

**Gesetzentwurf  
der Landesregierung**

**Gesetz zur Änderung des Landeskrankenhausgesetzes  
Baden-Württemberg**

A. Zielsetzung

Das Gesetz verfolgt vorrangig das Ziel, das Landeskrankenhausgesetz Baden-Württemberg zu aktualisieren und aufgrund von Gesetzesänderungen erforderliche Anpassungen vorzunehmen.

B. Wesentlicher Inhalt

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz wurde in § 6 Absatz 1 a Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) neu geregelt, dass die Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität nach § 136 c Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch automatisch Bestandteil der Krankenhauspläne der Länder werden. Da der Inhalt der Empfehlungen und dessen Konsequenzen für die Krankenhausplanung des Landes noch unklar sind, soll zur Wahrung der Planungshoheit des Landes von der in § 6 Absatz 1 a Satz 2 KHG ausdrücklich zugelassenen Ausschlussmöglichkeit Gebrauch gemacht werden.

Durch die Einfügung von § 9 b Absatz 3 in das Transplantationsgesetz (TPG) zum 1. August 2012 wurde es den Ländern übertragen, für die Transplantationsbeauftragten das Nähere, insbesondere zu der erforderlichen Qualifikation und organisatorischen Stellung sowie deren Freistellung von ihren sonstigen Tätigkeiten im Entnahmekrankenhaus, durch Landesrecht zu bestimmen. Diese Regelung wird nun umgesetzt.

Im Übrigen sind aufgrund von Änderungen in der Gemeindeordnung und im Fünften Buch Sozialgesetzbuch redaktionelle Folgeänderungen erforderlich.

### C. Alternativen

Wird die Regelung nach § 6 Absatz 1 a Satz 1 KHG nicht durch eine landesrechtliche Regelung modifiziert, werden die Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren verbindlicher Bestandteil der Krankenhausplanung des Landes. Die Relevanz und Rechtssicherheit der Anwendung der Indikatoren für die Krankenhausplanung, zum Beispiel für die Herausnahme einer Fachabteilung aus dem Krankenhausplan, als auch das Verfahren sind sehr umstritten.

### D. Kosten für die öffentlichen Haushalte

Nennenswerte Kosten für die öffentlichen Haushalte entstehen durch die Gesetzesänderung nicht.

### E. Kosten für Private

Keine.

**Staatsministerium  
Baden-Württemberg  
Ministerpräsident**

Stuttgart, 15. Mai 2018

An die  
Präsidentin des Landtags  
von Baden-Württemberg

Sehr geehrte Frau Landtagspräsidentin,

als Anlage übersende ich Ihnen gemäß Artikel 59 Absatz 1 der Verfassung des Landes Baden-Württemberg den von der Landesregierung beschlossenen Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Landeskrankenhausgesetzes Baden-Württemberg. Ich bitte Sie, die Beschlussfassung des Landtags herbeizuführen. Die federführende Zuständigkeit liegt beim Ministerium für Soziales und Integration, beteiligt sind das Ministerium für Inneres, Digitalisierung und Migration und das Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst.

Mit freundlichen Grüßen

Kretschmann  
Ministerpräsident

Der Landtag wolle beschließen,  
dem nachstehenden Gesetzentwurf seine Zustimmung zu erteilen:

## **Gesetz zur Änderung des Landeskrankenhausgesetzes Baden-Württemberg**

### Artikel 1

Das Landeskrankenhausgesetz Baden-Württemberg in der Fassung vom 29. November 2007 (GBl. 2008, S. 14), das zuletzt durch Artikel 48 der Verordnung vom 23. Februar 2017 (GBl. S. 99, 105) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Nach § 4 Absatz 1 Satz 3 werden folgende Sätze eingefügt:

„Ebenso können Qualitätsvorgaben im Krankenhausplan festgelegt werden. § 6 Absatz 1 a Satz 1 KHG findet keine Anwendung.“
2. Nach § 6 Absatz 1 Satz 6 wird folgender Satz eingefügt:

„Außerdem können zur Sicherung der Inhalte der Krankenhausplanung nach § 4 Absatz 1 einzelne Leistungen innerhalb eines Fachgebiets vom Versorgungsauftrag ausgenommen werden.“
3. § 7 Absatz 5 wird aufgehoben.
4. § 30 b wird wie folgt geändert:
  - a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
    - aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Krankenhäuser mit Intensivtherapiebetten (Entnahmekrankenhäuser) haben wenigstens einen Facharzt oder eine Fachärztin mit einer wenigstens sechsmonatigen intensivmedizinischen Erfahrung als Transplantationsbeauftragten oder -beauftragte zu bestellen.“
    - bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Entnahmekrankenhäuser teilen der Koordinierungsstelle nach § 11 Absatz 1 TPG die Namen der bestellten Personen mit.“
  - b) Die Absätze 2 bis 6 werden wie folgt gefasst:

„(2) Aufgabe der Transplantationsbeauftragten ist die Koordinierung des Gesamtprozesses der Organspende im Entnahmekrankenhaus und eine enge Kooperation mit der Koordinierungsstelle nach § 11 Absatz 1 TPG. Sie wirken darauf hin, dass das Entnahmekrankenhaus seiner gesetzlichen Verpflichtung

tung nach § 9 a Absatz 2 TPG nachkommt. Sie sind insbesondere dafür verantwortlich, dass

1. die Angehörigen von Organspendern und -spenderinnen nach §§ 3 oder 4 TPG in angemessener Weise begleitet werden,
2. Zuständigkeiten und Handlungsabläufe im Entnahmekrankenhaus zur Erfüllung der Verpflichtungen nach dem Transplantationsgesetz schriftlich festgelegt werden, insbesondere hinsichtlich der Erkennung möglicher Organspender und -spenderinnen, der Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls sowie der Einbeziehung der Koordinierungsstelle nach § 11 Absatz 1 TPG,
3. alle im Entnahmekrankenhaus nach primärer oder sekundärer Hirnschädigung eingetretenen Todesfälle dokumentiert und der Koordinierungsstelle nach § 11 Absatz 1 TPG gemeldet werden; das Ministerium wird ermächtigt, hierzu die Dokumentationsinhalte und das Verfahren zur Dokumentation durch Rechtsverordnung festzulegen,
4. das ärztliche und pflegerische Personal des Entnahmekrankenhauses regelmäßig unter Berücksichtigung der Fortbildungsangebote der Koordinierungsstelle nach § 11 Absatz 1 TPG über die Bedeutung und den Prozess der Organspende informiert wird und
5. die für die Organspende gebotene Aufklärungsarbeit und Öffentlichkeitsarbeit, soweit sie vom Entnahmekrankenhaus selbst wahrzunehmen ist, durchgeführt wird.

(3) Transplantationsbeauftragte haben die Qualifizierungsmaßnahmen nach den Empfehlungen der Landesärztekammer Baden-Württemberg zu absolvieren.

(4) Transplantationsbeauftragte sind nach § 9 b Absatz 1 TPG bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben unabhängig und unterliegen keinen Weisungen. Sie sind bei der Erfüllung ihrer Aufgaben unmittelbar der ärztlichen Leitung des Entnahmekrankenhauses unterstellt. Sie können Teile ihrer Aufgaben an geeignete Personen delegieren.

(5) Die Entnahmekrankenhäuser haben die Transplantationsbeauftragten zu unterstützen und ihnen die für die Wahrnehmung ihrer Tätigkeit erforderlichen Informationen, insbesondere über Patienten mit primärer oder sekundärer Hirnschädigung, sowie die notwendigen personellen und sächlichen Mittel zur Verfügung zu stellen. Die Transplantationsbeauftragten haben ein uneingeschränktes Zugangsrecht zu den Stationen mit Intensivtherapiebetten in ihrem Entnahmekrankenhaus. Sie sind bei

allen Entscheidungen, die die Organ- und Gewebespende betreffen, zu beteiligen.

(6) Transplantationsbeauftragte sind für ihre Tätigkeit und ihre Fortbildung im erforderlichen Umfang von ihren sonstigen Aufgaben freizustellen; die dabei anfallenden Kosten tragen die Entnahmekrankenhäuser. Die Aufwandserstattung, die die Entnahmekrankenhäuser nach dem Transplantationsgesetz für die Transplantationsbeauftragten erhalten, ist ausschließlich für die Finanzierung der Tätigkeit und Fortbildung der Transplantationsbeauftragten zu verwenden.

c) Es wird folgender Absatz 7 angefügt:

„(7) Die Koordinierungsstelle nach § 11 Absatz 1 TPG wertet die Meldungen nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 aus, fasst sie zusammen und berichtet dem Ministerium jährlich hierüber.“

5. § 38 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 2 wird das Wort „oder“ durch ein Komma ersetzt.

b) Nach Nummer 2 wird folgende Nummer 3 eingefügt:

„3. als selbstständige Kommunalanstalten oder gemeinsame selbstständige Kommunalanstalten oder“.

c) Die bisherige Nummer 3 wird Nummer 4 und wie folgt geändert:

Nach dem Wort „Gemeindeordnung“ wird der Punkt gestrichen.

6. In § 42 a Satz 1 wird die Angabe „§ 137 Abs. 1 Satz 3 SGB V“ durch die Angabe „§ 136 b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V“ und die Angabe „§ 137 Abs. 1 Satz 4 SGB V“ durch die Angabe „§ 136 b Absatz 4 Satz 1 SGB V“ ersetzt.

## Artikel 2

Dieses Gesetz tritt am Tag nach seiner Verkündung in Kraft.

## Begründung

### *A. Allgemeiner Teil*

#### I. Zielsetzung

Das Gesetz verfolgt vorrangig das Ziel, das Landeskrankenhausgesetz zu aktualisieren und aufgrund bundesgesetzlicher Änderungen erforderliche Anpassungen vorzunehmen.

#### 1. Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Zum 1. Januar 2016 ist das Krankenhausstrukturgesetz vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) in Kraft getreten. In § 6 Absatz 1 a Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) wurde neu geregelt, dass die Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität nach § 136 c Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) automatisch Bestandteil der Krankenhauspläne der Länder werden. Diese sollen als Grundlage für qualitätsorientierte Entscheidungen der Krankenhausplanung dienen. Werden unzureichende Qualitätsstandards festgestellt, so dürfen diese Krankenhäuser nicht in den Krankenhausplan aufgenommen werden, Plankrankenhäuser sind aus dem Krankenhausplan herauszunehmen (§ 8 Absatz 1 a und 1 b KHG). In § 6 Absatz 1 a Satz 2 KHG hat der Bundesgesetzgeber ausdrücklich die Möglichkeit eröffnet, dass dieser Automatismus durch Landesrecht ganz oder teilweise ausgeschlossen oder eingeschränkt werden kann.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat am 15. Dezember 2016 einen ersten Beschluss zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gefasst, der gynäkologische Operationen, Geburtshilfe und Mammachirurgie umfasst. Der Beschluss ist nach der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit und die Bekanntmachung im Bundesanzeiger am 24. März 2017 in Kraft getreten.

Der Gemeinsame Bundesausschuss bzw. das mit der Durchführung des Verfahrens beauftragte Institut IQTIG wird den Ländern zukünftig regelmäßig Auswertungsergebnisse zu Indikatoren liefern, die als für die Krankenhausplanung relevant erachtet werden. Diese sollen Aufschluss darüber geben, ob ein Krankenhaus in einem bestimmten Leistungsbereich eine gute, durchschnittliche oder unzureichende Qualität leistet. Die ersten Ergebnisse werden den Ländern in Form eines Jahresberichts zum 1. September 2018 übermittelt und werden von der Krankenhausplanungsbehörde dazu genutzt werden, die medizinische Leistungsfähigkeit der Plankrankenhäuser umfassend zu beurteilen.

Durch Landesrecht soll jedoch ausgeschlossen werden, dass die Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität automatisch und ungeprüft Bestandteil des Landeskrankenhausplans werden. Das Ministerium für Soziales und Integration soll stattdessen in Abstimmung mit dem Landeskrankenhausausschuss festlegen, ob bzw. welche Planungsindikatoren im Rahmen der Krankenhausplanung berücksichtigt werden sollen.

Der in § 6 Absatz 1 a Satz 1 KHG vorgesehene Automatismus wird aus folgenden Gründen abgelehnt:

Zum einen ist die Regelung in § 6 Absatz 1 a Satz 1 KHG im Hinblick auf die Kompetenzverteilung der Gesetzgebungszuständigkeiten im Grundgesetz umstritten. Insbesondere greift diese in erheblichem Maße in die den Ländern zustehende Planungshoheit über die Krankenhausplanung ein. Denn zuständig für Aufstellung der Krankenhauspläne sind nach § 6 Absatz 1 KHG die Länder. Auch die

Gesetzgebungskompetenz zur Regelung der Einzelheiten zu Krankenhausplanung und Investitionsprogrammen steht den Ländern zu.

Zum anderen sind sowohl die Relevanz und Rechtssicherheit der Anwendung der Indikatoren für die Krankenhausplanung – z. B. für die Herausnahme einer Fachabteilung aus dem Krankenhausplan – als auch das Verfahren sehr umstritten. Die Indikatoren können zur qualitätsorientierten Krankenhausplanung nur angewandt werden, wenn rechtssichere Beurteilungskriterien vorliegen. Dies ist derzeit nicht der Fall und es wird bezweifelt, ob zukünftig konkrete Maßstäbe für „eine in erheblichem Maße unzureichende Qualität“ vorgelegt werden können.

Zudem plant Baden-Württemberg auf der Ebene der Fachgebiete gemäß Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Baden-Württemberg. Die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren beziehen sich dagegen auf Einzelleistungen. Auch wenn die aktuell für das Fachgebiet Gynäkologie und Geburtshilfe ausgewählten Indikatoren etwas über die Hälfte des Leistungsgeschehens in diesem Fachgebiet abbilden, dürfte dies nicht für einen rechtssicheren Rückschluss auf die Qualität der gesamten Abteilung ausreichen.

Allerdings soll die Möglichkeit, Qualitätskriterien in den Krankenhausplan aufzunehmen, ausdrücklich in das Landeskrankenhausgesetz aufgenommen werden.

## 2. Änderungen zu den Transplantationsbeauftragten

Die Organspende wird auf absehbare Zeit die Voraussetzung für die Organtransplantation bleiben. Es gilt daher, die Zuständigkeiten und Handlungsabläufe der Organspende in den insgesamt 120 Entnahmekrankenhäusern in Baden-Württemberg so zu gestalten und festzulegen, dass die möglichen Organspenden auch realisiert werden.

Eine Schlüsselrolle nehmen dabei die Transplantationsbeauftragten ein. Nach § 9 b Absatz 3 TPG wird das Nähere, insbesondere ihrer erforderlichen Qualifikation und organisationsrechtlichen Stellung sowie der Freistellung von ihren sonstigen Tätigkeiten im Entnahmekrankenhaus, durch Landesrecht bestimmt. Ziel des Gesetzes ist es, die Transplantationsbeauftragten in der Wahrnehmung ihrer Aufgaben zu stärken. Die Aktualisierung der bisherigen Regelung im Landeskrankenhausgesetz trägt diesem Auftrag Rechnung.

## 3. Änderung der Gemeindeordnung und des Gesetzes über kommunale Zusammenarbeit

Durch das Gesetz zur Änderung der Gemeindeordnung, des Gesetzes über kommunale Zusammenarbeit und anderer Gesetze vom 15. Dezember 2015 (GBl. S. 1147) wurde als weitere Organisationsform für die Kommunen die selbstständige Kommunalanstalt (§§ 102 a bis 102 d der Gemeindeordnung) beziehungsweise die gemeinsame selbstständige Kommunalanstalt (§§ 24 a und 24 b des Gesetzes über kommunale Zusammenarbeit) eingeführt. Der Gesetzgeber wollte die neue Organisationsform den Kommunen für grundsätzlich alle Aufgaben als weitere Gestaltungsmöglichkeit zur Verfügung stellen, auch für kommunale Krankenhäuser. Nach dem derzeitigen Wortlaut des § 38 Absatz 2 LKHG, der die möglichen Rechtsformen für kommunale Krankenhäuser enumerativ aufzählt, ist den Kommunen die Führung von Krankenhäusern in der Rechtsform der selbstständigen Kommunalanstalt oder Beteiligung an Krankenhäusern in der Rechtsform der gemeinsamen selbstständigen Kommunalanstalt jedoch mangels ihrer Aufführung nicht möglich. Die Gesetzesänderung soll die widersprüchliche Gesetzeslage beseitigen.



## II. Inhalt

Mit dem vorliegenden Gesetz wird in § 4 LKHG ausgeschlossen, dass die Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität nach § 136 c Absatz 1 SGB V automatisch Bestandteil des Krankenhausplans des Landes werden. Da der Inhalt der Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses und dessen Konsequenzen für die Krankenhausplanung des Landes noch unklar sind, soll zur Wahrung der Planungshoheit des Landes von der in § 6 Absatz 1 a Satz 2 KHG ausdrücklich zugelassenen Ausschlussmöglichkeit Gebrauch gemacht werden. Ergänzend wird die Möglichkeit, Qualitätskriterien in den Landeskrankenhausplan aufzunehmen, gesetzlich verankert. Außerdem wird ausdrücklich im Gesetz festgelegt, dass einzelne Leistungen eines Fachgebiets aus dem Versorgungsauftrag ausgegrenzt werden können.

Das Landeskrankenhausgesetz Baden-Württemberg verweist in einigen Vorschriften, u. a. in § 7 und § 42 a, auf das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch. Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch wurde in den letzten Jahren wiederholt geändert. Die Verweisungen in § 7 und § 42 a sind nach der aktuellen Rechtslage daher nicht mehr korrekt. Somit sind redaktionelle Folgeänderungen vorzunehmen. Da die Regelung in § 7 Absatz 5 darüber hinaus wegen bundesrechtlicher Änderungen überflüssig geworden ist, ist sie zu streichen.

Mit der Änderung des § 38 Absatz 2 LKHG wird für kommunale Krankenhäuser die Möglichkeit zugelassen, diese in der Rechtsform der selbstständigen Kommunalanstalt beziehungsweise gemeinsamen selbstständigen Kommunalanstalt zu führen oder sich daran zu beteiligen. Nach dem derzeitigen Wortlaut des § 38 Absatz 2 LKHG, der die möglichen Rechtsformen für kommunale Krankenhäuser abschließend aufzählt, ist dies nicht möglich, obwohl der Gesetzgeber die Rechtsform der selbstständigen Kommunalanstalt den Kommunen für grundsätzlich alle kommunalen Aufgaben und insbesondere auch für die Krankenhäuser zur Verfügung stellen wollte. Diese widersprüchliche Gesetzeslage ist unbefriedigend, da sie mit dem Willen des Gesetzgebers nicht in Einklang steht. Um die widersprüchliche Gesetzeslage zu beseitigen, wird die Aufzählung in § 38 Absatz 2 LKHG um die selbstständige Kommunalanstalt und die gemeinsame selbstständige Kommunalanstalt ergänzt.

Nach § 9 b Absatz 3 TPG wird das Nähere zu der Stellung der Transplantationsbeauftragten, insbesondere ihre erforderliche Qualifikation und organisationsrechtliche Stellung sowie die Freistellung von sonstigen Tätigkeiten im Entnahmekrankenhaus durch Landesrecht bestimmt.

Dabei ist es von entscheidender Bedeutung, dass in den Entnahmekrankenhäusern eine mögliche Organspende in dem Sinne „mitgedacht“ wird, dass beispielsweise Patienten mit primärer oder sekundärer Hirnschädigung auch ohne kurative Option auf eine Intensivstation verlegt werden, um die Möglichkeit einer Organspende offen zu halten.

Für die dafür erforderlichen Maßnahmen und Abläufe in den Entnahmekrankenhäusern sind die Transplantationsbeauftragten verantwortlich, deren Qualifikation, organisationsrechtliche Stellung sowie ihre Freistellung von ihren sonstigen Aufgaben im Entnahmekrankenhaus nach § 9 b Absatz 3 TPG nun landesrechtlich weiter konkretisiert werden.

## III. Alternativen

Wird die Regelung des § 6 Absatz 1 a Satz 1 KHG nicht durch eine landesrechtliche Regelung modifiziert, werden die Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren automatisch verbindlicher Bestandteil der Krankenhausplanung des Landes. Damit wird die Planungshoheit des Landes über die Krankenhausplanung erheblich eingeschränkt.

#### IV. Nachhaltigkeitscheck

Vom Nachhaltigkeitscheck wurde im Ganzen abgesehen, weil die Änderungen keine wesentlichen Auswirkungen auf ökonomische, ökologische oder soziale Belange erwarten lassen. Soweit die Gesetzesänderung dazu dient, die Verbindlichkeit der Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren einer krankenhausplanerischen Entscheidung des Landes vorzubehalten, wird verhindert, dass die Planungshoheit des Landes über die Krankenhausplanung in erheblichem Maße eingeschränkt wird. Die gesetzliche Regelung ist sinnvoll, da sowohl die Relevanz und Rechtssicherheit der Anwendung der Indikatoren für die Krankenhausplanung als auch das Verfahren sehr umstritten sind. Nahezu alle Länder wollen landesgesetzliche Regelungen treffen, um die Geltung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren auszuschließen oder diese einzuschränken.

Hinsichtlich der für den Nachhaltigkeitscheck relevanten Zielbereiche könnte höchstens der Bereich Wohl und Zufriedenheit der Bevölkerung – hier die Bereiche Gesundheit, Gesundheitsgefahren – tangiert sein. Erhebliche Auswirkungen sind durch die Gesetzesänderung jedoch nicht zu erwarten. Die Krankenhausplanung wird bei Ausschluss der bundesgesetzlichen Regelung in § 6 Absatz 1 a Satz 1 KHG weiterhin in alleiniger Verantwortung durchgeführt. Die Versorgungssicherheit ist so besser gewährleistet als bei ungeprüfter Anwendung der Qualitätsindikatoren des Gemeinsamen Bundesausschusses.

#### V. Wesentliche Ergebnisse der Anhörung

Zu dem Gesetzentwurf wurden die Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft (BWKG), die Landesverbände der Krankenkassen und der Verband der Ersatzkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung, der Landkreistag, der Städtetag, der Gemeindetag, die Landesärztekammer, die Kassenärztliche Vereinigung, die Landespsychotherapeutenkammer, die Patientenvertreter, die Deutsche Stiftung Organtransplantation und die Gewerkschaften Marburger Bund und ver.di angehört.

Folgende Verbände und Institutionen haben Stellungnahmen abgegeben:

- Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft (BWKG)
- Landkreistag, Städtetag und Gemeindetag
- AOK Baden-Württemberg (AOK BW)
- Arbeitsgemeinschaft B 52-Verbändekooperation
- Marburger Bund
- ver.di
- Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO)
- Patientenvertretung
- sowie im Rahmen der Onlinekommentierung:

Gesellschaft der Transplantationsbeauftragten BW e.V. und mitzeichnende Transplantationsbeauftragte, Bundesverband der Organtransplantierten e.V. (BDO) mit den Regionalgruppen Südbaden und Württemberg, Lebertransplantierte Deutschland e.V. (LD e.V.)

Die eingegangenen Stellungnahmen beziehen sich auf den Ausschluss der Geltung der vom G-BA entwickelten planungsrelevanten Qualitätsindikatoren und die Regelungen zum Transplantationsbeauftragten. Die redaktionellen Änderungen – insbesondere die Ergänzung zur selbstständigen Kommunalanstalt – werden begrüßt.

## 1. Zusammenfassung

Die Stellungnahmen zum gesetzlichen Ausschluss von § 6 Absatz 1 a Satz 1 KHG sind kontrovers. Während die BWKG, die Kommunalen Spitzenverbände und der Marburger Bund die Regelung unterstützen, äußern sich die AOK Baden-Württemberg, die Arbeitsgemeinschaft B 52-Verbändekooperation und die Gewerkschaft ver.di ablehnend. Die Kassenverbände sehen durch den Gesetzentwurf das Thema Qualität im Landeskrankenhausgesetz zu wenig berücksichtigt und fordern, die Möglichkeit der Berücksichtigung von Qualitätskriterien ausdrücklich im Gesetz zu benennen.

Die vorgenommenen Konkretisierungen der Aufgaben und Zuständigkeiten der Transplantationsbeauftragten sowie die Vorgabe einer sechsmonatigen intensivmedizinischen Erfahrung als Voraussetzung für die Bestellung neuer Transplantationsbeauftragten werden zum größten Teil begrüßt.

Großer Dissens besteht aber erwartungsgemäß bei der kostenwirksamen Freistellung der Transplantationsbeauftragten (TxB) von ihren sonstigen Aufgaben im Entnahmekrankenhaus.

## 2. Änderungen im Gesetzentwurf

Die Auswertung der Stellungnahmen im Anhörungsverfahren hat zu folgenden Änderungen im Gesetzentwurf geführt:

### a) Qualitätsvorgaben im Krankenhausplan

Der Vorschlag der Kassenverbände, die Möglichkeit Qualitätskriterien in den Landeskrankenhausplan aufzunehmen, gesetzlich zu verankern, wird aufgegriffen. In § 4 Absatz 1 LKHG wird ein weiterer Satz eingefügt: „Ebenso können Qualitätsvorgaben im Krankenhausplan festgelegt werden.“ Insoweit werden die Forderungen der Kassenverbände und der Gewerkschaft ver.di erfüllt, differenzierte Regelungen zur Anwendung und Umsetzung der Empfehlungen des G-BA hinsichtlich planungsrelevanter Qualitätsindikatoren treffen zu können.

### b) Beratung über Qualität im Landeskrankenhausausschuss

Dem Vorschlag der Arbeitsgemeinschaft B 52-Verbändekooperation, in § 4 LKHG ergänzend zu regeln, dass im Landeskrankenhausausschuss regelmäßig über die Anwendbarkeit der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren des G-BA für die Krankenhausplanung beraten werden soll, wird nicht gefolgt. Das Land beabsichtigt, die Anwendbarkeit der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren für die Landeskrankenhausplanung eng mit dem Landeskrankenhausausschuss abzustimmen. Eine gesetzliche Regelung wird jedoch nicht für erforderlich gehalten. Der Formulierungsvorschlag ist darüber hinaus zu detailliert und widerspricht dem Grundsatz, Regelungen nur dann zu schaffen, wenn diese unentbehrlich sind.

### c) Einschränkung von Versorgungsaufträgen

Die von der AOK BW vorgeschlagene Ergänzung in § 7 Absatz 2 LKHG wird nicht übernommen. Es wird aber die Anregung aufgegriffen, eine Rechtsgrundlage für die Einschränkung von Versorgungsaufträgen zu schaffen. Grundsätzlich verzichtet das Land bei der Rahmenplanung darauf, den Versorgungsauftrag von Krankenhäusern detailliert festzulegen. Im Rahmen der Auswertung der Qualitätsberichte des G-BA kann jedoch vermehrt die Notwendigkeit bestehen, Einzelleistungen vom Versorgungsauftrag eines Krankenhauses auszunehmen. In § 6 Absatz 1 LKHG wird daher folgender Satz eingefügt: „Außerdem können zur Sicherung der Inhalte der Landeskrankenhausplanung nach § 4 Absatz 1 einzelne Leistungen innerhalb eines Fachgebiets vom Versorgungsauftrag ausgenommen

werden.“ Da eine zunehmende Heterogenität der Versorgungsaufträge vermieden werden sollte, sind derartige Eingrenzungen in den Krankenhausfeststellungsbescheiden auf Einzelfälle zu beschränken.

#### d) Transplantationsbeauftragte

§ 30 b Absatz 1 wird auf Vorschlag der BWKG nach Satz 1 wie folgt ergänzt durch Satz 2: „Diese Regelung soll nur zur Anwendung kommen, sofern die Tätigkeit erstmals nach Inkrafttreten des Gesetzes übernommen wird.“

Den Bedenken der TxB, mit ihren Verantwortlichkeiten in § 30 b Absatz 2 kämen sie als Abhängiger des Krankenhauses in Konflikte, wird Rechnung getragen.

Die BWKG moniert einige Punkte im Zusammenhang mit der Qualifizierung der TxB. Der Formulierungsvorschlag ist jedoch zu detailliert und widerspricht dem Grundsatz, Regelungen nur dann zu schaffen, wenn diese unentbehrlich sind. Diesem Anliegen wird dadurch entsprochen, dass die Empfehlungen der Landesärztekammer Baden-Württemberg die Anforderungen an die Qualifikation der Transplantationsbeauftragten erstmals beschreiben.

In § 30 b Absatz 5 wird der Hinweis der DSO auf die Rechte der TxB berücksichtigt: Nach Satz 2 wird folgender Satz 3 ergänzt: „Sie sind bei allen Entscheidungen, die die Organ- und Gewebespende betreffen, zu beteiligen.“

Die umfangreichen Stellungnahmen zu § 30 b Absatz 6 mit der Forderung nach Konkretisierung der Freistellung führen zu folgender Änderung: Ergänzt wird neu Satz 2: „Die Aufwandserstattung, die die Entnahmekrankenhäuser nach dem Transplantationsgesetz für die Transplantationsbeauftragten erhalten, ist ausschließlich für die Finanzierung der Tätigkeit und Fortbildung der Transplantationsbeauftragten zu verwenden.“

Nachdem die Finanzierung von Organspende und -transplantation grundsätzlich bundesgesetzlich geregelt ist und im Rahmen der Selbstverwaltung konkretisiert wird, sollte davon abgesehen werden, den Entnahmekrankenhäusern eine landesgesetzliche Vorgabe zu machen, die für sich nicht kostendeckend finanziert ist. Außerdem könnte von den Entnahmekrankenhäusern argumentiert werden, dass das Land nach dem Konnexitätsprinzip die entstehende Finanzierungslücke zu schließen hätte.

Die sog. „Bayerische Lösung“, die eine Freistellung im Verhältnis von einem fachärztlichen Vollzeitäquivalent im Verhältnis zu 100 Intensivbetten vorsieht, ist zum einen durch die Aufwandserstattung nach § 11 Absatz 2 TPG nicht kostendeckend finanziert und berücksichtigt zum anderen noch nicht die Kosten für die notwendige Fortbildung der TxB.

#### VI. Finanzielle Auswirkungen für Land und Kommunen

Nennenswerte finanzielle Auswirkungen für Land und Kommunen entstehen durch die Gesetzesänderung nicht.

#### VII. Kosten für die Privatwirtschaft

Keine.

*B. Einzelbegründung*

## Zu Artikel 1

## Zu Nummer 1 (§ 4)

§ 4 Absatz 1 LKHG regelt den Sinn und Zweck des Krankenhausplans und beschreibt dessen mögliche Inhalte. Mit dem neu einzufügenden Satz 5 wird geregelt, dass § 6 Absatz 1 a Satz 1 KHG keine Anwendung findet. Damit wird ausgeschlossen, dass die Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren automatisch Bestandteil des Krankenhausplans werden.

Es ist nicht absehbar, welche Qualitätsindikatoren der Gemeinsame Bundesausschuss erarbeiten wird und welche Auswirkungen deren Anwendung für die Krankenhäuser in Baden-Württemberg haben wird. Aus Sicht der Länder ist dieser erste Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 15. Dezember 2016 zu gynäkologischen Operationen, Gynäkologie und Mammachirurgie zu unkonkret, um auf dieser Grundlage krankenhauserische Entscheidungen zu treffen.

Stattdessen soll das Land selbst entscheiden können, welche Qualitätskriterien Bestandteil der Landeskrankenhausplanung werden sollen. Daher wird mit dem neuen Satz 4 die Möglichkeit, Qualitätskriterien in den Landeskrankenhausplan aufzunehmen, gesetzlich verankert.

## Zu Nummer 2 (§ 6)

Das Land soll zur Sicherung der Inhalte der Krankenhausplanung die Möglichkeit haben, den Versorgungsauftrag von Krankenhäusern einzugrenzen. In § 6 Absatz 1 wird klargestellt, dass einzelne Leistungen innerhalb eines Fachgebiets vom Versorgungsauftrag ausgenommen werden können. Grundsätzlich plant Baden-Württemberg auf Ebene der Fachgebiete gemäß Weiterbildungsordnung und verzichtet bei der Rahmenplanung darauf, den Versorgungsauftrag von Krankenhäusern detailliert festzulegen. Insbesondere bei der Auswertung der Qualitätsberichte des Gemeinsamen Bundesausschusses kann jedoch vermehrt die Notwendigkeit bestehen, wegen Qualitätsauffälligkeiten Einzelleistungen vom Versorgungsauftrag eines Krankenhauses auszunehmen. Denn nicht immer wird bei Qualitätsmängeln in Bezug auf Einzelleistungen auf die unzureichende Qualität einer Fachabteilung zu schließen sein. Die Regelung wird das neue Verfahren zur Berücksichtigung der Qualität in der Krankenhausplanung vereinfachen und schafft die erforderliche Rechtssicherheit. Da eine zunehmende Heterogenität der Versorgungsaufträge vermieden werden sollte, sind derartige Eingrenzungen in den Krankenhausfeststellungsbescheiden auf Einzelfälle zu beschränken.

## Zu Nummer 3 (§ 7)

§ 7 Absatz 5 LKHG regelte bislang, dass § 7 Absatz 1 Satz 1 und 2 LKHG entsprechend für Entscheidungen nach § 116 b Absatz 2 SGB V gilt. Vormals waren Krankenhäuser zur ambulanten Behandlung gesetzlich bestimmter hochspezialisierte Leistungen, seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen berechtigt, soweit sie im Rahmen der Krankenhausplanung des Landes auf Antrag des Krankenhausträgers unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation dazu bestimmt worden waren. Auf diese Entscheidung der Krankenhausplanungsbehörde nimmt § 7 Absatz 5 LKHG Bezug. Durch Artikel 1 Nummer 44 des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) wurde § 116 b SGB V mit Wirkung zum

1. Januar 2012 umfassend überarbeitet. Eine Entscheidung der Krankenhausplanungsbehörde sieht das Gesetz seither nicht mehr vor. Die Regelung in § 7 Absatz 5 LKHG ist damit obsolet geworden und zu streichen.

Zu Nummer 4 (§ 30 b)

Zu Buchstabe a

Zu Buchstabe aa

Bereits bisher müssen Entnahmekrankenhäuser eine Fachärztin oder einen Facharzt als Transplantationsbeauftragte bzw. Transplantationsbeauftragten bestellen. Nachdem die Transplantationsbeauftragten mit den Abläufen auf einer Intensivstation vertraut sein müssen, wird nun auch eigene intensivmedizinische Erfahrung verlangt.

Zu Buchstabe bb

Die Koordinierungsstelle nach § 11 Absatz 1 TPG – also die DSO – muss mit ihren Koordinatoren eng mit den Transplantationsbeauftragten zusammenarbeiten und benötigt daher die Namen der bestellten Personen.

Zu Buchstabe b

Zu Absatz 2

Bei den Transplantationsbeauftragten laufen in den Entnahmekrankenhäusern sämtliche Fäden zur Realisierung von Organspenden zusammen. Sie sind zunächst dafür verantwortlich, darauf hinzuwirken, dass das Entnahmekrankenhaus seinen gesetzlichen Verpflichtungen nach § 9 a TPG nachkommt. Dies bedeutet vor allem, dass die Organspende bei möglichen Spendern mitgedacht wird, dass mögliche Organspender an die Koordinierungsstelle – die DSO – gemeldet werden und dass sichergestellt ist, dass eine Organentnahme in einem dem Stand der Technik entsprechenden Operationssaal stattfinden kann.

Die Realisierung von Organspenden gelingt nur, wenn die notwendigen Handlungen und ihre zeitliche Abfolge im Entnahmekrankenhaus verbindlich schriftlich festgelegt und bekannt sind.

Die Vorgabe, das ärztliche und pflegerische Personal des Entnahmekrankenhauses regelmäßig im Bereich Organspende fortzubilden, ist eine wesentliche Voraussetzung für die mentale Kooperationsfähigkeit der Mitarbeiter bei einer möglichen Organspende. Fundiertes Wissen unterstützt die mittelbare sowie unmittelbare Mitwirkung des Personals bei der Organspende, selbst bei persönlicher Betroffenheit, wie dem Verlust eines Patienten, um dessen Leben lange und intensiv gekämpft wurde. Auch bei der Fortbildung ist eine enge Kooperation mit der Koordinierungsstelle anzustreben.

Zu Absatz 3

Das in Baden-Württemberg in der Kooperation von DSO und Landesärztekammer entwickelte Curriculum für Transplantationsbeauftragte wird von der Bundesärztekammer als beispielhaft angesehen und den anderen Ländern empfohlen. Die Empfehlungen der Landesärztekammer Baden-Württemberg in der jeweils geltenden Form beschreiben die Anforderungen an die Qualifikation der Transplantationsbeauftragten.

## Zu Absatz 4

Eine Klarstellung erfolgt in der Art, dass die Transplantationsbeauftragten der *ärztlichen* Leitung des Entnahmekrankenhauses unterstellt werden. Im Übrigen sind in Baden-Württemberg glücklicherweise zahlreiche Ärzte und Ärztinnen in leitender Position als Transplantationsbeauftragte bestellt, wodurch Idee und Kultur der Organspende weiter befördert werden. Voraussetzung für die Gewinnung ärztlichen Führungspersonals ist aber die Möglichkeit, nachrangige Teile der Aufgaben der Transplantationsbeauftragten an geeignete Personen delegieren zu können, während die Gesamtverantwortung erhalten bleibt.

## Zu Absatz 5

Transplantationsbeauftragte benötigen zur Erfüllung ihrer Aufgaben ein uneingeschränktes Zugangsrecht zu allen für sie wichtigen Informationen und sind bei allen Entscheidungen, die Organ- und Gewebespende betreffen, zu beteiligen. Dies setzt voraus, dass die Transplantationsbeauftragten vom Entnahmekrankenhaus bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben unterstützt und ihnen die notwendigen personellen und materiellen Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. Durch die Konkretisierung der Informationen sollen die Transplantationsbeauftragten bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben gestärkt werden.

## Zu Absatz 6

Unstreitig ist, dass die für die Tätigkeit der Transplantationsbeauftragten sowie für ihre Fortbildung anfallenden Kosten vom Entnahmekrankenhaus getragen werden müssen. Ein wesentlicher Teil dieser Kosten wird diesem nach § 11 Absatz 2 TPG aus einem auf Bundesebene im Rahmen der Selbstverwaltung vereinbarten Budget wieder erstattet. Die bisherige Formulierung, wonach Transplantationsbeauftragte „im erforderlichen Umfang für ihre Tätigkeit und Fortbildung“ freizustellen sind, hat sich als nicht ausreichend erwiesen; zahlreiche Transplantationsbeauftragte klagen darüber, dass ihnen der Umfang der Freistellung für die ordnungsgemäße Erledigung ihrer Aufgaben nicht ausreicht. Dies wird vor allem damit begründet, dass die Aufwandserstattung durch die Entnahmekrankenhäuser nur teilweise für die Transplantationsbeauftragten verwendet wird.

Die Festlegung der Freistellung wurde sehr sorgfältig abgewogen, weil die notwendige Entwicklung einer Kultur der Organspende in Baden-Württemberg nicht gegen den Widerstand der Entnahmekrankenhäuser möglich ist. Zur Realisierung jeder einzelnen Organspende ist eine Handlungskette im Entnahmekrankenhaus erforderlich, die an keiner Stelle abreißen darf. Nachdem die Finanzierung von Organspende und -transplantation grundsätzlich bundesgesetzlich geregelt ist und im Rahmen der Selbstverwaltung konkretisiert wird, sollte davon abgesehen werden, den Entnahmekrankenhäusern eine landesgesetzliche Vorgabe zu machen, die für sich nicht kostendeckend finanziert ist.

Eine mögliche alternative Lösung wie etwa in Bayern (sog. Bayerische Lösung), die eine Freistellung im Verhältnis von einem fachärztlichen Vollzeitäquivalent im Verhältnis zu 100 Intensivbetten vorsieht, ist zum einen durch die Aufwandserstattung nach § 11 Absatz 2 TPG nicht kostendeckend finanziert und berücksichtigt zum anderen noch nicht die Kosten für die notwendige Fortbildung der TxB.

Als Kompromiss ist jedoch folgende Regelung geeignet, die zwischenzeitlich sowohl von Seiten der BWKG als auch von Seiten der DSO mitgetragen wird:

„Die Aufwandserstattung, die die Entnahmekrankenhäuser nach dem Transplantationsgesetz für die Transplantationsbeauftragten erhalten, ist ausschließlich für die Finanzierung der Tätigkeit und Fortbildung der Transplantationsbeauftragten zu verwenden.“

Die vorgesehene zweckgebundene Verwendung der Aufwandsersatzung für die Transplantationsbeauftragten stellt den Transplantationsbeauftragten wesentlich mehr Ressourcen als bisher zur Verfügung.

Zu Buchstabe c

Zu Absatz 7

Unabhängig zu dem nach § 11 Absatz 5 TPG vorgeschriebenen Bericht über die Tätigkeit der Entnahmekrankenhäuser und Transplantationszentren wertet die Koordinierungsstelle nach § 11 Absatz 1 TPG die Meldungen der Entnahmekrankenhäuser nach § 30 b Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 aus und berichtet dem Ministerium über den Grad der Erfassung möglicher Organspender in den Entnahmekrankenhäusern. Dieser Bericht schafft deutlich mehr Transparenz über die Realisierung möglicher Organspenden in den Entnahmekrankenhäusern.

Zu Nummer 5 (§ 38)

Zu Buchstabe a

Folgeänderung zu Einfügung von § 38 Absatz 2 Nummer 3.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Anpassung des § 38 Absatz 2 infolge der Artikel 1 und 2 des Gesetzes zur Änderung der Gemeindeordnung, des Gesetzes über kommunale Zusammenarbeit und anderer Gesetze vom 15. Dezember 2015. Der Gesetzgeber wollte die Rechtsform der selbstständigen Kommunalanstalt den Kommunen als Gestaltungsmöglichkeit für grundsätzlich alle kommunalen Aufgaben und insbesondere auch für die Krankenhäuser zur Verfügung stellen. Eine Anpassung des § 38 Absatz 2 LKHG ist daher geboten. Dadurch wird den Kommunen ermöglicht, ein Krankenhaus in der Rechtsform der selbstständigen Kommunalanstalt beziehungsweise gemeinsamen selbstständigen Kommunalanstalt zu führen beziehungsweise sich daran zu beteiligen.

Zu Buchstabe c

Folgeänderung zu Einfügung von § 38 Absatz 2 Nummer 3.

Zu Nummer 6 (§ 42 a)

Nach § 42 a LKHG kann das Ministerium unter bestimmten Voraussetzungen durch Rechtsverordnung Ausnahmen von dem Mindestmengenkatalog des G-BA treffen. Bislang wurde von der Verordnungsermächtigung kein Gebrauch gemacht. Der G-BA ist berechtigt, einen Katalog planbarer Leistungen, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist, sowie Mindestmengen für die jeweiligen Leistungen zu beschließen. Das Erreichen der Mindestmengen ist Voraussetzung dafür, dass die zugelassenen Krankenhäuser diese Leistungen anbieten und mit den Kostenträgern abrechnen dürfen. Die entsprechende Ermächtigungsgrundlage findet sich nunmehr in § 136 b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V. § 42 a LKHG bezieht sich auf die frühere Gesetzeslage und benennt die damalige Ermächtigungsgrundlage des § 137 Absatz 1 Satz 3 SGB V. Gleiches gilt für den im gleichen Satz enthaltenen Verweis auf § 137 Absatz 1 Satz 4 SGB V. Die Regelungen im SGB V haben sich seit der letzten LKHG-Novelle mehrfach geändert, zuletzt mit dem Kranken-



hausstrukturgesetz zum 1. Januar 2016. § 42 a LKHG ist daher an die aktuelle Gesetzeslage anzupassen.

Zu Artikel 2

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten des Gesetzes.