

Ausschussdrucksache
(03.07.2025)

Inhalt

VDEK Verband der Ersatzkassen –

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

Öffentliche Anhörung des Sozialausschusses des Landtages Mecklenburg-Vorpommern am 9. Juli 2025

zum Gesetzentwurf der Landesregierung

„Entwurf eines Krankenhausgesetzes für das Land Mecklenburg-
Vorpommern“ (Landeskrankenhausgesetz – LKHG M-V)

- Drucksache 8/4870 -

Stellungnahme der vdek-Landesvertretung

Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) vertritt die Interessen der Ersatzkassen und somit von über 722 TSD (circa 49 Prozent) gesetzlich krankenversicherten Bürgerinnen und Bürgern in Mecklenburg-Vorpommern.

Vorbemerkung

Mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf soll den aktuellen Entwicklungen und Herausforderungen in der Krankenhausversorgung Rechnung getragen werden. Insbesondere der demografische Wandel, der damit einhergehende Fachkräftemangel bei gleichzeitiger komplexerer Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung und die besonders ländlich geprägten Strukturen in einem Flächenland stellen das Land Mecklenburg-Vorpommern vor große Herausforderungen.

Aufgrund der Krankenhausreform auf Bundesebene – insbesondere des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) – soll auch in Mecklenburg-Vorpommern eine Reform der Krankenhausversorgung erfolgen.

Der Entwurf des LKHG M-V zeigt die Bedeutung auf, die erheblichen Herausforderungen der Sicherstellung der Versorgung gemeinsam zu meistern. Nur so wird es gelingen, alle Beteiligten transparent und von Beginn an einzubeziehen.

Wir haben uns entschieden, unsere schriftliche Stellungnahme nicht Frage für Frage, sondern anhand der jeweiligen Themenblöcke abzugeben, da nicht alle Punkte durch uns beantwortbar sind und sich zudem Doppelungen so vermeiden oder zumindest reduzieren lassen.

Allgemein

Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) begrüßt, dass mit diesem Gesetzentwurf die Reform der Krankenhausversorgung auch in Mecklenburg-Vorpommern vollzogen wird und ein Umstieg auf eine Krankenhausplanung nach Leistungsgruppen erfolgen soll. Ebenso wird unterstützt, dass mit dem LKHG M-V die Stärkung der Patientensicherheit, die Modernisierung der Krankenhausplanung sowie die Entbürokratisierung der Investitionsfinanzierung des Landes verfolgt werden. Zu einem Teil der mit dieser Anfrage verbundenen Fragestellungen kann allerdings aufgrund der fehlenden Konkretisierung, die sich erst später aus Rechtsverordnungen ergeben, keine abschließende Bewertung vorgenommen werden.

Mit der Krankenhausreform werden unterstützenswerterweise als Ziele u. a. die Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität, die Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung für Patientinnen und Patienten sowie die Steigerung der Effizienz in der Krankenhausversorgung verfolgt.

In diesem Zusammenhang soll auch die sektorenübergreifende Versorgungsorganisation gestärkt werden. Daher müssen Erkenntnisse über ambulante

Versorgungsstrukturen einbezogen werden. Vor diesem Hintergrund wird vorgeschlagen, im § 5 Abs. 3 Satz 3 wie folgt zu formulieren:

Erkenntnisse über ambulante Versorgungsstrukturen können sollen hierbei einbezogen werden.

Grundsätzlich wären zudem eine klarere sektorenübergreifende Vernetzung sowie geeignete Strukturen und Vorgehen wünschenswert, die eine moderne und Sektorengrenzen überwindende Versorgung ermöglichen.

Eine Festschreibung des Versorgungsplans des jeweiligen Krankenhauses erfolgt im Krankenhausplan entsprechend der nach § 6 festgelegten Planungssystematik. Daneben kann eine Zuweisung von Schwerpunkten und Zentren, besonderer Aufgaben und die Festlegung der Zusammenarbeit des Krankenhauses mit anderen Krankenhäusern oder anderen Leistungsträgern der gesundheitlichen Versorgung erfolgen.

Die Universitätsklinika in Deutschland nehmen eine Sonderrolle mit erweitertem Leistungsspektrum und Zusatzaufgaben ein, insbesondere bei der Koordination der regionalen Versorgung und der Unterstützung der anderen Krankenhäuser über Zentren und Telemedizin. Dies gilt teilweise auch für die Universitätsmedizin in Greifswald und Rostock.

Um einheitlichen Planungskriterien diskriminierungsfrei folgen zu können, wird vorgeschlagen, den letzten Satz im § 6 Abs. 5 anzupassen und wie folgt zu formulieren:

Maßnahmen, die die Universitätsmedizin Greifswald oder die Universitätsmedizin Rostock betreffen, ergehen im Benehmen mit dem für Wissenschaft zuständigen Ministerium.

Schwangerschaft/Schwangerschaftsabbruch

Den besonderen Bedürfnissen in der Versorgung der konkreten Patientengruppe „Schwangere“ wird im Hinblick auf die Aufnahme von hebammengeleiteten Kreißsälen sowie einer entsprechenden Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen im Sinne der Gleichstellung und Versorgungsrealität Rechnung getragen. Diese Überlegungen werden daher grundsätzlich unterstützt.

In § 30 Abs. 7 wird auf das Angebot von rechtlich zulässigen Schwangerschaftsabbrüchen eingegangen. Schwangerschaftsabbrüche dürfen nach § 13 Abs. 1 Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) nur von Einrichtungen vorgenommen werden, in denen auch die notwendigen Nachbehandlungen gewährleistet sind. Eine gesetzliche Festlegung, für derartig sensible medizinische Eingriffe, die weder Qualität noch Erfahrung und Patientenbedarfe berücksichtigt, ist abzulehnen.

Daher wird vorgeschlagen, diesen Absatz zu streichen oder mit einer Formulierung sicherzustellen, dass die notwendige Qualität eingehalten wird.

Ärztliche Weiterbildung

Die geregelte Verpflichtung zur Zusammenarbeit der Krankenhäuser ist ausdrücklich zu unterstreichen und zu unterstützen, um die Aus- und Weiterbildung auch zukünftig sicherzustellen. Die besondere Verpflichtung der Universitätsmedizin wird hierbei herausgehoben. Ebenso die Möglichkeit, auch länderübergreifend tätig zu werden. Derzeit arbeiten beide Universitäten des Landes mit einer Vielzahl an Lehrkrankenhäusern erfolgreich zusammen.

Die Verbundweiterbildung sollte gestärkt und forciert werden, um eine strukturierte Weiterbildung für Ärztinnen und Ärzte zu ermöglichen. Ziel sollte es sein, eine lückenlose und wohnortnahe Weiterbildung über die gesamte Dauer zu gewährleisten.

Besondere Gefahrenlagen

Im Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie haben alle im Gesundheitswesen relevanten Gruppen eine Vielzahl an neuen, für zukünftige pandemische Herausforderungen relevante Erfahrungen sammeln können. Dies gilt in besonderem Maße auch für die Krankenhäuser. Fanden sich bislang im LKHG M-V keine speziellen Regelungen zu „Besonderen Gefahrenlagen“, so erscheint eine entsprechende Regelung mit Blick auf die nahe Vergangenheit sinnvoll. Die erweiterten Befugnisse sind dabei zeitlich zu befristen - damit ist eine entsprechende „Schutzfunktion“ sichergestellt.

Finanzierung und Wirtschaftlichkeit

Es ist festzustellen, dass ohne Vorliegen der entsprechenden Rechtsverordnung derzeit noch keine abschließende Stellungnahme zu den Festlegungen der Investitionsförderung abgegeben werden kann. Der vdek begrüßt die vorgesehene Umstellung der Investitionsfinanzierung des Landes auf Investitionspauschalen. Eine in Abhängigkeit der erbrachten Leistungen an die Krankenhausstandorte ausgezahlte Investitionspauschale kann ein gerechtes und transparentes Verteilungssystem darstellen.

Voraussetzung hierfür aber ist, dass die vom Land zur Verfügung gestellten Investitionsmittel auch dem tatsächlichen Investitionsbedarf der Krankenhäuser entsprechen. Dies ist in der Vergangenheit leider nicht der Fall gewesen, was sowohl von den Krankenhäusern als auch den Ersatzkassen wiederholt kritisiert wurde.

Bekanntermaßen werden die Krankenhäuser in Deutschland über zwei Säulen (Duale Finanzierung) finanziert. Die Krankenkassen (GKV) tragen die laufenden (Betriebs-) Kosten, z. B. für die abgerechneten medizinischen Leistungen und für das Krankenhauspersonal. Die Bundesländer hingegen sind verpflichtet, die Investitionen in tatsächlicher Höhe zu finanzieren. Dieser Pflicht kommen sie seit

vielen Jahren nicht mehr nach. Die Investitionen der Bundesländer liegen, im Vergleich zu den Gesamtausgaben der GKV, deutlich unterhalb von 4 Prozent. Für Mecklenburg-Vorpommern ist davon auszugehen, dass ca. 150 Mio. Euro jährlich an Krankenhausinvestitionen notwendig wären.

Bliebe es also bei einem unzureichenden Investitionsmittelfluss würde auch die inhaltlich richtige Einführung von Investitionspauschalen zu keiner Verbesserung der Situation der Krankenhäuser führen. Ohne ein ausreichendes Volumen an Fördermitteln wird vielmehr die Verantwortung der Priorisierung von Investitionsmaßnahmen an die Krankenhausträger übergeben, mit der Folge, dass notwendige Investitionen nicht oder nur in unzureichendem Maße erfolgen.

Grundsätzlich positiv bewerten wir darüber hinaus die Berücksichtigung einer Förderhistorie, um einen zumindest halbwegs gleichwertigen Start aller Krankenhäuser zu ermöglichen. Da die hier für die Anwendung vorgesehenen Berechnungsinstrumente ebenfalls erst in einer Rechtsverordnung konkretisiert werden sollen, ist eine abschließende Bewertung allerdings auch hier aktuell nicht möglich. Entsprechend § 22 Abs. 2 Nr. 1 wird ab 1. Januar 2028 die gewährte Investitionspauschale als Festbetrag zugewiesen. Dieser soll sich im Verhältnis zu den im Vorvorjahr erbrachten Krankenhausleistungen des Krankenhausstandortes bemessen. In welchem Verhältnis die erbrachten Krankenhausleistungen hierbei herangezogen werden, bleibt allerdings unklar. Insbesondere für bedarfsnotwendige Krankenhäuser der Grundversorgung könnte dies ein erheblicher Nachteil sein, wenn nur auf das Mengenvolumen abgestellt wird. Um eine Benachteiligung kleinerer Häuser zu vermeiden, sollte die Regelung im Gesetz oder per Rechtsverordnung entsprechend ausgestaltet sein.

Nach § 22 Abs. 5 sind die Krankenhausträger zudem verpflichtet, die Festbeträge bis zur zweckentsprechenden Verwendung auf einem gesonderten Bankkonto (Treuhandkonto) mündelsicher anzulegen. Dies soll ausweislich der Begründung zur insolvenzfesten Sicherung der Ansprüche des Landes im Hinblick auf die von ihm ausgereichten Fördermittel dienen.

Vor diesem Hintergrund wird angeregt, die Absicherung für den Fall der Insolvenz eines Krankenhausträgers hier deutlicher hervorzuheben.

Mit Blick auf die Gesetzeswirkung hinsichtlich der Stabilität und Wirtschaftlichkeit der Krankenhausversorgung lässt sich zunächst feststellen, dass die Regelungen des zukünftigen § 23 im Wesentlichen den Ausführungen des aktuell gültigen § 19 LKHG entsprechen. Krankenhäuser können somit Ausgleichszahlungen erhalten, soweit diese für die Einstellung des Krankenhausbetriebes oder der Erleichterung seiner Umstellung auf andere Aufgaben erforderlich sind. Bisher nicht geregelt sind die durch die Krankenhausreform neuen Möglichkeiten für die Krankenhausträger zur sektorenübergreifenden Versorgung (z. B. Level-1i), sowie die Frage, welche Rolle hierbei die Mittel des Transformationsfonds spielen können.

Es sollte hier die anteilige und ggf. vollständige Finanzierung des Landes von Umwandlungsvorhaben in Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (SVE) integriert werden. Damit würde der Situation Rechnung getragen, dass für die Versorgung von unmittelbar hoher Bedeutung betroffene Umwandlungsvorhaben

auch realisiert werden können, wenn das für den Transformationsfonds zuständige BAS Fördermittel streicht oder ablehnt.

Die Ausführungen zur Versorgungsverpflichtung sind zukünftig im Wesentlichen an die bisherigen Regelungen des § 4 LKHG angelehnt bzw. von dort übernommen. Zu begrüßen ist dabei, dass in § 29 Abs. 1 noch einmal eine patientenzentrierte, diskriminierungsfreie und barrierefreie Behandlung betont wird.

Mit dem zukünftigen LKHG sind für die Krankenhäuser verschiedene zusätzliche Aufgaben sowie auch die Schaffung neuer Stellen verbunden. Auf Grundlage der Empfehlungen des Patientenbeauftragten der Bundesregierung sollen bspw. in Mecklenburg-Vorpommern in allen Krankenhäusern Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher eingeführt werden. Die Möglichkeit einer niedrigschwelligen und unabhängigen Beratung, um auf Missstände oder Probleme hinweisen zu können und somit auch zur Verbesserung der Versorgung beizutragen, wird seitens des vdek grundsätzlich unterstützt.

Die Finanzierung nach dem KHG durch die GKV scheidet allerdings ausdrücklich aus. Damit verbunden gilt auch – wie auch für andere nicht versorgungsrelevante Aufgaben und Personalstellen – dass laufende Betriebsmittel der Krankenhäuser nicht zum Einsatz kommen und somit der Versorgung nicht entzogen werden dürfen.

Es sollte daher im konkreten Fall geprüft werden, ob mit der bisherigen Regelung im § 7 Abs. 1 LKHG, welche vorsieht, dass der Krankenhausträger eine organisatorisch konkret benannte Stelle für Beschwerden einrichtet, nicht dasselbe Ziel bürokratieärmer erreicht wird.

Die im Gesetz vorgesehenen Regelungen zur Verarbeitung von Gesundheitsdaten bewerten wir im Hinblick auf Daten- und Patientenschutz sowie Zweckbindung als ausreichend und zweckmäßig. Nicht zuletzt auch, da die Krankenhäuser die entsprechenden Daten ohnehin vorhalten müssen. Auch erkennen wir das Ziel eines (weiteren) Bürokratieabbaus, der aus unserer Sicht beispielsweise durch die Einführung der Investitionspauschalen vorankommen dürfte, an.

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, können wir aktuell noch nicht abschließend erkennen. Dies kann das Gesetz aus unserer Sicht nicht leisten. Die Ersatzkassen werden aber auch zukünftig qualitäts- und versorgungssichernde bzw. -optimierende Maßnahmen dort unterstützen und anmahnen, wo sie den Versicherten in den Krankenhäusern des Landes zugutekommen können.

Versorgungsaspekte

Wie weiter oben bereits dargestellt, sind sektorenübergreifende Strukturen und Planungen für eine zukunftsfähige Versorgung der Versicherten im Land von großer Bedeutung. Daher sollten die entsprechenden (Bedarfs-)Planungen auch miteinander verknüpft und entsprechend gemeinsam betrachtet werden.

Mit Blick auf die Notfallversorgung ist festzustellen, dass die vorgesehene Einfügung der Verpflichtung, dass Leistungen in der fachlich gebotenen Qualität und dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechend zu erbringen sind, ausdrücklich zu begrüßen ist. Gleiches gilt für den Hinweis auf die bundesweiten Regelungen zur Qualitätssicherung.

Entsprechend § 6a Abs. 4 KHG kann die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen einem Krankenhaus Leistungsgruppen zuweisen, obwohl die für diese Leistungsgruppen jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien nicht erfüllt sind, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich und nicht durch Bundesrecht ausgeschlossen ist. Insoweit stellt sich die Frage, ob in das zukünftige LKHG ein entsprechender Passus aufzunehmen ist, der diese Möglichkeit aufgreift, um eine fehlerfreie Ermessensentscheidung treffen und rechtfertigen zu können. Ein solcher Passus könnte in § 34 eingefügt werden und beispielsweise wie folgt lauten:

Zur Wahrung gleichwertiger Lebensverhältnisse der Bevölkerung kann das für Gesundheit zuständige Ministerium unbefristete Ausnahmegenehmigungen gemäß § 6a Abs. 4 KHG, im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, erteilen. Voraussetzung ist, dass die Qualität der zugewiesenen Versorgung, nach einem zwischen Ministerium und dem betroffenen Krankenhaus vereinbarten Zeitraum, den Anforderungen der mit den Leistungsgruppen korrespondierenden Qualitätskriterien entspricht. Dabei ist im Sinne der Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse auf bundesweit einheitliche Regelungen zu achten. Die Entscheidungen und Begründungen für die Erteilung unbefristeter Ausnahmen werden den an der Krankenhausplanung unmittelbar Beteiligten gemäß § 8 Abs. 1 LKHG M-V nach dem Prozess der Benehmens-Herstellung gemäß KHG, schriftlich und transparent dargelegt.

Wie bereits zuvor an anderer Stelle dargestellt, sind im Landeskrankenhausgesetz keine Angaben zur Bereitstellung von (zusätzlichen) Finanzmitteln aufgeführt. Die in § 41 und 42 aufgeführten Maßnahmen zur Bestellung einer Leiterin oder eines Leiters Krankenhausalarm- und -einsatzplanung sowie deren Stellvertretung werden unsererseits dem Katastrophenschutz zugeordnet. Wir gehen dabei zudem davon aus, dass die hierfür notwendigen Kosten durch das Land bzw. die für Katastrophenschutz zuständige Behörde finanziert werden. Es muss ausgeschlossen werden, dass hierfür erneut laufende Betriebsmittel des Krankenhauses (siehe duale Finanzierung) genutzt und somit der Krankenversorgung entzogen werden.

Ebenfalls einen Versorgungsaspekt stellt die vorgesehene, flächendeckende Einführung von Stationsapothekerinnen und -apothekern in den Krankenhäusern

dar. Zusätzlich zu den bereits geschärften Regelungen der Arzneimittelkommission in § 38 (vormals § 31 LKHG) sollen nunmehr auch in jedem Krankenhaus in ausreichender Zahl Apothekerinnen oder Apotheker als Beratungspersonen für die Stationen eingesetzt werden. Der Bedarf an entsprechenden Stationsapothekerinnen und Stationsapothekern ist abhängig von der Größe und Struktur des Krankenhauses. Zudem ist dabei zu beachten, dass der Einsatz teilweise auch telemedizinisch oder in Kooperation mit anderen Krankenhäusern erfolgen kann. Ferner ist zu bedenken, dass Klinische Pharmazie eine mindestens dreijährige Weiterbildung im Fachgebiet ist und keine Kenntnis darüber besteht, in welcher Größenordnung Fachkräfte für einen sofortigen Einsatz in den Krankenhäusern des Landes zur Verfügung stehen.

Der vdek begrüßt grundsätzlich die Bestrebungen, die Arzneimittelsicherheit und Wirtschaftlichkeit in Krankenhäusern zu erhöhen. Mit Blick auf die Fachkräftediskussion sowie den Kontrollaufwand, der durch die neue Regelung geschaffen wird, drängt sich allerdings die Frage auf, ob das Ziel nicht auch anders erreicht werden kann. Ebenso unbeantwortet ist, wie die zusätzliche Finanzierung der neuen Aufgabe erfolgen soll, zumal die in der Begründung geschätzten Kosten als zu gering angesehen werden. Einen Einsatz von GKV-Mitteln lehnen wir an dieser Stelle ausdrücklich ab.