

Ausschussdrucksache
(03.07.2025)

Inhalt

Krankenhausgesellschaft M-V e.V. –

Stellungnahme zum **Landeskrankenhausgesetz, Drs. 8/4870**

Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V.

Wismarsche Straße 175, 19053 Schwerin



Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V.
Wismarsche Straße 175 ■ 19053 Schwerin

Ausschuss für Soziales, Gesundheit und Sport
Frau Vorsitzende Katy Hoffmeister
Lennéstr. 1
19053 Schwerin

nur per E-Mail: sozialausschuss@landtag-mv.de

Ansprechpartner:
Uwe Borchmann
Daniel Korn
Tel.: 0385 / 4 85 29-0
Fax: 0385 / 4 85 29 29
E-Mail: gf@kgmv.de
Internet: www.kgmw.de

AZ: 1110-00

Datum: 03.07.2025

Gesetzentwurf Landeskrankenhausgesetz Öffentliche Anhörung des Sozialausschusses am 09.07.2025

Sehr geehrte Frau Hoffmeister,
sehr geehrte Mitglieder des Sozialausschusses,

die KGMV bedankt sich für die Möglichkeit der schriftlichen und mündlichen Stellungnahme. Kein Sektor ist in seiner Regelungskomplexität über Bundes-, Landes- und Selbstverwaltungsrecht so komplex, wie der Krankenhaussektor. Die Finanzierungsregelungen sind in ihrer Umfänglichkeit nicht mehr durch Abgeordnete zu verstehen. Auch die Fachabteilungen in den Ministerien können das Gesetzesgeflecht in Verbindung mit Selbstverwaltungsregelungen und insbesondere G-BA-Kompetenzen nicht mehr vollständig durchblicken. Selbst in den Krankenhausgesellschaften braucht es einer länderübergreifenden Zusammenarbeit verschiedenster Experten, um die Auswirkungen einzelner Formulierungen im Wechselspiel der Vielzahl an gesetzlichen Regelungen abschließend beurteilen zu können. Daher wird Ihnen unser mündlicher Vortrag am 09.07. lediglich an der Oberfläche Beispiele für eine Vielzahl von Änderungsnotwendigkeiten aufzeigen können. Insoweit bitten wir Sie, sich die notwendige Zeit sowohl beim Lesen unserer Stellungnahme als auch bei der Entscheidung über die Umsetzung unserer Änderungshinweise zu nehmen. Ein Zeitdruck für das Inkrafttreten des Gesetzes noch in diesem Jahr besteht keinesfalls. Auch ein Inkrafttreten im ersten Quartal 2026 wäre ausreichend. Gründlichkeit geht hier vor Geschwindigkeit!

Bei der Beurteilung unserer Auffassung bitten wir Sie zu beachten, dass die Krankenhausgesellschaften (und damit auch die KGMV) als Teil der Selbstverwaltung gesetzlich festgeschriebene Aufgaben übernehmen. Wir sind daher keinesfalls nur Interessenvertreter der Krankenhäuser, sondern vor allem Umsetzungsbeteiligter an bundes- und landesgesetzlichen Regelungen. Insoweit enthält unsere Stellungnahme eine Vielzahl von Hinweisen, die zwingend notwendig sind, um das Landeskrankenhausgesetz nicht zum Totengräber der Krankenhäuser werden zu lassen. Ein wesentlicher Teil der im Gesetzentwurf gewählten Formulierungen ist – teils mit guter Absicht überlegt – nicht kompatibel mit Bundesgesetzen, anderen Landesregelungen oder geht an der Umsetzungsrealität vorbei. Mehrfach wird Bürokratie zwar im Ministerium abgebaut – im Gegenzug aber auf die Krankenhäuser verlagert. Ohne eine Nachbesserung darf das Gesetz in diesen Fällen nicht beschlossen werden.

Die KGMV ist hierbei gerne bei der Findung entsprechender Ersatzformulierungen, die einerseits den Willen der Landesregierung widerspiegeln, sich andererseits aber auch in das bestehende Gesetzesgeflecht sowie die Umsetzungswirklichkeit einfügen, behilflich.

Neben der vorgenannten halbstaatlichen Mitwirkung vertritt die KGMV auch die Interessen der 37 Krankenhäuser im Land Mecklenburg-Vorpommern. Vor diesem Hintergrund sind in unsere Stellungnahme ebenfalls Anmerkungen eingeflossen. Wir werden daher im mündlichen Vortrag beide Bereiche voneinander getrennt darstellen, während sich die anliegende schriftliche Stellungnahme nach der Chronologie des Gesetzentwurfes richtet. Den anliegenden Fragenkatalog haben wir im Wesentlichen mit Verweisen auf die Stellungnahme beantwortet.

Aufgrund der zukünftigen Bedeutung der Erklärung der Wirtschaftsprüferin bzw. des Wirtschaftsprüfers für die Bewilligung der Investitionspauschale haben wir den Wirtschaftsprüfer Herrn Kaden (Baltic Revisions- und Treuhand GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft) um eine erste Einschätzung gebeten, die wir Ihnen als Anlage beigelegt haben.

Zusammenfassend sehen wir den Gesetzentwurf mit großer Sorge. Er ist von einem politischen Regulierungs- und Kontrollwillen gezeichnet und widerspricht der Finanzierungspflicht des Landes für seine Krankenhäuser. Das derzeit geltende Landeskrankenhausgesetz war von einem großen Pragmatismus geprägt und aus unserer Sicht eines der besten in Deutschland. Es war kurz und prägnant. Dieser so wichtige Pragmatismus geht nun verloren. Der Entwurf des Landeskrankenhausgesetzes enthält zudem eine Vielzahl neuer patientenferner Aufgaben und Pflichten und ist dazu geeignet, der eigentlichen medizinischen Versorgung Geld zur Erfüllung dieser Pflichten zu entziehen. Damit würde die medizinische Versorgung verschlechtert. Gleichzeitig versucht der Gesetzentwurf aber auch, aktuelle Probleme in der Investitionsförderung etc. zu lösen und nimmt (politisch) notwendige Aspekte der Bevölkerungsversorgung auf der Basis der aktuellen europäischen Situation in den Blick.

Nur wenn es gelingt, wesentliche Fehler des Gesetzes noch im parlamentarischen Verfahren zu beseitigen und zudem überbürokratische Ausprägungen abzuschwächen, kann das Gesetz gelingen. In seiner vorliegenden Fassung ist es aber existenzgefährdend für die Krankenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern (s.a. Schreiben Wirtschaftsprüfer). Die KGMV fordert die Landesregierung daher zu den in ihrer Stellungnahme aufgeführten Nachbesserungen auf und bietet gleichzeitig ihr Fachwissen an. Den Landtag fordern wir auf, die weiteren Lesungen erst vorzunehmen, wenn zumindest die existenzgefährdenden Formulierungen des Gesetzes durch entsprechende Änderungen ersetzt sind.

Hochachtungsvoll



Uwe Borchmann
Geschäftsführer

Anlagen

- Stellungnahme zum Gesetzentwurf
- Schreiben Wirtschaftsprüfer
- Antworten zum Fragenkatalog

Gesetzentwurf der Landesregierung (Landtag Drs. 8/4870)
Entwurf eines Krankenhausgesetzes für das Land Mecklenburg-Vorpommern
(Landeskrankenhausgesetz – LKHG M-V)
– Stellungnahme –

Inhaltsübersicht

Vorbemerkung.....	2
Abschnitt 1 – Allgemeine Bestimmungen.....	4
zu § 1.....	4
zu § 2.....	4
zu § 3.....	5
zu § 4.....	5
Abschnitt 2 – Krankenhausplanung	6
zu § 5.....	6
zu § 6.....	7
zu § 7.....	9
zu § 8.....	10
zu § 9.....	11
Abschnitt 3 – Landeskrankenhausförderung.....	11
zu § 10.....	11
zu § 11.....	12
zu § 16.....	12
zu § 17.....	12
zu § 19.....	13
zu § 20.....	13
zu § 22.....	13
zu § 23.....	14
zu § 24.....	15
zu § 25.....	15
zu § 26.....	15
Abschnitt 4 – Patientenorientierte Versorgung im Krankenhaus, Qualität und Sicherheit der Versorgung.....	16
zu § 29.....	16
zu § 30.....	16
zu § 31.....	16

zu § 32.....	16
zu § 33.....	17
zu § 34.....	18
zu § 35.....	18
zu § 36.....	18
zu § 37.....	19
zu § 38.....	19
zu § 39.....	20
Abschnitt 5 – Notfallversorgung und besondere Gefahrenlagen	20
zu § 40.....	21
zu § 41.....	21
zu § 42.....	23
zu § 43.....	23
zu § 44.....	24
Abschnitt 6 – Die Verarbeitung personenbezogener Daten im Krankenhaus.....	24
zu § 46.....	24
zu § 50.....	25
Fazit	25

Vorbemerkung

Mit der nachfolgenden detaillierten Stellungnahme versucht die Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern, dem Landtag ein Instrument an die Hand zu geben, den Gesetzentwurf zu einem neuen Landeskrankenhausgesetz erfolgreich auf den Weg zu bringen. Dabei sind viele unserer Änderungsvorschläge essenziell, um ein Weiterarbeiten der Krankenhäuser unter dem Gesetz überhaupt zu ermöglichen! Diese Änderungsnotwendigkeiten wurden bereits mit dem Fachministerium besprochen und wir hoffen in einem fortlaufenden Dialogprozess zwischen Fachministerium, Landesparlament und KGMV auf einen gemeinsamen Lösungsweg.

Der vorliegende Entwurf enthält insbesondere in den §§ 3, 7, 22, 25 und 44 Formulierungen, die nicht unverändert im Gesetz fortbestehen dürfen. Weitere Hinweise unsererseits beziehen sich auf erhebliche Bürokratiehürden, die das Gesetz den Krankenhäusern auferlegt. Angesichts des dringend notwendigen Bürokratieabbaus sind diese keineswegs mehr vertretbar. Gleichzeitig enthält der Entwurf an anderer Stelle durchaus positive Elemente zur Verringerung der Bürokratie. Insofern sollte der Entwurf auch hier weiter mit dem Ziel verbessert werden, eine deutliche Bürokratiereduzierung nicht nur im Fachministerium, sondern auch in den Krankenhäusern selbst zu erreichen.

Neben einer erforderlichen Anpassung des bestehenden Landeskrankenhausrechtes an die neue Bundesgesetzgebung setzt der Entwurf verschiedene Änderungsideen der

Landesregierung für die stationäre Versorgung um. Ausdrücklich begrüßen können wir den Umstieg in der Investitionsfinanzierung. Der Weg zu Förderpauschalen ist richtig. Ungeachtet dessen kann dieser nur Wirkung entfalten, wenn hinreichend Geld im Landeshaushalt zur Verfügung gestellt wird. Die Umsetzung des neuen Verfahrens ist aber von einem Denkfehler geprägt. Der Entwurf enthält Regelungen als Voraussetzung für den Erhalt der Investitionspauschalen, welche auf den klassischen Fördermittelverfahren der allgemeinen Wirtschaftsförderung beruhen. Vergleichbare Regelungen findet man auch im Zusammenhang mit dem Krankenhaustransformationsfonds sowie bei weiteren Sonderfördertöpfen des Bundes für die Krankenhäuser und in den zugehörigen Rechtsverordnungen unseres Bundeslandes. Während sie dort auch legitim sind, da es sich um eine zusätzliche, freiwillige Förderung handelt, können diese Regelungen aber nicht 1:1 auf die Investitionspauschalen angewendet werden. Diese Investitionsmittel sind Bestandteil der dualen Krankenhausfinanzierung. Sie dürfen keinem Krankenhaus, welches in den Landeskrankenhausplan aufgenommen ist, vorenthalten werden. Insbesondere darf die tatsächliche wirtschaftliche Situation eines Krankenhauses keine Rolle für die Zuweisung der Investitionspauschalen spielen.

Der vorliegende Entwurf eröffnet der Landesregierung und den Fachministerien eine Vielzahl von Eingriffsmöglichkeiten in die Aufgabenwahrnehmung der Krankenhäuser und führt zu einer weitgehenden Intervention in bestehende Betriebs- und Organisationsstrukturen. Zunächst müssen wir hier kritisch anmerken, dass die Ausweitung von Vorschriften in der Vergangenheit wenig geeignet war, eine Mangelsituation an Fachkräften und Finanzmitteln zu beseitigen. Ebenso kritisch zu bewerten ist der Glaube der Landesregierung, durch über das Bundesgesetz hinausgehende Regelungen z.B. im „Beauftragtenwesen“ eine höhere Qualität zu erreichen, als dies die Träger selbst in ihren individuellen Betriebsstrukturen könnten. Vielmehr führen alle zusätzlichen Vorschriften über die Aufblähung patientenferner Strukturen ohne Gegenfinanzierung letztlich zwangsläufig zum Entzug von Finanzmitteln für das Personal, welches primär am Patienten tätig ist. Die Mitwirkung von Mitarbeitern in Kommissionen etc. schmälert ihre Arbeitszeit am Patienten. Hier fordern wir im Sinne der Stärkung patientennaher Ressourcen eine Abmilderung der Vorgaben im Gesetzentwurf.

Ein weiterer Schwerpunkt des Gesetzes liegt in der Vorbereitung und Organisation der Krankenhäuser auf Großschadensereignisse und der Arbeitsorganisation im Katastrophenfall. Hier greift das Gesetz aus unserer Sicht in die Rechte der Landkreise und kreisfreien Städte ein. Wir glauben dabei nicht, dass alle übergeordneten Vorschriften geeignet sind, die Zusammenarbeit zwischen den Krankenhäusern, Rettungsdiensten, der örtlichen Feuerwehr und anderen Leistungserbringern im Katastrophenfall zu verbessern. Tendenziell ist das abgestimmte pragmatische Vorgehen vor Ort eher der Schlüssel zum Erfolg. Ungeachtet dessen liegt die Entscheidung hierüber beim Parlament. Was aber keinesfalls sein darf (und dennoch im Entwurf leider so postuliert wird) ist, dass im Katastrophenfall Belegungs- und Vorhalteszenarien etc. durch die Landesregierung vorgegeben werden können und gleichzeitig eine Vergütung hierfür de facto ausgeschlossen wird. Derartige Regelungen gefährden die Existenz unserer Krankenhäuser.

Nachfolgend nehmen wir im Detail zu den aus unserer Sicht kritischen Punkten des Gesetzentwurfes Stellung. Um die Stellungnahme nicht noch umfassender werden zu lassen, haben wir auf Positivkommentare weitgehend verzichtet.

Abschnitt 1 – Allgemeine Bestimmungen

zu § 1

Absatz 1 Satz 2 legt fest, dass die Krankenhausversorgung „in angemessener Zeit erreichbar in bedarfsgerechten Abstufungen“ erfolgt. Es fehlt aber an einer Konkretisierung: was bedeutet „in angemessener Zeit erreichbar“ und „in bedarfsgerechten Abstufungen“? Wer trifft Festlegungen, wann diese Kriterien erfüllt sind und wann nicht? Eine Konkretisierung, insbesondere hinsichtlich der maximalen Erreichbarkeitszeiten, sollte bereits im Gesetz selbst durch das Landesparlament und nicht lediglich auf der Ebene des Krankenhausplanes – als reine verwaltungsinterne Maßnahme – erfolgen (siehe auch unsere Anmerkung zu § 5).

In dem derzeit noch geltenden LKHG M-V werden bei den Grundsätzen in § 1 Abs. 2 explizit die freigemeinnützigen, kommunalen oder privaten Träger bzw. das Land sowie die sonstigen der Aufsicht des Landes unterstehenden Körperschaften, rechtsfähigen Anstalten oder Stiftungen des öffentlichen Rechts als Ausdruck der Trägervielfalt genannt (siehe im Übrigen als bundesrechtliche Vorgabe auch die Regelungen des § 1 Abs. 2 KHG). Im Gesetzentwurf fehlt allerdings diese Passage. Der Grundsatz der Trägerpluralität ist ein entscheidender und wichtiger Grundsatz, der das Krankenhauswesen und die Krankenhauslandschaft in der Bundesrepublik Deutschland ganz wesentlich prägt. Dem Grundsatz der Trägerpluralität kommt sogar Verfassungsrang zu (Quaas/Zuck/Clemens MedR/Quaas, 4. Aufl. 2018, § 25 Rn. 78-81), da aus dem Zusammenspiel der grundrechtlichen Freiheitsgarantien (Art. 2 Abs. 1, 9 Abs. 1, 12, 14, 4 GG i. V. m. Art. 137 III, 138 II WRV) mit dem Sozialstaatsprinzip die Existenz- und Funktionsgarantie für die nicht-staatliche Krankenhausversorgung folgt. Die KGMV empfiehlt aus diesem Grund die Wiederaufnahme der bestehenden Formulierung.

zu § 2

In Absatz 1 wird der Begriff „Leistungen der Krankenhausversorgung“ verwendet. Dieser Begriff wiederum wird in § 3 Abs. 5 definiert. Danach sind Leistungen der Krankenhausversorgung (oder: Krankenhausleistungen) „vollstationäre, stationsäquivalente, teil- und tagesstationäre sowie vor- und nachstationäre Leistungen im Sinne des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, soweit nichts anderes bestimmt ist“. Diese Definition bezieht sich offensichtlich auf § 39 des SGB V, der die Krankenhausbehandlung beschreibt. Da sich der Gesetzentwurf gleichzeitig auch direkt (in § 2 Abs. 7 und § 29 Abs. 1) bzw. indirekt über Verweisungen (auf § 108 SGB V in § 2 Abs. 4 und Abs. 7) auf den Begriff „Krankenhausbehandlung“ bezieht, fordern wir eine Klarstellung, ob der Gesetzgeber „Krankenhausbehandlung“ identisch zu „Leistungen der Krankenhausversorgung“ (oder: Krankenhausleistungen) versteht oder nicht und wenn nein, wie die Abgrenzung erfolgen soll. Zumindest ein Querverweis auf die bundesgesetzliche Regelung des § 39 SGB V im Hinblick auf die Begrifflichkeiten wäre erforderlich.

Aufgrund des Verweises auf § 37 sei angemerkt, dass die KGMV einen Eingriff in die Organisationshoheit der Betriebsstrukturen für alle Krankenhäuser ablehnt. Sollte der Gesetzgeber dennoch eingreifen wollen, muss die Formulierung für alle Krankenhäuser gleichermaßen gelten.

Die in Absatz 5 formulierte Ausdehnung des Landeskrankenhausgesetzes u.a. auf die Rehabilitationskliniken, insbesondere hinsichtlich der Geltung von § 36 dürfte rechtswidrig sein. Eine Investitionsförderung erfolgt dort nämlich gerade nicht. Der Absatz ist zu streichen.

zu § 3

In Absatz 3 ist der Wechsel eines Gesellschafters z. B. einer GmbH, welche ein Krankenhaus betreibt, als Trägerwechsel definiert. In Kombination mit den weiteren Vorschriften zu Trägerwechsel und Feststellungsbescheiden stellt diese Regelung einen erheblichen Eingriff in unternehmerische Freiheiten der Krankenhausbetreiber dar. Sofern beispielsweise eine GmbH einen Krankenhausbetrieb führt, ist sie Adressat des Feststellungsbescheides. Nur auf Ebene der GmbH sind die Anforderungen an die Trägerschaft und den Betrieb eines Krankenhauses zu regeln. Der Verkauf von Anteilen an der Gesellschaft stellt keinen Trägerwechsel dar, denn die Gesellschaft selbst in ihrer Eigenschaft als Krankenhausbetreiber bleibt hiervon völlig unberührt (Huster/Kaltenborn/*Stollmann*, 2. Aufl. 2017, § 4 Rn. 48-49; Quaas/Zuck/Clemens MedR/*Quaas*, 4. Aufl. 2018, § 26 Rn. 590).

Der Versuch, über diese Regelung auch den Verkauf von Gesellschaftsanteilen regulieren zu wollen, kann nur als verstecktes Verstaatlichungsanzeichen gewertet werden. Er ist ebenso bereits aus Praktikabilitätsgründen zu streichen, da jede unmittelbare und mittelbare Gesellschafteränderung anzeigespflichtig wird. Genannt sei hier beispielhaft das lange durch seine Mitarbeiter in der Rechtsform einer GmbH betriebene Krankenhaus Bad Doberan. Hier gab es jährlich etwa 15 Gesellschafterwechsel.

Aufgrund der Herausnahme des bisherigen und Wiederaufnahme des neuen Krankenhausträgers hätte dies darüber hinaus erhebliche Auswirkungen auf die Budgetvereinbarungen der Krankenhäuser und muss schon allein aus diesem Grund unbedingt geändert werden.

Es fehlt schließlich in Absatz 5 eine Formulierung dahingehend, dass Krankenhäuser im Rahmen des SGB V auch ambulante Leistungen erbringen können.

zu § 4

Absatz 4 regelt die Möglichkeit, Anordnungen der Aufsichtsbehörden mit den Mitteln des Verwaltungsvollstreckungsrechts durchzusetzen und stellt eine deutliche Verschärfung gegenüber den derzeit noch geltenden Regelungen dar. Eine solche Verschärfung ist nicht nachvollziehbar, da das bisherige Verhältnis zwischen Krankenhausträgern und Aufsichtsbehörden ganz überwiegend als kooperativ wahrgenommen wurde. Sie sollte daher gestrichen werden.

Hinsichtlich der in Absatz 5 zu erwartenden weiteren Ausgestaltung der Aufsicht weisen wir darauf hin, dass entsprechende Forderungen nur bei gleichzeitiger Zurverfügungstellung von Finanzmitteln aufgestellt werden dürfen. Zwischen den Katastrophenschutzbehörden der Landkreise und den Krankenhäusern wurde hier bisher effizient zusammengearbeitet.

Absatz 6 ist umzuformulieren. Die Möglichkeit, einen durch die Behörde ausgewählten Mitarbeitenden direkt zu beauftragen, stellt einerseits einen unzulässigen Eingriff in die Betriebsführung des Krankenhauses dar und könnte andererseits eventuell zu arbeitsrechtlichen Konflikten führen. Die Benennung entsprechender Mitarbeiter kann allenfalls durch die Unternehmensführung erfolgen.

Abschnitt 2 – Krankenhausplanung

zu § 5

Die in Absatz 1 genannte Planfortschreibung und Einzelfortschreibung (nach § 7) ist verständlich. Eine zusätzliche normative Planfortschreibung (Satz 3) erschließt sich uns nicht. Durch den Verweis auf mögliche weitere Rechtsverordnungen sehen wir die legislativen Rechte ggf. zu Gunsten der Exekutive eingeschränkt. Sollte der Gesetzgeber an der normativen Planfortschreibung festhalten wollen, so ist sie zumindest unter den Vorbehalt einer Zustimmung der Mitglieder der Planungsbeteiligtenrunde zu stellen und dies gesetzlich auch festzuschreiben.

Das Versorgungsziel einer flächendeckenden und zugleich in angemessener Zeit erreichbaren Notfall- und Krankenhausversorgung sollte höchste Priorität haben. Die Festlegung einer gestuften Versorgung und die Einteilung in Planungsregionen, wie sie ja aktuell bereits im Krankenhausplan (KHP) erfasst ist, muss die regionalen Versorgungsbelange berücksichtigen. Unabdingbar sind hier die Verfügbarkeiten bzw. die vorhandenen Versorgungslücken im ambulanten Sektor und die gleichzeitige wirtschaftliche Sicherung der Grund- und Regelversorger bei der Zuweisung der Leistungsgruppen (LG) zu beachten. Im Interesse der Bürgerinnen und Bürger Mecklenburg-Vorpommerns und zur Sicherung einer Mindestversorgungsqualität regt die KGMV an, bereits an dieser Stelle eine Erreichbarkeit der Grundversorgung sowie der stationären Notaufnahmen von maximal 30 Minuten festzuschreiben.

Die Berücksichtigung der „Entwicklungen einer stärkeren Ambulantisierung, Digitalisierung, sektorenübergreifenden und telemedizinischen Versorgung“ (Absatz 2) wird ausdrücklich begrüßt. Die Ambulantisierung im Krankenhaus durch die Erteilung von Institutsermächtigungen bietet eine einmalige Chance, die medizinische Versorgung im Flächenland Mecklenburg-Vorpommern nachhaltig zu stärken. Sie gewährleistet nicht nur eine zügigere Behandlung, sondern sichert auch den rechtzeitigen und zuverlässigen Zugang zur medizinischen Versorgung. Der Ausbau der Digitalisierung und der damit einhergehenden telemedizinischen Versorgung bei gleichzeitiger Refinanzierung wird einen der Grundbausteine einer flächendeckenden Versorgung darstellen. Hier möchten wir aber auch darauf hinweisen, dass das Land auf die Bundesebene einwirken muss, damit die Anerkennung telemedizinischer Kooperationen und Konsile zur Sicherstellung der Strukturkriterien der Leistungsgruppen, wo qualitativ und medizinisch umsetzbar, Anwendung findet.

Die Formulierung in Absatz 4, der KHP „trifft“ Versorgungsentscheidungen, ist unglücklich gewählt. Grundsätzlich ist ein Landeskrankenhausplan nach ständiger Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts eine verwaltungsinterne Maßnahme ohne unmittelbare Rechtswirkung nach außen. Rechtskraft gegenüber Dritten entfalten die Feststellungsbescheide.

Die Formulierung zu „Festlegung der Zusammenarbeit“ sollte dahingehend umgestaltet werden, dass sie dann erfolgen kann, wenn ein Krankenhaus eine Leistung nicht alleine anbieten kann, aber anbieten soll. In einem solchen Fall könnte sowohl dieses Krankenhaus, wie aber auch die „helfende“ Klinik zur Zusammenarbeit verpflichtet werden. Eine zwangsweise Zusammenarbeit sollte eben nur dann erfolgen, wenn der Versorgungsauftrag nicht eigenständig erfüllt werden kann. Weiterhin sollten an dieser Stelle Kooperationsverträge Vorrang vor erlassenen Verordnungen haben.

Darüber hinaus bedarf es einer Erläuterung, wo der Unterschied zwischen „Fachgebiet“ und „Leistungsbereich“ liegt (Absatz 5).

Nach dem Satz „Krankenhäuser dürfen Krankenhausleistungen nur im Rahmen des im Bescheid festgestellten Versorgungsauftrages erbringen.“ fehlt eine klarstellende Formulierung zur Ausnahme bei sofort notwendigen Leistungen. Ebenso sollte klargestellt werden, dass nur die bei Behandlungsbeginn maßgebliche Diagnose Grundlage für das Erbringungsrecht sein kann. Ohne diesen Zusatz ist zu befürchten, dass dem Krankenhaus eine spätere Vergütung der fachfremden Notfallbehandlung verweigert wird. Dies wäre zwar ohnehin rechtswidrig, bietet aber unnötiges Risikopotential. Gleiches gilt für Eingriffe, welche sich zunächst im zugewiesenen Leistungsspektrum des Krankenhauses darstellen lassen, während des Aufenthaltes aber aufgrund der Kodierungsvorschriften in ein anderes Spektrum wechseln.

Hinsichtlich des im Falle der Universitätsmedizin notwendigen Einvernehmens zwischen den beiden zuständigen Ministerien verstehen wir die Formulierung ausschließlich in Bezug auf die Feststellungsbescheide der beiden Kliniken. Grundsätzlich ist hierbei aber auch zu beachten, dass mit dieser Formulierung eine Einschränkung der sich aus Forschung und Lehre ableitenden Versorgungsrechte der Uniklinika verbunden sein könnte. Insofern sollte geprüft werden, inwieweit die Formulierung eher nachteilig für die beiden Kliniken ist und somit entbehrlich wäre. Eine interne Arbeitsanweisung zwischen den Ministerien dürfte hilfreicher sein.

zu § 6

Die Planungssystematik des KHP soll mittels einer Rechtsverordnung umgestellt werden. Neben dem Verfahren zur Planfortschreibung soll darin die Notwendigkeit von Anträgen der Krankenhausträger zur Versorgungsentscheidung geregelt werden.

Die Kriterien der Antragsstellung (Inhalt, Ausmaß, Belege etc.) sollten so schlank und bürokratiearm wie möglich erfolgen und dem Antragsgegenstand entsprechen. Hier möchten

wir erneut auf eine bereits diskutierte Verschlinkung der Anträge zur Etablierung oder Erweiterung von teilstationären Angeboten hinweisen.

Hinsichtlich des Verfahrens zu Änderungen des Krankenhausplanes regen wir an, dass neben Stichtagsregelungen für Antragsfristen auch Entscheidungsfristen zur Verfahrensbeschleunigung eingeführt werden. Daher muss eine solche Verfahrensfrist einen Positivbescheid auf den Antrag eines Trägers zur Folge haben, wenn Bearbeitungsfristen überschritten werden (in Kongruenz zum KHVVG wäre bei Fristüberschreitung ein Positivbescheid zu erwarten).

Absatz 2 beschreibt, dass die Krankenhausplanung entweder über

- a) eine kapazitätsbezogene Bettenplanung (Unterteilung in ggf. überschneidende Fachgebiete) oder
- b) eine qualitätsausgerichtete Leistungsplanung (Unterteilung in LB und LG und deren Anforderungen)

erfolgt.

Weiter wird ausgeführt, dass diese entweder ausschließlich, nebeneinander für abgegrenzte Bereiche oder in Kombination angewandt werden können. Aus unserer Sicht widersprechen sich diese Aussagen, mit den oben genannten zwei Möglichkeiten der Planung und erhöhen die Komplexität der Versorgungsentscheidung enorm. Das „oder“ im Satz 2 des Absatzes 2 sollte demzufolge durch ein „und“ ersetzt werden.

Die KGMV befürwortet die aktuell gültige Krankenhausplanung mit Planbetten (kapazitätsbezogene Bettenplanung) insoweit, als dass sie auch hinsichtlich möglicher Krisenszenarien und Großschadensereignisse für die Versorgung von Bedeutung sein kann. Jedoch könnte eine „nebeneinander oder in Kombination“ angewendete Planung die Gestaltungsmöglichkeiten bei der Versorgungsplanung pro Standort erhöhen und krankenhausspezifisch hilfreich sein. Insofern wäre darüber nachzudenken, inwieweit neben der Intensivbettenzahl ggf. nur noch Gesamtbettenzahlen je Standort aufgenommen werden.

Absatz 5 beschreibt die mögliche zusätzliche Anwendung von quantitativen Messgrößen (Behandlungs- und Leistungskapazitäten) sowie Mindest- und Sollfallzahlen. Die Einführung von Planfallzahlen als weiterer Parameter im Krankenhausplan sehen wir differenziert. Sie bedeutet ggf. einen weiteren bürokratischen Aufwand für die Krankenhäuser. Weiterhin sind Planfallzahlen eine geschätzte Variable, die regional und saisonal starken Schwankungen unterliegt. Eine ggf. mehrfache, unterjährige Anpassung der Planfallzahlen im Krankenhausplan, um die Aktualität und Richtigkeit sicherzustellen, kann weder von der zuständigen Planungsbehörde gewollt, noch von den Krankenhäusern eingefordert werden. Gleichwohl können Planzahlen der gewollten Leistungssteuerung in Mecklenburg-Vorpommern dienen. Zudem sind sie bei Beibehaltung der im KHVVG etablierten Vorhaltevergütungssystematik ggf. zur Steuerung der Vergütung erforderlich.

In jedem Falle ist darauf zu achten, dass die Formulierungen des Landeskrankenhausgesetzes die durch das KHVVG etablierte Finanzierung der Krankenhausleistungen nicht einschränkt oder konterkariert.

zu § 7

Die in Absatz 1 Nr. 2 gewählte Formulierung des Eigentümers ist rechtlich unklar. Gemeint ist hier wohl der rechtliche Empfänger des Feststellungsbescheides, ergo der Krankenhausträger.

In Absatz 2 fehlt es an einer Formulierung, die sowohl die notwendige Komplexität der Maximalversorger als auch die Notwendigkeit der wohnortnahen Leistungserbringung als Entscheidungskriterium berücksichtigt. Aus Sicht der KGMV ist die Wohnortnähe immer dann vorrangig zu berücksichtigen, wenn hierdurch die Versorgung im Leistungsspektrum des Maximalversorgers dem Grunde nach nicht gefährdet oder eingeschränkt wird.

Ergänzend regen wir an, die Weitergeltung des Feststellungsbescheides des jeweiligen Krankenhauses mit Stand des Inkrafttretens des Gesetzes zu verankern. Auf diesem Weg werden mögliche Vertrauensschutzklagen vermieden. Letztlich kann erst nach Inkrafttreten des Gesetzes eine „Übersetzung“ der Feststellungsbescheide nach altem Recht in die neue Leistungsgruppensystematik erfolgen.

Absatz 3 beschreibt, dass der Feststellungsbescheid mit Nebenbestimmungen versehen werden kann und dieser u.a. Auflagen enthält, die – auch nachträglich – aufgenommen, geändert oder ergänzt werden können. Dies kann einerseits positiv sein, wenn dadurch zunächst oder übergangsweise Versorgungsaufträge zugewiesen werden, deren Kriterien durch Anwendung einer Übergangsfrist erfüllt werden müssen; andererseits aber auch nachteilig, da im Nachhinein weitere Bedingungen an Versorgungsaufträge geknüpft werden können und somit möglicherweise aufgebaute Strukturen (personell, organisatorisch und räumlich) nicht mehr ihrer Nutzung zugeführt werden. Dies sollte im Sinne der Nachhaltigkeit und Ressourcennutzung bedacht und möglichst vermieden werden. Insoweit ist der Absatz dahingehend zu korrigieren, dass nachträgliche Einschränkungen ohne Zustimmung des Trägers nicht möglich sind.

Weiter heißt es in Absatz 3, dass für das Ausscheiden eines Krankenhauses aus dem KHP ein bestimmter Zeitpunkt vorgesehen werden kann. Dies darf nicht dazu führen, dass ein Krankenhaus zur Aufrechterhaltung der Versorgung bis zu einem bestimmten Zeitpunkt verpflichtet werden kann, obwohl es dadurch in unnötige wirtschaftliche Nöte gerät oder Ausgleichszahlungen oder Förderungen erhält, die den Investitionstopf aller anderen Krankenhäuser maßgeblich negativ beeinflussen.

Die Vorgehensweise nach Absatz 4 bei einem Trägerwechsel, d.h. dass die Versorgung im bisherigen Umfang unter dem neuen Träger fortgesetzt werden darf, beurteilen wir positiv, aber sie muss unbedingt durch Weitergeltung des bestehenden Feststellungsbescheides erfolgen, weil ansonsten die Finanzierung der Versorgung der Patientinnen und Patienten höchst gefährdet ist.

Die Prüfung durch das zuständige Ministerium und die Neuaufnahme in den KHP muss außerdem in angemessener Zeit erfolgen, sodass dem Krankenhaus keine Nachteile für die Zeit entstehen, die es nicht im KHP ausgewiesen ist (siehe hierzu die Regelung in § 10). Ebenso verweisen wir hier auf unsere Ausführungen zu § 3 Absatz 3.

In Absatz 6 fehlt es an einer Definition des Wortes „vorübergehend“, da hier unabwägbar Situationen, wie z. B. Arztwechsel oder Umbaumaßnahmen einen entscheidenden Einfluss haben können. Der teilweise Widerruf wird in dem Sinne positiv gesehen, dass die Herausnahme einzelner Leistungen nicht zum Verlust einer kompletten LG führt. Hier sollte eine Definition des Wortes „Fachrichtung“ erfolgen. Allerdings sollten auch hier die etablierten Strukturen des Widerrufs vorab, wie zu Absatz 3 beschrieben, beachtet werden.

Die geplanten Umsetzungs- und Übergangsfristen für den zugewiesenen Versorgungsauftrag in Absatz 7 werden begrüßt, wenn diese realistische Zeiträume beschreiben und individuell auf die Art der zu erfüllenden Mindestkriterien angepasst sind.

In Absatz 9 wurde im Vergleich zur entsprechenden Regelung im derzeit geltenden LKHG nunmehr auch der „Krankenhausträger“ aufgenommen und damit dem „Dritten“ hinsichtlich der Wirkung seines Rechtsbehelfes gleichgestellt. Diese Ergänzung ist absolut nicht nachvollziehbar und umgehend zu streichen. Einem Rechtsbehelf des selbst betroffenen Krankenhausträgers gegen den Feststellungsbescheid (sowie gegen sonstige Bescheide in Umsetzung des Krankenhausplans) muss unbedingt eine aufschiebende Wirkung zukommen, ansonsten könnten durch fehlerhafte Entscheidungen leicht nicht wieder rückgängig zu machende Tatsachen geschaffen werden.

zu § 8

Die vorliegende Formulierung zu den weiteren Beteiligten lehnt die KGMV in der bestehenden Form ab:

Hinsichtlich des Medizinischen Dienstes (MD) ist eine differenzierte Betrachtung notwendig. Er kann und sollte im Rahmen seiner gesetzlichen Prüfungsaufgaben als Sachverständiger immer dann hinzugezogen werden, wenn seine Aufgabengebiete berührt sind. Die Beteiligung bei weiteren Planungsszenarien ist nicht erforderlich und trägt zudem zu einem Ungleichgewicht in der Diskussion zugunsten der Kostenträger bei. Zudem sollte der MD keinesfalls auch nur indirekt an der Vergabe von später von ihm zu kontrollierenden Leistungen beteiligt werden. Dies schwächt seine unabhängige Rolle bei der Beurteilung.

Die Teilnahme eines Patientenführers sehen wir kritisch. Sie ist insoweit nicht sinnvoll, als dass die Entscheidungsvorgaben der Planung bereits über Gesetz und Rechtsverordnungen normiert sind. Es ist zudem zu erwarten, dass bei 37 Krankenhäusern die Kommunikation zwischen den ehrenamtlichen Patientenführern nicht so umfänglich erfolgen kann, dass der in der Planung anwesende Vertreter die örtliche Konstellation hinreichend kennt oder die dortige Auffassung vermitteln kann. Alternativ zur Beteiligung in der Planungsrunde kann die Beteiligung der jeweiligen konkret betroffenen Patientenführer des Krankenhauses im Sinne einer Anhörung im Vorfeld eines zu erlassenden Feststellungsbescheides sinnvoll und für das betroffene Krankenhaus stärkend sein.

Eine Beteiligung des Landespflegerates sieht die KGMV ebenfalls kritisch. Die Mitgliederstruktur in Mecklenburg-Vorpommern lässt tendenziell eine Ausrichtung auf den Bereich der klassischen „Alten- und Krankenpflege“ vermuten. Zudem ist die Mitgliedschaft

nicht reglementiert. Dem Landespflegerat sind normativ keine Aufgaben zugewiesen. Soweit seitens des Gesetzgebers eine stärkere Beteiligung der Pflegevertreter aus Krankenhäusern an der Krankenhausplanung gewünscht ist, könnte dies über den nachfolgenden Weg realisiert werden:

Gemäß Satzung der KGMV sind ein Pflegevertreter und ein Stellvertreter für diesen in den Vorstand zu wählen. Die KGMV könnte diese als „weitere Beteiligte“ nach Absatz 2 Ziffer 4 entsenden, verbunden mit der Maßgabe, dass sie hier nicht weisungsgebunden agieren.

Zu § 8 Absatz 3 möchten wir anregen, dass die Worte „unter Einbeziehung“ durch die im aktuellen Landeskrankenhausgesetz gewählte Formulierung „in enger Zusammenarbeit“ ersetzt werden. Eine Umformulierung würde aus unserer Sicht die bisher praktizierte enge Zusammenarbeit positiv bestärken.

zu § 9

Zusätzliche bürokratische Maßnahmen und Meldepflichten sind strikt auf das absolut Notwendige zu beschränken bzw. - wo immer möglich - vollständig zu vermeiden. Schon jetzt stellen die mehrmals jährlich erforderlichen Meldungen aufgrund bundesgesetzlicher Vorgaben eine erhebliche Belastung für Krankenhäuser und deren personelle Ressourcen dar.

Sollten zusätzliche Auskunftspflichten auf Landesebene unumgänglich sein, ist unbedingt sicherzustellen, dass bestehende Meldungen, Berichte und deren Formate genutzt werden. Umfang und Fristen der Datenlieferungen sollten sich dabei eng an den bereits vorhandenen Vorgaben orientieren, um den erheblichen bürokratischen Aufwand für die Krankenhäuser so gering wie möglich zu halten.

Die Verordnungsermächtigung, die die Einzelheiten zu den Auskunftspflichten regeln soll, muss klare Vorgaben zu einem minimalen und praxistauglichen Umfang der Datenlieferungen und zu realistischen Berichtszeitpunkten enthalten. Es ist entscheidend, dass die Bürokratie nicht weiter ausufert und die Krankenhäuser durch unnötige Anforderungen zusätzlich belastet werden. In das Gesetz sollte daher einerseits der Vorrang anderweitig zu generierender Daten aufgenommen werden. Ebenso sollten entsprechende Verordnungen der Beratungspflicht und dem Einvernehmen der Planungsbeteiligten unterliegen, um die Krankenhäuser vor unnötiger Bürokratie zu schützen.

Abschnitt 3 – Landeskrankenhausförderung

zu § 10

Unabhängig von nachfolgenden Hinweisen fordert die KGMV die Aufnahme einer Mindestinvestitionsförderung für die Krankenhäuser in das Landeskrankenhausgesetz. Nur so kann unter dem zunehmenden Finanzdruck des Landes eine hinreichende Zurverfügungstellung der Mittel im Rahmen der Landeshaushaltsbeschlüsse gesichert

werden. Die Höhe sollte 8 % der stationären und der, diese zukünftig ersetzenden, Umsätze der Krankenhäuser des Vorjahres entsprechen. Alternativ wäre eine absolute Zahl von nicht unter 150 Mio. Euro jährlich denkbar.

Abs. 3 besagt, dass sich die Verwendung der Fördermittel auf die Erfüllung des festgelegten Versorgungsauftrages begrenzt. Aus unserer Sicht bedeutet dies „lediglich“ den Erhalt der aktuellen Strukturen, ohne die Möglichkeit, neue zu etablieren und somit zukünftig den Versorgungsauftrag zu ändern, anzupassen bzw. auszuweiten – insoweit keine Eigenmittel dafür aufgewendet werden. Hier sollte die Möglichkeit integriert werden, nach Rücksprache mit der zuständigen Planungsbehörde, Abweichungen zu erlauben und die Fördermittel auch für Erweiterungen einzusetzen. Dies ist insbesondere für den Fall einer leistungsgruppenbezogenen Planung erforderlich.

zu § 11

Eine Ausgliederung der Pauschalfördermittel in den Haushalt des Wissenschaftsministeriums erscheint sachlogisch. Es ist aber klarzustellen, dass es sich um eine statische Ausgliederung nur des Betrages handelt, den die Universitätsmedizinen bisher bekommen haben. Eine spätere Dynamisierung der Mittel im Haushalt des Wissenschaftsministeriums darf nicht zulasten der anderen Krankenhäuser gehen.

Die Regelungen bei Trägerschaft eines Grundversorgungskrankenhauses sind sachlogisch korrekt. Ungeachtet dessen sind sie ggf. nicht erforderlich, da i.d.R. die Rechtsform der Universitätsmedizinen selbst nicht der Träger dieses Krankenhauses sein dürfte. Insoweit bestünde aber aufgrund der etwas unsauberen Formulierung zur Trägerschaft (in den Vorparagrafen) die Möglichkeit einer fehlerhaften Förderung. Beispielhaft könnte durch die Verlagerung von Leistungen von einer Universitätsmedizin an den Grundversorger eine auf IST-Zahlen basierende Doppelförderung sowohl aus dem Finanztopf des Wissenschaftsministeriums als auch aus dem Fördertopf des Sozialministeriums resultieren.

zu § 16

In Absatz 4 unterstellen wir, dass etwaige Umsetzungsfristen auch nach dem Jahr 2027 liegen können. Hier wäre aber zu regeln, dass abschließend nicht verbrauchte Fördermittel auch nachträglich dem Pauschaltopf des Landes zugeführt werden.

zu § 17

In Absatz 1 Nr. 2 wird eine Kostengrenze von 500.000 Euro aufgeführt. Die Erhöhung der Antragsgrenze der Pauschalförderung bis Ende 2027 auf 500.000 Euro begrüßen wir im Sinne der Handlungsfreiheit der Krankenhäuser, aber ausdrücklich mit nachstehendem Vorbehalt: Unseres Erachtens kann diese Regelung nur dann aufgenommen werden, wenn das Verhältnis von Pauschal- zu Einzelfördermitteln (vor allem vor dem Hintergrund des § 16

Absatz 5) ebenfalls um den Faktor 5 zugunsten der Pauschalfördermittel verändert wird. Sonst würden die Krankenhäuser in den Jahren 2026 und 2027 weit mehr investive Verpflichtungen aus Pauschalfördermitteln bedienen müssen, ohne hierfür mehr Geld zu erhalten.

zu **§ 19**

Im Falle des Ausscheidens aus dem Krankenhausplan sehen wir in Absatz 3 auch Zinskosten als erstattungspflichtig an. Hier ist eine entsprechende Ergänzung vorzunehmen.

zu **§ 20**

Die Regelung ist richtig und im Sinne des Vertrauensschutzes auch erforderlich. Allerdings müssen derartige Fördermittel dann zusätzlich aus dem Landeshaushalt generiert werden, ohne die Investitionspauschalen und Einzelförderungen für die verbleibenden Krankenhäuser zu verwenden.

zu **§ 22**

Die in Abs. 2 beschriebene Ermittlung des jährlichen Festbetrages pro Krankenhausstandort auf Grundlage eines Bemessungsinstrumentes wird prinzipiell begrüßt. Jedoch möchten wir auf Folgendes hinweisen:

zu Nr. 1 (Festbetrag bemisst sich im Verhältnis zu den im Vorjahr erbrachten Krankenhausleistungen):

Wie werden die Krankenhausleistungen gemessen? Bisher war das Verhältnis der genehmigten Budgets maßgeblich. Sofern nun auf Ist-Leistungen abgestellt wird, ist der Parameter klar zu definieren. Weiterhin ist zu befürchten, dass der Bezug auf das vollständige Vorjahr zu einer zeitlichen Verzögerung bei der Erstellung der Verordnung führen kann. Sofern ein Bezug ohne zusätzlichen bürokratischen Aufwand auch auf die ersten drei Quartale des Vorjahres möglich wäre, könnte dies beschleunigend wirken. Soweit Teile unserer Anmerkung über die Rechtsverordnung geregelt werden, erscheint zumindest bei den Grundsätzen der Verordnung ein Zustimmungsvorbehalt des Landtages wünschenswert.

zu Nr. 2: diese Regelung führt dazu, dass Tageskliniken keinen Mindestbetrag, sondern nur eine leistungsabhängige Förderung erhalten, die insbesondere in Verbindung mit Nr. 1 völlig unklar ist.

Die in Absatz 3 festgelegte Vorgehensweise zur Zuweisung der Investitionspauschale (jährlich bis spätestens 30.11. nach Vorlage des Testates des Wirtschaftsprüfers) bedingt einen Hinweis unsererseits: Es verschlechtert sich die Liquidität der Krankenhäuser durch die Regelung erheblich, da bisher bereits im Mai eines jeden Jahres erste Gelder fließen. Für die Zahlung der Investitionspauschalen ist daher eine Pflicht zur Abschlagszahlung in Höhe von 50 % des zu erwartenden Wertes (alternativ 50 % des Vorjahres) aufzunehmen.

Die KGMV erachtet ein Testat des Wirtschaftsprüfers als Voraussetzung für die Auszahlung der Investitionspauschale, insbesondere i.V.m. den Vorschriften nach § 25, als unangemessen. Zudem hat die Formulierung zur Folge, dass ggf. wirtschaftlich angeschlagene Träger keine Investitionspauschale mehr erhalten, was die Instabilität ihrer Situation noch fördert. Sollte der Gesetzgeber dennoch auf ein solches Testat bestehen, ist klarzustellen, dass es sich um ein Testat im Rahmen der Jahresabschlussprüfung über das Vorjahr handelt. Die Kosten des WP-Testates sollten im Übrigen entsprechend inkludiert sein und über die Investitionspauschalen gefördert werden.

Absatz 5 und 6 betreffen die Regelungen zur Errichtung eines Treuhandkontos und der grundbuchlichen Sicherung. Eine Wiederbeschaffung von Anlagegütern kann nicht grundbuchlich gesichert werden.

Absatz 7 muss zwingend geändert werden. Die auf dem gesetzlich verankerten Gedanken der nicht staatlichen Investitionsfinanzierung ambulanter Leistungserbringer beruhende Regelung ist praktisch nicht umsetzbar und führt zu einer Benachteiligung der Krankenhäuser und zu einem versteckten Rückzug des Landes aus der Investitionsfinanzierung.

Die KGMV schlägt daher folgende Formulierung vor:

Werden geförderte Anlagegüter überwiegend für die Erbringung von Leistungen benutzt, welche üblicherweise durch die ambulante vertragsärztliche Versorgung erbracht werden, ist hierfür dem Treuhandkonto [...].

Eine Zuführung nach Satz 1 muss dann nicht erfolgen, wenn das geförderte Anlagegut zwingend (zum Beispiel aufgrund ärztlicher Behandlungsleitlinien oder des medizinischen Standes der allgemeinen Leistungserbringung oder sonstiger Gründe) für die stationäre Leistung vorzuhalten ist. In diesem Falle kommt es auf die tatsächliche Inanspruchnahme nicht an.

Das Ziel der Umstellung auf Investitionspauschalen ist zuvorderst, die Vorgaben zur Beantragung und Verwendungsnachweisführung **maßgeblich** zu verschlanken, um zur Bürokratieentlastung beizutragen. Dies sollte vollumfänglich in der nach Absatz 8 geplanten Rechtsverordnung beachtet werden.

Grundsätzlich verweisen wir in Bezug auf Absatz 8 auf die Investitionsbewertungsrelationen des InEK, da die Leistungsbereiche aDRG + BpflV jeweils voll- und teilstationär hiervon umfasst sind.

zu § 23

Aufgrund der Unbestimmtheit der Formulierung ist Absatz 4 Satz 1 zu streichen. Insbesondere im Hinblick auf den Vertrauensschutz dürfte es eher angebracht sein, hier eine Formulierung zu möglichen Ausgleichszahlungen an die Krankenhausträger aufzunehmen, denn alle Krankenhausträger haben auf der Basis des geltenden Rechts erhebliche Eigenmittelinvestitionen getätigt und diese teilweise durch langfristige Verbindlichkeiten oder einen Gewinnausschüttungsverzicht finanziert. Eine Beteiligung an den Umstellungskosten

auf der Grundlage erzielter Erträge der Vergangenheit oder durch finanzielle Verpflichtungen in der Zukunft dürften, ungeachtet der rechtlichen Bedenken, zudem die Motivation zur Weiterführung des Hauses erheblich einschränken. Planinsolvenzen können hierbei nicht ausgeschlossen werden.

zu § 24

Die in Absatz 3 geforderte Versicherungspflicht darf nur unter der Voraussetzung eingeführt werden, dass eine derartige Versicherung zu verhältnismäßigen Konditionen am für den Standort geltenden Versicherermarkt hinsichtlich Umfang und Konditionen auch verfügbar ist. Beispielsweise darf keine Versicherungspflicht für Terror o.ä. gefordert werden. Gleiches gilt ebenso für Hochwasserversicherungsschutz. Auch hier sind Versicherungen teilweise problematisch.

Absatz 9 Nr. 3 sollte dahingehend ergänzt werden, dass die Zuführung Vorrang vor der Rückforderung hat. Allerdings kann dies ohnehin nur dann greifen, wenn ein Krankenhaus nur teilweise aus dem Landeskrankenhausplan ausscheidet, da es ansonsten keine Investitionspauschalen mehr erhält.

zu § 25

Der Paragraph muss zwingend überarbeitet werden. Die Aussage des Wirtschaftsprüfers ist dahingehend einzuschränken, dass sie nur die Beurteilung der ordnungsmäßigen Buchführung (Ziffer 1) und die Fortführungsprognose gemäß Ziffer 2d enthalten kann. Alle anderen Punkte sind rechtlich unbestimmt und nicht für die Beurteilung der Fördermittelsicherheit geeignet. Hinsichtlich der Fortführungsprognose (2d) kann aber nicht auf einzelne Standorte abgestellt werden, da die Wirtschaftsprüfer eine Fortführungsprognose im Sinne des HGB lediglich in Bezug auf die gesamte Gesellschaft treffen. Eine Berechnung und Betrachtung je Standort stellen einen erheblichen zusätzlichen Aufwand dar. Zudem mag es Träger geben, die durch innerbetriebliche Leistungsverrechnungen bewusst Ergebnisse zwischen Standorten steuern. Dem darf das Gesetz nicht entgegenstehen.

Darüber hinaus möchten wir auf eine erste Einschätzung eines Wirtschaftsprüfers zu den Anforderungen des zukünftigen Gesetzes verweisen, die als Anlage unserer Stellungnahme beigelegt ist.

Im Übrigen verweisen wir bei der Beurteilung dieses Paragraphen auf unsere Ausführungen zu § 9.

zu § 26

Der Nachweis ist auf die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel zu begrenzen, welche im Rahmen der Jahresabschlussprüfung berufsüblich durch den WP testiert werden kann.

Ungeachtet vorgenannter Ausführungen regen wir an, die Nachweispflicht über die Pauschalfördermittel nur noch im Rhythmus von 5 Jahren zu führen.

Abschnitt 4 – Patientenorientierte Versorgung im Krankenhaus, Qualität und Sicherheit der Versorgung

zu § 29

Absatz 2 sollte dahingehend ergänzt werden, dass die Aufnahmepflicht nur im Rahmen verfügbarer Kapazitäten erfolgen kann. Die Formulierung stünde sonst bundesrechtlichen Formulierungen zum Leistungsverbot bei Abweichung von personellen Strukturvorgaben etc. entgegen.

zu § 30

Soweit in Absatz 3 eine Aufnahmepflicht zukünftig nicht durch bundesweite Finanzierungsregelungen gedeckt ist, ist hier eine Kostenübernahme durch das Land M-V zu definieren. Dies kann über den Abschluss einer Landesvereinbarung mit der KGMV erfolgen oder zwischen Land und Krankenhaus individuell vereinbart werden. Hilfsweise könnte die Aufnahme gegen ein durch die Begleitperson zu zahlendes Entgelt erfolgen.

Absatz 7 sollte sowohl vor dem Hintergrund der berufsrechtlichen Freiheit der Ärzte als auch der religiösen Freiheit des Trägers und seiner Mitarbeiter gestrichen werden. Letztlich müssten die Krankenhäuser diese Regelung sonst in die Arbeitsverträge der betroffenen ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeiter aufnehmen, was juristisch zumindest für das derzeitig beschäftigte Personal nicht möglich ist und die Gewinnung neuer Mitarbeiter einschränkt. Auch ohne diese Regelung werden ausreichend Möglichkeiten zum Schwangerschaftsabbruch in M-V bestehen.

zu § 31

In Absatz 1 sind die Worte „durch geeignete Fachkräfte“ zu streichen. Die Art der Sicherstellung obliegt dem Krankenhaus mit Bezug auf die Erfüllung bundesrechtlicher Vorgaben.

Ungeachtet dessen sind die mit den Raumvorgaben in Absatz 4 verbundenen Kosten durch das Land Mecklenburg-Vorpommern zu tragen.

zu § 32

Wir begrüßen die Änderung der Regelung insofern, dass keine Verpflichtung für die Landkreise und kreisfreien Städte besteht, Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher zu wählen, sondern sie diese – sofern die Notwendigkeit gesehen wird – bestellen können.

Gleichwohl möchten wir folgende Punkte anmerken:

Die im Ressortentwurf ursprünglich vorgesehene „Wahl“ wurde durch eine „Bestellung“ ersetzt. Dennoch wird in Absatz 2 des Gesetzentwurfs der Landesregierung von „gewählten“ Personen gesprochen. Hier müssten die Begrifflichkeiten noch angepasst werden.

Die in Absatz 2 erwähnte Fachkunde ist rechtlich unklar. Eine anerkannte Ausbildung als Fürsprecher ist uns nicht bekannt. Zudem ist der Ausschluss von Mitarbeitern eines Krankenhauses hinsichtlich ihrer Möglichkeit zur Bestellung als Fürsprecher unverständlich. Da die Bestellung durch die Gebietskörperschaft erfolgt und die Unabhängigkeit der Handlung durch das Gesetz geschützt ist, bietet sich die Bestellung von Mitarbeitern förmlich an.

Die Bereitstellung geeigneter Räumlichkeiten und einer angemessenen Arbeitsausstattung wird in Absatz 6 nicht näher definiert. Dies könnte potenziell zulasten des Krankenhauses ausgelegt werden und unvorhersehbare Kosten in unverhältnismäßige Höhen treiben, die nicht dem tatsächlichen Arbeitsumfang entsprechen.

In Verbindung mit den vorgenannten Anmerkungen regen wir zudem an, die Finanzierung der Verpflichtungen (insbesondere aus Absatz 6) nicht den Krankenhäusern, sondern einheitlich den Gebietskörperschaften zu übertragen. So würde die Unabhängigkeit der Patientenfürsprecher erst ermöglicht und die Finanzierung wäre passend zur Aufwandsentschädigung nach Absatz 3 geregelt.

Darüber hinaus hält die KGMV die Forderung, dass ein „unmittelbare[r] Zugang zur Patientenfürsprecherin oder zum Patientenfürsprecher (...) gesichert sein“ muss, für stark abhängig von den individuellen Strukturen eines Krankenhauses. Eine solche Entscheidung sollte daher dem Krankenhaus selbst überlassen bleiben. Gegebenenfalls wäre eine Konkretisierung durch eine Rechtsverordnung sinnvoll.

Schließlich sollte nach Ablauf von beispielsweise 5 Jahren evaluiert werden, inwieweit die Regelung zu einer Verbesserung der Versorgung der Patientinnen und Patienten beiträgt.

zu § 33

Absatz 1 regelt die verpflichtende Teilnahme an Verbünden zur Aus-, Fort- und Weiterbildung. Der Zusatz „unter Einbeziehung der ambulanten Leistungserbringer“ ist zu streichen. Die Erfahrung hat gezeigt, dass die Schaffung von Verbünden schon allein unter den stationären Leistungserbringern rechtlich und tatsächlich äußerst aufwändig und schwer umzusetzen ist. Die zusätzliche Einbeziehung der ambulanten Leistungserbringer wird – jedenfalls zum jetzigen Zeitpunkt – die komplette Verbund-Idee gefährden.

Darüber hinaus ist eine Mitwirkung und Unterstützung aller Krankenhäuser an der Aus-, Fort- und Weiterbildung wünschenswert und im Rahmen ihrer Möglichkeiten, Strukturen und Ressourcen bereits jetzt gegeben. Die lückenlose Umsetzung erscheint jedoch schwierig. Inwieweit beispielsweise den Maximalversorgern vorgeschrieben werden kann, ihre Ausbildungsstellen mit Rotationsärzten etc. zu besetzen, bleibt sowohl vor dem Hintergrund der universitären Autonomierechte als auch vor dem Hintergrund der unternehmerischen Freiheit eines Krankenhausträgers zweifelhaft. Ggf. könnte eine Kopplung von Aus- und Weiterbildungsbefähigungen an Verbundpflichten rechtlich ein Durchführungsweg sein.

Sollten den Universitätsmedizinern und anderen Maximalversorger, wie in § 33 Abs. 1 vorgesehen, Koordinierungsaufgaben für die Aus-, Fort- und Weiterbildung übertragen werden, so ist die Übernahme dadurch entstehender Kosten zu regeln. Gleichzeitig sollten die Koordinierungsaufgaben nicht nur den Universitätsmedizinern und anderen Maximalversorger möglich sein, sondern auch allen anderen Krankenhäusern, die diese Funktionen grundsätzlich wahrnehmen können.

Die aus unserer Sicht auch rechtlich bedenkliche Ausweitung zur Meldung berufsrechtlicher Verstöße ebenso wie die verpflichtende Beteiligung der Landesbehörden ist zu streichen. Es existieren hinreichende Vorschriften, insbesondere in den einschlägigen Kammergesetzen. Aus gutem Grund sind derartige Zuständigkeiten in Deutschland in den Kammern verortet. Hier sollte das Land M-V nicht alternativ eingreifen. Dies schützt auch vor Kosten für mögliche Doppelstrukturen, welche parallel zu den Kammern im Ministerium aufzubauen wären.

zu § 34

Die Vorschrift ist ersatzlos zu streichen. Vorgaben zur Qualitätssicherung erfolgen bundesrechtlich und sind Bestandteil der Vergütungssystematik. Vielfach sind Zertifizierungen gefordert. Eigene Landesregelungen sind daher nicht erforderlich und müssten zusätzlich durch das Land finanziert werden.

Der im Gesetzentwurf der Landesregierung neu aufgenommene Absatz 4 über die Möglichkeit der Hinzuziehung der Landesarbeitsgemeinschaft für Qualität in Mecklenburg-Vorpommern e.V. (LQMV) wird ausdrücklich begrüßt.

zu § 35

Die Krankenhäuser sind verpflichtet, die technischen Voraussetzungen zu schaffen, um Einsicht in das Organspenderegister des Bundes gemäß § 2a des Transplantationsgesetzes zu nehmen.

Die Aufwendungen hierfür können ausschließlich kongruent zur Vereinbarung TI berücksichtigt werden. Sofern weitere aus § 2a des Transplantationsgesetzes erwartbare Kosten entstehen, sind diese durch die Fachaufsicht selbst zu berücksichtigen.

zu § 36

Für uns ist nicht erkennbar, welchen Mehrwert diese Regelung im Vergleich zu bereits bestehenden Regelungen hat (siehe § 5 MedHygVO M-V). Sie ist daher zu streichen.

Sollte der Gesetzgeber an der Vorschrift dennoch festhalten wollen, so geben wir zu bedenken, dass die im Gesetzentwurf der Landesregierung erfolgte Ausweitung des Absatzes 3 auf „notwendige Klimaanpassungsmaßnahmen zum Schutz der Patientinnen und Patienten sowie der Beschäftigten“ eine entsprechend Finanzierungsregelung erforderlich macht.

zu § 37

Aus § 2 ist ersichtlich, dass § 37 für die Universitätsmedizinen keine Anwendung findet. Dies ist sachlogisch, da die Organisation der Führung der Universitätsmedizinen und ihrer Abteilungen unter anderem in Verbindung mit den Stellen aus Forschung und Lehre sowie unter Beachtung der Aufgabenverteilung innerhalb der Vorstände nicht abgebildet werden kann.

Gleiches gilt aber für alle Krankenhäuser. Die KGMV hat erhebliche Bedenken gegen die Sinnhaftigkeit und rechtliche Zulässigkeit der Regelung. Ein Eingriff in die betrieblichen Organisationsstrukturen ist prinzipiell abzulehnen. Vor dem Hintergrund der ständig wechselnden Leistungszuordnung sowie der sich regelmäßig verändernden Facharztdefinitionen etc. kann das Landeskrankenhausgesetz hier höchstens die abschließende medizinische Verantwortung eines Leitenden Arztes für einen Krankenhausstandort fordern. Hier verweisen wir ebenso auch auf unsere Formulierungen zur Handlungsfreiheit der Träger in Krisenzeiten.

Zusätzlich ist fraglich, inwieweit die Organisation eines Krankenhauses vor dem Hintergrund voranschreitender Zentrenbildung etc. überhaupt noch auf „Abteilungen“ ausgerichtet ist. Beispielsweise werden vielfach gastroenterologische Zentren oder Einheiten gebildet, die sowohl Leistungen der Inneren Medizin als auch der Chirurgie beinhalten.

Letztlich spielt auch die Marktorientierung eine Rolle. Besonders private und freigemeinnützige Träger könnten die Vorgaben als Hindernis wahrnehmen, ihre strategischen und operativen Ziele effizient umzusetzen, was ihre Wettbewerbsfähigkeit beeinträchtigen könnte.

zu § 38

Alle bisherigen gesetzlichen Regelungen zur Arzneimittelkommission (AMK) sind ausreichend und zweckmäßig. Weiterer Ausführungen bedarf es nicht.

Hilfsweise merken wir Folgendes an:

Die einschränkende Vorschrift des Absatzes 2 sollte wieder gestrichen werden. Die Besetzung wird in Mecklenburg-Vorpommern abhängig von der Größe und Organisation eines Hauses unterschiedlich wahrgenommen. Bei Maximalversorgern werden teilweise die Mitglieder der Arzneimittelkommission auf Vorschlag des Vorstandes, der jeweiligen Direktoren und des leitenden Apothekers benannt, unter Berücksichtigung der zu gewährleistenden Fachexpertise. Sollten die Vorgaben nach Absatz 2 beibehalten werden, geben wir zu bedenken, dass die Regelung „für jede Fachrichtung des Krankenhauses jeweils eine leitende Ärztin oder ein leitender Arzt“ zu einer ausufernden und nicht realisierbaren Anzahl an Mitgliedern der Kommission führt – gerade, wenn Fachrichtung gleichbedeutend mit den 65 Leistungsgruppen ist.

In Absatz 4 ist – wie im derzeit geltenden LKHG – geregelt, dass die Arzneimittelkommission über alle im Krankenhaus zur Anwendung kommenden Arzneimittel, die nicht in der Liste

erfasst sind, zu unterrichten ist. Im Krankenhaus werden täglich nicht gelistete Arzneimittel per Sonderanforderung beschafft. Eine Information darüber an die AMK, die laut Gesetz nur mindestens zweimal jährlich tagt, hat keinerlei reglementierenden Nutzen. Die Vorschrift ist daher praxisfern und im Übrigen nicht in allen Häusern umsetzbar.

Des Weiteren ist festgelegt, dass die AMK vor der Durchführung klinischer Prüfungen von Arzneimitteln zu informieren ist. Die Arzneimittelstudien werden i.d.R. von den jeweiligen Fachbereichen eines Krankenhauses durchgeführt. Zustimmungspflichtiges Organ ist (sofern vorhanden) die Ethikkommission, nicht die AMK. Ein praktischer Nutzen einer vorherigen Information der AMK ist nicht erkennbar.

zu § 39

Die KGMV lehnt die verpflichtende Einführung von Stationsapothekern ab. Sie wird nicht durch das DRG-System abgedeckte Kosten in erheblicher Höhe verursachen. Auch hier wäre eine Finanzierungsverordnung durch das Land die logische Folge, um der Regelung überhaupt rechtlichen Bestand zu geben. Daher regen wir an, dass der Einsatz von Stationsapothekern auf der Grundlage einer Kostenübernahme durch das Land M-V bedarfsgerecht in den Krankenhäusern erfolgen kann.

In diesem Zusammenhang weisen wir aber auch darauf hin, dass ungeachtet der fehlenden Notwendigkeit, Stationsapotheker nicht in hinreichender Anzahl vorhanden sind, um die Vorgaben zu erfüllen. Da bei einer gesetzlich verpflichtenden Einsetzung mögliche Haftpflichtrisiken für die Krankenhausträger entstehen, wenn die entsprechenden Apotheker nicht vorgehalten und eingesetzt werden können, ist der Paragraph schon allein aus diesem Grund auf eine Freiwilligkeit umzustellen. Alternativ wäre eine Übernahmeerklärung des Landes hinsichtlich aller Haftpflichtrisiken erforderlich.

Sofern der Einsatz von Stationsapothekern gewünscht bleibt (auch bei Freiwilligkeit) regen wir eine inhaltliche Zusammenführung mit § 38 an (und zwar über ihre Erwähnung in § 38 Absatz 2 hinaus), um die Stationsapotheker nicht losgelöst vom Wirken der Arzneimittelkommission zu etablieren.

Abschnitt 5 – Notfallversorgung und besondere Gefahrenlagen

Im Hinblick auf die Umsetzung der CER-Richtlinie bzw. das deutsche KRITIS-Dachgesetz regen wir an, dass im Landeskrankenhausgesetz lediglich auf diese Regeln verwiesen wird, ohne Parallelregelungen zu etablieren.

Den Kommentierungen der einzelnen Paragraphen voranzustellen sind darüber hinaus die folgenden Punkte:

- die gesetzlichen Anforderungen (z. B. Vorratshaltung, Schulungen, regelmäßige Übungen, technische Infrastruktur) stellen eine erhebliche finanzielle Belastung für die Krankenhausträger dar

- das Krankenhauspersonal (insbesondere Ärzte) könnte in solchen Szenarien an andere Organisationen abgestellt werden, was den Betrieb des Krankenhauses zusätzlich belastet
- es bedarf klarer Regelungen, wie die Finanzierung durch das Gesundheitsministerium, den Katastrophenschutz oder andere Stellen übernommen wird
- eine engere Abstimmung mit beteiligten Organisationen (z. B. Rettungsdiensten, Leitstellen, THW, Polizei) sollte gesetzlich geregelt werden, um Doppelbelastungen und ineffiziente Prozesse zu vermeiden.

zu § 40

In Absatz 1 Satz 4 Nr. 1 sollte die Etablierung mehrerer geeigneter Anlaufstellen (neben der Notaufnahme) möglich sein. Beispielsweise können eine räumliche Trennung zwischen Psychiatrie und Somatik oder eine gesonderte Kindernotaufnahme betriebsorganisatorisch sinnvoll sein.

In Absatz 2 regen wir die Verbindung zu § 5 Absatz 5 an. Neben der Verlegung muss auch eine ggf. vom Versorgungsauftrag abweichende Anschlussversorgung in Ausnahmefällen ermöglicht werden.

Für die den Krankenhäusern durch Absatz 3 entstehenden Kosten ist eine Finanzierungsvereinbarung mit dem Land M-V zu schließen.

Weshalb das für Gesundheit zuständige Ministerium in Absatz 3 Satz 3 die Befugnis erhalten soll, in einer Rechtsverordnung auch die Verarbeitung personenbezogener Gesundheitsdaten für statistische und krankenhaushausplanerische Zwecke zu regeln, ist nicht nachzuvollziehen, ergibt sich im Übrigen auch nicht aus der Gesetzesbegründung (die Begründung zu Satz 3 auf Seite 115 der Drucksache 8/4870 bezieht sich offenbar auf Satz 5 des § 40) und ist strikt abzulehnen.

In Absatz 4 wird den Krankenhäusern einseitig eine Verpflichtung auferlegt, wenn das Behandlungskapazitätenachweis- und Zuweisungssystem für die Notfallversorgung und den Massenanfall von Verletzten nach der Notfallzuweisungsverordnung ausfällt. Zur Aufrechterhaltung der Kommunikationswege bedarf es aber keiner einseitigen Verpflichtung der Krankenhäuser, sondern ebenfalls einer Redundanz bei den Rettungsdiensten. Hierzu sollten zwischen Landesbehörden, Rettungsdiensten und Krankenhäusern abgestimmte Strukturen etabliert werden.

zu § 41

Absatz 1 bedingt die Bestellung eines Leiters für die Krankenhausalarm- und -einsatzplanung sowie eine Stellvertretung an jedem Standort. Sollte „an jedem Standort“ anhand der Standortdefinition gemeint sein, sollte hier die Regelung maximal auf die Hauptstandorte zutreffen. Weiterhin regen wir Ausnahmen bzw. verminderte Vorgaben für Fachkliniken und kleine Krankenhäuser an.

Die Kriterien, welche für den Begriff „Leiterin oder Leiter Krankenhausalarm- und -einsatzplanung“ angelegt werden, sind nicht definiert. Sollten hier Regelungen zu möglichen Zertifizierungen bestimmt werden, bedarf es zwingend entsprechender Übergangsregelungen, da die personellen Ressourcen begrenzt sind und die verzögerte Umsetzung nicht in der Verantwortung des Krankenhauses liegt. Neben den personellen Hürden, müssen ebenfalls die technisch-materiellen und strukturellen Vorbereitungen beachtet werden.

In Absatz 2 werden die Gefahrenlagen genannt, die ein Krankenhausalarm- und -einsatzplan mindestens beinhalten soll, sowie in Absatz 3 die damit zusammenhängenden organisatorischen und operativen Maßnahmen. Die Unterteilung in verschiedene Szenarien für die Einsatzplanung halten wir für sinnvoll. Jedoch sollten sehr spezielle Lagen an die dafür spezialisierte Infrastruktur gebunden werden, z. B. bei bioterroristischen Szenarien an eine spezialisierte Isolationseinrichtung. Zudem sind insbesondere Dekontaminationsstrecken und Sonderisolierstationen sowohl infrastrukturell als auch personell sehr kostenintensiv und können ohne die finanzielle Unterstützung des Landes nicht etabliert und unterhalten werden. Bei den oben benannten speziellen Lagen (chemisch, biologisch, radio-nuklear, bioterroristisch) sollten übergeordnete Risikoanalysen durch die zuständigen Behörden des Landes erfolgen und an das jeweilige Krankenhaus herangetragen werden. Des Weiteren sollte die Gefahrenlage des Ausfalls der Wasserversorgung (auch Abwasser) mit aufgenommen werden.

Einer Verordnungsermächtigung ohne Zustimmung der Legislative wie in Absatz 3 beschrieben, lehnt die KGMV vor dem Hintergrund der weitreichenden Bedeutung für den Bevölkerungsschutz ab.

Die im Gesetzentwurf der Landesregierung aufgenommene Aufzählung von Beispielen, was der Gesetzgeber unter den personenbezogenen Daten und den besonderen Kategorien personenbezogener Daten, die bereitgestellt werden sollen, versteht, ist deutlich zu weitgehend und sollte wieder gestrichen werden. Ansonsten würden hierdurch doppelte Strukturen und Meldewege geschaffen (z. B. die Meldung über den Intensivbettenbestand), die die bereits knappen Personalressourcen der Krankenhäuser zusätzlich strapazieren.

Die Prüfung der Alarmpläne durch einen unabhängigen Sachverständigen lehnen wir ab. Weder ist der Begriff rechtlich definiert noch sind derart hinreichende Sachverständige verfügbar. Als in der Praxis erprobt hat sich hingegen die in Absatz 5 teilweise erwähnte regelmäßige Abstimmung mit der örtlichen Feuerwehr sowie der unteren Katastrophenschutzbehörde. Hier ist ein Zeitraum von drei Jahren ausreichend, sofern nicht wesentliche betriebsorganisatorische Änderungen eine zeitnahe Abstimmung erfordern. Eine Verordnungsermächtigung lehnt die KGMV hier ab.

Die Möglichkeit zusätzlicher, weiterer organisatorischer und operativer Vorgaben ergänzend zu den in Absatz 3 aufgeführten Punkten sollten, wenn nicht anders möglich, so schlank und praktisch umsetzbar wie möglich gestaltet werden.

Soweit Veränderungen gegenüber dem bestehenden System der Krankenhausalarm- und Einsatzplanung nach Überarbeitung des Gesetzes Bestand haben, sind angemessene Übergangsfristen vorzusehen.

zu § 42

Die Formulierung in Absatz 1 Satz 1 ist hinreichend. Einer Verordnungsermächtigung (Satz 2) bedarf es nicht, zumal diese kompetenzrechtlich in Widerspruch zum Landeskatastrophenschutzgesetz stehen könnte. Es kommt wesentlich auf die genauen Gegebenheiten und Notwendigkeiten vor Ort an, die sehr unterschiedlich sein können. Hierfür sind unseres Erachtens die Landkreise bzw. kreisfreien Städte als deutlich besser geeignet anzusehen. Allgemeingültige Verordnungen des für Gesundheit zuständigen Ministeriums sind in diesem Punkt als nicht effizienzsteigernd oder qualitätssichernd zu bewerten.

Hinsichtlich Absatz 2 sollte eine dreijährige Übungspflicht (statt jährlich) genügen.

zu § 43

Die praktische Umsetzung der in Absatz 1 geregelten Vorhaltung von Reserven entsprechend § 30 der Apothekenbetriebsordnung ist eine Herausforderung für die Krankenhäuser, da Lagerflächen limitiert sind, sodass temperaturkontrollierte Lagerflächen angemietet bzw. baulich neu errichtet werden müssen. Dies bedarf zwingend einer Regelung zur Gegenfinanzierung. Darüber hinaus werden ggf. Systeme, die die zusätzlichen und zunächst über den täglichen Bedarf hinausgehenden Bestände organisatorisch strukturieren, benötigt, um die Nachhaltigkeit zu gewährleisten und unnötige Entsorgungen zu vermeiden.

Die Aufrechterhaltung der Notstromversorgung für 72 Stunden (Absatz 3) ist derzeit nicht möglich, da für einige Häuser die zur Verfügung gestellten Notstromaggregate eine Versorgung von nur 24 Stunden sicherstellen. Weiterhin kann die Notstromversorgung nur für ausgewählte Bereiche gesichert werden. Keinem Krankenhaus ist es möglich, die Elektrizität für alle Verbraucher über 24 Stunden zur Verfügung zu stellen. Für den Großteil der Krankenhäuser stößt die Bevorratung mit Heizöl für die Dieselaggregate außerdem an technische Grenzen, da die Tanks nicht beliebig erweitert werden können. Dazu müssten Tankgebäude o.ä. errichtet werden. Der Umschlag des Heizöls würde ebenfalls eine neue Herausforderung darstellen, da die Krankenhäuser das Heizöl nicht anderweitig verwerten können.

Eine diesbezügliche Aufrüstung bedarf einer entsprechenden zeitnahen Finanzierung und Umsetzung der Maßnahme.

Die in Absatz 3 Satz 1 Nr. 4 aufgeführte „Versorgung mit medizinischen Gasen“ erzeugt signifikante Kosten, da die Behälter (Tanks) Mietobjekte sind und regelmäßigen Prüfzyklen unterworfen werden müssen.

Zusammenfassend ist absehbar, dass die Erreichung der formulierten Ziele viel Geld und Zeit in Anspruch nehmen wird. Die Übergangsfrist in Satz 3 ist zu begrüßen, allerdings sind zwei Jahre im Hinblick auf den Umfang der Maßnahmen und die bekannten Probleme bei der Umsetzung von baulichen und technischen Maßnahmen (Planungs- und Genehmigungsdauer, Verfügbarkeit der handwerklichen und bautechnischen Unternehmen etc.) deutlich zu kurz bemessen. Eine Übergangsfrist von fünf Jahren ist realistisch. Bei einer nur zweijährigen Übergangsfrist ist zumindest eine Haftungsfreistellung erforderlich, falls die

Maßnahmen trotz aller Bemühungen seitens eines Krankenhauses nicht umgesetzt werden konnten.

zu § 44

Unklar bleibt – auch unter Zuhilfenahme des Begründungsteils – was der Gesetzgeber unter „über das reguläre Patientenaufkommen erheblich hinausgehende Patientenzahlen“ oder auch die erhebliche Einschränkung der Behandlungskapazitäten versteht. Hier bedarf es einer Konkretisierung.

Ungeachtet dessen kann das Landeskrankenhausgesetz in keinem Fall das Bundesarbeitsrecht durchbrechen. Insoweit laufen die Formulierungen teilweise ins Leere.

Die Entschädigungsregelung des Absatzes 5 ist grundsätzlich positiv zu werten. Allerdings ist die Formulierung, dass eine Entschädigung (nur) erfolgt, „soweit die Anordnung ein Sonderopfer abverlangt, das insbesondere auch über die Aufgaben nach diesem Abschnitt hinausgeht.“, unverständlich. Gerade die in § 44 genannten Anordnungen/Aufgaben (also solche des Abschnitts 5) sind Sonderopfer, die zwingend zu entschädigen sind (z. B. die Freihaltung von Behandlungskapazitäten).

Abschnitt 6 – Die Verarbeitung personenbezogener Daten im Krankenhaus

zu § 46

Laut Absatz 3 stehen die Krankenhäuser in der Pflicht, sicherzustellen, dass der Träger des Rettungsdienstes Zugriff auf die für das Qualitätsmanagement im Rettungsdienst notwendigen Daten und Diagnosen erhält. Dies betrifft Patientinnen und Patienten, die über den Rettungsdienst ins Krankenhaus eingeliefert wurden. Gleichzeitig soll eine Rechtsverordnung des für Gesundheit zuständigen Ministeriums genau definieren, welche medizinischen Daten zur Krankenbehandlung erhoben, gespeichert und weitergegeben werden müssen. Auch die Verarbeitung personenbezogener Daten oder besonderer Kategorien solcher Daten könnte dabei geregelt werden.

Eine klare Definition durch eine Rechtsverordnung ist zwar begrüßenswert, um Rechts- und Handlungssicherheit zu schaffen, birgt jedoch erhebliche Herausforderungen:

- Unklarheit über die Notwendigkeit der Daten: Es bleibt fraglich, wie Krankenhäuser beurteilen sollen, welche spezifischen Daten für das Qualitätsmanagement des Rettungsdienstes relevant sind. Ohne klare Vorgaben können Krankenhäuser weder den Umfang noch die Art der zu übermittelnden Daten verlässlich bestimmen.
- Bürokratischer Mehraufwand: Die Einführung neuer Anforderungen an die Datenerhebung und -weitergabe wird unweigerlich zu einer zusätzlichen administrativen Belastung für Krankenhäuser führen. Dies könnte nicht nur den personellen und finanziellen Aufwand erhöhen, sondern auch die ohnehin angespannte Lage im Gesundheitswesen weiter verschärfen.

- **Datenschutzrechtliche Implikationen:** Die Verarbeitung personenbezogener und besonderer Kategorien personenbezogener Daten erfordert höchste datenschutzrechtliche Standards. Die Umsetzung dieser Vorgaben könnte weiteren Aufwand für technische, organisatorische und juristische Maßnahmen bedeuten.

Fazit: Es ist dringend erforderlich, dass die Rechtsverordnung konkrete und praxisnahe Vorgaben enthält, um Krankenhäusern klare Handlungsanleitungen zu bieten. Dabei sollte der Nutzen für das Qualitätsmanagement im Rettungsdienst und die verhältnismäßigen Ressourcen der Krankenhäuser sorgfältig abgewogen werden. Andernfalls droht eine weitere Verschärfung des Bürokratieaufwands ohne messbaren Mehrwert für die Gesundheitsversorgung.

zu § 50

In Absatz 5 Satz 1 findet sich derzeit noch ein (vermutlich) falscher Verweis auf „§ 51 Absatz 1 Nummer 1“. Dies müsste richtigerweise wohl „§ 51 Absatz 1 Nummer 2“ lauten. Zum einen wird im restlichen Absatz immer ein Bezug zu § 51 Absatz 1 Nummer 2 (und/oder Nummer 3) hergestellt, außer in Satz 1. Zum anderen regelt Satz 1 das Widerspruchsrecht und in den folgenden Sätzen dann, was danach passiert. Wenn der Patient/die Patientin aber in Satz 1 der Verarbeitung "nach § 51 Absatz 1 Nummer 1" widerspricht, müsste in den Folgesätzen dann auch der Bezug zu § 51 Absatz 1 Nummer 1 hergestellt werden, was nicht der Fall ist. Im Übrigen macht eine voraussetzungsloses Widerspruchsrecht gegen eine Verarbeitung nach § 51 Absatz 1 Nummer 1 wenig Sinn, da die Daten dort vor der Übermittlung anonymisiert werden.

Fazit

Die KGMV betrachtet den Gesetzentwurf mit großer Sorge. Er ist von einem politischen Regulierungs- und Kontrollwillen geprägt und widerspricht der Finanzierungspflicht des Landes Mecklenburg-Vorpommern für seine Krankenhäuser. Das derzeit geltende Landeskrankenhausgesetz ist von einem deutlichen Pragmatismus gekennzeichnet und – jedenfalls aus unserer Sicht – eines der besten in Deutschland. Es ist kurz und prägnant. Dieser so wichtige Pragmatismus könnte nunmehr verloren gehen.

Der Entwurf des Landeskrankenhausgesetzes enthält zudem zahlreiche neue patientenferne Aufgaben und Pflichten und ist dazu geeignet, der eigentlichen medizinischen Versorgung Geld zur Erfüllung dieser Pflichten und Aufgaben zu entziehen. Damit würde sich die medizinische Versorgung zwangsläufig verschlechtern. Gleichzeitig versucht der Gesetzentwurf aber auch, aktuelle Probleme in der Investitionsförderung etc. zu lösen und nimmt (politisch) notwendige Aspekte der Bevölkerungsversorgung auf der Basis der aktuellen europäischen Situation in den Blick.

Das Gesetz wird nur dann Erfolg haben, wenn es gelingt, wesentliche Fehler jetzt im parlamentarischen Verfahren zu beseitigen und zudem überbürokratische Ausprägungen

abzuschwächen. In seiner vorliegenden Fassung ist es aber existenzgefährdend für die Krankenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern (s.a. das beigefügte Schreiben des Wirtschaftsprüfers). Die KGMV fordert die Landesregierung daher zu den in ihrer Stellungnahme aufgeführten Nachbesserungen auf und bietet zugleich ihr Fachwissen hierfür an. Den Landtag fordern wir auf, die weiteren Lesungen erst dann vorzunehmen, wenn zumindest die existenzgefährdenden Formulierungen des Gesetzes durch entsprechende Änderungen ersetzt worden sind.

Krankenhausgesellschaft
Mecklenburg-Vorpommern e.V.
z. Hd. Herrn Borchmann
Geschäftsführer
Wismarsche Str. 175
19053 Schwerin

Kiel, 30. Juni 2025

Ka/JM

Tel.: 0431 6666 866-8

(Mail: m.kaden@baltic-wpg.de)

Entwurf Landeskrankenhausgesetz Mecklenburg-Vorpommern

Sehr geehrter Herr Borchmann,

Sie hatten mir im Rahmen unserer Zusammenarbeit als langjähriger Wirtschaftsprüfer von Krankenhäusern in Mecklenburg-Vorpommern den Entwurf des neuen Landeskrankenhausgesetzes zur Kenntnis gegeben. Hierzu möchte ich Ihnen gegenüber eine kurze Einschätzung zu den §§ 22 und 25 abgeben, da in beiden Paragraphen vorgesehen ist, dass die Tätigkeit von Wirtschaftsprüfern bei der Bewilligung der künftigen Investitionspauschale einbezogen werden soll.

Voranstellen möchte ich explizit, dass meine nachfolgende Beurteilung keine gutachterliche Stellungnahme zu dem Gesetzesentwurf darstellt, sondern allein die persönliche Einschätzung eines einzelnen Wirtschaftsprüfers ausdrückt, der seit vielen Jahren auch die Jahresabschlussprüfung von Krankenhäusern durchführt und verantwortlich leitet.

Eine für alle Wirtschaftsprüferinnen bzw. Wirtschaftsprüfer geltende Aussage, Beurteilung und Empfehlung zu dem vorliegenden Gesetzesentwurf kann dagegen nur unser Berufsverband, das Institut der Wirtschaftsprüfer für Deutschland e.V. mit Sitz in Düsseldorf, treffen.

Geschäftsführer:

Michael H. Kaden
Dipl.-Kaufmann
Wirtschaftsprüfer
Steuerberater

Joachim Hoffmann
Dipl.-Sozialökonom
Wirtschaftsprüfer
Steuerberater

AG Kiel - HRB 14 52

Seite 2

Das IDW ist ein eingetragener Verein, der die Fachgebiete der Wirtschaftsprüfer sowie die Weiterentwicklung des Berufsbildes der Wirtschaftsprüferinnen und Wirtschaftsprüfer fördert und unterstützt und daher auch häufig als Sachverständiger in nationalen Gesetzgebungsverfahren hinzugezogen wird und, nach eingehender interner Erörterung auch in den entsprechenden vorgesehenen fachlichen Gremien (im vorliegenden Falle wäre der Krankenhausfachausschuss des IDW zuständig), die Auffassung des gesamten Berufsstandes in seinen Stellungnahmen ausdrückt.

Aus diesem Grunde möchte ich dringend empfehlen, das IDW in dem laufenden Gesetzgebungsprozess für das LKHG M-V noch als Sachverständigen hinzuzuziehen.

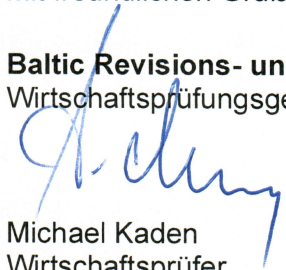
Ohne einer Stellungnahme des IDW daher vorzugreifen, möchte ich in eigener Beurteilung aber schon einmal darauf hinweisen, dass die Regelungen, die in § 22 Abs. 3 in Verbindung mit § 25 des Gesetzesentwurfes die Tätigkeiten der Wirtschaftsprüferinnen und Wirtschaftsprüfer betreffen, nach meiner Beurteilung so sehr auslegungs-bedürftig sind, dass sie ohne weitere Änderungen bzw. Konkretisierungen zu erheblichen Unsicherheiten sowohl bei den Krankenhäusern als auch bei deren Wirtschaftsprüferinnen bzw. Wirtschaftsprüfern führen werden mit der Folge, dass eine Bewilligung der Investitionspauschale an die Krankenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern damit künftig erheblich erschwert bzw. in vielen Fällen wohl gänzlich verhindert wird.

Auf eine tiefergehende Beschreibung der Schwierigkeiten bei der Auslegung der vorliegenden Regelungsentwürfe für die Wirtschaftsprüferinnen bzw. Wirtschaftsprüfer möchte ich an dieser Stelle verzichten und stattdessen die Einholung einer verbindlichen Stellungnahme des IDW als dem zuständigen Berufsverband der Wirtschaftsprüferinnen und Wirtschaftsprüfer empfehlen.

Für Rückfragen stehe ich Ihnen sehr gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Baltic Revisions- und Treuhand GmbH
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft



Michael Kaden
Wirtschaftsprüfer

Öffentliche Anhörung des Sozialausschusses am 09.07.2025

Fragenkatalog

Vorbemerkung:

Aus Sicht der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern ist der Fragenkatalog nicht geeignet, die Fehlaussagen des Gesetzes abzubilden. Wir empfehlen daher der Landesregierung und den Fraktionen dringend, unsere Stellungnahme chronologisch zu lesen und abzuarbeiten. Insoweit geben wir hier zum Fragenkatalog nur ausgewählte Hinweise und Bezüge an, die keinesfalls den tatsächlichen Änderungsbedarf darstellen können.

Besonders hinweisen möchten wir Sie zudem auf ein ebenfalls anliegendes Schreiben der Baltic Revisions- und Treuhand GmbH, welches unbedingt Berücksichtigung im weiteren Gesetzgebungsverfahren finden sollte.

Allgemein

1. Wie bewerten Sie den Gesetzentwurf grundsätzlich?

siehe das Begleitschreiben sowie Vorbemerkung und Fazit zur Stellungnahme

2. Welche konkreten Handlungsbedarfe sehen Sie?

siehe unsere detaillierte Stellungnahme

3. Welche konkreten Änderungsvorschläge haben Sie für den Gesetzentwurf?

Unsere Vielzahl von Änderungsvorschlägen ergeben sich aus der chronologischen Stellungnahme. Wir sind gerne bei der Findung passender Ersatzformulierungen behilflich.

4. Welche Chancen und Herausforderungen sehen Sie bei der Umsetzung des Gesetzentwurfs insbesondere für kleine und mittlere Krankenhäuser im ländlichen Raum?

Grundsätzlich folgt der Gesetzentwurf den aktuellen Bundesvorgaben und geht über sie hinaus. Aus unserer Stellungnahme kann die Bedeutung der einzelnen Paragraphen für die Krankenhäuser abgeleitet werden. Unabhängig davon erhöht das Gesetz, sofern es dem Entwurf entsprechend in Kraft tritt, das Insolvenzrisiko der kleinen und mittleren aber auch großen Krankenhäuser in nichtstaatlicher Trägerschaft, da diese die Auszahlungsvoraussetzungen für die Förderpauschalen nicht erfüllen können. Hier versucht die Landesregierung sich der Pflicht der dualen Finanzierung zu entziehen. Offensichtlich gibt es aufgrund des Begriffes „Fördermittel“ eine vollständig falsche Auffassung von der bestehenden Finanzierungspflicht. Wir möchten nochmal darauf hinweisen, dass die Länder gesetzlich verpflichtet sind, den Krankenhäusern die Investitionsmittel zur Verfügung zu stellen. Es handelt sich um eine Pflichtaufgabe. Insoweit muss hier nachgebessert werden.

5. Gibt es aus Ihrer Sicht Aspekte der Krankenhausplanung oder -struktur, die im Gesetzentwurf nicht ausreichend berücksichtigt wurden?

siehe Stellungnahme zu §§ 5 – 9, 37

Schwangerschaft/Schwangerschaftsabbruch

6. Wird die Aufnahme von hebammengeleiteten Kreißsälen sowie die flächendeckende Versorgung mit Schwangerschaftsabbrüchen im Sinne der Gleichstellung und Versorgungsrealität künftig verbindlich geregelt?

Die Krankenhausgesellschaft M-V plädiert für die Beibehaltung der abschließenden ärztlichen Entscheidungskompetenz bei stationären Geburten.

7. Welche Auswirkungen sehen Sie in Bezug auf die Gewährleistung der Gewissensfreiheit medizinischer Fachkräfte durch die Formulierung in § 30 zur Mitwirkung an Schwangerschaftsabbrüchen?

siehe Stellungnahme zu § 30

Ärztliche Weiterbildung

8. Warum wird die ärztliche Weiterbildung in der Krankenhausplanung (§ 5) nicht ausdrücklich als strukturprägendes Kriterium berücksichtigt, obwohl sie zentral für die Nachwuchssicherung ist – gerade im ländlichen Raum?

Die Motivation der Landesregierung für die Formulierung der einzelnen Paragraphen ist uns nicht bekannt.

Besondere Gefahrenlagen

9. Wie bewerten Sie die im Entwurf vorgesehenen erweiterten Befugnisse des Gesundheitsministeriums in besonderen Gefahrenlagen, insbesondere in Bezug auf Patientenzuweisung und Personalabordnungen?

siehe Stellungnahme zu § 44

Die falsche Finanzierungsformulierung kann zu Insolvenzen von Krankenhäusern führen. Die Landesregierung behält sich den steuernden Eingriff bei Gefahrenlagen vor, ohne im Gegenzug die Finanzierung zu regeln.

10. Halten Sie die im Gesetz verwendete Definition der „besonderen Gefahrenlage“ für ausreichend konkret und rechtlich klar abgegrenzt?

Die Krankenhäuser im Land werden mit und ohne diese Formulierung im Rahmen ihrer tatsächlichen Möglichkeiten die Versorgung der Bevölkerung auch in besonderen Gefahrenlagen sicherstellen.

Finanzierung und Wirtschaftlichkeit

11. Wie wird sichergestellt, dass die neue Investitionspauschale ab 2028 dem tatsächlichen Versorgungsbedarf insbesondere kleinerer, spezialisierter oder ländlicher Krankenhäuser gerecht wird?

Aus unserer Sicht fehlt es gerade an einer Sicherstellung. Die Investitionspauschalen sind in ihrer Gesamthöhe zu gering. Die Krankenhausgesellschaft M-V fordert schon seit Jahren die Verdreifachung des Haushaltsansatzes.

12. Welche Wirkung erwarten Sie vom Gesetz für die Stabilität und Wirtschaftlichkeit der Krankenhausversorgung, insbesondere vor dem Hintergrund der aktuellen Belastungen des Systems?

Das Gesetz verschlechtert die Stabilität und Wirtschaftslage der Krankenhäuser, insbesondere durch die Regelungen zu unerfüllbaren Wirtschaftsprüfertestaten (siehe hierzu das Schreiben des Wirtschaftsprüfers von der Baltic Revisions- und Treuhand GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft), zum Eingriff in die Gesellschafterfreiheiten und durch die Schaffung zusätzlicher patientenferner Arbeitsaufgaben. Die Details finden Sie in der Stellungnahme.

13. Wie hoch beziffern Sie das derzeitige (jährliche) Delta bei der Investitionskostenförderung des Landes?

siehe Stellungnahme zu § 10 (Delta = ca. 100 Mio. Euro pro Jahr)

14. Sehen Sie die Gegenfinanzierung für die zusätzlichen Aufgaben und Stellen (z.B. Patientenfürsprecher, Qualitätsbeauftragte, Stationsapotheker) gesichert bzw. wie bewerten Sie diese?

siehe Stellungnahme zu §§ 30, 32, 34, 36, 39, 40, 43

Datenverarbeitung, Digitalisierung und Bürokratieabbau

15. Wie wird sichergestellt, dass die durch das Gesetz angestrebte Digitalisierung tatsächlich genutzt wird, um sektorenübergreifende Versorgung und Versorgungssteuerung zu verbessern – etwa durch einheitliche IT-Schnittstellen, Datenstandards oder telemedizinische Infrastruktur?

Das Gesetz kann dies nicht sicherstellen.

16. Wie beurteilen Sie die im Gesetz vorgesehenen Regelungen zur Verarbeitung von Gesundheitsdaten im Hinblick auf Datenschutz, Patientenschutz und Zweckbindung?

siehe Stellungnahme zu §§ 46, 50

17. Welche praktischen Folgen erwarten Sie von den im Entwurf enthaltenen Melde- und Nachweispflichten für die Krankenhausverwaltungen?

siehe Stellungnahme zu §§ 9, 33

18. Führt der Gesetzentwurf tatsächlich zu einem Bürokratieabbau bei den Krankenhäusern?

Nein! siehe Stellungnahme zu §§ 6, 9, 22, 46

Versorgungsaspekte

19. Müsste im Sinne einer sektorenübergreifenden Versorgung in die künftige Krankenhausplanung auch die ambulante Bedarfsplanung miteingeplant werden?

Der Versuch, den Mangel an niedergelassenen Ärzten durch staatliche Eingriffe in das System zu steuern, wird fehlschlagen. Anders als Krankenhausträger – und in der Endkonsequenz Landkreise/kreisfreie Städte – ist der einzelne niedergelassene Arzt nicht zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung verpflichtet. Vor diesem Hintergrund kann ein Planungsgedanke hier nur dahingehend greifen, dass Krankenhäuser stets umfassend an der ambulanten fachärztlichen Versorgung teilnehmen können. Die Regelung kann nur bundesrechtlich erfolgen.

20. Welche konkreten Durchsetzungsmechanismen sind vorgesehen, wenn Krankenhäuser der im Gesetz geforderten diskriminierungsfreien und barrierearmen Versorgung (§ 29) nicht nachkommen?

Die Priorität der Krankenhäuser liegt vor allem auf einer bestmöglichen medizinischen Versorgungsqualität. Die Verbesserung der Barrierefreiheit erfordert zusätzliche finanzielle Mittel. Diese sollte das Land bereitstellen, damit sie nicht der medizinischen Versorgung entzogen werden. Die Diskriminierungsfreiheit ist für unsere Krankenhäuser selbstverständlich.

21. Sind die Regelungen zur Notfallversorgung im Entwurf aus Ihrer Sicht geeignet, die Erreichbarkeit und Versorgungsqualität in der Fläche dauerhaft sicherzustellen?

Grundsätzlich ist die Sicherstellung der Notfallversorgung mit einer Erreichbarkeit von 30 Minuten in M-V aufgrund der bundesrechtlichen Vorgaben nicht mehr flächendeckend erfüllbar! Insoweit verschärfen eigene landesrechtliche Regelungen die Problematik zusätzlich.

(siehe Stellungnahme zu § 40)

22. Wie realistisch ist aus Ihrer Sicht die flächendeckende Umsetzung der im Entwurf vorgesehenen Stationsapotheker in allen Krankenhäusern?

Unrealistisch und versorgungsgefährdend. (siehe Stellungnahme zu § 39)

Gesamtfazit:

Das Gesamtfazit entnehmen Sie bitte unserer ausführlichen Stellungnahme.