

Ausschussdrucksache
(03.07.2025)

Inhalt

Landesfrauenrat M-V –

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

Landesfrauenrat M-V e.V. / Heiligengeisthof 3 / 18055 Rostock

Landtag Mecklenburg-Vorpommern
Ausschuss für Soziales, Gesundheit und Sport
Lennéstraße 1
19053 Schwerin

Flora Mennicken
Vorsitzende

Monique Tannhäuser
Geschäftsführerin

Heiligengeisthof 3
18055 Rostock

03. Juli 2025

Telefon 0381 – 490 24 42
tannhaeuser@landesfrauenrat-mv.de
www.landesfrauenrat-mv.de

**Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung des Sozialausschusses zum Entwurf eines
Krankenhausgesetzes für das Land Mecklenburg-Vorpommern (Landeskrankenhausgesetz –
LKHG M-V) - Drucksache 8/4870 -**

Sehr geehrte Frau Hoffmeister, sehr geehrte Ausschussmitglieder,

ich bedanke mich für die Einladung zur Ausschussanhörung und die Möglichkeit zur schriftlichen Stellungnahme. Als größter gleichstellungspolitischer Dachverband in Mecklenburg-Vorpommern befassen wir uns insbesondere mit den gleichstellungs-, frauen- und familienbezogenen Aspekten der Krankenhausversorgung. Soweit es uns inhaltlich geboten schien, haben wir auch über diesen thematischen Schwerpunkt hinausgehende Fragen beantwortet.

Mit freundlichen Grüßen



Monique Tannhäuser
Geschäftsführerin

Allgemein

1. *Wie bewerten Sie den Gesetzentwurf grundsätzlich?*
2. *Welche konkreten Handlungsbedarfe sehen Sie?*

Um das im „Zielbild Geburtshilfe und Pädiatrie 2030“ geforderte Ziel einer flächendeckenden geburtshilflichen Versorgung zu erreichen, besteht konkreter Handlungsbedarf auf mehreren Ebenen. Notwendig sind vor allem eine nachhaltige Finanzierung der geburtshilflichen Abteilungen, die Einführung von Sicherstellungszuschlägen für kleine und mittlere Kliniken sowie die Verbesserung der Arbeitsbedingungen und eine angemessene Personalbemessung für Hebammen, etwa durch eine 1:1-Betreuung. Zudem müssen innovative Transportkonzepte und verbindliche Verlegungsrichtlinien geschaffen werden, um auch in ländlichen Regionen eine gute Erreichbarkeit sicherzustellen. Wesentlich ist außerdem, die Vielfalt der Versorgungslandschaft zu erhalten und alle relevanten Berufsgruppen – insbesondere Hebammen – in die Weiterentwicklung der Strukturen einzubeziehen. Nur durch diese Maßnahmen kann eine sichere, wohnortnahe und frauenzentrierte Geburtshilfe flächendeckend gewährleistet werden.

3. *Welche konkreten Änderungsvorschläge haben Sie für den Gesetzentwurf?*

§8 Beteiligte, Abs. 2

Als „weitere Beteiligte“ empfehlen wir ausdrücklich, den Landeshebammenverband oder eine adäquate Vertretung (z.B. Amtshebamme) aufzuführen.

Die Geburtshilfe zählt zu den basisversorgungsrelevanten Leistungen eines Krankenhauses, die u.a. spezielle planungsrelevante Qualitätsindikatoren erfüllen muss, um bundesweit einheitliche Standards zu gewährleisten. Darüber hinaus erfordert die Geburtshilfe oft eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit, z.B. mit der Kinder- und Jugendmedizin, was bei der Krankenhausplanung berücksichtigt werden muss. Auch die spezifisch strukturellen und personellen Voraussetzungen, wie z.B. die Möglichkeit einer 1:1-Betreuung während der Geburt, sind planerisch zu berücksichtigen.

Obwohl in Folge der Verbandsanhörung die Zahl der von den „unmittelbar Beteiligten“ zu benennenden Personen von zwei auf vier erhöht wurde, wurde die Aufnahme einer Hebammenvertretung Als „weitere Beteiligte“ mit der Begründung abgelehnt, dass eine größere Gruppe die Entscheidungsfindung verzögern könnte. Um diesen Widerspruch zu beheben, empfehlen wir erneut, die Hebammenvertretung als weitere Beteiligte aufzunehmen.

§30 Versorgung von Patientinnen und Patienten mit besonderen Bedürfnissen, Abs. 1

Wir empfehlen die Umformulierung des Absatz 1 (ersetzende Änderungen sind kursiv markiert):

Die Krankenhäuser ergreifen geeignete Maßnahmen, *auf Grundlage diesbezüglich existierender strategischer Ziele auf Bundes- und Landesebene*, um den *Bedürfnissen und davon abgeleiteten* Bedarfen von Frauen *und Familien* vor, während und nach der Geburt ihres Kindes Rechnung zu tragen. Insbesondere ~~sollen~~ *müssen* die Maßnahmen dazu beitragen, ~~die Geburt möglichst interventionsarm zu gestalten~~ *eine physiologische Geburt zu ermöglichen* und das Selbstbestimmungsrecht der Frau während der Geburt zu wahren. *Familien* sind nach der Geburt ihres Kindes auf *Hebammenbetreuung*, Angebote der Wochenpflege sowie Beratungsangebote ~~insbesondere~~ aus dem Bereich der Frühen Hilfen hinzuweisen oder auf Wunsch der Patientin zu vermitteln. Krankenhausträger sollen mit Familienhebammen und Familien-, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pflegern zusammenarbeiten oder können eigene Familienhebammen und Familien-, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger vorhalten.

Zur Begründung:

Die sehr vage Formulierung „geeignete Maßnahmen“ sollte näher spezifiziert werden. Dies kann mit dem Verweis auf existierende Zielvorgaben auf Bundes- und Landesebene (z.B. das Zielbild Geburtshilfe und Pädiatrie 2030, das Nationale Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“) erfolgen. Insofern sollte dieser als Grundlage für zu treffende Maßnahmen im Gesetzestext verbindlich verankert werden. Im Begründungsteil erlangt er keinerlei verbindliche Wirkung.

Abweichungen vom Selbstbestimmungsrecht der Frau sind in keinem Szenario hinnehmbar. Insofern kann in dem entsprechenden Satz nur eine Muss-Bestimmung formuliert werden.

Die Formulierung „möglichst interventionsarm“ lässt zu viel Interpretationsspielraum. Ziel aller Maßnahmen muss die Ermöglichung einer physiologischen Geburt sein, denn diese dient der Erhaltung und Stärkung der Gesundheit von Mutter und Kind.

Zielgruppe für die Versorgung rund um die Geburt sind nicht nur schwangere/gebärende Frauen, sondern auch deren familiäre Bezugspersonen, da auch bei ihnen ein Teil der Verantwortung für das Neugeborene liegt. Der alleinige Fokus auf Frauen impliziert und verstärkt eine geschlechterstereotype Arbeitsteilung, wonach in allererster Linie die biologische Mutter für Schwangerschaft und Versorgung des Kindes zuständig sei.

§ 32 Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher, Abs. 3

Die Änderung der ursprünglich verbindlichen Regelung zur Bestellung der Patient*innenfürsprechernden in eine Kann-Vorschrift sehen wir hinsichtlich ihrer Umsetzungswirkung sehr kritisch. Wie empfehlen daher, die ursprünglich vorgesehene Verpflichtung der Landkreise und kreisfreien Städte wieder einzuführen.

Die Zahlung einer Entschädigung sollte abweichend von §17 der Entschädigungsverordnung mindestens als Soll-Bestimmung formuliert werden. Die Funktion der Patient*innenfürsprechernden ist mit einem nicht unerheblichen Aufwand verbunden (z.B. feste Sprechzeiten, jährlicher Bericht), der eine verbindliche Entschädigung mehr als rechtfertigt. Das würde nicht nur die Wertschätzung der bedeutenden Arbeit zum Ausdruck bringen, sondern auch das Ehrenamt attraktiver machen und langfristig die Qualität der Patient*innenvertretung gewährleisten. Auch andere kommunale Wahlämter – etwa Mitglieder kommunaler Vertretungen – erhalten für vergleichbare Aufgaben und Verantwortungsbereiche Entschädigungsleistungen wie Sitzungsgelder. Diese Zahlungen sind ebenfalls mit einer Kann-Vorschrift in der Entschädigungsverordnung geregelt, werden in den Geschäftsordnungen oder Entschädigungssatzungen der jeweiligen kommunalen Vertretungen aber verbindlich festgelegt.

§34 Qualitätssicherung, Abs. 1

Für eine konsequente Qualitätssicherung sollte die Umsetzung aktueller Leitlinien (höchster Standard S3) gefordert werden. Insofern empfehlen wir im Absatz 1 eine entsprechende Konkretisierung:

„Das Krankenhaus ist verpflichtet, Leistungen ~~in der fachlich gebotenen Qualität~~ entsprechend den aktuellen fachlichen Leitlinien (mind. S3) ~~und dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse~~ entsprechend zu erbringen“.

Damit wird das geforderte Qualitätsmanagement ergänzt, da dies lediglich selbstaufgelegte Qualitätsstandards anstelle der aktuell evidenzbasierten vorgibt.

Leitlinien unterstützen Ärzt*innen und Patient*innen bei der Entscheidungsfindung für eine angemessene Behandlung. Sie fördern die Transparenz medizinischer Entscheidungen und

fassen den aktuellen Wissensstand aus Wissenschaft und Praxis zusammen. Sie tragen zur Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung bei, indem sie evidenzbasierte Handlungsempfehlungen geben. Sie sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin und bewerten die Aussagekraft der publizierten Literatur.

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

Die Umsetzung des Gesetzentwurfs bietet kleinen und mittleren Krankenhäusern im ländlichen Raum wichtige Chancen insbesondere für die Sicherstellung der Grund- und Notfallversorgung. Durch die vorgesehenen finanziellen Zuschüsse und Investitionsförderungen kann wirtschaftlicher Druck gemindert und die wohnortnahe Versorgung gestärkt werden.

Gleichzeitig steht die Zukunftssicherung der Krankenhauslandschaft weiterhin vor erheblichen Herausforderungen, insbesondere im Hinblick auf Personal, Finanzierung, Versorgungssicherheit und die Umsetzung bundesweiter Vorgaben. Eine kontinuierliche Nachsteuerung und gezielte Unterstützung der Krankenhäuser im ländlichen Raum bleiben daher unerlässlich.

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

Mit Blick auf die Geburtshilfe fehlt deren Aufnahme in die Notfallversorgung. Wenn Hebammen, auch aus dem ambulanten Sektor, in die Notfallversorgung im LKHG M-V aufgenommen werden, könnten sie offiziell Teil der Notfallteams in geburtshilflichen Abteilungen sein und bei geburtsspezifischen Notfällen eigenständig oder im Team mit Ärzt*innen agieren. Ihre Expertise würde die Versorgung von Schwangeren und Gebärenden im Notfall stärken, die Zusammenarbeit mit Rettungsdienst und Klinikpersonal verbessern und die Versorgungssicherheit insbesondere im ländlichen Raum erhöhen.

Schwangerschaft/Schwangerschaftsabbruch

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

Zertifizierte **hebammengeleitete Kreißsäle** wurden durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVVG) verbindlich gesetzlich verankert und sollen künftig mit eigenen Qualitätsstandards und finanzieller Förderung bundesweit ausgebaut werden. Dies wird im LKHG M-V jedoch nicht verbindlich geregelt. Die Verankerung im LKHG M-V würde dem Zielbild einer modernen, sicheren und patientinnenorientierten Geburtshilfe entsprechen. Sie ermöglicht Schwangeren eine natürliche, selbstbestimmte Geburt in einer klinisch sicheren Umgebung mit klaren Qualitätsstandards. Dadurch werden medizinische Eingriffe reduziert und die Wahlfreiheit gestärkt. Gleichzeitig würde eine landesgesetzliche Regelung die interprofessionelle Zusammenarbeit fördern. Mit dieser Verankerung würde Mecklenburg-Vorpommern ein wichtiges Zeichen für eine qualitätsgesicherte und familienfreundliche Geburtshilfe setzen und eine Vorreiterrolle übernehmen.

Eine verbindliche flächendeckende Versorgung mit **Schwangerschaftsabbrüchen** ist u.E. nicht hinreichend geregelt. Das Angebot für Schwangerschaftsabbrüche muss im Sinne der Selbstbestimmung von Schwangeren flächendeckend vorhanden sein. Wir plädieren daher ausdrücklich für eine *Muss*-Bestimmung im §30 Abs. 7.

Nach § 13 Abs. 2 SchKG muss das Land „ein ausreichendes Angebot ambulanter und stationärer Einrichtungen zur Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen“ sicherstellen. Insofern muss die Vorhaltung des Angebotes für Krankenhäuser verpflichtend geregelt werden, auch ungeachtet des §12 Abs. 1 SchKG. Es obliegt dann den Trägern, entsprechendes Personal einzustellen, das dem Gewissen nach in der Lage ist, dem Versorgungsauftrag nachzukommen.

Mit der im Gesetzentwurf formulierten Bestimmung „soll“ ein Krankenhaus bei „Vorhalten der notwendigen Leistungsgruppe“ lediglich „darauf hinwirken, dass ein entsprechendes Angebot besteht“ (S.103). Damit ist u.E. keine hinreichende Verbindlichkeit geschaffen. Zudem entfällt nach §12 Abs. 2 SchKG die Gewissensfreiheit, wenn "von der Frau eine anders nicht abwendbare Gefahr des Todes oder einer schweren Gesundheitsschädigung" abgewendet werden muss. Krankenhäuser, die kein Angebot zur Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen vorhalten, können dieser gesetzlichen Vorgabe nicht entsprechen. Bei allen anderen Eingriffen wird als Qualitätsmaßstab eine gewisse Durchführungsroutine (in Form von Fallzahlen) bei den zuständigen Ärzt*innen erwartet. Dieser Anspruch muss auch für die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen nach §12 Abs. 2 gelten.

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

Die Gewissensfreiheit medizinischer Fachkräfte bei Schwangerschaftsabbrüchen ist in Deutschland verfassungsrechtlich geschützt und in der ärztlichen Berufsordnung verankert. Dieses individuelle Recht darf jedoch nicht dazu führen, dass Frauen der Zugang zu einem sicheren und legalen Schwangerschaftsabbruch faktisch verwehrt wird. Denn das Recht auf einen Zugang zu sicheren und legalen Schwangerschaftsabbrüchen ist ein zentrales Element der reproduktiven Selbstbestimmung von Frauen. Der Staat ist verpflichtet, sicherzustellen, dass Frauen in allen Regionen tatsächlich die Möglichkeit haben, einen Schwangerschaftsabbruch durchführen zu lassen. Wenn die Gewissensfreiheit von Ärzt*innen dazu führt, dass in bestimmten Regionen keine Versorgung mehr gewährleistet werden kann, wird dieses Grundrecht der Frauen faktisch ausgehöhlt. In der Praxis bedeutet das: Ärzt*innen dürfen aus Gewissensgründen die Mitwirkung verweigern, das Land muss aber organisatorisch gewährleisten, dass ausreichend andere Fachkräfte und Einrichtungen zur Verfügung stehen, um das Angebot aufrechtzuerhalten.¹

Versorgungaspekte

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

Um eine effiziente und bedarfsgerechte Versorgung zu gewährleisten, sollte die ambulante Bedarfsplanung in die Krankenhausplanung integriert werden. Die bisherige Trennung von ambulanter und stationärer Planung ist angesichts der zunehmenden Ambulantisierung nicht mehr zeitgemäß. Künftig sollten Leistungen, die in den ambulanten Bereich verlagert werden, auch in der Krankenhausplanung berücksichtigt und die Kapazitäten entsprechend angepasst

¹ <https://www.bundestag.de/resource/blob/790592/3342c31bc61d96039272f8fa6c822911/WD-9-077-20-pdf-data.pdf>; <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/238402/c47cae58b5cd2f68ffbd6e4e988f920d/bericht-kommission-zur-reproduktiven-selbstbestimmung-und-fortpflanzungsmedizin-data.pdf>; <https://www.bundesaerztekammer.de/presse/aktuelles/detail/weniger-stigma-mehr-hilfen>

werden. Eine sektorenübergreifende Planung ist zentral, um Über- oder Unterversorgung zu vermeiden und regionale Bedarfe gezielt zu steuern.

20. Welche konkreten Durchsetzungsmechanismen sind, vorgesehen, wenn Krankenhäuser der im Gesetz geforderte diskriminierungsfreie und barrierearme Versorgung (§ 29) nicht nachkommen?

Zu § 29 Aufnahme und Versorgung, Abs. 1

Wir begrüßen ausdrücklich, dass eine patientenzentrierte, diskriminierungsfreie und barrierefreie Behandlung entsprechend §1 des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (AGG) gefordert wird. Allerdings bleibt offen, wie diese Anforderungen in der Praxis konkret umgesetzt werden sollen und welche Konsequenzen es hat, wenn sie nicht ausreichend beachtet werden. Angesichts der fortschreitenden Erkenntnisse der Gendermedizin sollte das Sozialministerium verbindliche Richtlinien erlassen, die klare und praxisnahe Vorgaben für die konsequente Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Aspekte in Diagnostik, Therapie, Qualitätssicherung und Fortbildung enthalten.

Der entsprechende Hinweis im Begründungsteil erlangt an dieser Stelle keinerlei verbindliche Wirkung.: „Durch die Krankenhäuser verantwortete Forschung muss geschlechtersensibel und diskriminierungsfrei erfolgen. Gleiches gilt für Forschungsansätze, die in die Versorgung implementiert werden sollen, sowie zugehörige und allgemeine Aus-, Fort- und Weiterbildungen“ (S.98).

Für gendermedizinische Behandlungen fehlen bislang spezifische Abrechnungsschlüssel, was dazu führt, dass geschlechtssensible Diagnostik und Therapie oft nicht adäquat abgebildet und vergütet werden. Es besteht die Gefahr, dass wichtige Leistungen unterbleiben oder nicht in ausreichendem Umfang angeboten werden. Damit ist die Implementierung aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Versorgungspraxis erschwert und insbesondere Patient*innen, deren Behandlung geschlechtsspezifische Besonderheiten erfordert, werden benachteiligt. Diese Problematik sollte im Landeskrankengesetz ausdrücklich angesprochen werden, etwa indem das Land sich verpflichtet, auf Bundesebene auf die Einführung und Anpassung von Abrechnungsschlüsseln für gendermedizinische Leistungen hinzuwirken und die Umsetzung im Krankenhausalltag zu unterstützen.

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

Die in Abschnitt 5 vorgenommenen Regelungen beziehen sich nicht auf die dauerhafte Sicherstellung der Erreichbarkeit und Versorgungsqualität in der Fläche. Sofern diese Aspekte nicht im LKHG MV geregelt werden können, sollte dies an anderer Stelle geschehen. Im LKHG sollte entsprechend darauf verwiesen werden.

In der Notfallversorgung muss auch die Geburtshilfe mitgedacht werden. Um die Erreichbarkeit und Versorgungsqualität in der Fläche auch im Notfall sicher zu stellen, braucht es den Aufbau belastbarer regionaler Versorgungsnetze sowohl in der Notfall- als auch der Regelversorgung. Hebammenpraxen und Geburtshäuser sind als wichtiger Baustein der Versorgung von Anfang an einzubeziehen.