

Ausschussdrucksache
(04.07.2025)

Inhalt

Kassenärztliche Vereinigung M-V –

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



**Kassenärztliche Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern**
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Kassenärztliche Vereinigung M-V | Postfach 160145 | 19091 Schwerin

per Email
Landtag Mecklenburg-Vorpommern
Ausschuss für Soziales, Gesundheit und Sport
Frau Katy Hoffmeister MdL
Lennéstraße 1
19053 Schwerin

Der Vorstand

Ansprechpartner(in):

--
Telefon: 0385 7431 201
Fax: 0385 7431 450
eMail: vorstand@kvmv.de
www.kvmv.de

Ihre Zeichen: -

Unsere Zeichen / AZ: vorst/kau

Ihre Nachricht vom: -

Datum: 03.07.2025

Entwurf eines Krankenhausgesetzes für das Land Mecklenburg-Vorpommern (Landeskrankenhausgesetz – LKHG M-V) – Drucksache 8/4870 –

Sehr geehrte Frau Abgeordnete Hoffmeister,

zunächst bedanken wir uns für die Möglichkeit zur Stellungnahme zu dem im Betreff genannten Gesetzesentwurf, von der wir unter Berücksichtigung des an uns übermittelten Fragenkataloges nachfolgend gern Gebrauch machen. Ergänzend verweisen wir in diesem Zusammenhang auf den Inhalt unserer beigefügten Stellungnahme vom 16.01.2025 an das zuständige Ministerium im Rahmen der zuvor erfolgten Verbandsanhörung.

Konkret möchten wir unbeschadet der Stellungnahme im Anhörungstermin auf folgende Aspekte des Fragenkataloges näher eingehen:

Ärztliche Weiterbildung / Frage 8.

Die medizinische Versorgung steht seit vielen Jahren auch in unserem Bundesland vor besonderen Herausforderungen, zu deren Bewältigung der vorliegende Gesetzesentwurf jedenfalls im Bereich der Krankenhausversorgung beitragen soll. Eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung findet sowohl in der stationären, aber im Besonderen auch in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung statt. Allein im ambulanten Bereich werden jährlich etwa 13 Mio. Behandlungsfälle in unserem Bundesland versorgt; ein Vielfaches der stationären Behandlungsfälle. Um auch zukünftig ein derart hohes Versorgungsniveau aufrechterhalten zu können, ist es unerlässlich, die Ausbildung des ärztlichen Nachwuchses über Sektorengrenzen hinweg zu gewährleisten. Insoweit besteht unseres Erachtens ein unabweisbarer Handlungsbedarf, im Zuge des gegenständlichen Gesetzgebungsvorhabens einen größeren Fokus auf die Weiterbildung im Krankenhaus zu richten. Zudem dürften sich die Leistungsgruppen nachteilig auf stationäre Weiterbildungsmöglichkeiten insbesondere in ländlichen Regionen unseres Bundeslandes auswirken, was gleichermaßen Nachteile für die ambulante Versorgung in

diesen Regionen mit sich bringen wird. Insoweit vermissen wir entsprechend klare Regelungen in der zukünftigen Krankenhausplanung und ein deutliches Bekenntnis zur ärztlichen Nachwuchsgewinnung unter dem Aspekt stationärer Weiterbildungsmöglichkeiten und verbindlicher ambulanter Weiterbildungsabschnitte, insbesondere vor dem Hintergrund der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung.

Schwangerschaft / Schwangerschaftsabbruch / Frage 6

Kritisch sehen wir verbindliche Regelungen zur Aufnahme hebammengeleiteter Kreißsäle sowie zur flächendeckenden Versorgung mit Schwangerschaftsabbrüchen, soweit diese mit einer Umgehung des Arztvorbehaltes einhergehen sollten, sodass kaum überschaubare gesundheitliche Nachteile für die Patienten und erhebliche haftungsrechtliche Folgen zu befürchten wären. Soweit in diesem Zusammenhang auf die Regelung in § 30 Abs. 7 E-LKHG M-V verwiesen werden kann, muss ein fakultatives Angebot zur Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen zwingend von einem geeigneten Arzt bzw. einer geeigneten Ärztin ausgehen.

Datenverarbeitung, Digitalisierung und Bürokratieabbau / Frage 15

Die Nutzung digitaler Schnittstellen unterstützt eine sektorenverbindende Versorgung und trägt zur Verbesserung der Versorgungs- bzw. Patientensteuerung bei. In diesem Zusammenhang gewährleistet erst die vollständige Anbindung der Krankenhäuser an die Telematik-Infrastruktur (TI) und deren verpflichtende Nutzung einen datensicheren und leichteren Informationsaustausch unter den beteiligten Akteuren und über Sektorengrenzen hinweg. Dabei ist sicherzustellen, dass bisher bereitgestellte und zukünftig geplante Mittel für die TI-Ausstattung auch zu einer Verbesserung der TI-Ausstattung führen. Durch die Nutzung der Medikationslisten und standardisierter Befunddokumente ergeben sich erhebliche Vorteile. Die Entlassung von Patienten aus der stationären Versorgung in die ambulante Weiterversorgung wäre somit effizienter und sicherer.

Versorgungsaspekte (Notfallversorgung) / Frage 21

Im Rahmen der Regelungen zur Notfallversorgung sind zudem die ambulanten Behandlungsangebote des ärztlichen Bereitschaftsdienstes der KVMV zu berücksichtigen, der sich außerhalb der regulären Sprechstundenzeiten der niedergelassenen Vertragsärzte auf akute Erkrankungen erstreckt, die zwar keine Notfälle sind, gleichwohl nicht mehr bis zur nächsten Sprechstunde einer Vertragsarztpraxis warten können. Am ärztlichen Bereitschaftsdienst der KVMV nehmen neben den Vertragsärzten auch Ärzte ohne Vertragsarztstatus auf freiwilliger Basis teil. Er findet an zentral gelegenen Bereitschaftsdienstpraxen überwiegend in der Nähe von Notfallambulanzen der Krankenhäuser (derzeit 14 landesweit zzgl. zwei pädiatrische Bereitschaftsdienstpraxen an der Universitätsmedizin Rostock und den HELIOS Kliniken

Schwerin), in der eigenen Praxis des diensthabenden Vertragsarztes oder im Bedarfsfall als Hausbesuchsdienst statt. Die Bereitschaftsdienstpraxen sind in nahezu allen Landesteilen in einem Radius von ca. 30 km für die Patienten erreichbar. Die Disponierung des Anrufaufkommens während der Zeiten des ärztlichen Bereitschaftsdienstes erfolgt unter der bundeseinheitlichen Rufnummer 116 117 einerseits über die Rettungsleitstellen, soweit eine entsprechende Kooperation mit der KVMV eingegangen wurde, andererseits in Regionen, in denen diese Kooperationen (noch) nicht bestehen, über medizinisch ausgebildetes Personal der KVMV. Im Wege eines strukturierten medizinischen Ersteinschätzungsverfahrens (SmED) beurteilen die Mitarbeiter der KVMV die Dringlichkeit des Behandlungswunsches und vermitteln die Patienten in die für sie geeignete Versorgungsebene. Soweit eine Zuständigkeit des ambulanten Bereitschaftsdienstes besteht, werden den diensthabenden Ärzten die Patienteninformationen und Kontaktdaten über ein digitales Alarmierungssystem (DIVERA 24/7®) via App bzw. Internetbrowser übermittelt. Im Zuge der eingangs genannten Kooperationen mit den Rettungsleitstellen bestehen ebenso digitale Schnittstellen, mit denen entsprechende Informationen auch unter den beteiligten Akteuren der Akut- bzw. Notfallversorgung und damit an die richtige Versorgungsebene weitergeleitet werden können, sodass Zeit- und Informationsverluste im Sinne einer sicheren Patientenversorgung vermieden werden können. In Ergänzung des regulären Bereitschaftsdienstes bietet die KVMV eine kinderärztliche Videosprechstunde zu näher festgelegten Zeiten am Mittwoch, Freitag und an den Wochenenden sowie Feiertagen an. Kinder- und Jugendärzte beraten hierbei in einer datensicheren und videobasierten Umgebung die Eltern bzw. Angehörigen minderjähriger Kinder bei akuten Beschwerden, einschließlich der Medikation und einer etwaig erforderlichen weitergehenden Versorgung. Die Kontaktaufnahme erfolgt auch hier über die Rufnummer 116 117. Nur solche Beschwerdebilder, die sich für eine pädiatrische Videosprechstunde eignen, können hierhin weitergeleitet werden.

Versorgungsaspekte (Bedarfsplanung und Krankenhausplanung) / Frage 19

Schließlich sprechen wir uns dagegen aus, in die künftige Krankenhausplanung auch die ambulante Bedarfsplanung mit einzubeziehen. Einerseits bestehen unterschiedliche strukturelle Voraussetzungen und rechtliche Rahmenbedingungen. Andererseits reichen schon jetzt die im Gesetzesentwurf enthaltenen Regelungen aus (§ 5 Abs. 2 Satz 6 und § 5 Abs. 3 Satz 3 in der von uns vorgeschlagenen Fassung), wobei wir in diesem Zusammenhang nochmals die Bereitschaft und das Interesse bekunden, unsere Expertise auch weiterhin im Rahmen einer Beteiligung an der Krankenhausplanung einbringen zu wollen. Darüber hinaus kann das zuständige Ministerium entsprechende Aspekte schon heute im Rahmen seines Mitberatungsrechts in den Zulassungsausschüssen der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten/Krankenkassen einbringen.

Ergänzende Anmerkung

Über den Inhalt des Fragenkataloges hinaus möchten wir ergänzend darauf hinweisen, dass wir in Bezug auf den Krankenhaus-Transformationsfonds und auch in Bezug auf das Infrastruktur-Sondervermögen des Bundes eine klare Benachteiligung des ambulanten Bereiches insofern sehen, als hier ausschließlich Mittel aus der Gesetzlichen Krankenversicherung bzw. aus Steueraufkommen für den stationären Bereich bereitgestellt werden. Die umfangreichen Herausforderungen im ambulanten Bereich (Digitalisierung, Investitionen in den Praxisausstattung, Herstellung von Barrierefreiheit, Förderung von Weiterbildung) bleiben hingegen unberücksichtigt und sind ausschließlich von den Vertragsärzten selbst aus deren Honoraraufkommen zu tragen.

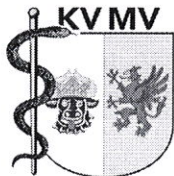
Zur näheren Erörterung der von uns vorgetragenen Aspekte im Wege der öffentlichen Anhörung am 09.07.2025 wird Frau Dipl.-Med. von Schütz persönlich vor Ort teilnehmen.

Mit freundlichen Grüßen


Dipl.-Med. Angelika von Schütz
Vorsitzende

Anlage

Schreiben der KVMV vom 16.01.2025 an das Ministerium für Gesundheit, Soziales und Sport M-V



**Kassenärztliche Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern**
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Kassenärztliche Vereinigung M-V | Postfach 160145 | 19091 Schwerin

per Email
Ministerium für Gesundheit, Soziales
und Sport Mecklenburg-Vorpommern
19048 Schwerin

Der Vorstand

Ansprechpartner(in):
Frau Hube

Telefon: 0385 7431 221
Fax: 0385 7431 66 221
eMail: DHube@kvmv.de
www.kvmv.de

Ihre Zeichen: 404-REF23-2023/129-016

Unsere Zeichen / AZ: DM A.v.S./DHu

Ihre Nachricht vom: 12.12.2024

Datum: 16.01.2025

Verbandsanhörung zum Entwurf eines Krankenhausgesetzes für das Land M-V (Landeskrankenhausgesetz – LKHG M-V)

Sehr geehrte Frau Ministerin Drese,
sehr geehrte Damen und Herren,

zunächst möchten wir uns für die Möglichkeit bedanken, eine Stellungnahme zum
vorgenannten Gesetzesentwurf abgeben zu können.

Wie schon von Herrn Goffrier in der Videoschalte am 13.12.2024 zur Einführung in den
Gesetzesentwurf erläutert wurde, ist der umfassende Neuentwurf des
Landeskrankenhausgesetzes dem zum Jahresanfang in Kraft getretenen
Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes – KHVVG geschuldet. Im Rahmen der
Stellungnahme möchten wir uns dabei auf die Regelung begrenzen, von denen die
Interessen der Vertragsärzte und – Psychotherapeuten primär betroffen sind.

Aus Gründen der Lesbarkeit wird nur eine Form der Personenbezeichnung verwendet.
Hiermit sind auch alle anderen Formen gemeint.

§ 5 Krankenhausplan

Unseres Erachtens wird es für erforderlich gehalten, dass die in § 5 Abs. 3 Satz 3
niedergelegte Regelung durch eine Formulierung wie folgt ersetzt wird:

„Erkenntnisse über ambulante Versorgungsstrukturen sind hierbei einzubeziehen.“

Angesichts der mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz gemäß § 116a SGB
V (siehe Anlage) eröffneten ambulanten Behandlungen durch Krankenhäuser ohne
Bedarfsprüfung, sind unseres Erachtens die bei uns verfassten niedergelassenen
Vertragsärzte und –psychotherapeuten unmittelbar betroffen. So eröffnet die vorgenannte
gesetzliche Regelung Krankenhäusern entsprechende Anträge beim Zulassungsausschuss
zu stellen.

Folglich hat der im Rahmen des § 5 zu erstellende Krankenhausplan zwingend mit zu
berücksichtigen, ob ein Krankenhaus ausschließlich stationär tätig ist, oder im Rahmen einer
Beteiligung an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung über ein weiteres finanzielles

Standbein verfügt, was überdies auch im Rahmen des § 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz entsprechende Berücksichtigung finden muss.

§ 8 Beteiligte

Die Vorschrift des § 8 Landeskrankenhausgesetz regelt in Absatz 1 die unmittelbar an der Krankenhausplanung Beteiligten.

Hinsichtlich der in Absatz 2 geregelten weiteren an der Krankenhausplanung Beteiligten erachten wir es als notwendig, den Kanon der dort benannten Beteiligten um eine Ziffer 1 neu wie folgt zu erweitern,

„1. die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern,“

Die im Entwurf vorgesehenen weiteren beteiligten Organisationen würden sodann in numerischer Reihenfolge folgen.

Die unseres Erachtens erforderliche Ergänzung um die Kassenärztlichen Vereinigung M-V als weitere Beteiligte folgt unseres Erachtens aus den vorstehend zu § 5 LKHG M-V Ausgeführten. So wäre zugleich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung M-V als weitere Beteiligte eine Mindestgarantie des Inhalts gewahrt, dass eine etwaige für sie nachteilige Entscheidung nicht ohne ihre vorherige Anhörung getroffen werden kann. Das gebotene ins Benehmen setzen wäre zugleich einer Sachaufklärung förderlich und damit zugleich zu „richtigen“ Entscheidungen beitragend. Die Beteiligung ergibt sich unseres Erachtens darüber hinaus auch aus weiteren Regelungen des 5. Sozialgesetzbuches, insbesondere aus den §§ 115 ff. SGB V und den auf dieser Grundlage vorgesehenen dreiseitigen Verträge und Rahmenempfehlungen zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Vertragsärzten.

§ 33 Ausbildung und Berufsrecht

Der in Abs. 1 des Entwurfs vorgesehene Abschluss von Aus-, Fort- und Weiterbildungsverbünden wird begrüßt, aber als ein nur allgemein abgefasstes Postulat als unzureichend angesehen. Derartige Verbünde sind unseres Erachtens verpflichtend auch mit der Kassenärztlichen Vereinigung M-V abzuschließen.

Die Regelung des § 33 Abs. 1 Satz 2 sollte dabei durch eine Formulierung wie folgt ersetzt werden:

„Hierzu sind Aus-, Fort- und Weiterbildungsverbünde, insbesondere mit der Kassenärztlichen Vereinigung M-V abzuschließen.“

Die Verpflichtung zur Einbeziehung der Kassenärztlichen Vereinigung M-V ergibt sich unseres Erachtens aus der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung für Ärzte, auf deren Grundlage sich Ärzte weiterbilden lassen können. Das neue Regelwerk ist kompetenzbasiert und flexibel und setzt auf Inhalte statt auf Zeiten. Insbesondere umfasst es vermehrt auch Bereiche der unmittelbaren ambulanten Patientenversorgung, angesichts dessen sich eine Einbeziehung der Kassenärztlichen Vereinigung M-V als der für die vertragsärztliche Versorgung zuständigen Organisation gebietet.

Weiter sind unseres Erachtens die in Abs. 2 vorgesehenen Mitteilungspflichten um die Kassenärztliche Vereinigung M-V als Adressat zu erweitern.

Die Regelung des § 33 Abs. 2 Sätze 1 und 2 sollte daher durch eine Formulierung wie folgt ersetzt werden:

„Die Krankenhäuser unterrichten bei begründetem Verdacht eines Verstoßes gegen ärztliche, zahnärztliche, psychotherapeutische, therapeutische, pflegerische, anästhesie- und operationstechnische, medizinisch-technologische, pharmazeutisch-technische oder pharmazeutische Berufspflichten die für approbations-, berufs- oder disziplinarrechtliche Maßnahmen oder die Berufserlaubnis zuständige Behörde, die zuständige Kammer der Heilberufe sowie die zuständige Kassenärztliche Vereinigung. Soweit dies zur Überwachung von Berufspflichten oder zur Durchführung von Maßnahmen im Zusammenhang mit der Approbation, der Berufserlaubnis oder der vertragsärztlichen Tätigkeit erforderlich ist, sind die Krankenhäuser verpflichtet, den in Satz 1 genannten Stellen auf Anforderung Aufzeichnungen und sonstige Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen.“

Für etwaige Rückfragen hinsichtlich der hier abgegebenen Stellungnahme stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Dipl.-Med. Angelika von Schütz
Vorsitzende

Anlage
§ 116a SGB V i. d. F. des KHVVG

Bundesministerium
der JustizBundesamt
für Justiz[← zurück](#)[weiter →](#)[Nichtamtliches Inhaltsverzeichnis](#)

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477)

§ 116a Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser

(1) Der Zulassungsausschuss muss zugelassene Krankenhäuser für das entsprechende Fachgebiet in den Planungsbereichen, in denen der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine eingetretene Unterversorgung nach § 100 Absatz 1 oder einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf nach § 100 Absatz 3 festgestellt hat, auf deren Antrag zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigen, soweit und solange dies zur Beseitigung der Unterversorgung oder zur Deckung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs erforderlich ist.

(2) Der Zulassungsausschuss muss sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen in Planungsbereichen, in denen für die hausärztliche Versorgung keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, auf deren Antrag zur hausärztlichen Versorgung ermächtigen.

(3) Der Zulassungsausschuss muss sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen sowie Krankenhäuser, soweit ihre Standorte in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausentgeltgesetzes aufgenommen sind, auf deren Antrag zur jeweiligen fachärztlichen Versorgung ermächtigen, wenn

1. im Zeitpunkt der Antragstellung in dem Planungsbereich für die jeweilige Arztgruppe der fachärztlichen Versorgung keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind und
2. in einem Zeitraum von neun Monaten ab Antragstellung in dem Planungsbereich für die jeweilige Arztgruppe der fachärztlichen Versorgung keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet werden.

Der Zulassungsausschuss informiert die zuständige Kassenärztliche Vereinigung unverzüglich über den Antrag einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung oder eines Krankenhauses, dessen Standort in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausentgeltgesetzes aufgenommen ist, auf Erteilung einer Ermächtigung zur Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung. Die Ermächtigung ist zu entziehen, wenn der Landesausschuss in dem Planungsbereich für die betreffende Arztgruppe eine Zulassungsbeschränkung anordnet.

[zum Seitenanfang](#) [Impressum](#) [Datenschutz](#) [Barrierefreiheitserklärung](#) [Feedback-Formular](#) [Seite ausdrucken](#)
