

## **BESCHLUSSEMPFEHLUNG UND BERICHT**

**des Ausschusses für Soziales, Gesundheit und Sport (9. Ausschuss)**

**zu dem Gesetzentwurf der Landesregierung**  
**- Drucksache 8/4870 -**

**Entwurf eines Krankenhausgesetzes für das Land Mecklenburg-Vorpommern**  
**(Landeskrankenhausgesetz – LKHG M-V)**

### **A Problem und Ziel**

Mit der Reform des Landeskrankenhausgesetzes (LKHG M-V) soll den aktuellen Entwicklungen und Herausforderungen in der Krankenhausversorgung Rechnung getragen werden. Mecklenburg-Vorpommern steht insbesondere in Bezug auf den demografischen Wandel, den damit einhergehenden Fachkräftemangel bei gleichzeitiger komplexerer Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung sowie die besonders ländlich geprägten Strukturen in unserem Flächenland vor großen Herausforderungen.

In den letzten Jahren fand eine Entwicklung bezüglich des Wissens um die unterschiedlichen Bedürfnisse und die Vulnerabilität von Patientinnen und Patienten im Krankenhaus statt, die sich auch in der strategischen Ausrichtung staatlichen Handelns manifestiert hat. Dies betrifft sowohl gesamtgesellschaftlich relevante Prozesse wie die verstärkte Bekämpfung und Prävention von Diskriminierung als auch spezifische Patientengruppen wie Seniorinnen und Senioren, Frauen oder Kinder oder auch einzelne Erkrankungsbilder wie Demenz. Daneben verändert sich die Struktur und Zusammensetzung der Patientenklientel im Krankenhaus bedingt durch den demografischen Wandel, soziodemografische Veränderungsprozesse und den medizinischen Fortschritt. Ziel dieses Gesetzes ist daher, einerseits generell die Patientensicherheit zu stärken und andererseits zentrale spezifische Belange von Patientinnen und Patienten zu berücksichtigen.

Die Anforderungen an die Krankenhausplanung des Landes erhöhen sich durch den medizinischen Fortschritt, der u. a. durch eine stärkere fachliche Ausdifferenzierung und höhere Technisierung und Ambulantisierung und damit in Verbindung stehende berufsrechtliche Reformen gekennzeichnet ist, durch den demografischen Wandel, der die Bedingungen für eine flächendeckende Krankenhausversorgung verschärft, und durch die Weiterentwicklung des Krankenhausrechts auf Bundesebene durch eine Erhöhung und Ausdifferenzierung der qualitativen Anforderungen an die Krankenhausversorgung. Entsprechend ergibt sich die Notwendigkeit, die landesgesetzliche Grundlage für den Krankenhausplan in Mecklenburg-Vorpommern unter Berücksichtigung dieser Faktoren weiterzuentwickeln.

Der hohe und zunehmende bürokratische Aufwand aufgrund zahlreicher gesetzlicher und untergesetzlicher Anforderungen wird von den Krankenhäusern seit Jahren kritisiert. Den höchsten Anteil des bürokratischen Aufwandes für die Krankenhäuser aufgrund landesrechtlicher Bestimmungen macht die Investitionsfinanzierung des Landes aus. Ziel ist es daher, durch eine Reform der Investitionsfinanzierung den bürokratischen Aufwand zu senken.

Krankenhäuser sind als kritische Infrastrukturen von besonderer Bedeutung für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Die Aufrechterhaltung ihrer Funktionsfähigkeit ist dabei nicht nur im Alltag relevant, sondern gerade in besonderen Lagen essenziell. Dies wurde zuletzt durch die Corona-Pandemie besonders deutlich. Auch zukünftig sind verschiedenste Szenarien denkbar, bei der die Aufrechterhaltung der Krankenhausversorgung in besonderen Lagen von herausragender Bedeutung ist. Daher soll mit diesem Gesetz auch die Krisenresilienz der Krankenhäuser gestärkt werden. Es muss eine Anschlussfähigkeit der vorzuhaltenden stationären Versorgungsstrukturen an verschiedene Krisenszenarien auf Landes- und Bundesebene erreicht werden.

Mit dem LKHG M-V werden zusammenfassend folgende zentrale Ziele verfolgt: Stärkung der Patientensicherheit und stärkere Berücksichtigung spezifischer Belange von Patientinnen und Patienten, Modernisierung der Krankenhausplanung, Entbürokratisierung der Investitionsfinanzierung des Landes sowie Steigerung der Krisenresilienz der Krankenhäuser.

## **B Lösung**

Die Ziele des Gesetzentwurfes werden durch folgende Lösungsansätze adressiert:

Auf Grundlage der Empfehlungen des Patientenbeauftragten der Bundesregierung wird in Mecklenburg-Vorpommern die Möglichkeit eingeführt, dass in Krankenhäusern Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher etabliert werden können. Sie sollen den Patientinnen und Patienten die Möglichkeit einer niedrigschwelligen und unabhängigen Beratung bieten, wenn diese mit Missständen oder Problemen konfrontiert sind. Darüber hinaus sollen sie gegenüber dem Krankenhaus auf Missstände hinweisen können, um somit auch zur Verbesserung der Versorgung beizutragen.

Die Krankenhäuser werden zu einer diskriminierungs- und barrierefreien Behandlung verpflichtet. Auf einzelne besonders vulnerable Patientengruppen wird hierbei besonders fokussiert. So werden für die Krankenhäuser insbesondere Vorgaben zur Versorgung rund um die Geburt, der Versorgung von Kindern und Jugendlichen unter Berücksichtigung der Frühen Hilfen sowie des Kinderschutzes, der Versorgung von geriatrischen und insbesondere dementen Patientinnen und Patienten, der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie für die Versorgung von sterbenden Patientinnen und Patienten gemacht.

Um die Qualität und Patientensicherheit im Krankenhaus zu stärken, wird verpflichtend eine Qualitätsbeauftragte in den Krankenhäusern eingeführt werden, um die Qualitätsvorgaben des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auch für das Landesrecht als verbindlich erklären zu können. Darüber hinaus werden Stationsapothekerinnen und -apotheker etabliert, die eine sichere, zweckmäßige und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie im Krankenhaus gewährleisten sollen. Darüber hinaus wird die Aufsicht des Landes auf alle Bestimmungen des Gesetzes ausgeweitet und mit Durchsetzungskompetenzen versehen, um die Einhaltung der Regelungen im Sinne der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten.

Mit diesem Gesetz wird die Investitionsfinanzierung des Landes reformiert. Das bisherige System bestehend aus Pauschalförderung für kurzfristige Anlagegüter und Einzelförderungen für langfristige Anlagegüter wird aufgehoben. Stattdessen wird die Investitionsfinanzierung auf Investitionspauschalen umgestellt. Alle Krankenhäuser erhalten damit zukünftig eine jährlich vom Land zu zahlende und aufgrund eines Bemessungsinstrumentes festgelegte Investitionspauschale, mit der sie eigenverantwortlich wirtschaften. Die Investitionspauschale kann dabei sowohl für kurzfristige als auch langfristige Anlagegüter genutzt werden. Verbunden mit der Möglichkeit der Ansparung der Mittel und deren krankenhäusübergreifenden Einsatz wird Planungssicherheit und Flexibilität geschaffen. Vorgaben zur Beantragung und zur Verwendungsnachweisprüfung werden dabei maßgeblich verschlankt, sodass es hier zu einer signifikanten Bürokratieentlastung kommt.

Die landesrechtlichen Vorgaben zum Krankenhausplan werden unter Berücksichtigung der gefestigten Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichtes modernisiert. Hierbei wird insbesondere die Möglichkeit geschaffen, den Krankenhausplan auf eine qualitätsgerichtete Leistungsplanung umzustellen, auf deren Grundlage Leistungsbereiche und Leistungsgruppen als krankenhäusplanerisches Instrument etabliert werden können.

Die Zusammensetzung und Aufgaben der Planungsbeteiligten werden ebenfalls weiterentwickelt. Hierdurch soll die Mitwirkung von Institutionen sichergestellt werden, die aufgrund der fachlichen Expertise oder der besonderen Betroffenheit von hoher Relevanz für die Krankenhausplanung sind. Weiterhin soll die Beteiligung so ausgestaltet werden, dass sie sowohl effizient als auch sachgerecht ist und das berechnete Interesse an der Wahrung von Betriebsgeheimnissen schützt. Insofern werden als weitere Planungsbeteiligte neben der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern der Medizinische Dienst Mecklenburg-Vorpommern, eine Patientenvertretung und eine vom Landespflegerat zu benennende Vertretung in diesen Kreis aufgenommen.

Die Krankenhäuser werden dazu verpflichtet, Krankenhausalarm- und -einsatzpläne zu erstellen und regelmäßig fortzuschreiben sowie an jedem Standort eine Leiterin oder einen Leiter Krankenhausalarm- und -einsatzplanung zu bestellen.

Darüber hinaus bestehen für die Krankenhäuser die Pflichten, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter jährlich zu schulen, Übungen abzuhalten sowie durch eine Bevorratung von Arzneimitteln und Medizinprodukten sowie Maßnahmen zur Aufrechterhaltung einer Notversorgung für besondere Gefahrenlagen vorzusorgen. Beim Eintreten einer besonderen Gefahrenlage 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. Das für Gesundheit zuständige Ministerium übt für diese Regelungen die Aufsicht aus. Insgesamt wird eine Vorbereitung der vorzuhaltenden stationären Versorgungsstrukturen nach weitgehend einheitlichem Maßstab auf verschiedene Krisenszenarien auf Landes- und Bundesebene erreicht.

Das LKHG M-V bringt in seiner Gesamtheit die Gleichstellung von Frauen und Männern sprachlich zum Ausdruck. Damit entspricht es den Vorgaben des § 4 Absatz 2 des Gleichstellungsreformgesetzes.

Der Ausschuss für Soziales, Gesundheit und Sport empfiehlt, den Gesetzentwurf der Landesregierung auf Drucksache 8/4870 mit redaktionellen Änderungen sowie Anpassungen hinsichtlich eines Trägerwechsels, der Auszahlung der Investitionspauschale, der Wirtschaftsprüfung, der Maßnahmen im Hinblick auf Patientinnen und Patienten mit besonderen Bedürfnissen, der Stationsapothekerinnen und Stationsapotheker sowie der Notfallversorgung und besonderen Gefahrenlagen anzunehmen.

### **Mehrheitsentscheidung im Ausschuss**

#### **C Alternativen**

Keine.

#### **D Kosten**

##### **1. Haushaltsausgaben ohne Vollzugaufwand**

Die durch Streichung der Pauschalförderung für die Universitätsmedizin ab 2028 für die Universitätsmedizin Greifswald und Universitätsmedizin Rostock wegfallenden Haushaltsmittel im Einzelplan des für Gesundheit zuständigen Ministeriums werden dauerhaft in voller Höhe den Investitionsmitteln der Universitätsmedizin Greifswald und Universitätsmedizin Rostock im Einzelplan des für Wissenschaft zuständigen Ministeriums zusätzlich zu den dort bereits bestehenden Ansätzen bzw. fortgeschriebenen Ansätzen zur Verfügung gestellt.

## **2. Vollzugaufwand**

Für den Haushalt des Landes ergeben sich folgende finanzielle Auswirkungen:

Mit Inkrafttreten des Gesetzes erhöht sich der Verwaltungsaufwand beim für Gesundheit zuständigen Ministerium für die Aufgabe der Krankenhausaufsicht nach § 4, da die Krankenhausaufsicht auf alle Bestimmungen dieses Gesetzes ausgeweitet wird und zusätzlich eine erweiterte Aufsicht bezüglich der Aufgaben zu besonderen Gefahrenlagen des Abschnittes 5 dieses Gesetzes eingeführt wird.

Mit Inkrafttreten des Gesetzes in Verbindung mit dem Inkrafttreten der Krankenhausreform auf Bundesebene erhöht sich der Verwaltungsaufwand beim für Gesundheit zuständigen Ministerium für die Aufgabe der Krankenhausplanung bei der Umstellung der Planung auf Leistungsbereiche und Leistungsgruppen.

Ab dem Jahr 2028 sinkt der Verwaltungsaufwand beim für Gesundheit zuständigen Ministerium und beim Staatlichen Amt für Bau und Liegenschaften Mecklenburg-Vorpommern durch die Reform der Krankenhausinvestitionsfinanzierung des Landes. Es entfällt die Antragsbearbeitung für Einzelfördermaßnahmen sowie deren baufachliche Prüfung. Nach Abschluss der Verwendungsnachweisprüfung der Einzelfördermaßnahmen, die bis zum Jahr 2027 durchgeführt wurden, entfällt diese Aufgabe ebenfalls, vermutlich wird diese Aufgabe bis zum Jahr 2037 abgeschlossen sein.

Insgesamt ergibt sich daher folgender Mehraufwand für das für Gesundheit zuständige Ministerium: Für das Jahr 2025 ergibt sich ein zusätzlicher Stellenbedarf von drei Vollzeitäquivalenten (VZÄ) im höheren Dienst und einem VZÄ im gehobenen Dienst. Für die Jahre 2027 und 2028 reduziert sich dieser Mehraufwand auf zwei VZÄ im höheren Dienst und ein VZÄ im gehobenen Dienst. Für die Jahre 2029 und 2030 reduziert sich dieser Mehraufwand weiter auf ein VZÄ im höheren Dienst. Zur Deckung dieses Mehraufwands wird ein Antrag auf Bereitstellung von Mitteln des Modernisierungsfonds für die Finanzierung von Sachmitteln sowie temporären Beschäftigungsverhältnissen zum Aufbau eines Projektteams gestellt. Der vorübergehende Mehraufwand ist bedingt einerseits durch die befristete Gleichzeitigkeit der Abwicklung alter und der Etablierung neuer Aufgaben. Zusätzlich ist ein befristeter Mehraufwand für die Etablierung von Kompetenzen und Strukturen zur Erledigung der neuen Aufgaben notwendig.

Ab dem Jahr 2031 gleichen sich die wegfallenden und entstehenden Bedarfe aus. Daher werden ab diesem Jahr die Aufgaben im Rahmen des vorhandenen Stellenumfangs und mit den vorhandenen Mitteln des für Gesundheit zuständigen Ministeriums abgedeckt.

## **3. Kosten für die Wirtschaft**

Für die Krankenhäuser entsteht ein potenzieller, nicht genau quantifizierbarer zusätzlicher Erfüllungsaufwand. Dieser ist abhängig von den bisher bereits in den Krankenhäusern getroffenen Maßnahmen bezüglich der Bestimmungen dieses Gesetzes, da es teilweise auch andere gesetzliche und untergesetzliche Bestimmungen gibt, die die Krankenhäuser zur Erfüllung verpflichten. Der Erfüllungsaufwand ist im Rahmen des zugewiesenen Versorgungsauftrages von den Krankenhäusern zu tragen.

Potenzielle zusätzliche Kosten können den Krankenhäusern hierbei durch die Bestellung von Leiterinnen oder Leitern für die Krankenhausalarm- und -einsatzplanung entstehen. Die Bestellung einer Leiterin oder eines Leiters Krankenhausalarm- und -einsatzplanung verursacht für jedes Krankenhaus an jedem Standort geschätzte Kosten in Höhe von durchschnittlich 18.750 Euro im Jahr. Es wird davon ausgegangen, dass die Ausübung der Tätigkeit 0,25 VZÄ beansprucht bei einem durchschnittlichen Bruttogehalt von 75.000 Euro. Dazu kommen im Jahr durchschnittliche Kosten in Höhe von 1.500 Euro für erforderliche Schulungen und Zertifizierung.

Die Pflicht zur Prüfung des Krankenhausalarm- und Einsatzplanes durch einen unabhängigen externen Sachverständigen verursacht bei erstmaliger Prüfung geschätzte Kosten in Höhe von durchschnittlich 3.000 Euro brutto, wobei eine Abhängigkeit von der Größe und Struktur des Krankenhauses sowie dem Umfang des Einsatzplanes besteht.

Die Folgekosten entstehen durch die vorgeschriebene fortlaufende Überprüfung, wenn bei wesentlicher inhaltlicher Änderung erneut ein externer Sachverständiger hinzuzuziehen ist, und belaufen sich auf durchschnittlich geschätzte 200 Euro brutto.

Die Beschäftigung von Stationsapothekerinnen und Stationsapothekern führt ebenso zu zusätzlichen Kosten. Apothekerinnen und Apotheker verdienen etwa 61.500 Euro brutto im Jahr. Der Bedarf an Stationsapothekerinnen und Stationsapothekern von Krankenhäusern ist abhängig von der Größe und Struktur. Es wird davon ausgegangen, dass Maximalversorger einen Bedarf von höchstens drei VZÄ aufweisen und sehr kleine Krankenhäuser mindestens 0,5 VZÄ benötigen. Zu beachten ist dabei auch, dass der Einsatz teilweise auch telemedizinisch oder in Kooperation mit anderen Krankenhäusern erfolgen kann.

Weitere Kosten entstehen durch die die Unterstützung der am Krankenhaus tätigen Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher. Die geschätzten Kosten für ein Krankenhaus für einen Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin belaufen sich auf durchschnittlich 12.865 Euro pro Jahr, die durch die Finanzierung von Fort- und Weiterbildungen sowie die Bereitstellung geeigneter Räumlichkeiten und Arbeitsausstattung entstehen. Die Gesamtkosten setzen sich zusammen aus einer Sachkostenpauschale in Höhe von durchschnittlich 12.365 Euro und durchschnittlichen Kosten für Fort- und Weiterbildungen in Höhe von durchschnittlich 500 Euro.

Potenzielle zusätzliche Kosten können den Krankenhäusern hierbei durch die Bestellung von Leiterinnen oder Leitern für die Krankenhausalarm- und -einsatzplanung entstehen sowie für die Beschäftigung von Stationsapothekerinnen und Stationsapothekern und für die Unterstützung der am Krankenhaus tätigen Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher. Darüber hinaus können den Krankenhäusern zusätzliche Kosten entstehen für die Durchführung von Schulungen und Übungen nach § 42, für die Bevorratung von Arzneimitteln und Medizinprodukten sowie für Vorsorgemaßnahmen bezüglich des Ausfalls von Strom, Heizung und Warmwasser sowie Trinkwasser. Potenzielle zusätzliche Kosten richten sich dabei nach den Anforderungen in den Bestimmungen der diesbezüglichen Rechtsverordnung.

#### **4. Kosten durch weitere Bürokratierfordernisse**

Der vorliegende Gesetzentwurf regelt mehrere Informationspflichten, deren zu erwartende Kostenfolgen für die Wirtschaft mithilfe des Standardkosten-Modells geschätzt wurden. Aufgrund der Anzahl von Informationspflichten werden diese dem Gesetz entsprechend abschnittsweise aufgeführt, wobei nähere Details zur Art der Informationspflicht der jeweiligen Begründung der entsprechenden Vorschrift zu entnehmen sind. In Abschnitt 1 „Allgemeine Bestimmungen“ ergibt sich eine Informationspflicht aus § 3 Absatz 2. In Abschnitt 2 „Krankenhausplanung“ bestehen entsprechende Pflichten nach § 4 Absatz 3 sowie § 9 Absatz 1.

In Abschnitt 3 „Landeskrankenhausförderung“ ergeben sich Informationspflichten aus den §§ 10 Absatz 2, 14 Absatz 1 und 3, 15 Absatz 4, 17 Absatz 3, 18 Absatz 1, 19 Absatz 1, 20 Absatz 1, 21 Absatz 1, 22 Absatz 5, 23 Absatz 1, 25 Absatz 1, 26 Absatz 1 und 28. Der Abschnitt 4 „Patientenorientierte Versorgung im Krankenhaus, Qualität und Sicherheit der Versorgung“ enthält Informationspflichten in § 30 Absatz 2, § 34 Absatz 2 und 3 sowie in § 38 Absatz 3 und 4. In Abschnitt 5 „Notfallversorgung und besondere Gefahrenlagen“ sind entsprechende Pflichten in § 41 Absatz 4 und 5 sowie in § 42 Absatz 2 und 4 geregelt. Schließlich enthält der Abschnitt 6 „Die Verarbeitung personenbezogener Daten im Krankenhaus“ eine Informationspflicht in § 46 Absatz 3.

Insgesamt entstehen den Krankenhäusern bis zum Jahr 2027 durch die Erfüllung der gesetzlichen Informationspflichten Bürokratiekosten in Höhe von 21.488,49 Euro. Die Einführung von acht neuen Informationspflichten bei langfristigem Wegfall von neun Informationspflichten aus dem Abschnitt 3 „Landeskrankenhausförderung“ ab dem Jahr 2028 führt ab diesem Zeitpunkt zu einer Senkung der Bürokratiekosten um 14.529,16 Euro (67,61 Prozent) pro Jahr im Vergleich zu den durch das bisherige Gesetz veranlassten Kosten.

## Beschlussempfehlung

Der Landtag möge beschließen,

den Gesetzentwurf der Landesregierung auf Drucksache 8/4870 mit den folgenden Maßgaben und im Übrigen unverändert anzunehmen:

1. In § 1 Absatz 1 Satz 1 wird nach der Angabe „hochwertigen,“ die Angabe „diskriminierungsfreien und möglichst barrierefreien,“ eingefügt.

2. § 3 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 wird durch den folgenden Absatz 3 ersetzt:

„(3) Ein Trägerwechsel liegt vor, wenn

1. der Betrieb des Krankenhauses auf einen Dritten übertragen wird oder
2. in Bezug auf den bisherigen Träger sich die Rechtspersönlichkeit oder Rechtsform ändert oder
3. eine Verschmelzung mit einem anderen Unternehmen gemäß § 2 des Umwandlungsgesetzes erfolgt oder
4. eine Umwandlung eines Krankenhausträgers im Sinne des § 1 Absatz 1 Nummer 1, 2 oder 3 des Umwandlungsgesetzes erfolgt.

Im Sinne dieses Gesetzes liegt eine wesentliche Veränderung bei den Anteilseignern vor, wenn

1. ein neuer Anteilseigner mindestens 10 Prozent der Geschäftsanteile erwirbt oder
2. ein bestehender Anteilseigner durch den Neuerwerb von Geschäftsanteilen seine Beteiligung so erhöht, dass er die 10 Prozent überschreitet oder eine Sperrminorität nach den gesetzlichen Bestimmungen oder nach dem Gesellschaftsvertrag ausüben kann.

Als Erwerb im Sinne dieser Vorschrift gilt auch der gesetzliche Übergang infolge eines Erbfalles. Ein geplanter Trägerwechsel gemäß Satz 1 oder ein Wechsel in den Anteilseignern ist dem für Gesundheit zuständigen Ministerium unverzüglich vorher anzuzeigen, ein Trägerwechsel nach Satz 3 unverzüglich nach Eintritt des Erbfalles. Auf die Regelungen der § 7 Absatz 4 und § 28 wird verwiesen.“

b) In Absatz 5 wird nach der Angabe „Krankenhausversorgung“ die Angabe „nach diesem Gesetz“ eingefügt.

3. § 5 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 3 Satz 4 wird die Angabe „insbesondere für einzelne Fachrichtungen oder übergreifende Fachgebiete“ gestrichen.

- b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:
- aa) Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:
- „Auf der Grundlage ergänzender Fachplanungen im Krankenhausplan kann eine Zuweisung von Schwerpunkten und Zentren, besonderer Aufgaben und die Festlegung der Zusammenarbeit des Krankenhauses mit anderen Krankenhäusern oder anderen Leistungsträgern der gesundheitlichen Versorgung erfolgen.“
- bb) In Satz 4 wird die Angabe „oder Leistungsgruppen innerhalb der Fachgebiete oder Leistungsbereiche“ gestrichen.
4. In § 6 Absatz 3 wird die Angabe „Fachgebiete“ durch die Angabe „Fachbereiche“ ersetzt.
5. § 7 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 wird die Angabe „Fachrichtungen“ durch die Angabe „Fachbereichen“ ersetzt.
- b) Absatz 4 wird durch den folgenden Absatz 4 ersetzt:
- „(4) Erfolgt ein Trägerwechsel gemäß § 3 Absatz 3 Satz 1 oder eine wesentliche Veränderung bei den Anteilseignern nach § 3 Absatz 3 Satz 2 oder 3 für ein in den Krankenhausplan aufgenommenes Krankenhaus, wirkt der Bescheid nach Absatz 3 für und gegen den neuen Träger. Soweit ein Trägerwechsel oder eine Veränderung bei den Anteilseignern nach Prüfung des für Gesundheit zuständigen Ministeriums zu einer Gefährdung des Versorgungsauftrages des Krankenhauses führt, ist es aus dem Krankenhausplan herauszunehmen.“
- c) In Absatz 6 Satz 2 wird die Angabe „innerhalb einer Fachrichtung“ gestrichen.
6. § 9 Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:
- „(1) Die Krankenhausträger sind verpflichtet, dem für Gesundheit zuständigen Ministerium unter Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes die für die Krankenhausplanung erforderlichen Auskünfte zu erteilen, insbesondere über das Leistungsangebot und die erbrachten Leistungen, die Verweildauer, die personelle und sächliche Ausstattung sowie über allgemeine statistische Angaben über die Patientinnen und Patienten und ihre Erkrankungen, soweit diese Auskünfte nicht auf anderem Wege oder nicht ohne unverhältnismäßigen Aufwand erlangt werden können.“
7. In § 10 Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „den jeweiligen Krankenhausstandort“ durch die Angabe „das jeweilige Krankenhaus“ ersetzt.

8. § 13 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Satz 1 wird die Angabe „Krankenhausstandort“ durch die Angabe „Krankenhaus“ ersetzt.
    - bb) In Satz 2 wird die Angabe „Krankenhausstandorte“ durch die Angabe „Krankenhäuser“ ersetzt.
  - b) In Absatz 4 wird die Angabe „den jeweiligen Krankenhausstandort“ durch die Angabe „das jeweilige Krankenhaus“ ersetzt.
9. In § 16 Absatz 1 Satz 3 und Absatz 3 Satz 2 wird jeweils die Angabe „Krankenhausstandortes“ durch die Angabe „Krankenhauses“ ersetzt.
10. § 22 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Satz 1 wird die Angabe „Krankenhausstandorte“ durch die Angabe „Krankenhäuser“ ersetzt.
    - bb) In Satz 1 Nummer 1 wird die Angabe „Krankenhausstandortes“ durch die Angabe „Krankenhauses“ ersetzt.
    - cc) In Satz 1 Nummer 2 wird die Angabe „Krankenhausstandort“ durch die Angabe „Krankenhaus“ und die Angabe „der“ durch die Angabe „das“ ersetzt.
  - b) Absatz 3 wird durch den folgenden Absatz 3 ersetzt:

„(3) Die aufgrund der Bemessungsgrundlage nach Absatz 2 ermittelte Investitionszuschuss wird jährlich bis spätestens jeweils zum 30. November dem Krankenhausträger des entsprechenden Krankenhauses durch das für Gesundheit zuständige Ministerium zugewiesen, in begründeten Ausnahmefällen sind unterjährige Abschlagszahlungen möglich. Im Einzelfall soll von einer Bewilligung abgesehen werden, wenn unter Berücksichtigung der Erklärungen gemäß § 25 Absatz 1 konkrete Anhaltspunkte bestehen, dass die Fortführung des Krankenhauses und seiner Standorte aus wirtschaftlichen Gründen infrage steht. Dies ist in der Regel gegeben, wenn ein Insolvenzverfahren eröffnet worden ist oder bevorsteht. Die Krankenhäuser sind verpflichtet, auf Anforderung der Bewilligungsbehörde zur Prüfung des Sachverhaltes weitere Unterlagen und Gutachten zur Verfügung zu stellen.“

- c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 wird die Angabe „standortübergreifend“ durch die Angabe „krankenhausübergreifend“ ersetzt.
  - bb) In Satz 2 Nummer 1 wird die Angabe „Krankenhausstandort“ durch die Angabe „Krankenhaus“ ersetzt.
  - cc) In Satz 2 Nummer 2 wird die Angabe „Krankenhausstandortes“ durch die Angabe „Krankenhauses“ ersetzt.
11. § 25 Absatz 1 Nummer 2 wird durch die folgende Nummer 2 ersetzt:
- „2. zur Prüfung konkreter Anhaltspunkte nach § 22 Absatz 3 zusammenfassende Aussagen zu
- a) der Entwicklung der Vermögens- und Ertragslage sowie der Liquidität des Krankenhauses,
  - b) den Ursachen eines eventuell in der Gewinn- und Verlustrechnung ausgewiesenen Fehlbetrages (einschließlich verlustbringender Geschäfte und deren Ursachen),
  - c) der wirtschaftlichen Lage des Krankenhauses sowie
  - d) der Fortführungsprognose, soweit es einer solchen im Rahmen der pflichtgemäßen Jahresabschlussprüfung bedarf.“
12. In § 26 Absatz 3 Satz 3 Nummer 4 wird nach der Angabe „Wirtschaftsprüfers“ die Angabe „über die Prüfung der zweckentsprechenden, sparsamen und wirtschaftlichen Verwendung der Fördermittel“ eingefügt.
13. In § 28 Satz 1 wird nach der Angabe „§ 3 Absatz 3“ die Angabe „Satz 1“ eingefügt.
14. Nach § 29 Absatz 4 Satz 3 wird der folgende Satz eingefügt:
- „Bei Lese- oder Verständnisproblemen soll das Krankenhaus zudem Unterstützung ermöglichen.“

## 15. § 30 wird wie folgt geändert:

## a) Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:

„(1) Die Krankenhäuser ergreifen geeignete Maßnahmen auf Grundlage diesbezüglich existierender strategischer Ziele, die mit der Bundesregierung oder der Landesregierung konsentiert sind, um den Bedürfnissen und davon abgeleiteten Bedarfen von Frauen und Familien vor, während und nach der Geburt ihres Kindes Rechnung zu tragen. Insbesondere sollen die Maßnahmen dazu beitragen, die Geburt möglichst interventionsarm zu gestalten, um eine physiologische Geburt zu ermöglichen. Das Selbstbestimmungsrecht der Frau muss während der Geburt gewahrt werden. Familien sind nach der Geburt ihres Kindes auf Hebammenbetreuung, Angebote der Wochenpflege sowie Beratungsangebote insbesondere aus dem Bereich der Frühen Hilfen hinzuweisen oder auf Wunsch der Patientin zu vermitteln. Krankenhausträger sollen mit Familienhebammen und Familien-, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pflegern zusammenarbeiten oder können eigene Familienhebammen und Familien-, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger vorhalten.“

## b) In Absatz 2 Satz 2 wird die Angabe „und“ durch die Angabe „oder“ ersetzt.

## 16. § 32 wird wie folgt geändert:

## a) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „ihrer Wahlperiode“ durch die Angabe „der Wahlperiode ihrer Kreistage und Stadtvertretungen“ ersetzt.

## b) In Absatz 2 Satz 2 wird die Angabe „Gewählt“ durch die Angabe „Bestimmt“ ersetzt.

## 17. In § 38 Absatz 2 Satz 1 wird nach der Angabe „Apotheke,“ die Angabe „eine Stationsapothekerin oder ein Stationsapotheker,“ eingefügt.

## 18. § 39 wird wie folgt geändert:

## a) Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 wird durch die folgenden Nummern 1 und 2 ersetzt:

- „1. die Durchführung geeigneter Maßnahmen, um sicherzustellen, dass die für Patientinnen und Patienten vorgesehenen Medikamente auf Wechselwirkungen, Risiken und Nebenwirkungen sowie auf risikoärmere Alternativen geprüft werden und die Medikamentenstellung sicher erfolgt,
2. die Durchführung geeigneter Maßnahmen, um sicherzustellen, dass bei Aufnahme und Entlassung von Patientinnen und Patienten geprüft wird, inwieweit der Medikationsplan anzupassen ist,“.

## b) Absatz 3 wird durch den folgenden Absatz 3 ersetzt:

„(3) Die Stationsapothekerinnen und Stationsapotheker unterstehen fachlich der Leitung der Krankenhausapotheke. Verfügt das Krankenhaus nicht über eine eigene Krankenhausapotheke, so soll die Sicherstellung der Aufgaben den Absätzen 1 und 2 im Vertrag nach § 14 Absatz 3 oder 4 des Apothekergesetzes mit der krankenhausesversorgenden Apotheke geregelt werden.“

c) Nach Absatz 3 wird der folgende Absatz 4 eingefügt:

„(4) Zur Stationsapothekerin oder zum Stationsapotheker sollten nur Personen bestimmt werden, welche die Weiterbildung im Fachgebiet Klinische Pharmazie abgeschlossen oder bereits begonnen haben.“

19. § 41 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 8 wird die Angabe „Personalmangel.“ durch die Angabe „Personalmangel,“ ersetzt.

bb) Nach Nummer 8 wird die folgende Nummer 9 eingefügt:

„9. Ausfall der Basisversorgung nach § 43 Absatz 3.“

b) Absatz 3 Satz 2 bis 4 wird gestrichen.

c) Nach Absatz 6 wird der folgende Absatz 7 eingefügt:

„(7) Das für Gesundheit zuständige Ministerium wird ermächtigt, darüber hinaus Näheres zu den genannten oder weiteren organisatorischen und operativen Maßnahmen durch Rechtsverordnung zu regeln. Dies kann auch die Bereitstellung von diesbezüglichen Daten über eine IT-Fachanwendung umfassen, einschließlich personenbezogener Daten und besonderer Kategorien personenbezogener Daten wie zum Beispiel die Meldung über den Intensivbettenbestand, das verfügbare Personal für Intensivstationen sowie den Infektionsstatus von Patientinnen und Patienten auf Intensivstationen im Krankenhausbereich, oder die Benennung von relevanten Funktionsträgern mit zugehörigen Kontaktdaten im Krankenhausstandort zur Bewältigung von besonderen Gefahrenlagen. Es werden Form, Inhalt, Art und Umfang der Meldung und die Meldeempfängerin oder der Meldeempfänger sowie der Meldeterminus vorgegeben.“

20. § 42 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 2 wird gestrichen.

b) Nach Absatz 4 wird der folgende Absatz 5 eingefügt:

„(5) Das für Gesundheit zuständige Ministerium wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung nähere Regelungen zu erlassen, um weitere Vorgaben zu den Übungen festzulegen.“

21. In § 43 Absatz 2 Satz 1 und 3 wird jeweils die Angabe „den Katastrophenschutz“ durch die Angabe „Inneres“ ersetzt.

22. § 44 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „reguläre“ durch die Angabe „übliche“ ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 5 wird die Angabe „Krankenhäuser und“ durch die Angabe „Krankenhäuser,“ ersetzt.

bb) In Nummer 6 wird die Angabe „Gefahrenlagen.“ durch die Angabe „Gefahrenlagen und“ ersetzt.

cc) Nach Nummer 6 wird die folgende Nummer 7 eingefügt:

„7. die temporäre Schließung eines Krankenhauses oder eines Krankenhausstandortes.“.

23. In § 50 Absatz 5 Satz 1 wird die Angabe „§ 51 Absatz 1 Nummer 1“ durch die Angabe „§ 51 Absatz 1 Nummer 2“ ersetzt.

Schwerin, den 24. September 2025

**Der Ausschuss für Soziales, Gesundheit und Sport**

**Katy Hoffmeister**

Vorsitzende und Berichterstatterin

## **Bericht der Abgeordneten Katy Hoffmeister**

### **I. Allgemeines**

Der Landtag hat den Gesetzentwurf der Landesregierung auf Drucksache 8/4870 in seiner 105. Sitzung am 14. Mai 2025 in Erster Lesung beraten und diesen zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Soziales, Gesundheit und Sport (Sozialausschuss) sowie mitberatend an den Finanzausschuss überwiesen.

Der Sozialausschuss hat in seiner 90. Sitzung am 14. Mai 2025 einstimmig beschlossen, zu dem Gesetzentwurf eine öffentliche Anhörung durchzuführen. Diesbezüglich haben die Krankenhausesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e. V., die Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, der Landkreistag Mecklenburg-Vorpommern e. V., der Verband leitender Krankenhausärztinnen und -ärzte e. V., die Universitätsmedizin Rostock, der Landespflegerat Mecklenburg-Vorpommern e. V., der Medizinische Dienst Mecklenburg-Vorpommern, der VDEK – Verband der Ersatzkassen e. V. – Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern, die SELBSTHILFE Mecklenburg-Vorpommern e. V., der Landesfrauenrat Mecklenburg-Vorpommern e. V., der Landesseniorenbeirat Mecklenburg-Vorpommern e. V. und der Städte- und Gemeindetag Mecklenburg-Vorpommern e. V. die Möglichkeit wahrgenommen, an der Anhörung mit einer mündlichen und in der Regel zusätzlich schriftlichen Stellungnahme teilzunehmen. Daneben haben die Apothekerkammer Mecklenburg-Vorpommern und das Institut für Wirtschaftsprüfer in Deutschland e. V. eine unaufgeforderte Stellungnahme eingereicht.

Die wesentlichen Ergebnisse der Anhörung und Inhalte der unaufgeforderten Stellungnahmen werden in Ziffer III.1 ausgeführt.

Der Sozialausschuss hat den Gesetzentwurf abschließend in seiner 101. Sitzung am 24. September 2025 beraten und der Beschlussempfehlung mehrheitlich bei Zustimmung der Fraktionen der SPD und Die Linke und Gegenstimmen der Fraktionen der AfD und CDU sowie Enthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zugestimmt.

### **II. Stellungnahme des mitberatenden Finanzausschusses**

Der Finanzausschuss hat den o. g. Gesetzentwurf in seiner 90. Sitzung am 18. September 2025 abschließend beraten und bei Abwesenheit der Fraktion Die Linke mit den Stimmen der Fraktion der SPD, bei Gegenstimmen der Fraktionen der AfD und CDU sowie Enthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN mehrheitlich beschlossen, dem federführend zuständigen Sozialausschuss aus finanzpolitischer Sicht zu empfehlen, den Gesetzentwurf unverändert anzunehmen.

### III. Wesentliche Ergebnisse der Beratungen des Sozialausschusses

#### 1. Ergebnisse der Anhörung

Die Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern hat betont, dass man ausdrücklich die Initiative zur Neufassung des Gesetzes unterstütze. Allerdings müsse man darauf hinweisen, dass die Aus-, Weiter- und Fortbildung von Gesundheitsberufen in dem Gesetzentwurf aus Sicht der Ärztekammer weitergefasst gehöre. Die Berücksichtigung von Leistungsgruppen und deren Zuordnung reiche dafür nicht aus, es brauche ebenso den Einbezug der Entwicklung der Bevölkerung und regionaler Besonderheiten. Ansonsten drohe z. B., dass kleine Krankenhäuser ohne attraktive Weiterbildungsangebote mutmaßlich in den nächsten fünf Jahren vom Netz gehen müssten, weil dort kein Personal mehr zu finden sei. Es brauche eine stärkere Beachtung der Aus- und Weiterbildung in den Zielen des Gesetzes. Das betreffe vor allem die §§ 1 und 5. Dies beinhalte ein Bekenntnis zur Absicherung der Bestrebungen, die Weiterbildung entwickeln zu können. Dazu gehöre auch die Verankerung von Weiterbildung im Verbund. Wichtig sei in diesem Zusammenhang die grundsätzliche Beachtung ambulanter Strukturen. Die Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern sehe ebenfalls Änderungsbedarf in § 32 Absatz 2 des Gesetzentwurfes. Es sei betont, dass es bereits jetzt gute und bewährte Regeln in der Kammerhoheit gebe, um sich mit Verstößen gegen Berufspflichten zu befassen. Es gehe um die Meldepflicht von Krankenhäusern gegenüber den Behörden. Allerdings sei das Krankenhaus keine Behörde im eigentlichen Sinne in diesem Verfahren. Auch fehle es dort an Expertise, eine entsprechende Einschätzung dieser Verstöße vornehmen zu können. Als Ärztekammer sei man letztendlich der Hüter des Berufsrechtes in diesem Verfahren. Eine Doppelung des Verfahrens und Mehrarbeit könnte eine Folge sein. Vielmehr halte man es für wichtig, klare Regeln für den Informationsaustausch und die Mitwirkungspflicht im Heilberufegesetz in diesem Zusammenhang zu verankern. Des Weiteren erscheine es sinnvoll, im Gesetzentwurf den Geriatrieplan Mecklenburg-Vorpommern bezüglich der Ressourcen- und Krankenhausplanung zu berücksichtigen. Gerade unter dem Gesichtspunkt der Transformation sei es gut und sinnvoll, in ländlichen Strukturen das Krankenhaus so zu entwickeln, dass insbesondere geriatrische Fragestellungen in der Versorgung gelöst werden könnten. Bei der Zuordnung von Leistungsgruppen und anderen Strukturfeststellungen sollte die lebensphasenadaptierte Arbeitszeitplanung von Ärztinnen und Ärzten Beachtung finden. Man müsse akzeptieren, dass eine 38,5-Stundenwoche nicht mehr der Regelfall sei. Dies betreffe den gesamten Gesundheitsbereich. Hinsichtlich der von Hebammen geführten Kreißsäle sei aufgrund des Kindeswohls immer auch eine kindernotärztliche Versorgung zu gewährleisten.

Das Institut für Wirtschaftsprüfer in Deutschland e. V. hat im Rahmen einer unaufgeforderten Stellungnahme dargelegt, dass man das Vorhaben, den bürokratischen Aufwand von Krankenhäusern im Rahmen der Investitionsfinanzierung durch das Land Mecklenburg-Vorpommern zu reduzieren, ausdrücklich begrüße. Es brauche aber insbesondere hinsichtlich der Anforderungen nach § 25 (Erklärungen im Rahmen der Jahresabschlussprüfung) des Gesetzentwurfes noch weitere Konkretisierungen bzw. Anpassungen im Gesetzentwurf. Im bisherigen Gesetzentwurf sei keine Pflicht zur Prüfung des Jahresabschlusses der Krankenhäuser, wie etwa in anderen Landeskrankenhausesetzen, vorgesehen. Daraus folge, dass nur Krankenhausträger zur Jahresabschlussprüfung verpflichtet seien, die in den Anwendungsbereich von § 316 HGB (mittelgroße oder große Kapitalgesellschaften) oder § 6 PublG (bestimmte Nicht-Kapitalgesellschaften) fielen. Sollte ein Krankenhausträger mehrere Krankenhäuser betreiben, erfolge eine Prüfung auf Ebene des Krankenhausträgers.

Eine Pflicht zur Prüfung eines Jahresabschlusses für die einzelnen Krankenhäuser bestehe nicht. Vor diesem Hintergrund sollten in § 25 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe a die Wörter „des Krankenhauses“ durch die Wörter „des Krankenhausträgers“ sowie in § 25 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe c und d die Wörter „des Krankenhauses und seiner Standorte“ durch die Wörter „des Krankenhausträgers“ ersetzt werden. Sofern eine Aussage auf Ebene des einzelnen Krankenhauses erfolgen solle, sollte im Gesetzentwurf eine generelle Prüfungspflicht des Jahresabschlusses der Krankenhäuser analog anderer Landeskrankenhausgesetze eingefügt werden. Nach § 25 Absatz 1 des Gesetzentwurfes sollten grundsätzlich keine zusätzlichen Prüfungshandlungen erfolgen, sondern die geforderte Erklärung zu den Prüfungsinhalten sollte aus der gesetzlichen Jahresabschlussprüfung und durch gesetzliche Prüfungserweiterungen erfolgen. Üblicherweise erfolge dies im Rahmen einer Erweiterung der gesetzlichen Jahresabschlussprüfung in den Landeskrankenhausgesetzen. Dort werde beispielsweise geregelt, dass die Prüfung des Jahresabschlusses nach den allgemeinen für die Jahresabschlussprüfung geltenden Grundsätzen durchgeführt werden müsse und sich die Prüfung auch auf die Ordnungsmäßigkeit der Buchführung und des Rechnungswesens, die wirtschaftlichen Verhältnisse und die zweckentsprechende, sparsame und wirtschaftliche Verwendung der öffentlichen Fördermittel erstrecken müsse. Insofern sollte § 25 Absatz 1 des Gesetzentwurfes dahingehend angepasst werden, dass die in den Nummern 1 bis 4 genannten Punkte im Rahmen der Erweiterung der Jahresabschlussprüfung zu berücksichtigen seien. Grundsätzlich sei eine Aussage zu den wirtschaftlichen Verhältnissen des Krankenhausträgers im Rahmen der Erweiterung der Jahresabschlussprüfung möglich. Eine Verknüpfung mit der Aussage, ob aufgrund der wirtschaftlichen Verhältnisse weitere Investitionen gefördert werden sollten, setze allerdings voraus, dass der Gesetzgeber klare Kriterien für eine Vergabe von Fördermitteln definiere. Ohne eine solche Vorgabe könnte es keinen einheitlichen Maßstab für die geforderten Erklärungen geben.

Unklar erscheine zudem die Anforderung, wie die Berücksichtigung der wirtschaftlichen Lage des Krankenhauses und seiner Standorte erfolgen könne. Im Hinblick auf die Fortführungsprognose des Krankenhauses und seiner Standorte bei der Betrachtung der wirtschaftlichen Verhältnisse sei angemerkt, dass im Rahmen der Jahresabschlussprüfung des Krankenhausträgers eine implizite Würdigung der Annahme der gesetzlichen Vertreter, ob handelsrechtlich von der Fortführung der Unternehmenstätigkeit (§ 252 Absatz 1 Nummer 2 HGB) auszugehen sei, vorgenommen werde. Eine solche Würdigung erfolge grundsätzlich nur auf Ebene des Krankenhausträgers und nicht auf gegebenenfalls vorhandene einzelne Krankenhäuser oder gar Standorte. Man empfehle die Einführung einer grundsätzlichen Pflicht zur Jahresabschlussprüfung im LKHG M-V für alle Krankenhäuser, um einen Gleichklang zu erreichen und keine „verdeckte“ Jahresabschlussprüfung für Krankenhausträger einzuführen, die bisher nicht gesetzlich zur Prüfung ihres Jahresabschlusses verpflichtet seien.

Hinsichtlich der im Gesetzentwurf vorgesehenen Vorlage eines Prüfvermerks eines Wirtschaftsprüfers, in dem die zweckentsprechende Fördermittelverwendung bestätigt und der Nachweis der Bestätigung erbracht werden müsse, verbunden mit der Anforderung eines Sachberichtes und einen Kostennachweises, sei der Hinweis wichtig, dass ein solcher Sachbericht und ein verwaltungsseitiger Nachweis durch die gesetzlichen Vertreter des Krankenhausträgers erstellt werden müssten und insofern nicht Bestandteil des Prüfungsvermerks sein könnten.

Die Apothekerkammer Mecklenburg-Vorpommern hat im Rahmen einer unaufgeforderten Stellungnahme erklärt, dass man es ausdrücklich begrüße, dass nach dem Gesetzentwurf künftig Apotheker in Krankenhäusern abhängig von der Größe der Häuser auch als Stationsapotheker die Arzneimitteltherapie unterstützen sollen. Die Regelung im Gesetzentwurf verkenne jedoch die Notwendigkeit, dass die Person, die Entscheidungen über die Arzneimitteltherapie treffe, auch zwingend Kenntnisse über das Warenlager und die Logistik in der Apotheke besitzen müsste, die die Arzneimittel bereitstelle. Dies sei nach dem bisherigen Gesetzentwurf nicht vorgesehen. Die Versorgungssituation in Krankenhäusern stelle sich vielfältig dar. Ein Teil der Klinika werde durch eine Apotheke, die Teil des Klinikums sei, versorgt, ein anderer Teil jedoch durch vertraglich gebundene Krankenhausapotheken oder öffentliche Apotheken, die gleichzeitig krankenhaushausversorgende Apotheken seien. Eine Anbindung der Stationsapotheker an die Apotheke, die tatsächlich die Versorgung übernehme, sei dabei unbedingt erforderlich, da pharmazeutische Logistik und Information zusammengehörten. Dies sei in allen Gesetzen und Verordnungen zur Arzneimittelversorgung von Krankenhäusern so vorgesehen. Nur wenn der Stationsapotheker zum Personal der versorgenden Apotheke gehöre, könne sichergestellt werden, dass relevante Informationen, wie z. B. Änderungen des Arzneimittelgebrauchs in einer Klinik zwischen Apotheke und Stationsapotheker rasch und vollumfänglich ausgetauscht werden könnten. Die Regelung, die der Gesetzentwurf jetzt vorsehe, mithin die Betreuung durch einen Vertrag mit einem anderen Krankenhausträger oder einer beliebigen Apotheke zu regeln, sei nicht zweckdienlich. Sie sei auch nicht notwendig, da jedes Krankenhaus für die Versorgung mit Arzneimitteln an eine zuständige Krankenhausapothek oder krankenhaushausversorgende öffentliche Apotheke angebunden sei. Die Anforderungen an die Ausbildung der Apotheker, die als Stationsapotheker tätig sein sollten, müsste die persönliche Qualifizierung bzw. einen regelmäßigen Austausch mit der Weiterbildungsstätte sicherstellen. Es sei kein Grund erkennbar, die Anforderungen abzusenken, und es gebe keine Probleme, Weiterbildungskandidaten für die Weiterbildung zum Fachapotheker für Klinische Pharmazie zu rekrutieren. Im Hinblick auf die Funktionsfähigkeit der AMK des Krankenhauses sei zu den Neuregelungen in § 38 des Gesetzentwurfes anzumerken, dass die Regelungen zu weitreichend seien und die Größe der Kommission aufblähe und eine sinnvolle Arbeit erschwere.

Die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern hat erklärt, dass beim Thema ärztliche Weiterbildung der ambulante Bereich wichtig erscheine, um Ärztinnen und Ärzte für das Land zu gewinnen. Entscheidend sei dabei die Zusammenarbeit zwischen ambulantem und stationärem Bereich. Es sei herauszustellen, dass man in dem ambulanten Sektor immerhin 13 Millionen Behandlungsfälle vorweisen könne und damit deutlich mehr als der stationäre Sektor. Der jetzige Gesetzentwurf könne durch die Vergabe von Leistungsgruppen erhebliche Auswirkungen auf Ärztinnen und Ärzte haben, die eine Weiterbildungsbefugnis in den ländlichen Regionen hätten. Sollten kleinere Krankenhäuser in ländlichen Regionen bestimmte Leistungsgruppen nicht mehr bekommen, könnten auch die Weiterbildungsassistenten nicht mehr in entfernte Regionen geschickt werden. Es gebe aus ärztlicher Sicht die Befürchtung, dass daher gerade junge Ärztinnen und Ärzte dieses Bundesland verlassen müssten. Man sehe auch die Regelung zu den Hebammen geleiteten Kreißsälen nach Rücksprache mit dem Berufsverband der Gynäkologen kritisch. Es seien haftungsrechtliche Folgen zu befürchten. Es erscheine daher notwendig, dass bei Geburten zwingend auch ein Gynäkologe und nicht nur ein Pädiater als Notfallversorgung vorgehalten werden müsse. Dies brauche es, um auch schwierige Geburten absichern zu können. Ebenso erscheine es notwendig, bei der Erreichbarkeit der Notfallversorgung den ambulanten Bereich mit in die Diskussion einzubeziehen. Als Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern betreibe man in diesem Bundesland an einigen Krankenhäusern Bereitschaftsdienstpraxen.

Das Thema IT und Digitalisierung und die Vernetzung zwischen ambulantem und stationärem Bereich erscheine als großer Kritikpunkt. Hier brauche es Strukturveränderungen. Zum Beispiel funktioniere das Entlassmanagement aus technischen Gründen nicht. Der ambulante Bereich sei verpflichtet, bestimmte Dinge und technische Voraussetzungen zu erfüllen. Alle ambulanten Ärztinnen und Ärzte müssten z. B. KIM-Adressen vorhalten. Diese Verpflichtung gebe es für Krankenhäuser nicht. Dieser Zustand könnte sich leider für Patienten negativ auswirken. Im jetzigen Krankenhausplan gebe es die Vorgabe, dass der ambulante Bereich mit bei der Bedarfsplanung einbezogen werden müsse. Diese Vorschrift sollte man an dieser Stelle nochmals prüfen.

Die Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e. V. hat dargestellt, dass man die Interessen der 37 Krankenhäuser im Land vertrete, die allerdings in der jetzigen Situation höchst unterschiedlich seien. Es sei aber betont, dass das bisherige Landeskrankenhausgesetz zu den besten und pragmatischsten Krankenhausgesetzen in Deutschland gehört habe. Dieses gelte es nun, an die neue Bundesgesetzgebung anzupassen. Ausdrücklich begrüße man in diesem Zusammenhang in dem Gesetzentwurf den Ansatz der pauschalierten Investitionsfinanzierung. Der Zeitdruck, unter dem das Gesetz nun entstanden sei und die Beratungen im Landtag erreicht habe, sei allerdings auf Unverständnis gestoßen. Hinsichtlich der Krankenhausreform brauche man dieses Gesetz erst im Herbst nächsten Jahres in der endgültigen Beschlussfassung. Fachliche Gründe für die Eile der Gesetzgebung könne man nicht erkennen. Kritisch müsse man anmerken, dass derzeit das neue Gesetz geeignet sei, etwa zehn bis zwölf Krankenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern im Jahr 2027 oder 2028 schließen zu müssen. Das hänge an einem systemischen Fehler im Gesetzentwurf. Daher sei es im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens unerlässlich, diese Fehlstellung zu beseitigen. Ebenso erscheine es wichtig, die Erreichbarkeit für die Grund- und Notfallversorgung von 30 Minuten explizit im Gesetz festzuschreiben. Leider erreiche man diese 30 Minuten bisher nicht zu 100 Prozent. Aber man sollte zumindest das Ziel haben, immer mit den notwendigen Ausnahmen eines einzelnen Dorfes, die grundsätzliche Erreichbarkeit der Grundversorgung bereits auf der gesetzlichen Ebene anzustreben. Ein weiterer Punkt sei, dass man das Land mit der größten Trägervielfalt und dem höchsten privaten Trägeranteil sei. Bisher sei im Landeskrankenhausgesetz explizit die Trägerpluralität genannt worden. Dies sei im aktuellen Gesetzentwurf ersatzlos weggefallen. Dieser Wegfall sollte korrigiert werden.

Man begrüße die Initiative der Regierungskoalition, den Bescheid zur Aufnahme in den Krankenhausplan auch bei einem Trägerwechsel aufrechtzuerhalten. Dies sei im bisherigen Entwurf nicht der Fall gewesen. Als schwierig hingegen sehe man die Regelungen zur Prüfung bei einem Trägerwechsel. Bisher sei im jetzigen Landeskrankenhausgesetz der Trägerwechsel nicht erwähnt worden. Dies habe sich in dem nun vorgelegten Gesetzwurf geändert. Man habe zwar Verständnis für das Bestreben, eine Prüfung der Geeignetheit eines Krankenhausträgers bei Verkauf von einem Träger an den anderen durchzuführen. Allerdings erscheine dafür der § 30 der Gewerbeordnung auf Bundesebene ausreichend.

Ein weiterer Punkt sei die Änderung des Klagerechts in § 7 des Gesetzentwurfes. Im jetzigen Landeskrankenhausgesetz sei geregelt, dass, wenn der Versorgungsbescheid eines Trägers sich ändere, dem Träger ein Klagerecht mit aufschiebender Wirkung zustehe. Das habe für Unternehmen, wie Krankenhäuser es seien, eine große Bedeutung. Im neuen Entwurf fehle diese aufschiebende Wirkung. Das bedeute, dass ein Bescheid sofort wirksam werde. Der einstweilige Rechtsschutz, der jedem zur Verfügung stehe, sei in diesem Bereich nur noch schwer zu erlangen. Dass aus Sicht der Verwaltung diese Änderung vorgenommen worden sei, erscheine nachvollziehbar. Schließlich seien etwa 800 Leistungsgruppenentscheide zu treffen und damit auch 800 Klagemöglichkeiten. Die Erfahrung aus Nordrhein-Westfalen zeige aber, dass dort bei den ersten Leistungsgruppenzuweisungen 6.000 Entscheidungen getroffen worden und 90 Klagen eingegangen seien. Beziehe man diese Erfahrungen auf Mecklenburg-Vorpommern müsste man mit nur zwei bis vier Klagen rechnen.

Im Hinblick auf die Investitionsförderung, die in den §§ 22, 25 und 26 des Gesetzentwurfes geregelt worden sei, stecke der zweite existenzbedrohende Punkt des Gesetzentwurfes. Die duale Krankenhausfinanzierung sehe vor, dass die Kostenträger den laufenden Betrieb zahlen müssten, während die Länder die Investitions- und Ersatzbeschaffungskosten zu tragen hätten. Der Begriff Fördermittel gehe in diesem Zusammenhang fehl, weil diese Mittel Bestandteil der gesetzlichen Krankenhausfinanzierung darstellten. Im Gesetzentwurf sei ein Verfahren für Wirtschaftsprüfer eingebaut worden, die eine Bestätigung abzugeben hätten, als Voraussetzung für die Auszahlung dieser Förderung, also der anteiligen Mitfinanzierung des Landes. Diese Regelung könnte dazu führen, dass im Jahr 2027 zwölf Krankenhäuser im Land keine Investitionspauschalen mehr erhalten könnten. Dies würde das wirtschaftliche Aus für diese Häuser bedeuten. Klar sei, dass man diese gesetzliche Finanzierung nicht durch weitere Prüferfordernisse einschränken dürfe, da es sich dabei um Pflichtfinanzierungsbestandteile handle. Ebenso halte man die Regelungen in § 44 des Gesetzentwurfes im Hinblick auf die Erstattungspflicht bei Krisensituationen für existenzgefährdend. Hierbei sei explizit formuliert worden, dass eine Entschädigung den Krankenhäusern nur zustehe, wenn sie tatsächliche finanzielle Verluste erleiden sollten, die über das durch die Steuerung der Landesregierung angesetzte Maß hinaus entstünden. Diese Regelung halte man für problematisch.

Mit Blick auf die Etablierung von Patientenfürsprechern, die als eine Kann-Regelung im Gesetzentwurf vorgesehen sei, befürworte man die Verortung bei den Landkreisen. Ebenso begrüße man, dass die Einsetzung als Benennung erfolge. Als Krankenhausgesellschaft lehne man die verpflichtende Einführung von Stationsapothekern ab. Man befürworte vielmehr eine Kann-Regelung, welche man nach fünf Jahren überprüfen sollte.

Der Landesfrauenrat Mecklenburg-Vorpommern e. V. hat ausgeführt, dass der Gesetzentwurf einen bedeutenden Schritt zur Verbesserung der Versorgung darstelle. Allerdings gebe es weiterhin wesentliche Herausforderungen und Handlungsbedarfe, um das angestrebte Ziel einer flächendeckenden, qualitativ hochwertigen und wohnortnahen Versorgung zu erreichen. Grundsätzlich seien drei übergreifende Maßnahmen sinnvoll. Zunächst sei eine nachhaltige Finanzierung der geburtshilflichen Abteilungen unabdingbar. Neben der Einführung von Sicherstellungszuschlägen für kleine und mittlere Kliniken müssten die Arbeitsbedingungen für Hebammen spürbar verbessert werden. Dazu zähle insbesondere eine angemessene Personalbemessung, etwa durch die Etablierung einer Eins-zu-Eins-Betreuung während der Geburt. Nur so könnten die Qualität der Versorgung und die Zufriedenheit der Fachkräfte langfristig gesichert werden.

Ein weiterer zentraler Punkt sei die Entwicklung innovativer Transport- und Verlegungskonzepte, um auch in ländlichen Regionen eine gute Erreichbarkeit, z. B. geburtshilflicher Angebote, zu gewährleisten. Ebenso solle die Vielfalt der Versorgungslandschaft erhalten bleiben, indem alle relevanten Berufsgruppen verbindlich in die Weiterentwicklung der Strukturen eingebunden werden. Ihre Expertise sei z. B. für eine moderne, sichere und frauenzentrierte Geburtshilfe unverzichtbar. Allerdings sehe der Gesetzentwurf bislang keine verbindliche Aufnahme der maßgeblichen Hebammenvertretung als weitere Beteiligte vor. Die Einbindung der Hebammenvertretung sei aber essenziell, um die Kompetenzen und Perspektiven dieser Berufsgruppe in Entscheidungsprozesse einzubringen und die Versorgungsrealität damit angemessen abzubilden.

Eine weitere Lücke sehe man in der Qualitätssicherung. Krankenhäuser sollten verpflichtet werden, Leistungen nach aktuellen evidenzbasierten Leitlinien mindestens S3-Standard zu erbringen. Dies schaffe bundesweit einheitliche Standards und erhöhe die Sicherheit für Patientinnen und Patienten sowie Frauen und Familien. Die Versorgung rund um die Geburt solle nicht nur auf Schwangere, sondern auch auf deren Familien ausgerichtet sein. Eine geschlechtsstereotype Rollenzuschreibung, die allein die Mutter in den Fokus nehme, greife zu kurz. Die Unterstützung und Einbeziehung familiärer Bezugspersonen sei für die nachhaltige Gesundheit von Mutter und Kind ebenso relevant. Auch gehe es um die Notfallversorgung rund um Geburt und Schwangerschaft. Es fehle bislang die klare Einbindung der Geburtshilfe in die Notfallversorgung. Hebammen sollten als Teil der Notfallteams in geburtshilflichen Abteilungen anerkannt werden, um ihre spezifische Fachkompetenz auch im Ernstfall einbringen zu können und die Versorgungssicherheit zu erhöhen.

Im Gesetzentwurf blieben Regelungen für die hebammengeleiteten Kreißsäle und eine flächendeckende Versorgung mit Schwangerschaftsabbrüchen unverbindlich. Während der bundesweite Ausbau hebammengeleiteter Kreißsäle gefördert werden solle, fehle eine entsprechende Vorgabe auf Landesebene. Ebenso sei die Versorgung mit Schwangerschaftsabbrüchen bisher nicht verpflichtend geregelt, was die Gleichstellung und Versorgungssicherheit von Frauen beeinträchtige. Der Zugang zu diesen Leistungen müsse diskriminierungsfrei, wohnortnah und gesetzlich verbindlich sichergestellt werden, um die Selbstbestimmung von Schwangeren zu gewährleisten. Die Integration der ambulanten Bedarfsplanung in der Krankenhausplanung sei ein weiterer wichtiger Aspekt. Die bisherige Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sei angesichts der zunehmenden Ambulantisierung nicht mehr zeitgemäß. Leistungen, die in den ambulanten Bereich verlagert worden seien, müssten auch in der Krankenhausplanung berücksichtigt und die Kapazitäten entsprechend angepasst werden. Nur so lasse sich eine Über- oder Unterversorgung vermeiden und regionale Bedarfe gezielt steuern. Schließlich bleibe offen, wie die geforderte diskriminierungsfreie und barrierearme Versorgung in der Praxis umgesetzt und kontrolliert werden solle. Hier seien verbindliche Richtlinien und wirksame Durchsetzungsmechanismen notwendig, um die Qualität und Gleichbehandlung in der Versorgung sicherzustellen. Die Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Aspekte in Diagnostik, Therapie und Qualitätssicherung sollte verpflichtend im Gesetz verankert werden, um den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und den Bedürfnissen aller Patientinnen und Patienten gerecht zu werden.

Der Landespflegerat Mecklenburg-Vorpommern hat erklärt, dass man den Gesetzentwurf in seiner Gesamtheit begrüße. Insbesondere befürworte man den von Hebammen geleiteten Kreißaal. Es gelte, die Professionalität z. B. durch eine Akademisierung einzelner Berufe hervorzuheben, wie dies bei den Hebammen der Fall sei. Hier sollte man als Land auch den Kliniken den Freiraum geben, Hebammen entsprechend professionell einzusetzen und Verantwortungsbereiche zu schaffen. Aus Sicht der Pflege begrüße man die Stationsapotheken ohne Einschränkungen, weil diese Einrichtung im stationären Alltag eine Entlastung bedeuten könne. Ebenso könne man dadurch ein Mehr an Qualitätssicherung in der Behandlung erwarten.

Der Landkreistag Mecklenburg-Vorpommern e. V. hat betont, dass man sich mit der Zustimmung des Landes im Bundesrat zur Krankenhausreform auf Bundesebene die Möglichkeit genommen habe, die Krankenhausversorgung im Land wirklich zu verbessern. Er hatte die Landesregierung damals aufgefordert, die Krankenhausreform im Bundesrat abzulehnen. Denn das Ziel müsse sein, dass alle Krankenhäuser mit ihrem Leistungsspektrum bei uns erhalten bleiben könnten oder sich die Versorgung sogar verbessern sollte. Es sei herausgestellt, dass man schon seit den 1990er-Jahren eine deutliche Reduzierung der Krankenhäuser von 55 auf 37 Einrichtungen durchgeführt habe. Das bedeute, dass Mecklenburg-Vorpommern bereits einen erheblichen Konsolidierungsprozess umgesetzt habe. Das Ziel einer besseren Versorgung könne aber aufgrund der Krankenhausreform auf Bundesebene gar nicht erreicht werden. Dabei spiele auch die Ausgestaltung des Landeskrankenhausgesetzes keine Rolle. Vielmehr brauche es für die Krankenhäuser im Land eine Verdoppelung des Sicherstellungszuschlages. Den erhielten 25 Krankenhäuser im Land. Ebenso brauche es einen Wegfall des Leistungsverbotes für unsere kleineren und mittleren Krankenhäuser. Dazu müsste allerdings das Bundesrecht geändert werden. Das Land müsse hier über den Bundesrat, in Abstimmung mit anderen Ländern, die auch mit betroffen seien, eine Initiative einleiten und entsprechend tätig werden.

Für den Landkreistag Mecklenburg-Vorpommern e. V. stehe es außer Frage, dass die im Landeskrankenhausgesetz geforderten Punkte, wie zusätzliche Datenlieferungen, Patientenfürsprecher, Stationsapotheke, vom Land dauerhaft zu finanzieren seien. Auch inhaltlich sehe man die Einrichtung des Patientenfürsprechers kritisch. Unklar bleibe, welche Aufgaben diese Sprecher tatsächlich haben könnten. Die Befürchtung sei, dass es sich dabei um eine reine Symbolpolitik handle und der Aufwand dafür bei den Landkreisen und kreisfreien Städten liege.

Der Medizinische Dienst Mecklenburg-Vorpommern hat dargestellt, dass man den vorgelegten Gesetzentwurf begrüße. Allerdings müsse man auf die möglichen negativen Auswirkungen des Gesetzentwurfes im Hinblick auf die ärztliche Weiterbildung hinweisen. Dabei erscheine die Hinwendung zu Verbänden und Kooperationen eine notwendige Maßnahme zu sein. Dieser Pfad könne aber nur in enger Zusammenarbeit mit den Universitätskliniken und der Maximalversorgungshäuser erfolgreich besritten werden. Die Aufgabe des Medizinischen Dienstes Mecklenburg-Vorpommern werde es sein, unabhängig und mit einer hohen fachlichen Expertise die Landesbehörde bei ihren Leistungsentscheidungen zu unterstützen. Der Gesetzentwurf schaffe für diese Aufgabe einen guten Rahmen.

Die SELBSTHILFE Mecklenburg-Vorpommern e. V. hat erklärt, dass man seit fast 20 Jahren für die Einführung von Patientenfürsprecher an den Kliniken in Mecklenburg-Vorpommern werbe. Daher begrüße man, dass der Patientenfürsprecher im Gesetzentwurf stehe. Bedauerlicherweise seien nicht alle Aspekte, die der Bundespatientenbeauftragte zu der Thematik ausgeführt habe, im Entwurf berücksichtigt worden. Wichtig erscheine, dass die Arbeit der Patientenfürsprecher von Beginn an wissenschaftlich begleitet werde. Nur so könne man von Anfang an Fehlentwicklungen vermeiden. Allerdings sei es unter den nun vorgestellten gesetzlichen Rahmenbedingungen schwer, Menschen zu finden, die dieses Ehrenamt mit Engagement ausfüllten. Im Gesetzentwurf sei vorgesehen, dass die SELBSTHILFE Mecklenburg-Vorpommern e. V. geeignete Personen vorschlage. Diese Anforderung stelle eine Herausforderung dar. Um diese im Gesetzentwurf vorgesehene Aufgabe erfüllen zu können, brauche es eine entsprechende finanzielle Ausstattung. Es müsse dabei auch um die Koordinierung der Patientenvertretung und Patientenfürsprecher gehen. Es bleibe festzuhalten, dass die Aufgabe eines Patientenfürsprechers im Gesetzentwurf um wichtige Punkte ergänzt werden müsse, damit die Tätigkeit mehr sein könne als ein Feigenblatt.

Im Hinblick auf die Ambulantisierung der Versorgung brauche es eine stärkere Hinwendung zu einer verbesserten Zusammenarbeit. Aus Sicht der Patientinnen und Patienten bleibe eine Vakanz zwischen notwendiger und angebotener Versorgung. Solange Patienten dauerhaft keinen Hausarzt in der Nähe fänden und auf Facharzttermine monatelang warten müssten, sei die Versorgung nicht sichergestellt. Gleiches gelte inzwischen auch für Therapeuten aller Fachrichtungen. Die Terminservicestelle der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern könne diese Leerstelle nicht füllen. Denn wenn Ärzte und Therapeuten fehlten, könne auch die Terminservicestelle keine zusätzlichen Termine vermitteln. Es sei angemerkt, dass einem chronisch Kranken ein einmaliger Termin nicht angemessen helfen könne. Hier brauche es eine langfristige Versorgung. Daher sei eine Öffnung der Kliniken hin zu einer verstärkten ambulanten Versorgung dringend geboten. Hinsichtlich der Versorgung von Menschen mit Behinderung fehle im Gesetzentwurf die Anforderung einer Ist-Stand-Erhebung zur Barrierefreiheit für die Kliniken analog zu den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten. Insgesamt brauche es mit Blick auf Barrierefreiheit weitere Ergänzungen im Gesetzentwurf.

Die Universitätsmedizin Rostock hat ausgeführt, dass man die Novellierung des Gesetzes grundsätzlich begrüße. Insbesondere befürworte man den geplanten Bürokratieabbau vor allem im Bereich der Investitionsfinanzierung, die Stärkung der Krisenresilienz und die Patientensicherheit. Insbesondere sehe man die Einführung einer Patientenbeauftragten oder eines Patientenbeauftragten sowie die Schaffung einer diskriminierungs- und barrierefreien Behandlung unter besonderer Berücksichtigung der vulnerablen Patientengruppen als wichtige Punkte des Gesetzentwurfes an. Ebenso begrüße man die Einführung von Stationsapothekerinnen und Stationsapothekern, allerdings habe man Bedenken hinsichtlich der Finanzierbarkeit und der Verfügbarkeit ausreichenden Fachpersonals. Man unterstütze das Vorhaben der Umstellung von Investitionsfinanzierung auf Investitionspauschalen sowohl für kurzfristige als auch langfristige Anlagegüter. Es bedürfe in diesem Zusammenhang aber der Berücksichtigung der unterschiedlichen Ausgangssituationen der Krankenhäuser bezüglich ihrer Investitionsbedarfe.

Kritisch sehe man hingegen die Erweiterung der Planungsbeteiligten für die Krankenhausplanung. Aus Sicht der Universitätsmedizin Rostock sollte die Aufnahme des Medizinischen Dienstes kritisch überdacht werden. Durch die Beteiligung des Medizinischen Dienstes könne ein Ungleichgewicht zwischen den Interessengruppen zugunsten der Kostenträger entstehen. Die Universitätsmedizin Rostock lehne die gesetzlich verbrieft Pflicht zur Beteiligung an Fort- und Weiterbildungsverbunden ab, da dies in die Autonomie der Hochschulen eingreife. Allerdings sei die Universitätsmedizin Rostock ausdrücklich offen für Verbundweiterbildung. Ziel müsse dabei sein, die qualitativ hochwertige Aus- und Weiterbildung dauerhaft im Bundesland und gegebenenfalls auch in der Fläche zu sichern. Bedenken habe man hinsichtlich der Finanzierung der zusätzlich definierten Aufgaben, insbesondere gelte dies für den Abschnitt Notfallversorgung und besondere Gefahrenlagen.

Der VDEK – Verband der Ersatzkassen e. V. hat betont, dass man hinsichtlich der Krankenhausversorgung im Land vor besonderen Herausforderungen stehe. Es sei daran erinnert, dass von den 37 Krankenhäusern im Land 25 einen Sicherstellungszuschlag für den ländlichen Raum erhielten. Das Flächenland Mecklenburg-Vorpommern stehe aufgrund dieser Struktur vor anderen Herausforderungen als z. B. Nordrhein-Westfalen. Der vorliegende Gesetzentwurf versuche nach Auffassung des Verbandes der Ersatzkassen Mecklenburg-Vorpommern, unter Beachtung des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes diesen Herausforderungen zu begegnen. Das neue Landeskrankenhausgesetz solle eine transparente, bedarfsgerechte und zielgerichtete Planung der künftigen stationären Leistungsgruppen sicherstellen. Dieses Vorhaben begrüße man. Die Umstellung auf die leistungsgruppenbasierte Planung, insbesondere auch die Stärkung der Patientensicherheit und die angestrebte Entbürokratisierung, die im Gesetz vorgesehen seien, seien dabei hervorzuheben. Ebenso verfolge die vorgesehene Umstellung auf Investitionsplanungen die richtige Zielstellung und könne für mehr Gerechtigkeit und Transparenz sorgen. Voraussetzung dafür sei allerdings, dass die bereitgestellten Mittel auskömmlich seien. Aktuell sei es leider so, dass alle Bundesländer, auch Mecklenburg-Vorpommern, im Prinzip nur um die 4 Prozent an Investitionsmitteln im Vergleich zu den GKV-Ausgaben bereitstellten. Das sei zu wenig. In den 1970er-Jahren, als das Krankenhausfinanzierungsgesetz eingeführt worden sei, hätte man 25 Prozent der GKV-Ausgaben bereitgestellt. Für Mecklenburg-Vorpommern sei dieser Bedarf an Investitionsmitteln für die Krankenhäuser mit jährlich 150 Millionen Euro zu beziffern. Es brauche zwingend eine verlässliche Finanzierung zum Wohle der Krankenhäuser, des dort tätigen Personals und vor allem aller Patientinnen und Patienten. Ebenso brauche es eine sektorverbindende Planung. Traditionell bestehende Sektorgrenzen müssten aufgebrochen werden.

Der Verband leitender Krankenhausärztinnen und -ärzte e. V. hat dargestellt, dass man bezogen auf den Krankenhausplan für das Land Mecklenburg-Vorpommern große Befürchtung habe, dass die Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzte gefährdet sei. Denn weder die Ausbilder noch die auszubildenden Ärzte könnten unter den Bedingungen, die der Gesetzentwurf beinhalte, im Bundesland verbleiben. Die vorgesehenen Leistungsentgelte und Leistungskataloge ermöglichen den allermeisten kleinen Krankenhäusern das Fortbestehen nicht. Komplexe Eingriffe müssten künftig in größeren Häusern geleistet werden, obwohl bisher die kleinen Häuser diese Leistungen sehr gut erbracht hätten. Dies sei allerdings ein bundesdeutsches Problem. Kleinere Eingriffe gingen damit in den ambulanten Bereich. Hiermit erübrige sich die Existenzberechtigung der allermeisten Häuser im Land sowie auch der Ausbildungsmöglichkeiten der Ärztinnen und Ärzte in Mecklenburg-Vorpommern.

## 2. Wesentliche Ergebnisse der Ausschussberatung

Das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport hat betont, dass man vor der größten Krankenhausreform seit rd. 20 Jahren stehe. Die bevorstehenden Veränderungen in der Krankenhausversorgung seien notwendig, lösten aber natürlich Fragen aus, da einige Aspekte noch nicht abschließend geklärt worden seien.

Um die Krankenhausversorgung in Mecklenburg-Vorpommern zukunftsfest zu gestalten und die investive Landeskrankenhausförderung grundlegend zu reformieren, wolle man in einem ersten Schritt das Landeskrankenhausgesetz komplett überarbeiten und neu fassen. Die Krankenhausreform sei damit zwar der Anlass für den vorliegenden Gesetzentwurf, dieser gehe aber inhaltlich weit darüber hinaus und adressiere auch andere zentrale Herausforderungen, mit denen man konfrontiert sei und auf die man mit dieser Gesetzesinitiative die Krankenhäuser vorbereiten wolle.

Der vorliegende Gesetzentwurf sei daher ambitioniert. Man schaffe einen zeitgemäßen und sachgerechten Rahmen für die Krankenhäuser und setze in einigen Bereichen für andere Bundesländer wichtige Signale.

Durch den Gesetzentwurf betone man, dass die Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt der Krankenhausversorgung stünden. So sollten spezifische Belange von Patientinnen und Patienten besser berücksichtigt und eine diskriminierungsfreie und inklusive Krankenhausversorgung als Standard festgesetzt werden. Beispielsweise wolle man die Selbstbestimmung der Frau während der Geburt stärken und den Kinderschutz im Krankenhaus verbessern.

Ebenso stärke man das Recht von Menschen mit Behinderung auf Mitnahme einer Begleitperson und Sorge dafür, dass auch Menschen, die im Krankenhaus sterben, selbstbestimmt und würdevoll Abschied nehmen könnten.

Neu eingeführt werden solle außerdem die Möglichkeit für die Landkreise und kreisfreien Städte, in den Krankenhäusern Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher einzuführen. Diese Personen hätten die Aufgabe, direkt und unkompliziert für Patientinnen und Patienten ansprechbar zu sein, wenn es ein Problem gebe. Im Sinne der Patientinnen und Patienten sei es sicherlich auch, dass man die Krankenhausaufsicht weiterentwickle und hier auch Durchgriffsmöglichkeiten schaffe.

Außerdem führe man Stationsapothekerinnen und -apotheker ein, die die Arzneimitteltherapiesicherheit erhöhten und gleichzeitig zu einem wirtschaftlicheren Umgang des Krankenhauses mit Arzneimitteln führten.

Zentraler Bezugspunkt der Krankenhausreform sei der Abschnitt im Gesetzentwurf zur Krankenhausplanung. Dieses Landesgesetz stelle die Anschlussfähigkeit an die Bundesreform sicher und schaffe die landesrechtlichen Grundlagen für deren Umsetzung. Eine große Herausforderung sei dabei, dass aktuell noch unklar sei, ob und wie genau das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz unter der neuen Bundesregierung noch einmal geändert werde. Das Landeskrankenhausgesetz sei zwar so gestaltet, dass es unabhängig von eventuellen Änderungen bestehen könnte, allerdings bleibe abzuwarten, wie sich der Zeitplan bei der Umsetzung der Krankenhausreform entwickle. Mit dem Gesetz schaffe man eine landesrechtliche Grundlage, die Krankenhausplanung auf Leistungsgruppen umzustellen.

Eine der Hauptaufgaben des Landes liege neben der Krankenhausplanung in der Krankenhausförderung. Diese werde mit dem vorliegenden Gesetzentwurf grundlegend reformiert. Während viele nach Bürokratieabbau riefen, der in Wirklichkeit aber der Verwaltung immer weitere Aufgaben und Standards aufbürde, setze man diese Forderung ganz praktisch in die Tat um. Dieser Entwurf fördere erheblich den Bürokratieabbau, und zwar sowohl für die Krankenhäuser als auch für die Ministerialbürokratie. Es sei nämlich eine grundsätzliche Umstellung der Förderung geplant. Hierbei habe man sich von positiven Erfahrungen anderer Bundesländer, hier insbesondere von Brandenburg, inspirieren lassen.

Aktuell finanziere man sogenannte Einzelförderungsmaßnahmen, bei denen jedes Vorhaben individuell beantragt und geprüft werde. Dieser Prozess allein dauere mehrere Jahre und binde hohe Personalressourcen sowohl in den Krankenhäusern als auch in der Verwaltung. Dies erscheine als nicht mehr zeitgemäß. Gleichzeitig müsse bei diesen mehrjährigen Planungsverfahren oft eine zwischenzeitliche Baukostensteigerung berücksichtigt werden. Es gelte, dieses zeitraubende Prozedere zu ersetzen durch eine schlanke Pauschalförderung. Jedes Krankenhaus werde spätestens ab dem Jahr 2028 auf der Grundlage eines Bemessungsinstrumentes Investitionspauschalen vom Land erhalten, mit denen es im Rahmen des Versorgungsauftrages eigenverantwortlich wirtschaften könne. Dieser Paradigmenwechsel entlaste die Krankenhäuser von Bürokratie und gebe allen Seiten ein hohes Maß an Planbarkeit. Gleichzeitig schaffe man freie Ressourcen für andere wichtige Aufgaben, wie z. B. den Transformationsfonds oder ein Investitionsprogramm des Bundes für die Krankenhäuser. Zwar bleibe Bürokratie im Bereich der Krankenhäuser erhalten, allerdings könne das neue Landeskrankenhausgesetz erhebliche Kapazitäten freisetzen.

Ein weiterer wichtiger Schwerpunkt des Gesetzentwurfes sei die Steigerung der Resilienz der Krankenhäuser. Das Land trage dafür eine eigene Verantwortung. Daher habe man im Gesetzentwurf einen eigenen Abschnitt für die Notfallversorgung und Regelung für besondere Gefahrenlagen entwickelt. Hierbei seien auch die Lektionen eingeflossen, die man in der Pandemie gemacht habe. Ebenso habe sich die Wichtigkeit einer funktionierenden Notfallversorgung und passgenauer Regelungen für besondere Gefahrenlagen bei dem flächendeckenden Stromausfall in Spanien und Portugal gezeigt. Es gehe um die Schaffung von Voraussetzungen zur Aufrechterhaltung der Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser im Krisenfall. Dabei betone man eine stärkere Ausdifferenzierung in der Vorsorge und Vorbereitung auf besondere Gefahrenlagen, beispielsweise durch den Krankenhausalarm- und -einsatzplan. Es sei ausdrücklich herausgestellt, dass die Krankenhäuser schon heute teilweise gut aufgestellt seien, jedoch schaffe man nun einen verbindlichen Rahmen für alle Akteure. Gleichzeitig entwickle man neue Konzepte, die in besonderen Gefahrenlagen die Möglichkeit geben, steuernd einzugreifen und für die Krankenhäuser verbindliche Vorgaben machen zu können. Das seien Konzepte, die uns in der Pandemie gefehlt hätten.

### 3. Zu den einzelnen Bestimmungen

#### Zu Abschnitt 1

Die Fraktion der AfD hatte beantragt, Abschnitt 1 wie folgt zu ändern:

1. § 3 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Als Trägerwechsel gilt die Übertragung des Krankenhausbetriebs auf eine andere juristische oder natürliche Person. Ein bloßer Wechsel der Gesellschafterstruktur – insbesondere ein Anteilsverkauf oder ein Wechsel der Beteiligungsverhältnisse – stellt keinen Trägerwechsel dar, sofern die Rechtspersönlichkeit des Krankenhausträgers unberührt bleibt.“

b) Nach Absatz 5 Satz 1 wird der folgende Satz eingefügt:

„Krankenhäuser können im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zusätzlich auch ambulante Leistungen erbringen.“

2. § 4 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 4 wird gestrichen.

b) Die Absätze 5 und 6 werden durch die folgenden Absätze 4 und 5 ersetzt:

„(4) Zusätzlich zur Krankenhausaufsicht nach Absatz 1 und in Abweichung von Absatz 2 Nummer 2 hat das für Gesundheit zuständige Ministerium die Aufsicht über die Umsetzung der Vorschriften nach Satz 3 dieses Absatzes. Die Aufsicht ist im Benehmen mit dem für Inneres zuständigen Ministerium vorzunehmen. Die Aufsicht erstreckt sich auf die Vorschriften für

1. die Notfallversorgung nach § 40,
2. die Krankenhausalarm- und Einsatzplanung nach § 41,
3. die Schulungen und Übungen nach § 42,
4. die Bevorratung nach § 43 und
5. die übergeordnete Steuerung bei besonderen Gefahrenlagen nach § 44

sowie auf die aufgrund dieser Regelungen erlassenen Vorschriften. Voraussetzung für weitergehende Anforderungen ist die Bereitstellung der dafür erforderlichen personellen und finanziellen Ressourcen durch das Land. Das für Gesundheit zuständige Ministerium kann im Einvernehmen mit dem für Inneres zuständigen Ministerium einzelne Aufgaben der Aufsicht, die die Umsetzung der Nummern 1 bis 4 betreffen, durch Rechtsverordnung konkretisieren.

(5) Bezüglich der Aufsicht nach Absatz 5 finden die Aufsichtsmittel nach den Absätzen 3 und 4 entsprechende Anwendung. Bei Gefahr im Verzug oder wenn sonst die ordnungsgemäße Erfüllung der Aufgaben durch die angewiesene Einrichtung nicht gewährleistet ist, kann die Aufsichtsbehörde mit Zustimmung des Krankenhausträgers geeignete Maßnahmen veranlassen oder – sofern eine Mitwirkung unterbleibt – im Wege des Selbsteintritts tätig werden. Die Auswahl von Mitarbeitenden zur Umsetzung obliegt dem Krankenhausträger.“

Bezüglich § 3 des Gesetzentwurfes hat die Fraktion der AfD zur Begründung ausgeführt, dass die präzisierte Definition des Trägerwechsels Missverständnisse bei Gesellschafterwechseln ohne Veränderung der Rechtspersönlichkeit verhindere. Zudem werde klargestellt, dass Krankenhäuser im Rahmen bundesrechtlicher Vorgaben auch ambulante Leistungen erbringen dürften – eine gängige Praxis, die damit rechtlich eindeutig abgesichert werde.

Mit Blick auf § 4 hat die Fraktion der AfD erklärt, dass Absatz 4 die Möglichkeit regelle, Anordnungen der Aufsichtsbehörden mit den Mitteln des Verwaltungsvollstreckungsrechts durchzusetzen. Dies stelle jedoch eine deutliche Verschärfung gegenüber den derzeit noch geltenden Regelungen dar. Eine solche Verschärfung sei nicht nachvollziehbar. Die Streichung von Absatz 4 diene der Straffung. Die Neuformulierung der Absätze 5 und 6 zur besonderen Aufsicht in Notfall- und Katastrophenlagen Sorge für klare Zuständigkeiten und Rechtssicherheit. Zugleich werde die Umsetzung an eine Bereitstellung notwendiger Ressourcen durch das Land geknüpft, um finanzielle Überforderung der Krankenhäuser zu verhindern.

Der Ausschuss hat diesen Antrag mehrheitlich bei Zustimmung der Fraktion der AfD und Gegenstimmen der Fraktionen der SPD, CDU, Die Linke und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN abgelehnt.

Die Fraktion der CDU hatte beantragt, Abschnitt 1 des Gesetzentwurfes wie folgt zu ändern:

1. § 1 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 wird die Angabe „und in angemessener Zeit erreichbar in bedarfsgerechten Abstufungen“ gestrichen.

bb) Nach Satz 2 wird der folgende Satz eingefügt:

„Als Mindestvorgabe zur Erreichbarkeit werden 30-PKW-Fahrzeitminuten für die Grundversorgung sowie die stationären Notaufnahmen festgeschrieben.“

b) Nach Absatz 2 Satz 1 wird der folgende Satz eingefügt:

„Krankenhausträger sind in der Regel freigemeinnützige, kommunale oder private Träger und das Land sowie die sonstigen der Aufsicht des Landes unterstehenden Körperschaften, rechtsfähigen Anstalten oder Stiftungen des öffentlichen Rechts.“

2. § 2 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird nach der Angabe „Leistungen der Krankenhausversorgung“ die Angabe „im Sinne von § 39 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.

b) In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „§§ 10, 12 bis 16, 18 bis 23 und 37“ durch die Angabe „§§ 10, 12 bis 16 und 18 bis 23“ ersetzt.

c) Absatz 5 wird gestrichen.

d) Die Absätze 6 und 7 werden zu den Absätzen 5 und 6.

3. In § 3 Absatz 5 wird nach der Angabe „teil- und tagesstationäre“ die Angabe „, ambulante“ eingefügt.

4. § 4 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 4 Satz 3 wird gestrichen.

b) Nach Absatz 5 Satz 4 wird der folgende Satz eingefügt:

„Ein finanzieller Ausgleich an die Krankenhausträger für zusätzliche Aufgaben ist landesseitig vorzusehen.“

c) Absatz 6 Satz 2 wird gestrichen.

Die Fraktion der CDU hat zur Begründung des Antrages auf die Stellungnahmen der Landeskrankenhausesellschaft Mecklenburg-Vorpommern und der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern verwiesen.

Der Ausschuss hat den Antrag mehrheitlich bei Zustimmung der Fraktionen der AfD und CDU und Gegenstimmen der Fraktionen der SPD und Die Linke sowie Enthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN abgelehnt.

Die Fraktionen der SPD und Die Linke hatten hinsichtlich des Abschnittes 1 des Gesetzentwurfes folgende Änderungen beantragt:

1. In § 1 Absatz 1 Satz 1 wird nach der Angabe „hochwertigen,“ die Angabe „diskriminierungsfreien und möglichst barrierefreien,“ eingefügt.

2. § 3 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 wird durch den folgenden Absatz 3 ersetzt:

„(3) Ein Trägerwechsel liegt vor, wenn

1. der Betrieb des Krankenhauses auf einen Dritten übertragen wird oder
2. in Bezug auf den bisherigen Träger sich die Rechtspersönlichkeit oder Rechtsform ändert oder
3. eine Verschmelzung mit einem anderen Unternehmen gemäß § 2 des Umwandlungsgesetzes erfolgt oder
4. eine Umwandlung eines Krankenhausträgers im Sinne des § 1 Absatz 1 Nummer 1, 2 oder 3 des Umwandlungsgesetzes erfolgt.

Im Sinne dieses Gesetzes liegt eine wesentliche Veränderung bei den Anteilseignern vor, wenn

1. ein neuer Anteilseigner mindestens 10 Prozent der Geschäftsanteile erwirbt oder
2. ein bestehender Anteilseigner durch den Neuerwerb von Geschäftsanteilen seine Beteiligung so erhöht, dass er die 10 Prozent überschreitet oder eine Sperrminorität nach den gesetzlichen Bestimmungen oder nach dem Gesellschaftsvertrag ausüben kann.

Als Erwerb im Sinne dieser Vorschrift gilt auch der gesetzliche Übergang infolge eines Erbfalles. Ein geplanter Trägerwechsel gemäß Satz 1 oder ein Wechsel in den Anteilseignern ist dem für Gesundheit zuständigen Ministerium unverzüglich vorher anzuzeigen, ein Trägerwechsel nach Satz 3 unverzüglich nach Eintritt des Erbfalles. Auf die Regelungen der § 7 Absatz 4 und § 28 wird verwiesen.“

b) In Absatz 5 wird nach der Angabe „Krankenhausversorgung“ die Angabe „nach diesem Gesetz“ eingefügt.

Die Fraktionen der SPD und Die Linke haben zur Antragsbegründung ausgeführt, dass die Aspekte der Barriere- und Diskriminierungsfreiheit im § 29 Absatz 1 des Gesetzentwurfes verankert seien. Dort jedoch mit der ausdrücklichen Bezugnahme auf die Patientinnen und Patienten. Die Nutzung der Krankenhäuser erfolge potenziell durch die Allgemeinheit, insofern sei eine Bestimmung unter den Grundsätzen in § 1 sachgerecht. Ebenso brauche es begriffliche und systematische Klarheit zur Definition des Trägerwechsels. Daher beschreibe Absatz 3 Satz 1 Veränderungen, die die juristischen Personen hinter einem Krankenhausbetrieb betreffen. Satz 2 betreffe wesentliche Veränderungen bei den Anteilseignern. Durch Satz 4 erhalte das Land die Informationssouveränität über die, die Träger und Betreiber eines Krankenhauses seien, aber auch bezüglich der einflussreichsten Anteilseigner in den Gesellschafterversammlungen der Krankenhäuser. Die Informationspflichten bezüglich eines Trägerwechsels ermöglichten es dem Land, rechtzeitig Einfluss nehmen zu können, sollte ein Anteilseigner mit zweifelhafter Eignung oder zweifelhaftem Interesse Einfluss auf den Versorgungsauftrag des Krankenhauses erhalten. Hier werde der unbestimmte Rechtsbegriff „rechtzeitig“ der Klarheit halber durch den Begriff „unverzüglich“ ersetzt. Dieser Begriff sei durch die Rechtsprechung ausreichend definiert als ohne schuldhaftes Zögern. In Verbindung mit § 7 Absatz 4 diene dies der Absicherung des Versorgungsauftrages. Durch die beantragte Ergänzung werde verdeutlicht, dass sich die hier verwendete Begriffsdefinition lediglich auf dieses Gesetz beziehe und nicht geregelt werde, welche Leistungen im Krankenhaus grundsätzlich erbracht werden dürften. Dies sei im Fünften Buch Sozialgesetzbuch abschließend geregelt. Es könnten beispielsweise auch ambulante Leistungen im Krankenhaus erbracht werden.

Da diese aber weder Teil der Krankenhausplanung noch der Landeskrankenhausförderung seien, könnten diese Leistungen in diesem Fall nicht in der Begriffsdefinition berücksichtigt werden.

Der Ausschuss hat dem Antrag mehrheitlich bei Zustimmung der Fraktionen der SPD und Die Linke und Gegenstimmen der Fraktion der AfD sowie Enthaltung der Fraktionen der CDU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zugestimmt.

Der Ausschuss hat mehrheitlich bei Zustimmung der Fraktionen der SPD und Die Linke und Gegenstimmen der Fraktionen der AfD und CDU sowie Enthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN dem Abschnitt 1 mit den beschlossenen Änderungen und im Übrigen unverändert zugestimmt.

### **Zu Abschnitt 2**

Die Fraktion der AfD hatte beantragt, Abschnitt 2 des Gesetzentwurfes wie folgt zu ändern:

1. § 5 wird wie folgt geändert:

In Absatz 3 Satz 4 wird die Angabe „insbesondere für einzelne Fachrichtungen oder übergreifende Fachgebiete“ gestrichen.

2. In § 6 Absatz 3 wird die Angabe „Fachgebiete“ durch die Angabe „Fachbereiche“ ersetzt.

3. In § 7 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 wird die Angabe „Fachrichtungen“ durch die Angabe „Fachbereichen“ ersetzt.

4. § 8 Absatz 2 wird durch den folgenden Absatz 2 ersetzt:

„(2) Weitere Beteiligte sind

1. die Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern,
2. der Medizinische Dienst Mecklenburg-Vorpommern, sofern seine gesetzlichen Prüfungsaufgaben nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch berührt sind; in diesen Fällen kann er als sachverständiger Dritter hinzugezogen werden,
3. eine Vertretung der für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen. Eine Beteiligung der Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher nach § 32 erfolgt ausschließlich im Rahmen individueller Anhörungen im Vorfeld von Feststellungsbescheiden zu konkret betroffenen Krankenhäusern,
4. eine vom Vorstand der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern benannte Pflegevertretung aus dem Bereich der Krankenhäuser gemäß der Satzung der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern.“

5. § 9 wird durch den folgenden § 9 ersetzt:

**„§ 9  
Auskunftspflichten, Sicherung der Krankenhausplanung, Verordnungsermächtigung**

(1) Die Krankenhausträger sind verpflichtet, dem für Gesundheit zuständigen Ministerium unter Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes die für die Krankenhausplanung zwingend erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Hierzu zählen Informationen zum Leistungsangebot, zur Zahl und Art der erbrachten Leistungen, zur Verweildauer, zur personellen und sächlichen Ausstattung sowie allgemeine statistische Angaben über Patientinnen und Patienten, soweit diese Angaben nicht auf anderem Wege oder nicht ohne unverhältnismäßigen Aufwand beschafft werden können. Vorrang haben bereits bestehende Datenquellen aus bundesrechtlich vorgeschriebenen Berichten oder bestehenden Datenmeldungen. Doppelerhebungen sind zu vermeiden.

(2) Das für Gesundheit zuständige Ministerium wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung im Einvernehmen mit den unmittelbar Beteiligten nach § 8 Absatz 1 weitere Erhebungen mit Auskunftspflicht bei den Krankenhäusern anzuordnen, sofern diese für landesweite Planungs- und Verwaltungszwecke nachweislich erforderlich sind. Die Verordnung muss

1. den Zweck der jeweiligen Erhebung,
2. die einzelnen Erhebungstatbestände,
3. den Umfang und die Form der zu übermittelnden Daten,
4. die Periodizität, den Berichtszeitraum und -zeitpunkt sowie
5. die betroffenen Krankenhäuser und den vorgesehenen Übermittlungsweg präzise benennen.

Dabei ist der bürokratische Aufwand auf ein absolutes Minimum zu begrenzen, bestehende Berichtsformate sind vorrangig zu nutzen. Die Krankenhäuser sind vor Erlass der Verordnung im Rahmen der Planungsbeteiligtenrunde anzuhören.

(3) Für die in Absatz 1 genannten Zwecke kann das für Gesundheit zuständige Ministerium durch Rechtsverordnung auch die Verarbeitung personenbezogener Gesundheitsdaten gemäß Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe g der Datenschutz-Grundverordnung anordnen, wenn dies zwingend erforderlich ist. In diesem Fall sind Zweck, Datenkategorien und Schutzmaßnahmen gesetzlich genau zu benennen. Eine Verarbeitung darf ausschließlich in anonymisierter oder pseudonymisierter Form erfolgen. Die heranzuziehende auswertende Stelle darf keinen Personenbezug herstellen. § 47 Absatz 2 Satz 1 und 2 gilt entsprechend.

(4) Der mit der Auskunftserteilung und Datenverarbeitung verbundene organisatorische und personelle Mehraufwand ist vom Land vollständig finanziell auszugleichen. Näheres regelt eine Rechtsverordnung.“

Bezüglich § 5 hat die Fraktion der AfD zur Begründung des Antrages betont, dass die verwendeten Begriffe „Fachrichtung“, „Fachgebiet“ und „Fachbereich“ bislang im Landeskrankengesetz Mecklenburg-Vorpommern uneinheitlich verwendet worden seien. Die Änderungen sorgten für eine terminologische Klarstellung. „Fachrichtung“ und „Fachgebiet“ orientierten sich an der ärztlichen Weiterbildungsordnung und seien in Zusammenhang mit Qualifikationen des medizinischen Personals genutzt worden. „Fachbereich“ bezeichne hingegen medizinische Leistungsbereiche im Kontext der Krankenhausplanung und -strukturierung. Die Neufassung schaffe sprachliche Konsistenz und Sorge für eine klare Abgrenzung zwischen beruflicher Qualifikation und planerischer Systematik.

Hinsichtlich §§ 6 und 7 entspreche die Begründung inhaltlich der zu § 5. Zu § 8 führte die Fraktion der AfD aus, dass die Klarstellung, dass Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher nicht dauerhaft Teil der Beteiligten seien, sondern nur in konkreten Einzelfällen, Kompetenzüberschneidungen verhindere. Zugleich werde durch die Einbeziehung der Pflegevertretung die Praxisnähe der Entscheidungen gestärkt. Mit Blick auf § 9 stellte die Fraktion der AfD dar, dass die Neufassung der rechtssicheren und datenschutzkonformen Erhebung von Planungsdaten durch das Land diene. Ziel sei es, die Datenverarbeitung auf das notwendige Maß zu beschränken, bereits bestehende Datenquellen vorrangig zu nutzen und Doppelstrukturen zu vermeiden. Zugleich werde sichergestellt, dass nur solche Daten erhoben werden, die für die landesweite Krankenhausplanung zwingend erforderlich seien. Die Regelung stärke die Beteiligung der Krankenhausträger und Sorge für Planungstransparenz. Gleichzeitig reduziere sich dabei der bürokratische Aufwand. Neu aufgenommen worden sei außerdem ein finanzieller Ausgleichsanspruch der Krankenhäuser für den mit der Datenerhebung verbundenen Mehraufwand.

Der Ausschuss hat den Antrag mehrheitlich bei Zustimmung der Fraktion der AfD und Gegenstimmen der Fraktionen der SPD, CDU, Die Linke und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN abgelehnt.

Die Fraktion der CDU hatte hinsichtlich des Abschnittes 2 des Gesetzentwurfes folgende Änderungen beantragt:

1. § 5 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 3 wird gestrichen.

b) Absatz 4 wird durch den folgenden Absatz 4 ersetzt:

„(4) Der Krankenhausplan ist auf der Grundlage der Bedarfsprognose nach Absatz 3 und entsprechend den Zielen des § 1 Absatz 1 die Basis für die Versorgung erforderlichen Versorgungsentscheidungen und weist die bedarfsgerechten Krankenhäuser mit ihren Krankenhausstandorten sowie die sonstigen, den Zielen nach § 1 dienenden Einrichtungen einschließlich der mit dem Krankenhaus notwendig verbundenen Ausbildungsstätten gemäß § 2 Nummer 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nach gegenwärtiger und zukünftiger Aufgabenstellung entsprechend ihrem jeweiligen Versorgungsauftrag aus.“

c) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 3 wird nach der Angabe „Leistungsträgern der gesundheitlichen Versorgung erfolgen“ die Angabe „, sofern der eigene Versorgungsauftrag nicht erfüllt werden kann oder eine Kooperation nicht zustande gekommen ist“ eingefügt.

bb) Nach Satz 5 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Eine Ausnahme davon stellen sofort notwendige Leistungen dar. Die Grundlage für das Erbringungsrecht ist die bei Behandlungsbeginn maßgebliche Diagnose.“

cc) Der neue Satz 8 wird gestrichen.

2. In § 6 Absatz 2 Satz 2 wird die Angabe „oder“ durch die Angabe „und“ ersetzt.
3. § 7 wird wie folgt geändert:
  - a) In Absatz 1 Nummer 2 wird nach der Angabe „und“ die Angabe „den Namen sowie“ eingefügt und die Angabe „sowie den Eigentümer des Krankenhauses“ gestrichen.
  - b) Nach Absatz 2 Satz 1 wird der folgende Satz eingefügt:

„Bestehende Feststellungsbescheide gelten mit Stand des Inkrafttretens des Gesetzes vorerst weiter, bis diese in die neue Leistungsgruppensystematik überführt wurden.“
  - c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
    - aa) Nach Satz 4 wird der folgende Satz eingefügt:

„Nachträgliche Änderungen zulasten der Krankenhäuser sind ohne Zustimmung des jeweiligen Trägers nicht möglich.“
    - bb) Nach dem neuen Satz 6 wird der folgende Satz eingefügt:

„Ein planmäßiges Ausscheiden aus dem Krankenhausplan darf jedoch nicht dazu führen, dass der jeweilige Krankenhausträger zur weiteren Aufrechterhaltung der Versorgung verpflichtet wird, infolge dessen er in wirtschaftliche Nöte gerät oder zulasten anderer Krankenhäuser weiterhin Förder- und Ausgleichszahlungen erhält.“
  - d) Absatz 9 wird durch den folgenden Absatz 9 ersetzt:

„(9) Gegen den Feststellungsbescheid nach Absatz 1 Satz 1 sowie gegen sonstige Bescheide in Umsetzung des Krankenhausplans ist der Verwaltungsrechtsweg gegeben. Rechtsbehelfe von Dritten gegen einen solchen Bescheid haben eine aufschiebende Wirkung.“
4. § 8 wird wie folgt geändert:
  - a) Absatz 2 wird durch den folgenden Absatz 2 ersetzt:

„(2) Weitere Beteiligte ist die Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern.“
  - b) In Absatz 3 Satz 1 wird die Angabe „unter Einbeziehung“ durch die Angabe „in enger Zusammenarbeit“ ersetzt.
5. In § 9 wird folgender Absatz 3 eingefügt:

„(3) Um den bürokratischen Aufwand auf ein Mindestmaß zu begrenzen, sind die Planungsbeteiligten bei der Erarbeitung der Rechtsverordnung eng einzubinden.“

Die Fraktion der CDU hat zur Begründung des Antrages auf die Stellungnahmen der Landeskrankengesellschaft Mecklenburg-Vorpommern und der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern verwiesen.

Der Ausschuss hat den Antrag mehrheitlich bei Zustimmung der Fraktionen der AfD und CDU und Gegenstimmen der Fraktionen der SPD und Die Linke sowie Enthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN abgelehnt.

Die Fraktionen der SPD und Die Linke hatten hinsichtlich des Abschnittes 2 des Gesetzesentwurfes folgende Änderungen beantragt:

1. § 5 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 3 Satz 4 wird die Angabe „insbesondere für einzelne Fachrichtungen oder übergreifende Fachgebiete“ gestrichen.

b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Auf der Grundlage ergänzender Fachplanungen im Krankenhausplan kann eine Zuweisung von Schwerpunkten und Zentren, besonderer Aufgaben und die Festlegung der Zusammenarbeit des Krankenhauses mit anderen Krankenhäusern oder anderen Leistungsträgern der gesundheitlichen Versorgung erfolgen.“

bb) In Satz 4 wird die Angabe „oder Leistungsgruppen innerhalb der Fachgebiete oder Leistungsbereiche“ gestrichen.

2. In § 6 Absatz 3 wird die Angabe „Fachgebiete“ durch die Angabe „Fachbereiche“ ersetzt.

3. § 7 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 wird die Angabe „Fachrichtungen“ durch die Angabe „Fachbereichen“ ersetzt.

b) Absatz 4 wird durch den folgenden Absatz 4 ersetzt:

„(4) Erfolgt ein Trägerwechsel gemäß § 3 Absatz 3 Satz 1 oder eine wesentliche Veränderung bei den Anteilseignern nach § 3 Absatz 3 Satz 2 oder 3 für ein in den Krankenhausplan aufgenommenes Krankenhaus, wirkt der Bescheid nach Absatz 3 für und gegen den neuen Träger. Soweit ein Trägerwechsel oder eine Veränderung bei den Anteilseignern nach Prüfung des für Gesundheit zuständigen Ministeriums zu einer Gefährdung des Versorgungsauftrages des Krankenhauses führt, ist es aus dem Krankenhausplan herauszunehmen.“

c) In Absatz 6 Satz 2 wird die Angabe „innerhalb einer Fachrichtung“ gestrichen.

4. § 9 Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:

„(1) Die Krankenhausträger sind verpflichtet, dem für Gesundheit zuständigen Ministerium unter Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes die für die Krankenhausplanung erforderlichen Auskünfte zu erteilen, insbesondere über das Leistungsangebot und die erbrachten Leistungen, die Verweildauer, die personelle und sächliche Ausstattung sowie über allgemeine statistische Angaben über die Patientinnen und Patienten und ihre Erkrankungen, soweit diese Auskünfte nicht auf anderem Wege oder nicht ohne unverhältnismäßigen Aufwand erlangt werden können.“

Die Fraktionen von SPD und Die Linke haben zur Antragsbegründung erklärt, dass die Begriffe „Fachgebiet“, „Fachrichtung“ und „Fachabteilung“ im LKHG M-V in unterschiedlichem Zusammenhang verwendet worden seien. Um eine klare und konsistente Terminologie zu gewährleisten, richte sich die Verwendung dieser Begriffe durch die Änderung jeweils nach dem sachlichen Kontext. Die Begriffe „Fachgebiet“ und „Fachrichtung“ seien an die Systematik der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern angelehnt. Sie seien daher überall dort verwendet worden, wo ein Bezug zur ärztlichen Qualifikation bestehe. Der Begriff „Fachabteilung“ werde genutzt, wenn es um die innere Organisation eines Krankenhauses gehe, etwa in der Darstellung betrieblicher Strukturen. Der Begriff „Fachbereich“ hingegen werde im Zusammenhang mit der Krankenhausplanung verwendet. Er beschreibe einen Bereich von medizinischen Leistungen, die sinnvoll im Sinne der planerischen Zielsetzung abgegrenzt und zusammengefasst werden könnten. Die Änderung diene dazu, diese systematische Unterscheidung der Begriffe konsequent abzubilden. Die veränderte Formulierung im Antrag schärfe den Bezug zur Krankenhausplanung. Mit der rechtlichen Verankerung der Möglichkeit, Festlegungen der Zusammenarbeit des Krankenhauses mit anderen Krankenhausträgern zu treffen, verbinde der Gesetzgeber gleichwohl den politischen Willen, dass man vorhandene Kooperationen vertiefe und neue schaffe. Dies begründe sich damit, dass zur Vermeidung von unkontrollierten Krankenhausschließungen im Rahmen der bundesweiten Krankenhausreform von Anbeginn auf das Instrument der Kooperation und der sektorenverbindenden Zusammenarbeit orientiert worden sei. Diese Intention solle sich auch mit dem Landeskrankenhausgesetz Mecklenburg-Vorpommerns verbinden. Ebenso werde ein gesetzlicher Nachfolgetatbestand eingeführt, damit ein Krankenhaus bei einem Trägerwechsel nicht automatisch aus dem Krankenhausplan herausfalle. Bei einem Trägerwechsel trete somit der neue Träger in die Rechte und Pflichten aus dem Bescheid nach Absatz 3 ein, ohne dass es einer Neubescheidung bedürfe. Hierdurch werde verhindert, dass ein Krankenhaus aus dem Krankenhausplan herausfalle, weil eine rechtzeitige Neubescheidung nicht möglich sei. Ein Herausfallen aus dem Plan könnte dazu führen, dass das Krankenhaus aufgrund des § 108 SGB V seinen Finanzierungsanspruch gegen die Krankenkassen verliere. Die Nachfolgeklausel begegne dieser Problematik. Ein Trägerwechsel führe somit nicht automatisch zu einer Herausnahme aus dem Krankenhausplan und der Vergütungsanspruch gegen die Krankenkassen sowie der Versorgungsauftrag des Krankenhauses bleibe kontinuierlich erhalten. Dies beuge eventuellen finanziellen Nachteilen für das Krankenhaus vor und die Versorgung von gesetzlich versicherten Patienten bleibe durchgängig gesichert. Gleichzeitig werde eine gesetzliche Widerrufspflicht für den Bescheid zur Aufnahme in den Krankenhausplan eingeführt, sollte es zu einer Gefährdung des Versorgungsauftrages aufgrund des neuen Trägers oder eines neuen einflussreichen Anteilseigners kommen. Wenn Zweifel am neuen Träger aufkommen sollten, erhalte das Ministerium den Auftrag zu prüfen, ob der neue Träger geeignet sei, ein Krankenhaus ordnungsgemäß im Sinne des Versorgungsauftrages zu führen. Dies gelte auch bei einer wesentlichen Veränderung bei den Anteilseignern nach § 3 Absatz 3 Satz 2 oder 3.

Hierbei werde geprüft, ob der neue Anteilseigner mit seinem erheblichen Einfluss die ordnungsgemäße Führung des Krankenhauses in Gefahr bringe. Stelle das Ministerium eine solche Gefährdung der Versorgung fest und könne die Gefahr nicht durch Mindermaßnahmen beseitigt werden, müsse der Bescheid zur Aufnahme in den Krankenhausplan widerrufen werden.

Der Ausschuss hat dem Antrag mehrheitlich bei Zustimmung der Fraktionen der SPD und Die Linke und Gegenstimmen der Fraktionen der AfD und CDU sowie Enthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zugestimmt.

Der Ausschuss hat mehrheitlich bei Zustimmung der Fraktionen der SPD und Die Linke und Gegenstimmen der Fraktionen der AfD und CDU sowie Enthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN dem Abschnitt 2 mit den beschlossenen Änderungen und im Übrigen unverändert zugestimmt.

### **Zu Abschnitt 3**

Die Fraktion der AfD hatte beantragt, Abschnitt 3 des Gesetzentwurfes wie folgt zu ändern:

1. Nach § 12 Absatz 2 wird der folgende Absatz 3 eingefügt:

„(3) Können einzelne Landkreise oder kreisfreie Städte ihren Beitrag zur Krankenhausförderung nicht aufbringen, stellt das Land sicher, dass die entsprechenden Fördermittel vollständig bereitgestellt werden. In diesem Fall übernimmt das Land die fehlenden Anteile und regelt den interkommunalen Ausgleich im Benehmen mit den kommunalen Landesverbänden. Ziel ist es, die Finanzierung der Krankenhausförderung unabhängig von kommunalen Liquiditätsengpässen sicherzustellen.“

2. § 22 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird durch den folgenden Absatz 2 ersetzt:

„(2) Der als Investitionspauschale jährlich zuzuweisende Festbetrag wird ermittelt, indem die jährlich zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel unter Berücksichtigung insbesondere der folgenden Grundsätze anteilig auf die Krankenhausstandorte verteilt werden:

1. Der Festbetrag bemisst sich im Verhältnis zu den im Vorjahr erbrachten Krankenhausleistungen des Krankenhausstandortes. Als Maßstab gelten die jeweiligen Bewertungsrelationen nach den vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) veröffentlichten Fallpauschalen-Katalogen (aDRG und BpflV). Bei ambulant erbrachten Leistungen kann abweichend verfahren werden.
2. Es wird ein Mindestbetrag je Krankenhausstandort festgelegt, der voll- oder teilstationäre Leistungen erbringt.
3. Es wird ein Zuschlag für Ausbildungsplätze gewährt.
4. Es werden die ab dem Jahr 2009 ausschließlich mit Mitteln des Landeshaushalts im Wege der Einzelförderung geförderten Investitionen, zeitlich gestuft im Sinne einer Reduzierung des Festbetrages, berücksichtigt; dies erfolgt längstens bis zum Jahr 2047.“

b) Absatz 3 wird durch den folgenden Absatz 3 ersetzt:

„(3) Die aufgrund der Bemessungsgrundlage nach Absatz 2 ermittelte Investitionspauschale wird jährlich bis spätestens jeweils zum 30. November dem Krankenhausträger des entsprechenden Standortes durch das für Gesundheit zuständige Ministerium zugewiesen. Zur Sicherung der Liquidität erfolgt bis spätestens zum 31. Mai eines Jahres eine Abschlagszahlung in Höhe von 50 Prozent der im Vorjahr gewährten Investitionspauschale. Voraussetzung für die Bewilligung der Investitionspauschale ist eine positive Bestätigung im Rahmen der Jahresabschlussprüfung des Vorjahres gemäß § 25 Absatz 1. Die hierdurch entstehenden Prüfkosten gelten als förderfähige Aufwendungen.“

c) Die Absätze 6 und 7 werden durch die folgenden Absätze 6 und 7 ersetzt:

„(6) Die Verpflichtung zur grundbuchlichen Sicherung entfällt bei der Wiederbeschaffung medizinisch notwendiger Anlagegüter. In diesen Fällen genügt ein entsprechender Nachweis im Verwendungsnachweisverfahren.

(7) Werden geförderte Anlagegüter überwiegend für Leistungen genutzt, die üblicherweise der vertragsärztlichen Versorgung zuzuordnen sind, ist dem Treuhandkonto regelmäßig der entsprechende Investitionskostenanteil zuzuführen. Eine Zuführung ist nicht erforderlich, wenn das Anlagegut nach anerkannten medizinischen Standards oder Leitlinien auch für die stationäre Leistungserbringung zwingend vorzuhalten ist – unabhängig von der tatsächlichen Inanspruchnahme im ambulanten Bereich.“

3. § 25 wird durch den folgenden § 25 ersetzt:

**„§ 25  
Erklärungen im Rahmen der Jahresabschlussprüfung**

(1) Der Krankenhausträger hat eine Wirtschaftsprüferin oder einen Wirtschaftsprüfer zu beauftragen, im Rahmen der nach den gesetzlichen Vorschriften durchgeführten Jahresabschlussprüfung eine Erklärung gegenüber dem für Gesundheit zuständigen Ministerium abzugeben zu:

1. der Ordnungsmäßigkeit der Buchführung und des Rechnungswesens sowie
2. der Fortführungsprognose gemäß § 252 Absatz 1 Nummer 2 des Handelsgesetzbuches für die gesamte Krankenhausgesellschaft.

(2) Die Erklärung nach Absatz 1 ergibt sich aus den Ergebnissen der gesetzlichen Abschlussprüfung. Soweit ein Krankenhausträger nicht gesetzlich zur Durchführung einer Jahresabschlussprüfung verpflichtet ist, hat er eine Wirtschaftsprüferin oder einen Wirtschaftsprüfer gesondert mit der Erstellung der Erklärung gemäß Absatz 1 zu beauftragen.

(3) Die Erklärung ist dem für Gesundheit zuständigen Ministerium bis zum 30. September des auf das Wirtschaftsjahr folgenden Jahres vorzulegen.“

Die Fraktion der AfD hat im Hinblick auf § 12 des Gesetzentwurfes zur Begründung ausgeführt, dass die Absicherung der Krankenhausfinanzierung durch das Land in Fällen kommunaler Finanzschwäche Planungssicherheit garantiere und Standortnachteile aufgrund ungleicher Finanzkraft verhindere. Zu § 22 hat die Fraktion erklärt, dass die Änderungen mehr Klarheit bei der Berechnung der Investitionspauschale schufen und durch die Abschlagszahlung eine verlässliche Liquiditätsplanung der Krankenhausträger sicherten. Zusätzlich werde durch die Formulierung in Nummer 2 sichergestellt, dass auch teilstationär versorgende Standorte einen Mindestbetrag erhalten könnten. Die Aufnahme der Prüfkosten als förderfähige Ausgaben stellten die Refinanzierung sicher. Die Ausnahme von der grundbuchlichen Sicherungspflicht bei Wiederbeschaffungen reduziere Bürokratie bei Standardinvestitionen. Der angepasste Wortlaut in Absatz 7 verhindere eine ungerechtfertigte Rückführung von Mitteln, wenn Anlagegüter medizinisch notwendig auch für den ambulanten Bereich genutzt werden sollten.

Zu § 25 des Gesetzentwurfes stellt die Fraktion der AfD heraus, dass die Anforderung an den Prüfvermerk verschlankt und stärker an die reguläre Jahresabschlussprüfung angelehnt gehöre. Dies reduziere Aufwand und Doppelprüfungen. Krankenhausträger ohne gesetzliche Prüfungspflicht könnten wie bisher eine Wirtschaftsprüferin oder einen Wirtschaftsprüfer beauftragen. Die neue Frist schaffe Planungssicherheit und Einheitlichkeit im Verfahren.

Der Ausschuss hat diesen Antrag bei Zustimmung der Fraktion der AfD und Gegenstimmen der Fraktionen der SPD, CDU, Die Linke und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN abgelehnt.

Die Fraktion der CDU hatte beantragt, Abschnitt 3 des Gesetzentwurfes wie folgt zu ändern:

1. § 10 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird nach der Angabe „Versorgungsauftrages“ die Angabe „bedarfsgerecht und auskömmlich“ eingefügt.

b) Nach Absatz 3 Satz 1 wird der folgende Satz eingefügt:

„In Ausnahmefällen ist nach Rücksprache mit der zuständigen Planungsbehörde auch eine Verwendung der Fördermittel für Erweiterungen möglich.“

2. § 22 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 1 wird durch die folgende Nummer 1 ersetzt:

„1. der Festbetrag bemisst sich im Verhältnis zu den in den ersten drei Quartalen des Vorjahres erbrachten Krankenhausleistungen (Genehmigtes Budget) des Krankenhausstandortes,“.

bb) In Nummer 2 wird nach der Angabe „Leistungen“ die Angabe „(einschließlich Tageskliniken)“ eingefügt.

b) Absatz 3 wird durch den folgenden Absatz 3 ersetzt:

„(3) Die aufgrund der Bemessungsgrundlage nach Absatz 2 ermittelte Investitions-  
pauschale wird jährlich zu 50 Prozent bis spätestens jeweils zum 31. Mai und die  
restlichen 50 Prozent bis spätestens jeweils 30. November dem Krankenhausträger des  
entsprechenden Standortes durch das für Gesundheit zuständige Ministerium zuge-  
wiesen.“

c) Absatz 7 wird durch den folgenden Absatz 7 ersetzt:

„(7) Werden geförderte Anlagegüter überwiegend für die Erbringung von Leistungen  
benutzt, welche üblicherweise durch die ambulante vertragsärztliche Versorgung erbracht  
werden, ist hierfür dem Treuhandkonto nach Absatz 5 regelmäßig der Betrag zuzuführen,  
der dem in der Vergütung der ambulanten Leistung enthaltenen Investitionskostenanteil  
für diese Nutzungszeiten der Anlagegüter entspricht und zu berechnen wäre. Eine  
Zuführung nach Satz 1 muss dann nicht erfolgen, wenn das geförderte Anlagegut  
zwingend (zum Beispiel aufgrund ärztlicher Behandlungsleitlinien oder des  
medizinischen Standes der allgemeinen Leistungserbringung oder sonstiger Gründe) für  
die stationäre Leistung vorzuhalten ist. In diesem Falle kommt es auf die tatsächliche  
Inanspruchnahme nicht an.“

3. § 23 Absatz 4 wird gestrichen.

4. Nach § 24 Absatz 3 Satz 1 wird der folgende Satz eingefügt:

„Davon kann nach Rücksprache mit der zuständigen Planungsbehörde abgesehen werden,  
sofern eine derartige Versicherung nur zu unverhältnismäßigen Konditionen verfügbar ist.“

5. § 25 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- a) Die Nummer 2 Buchstabe a bis c und die Nummern 3 und 4 werden gestrichen.
- b) In Nummer 2 Buchstabe d wird nach der Angabe „Krankenhauses“ die Angabe „und  
seiner Standorte“ gestrichen.

6. In § 26 wird die Angabe „jährlich“ durch die Angabe „alle fünf Jahre“ ersetzt.

Die Fraktion der CDU hat zur Begründung des Antrages auf die Stellungnahmen der  
Landeskrankengesellschaft Mecklenburg-Vorpommern und der Ärztekammer  
Mecklenburg-Vorpommern verwiesen.

Der Ausschuss hat diesen Antrag bei Zustimmung der Fraktion der CDU und Gegenstimmen  
der Fraktionen der SPD und Die Linke sowie Enthaltung der Fraktionen der AfD und  
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN abgelehnt.

Die Fraktionen der SPD und Die Linke hatten hinsichtlich des Abschnittes 3 des Gesetzesentwurfes folgende Änderungen beantragt:

1. In § 10 Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „den jeweiligen Krankenhausstandort“ durch die Angabe „das jeweilige Krankenhaus“ ersetzt.
2. § 13 wird wie folgt geändert:
  - a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Satz 1 wird die Angabe „Krankenhausstandort“ durch die Angabe „Krankenhaus“ ersetzt.
    - bb) In Satz 2 wird die Angabe „Krankenhausstandorte“ durch die Angabe „Krankenhäuser“ ersetzt.
  - b) In Absatz 4 wird die Angabe „den jeweiligen Krankenhausstandort“ durch die Angabe „das jeweilige Krankenhaus“ ersetzt.
3. In § 16 Absatz 1 Satz 3 und Absatz 3 Satz 2 wird jeweils die Angabe „Krankenhausstandortes“ durch die Angabe „Krankenhauses“ ersetzt.
4. § 22 wird wie folgt geändert:
  - a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Satz 1 wird die Angabe „Krankenhausstandorte“ durch die Angabe „Krankenhäuser“ ersetzt.
    - bb) In Satz 1 Nummer 1 wird die Angabe „Krankenhausstandortes“ durch die Angabe „Krankenhauses“ ersetzt.
    - cc) In Satz 1 Nummer 2 wird die Angabe „Krankenhausstandort“ durch die Angabe „Krankenhaus“ und die Angabe „der“ durch die Angabe „das“ ersetzt.
  - b) Absatz 3 wird durch den folgenden Absatz 3 ersetzt:

„(3) Die aufgrund der Bemessungsgrundlage nach Absatz 2 ermittelte Investitionspauschale wird jährlich bis spätestens jeweils zum 30. November dem Krankenhausträger des entsprechenden Krankenhauses durch das für Gesundheit zuständige Ministerium zugewiesen, in begründeten Ausnahmefällen sind unterjährige Abschlagszahlungen möglich. Im Einzelfall soll von einer Bewilligung abgesehen werden, wenn unter Berücksichtigung der Erklärungen gemäß § 25 Absatz 1 konkrete Anhaltspunkte bestehen, dass die Fortführung des Krankenhauses und seiner Standorte aus wirtschaftlichen Gründen in Frage steht. Dies ist in der Regel gegeben, wenn ein Insolvenzverfahren eröffnet worden ist oder bevorsteht. Die Krankenhäuser sind verpflichtet, auf Anforderung der Bewilligungsbehörde zur Prüfung des Sachverhaltes weitere Unterlagen und Gutachten zur Verfügung zu stellen.“

- c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 wird die Angabe „standortübergreifend“ durch die Angabe „krankenhausübergreifend“ ersetzt.
  - bb) In Satz 2 Nummer 1 wird die Angabe „Krankenhausstandort“ durch die Angabe „Krankenhaus“ ersetzt.
  - cc) In Satz 2 Nummer 2 wird die Angabe „Krankenhausstandortes“ durch die Angabe „Krankenhauses“ ersetzt.
5. § 25 Absatz 1 Nummer 2 wird durch die folgende Nummer 2 ersetzt:
- „2. zur Prüfung konkreter Anhaltspunkte nach § 22 Absatz 3 zusammenfassende Aussagen zu
- a) der Entwicklung der Vermögens- und Ertragslage sowie der Liquidität des Krankenhauses,
  - b) den Ursachen eines eventuell in der Gewinn- und Verlustrechnung ausgewiesenen Fehlbetrages (einschließlich verlustbringender Geschäfte und deren Ursachen),
  - c) der wirtschaftlichen Lage des Krankenhauses sowie
  - d) der Fortführungsprognose, soweit es einer solchen im Rahmen der pflichtgemäßen Jahresabschlussprüfung bedarf.“
6. In § 26 Absatz 3 Satz 3 Nummer 4 wird nach der Angabe „Wirtschaftsprüfers“ die Angabe „über die Prüfung der zweckentsprechenden, sparsamen und wirtschaftlichen Verwendung der Fördermittel“ eingefügt.
7. In § 28 Satz 1 wird nach der Angabe „§ 3 Absatz 3“ die Angabe „Satz 1“ eingefügt.

Zur Begründung des Antrages stellten die Fraktionen der SPD und Die Linke dar, dass die Umstellung auf eine Investitionspauschale auch dem Zweck diene, die Krankenhausfinanzierung zu vereinfachen und den Verwaltungsaufwand zu reduzieren. Eine Umstellung auf eine standortbezogene Mittelvergabe könnte dem Zweck zuwiderlaufen, da sie mit einem erhöhten Verwaltungsaufwand verbunden sei, der nicht notwendig erscheine, da die Krankenhäuser die Mittel ohnehin standortübergreifend einsetzen könnten. Vor diesem Hintergrund sei eine Umstellung auf eine standortbezogene Finanzierung weder sachlich erforderlich noch zweckmäßig. Die Änderung stelle sicher, dass die Investitionspauschale an die in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser ausgezahlt werde. Zur Sicherstellung des nachhaltigen und damit wirtschaftlichen Einsatzes der Haushaltsmittel solle von der Auszahlung der Investitionspauschale abgesehen werden, wenn die Existenz des Krankenhauses aufgrund seiner wirtschaftlichen Verhältnisse gefährdet sei. Im Ausnahmefall einer erheblichen wirtschaftlichen Schieflage u. a. bei einer bestehenden oder drohenden Insolvenz werde das Krankenhaus kaum Investitionen tätigen können und der Fortbestand des Krankenhauses sei unsicher. Insoweit bestehe hier auch kein Anspruch auf Investitionsförderung durch das Land. Die Rechtsfolge liege jedoch im Ermessen des für Gesundheit zuständigen Ministeriums. Sollten Investitionen zwingend, trotz der prekären wirtschaftliche Lage des Krankenhauses, notwendig sein, um den Betrieb des Krankenhauses und die Versorgung der Bevölkerung abzusichern, dürfe die Investitionspauschale dennoch ganz oder teilweise ausgezahlt werden.

Dies müsse durch das für Gesundheit zuständige Ministerium nachvollziehbar begründet werden. Außerdem solle die Möglichkeit bestehen, in Ausnahmefällen unterjährige Abschlagszahlungen für die Investitionspauschale zu schaffen. Da Abschlagszahlungen mit einem erhöhten Verwaltungsaufwand verbunden seien, solle dies jedoch nur in besonders durch das Krankenhaus begründeten Fällen möglich sein. Eine Ausnahme könnte beispielsweise für die Übergangsphase der Umstellung von der Einzelförderung auf die Investitionspauschale möglich erscheinen. Da die Investitionspauschale keinen Einfluss auf die grundsätzliche Liquidität des Krankenhauses habe, sei eine reguläre unterjährige Teilauszahlung nicht notwendig. Die Erklärung der Wirtschaftsprüferin oder des Wirtschaftsprüfers nach § 25 erfordere einen nicht unerheblichen bürokratischen Aufwand. Insofern werde § 25 abgemildert. Die Krankenhausplanungsbehörde werde durch Abforderung dieser Dokumente in die Lage versetzt, zu prüfen, ob das Krankenhaus erhebliche wirtschaftliche Probleme habe.

Diese Informationen seien sowohl im Rahmen der Krankenhausplanung relevant, da die Versorgung der Bevölkerung gewährleistet werden müsse, als auch für die Prüfung, ob die Investitionspauschale im Einzelfall nicht ausgezahlt werden könne. Die Ergänzung sei eine redaktionelle Änderung als Reaktion auf die geänderten Definitionen in § 3 Absatz 3 des Gesetzes. Da eine Veränderung in den Anteilseignern keinen Einfluss auf den Bestand des Bescheides über die Krankenhausförderung habe, weil die juristische Person als Adressat des Bescheides unverändert bleibe, bedürfe es keiner Regelung zu den Fällen des § 3 Absatz 3 Satz 2 und 3.

Der Ausschuss hat dem Antrag mehrheitlich bei Zustimmung der Fraktionen der SPD und Die Linke und Gegenstimmen der Fraktionen der AfD und CDU sowie Enthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zugestimmt.

Der Ausschuss hat mehrheitlich bei Zustimmung der Fraktionen der SPD und Die Linke und Gegenstimmen der Fraktionen der AfD und CDU sowie Enthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN dem Abschnitt 3 mit den beschlossenen Änderungen und im Übrigen unverändert zugestimmt.

#### **Zu Abschnitt 4**

Die Fraktion der AfD hatte beantragt, Abschnitt 4 des Gesetzentwurfes wie folgt zu ändern:

1. § 29 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Pflege, Betreuung und Behandlung sowie die gesamten Betriebsabläufe des Krankenhauses sind der Würde der Patienten sowie ihren Bedürfnissen nach Schonung, Ruhe und einer aktivierenden Genesung anzupassen sowie angemessen zu gestalten.“

- b) Absatz 2 wird durch den folgenden Absatz 2 ersetzt:

„(2) Der Krankenhausträger ist seinem Versorgungsauftrag entsprechend zur Aufnahme und Versorgung von Patientinnen und Patienten verpflichtet, soweit diese der Versorgung gemäß § 39 Absatz 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bedürfen. Die Verpflichtung zur Aufnahme besteht im Rahmen der verfügbaren personellen, technischen und strukturellen Kapazitäten. Die Krankenhausträger haben eine ihrer Aufgabenstellung entsprechende Dienst- und Aufnahmebereitschaft sicherzustellen. Die Pflichten zur Notfallversorgung nach § 40 bleiben unberührt.“

2. § 30 Absatz 7 wird gestrichen.

3. § 31 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 wird die Angabe „durch geeignete Fachkräfte“ gestrichen.

- b) Absatz 4 wird durch den folgenden Absatz 4 ersetzt:

„(4) Die Krankenhauseelsorge sowie die Seelsorge von Religionsgemeinschaften bleiben unangetastet. Unabhängig von der Zugehörigkeit zu einer Religions- oder Weltanschauungsgemeinschaft ist zu gewährleisten, dass das Recht auf Seelsorge im Krankenhaus wahrgenommen werden kann. Zur seelsorgerlichen Betreuung zählen auch Gottesdienste und religiöse Veranstaltungen. Hierfür stellt der Krankenhausträger angemessene Räumlichkeiten zur Verfügung. Die durch die Bereitstellung dieser Räumlichkeiten entstehenden einmaligen oder laufenden Kosten werden durch das Land Mecklenburg-Vorpommern getragen. Das Nähere regelt eine Rechtsverordnung.“

4. § 32 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „für die Dauer ihrer Wahlperiode“ gestrichen.

- b) Absatz 2 wird durch den folgenden Absatz 2 ersetzt:

„(2) Die Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher müssen natürliche Personen sein und über geeignete Kenntnisse und Erfahrungen im Gesundheits- oder Sozialwesen verfügen. Die Tätigkeit ist unabhängig; Weisungen durch Dritte sind ausgeschlossen. Eine Bestellung ist ausgeschlossen, wenn Interessenkonflikte bestehen, etwa durch Leitungsfunktionen beim Krankenhausträger. Ein Beschäftigungsverhältnis beim Krankenhaus steht einer Bestellung nicht grundsätzlich entgegen, sofern die Unabhängigkeit gewährleistet ist. Die bestellten Personen bleiben bis zur Neubestellung im Amt. Abberufungen sind nur aus wichtigem Grund zulässig.“

- c) Die Absätze 5 und 6 werden durch die folgenden Absätze 5 und 6 ersetzt:

„(5) Die Patientenfürsprecherin oder der Patientenfürsprecher legt der Stadtvertretung, der Bürgerschaft oder dem Kreistag alle fünf Jahre einen zusammenfassenden Bericht vor. Dem Krankenhaus ist zuvor Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Der Bericht ist dem Krankenhaus und dem zuständigen Ministerium zur Kenntnis zu geben. Eine regelmäßige Evaluation des Instruments durch das Land ist vorzusehen.“

(6) Das Krankenhaus unterstützt die Patientenfürsprecherin oder den Patientenfürsprecher in angemessenem Umfang. 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. Die entstehenden Kosten für Raum, Ausstattung und Information der Patienten sind durch das Land Mecklenburg-Vorpommern zu tragen. 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.“

5. § 33 Absatz 1 und 2 werden durch die folgenden Absätze 1 und 2 ersetzt:

„(1) Die Krankenhäuser sollen im Rahmen ihrer strukturellen Möglichkeiten, zur Aus-, Fort- und Weiterbildung in den Gesundheitsberufen untereinander zusammenarbeiten. Hierzu sollen sie bedarfsorientiert Verbünde mit anderen stationären Einrichtungen bilden. Die Einbeziehung ambulanter Leistungserbringer kann freiwillig erfolgen. 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, sollen vorrangig Koordinierungsaufgaben für die Aus- und Weiterbildung in den Gesundheitsberufen übernehmen können. Diese Aufgaben können auf Antrag auch von anderen geeigneten Krankenhäusern wahrgenommen werden. Für die Übernahme von Koordinierungsaufgaben ist durch das Land ein angemessener finanzieller Ausgleich sicherzustellen.

(2) Soweit dies zur Wahrnehmung berufsrechtlicher Aufsicht erforderlich ist, informieren die Krankenhäuser die jeweils zuständige Kammer der Heilberufe über mögliche schwerwiegende Verstöße gegen Berufspflichten. Eine direkte Übermittlung an Landesbehörden erfolgt nicht. Die datenschutzrechtlichen Vorgaben und Mitwirkungsrechte der Patientinnen und Patienten bleiben unberührt.“

6. In § 39 Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „hat sicherzustellen“ durch die Angabe „kann darauf hinwirken“ ersetzt.

Die Fraktion der AfD hat zu § 29 des Gesetzentwurfes erklärt, dass die wiederholte Verpflichtung zu „geschlechtersensibler und diskriminierungsfreier Forschung“ sowie zur Berücksichtigung der „geschlechtlichen Selbstbestimmung“ im medizinischen Kontext weder präzise noch objektiv sei. Forschung und Versorgung müssten sich an medizinischer Notwendigkeit und wissenschaftlicher Evidenz orientieren – nicht an soziopolitischen Konzepten. Es sei betont, dass die derzeitige Formulierung in § 30 Absatz 7 vorsehe, dass Krankenhäuser auf eine flächendeckende Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen hinwirken sollten. Dies stehe im Widerspruch zum Neutralitätsgebot staatlicher Einrichtungen. Zu § 31 des Gesetzentwurfes sei angemerkt, dass durch die Kostenübernahme des Landes sichergestellt werde, dass durch die Bereitstellung der Krankenhauseelsorge sowie der Seelsorge von Religionsgemeinschaften keine wirtschaftliche Belastung für die Krankenhäuser entstünden. Die Klarstellungen in § 32 zur Bestellung (statt Wahl) sowie zur möglichen Beschäftigung von Krankenhauspersonal als Fürsprecher schufen mehr Flexibilität.

Die Übernahme der durch Ausstattung und Information entstehenden Kosten durch das Land stärke die Unabhängigkeit des Amtes. Die Verlängerung des Berichtsrythmus auf fünf Jahre reduziere unnötige Bürokratie. Die ursprünglich in § 33 niedergelegte verpflichtende Bildung von Aus- und Weiterbildungsverbänden werde flexibilisiert. Die freiwillige Beteiligung, insbesondere ambulanter Leistungserbringer, fördere Kooperation ohne Überforderung. Die Übertragung von Koordinierungsaufgaben bleibe möglich, werde aber an eine Finanzierung durch das Land geknüpft. Die Pflicht zur Meldung berufsrechtlicher Verstöße werde auf die zuständigen und unabhängigen Kammern beschränkt.

Die vorgeschriebene personelle Ausstattung jedes Krankenhauses mit einer „ausreichenden Zahl“ an Stationsapothekern werde insbesondere für kleinere Einrichtungen zur Belastung. Die pauschale Verpflichtung ignoriere strukturelle Unterschiede und den Ressourcenmangel im ländlichen Raum. Der Änderungsantrag schaffe mit einer „Kann“-Regelung die Möglichkeit, Apothekenberatung bedarfsgerecht und effizient dort einzusetzen, wo sie medizinisch sinnvoll und wirtschaftlich realisierbar sei.

Der Ausschuss hat den Antrag mehrheitlich bei Zustimmung der Fraktion der AfD und Gegenstimmen der Fraktionen der SPD, CDU, Die Linke und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN abgelehnt.

Die Fraktion der CDU hatte beantragt, Abschnitt 4 des Gesetzentwurfes wie folgt zu ändern:

1. In § 29 Absatz 2 Satz 1 wird nach der Angabe „Patienten“ die Angabe „im Rahmen verfügbarer Kapazitäten“ eingefügt.
2. § 30 wird wie folgt geändert:
  - a) Nach Absatz 3 Satz 2 wird der folgende Satz eingefügt:

„Die Kostenübernahme der Begleitperson ist im Bedarfsfall landesseitig sicherzustellen.“
  - b) Absatz 7 wird gestrichen.
3. § 31 wird wie folgt geändert:
  - a) In Absatz 1 wird die Angabe „durch geeignete Fachkräfte“ gestrichen.
  - b) Nach Absatz 4 Satz 4 wird der folgende Satz eingefügt:

„Die Kostenübernahme ist im Bedarfsfall landesseitig sicherzustellen.“
4. § 32 wird wie folgt geändert:
  - a) In Absatz 2 Satz 3 wird die Angabe „gewählten“ durch die Angabe „bestellten“ ersetzt.
  - b) Nach Absatz 7 wird der folgende Absatz 8 eingefügt:

„(8) Das Amt der Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher und deren Wirkung wird nach fünf Jahren nach Inkrafttreten des Gesetzes evaluiert.“

5. § 33 Absatz 2 wird gestrichen.
6. § 34 Absatz 2 und 3 wird gestrichen.
7. Die §§ 36 und 37 werden gestrichen.
8. § 38 wird durch den folgenden § 36 ersetzt:

**„§ 36  
Arzneimittelkommission**

(1) Jeder Krankenhausträger hat eine Arzneimittelkommission zu bilden. Krankenhäuser, zwischen denen ein Versorgungsvertrag nach § 14 des Apothekengesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 15. Oktober 1980 (BGBl. I S. 1993) besteht, können eine gemeinsame Arzneimittelkommission bilden.

(2) Die Arzneimittelkommission hat die Aufgabe,

- a) eine Liste der im Krankenhaus üblicherweise verwendeten Arzneimittel unter besonderer Berücksichtigung ihrer Qualität und Wirtschaftlichkeit zu erstellen,
- b) das Krankenhauspersonal in Fragen der Arzneimittelversorgung zu beraten und zu informieren. Dabei sollen entsprechend § 115c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auch Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung beim Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung berücksichtigt werden.

(3) Die Arzneimittelkommission ist über alle im Krankenhaus zur Anwendung kommenden Arzneimittel, die nicht in der Liste erfasst sind, zu unterrichten. Sie ist vor der Durchführung klinischer Prüfungen von Arzneimitteln zu informieren. Nebenwirkungen von Arzneimitteln, die nach Art und Umfang über das gewöhnliche Maß hinausgehen, sind der Arzneimittelkommission unverzüglich zu melden.“

9. § 39 wird gestrichen.
10. Die §§ 40 bis 58 werden zu den §§ 37 bis 54.

Die Fraktion der CDU hat zur Begründung des Antrages auf die Stellungnahmen der Landeskrankengesellschaft Mecklenburg-Vorpommern und der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern verwiesen.

Der Ausschuss hat diesen Antrag mehrheitlich bei Zustimmung der Fraktion der CDU und Gegenstimmen der Fraktionen der SPD und Die Linke sowie Enthaltung der Fraktionen der AfD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN abgelehnt.

Die Fraktionen der SPD und Die Linke hatten hinsichtlich des Abschnittes 4 des Gesetzesentwurfes folgende Änderungen beantragt:

1. Nach § 29 Absatz 4 Satz 3 wird der folgende Satz eingefügt:

„Bei Lese- oder Verständnisproblemen soll das Krankenhaus zudem Unterstützung ermöglichen.“

2. § 30 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:

„(1) Die Krankenhäuser ergreifen geeignete Maßnahmen auf Grundlage diesbezüglich existierender strategischer Ziele, die mit der Bundesregierung oder der Landesregierung konsentiert sind, um den Bedürfnissen und davon abgeleiteten Bedarfen von Frauen und Familien vor, während und nach der Geburt ihres Kindes Rechnung zu tragen. Insbesondere sollen die Maßnahmen dazu beitragen, die Geburt möglichst interventionsarm zu gestalten, um eine physiologische Geburt zu ermöglichen. Das Selbstbestimmungsrecht der Frau muss während der Geburt gewahrt werden. Familien sind nach der Geburt ihres Kindes auf Hebammenbetreuung, Angebote der Wochenpflege sowie Beratungsangebote insbesondere aus dem Bereich der Frühen Hilfen hinzuweisen oder auf Wunsch der Patientin zu vermitteln. Krankenhausträger sollen mit Familienhebammen und Familien-, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pflegern zusammenarbeiten oder können eigene Familienhebammen und Familien-, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger vorhalten.“

b) In Absatz 2 Satz 2 wird die Angabe „und“ durch die Angabe „oder“ ersetzt.

3. § 32 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „ihrer Wahlperiode“ durch die Angabe „der Wahlperiode ihrer Kreistage und Stadtvertretungen“ ersetzt.

b) In Absatz 2 Satz 2 wird die Angabe „Gewählt“ durch die Angabe „Bestimmt“ ersetzt.

4. In § 38 Absatz 2 Satz 1 wird nach der Angabe „Apotheke,“ die Angabe „eine Stationsapothekerin oder ein Stationsapotheker,“ eingefügt.

5. § 39 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 wird durch die folgenden Nummern 1 und 2 ersetzt:

„1. die Durchführung geeigneter Maßnahmen, um sicherzustellen, dass die für Patientinnen und Patienten vorgesehenen Medikamente auf Wechselwirkungen, Risiken und Nebenwirkungen sowie auf risikoärmere Alternativen geprüft werden und die Medikamentenstellung sicher erfolgt,

2. die Durchführung geeigneter Maßnahmen, um sicherzustellen, dass bei Aufnahme und Entlassung von Patientinnen und Patienten geprüft wird, inwieweit der Medikationsplan anzupassen ist,“.

b) Absatz 3 wird durch den folgenden Absatz 3 ersetzt:

„(3) Die Stationsapothekerinnen und Stationsapotheker unterstehen fachlich der Leitung der Krankenhausapotheke. Verfügt das Krankenhaus nicht über eine eigene Krankenhausapotheke, so soll die Sicherstellung der Aufgaben den Absätzen 1 und 2 im Vertrag nach § 14 Absatz 3 oder 4 des Apothekergesetzes mit der krankenhausversorgenden Apotheke geregelt werden.“

c) Nach Absatz 3 wird der folgende Absatz 4 eingefügt:

„(4) Zur Stationsapothekerin oder zum Stationsapotheker sollten nur Personen bestimmt werden, welche die Weiterbildung im Fachgebiet Klinische Pharmazie abgeschlossen oder bereits begonnen haben.“

Die Fraktionen der SPD und Die Linke haben zur Begründung des Antrages angeführt, dass die eingefügte Norm die Maßgaben im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention vervollständige. Abweichungen vom Selbstbestimmungsrecht der Frau seien in keinem Szenario hinnehmbar. Insofern könne in dem entsprechenden Satz nur eine Muss-Bestimmung formuliert werden. Die Änderung habe klarstellenden Charakter. Sie stelle sicher, dass die Voraussetzungen nicht kumulativ, sondern alternativ zu verstehen seien. Es genüge, wenn das Krankenhaus entweder bei Schwangeren, Gebärenden oder Familien einen Unterstützungsbedarf erkenne. Die ersetzende Angabe im Antrag diene der Konkretisierung des vorgesehenen Zeitraumes. Die Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher seien nach den Bestimmungen dieses Gesetzes nicht gewählt, sondern durch die Landkreise und kreisfreien Städte 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 bestellt. Dieser Regelung sollte der Gesetzentwurf sprachlich Rechnung tragen. Der Entwurf regle die Mitglieder der Arzneimittelkommission und deren Leitung. Die Beteiligung eines Stationsapothekers sei dabei die sinnvolle Ergänzung zur ärztlichen und pflegerischen Sichtweise. Die Vertretung eines Stationsapothekers als stimmberechtigtes Mitglied der Arzneimittelkommission sei hierfür ausreichend, da dieser als qualifizierter Repräsentant des pharmazeutischen Teams fungiere. Dies wahre Effizienz in der Gremienarbeit und fördere klare Kommunikationsstrukturen. Die Größe der Kommission sei zur Erleichterung der Arbeitsprozesse angepasst worden. Ein Krankenhausapotheker müsse nicht persönlich die ordnungsgemäße Medikation für jeden einzelnen Patienten überwachen. Vielmehr sollte er organisatorische Maßnahmen zur Qualitätssicherung einführen, die sicherstellten, dass für jeden Patienten eine Überprüfung der Medikation stattfinde. Hierzu könnten z. B. auch technische Hilfsmittel eingesetzt werden. Die Medikamentenbereitstellung sei eine der größten Fehlerquellen bei der Medikation in Krankenhäusern. Daher sollte für eine bessere Patientensicherheit auch hier eine qualitätssichernde organisatorische Überwachung durch die Stationsapothekerin oder den Stationsapotheker erfolgen. Wenn eine Patientin oder ein Patient bereits vor der Aufnahme in ein Krankenhaus Medikamente einnehme und/oder nach der Entlassung weiter Medikamente benötige, müsse sichergestellt sein, dass eine ordnungsgemäße Anpassung der Medikation erfolge. Für eine gute Patientenversorgung sei es nicht ausreichend, nur bei Aufnahme in das Krankenhaus den Medikationsplan des Patienten anzupassen. Auch bei der Entlassung müsse sichergestellt sein, dass der Medikationsplan für das häusliche Umfeld oder das Pflegeheim angepasst werde.

Dies sei im Rahmen des Entlassmanagements durchzuführen. Stationsapotheker sollten nicht Teil des Personals auf den Stationen sein, sondern organisatorisch der fachlichen Leitung der Krankenhausapothekende unterstehen. Sie sollten ausschließlich über Krankenhausapotheken oder über Vertragspartner nach § 14 Absatz 3 und 4 des Apothekengesetzes sichergestellt werden, da dies eine rechtlich geregelte, qualitativ gesicherte und dauerhaft verlässliche Arzneimittelberatung im Krankenhaus gewährleiste. Aufgaben und Verpflichtungen der Krankenhausversorgung (inklusive des Vorhandenseins von ausreichend Personal) seien durch das Apothekengesetz und die Apothekenbetriebsordnung verbindlich geregelt. Diese sähen konkret vor, dass pharmazeutische Information und Logistik zusammengehörten. Insofern sollte die Bereitstellung eines Stationsapothekers nur über die bewährten Strukturen der Krankenhausapothekende oder der krankenhausesorgenden Apothekende erfolgen, um eine weitreichende Kontrolle und Weisungsbefugnis des Apothekers sicherzustellen. Ebenso werde die notwendige persönliche Qualifizierung eines Stationsapothekers, um den komplexen Anforderungen an die Arzneimitteltherapiesicherheit im klinischen Alltag zu entsprechen, geregelt. Ziel der Weiterbildung sei die Vertiefung des pharmazeutischen Wissens im klinischen Kontext hinsichtlich sicherer und effektiver Arzneimitteltherapie im Krankenhaus unter Berücksichtigung rechtlicher, mikrobiologischer und hygienischer Aspekte sowie die Vermittlung von Fähigkeiten in der interdisziplinären Zusammenarbeit. Das pharmazeutische Basiswissen des Pharmaziestudiums werde den komplexen Anforderungen oft nicht gerecht, um die schnellen, sicheren und individualisierten Arzneimittelentscheidungen treffen zu können, die der Klinikalltag erfordere. Die Weiterbildung in Klinischer Pharmazie befähige Apothekerinnen und Apotheker für die interprofessionelle Zusammenarbeit im Krankenhaus und stelle vertieftes Wissen hinsichtlich wirksamer und wirtschaftlicher Arzneimitteltherapie sicher.

Der Ausschuss hat dem Antrag mehrheitlich bei Zustimmung der Fraktionen der SPD und Die Linke und Gegenstimmen der Fraktionen der AfD und CDU sowie Enthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zugestimmt.

Der Ausschuss hat mehrheitlich bei Zustimmung der Fraktionen der SPD und Die Linke und Gegenstimmen der Fraktionen der AfD und CDU sowie Enthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN dem Abschnitt 4 mit den beschlossenen Änderungen und im Übrigen unverändert zugestimmt.

#### **Zu Abschnitt 5**

Die Fraktion der AfD hatte beantragt, Abschnitt 5 des Gesetzentwurfes wie folgt zu ändern:

1. § 41 Absatz 3 Satz 2 bis 4 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Das für Gesundheit zuständige Ministerium kann durch Rechtsverordnung Regelungen zu den genannten oder weiteren organisatorischen und operativen Maßnahmen treffen. Dabei ist sicherzustellen, dass der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit gewahrt bleibt und Eingriffe in die Rechte der Krankenhausträger und Patienten nur erfolgen, soweit dies zur konkreten Gefahrenabwehr unabdingbar ist. Die Verarbeitung personenbezogener Daten, insbesondere besonderer Kategorien personenbezogener Daten im Sinne des Artikels 9 der Datenschutz-Grundverordnung, darf nur erfolgen, wenn dies zwingend zur Erfüllung einer spezifischen Maßnahme nach Satz 1 erforderlich ist. Eine automatisierte Weiterleitung oder Zusammenführung mit anderen Datenbanken bedarf einer ausdrücklichen gesetzlichen Grundlage.“

Die Ermächtigung durch Rechtsverordnung kann auch vorsehen, dass in besonderen Gefahrenlagen bestimmte, für die Gefahrenabwehr relevante Daten über eine geschützte IT-Fachanwendung bereitgestellt werden. Dies betrifft ausschließlich aggregierte Angaben wie z. B. den Intensivbettenbestand oder verfügbares Fachpersonal und darf nur erfolgen, soweit es zur Gefahrenabwehr zwingend erforderlich ist. Die Erhebung und Übermittlung sensibler Daten wie Infektionsstatus, Kontaktdaten oder die Benennung von Funktionsträgern bedarf einer ausdrücklichen Zustimmung des betroffenen Krankenhauses und ist auf den Zeitraum der konkreten Gefahrenlage beschränkt.

Form, Inhalt und Umfang der Datenerhebung sowie Meldeempfänger und Meldeturnus dürfen nur in enger Abstimmung mit den Krankenhausträgern und unter Einbindung des Landtages festgelegt werden. Jede Rechtsverordnung nach diesem Absatz tritt spätestens sechs Monate nach ihrem Inkrafttreten außer Kraft, sofern sie nicht durch ausdrücklichen Parlamentsbeschluss verlängert wird.“

2. § 44 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Diese Anordnungen bedürfen der vorherigen Zustimmung des Landtages, sofern ihre Geltung länger als 14 Tage andauert. Sie sind zeitlich zu befristen; eine Verlängerung ist zulässig, soweit die außergewöhnliche Gesundheitsnotlage weiterhin vorliegt, und bedarf der Zustimmung des Landtages.“

b) Absatz 2 Nummer 6 wird gestrichen.

c) Die Absätze 3 und 4 werden durch die folgenden Absätze 3 und 4 ersetzt:

„(3) Das für Gesundheit zuständige Ministerium kann Befugnisse nach Absatz 2 Nummer 1 bis 4 zur regionalen und überregionalen Koordinierung des Betriebes der Krankenhäuser für einen Zeitraum von höchstens 14 Tagen einzelnen Krankenhäusern oder geeigneten, öffentlich benannten, ärztlichen Beauftragten mit einschlägiger Erfahrung im Krankenhausbereich übertragen. Die Benennung geeigneter ärztlicher Beauftragter erfolgt im Einvernehmen mit der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern und ist dem Landtag unverzüglich anzuzeigen. Wird der Zeitraum von 14 Tagen überschritten, bedarf es der Zustimmung durch den Landtag. Die benannten Krankenhäuser oder ärztlichen Beauftragten können auch zur Vorbereitung konkreter Aufbau- und Ablaufmaßnahmen zur Gefahrenabwehr sowie zur Vorbereitung von Anordnungen nach Absatz 2 hinzugezogen und mit Aufgaben betraut werden.

(4) Anordnungen nach Absatz 1 bis 3 können auch gegenüber Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen ergehen, soweit sie sich unmittelbar auf medizinische Kapazitäten und notfallrelevante Strukturen beziehen. Die Inanspruchnahme von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen darf nur im äußersten Ausnahmefall erfolgen und bedarf der Zustimmung des jeweiligen Trägers. Für die Dauer und den Umfang ihrer Inanspruchnahme gelten diese als in den Krankenhausplan aufgenommen.“

Die Fraktion der AfD hat zur Begründung des Antrages erklärt, dass eine zeitliche Begrenzung sowie eine stärkere parlamentarische Kontrolle notwendig seien, um einer Aushöhlung des Datenschutzes und des Selbstverwaltungsprinzips entgegenzuwirken. Der Änderungsantrag formuliere daher den Dateneinsatz restriktiver und betone das Verhältnismäßigkeitsprinzip. Die bisherige Vorschrift in § 44 des Gesetzentwurfes räume dem Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport nahezu unbegrenzte Macht zur Steuerung der Krankenhäuser ein. Der Änderungsantrag führe einen Parlamentsvorbehalt ein. Nur mit Zustimmung des Landtages dürften Maßnahmen länger als 14 Tage bestehen bleiben.

Die Streichung der IT-Zwangsnutzung verhindere übergriffige Digitalisierungsmaßnahmen im Krisenmodus. Die gesetzlich nicht definierte Rolle ärztlicher Beauftragter werde ebenfalls neu gefasst, um politische Einflussnahme zu verhindern.

Der Ausschuss hat diesen Antrag mehrheitlich bei Zustimmung der Fraktion der AfD und Gegenstimmen der Fraktionen der SPD, CDU, Die Linke und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN abgelehnt.

Die Fraktion der CDU hatte beantragt, Abschnitt 5 des Gesetzentwurfes wie folgt zu ändern:

1. § 40 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Nummer 1 wird das Wort „(Notaufnahme“) gestrichen.

b) Nach Absatz 2 Satz 1 wird der folgende Satz eingefügt:

„In Ausnahmefällen ist auch eine vom Versorgungsauftrag abweichende Anschlussversorgung möglich.“

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 2 wird der folgende Satz eingefügt:

„Näheres zur Finanzierung regelt eine entsprechende Vereinbarung.“

bb) Der neue Satz 4 wird gestrichen.

d) Absatz 4 wird durch den folgenden Absatz 4 ersetzt:

„(4) Für den Fall, dass das Behandlungskapazitätenachweis- und Zuweisungssystem für die Notfallversorgung und den Massenansturm von Verletzten nach der Notfallzuweisungsverordnung ausfällt, erarbeiten die Landesbehörden, Rettungsdienste und Krankenhäuser vorsorglich eine Notfallstruktur.“

2. § 41 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1 Satz 3 wird der folgende Satz eingefügt:

„In Bezug auf Satz 3 können Ausnahmen für Zweigstandorte, Fachkliniken und kleine Krankenhäuser gelten.“

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Näheres regelt das Gesetz.“

bb) Die Sätze 3 und 4 werden gestrichen.

c) Absatz 4 Satz 2 wird gestrichen.

d) Absatz 5 Satz 2 wird gestrichen.

3. § 42 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 2 wird gestrichen.

b) In Absatz 2 Nummer 1 wird die Angabe „jährlich“ durch die Angabe „dreijährlich“ ersetzt.

4. § 43 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 2 wird nach der Angabe „Bevorratung“ die Angabe „und landesseitigen Gegenfinanzierung“ eingefügt.

b) In Absatz 3 Nummer 1 wird nach der Angabe „von“ die Angabe „24 Stunden, perspektivisch von 72 Stunden“ eingefügt.

c) In Absatz 3 Satz 3 wird die Angabe „zwei“ durch die Angabe „fünf“ ersetzt.

Die Fraktion der CDU hat zur Begründung des Antrages auf die Stellungnahmen der Landeskrankenhausesgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern und der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern verwiesen.

Der Ausschuss hat diesen Antrag bei Zustimmung der Fraktion der CDU und Gegenstimmen der Fraktionen der SPD und Die Linke sowie Enthaltung der Fraktionen der AfD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN abgelehnt.

Die Fraktionen der SPD und Die Linke hatten hinsichtlich des Abschnittes 5 des Gesetzentwurfes folgende Änderungen beantragt:

1. § 41 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 8 wird die Angabe „Personalmangel.“ durch die Angabe „Personalmangel,“ ersetzt.

bb) Nach Nummer 8 wird die folgende Nummer 9 eingefügt:

„9. Ausfall der Basisversorgung nach § 43 Absatz 3.“.

b) Absatz 3 Satz 2 bis 4 wird gestrichen.

c) Nach Absatz 6 wird der folgende Absatz 7 eingefügt:

„(7) Das für Gesundheit zuständige Ministerium wird ermächtigt, darüber hinaus Näheres zu den genannten oder weiteren organisatorischen und operativen Maßnahmen durch Rechtsverordnung zu regeln. Dies kann auch die Bereitstellung von diesbezüglichen Daten über eine IT-Fachanwendung umfassen, einschließlich personenbezogener Daten und besonderer Kategorien personenbezogener Daten wie zum Beispiel die Meldung über den Intensivbettenbestand, das verfügbare Personal für Intensivstationen sowie den Infektionsstatus von Patientinnen und Patienten auf Intensivstationen im Krankenhausbereich, oder die Benennung von relevanten Funktionsträgern mit zugehörigen Kontaktdaten im Krankenhausstandort zur Bewältigung von besonderen Gefahrenlagen. Es werden Form, Inhalt, Art und Umfang der Meldung und die Meldeempfängerin oder der Meldeempfänger sowie der Meldeturnus vorgegeben.“

2. § 42 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 2 wird gestrichen.

b) Nach Absatz 4 wird der folgende Absatz 5 eingefügt:

„(5) Das für Gesundheit zuständige Ministerium wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung nähere Regelungen zu erlassen, um weitere Vorgaben zu den Übungen festzulegen.“

3. In § 43 Absatz 2 Satz 1 und 3 wird jeweils die Angabe „den Katastrophenschutz“ durch die Angabe „Inneres“ ersetzt.

4. § 44 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „reguläre“ durch die Angabe „übliche“ ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- aa) In Nummer 5 wird die Angabe „Krankenhäuser und“ durch die Angabe „Krankenhäuser,“ ersetzt.
- bb) In Nummer 6 wird die Angabe „Gefahrenlagen.“ durch die Angabe „Gefahrenlagen und“ ersetzt.
- cc) Nach Nummer 6 wird die folgende Nummer 7 eingefügt:
  - „7. die temporäre Schließung eines Krankenhauses oder eines Krankenhausstandortes.“.

Die Fraktionen der SPD und Die Linke haben zur Antragsbegründung erklärt, dass man die Krankenhäuser verpflichte, Vorsorge zu treffen, damit ein Ausfall wichtiger Basisversorgung kompensiert werden könne und ein Betrieb des Krankenhauses weiter möglich bleibe. Die Vorbereitung auf solche Situationen betreffe nicht nur die technische Vorsorge, sondern mache auch organisatorische Maßnahmen erforderlich.

Die Ergänzung verpflichte daher die Krankenhäuser, der Klarheit halber auch organisatorisch die Abläufe bei solchen Ausfällen in einem Krankenhaus mit einem Alarm- und Einsatzplan zu regeln. Es sei angemerkt, dass die Begrifflichkeit „reguläres Patientenaufkommen“ im allgemeinen Sprachgebrauch suggeriere, dass es sich hierbei um tradierte Verfahren oder Vorschriften handeln könne. Die nunmehr gewählte Begrifflichkeit stelle daher auf übliche Erfahrungswerte und Prognosen ab. In besonderen Gefahrenlagen könne es erforderlich sein, ein Krankenhaus oder einen Krankenhausstandort zu schließen. Auch in diesem Fall müsse eine Entschädigung gemäß § 44 Absatz 5 greifen.

Der Ausschuss hat dem Antrag mehrheitlich bei Zustimmung der Fraktionen der SPD und Die Linke und Gegenstimmen der Fraktionen der AfD und CDU sowie Enthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zugestimmt.

Der Ausschuss hat mehrheitlich bei Zustimmung der Fraktionen der SPD und Die Linke und Gegenstimmen der Fraktionen der AfD und CDU sowie Enthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN dem Abschnitt 5 mit den beschlossenen Änderungen und im Übrigen unverändert zugestimmt.

**Zu Abschnitt 6**

Die Fraktion der AfD hatte beantragt, Abschnitt 6 des Gesetzentwurfes wie folgt zu ändern:

1. § 46 Absatz 3 Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Für die Zwecke des Qualitätsmanagements kann das für Gesundheit zuständige Ministerium abweichend von Artikel 9 Absatz 1 der Datenschutz-Grundverordnung in der Rechtsverordnung auch die Verarbeitung personenbezogener Gesundheitsdaten sowie angemessene und spezifische Maßnahmen zur Wahrung der Rechte und Interessen der betroffenen Personen regeln, sofern dies zur übergreifenden Qualitätsbewertung erforderlich ist. Ein Rückschluss auf einzelne Personen ist auszuschließen. § 47 Absatz 2 Satz 1 und 2 gelten entsprechend.“

2. § 47 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) Die Angabe „Eine Verarbeitung personenbezogener Daten von Patientinnen und Patienten zu einem anderen als in § 46 Absatz 1 genannten Zweck ist nur zulässig, wenn dies“ wird durch die Angabe „Eine Verarbeitung personenbezogener Daten von Patienten zu einem anderen als in § 46 Absatz 1 genannten Zweck ist nur in anonymisierter Form zulässig, wenn dies“ ersetzt.

b) Nummer 8 wird durch die folgende Nummer 8 ersetzt:

„8. zum Zwecke der Prüfung durch akkreditierte Zertifizierungsstellen während des Besuchs des Krankenhauses auf Verlangen, soweit dies zur Wahrnehmung der Aufgaben dieser Stellen erforderlich ist; die Verarbeitung personenbezogener Gesundheitsdaten mit Personenbezug ist ausgeschlossen, sofern nicht eine ausdrückliche und informierte Einwilligung der betroffenen Person vorliegt. Die Einsichtnahme in Patientendaten durch Dritte ist nur zulässig, wenn diese nachweislich einem Berufsgeheimnis oder einer Geheimhaltungspflicht unterliegen, was dem Krankenhaus vor der Einsicht in die Patientenakten nachzuweisen ist. Der Zugriff muss dokumentiert werden.“

3. § 50 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:

„(1) Nach § 46 Absatz 1 erhobene personenbezogene Daten von Patientinnen und Patienten dürfen abweichend von Artikel 9 Absatz 1 der Datenschutz-Grundverordnung in dem Krankenhaus, das die Daten erhoben hat, für Forschungszwecke weiterverarbeitet werden. Voraussetzung dafür ist, dass der Patient schriftlich oder in elektronischer Form ausdrücklich in die Datenverarbeitung eingewilligt hat (Opt-In-Option), basierend auf einer klaren und transparenten Aufklärung, die in verständlicher Sprache verfasst ist und detailliert über Zweck, Umfang und Dauer der Datenverarbeitung sowie über die rechtlichen Hintergründe informiert, oder dass die für das Krankenhaus zuständige Ethikkommission unter Beteiligung der oder des Datenschutzbeauftragten das öffentliche Interesse an der geplanten Übermittlung festgestellt hat, wobei der Begriff ‚öffentliches Interesse‘ klar definiert und begründet werden muss, um Missbrauch zu verhindern.“

„Öffentliches Interesse“ wird auf die wissenschaftliche Forschung zum Wohl der Allgemeinheit und ohne kommerzielle Zielsetzung begrenzt. Die Entscheidungen der Ethikkommission sind transparent zu gestalten und öffentlich zugänglich zu machen. Die Entscheidungsprozesse und die zugrunde liegenden Kriterien müssen dokumentiert und veröffentlicht werden. Überdies muss mindestens eine der nachfolgenden Bedingungen erfüllt sein:

1. Die personenbezogenen Daten der Patienten werden vor der Bereitstellung anonymisiert.
2. Die Bereitstellung personenbezogener Daten der Patienten erfolgt, nachdem eine unabhängige Treuhandstelle, die keinem Interessenkonflikt unterliegt und deren Sitz sich in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum befindet, der ein vergleichbares Datenschutzniveau gewährleistet, diese pseudonymisiert hat und nur die Treuhandstelle in der Lage ist, sie einer natürlichen Person zuzuordnen.
3. Die Datenverarbeitung erfolgt ausschließlich durch die damit beauftragte Person in einem speziell für das jeweilige Forschungsvorhaben vom Krankenhaus bereitgestellten Datenverarbeitungssystem, das von den für die Behandlungsdaten und Verwaltung genutzten Datenverarbeitungssystemen im Krankenhaus getrennt ist und welches den aktuellen technischen Standards für Anonymisierung und Pseudonymisierung entspricht und durch eine Datenschutz-Folgenabschätzung vor der Implementierung geprüft wurde.“

b) Absatz 2 Satz 4 und 5 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Diese Höchstfrist kann nur um weitere fünf Jahre verlängert werden, wenn die Patienten vor Ablauf der Frist aus Satz 3 ausdrücklich über die weitere Speicherung informiert werden und dieser ausdrücklich zustimmen. Nach Ablauf der Frist sind die Daten zu anonymisieren oder zu löschen.“

c) Nach Absatz 3 Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Ethische Leitlinien zur Nutzung von Gesundheitsdaten sind festzulegen und strikt einzuhalten. Der Verkauf von Gesundheitsdaten an Dritte, insbesondere an militärische und ausländisch finanzierte Unternehmen, Pharmakonzerne und im Ausland angesiedelte Krankenhausketten, ist untersagt.“

d) Nach Absatz 4 Satz 3 wird der folgende Satz eingefügt:

„Die Verwendung der Gesundheitsdaten, die Zugriffsrechte und die bestehenden Kontrollmechanismen sind detailliert zu dokumentieren und den Patienten auf Nachfrage offenzulegen.“

e) Nach Absatz 7 Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Die Anonymisierung muss den neuesten technologischen Standards entsprechen und sicherstellen, dass eine Re-Identifizierung der Daten ausgeschlossen ist, insbesondere im Kontext fortschrittlicher Technologien wie KI und Big Data. Regelmäßige Überprüfungen und Anpassungen der Anonymisierungsverfahren sind vorzusehen.“

4. § 51 Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:

„(1) Die Übermittlung von personenbezogenen Daten der Patientinnen und Patienten ist abweichend von Artikel 9 Absatz 1 der Datenschutz-Grundverordnung an andere Verantwortliche nur zulässig, wenn der Patient schriftlich oder in elektronischer Form ausdrücklich in die Datenverarbeitung eingewilligt hat (Opt-In-Option), basierend auf einer klaren und transparenten Aufklärung, die in verständlicher Sprache verfasst ist und detailliert über Zweck, Umfang und Dauer der Datenverarbeitung sowie über die rechtlichen Hintergründe informiert, oder dass die für das Krankenhaus zuständige Ethikkommission unter Beteiligung der oder des Datenschutzbeauftragten das öffentliche Interesse an der geplanten Übermittlung festgestellt hat, wobei der Begriff ‚öffentliches Interesse‘ klar definiert und begründet werden muss, um Missbrauch zu verhindern. ‚Öffentliches Interesse‘ wird auf die wissenschaftliche Forschung zum Wohl der Allgemeinheit und ohne kommerzielle Zielsetzung begrenzt. Die Entscheidungen der Ethikkommission sind transparent zu gestalten und öffentlich zugänglich zu machen. Die Entscheidungsprozesse und die zugrunde liegenden Kriterien müssen dokumentiert und veröffentlicht werden. Überdies muss mindestens eine der nachfolgenden Bedingungen erfüllt sein:

1. Die personenbezogenen Daten der Patienten werden vor der Übermittlung anonymisiert.
2. Die Übermittlung erfolgt, nachdem eine unabhängige Treuhandstelle, die keinem Interessenkonflikt unterliegt und deren Sitz sich in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum befindet, der ein vergleichbares Datenschutzniveau gewährleistet, diese pseudonymisiert hat und nur die Treuhandstelle in der Lage ist, sie einer natürlichen Person zuzuordnen.
3. Das Krankenhaus hat die personenbezogenen Daten der Patientinnen und Patienten vor der Übermittlung pseudonymisiert oder, soweit dies nicht möglich ist, insbesondere bei Patientendaten aus bildgebenden Verfahren, bei Biomaterialien oder genetischen Daten, angemessene technische und organisatorische Maßnahmen getroffen, die die Herstellung eines Personenbezugs durch den Empfänger verhindern.“

5. § 54 wird wie folgt geändert:

- a) Nach Absatz 4 wird der folgende Absatz 5 eingefügt:

„(5) Es wird ein voraussetzungsloses Widerspruchsrecht eingeführt, das sicherstellt, dass personenbezogene Daten nicht zum Anlernen einer KI genutzt werden dürfen, wenn ein Widerspruch eingelegt wurde. Das Krankenhaus muss die Patienten umfassend über dieses Widerspruchsrecht informieren.“

- b) Der bisherige Absatz 5 wird zu Absatz 6.

Die Fraktion der AfD hat bei der Begründung des Antrages herausgestellt, dass die Formulierung in § 46 Absatz 3 Satz 3 des Gesetzentwurfes es dem Ministerium ermögliche, per Rechtsverordnung die Verarbeitung sensibler Gesundheitsdaten zu steuern. Dies schaffe die Möglichkeit für tiefgreifende Eingriffe ohne konkrete gesetzliche Grundlage. Der Änderungsantrag fordere hier eine Verpflichtung zur Pseudonymisierung. Eine personenbezogene Verarbeitung dürfe nur nach ausdrücklicher Einwilligung oder bei zwingender gesetzlicher Grundlage erfolgen. Transparenz und Schutz der Patientenrechte müssten Vorrang haben.

Der Änderungsantrag fordere hinsichtlich des § 47 des Gesetzentwurfes die Streichung unklarer Passagen und ein durchsetzbares Widerspruchsrecht. Die Transparenz bei Datenverarbeitung müsse ebenso gewährleistet sein wie die Vertraulichkeit. § 50 des Gesetzentwurfes erlaube eine Verarbeitung von Patientendaten zu Forschungszwecken, ohne hinreichende Schutzmechanismen für die betroffenen Personen sicherzustellen. Die aktuelle Regelung sehe zwar die Zustimmung der Patienten grundsätzlich vor, öffne aber zugleich Spielräume für Ausnahmen – etwa bei „unzumutbarem Aufwand“. Eine klarere Definition der Zumutbarkeit sowie ein verpflichtender Einsatz datensparender Verfahren (z. B. Pseudonymisierung) seien notwendig, um dem Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung Rechnung zu tragen. Die Regelungen in § 51 des Gesetzentwurfes zur Einwilligung seien formal korrekt, gingen aber zu wenig auf die tatsächliche Informationslage der Betroffenen ein. Es brauche eine konkretisierte Aufklärungspflicht, die über rein formale Einwilligungen hinausgingen – insbesondere bei langfristigen oder multiplen Forschungszwecken. Zudem fehle eine wirksame Kontrolle der Einwilligungsprozesse. Der Gesetzgeber müsse hier die Patientenrechte gegenüber datenverarbeitenden Stellen stärken. Die Einrichtung eines zentralen Forschungsdatenzentrums nach § 54 des Gesetzentwurfes könne ein sinnvoller Baustein für wissenschaftlichen Fortschritt sein. Allerdings fehlten im Gesetz jegliche Verpflichtung zur technischen und organisatorischen Absicherung der übermittelten Daten sowie zur Kontrolle durch unabhängige Stellen. Auch ein verpflichtender Nachweis des öffentlichen Interesses an einem Forschungsvorhaben vor Datenfreigabe fehle. Diese Lücken könnten Missbrauchspotenzial bergen und das Vertrauen in die Forschung untergraben.

Der Ausschuss hat diesen Antrag mehrheitlich bei Zustimmung der Fraktion der AfD und Gegenstimmen der Fraktionen der SPD, CDU, Die Linke und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN abgelehnt.

Die Fraktionen der SPD und Die Linke hatten folgende Änderungen hinsichtlich des Abschnittes 6 des Gesetzentwurfes beantragt:

In § 50 Absatz 5 Satz 1 wird die Angabe „§ 51 Absatz 1 Nummer 1“ durch die Angabe „§ 51 Absatz 1 Nummer 2“ ersetzt.

Die Fraktionen der SPD und Die Linke haben zur Begründung ausgeführt, dass es bei diesem Antrag um die redaktionelle Korrektur eines fehlerhaften Verweises gehe. Es sei angemerkt worden, dass nach vollständiger Anonymisierung der Daten gemäß § 51 Absatz 1 Nummer 1 LKHG M-V die einzelne Patientin oder der einzelne Patient der Übermittlung nicht mehr widersprechen könne. Es sei nach der vollständigen Anonymisierung nicht mehr möglich, die Daten einzelner Personen zu erkennen, zu isolieren und aus dem Datensatz zu entfernen. Dies sei nur möglich, wenn die Daten gemäß § 51 Absatz 1 Nummer 2 und 3 pseudonymisiert worden seien.

Der Ausschuss hat dem Antrag mehrheitlich bei Zustimmung der Fraktionen der SPD und Die Linke und Gegenstimmen der Fraktionen der AfD und CDU sowie Enthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zugestimmt.

Der Ausschuss hat mehrheitlich bei Zustimmung der Fraktionen der SPD und Die Linke und Gegenstimmen der Fraktionen der AfD und CDU sowie Enthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN dem Abschnitt 6 mit den beschlossenen Änderungen und im Übrigen unverändert zugestimmt.

Der Ausschuss hat mehrheitlich bei Zustimmung der Fraktionen der SPD und Die Linke und Gegenstimmen der Fraktionen der AfD und CDU sowie Enthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN dem Abschnitt 7 unverändert zugestimmt.

#### **4. Zum Gesetzentwurf insgesamt**

Der Ausschuss hat dem Gesetzentwurf der Landesregierung auf Drucksache 8/4870 mit den beschlossenen Änderungen und im Übrigen unverändert mehrheitlich bei Zustimmung der Fraktionen der SPD und Die Linke und Gegenstimmen der Fraktionen der AfD und CDU sowie Enthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zugestimmt.

Schwerin, den 24. September 2025

**Katy Hoffmeister**  
Berichterstatterin