

Veränderungen und Chancen im neuen Landeskrankenhausgesetz

Kurzfassung eines Vortrags von Dr. Otmar Dietz
am 14.04.2008 in Bad Liebenzell

Allgemeines

Das Gesetz zur Änderung des Landeskrankenhausgesetzes zum 11.10.2007 (GBl. S. 478) enthält viele Änderungen des bisherigen Gesetzestextes. Nur wenige führen zu Veränderungen. Chancen für die Krankenhäuser sind begrenzt. Gewollt sind weniger Bürokratie und mehr Trägerfreiheit. Auch das hält sich in Grenzen.

Vielfalt der Trägerschaft (§ 1 Abs. 2)

Mit der Formulierung „*die Krankenhausversorgung wird von öffentlichen, frei gemeinnützigen und privaten Krankenhäusern getragen*“, werden die drei Trägergruppen gleichrangig nebeneinander gestellt. Aus der bisherigen Formulierung „*insbesondere ist frei gemeinnützigen und privaten Krankenhäusern ausreichend Raum zu geben*“, konnte man einen gewissen Vorrang dieser beiden Trägergruppen ableiten.

Krankenhausträger (§ 2 a neu)

Als Erstes sagt Satz 1, dass Krankenhausträger im Sinne dieses Gesetzes der Betreiber des Krankenhauses ist. Das ist nichts Neues. Wer aber Betreiber ist, wird nicht gesagt.

In Satz 2 wird festgehalten, dass Betreiber und Eigentümer des Krankenhauses personell auseinander fallen können. Auch das ist nichts Neues. Das gilt seit Inkrafttreten des KHG im Jahre 1972. Seitdem gibt es die Mietförderung, also den

Eigentümer einerseits und den Betreiber andererseits, der Anlagevermögen anmietet.

Bedeutsamer ist Satz 3 über die gemeinschaftliche Trägerschaft von Eigentümer des Anlagevermögens und Betreiber des Krankenhauses (z. B. Investitions-GmbH und Betreiber-GmbH). Beide Personen haben sich hier zur Erbringung von Krankenhausleistungen zusammengefunden. Zwingende Voraussetzung ist, dass der Eigentümer das Anlagevermögen unentgeltlich zur Verfügung stellt. Aber auch das ist nichts Neues. Diese gemeinschaftliche Trägerschaft gibt es in der Förderpraxis des Landes seit Jahrzehnten. Die Fördermittel werden hier gegenüber beiden Trägern bewilligt. Aus § 25 Abs. 2 ergibt sich, dass auch der Planfeststellungsbescheid an beide Personen zu richten ist. Nach § 23 Abs. 2 sind beide Träger Gesamtschuldner eines Rückforderungsanspruchs des Landes.

Zusammenarbeit (§ 3 a neu)

Hier wird allgemein und umfassend eine Zusammenarbeit vorgeschrieben

- der Plankrankenhäuser untereinander sowie
- des einzelnen Plankrankenhauses mit jedweden „*niedergelassenen Ärzten und den übrigen an der Patientenversorgung beteiligten ambulanten und stationären Diensten und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens.*“

Diese Verpflichtung ist so uferlos und damit so inhaltslos, dass ihr keine konkreten, erzwingbaren Verpflichtungen entnommen werden können. Es geht vielmehr um eine gesundheitspolitische Grundsatzerklärung. Nach den Gesetzesmaterialien handelt es sich um einen „*unverbindlichen Programmsatz.*“

Für die Zusammenarbeit der Krankenhäuser untereinander lässt § 7 Abs. 1 wie bisher zu, dass der Planfeststellungsbescheid auch die „*Zusammenarbeit mehrerer Krankenhäuser*“ festlegen kann. Nur einer solchen mit Rechtsmitteln anfechtbaren Festlegung könnten konkrete Pflichten entnommen werden.

Einer Zusammenarbeit abträglich ist dagegen die Regelung:

„Verlegungen zwischen Krankenhäusern aus rein wirtschaftlichen Gründen sollen, soweit Patienteninteressen entgegenstehen, nicht erfolgen.“

Eine wirtschaftliche und auch medizinisch sinnvolle Zusammenarbeit zwischen zwei Krankenhäusern unterschiedlicher Aufgabenstellung (z. B. Akutversorgung und Nachsorge) wird dadurch unnötig erschwert. In ihrer Unbestimmtheit kann diese Regelung in Verlegungsfällen zu erheblichen Abrechnungsproblemen führen. Offen bleibt, wann Patienteninteressen einer Verlegung entgegenstehen und ob der Patient einer Verlegung widersprochen haben muss. Offen ist auch, wann es nur um „rein“ wirtschaftliche Gründe geht. Kommen zu wirtschaftlichen Gründen noch andere sachliche Gründe hinzu, so geht es nicht mehr um „rein“ wirtschaftliche Erwägungen.

Aufstellung des Krankenhausplans (§ 4)

Ein bestehender Krankenhausplan kann nunmehr

- regelmäßig aktualisiert,
- durch Einzelfall laufend angepasst sowie
- bei Bedarf insgesamt fortgeschrieben werden.

Diese Fortschreibungsalternativen (regelmäßig – bei Bedarf) passen nicht zueinander. Die Krankenhäuser müssen abwarten, wie und wann das Land den Plan fortschreiben wird.

Unauffällig wird hier der bisherige „Krankenhausfachplan“ ersetzt durch „*medizinische Fachplanungen (Versorgungskonzepte)*“. Um solche Versorgungskonzepte kann der Krankenhausplan ergänzt werden. Dahinter steht mehr als eine andere Wortwahl und gewiss nicht mehr an Trägerfreiheit (siehe unten).

Inhalt des Krankenhausplans (§ 6)

Es entfallen die bisherige Einteilung der Krankenhäuser in Leistungsstufen und die Planung nach Versorgungsgebieten. Die Festlegung von Leistungsstufen habe

sich als unscharf nicht bewährt, eine Planung nach Versorgungsgebieten erscheint nicht mehr geboten.

Die Krankenhäuser sollten sich jedoch nicht erhoffen, nunmehr alle innerhalb eines Fachgebiets möglichen vielfältigen Leistungen frei erbringen zu können. Die Gesetzesbegründung hebt hervor: *„Eine Präzisierung des Versorgungsauftrages im Sinne einer gestuften Positiv- oder Negativabgrenzung von Versorgungsaufgaben einzelner Krankenhäuser kann erforderlichenfalls über das Instrument der Fachplanung erfolgen.*

Der Krankenhausplan wird nunmehr als Rahmenplan bezeichnet. Was eine Rahmenplanung ausmacht und wie weit der Rahmen ist, bleibt offen. Zwingender Inhalt des Rahmenplans sind nunmehr nur noch die Fachrichtungen und die Gesamtbettenzahl, also nicht mehr die Zahl der Betten je Fachrichtung. Darin läge gewiss ein weiter Rahmen. Es darf jedoch bezweifelt werden, dass das Land nicht auch die Bettenzahl je Fachrichtung festlegen wird. Der Planungsbehörde wird nachfolgend eingeräumt, dass auch die Bettenzahl je Fachrichtung festgelegt werden kann. Geschieht dies, so ist „Rahmen“ nicht weiter als bisher.

Neu ist, dass das Plankrankenhaus mit seinen Betriebsstätten ausgewiesen wird. Was damit gemeint ist, ergibt sich erst aus § 38 Abs. 1 über die Zusammenführung *„mehrerer Betriebsstellen eines Krankenhausträgers“*. Obwohl dort unrichtig von „Betriebsstellen“ statt von „Betriebsstätten“ gesprochen wird, geht es nicht um die einzelnen Betriebsstellen eines Krankenhauses wie Labor, Röntgen, Küche, Verwaltung usw. Gemeint sind vielmehr die an verschiedenen Orten sich befindenden Einrichtungen eines Krankenhausträgers. Das Land ist bisher nur zögerlich dem Anliegen eines solchen Krankenhausträgers nachgegangen, die verschiedenen Betriebsstätten als ein einheitliches Krankenhaus in den Krankenhausplan aufzunehmen. Das ist nunmehr möglich, *„wenn die Betriebsstellen organisatorisch und wirtschaftlich sowie fachlich-medizinisch eine Einheit bilden.“* Unklar ist dabei insbesondere, wann die verschiedenen Betriebsstätten eine fachlich-medizinische Einheit bilden. Hat aber das Land eine solche Einheit anerkannt, so wird einer freien Verlagerung einer Fachabteilung von einer Betriebsstätte zur anderen ein Riegel vorgeschoben. Die „Einheit“ darf dadurch nicht zerrissen werden und die Verlagerung der bedarfsgerechten Versorgung der Patienten nicht zuwiderlaufen.

Mit solchen unbestimmten Voraussetzungen kann man nichts oder vieles machen.

Förderung

Der Gesetzesbegründung nach wird die Förderung vereinfacht. Das kann allenfalls für den Wegfall der Ermächtigung gelten, Förderrichtlinien zu erlassen. Solche Richtlinien hat es jedoch schon bisher nicht gegeben.

Als Vereinfachung und Abbau von Bürokratie wird selbst verkauft, dass die Pauschalmittel nicht mehr wie bisher zwingend mindestens alle zwei Jahre angehoben werden, sondern nur „in regelmäßigen Abständen“ (§ 16 Abs. 4). Hier geht es jedoch um eine Pauschalerhöhung nach Haushaltslage und nicht um Entbürokratisierung.

Eine weitere Einschränkung liegt darin, dass anders als bisher die ambulante Mitbenutzung geförderter Einrichtungen im Krankenhaus förderschädlich ist, also zu einer verminderten Errichtungsförderung führt (§ 13 Abs. 4). Gleiches gilt für eine geriatrisch-rehabilitative Versorgung im Krankenhaus. Die bisherige Regelung über eine förderunschädliche Mitbenutzung ist ersatzlos entfallen. Das wird sich insbesondere bei der Chefarztambulanz, bei der Notfallambulanz und beim ambulanten Operieren nach § 115 b SGB V negativ für das Krankenhaus auswirken.

Eine weitere Verschlechterung liegt darin, dass eine Auszahlung von Fördermitteln bei frei gemeinnützigen und privaten Krankenhausträgern von einer ausreichenden Sicherheitsleistung abhängig gemacht werden soll (§ 23 Abs. 10). Bisher war dies nur in „begründeten Einzelfällen“ und nur als Kann-Regelung vorgesehen.

Krankenhausbetriebsleitung (§ 33)

Die bisherige, sehr elastische Regelung des § 38 über eine Krankenhausbetriebsleitung wird ersatzlos aufgehoben. In der Praxis wird sich dadurch wenig ändern.

Privatstationen (§ 32)

Die bisherige Regelung des § 32 entfällt. Danach durften Privatstationen nicht mehr errichtet und betrieben werden. Da niemand so recht wusste, was eine Privatstation in diesem Sinne ist und sich kaum ein Krankenhaus daran gehalten hat, ist schon deswegen diese Aufhebung zu begrüßen.

Sie wurde zum Anlass genommen, eine politisch und inhaltlich problematische Regelung über das räumlich mit einem Plankrankenhaus verbundene Krankenhaus aufzunehmen. Es geht hier um das von dem Träger eines Plankrankenhauses oder einem anderen Rechtsträger – z. B. dessen Tochtergesellschaft - betriebenen Krankenhaus, das hierfür keinen Versorgungsauftrag hat. Es fällt deshalb nicht unter Pflegesatzrecht und kann nur Leistungen für selbstzahlende Patienten abrechnen (reine Privatpatientenklinik). Die Privatpatientenklinik nimmt herkömmlich sächliche und personelle Mittel des Plankrankenhauses in unterschiedlichem Umfang in Anspruch. Die Private Krankenversicherung lehnt eine solche Konstruktion mit unterschiedlicher Begründung ab. Letztlich geht es aber um das höhere Entgelt und die damit verbundene höhere Belastung der Privatversicherung. Die Neuregelung will dem Anliegen der PKV etwas entgegenkommen:

Wird diese Privatpatientenklinik in unmittelbarer räumlicher Nähe (was ist das?) zum Plankrankenhaus betrieben, so muss sie *„räumlich, personell und organisatorisch eindeutig von dem Plankrankenhaus abgegrenzt sein“*. Kriterien hierfür werden in den Krankenhausplan aufgenommen. Man darf darauf gespannt sein. Wichtig ist, dass beide Krankenhäuser voneinander abgegrenzt sein müssen. Es wird also nicht die Mitbenutzung von sächlichen und personellen Mitteln des Plankrankenhauses untersagt. Die Privatpatientenklinik muss sich vielmehr – für den Privatpatienten deutlich erkennbar – als eigenständiges Krankenhaus mit eigenen Leistungen und Entgelten darstellen. Das Plankrankenhaus muss auch dem Privatpatienten zur Verfügung stehen. Wenn es Wahlleistungen erbringt, so müssen diese auch für den Selbstzahler bereit stehen.

Werden diese Voraussetzungen erfüllt, so können sich beide Krankenhäuser darauf berufen, dass ihre Verbindung gesetzlich zulässig ist.