

**Kleine Anfrage****Christiane Böhm (DIE LINKE) vom 20.08.2019****Privatkliniken als Bestandteil von Plankrankenhäusern am Beispiel des Gesundheitszentrums Wetterau****und****Antwort****Minister für Soziales und Integration****Vorbemerkung Fragestellerin:**

Zum 1. Januar 2019 wurde in Ergänzung zum bestehenden kommunalen Plankrankenhaus Gesundheitszentrum Wetterau (GZW) gGmbH eine hundert prozentige Tochtergesellschaft, die GZW Plus GmbH gegründet. Diese "existiert allerdings nur auf dem Papier, sie hat weder Gebäude noch Angestellte. Vielmehr dient sie dazu, die Leistungen, die von der GZW-Belegschaft für Privatpatienten erbracht werden, separat abzurechnen" („Wetterauer Zeitung“/Bernd Klühs: Streit um GZW-Finzen beigelegt, 22.11.2018). Damit sollen Budgetüberschreitungen des Gesundheitszentrums Wetterau vermieden werden.

Vorbemerkung Minister für Soziales und Integration:

Aufgrund der Vorbemerkung und des in den Fragen verwendeten Begriffs „Privatklinik“ im Zusammenhang mit § 30 Gewerbeordnung (GewO) erfolgt zunächst eine Definition und Unterscheidung zwischen den Begriffen „privater Krankenhausträger“ bzw. „Privatkrankenanstalt“ und „Privatklinik“ bzw. „Privatpatientenklinik“. Hierbei wird auf die Definitionen und Erläuterungen in der Ausarbeitung „Krankenhäuser in privater Trägerschaft - Rechtsgrundlagen, verfassungsrechtliche Vorgaben und Finanzierung“ der Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestags aus dem Jahr 2014 zurückgegriffen (Wissenschaftliche Dienste Ausarbeitung, WD 9 - 3000 - 095/13).

Privater Krankenhausträger:

Von einem privaten Krankenhausträger spricht man, wenn ein Krankenhaus von einer natürlichen Person, von einer juristischen Person des Privatrechts oder von einer (teil-) rechtsfähigen Gesamthandsgemeinschaft des privaten Rechts nach erwerbswirtschaftlichen Grundsätzen, d.h. mit Gewinnerzielungsabsicht, betrieben wird. Eine derartige Absicht wird immer dann angenommen, wenn ein Unternehmen planmäßig danach strebt, mehr zu erwirtschaften als das was zur Deckung der Betriebskosten erforderlich ist. Die Vermehrung des Vermögens steht also im Vordergrund. Zu den privaten Krankenhausträgern zählen z.B. ein rechtsfähiger Verein oder eine Stiftung des Privatrechts, eine Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) und eine Aktiengesellschaft (AG) aber auch eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) eine, Offene Handelsgesellschaft (OHG) oder eine Kommanditgesellschaft (KG).

Der Unternehmer einer solchen „Privatkrankenanstalt“ bedarf nach § 30 GewO einer gewerberechtlichen Konzession zur Aufnahme des Krankenhausbetriebs. Anknüpfungspunkt für das Merkmal „privat“ ist das gewerbliche Handeln des Klinikträgers bzw. des Inhabers, nicht die Organisationsform der Klinik selbst. Die Definition des Begriffs „Private Trägerschaft“ hängt somit inhaltlich von der Person des Krankenhausträgers ab, nicht von der Rechtsform, in der dieser agiert.

Privatklinik bzw. Privatpatientenklinik und Unterschied zum privaten Krankenhausträger bzw. zur Privatkrankenanstalt:

Der Begriff des privaten Krankenhausträgers oder der Privatkrankenanstalt bzw. des privaten Krankenhauses darf nicht mit dem Begriff der „Privatklinik“ bzw. „Privatpatientenklinik“ verwechselt werden. Denn unter einer solchen Klinik wird - wie bereits dargelegt - nur ein Krankenhaus verstanden, dass nicht über eine Kassenzulassung im Sinne des § 108 SGB V verfügt und daher zur Teilnahme an der gesetzlichen Krankenversicherung nicht berechtigt ist. Eine Privatklinik nimmt demnach grundsätzlich nur an der Versorgung der Privatpatientinnen und Privatpatienten teil. Die Begriffe „privater Krankenhausträger“, „Privatkrankenanstalt“ und „pri-

vates Krankenhaus“ kennzeichnen hingegen nur die Inhaberschaft eines Krankenhauses, ohne zugleich Aufschluss darüber zu geben, ob das betreffende Krankenhaus zur gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen ist oder ob es eine reine Privatklinik darstellt. Im Gegensatz zu den Privatkliniken können private Krankenhäuser, Privatkrankenanstalten oder Krankenhäuser in privater Trägerschaft gleichzeitig also auch als Plan- oder Vertragskrankenhäuser im Sinne des § 108 SGB V zur Leistungserbringung in der gesetzlichen Krankenversicherung berechtigt sein. Gemeinsam ist beiden Gruppen, dass sowohl reine Privatkliniken als auch Krankenhäuser in privater Trägerschaft, die zur Teilnahme an der öffentlichen Gesundheitsversorgung berechtigt sind, auf Grund ihrer erwerbswirtschaftlichen Struktur zum Schutz der Patientinnen und Patienten einer zusätzlichen Konzession nach § 30 GewO bedürfen.

Diese Vorbemerkungen vorangestellt, beantworte ich die Kleine Anfrage wie Folgt:

Frage 1. Unter welchen Voraussetzungen dürfen durch das Land Hessen öffentlich geförderte Plankrankenhäuser ihre Räumlichkeiten und Gerätschaften Privatkliniken zur Mitnutzung zur Verfügung stellen und welche rechtlichen Folgen habe diese? (Bitte ausführlich darlegen sowie Rechtsgrundlagen und Quellen angeben)?

Eine Mitnutzung bzw. spätere Umwidmung von durch Fördermittel des Landes Hessen geförderten Räumlichkeiten oder Flächen eines Plankrankenhauses nach § 108 Nr. 2 SGB zugunsten einer Privatklinik, d.h. eines Krankenhauses, das nicht über eine Zulassung nach § 108 Nr. 2 SGB V verfügt, ist nur dann möglich, wenn die Erfüllung des Versorgungsauftrages aufgrund der Mitnutzung oder Ausgliederung der Flächen nicht gefährdet wird. Die Bedarfsdeckung der gesetzlich Versicherten muss jederzeit sichergestellt sein.

Die Regelung in § 28 Hessisches Krankenhausgesetz 2011 (HKHG 2011) geht grundsätzlich von der Möglichkeit einer Umwidmung geförderter Gebäudeteile oder Flächen eines Krankenhauses aus. Nach § 28 Nr. 1 a HKHG 2011 ist sogar von einer Rückforderung abzusehen, wenn die dort genannten Voraussetzungen erfüllt sind:

„Für die Rücknahme, den Widerruf und die Erstattung von Bewilligungen gelten die §§ 48 bis 49a des Hessischen Verwaltungsverfahrensgesetzes mit der Maßgabe, dass

1. von einem Widerruf
 - a) abzusehen ist, wenn geförderte Anlagegüter, die nicht unmittelbar dem Betrieb von bettenführenden Abteilungen des Krankenhauses zugeordnet sind,
 - aa) aus fachlichen oder wirtschaftlichen Gründen aus dem Krankenhausbetrieb ausgegliedert werden,
 - bb) die betroffenen Anlagegüter weiterhin ausschließlich oder überwiegend für Krankenhauszwecke genutzt werden und
 - cc) die Erträge aus der Nutzung dieser Anlagegüter so lange und so weit den entsprechenden Rücklagen zugeführt werden, bis die nicht aufgezehrten Fördermittel durch interne Verrechnung ausgeglichen sind, ...“

Hinsichtlich „der Erträge aus der Nutzung dieser Anlagegüter“, die den entsprechenden Rücklagen des Plankrankenhauses zugeführt werden müssen, ist die zeitliche Bindung der Förderung von Bedeutung. In den früheren Einzelfördermittelbescheiden ist die zeitliche Bindung mit 25 Jahren für unbewegliche Anlagegüter und zehn Jahre für bewegliche Anlagegüter als Auflage vorgesehen. Je Jahr nicht erreichter Zweckbindung ist ein bestimmter Prozentsatz (4 % bei unbeweglichen, 10 % bei beweglichen Anlagegütern) der Fördersumme, die auf die Fläche der umgewidmeten Fläche entfällt, den Rücklagen zuzuführen.

Frage 2. Wie viele Privatkliniken nach § 30 Gewerbeordnung sind in Hessen registriert? (Bitte nach Landkreisen und kreisfreien Städten aufschlüsseln)

Frage 3. Wie viele dieser Privatkliniken wurden seit dem 01.01.2015 angemeldet (Bitte nach Landkreisen und kreisfreien Städten aufschlüsseln)

Frage 4. Wie viele dieser Privatkliniken sind in ein Plankrankenhaus integriert? (Bitte nach Landkreisen und kreisfreien Städten aufschlüsseln)

Die Fragen 2, 3 und 4 werden aufgrund des Sachzusammenhangs wie folgt gemeinsam beantwortet:

Nach § 30 Absatz 1 Satz 1 GewO bedürfen Unternehmer von Privatkranken- und Privatentbindungsanstalten sowie von Privatnervenkliniken einer Konzession der zuständigen Behörde. Eine Konzession nach § 30 Abs. 1 Satz 1 GewO wird in Hessen von dem Regierungspräsidium Kassel, dem Regierungspräsidium Gießen sowie dem Regierungspräsidium Darmstadt erteilt. Die Konzessionierung als Privatkrankenanstalt im Sinne von § 30 GewO kennzeichnet nur die Inhaberschaft eines Krankenhauses, ohne zugleich Aufschluss darüber zu geben, ob das betreffende Krankenhaus zur gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen ist oder ob es eine reine Privatkli-

nik darstellt. Ob es sich bei der Privatkrankenanstalt selbst um ein Plankrankenhaus handelt oder die Anstalt in ein Plankrankenhaus integriert ist, stellt keine Information dar, die im Konzessionsverfahren erhoben wird.

Die in den Regierungsbezirken angemeldeten Privatkrankenanstalten können daher neben ihrer Eigenschaft als Privatkrankenanstalten auch in den Krankenhausplan des Landes Hessen aufgenommen sein oder nur an der Versorgung von Privatpatientinnen und Privatpatienten teilnehmen.

I. Anzahl der Privatkrankenanstalten und Anzahl der Neuanmeldungen im Regierungsbezirk Kassel, aufgeschlüsselt nach Landkreisen und kreisfreien Städten:

| Landkreis/Kreisfreie Stadt | Anzahl | Anzahl der Neuanmeldungen seit dem 1. Januar 015 |
|-------------------------------|--------|--|
| Stadt Kassel | 6 | 2 |
| Landkreis Fulda | 9 | 0 |
| Landkreis Hersfeld Rotenburg | 3 | 0 |
| Landkreis Kassel | 1 | 0 |
| Schwalm-Eder-Kreis | 6 | 0 |
| Landkreis Waldeck-Frankenberg | 26 | 0 |
| Werra-Meißner-Kreis | 4 | 0 |

II. Anzahl der Privatkrankenanstalten und Anzahl der Neuanmeldungen im Regierungsbezirk Gießen, aufgeschlüsselt nach Landkreisen und kreisfreien Städten:

| Landkreis/Kreisfreie Stadt | Anzahl | Anzahl der Neuanmeldungen seit dem 1. Januar 2015 |
|------------------------------|--------|---|
| Landkreis Gießen | 4 | 1 |
| Lahn-Dill-Kreis | 6 | 1 |
| Vogelsbergkreis | 3 | 1 |
| Landkreis Limburg-Weilburg | 6 | 1 |
| Landkreis Marburg-Biedenkopf | 4 | 1 |

Anzahl der Privatkrankenanstalten und Anzahl der Neuanmeldungen im Regierungsbezirk Darmstadt, aufgeschlüsselt nach Landkreisen und kreisfreien Städten:

| Landkreis/Kreisfreie Stadt | Anzahl | Anzahl der Neuanmeldungen seit dem 1. Januar 2015 |
|-----------------------------|--------|---|
| Landkreis Bergstraße | 5 | 3 |
| Landkreis Darmstadt-Dieburg | 3 | 0 |
| Odenwaldkreis | 3 | 0 |
| Offenbach Kreis | 5 | 0 |
| Hochtaunuskreis | 13 | 5 |
| Main-Kinzig-Kreis | 9 | 4 |
| Main-Taunus-Kreis | 1 | 1 |
| Rheingau-Taunus-Kreis | 5 | 1 |
| Wetteraukreis | 14 | 3 |
| Stadt Frankfurt | 13 | 1 |
| Stadt Offenbach | 4 | 1 |
| Stadt Darmstadt | 2 | 1 |
| Wiesbaden | 12 | 5 |

Frage 5. Ist die Gründung einer Privatklinik, die ohne eigene Räumlichkeiten und ohne eigenes Personal in ein Plankrankenhaus integriert ist, um Leistungen bei Privatpatienten aus der Leistungsmenge des Plankrankenhauses herauszurechnen (s. Vorbemerkung) aus Sicht der Landesregierung eine zulässige Möglichkeit zur Umgehung des Fixkostendegressionsabschlags durch das Plankrankenhaus?

Frage 6. Wenn nein, welche Maßnahmen plant die Landesregierung, um dies zu verhindern?

Die Fragen 5 und 6 werden aufgrund des Sachzusammenhangs wie folgt gemeinsam beantwortet:

Die Konzessionierung einer Privatkrankenanstalt nach § 30 GewO setzt u. a. den Nachweis von Räumlichkeiten der Privatkrankenanstalt voraus. Beispielhaft wird auf den vom Regierungspräsidium Gießen erstellten „LEITFADEN für die Konzessionierung von Privatkrankenanstalten/Privatentbindungsanstalten gemäß § 30 Gewerbeordnung (GewO) verwiesen. (<https://tp-giessen.hessen.de/inneres-arbeit/gewerberecht/selbstst%C3%A4ndiger-betrieb-einer-privaten-klinik>)

Unabhängig davon kann die Ausgründung einer Privatkrankenanstalt nach § 30 GewO, die nur an der Versorgung von Privatpatientinnen und Privatpatienten bzw. Selbstzahlern teilnimmt, Auswirkungen auf die nach § 18 KHG in Verbindung mit § 11 KHEntgG zu schließende Pflegesatzvereinbarung zwischen dem Träger des Plankrankenhauses einerseits und den Sozialleistungsträgern andererseits haben.

Grundsätzlich sind von den Regelungen der Pflegesatzvereinbarung auch die allgemeinen Krankenhausleistungen erfasst, die durch das Plankrankenhaus gegenüber selbstzahlenden Patientinnen und Patienten erbracht werden. Zusätzliche Wahlleistungen (also beispielsweise die sog. „Chefarztbehandlung“ oder die Unterbringung im Einbettzimmer), die selbstzahlende Patientinnen und Patienten regelmäßig in Anspruch nehmen, sind hingegen von vornherein nicht Gegenstand der Pflegesatzvereinbarung. Der Fixkostendegressionsabschlag in Höhe von derzeit 35 % betrifft nur allgemeine Krankenhausleistungen, die mit Fallpauschalen bewertet und im Vergleich zur Vereinbarung für das laufende Kalenderjahr zusätzlich im Erlösbudget berücksichtigt werden (vgl. § 4 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2, Abs. 2a Satz 1 in Verbindung mit § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG sowie § 17b Abs. 1 Satz 1 KHG). Wahlleistungen werden unabhängig von den allgemeinen Krankenhausleistungen gesondert berechnet und sind daher auch nicht vom Fixkostendegressionsabschlag betroffen (siehe § 17 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG).

Ebenso vom Fixkostendegressionsabschlag ausgenommen sein können Leistungen für ausländische Patientinnen und Patienten, die mit dem Ziel einer Krankenhausbehandlung in die Bundesrepublik Deutschland einreisen sowie Leistungen für Empfängerinnen und Empfänger von Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, sofern auf Verlangen des Krankenhauses keine Vergütung im Rahmen des Erlösbudgets erfolgt (vgl. § 4 Abs. 4 KHEntgG).

Ob und inwieweit also die Erbringung und Abrechnung von Leistungen durch ausgegliederte Privatkliniken Auswirkungen auf die Pflegesatzvereinbarung des Plankrankenhauses und den dort zu berücksichtigenden Fixkostendegressionsabschlag hat, hängt von der Art der Leistungen ab (allgemeine Krankenhausleistungen, Wahlleistungen, Leistungen im Sinne des § 4 Abs. 4 KHEntgG).

Frage 7. Teilt die Landesregierung die Position der Bundesregierung in der Beantwortung einer Schriftlichen Frage des MdB Dr. Achim Kessler (Drs. 19/11950), nach der das für das Hessische Krankenhauswesen zuständige Ministerium für Soziales und Integration dafür zuständig ist, die „Rechtmäßigkeit von im Einzelfall praktizierten Geschäftsmodellen“ von Krankenhausträgern zu kontrollieren, wenn sich die Frage der Rechtmäßigkeit des Geschäftsmodells (hier Umgehung des Fixkostendegressionsabschlags, siehe vorherige Frage) durch Regelungen im Krankenhausentgeltgesetz und nicht dem Krankenhausfinanzierungsgesetz ergeben (bitte Rechtsgrundlagen darlegen)?

Im Falle einer Ausgründung einer Privatkrankenanstalt aus einem Plankrankenhaus ist das Hessische Ministerium für Soziales und Integration zuständig für die Frage, ob der Versorgungsauftrag des Plankrankenhauses weiterhin erfüllt wird und geförderte Räumlichkeiten oder Flächen zweckentsprechend genutzt werden.

Wiesbaden, 26. November 2019

In Vertretung:
Anne Janz