

**Ausschussdrucksache**  
(03.07.2025)

Inhalt

Ärztekammer M-V –

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

## Stellungnahme der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern im Rahmen der öffentlichen Anhörung zum „Entwurf eines Krankenhausgesetzes für das Land Mecklenburg-Vorpommern“

Rostock, 03.07.2025

### Grundsätzliche Bewertung und Handlungsbedarfe (Fragen 1 und 2)

- Die Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern begrüßt ausdrücklich die Initiative zur Neufassung des Landeskrankenhausgesetzes und die damit verfolgten Ziele der Qualitätssteigerung und Patientensicherheit. Die Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsberufen findet im Gesetzentwurf zwar Berücksichtigung, bedarf aber einer Entwicklung unter Beachtung der Leistungsgruppen und der Entwicklung der Gesundheitsberufe (z.B. Physician Assistant).
- Konkrete Änderungsvorschläge zum Gesetzentwurf: Aus- und Weiterbildung in den Zielen des Gesetzes verankern (§1) und Berücksichtigung bei den Versorgungszielen (§ 5), Streichung von § 33 Abs. 2 → **Frage 3**
- Ärztliche Weiterbildung ist unter den Bedingungen des KHVVG nur in einem Verbund von Krankenhäusern realisierbar und in hohem Maße abhängig von der Zuordnung von Leistungsgruppen. Angesichts des Mangels an bestimmten Fachärzten ist eine Berücksichtigung der ärztlichen Weiterbildung in der Krankenhausplanung notwendig, um Krankenträger zu motivieren, Weiterbildungsstellen zu schaffen und sich an Verbundweiterbildungen zu beteiligen. → **Frage 4**
- Der Geriatrieplan des Landes sowie Veränderungen in den Arbeitszeitmodellen von Ärztinnen und Ärzten sollten stärker bei der Krankenhausplanung berücksichtigt werden. → **Frage 5**
- Kinderärztliche Notfallversorgung ist notwendig für hebammengeleitete Kreißsäle. Hinsichtlich Schwangerschaftsabbrüchen ist bereits eine flächendeckende Struktur vorhanden. → **Frage 6**
- Bei der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen gilt es, die persönliche Entscheidungsfreiheit des Arztes zu bewahren. → **Frage 7**
- Zügige Umsetzung einer funktionsfähigen Digitalstruktur → **Frage 15**
- Die Meldepflicht von Krankenhäusern bzgl. Berufsrechtsverstößen in § 33 Abs. 2 erachten wir als nicht sachgerecht. → **Frage 17**
- Ein für Ärzte spürbarer Bürokratieabbau ist nicht zu erwarten. → **Frage 18**
- Die Einbeziehung der ambulanten Bedarfsplanung in die Krankenhausplanung ist unbedingt notwendig. → **Frage 19**
- Langfristig ist ein Umbau der Versorgungsstrukturen zwingend erforderlich. → **Frage 21**

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

In § 1 Abs. 1 schlagen wir folgende Ergänzung (rot) vor:

Ziel dieses Gesetzes ist es, eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung des Landes Mecklenburg-Vorpommern mit leistungsfähigen, **die notwendige Aus- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe gewährleistenden**, digital ausgestatteten, qualitativ hochwertigen, wirtschaftlich gesicherten, sparsam und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern sicherzustellen sowie zu sozial tragbaren Entgelten beizutragen. Die Krankenhausversorgung erfolgt patientengerecht und in angemessener Zeit erreichbar in bedarfsgerechten Abstufungen.

In § 5 Abs. 2 schlagen wir folgende Ergänzung (rot) vor:

Der Krankenhausplan dient der Verwirklichung der in § 1 dieses Gesetzes und § 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Ziele. Dabei legt er die allgemeinen und die sich für das Land Mecklenburg-Vorpommern spezifisch ergebenden Versorgungsziele fest. Das Versorgungsziel einer flächendeckenden und zugleich in angemessener Zeit erreichbaren Notfall- und Krankenhausversorgung kann durch Festlegung einer gestuften Versorgung und Einteilung der Planung in Planungsregionen und Versorgungsgebiete erreicht werden. Die Ziele und die Grundsätze der Raumordnung, der Landesplanung und regionaler Versorgungsbelange sind zu beachten. Die besonderen Belange von Forschung und Lehre **sowie der ärztlichen Weiterbildung** sind zu berücksichtigen. Die Entwicklungen einer stärkeren Ambulantisierung, Digitalisierung, sektorenübergreifenden und telemedizinischen Versorgung sind zu berücksichtigen.

Die Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern plädiert dafür, § 33 Abs. 2 in der aktuell vorgesehenen Form nicht umzusetzen. Stattdessen sollte die bestehende bewährte Zuständigkeits- und Verfahrensstruktur gemäß dem Heilberufsgesetz weiterhin gelten, um sowohl Effizienz als auch Sachgerechtigkeit in der Bearbeitung möglicher Verstöße zu gewährleisten.

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

Um kleinere Krankenhäuser zu erhalten und eine wohnortnahe Versorgung zu gewährleisten, ist unserer Ansicht nach eine Weiterbildung im Verbund mit größeren Krankenhäusern unausweichlich. Ärztliche Weiterbildung ist dabei nicht nur relevant, um genügend Fachärzte für unser Bundesland zu gewinnen, sondern auch für die Versorgung vor Ort ein wesentlicher Personalfaktor. Wenn vor allem kleinere Krankenhäuser infolge der Krankenhausreform bestimmte Leistungen nicht mehr erbringen können, hat dies Auswirkungen auf die dortige Weiterbildung und damit auch auf die bereits angespannte Personalsituation. Das bedeutet, dass die Zuordnung von Leistungsgruppen im Rahmen des KHVVG einen erheblichen Einfluss auf die Weiterbildung hat.

Die Ärztekammer plädiert daher dafür, die Relevanz der ärztlichen Weiterbildung für die Versorgung anzuerkennen und diese durch verbindliche Regelungen zu Weiterbildungsverbünden sicherzustellen. Im Einklang mit einem kürzlich gefassten Beschluss des 129. Deutschen Ärztetages sollten zudem von Landesärztekammern anerkannte, regionale, standort- und sektorenübergreifende Weiterbildungsverbünde systematisch gefördert werden. Dafür sollte die Koordinierung und Öffentlichkeitsarbeit von Weiterbildungsverbünden unterstützt und gefördert werden. Erforderlich ist, dass zusätzliche Weiterbildungsstellen für Fachgebiete, für die im vertragsärztlichen Bereich ein Bedarf besteht, aus Landesmitteln finanziell gefördert werden. In diesem Zusammenhang möchten wir auf die Richtlinie Heilberufe des Sächsischen Sozialministeriums verweisen.

Ärztliche Weiterbildung stellt für Krankenhäuser eine organisatorische und wirtschaftliche Belastung dar. Sie ist unter den Bedingungen des KHVVG nur in einem Verbund von Krankenhäusern realisierbar. In einzelnen Fachbereichen besteht aktuell sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor ein relevanter Mangel an Fachärzten. Aus Sicht der Ärztekammer wäre eine Berücksichtigung der ärztlichen Weiterbildung in der Krankenhausplanung daher notwendig, um Krankenhausträger zu motivieren, Weiterbildungsstellen zu schaffen und sich an Verbundweiterbildungen zu beteiligen. Die Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsberufen findet im Gesetzentwurf zwar Berücksichtigung, bedarf aber einer Entwicklung unter Beachtung der Leistungsgruppen. Außerdem sollte die aktuelle Entwicklung der Gesundheitsberufe (z.B. bzgl. des relativ neuen Berufs des Physician Assistant) berücksichtigt werden.

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

Aus Sicht der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern enthält der vorliegende Gesetzentwurf zum Landeskrankenhausgesetz (LKHG M-V) bereits wichtige Ansätze, um auf die aktuellen und zukünftigen Herausforderungen in der Krankenhausversorgung des Bundeslandes angemessen zu reagieren. Insbesondere wird die Bedeutung des demografischen Wandels, des medizinischen Fortschritts sowie veränderter Versorgungsbedarfe und Qualitätsanforderungen anerkannt. Dennoch zeigt sich aus medizinischer Perspektive, dass zentrale Aspekte in der Planung und Strukturierung der Krankenhausversorgung bislang nicht ausreichend berücksichtigt wurden.

Vor allem die zunehmende Alterung der Bevölkerung mit steigenden geriatrischen Versorgungsbedarfen ist in den bisherigen Krankenhausplanungen nicht hinreichend abgebildet. Die Geriatriepläne auf Landesebene, welche detaillierte Projektionen zu alters- und

krankheitsspezifischen Bedarfen liefern, sollten stärker in die fachliche Planung einfließen, damit die Versorgung älterer Patientinnen und Patienten strukturell und personell ausreichend gewährleistet werden kann.

Darüber hinaus spielen Veränderungen in den Arbeitszeitmodellen von Ärztinnen und Ärzten eine zunehmend bedeutende Rolle. Die Umsetzung flexiblerer, oft auch reduzierter Arbeitszeitmodelle führt faktisch zu einem Rückgang der verfügbaren ärztlichen Arbeitszeit pro Kopf, ohne dass die Versorgungsbedarfe geringer würden. Diese Entwicklung stellt insbesondere für die Einhaltung der vorgeschriebenen Personalkriterien in den Leistungsgruppen eine erhebliche Herausforderung dar. Insbesondere in Mecklenburg-Vorpommern, das von ländlichen, teilweise dünn besiedelten Regionen geprägt ist, könnte dies die flächendeckende Versorgung nachhaltig gefährden, da ein angemessener Personaleinsatz für alle Leistungsbereiche zunehmend schwieriger planbar ist. Diese Problematik wird im Gesetzentwurf zwar teilweise angesprochen, es fehlen jedoch konkrete Regelungen oder Konzepte, um dieser Herausforderung systematisch und vorausschauend zu begegnen.

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

Hebammengeleitete Kreißsäle kommen nur für die Durchführung von physiologischen Geburten in Frage. Bei Risikogeburten sowie bei Geburten, bei denen im Verlauf eine medizinische Intervention notwendig wird, wird die Geburt ärztlich geleitet. Grundsätzlich können hebammengeleitete Kreißsäle sowie Geburtseinrichtungen generell nur dann sicher und qualitativ hochwertig arbeiten, wenn eine sofortige kinderärztliche Notfallversorgung durch eine pädiatrische Abteilung am Ort der Geburt gewährleistet ist. Mittelfristig sollten in Mecklenburg-Vorpommern Geburten nur noch in solchen Geburtskliniken erfolgen, in denen jährlich wenigstens 500 Geburten stattfinden. Das Zielbild Pädiatrie und Geburtshilfe 2030 nimmt viele Ansätze hierzu auf, sollte aber in Bezug auf die beschriebenen Qualitätsmerkmale weiterentwickelt werden, um die geeignete Grundlage für einen rechtlichen Rahmen zum Wohl von Mutter und Kind darzustellen.

Werdenden Eltern stehen zahlreiche Möglichkeiten der Pränataldiagnostik (PND) zur Verfügung. Sie müssen entscheiden, welche der angebotenen Untersuchungen sie nutzen wollen und wie sie mit den Befunden umgehen. Zum Thema PND soll eine angemessene Beratung von den behandelnden Frauenärztinnen und -ärzten oder einer anderen qualifizierten unabhängigen Stelle durchgeführt werden. Ziel einer Beratung vor der Inanspruchnahme einer PND ist es, werdende Eltern bei der informierten Entscheidungsfindung zu unterstützen und sie angemessen über die verschiedenen Optionen

(Nutzen- und Risikopotenzial, falsch negative oder falsch positive Befunde) zu beraten. Die mit der Untersuchung verbundene Belastung, ihre Grenzen und möglichen Konsequenzen sollen den Eltern verständlich gemacht werden (Zielbild Geburtshilfe und Pädiatrie 2030, 2024).

Die Pränataldiagnostik findet aktuell in Mecklenburg-Vorpommern in Arztpraxen und als „Feindiagnostik“ in spezialisierten pränataldiagnostischen Praxen bzw. ermächtigten Klinikambulanzen in Schwerin (Dr. Kirsch), Wismar (Dr. Welp), Rostock (Dr. Stockhammer), Stralsund (Dr. Ruhland) und Neubrandenburg (Dr. Kissing-Pahl) statt.

Schwangerschaftsabbrüche werden derzeit medikamentös in einzelnen frauenärztlichen Praxen und interventionell nur an den Universitätsfrauenkliniken in Rostock und Greifswald durchgeführt. Die Frauenkliniken in Schwerin und Neubrandenburg führen aus unterschiedlichen Gründen keine Schwangerschaftsabbrüche durch. Für Spätabbrüche nach der 12. Schwangerschaftswoche (§ 218 StGB) sind in Rostock und Greifswald Klinikkommissionen eingerichtet, die Anträge entscheiden.

Der rechtliche Rahmen wird insofern flächendeckend im Sinne der Gleichstellung und Versorgungsrealität eingehalten und dargestellt.

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

Nach § 14 der Berufsordnung der Ärztinnen und Ärzte in Mecklenburg-Vorpommern kann ein Arzt oder eine Ärztin weder dazu gezwungen werden, einen Schwangerschaftsabbruch vorzunehmen, noch ihn zu unterlassen. Dieses erst kürzlich durch den 129. Deutschen Ärztetag unterstützte Prinzip der persönlichen Gewissensentscheidung gilt es zu bewahren. Nichtsdestotrotz sollten grundsätzlich Angebote zum operativen sowie zum medikamentösen Schwangerschaftsabbruch in erreichbarer Entfernung zur Verfügung stehen.

## **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?**

Hinsichtlich der Relevanz der ärztlichen Weiterbildung verweisen wir auf unsere Ausführungen zur Frage 4 sowie auf unsere Änderungsvorschläge (Frage 3).



**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?**

In den Zielen des Gesetzes ist die Digitalisierung genannt – es bedarf aber einer konkreten und diesem Ziel entsprechenden Etablierung einer Digitalstruktur im Bundesland. Hierbei müssen Schnittstellenprobleme (z.B. zwischen stationärem und ambulantem Sektor, LAGuS / KIM-Landesdatennetz) gelöst werden.

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

In der derzeit vorgesehenen Fassung sieht § 33 eine Regelung vor, die zu einer fast automatisierten, ungefilterten Weiterleitung sämtlicher möglicher Verstöße an die zuständigen Behörden führt. Diese Vorgehensweise führt aus Sicht der Ärztekammer zu mehreren Nachteilen:

**1. Doppelbearbeitung und Ressourcenbindung:** Die derzeit bestehende Regelung im Heilberufsgesetz Mecklenburg-Vorpommern ermöglicht bereits eine sachgerechte Bearbeitung berufsrechtlich relevanter Sachverhalte durch die Ärztekammer. Für die Überwachung der Berufspflichten sind allein die gesetzlich vorgesehenen Heilberufskammern zuständig (§ 4 Absatz 1 Nr. 2 Heilberufsgesetz M-V). Eine parallele Bearbeitung desselben Vorgangs durch die Approbationsbehörde ist zum einen nicht zulässig, da die Approbationsbehörde nicht zuständig ist und bedeutet zum anderen eine unnötige Doppelung von Verwaltungsprozessen und bindet personelle Ressourcen ohne erkennbaren Mehrwert.

**2. Unverhältnismäßige Eskalation:** Die automatisierte Meldung auch geringfügiger oder noch nicht verifizierter Vorfälle an die zuständigen Behörden kann dazu führen, dass berufsrechtlich sensible, aber in ihrer Tragweite differenziert zu beurteilende Fälle unnötig eskaliert werden. Die bisherige Regelung im Heilberufsgesetz erlaubt hingegen eine rasche, sachgerechte und zielgerichtete Prüfung unter Wahrung der berufsrechtlichen Verhältnismäßigkeit.

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

Ein relevanter Abbau von Bürokratie im ärztlichen Arbeitsalltag ist mit diesem Gesetzesentwurf nicht zu prognostizieren.

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

Im Entwurf des Landeskrankenhausgesetzes Mecklenburg-Vorpommern wird ausdrücklich vorgesehen, dass bei der Krankenhausplanung Erkenntnisse über ambulante Versorgungsstrukturen – sowohl bestehende als auch potenziell zukünftige – einbezogen werden sollen, da diese unmittelbare Auswirkungen auf die Krankenhausversorgung haben können. Der Krankenhausplan kann dabei durch medizinische Fachplanungen ergänzt werden, die auch sektorverbindenden Aspekte berücksichtigen. Damit wird deutlich, dass eine integrierte Betrachtung von ambulanter und stationärer Versorgung nicht nur angestrebt, sondern rechtlich verankert wird.

Aus Sicht der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern ist diese Einbeziehung der ambulanten Bedarfsplanung in die Krankenhausplanung unbedingt notwendig. Gerade die zunehmende Ambulantisierung führt dazu, dass Krankenhäuser enger als je zuvor mit der ambulanten Versorgung verzahnt sind. Viele Leistungen, die früher ausschließlich stationär erbracht wurden, werden heute vermehrt auch im ambulanten Bereich angeboten oder dorthin verlagert. Dies erfordert eine koordinierte Planung beider Versorgungssektoren, um Versorgungslücken zu vermeiden, den Patientinnen und Patienten nahtlose Übergänge und eine qualitativ hochwertige Versorgung zu ermöglichen sowie Doppelvorhaltungen zu reduzieren.

Vor diesem Hintergrund befürwortet die Ärztekammer ausdrücklich eine Beteiligung an dem in § 90a SGB V vorgesehenen Gremium. Ziel ist es, durch eine strukturierte Zusammenarbeit aller Beteiligten eine bedarfsgerechte, qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Krankenhausversorgung sicherzustellen, die sich an den tatsächlichen Versorgungsbedarfen orientiert und ambulante Entwicklungen berücksichtigt.

Die Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern kann, wie in vielen anderen Bundesländern, in diesem Gremium als fachlich unabhängiger und neutraler Partner eine vermittelnde und koordinierende Rolle zwischen den Versorgungssektoren übernehmen. Sie bringt fundierte medizinische Expertise aus beiden Bereichen ein und kann somit wirksam dazu beitragen, ambulante und stationäre Planungen aufeinander abzustimmen sowie sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen gezielt weiterzuentwickeln. Eine formalisierte Mitwirkung der Ärztekammer in diesem Gremium würde die sektorenübergreifende Vernetzung nachhaltig stärken und den komplexen Anforderungen einer sich wandelnden Versorgungslandschaft besser gerecht werden.



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

Aus Sicht der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern ist die Notfallversorgung durch die im Gesetzentwurf enthaltenen Regelungen kurzfristig und mittelfristig grundsätzlich sichergestellt. Die verpflichtende Erstellung und fortlaufende Pflege von Krankenhausalarm- und -einsatzplänen sowie die Möglichkeit der übergeordneten Steuerung von Patientenströmen und Behandlungskapazitäten bei besonderen Gefahrenlagen tragen wesentlich zur Belastbarkeit und Steuerbarkeit der Notfallversorgung bei. Gleichzeitig werden durch die bedarfsgerechte Krankenhausplanung und die Berücksichtigung regionaler Besonderheiten in Mecklenburg-Vorpommern die Voraussetzungen geschaffen, damit Notfallleistungen flächendeckend und in angemessener Zeit erreichbar bleiben.

Langfristig besteht aus Sicht der Ärztekammer jedoch erhebliche Sorge, dass insbesondere kleinere Krankenhäuser aufgrund wirtschaftlicher Herausforderungen nicht dauerhaft bestehen können. Eine unkontrollierte und durch marktwirtschaftliche Dynamiken getriebene Entwicklung könnte zu einer weiteren Zentralisierung der Krankenhausversorgung führen, was die Erreichbarkeit und Versorgungsqualität in ländlichen und strukturschwachen Gebieten nachhaltig beeinträchtigen würde. Aus diesem Grund hält die Ärztekammer einen strategisch geplanten und steuerbaren Umbau der Versorgungsstrukturen für zwingend erforderlich. Ein solcher geordneter Transformationsprozess sollte durch gezielte finanzielle Unterstützungsmaßnahmen des Landes begleitet werden, beispielsweise durch die Bereitstellung von Mitteln aus einem Transformationsfonds. Durch diese gezielte Förderung könnten die Krankenhäuser bei notwendigen Anpassungen unterstützt werden, um die Versorgungsstrukturen zukunftsfähig zu gestalten und einen hohen Versorgungsstandard in der Fläche langfristig zu sichern.

Für den Vorstand der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern

Dr. med. Jens Placke  
Präsident