

Ausschussdrucksache
(07.07.2025)

Inhalt

Landkreistag Mecklenburg-Vorpommern
Stellungnahme zum **Landeskrankenhausgesetz, Drs. 8/4870**



Landkreistag Mecklenburg-Vorpommern

Geschäftsführendes Vorstandsmitglied

Landtag Mecklenburg-Vorpommern
Ausschuss für Soziales, Gesundheit und Sport
Die Vorsitzende
Frau Katy Hoffmeister
Lennéstraße 1
19053 Schwerin

sozialausschuss@landtag-mv.de

Haus der Kommunalen Selbstverwaltung
Bertha-von-Suttner –Straße 5
19061 Schwerin

Ihr Ansprechpartner:
Matthias Köpp
Telefon: (03 85) 30 31-310
E-Mail:
matthias.koepp@landkreistag-mv.de

Unser Zeichen: 532.00-Kö/Ho
Schwerin, den 7. Juli 2025

Stellungnahme des Landkreistages zum Entwurf eines Landeskrankenhausgesetzes für das Land Mecklenburg-Vorpommern

Sehr geehrte Frau Vorsitzende Hoffmeister, sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete,

für die Möglichkeit zum o.g. Entwurf eine Stellungnahme abzugeben, bedanken wir uns.

Innerhalb der Stellungnahmefrist war eine Befassung der Gremien des Landkreistages nicht möglich, sodass wir diese Stellungnahme unter Gremienvorbehalt abgeben.

Nach Beteiligung unserer Mitglieder haben wir folgende Hinweise bzw. Änderungsvorschläge zum Gesetzentwurf und beantworten abschließend den übersandten Fragekatalog.

Vorbemerkungen

Die Reform des Landeskrankenhausgesetzes wird auf Seite 2 des Gesetzesentwurfs begründet mit den erhöhten Anforderungen an die Krankenhausplanung, die sich durch den „medizinischen Fortschritt“, den „demografischen Wandel“ und aus der „Weiterentwicklung des Krankenhausrechts auf Bundesebene“ ergeben.

Das Landeskrankenhausgesetz besteht seit 2011 im Wesentlichen unverändert, lediglich zwei geringfügige Änderungen im Bereich Datenübermittlung bzw. -schutz wurden in den letzten 14 Jahren vorgenommen. Schon während dieser 14 Jahre gab es erheblichen medizinischen Fortschritt und der demografische Wandel ist auch schon vor 2011 ein Dauerthema gewesen. Gleichwohl ist das Landeskrankenhausgesetz in dieser Zeit weitgehend unverändert geblieben. Insofern können medizinischer Fortschritt und demografischer Wandel keinen akuten Handlungsbedarf auslösen, weil beide Faktoren bereits seit den neunziger Jahren die Krankenhausversorgung maßgeblich beeinflussen.

Außerdem werden der Krankenhausplanung durch den vorliegenden Gesetzentwurf keinerlei Instrumente an die Hand gegeben, um auf diese Veränderungen künftig besser reagieren zu können. Insbesondere wird die Digitalisierung im Gesetzestext lediglich als abstraktes Ziel begrenzt auf die digitale Ausstattung genannt, aber nicht einmal näher definiert. Ebenso spielt das Wort „Alter“ im Gesetzestext keinerlei Rolle.

Bundesrechtliche Vorgaben durch die Krankenhausfinanzierungsreform 2024 als Hauptgrund für die Änderung des Landeskrankenhausesgesetzes

Damit verbleibt als wesentlicher Grund für die Reform des Landeskrankenhausesgesetzes die „Weiterentwicklung des Krankenhausrechts auf Bundesebene“. Durch die Reform der Krankenhausvergütung, die auf Bundesebene mit dem „Krankenhaustransparenzgesetz“ vorbereitet und mit dem „Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz“ eingeleitet wurde, werden die Versorgungsstrukturen für die Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern weiter ausgedünnt und die Krankenhäuser mit zusätzlichen bürokratischen Anforderungen belastet.

Die besonders für Mecklenburg-Vorpommern problematische Orientierung an der „Fallmenge“ statt an der Qualität als vorrangiges Kriterium für die Krankenhausvergütung wurde mit der Reform auf Bundesebene fortgesetzt und sogar noch verschärft, indem ein faktisches Leistungsverbot bei Unterschreitung von Mindestfallzahlen für alle Krankenhausleistungen eingeführt wurde.

Die gleichberechtigte Versorgung und die Erreichbarkeit von Krankenhausleistungen für die Bevölkerung werden dadurch gefährdet.

Der bundesrechtlich eingeführte Begriff „Vorhaltevergütung“ suggeriert zwar eine Kostenübernahme für die Vorhaltung von Krankenhausleistungen, also unabhängig davon, wie häufig diese tatsächlich in Anspruch genommen werden müssen. Allerdings täuscht das Wort „Vorhaltevergütung“ darüber hinweg, dass eine Mindestzahl an erbrachten Behandlungen für den Erhalt einer Vorhaltevergütung vorausgesetzt wird. Diese „**Mindestvorhaltezahl**“ bestimmt künftig ca. 60 Prozent der Vergütung für ein Krankenhaus.

Mecklenburg-Vorpommern ist das Bundesland mit der geringsten Bevölkerungsdichte, die noch einmal ca. 20 Prozent unter dem Bundesland mit der zweitgeringsten Bevölkerungsdichte (Brandenburg) liegt. Aufgrund dieser Ausnahmesituation werden alle kleinen und mittleren Krankenhäuser keine Mindestvorhaltezahlen erfüllen können, die sich am bundesweiten Durchschnitt orientieren.

In Mecklenburg-Vorpommern gelten 25 Krankenhäuser als bedarfsnotwendig und erhalten deshalb für vorgehaltene Fachabteilungen so genannte „Sicherstellungszuschläge“, die allerdings mit 500.000 Euro pro Jahr für die erste und 250.000 für jede weitere Fachabteilung so niedrig bemessen sind, dass davon aktuell keine Fachabteilung vorgehalten werden kann und erst recht nicht dauerhaft. Zudem ist keinerlei laufende Anpassung der Sicherstellungszuschläge für Steigerungen aufgrund von Tarifverträgen für ärztliches oder Pflegepersonal vorgesehen. **Die Sicherstellungszuschläge hätten verdoppelt und dynamisch anhand der jährlichen Tarifentwicklung fortgeschrieben werden müssen.**

Erschwerend kommt hinzu, dass eine landesrechtliche Ausnahme von diesem Verbot nur möglich ist, wenn das betroffene Krankenhaus mindestens 30 bis 40 PKW-Fahrminuten von einem großen Krankenhaus entfernt ist. Damit stehen für die Patientinnen und Patienten bei etwa der Hälfte der

Krankenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern die aktuellen Behandlungsleistungen spätestens ab 2027 gar nicht mehr oder beschränkt auf die Leistungsbereiche Innere Medizin und Chirurgie zur Verfügung, weil Leistungen nicht mehr erbracht werden dürfen und auch nicht mehr vergütet werden. **Um eine landesrechtliche Ausnahme für die meisten Krankenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern zu ermöglichen, die von einem Leistungsverbot künftig betroffen werden, muss die eingeführte Regelung von 30 bzw. 40 PKW-Fahrminuten entweder für Innere Medizin und Allgemeinchirurgie auf 20 Minuten und für sonstige Fächer auf 30 PKW-Minuten oder insgesamt auf 25 Minuten herabgesetzt werden.**

Mit Bundesratsinitiative die Krankenhausversorgung der Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern sichern

Aus den oben dargelegten Gründen fordern die Landkreise das Land auf, sich unverzüglich mit einer Bundesratsinitiative für die beiden Änderungen (Verdoppelung und Dynamisierung der Sicherstellungszuschläge und Erreichbarkeit des nächsten Krankenhauses mit allen wesentlichen Behandlungsmöglichkeiten innerhalb von höchstens 25 Minuten) einzusetzen.

Krankenhausfinanzierungsreform auf Bundesebene verschärft die massive Unterfinanzierung von Krankenhäusern im ländlichen Raum

Für die Krankenhäuser in Trägerschaft der Landkreise, aber auch alle anderen Krankenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern, ist in den letzten Jahren eine zunehmende Unterfinanzierung der **laufenden Betriebskosten** zu verzeichnen, die bei der Behandlung der Patientinnen und Patienten anfallen. Im Jahr 2023 hatten laut Krankenhausbarometer 61 % aller Allgemeinkrankenhäuser mit mehr als 100 Betten einen Jahresfehlbetrag. Dies war nach Angaben des Deutschen Krankenhausinstituts der höchste Wert der letzten 20 Jahre. Für 2024 wird ein weiterer Anstieg auf 79 Prozent erwartet.

Für die Betriebskosten trägt der Bund über die Krankenkassen die finanzielle Verantwortung. Trotz der akuten Unterfinanzierung hat die Krankenhausreform des Bundes keine nennenswerten zusätzlichen Mittel für die Krankenhäuser zur Verfügung gestellt, um diese Unterfinanzierung auszugleichen.

Vor diesem Hintergrund hatte der Landkreistag Mecklenburg-Vorpommern das Land auf die negativen Auswirkungen der geplanten Reform auf Bundesebene mehrfach hingewiesen und darum gebeten, diese im Bundesrat abzulehnen. Gleichwohl hat die Landesregierung im Bundesrat zugestimmt. Damit hat sich das Land auch die Möglichkeit weitgehend abgeschnitten, den Krankenhäusern solche Krankenhausleistungen (weiter) zu ermöglichen, die sie zwar in guter Qualität erbringen, aber eine vorgeschriebene Fallmenge nicht erreichen. Dies ist für alle Krankenhäuser außerhalb der größeren Krankenhäuser Greifswald, Rostock, Schwerin und Neubrandenburg existenzbedrohend und führt gleichzeitig zu einer Überlastung dieser größeren Krankenhäuser. Damit können Patienten in kleineren und mittleren Krankenhäusern viele Krankenhausleistungen gar nicht mehr und in größeren Häusern aufgrund von Überlastungen und fehlendem Personal ebenfalls nicht oder nicht rechtzeitig erhalten.

Daraus ergibt sich, dass die insoweit versäumte Einflussnahme des Landes bei der Krankenhausreform auf Bundesebene ohne die oben geforderte Bundesratsinitiative nicht mehr

geheilt werden kann und dauerhafte Nachteile in der Krankenhausversorgung bei unserer Bevölkerung auslöst. Mit der ausdrücklichen Zustimmung des Landes im Bundesrat zum „Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz“, insbesondere zu den deutlich zu niedrigen Sicherstellungszuschlägen in Kombination mit einem faktischen Leistungsverbot für eine Vielzahl der Krankenhäuser hat die Landesregierung seine Entscheidung bewusst gegen das Votum der Landkreise getroffen. Damit hat das Land auch die finanziellen Nachteile auszugleichen, die den Landkreisen künftig etwa dadurch entstehen, dass sie bedarfsnotwendige Krankenhäuser weiter betreiben müssen, die insolvent werden.

Allgemeine Hinweise zum Entwurf des Landeskrankenhausgesetzes

Das **Landeskrankenhausgesetz** bildet damit lediglich den Katalysator dafür, wie die bundesrechtlichen Vorgaben auf die Krankenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern durchschlagen. Die Neufassung des Landeskrankenhausgesetzes ist also notwendig, um die bundesrechtlichen Vorgaben auf die Landesebene herunterzubrechen.

Unvollständige Regelungen

Im vorliegenden Entwurf fehlen noch einige landesrechtliche Regelungen zu den Änderungen aus dem „Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz“ (im Folgenden: KHVVG). Beispielsweise fehlen Regelungen zu § 6a KHG („Zuweisung von Leistungsgruppen“), § 6b KHG („Zuweisung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben“) und § 135e KHG („Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung“).

Die planerische Umsetzung der Bundesvorgaben auf Landesebene bleibt noch weitgehend offen bzw. wird auf noch zu erlassende Rechtsverordnungen verlagert. Es widerspricht aber rechtlichen Grundsätzen, wenn wesentliche Entscheidungen nicht vom Landtag, sondern vom Ministerium als Verordnungsgeber getroffen werden sollen. Eine wesentliche gesetzgeberische Entscheidung ist beispielsweise die Auswahl zwischen einer kapazitätsbezogenen Bettenplanung und einer qualitätsausgerichteten Leistungsplanung, die § 6 Absatz 2 LKHG-Entwurf ausdrücklich dem Verordnungsgeber überlässt. Ebenso ist keinerlei Zuweisung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben durch das Landeskrankenhausgesetz ersichtlich. Die einzige gesetzlich erwähnte Koordinierungsaufgabe für die Aus- und Weiterbildung bei Gesundheitsberufen ist für so genannte „Level 3“- bzw. „Level 3U-Krankenhäuser“ als „Kann-Regelung“ statt als Zuweisung ausgestaltet und überlässt dem Gesundheitsministerium, ob und an welche Krankenhäuser diese Aufgabe übertragen wird.

Es ist daher dringend notwendig, weitere Regelungen dazu ins Landeskrankenhausgesetz aufzunehmen. Dies wird von den Landkreisen als Mitaufgabenträger und Beteiligte am Planungsprozess einerseits und als Träger von Krankenhäusern andererseits erwartet. Beispielsweise fehlt es an gesetzlichen Kriterien zur Auswahl bei Zuordnungsentscheidungen bei fallzahlbegrenzten Leistungsgruppen in einer Region mit mehreren gleich geeigneten Krankenhäusern. Bisher sind lediglich Kriterien für die generelle Aufnahme in den Krankenhausplan geregelt, aber nicht für die Zuordnung von Leistungsgruppen.

Eingeschränkte Transparenz der Änderungen

Einige Vorschriften des Entwurfs des Landeskrankenhausgesetzes sind aus dem bisherigen Landeskrankenhausgesetz wörtlich übernommen, andere Teile wurden ergänzt oder sind völlig

neu. Die Übersendung einer Synopse mit gekennzeichneten Änderungen hätte das Verständnis gefördert, zur Transparenz und Übersichtlichkeit beigetragen und die Beteiligung unserer Mitglieder erleichtert. Insbesondere wäre leichter ersichtlich, was gegenüber dem jetzigen LKHG M-V unverändert bleibt und was geändert worden ist.

Finanzieller Mehraufwand und Verlagerung der Finanzverantwortung für neue Aufgaben auf die Krankenhausträger

Der vorliegende Entwurf des Landeskrankenhausgesetzes (im Folgenden als LKHG-Entwurf bezeichnet) enthält insgesamt einige Änderungen, die mit finanziellem und personellem Mehraufwand für die Krankenhäuser oder die Landkreise als Krankenhausträger verbunden sind. Beispiele dafür sind die Bestellung bzw. Wahl von Patientinnen- bzw. Patientenfürsprechern für jedes Krankenhaus durch die Landkreise und kreisfreien Städte, die Bestellung von Qualitätsbeauftragten, die Beschäftigung von Stationsapothekerinnen sowie die zusätzlichen Datenmeldungen nach § 9 LKHG-Entwurf. Der Krankenhausalltag in Deutschland ist ohnehin durch erheblichen, bürokratischen Dokumentations- und Abrechnungsaufwand für erbrachte Behandlungen gekennzeichnet, der die „Zeit am Patienten“ teils sogar deutlich übersteigt. Daher sind alle zusätzlichen Verpflichtungen von Krankenhäusern auch dahingehend zu prüfen, ob diese für die Patientinnen und Patienten zu einer qualitativen Verbesserung der Behandlung beitragen oder nur zu ihren Lasten die knappen zeitlichen Ressourcen des ärztlichen und pflegerischen Personals binden.

In jedem Fall ist der Mehraufwand, der durch neue Verpflichtungen aus dem Landeskrankenhausgesetz entsteht, vom Land vollständig auszugleichen. Dies gilt sowohl für den Mehraufwand der Krankenhäuser als auch der Landkreise. Solche Ausgleichsregelungen fehlen größtenteils oder gehen von unrealistisch zu niedrigen Mehrkosten aus. Die Landkreise lehnen eine Übernahme neuer Aufgaben ab, wenn der vollständige finanzielle Ausgleich für entstehenden Mehraufwand nicht im Landeskrankenhausgesetz geregelt wird und zeitgleich mit der Aufgabenübertragung erfolgt. Vorsorglich weisen wir darauf hin, dass Kostenfolgenabschätzungen für Mehrbelastungen unter Beteiligung der kommunalen Spitzenverbände vorzunehmen sind. Eine solche Beteiligung ist für das geplante Landeskrankenhausgesetz bisher nicht erfolgt.

Zu § 1 LKHG - Entwurf „Grundsätze“

In § 1 Absatz 2 Satz 2 LKHG-Entwurf ist folgende Regelung enthalten: *„Soweit die Krankenhausversorgung nicht durch andere Krankenhausträger gewährleistet wird, haben die Landkreise und kreisfreien Städte die Krankenhausversorgung als öffentliche Aufgabe des eigenen Wirkungskreises nach Maßgabe des Krankenhausplans sicherzustellen.“*

Für den Fall, dass ein Krankenhaus insolvent wird, welches sich aktuell nicht in Trägerschaft eines Landkreises oder einer kreisfreien Stadt befindet, also beispielsweise einen privaten oder freigemeinnützigen Träger hat, erwarten die Landkreise eine klare Aussage der Landesregierung, ob solche Krankenhäuser generell weiterbetrieben werden und der bisherige Umfang der angebotenen Behandlungsleistungen vollständig erhalten bleiben soll.

Weiterhin ist zu regeln, welche Voraussetzungen vorliegen müssen, um festzustellen, dass die Krankenhausversorgung durch andere Krankenhausträger nicht mehr gewährleistet wird und wer diese Feststellung treffen soll. Die Feststellung sollte nur im Einvernehmen mit dem betroffenen Landkreis bzw. der betroffenen kreisfreien Stadt und dem jeweiligen kommunalen Landesverband (Landkreistag oder Städte- und Gemeindetag) getroffen werden können.

Zu § 4 LKHG - Entwurf „Krankenhausaufsicht, Verordnungsermächtigung“

Gemäß § 4 Absatz 4 Satz 2 und 3 LKHG-Entwurf kann die Aufsichtsbehörde Anordnungen treffen und mit Mitteln des Verwaltungsvollstreckungsrechts durchsetzen. Das Gesundheitsamt ist gemäß § 4 Absatz 2 Nr. 4 LKHG-Entwurf hinsichtlich der §§ 29 bis 31 LKHG M-V Aufsichtsbehörde. Die eingeräumten Befugnisse der Aufsichtsbehörde werden von zwei Landkreisen befürwortet, weil sie bessere Handlungsmöglichkeiten eröffnen und die bessere Durchsetzung gegenüber Krankenhausträgern ermöglichen. Im Übrigen verweisen wir auf unsere Ausführungen zu §§ 29, 30 LKHG-Entwurf.

Zu § 6 LKHG-Entwurf „Planungssystematik des Krankenhausplans, Verordnungsermächtigung“

Die Erstellung, Änderung und Fortschreibung des Krankenhausplans soll wie bisher unter Einbeziehung der Krankenhausplanungsbeteiligten erfolgen (vgl. § 8 Absatz 3 Satz 1 LKHG-Entwurf). Die Planungssystematik bedarf als wesentliche Grundlage der Planung ebenfalls der Einbeziehung der Krankenhausplanungsbeteiligten. Aufgrund ihrer Bedeutung und dauerhaften Auswirkung auf die Krankenhausversorgung sollte die Planungssystematik daher durch den Landtag, also als Teil des Landeskrankenhausgesetzes und nicht nur in einer Verordnung geregelt werden. Ohne Kenntnisnahme der Planungssystematik kann das Landeskrankenhausgesetz M-V nur unvollständig bewertet werden. Insbesondere kann nicht abgeschätzt werden, welche Auswirkungen die Versorgungsentscheidungen auf den Bestand der kommunalen Krankenhäuser und im Allgemeinen auf die Sicherstellung der Krankenhausversorgung im Land haben.

Bereits jetzt ist aber festzustellen, dass die Qualitätsanforderungen entsprechend den Leistungsgruppen nach dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz für Krankenhäuser im ländlichen Raum nicht oder nur sehr schwer zu erfüllen sind, insbesondere die Anforderungen an die zukünftige Personalausstattung.

In der Gesetzesbegründung wird einerseits dargelegt, dass die Möglichkeit geschaffen wird, den Krankenhausplan auf eine qualitätsausgerichtete Leistungsplanung umzustellen (vgl. S. 69). Andererseits lässt § 6 Absatz 2 LKHG -Entwurf vier Varianten für die Planungssystematik offen:

1. Die kapazitätsbezogener Bettenplanung für die gesamte Krankenhausversorgung
2. Die qualitätsausgerichteter Leistungsplanung für die gesamte Krankenhausversorgung
3. Das Nebeneinander von kapazitätsbezogener Bettenplanung und qualitätsausgerichteter Leistungsplanung für abgegrenzte Bereiche der Krankenhausversorgung
4. Eine Kombination von kapazitätsbezogener Bettenplanung und qualitätsausgerichteter Leistungsplanung für die gleichen Bereiche der Krankenhausversorgung.

§ 6 Absatz 2 und 3 LKHG -Entwurf sieht für kapazitätsbezogene Bettenplanung und qualitätsausgerichtete Leistungsplanung jeweils eine Rechtsverordnung mit näheren Regelungen zu überschneidenden Fachgebieten bzw. Leistungsgruppen und Leistungsbereiche vor. In der Praxis bestehen erhebliche Bedenken, wie ein Nebeneinander beider Planungssystematiken überhaupt funktionieren kann. Für die Umsetzung wäre daher eine abschließende Aufzählung der entsprechenden Fallkonstellationen im Gesetz notwendig.

Zu § 7 LKHG - Entwurf „Aufnahme in den Krankenhausplan und Ausscheiden aus dem Krankenhausplan“

Soweit nach § 7 Abs. 2 Satz 1 LKHG-Entwurf kein Rechtsanspruch auf Aufnahme in den Krankenhausplan besteht, stellt sich die Frage nach dem Status der bereits aufgenommenen

Krankenhäuser, wenn sie ausscheiden. Insoweit besteht Vertrauensschutz, wenn Investitions- und Personalentscheidungen auf Basis verbindlicher Feststellungsbescheide getroffen wurden.

§ 7 Absatz 2 Satz 2 ff. LKHG-Entwurf regeln die notwendige Auswahl zwischen mehreren Krankenhausstandorten. Hierbei sollte eine klare Gewichtung der aufgezählten Kriterien erfolgen. Das höchste Gewicht müssen aus unserer Sicht die Qualität der erbrachten Leistungen sowie gleichrangig die flächendeckende, rechtzeitige Erreichbarkeit solcher Krankenhausleistungen haben, die zeitnah zu erbringen sind, um eine akute Verschlechterung des Gesundheitszustands bzw. einen lebensbedrohlichen Verlauf zu stoppen. Die Auswahlkriterien sollten auch hier nicht durch Rechtsverordnung, sondern im Landeskrankenhausgesetz festgeschrieben werden.

§ 7 Absatz 2 Satz 2 LKHG -Entwurf ist daher zu streichen und durch eine gesetzliche Regelung auf Grundlage der zuvor genannten Auswahlkriterien zu ersetzen.

Zu § 8 LKHG - Entwurf „Beteiligte“

Die bisherige Formulierung, dass Ministerium und die an der Krankenhausplanung Beteiligten „eng zusammenarbeiten“ fehlt im Entwurf und sollte daher wieder aufgenommen werden.

Die ursprünglich im Ressortentwurf enthaltene, vielfach kritisierte Einschränkung, dass als unmittelbar Beteiligte nur Personen benannt werden können, die nicht in einem Krankenhaus in Mecklenburg-Vorpommern oder in der Funktion eines Aufsichtsrates oder ähnlichem oder in einer anderen Funktion für einen Krankenhausträger tätig sind, ist nunmehr entfallen. Dies ist ausdrücklich zu begrüßen, weil es die Krankenhausplanungsbeteiligtenrunde als Fachgremium erhält.

Stattdessen ist jedoch einschränkend in § 8 Absatz 4 Satz 2 LKHG-Entwurf folgende Regelung aufgenommen worden: *„Als unmittelbar Beteiligte dürfen an der Planungsbeteiligtenrunde ausschließlich Personen teilnehmen, bei denen keine Interessenkonflikte bestehen, entsprechende Regelungen hierzu sind in der Geschäftsordnung nach Absatz 6 zu treffen.“*

Ein solcher genereller Ausschluss der Teilnahme erscheint unverhältnismäßig, weil das mögliche Vorliegen einer Interessenkollision immer im Einzelfall abzuwägen ist. Etwaige Interessenkonflikte treffen oft nur einen Tagesordnungspunkt in der Sitzung der Planungsbeteiligten, beispielsweise wenn über einen Antrag eines Krankenhauses entschieden werden soll, bei dem ein Planungsbeteiligter beschäftigt ist. In diesem Fall dann eine Person von der gesamten Sitzung auszuschließen, also auch von anderen Tagesordnungspunkten, wäre unverhältnismäßig. Oftmals kann auch bei einem Interessenkonflikt eine beratende Teilnahme aufgrund der besonderen Sachkenntnis vom jeweiligen Krankenhaus sinnvoll sein und zur Aufklärung von Sachverhalten beitragen. Wesentlich ist vielmehr, dass ein Interessenkonflikt den anderen Beteiligten bekannt ist, damit eine Beteiligung an der Abstimmung im Konfliktfall ausgeschlossen werden kann.

Nach § 20 Absatz 2 Verwaltungsverfahrensgesetz M-V liegt ein allgemeiner Ausschlussgrund vor, wenn die auszuschließende Person durch die Tätigkeit oder durch die Entscheidung einen unmittelbaren Vorteil oder Nachteil erlangen kann. Mit den Krankenhausplanungsbeteiligten ist aber nur ein „Einvernehmen anzustreben“. Die Letztentscheidung liegt beim zuständigen Minister (vgl. § 8 Absatz 5 LKHG-Entwurf). Daher fehlt es an einem unmittelbaren Zusammenhang zwischen dem Abstimmungsverhalten in der Planungsbeteiligtenrunde und der Letztentscheidung durch den Minister.

Die Erweiterung der Anzahl der Personen, die als unmittelbar Beteiligte an der Planungsbeteiligtenrunde teilnehmen, wurde bei den Krankenkassen und der Krankenhausgesellschaft von zwei auf vier erhöht. Dies wird vom Landkreistag unter der Bedingung befürwortet, dass das bisherige Stimmverhältnis zu den kommunalen Landesverbänden gewahrt bleibt.

Die vorgesehene Erweiterung des Kreises der „weiteren Beteiligten“ um den Medizinischen Dienst, Patientenfürsprecher und Vertreter des Landespflegerats erscheint nur teilweise nachvollziehbar. Für die Krankenkassen ist im Entwurf gegenüber der aktuellen Rechtslage bereits eine Stärkung in der Planungsbeteiligtenrunde von zwei auf vier Personen vorgesehen. Der Medizinische Dienst würde noch dazukommen. Eine wesentliche Aufgabe des medizinischen Dienstes ist die Überprüfung von Krankenhausabrechnungen und stationären Leistungen im Auftrag der Krankenkassen (vgl. § 275 Absatz 1 Nr. 1 SGB V).

Demgegenüber sind andere wichtige Akteure, wie etwa die Kassenärztliche Vereinigung gar nicht vertreten.

Ungleichgewichte zugunsten bestimmter „Bänke“ sollten möglichst vermieden werden, um eine ausgewogene Gremienentscheidung zu ermöglichen.

Angesichts der Schnittfelder in der Krankenhausversorgung der Bevölkerung zum ambulanten Bereich erscheint eine Hinzuziehung der Kassenärztlichen Vereinigung bei der Krankenhausplanung sinnvoller als eine Beteiligung des Medizinischen Dienstes.

Zu § 9 LKHG - Entwurf „Auskunftspflichten, Sicherung der Krankenhausplanung, Verordnungsermächtigung“

Nach § 8 Abs. 4 LKHG M-V bestehen aktuell Auskunftspflichten der Krankenhausträger gegenüber dem Gesundheitsministerium, soweit sie für die Durchführung des LKHG erforderlich sind, in anonymisierter Form und für verwaltungsinterne Zwecke.

Diese Auskunftspflichten sollen durch § 9 Absatz 1 LKHG - Entwurf erweitert werden um Berichte über

1. das Leistungsangebot,
2. die erbrachten Leistungen,
3. die Verweildauer,
4. die personelle Ausstattung,
5. die sächliche Ausstattung,
6. allgemeine statistische Angaben über Patienten und
7. allgemeine statistische Angaben über Erkrankungen der Patienten.

Zudem sollen entsprechende Auskunftspflichten zusätzlich gegenüber den Krankenhäusern per Rechtsverordnung eingeführt werden (§ 9 Absatz 2 Satz 1 und 2 LKHG - Entwurf). Dabei sollen auch personenbezogene Daten verarbeitet werden (§ 9 Absatz 2 Satz 2, 2. Halbsatz). Eine Anonymisierung oder Verwendung nur für verwaltungsinterne Zwecke ist nicht mehr vorgesehen.

Unter dem Gesichtspunkt des Bürokratieabbaus bestehen Zweifel, ob umfangreiche zusätzliche Datenerhebungen überhaupt notwendig sind. Die Erweiterung löst auch erheblichen Mehraufwand bei Krankenhäusern und Krankenhausträgern aus. Dieser Mehraufwand ist durch das Land finanziell gegenüber Krankenhäusern und Krankenhausträgern auszugleichen.

Zu § 10 LKHG - Entwurf „Grundlagen der Förderung“

Die Umstellung der Förderung auf Investitionspauschalen ist zu begrüßen. Bei der Bemessung der Förderpauschalen bedarf es angesichts steigender Bau- und Investitionskosten einerseits und geänderter Anforderungen an die Investitionsbedarfe in Krankenhäuser u. a. auch durch medizinisch-technischen Fortschritt zwingend einer Bedarfsermittlung der durchschnittlichen Investitionsbedarfe und der Überprüfung des jährlichen Ansatzes der Krankenhausinvestitionsmittel im Landeshaushaltsplan.

Es stellt sich die Frage, aus welchen Gründen das Finanzierungssystem nicht früher, z. B. mit Beginn des Jahres 2026 auf die Investitionspauschalen umgestellt werden kann. Ebenso ist fraglich, in welchen Umfang überhaupt Einzelfördermittel für den geplanten Übergangszeitraum für neue Projekte verfügbar sind oder ob eine Investitionslücke zu erwarten ist, da der vorgesehene Mittelrahmen in den Übergangsjahren bereits vollständig für bisherigen Projekte gebunden ist.

Zu §§ 12, 13 LKHG - Entwurf „Aufbringung der Mittel“ und „Investitionsprogramm“

Die geplante Neuregelung nach § 12 Absatz 2 Satz 2 LKHG -Entwurf, wonach die Kostenanteile der Landkreise und kreisfreien Städte an der Krankenhausförderung nicht nur nach Einwohnerzahlen verteilt, sondern auch davon abweichend bestimmt werden können, wenn die kommunalen Landesverbände zustimmen. In der Gesetzesbegründung auf Seite 71 wird dazu eine Berücksichtigung der Fläche der Landkreise bei der Verteilung der Kostenanteile unter den Landkreisen als Beispiel erwähnt.

Eine solche Möglichkeit ist vom Landkreistag weder gefordert worden, noch notwendig. **Daher kann die Möglichkeit wieder gestrichen werden.**

Die Regelung in § 24 Abs. 4 LKHG M-V „Die von den Landkreisen und kreisfreien Städten aufgebrachtten Finanzmittel werden als Eigenmittel berücksichtigt, soweit es die Förderung ihrer eigenen Krankenhäuser betrifft.“ ist im Entwurf ohne nähere Begründung weggefallen.

Hinsichtlich der Streichung stellt sich die Frage, ob die Vorschrift nicht angewandt wurde oder welche Anwendungsfälle es bisher gab. Für die Streichung fehlt jedenfalls die Begründung im Gesetzentwurf.

Zu § 20 LKHG - Entwurf „Ausgleich für Eigenmittel bis 31.12.2027“

Die Regelung entspricht dem bisherigen § 18 LKHG M-V und ist zu begrüßen, weil sie dem Krankenhausträger bei vollständigem oder teilweisem Ausscheiden des Krankenhauses aus dem Krankenhausplan sowie bei Einschränkung des Leistungsangebots auf Antrag einen Ausgleich für die Abnutzung von Anlagegütern gewährt, der dem Anteil der eingesetzten Eigenmittel entspricht. Dies entspricht den obigen Erläuterungen zum Vertrauensschutz (vgl. Ausführungen zu § 7) und sollte daher bei Veränderungen in Umsetzung des KHVVG, des neuen Landeskrankenhausesgesetzes sowie bei landesseitiger Festlegung von Leistungsreduzierungen auf sämtlichen daraus resultierenden Umstrukturierungen angewandt werden.

Zu § 22 LKHG - Entwurf „Investitionspauschale ab 1. Januar 2028, Verordnungsermächtigung“

Das in § 22 Absatz 2 Nr. 1 LKHG M-V-Entwurf enthaltene Kriterium, wonach sich die Investitionspauschale im Verhältnis zu den im Vorjahr erbrachten Krankenhausleistungen bemisst, wird abgelehnt. **Diese Mengenkompente benachteiligt Krankenhäuser im ländlichen Raum, die aufgrund der Rahmenbedingungen (geringe Bevölkerungsdichte, eingeschränktes Leistungsspektrum aufgrund Unterschreitung von „Mindestvorhaltezahlen“) weniger Krankenhausleistungen erbringen können.**

Stattdessen sollte es einen **Zuschlag für bedarfsnotwendige Krankenhäuser** bei der Verteilung geben. In Mecklenburg-Vorpommern sind aktuell 25 Krankenhäuser als bedarfsnotwendig anerkannt.

Die vorgesehene Anrechnung früherer Förderungen auf die Investitionspauschale gemäß § 22 Absatz 2 Nr. 4 LKHG -Entwurf ist konkreter gesetzlich festzulegen.

Die Gewichtung der Verteilungsfaktoren und die Bemessungsgrundlagen sollten im Gesetz und nicht nur per Rechtsverordnung erfolgen, wie in § 22 Absatz 8 LKHG M-V-Entwurf vorgesehen.

Hinsichtlich § 22 Absatz 3 Satz 2 LKHG -Entwurf wird auf die Ausführungen zu § 25 verwiesen.

Zu § 23 LKHG - Entwurf „Förderung bei Schließung oder Umstellung“

§ 23 sollte tatbestandlich auf das teilweise Ausscheiden von Krankenhäusern aus dem Krankenhausplan, Umstellungen sowie Einschränkungen des Leistungsangebots erweitert werden.

Die Krankenhäuser sind mit ihren Fachabteilungen und Aufgaben im aktuellen Krankenhausplan abgebildet. Für die Gewährleistung dieses Leistungsangebotes haben sie personelle und infrastrukturelle Voraussetzungen mit teils hohen Eigenmittelinvestitionen geschaffen und sind dafür langfristige Verbindlichkeiten eingegangen.

Sofern das Land das Leistungsangebot bei der Festlegung von Leistungsgruppen reduziert, sollten die Krankenhäuser und deren Träger einen Rechtsanspruch auf entsprechende Ausgleichszahlungen erhalten.

Aus Gründen des Vertrauensschutzes sollte im § 23 Absatz 1 die Einschränkung „soweit diese erforderlich sind“ gestrichen werden.

Im Übrigen sollte Absatz 4 Satz 1 „Der Krankenhausträger hat sich entsprechend seiner Vermögenssituation an den Kosten zu beteiligen und andere Finanzierungsmöglichkeiten auszuschöpfen.“ entfallen.

Zu § 24 LKHG - Entwurf „Nebenbestimmungen und Rückforderung“

Aus Gründen des Vertrauensschutzes ist eine Erstattung von gewährten Fördermitteln dann auszuschließen, wenn das vollständige oder teilweise Ausscheiden von Krankenhäusern aus dem Krankenhausplan sowie die Einschränkung des Leistungsangebots durch die Umsetzung des KHVVG verursacht wird. § 24 LKHG - Entwurf ist insoweit zu ergänzen.

Zu §§ 25, 26 LKHG - Entwurf „Erklärungen im Rahmen der Jahresabschlussprüfung“ und „Verwendungsnachweis“

Die in § 25 LKHG -Entwurf geforderten Erklärungen werden zu einer Verteuerung der Jahresabschlussprüfung führen. Ob aufgrund der krankenhausspezifischen Erklärungen überhaupt genügend Wirtschaftsprüfer zur Verfügung stehen, wird bezweifelt.

Es ist nicht notwendig, aufgrund der Regelung in § 25 LKHG M-V einen gesonderten Verwendungsnachweis für die Pauschalförderung nach § 26 Abs. 1 LKHG M-V vorzulegen.

Der bürokratische Aufwand für die erweiterten Anforderungen an die Verwendungsnachweisführung wird im Vergleich zu den bisherigen Regelungen zunehmen und sich verteuern, insbesondere aufgrund von erforderlichen Prüfberichten der Wirtschaftsprüfer. Dem allgemeinen Erfordernis zum Bürokratieabbau wird der § 26 LKHG M-V nicht gerecht.

Die durch zusätzliche Nachweise und Testate des Wirtschaftsprüfers entstehenden Kosten sind durch das Land zu erstatten.

Im Hinblick auf § 26 Absatz 3 LKHG-Entwurf 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.

Zu §§ 29 bis 31 LKHG -Entwurf „Aufnahme und Versorgung“, „Versorgung besonderer Patientengruppen“, „Soziale Betreuung“

Das Gesundheitsamt ist in § 4 Absatz 1 Nr. 4 LKHG -Entwurf als Aufsichtsbehörde hinsichtlich der §§ 29 bis 31 LKHG -Entwurf bestimmt. Diese Aufgaben waren teilweise in ähnlicher Form bereits im bisher gültigen Gesetz verankert. Praktisch wird eher eine anlassbezogene Tätigkeit der Aufsicht möglich sein. Es ist beispielsweise unklar, wie § 29 Absatz 5 LKHG-Entwurf mangels hinreichend konkreter Anforderungen kontrolliert, überprüft oder beaufsichtigt werden soll. Darin heißt es: *„Zur Optimierung der regionalen Versorgung auf der Grundlage des Krankenhausplanes sind Krankenhäuser innerhalb ihres Einzugsbereichs ungeachtet ihrer Trägerschaft und entsprechend ihrer Aufgabenstellung zur Zusammenarbeit verpflichtet. Die Krankenhäuser sind im Interesse der durchgehenden Sicherstellung und Optimierung der regionalen Versorgung der Patientinnen und Patienten zur engen Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie den übrigen an der Patientenversorgung beteiligten ambulanten und stationären Diensten und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens einschließlich der Pflegestützpunkte verpflichtet. Die bundesrechtlichen Regelungen zum Entlassmanagement bleiben unberührt.“*

Zu § 30 LKHG - Entwurf „Versorgung besonderer Patientengruppen“

Die in § 30 Absatz 2 LKHG-Entwurf geforderten Leistungen (Information über die Datenübermittlung, Hinweis auf das Widerspruchsrecht und Dokumentation) stellen einen vom Land auszugleichenden Mehraufwand dar. Der Aufwand ist durch das Land zu ermitteln und die Refinanzierung des Aufwands muss im Gesetz geregelt werden.

§ 30 Absatz 7 LKHG-Entwurf 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, in § 37 Absatz 3 LKHG-Entwurf geregelte, 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 Bestand hat, wonach die Länder ein ausreichendes Angebot ambulanter und stationärer Einrichtungen zur Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen und den ungehinderten Zugang zu diesen sicherstellen. Vorgaben zu dieser Thematik finden sich schließlich auch nicht in anderen Landeskrankenhausgesetzen.

Zu § 32 LKHG - Entwurf „Patientenfürsprecherinnen und Patientenförsprecher“

§ 32 Absatz 1 LKHG-Entwurf enthält folgende Regelung: *„Die Landkreise und kreisfreien Städte können für die Dauer ihrer Wahlperiode für jedes in den Krankenhausplan des Landes Mecklenburg-Vorpommern aufgenommene Krankenhaus mit dem Hauptstandort innerhalb der Gebietskörperschaft jeweils eine unabhängige Patientenfürsprecherin oder einen unabhängigen Patientenfürsprecher sowie eine Stellvertretung bestellen. Die Bestellung erfolgt auf Vorschlag der für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen durch den SELBSTHILFE Mecklenburg-Vorpommern e. V. im Einvernehmen mit dem Krankenhaus.“*

Die Regelung enthält mehrere Unklarheiten. Zunächst stellt sich die Frage, ob die Landesregierung generell einen Patientenfürsprecher je Krankenhaus einführen möchte oder nicht. Der aktuelle Wortlaut enthält lediglich eine „Kann-Regelung“ und führt zwangsläufig dazu, dass es künftig in einigen Krankenhäusern Patientenfürsprecherinnen bzw. -fürsprecher gibt und in anderen nicht.

Zweitens stellt sich die Frage, wieso die Bestellung in den sechs Landkreisen und zwei kreisfreien Städten, also mit acht Wahl-, Bestellungs- und Verwaltungsverfahren erfolgen soll, wenn auch ein Verfahren für alle landesweiten Bestellungen möglich wäre, beispielsweise durch das zuständige Ministerium. Das Vorschlagsrecht soll ohnehin landesweit bei der Selbsthilfe Mecklenburg-Vorpommern liegen. Daher sollte auch die Bestellung möglichst bürokratiearm in einem Verfahren zentral durch das Land erfolgen.

Drittens ist der Wortlaut insofern ungenau, als es für Landkreise und kreisfreie Städte keine „Dauer ihrer Wahlperiode“ gibt, sondern gemeint sind hier wohl entgegen dem Wortlaut die Kreistage und Stadtvertretungen.

Viertens spricht Absatz 1 davon, dass die Patientenfürsprecher durch Landkreise und kreisfreie Städte bestellt werden können. Im Widerspruch ist in Absatz 2 des Entwurfs von „gewählten Personen“ die Rede, was nicht auf eine Bestellung, sondern auf eine Wahl dieser Personen hindeutet.

Damit alle Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher im Land die gleichen und nicht unterschiedliche Entschädigungen für ihre Tätigkeit erhalten, sollte das Land die Höhe der Entschädigung einheitlich festlegen. § 32 Absatz 3 Satz 2 LKHG -Entwurf ist entsprechend zu ändern.

Es stellt sich auch die Frage danach, wie sinnvoll Patientenfürsprecherinnen bzw. Patientenfürsprecher für Patienten sind, wenn sie gemäß § 32 Absatz 4 Satz 3 LKHG-Entwurf weder rechtlich noch medizinisch beraten dürfen.

Die Vorbereitung und Durchführung der Wahlen, die Bestellung, die Herstellung des Einvernehmens mit dem jeweiligen Krankenhaus (vgl. Absatz 1 Satz 2), die Prüfung der Zuverlässigkeit und Fachkunde (Absatz 2), die Entgegennahme des jährlichen Berichts (Absatz 5) sowie weitere vorgeschriebene Verfahrensschritte sind mit erheblichem bürokratischen und finanziellen Mehraufwand verbunden.

Wenn die Landesregierung eine Patientenfürsprecherin bzw. einen Patientenfürsprecher für jedes Krankenhaus für erforderlich hält, muss sie auch die entstehenden Mehrkosten dafür ausgleichen. Ansonsten bleibt die Regelung ein politisches Feigenblatt.

Zu § 33 LKHG-Entwurf „Ausübung und Berufsrecht“

Gemäß § 33 Absatz 2 LKHG-Entwurf unterrichten die Krankenhäuser u.a. die für die Berufserlaubnis zuständige Behörde, wenn Tatsachen den Verdacht eines Verstoßes gegen ärztliche, zahnärztliche, therapeutische oder hebammenrechtliche Berufspflichten rechtfertigen. Aus der Begründung zu § 33 Abs. 2 geht hervor, dass die Gesundheitsämter für die Überwachung einer solchen Berufsausübung zuständig seien. Die Zuständigkeit hierfür liegt jedoch vorrangig beim LAGuS bzw. bei den Kammern. Daher sollte die Gesetzesbegründung entsprechend angepasst werden.

Zu § 34 LKHG -Entwurf „Qualitätssicherung“

Die Verpflichtungen in § 34 LKHG -Entwurf bezüglich der Qualität sind gegenüber § 7 LKHG M-V erheblich erweitert. Es fehlt eine gesetzliche Regelung zum Ausgleich der Mehrkosten für die Qualitätsbeauftragten, die nach § 34 Absatz 2 LKHG -Entwurf verpflichtend in jedem Krankenhaus zu bestellen sind.

Zu § 37 LKHG -Entwurf „Leitung und innere Organisation eines Krankenhauses“

Die Festlegung hinsichtlich der Betriebsleitung ist eine Entscheidung, die allein dem Krankenhausträger obliegt. Soweit § 37 Absatz 1 Satz 2 LKHG -Entwurf eine Betriebsleitung durch drei gleichrangig zu beteiligende Personen vorsieht, ist dies abzulehnen, weil beispielsweise verbindliche, satzungsrechtliche Vorgaben des jeweiligen Krankenhausträgers entgegenstehen können. In den Satzungen werden häufig sinnvolle Regelungen getroffen, die Entscheidungen auch bei unterschiedlichen Meinungen ermöglichen müssen.

Die Weisungsungebundenheit von Abteilungsärztinnen und Abteilungsärzten nach § 37 Abs. 3 Satz 1 ist auf medizinische Fragen bzw. Entscheidungen zu begrenzen. Im Übrigen unterliegen sie grundsätzlich den Weisungen der Leitung bzw. des Trägers, wie in Satzungen, Geschäftsordnungen bzw. Anstellungsverträgen häufig geregelt.

Zu § 39 LKHG -Entwurf „Stationsapothekerin oder Stationsapotheker“

Die in § 39 Absatz 1 LKHG -Entwurf enthaltene 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, ist zu unbestimmt. Es ist eine konkrete Festlegung im Gesetz erforderlich, um den entsprechenden Personalaufwand abschätzen zu können. Angesichts des Fachkräftemangels ist fraglich, ob die Verpflichtung in den einzelnen Krankenhäusern erfüllt werden kann.

Abgesehen vom zuvor sowieso in Frage gestellten verfügbaren und qualifizierten 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 Absatz 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.

Die verpflichtende Beschäftigung mindestens eines Stationsapothekers je Krankenhaus ist mit finanziellem Mehraufwand verbunden. Die Kosten werden in der Gesetzesbegründung mit 61.500 Euro brutto angegeben. Dies unterschreitet die Vergütung nach den Entgelttabellen des TVöD-VKA erheblich, um ca. 8.000 Euro. Die Sachkosten des Arbeitsplatzes (lt. KGSt: 9.700 € jährlich) sind gar nicht berücksichtigt. Wir weisen vorsorglich darauf hin, dass diese Mehrkosten vom Land auszugleichen sind.

Zu § 41 LKHG -Entwurf „Krankenhausalarm- und -einsatzplan, Leiterin oder Leiter Krankenhausalarm- und -einsatzplanung, Einsatzleitung, Verordnungsermächtigungen“

Die verpflichtende Bestellung eines Leiters oder einer Leiterin Krankenhausalarm- und -einsatzplanung sowie einer Stellvertretung gemäß § 41 Absatz 1 Satz 2 LKHG -Entwurf löst Mehraufwand in Höhe der entsprechenden Personal-, Sach- und Gemeinkosten aus, der nach dem Entwurf vom Krankenhaus selbst zu tragen ist. In der Begründung wird ein pauschaler Personalkostenbetrag in Höhe von 75.000 Euro benannt, welcher im Hinblick auf die erforderliche Qualifikation bei Weitem nicht ausreicht.

Die Kosten dafür sind nach unserer Auffassung vom Land auszugleichen.

In § 41 Absatz. 2 LKHG-M-V-Entwurf werden diverse Gefahrenlagen aufgeführt. Für eine realistische Krankenhausalarm- und -einsatzplanung von chemischen, biologischen, radionuklearen und bioterroristischen Gefahrenlagen sowie mit Naturgefahren fehlen sachliche Voraussetzungen und personelle Ressourcen.

Die Mehrkosten für die Prüfung durch eine unabhängigen externen Sachverständigen gemäß § 41 Absatz 4 Satz 1 LKHG -Entwurf müssen vom Land ausgeglichen werden. Für die zweijährliche Vorlage der Alarm- und Katastrophenpläne und regelmäßige Übungen ist bisher ebenfalls kein Mehrbelastungsausgleich vorgesehen, anders als z.B. in Berlin, Hessen und NRW.

Zu § 43 LKHG-Entwurf „Bevorratung und Notversorgung, Verordnungsermächtigungen“

Soweit in § 43 Absatz 2 LKHG-Entwurf zusätzliches Sanitätsmaterial von den Krankenhäusern vorgehalten werden muss, sind Mehrkosten für die Lagerung vom Land auszugleichen. Die Lagerkapazitäten der Krankenhäuser sind nach unserer Einschätzung in den allermeisten Fällen bereits jetzt ausgeschöpft.

Die Vorgaben in § 43 Absatz 3 LKHG-M-V-Entwurf werden als teils zu weitgehend und aufwendig angesehen. Eine Stromversorgung mit einer Versorgungsgarantie von 72 Stunden geht von vollständigem Stromausfall an drei aufeinanderfolgenden Tagen aus. Dies erscheint unrealistisch. Stattdessen sollten „nur“ 36 Stunden verpflichtend sein. Die Ausfallversorgung in Bezug auf medizinische Gase ist z.T. von der Notstromversorgung abhängig. Außerdem sind Krankenhäuser ohnehin auf die Wärme- und Primärenergieträgerversorgung sowie Trinkwasserversorgung von Versorgungsbetrieben angewiesen.

Zu § 44 LKHG -Entwurf „Übergeordnete Steuerung bei besonderen Gefahrenlagen“

Gemäß § 44 Absatz 3 LKHG - Entwurf können Befugnisse „zur regionalen und überregionalen Koordinierung des Betriebes der Krankenhäuser einzelnen Krankenhäusern beziehungsweise geeigneten ärztlichen Beauftragten übertragen werden. Ärztliche Beauftragte können in diesem Zusammenhang nach der Gesetzesbegründung auch Ärztinnen und Ärzte des Gesundheitsamtes sein, wenn folgende Voraussetzungen vorliegen: klinische Tätigkeit in der Akutmedizin, fachliche Expertise für die Bewältigung besonderer Gefahrenlagen sowie mindestens die Funktion als Oberarzt.

Es ist unklar, ob es sich um eine rein koordinative, oder gleichzeitig auch um eine versorgende Tätigkeit durch die beliebigen Ärztinnen und Ärzte handeln soll. Könnte hier ein Vergleich zum Cluster-Management während der Coronapandemie gezogen werden, oder handelt es sich tatsächlich auch um eine ärztliche Tätigkeit im Rahmen der Versorgung von Patientinnen? Wenn es sich ausschließlich um eine koordinative Tätigkeit handelt, läge es näher, diese Aufgabe der jeweils zuständigen ärztlichen Leitung des Rettungsdienstes zu übertragen. In den Gesundheitsämtern Mecklenburg-Vorpommerns sind aktuell keine Oberärztinnen bzw. Oberärzte tätig und die allermeisten üben auch schon seit längerer Zeit keine klinische Tätigkeit in der Akutmedizin mehr aus. Damit lägen die Voraussetzungen an einen ärztlichen Beauftragten aus dem Gesundheitsamt schon aus diesen Gründen nicht vor. Daher stellt sich die Frage, ob in solchen Fällen tatsächlich das Gesundheitsamt mit einbezogen werden sollte oder die Anforderungen umformuliert werden müssten.

Unabhängig davon ist insbesondere das ärztliche Personal der Gesundheitsämter bei besonderen Gefahrenlagen zur Bewältigung dieser stark gefordert, so dass eine Abordnung auch mit Blick auf die bestehende Personalsituation nicht möglich sein dürfte.

Bei § 44 Absatz 2 Nr. 2 LKHG - Entwurf stellt sich die Frage, ob eine Abordnung von Krankenhauspersonal durch ein Ministerium rechtlich möglich ist, weil diese Möglichkeit allenfalls dem Arbeitgeber zusteht.

§ 44 Absatz 3 LKHG - Entwurf weicht von § 6b KHG ab, der die Zuweisung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben abschließend regelt und ist daher zu streichen.

Zu § 56 LKHG -Entwurf „Ordnungswidrigkeiten“

Es sollte grundsätzlich geprüft werden, ob zur besseren Durchsetzbarkeit der Pflichten nach dem Landkrankenhausgesetz die Einführung weiterer Ordnungswidrigkeitstatbestände geboten ist. Grundsätzlich fällt auf, dass das geplante Gesetz nur Ordnungswidrigkeiten in Bezug auf den Datenschutz enthält. Alles andere, wie z. B. ein Verstoß gegen den Landeskrankenhausplan (Schließen von Stationen (wie Pädiatrie) trotz Zuteilung der Fachrichtung im Krankenhausplan (§ 5 Absatz 5 und § 7), Verweigerung von Auskünften nach § 9, Ablehnung von Notfallpatienten (§ 40 sowie § 29 Absatz 2), Boykott der Patientenfürsprecher (§ 32), Nichtanbindung an das Organspenderregister (§ 35) oder auch mangelnde Beübung des Krankenhausalarm- und -einsatzplans (§ 42) kann bei der jetzigen Gesetzesfassung nicht geahndet werden.

Dadurch können Krankenhäuser, die diese Vorgaben einfach ignorieren, einen finanziellen Vorteil gegenüber den Häusern erlangen, die sich aufgrund ihrer öffentlich-rechtlichen Trägerschaft und der damit verbundenen Rechtsaufsicht ihrer Träger an sämtliche Vorgaben halten.

Zum Fragenkatalog

1. Wie bewerten Sie den Gesetzentwurf grundsätzlich?

Gesetzesänderungen im Landeskrankenhausgesetz sind zur Umsetzung der bundesrechtlichen Neuregelungen, insbesondere in der Krankenhausfinanzierung aus dem Jahr 2024 grundsätzlich notwendig, bedürfen jedoch einer intensiven Auseinandersetzung mit allen Neuregelungen. Der Gesetzentwurf ist an einigen Stellen noch mit „heißer Nadel“ gestrickt und bedarf einer Nacharbeitung im Gesetzgebungsverfahren. Insgesamt lösen mehrere Neuregelungen, die zusätzlich über das Bundesrecht hinaus aufgenommen wurden, bürokratische und finanzielle Mehraufwendungen aus, die bei stringenter Gesetzgebung vermeidbar sind. Dazu verweisen wir auf unsere obigen Anmerkungen zu den einzelnen Vorschriften des Entwurfs.

2. Welche konkreten Handlungsbedarfe sehen Sie?

Hierzu wird auf die obigen Vorbemerkungen verwiesen, die vor allem die Sicherung der flächendeckenden medizinischen Versorgung in den Blick nehmen.

3. Welche konkreten Änderungsvorschläge haben Sie für den Gesetzentwurf?

Auf die obigen Anmerkungen zu den einzelnen Vorschriften des Entwurfs wird verwiesen.

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

Das Reformgesetz zielt auf eine Verbesserung der Versorgungsqualität ab, etwa durch die Einführung von Patientenförsprecherinnen/Patientenförsprechern und eine stärkere Berücksichtigung spezifischer Patientenbelange. Dies kann das Vertrauen in die kleineren Krankenhäuser stärken und deren Rolle im ländlichen Raum festigen. Durch eine Entbürokratisierung gewinnen die kleineren Krankenhäuser mehr Flexibilität und Planungssicherheit, da sie oft weniger Verwaltungskapazitäten haben. Die Ziele des Gesetzes können allerdings durch die Regelungen nur teilweise erreicht werden, weil einerseits bundesrechtliche Hindernisse vorhanden sind, die durch die Krankenhausreformen im letzten Jahr noch verschärft wurden und andererseits die Regelungen nicht hinreichend inhaltliche Befugnisse eröffnen oder die Finanzierung den Krankenhäusern, den Landkreisen oder anderen überlassen (vgl. dazu beispielsweise die obigen Hinweise zu § 32 LKHG - Entwurf „Patientenförsprecherinnen und Patientenförsprecher“).

Der bestehende Mangel an qualifiziertem Personal wird sich durch die neuen Anforderungen sogar verschärfen, da spezialisierte Strukturen und mehr Personal gefordert werden. Des Weiteren sind die Kliniken auf flexible Ausnahmeregelungen angewiesen, um die Versorgung aufrechtzuerhalten, die jedoch in dem Umfang, der für Mecklenburg-Vorpommern notwendig wäre, bundesrechtlich nicht zugelassen werden (vgl. dazu die obigen Vorbemerkungen).

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

Unverändert haben gemäß § 1 Abs. 2 LKHG-Entwurf die Landkreise die Krankenhausversorgung als öffentliche Aufgabe des eigenen Wirkungskreises sicherzustellen, soweit diese nicht durch andere Krankenhausträger gewährleistet wird. Kritisch wird an dieser Stelle betrachtet, dass die

Krankenhausplanung einerseits federführend vom Land erfolgt, die finanzielle Sicherstellung andererseits jedoch ggf. von den finanziell ohnehin stark belasteten Landkreisen geleistet werden soll.

- 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 entzieht sich unserer Kenntnis und sollte an die Landesregierung gerichtet werden.

- 9. Wie bewerten Sie die im Entwurf vorgesehenen erweiterten Befugnisse des Gesundheitsministeriums in besonderen Gefahrenlagen, insbesondere in Bezug auf Patientenzuweisung und Personalabordnungen?**
10. Halten Sie die im Gesetz verwendete Definition der „besonderen Gefahrenlage“ für ausreichend konkret und rechtlich klar abgegrenzt?

Die „besondere Gefahrenlage“ wird im Gesetz zwar nicht definiert. Es werden aber in § 41 Absatz 2 LKHG-Entwurf verschiedene Gefahrenlagen aufgezählt, die davon begrifflich umfasst werden könnten.

- 11. Wie wird sichergestellt, dass die neue Investitionspauschale ab 2028 dem tatsächlichen Versorgungsbedarf insbesondere kleinerer, spezialisierter oder ländlicher Krankenhäuser gerecht wird?**
12. Welche Wirkung erwarten Sie vom Gesetz für die Stabilität und Wirtschaftlichkeit der Krankenhausversorgung, insbesondere vor dem Hintergrund der aktuellen Belastungen des Systems?
13. Wie hoch beziffern Sie das derzeitige (jährliche) Delta bei der Investitionskostenförderung des Landes?

Die finanziellen Probleme der Krankenhäuser resultieren vor allem daraus, dass die laufenden Betriebskosten unzureichend sind, die vom Bund über die Krankenkassen getragen werden. Dieses Problem wird aufgrund der Krankenhausvergütungsreform durch künftige Einschnitte beim Umfang der Behandlungsleistungen für kleinere und mittlere Krankenhäuser noch verschärft.

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

Insoweit wird auf die obigen Hinweise zu den entsprechenden Vorschriften verwiesen.

- 15. Wie wird sichergestellt, dass die durch das Gesetz angestrebte Digitalisierung tatsächlich genutzt wird, um sektorenübergreifende Versorgung und Versorgungssteuerung zu verbessern - etwa durch einheitliche IT-Schnittstellen, Datenstandards oder telemedizinische Infrastruktur?**

Dies lässt der Entwurf weitgehend offen.

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

Die Regelungen schaffen einen rechtlichen Rahmen, der grundlegende Datenschutzprinzipien wahrt. Stärken liegen in der pseudonymisierten Datenverarbeitung, dem Widerspruchsrecht und der ethischen Kontrolle. Schwächen sehen wir in der uneinheitlichen Anwendung des Datenschutzrechts je nach Trägerschaft, unzureichenden technischen Sicherheitsvorgaben und unklaren Informationspflichten.

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

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

Pflichten werden mit dem Gesetzentwurf noch erweitert (vgl. dazu die Hinweise zu § 9 LKHG-Entwurf). Ein Bürokratieabbau ist daher nicht erkennbar.

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

Im Sinne einer umfassenden Patientenversorgung wäre eine Berücksichtigung der ambulanten Strukturen sinnvoll.

20. Welche konkreten Durchsetzungsmechanismen sind vorgesehen, wenn Krankenhäuser der im Gesetz geforderten diskriminierungsfreien und barrierearmen Versorgung (§ 29) nicht nachkommen?

Gemäß § 4 Absatz 4 Satz 2 und 3 LKHG-Entwurf kann die Aufsichtsbehörde Anordnungen treffen und mit Mitteln des Verwaltungsvollstreckungsrechts durchsetzen. Das Gesundheitsamt ist gemäß § 4 Absatz 2 Nr. 4 LKHG-Entwurf hinsichtlich der §§ 29 bis 31 LKHG M-V Aufsichtsbehörde.

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

Positiv sind die verpflichtende Notfallbereitschaft aller Kliniken, die Flexibilität in Krisenszenarien und der Fokus auf Telemedizin. Kritisch sind die ungelösten Finanzierungsfragen und die unzureichende Berücksichtigung ländlicher Logistik bei Leitstellenplanung.

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

Zur Beantwortung wird auf unsere obigen Ausführungen zu § 39 LKHG -Entwurf verwiesen.

Wir bitten, die o.g. Hinweise bzw. Änderungsvorschläge in den Entwurf aufzunehmen.

Für Rückfragen und Erläuterungen stehe ich den Mitgliedern des Ausschusses gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Matthias Köpp
Geschäftsführendes Vorstandsmitglied