

Ausschussdrucksache
(07.07.2025)

Inhalt

Universitätsmedizin Rostock

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

Universitätsmedizin Rostock · PF 10 08 88 · 18055 Rostock

Landtag Mecklenburg-Vorpommern
Ausschuss für Soziales, Gesundheit und Sport
- Die Vorsitzende -

Per E-Mail an sozialausschuss@landtag-mv.de

**Ärztliche Vorständin und
Vorstandsvorsitzende**
Dr. med. Christiane Stehle, MBA

aev@med.uni-rostock.de

Ernst-Heydemann-Straße 8
18057 Rostock
Telefon: +49 381 494 5011
Telefax: +49 381 494 5012

02.07.2025

Stellungnahme Reform Landeskrankenhausgesetz MV

Sehr geehrte Frau Hoffmeister
sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Möglichkeit, zur geplanten Reform des Landeskrankenhausgesetzes MV Stellung zu nehmen. Prinzipiell begrüßt die Universitätsmedizin Rostock die Novellierung des Gesetzes insbesondere im Hinblick auf den geplanten Bürokratieabbau vor allem im Bereich der Investitionsfinanzierung sowie der Stärkung der Krisenresilienz und der Patientensicherheit. Daher begrüßen wir ausdrücklich die Einführung einer Patientenbeauftragten oder eines Patientenbeauftragten. Ebenso unterstützen wir die Schaffung einer diskriminierungs- und barrierefreien Behandlung unter besonderer Berücksichtigung der vulnerablen Patientengruppen, diese Vorgaben sollten aus unserer Sicht besonders im Einklang mit der medizinischen Notwendigkeit der Behandlung stehen, sodass eine erstklassige Patientenversorgung mehr denn je gewährleistet werden kann. Die Einführung von Stationsapothekerinnen und -apothekern begrüßen wir ausdrücklich, welche aus unserer Sicht jedoch einer Gegenfinanzierung bedarf. Hierbei erscheint es uns ergänzend zum Vorschlag hilfreich, eine feste Quote (Apotheker/Bett oder Apotheker/Station) zu determinieren.

Wir unterstützen das Vorhaben der Umstellung der Investitionsfinanzierung auf Investitionspauschalen sowohl für kurzfristige als auch langfristige Anlagegüter. Diesbezüglich sei darauf hingewiesen, dass diese Umsetzung im Einklang zu § 9 KHG stehen muss. Zudem bedarf es der Berücksichtigung der unterschiedlichen Ausgangsbasis der Krankenhäuser. Kritisch sehen wir die Erweiterung der Planungsbeteiligten für die Landeskrankenhausplanung. Aus Sicht der Universitätsmedizin Rostock sollte die Beteiligung der Ärztekammer kritisch überdacht werden.

Wir sehen die Aufnahme des medizinischen Dienstes in die Runde der an der Krankenhausplanung Beteiligten sehr kritisch, da dieser an die Krankenkassen angesiedelt ist, wenn auch formal eigenständig und somit ein Ungleichgewicht zwischen den Interessengruppen zu Gunsten der Kostenträger entstehen kann.

Die Universitätsmedizinen lehnen die Pflicht zur Beteiligung an Fort- und Weiterbildungsverbünden ab, da dies in die Autonomie der Hochschule eingreift. Insbesondere hierbei bitten wir um Ihre Unterstützung.

Im Folgenden möchten wir nun explizit zu den einzelnen Paragraphen Stellung nehmen:

§ 7 Absatz 2:

Auf die Aufnahme in den Krankenhausplan besteht kein Rechtsanspruch. Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren Krankenhausstandorten entscheidet das für Gesundheit zuständige Ministerium unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen und der Eignung des jeweiligen Standortes. Zur Beurteilung der Eignung werden insbesondere die Auswahlkriterien auf der Grundlage der Rechtsverordnung nach § 6 herangezogen. Darüber hinaus können zur Beurteilung der Eignung Kriterien der Qualität, der Zusammenarbeit nach § 29 Absatz 5, der personellen und infrastrukturellen Ausstattung des Krankenhauses, des Fachgebietsspektrums, der Aus- und Weiterbildungsangebote sowie der Teilnahme an der Verbund-weiterbildung gemäß § 33 Absatz 1 und der Erfüllung der Pflicht nach § 9 Absatz 1 herangezogen werden, nach denen nach pflichtgemäßem Ermessen entschieden wird, welcher Krankenhausstandort den Grundsätzen nach § 1 und den Zielen der Krankenhausplanung des Landes Mecklenburg-Vorpommern am besten gerecht wird. Die Vielfalt der Krankenhausträger ist dann zu berücksichtigen, wenn die Eignung der Krankenhausstandorte gleichwertig ist. Bei der Universitätsmedizin Rostock und der Universitätsmedizin Greifswald sind die besonderen Belange von Forschung und Lehre zu berücksichtigen.

Aus Sicht der Universitätsmedizin Rostock bedarf es der Ergänzung nach Satz 3 „Die Entscheidung ist im Einvernehmen mit dem jeweils clusterführenden Krankenhausstandort der Maximalversorgung zu treffen“. Zudem darf die in Satz 4 genannte Trägervielfalt nicht zu Lasten der aus Qualitätsgründen erforderlichen Konzentration ausgelegt werden.

§ 8 Absatz 1:

Unmittelbar Beteiligte im Sinne des § 7 Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sind

- 1. die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen, der Landesausschuss des Verbandes der privaten Krankenversicherung,*
- 2. die Krankenhausgesellschaft des Landes und*
- 3. die kommunalen Landesverbände.*

Aus Sicht der Universitätsmedizin Rostock bedarf es zudem der Aufnahme der jeweils clusterführenden Krankenhausstandorte der Maximalversorgung.

§ 8 Absatz 2:

Weitere Beteiligte sind

- 1. die Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern,*
- 2. der Medizinische Dienst Mecklenburg-Vorpommern,*
- 3. eine Vertretung entweder der für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen oder der Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher nach § 32; dies wird durch die Koordinierungsstelle Patientenbeteiligung angesiedelt beim SELBSTHILFE Mecklenburg-Vorpommern e. V. bestimmt,*
- 4. eine vom Landespflegerat Mecklenburg-Vorpommern benannte Vertretung.*

Aus Sicht der Universitätsmedizin Rostock führt die explizite Aufnahme des MD zu einem Ungleichgewicht zwischen den Interessensgruppen zu Gunsten der Kostenträger. Der MD sollte daher nicht über die bisherige Form der Anhörung hinaus in die Krankenhausplanung involviert werden. Der MD kontrolliert die Einhaltung von gesetzlichen Regelungen bzw. Regelungen des GBA. Aus unserer Sicht kann ein Kontrollorgan (MD) nicht gleichzeitig in die Vergabe bestimmter, später von ihm selbst zu kontrollierender Leitungen eingebunden sein. Hier sehen wir auch die theoretische Möglichkeit eines Missbrauchs dieser neuen Position zugunsten ausgewählter Dritter.

§8 Absatz 3:

Die Erstellung, Änderung und Fortschreibung des Krankenhausplans erfolgt unter Einbeziehung der an der Krankenhausversorgung Beteiligten. Hierzu wird vom für Gesundheit zuständigen Ministerium unter dessen Vorsitz eine Planungsbeteiligtenrunde eingerichtet.

Aus Sicht der Universitätsmedizin Rostock bedarf es der Ergänzung in Satz 2 „sowie den jeweils clusterführenden Krankenhausstandorten der Maximalversorgung.“ Alternativ können die clusterführenden Maximalversorger auch zu den unmittelbar Beteiligten nach §7 Absatz 1 aufgenommen werden. Prinzipiell sollten aus unserer Sicht die clusterführenden Krankenhäuser in die Planung direkt eingebunden werden.

§ 11 Absatz 5:

(1) Auf die Universitätsmedizin Greifswald und die Universitätsmedizin Rostock sind die Regelungen dieses Abschnitts nicht anwendbar.

(2) Sie erhalten bis zum 31. Dezember 2027 eine Pauschalförderung gemäß § 17. Die Höhe ergibt sich aus einem prozentualen Anteil des jeweiligen Haushaltsansatzes in Höhe von 3,687 Prozent. Davon erhält die Universitätsmedizin Rostock 2,369 Prozent und die Universitätsmedizin Greifswald 1,318 Prozent. Ab dem Jahr 2028 wird diese Pauschalförderung durch das für Wissenschaft zuständige Ministerium durchgeführt.

(3) Ab dem Jahr 2028 erhalten sie

- 1. einen Zuschlag für die Ausbildungsplätze, die Höhe des Zuschlags ergibt sich aus der Rechtsverordnung nach § 17 Absatz 4 und § 22 Absatz 8,*
- 2. die Investitionspauschale nach § 22 und gegebenenfalls die Einzelförderung nach § 10 Absatz 4 Satz 4, wenn sie mit Zustimmung des für Gesundheit zuständigen Ministeriums ein Krankenhaus der Grundversorgung an einem gesonderten Standort zum Zwecke der Sicherstellung der regionalen Versorgung übernommen haben, die Förderung ist auf den Investitionsbedarf für das Angebot der Grundversorgung zu beschränken und § 104c des Landeshochschulgesetzes ist im Falle einer Investitionspauschale nicht anwendbar.*

Aus Sicht der Universitätsmedizin Rostock bedarf es einer Anpassung der unter (2). genannten Prozentsätze, da diese seit Jahrzehnten fortgeschrieben werden. Eine Anpassung auf Grundlage der stationären Versorgungsanteile wäre aus unserer Sicht wünschenswert. Die unter (3) ausgeführte Regelung wird ausdrücklich begrüßt.

§32 Absatz 6:

Die Patientenfürsprecherin oder der Patientenfürsprecher wird vom Krankenhaus in ihrer oder seiner Arbeit unterstützt. Der jeweilige Krankenhausträger hat der Patientenfürsprecherin oder dem Patientenfürsprecher eine angemessene Fort- und Weiterbildung zu ermöglichen. Zur Ausübung sind ihr oder ihm insbesondere geeignete Räumlichkeiten und eine geeignete Arbeitsausstattung zur Verfügung zu stellen. Er stellt sicher, dass die Patientinnen und Patienten frühzeitig über den Namen, die dienstliche Anschrift, die Sprechstundenzeit und den Aufgabenbereich der Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher in geeigneter Weise informiert werden. Hierzu ist den Patientinnen und Patienten insbesondere entsprechendes Informationsmaterial bereitzustellen. Der unmittelbare Zugang zur Patientenfürsprecherin oder zum Patientenfürsprecher muss gesichert sein.

Aus Sicht der Universitätsmedizin Rostock unterstützen wir ausdrücklich die Implementierung der Position einer Patientenfürsprecherin oder eines Patientenfürsprechers. In Bezug auf die anfallenden Kosten, welche den Krankenhäusern aufgrund von Fortbildungen, Infrastruktur und zeitlicher Ressourcen entstehen, ist eine Gegenfinanzierung wünschenswert.

§ 33 Absatz 1:

Die Krankenhäuser sind verpflichtet, zur Aus-, Fort- und Weiterbildung in den Gesundheitsberufen untereinander und mit anderen Einrichtungen der medizinischen und pflegerischen Versorgung zusammenzuarbeiten. Hierzu sollen sie Aus-, Fort- und Weiterbildungsverbünde unter Einbeziehung der ambulanten Leistungserbringer schließen. Bedarfsabhängig ist bei der Aus- und Weiterbildung auch eine Kooperation mit Einrichtungen außerhalb des Landes zulässig. Die Krankenhäuser, die gemäß §

135d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch der Versorgungsstufe „Level 3U“ oder „Level 3“ zugeordnet sind, können Koordinierungsaufgaben für die Aus- und Weiterbildung in den Gesundheitsberufen übernehmen oder diese Aufgaben können an sie durch das für Gesundheit zuständige Ministerium übertragen werden. Diese Krankenhäuser tragen entsprechend ihrem grundsätzlich umfassenden Versorgungsauftrag eine besondere Verantwortung für die Aus-, Fort- und Weiterbildung im Land.

Aus Sicht der Universitätsmedizin Rostock sollte Satz 1 durch die bisherige Formulierung im § 7 Abs. 3 LKH „Die Krankenhausträger wirken an der Aus-, Weiter- und Fortbildung der Gesundheitsberufe mit.“ ersetzt werden. Zudem empfehlen wir die Streichung von Satz 2 oder die folgende geänderte Formulierung: „Hierzu können Aus-, Fort- und Weiterbildungsverbünde geschlossen werden“. Die Universitätsmedizinen lehnen die Verpflichtung zur gemeinsamer Aus-, Fort- und Weiterbildung in den Gesundheitsberufen ab. Wir sehen hier einen Eingriff in die Autonomie der Universitäten, welche durch das Grundgesetz geschützt ist.

§ 37 Leitung und innere Organisation eines Krankenhauses:

Aus Sicht der Universitätsmedizin Rostock bedarf es diesbezüglich eine Klarstellung ob dieser Paragraph auch für die Universitätsmedizin Gültigkeit besitzt.

§ 38 Arzneimittelkommission:

Aus Sicht der Universitätsmedizin Rostock sind die Mitglieder der Arzneimittelkommission bei Maximalversorgern auf Vorschlag des Vorstandes, der jeweiligen Direktoren und des leitenden Apothekers zu benennen, unter Berücksichtigung der zu gewährleistenden Fachexpertise.

§ 39 Absatz 1:

(1) Der Krankenhausträger hat sicherzustellen, dass in jedem Krankenhaus in ausreichender Zahl Apothekerinnen oder Apotheker als Beratungspersonen für die Stationen eingesetzt werden (Stationsapothekerinnen oder Stationsapotheker). Ihr Einsatz erfolgt in Präsenz oder telepharmazeutisch. Der Krankenhausträger bestimmt anhand der Größe und der Fachrichtung der Stationen und der von ihnen erbrachten Leistungen, in welchem Umfang Stations-apothekerinnen oder Stationsapotheker jeweils für die vorhandenen Fachrichtungen beratend tätig sein sollen; dabei sind Fachrichtungen besonders zu berücksichtigen, in denen besonders häufig

- 1. die Arzneimittelversorgung anzupassen ist,*
- 2. verschiedene Infusionen nebeneinander oder nacheinander angewendet werden oder*
- 3. mehrere Medikamente nebeneinander eingesetzt werden.*

Aus Sicht der Universitätsmedizin Rostock sind Stationsapothekerinnen bzw. Stationsapotheker bedeutend für die Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit. Die Formulierung „in ausreichender Zahl“ lässt jedoch einen zu großen Interpretationsfreiraum. Wir empfehlen daher, eine feste Quote (Apotheker/Bett oder Apotheker/Station) zu determinieren. Zudem ist eine Gegenfinanzierung über die DRG wünschenswert.

§ 40 Absatz 4:

Fällt das Behandlungskapazitätenachweis- und Zuweisungssystem für die Notfallversorgung und den Massenanfall von Verletzten nach der Notfallzuweisungsverordnung aus, sind die Krankenhäuser verpflichtet, auf andere geeignete Kommunikationswege zwischen Rettungsleitstellen, Rettungsdiensten und Krankenhäusern zurückzugreifen, bis die Störung behoben ist.

Aus Sicht der Universitätsmedizin Rostock bedarf es zur Aufrechterhaltung der Kommunikationswege keine einseitige Verpflichtung der Krankenhäuser, sondern ebenfalls einer Redundanz bei den Rettungsdiensten. Hierzu sollten zwischen Landesbehörden, Rettungsdiensten und Krankenhäusern abgestimmte Strukturen etabliert werden.

§ 41 Absatz 2:

Das für Gesundheit zuständige Ministerium wird ermächtigt darüber hinaus weitere Vorgaben zum Krankenhausalarm- und Einsatzplan durch Rechtsverordnung zu regeln.

Der Krankenhausalarm- und -einsatzplan adressiert auf Basis einer Risikoanalyse zumindest folgende Gefahrenlagen:

- 1. Evakuierung und Räumung des Krankenhauses,*
- 2. Massenanfall von Verletzten und Erkrankten,*
- 3. chemische, biologische, radio-nukleare, bioterroristische Gefahrenlagen,*
- 4. polizeiliche Lagen im Krankenhaus,*
- 5. Brand im Krankenhaus,*
- 6. Naturgefahren,*
- 7. Ausfall der Informationstechnik unter Einhaltung insbesondere des § 391 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,*
- 8. kritischer Personalmangel.*

Aus Sicht der Universitätsmedizin Rostock ist die Unterteilung in verschiedene Szenarien für die Einsatzplanung sinnvoll. Jedoch sollten sehr spezielle Lagen an die dafür spezialisierte Infrastruktur gebunden werden, z. B. bei bioterroristischen Szenarien an eine spezialisierte Isolationseinrichtung. Zudem sind insbesondere Dekontaminationsstrecken und Sonderisolierstationen sowohl infrastrukturell als auch personell sehr kostenintensiv und können ohne die finanzielle Unterstützung des Landes nicht etabliert und unterhalten werden. Bei den oben benannten speziellen Lagen (chemisch, biologisch, radio-nuklear, bioterroristisch) sollten unseres Erachtens nach übergeordnete Risikoanalysen durch die zuständigen Behörden des Landes erfolgen und an das Krankenhaus herangetragen werden. Des Weiteren sollte die Gefahrenlage des Ausfalls der Wasserversorgung (auch Abwasser) mit aufgenommen werden.

§ 42 Absatz 2:

Die Krankenhäuser erproben ihre Krankenhausalarm- und -einsatzpläne durch

- 1. zumindest jährliche Alarmierungsübungen,*
- 2. regelmäßige Übungen zur Einsatzbereitschaft.*

Die Übungen sind zu dokumentieren.

Aus Sicht der Universitätsmedizin Rostock bedarf es zudem der Inklusion von Informations- und Kommunikationstechnologien Ausfallübungen. Zudem wäre eine Konkretisierung der durchzuführenden Alarmierungsübungen und eine Gegenfinanzierung wünschenswert.

§ 43 Absatz 1:

Die Krankenhäuser haben Reserven entsprechend § 30 der Apothekenbetriebsordnung vorzuhalten. Zu diesen Reserven zählen neben Arzneimitteln sämtliche zur Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Versorgung notwendigen Medizinprodukte einschließlich medizinischer Gase. Das für Gesundheit zuständige Ministerium ist berechtigt, durch Rechtsverordnung nähere Vorgaben zur Bevorratung gemäß Satz 1 zu treffen.

Aus Sicht der Universitätsmedizinen M-V ist diese Regelung gemäß ApBetrO wichtig und wird verfolgt. Die praktische Umsetzung ist eine Herausforderung, da Lagerflächen limitiert sind, so dass temperaturkontrollierte Lagerflächen angemietet bzw. baulich errichtet werden müssen. Dies bedarf einer Gegenfinanzierung.

§ 43 Absatz 3:

Krankenhäuser haben mindestens für den Ausfall der folgenden technischen Basisversorgung vorzusorgen:

- 1. Stromversorgung mit einer Versorgungsgarantie von 72 Stunden,*
- 2. Wärme- und Primärenergieträgerversorgung,*
- 3. Trinkwasserver- und Abwasserentsorgung,*
- 4. Versorgung mit medizinischen Gasen.*

Aus Sicht der Universitätsmedizin Rostock ist die Aufrechterhaltung der Notstromversorgung für 72 Stunden derzeit nicht möglich, da die derzeit durch das Land M-V zur Verfügung gestellten Notstromaggregate eine Versorgung von nur 24 h sicherstellen. Eine diesbezügliche Aufrüstung bedarf einer entsprechenden zeitnahen Finanzierung und Umsetzung der Maßnahme.

§ 44 Absatz 1:

Sind aufgrund einer besonderen Gefahrenlage über das reguläre Patientenaufkommen erheblich hinausgehende Patientenzahlen zu erwarten oder die Behandlungskapazitäten erheblich eingeschränkt, kann das für Gesundheit zuständige Ministerium im Benehmen mit dem für Inneres zuständigen Ministerium Anordnungen zur Steuerung der Patientenströme und zur Belegung der Behandlungskapazitäten treffen, soweit das zur Sicherstellung der Versorgung vor allem bei überregionalen Gefahrenlagen erforderlich ist. Diese Anordnungen sind zu befristen, eine Verlängerung ist möglich.

Aus Sicht der Universitätsmedizin Rostock bedarf es einer Konkretisierung der Formulierung „erheblich hinausgehende Patientenzahlen“.

§ 47 Absatz 2:

Zu Zwecken nach Absatz 1 sind die personenbezogenen Daten in einer Weise zu verarbeiten, bei der die Identifizierung von betroffenen Personen nicht oder nicht mehr möglich ist. Sind die Zwecke auf diese Weise nicht zu erreichen, ist die Verarbeitung von pseudonymisierten Daten zulässig, soweit nicht überwiegende schutzwürdige Interessen der betroffenen Person entgegenstehen. Eine Verarbeitung von Klardaten ist nur im Ausnahmefall zulässig, wenn eine Pseudonymisierung aufgrund der Art der benötigten Daten oder der Art der Verarbeitung nicht möglich ist. Die Klardaten und die pseudonymisierten Daten sind zu anonymisieren oder zu löschen, sobald der Zweck es zulässt, längstens jedoch nach einem Jahr seit Beginn der zweckändernden Verarbeitung. Die Einschränkung gilt nicht, wenn Aus-, Fort- oder Weiterzubildende unter der Aufsicht von Fachpersonal unmittelbar an der Erfüllung des Behandlungsvertrages mitwirken. Die Verarbeitung personenbezogener Daten darf nur durch oder unter der Verantwortung von Personen erfolgen, die unmittelbar oder als mitwirkende Person einem Berufsgeheimnis oder einer vergleichbaren gesetzlichen Verschwiegenheitspflicht unterliegen und sich auf entsprechende Zeugnisverweigerungsrechte und Beschlagnahmeverbote berufen können.

Aus Sicht der Universitätsmedizin Rostock bedarf es in Satz 4 der Streichung der Wörter „längstens jedoch nach einem Jahr seit Beginn der zweckändernden Verarbeitung“, da dies anderweitig nicht realisierbar ist.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Christiane Stehle, MBA
Ärztliche Vorständin und
Vorstandsvorsitzende