

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

## Vorblatt

### A. Zielsetzung

Das Gesetz verfolgt vorrangig das Ziel, das Landeskrankenhausgesetz (LKHG) zu aktualisieren und aufgrund von Gesetzesänderungen erforderliche Anpassungen vorzunehmen.

### B. Wesentlicher Inhalt

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz wurde in § 6 Absatz 1a Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) neu geregelt, dass die Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität nach § 136c Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) 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 1a Satz 2 KHG ausdrücklich zugelassenen Ausschlussmöglichkeit Gebrauch gemacht werden.

Durch die Einfügung von § 9b Absatz 3 in das Transplantationsgesetz zum 1. August 2012, wurde es den Ländern übertragen, bei den 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 1a Satz 1 KHG nicht durch eine landesrechtliche Regelung modifiziert, werden die Empfehlungen des G-BA 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.

# Gesetz zur Änderung des Landeskrankenhausgesetzes Baden-Württemberg

Vom

## Artikel 1

Das Landeskrankenhausgesetz 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 wird folgender Satz eingefügt:

„§ 6 Absatz 1a Satz 1 KHG findet keine Anwendung.“

2. § 7 Absatz 5 wird aufgehoben.

3. § 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 Transplantationsbeauftragter 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 sind insbesondere dafür verantwortlich, dass

1. das Entnahmekrankenhaus seiner gesetzlichen Verpflichtung nach § 9a Absatz 2 TPG nachkommt,

2. die Angehörigen von Organspendern und -spenderinnen nach § 3 oder § 4 TPG in angemessener Weise begleitet werden,
3. 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,
4. alle im Entnahmekrankenhaus nach primärer oder sekundärer Hirnschädigung eingetretenen Todesfälle dokumentiert und der Koordinierungsstelle nach § 11 Absatz 1 TPG nach einer vom Ministerium vorgegebenen Systematik gemeldet werden. Das Ministerium wird ermächtigt, die Dokumentationsinhalte und das Verfahren zur Dokumentation durch Rechtsverordnung zu regeln,
5. 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
6. die für die Organspende gebotene Aufklärungsarbeit und Öffentlichkeitsarbeit, soweit sie vom Entnahmekrankenhaus selbst wahrzunehmen ist, durchgeführt wird.

(3) Transplantationsbeauftragte haben bis spätestens zwei Jahre nach ihrer Bestellung die Qualifizierungsmaßnahmen nach den Empfehlungen der Landesärztekammer Baden-Württemberg zu absolvieren.

(4) Transplantationsbeauftragte sind nach § 9b 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.

(6) Transplantationsbeauftragte sind für ihre Tätigkeit und ihre Fortbildung im erforderlichen Umfang von ihren sonstigen Aufgaben freizustellen; die dabei anfallenden Kosten tragen die Entnahmekrankenhäuser.“

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.“

4. § 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.

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

## Artikel 2

Dieses Gesetz tritt am Tag nach seiner Verkündung in Kraft.

Stuttgart, den

Die Regierung des Landes Baden-Württemberg:

## 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. S. 2229) in Kraft getreten. In § 6 Absatz 1a 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 § 136c 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 1a und 1b KHG). In § 6 Absatz 1a Satz 2 KHG hat der Bundesgesetzgeber ausdrücklich die Möglichkeit eröffnet, dass dieser Automatismus durch Landesrecht ganz oder teilweise ausgeschlossen oder eingeschränkt werden kann.

Der G-BA 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 G-BA 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 G-BA 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 1a Satz 1 KHG vorgesehene Automatismus wird aus folgenden Gründen abgelehnt:

Zum einen ist die Regelung in § 6 Absatz 1a 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. Es wird daher durchaus in Zweifel gezogen, ob die bundesrechtliche Regelung in § 6 Absatz 1a Satz 1 KHG verfassungsgemäß ist.

Zum anderen sind sowohl die Relevanz und Rechtsicherheit der Anwendung der Indikatoren für die Krankenhausplanung – z.B. für die Herausnahme einer Fachabteilung aus dem Krankenhausplan – als auch das Verfahren sehr umstritten. Die Länder haben sich sämtlich kritisch geäußert, ebenso die Bundesärztekammer, die u.a. deutliche Fehlanreize hinsichtlich einer Patientenselektion zur Risikominimierung für die Krankenhäuser befürchtet. Aus Sicht der Länder können die Indikatoren 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 unzureichenden Qualität“ vorgelegt werden können.

Zudem plant Baden-Württemberg auf der Ebene der Fachgebiete gemäß Weiterbildungsordnung. 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.

## 2. Änderungen zu den Transplantationsbeauftragten

Die Organtransplantation hat sich auch in Baden-Württemberg etabliert, in den Transplantationszentren Heidelberg, Mannheim, Freiburg, Tübingen und Stuttgart wird internationale

Spitzenmedizin angeboten. In absehbarer Zeit wird die Organspende Voraussetzung für eine Organtransplantation bleiben; Deutschland und auch Baden-Württemberg können im internationalen Vergleich deutlich weniger Organspenden realisieren als beispielsweise Österreich oder Spanien. Dies ist sicher auch durch die Tatsache begründet, dass in diesen beiden Ländern die Widerspruchsregelung gilt, dass also entweder ein möglicher Organspender noch zu Lebzeiten oder dessen Angehörige einer Organspende aktiv widersprechen müssen, um sie zu verhindern.

In Deutschland gilt die sog. erweiterte Zustimmungslösung (§§ 3 und 4 TPG), wonach dafür geworben wird, dass jeder Einzelne seine Entscheidung für oder gegen eine Organspende trifft und diese Entscheidung seinen Angehörigen mitteilt, besser noch in einem Organspendeausweis – der von ihm jederzeit geändert werden kann – dokumentiert. Für den Fall, dass ein möglicher Organspender keine persönliche Entscheidung getroffen hat und wegen einer primären oder sekundären Hirnschädigung bzw. des festgestellten irreversiblen Hirnfunktionsausfalls (früher „Hirntod“) dazu nicht mehr in der Lage ist, kann diese Entscheidung durch einen Angehörigen getroffen werden, sofern dieser in den letzten zwei Jahren persönlichen Kontakt zu dem möglichen Organspender hatte.

Die erweiterte Zustimmungslösung, die auf der ethisch-moralischen Grundlage aufbaut, dass eine Organspende immer ein freiwilliges Geschenk darstellt, das nicht eingefordert werden kann, stellt damit höhere Anforderungen an die Realisierung von Organspenden.

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 § 9b 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. 1147) wurde als weitere Organisationsform für die Kommunen die selbstständige Kommunalanstalt (§§ 102a bis 102d 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 G-BA zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität nach § 136c Absatz 1 SGB V automatisch Bestandteil des Krankenhausplans des Landes werden. Da der Inhalt der Empfehlungen des G-BA und dessen Konsequenzen für die Krankenhausplanung des Landes noch unklar sind, soll zur Wahrung der Planungshoheit des Landes von der in § 6 Absatz 1a Satz 2 ausdrücklich zugelassenen Ausschlussmöglichkeit Gebrauch gemacht werden.

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 § 9b Absatz 3 TPG wird das Nähere zu der Stellung der Transplantationsbeauftragten, insbesondere ihre erforderliche Qualifikation und organisationsrechtliche Stellung so-

wie die Freistellung von sonstigen Tätigkeiten im Entnahmekrankenhaus durch Landesrecht bestimmt. Die Aktualisierung der bisherigen Regelung im Landeskrankenhausgesetz trägt diesem Auftrag Rechnung.

Bis zur richtlinienkonformen Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls (früher „Hirntod“) sind in der Verantwortung des Entnahmekrankenhauses für die medizinische Versorgung möglicher Organspender ausschließlich deren eigene Patienteninteressen maßgeblich. Erst nach der Todesfeststellung findet bei dokumentiertem Einverständnis zur Organspende ein Übertrag auf die Patienteninteressen möglicher Organempfänger und auf die Verantwortung der Koordinierungsstelle statt. 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 § 9b Absatz 3 TPG nun landesrechtlich geregelt werden.

### III. Alternativen

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

### IV. Nachhaltigkeitscheck

Die Änderungen lassen keine wesentlichen Auswirkungen auf ökonomische, ökologische oder soziale Belange erwarten. Soweit die Gesetzesänderung dazu dient, die Verbindlichkeit der Empfehlungen des G-BA zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren einer krankenhausesplanerischen 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 Rechtsicherheit der Anwendung der Indikatoren für die Krankenhausplanung als auch das Verfahren sehr umstritten sind. Die Länder haben sich sämtlich kritisch geäußert, ebenso die Bundesärztekammer, die u.a. deutliche Fehlanreize hinsichtlich einer Patientenselektion zur Risikominimierung für die Krankenhäuser befürchtet. Nahezu alle Länder wollen landesgesetzliche Regelungen treffen, um die Geltung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren auszuschließen oder diese einzuschränken.

## V. Ergebnisse der Abschätzung im Rahmen d. Beteiligung interner und externer Stellen

Noch einzufügen

## 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 4 wird geregelt, dass § 6 Absatz 1a Satz 1 KHG keine Anwendung findet. Damit wird ausgeschlossen, dass die Empfehlungen des G-BA zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren automatisch Bestandteil des Krankenhausplans werden.

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

#### Zu Nummer 2 (§ 7)

§ 7 Absatz 5 LKHG regelte bislang, dass § 7 Absatz 1 Satz 1 und 2 LKHG entsprechend für Entscheidungen nach § 116b Absatz 2 SGB V gilt. Vormalig waren Krankenhäuser zur ambulanten Behandlung gesetzlich bestimmter hochspezialisierter 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 § 116b 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 3 (§ 30 b)

Zu Buchstabe a

zu Buchstabe aa

Bereits bisher müssen Entnahmekrankenhäuser eine Fachärztin oder einen Facharzt als Transplantationsbeauftragte 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, dass das Entnahmekrankenhaus seinen gesetzlichen Verpflichtungen nach § 9a TPG nachkommt, also vor allem mögliche Organspender an die Koordinierungsstelle – die DSO – meldet und sicherstellt, dass eine Organentnahme in einem dem Stand der Technik entsprechenden Operation stattfinden kann.

Dann haben sie die Aufgabe, sich in angemessener Weise um Angehörige zu kümmern, die sich nicht nur mit dem Verlust eines nahestehenden Menschen auseinander setzen müssen, sondern in dieser Ausnahmesituation auch mit einer möglichen Organspende befassen sollen. Geeignete Räumlichkeiten und Zeit sind unabdingbare Voraussetzungen.

Die Realisierung von Organspenden gelingt nur, wenn die notwendigen Handlungen und ihre zeitliche Abfolge im Entnahmekrankenhaus verbindlich schriftlich festgelegt und bekannt sind. Diese bezieht sich insbesondere auf die Erkennung möglicher Organspender, auf die Sicherstellung der für die Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls ge-

eigneten Fachärzte – vor allem Neurologen und Neurochirurgen – und auf die intensive Abstimmung mit den Koordinatoren der DSO. Der gesetzliche Auftrag der DSO beginnt zwar erst mit dem richtlinienkonform festgestellten irreversiblen Hirnfunktionsausfall, eine reibungslose Übernahme der Verantwortung setzt aber bereits vorher eine entsprechende Kooperation voraus.

Die Vorgabe, alle nach primärer oder sekundärer Hirnschädigung aufgetretenen Todesfälle zu dokumentieren, also retrospektiv aufzuarbeiten, hat zum Ziel, zu überprüfen, wie im Einzelfall die Option Organspende im Entnahmekrankenhaus berücksichtigt wurde. Damit soll im Sinn eines Qualitätsmanagements eine größere Transparenz von Stärken und Schwächen im Realisierungsprozess erreicht werden und die Vigilanz für die Organspende im Allgemeinen erhöht werden.

Ein zusätzlicher Nutzen dieser Erfassung besteht darin, dass dabei gleichzeitig die Angaben ermittelt werden, die die Entnahmekrankenhäuser für die Beantragung des pauschalen Zuschlags für die Bestellung von Transplantationsbeauftragten nach § 11 Absatz 2 Satz 2 Nummer 5 TPG benötigen.

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.

Wie bisher sind die Transplantationsbeauftragten für die Öffentlichkeitsarbeit im Bereich Organspende zuständig, die in die Verantwortung der Entnahmekrankenhäuser selbst fällt. Dazu gehören beispielsweise Informationsveranstaltungen für die interessierte Öffentlichkeit.

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. Nachdem mit Stand April 2017 bereits ca. 160 Transplantationsbeauftragte ohne gesetzliche Verpflichtung den dreitägigen Grundkurs und ca. 60 Transplantationsbeauftragte auch den zweitägigen Aufbaukurs absolviert haben, ist damit der Schulungsbedarf in Baden-Württemberg im Wesentlichen gedeckt. Eine zweijährige Frist, die geforderte Qualifikation zu erwerben, ist ausreichend, weil im Rahmen der üblichen Fluktuation der Transplantationsbeauftragten eine ausreichende Anzahl von Teilnehmern zu erwarten ist.

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 Chefärzte und leitende Oberärzte 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 eines 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. 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 vereinbarten Budget wieder erstattet.

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.

Zu Nummer 4 (§ 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 5 (§ 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 Voraussetzungen dafür, dass die zugelassenen Krankenhäuser diese Leistungen anbieten und mit den Kostenträgern abrechnen dürfen. Die entsprechende Ermächtigungsgrundlage findet sich nunmehr in § 136b 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 Krankenhausstrukturgesetz zum 1. Januar 2016. § 42 a LKHG ist daher an die aktuelle Gesetzeslage anzupassen.

Zu Artikel 2

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten des Gesetzes.