krankenkassen und der Krankenhausgesellschaft berichten, dass es keinerlei Auffälligkeiten gerade der Universitätsklinik in Mecklenburg-Vorpommern in der Qualität der Arbeit gibt. Das ist sicher auch, Herr Dr. Nieszery, nicht so erwartet worden. Ich halte aber, ich habe mich deswegen zu Wort gemeldet, ich halte es für ein bisschen problematisch, in welche Richtung die Diskussion geht und da kann ich Herrn Glawe nur nachdrücklich unterstützen. Das kann nicht sein, dass wir das System der Gesundheitsversorgung in Mecklenburg-Vorpommern

irgendwo in Misskredit bringen durch Beispielnennungen, die wieder durch Gegenbeispiele und die wieder durch andere Gegenbeispiele wiederholt werden können. Wenn es Probleme gibt im Vollzug der ärztlichen Weiterbildung, dann muss dafür ein Regularium gefunden werden, wie man das behebt. Ich unterstelle mal das gibt es. Nur muss es auch durchgeführt werden. Darüber, glaube ich, wird man schnell eine Regelung finden. Ich glaube nicht, dass die Änderung der Weiterbildungsordnung das System, das Niveau verbessert oder verschlechtert, wenn ich das aufnehme, was ich höre. Es wird immer negative Beispiele geben. Die wird es auch dann geben. Ich glaube nicht, dass es davon anders werden wird. Es wird vielleicht einfacher, aber das ist nicht meine Angelegenheit zu befinden. Nur, ich meine, die Debatte über Einzelfälle und über Probleme gehört dahin, wo sie hingehört. Und nicht in dieses Gremium, denke ich mir. Und das sollte kein Landtagsthema sein.

Vors. **Ralf Grabow**: Gut, ich lasse jetzt die letzte Frage zu, weil wir ja doch relativ schon ausgiebig darüber diskutiert haben. Herr Glawe hat das Schlusswort.

Abg. **Harry Glawe**: Ich wollte jetzt eigentlich gar keine Frage mehr stellen. Es ist jetzt Vieles gesagt worden, was ich auch noch mal gesagt hätte. Ich will nur eins feststellen, der Gesetzgeber hat natürlich die Möglichkeit, jederzeit Gesetze zu ändern. Und wir werden das mit einem Abwägungsprozess dann zu tun haben und ich will nur sozusagen noch mal sagen, dass das Heilberufegesetz wahrscheinlich einer Novellierung bedarf.

Vors. **Ralf Grabow**: Gut. Dann mache ich jetzt Schluss. Ich bedanke mich bei Ihnen allen, dass Sie gekommen sind. Auch für die rege Diskussion und schließe damit diese Sitzung und sage, die nächste Sitzung fängt in fünf Minuten an.

Ende der Sitzung: 14.29 Uhr

Wi/Stö/Schr/Beh

Ralf Grabow
Vorsitzender