

Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein e.V. • Feldstr. 75 • 24105 Kiel

Frau Katja Rathje-Hoffmann
Vorsitzende des Sozialausschusses
Landeshaus
Düsternbrooker Weg 70
24105 Kiel

Kiel, 30. September 2026

☎ 0431 / 88 105 – 20

✉ patrick.reimund@kgsh.de

**Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Krankenhausversorgung und
Änderungen des Krebsregistergesetzes**
Gesetzentwurf der Landesregierung
Drucksache 20/4697

Sehr geehrte Frau Rathje-Hoffmann,

sehr geehrte Damen und Herren,

in der im Betreff bezeichneten Angelegenheit danken wir für die Möglichkeit der Stellungnahme, die wir gerne mit den nachfolgenden Anmerkungen zu einzelnen der vorgesehenen Regelungen des Gesetzentwurfes nutzen:

§ 1

Abs. 1 Nr. 3

Die Krankenhäuser sollen „in die Lage versetzt“ werden, die Patientensicherheit zu erhöhen. Der Gesetzentwurf enthält jedoch lediglich Anforderungen an die Krankenhäuser, ohne hierfür zusätzliche Ressourcen zur Verfügung zu stellen.

Abs. 2

Die jahrzehntelange Unterfinanzierung der Krankenhausinvestitionen wird mit diesem Absatz gesetzlich (weiterhin) legitimiert. Für die Krankenhausträger ist dies inakzeptabel. Die Ansprüche der Krankenhäuser auf Investitionsfinanzierung nach dem KHG bestehen unabhängig von der Finanzplanung des Landes. Daher ist diese an die notwendige Investitionsfinanzierung anzupassen und nicht umgekehrt.

§ 3

Abs. 2

In Abs. 2 passen Wortlaut („Das Land, die Kreise und kreisfreien Städte gewähren zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung Fördermittel nach den Regelungen dieses Gesetzes.“) und Gesetzesbegründung („Nach Absatz 2 gewährt das Land Fördermittel zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung; die Kreise und kreisfreien Städte finden an dieser Stelle keine Erwähnung, sodass allein das Land für die Bewilligung von Fördermitteln zuständig ist.“) nicht zusammen.

§ 4

Abs. 1

Die Digitalisierung der Kommunikationswege ist in jedem Fall zu begrüßen. Zur Einführung dieses neuen Paragraphen sollte das Gesundheitsministerium aber erstmalig sämtliche Krankenhäuser adressieren und explizit auf ihre Verpflichtungen hiernach hinweisen. Aus unserer Sicht ist es zudem unerlässlich, dass Kommunikationswege nicht nur einseitig sondern in beide Richtungen verlaufen. Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium sollte ebenfalls verpflichtet werden, den Krankenhäusern eine jederzeitige Kontaktaufnahme über vorab benannte Kommunikationswege zu ermöglichen.

Abs. 3

Eine Möglichkeit der Zustellung eines Verwaltungsaktes ohne jegliche Benachrichtigung des betroffenen Krankenhausträgers lehnen wir ab. Dies würde letztendlich bedeuten, dass die Krankenhäuser täglich überprüfen müssten, ob eine Zustellung über öffentlich zugängliche Netze oder Verwaltungsportale erfolgt ist. Dieser Aufwand steht in keinem Verhältnis zu dem Aufwand, der eine Benachrichtigung nach sich ziehen würde.

§ 5

Abs. 1

Grundsätzlich stellen wir fest, dass § 5 im Vergleich zum 1. Kabinettsentwurf deutlich klarer gefasst wurde. Diese erhöhte Klarheit begrüßen wir. Inhaltlich verbleiben unsererseits jedoch weiterhin Kritikpunkte. Die in Absatz 1 normierte weitgehende Ermächtigung des zuständigen Ministeriums, das Nähere, insbesondere zu den Abläufen der Zusammenarbeit, der Zusammensetzung, der Vertretung, Stellvertretung und Abberufung, der Einberufung und Tagesordnung, der Beschlussfähigkeit und Beschlussfassung und zu den sonstigen in dieser Vorschrift getroffenen Regelungen über den Erlass einer Geschäftsordnung zu definieren, wird abgelehnt. Die wesentlichen Grundlagen hierfür sind u.E. vielmehr im Gesetz zu definieren.

Abs. 2

Die Differenzierung zwischen den Fachgremien für Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung wird abgelehnt. Wir halten es sowohl tatsächlich als auch rechtlich für notwendig sowohl im Rahmen der Krankenhausplanung und als auch der Aufstellung der Investitionsprogramme an der Beteiligung des bisherigen Landeskrankenhausausschuss festzuhalten.

§ 7 Abs. 1 Satz 2 KHG bestimmt insoweit, dass bei der Krankenhausplanung und der Aufstellung der Investitionsprogramme einvernehmliche Regelungen mit den unmittelbar Beteiligten anzustreben sind. Nach der Gesetzesbegründung (vgl. Drucksache 10/2095) zählen

zu den unmittelbar Beteiligten insbesondere das betroffene Krankenhaus, die Landeskrankenhausgesellschaft, die Landesverbände der Krankenkassen, der Landesausschuss des Verbandes der privaten Krankenversicherung und die kommunalen Spitzenverbände. Auch zum Sinn und Zweck enthält die Gesetzesbegründung detaillierte Ausführungen: *„Mit dieser Regelung soll zum Ausdruck gebracht werden, daß die Landesbehörden gehalten sind, die unmittelbar Beteiligten schon in einem frühen Zeitpunkt an der Ausarbeitung, Änderung, Fortschreibung und Aufhebung der Krankenhauspläne und Investitionsprogramme zu beteiligen, damit diese rechtzeitig Gelegenheit haben, Vorschläge und Anregungen zu unterbreiten und gemeinsam mit den Landesbehörden Fehlentwicklungen entgegenzuwirken. Dabei ist, wie bisher, das betroffene Krankenhaus anzuhören. Eine derartige rechtzeitige partnerschaftliche Zusammenarbeit, bei der die Beteiligten von vornherein auch in schwierige Entscheidungen, wie Bettenabbau oder Krankenhausschließungen, eingebunden werden, beugt nicht nur Konflikten vor, sondern unterstützt auch die Position der Landesbehörden in der Wahrnehmung ihrer politischen Letztverantwortung.“*

Die Zuordnung der Beratungen über Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung sollte wie bisher im Landeskrankenhausausschuss erfolgen und die §§ 5 und 6 des LKHG in der geltenden Fassung weitgehend übernommen werden.

Sofern aus nachvollziehbaren Gründen eine Verschärfung des bisherigen Verfahrens angestrebt wird, könnte diese u.E. auch dadurch erreicht werden, dass bei fehlendem Einvernehmen keine erneute Abstimmung erforderlich wäre, sondern das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium bereits nach einmaliger Abstimmung Entscheidungen treffen könnte.

Abs. 3

Bei der Zusammensetzung des Ausschusses sollte aus unserer Sicht ein angemessenes Verhältnis zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern bestehen. Aktuell sehen wir hier die Kostenträgerseite durch die Beteiligung aller Kassenverbände überrepräsentiert, weswegen wir vorschlagen, die Liste um die Landes-Arbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtsverbände Schleswig-Holstein e.V. und den Verband der Privatkliniken in Schleswig-Holstein e.V. zu ergänzen.

Zudem bitten wir darum, in Nr. 6 und ebenso in Abs. 5 Nr. 4 statt „die Schleswig-Holsteinische Krankenhausgesellschaft“ die korrekte Bezeichnung „Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein e.V.“ zu verwenden.

§ 6

Abs. 4

Die Auskunftspflicht muss begrenzt werden auf begründete Anfragen und einen angemessenen Rahmen. Dies ist unbedingt in die Formulierung aufzunehmen. Im Übrigen muss das Gesundheitsministerium gerade bei Angaben zu den wirtschaftlichen Verhältnissen des Krankenhauses zur Verschwiegenheit verpflichtet werden. Es handelt sich hier um Betriebsgeheimnisse.

Abs. 5

Auch das Ergebnis länderübergreifender Planung ist für das betroffene KH im Krankenhausplan auszuweisen. Ebenso ist eine Beratung mit den Beteiligten im Landeskrankenhausausschuss erforderlich.

§ 7

Abs. 2

Der Krankenhausplan sollte nicht nur die bedarfsgerechten Krankenhäuser nach gegenwärtiger Aufgabenstellung ausweisen, sondern zudem einen in der Zukunft liegenden Stand im Sinne einer „echten“ Planung aufzeigen.

Bereits jetzt gibt es eher zu viele als zu wenige Qualitätsanforderungen. Die Festlegung weiterer landesrechtlicher Vorgaben wird daher strikt abgelehnt. Sofern die Regelung allein der Festlegung landesrechtlicher Qualitätsanforderungen für psychiatrische Leistungsgruppen dienen soll, sollte sich der Regelungszweck auch im Gesetzestext wiederfinden, weswegen wir folgende Ergänzung vorschlagen „...landesrechtlich festgelegter Qualitätsanforderungen für psychiatrische Leistungsgruppen...“.

Abs. 3

Wenn die Standorte mit der jeweiligen Gesamtkapazität ausgewiesen werden sollen, dann ist zwingend zu definieren (spätestens bei Aufstellung des Krankenhausplans), wie sich Gesamtkapazität definiert. Dies können Fallzahlen, Bettenzahlen o.ä. sein.

§ 7a

Der Paragraph stellt eine eigenständige landesrechtliche Rechtsgrundlage für die Zuweisung psychiatrischer Leistungsgruppen, dar und sieht diese auch obligatorisch erstmals zum 01.01.2028 vor. Die Notwendigkeit für die Festlegung solcher landeseigener Leistungsgruppen erschließt sich jedoch nicht. So ist die bisherige Praxis der Ausweisung von jeweils voll- und teilstationären Kapazitäten für Allgemeinpsychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie bereits hinreichend differenziert.

Durch die Vorgaben der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal gemäß § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V (PPP-RL) sind bereits für alle Bereiche Anforderungen an die Behandlungsqualität in den Einrichtungen definiert und mittlerweile sanktionsbewehrt. Eine darüber hinausgehende Regulierung bringt daher keinen Nutzen und führt zu zusätzlichem bürokratischem Aufwand.

§ 8

Abs. 1

Unklar ist das Verhältnis von Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 zu § 7 Abs. 5 sowie Notwendigkeiten der Bedarfssicherung.

In Nr. 2 der Aufzählung ist die Formulierung „wirtschaftlich“ auslegungsbedürftig und es ist unklar, was gemeint ist. Sofern in der Gesetzesbegründung darauf hingewiesen wird, dass zur Ausfüllung der unbestimmten Rechtsbegriffe auf die einschlägige Rechtsprechung und Literatur zurückgegriffen werden soll, kann dies nicht ohne weiteres nachvollzogen werden, so dass wir insoweit um Konkretisierung bitten. Gemeint sein kann angesichts der aktuellen Finanzierungslage der Krankenhäuser sicherlich nicht, dass keine Verluste gemacht werden dürfen.

Darüber hinaus stellt sich die Frage, wie die Wirtschaftlichkeit vom zuständigen Ministerium geprüft werden soll. Diese Voraussetzung für die Aufnahme in den Krankenhausplan ist zu streichen.

Abs. 2

Unverständlich ist die Begründung zu Abs. 2 Satz 1. Besteht doch ein Rechtsanspruch, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen?

Die Vermutungsregelung, nach der Krankenhäuser ohne Leistungsgruppenzuweisung nicht als wirtschaftlich gelten, kann allenfalls in der anstehenden Übergangsphase Relevanz haben. Dies sollte im Gesetzestext auch zum Ausdruck kommen.

Abs. 4

In Nr. 6 sollte nicht nur die Teilnahme an der Notfallversorgung, sondern auch die Stufe im System von Notfallstrukturen gemäß § 136 SGB V, der das Krankenhaus mindestens zuzuordnen ist, ausgewiesen werden.

Nr. 12 erfordert eine Klarstellung, ob damit nur gesetzlich untergebrachte Patienten erfasst werden.

Abs. 5

Wichtig ist, dass die Krankenhäuser in die Lage versetzt werden einen qualifizierten Antrag stellen zu können. Hierzu sollte das zuständige Ministerium die zu übermittelnden Unterlagen in begründetem und angemessenem Umfang vorab festlegen. Ebenso muss das Ministerium klare Vorgaben für eine Wirtschaftlichkeitsberechnung machen. Handelt es sich um eine GuV nach HGB oder um spezielle Wirtschaftlichkeitsberechnungen? Zum jetzigen Zeitpunkt einer vollkommen desaströsen Krankenhausfinanzierung, ist die Erbringung nahezu jeder Krankenhausleistung unwirtschaftlich. Dafür braucht es keine Wirtschaftlichkeitsberechnungen.

§ 9

Abs. 1

Die Herausnahme aus dem Krankenhausplan ist zwingende Notwendigkeit für die Neustrukturierung des Krankenhauswesens. Es sollten aber unbedingt Übergangszeiträume definiert werden, um die Schließung von Abteilungen und Krankenhäusern für den Krankenhausträger zu ermöglichen.

Die Herausnahme aus dem Krankenhausplan ist für sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen zwar vorgesehen, nicht aber die Aufnahme. Wir halten entsprechende eigene Regelungen für sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen für notwendig und schlagen vor, diese in einem eigenen Paragraphen niederzuschreiben.

Abs. 2

Verbunden mit der Teilherausnahme oder Herausnahme aus dem Krankenhausplan sollte eine Finanzierungsverpflichtung des Ministeriums aufgenommen werden.

In Abs. 2 Satz 5 muss der Verweis wie folgt lauten: „§ 8 Abs. 6“

Abs. 3

In Abs. 3 wäre eine Konkretisierung des Begriffs „in Gebrauch genommen“ zur Vermeidung von Rechtsunsicherheiten wünschenswert.

§ 10

Abs. 1

Die Regelung ist nicht verfassungsgemäß und insgesamt zu streichen. Durch die in § 10 normierte Versorgungsverpflichtung, die eine Rückgabe des Versorgungsauftrages grundsätzlich ausschließt, werden die Krankenhausträger in ihrem Grundrecht aus Art. 12 Abs. 1 GG verletzt. Der in der Gesetzesbegründung gezogene Vergleich mit § 11 Abs. 1 Allgemeines Eisenbahngesetz trägt insoweit nicht. Ausdrücklich wendet sich die dortige Regelung an öffentliche Eisenbahninfrastrukturunternehmen. Öffentliche Unternehmen sind aber grundsätzlich nicht grundrechtsfähig, können sich also auch auf eine Verletzung ihrer Rechte aus Art. 12 GG nicht berufen.

Die Versorgungsverpflichtung in der hier definierten Form ist inakzeptabel. Sie steht im Widerspruch zu § 1 Abs.1 Nr. 1 "wirtschaftlich gesicherten, sparsam und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern sicherzustellen" bzw. § 6 Abs. 5. Ein Krankenhausträger muss in der Lage sein, einer hoch defizitären Versorgungserbringung zu begegnen. Mit der Versorgungsverpflichtung werden Krankenhäuser in die Insolvenz getrieben.

Abs. 2

Das bedeutet, selbst wenn die Erfüllung eines Krankenhausversorgungsauftrages für den Krankenhausträger unzumutbar ist, wird der Krankenhausträger gezwungen, die Versorgung weiterhin durchzuführen. Dies ist inakzeptabel.

§ 11

Abs. 2

Der bisherige Krankenhausträger soll für die ordnungsgemäße Verwendung bereits verwendeter Fördermittel haften. Der Satz ist widersinnig: Wenn die Mittel bereits verwendet wurden, spielt der Trägerwechsel keine Rolle, weil es sich um einen Vorgang in der Vergangenheit handelt. Für die ordnungsgemäße Verwendung der zugewiesenen Mittel, die an den neuen Krankenhausträger übergehen, kann der bisherige Krankenhausträger nicht haften.

Abs. 3

Beinhaltet das eine Anzeigepflicht jeder Veränderung der Gesellschafterstruktur?

§ 12

Abs. 1

Dem Haushaltsvorbehalt steht der Anspruch der Krankenhausträger auf Investitionskostenförderung gegenüber. Durch die nunmehr erfolgte explizite Aufnahme des Haushaltsvorbehalts erfolgt eine Priorisierung, mit der Ansprüche der Krankenhäuser völlig ausgehebelt werden könnten.

Abs. 3

Was für einen Bewilligungsbescheid erforderlich ist, muss den Krankenhausträgern zur Kenntnis gebracht werden, sonst können sie dieses Gesetz nicht einhalten. Hierzu sollte das zuständige Ministerium die zu übermittelnden Unterlagen in begründetem und angemessenem Umfang vorab festlegen.

§ 14

Abs. 1

Das Investitionsprogramm sollte verpflichtend veröffentlicht werden.

Abs. 4

Auch hier sollte das zuständige Ministerium die zu übermittelnden Unterlagen in begründetem und angemessenem Umfang vorab festlegen.

§ 15

Abs. 3

Mehrkosten müssen auch dann finanziert werden, wenn sie durch sinnhafte und mit dem Gesundheitsministerium abgestimmte erforderliche Umplanungen, statische Gutachten, Umweltschutzgutachten o.ä. Rahmenbedingungen erzwungen werden.

Abs. 8

Diese Regelung gab es bisher im LKHG nicht und sie ist mit einer Frist von zwei Jahren auch nicht praktikabel. Teilweise dauern schon die Baugenehmigungsverfahren länger als zwei Jahre. Hinzu kommen noch Zeiten für Ausführungsplanungen und Vergabeverfahren. Will das Ministerium alle diese Ausnahmefälle prüfen? Steht dafür ausreichend Personal zur Verfügung?

§ 17

Abs. 1

Es fehlen hier die Kosten für Interimsmaßnahmen.

Abs. 2

Die Einschränkung ist nur auf Gewohnheitsrecht, nicht aber auf gesetzliche Grundlagen zurückzuführen. Erwerb, Erschließung, Miete und Pacht von Grundstücken aber auch Interimsmaßnahmen, Umstellungskosten und Anlaufkosten sind zwingend verbunden mit der Errichtung und Inbetriebnahme von Gebäuden, die für die Krankenversorgung erforderlich sind. Es ist zwar bislang nicht üblich, diese Kosten zu fördern, sie werden aber auch von den Krankenkassen nicht übernommen. Infolgedessen entsteht die zwingende Notwendigkeit dies fremd- oder durch Gewinne, die grundsätzlich im Finanzierungssystem weder vorgesehen, noch möglich, sind zu finanzieren. Die Formulierung zementiert Defizite für die Krankenhäuser.

§ 20

Abs. 1

Die Anhebung der Grenze für kleine bauliche Maßnahmen mit der Folge, dass zukünftig im Regelfall alle Maßnahmen bis zu einem Betrag von 1 Million Euro unter die pauschale Förderung fallen, lehnen wir ab. An dem ursprünglich mit dieser Regelung verfolgten Ziel, das es den Krankenhäusern ermöglichen sollte, freier und entbürokratisierter mit den zugestandenen Fördermitteln im Rahmen der Zweckbindung zu agieren, würden wir indes gerne festhalten. Insoweit schlagen wir daher vor, die bisherige Grenze von 50.000 Euro beizubehalten.

und dahingehend zu ergänzen, dass das Krankenhaus berechtigt ist, auch darüber hinausgehend pauschale Fördermittel einzusetzen.

Abs. 2

Die Auszahlung der Pauschalbeträge muss jeweils jährlich im Januar eines Jahres erfolgen. Die Krankenhäuser tätigen die Ausgaben von Beginn des Jahres an. Das Ministerium kann hier als Auszahlungszeitpunkt den 31.12. des jeweiligen Jahres beliebig festlegen. Die Kapitalkosten in der Zwischenzeit sind vollständig unfinanziert und erhöhen die Defizite der Krankenhäuser.

Abs. 4

Aus unserer Sicht sollte eine Klarstellung erfolgen, dass neben teilstationären auch Hybrid-Leistungen zu berücksichtigen sind. Wir schlagen daher vor, den Begriff „Fallzahl“ um den Klammerzusatz (stationär, teilstationär und hybrid) zu ergänzen.

Abs. 5

Die Regelung verletzt eklatant den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz. Die dahinterstehende Annahme, dass Mittel unnötig seien, nur weil sie angespart werden, ist zynisch. Wird bei der Ansparung das Dreifache des Jahreswertes überschritten und auch nur um einen Euro, verliert das Krankenhaus die gesamte Jahrespauschale des Folgejahres. Verständlich nachvollziehbar und angemessen wäre es, wenn lediglich der überschreitende Betrag von der Jahrespauschale abgezogen werden würde.

§ 21

Abs. 1

Es sollte eine Nummer 4. eingeführt werden mit folgendem Sinngehalt:
„Investitionen zur Umstellung auf die Versorgung im Sinne einer sektorübergreifenden Versorgungseinrichtung.“

Abs. 2

Für den Fall einer vollständigen Schließung eines Krankenhauses sollen die Pauschalfördermittel offenbar erhöht werden können. Hier fehlt allerdings das Bezugsjahr. Nach der Schließung und Herausnahme aus dem Krankenhausplan kann das Krankenhaus systematisch keine Pauschalen mehr erhalten. Es muss sich hier also um eine Erhöhung der Pauschale im Vorjahr des Ausscheidens aus dem Krankenhausplan handeln.

Abs. 3

Dass der Krankenhausträger entsprechend seiner Vermögenssituation einen Teil der Schließungskosten, also wegen einer Entscheidung, die von ihm nicht zu vertreten ist, tragen soll, ist inakzeptabel. Auch, dass er für die Schließung Kredite aufnehmen oder andere Finanzierungsmöglichkeiten nutzen soll, kann nicht hingenommen werden. Die Erträge, die er aus der Verwertung des Krankenhauses einmalig oder dauerhaft erzielt, sollen und müssen für die Schließungskosten herangezogen werden, allerdings nur in dem Verhältnis, in dem die Errichtung der Gebäude bzw. Kapazitäten auch gefördert wurde.

§ 23

Abs. 1

Diese bisher nicht praktizierte Regelung wird weitere Krankenhäuser in die Insolvenz treiben. Viele Krankenhäuser sind bereits durch Grundschulden belastet, weil sie wegen der Unterfinanzierung durch das Land Kredite haben aufnehmen müssen. Diese Bestellung von Grundpfandrechten hat eine wirtschaftliche Grenze, die nun durch die Inanspruchnahme durch das Land in vielen Fällen überschritten werden wird.

Abs. 4

Gegen was soll der Krankenhausträger sich versichern? Was ist betriebsüblich? Was insbesondere gilt während der Bauphase?

§ 24

Abs. 2

Im Rahmen der Nr. 5 fehlt der Abzug der Kosten, die dem Erlös gegenüberstehen, so dass nur der Gewinn anteilig abgeführt wird.

§ 25

Abs. 1

Die Prüfung des Ministeriums muss zwingend innerhalb einer gewissen Frist erfolgen, da Rückforderungsrisiken für die Krankenhäuser wirtschaftlich relevant sind. Es ist eine Regelung einzuführen, nach der der Verwendungsnachweis sechs Monate nach Vorlage geprüft, anderenfalls automatisch genehmigt ist.

Abs. 2

Die Vorgaben zum Nachweis der Verwendung pauschaler Fördermittel führen zu einem Bürokratieaufbau, der nicht wertschöpfend ist und zu zusätzlichen Kosten in den Kliniken führt. Die Regelung ist daher zu streichen.

§ 26

Abs. 1

Absatz 1 verpflichtet jedes Krankenhaus im Rahmen seines Versorgungsauftrages alle Patienten, die seine Leistungen benötigen, zu versorgen. Diese Versorgungspflicht des Krankenhauses kann - so auch die Gesetzesbegründung - nicht uneingeschränkt bestehen. Zur Klarstellung und Vermeidung etwaiger Streitigkeiten sollten Einschränkungen der Versorgungspflicht aber bereits dem Gesetzestext selbst und nicht nur der Gesetzesbegründung zu entnehmen sein. Hier bedarf es dabei neben den bereits in der Begründung genannten Einschränkungen bei Vollbelegung zwingend einer Regelung zum Verhältnis der Versorgungs- verpflichtung zur Verpflichtung zur Einhaltung von Qualitäts- und Strukturvorgaben (z.B. PpUG). Keinesfalls ist es für die Krankenhäuser hinnehmbar, in Situationen geraten zu können, in denen sie, egal wie sie sich verhalten, jedenfalls gegen eine für sie bestehende Verpflichtungen verstoßen müssen. Grundsätzlich kann die Versorgungsverpflichtung nur in einem Umfang gelten, für den das Krankenhaus tatsächlich qualitativ und quantitativ über entsprechende Ressourcen verfügt.

Die Versorgungsverpflichtung gegenüber allen Patienten erweitert die nach § 109 Abs. 4 SGB V bestehenden Behandlungsverpflichtungen. Dies birgt insbesondere im Bereich der elektiven Behandlungen ein nicht unerhebliches Kostenrisiko, das bei reinen Selbstzahlern anders als bei gesetzlich Versicherten nicht zwingend durch einen solventen Kostenträger gedeckt ist. Eine Erweiterung des Kontrahierungszwangs kann daher nur akzeptiert werden, wenn im Gegenzug die Krankenhäuser von einem etwaigen Kostenausfallrisiko befreit werden.

Auch wäre den Krankenhäusern mit dieser Regelung die Möglichkeit genommen, (nicht Notfall-) Patienten aufgrund inadäquaten Verhaltens ein Hausverbot zu erteilen.

Abs. 2

Die in Absatz 2 geregelte Aufnahme und Versorgung von Patienten kann nicht grenzenlos gewährleistet werden. Auch eine ärztliche Erstversorgung ist nur im Rahmen der tatsächlich vorhandenen Ressourcen leistbar. Gleiches gilt für die Organisation der Verlegung – insbesondere mit Blick auf die auch hier vorgesehene Sicherstellung der ärztlichen Betreuung durch das abgebende Krankenhaus. Weder kann vom Krankenhaus, dessen Kapazitäten eine Versorgung des Patienten im eigenen Hause schon nicht zulassen, die Sicherstellung einer ärztlichen Betreuung verlangt werden, noch handelt es sich bei einer Verlegung aus medizinischen Gründen um eine Leistung des abgebenden Krankenhauses, so dass auch entsprechende Kosten nicht refinanziert werden.

Abs. 3

Der pauschale Vorrang von Notfallpatienten ist nicht sachgerecht. Auch bei Patienten mit elektiven Eingriffen kann die Behandlung dringlich sein. Das müsste im Gesetzestext Berücksichtigung finden. Notfall muss jedenfalls definiert werden.

Abs. 6

Ist geltendes Recht und daher überflüssig.

§ 27

Abs. 1

Wir lehnen es ab, im Rahmen eines Landeskrankenhausgesetzes einzelne Patientengruppen besonders herauszustellen. Damit werden faktisch alle anderen Patienten, z.B. onkologische Patienten, Intensivpatienten, Herzranke etc. zurückgesetzt. Wir plädieren daher für die Streichung der Regelung, die entweder bereits an anderen Stellen geregelt oder in die Organisationshoheit der Krankenhäuser fällt.

Abs. 2

Es kann keine Pflicht zur Aufnahme der Begleitperson geben, wenn weder Kostenträger noch die Person selbst die Kosten übernehmen können/wollen.

Abs. 3

Wenn das Krankenhaus Patient*innen darauf hinweist, dass keine gesetzliche Pflicht der Kostenträger zur Übernahme der Kosten besteht und der/die Patient*in dennoch auf Mitaufnahme besteht, ist das Krankenhaus dann gemäß Abs. (2) weiterhin verpflichtet, ohne Finanzierung die Aufnahme sicherzustellen? Absatz 3 sollte daher verdeutlichen, dass in den Fällen des Abs. 2 Satz 4 keine Leistungspflicht der Krankenkassen besteht:

„Das Krankenhaus hat die Patientin oder den Patienten bei Vorliegen der Voraussetzungen des Abs. 2 Satz 4 sowie in sonstigen Fällen, in denen keine gesetzliche Pflicht der Kostenträger zur Übernahme der Kosten der Mitaufnahme besteht, vorab auf die entstehenden Kosten hinzuweisen.“

Abs. 4

Absatz 4 verpflichtet die Krankenhäuser, Maßnahmen für ein angemessenes Abschiednehmen der Hinterbliebenen zu treffen, was insbesondere die Schaffung und Unterhaltung entsprechender Räumlichkeiten bedeuten soll. Hier stellt sich die Frage, in welchem Umfang dies Aufgabe des Krankenhauses ist bzw. sein kann und wer die entsprechenden Kosten der Schaffung und Unterhaltung der Räume tragen soll.

§ 28

Abs. 1

Der Paragraph ist wegen Selbstverständlichkeit zu streichen.

Abs. 2

Hier ist problematisch, dass mit dem Gesetzentwurf nur die Krankenhäuser angesprochen werden; die Regelung aber nur dann Sinn machen kann, wenn neben den Krankenhäusern auch die anderen an der Patientenversorgung beteiligten Leistungserbringern entsprechend verpflichtet werden. Ob und an welcher Stelle dies geschehen soll, ist nicht ersichtlich.

Abs. 3

Ein schriftlicher Bericht wird angesichts des damit verbundenen Ressourcenaufwands abgelehnt.

Abs. 4

Die Regelung zur Kostentragung in § 29 Abs. 4 ist abzulehnen. Sowohl die Alarmübungen als auch die Bestellung der Beauftragten sind kostenintensiv und werden im Gegensatz zu der in der Gesetzesbegründung aufgestellten Behauptung über das DRG-System nicht entsprechend vergütet.

Abs. 5

Die hier beschriebene Pflicht war bisher gesetzlich nicht geregelt und insoweit auch nicht Bestandteil der Krankenhausfinanzierung. Dieser Bereich gehört für uns thematisch auch nicht zur Krankenplanung sondern zum Bevölkerungsschutz, so dass er dort in angemessener Weise (z.B. durch Einrichtung eines Zentrallagers) zu regeln wäre.

§ 30

Wie bereits oben (§ 27) im Zusammenhang mit den Patientengruppen ausgeführt, lehnen wir es auch ab, einzelne Berufsgruppen und Organisationseinheiten besonders hervorzuheben und zu regeln. Auch dies - die Verpflichtung zur Einrichtung eines Sozialdienstes - greift in die Organisationshoheit der Krankenhäuser ein, ohne dass dies erforderlich wäre. Schon jetzt sind die Krankenhäuser nach § 39 Abs. 1a SGB V zur Durchführung eines Entlassmanagements verpflichtet und erfüllen diese Aufgabe in den dazu gewählten Organisationsstrukturen.

§ 31

Abs. 2

Die in Absatz 2 vorgesehene Freistellung von Ärztinnen und Ärzten zur Teilnahme am Rettungsdienst erfolgt schon jetzt; allerdings erhalten die Krankenhäuser hierfür einen entsprechenden Kostenersatz. Dies sollte zur Klarstellung auch in dem jetzigen Gesetzentwurf ergänzt werden

Die medizinisch notwendige Verlegung ist keine Krankenhausleistung; dadurch entstehende Kosten können nicht bei den Krankenhäusern verbleiben.

§ 32

Abs. 1

Mit der Regelung, die zweckentsprechende, sparsame und wirtschaftliche Verwendung der Fördermittel durch einen Wirtschaftsprüfer oder eine Wirtschaftsprüfungsgesellschaft feststellen zu lassen, wird eine kostenintensive Verpflichtung ohne Refinanzierungsmöglichkeit für die Krankenhäuser aufrechterhalten.

§ 33

Abs. 1

Hier gilt das bereits zu § 30 Ausgeführte. Eine Präferenzierung einzelner, Patienten-, Berufsgruppen oder Organisationseinheiten wird abgelehnt. Die Organisation der Betriebsleitung und Abteilungen obliegt dem Krankenhaus. Die vorgesehene Regelung greift nicht nur in diese Organisationshoheit ein, sie ist zudem auch unnötig, bürokratisch und offenbar ausschließlich aus Tradition begründet. Insbesondere gilt dies für Abs. (3).

§ 34

Abs. 1

Erneut müssen wir uns wiederholen. Auch die Hervorstellung der Berufsgruppe der Apotheker*innen lehnen wir ab. Die neu aufgenommene Verpflichtung, dass Apothekerinnen oder Apotheker als Beratungsperson im Krankenhaus zur Verfügung stehen, greift wiederum in die Organisationshoheit der Krankenhäuser ein und verursacht weitere nicht durch das DRG-System abgedeckte Kosten. Zudem dürften entsprechend weitergebildete Fachapotheker gar nicht in hinreichender Anzahl vorhanden sein mit der Folge, dass Krankenhäuser angesichts der bestehen Verpflichtung auch dann Haftungsrisiken ausgesetzt werden, wenn sie entsprechende Apotheker zwar einsetzen wollen, aber nicht können.

§ 37

Abs. 1

Angesichts der Bedeutung und Tragweite der Ordnungswidrigkeitentatbestände halten wir es für sachgerecht, den Anwendungsbereich auf Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit zu beschränken.

Der Katalog der Ordnungswidrigkeiten ist zudem dem Zeitgeist folgend, erheblich ausgeweitet worden. Teilweise werden auch Petitesse (Nr. 7) zur Ordnungswidrigkeit (mit Strafen bis zu 500.000 EUR) erklärt. Darüber hinaus werden den Krankenhausleitungen, wie bereits an anderer Stelle angemerkt, die Möglichkeiten, ihren Verpflichtungen (Nr. 4) nachzukommen,

immer weiter beschnitten. Gleichzeitig werden ihnen Strafen angedroht, wenn sie dann ihren Aufgaben nicht nachkommen.

§ 41

Der Patientendatenschutz ist aus unserer Sicht durch die DS-GVO, das Bundes- und Landesdatenschutzgesetz bereits umfassend geregelt, so dass die Regelungen in § 41 überflüssig sind und gestrichen werden sollten.

Mit freundlichen Grüßen

gez. Patrick Reimund
Geschäftsführer