

## **Stellungnahme zum Kabinettentwurf des Landeskrankenhausesgesetzes Schleswig-Holstein (LKHG) vom 03.03.20**

Stand: 19. Mai 2020

### **D. Kosten und Verwaltungsaufwand**

Hier wird unter „2. Verwaltungsaufwand“ insbesondere durch die Regelungen im Bereich Patientenrechte und Katastrophenschutz zusätzlicher Verwaltungsaufwand für die Krankenhäuser formuliert. Die damit verursachten Personalkosten sind nicht gedeckt und erzeugen weitere Defizite in den Krankenhäusern.

#### **§ 2 Geltungsbereich**

Es erscheint weiterhin ein Anachronismus, dass sich gemäß Abs. 4 und Abs. 5 Religionsgemeinschaften eigene Gesetze im Hinblick auf den Datenschutz und andere Regelungen geben können.

Der Geltungsbereich ist nun auf das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein ausgeweitet. Aus unserer Sicht stellt sich die Frage, ob das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein sich nun auch allen Beschlüssen der Beteiligtenrunde beugen muss, also auch Pflichten nach diesem Gesetz übernimmt, oder aber ausschließlich Rechte hieraus ableitet.

#### **§ 3 Sicherstellung der Krankenhausversorgung**

Nach Abs. 2 bewilligt zukünftig ausschließlich das Land Fördermittel. Die Kreise und kreisfreien Städte werden auch in noch folgenden Paragraphen (§ 18 und 20) aus dem Gesetz herausgenommen. Nach Auffassung des Landes werden die Kreise und kreisfreien Städte entlastet, dadurch, dass das Land die Förderung von Anlauf-, Umstellungs- und Grundstückskosten (§ 17) zusätzlich übernimmt, allerdings werden sie auch aus der Entscheidungsfindung ausgeschlossen.

Natürlich muss die nun neu aufgenommene Förderung von Anlauf-, Umstellungs- und Grundstückskosten auch dazu führen, dass entsprechend zusätzliche Mittel im Haushalt des Landes zur Verfügung gestellt und der Krankenhausfinanzierung zugeführt werden.

#### **§ 5 Beteiligte**

Die im ersten Entwurf vorgesehene Straffung der Anzahl der direkt Beteiligten an der Krankenhausplanung ist nun herausgenommen worden. Es bleibt bei der alten Regelung. Vielmehr ist nun als neuer Beteiligter die Hochschulmedizin als unmittelbar Beteiligte neu aufgenommen. Als landeseigene Einrichtung hat das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein bereits maßgeblichen Einfluss bzw. wird auf besondere Art und Weise bei der Unterstützung durch das Land berücksichtigt. Mit der Zubilligung eines Sitzes in der Beteiligtenrunde wird diese Interessenverquickung nun noch weiter verstärkt, was aus unserer Sicht sehr problematisch ist.

#### **§ 6 Mitwirkung der Beteiligten**

Die ursprünglich beabsichtigte Verschlinkung des Verfahrens im Landeskrankenhausausschuss (ehemals Beteiligtenrunde) scheint hier nun verwässert: Ist mit den unmittelbar Beteiligten kein

Einvernehmen zu erzielen, so soll für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium entscheiden. Dies allerdings erst nach erneuter Abstimmung, es sei denn, die Entscheidung sei für die Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung dringend erforderlich. Es wird äußerst schwierig sein, diese dringend erforderlichen Maßnahmen von den nicht so sehr erforderlichen Maßnahmen abzugrenzen, womit auch weiterhin die Krankenkassen die Möglichkeit erhalten, durch eine Totalverweigerungshaltung sämtliche Entscheidungen um 6 bzw. 12 Monate zu verzögern.

#### § 8 Inhalt des Krankenhausplans

In Abs. 2 ist nunmehr vorgesehen, dass der Krankenhausplan nicht nur eine Differenzierung nach Fachgebieten, sondern nun sogar nach Leistungsgruppen vorsieht. Dies bedeutet, dass ein tiefer Eingriff in die Organisationsfreiheit der Krankenhäuser stattfindet. Es könnte beispielsweise nach diesem Prinzip passieren, dass bestimmte Operationen aus dem Fachgebiet der Chirurgie nicht Teil des Leistungsbündels sind und dem Krankenhaus damit faktisch untersagt wird, diese Eingriffe durchzuführen. Dies stellt einen Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit der Krankenhäuser dar, die grundsätzlich dazu befugt sind, nach den Vorgaben der Weiterbildungsordnungen ein Fach, für das sie einen Versorgungsauftrag besitzen, vollständig abzudecken.

Inwieweit die Formulierung Abs. 8 zu interpretieren ist, bleibt offen. Soll dies bedeuten, dass Krankenhäuser, die nicht wirtschaftlich geführt werden (was möglicherweise mit Fragen der Sicherstellung in einem dünn besiedelten Gebiet zusammenhängen kann), aus dem Krankenhausplan herausgenommen werden können? Die Begründung gibt hierüber keinen Aufschluss.

#### § 9 Aufnahme in den Krankenhausplan

In Abs. 2 ist festgelegt, dass ein Krankenhaus aus dem Krankenhausplan herausgenommen werden kann, wenn es den Feststellungen nach Abs. 3 nicht folgt. In Abs. 3 ist festgelegt, dass das Krankenhaus im Rahmen des Bescheides eine Festlegung von Fachrichtung, Planbettenzahl, etc. erfährt. Unter Anderem ist hier auch die Teilnahme und Nichtteilnahme an der Notfallversorgung genannt. Für die Notfallversorgungsstufen gemäß GBA-Beschluss gibt es Finanzierungsfestlegungen, die allerdings von einer Zustimmung der Krankenkassen abhängig sind. Sollte der Fall also eintreten, dass ein Krankenhaus an der Notfallversorgung deswegen nicht mehr teilnimmt, weil die Krankenkassen die Finanzierung nicht zusagen, kann das Sozialministerium überdies auch noch den Ausschluss aus dem Krankenhausplan als Folge dieser Nicht-Teilnahme festsetzen. Dies erscheint gänzlich unangemessen und zudem unabgestimmt.

In der Begründung zum Abs. 3 ist ausgeführt, dass die Festlegungen des Krankenhausplanes keine Außenwirkung entfalten. Dies ist eine völlig unverständliche und fehlgehende Aussage. Nur Krankenhäuser, die im Krankenhausplan des Landes Schleswig-Holstein aufgenommen sind, haben die Möglichkeit, mit den Krankenkassen über Krankenhausbudgets zu verhandeln; und zwar entlang des Versorgungsauftrages. Nur für Krankenhäuser, die im Krankenhausplan stehen, besteht auch für die Krankenkassen ein Kontrahierungszwang. Nun zu behaupten, dass die Festlegung im Krankenhausplan keine Auswirkungen hätte, geht völlig fehl.

In Abs. 4 ist festgelegt, dass auf Aufforderung des Ministeriums detaillierte Wirtschaftlichkeitsberechnungen zur Aufnahme in den Krankenhausplan vorgelegt werden müssen. Es bleibt völlig unklar, wie Krankenhäuser derartige Wirtschaftlichkeitsberechnungen vornehmen und vorlegen sollen, wenn hier zum Beispiel die Mitwirkung der Krankenkassen oder auch einer anderen Institution, erforderlich ist. Zumindest die Form der Wirtschaftlichkeitsberechnung ist gänzlich ins Belieben des Ministeriums gestellt. Festlegungen gibt es hier nicht.

## § 10 Wechsel des Trägers oder Eigentümers

Ein Krankenhausträger hat das Ministerium über den Wechsel der Trägerschaft oder Ähnliches zu informieren. Wird dieser Wechsel durchgeführt, so scheidet das Krankenhaus zunächst einmal aus dem Krankenhausplan aus. Damit ergeben sich für den (neuen) Krankenhausträger, der diesen Rechtsform- oder Trägerwechsel initiiert hat, unabsehbare Unsicherheiten. Es muss gefordert werden, dass das Ministerium im Sinne einer verbindlichen Voranfrage, wie man sie zum Beispiel auch beim Finanzamt stellen kann, eine zuverlässige Auskunft gibt, wie sich ein Rechtsform-/Trägerwechsel auswirken würde. Damit könnte ein neuer Träger bereits vor Durchführung des Träger- oder Rechtsformwechsels Planungssicherheit bekommen. Anderenfalls wäre praktisch keinerlei Veränderungen mehr möglich, weil die Risiken für die Krankenhausträger unabsehbar wären.

## § 11 Grundsätze der Förderung

Der Abs. 1 dieses Paragraphen sieht eine Prioritätensetzung auf die Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung vor und folgt damit dem aktuellen Vorhaben des Gesundheitsministers, bestimmte Krankenhäuser zu fördern. Dagegen ist grundsätzlich nichts einzuwenden.

In Abs. 2 wird gefordert, dass die Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit einer Investitionsmaßnahme darzustellen ist. Wirtschaftlich und sparsam haben sich die Krankenhäuser selbstverständlich ohnehin schon aufgrund der Regelungen im Sozialgesetzbuch zu verhalten. Die nun neu aufgenommenen Bedingungen schaffen wiederum höchste Unsicherheit. Die Frage, wie Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit im Hinblick auf Investitionsmaßnahmen darzustellen sind, ist völlig unklar.

Im Übrigen geht es hier teilweise auch um Fragen des Krankenhausfinanzierungsrechts und das bilaterale Verhältnis zwischen Krankenhausträger und Krankenkassen, aus dem sich das Ministerium bislang korrekterweise zurückgezogen hat. Weiterhin scheint das Ministerium hier auch Entscheidungen zur Übernahme des unternehmerischen Risikos der Betriebsführung treffen zu wollen. Sollte zum Beispiel ein Krankenhausträger einen Versorgungsengpass abdecken und das wirtschaftliche Risiko, das damit verbunden ist, auf seine Schultern nehmen wollen, so behält sich das Ministerium an dieser Stelle vor, ihm dies zu untersagen???

Die nächste Frage, die sich hier stellt ist, ob letztlich nur noch attraktive Leistungsbereiche dann mit entsprechenden Wirtschaftlichkeitsberechnungen hinterlegt werden können und damit praktisch nur noch dort investiert wird, wo sich die Wirtschaftlichkeit wegen der entsprechenden DRG-Finanzierung auch darstellen lässt. Dies kann nicht im Sinne der Krankenhausplanung sein!

Es ist zu fordern, dass diese Regelung gestrichen werden, um Unsicherheiten für die Unternehmensführung aber auch eine zu ausgeprägte Einmischung des Ministeriums in die Tätigkeit der Krankenhausträger zu unterbinden.

Um die immer schwieriger werdende Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsdienstleistungen sicherzustellen, schlagen wir im Übrigen vor, dass bei den Grundsätzen der Förderung ein Vorrang der Allgemeinkrankenhäuser aufgenommen wird. Es ist bei einer weiteren Verknappung der Mittel unabdingbar, Schwerpunkte zu setzen. Für die Bevölkerung grundsätzlich von höchster Bedeutung ist, dass die allgemeinversorgenden Krankenhäuser „am Netz“ bleiben und modern ausgestattet sind. Während die Förderung überregional tätiger Fachkliniken demgegenüber sicher wichtig, aber doch mit einer zweiten Priorität zu versehen ist.

### § 15 Förderung der Errichtung und Erstaussstattung

Zum § 15 führt die Begründung aus, dass neuerdings auch IT-Infrastruktur förderfähig ist. Dies wurde jahrzehntelang vom Sozialministerium negiert. Die Tatsache, dass die Förderfähigkeit von IT-Investitionen nun nur in der Begründung, nicht aber im Gesetzestext auftaucht, irritiert. Es wäre zu begrüßen, dies explizit, so wie zum Beispiel bei den Umstellungs- und Anlaufkosten, in den Gesetzestext hinein zu formulieren. Selbstverständlich ist auch zu fordern, dass die – insbesondere pauschalen – Fördermittel aufgestockt werden, damit die Krankenhäuser auch in der Lage sind, entsprechende Investitionen zu tätigen.

### § 27 Aufnahmen, Dienstbereitschaft und Notaufnahme

Dieser Absatz verpflichtet das Krankenhaus entsprechend seiner Aufgabenstellung Patienten zu versorgen. Es muss dabei klar sein, dass das Krankenhaus nur bis zu der laut Plan angegebenen Bettenzahl, also bis zur Vollbelegung, dieser Verpflichtung unterworfen werden kann. In der Begründung ist zwar ausgeführt, dass eine Vollbelegung ein Abweisungsgrund ist, dies aber im Gesetz selber nicht aufzunehmen, kann in künftigen Auseinandersetzungen für die Krankenhäuser zu einem Problem werden.

Es muss darüber hinaus festgelegt werden, dass etwaige Personaluntergrenzen nicht mehr eingehalten werden müssen, wenn die Aufnahmeverpflichtung dies erfordert. Erreicht ein Krankenhaus nach seiner Kapazitätsberechnung und Personalplanung die Untergrenze, wäre es gemäß der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung nicht mehr berechtigt, weitere Patienten aufzunehmen. Das Gesetz fordert dies aber.

Alternativ hierzu könnte dem Krankenhaus das Recht eingeräumt werden, bei Erreichen der Pflegepersonaluntergrenze Patienten abzuweisen. Von etwaigen Schadenersatzforderungen von Patienten oder Klagen wegen unterlassener Hilfeleistung müsste das Land die Krankenhäuser in diesem Fall freistellen.

Eine dritte Alternative wäre es, beliebig hohe personelle Vorhaltungen zu betreiben und damit bis zu einer Belegung von 100% oder sogar mehr ohne Weiteres Patienten aufnehmen zu können. Dies ist aber definitiv nicht mehr wirtschaftlich, da in Zeiten geringer Belegung der Personalbestand dann finanziell nicht mehr zu rechtfertigen wäre. Eine solche Personalbesetzung, wenn sie zur Vermeidung von Abmeldungen von der Leitstelle erforderlich ist, müsste dann vom Land finanziert werden.

Der Abs. 3 fordert eine Zusammenarbeit mit dem Rettungsdienst, der von den Krankenhäusern jederzeit und gerne geleistet wird. Aktuell steht aber für die Zusammenarbeit mit dem Rettungsdienst zum Beispiel die Forderung der Feuerwehren und Rettungsdienste im Raum, dass die Krankenhäuser auf Digitalfunk umgestellt werden. Dies bedeutet für ein Schwerpunktkrankenhaus Investitionen im Volumen von knapp 1 Mio. Euro. Wenn das Sozialministerium die Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Rettungsdienst fordert, muss es derartige Investitionen, die für die Zusammenarbeit unabdingbar sind, auch fördern, und zwar zusätzlich zu dem bislang geplanten Volumen.

### § 28 Patientinnen und Patienten mit besonderem Betreuungsbedarf

Im Hinblick auf die Verpflichtung gemäß Abs. 2 dieses Paragraphen besteht eine Diskrepanz zwischen den auferlegten Verpflichtungen und der Krankenhausfinanzierung. Das Gesetz verlangt von den Krankenhäusern, dass Begleitpersonen bei Kindern (gemäß Begründung bis zu einem Alter von 14 Jahren) aufgenommen werden. Im Krankenhausfinanzierungsrecht gibt es dafür keine Regelungen. Der übliche Umgang mit diesem Problem sieht in Schleswig-Holstein so aus, dass die Mitaufnahme von Begleitpersonen bei Kindern bis zu einem Alter von 6 Jahren seitens der Krankenkassen/des MDK hingenommen werden, ohne dass eine Rechtsverpflichtung

besteht. Was geschieht nun mit Kindern im Alter von 8, 9 oder 10 Jahren? Hier wird seitens der Krankenkassen die Mitaufnahme einer Begleitperson nicht finanziert. Das Ministerium verpflichtet aber die Krankenhäuser, die Begleitperson dennoch aufzunehmen. Hier soll offensichtlich eine politische Wohltat vergeben werden, ohne dass die Verantwortung seitens des Landes dafür auch übernommen wird.

Es ist im Übrigen festzulegen, dass bei der Berechnung der Krankenhauskapazitäten im Krankenhausplan die Bettenzahl für die Mitaufnahme einer Begleitperson berücksichtigt wird. Hier, zumindest nach dem jetzigen Gesetzestext, so, dass für Kinder im Alter bis zu 14 Jahren grundsätzlich zwei Betten baulich hergerichtet und vorgehalten werden.

Abs. 4 fordert Bedingungen zu schaffen, unter denen die Hinterbliebenen angemessen Abschied nehmen können von verstorbenen Patientinnen oder Patienten. Dies ist tatsächlich nur in Grenzen Aufgabe des Krankenhauses und lässt sich in den räumlichen Verhältnissen (die insbesondere siehe oben auf Vollausslastung ausgelegt sind) kaum leistbar. Zudem ist eine Aufbahrung grundsätzlich Aufgabe der Bestatter.

### § 30 Krankenhausalarmplanung

In Abs. 4 ist verwiesen auf das Landeskatastrophenschutzgesetz, nach dem die Krankenhausträger die sich hier aus der Erfüllung ergebenden Kosten selbst zu tragen haben. Der Verweis auf das Landeskatastrophenschutzgesetz ändert nichts daran, dass die Krankenhausträger dafür keine Refinanzierung bekommen.

### § 31 Sozialdienst im Krankenhaus, Krankenhauseelsorge und ehrenamtliche Hilfe

Es stellt sich die Frage, ob der § 31 mehr verlangt als der § 39 Sozialgesetzbuch vorgibt. Ist dies nicht der Fall, so ist der gesamte Absatz obsolet. Verlangt er mehr, so stellt dies einen Zusatzaufwand für die Krankenhäuser dar, der nicht finanziert wird und auch hier stiehlt sich das Land Schleswig-Holstein aus der Verantwortung. Eine entsprechende Finanzierung muss vorgesehen werden. Mindestens stellt aber dieser Absatz einen Eingriff in die Organisationshoheit der Krankenhäuser dar, weil er die Einrichtung eines eigenen Sozialdienstes fordert, die Krankenhäuser aber bisher in der Lage waren, die Wahrnehmung ihrer Aufgaben in eigener Verantwortung zu strukturieren und zu organisieren.

Interessant ist auch die Frage, ob dieser Paragraph aus dem Landeskrankenhausgesetz entfällt, wenn der § 39 aus dem Sozialgesetzbuch, der sich mit dem Entlassmanagement beschäftigt, entfallen sollte oder das Land, beziehungsweise ein anderer Kostenträger, in diesem Fall die nicht gedeckten Kosten übernimmt.

Das Krankenhausgesetz bürdet den Krankenhäusern an dieser, wie auch an vielen Stellen, weitere Pflichten auf, lässt aber die Kostenträger, die ihrerseits insbesondere auch am Entlassmanagement mitarbeiten müssen, völlig aus der Verantwortung. Dies ist inakzeptabel und muss im Gesetz unbedingt geändert werden.

### § 32 Sonstige Pflichten

In Abs. 2 ist festgelegt, dass das Krankenhaus durch die Freistellung von Ärztinnen und Ärzten am Rettungsdienst mitwirkt. Dies tun die Krankenhäuser bislang schon, allerdings nur gegen Kostenersatz durch den Rettungsdienst. Ein solcher Kostenersatz ist in dem Gesetz nicht vorgesehen, die Krankenhäuser werden aber dennoch verpflichtet. Wie soll dies wirtschaftlich von den Krankenhäusern geleistet werden?

### § 33 Abschlussprüfung

Der Abs. 2 fordert die Wirtschaftsprüfer auf, im Falle nicht zweckentsprechend, nicht sparsam oder nicht wirtschaftlich verwendeter Fördermittel den Bestätigungsvermerk einzuschränken beziehungsweise zu versagen. Hier stellt sich zunächst die Frage, ob das Land überhaupt durch das Landeskrankenhausgesetz einen solchen Eingriff und eine solche Anweisung an die Wirtschaftsprüfer erteilen kann. Die Vorgabe des uneingeschränkten Bestätigungsvermerks stellt aber in jedem Fall eine unangemessene Maßnahme dar.

Es ist den Verfassern des Gesetzes offensichtlich nicht klar gewesen, dass Geschäftsführer für den Fall einer Nichtentlastung wegen eines nicht vorliegenden, uneingeschränkten Bestätigungsvermerkes einer Kündigung entgegensehen. Im Falle von zum Beispiel fehlenden Nachweisen oder einer streitbehafteten Verwendung von Fördermitteln in Höhe von 5.000€ (bei einer 100 Millionen-EUR-Maßnahme) kann dies aber schlechterdings nicht als angemessen betrachtet werden. Die Forderung stellt einen bedauerlichen Vertrauensverlust des Gesetzgebers in die Tätigkeit der Krankenhausführungen heraus.

### § 34 Betriebsleitung, ärztlicher und psychotherapeutischer Dienst

Die Überlegungen zur Strukturierung der Krankenhausleitung als gemeinsamer Betriebsleitung vollziehen wir nach, legen aber Wert darauf, dass auch andere Betriebsführungsformen sinnvoll sind, insbesondere in den kommunalen Krankenhäusern in Schleswig-Holstein ist dies so umgesetzt und tatsächlich bewährt.

Weiterhin sieht der Abs. 2 allerdings einen tiefen Eingriff in die Organisationshoheit der Krankenhausträger vor, indem die Gliederung der Organisationsstruktur der Häuser nach Angaben des Landes Schleswig-Holstein erzwungen werden soll. Diese Festlegungen sind im Zweifelsfall einer verfassungsrechtlichen Überprüfung zu unterziehen.

### § 36 Datenverarbeitung im Krankenhaus

Es ist zu begrüßen, dass der Gesetzentwurf die Verarbeitung von Patientendaten von der Zustimmung des Patienten loslöst, allerdings ist es überraschend, dass dies auch zum Beispiel zur (Nr. 9) Überprüfung der Tätigkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Krankenhauses geschehen darf.

Im Übrigen könnte Nummer 10 dahingehend präzisiert werden, dass in Zusammenarbeit mit Rettungsdiensten die Übermittlung von Daten für die Qualitätssicherung sinnvoll ist.

### § 37 Datenverarbeitung im Auftrag

Die Sinnhaftigkeit von Paragraph 37 Abs. 2 erscheint aus unserer Sicht fragwürdig. Die dort aufgeführten Sachverhalte verstehen sich von selbst.

### § 39 Auskunft und Akteneinsicht

Auskunft und Akteneinsicht sind bis jetzt schon geltende Rechte der Patientinnen und Patienten. Dass nun auch ein Arzt den Patienten bei der Akteneinsicht beraten soll, stellt einen zusätzlichen Aufwand dar, den das Gesetz den Krankenhäusern gerne aufbürdet, ohne ihnen eine Chance der Refinanzierung hierfür anzubieten. Dies ist inakzeptabel.

### § 40 Löschen von Patientendaten und Einschränkung der Verarbeitung

Der Paragraph 40 knüpft eine Löschverpflichtung an etwaige aus anderen Rechtsvorschriften resultierenden Aufbewahrungspflichten. Für Patientenakten könnte dabei gegebenenfalls auf

Paragraf 630 f, Abs. 3 BGB Bezug genommen werden und eine Löschverpflichtung nach 10 Jahren zur Folge haben. Regressansprüche, die erst später erhoben werden, verjähren dann nach 30 Jahren (gemäß § 199 Abs. 2 BGB). Insoweit ist die hier gewählte Formulierung nicht ganz zielführend.