

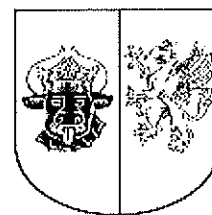
Ausschussdrucksache
(07.07.2025)

Inhalt

Städte- und Gemeindetag M-V e.V.

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

Städte- und Gemeindetag Mecklenburg - Vorpommern e.V.



Städte- und Gemeindetag M-V, Bertha-von-Suttner-Straße 5, 19061 Schwerin

Vorsitzende des Ausschusses für Soziales,
Gesundheit und Sport
Frau MdL Katy Hoffmeister
Landtag Mecklenburg-Vorpommern

Ausschließlich per Mail sozialausschuss@landtag-mv.de

Nachrichtlich:

Vorstand

Sozialausschuss

Krankenhausgesellschaft M-V

Aktenzeichen/Zeichen: 5.10.2/Dei

Bearbeiter: Herr Deiters

Telefon: (03 85) 30 31-212

Email: deiters@stgt-mv.de

Schwerin, 2025-07-04

**Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung des Sozialausschusses am
09.07.2025 zum Gesetzentwurf der Landesregierung „Entwurf eines Kranken-
hausgesetzes für das Land Mecklenburg-Vorpommern“ (Landeskrankenhaus-
gesetz – LKHG M-V) - Drucksache 8/4870 -**

hier: Ihr Zeichen RE/Ka vom 27.05.2025

Sehr geehrte Vorsitzende Frau MdL Hoffmeister,
sehr geehrte Damen und Herren Ausschussmitglieder,

wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur Stellungnahme zu dem o.a. Entwurf und zur Beantwortung der übermittelten Fragen. Unsere Stellungnahme erfolgt unter dem Vorbehalt weiterer Ergänzungen und Änderungen nach Befassung in den Verbandsgremien.

A. Vorbemerkung:

Krankenhäuser sind ein (lebens-)wichtiger Teil der Daseinsvorsorge, bedeutende Arbeitgeber in der Stadt und der Region und damit für die Attraktivität einer Region entscheidend.

Wir sprechen uns aus grundsätzlichen Erwägungen gegen die Ausweitung gesetzlicher Standards und neuer aufwändiger Verwaltungsverfahren, die noch mehr Bürokratie erzeugen, aus. Deshalb erscheint die Umstellung der Krankenhausinvestitionsförderung auf Pauschalen für den Regelfall grundsätzlich richtig. Es muss aber nach dem neuen Gesetz auch erkennbar sein, wie das Land mit der Runde der Planungsbeteiligten die richtigen strategischen Entscheidungen trifft, dass die stationäre Gesundheitsversorgung im Land unter den

Kommunaler Spitzenverband für alle Städte und Gemeinden

Geschäftsstelle:
Haus der kommunalen Selbstverwaltung
Bertha-von-Suttner-Straße 5
19061 Schwerin

Telefon: (03 85) 30 31-210
Fax: (03 85) 30 31-244
E-Mail: sgt@stgt-mv.de
Internet: www.stgt-mv.de

Konto:
Sparkasse Mecklenburg-Schwerin
BLZ: (140 520 00) Nr. 31 001 2597
IBAN: DE 46 1405 2000 0310 0125 97
BIC: NOLADE21LWL

engen finanziellen Rahmenbedingungen der öffentlichen Haushalte gesichert werden kann. Nachdem viele Krankenhäuser im Land bereits geschlossen wurde, viele andere in private Trägerschaft übertragen wurden, muss nun unter dem stärkeren wirtschaftlichen Druck verhindert werden, dass es zu unkontrollierten Schließungen wichtiger Krankenhausstandorte kommt. Weitere bürokratische Verfahren sollten nicht beschlossen werden. Das strikte Konnexitätsprinzip der Landesverfassung ist zu beachten (Investitionskostenfinanzierung, Bestellung und Entschädigungen von Patientenfürsprechern, etc.).

Der Gesetzentwurf sollte vor der Verabschiedung handwerklich noch einmal genau überarbeitet werden. So verweist z.B. die Begründung zu § 35 immer noch auf einen Satz 2, den es im Gesetzentwurf nicht gibt.

Wir begrüßen es, dass die Landesregierung am 24.01. in Güstrow begonnen hat, mit Kommunalen Krankenhauskonferenzen die Standortgemeinden und -städte direkt zu informieren und in die weiteren Planungen mit einzubeziehen. Wir bedauern, dass Städte und Gemeinden mit Krankenhausstandorten nur indirekt Beteiligte des Verfahrens sind. Der Städte- und Gemeindetag ist als zwar als Vertreter benannt. Es wäre wünschenswert, wenn die „Standortgemeinden“ des jeweiligen Krankenhauses ebenfalls Planungsbeteiligte oder zumindest in den Planungsentscheidungen von Beginn an beteiligt würden, wenn gravierende Änderungen, wie z. B. Standortschließung, komplette Stationsschließung oder Verlegung von Rettungshubschraubern Gegenstand von Planungen werden. Schließlich werden damit auch die anderen von der Planungshoheit der Gemeinden umfassten Belange tangiert.

Die Krankenhäuser und die Landkreise und kreisfreien Städte in Mecklenburg-Vorpommern haben bereits in den 90er Jahren harte, aber wichtige Umstrukturierungsprozesse bewältigt, die so nicht in allen Bundesländern umgesetzt worden sind. Deshalb stehen wir als Städte- und Gemeindetag zum Erhalt der bisherigen Krankenhausstandorte zur Sicherstellung einer guten stationären medizinischen Versorgung. Allerdings erfordern medizinischer Fortschritt mit geringerer stationärer Aufenthaltsdauer auf der einen Seite, die Erreichbarkeiten in ländlich strukturierten Gebieten, der Fachkräftemangel und die steigenden Kosten und Anforderungen an eine qualitativ hochwertige Versorgung sowie die demografische Entwicklung mit Abnahme der jüngeren Altersgruppen und Zunahme der älteren und hochbetagten Bevölkerung und vor allem Änderungen im bundesgesetzlich festgelegten Finanzierungsrahmen immer wieder Anpassungen in der Leistungsstruktur. Bereits mit unserem gemeinsamen Positionspapier von Landkreistag und Städte- und Gemeindetag aus 2019 zur Verbesserung der hausärztlichen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern, haben wir am Rande (Position 6) auch die zukünftige Einbindung der Krankenhäuser skizziert. Wir hatten gehofft, dass mit der Krankenhausreform des Bundes auch die sektorenübergreifende Versorgung und die stärkere Verknüpfung der ambulanten und der stationären medizinischen Versorgung noch besser geregelt wird.

Den gesetzlichen Sicherstellungsauftrag der Landkreise und kreisfreien Städte gemeinsam mit dem Land für die stationäre medizinische Versorgung achten wir; allerdings sind den Landkreisen mit den sie über die Kreisumlage finanzierenden Städten und Gemeinden und den kreisfreien Städten zunehmend enge finanzielle Grenzen

Kommunaler Spitzenverband für alle Städte und Gemeinden

Geschäftsstelle:
Haus der kommunalen Selbstverwaltung
Bertha-von-Suttner-Straße 5
19061 Schwerin

Telefon: (03 85) 30 31-210
Fax: (03 85) 30 31-244
E-Mail: sgt@stgt-mv.de
Internet: www.stgt-mv.de

Konto:
Sparkasse Mecklenburg-Schwerin
BLZ: (140 520 00) Nr. 31 001 2597
IBAN: DE 46 1405 2000 0310 0125 97
BIC: NOLADE21LWL

gesetzt. Deshalb bitten wir im weiteren Gesetzgebungsverfahren neben dem verfassungsrechtlichen Konnexitätsprinzip auch den Geist der Ergebnisse des Kommunalgespräches am 22.11.2024 zu beachten. Gegenwärtig ist noch nicht erkennbar, wie wir es erreichen, dass die sich abzeichnende historische Krise der Kommunalfinanzen in Mecklenburg-Vorpommern ab 2026 abgewendet werden kann. Wir hoffen, dass es uns wie in den letzten Jahren gemeinsam mit dem Land gelingt, im Herbst Lösungen zu finden, wie das Land auch weiterhin eine aufgabengerechte angemessene Finanzausstattung unserer Städte, Gemeinden und Landkreise sicherstellen kann.

Wir sehen die Notwendigkeit, dass mit der Krankenhausreform des Bundes im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) auch das Krankenhausgesetz des Landes (LKHG) zeitnah angepasst werden muss. Es gilt zu verhindern, dass die geringeren Verweildauern und der steigende wirtschaftliche Druck zu unkontrollierten Schließungen von Krankenhäusern führt. Nach Hamburg ist Mecklenburg-Vorpommern das Bundesland mit dem höchsten Anteil an privaten Trägern der Krankenhäuser. Mit der Entscheidung der Bundesregierung vom 25.06. zum Regierungsentwurf für den Bundeshaushalt, 2025 für die Finanzierung der Sofort-Transformationskosten der Krankenhäuser in Höhe von 1,5 Mrd. EUR bereit stellen zu wollen, sind Wege eröffnet worden, um Krankenhäusern die Möglichkeit zu geben, wirtschaftlich betrieben werden zu können. Der aktuelle Gesetzentwurf zur Umsetzung des Sondervermögens Infrastruktur des Bundes (LuKIFG) sieht vor, dass die Mittel in den Ländern trägerneutral auch zur Finanzierung von Sachinvestitionen der Krankenhaus-Infrastruktur eingesetzt werden können. Derzeit wissen wir noch nicht, wie die Umsetzung konkret in Mecklenburg-Vorpommern erfolgen soll.

Soweit diese Stellungnahme aus Sicht aller Städte und Gemeinden nicht in vollem Umfang die berechtigten Interessen der Städte und Gemeinden wiedergibt, die Krankenhausstandorte sind, bitten wir diese gleichwohl zu berücksichtigen.

Da die Krankenhausplanung nach dem vorliegenden Entwurf künftig eine noch größere Rolle für den angebotenen Leistungskatalog in den Häusern spielen soll und im Landeskrankenhausgesetz spezialgesetzlich das Regelwerk für die verbindliche Krankenhausplanung abschließend geregelt wird, bitten wir um Beachtung des zentralörtlichen Systems unserer Landesplanung und enger Zusammenarbeit auch mit den Regionalen Planungsverbänden im Land.

Der Entbürokratisierungsansatz ist im Gesetzentwurf hinsichtlich der Umstellung von der Einzelförderung auf die Pauschalförderung umgesetzt. Allerdings werden widersprechen diesem Grundsatz einige neue weitere Meldetatbestände und pflichtig zu bestellende neue Beteiligte/Beauftragte. Die einfachen Anzeigepflichten bei Änderungen der Eigentümerstruktur und Trägerwechseln in § 3 sind allerdings notwendig z.B. auch für die Investitionsförderung und die Sicherung der öffentlichen Fördermittel. An anderer Stelle finden sich zudem sehr viele neue Informationspflichten, die auch durch die umfangreichen Verordnungsermächtigungen im Ressortentwurf noch gar nicht bis zum Ende abschätzbar sind. Bitte prüfen Sie noch einmal genau, wie die zusätzlichen Anforderungen (z.B. Patientenfürsprecher, Stationsapotheker, Alarmplanung) künftig ausfinanziert werden können. Neue Pflichten erhöhen den Druck auf

Kommunaler Spitzenverband für alle Städte und Gemeinden

Geschäftsstelle:
Haus der kommunalen Selbstverwaltung
Bertha-von-Suttner-Straße 5
19061 Schwerin

Telefon: (03 85) 30 31-210
Fax: (03 85) 30 31-244
E-Mail: sgt@stgt-mv.de
Internet: www.stgt-mv.de

Konto:
Sparkasse Mecklenburg-Schwerin
BLZ: (140 520 00) Nr. 31 001 2597
IBAN: DE 46 1405 2000 0310 0125 97
BIC: NOLADE21LWL

die Wirtschaftlichkeit der Häuser und führen zu neuen Haftungsfragen, wenn den neuen gesetzlichen Pflichten auch nicht nachgekommen werden kann.

Aus kommunaler Sicht ist wichtig, dass bei allen Erweiterungen der bisherigen Mitfinanzierungsverpflichtungen mittels der Krankenhausumlage das strikte Konnexitätsprinzip in der Landesverfassung beachtet wird und gleichzeitig Regelungen getroffen werden, wie höhere verpflichtende Mehraufwendungen der Kommunen ausgeglichen werden. Die ab 2026 nach derzeitigem Kenntnisstand sinkenden Schlüsselzuweisungen an die Kommunen bei gleichzeitigen allgemeinen Kostensteigerungen lassen eine Eigenfinanzierung von den Kommunen für höhere Krankenhausumlagen nicht zu. Sollte der Gesetzentwurf mit höheren Mehraufwendungen für kommunale Gebietskörperschaften verbunden sein, muss eine Kostenprognose erstellt werden, die die Mehrkosten abschätzt, den Gesetzgeber hierüber informiert (Warnfunktion des strikten Konnexitätsprinzips). Zudem muss dem Gesetz eine Regelung beigefügt werden, wie Mehraufwendungen der kommunalen Gebietskörperschaften ausgeglichen werden (Schutzfunktion des strikten Konnexitätsprinzips). Dabei handelt es sich auch um ausgleichspflichtige Mehraufwendungen, wenn die prozentuale Quote der kommunalen Beteiligung unverändert bliebe, aber der Betrag der Krankenhausumlage stiege, weil die der Berechnung zu Grunde liegenden Krankenhaushelfer im Landeshaushalt höher ausfallen. In diesem Fall müsste der Prozentsatz der Krankenhausumlage entsprechend verringert werden, oder im neuen LKHG selbst ein entsprechender Mehrbelastungsausgleich geregelt werden. Das gilt auch dann, wenn z.B. für Krankenhausinvestitionen aus dem LuKIFG anteilig von den Kommunen eine Krankenhausumlage erhoben werden soll.

Der Gesetzentwurf zu einem neuen LKHG M-V ist als sog. Ablösungsgesetz wie die Erstregelung in der Regelungssprache abgefasst. Daher wird aus dem neuen Gesetzentwurf nicht wirklich ersichtlich, was gegenüber dem jetzigen LKHG M-V unverändert bleibt und was geändert worden ist. Wir regen an, wegen der Komplexität der Materie zu den weiteren Beratungen um erläuternde Synopsen zu bitten, damit sachgerechte Entscheidungen in diesen wichtigen Fragen getroffen werden können.

B. Zu einzelnen Regelungen im Gesetzentwurf LT DS 8/4870

Nach Abgleich der jetzigen und der vorgesehenen Regelungen in Verbindung mit der Entwurfsbegründung ist zunächst festzustellen, dass die Normen aus dem aktuellen LKHG M-V überwiegend inhaltsgleich übernommen, aber nunmehr an anderer Stelle im Gesetz verortet wurden. Dabei sind einige der Aspekte der sog. Krankenhausreform zwar bereits eingeflossen. Der Entwurf bedarf aber mit Blick auf das zwischenzeitlich in Kraft getretene Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz - KHVVG), insbesondere betreffend die Krankenhausplanung, noch einer grundlegenden Überarbeitung. Exemplarisch wird insoweit auf § 6a KHG („Zuweisung von Leistungsgruppen“), § 6b KHG („Zuweisung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben“) und § 135e KHG („Mindestanforderungen an die

Kommunaler Spitzenverband für alle Städte und Gemeinden

Geschäftsstelle:
Haus der kommunalen Selbstverwaltung
Bertha-von-Suttner-Straße 5
19061 Schwerin

Telefon: (03 85) 30 31-210
Fax: (03 85) 30 31-244
E-Mail: sgt@stgt-mv.de
Internet: www.stgt-mv.de

Konto:
Sparkasse Mecklenburg-Schwerin
BLZ: (140 520 00) Nr. 31 001 2597
IBAN: DE 46 1405 2000 0310 0125 97
BIC: NOLADE21LWL

Qualität der Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung“). Nachfolgend wird auf einzelne Bestimmungen des Entwurfs detailliert eingegangen.

§ 3 Begriffsbestimmungen und grundsätzliche Anforderungen

Die schlichten Anzeigepflichten über Änderungen in der Eigentümerstruktur und Trägerwechsel sind notwendig. Es sollte in § 3 ausdrücklich aufgenommen werden, dass Krankenhäuser auch Leistungen der ambulanten Gesundheitsversorgung erbringen dürfen. Nur so lassen sich wirtschaftlich ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung dauerhaft sicherstellen.

§ 4 Krankenhausaufsicht, Verordnungsermächtigung

Die Abgrenzung der Zuständigkeiten des Innen-, des Wissenschafts- und des Gesundheitsministeriums als Aufsicht muss überarbeitet werden. Bei der Umsetzung wird es zu mehr Fragen als Antworten kommen und die Krankenhausträger wissen im Zweifel nicht, welchem „Herrn“ sie nun dienen müssen. Zudem kann es zu sehr unterschiedlichen und widersprüchlichen Anforderungen kommen.

Es dürfte auch aus finanziellen Gesichtspunkten für das Land unwirtschaftlich sein, in drei verschiedenen Ministerien Abteilungen und Experten für die Krankenhausaufsicht vorzuhalten, die sich zudem noch untereinander abstimmen müssen. Für ein kleines Bundesland müssen schlanke und transparente Verwaltungsstrukturen auch in der Regierung geschaffen werden: Eine Landesregierung – eine regierungsseitige Krankenhausaufsicht.

§ 5 Krankenhausplan

Der Gesetzestext lässt offen, wie mit Maßnahmen umzugehen ist, die die beiden Universitätskliniken betreffen (§ 5 Abs. 5 letzter Satz) und die auch Auswirkungen auf die Versorgungsentscheidungen bzw. die wirtschaftliche Leistungserbringung in den anderen Häusern der Versorgungsregion hat. An dieser Stelle sollte der Gesetzgeber eine Abwägung vornehmen und eine klare Entscheidung treffen und diese nicht schlicht auf das Wissenschaftsministerium delegieren.

§ 6 Planungssystematik des Krankenhausplans, Verordnungsermächtigung

Aufgrund der generellen Bedeutung des Krankenhausplans sollte die Planungssystematik nicht durch Rechtsverordnung, sondern durch dieses Gesetz - unter Beachtung der entsprechenden Regelungen zur Krankenhausplanung durch das KHVG - festgelegt werden. Das entspräche auch der aus dem Rechtsstaatsprinzip folgenden Wesentlichkeitstheorie, nach der der Gesetzgeber selbst die wesentlichen Entscheidungen treffen muss.

Im Übrigen ist im Hinblick auf § 6 Abs. 2 Satz 3 nicht vorstellbar, wie ein Nebeneinander von kapazitätsbezogener Bettenplanung und qualitätsausgerichteter Leistungsplanung (vgl. „dritte Variante“ in der Gesetzesbegründung) für abgegrenzte Bereiche der Krankenhausversorgung oder in Kombination für die gleichen Bereiche der Krankenhausversorgung überhaupt funktionieren soll. In der Gesetzesbegründung sind dazu zwar auf Seite 69 Beispiele aufgeführt; allerdings erschließt sich auch anhand dessen nicht die konkrete Handhabe. Wenn der Aspekt im Rahmen der neuen Gesetzgebung dennoch weiterhin aufgegriffen werden soll, wäre zumindest

eine abschließende Aufzählung der entsprechenden Fallkonstellationen im Gesetz notwendig.

§ 7 Aufnahme in den Krankenhausplan und Ausscheiden aus dem Krankenhausplan

In Ergänzung zu § 7 Abs. 2 Satz 1, wonach kein Rechtsanspruch auf Aufnahme in den Krankenhausplan besteht, sollte eine ergänzende Feststellung zum Status Quo der derzeit bzw. der zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des neuen Landeskrankenhauses in den Krankenhausplan M-V aufgenommenen Krankenhäuser in Verbindung mit den jeweiligen verbindlichen Feststellungsbescheiden getroffen werden.

Denn mit dem Status Quo sind die Häuser mit Ihren Fachabteilungen und Aufgaben im aktuellen KH-Plan abgebildet und dürften nicht allein aufgrund eines neuen KHG die bisher akzeptierten Ansprüche auf Leistungsbereiche verlieren, für die die Häuser personelle und infrastrukturelle Bedingungen mit teilweise hohen Eigenmittelinvestitionen und bestehenden langfristigen Verbindlichkeiten geschaffen haben und aufrechterhalten.

§ 7 Abs. 2 Satz 2ff. regeln die notwendige Auswahl zwischen mehreren Krankenhausstandorten. Die Bestimmungen gehen über diejenigen des § 6a Abs. 1 Satz 5 KHG hinaus. Wie dort festgeschrieben, ist bei der Auswahl primär auf Qualität, und zwar auf die Ergebnisqualität, abzustellen.

Statt „zur Kenntnis gegeben“ sollte es am Ende des 1. Satzes von § 7 Abs. 3 „bekannt gegeben“ heißen.

§ 8 Beteiligte

§ 8 Abs. 4 Satz 2 ist zwar gegenüber ursprünglichen Überlegungen nachgebessert worden, in dieser Form aber immer noch zu streichen.

Wir verstehen es, dass es bei konkreten Entscheidungen keine Interessenkonflikte geben darf und Planungsbeteiligte bei konkreten Interessenkonflikten weder an der Beratung noch der Entscheidung in konkreten Einzelfällen beteiligen dürfen. Das könnte aber durch die Ausgestaltung eines Mitwirkungsverbots nach Vorbild der Kommunalverfassung (§ 24 KV M-V) geregelt werden. Aber bei den unmittelbar Planungsbeteiligten vorauszusetzen, dass gar keine Interessenkonflikte bestehen dürfen, wäre eine kaum zu erfüllende Zugangsvoraussetzung. Auch Vertreter der Landkreise und kreisfreien Städte selbst wären bei enger Auslegung ausgeschlossen, da ihre Körperschaft mit dem Land den Sicherstellungsauftrag in ihrem Hoheitsgebiet innehat. Durch unseren o.g. Vorschlag mit der Bestellung von jeweils 2 Mitgliedern kann die Beteiligung dann für den Städte- und Gemeindetag in jedem Fall abgesichert werden. Im Übrigen ist auch bei den weiteren Beteiligten keine so hohe Hürde aufgelegt worden. . Etwaige Interessenkonflikte unterscheiden sich nicht von denen der anderen unmittelbar Beteiligten.

Aus unserer Sicht würde eine Umsetzung der vorgesehenen Regelungen zu einer Benachteiligung der Beteiligung der Verbände führen und sich aufgrund der Reduzierung von Expertise aus diesen nachteilig auf die Entscheidungskompetenz sowie die Krankenhausplanung an sich auswirken.

Die Möglichkeit, die laut § 8 Abs. 4 Satz 2 ausgeschlossenen Personen, gegebenenfalls als Sachverständige gemäß § 8 Abs. 4 Satz 4 hinzuzuziehen, wäre zudem nicht immer gegeben, da dies nur mit Genehmigung des Vorsitzes der

Kommunaler Spitzenverband für alle Städte und Gemeinden

Geschäftsstelle:
Haus der kommunalen Selbstverwaltung
Bertha-von-Suttner-Straße 5
19061 Schwerin

Telefon: (03 85) 30 31-210
Fax: (03 85) 30 31-244
E-Mail: sgt@stgt-mv.de
Internet: www.stgt-mv.de

Konto:
Sparkasse Mecklenburg-Schwerin
BLZ: (140 520 00) Nr. 31 001 2597
IBAN: DE 46 1405 2000 0310 0125 97
BIC: NOLADE21LWL

Planungsbeteiligtenrunde und mit Blick auf die Begründung nur anlassbezogen möglich wäre. Es ist daher zu befürchten, dass die Interessen der Krankenhäuser bei den Entscheidungen der Planungsbeteiligtenrunde nicht hinreichend berücksichtigt würden.

Im Übrigen wird auf die Landeskrankenhausesetze der anderen Bundesländer verwiesen; dort findet sich jeweils eine solche Beschneidung der Beteiligung nicht. Zudem sind auch auf Landesebene Interessenkonflikte z.B. zwischen Finanzierungs- und Planungsverantwortung, Zuständigkeit für die Auswahlentscheidungen und Trägerschaft der Universitätskliniken grundsätzlich nicht ausgeschlossen. Wir regen an, nicht Sachverstand auszuschließen, sondern konkrete Regelungen zur Ausgestaltung und zur Transparenz im LKHG zu treffen.

§ 9 Auskunftspflichten, Sicherung der Krankenhausplanung, Verordnungsermächtigung

Warum nunmehr auch personenbezogene Daten verarbeitet werden sollen (§ 9 Abs. 2 Satz 2 2. Halbsatz), ist sowohl im Gesetz als auch in der Begründung nicht näher erläutert. Dass es laut Begründung um Auskunftserteilung zur Sicherung der Krankenhausplanung ginge, ist nicht ausreichend - Dies auch im Hinblick auf die vorbenannte jetzige Regelung, die Auskünfte in anonymisierter Form festlegt und nur für verwaltungsinterne Zwecke bestimmt.

Da eine Anonymisierung in der Regel mit einem beträchtlichen Aufwand einhergeht und aufgrund der grundsätzlichen Rückverfolgbarkeit des Datenursprungs oftmals nicht umsetzbar ist, wäre eine Beschränkung auf pseudonymisierte Daten mit Blick auf den Schutz der Daten das Mindeste und zu bevorzugen.

Die Bestimmung für verwaltungsinterne Zwecke sollte schließlich vom jetzigen Gesetz übernommen werden.

§§ 9 und 10 Grundlagen der Förderung und Ausnahmen für die Universitätskliniken

Das Ziel, mit der Umstellung der Förderung die Verfahren zu vereinfachen, begrüßen wir.

§ 12 Aufbringung der Mittel

Bei der Regelung ist das strikte Konnexitätsprinzip zu beachten. Für den Fall, dass im Haushaltsplan höhere Beträge festgesetzt werden, muss der prozentuale Anteil der Kommunen entsprechend gesenkt oder eine Regelung für einen entsprechenden Mehrbelastungsausgleich in diesem Gesetz getroffen werden. Die Lage der Haushalte der Landkreise und kreisfreien Städte lässt ab 2026 keine Mehrbelastungen mehr zu.

Die Neuregelung nach § 12 Abs. 2 Satz 2, wonach eine abweichende Beitragsrechnung mit Zustimmung der kommunalen Landesverbände möglich sein soll, ist auf Seite 71 begründet. Ansatz der Regelung ist demnach, die Beitragsberechnung weniger starr zu regeln. Zugleich wird betont, dass eine abweichende Beitragsrechnung nur mit Zustimmung der kommunalen Landesverbände erfolgen wird.

Es fehlt eine inhaltsgleiche Regelung zum jetzigen § 24 Abs. 4 LKHG M-V („Die von den Landkreisen und kreisfreien Städten aufgebrachten Finanzmittel werden als Eigenmittel berücksichtigt, soweit es die Förderung ihrer eigenen Krankenhäuser

Kommunaler Spitzenverband für alle Städte und Gemeinden

Geschäftsstelle:
Haus der kommunalen Selbstverwaltung
Bertha-von-Suttner-Straße 5
19061 Schwerin

Telefon: (03 85) 30 31-210
Fax: (03 85) 30 31-244
E-Mail: sgt@stgt-mv.de
Internet: www.stgt-mv.de

Konto:
Sparkasse Mecklenburg-Schwerin
BLZ: (140 520 00) Nr. 31 001 2597
IBAN: DE 46 1405 2000 0310 0125 97
BIC: NOLADE21LWL

betrifft.“). Die Streichung dieses Passus im neuen Gesetz ist nicht plausibel. Die Gesetzesbegründung erläutert nun zwar die Regelung. Die Trägerneutralität könnte z.B. auch gewährleistet sein, wenn geregelt würde, dass „die von den Landkreisen und kreisfreien Städten aufgebrachten Finanzmittel zur Förderung ihrer eigenen Krankenhäuser auf ihren Umlageanteil angerechnet werden.“ Ohne eine solche Regelung könnten die kommunalen Krankenhausträger geltend machen, gleichheits- und damit verfassungswidrig als Träger benachteiligt bzw. in ihrem Selbstverwaltungsrecht unzulässig eingeschränkt zu werden. Sie würden neben ihrem eigenständig festgelegten Eigenanteil noch einmal ungekürzt zu einer Umlage herangezogen werden.

Fraglich ist angesichts der sich abzeichnenden kommunalen Finanzkrise ab 2026 wie zu verfahren ist, wenn die Landkreise und kreisfreien Städte die Krankenhausumlagen nicht mehr aufbringen können, ohne gegen die gesetzliche Verpflichtung zum Haushaltsausgleich zu verstoßen. Bei dieser, die kommunale Selbstverwaltung in Gestalt der kommunalen Finanzhoheit einschränkenden Frage, muss der Landesgesetzgeber eine Entscheidung treffen, der den Landkreisen und kreisfreien Städten eine Finanzausstattung sichert, die ihnen die Möglichkeit eröffnet, neben den pflichtigen Aufgaben auch freiwillige Selbstverwaltungsaufgaben in angemessenem Umfang wahrzunehmen. Der Landesgesetzgeber ist nicht nur Sicherstellung der stationären Gesundheitsversorgung und Investitionskostenfinanzierung für Krankenhäuser, sondern auch für eine angemessene aufgabengerechte Finanzausstattung seiner Kommunen verantwortlich. Das Land hat durch seine Regelungs- und Planungskompetenzen im Gesundheitsbereich erheblich umfassendere Steuerungskompetenzen als die Landkreise und kreisfreien Städte-

§ 13 Investitionsprogramm

Fraglich ist, ob der Haushaltsvorbehalt mit dem dualistischen Finanzierungssystem im Einklang steht.

§ 20 Ausgleich für Eigenmittel bis 31.12.2027

Dass dem Krankenhausträger bei vollständigem oder teilweisem Ausscheiden des Krankenhauses aus dem Krankenhausplan sowie bei Einschränkung des Leistungsangebots auf Antrag ein dem Anteil der Eigenmittel entsprechender Ausgleich für die Abnutzung von Anlagegütern gewährt werden soll, entspricht dem bisherigen § 18 LKHG M-V.

§ 22 Investitionspauschale ab 1. Januar 2028, Verordnungsermächtigung

§ 22 ist mit Blick auf die immense Bedeutung dieser neuen Form der Krankenhausförderung bisher zu vage und unbestimmt formuliert. Insbesondere fehlen konkrete gesetzliche Bestimmungen zur Höhe und Bemessungsgrundlagen. Ist z.B. nicht ersichtlich, in welchem Verhältnis die unter § 22 Abs. 2 aufgeführten Parameter in Ansatz gebracht werden sollen. Außerdem fehlt die Festlegung eines Mindestförderbetrages.

Es handelt sich hierbei keinesfalls um „Kleinteiligkeit“, wie in der Begründung zu § 22 Abs. 8 suggeriert. Dementsprechend sollten die konkretisierenden Regelungen per Gesetz und nicht nur durch Rechtsverordnung erfolgen.

So wurde es auch im Land Brandenburg gehandhabt. Im dortigen § 16 BbgKHEG werden Berechnungsansätze und die Mindesthöhe der Investitionspauschale

Kommunaler Spitzenverband für alle Städte und Gemeinden

Geschäftsstelle:
Haus der kommunalen Selbstverwaltung
Bertha-von-Suttner-Straße 5
19061 Schwerin

Telefon: (03 85) 30 31-210
Fax: (03 85) 30 31-244
E-Mail: sgt@stgt-mv.de
Internet: www.stgt-mv.de

Konto:
Sparkasse Mecklenburg-Schwerin
BLZ: (140 520 00) Nr. 31 001 2597
IBAN: DE 46 1405 2000 0310 0125 97
BIC: NOLADE21LWL

ausdrücklich aufgeführt und die Rechtsverordnung dient dann „nur noch“ zur Regelung von Einzelheiten der Berechnungsweise, Zahlungsmodalitäten sowie zum Verfahren zur Nachweisführung über die Verwendung. Dies entspricht auch der aus dem Rechtsstaatsprinzip folgenden Wesentlichkeitstheorie, nach der der Gesetzgeber die wesentlichen Entscheidungen selbst zu treffen hat, damit der die notwendigen Abwägungen vornimmt und die künftigen Regelungen für die Adressaten der Norm verlässlich und vorhersehbar sind.

Die vorgesehene Verrechnung früherer Förderungen auf die Investitionspauschalen ist dringend zu konkretisieren, um eine Bewertung zuzulassen. Nach der jetzigen Darstellung kann es sein, dass ein Krankenhaus, welches vor 15 Jahren mit einem größeren Betrag gefördert wurde, möglicherweise über viele Jahre gar keine Investitionspauschale erhält.

Letztendlich haben die Krankenhäuser aktuell einen Rechtsanspruch auf Förderung von Investitionen, der auch trotz des vorgesehenen Umstiegs auf Investitionspauschalen im Grundsatz weiterhin bestehen sollte.

Aus Sicht eines Krankenhausträgers wird vorgetragen, dass die im Entwurf unter Abs. 3 vorgesehene umfassende Erklärung eines Wirtschaftsprüfers als Voraussetzung für eine Bewilligung der Investitionspauschalen entfallen sollte. Ein derart dezidiert Nachweis sei nicht notwendig und eine Übermittlung dieser Einschätzungen des Wirtschaftsprüfers an das Land sei auch unter der Wahrung von Geschäftsgeheimnissen seitens der Häuser und Träger nicht indiziert.

§ 25, auf welchen § 22 Abs. 3 Satz 2 verweist, werde als zu weitreichend abgelehnt. Hierzu wird auf die Ausführungen zu § 25 verwiesen.

§ 23 Förderung bei Schließung oder Umstellung

§ 23 sollte entsprechend dem Wortlaut des § 20 angepasst werden. Statt der Begrenzung auf Schließung und Umstellung ist der Anwendungsbereich demzufolge um das vollständige oder teilweise Ausscheiden von Krankenhäusern aus dem Krankenhausplan sowie Einschränkung des Leistungsangebots zu erweitern bzw. die Formulierung des § 20 zwecks Einheitlichkeit wortgleich anstelle von „Schließung und Umstellung“ zu verwenden.

Die Krankenhäuser sind mit dem derzeitigen Status Quo mit Ihren Fachabteilungen und Aufgaben im aktuellen KH-Plan abgebildet. Für die Gewährleistung dieses Leistungsangebotes und der Leistungserbringung haben diese Häuser im Vertrauen auf diese Regelungen personelle und infrastrukturelle Bedingungen mit teilweise hohen Eigenmittelinvestitionen und bestehenden langfristigen Verbindlichkeiten geschaffen und aufrechterhalten.

Sofern nun das Land das Leistungsangebot von Häusern im Rahmen der Festlegung von Leistungsgruppen reduziert, ist zu prüfen, ob die Häuser und deren Träger einen grundsätzlichen Rechtsanspruch auf entsprechende Ausgleichszahlungen erhalten können müssen.

Trotz der Tatsache, dass § 23 inhaltsgleich dem bisherigen § 19 LKHG M-V entspricht, sollten im Zuge der Neuausrichtung des Landeskrankenhausgesetzes folgende Streichungen vorgenommen werden:

Kommunaler Spitzenverband für alle Städte und Gemeinden

Geschäftsstelle:
Haus der kommunalen Selbstverwaltung
Bertha-von-Suttner-Straße 5
19081 Schwerin

Telefon: (03 85) 30 31-210
Fax: (03 85) 30 31-244
E-Mail: sgt@stgt-mv.de
Internet: www.stgt-mv.de

Konto:
Sparkasse Mecklenburg-Schwerin
BLZ: (140 520 00) Nr. 31 001 2597
IBAN: DE 46 1405 2000 0310 0125 97
BIC: NOLADE21LWL

Zunächst ist im Abs. 1 die Einschränkung „soweit diese erforderlich sind“ zu streichen.

Des Weiteren ist in Abs. 2 Nr. 1 „unvermeidbare“ und in Abs. 2 Nr. 4 „unvermeidlich“ zu streichen.

Im Übrigen sollte Abs. 4 Satz 1 („Der Krankenhausträger hat sich entsprechend seiner Vermögenssituation an den Kosten zu beteiligen und andere Finanzierungsmöglichkeiten auszuschöpfen.“) entfallen. Fraglich ist, ob diese Regelung bestimmt genug ist und unter der Beachtung des Gleichheitsgrundsatzes nicht Differenzierungen erfolgen müssen. Denn es bleibt unklar, wer die Vermögenssituation und die anderen Finanzierungsmöglichkeiten abschließend bestimmt.

§ 24 Nebenbestimmungen und Rückforderung

§ 24 Abs. 5 entspricht zwar inhaltsgleich dem jetzigen § 21 Abs. 5 LKHG M-V. Der gesamte Passus ist aber im Hinblick auf das vollständige oder teilweise Ausscheiden von Krankenhäusern aus dem Krankenhausplan sowie Einschränkung des Leistungsangebots, welche im Zuge der Umsetzung des KHVVG gegebenenfalls erfolgen, anzupassen. Für den Fall, dass bedingt durch die Anwendung des KHVVG eine der vorbenannten krankenhauplanerischen Entscheidungen ergeht, ist die Erstattung von vor dem Inkrafttreten des KHVVG gewährten Fördermitteln somit auszuschließen.

§ 25 Erklärungen im Rahmen der Jahresabschlussprüfung

Die in § 25 normierten Verpflichtungen sind insbesondere im Hinblick auf Betriebsgeheimnisse sehr weitreichend. Stattdessen sollte eine Entschärfung dahingehend erfolgen, dass die von der Wirtschaftsprüferin oder dem Wirtschaftsprüfer zu bestätigenden Tatsachen dem Zweck entsprechend festgelegt und so begrenzt und hinreichend bestimmt werden.

Zudem sollten die durch zusätzliche Nachweise/Testate des Wirtschaftsprüfers entstehenden Kosten erstattet werden.

§ 26 Verwendungsnachweis

Im Hinblick auf § 26 Abs. 3 sollte geprüft werden, ob die umfangreichen Anforderungen, welche sowohl auf Seiten des Ministeriums, als auch auf Seiten der Krankenhäuser zu einem beträchtlichen Aufwand führen, reduziert werden können. Eine wesentlich pragmatischere Regelung findet sich etwa in § 21 KHGG NRW.

§ 30 Versorgung besonderer Patientengruppen

§ 30 Abs. 2 entspricht weitestgehend § 6c Abs. 6 HmbKHG. Mit Blick auf Art. 21 DS-GVO sollte die Formulierung in § 30 Abs. 2 Satz 4 geändert werden. Statt „aufgeklärt“ sollte es entsprechend dem Wortlaut des Art. 21 Abs. 4 DS-GVO „hingewiesen“ lauten.

Nicht zu akzeptieren ist die Darstellung in der Begründung auf Seite 101, dass es sich bei den im § 30 Abs. 2 geforderten Leistungen (= Information über die Datenübermittlung, Hinweis auf das Widerspruchsrecht und Dokumentation) „wegen der geringen Fallzahlen“ um „Kostenbelastungen... im Bagatellbereich“ handle. Trotz des allgemein zu verzeichnenden Geburtenrückgangs sind die verlangten Handlungen mit nicht zu vernachlässigenden Aufwendungen verbunden; deren Refinanzierung sollte deshalb mitgeregelt werden.

Kommunaler Spitzenverband für alle Städte und Gemeinden

Geschäftsstelle:
Haus der kommunalen Selbstverwaltung
Bertha-von-Suttner-Straße 5
19061 Schwerin

Telefon: (03 85) 30 31-210
Fax: (03 85) 30 31-244
E-Mail: sgt@sgt-mv.de
Internet: www.sgt-mv.de

Konto:
Sparkasse Mecklenburg-Schwerin
BLZ: (140 520 00) Nr. 31 001 2597
IBAN: DE 46 1405 2000 0310 0125 97
BIC: NOLADE21LWL

§ 30 Abs.7 sollte gestrichen werden. Es sollte dem Krankenhaus obliegen, ob dieses bei einem Versorgungsauftrag für gynäkologische Leistungen ein Angebot zur Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen zur Verfügung stellt. Wir verweisen auf die notwendige und auch gewünschte unter § 37 medizinische Weisungsfreiheit von Abteilungsärztinnen und Abteilungsärzten. Die Regelungen in § 13 SchKG sind insoweit ausreichend. Außerdem waren in der Vergangenheit gerade die Regelungen betreffend die Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen immer wieder geändert worden. Infolgedessen ist fraglich, wie lange der in der Begründung aufgeführte Verweis auf § 13 Abs. 2 SchKG, wonach die Länder ein ausreichendes Angebot ambulanter und stationärer Einrichtungen zur Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen und den ungehinderten Zugang zu diesen sicherstellen, Bestand hat. Vorgaben zu dieser Thematik finden sich schließlich auch nicht in anderen Landeskrankenhausgesetzen.

§ 32 Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher

Der § 32 enthält eine neue Pflichtaufgabe für die Landkreise und kreisfreien Städte, die diese in pflichtgemäßer Ausübung ihres Ermessens durchzuführen haben. Für diese neue Aufgabe muss dem Gesetz noch eine Regelung zum Mehrbelastungsausgleich durch das Land hinzugefügt werden. Dazu hat das federführende Ministerium eine Kostenprognose anzustellen. Neben den Entschädigungen sind die Verwaltungskosten für diese Aufgabe (Auswahl und regelmäßige Überwachung der strengen gesetzlichen Anforderungen) und die Betreuung der Patientenfürsprecher auszuweisen (Personalkosten nach TVöD können beim Kommunalen Arbeitgeberverband in Erfahrung gebracht werden, zzgl. 23.500 EUR Sachkostenpauschale pro Arbeitsplatz und 30 % Verwaltungsgemeinkostenpauschale in gleichberechtigter Anwendung der Grundsätze zur Gebührenkalkulation des Landes).

Zu prüfen ist, ob den Landkreisen und kreisfreien Städten nicht auch Entscheidungsrechte einzuräumen sind. Der Gesetzentwurf lässt im Unklaren, was mit dem Bericht an die Vertretung geschieht, bzw. wie sie damit umzugehen hat. Die Städte und Landkreise verfügen allenfalls über sehr eingeschränkte Aufsichtsrechte. Aufsichtsbehördliche Zuständigkeiten liegen nur in sehr engem Umfang beim Gesundheitsamt. Dieses führt seine Aufgaben allerdings als Aufgabe des übertragenen Wirkungskreises und damit in Verantwortung des Landrates bzw. der Oberbürgermeisterin/des Oberbürgermeisters aus. Damit sind den Vertretungen Befugnisse entzogen. Es könnte der Eindruck entstehen, dass diese Vorschrift nicht durchdacht und nur zu bürokratischem Mehraufwand ohne Konsequenzen führt. In dieser Form der Ausgestaltung erscheint die Regelung falsch.

Richtigerweise sollte die Aufgabe des Patientenfürsprechers beim für die Krankenhausaufsicht zuständigen Ministerium angesiedelt werden. Dann erübrigen sich auch Kostenerstattungsregelungen und die Prozesse wären einfacher und schlanker.

§ 33 Ausbildung und Berufsrecht

Die Notwendigkeit von § 33 Abs. 2 wird vollumfänglich in Frage gestellt. Die relativ kurze Begründung, dass durch die Regelung in Absatz 2 sichergestellt werde, dass bei der Verletzung von Berufspflichten im Krankenhaus die zuständigen Stellen unterrichtet werden und dass in diesen Fällen für die zuständigen Stellen zur

Kommunaler Spitzenverband für alle Städte und Gemeinden

Geschäftsstelle:
Haus der kommunalen Selbstverwaltung
Bertha-von-Suttner-Straße 5
19061 Schwerin

Telefon: (03 85) 30 31-210
Fax: (03 85) 30 31-244
E-Mail: sgl@stgt-mv.de
Internet: www.stgt-mv.de

Konto:
Sparkasse Mecklenburg-Schwerin
BLZ: (140 520 00) Nr. 31 001 2597
IBAN: DE 46 1405 2000 0310 0125 97
BIC: NOLADE21LWL

Beurteilung auch die Notwendigkeit der Prüfung diesbezüglicher Unterlagen bestehe, reicht nicht aus.

In Bezug auf Verstöße gegen Berufspflichten gibt es bereits hinreichende Vorgaben. Die Ahndung von Verstößen gegen das Berufsrecht und die verfahrensrechtliche Ausgestaltung finden sich insoweit insbesondere in den Heilberufe-Kammergesetzen. Ergänzend wird darauf verwiesen, dass es eine solche Regelung bisher auch nicht in den Krankenhausgesetzen anderer Bundesländer gibt.

§ 34 Qualitätssicherung

Der Umfang der Verpflichtungen im Hinblick auf Qualität wurde im Vergleich zur jetzigen Norm zum Qualitätsmanagement nach § 7 LKHG M-V beträchtlich erweitert. Es fehlt eine Regelung zur Refinanzierung der Kosten für die Qualitätsbeauftragte oder den Qualitätsbeauftragten, welcher gemäß § 34 Abs. 2 Satz 1 verpflichtend werden soll.

Das Land muss die entsprechenden voraussichtlichen Mehrkosten entweder für die Krankenhausträger oder für Landkreise und kreisfreien Städte nach dem Konnexitätsprinzip unter Beteiligung der kommunalen Landesverbände ermitteln und gleichzeitig mit dem Inkrafttreten dieser Regelung bereitstellen.

§ 35 Organspenderegister

§ 35 ist mit Blick auf die verbindlichen und abschließenden Vorgaben zur Organ- und Gewebespende im Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen und Geweben (Transplantationsgesetz - TPG) nicht erforderlich.

In der Begründung ist die Rede von einem Satz 2, welcher im § 35 des Gesetzentwurfes allerdings fehlt.

§ 36 Krankenhaushygiene und Umwelt

Aspekte des Umwelt- und des Klimaschutzes sind zweifelsohne von entscheidender Bedeutung, § 36 Abs. 3 ist aber dennoch nicht erforderlich, da entsprechend den gesetzlichen Vorgaben wie Corporate Sustainability Reporting Directive (CSRD) auch Krankenhäuser schrittweise ab 1. Januar 2025 über die Umsetzung von Maßnahmen zur Nachhaltigkeit berichten müssen.

§ 37 Leitung und innere Organisation eines Krankenhauses

Die Festlegung gemäß § 37 Abs. 1 Satz 2, dass an der Betriebsleitung eine Leitende Ärztin oder ein Leitender Arzt, die Leitende Pflegefachperson und die Leiterin oder der Leiter des Wirtschafts- und Verwaltungsdienstes gleichrangig zu beteiligen sind, ist abzulehnen, da dies gegebenenfalls mit bestehenden verbindlichen satzungsrechtlichen Vorgaben des jeweiligen Krankenhausträgers kollidiert. In diesen werden sinnvollerweise Regelungen geschaffen, die Entscheidungen auch bei unterschiedlichen Meinungen ermöglichen müssen.

Die Nicht-Weisungsgebundenheit von Abteilungsärztinnen und Abteilungsärzten nach § 37 Abs. 3 Satz 1 ist auf medizinische Fragen bzw. Entscheidungen zu begrenzen. Sie unterliegen, wie in Satzungen, Geschäftsordnungen, Anstellungsverträgen geregelt, ansonsten grundsätzlich den Weisungen der Leitung bzw. des Trägers. Im Übrigen stellt sich die Frage, wie realistisch es ist, die weitere neue Anforderung

Kommunaler Spitzenverband für alle Städte und Gemeinden

Geschäftsstelle:
Haus der kommunalen Selbstverwaltung
Bertha-von-Suttner-Straße 5
19061 Schwerin

Telefon: (03 85) 30 31-210
Fax: (03 85) 30 31-244
E-Mail: sgl@sgl-mv.de
Internet: www.sgl-mv.de

Konto:
Sparkasse Mecklenburg-Schwerin
BLZ: (140 520 00) Nr. 31 001 2597
IBAN: DE 46 1405 2000 0310 0125 97
BIC: NOLADE21LWL

der wirtschaftlichen Ungebundenheit durchzusetzen. Wichtiger als die wirtschaftliche Ungebundenheit dürfte zunächst die Herausforderung sein, genügend ärztliches Personal für die Behandlung der Patienten überhaupt rekrutieren zu können.

§ 38 Arzneimittelkommission

Bezüglich der Besetzung der Arzneimittelkommission gemäß § 38 Abs. Satz 1 erschließt sich die Sinnhaftigkeit der Teilnahme der leitenden Pflegekraft je Fachrichtung des Krankenhauses nicht; diese ist im Gremium zu streichen.

§ 39 Stationsapothekerin oder Stationsapotheker

In § 39 Abs. 1 ist die Vorgabe, der Krankenhausträger habe entsprechend der Größe und der Fachrichtung der Stationen und der von ihnen erbrachten Leistungen den Einsatz einer ausreichenden Zahl Apothekerinnen oder Apotheker als Beratungspersonen für die Stationen sicherzustellen, zu unbestimmt. Hierzu sollte eine konkrete Festlegung im Gesetz erfolgen, um den entsprechenden Personalaufwand abschätzen zu können. Angesichts des Fachkräftemangels wird zudem in Frage gestellt, ob die Verpflichtung dann überhaupt von den einzelnen Krankenhäusern erfüllt werden kann. Der Verweis auf mögliche, wie auch immer umzusetzende, telemedizinische Varianten, reicht insoweit nicht aus. Fraglich ist, ob diese dann überhaupt als „telemedizinisch“ tituliert werden dürfen, da es sich ja dann wohl um Telepharmazie handelt.

Abgesehen vom zuvor sowieso in Frage gestellten verfügbarem und qualifiziertem Personal für die Aufgabe sollten, wie im § 26 Abs. 3 NKHG auch, nur Personen bestimmt werden, welche die Weiterbildung im Fachgebiet Klinische Pharmazie abgeschlossen oder bereits begonnen haben.

Im § 39 Abs. 1 Satz 3 sind, wenn an der Vorschrift festgehalten wird, wie auch in § 26 Abs. 1 Satz 3 Nr. 4 NKHG, neuartige Behandlungen mit aufzuführen.

Schließlich ist zwingend die Refinanzierung der Kosten zu regeln. Die in der Begründung für eine Stationsapothekerin/ einen Stationsapotheker veranschlagten Kosten legen in jedem Fall nicht das Bruttojahresgehalt entsprechend den Entgelttabellen des TV-L und des TVÖD VKA zu Grunde. Stationsapothekerinnen und Stationsapotheker verdienen im Jahr demnach nicht etwa nur 49.100 Euro brutto, sondern durchschnittlich 69.000 Euro im Jahr.

§ 41 Krankenhausalarm- und einsatzplan, Leiterin oder Leiter Krankenhausalarm- und einsatzplanung, Einsatzleitung, Verordnungsermächtigungen

In Bezug auf die verpflichtende Bestellung eines Leiters oder einer Leiterin Krankenhausalarm- und -einsatzplanung sowie deren bzw. dessen Stellvertretung gemäß § 41 Abs. 1 Satz 2 ist die Refinanzierung der entsprechenden Personalkosten zu regeln. In der Begründung wird ein pauschaler Personalkostenbetrag in Höhe von 60.000 Euro benannt, welcher im Hinblick auf die erforderliche Qualifikation bei Weitem nicht ausreicht.

In § 41 Abs. 2 werden diverse Gefahrenlagen aufgeführt. Hierbei ist davon auszugehen, dass der Umgang mit chemischen, biologischen, radio-nuklearen und bioterroristischen Gefahrenlagen sowie mit Naturgefahren nicht umsetzbar ist. Ebenso wird die Vorausplanung bei kritischem Personalmangel als nicht handhabbar bewertet.

Kommunaler Spitzenverband für alle Städte und Gemeinden

Geschäftsstelle:
Haus der kommunalen Selbstverwaltung
Bertha-von-Suttner-Straße 5
19061 Schwerin

Telefon: (03 85) 30 31-210
Fax: (03 85) 30 31-244
E-Mail: sgl@stgt-mv.de
Internet: www.stgt-mv.de

Konto:
Sparkasse Mecklenburg-Schwerin
BLZ: (140 520 00) Nr. 31 001 2597
IBAN: DE 46 1405 2000 0310 0125 97
BIC: NOLADE21LWL

Auch die Refinanzierung der Kosten für die Prüfung seitens eines unabhängigen externen Sachverständigen gemäß § 41 Abs. 4 Satz 1 muss geregelt werden. Die unter Abs. 3 Punkt 5 vorgesehene Abstimmung der Alarm- und Einsatzpläne von benachbarten Krankenhäusern sehen wir als Aufgabe des Landes.

§ 43 Bevorratung und Notversorgung, Verordnungsermächtigungen

Die Regelungen gemäß § 30 ApBetrO sind zur Vorratshaltung in der Krankenhausapotheke verbindlich anzuwenden. Dass gemäß § 43 Abs. 1 Satz 2 per Rechtsverordnung nähere Vorgaben zur Bevorratung getroffen werden könnten, ist daher abzulehnen.

In § 43 Abs. 2 fehlt eine Regelung in Bezug auf die Kosten für die Lagerung. Die Lagerkapazitäten der Krankenhäuser sind nach unserer Einschätzung in den allermeisten Fällen bereits jetzt ausgeschöpft.

Die Vorgaben in § 43 Abs. 3 sind zu weitgehend. So wird eine Stromversorgung mit einer Versorgungsgarantie von 72 Stunden aus Krankenhaussicht als nicht praktikabel angesehen. Stattdessen sollten „nur“ 36 Stunden verpflichtend sein. Die Ausfallversorgung in Bezug auf medizinischen Gase ist z.T. von der Notstromversorgung abhängig. Außerdem ist zu beachten, dass die Krankenhäuser im Hinblick auf Wärme- und Primärenergieträgerversorgung sowie Trinkwasserversorgung auf die Versorgungsbetriebe und deren Sicherstellung der Infrastruktur angewiesen sind.

§ 44 Übergeordnete Steuerung bei besonderen Gefahrenlagen

Im § 44 Abs. 1 sollte neben der „besonderen Gefahrenlage“ die „epidemische Lage“ explizit mit aufgenommen werden.

Anstelle des § 44 Abs. 2 sollte die abschließende und inhaltlich bestimmtere Auflistung für die Regelungskompetenzen in Bezug auf die Erstellung von etwaigen Rechtsverordnungen aus § 10 Abs. 4 Satz 1 KHGG NRW inhaltsgleich übernommen werden. Insbesondere die jetzt vorgesehene Abordnung von Personal in Nr. 2 ist arbeitsrechtlich nicht haltbar.

§ 44 Abs. 3 entspricht nicht § 6b KHG, der die Zuweisung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben nunmehr abschließend regelt und ist dementsprechend zu streichen.

C. Zu den einzelnen Fragen des Ausschusses:

Allgemein

1. Wie bewerten Sie den Gesetzentwurf grundsätzlich?

Den Ansatz zum Bürokratieabbau bei der Umstellung der Investitionsförderung auf eine regelmäßig pauschale Investitionsfinanzierung begrüßen wir. Auch das Bemühen, die Krankenhausfördermittel und den Krankenhausbetrieb auch bei einem Eigentümerwechsel zu sichern ist angesichts der hohen Privatisierungsquote in Mecklenburg-Vorpommern richtig, damit das Geld des Steuerzahlers nicht verschwendet wird.

Um die Krankenhäuser nicht unnötig unter weiteren wirtschaftlichen Druck zu setzen, sollte der Gesetzgeber aber sehr zurückhaltend sein, neue Aufgaben, neue Standards und vor allem neue bürokratische Verfahren im Gesetz zu verankern. Denn diese müssen am Ende auch bezahlt werden. Bei den Betriebskosten durch die Krankenkassen, bei den Investitionskosten durch Land und Landkreise bzw. kreisfreien Städte. Angesichts der prekären kommunalen Finanzlage in den nächsten Jahren bitten wir um Verständnis, dass wir erwarten, dass jeglicher durch den Gesetzgeber veranlassten Mehraufwand in dem vorliegenden Gesetzentwurf durch einen entsprechenden Mehrbelastungsausgleich ausgewiesen sein muss.

Das strikte Konnexitätsprinzip in der Landesverfassung muss beachtet werden. Wenn es z.B. vom Gesamtbetrag zu höheren kommunalen Mitfinanzierungen bei der Krankenhausumlage kommt, muss gleichzeitig im Gesetz geregelt werden, wie die kommunalen Mehrbelastungen ausgeglichen werden. Alternativ bei höheren Krankenhausinvestitionsförderungen der prozentuale Anteil der Kommunen entsprechend zu verringern.

Die Krankenhausaufsicht muss in einem Ministerium der Landesregierung konzentriert werden. Dort sind auch die Patientenfürsprecher anzusiedeln. Ansonsten macht die Regelung der Patientenfürsprecher nicht wirklich Sinn und den Landkreisen und kreisfreien Städten müssten die Mehrkosten für diese neue Aufgabe nach dem strikten Konnexitätsprinzip voll ausgeglichen werden..

Entscheidend wird sein, dass erkennbar wird, wie das Land mit der Runde der Planungsbeteiligten die richtigen strategischen Entscheidungen trifft, dass die stationäre Gesundheitsversorgung im Land unter den engeren finanziellen Rahmenbedingungen der öffentlichen Haushalte gesichert werden kann. Bei der Entsendung des Vertreters des Städte- und Gemeindetages in die Runde der Planungsbeteiligten sollte das Entsenderecht nicht durch gesetzliche Vorgaben eingeschränkt werden. Es obliegt dem Städte- und Gemeindetag durch die Auswahl der Person sicherzustellen, dass es zu keinen unangebrachten Interessenkollisionen kommt.

Das neue Landeskrankenhausgesetz sollte keine Vorschriften enthalten, die in der Praxis nicht umsetzbar oder deren Einhaltung auch nicht kontrolliert werden kann. In der Realität ist es bereits sehr schwer, für alle Positionen auch ausreichend Personal zu bekommen. Fraglich ist z.B. ob die verpflichtende Bestellung von *weisungsungebundenen* Abteilungsärzten mit den gegenüber der gegenwärtigen Regelung erweiterten Anforderungen nach § 37 Abs. 3 des Entwurfs sich in der Praxis wirklich umsetzen und auch von der Aufsicht durchsetzen lässt. Ist es nicht eher so, dass man

Kommunaler Spitzenverband für alle Städte und Gemeinden

Geschäftsstelle:
Haus der kommunalen Selbstverwaltung
Bertha-von-Suttner-Straße 5
19061 Schwerin

Telefon: (03 85) 30 31-210
Fax: (03 85) 30 31-244
E-Mail: sgt@sgt-mv.de
Internet: www.sgt-mv.de

Konto:
Sparkasse Mecklenburg-Schwerin
BLZ: (140 520 00) Nr. 31 001 2597
IBAN: DE 46 1405 2000 0310 0125 97
BIC: NOLADE21LWL

erst einmal grundsätzlich genug Ärzte für die Behandlung und als Abteilungsarzt gewinnen muss? Wie sehen die Konsequenzen bei Nichterfüllung aus? Das neue Landeskrankenhausgesetz sollte die wünschenswerten Dinge auch als solche ausgestalten und nicht als harte Pflichten, deren Kontrolle viel zusätzlichen Aufwand bei allen Beteiligten erfordert, aber am Ende nicht durchsetzbar ist. Deswegen müssen weitere Anforderungen, die im Ergebnis dazu führen, dass die Häuser noch mehr Probleme bekommen, wie z.B. zusätzliche personelle Anforderung, hintenangestellt werden.

2. Welche konkreten Handlungsbedarfe sehen Sie?

Um die bestehenden Krankenhausstandorte im Land zu erhalten, müssen möglichst schnell landesgesetzlich die Rahmenbedingungen für einen wirtschaftlichen Betrieb geschaffen werden ohne die Haushalte des Landes und der Kommunen zu überfordern. Der Städte- und Gemeindetag hält dafür neben der stärkeren Abstimmung der von den einzelnen Häusern zu erbringenden Leistungen grundsätzlich eine Ermächtigung der Häuser, auch ambulante Gesundheitsleistungen gegen Vergütung zu erbringen für erforderlich.

Zudem muss die Krankenhausaufsicht in der Regierung in einem Ministerium zusammengeführt werden. Dort sind auch die Patientenfürsprecher anzusiedeln.

3. Welche konkreten Änderungsvorschläge haben Sie für den Gesetzentwurf?

Konkrete Vorschläge haben wir gegenwärtig noch nicht ausformuliert.

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

Um die wirtschaftliche Existenz der kleinen und mittleren Häuser im ländlichen Raum zu sichern, muss es gelingen, ihnen Leistungsgruppen zuzuweisen, die sie wirtschaftlich bei möglichst hoher Qualität erfüllen können. Den ländlichen Krankenhäusern der Grundversorgung und auch den Reha-Einrichtungen kommt gerade in unterversorgten Regionen eine besondere Bedeutung in der wohnortnahen Grund- und Regelversorgung zu. Diese Häuser müssen die Möglichkeit zur ambulanten Versorgung bekommen. Auch Belegbetten in kleinen Häusern wären ein Modell, um die Attraktivität von Arztpraxen im ländlichen Bereich zu erhöhen. Auch gerade in den unterversorgten Regionen kommt den ländlichen Krankenhäusern eine besondere Bedeutung in der wohnortnahen internistischen und chirurgischen Grundversorgung sowie in der Notfallversorgung zu, da sich auch die Strukturen und Vorhaltungen im Rettungsdienst an diesen orientieren. Notwendig ist, dass die Leistungen der Grundversorgung im Abrechnungssystem einen Stellenwert erhalten, der Anreize bietet, diese Aktivitäten zu verstärken.

Die durch die Trennung von ambulantem und stationärem Bereich bedingten Doppelstrukturen insbesondere im Facharztbereich müssen in beiden Bereichen abgeschafft werden. Durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen für ambulante, stationäre und pflegerische Leistungen soll durch die Krankenausreform die ärztliche und pflegerische Vor-Ort-Versorgung durch ein innovatives Element ergänzt

Kommunaler Spitzenverband für alle Städte und Gemeinden

Geschäftsstelle:
Haus der kommunalen Selbstverwaltung
Bertha-von-Suttner-Straße 5
19061 Schwerin

Telefon: (03 85) 30 31-210
Fax: (03 85) 30 31-244
E-Mail: sgt@stgt-mv.de
Internet: www.stgt-mv.de

Konto:
Sparkasse Mecklenburg-Schwerin
BLZ: (140 520 00) Nr. 31 001 2597
IBAN: DE 46 1405 2000 0310 0125 97
BIC: NOLADE21LWL

werden. Dadurch wird eine wohnortnahe medizinische Grundversorgung gesichert. Das Land muss daher zügig sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen bestimmen. In die Krankenhausplanung ist die ambulante Bedarfsplanung künftig einzubeziehen, z. B. über die Regionalen Planungsverbände.

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

Wie bereits beschrieben müsste die stärkere Verzahnung mit der ambulanten Gesundheitsversorgung in die Planung mit aufgenommen werden.

Schwangerschaft/Schwangerschaftsabbruch

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

Dazu haben wir keine verbindliche Regelung im Gesetzentwurf gefunden. Es müsste diskutiert werden, ob dies angestrebt werden soll.

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

Da sich die Regelung an den Krankenhausträger und nicht an die einzelne medizinische Fachkraft richtet, haben wir keinen direkten Bezug erkannt. Im Übrigen geht es um ein Angebot und die Regelung ist als Soll-Regelung ausgestaltet.

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?

Diese Frage scheint sich an den Verfasser des Gesetzentwurfs zu richten.

Besondere Gefahrenlagen

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

Fraglich ist, ob die Verordnungsermächtigungen dem Bestimmtheitsgebot entsprechen und das Zitiergebot ausreichend beachtet ist, wenn durch die Rechtsverordnungen auch in Grundrechte eingegriffen werden soll.

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

Bei der Auslegung des unbestimmten Rechtsbegriffs wäre eine Legaldefinition hilfreich, damit auch die Normadressaten rechtzeitig erkennen können, was von ihnen

Kommunaler Spitzenverband für alle Städte und Gemeinden

Geschäftsstelle:
Haus der kommunalen Selbstverwaltung
Bertha-von-Suttner-Straße 5
19061 Schwerin

Telefon: (03 85) 30 31-210
Fax: (03 85) 30 31-244
E-Mail: sgt@stgt-mv.de
Internet: www.stgt-mv.de

Konto:
Sparkasse Mecklenburg-Schwerin
BLZ: (140 520 00) Nr. 31 001 2597
IBAN: DE 46 1405 2000 0310 0125 97
BIC: NOLADE21LWL

verlangt wird. Dies wäre auch im Interesse einer effektiven Gefahrenabwehr, weil es die möglichen gerichtlichen Auseinandersetzungen verringern könnte.

Finanzierung und Wirtschaftlichkeit

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

Diese Sicherstellung könnte durch die ausnahmsweise Gewährung von Einzelförderungen nach § 10 Abs. 4 letzter Satz des Entwurfes erfolgen. Entscheidend wird sein, ob die Investitionspauschalen ausreichend sind. Fraglich ist, ob es zulässig ist, die Höhe der Investitionspauschalen unter Haushaltsvorbehalt zu stellen.

Aus kommunaler Sicht ist wichtig, dass bei allen Erweiterungen der bisherigen Mitfinanzierungsverpflichtungen mittels der Krankenhausumlage das strikte Konnexitätsprinzip in der Landesverfassung beachtet wird und gleichzeitig Regelungen getroffen werden, wie höhere verpflichtende Mehraufwendungen der Kommunen ausgeglichen werden. Die ab 2026 nach derzeitigem Kenntnisstand sinkenden Schlüsselzuweisungen an die Kommunen bei gleichzeitigen allgemeinen Kostensteigerungen lassen eine Eigenfinanzierung von den Kommunen für höhere Krankenhausumlagen nicht zu.

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

Das Landeskrankenhausgesetz muss geändert werden, um es an die geänderten Rahmenbedingungen der Krankenhausreform des Bundes anzupassen.

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

Ein solches Delta kann nicht sicher beziffert werden, weil es von den Rahmenbedingungen abhängig ist, welche Leistungen an welchem Haus nach der Krankenhausplanung auch künftig erbracht werden müssen.

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

Fraglich ist, ob die Gegenfinanzierung ausreicht. Problematischer erscheint aber, wie die erhöhten Anforderungen an die Unabhängigkeit des Abteilungsarztes umgesetzt und vor allem kontrolliert werden können.

Datenverarbeitung, Digitalisierung und Bürokratieabbau

15. Wie wird sichergestellt, dass die durch das Gesetz angestrebte Digitalisierung tatsächlich genutzt wird, um sektorenübergreifende Versorgung und

Kommunaler Spitzenverband für alle Städte und Gemeinden

Geschäftsstelle:
Haus der kommunalen Selbstverwaltung
Bertha-von-Suttner-Straße 5
19061 Schwerin

Telefon: (03 85) 30 31-210
Fax: (03 85) 30 31-244
E-Mail: sgt@sgt-mv.de
Internet: www.sgt-mv.de

Konto:
Sparkasse Mecklenburg-Schwerin
BLZ: (140 520 00) Nr. 31 001 2597
IBAN: DE 46 1405 2000 0310 0125 97
BIC: NOLADE21LWL

Versorgungssteuerung zu verbessern – etwa durch einheitliche IT-Schnittstellen, Datenstandards oder telemedizinische Infrastruktur?

Keine Angaben.

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

Generell ist der Datenschutz sehr wichtig, gerade wenn es um sensible persönliche Gesundheitsdaten geht. Fraglich ist jedoch, ob der Datenschutz in der derzeit praktizierten Form im internationalen Vergleich nicht zu einem Hemmschuh für wirtschaftliche Leistungserbringung wird. Auch aus Qualitätsaspekten und im Interesse der Patienten sollte sichergestellt sein, dass die alle für eine gute Behandlung notwendigen Patientendaten in den Krankenhäusern vorhanden sind und mit Einwilligung des Patienten auch abgerufen werden können. Zur Datensicherheit und zur Vermeidung von missbräuchlicher Verwendung könnte beitragen, wenn der Patient Einsichtsmöglichkeiten in die für seine Person abgerufenen Daten erhält.

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

Die erheblichen neuen Melde- und Nachweispflichten werden den Aufwand und die Kosten in den Krankenhäusern erhöhen. Das wird den wirtschaftlichen Druck gerade auf die kleineren Häuser wegen der geringeren Skaleneffekte zusätzlich erhöhen.

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

Das ist für uns nicht erkennbar. Stattdessen erwarten wir, dass sich durch die neuen Anforderungen und Meldepflichten der Verwaltungsaufwand noch einmal erhöhen wird.

Versorgungsaspekte

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

Das ist aus Sicht des Städte- und Gemeindetages Mecklenburg-Vorpommern dringend anzustreben. Denn auch im ambulanten Bereich drohen gerade im ländlichen Bereich Versorgungslücken. Durch die Zulassung auch ambulanter Gesundheitsleistungen in den Krankenhäusern kann deren Wirtschaftlichkeit und Bestand gesichert, die Versorgung mit fachärztlichen Leistungen verbessert und die Attraktivität der Beschäftigung medizin. Personals an den Krankenhäusern erhöht werden.

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

Kommunaler Spitzenverband für alle Städte und Gemeinden

Geschäftsstelle:
Haus der kommunalen Selbstverwaltung
Bertha-von-Suttner-Straße 5
19061 Schwerin

Telefon: (03 85) 30 31-210
Fax: (03 85) 30 31-244
E-Mail: sgt@sgt-mv.de
Internet: www.sgt-mv.de

Konto:
Sparkasse Mecklenburg-Schwerin
BLZ: (140 520 00) Nr. 31 001 2597
IBAN: DE 46 1405 2000 0310 0125 97
BIC: NOLADE21LWL

Zuständig für die zusätzlich aufgenommenen Anforderungen an Aufnahme und Versorgung sind die Gesundheitsämter. Die Befugnisse des Gesundheitsamtes zur Durchsetzung der gesetzlichen Anforderungen und das gestufte Vorgehen sind in § 4 Abs. 4 des Gesetzentwurfes geregelt. Die Aufnahme dieser ausdrücklichen Regelungen für die Befugnisse der Aufsichtsbehörden in dem Gesetzentwurf erhöht die Rechtssicherheit. D.h. im äußersten Fall kann auch eine Ersatzvornahme auf Kosten des Krankenhausträgers erfolgen.

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

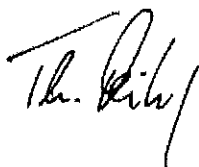
Der Gesetzentwurf enthält lediglich die abstrakten Regelungen hierzu. Entscheidend wird sein, welches Krankenhaus mit welchen Leistungen nach der Krankenhausplanung und seinem Versorgungsauftrag an der Notfallversorgung teilnimmt. Wichtig ist, dass hierzu nicht nur die stationäre Versorgung, sondern auch die ambulante Versorgung in den Regionen mit betrachtet wird. Richtig ist, hierbei auch die Grundsätze und Ziele der Raumordnung und Landesplanung abzustellen, weil mit dem zentralörtlichen Prinzip sichergestellt werden kann, dass knappe Mittel wirtschaftlich, d.h. mit dem Nutzen für einen größtmöglichen Personenkreis, eingesetzt werden können. Details sollen in der Rechtsverordnung über das elektronische Behandlungskapazitätsnachweis- und Zuweisungssystem für die Notfallversorgung und den Massenanfall von Verletzten nach § 40 Abs. 3 des Gesetzentwurfes geregelt werden. Das ist für den Rettungsdienst wichtig. Entscheidend ist, wie und ob die Daten zu den verfügbaren Kapazitäten aktuell gehalten werden und der Realität entsprechen können.

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

Stationsapotheker sind im Grunde für eine qualitativ gute Behandlung erstrebenswert. Im Gesetz sollte die Möglichkeit der Zusammenarbeit zugelassen werden, um den wirtschaftlichen Druck durch die Kosten, die mit der neuen Vorschrift verbunden sind, nicht zu groß werden zu lassen. Im Übrigen verweisen wir auf unsere Stellungnahme zu den einzelnen Paragraphen des Gesetzentwurfes.

Wir bitten, unsere Hinweise zu berücksichtigen. Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
In Vertretung



Thomas Deiters
Stv. Geschäftsführer

Kommunaler Spitzenverband für alle Städte und Gemeinden

Geschäftsstelle:
Haus der kommunalen Selbstverwaltung
Bertha-von-Suttner-Straße 5
19061 Schwerin

Telefon: (03 85) 30 31-210
Fax: (03 85) 30 31-244
E-Mail: sgt@stgt-mv.de
Internet: www.stgt-mv.de

Konto:
Sparkasse Mecklenburg-Schwerin
BLZ: (140 520 00) Nr. 31 001 2597
IBAN: DE 46 1405 2000 0310 0125 97
BIC: NOLADE21LWL