

LT M-V PD 1

25.09.2025 09:21



Mecklenburg-Vorpommern
Ministerium für Soziales,
Gesundheit und Sport

Die Staatssekretärin

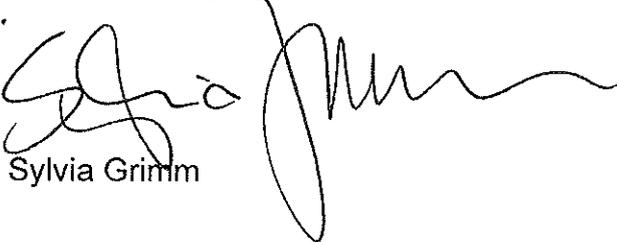
An die
Präsidentin des Landtages
Mecklenburg-Vorpommern
Lennéstraße 1
Schloss

19053 Schwerin

Kleine Anfrage des Abgeordneten Thomas de Jesus Fernandes, Fraktion der AfD
Titel: Geplante Novellierung des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes
und Auswirkungen auf Klinikstandorte in Mecklenburg-Vorpommern
Drs.-Nr.: 08/5276

Als Anlage übersende ich die Antwort der Landesregierung auf die vorbezeichnete Kleine Anfrage.

Mit freundlichen Grüßen



Sylvia Grimm

Anlage

KLEINE ANFRAGE

des Abgeordneten Thomas de Jesus Fernandes, Fraktion der AfD

**Geplante Novellierung des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes
und Auswirkungen auf Klinikstandorte in Mecklenburg-Vorpommern**

und

ANTWORT

der Landesregierung

Das vom CDU-geführten Bundesgesundheitsministerium angekündigte Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) sieht erhebliche strukturelle Veränderungen der stationären Versorgung vor. Nach bisherigen Planungen sollen kleinere Klinikstandorte, die ausschließlich über eine Innere Medizin, nicht aber über eine Chirurgie verfügen, ab 2027 nicht mehr als eigenständige Klinik weitergeführt werden können.

Zudem sollen Klinikverbünde künftig nur dann anerkannt werden, wenn die einzelnen Standorte maximal zwei Kilometer voneinander entfernt sind. Dies gefährdet insbesondere ländliche Standorte in Mecklenburg-Vorpommern, wo größere Entfernungen zwischen Häusern üblich sind.

Der Fall Wittstock in Brandenburg zeigt exemplarisch, dass selbst wirtschaftlich arbeitende Häuser, die als Lehrkrankenhaus mit Mecklenburg-Vorpommern verbunden sind, von Schließungen bedroht sind. Auch in Mecklenburg-Vorpommern selbst gibt es zahlreiche Standorte, deren Fortbestand durch die Reform infrage gestellt wird. Die Sicherstellung der flächendeckenden Gesundheitsversorgung, die Bindung von Fachkräften und die Anbindung an die Universitätsmedizinen Greifswald und Rostock sind zentrale Aspekte, die durch die Reform gefährdet sein könnten.

1. Wurde der Landesregierung der geplante Gesetzentwurf zur Krankenhausreform bereits zur Stellungnahme vorgelegt?
 - a) Wenn ja, bis wann muss die Landesregierung reagieren bzw. hat sie bereits reagiert?
 - b) Wenn ja, liegt der Gesetzentwurf im Wortlaut vor?
 - c) Wenn ja, warum wurde dieser dem Landtag Mecklenburg-Vorpommern noch nicht vollständig zugeleitet?

Die Fragen 1, a), b) und c) werden zusammenhängend beantwortet.

Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) ist bereits am 12. Dezember 2024 in Kraft getreten. Das Gesetz wurde im Bundesgesetzblatt 2024 I Nr. 400 vom 11.12.2024 veröffentlicht.

Die Landesregierung hat im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens mehrfach Stellung zum Gesetzentwurf genommen.

Gesetzentwürfe der Bundesregierung sind auf der Internetseite des jeweiligen Bundesministeriums öffentlich zugänglich und werden nicht gesondert dem Landtag von Mecklenburg-Vorpommern zugeleitet.

Aktuell befindet sich das Krankenhausreformatanpassungsgesetz (KHAG) im Gesetzgebungsverfahren. Durch das Gesetz sollen Regelungen des KHVVG angepasst werden. Der Referentenentwurf des Gesetzes wurde den Ländern zur Stellungnahme am 5. August 2025 mit einer Frist zum 21. August 2025 vorgelegt. Das Land Mecklenburg-Vorpommern hat im Anhörungsverfahren fristgerecht eine schriftliche Stellungnahme abgegeben.

2. Welche konkreten Änderungen am KHVVG sind geplant?
 - a) Wie positioniert sich die Landesregierung dazu (bitte, wenn möglich, die schriftliche Stellungnahme der Landesregierung dieser Anfrage beifügen)?
 - b) Welche zusätzlichen Änderungen fordert die Landesregierung bei der Bundesregierung ein (z. B. Anhebung der Kilometergrenze bei Klinikverbänden)?
 - c) Mit welchen anderen Ländern steht sie hierzu in Kontakt?

Die Bundesregierung plant mit dem KHAG mehrere Regelungen des KHVVG zu ändern. Zum Zeitpunkt der Beantwortung liegt das KHAG im Referentenentwurf vor. Weitere Änderungen am Gesetzentwurf sind im Verlauf des weiteren Gesetzgebungsverfahrens wahrscheinlich.

Die zentralen Änderungen des Referentenentwurfs des KHAG lauten wie folgt:

Erweiterung von Ausnahme- und Kooperationsmöglichkeiten

- Länder sollen mehr Gestaltungsspielraum bei Ausnahmen von Qualitätskriterien erhalten

- Entscheidung über Ausnahmen soll künftig bei Landesbehörden liegen – ohne Bindung an bundesweite Erreichbarkeitsvorgaben
- Wiederholte Befristung der Leistungsgruppenzuweisung im Ausnahmefall soll möglich sein – im Einvernehmen mit Krankenkassenverbänden

Finanzierung des Transformationsfonds

- Unterstützung strukturverändernder Vorhaben ab 2026 durch Transformationsfonds
- Ursprünglich: Finanzierung aus Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds
- Geplante Änderung: Finanzierung aus Bundesmitteln über das Sondervermögen „Infrastruktur und Klimaneutralität“
- Jährlich bis zu 2,5 Milliarden Euro von 2026 bis 2035 (insgesamt bis zu 25 Milliarden Euro)
- Beteiligung privater Krankenversicherungen an Finanzierung soll entfallen – entsprechende Regelungen sollen gestrichen werden

Leistungsgruppen und Qualitätskriterien

- Beibehaltung der 60 Leistungsgruppen aus Nordrhein-Westfalen unter hinzuziehen der Leistungsgruppe „Spezielle Traumatologie“
- Anpassung der Qualitätskriterien nach Empfehlungen des Leistungsgruppen-Ausschusses
- Definition des Vollzeitäquivalents neu: künftig 38,5 Stunden
- Übertragung der Leistungsgruppensystematik auch auf die teilstationäre Versorgung & besondere Einrichtungen

Anpassung von Zwischenfristen

- Einführung der Vorhaltevergütung soll um ein Jahr verschoben werden (Start: 2028)
- Jahre 2026 und 2027 sollen als budgetneutral gelten
- Konvergenzphase der Vorhaltevergütung: 2028–2029, volle Wirksamkeit ab 2030 geplant
- Verschiebung betrifft auch:
 - Zuschläge und Förderbeträge
 - Zuschläge für Notfallversorgung
 - Abschaffung von Abschlägen bei Grenzverweildauer (Kinder/Jugendliche)
 - Verlängerung der Zuschläge für Pädiatrie und Geburtshilfe bis Ende 2026

Weitere im Entwurf vorgesehene Regelungen

- Übergangsregelung für Länder mit Leistungsgruppen-Zuweisung bis 31.12.2024: Gültigkeit bis 31.12.2030 (relevant für Nordrhein-Westfalen)
- Berichtszeitraum für Erhebung von Orientierungswert-Daten: jeweils abgelaufenes Kalenderjahr
- Bundesministerium für Gesundheit soll Datenerhebung per Rechtsverordnung an Statistisches Bundesamt übertragen können (ohne Bundesratszustimmung)
- Gemeinsamer Bundesausschuss soll niedrigere Fallzahlgrenzen für bestimmte Krankenhausstandorte festlegen dürfen (onkologische Leistungen mit geringem Umfang)
- Die Ausnahme von der Fusionskontrolle soll neu gefasst werden – zur Klärung des Anwendungsbereichs und Verfahrens

Zu a) und b)

Das Land Mecklenburg-Vorpommern hat in seiner Stellungnahme zum Referentenentwurf Position zu den geplanten Regelungen bezogen und darüberhinausgehende Änderungsbedarfe eingebracht. Die inhaltlichen Schwerpunkte der Stellungnahme werden im Folgenden zusammengefasst:

- Forderung, dass teilstationäre Versorgung und besondere Einrichtungen wieder aus der Leistungsgruppensystematik herausgenommen werden
- Forderung nach einer besseren Definition für Fachkrankenhäuser sowie einer Möglichkeit der Abrechnung aller Fälle innerhalb des Fachspektrums der Fachklinik
- Forderung nach einer zügigen Weiterentwicklung des Groupers
- Forderung nach einer Abschwächung der Anforderungen für belegärztliche Abteilungen
- Forderung nach einer Streichung der Fristverlängerung für die Einführung der Mindestvorhaltezahlen
- Forderung nach einer Streichung der onkochirurgischen Leistungen oder alternativ einer schnellstmöglichen Veröffentlichung dieser
- Forderung nach einer Darlegung des BMG, wie die im Gesetz angelegten Fristverlängerungen umgesetzt werden sollen, wenn diese vor Inkrafttreten des Gesetzes bereits wieder abgelaufen sein werden
- Forderung, dass bei befristeten Ausnahmen zur Zuweisung von Leistungsgruppen lediglich das Benehmen mit den Krankenkassen erfolgen soll
- Zusätzliche Vorschläge für eine Weiterentwicklung der Sockelfinanzierung der Krankenhäuser in ländlichen Regionen
- Zusätzliche Vorschläge für eine Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung
- zusätzliche Vorschläge für eine Entbürokratisierung des Transformationsfonds sowie eine Ausweitung der Fördertatbestände
- zusätzliche Vorschläge für eine Anpassung der bundesrechtlichen Rahmenbedingungen für die ärztliche Weiterbildung an die Krankenhausreform

Zu c)

Die Landesregierung ist im Rahmen der aktuell laufenden Abstimmungen mit allen Ländern im Austausch.

3. Welche Klinikstandorte in Mecklenburg-Vorpommern wären nach derzeitiger Ausgestaltung der Krankenhausreform gefährdet (bitte nach Regionen und Trägern aufschlüsseln)?

Die Landesregierung strebt die Erhaltung aller Krankenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern an. Aktuell sind auf der Grundlage der aktuellen Gesetzgebung des Bundes im Rahmen der Krankenhausreform für die Landesregierung keine Anhaltspunkte für eine konkrete Gefährdung einzelner Krankenhausstandorte gegeben.

4. Welche Handlungsspielräume hat die Landesregierung, um gefährdete Standorte in Mecklenburg-Vorpommern
 - a) nach der aktuellen bundesrechtlichen Ausgestaltung,
 - b) nach den bislang bekannten geplanten Änderungen durch das Bundesgesundheitsministerium zu erhalten?

Die Fragen 4, a) und b) werden zusammenhängend beantwortet.

Die Bundesländer haben verschiedene Möglichkeiten, um Ausnahmen von den Mindestanforderungen bei der Zuweisung von Leistungsgruppen zu machen. Grundsätzlich können für alle Krankenhäuser Ausnahmen mit einer Befristung von drei Jahren gemacht werden. Eine Befristung um weitere drei Jahre ist im Einvernehmen mit den Krankenkassen möglich.

Für bedarfsnotwendige ländliche Krankenhäuser, die zum Zeitpunkt der Zuweisung der jeweiligen Leistungsgruppe in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausentgeltgesetzes aufgenommen sind (Sicherstellungshäuser), sind darüber hinaus unbefristete Ausnahmen möglich.

5. Wäre eine Anerkennung einzelner Häuser als Fachkrankenhaus eine Möglichkeit?
Wenn nicht, warum nicht?

Die Ausweisung eines Krankenhauses als Fachkrankenhaus erfolgt aufgrund seiner spezialisierten medizinischen Ausrichtung und ist daher per se kein geeignetes Instrument zur Erhaltung von gefährdeten Krankenhausstandorten.

6. Nach bisherigen Informationen sollen die Länder bei Klinikschließungen ein Mitspracherecht („letztes Wort“) haben. Welche Möglichkeiten sieht die Landesregierung, von diesem Recht Gebrauch zu machen, um Klinikschließungen in Mecklenburg-Vorpommern zu verhindern?

Die Entscheidung über die Schließung eines Krankenhauses ist nicht zentralisiert, sondern hängt von mehreren Akteuren und Faktoren ab.

Den Bundesländern obliegt mit der Krankenhausplanung die Entscheidung darüber, welche Krankenhäuser als bedarfsnotwendig gelten und erhalten bleiben sollen. Mit der Krankenhausreform stehen den Ländern Instrumente zur Verfügung, um bedarfsnotwendige Standorte möglichst zu erhalten (siehe Antwort zu Frage 4).

Krankenhausbetreiber können aus wirtschaftlichen Gründen selbst entscheiden, ein Krankenhaus zu schließen. Gründe hierfür können beispielsweise eine defizitäre Finanzierung oder Personalmangel sein.

Kommunen und Landkreise haben, wenn sie Mitgesellschafter von Krankenhäusern sind, ebenfalls einen Einfluss auf die Schließung eines Krankenhauses etwa durch politische Beschlüsse oder finanzielle Unterstützung.

Darüber hinaus haben die Landkreise und kreisfreien Städte im Rahmen ihrer Aufgabe für die Daseinsvorsorge eine Mitverantwortung für die Aufrechterhaltung einer bedarfsgerechten Krankenhausversorgung. Auch die Krankenkassen haben einen Einfluss auf die Schließung von Krankenhäusern durch die Leistungsvergütung des Krankenhauses, das zur Refinanzierung des laufenden Krankenhausbetriebes dient.

Schließlich haben auch weitere Institutionen Einfluss auf Krankenhausschließungen. So ist das Bundeskartellamt für die Prüfung von Fusionen zuständig und der Gemeinsame Bundesausschuss legt Qualitätsvorgaben fest, die Einfluss auf die Möglichkeiten eines Krankenhauses zur Leistungserbringung haben.

Die Schließung eines Krankenhauses ist meist das Ergebnis eines komplexen Zusammenspiels aus Planung, wirtschaftlicher Lage des Hauses und der medizinischen Versorgungssituation. Das Land hat durch die Krankenhausplanung einen gewissen Einfluss auf die Schließung eines Krankenhauses, alle genannten Faktoren lassen sich jedoch nicht durch das Land steuern.

7. Welche (Teil-)Schließungen von Kliniken bzw. Klinikstandorten in Mecklenburg-Vorpommern sind nach Kenntnis der Landesregierung aktuell in Planung oder im Gespräch (bitte entsprechend aufschlüsseln)?

Die Landesregierung hat aktuell keine Kenntnis von konkreten Planungen zu (Teil-)Schließungen von Klinikstandorten in Mecklenburg-Vorpommern.

8. Welche Rolle spielt die Anbindung einzelner Kliniken in Mecklenburg-Vorpommern an die Universitätsmedizinen Greifswald und Rostock bei der Bewertung der Landesregierung?
Welche Konsequenzen zieht sie daraus für die Reformdebatte?

Den Universitätsmedizinen kommt, ebenso wie den anderen Maximalversorgern im Land, eine besondere Bedeutung für die anderen Krankenhäuser bezüglich der Bildung von Kooperationen und Netzwerken zu. In diesem Sinne kann die Krankenhausreform eine Chance für die Krankenhäuser im Land sein, um die Zusammenarbeit zwischen den Krankenhäusern weiter zu verbessern.

9. Wie beurteilt die Landesregierung die Folgen möglicher Klinikschließungen für die Fachkräftesicherung in Mecklenburg-Vorpommern?
- a) Wie hoch schätzt sie den Anteil des ärztlichen, pflegerischen und sonstigen Personals, der im Falle einer Schließung nicht an einen anderen Standort wechseln würde?
 - b) Welche Maßnahmen will sie ergreifen, um eine Abwanderung von Fachkräften zu verhindern?

Die Fragen 9, a) und b) werden zusammenhängend beantwortet.

Da die Landesregierung aktuell weder Kenntnis von konkreten Planungen zu (Teil-)Schließungen von Klinikstandorten in Mecklenburg-Vorpommern hat noch etwaige Pläne verfolgt, kann zum derzeitigen Zeitpunkt keine Beurteilung dahingehend vorgenommen werden.

Der Fokus der Landesregierung bei der Umsetzung der Krankenhausreform in Mecklenburg-Vorpommern liegt auf der Aufrechterhaltung einer flächendeckenden Grund- und Notfallversorgung bei gleichzeitiger Konzentration von spezialisierten Leistungsangeboten. In dieser Strategie sieht die Landesregierung den Vorteil, dass hierdurch eine Verbesserung der Allokation der verfügbaren Fachkräfte möglich wäre.

10. Wie positioniert sich die Landesregierung zu der Forderung, dass Kliniken, die schwarze Zahlen schreiben, grundsätzlich nicht geschlossen werden dürfen?
Welche juristischen Wege sieht sie für eine solche Regelung?

Wie in der Antwort zu Frage 6 beschrieben, können verschiedene Faktoren beziehungsweise deren Zusammenspiel zur Schließung eines Krankenhauses führen. Diese Einflussfaktoren sind begründet in unterschiedlichen Normen und Regelungskreisen auf verschiedenen Regelungsebenen, sodass ein normatives Schließungsverbot im Zweifel keine Wirkung entfalten würde.