



Mandanteninformation

Gesundheitsrecht

FEBRUAR 2008

Änderung des Landeskrankenhausgesetzes Baden-Württemberg: Auswirkungen auf die Krankenhausplanung

Die Neufassung des Landeskrankenhausgesetzes Baden-Württemberg (LKHG) vom 29.11.2007 (GBl. 2008, S. 13) wird zum Anlass genommen, die Auswirkungen auf die Krankenhausplanung vorzustellen.

Begriff des Krankenhauses

Gem. § 38 Abs. 1 Satz 3 LKHG werden mehrere Krankenhausstandorte eines Trägers zukünftig als ein **einheitliches Krankenhaus** im Rechtssinne angesehen, wenn die Betriebsstellen organisatorisch und wirtschaftlich sowie fachlich-medizinisch eine Einheit bilden (so schon zuvor VGH Baden-Württemberg, Urt. vom 28.11.2000 – 9 S 1976/98). Letzteres soll nach der Gesetzesbegründung auch beinhalten, dass in mehreren Betriebsstellen eines Krankenhauses grundsätzlich nicht mehrere selbstständige Abteilungen derselben Fachrichtung vorgehalten werden (LT-Drs. 14/1516, S. 26).

Verlagerungen von Leistungseinheiten zwischen den Betriebsstellen sollen gem. § 38 Abs. 1 Satz 5 LKHG frei möglich sein, sofern:

- hiermit nicht die Voraussetzungen nach Satz 3 unterlaufen werden,
- sie nicht der bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung zuwiderlaufen und
- dem zuständigen Regierungspräsidium im Voraus angezeigt werden.

Fraglich ist, welche Konsequenzen ein Verstoß gegen diese Bedingungen hat. Nach der Gesetzesbegründung soll in einem solchen Fall der **Versorgungsauftrag** für die Leistungserbringung wegfallen (LT-Drs. 14/1516, S. 27). Letzteres würde allerdings erhebliche Rechtsunsicherheit mit sich

bringen, zumal die Frage der Bedarfsgerechtigkeit oftmals umstritten sein wird. Im Zweifelsfall ist dem Krankenhaus daher zu raten, auf eine planerische Klarstellung im Bettenbescheid zu drängen und es nicht bei der bloßen Anzeige zu belassen.

» **Wichtig:** Wie schon bisher bedarf die Auslagerung von Leistungseinheiten an ein anderes Krankenhaus im Rechtssinne in jedem Fall eines Änderungsfeststellungsbescheides, egal ob das Krankenhaus vom selben oder einem anderen Träger betrieben wird (siehe LT-Drs. 14/1516, S. 27).

Begriff des Krankenhausträgers

Der Begriff des Krankenhausträgers wird in § 2a Satz 1 LKHG definiert. Krankenhausträger ist danach der Betreiber des Krankenhauses, der gem. Satz 2 nicht notwendigerweise mit dem Eigentümer identisch sein muss. Im Zweifel soll nach der Gesetzesbegründung die **Ertragszuständigkeit** maßgeblich für die Trägerschaft sein (LT-Drs. 14/1516, S. 17).

Das Gesetz ermöglicht in § 2a Satz 3 zudem eine **gemeinschaftliche Trägerschaft** von Betreiber und Eigentümer, was insbesondere für die Förderung von Anlagegütern von Bedeutung ist.

§ 25 LKHG enthält detaillierte Vorschriften für den **Trägerwechsel**. Zum einen wird klargestellt, dass der neue Träger einen (neuen) Feststellungsbescheid über die Aufnahme in den Krankenhausplan benötigt. Zum anderen enthält das Gesetz zwingende Vorschriften hinsichtlich der Überlassung von Fördermitteln. Beides ist insbesondere für die Privatisierung von Krankenhäusern von Bedeutung.

Inhalte der Krankenhausplanung

Nach der Neufassung von § 6 LKHG bleibt eine **bettenbezogene Planung** der Fachgebiete weiterhin möglich, ist aber

nicht mehr zwingend. Die Krankenhausplanung kann sich in Zukunft auch darauf beschränken, die Gesamtbettanzahl und die Fachgebiete festzulegen.

Mit dem **Wegfall der bisherigen Leistungsstufen** wird der Tatsache Rechnung getragen, dass diese schon bislang dazu ungeeignet waren, den Versorgungsauftrag der Krankenhäuser zu definieren.

Allerdings wird in § 6 Abs. 1 Satz 6 LKHG die Möglichkeit eröffnet, den Versorgungsauftrag durch die **Zuweisung besonderer Aufgaben** zu präzisieren, um – so die Gesetzesbegründung – keinen Anreiz zu „einer ungewollten und kontraproduktiven Ausweitung von Kapazitäten im Bereich der Maximalversorgung“ zu bilden (LT-Drs. 14/1516, S. 19 f.) Es ist zu hoffen, dass die Krankenhausplanung von diesem Mittel nur zurückhaltend Gebrauch machen wird. Anderenfalls würde das eigentliche Ziel der Neufassung, die Deregulierung und Lockerung der Krankenhausplanung, konterkariert.

Notwendige Auswahlentscheidungen

§ 1 Abs. 2 LKHG enthält nunmehr denn schon in § 1 Abs. 2 KHG verankerten **Grundsatz der Trägervielfalt**, dem insbesondere im Hinblick auf notwendige Auswahlentscheidungen zwischen konkurrierenden Kliniken bei der Aufnahme in den Krankenhausplan Bedeutung zukommt (vgl. BVerfG, Beschl. vom 4.3.2004 – 1 BvR 88/00).

Verfassungskonform auszulegen sein wird die Neuregelung des § 5 Abs. 3 Satz 3 LKHG, wonach bei einer notwendigen

Auswahlentscheidung auch zu berücksichtigen ist, dass **öffentlich geförderte Investitionen** gemeinwohlverträglich und wirtschaftlich genutzt werden. So hat das BVerfG entschieden, dass das Argument eventueller Fehlinvestitionen nicht dazu führen darf, dass Newcomer bei stagnierendem Bedarf keine reelle Zulassungschance haben (BVerfG, a.a.O.).

Prozessuales

Von prozessualer Bedeutung ist die Neuregelung des § 7 Abs. 1 Satz 4 LKHG, wonach Konkurrentenklagen entgegen der bisherigen Rechtslage **keine aufschiebende Wirkung** mehr zukommt. Will der konkurrierende Krankenhausträger verhindern, dass bis zu einer rechtskräftigen Entscheidung in der Hauptsache vollendete Tatsachen geschaffen werden, muss er deshalb zukünftig einen Antrag auf Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung stellen.

Interessant in diesem Regelungszusammenhang: Während für Klagen im Zusammenhang mit der Ausweisung von Planbetten weiterhin der Verwaltungsrechtsweg gegeben ist (§ 7 Abs. 1 Satz 3 LKHG), sind für **Entscheidungen der zuständigen Regierungspräsidien nach § 116b Abs. 2 SGB V** die Sozialgerichte zuständig (siehe § 7 Abs. 5 LKHG, der gerade nicht auf Absatz 1 Satz 3 verweist). Es handelt sich insoweit gem. § 51 Abs. 1 Nr. 2 SGG um eine Angelegenheit der gesetzlichen Krankenversicherung.

Ansprechpartner:

Dr. Thomas Vollmöller
Rechtsanwalt
Tel.: 089/29033-129
E-Mail: vollmoeller@seufert-law.de

SEUFERT RECHTSANWÄLTE
Residenzstraße 12 | 80333 München