

**Ausschussvorlage SPA 18/90**

eingegangene Stellungnahmen zu der öffentlichen Anhörung zu

**Gesetzentwurf**

**der Landesregierung für ein Gesetz zur Änderung des Hessischen Krankenhausgesetzes 2011 (HKHG 2011)**

– Drucks. [18/7351](#) – und

**Dringlicher**

**Gesetzentwurf der Fraktion der SPD für ein Gesetz zur Verbesserung der Krankenhausversorgung und zur Anerkennung von Leistungen in der Pflege**

–Drucks. [18/7392](#) –

1.	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBFK), Stuttgart	S. 1
2.	Hessische Krankenhausgesellschaft e. V., Eschborn	S. 5
3.	Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V., Erbach	S. 24
4.	Hessischer Städtetag, Wiesbaden	S. 26
5.	Peritinos AG, Dr. Köbler, Berlin	S. 29
6.	Hessischer Städte- und Gemeindebund	S. 31
7.	vdek, Verband der Pflegekassen, Frankfurt	S. 43
8.	Vitos GmbH, Kassel	S. 48
9.	Marburger Bund, Landesverband Hessen, Frankfurt – zu Drucks. 18/7392	S. 55
10.	Sozialverband VdK Hessen-Thüringen e. V., Landesgeschäftsstelle, Frankfurt	S. 57
11.	Landespflegerat Hessen c/o DBfK-Südwest e. V. Mainz	S. 58
12.	LPPKJP Hessen, Wiesbaden	S. 60
13.	Marburger Bund, Landesverband Hessen, Frankfurt – zu Drucks. 18/7351	S. 63
14.	ver.di Hessen, Frankfurt	S. 64
15.	vdek, Verbände der Krankenkassen, Frankfurt	S. 68
16.	Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste e. V. (DGF), Berlin	S. 77

Stark für  
die Pflege



DBfK Südwest e.V. • Eduard-Steinle-Straße 9 • 70619 Stuttgart

Hessischer Landtag  
Postfach 3240  
65022 Wiesbaden

Per Elektronischer Post  
j.schlaf@ltg.hessen.de

DBfK Südwest e.V.

Eduard-Steinle-Straße 9  
70619 Stuttgart (Sillenbuch)  
Telefon: (0711) 475061  
Telefax: (0711) 4760239  
eMail: suedwest@dbfk.de

Bankverbindung:  
BW-Bank  
BLZ 600 501 01  
Kto.-Nr. 2 018 409

Steuer-Nr.: 99015/00401

Stuttgart, 25.07.2013

**Stellungnahme des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK)  
zum Gesetzentwurf zur Verbesserung der Krankenhausversorgung und zur Anerkennung von  
Leistungen in der Pflege (GVKALP) DS 18/7392**

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir danken für die Möglichkeit zur Stellungnahme zur o.g. Drucksache des Hessischen Landtags. Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe begrüßt den dringlichen Gesetzentwurf der Fraktion der SPD ausdrücklich. Die mangelhafte Pflegepersonalausstattung in den Krankenhäusern spitzt sich seit vielen Jahren zu. Die damit zusammenhängenden Problematiken sind bekannt und der DBfK weist schon lange und ausdauernd auf die Notwendigkeit von Verbesserungen der Rahmenbedingungen in allen Bereichen pflegerischer Versorgung hin. Das vom Hessischen Sozialministerium in Auftrag gegebene Gutachten zur Situation der Pflege in hessischen Akutkrankenhäusern ist ein wissenschaftlicher Beleg für diese Hinweise und Forderungen seitens unseres Berufsverbandes. Eine gesetzliche Regelung zu Mindestpersonalgrenzen ist notwendig, um weitere gravierende unerwünschte Auswirkungen einer zu geringen Zahl von Pflegefachpersonen pro Patient für die Arbeitsbelastung und Gesundheit der Pflegefachpersonen und die gesundheitliche Situation von Patienten zu verhindern. Die derzeitigen Selbstverwaltungspartner haben hier in den letzten Jahren versagt. In der zu entwickelnden Rechtsverordnung in Folge dieses Gesetzesvorhabens sollte über die Festlegung von Mindestpersonalzahlen hinaus auch die Umgebungsfaktoren und die qualitativen



Stark für  
die Pflege



DBfK Südwest e.V.

Arbeitsbedingungen der Pflegefachpersonen zum Besseren verändert werden. Auch hierzu bietet das vorliegende Gutachten zur Situation der Pflege in hessischen Akutkrankenhäusern ausreichende Hinweise. Wir möchten dies im Folgenden an einzelnen Paragrafen verdeutlichen.

#### Artikel 1, § 6 geänderter Abs.1

Die Forderung nach Pflegefachpersonal im Bereich der Pflegeüberleitung unterstützen wir ausdrücklich. Die Beurteilung von möglichen Pflegearrangements in der Häuslichkeit, bzw. die Notwendigkeit von Entlastungsmöglichkeiten, Hilfestellungen für pflegende Angehörige ist eine Kernkompetenz von Pflegefachpersonen. Eine gezielte Planung von Betreuung und Pflege bereits in der Klinik vor Entlassung des Betroffenen wird schnelle Wiedereinweisungen verhindern sowie zur besseren Rehabilitation oder Pflege des Betroffenen beitragen.

#### Artikel 1, § 6 Abs. 7

Notwendig ist eine Zusammensetzung der Ethikkommission aus einem interdisziplinär zusammengesetzten Team. Pflegefachpersonen, Ärzte und Vertreter anderer Gesundheitsberufe sehen aufgrund ihrer alltäglichen Berufspraxis und ihres Ethos die wichtigsten ethischen Fragen rund um die Versorgung. Zudem sollte ein Hinweis erfolgen, dass die Krankenhäuser die erforderlichen Ressourcen zur Verfügung stellen und die Mitarbeiter der Kommission regelmäßig fort- und weitergebildet werden.

#### Artikel 1, § 8, Abs. 2

Das Gutachten zur Situation der Pflege in hessischen Akutkrankenhäusern zeigt Ergebnisse, die dem entsprechenden internationalen Forschungsstand entsprechen. Konkret bedeutet das, dass die Personalausstattung maßgeblich Einfluss auf das pflegerische Outcome hat. Da es sich hierbei auch um Zusammenhänge in Bezug auf Mortalitätsraten handelt, ist staatliches Eingreifen in einen weiteren Personalabbau unabdingbar. An dieser Stelle ist eine Zahl aus einer im Gutachten zitierten Studie von Rafferty et al. aus dem Jahr 2006 erwähnenswert. Hier wurde beim Vergleich von Krankenhäusern festgestellt, dass Häuser mit der höchsten Patientenzahl pro Pflegekraft (patient-nurse ratio) um bis zu 26% höhere Mortalitätsraten aufweisen. Das in § 8 vorgeschlagene zweizügige Vorgehen, einmal Mindestpersonalzahlen vorzuhalten und Verfahren zu entwickeln, die den Personalbedarf valide berechnen halten wir für angebracht und sinnvoll.



Stark für  
die Pflege



DBfK Südwest e.V.

Leider werden in Absatz 4 diese Forderungen wieder konterkariert. Über Wartezeiten und Ausnahmeregelungen lassen sich Sonderwege beschreiten, die eine nachhaltige Umsetzung von Mindestpersonalzahlen verhindern. Wir schlagen daher vor, dass es nach Ablauf einer zweijährigen Übergangsfrist zur Umsetzung kommen muss, andernfalls muss das entsprechende Krankenhaus aus dem Landeskrankenhausplan herausgenommen werden. Mindestens jedoch sollten Bußgeldregelungen bei Nichtumsetzung vorgesehen sein, wenn die Frist zur Herausnahme aus dem Krankenhausplan zu kurz erscheint.

#### Artikel 1, § 8a

Die in den Absätzen 1-3 formulierten verpflichtenden Erfassungen unterstützen wir sehr. Somit lässt sich der Nachweis über erstens Arbeitsbedingungen, zweitens der kritischen Ereignisse und drittens der Patientenzufriedenheit führen. Somit lassen sich Rückschlüsse auf das Zustandekommen etwaiger Mängel ziehen.

Absatz 4 Satz 1 muss wie folgt geändert werden: *(4) Die Krankenhäuser berichten jährlich dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium über die eingegangenen Meldungen nach den Abs. 1-3 sowie über die durchgeführten Maßnahmen.*

Mit dieser Änderung wird deutlich gemacht, dass es nicht bei der Erfassung kritischer Ereignisse, Patientenzufriedenheit und Überlastung der Mitarbeiter bleibt, sondern dass es hierbei eindeutig auch Lösungen seitens der Krankenhäuser geben muss.

#### Artikel 1, § 14, Absatz 4 Satz 1

Wir befürworten ausdrücklich die entsprechende Änderung. Bereits zur Novellierung des Gesetzes im Jahr 2011 haben wir darauf hingewiesen, dass eine einseitig besetzte Krankenhausbetriebsleitung nicht sinnvoll ist.

#### Artikel 1, §§ 20-21

Die Einbeziehung des Landespflegerates Hessen in den Landeskrankenhausausschuss und die Gesundheitskonferenzen halten wir für eine Selbstverständlichkeit. Die Berufsgruppe der Pflegenden



Stark für  
die Pflege



DBfK Südwest e.V.

Ist nach wie vor die größte Berufsgruppe in den hessischen Krankenhäusern. Es ist überhaupt nicht nachvollziehbar, warum diese wichtige Gruppe bisher in den entsprechenden Gremien nicht beteiligt war. Bis zur Implementierung einer Pflegekammer in Hessen kann der Landespflegerat als Zusammenschluss der Berufsverbände diese Aufgabe wahrnehmen.

#### Artikel 2, § 8 - Aufhebung

Die Aufhebung des § 8 im Hessischen Gesetz über Betreuungs- und Pflegeleistungen (HPBG) begrüßen wir. Wir haben uns in der damaligen Anhörung zum HPBG bereits gegen die entsprechende Formulierung ausgesprochen, da wir hier eine Diskreditierung eines Berufsstandes sehen. Außerdem haben wir auch damals bereits auf die Charta der Rechte Hilfsbedürftiger verwiesen, die wenn gesetzlich verankert, dies alles festlegt.

#### Artikel 2, neuer § 9

Im Grunde gilt zur Personalmindestbesetzung und Personalbemessung im Langzeitpflegebereich auch, dass die Qualität im Wesentlichen mit der Personalstruktur zusammenhängt. Eine Mindestpersonalquote von 50% Fachpersonal (ausschließlich 3-jährig qualifiziertes (Pflege)fachpersonal) für Bereiche der Langzeitpflege sind dringend einzuhalten. Daher ist in § 9, Abs. 2 der Satz 2 gänzlich zu streichen. Auch weitere Ausnahmen zur Forderung von mindestens 50% Fachpersonalquote kann es nicht geben. Deshalb ist auch der Absatz 4 zu streichen. Dies gilt zumindest solange, bis valide Personalbemessungsinstrumente einheitlich vorliegen. Eine differenzierte Stellungnahme zu diesem Punkt, reichen wir dann mit der entsprechen zu verabschiedenden Rechtsverordnung nach (§ 9, Abs. 3).

Mit freundlichen Grüßen

  
Andrea Kiefer  
Vorsitzende

  
Uwe Seibel  
Geschäftsführer



An den  
Sozialpolitischen Ausschuss  
des Hessischen Landtags  
Herrn Geschäftsführer Schlaf  
Postfach 3240  
65022 Wiesbaden

per Mail: j.schlaf@ltg.hessen.de

G:\2013\MINI-1\Änderung HKHG  
2011\Stellungnahme Anhörung  
SPA 2013.doc

Unser Zeichen:

II-Di

Hans Ditzel

☎ 40 99 61

25. Juli 2011

### **Anhörung zu**

**1. dem Gesetzentwurf der Landesregierung für ein Gesetz zur Änderung des Hessischen Krankenhausgesetzes 2011 (HKHG 2011), Drucks. 18/7351**

**2. dem Dringlichen Gesetzentwurf der Fraktion der SPD für ein Gesetz zur Verbesserung der Krankenhausversorgung und zur Anerkennung von Leistungen in der Pflege, Drucks. 18/7392**

**hier:** Stellungnahme zu den Gesetzentwürfen im Rahmen des Anhörungsverfahrens

**Bezug:** 1. Ihr Schreiben vom 27.06.2013, AZ: I A 2.1

2. Unser Schreiben vom 03.06.2013 AZ: II-Di / rst

Sehr geehrter Herr Schlaf,  
sehr geehrte Damen und Herren,

wir beziehen uns auf unser Schreiben vom 03.06.2013, in dem wir Ihnen mitgeteilt hatten, dass die Hessische Krankenhausgesellschaft in ihrer Eigenschaft als Beteiligte nach § 7 Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) und Mitglied des Landeskrankenhausausschusses gem. § 20 Abs. 2 Nr. 2 des Hessischen Krankenhausgesetzes (HKHG 2011) an der Anhörung zu den o. g. Gesetzgebungsverfahren teilnehmen und dabei durch ihren Präsidenten, Herrn Dieter Bartsch, sowie durch den Unterzeichner vertreten wird. Wie von Ihnen gewünscht und von uns zugesagt, nehmen wir zu beiden Gesetzentwürfen vorab schriftlich wie folgt Stellung:

## 1. Gesetzentwurf der Landesregierung für ein Gesetz zur Änderung des Hessischen Krankenhausgesetzes 2011 (HKHG 2011)

### A. Vorbemerkung

Bevor wir uns zu dem Gesetzentwurf äußern, möchten wir vorwegschicken, dass wir als Mitglied im Landeskrankenhausausschuss Hessen (LKHA) und Beteiligte gem. § 7 Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) bereits zum Referentenentwurf mit Schreiben vom 24.04.2013 an das HSM Stellung genommen hatten. Wir haben dieses als **Anlage** beigefügt und beziehen uns insoweit auch darauf.

Vom Prinzip her begrüßt die Hessische Krankenhausgesellschaft die Umstellung der Investitionsförderung auf ein vollpauschalisiertes Finanzierungssystem. Dies erhöht und beschleunigt die Möglichkeiten unternehmerischer Entscheidungen, trägt zu einem deutlichen Bürokratieabbau bei und beendet vor allen Dingen für viele Maßnahmen das langwierige Antrags- und Genehmigungsverfahren. Allerdings darf nicht übersehen werden, dass damit der nachweislich vorhandene Investitionsstau in den hessischen Krankenhäusern nicht behoben wird. Vergleicht man die Förderung der Länder in den letzten 20 Jahren (Zeitraum der durchschnittlichen Nutzungsdauer von Anlagegütern), so liegt Hessen unter dem Durchschnitt aller Bundesländer, aber auch unter dem Durchschnitt der alten Bundesländer. Der Investitionsstau ist damit in Hessen überdurchschnittlich hoch. Da Krankenhäuser nach der Umstellung ihre Investitionsmaßnahmen verstärkt mit Fremdmitteln vorfinanzieren müssen, werden zukünftig die dafür anfallenden Zinslasten aus dem Fördermittelvolumen zu Lasten der eigentlichen Investition bedient werden müssen. Dies bedeutet, dass die für Investitionen verfügbaren Mittel faktisch sogar verringert werden.

Die KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft hat für ein anderes Bundesland den jährlichen Investitionsbedarf ermittelt. Überträgt man das Ergebnis dieses Gutachtens auf die hessischen Krankenhäuser, so ergibt sich folgendes Resultat: Die Gutachter gehen von einem „Bettenneuwert“ (Neubaukosten pro Krankenhausbett) von 214.000 € und einer Abschreibungsquote von 4,7 % aus. Damit ergibt sich bei ca. 36.000 aufgestellten Betten in Hessen (Landesstatistik 2011) ein aktueller jährlicher Investitionsbedarf von rd. 362 Mio. Euro, der damit zwischen 100 und 150 Mio. Euro über dem derzeitigen Fördervolumen in Hessen liegt. Die Folge dieser Finanzierungslücke ist eine massive Überalterung der Substanz, denn eine Quersubventionierung notwendiger Investitionen aus den Mitteln zur Finanzierung laufender Betriebskosten können sich Krankenhäuser mangels fehlender Betriebsmittel nicht mehr leisten. Auf keinen Fall erfüllt die Förderung in Hessen den gesetzlichen Anspruch der Krankenhäuser nach § 4 lfd. Nr. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG), wonach Krankenhäuser zur wirtschaftlichen Sicherung Anspruch auf ausreichende Fördermittel haben.

Aufgrund der voranstehend dargestellten Sachverhalte ist deshalb aus unserer Sicht eine generelle Aufstockung des Fördermittelvolumens im Rahmen der beabsichtigten Gesetzesänderung zwingend geboten.

Die Anregungen, Hinweise und Änderungsvorschläge unserer oben erwähnten Stellungnahme gegenüber dem Hessischen Sozialministerium sind im nun vorliegenden Regierungsentwurf nur teilweise berücksichtigt worden. Gleichwohl konzentrieren wir uns nachstehend nur auf den Änderungsbedarf am Regierungsentwurf, der aus unserer Sicht unverzichtbar ist, wenn die zugrundeliegenden Regelungen auch in der Praxis funktionieren sollen, und verweisen ansonsten auf unsere Stellungnahme an das Ministerium. Zu in diesem Sinne wichtigen Einzelregelungen nehmen wir aufbauend auf der Anordnung des Gesetzesentwurfs wie folgt Stellung:

## **B. Zu den Artikeln**

### **Zu Artikel 1: Änderung des HKHG 2011**

#### **Zu § 25a:**

##### Zu Absatz 1:

Die HKG begrüßt grundsätzlich, dass das Land Hessen im Jahr 2015 in Form eines Sonderprogramms 120 Mio. € zur Tilgung von Darlehen zur Verfügung stellen will, die zur strukturellen Weiterentwicklung der Krankenhäuser dringend erforderlich sind. Damit wird die Bedeutung der Investitionsförderung und der dualen Krankenhausfinanzierung nachhaltig unterstrichen. Unter Verweis auf unsere Ausführungen in der Vorbemerkung halten wir indes eine generelle Erhöhung der Fördermittel in dieser Größenordnung – auch für den Zeitraum ab 2016 – für unverzichtbar, damit die Krankenhäuser zukunftssicher investieren können. Da die Krankenhäuser dringend auf die zusätzlichen Fördermittel angewiesen sind, muss allerdings die Kann-Regelung in Absatz 1 Satz 1 durch eine verbindliche Zusage im Gesetzestext ersetzt werden.

##### Zu Absatz 2:

Satz 2 bestimmt, dass die Förderung der Darlehenstilgung in Höhe von maximal 120 Mio. € „aus den im jeweiligen Haushalt für die Investitionsförderung der Krankenhäuser veranschlagten Mittel zu bewilligen“ ist. Damit stehen nach unserem Verständnis die in Absatz 1 zur Verfügung gestellten 120 Mio. € nicht zusätzlich zur Verfügung, sondern entfalten lediglich den Charakter einer Vorfinanzierung. Die HKG fordert eine dahingehende Änderung, dass diese Mittel zusätzlich zur Verfügung gestellt werden und nicht zu Lasten zukünftiger Förderung gehen.

### **Zu Artikel 2: Weitere Änderungen des HKHG**

Zunächst weisen wir darauf hin, dass im vorliegenden Gesetzentwurf auf den bisherigen § 23 „Grundsätze der Förderung“ verzichtet wurde, lediglich der Abs. 4 findet sich in § 30 neu wieder. Wir regen an, wie bisher allgemeine Grundsätze der Förderung in angepasster Form



mit aufzunehmen. Dies betrifft insbesondere die Inhalte der Absätze 1 und 2. Dies dient der Vermeidung von Regelungsunschärfen und daraus resultierenden Interpretationskonflikten.

**Zu § 23:**

Zu Absatz 3:

In dem Entwurf ist vorgesehen, dass die Mittel jährlich entsprechend den durch das DRG-Institut nach § 10 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG ermittelten Kostensteigerungen angepasst werden sollen. Wir bitten die „Soll“-Regelung durch eine verbindliche Regelung („sind ... anzupassen“) zu ersetzen.

Zu Absatz 4:

Ein „Notfallzuschlag“ zur Standortsicherung der Krankenhäuser, die die Notfallversorgung in Hessen sicherstellen, ist nachvollziehbar. Der Verweis auf „Krankenhäuser nach § 17 Abs. 2“ schränkt aber vorab den Kreis der Krankenhäuser auf die Einrichtungen ein, die mindestens die Gebiete Chirurgie und Innere Medizin vorhalten, und schließt zum Teil die Einrichtungen aus, denen nach dem Krankenhausplan eine spezielle Notfallversorgung zugewiesen wurde. Auch psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen, die die Notfallversorgung sicherstellen, wären danach benachteiligt. Wir schlagen deshalb unter Verzicht auf den Verweis „§ 17 Abs. 2“ und die Einschränkung auf „Satz 1“ bei § 19 Abs. 4 folgende Formulierung vor:

*„(4) Bei Krankenhäusern, die nach § 19 Abs. 4 bzw. per Bescheid zur Teilnahme an der Notfallversorgung bestimmt wurden, wird die Summe der Investitionsbewertungsrelationen um 15 Prozent erhöht.“*

**Zu § 25:**

Nach der Begründung soll § 25 offensichtlich die Förderung von Krankenhauseinrichtungen regeln, die nicht unmittelbar der Patientenversorgung dienen (z.B. Schulen, Kindertagesstätten etc.), da diesen Bereichen („Anlagegütern“) keine patientenbezogene Bewertungsrelationen zugeordnet werden können. Krankenhäuser in Hessen haben aber auch zahlreiche Verpflichtungen aus längerfristige Mietverträgen (z.B. psychiatrische und geriatrische Tageskliniken), die unmittelbar an eine Förderzusage nach § 27 HKHG2011 gebunden waren. Um sicher zu stellen, dass diese im Allgemeinen befristeten Mietverträge auch bis zum Ende der Laufzeit bedient werden können, schlagen wir vor, in § 25 Abs. 1 Satz 2 zu ergänzen:

*„Dies gilt auch für Verpflichtungen aus Mietverträgen, die auf Grund von Mietfördermaßnahmen nach § 27 HKHG2011 abgeschlossen wurden, bis zum Ende ihrer Laufzeit.“*

**Zu § 27:**

Die finanzielle Förderung von Forschungsvorhaben wird ausdrücklich begrüßt, denn sie unterstützt die Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung in Hessen. Es sollte aber grundsätzlich auf eine Anrechnung auf die für die Pauschalförderung zur Verfügung gestellten Mit-

tel verzichtet werden, da dies ansonsten das Volumen der für die unmittelbaren Patientenversorgung zur Verfügung gestellten Investitionsförderung mindern würde.

### **Zu § 35:**

Paragraf 35 übernimmt die Regelungen des bisherigen § 41 im HKHG 2011, verlängert aber den Zeitpunkt des Außerkrafttretens um 5 Jahre auf das Jahr 2020. Nach wie vor halten wir die generelle Befristung von Gesetzen - zumindest in Bezug auf ein Landeskrankenhausgesetz - für verzichtbar, weil nicht zweckdienlich. Nachweislich hat diese spezifisch hessische Praxis nicht zu weniger, sondern zu mehr Bürokratie geführt. Im konkreten Fall des HKHG-Änderungsgesetzes ist die Gesetzesbefristung aber sogar schädlich: Die Befristung oder der automatische Ablauf eines Gesetzes, das den Zufluss und die Verwendung von Krankenhausinvestitionsfördermitteln regelt und das dazu führt, dass Krankenhäuser im Zuge der „Vorfinanzierung“ als Darlehensnehmer auf dem Kapitalmarkt auftreten müssen, schaffen wenig Vertrauen bei den Darlehensgebern. Wird eine Bank sich wirklich darauf einlassen, ein Darlehen mit einer Laufzeit von 20 oder mehr Jahren an ein Krankenhaus zu vergeben, wenn klar ist, dass die Rechtsgrundlage für die Finanzierung der Zins- und Tilgungsleistungen nur auf 5 Jahre befristet ist und dann quasi automatisch wegfällt? Wir halten es deshalb für unumgänglich, dass auf die Befristung dieses Gesetzes verzichtet wird.

## **C. Sonstige Anmerkungen**

### Forderungsabtretung

Wie bereits erwähnt, werden viele Investitionsmaßnahmen zukünftig durch die Aufnahme von Darlehen finanziert werden. Die dafür anfallenden Zinsen fehlen letztendlich an der Investitionssumme. Um zu günstigen Darlehenskonditionen und zu einem effizienten Mitteleinsatz zu kommen, brauchen die Krankenhäuser dringend eine Klarstellung, dass ihr Fördermittelan-spruch an den Darlehensgeber abgetreten werden kann. Wir konnten bislang nicht sicher davon überzeugt werden, dass eine solche Abtretung rechtlich auch möglich ist, und bitten deshalb um eine Klarstellung in diesem Gesetz.

## **2. Dringlicher Gesetzentwurf der Fraktion der SPD für ein Gesetz zur Verbesserung der Krankenhausversorgung und zur Anerkennung von Leistungen in der Pflege**

### **A. Vorbemerkung**

Im Rahmen einer allgemeinen Bewertung des Dringlichen Gesetzentwurfs der Fraktion der SPD möchten wir unter grundsätzlichen Aspekten voranstellen, dass mit diesem ein Großteil der Deregulierung des Krankenhausbereichs wieder zurückgenommen werden soll, der mit dem im Grunde noch jungen HKHG 2011 geschaffen wurde; es sollen darüber hinaus sogar noch verschärfte Regulierungen eingeführt werden. Hierzu zählen insbesondere die Festlegung von Mindestpersonalzahlen, zusätzliche berufsqualifikationsspezifische Beteiligungs-

vorschriften sowie strukturelle und organisatorische Vorgaben für das Krankenhaus. Gemeinsam ist solchen Regelungen, dass sie in die Organisationshoheit des Krankenhauses eingreifen und damit krankenhausesindividuelle unternehmerische Entscheidungen behindern. Auch die mit dem HKHG 2011 aus guten Gründen aufgegebene Bettenplanung soll offensichtlich ebenso wieder eingeführt werden, wie es wieder regionalen Planungskonzepte und sogar Krankenhauskonferenzen geben soll, die durch die Regionalen Gesundheitskonferenzen ersetzt wurden. Wir möchten anmerken, dass das HKHG 2011 unter breiter Mitwirkung der an der Krankenhausversorgung Beteiligten mit großem Konsens entwickelt wurde und in seiner in Kraft getretenen Fassung auf hohe Akzeptanz stößt. Dies keineswegs nur auf der Krankenseite, sondern wohlgerne bei allen Beteiligten. Entsprechend gut hat sich aus unserer Sicht das HKHG 2011 bislang auch bewährt, so dass wir weder einen Anlass noch die Notwendigkeit sehen, in den vorgenannten Regelungsbereichen nun tiefgreifende Gesetzesänderungen herbeizuführen. Vielmehr sollten zunächst die weiteren Erfahrungen mit dem geltenden HKHG abgewartet werden. Insgesamt sehen wir in vielen Regelungen des Gesetzentwurfs der Fraktion der SPD eher einen Rückschritt, denn einen Fortschritt. Unbeschadet dessen, möchten wir uns zu einzelnen Regelungen, die aus unserer Sicht von besonderer Bedeutung für die Krankenhäuser sind, wie folgt äußern:

## **B. Zu den Artikeln**

### **Zu Artikel 1 Nr. 4:**

Neu geregelt werden soll, dass neben zuständigen Ärzten künftig auch zuständige „Psychotherapeuten“ Entscheidungen über die Notwendigkeit der stationären Behandlung treffen können. Gemeint sind hier – wie auch schon an vielen anderen Stellen des Gesetzentwurfs – Psychologische Psychotherapeuten, die als solche Nichtmediziner sind. Verwiesen wird dabei im Gesetzentwurf auf den § 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V. Wir halten eine solche Regelung aus folgenden Gründen für rechtlich nicht zulässig:

Paragraf 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 7 SGB V regelt die Befugnis von Ärzten im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung und hier konkret die Befugnis zur Verordnung von Krankenhausbehandlungen. Aufgrund dieser Rechtsnorm sind Psychotherapeuten hierzu ausdrücklich nicht befugt (§ 73 Abs. 2 Satz 2). Umgekehrt kann daraus geschlossen werden dass, wer nicht zur Verordnung Krankenhausbehandlungen befugt ist, auch nicht zu Entscheidungen über die Krankenhausaufnahme befugt sein kann. Losgelöst davon wird die Frage, wer über die Krankenhausaufnahme entscheidet, in dem nicht erwähnten § 39 SGB V geregelt, wo es ausdrücklich heißt, dass dies das Krankenhaus ist. Krankenhäuser sind aber nach § 2 Nr. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistungen Krankheiten geheilt werden sollen. Damit steht der medizinische Blickwinkel im Vordergrund; Aufnahmeentscheidungen sind damit ärztliche Entscheidungen und können deshalb nicht von Nichtärzten bzw. Nichtmediziner getroffen werden. Damit ist ein-

deutig, dass Entscheidungen über die Krankenhausaufnahme von einem Arzt zu treffen sind und anderweitige Regelungen gegen Bundesrecht verstoßen würden.

**Zu Artikel 1 Nr. 5:**

Die unter **Nr. 5 a)** vorgeschlagene Ergänzung des § 6 Abs. 1 HKHG 2011 um einen weiteren Satz (Satz 3; Entlassungsplanung) wird als überflüssig erachtet, da das, was geregelt werden soll, gerade die Aufgabe eines gesetzlich bereits normierten Entlassmanagements (GKV-Versorgungsstrukturgesetz, SGB V § 11 Abs. 4) und damit selbstverständlich ist. Weitergehenden Regelungen hierzu werden durch die Selbstverwaltung getroffen, z. B. auf der Grundlage des § 112 SGB V.

Die unter **Nr. 5 d)** vorgesehene Neufassung des bisherigen Absatz 6 (nunmehr Absatz 7) § 6 HKHG 2011 ist aus unserer Sicht verzichtbar. Die Neufassung beinhaltet die Ablösung des bisherigen Ethikbeauftragten durch verpflichtend eine Ethikkommission und normiert darüber hinausgehend noch verbindliche Strukturvorgaben für diese Kommission in quantitativer und qualitativer Art. Dies ist in der Regulierungstiefe zu weit gehend. Unabhängig davon, dass ohnehin bereits eine große Anzahl von Krankenhäusern in Hessen eine Ethikkommission eingerichtet hat, sollten zunächst die Erfahrung mit der mit dem HKHG 2011 neu eingeführten Vorschrift der Bestellung von Ethikbeauftragten ausgewertet und bewertet werden. Wir halten die bisherige Regelung auch deshalb für ausreichend, als es bezüglich der Umsetzung des § 6 Abs. 6 des HKHG 2011 qualifizierte gemeinsame Empfehlungen der Landesärztekammer Hessen und der Hessischen Krankenhausgesellschaft gibt.

**Zu Artikel 1 Nr. 6:**

Die mit dem Gesetzentwurf vorgeschlagene Neufassung des § 8 HKHG 2011 stellt insbesondere auf die Einführung von Mindestpersonalzahlen ab. So soll zunächst die bisherige Paragraphenbezeichnung Qualitätssicherung um den Zusatz „*und Mindestpersonalzahlen*“ ergänzt werden. Wenngleich der Paragraph nun noch immer (mit) unter der Überschrift „*Qualitätssicherung*“ firmiert, beziehen sich die neuen Absätze 2, 3 und 4 ausschließlich auf die Einführung von Mindestpersonalzahlen. Aus Sicht Krankenhausgesellschaft sind unter den Gesichtspunkten der Qualitätssicherung vor allem Maßnahmen zur Verbesserung der Ergebnisqualität vorrangig vor Regelungen zur Strukturqualität erforderlich. Offensichtlich wird von den Autoren des Gesetzentwurfs krankenhausbetragene Leistungs- und Ergebnisqualität aber ausschließlich als Folge quantitativer Personalausstattung verstanden. Dass dies kausal so einfach nicht gesehen werden kann, hat insbesondere das soeben veröffentlichte „Gutachten zur Situation der pflegerischen Versorgung in hessischen Krankenhäusern“ belegt. Der Personalbedarf eines Krankenhauses ist von einer Vielzahl krankenhausesindividueller Kriterien abhängig und Personalzahlen als solche beeinflussen allein auf keinen Fall die Prozesse und die Ergebnisqualität. Losgelöst davon, dass es die Formulierung des Gesetzentwurfs offen lässt, ob „*patientenbezogene Mindestpersonalzahlen*“ nur für bestimmte oder gar für alle Berufsgruppen im Krankenhaus festzulegen sind, bleibt indes die Frage, wie die gewünschten Perso-

nalstandards künftig finanziert werden sollen, völlig unbeantwortet. Eine Antwort hierauf kann ein Landesgesetz aber praktisch nicht geben, da die Krankenhausvergütung auf Bundesebene geregelt wird. Insofern besteht die Gefahr, dass der Landesgesetzgeber Strukturvorgaben trifft, die zu Mehrkosten führen, deren Refinanzierung er letztlich jedoch nicht sicherstellen kann. Auf diesen Kosten bleiben am Ende die Krankenhäuser sitzen. Wir möchten in diesem Kontext auch auf ein Urteil des Hessischen Staatsgerichtshofs vom 06. Juni 2012 verweisen, dem zu Folge die Erhöhung von Personalschlüsseln in Kindertagesstätten qua Verordnung unzulässig ist, sofern eine Gegenfinanzierung der dadurch entstehenden Mehrkosten nicht erfolgt (Konnexitätsprinzip). Wir halten den Tenor dieses Urteils grundsätzlich auch auf den hier zu Debatte stehenden Sachverhalt übertragbar und empfehlen, diesen Aspekt entsprechend zu prüfen und in die weitere politische Entscheidungsfindung mit ein zu beziehen.

### **Zu Artikel 1 Nr. 10**

Bezugsnorm für Artikel 1 Nr. 10 ist § 15 HKHG 2011. Mit den vorgeschlagenen inhaltlichen Änderungen soll u. a. die Regulierungstiefe bezüglich der Abführung eines Teils der Einnahmen der Krankenhäuser aus wahlärztlichen Leistungen an den Mitarbeiterfonds sowie hinsichtlich seiner Ausschüttung vergrößert werden. Wir halten dies für nicht sachgerecht, sondern plädieren weiterhin für die von uns bereits im Gesetzgebungsverfahren zum HKHG 2011 vertretene ersatzlose Streichung dieses Paragraphen. Dabei geht es uns nicht darum, nachgeordnete Mitarbeiter des Krankenhauses von der Beteiligung an Einnahmen aus Liquidationserlösen auszuschließen, sondern um viel Grundsätzlicheres, nämlich die Änderung der Praxis der Liquidation von wahlärztlichen Leistungen. So sind Chefarztverträge von ihrer inhaltlichen Ausgestaltung her bereits seit einigen Jahren einem erheblichen Wandel unterzogen. Zunehmend werden Wahlarztleistungen nicht mehr als privatärztliche Nebentätigkeit des Chefarztes erbracht und als solche liquidiert, sondern fallen vielmehr unter die Dienstaufgaben des Chefarztes und auch seiner Mitarbeiter und werden vom Krankenhaus selbst liquidiert und fakturiert. Damit entscheidet auch das Krankenhaus bzw. die Geschäftsführung über eine Beteiligung der Chefarzte oder anderer Mitarbeiter an den Erlösen aus Wahlarztleistungen auf der Grundlage entsprechender tariflicher und arbeitsvertraglicher Regelungen. Aus diesem Grund und vor dem Hintergrund, dass es solche landeskrankenhausgesetzlichen Regelungen nur in wenigen Bundesländern gibt, halten wir den § 15 für veraltet und damit verzichtbar. Die Ausgestaltung der arbeitsvertraglichen Regelungen für die Chefarzte sowie für die ggf. an der ärztlichen Wahlleistung beteiligten Mitarbeiter – sowohl der ärztlichen als auch anderer Mitarbeiter - muss der Organisationshoheit des Krankenhauses überlassen bleiben. Dies wird im Übrigen auch durch die jüngere Entwicklung im tarifrechtlichen Bereich (Leistungsbezug) unterstrichen.

### **Zu Artikel 1 Nr. 11:**

Die vorgeschlagenen Neufassung des § 17 Abs. 2 HKHG 2011 soll regeln, dass bei der Aufstellung des Krankenhausplans auch Qualitätsindikatoren berücksichtigt werden. Konkretisierend werden hier u. a. Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) sowie andere

Strukturvorgaben genannt. Hierzu ist anzumerken, dass die Einbringung von bei der Krankenhausplanung zu beachteten Qualitätsparametern an dieser Stelle gesetzestechnisch unglücklich ist, sondern hierfür eher § 19 HKHG 2011 und hier Abs. 1 in Frage gekommen wäre, der das aus unserer Sicht das Notwendige im Hinblick auf die Berücksichtigung von Qualitätsparametern bei der Landeskrankenhausplanung ohnehin schon regelt. Darüber hinaus handelt es sich insbesondere bei den Richtlinien des GBA um Normen, die sowieso berücksichtigt werden müssen. Wir erlauben uns in diesem Kontext anzumerken, dass der Einfluss von Bundesnormen auf die Krankenhausplanung auch politisch sehr kontrovers bewertet, mancherorts sogar sehr beklagt wird. So wird insbesondere die Gefahr gesehen, dass gerade solche Normen in die Landesplanung eingreifen und damit dem Landesgesetzgeber den Gestaltungsspielraum für die Krankenhausversorgung im Land nehmen.

Auf unsere ausdrückliche Zustimmung stößt indes die beabsichtigte Einfügung von „- im Falle von Allgemeinkrankenhäusern – „ in Satz 1 Abs. 2 § 17 HKHG 2011. Dies stellt klar, dass auch psychiatrische Krankenhäuser an der (fachspezifisch) Notfallversorgung teilnehmen, auch wenn sie die Gebiete Chirurgie und Innere Medizin begründeter Weise nicht abdecken.

#### **Zu Artikel 1 Nr. 12:**

In Bezugnahme auf Artikel 1 Nr. 12 verweisen wir auf unsere grundsätzlichen Anmerkungen eingangs unserer Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Fraktion der SPD. Der Gesetzentwurf sieht vor, sowohl die Kapazitätsplanung (Bettenplanung) im stationären und teilstationären Bereich als auch die „regionalen Planungskonzepte“ zu reinstitutionalisieren wobei letztere wörtlich von den „Krankenhauskonferenzen“ entwickelt werden sollen. Dabei wird übersehen, dass es seit dem HKHG 2011 Krankenhauskonferenzen nicht mehr gibt sondern diese durch die regionalen Gesundheitskonferenzen ersetzt worden sind. Aus Krankenhaussicht hat sich der Wegfall der Kapazitätsplanung im stationären Bereich bisher bewährt; die insoweit gegebene Liberalisierung der Krankenhausplanung sollte deshalb weiterhin beibehalten werden.

#### **Zu Artikel 1 Nr. 13:**

Mit den hier vorgeschlagenen Änderungen des HKHG 2011 soll im Prinzip geregelt werden, dass psychiatrische bzw. psychotherapeutische Einrichtung auch von nichtmedizinisch ausgebildeten Psychotherapeuten geleitet werden können. Konkret heißt es: *„Psychotherapeutische Organisationseinheiten können auch von einer hauptamtlich tätigen Psychotherapeutin oder einem hauptamtlich tätigen Psychotherapeuten in Leitungsfunktion geführt werden.“* Dies halten wir aus folgenden Gründen für nicht zulässig:

Organisationseinheiten im Sinne des Landeskrankenhausgesetzes und des Landeskrankenhausplans sind Fachabteilungen, die fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen (vgl. HKHG 2011 und Hessischer Krankenhausrahmenplan Allgemeiner Teil). Dies entspricht auch der Krankenhausdefinition nach § 2 Nr. 1 KHG, der zufolge Krankenhäuser

Einrichtung der medizinisch-ärztlichen Versorgung sind. In Hessen folgt die Fachabteilungsgliederung in den Krankenhäusern der Facharztweiterbildungsordnung der Landesärztekammer Hessen, weshalb diese im Bereich der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung auch Fachabteilung für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Fachabteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie heißen. Dies sowohl im Krankenhausplan, als auch in den einzelplanerischen Feststellungsbescheiden der Krankenhäuser. Es ist aus unserer Sicht evident, dass medizinische Fachabteilungen nicht unter nichtmedizinischer Leitung stehen können. Die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung im Krankenhaus versteht sich als überwiegend stationäre – aber in den PIA auch als ambulante - fachärztliche Behandlung durch medizinisch ausgebildete Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit der Konsequenz, dass es eigenständige nichtmedizinische „Psychologisch Psychotherapeutische Organisationseinheiten“ dort nicht gibt.

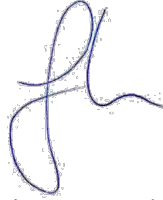
#### **Zu Artikel 1 Nr. 15:**

Der Absicht gemäß **Nr. 15 aa)**, dass in den Gesundheitskonferenzen die Krankenhäuser mit je einem Vertreter der sechs Trägergruppen vertreten sein müssen, stimmen wir ausdrücklich zu, da damit die Trägerpluralität besser gewahrt wäre, als mit den bisherigen vier Sitzen. Wir interpretieren und anerkennen dies als ein Bekenntnis zum bewährten Prinzip der Trägerpluralität in der Krankenhausversorgung. Dabei bleibt aber die Frage unbeantwortet, wie der Gesetzesinitiator zu der Zahl Sechs bei den zu berücksichtigenden Trägergruppen kommt. Welche er damit meint, geht zwar aus der Begründung zu Nr. 15 hervor, übersieht indes, dass es hier auch andere Definitions- und Abgrenzungsmöglichkeiten gibt. Unglücklich ist, dass die nun benannte Zahl sechs (Trägergruppen) aber weiterhin mit der Formulierung „im Versorgungsgebiet“ verbunden bleibt. Man mag sich zwar darauf verständigen, dass es insgesamt sechs Trägergruppen in der Krankenhauslandschaft gibt, ob diese dann gleichwohl auch immer in jedem Versorgungsgebiet vorhanden sind, ist dagegen eine völlig andere Frage.

Zu begrüßen ist auch der Vorschlag gemäß **Nr.15 b)**, dass in Absatz 7 § 21 HKHG 2011 ein neuer Satz einzufügen ist, nach dem „*in den Fällen nach § 21 Abs. 1 Nr. 2 (Durchführung und Weiterentwicklung des Krankenhausplans sowie Beurteilung von Planungsanträgen der Krankenhäuser) nur die Mitglieder nach § 21 Abs. 2 Nr. 1-3 (Krankenhausträger, Hessische Krankenhausgesellschaft und Kostenträger) Stimmrecht haben*“. Gleichwohl sollte dieses Stimmrecht aber noch auf die Mitglieder nach § 21 Abs. 2 Nr. 4 (Landkreise und kreisfreie Städte als Sicherstellungsverantwortliche) ausgeweitet werden. Weiterhin müssten konsequenterweise allerdings auch die Entscheidungen nach § 21 Abs. 1 Nr. 3 (Krankenhausbauprogramme) unter diese Regelung fallen.

Für Rückfragen oder ergänzende Erläuterung zu unserer Stellungnahme in schriftlicher oder mündlicher Form stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in blue ink, consisting of a stylized 'R' followed by a horizontal line and a small flourish.

Rainer Greunke  
Geschäftsführender Direktor

**Anlage**



Hessisches Sozialministerium  
Dostojewskistraße 4

65187 Wiesbaden

Stellungnahme HKHG  
2011\_Krankenhausförderung  
2013\_Stand\_130424  
Unser Zeichen:  
☎ 40 99 58  
G-III-II-I  
Rainer Greunke  
24. April 2013

## **Gesetz zur Änderung des Hessischen Krankenhausgesetzes 2011 (HKHG)**

**hier:** Stellungnahme zum Gesetzentwurf im Rahmen des Anhörungsverfahrens

**Bezug:** Ihr Schreiben vom 9. April 2013

Sehr geehrte Damen und Herren,

für die Gelegenheit zur Stellungnahme zu dem mit Schreiben vom 9. April 2013 vorgelegten Entwurf eines „Gesetzes zur Änderung des Hessischen Krankenhausgesetzes 2011“ bedanken wir uns. Ihrer Bitte um Stellungnahme kommen wir gerne nach. Inhaltlich folgen wir dabei im Wesentlichen den Ihnen bereits bekannten Positionen der Hessischen Krankenhausgesellschaft (HKG) in dieser Angelegenheit.

### **I. Vorbemerkung**

Die Hessische Krankenhausgesellschaft begrüßt dem Grunde nach die Umstellung der Investitionsfinanzierung auf ein vollpauschaliertes Finanzierungssystem. Die Umstellung erhöht und beschleunigt die Möglichkeiten unternehmerischer Entscheidungen, trägt zu einem deutlichen Bürokratieabbau bei und beendet vor allen Dingen für viele Maßnahmen das langwierige Antrags- und Genehmigungsverfahren. Allerdings darf nicht übersehen werden, dass mit dieser Umstellung der nachweislich vorhandene Investitionsstau in den hessischen Krankenhäusern nicht behoben wird. Vergleicht man die Förderung der Länder in den letzten 20 Jahren (Zeitraum der durchschnittlichen Nutzungsdauer von Anlagegütern), so liegt Hessen unter dem Durchschnitt aller Bundesländer, aber auch unter dem Durchschnitt der alten Bundesländer (siehe **Anlage 1**). Der Investitionsstau ist damit in Hessen überdurchschnittlich hoch.

Da Krankenhäuser nach der Umstellung ihre Investitionsmaßnahmen verstärkt mit Fremdmitteln vorfinanzieren müssen, werden zukünftig die dafür anfallenden Zinslasten zusätzlich aus dem Fördermittelvolumen zu Lasten der eigentlichen Investition bedient werden müssen. Dies gilt insbesondere für komplette Neubauten mit großen Investitionsvolumina.

Die KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft hat für ein anderes Bundesland den jährlichen Investitionsbedarf ermittelt (siehe **Anlage 2**). Überträgt man das Ergebnis dieses Gutachtens auf die hessischen Krankenhäuser, so ergibt sich folgendes Resultat:

Die Gutachter gehen von einem „Bettenneuwert“ (Neubaukosten pro Krankenhausbett) von 214.000 € und einer Abschreibungsquote von 4,7 % aus. Damit ergibt sich bei ca. 36.000 aufgestellten Betten in Hessen (Landesstatistik 2011) ein aktueller jährlicher Investitionsbedarf von rd. 362 Mio. Euro, der damit zwischen 100 und 150 Mio. Euro über dem derzeitigen Fördervolumen in Hessen liegt. Die Folge dieser Finanzierungslücke ist eine massive Überalterung der Substanz, denn eine Quersubventionierung notwendiger Investitionen aus den Mitteln zur Finanzierung laufender Betriebskosten können sich Krankenhäuser mangels fehlender Betriebsmittel nicht mehr leisten. Auf keinen Fall erfüllt die Förderung in Hessen den gesetzlichen Anspruch der Krankenhäuser nach § 4 I d. Nr. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG), wonach Krankenhäuser zur wirtschaftlichen Sicherung Anspruch auf ausreichende Fördermittel haben.

Die Hessische Krankenhausgesellschaft hält deshalb eine generelle Aufstockung des Fördermittelvolumens im Rahmen dieser gesetzlichen Änderung für zwingend notwendig.

Zu den Einzelregelungen nehmen wir aufbauend auf der Anordnung des Gesetzesentwurfs wie folgt Stellung:

## **II. Zu Artikel 1: Änderung des HKHG 2011**

### **Zu § 25a:**

#### Zu Absatz 1:

Die HKG begrüßt grundsätzlich, dass das Land Hessen im Jahr 2015 in Form eines Sonderprogramms 120 Mio. € zur Tilgung von Darlehen zur Verfügung stellen will, die zur strukturellen Weiterentwicklung der Krankenhäuser dringend erforderlich sind. Damit wird die Bedeutung der Investitionsförderung und der dualen Krankenhausfinanzierung nachhaltig unterstrichen. Unter Verweis auf unsere Ausführungen in der Vorbemerkung halten wir indes eine generelle Erhöhung der Fördermittel in dieser Größenordnung – auch für den Zeitraum ab 2016 – für unverzichtbar, damit die Krankenhäuser zukunftssicher investieren können.

Da die Krankenhäuser dringend auf die zusätzlichen Fördermittel angewiesen sind, muss allerdings die Kann-Regelung in Absatz 1 Satz 1 durch eine verbindliche Zusage im Gesetzestext ersetzt werden.

Weiterhin ist unter Ziffer 2 vorgegeben, dass der Darlehensbetrag innerhalb von 10 Jahren zu tilgen ist. Auf Grund der derzeit günstigen Zinskonditionen ist es aus Sicht der Krankenhäuser unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten sinnvoll, möglichst langfristige Darlehensverträge und Zinsbindungen zu vereinbaren (bei gleichbleibendem Zinsniveau). Darüber hinaus sind Laufzeiten von Darlehensverträgen üblicherweise an die Nutzungsdauer der Investitionsmaßnahmen gekoppelt. Deshalb sollte den zu fördernden Krankenhäusern die Flexibilität eingeräumt werden, die Laufzeit von in Anspruch genommenen Darlehen unabhängig von der Laufzeit der Auszahlung der Fördersumme nach Abs. 2. zu vereinbaren.

Bei der Verteilung der Mittel dieses Sonderprogramms sowie der Mittel aus der Einzelförderung nach § 25 HKHG in den Jahren 2014 und 2015 bitten wir schließlich, unbedingt die Trägerpluralität und regionale Verteilung der Krankenhäuser in Hessen zu berücksichtigen.

#### Zu Absatz 2:

Satz 2 bestimmt, dass die Förderung der Darlehenstilgung in Höhe von maximal 120 Mio. € „aus den im jeweiligen Haushalt für die Investitionsförderung der Krankenhäuser veranschlagten Mittel zu bewilligen“ ist. Damit stehen nach unserem Verständnis die in Absatz 1 zur Verfügung gestellten 120 Mio. € nicht zusätzlich zur Verfügung, sondern entfalten lediglich den Charakter einer Vorfinanzierung. Die HKG fordert eine dahingehende Änderung, dass diese Mittel zusätzlich zur Verfügung gestellt werden und nicht zu Lasten zukünftiger Förderung gehen.

### **III. Zu Artikel 2: Weitere Änderungen des HKHG**

Im vorliegenden Gesetzentwurf wurde auf den bisherigen § 23 „Grundsätze der Förderung“ verzichtet, lediglich Abs. 4 findet sich in § 30 neu wieder. Wir regen an, wie bisher allgemeine Grundsätze der Förderung in angepasster Form mit aufzunehmen. Dies betrifft insbesondere die Inhalte der Absätze 1 und 2.

#### **Zu § 23:**

##### Zu Absatz 1:

Maßstab für die Verteilung der Fördermittel sind die Investitionsbewertungsrelationen. Unklar ist allerdings, aus welchem Jahr die zur Verteilung der Fördermittel herangezogenen Investitionsbewertungsrelationen stammen sollen (Jahr der Fördermittelverteilung, Vorjahr, Vorvorjahr?). Wir regen deshalb eine entsprechende Klarstellung innerhalb des Gesetzes an; alternativ müsste dies über eine Rechtsverordnung (für die es derzeit keine Rechtsgrundlage gibt)

oder eine überarbeitete Fördermittelrichtlinie erfolgen. Dabei ist zu beachten, dass psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen frühestens ab 2015 verbindlich das neue pauschalierte Abrechnungssystem anwenden werden. Das bedeutet, dass für die Jahre vor 2015 nicht von allen psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen Bewertungsrelationen vorliegen werden.

Rechtliche Bedenken haben wir gegen die Regelung, dass Krankenhäuser bei erstmaliger Aufnahme in den Krankenhausplan einen Anspruch auf Pauschalförderung erst im zweiten Jahr nach der Aufnahme in den Krankenhausplan erwirken. Wir sehen hier einen Widerspruch zu § 9 Abs. 1 Nr. 1 KHG, wonach Krankenhäuser Anspruch auf Förderung für Errichtung und Erstausrüstung haben. Sollte allerdings Abs. 1 Satz 2 des Entwurfs entfallen, so wäre jedoch zu klären, wie neue Krankenhäuser bei der Verteilung der Mittel nach Investitionsbewertungsrelationen berücksichtigt werden, da für diese im Allgemeinen noch keine Leistungsdaten vorliegen.

#### Zu Absatz 3:

In dem Entwurf ist vorgesehen, dass die Mittel jährlich entsprechend den durch das DRG-Institut nach § 10 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG ermittelten Kostensteigerungen angepasst werden sollen. Wir bitten die „Soll“-Regelung durch eine verbindliche Regelung („ist anzupassen“) zu ersetzen.

Wir geben weiterhin zu bedenken, dass das DRG-Institut nicht verpflichtet ist, Kostensteigerungen zu ermitteln. Deshalb ist derzeit unklar, ob dies bei der anstehenden Kalkulation von Investitionsbewertungsrelationen durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) überhaupt berücksichtigt wird. Es ist derzeit auch nicht absehbar, ob das Institut eventuell ermittelte Kostensteigerungen veröffentlicht bzw. veröffentlichen muss. Eine entsprechende Anfrage der HKG wurde vom InEK mit Schreiben vom 24.04.2013 wie folgt beantwortet:

*„Die Veröffentlichung der Kalkulationsergebnisse bspw. in Form eines Abschlussberichts basiert auf den Vorgaben des § 17b Abs. 2 Satz 8 KHG und wurde in der Selbstverwaltung noch nicht abschließend beraten, Insofern bitten wir um Verständnis, dass wir Ihnen zu Inhalten einer zukünftigen Veröffentlichung von Kalkulationsergebnissen aus heutiger Sicht keine Informationen geben können.“*

Solange diese wesentliche Frage noch nicht geklärt ist, läuft die in der Gesetzesbegründung erwähnte Anpassungsklausel, die die Planungssicherheit für die Krankenhäuser sicherstellen soll, inhaltlich ins Leere. Wir schlagen deshalb vor, entweder generell auf einen anderen, dauerhaft existierenden und sachgerechten Baupreisindex Bezug zu nehmen oder zumindest einen Baupreisindex als Ersatzwert für den Fall festzulegen, dass das DRG-Institut keine Kostensteigerungen veröffentlicht.

Zu Absatz 4:

Ein „Notfallzuschlag“ zur Standortsicherung der Krankenhäuser, die die Notfallversorgung in Hessen sicherstellen, ist nachvollziehbar. Der Verweis auf „Krankenhäuser nach § 17 Abs. 2“ schränkt aber vorab den Kreis der Krankenhäuser auf die Einrichtungen ein, die mindestens die Gebiete Chirurgie und Innere Medizin vorhalten, und schließt zum Teil die Einrichtungen aus, denen nach dem Krankenhausplan eine spezielle Notfallversorgung zugewiesen wurde. Auch psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen, die die Notfallversorgung sicherstellen, wären danach benachteiligt. Wir schlagen deshalb unter Verzicht auf den Verweis „§ 17 Abs. 2“ und die Einschränkung auf „Satz 1“ bei § 19 Abs. 4 folgende Formulierung vor:

*„(4) Bei Krankenhäusern, die nach § 19 Abs. 4 bzw. per Bescheid zur Teilnahme an der Notfallversorgung bestimmt wurden, wird die Summe der Investitionsbewertungsrelationen um 15 Prozent erhöht.“*

Zu Absatz 6:

Die Einführung der Pauschalförderung soll u.a. auch zu einem Bürokratieabbau führen. Wir halten deshalb die Wertgrenzen, ab denen Maßnahmen zu genehmigen sind, für zu gering bemessen, da gerade bei Baumaßnahmen diese Grenzen sehr schnell überschritten sind. Außerdem ist nicht erkennbar, in welcher Form ein Genehmigungsverfahren durchgeführt werden soll. Wir befürworten deshalb einen Formulierungsvorschlag wie er bereits vor 2 Jahren vorgelegt wurde:

*„(6) Krankenhausneubauten und Sanierungs- und Erweiterungsbauten, deren Kosten voraussichtlich das Vierfache der Jahrespauschale, mindestens aber zehn Millionen Euro übersteigen, bedürfen der Einwilligung des für das Krankenhauswesen zuständigen Ministeriums. Grundlage hierfür ist eine strategische und bauliche Zielplanung des Krankenhausträgers.“*

**Zu § 24:**

Zu Absatz 1:

Wir gehen davon aus, dass Trägergesellschaften mit mehreren Krankenhäusern die Fördermittel nur in hessischen Krankenhäusern einsetzen dürfen. Wir regen an, in Satz 1 nach „... Krankenhäuser“ um den Zusatz „in Hessen“ zu ergänzen.

Durch die Verbindung von Satz 1 und 2 könnte der Eindruck entstehen, nur Trägergesellschaften mit mehreren Krankenhäusern dürften aus der Jahrespauschale Zins und Tilgung eines Darlehens bedienen. Zur Klarstellung sollten die beiden Sätze in getrennten Absätzen formuliert werden.

Weiterhin bedarf es einer Klarstellung, dass Reste aus Pauschalfördermitteln nach § 26 HKHG 2011, die derzeit nicht bzw. nur eingeschränkt zur Finanzierung von mittel- und langfristigen Anlagegüter verwendet werden dürfen, ab 2016 den Charakter der Jahrespauschale

nach § 23 HKHG 2013 erlangen und auch für Zins- und Tilgungsleistungen bereits laufender Darlehen (zweckentsprechend) verwendet werden können.

**Zu § 25:**

Nach der Begründung soll § 25 offensichtlich die Förderung von Krankenhauseinrichtungen regeln, die nicht unmittelbar der Patientenversorgung dienen (z.B. Schulen, Kindertagesstätten etc.), da diesen Bereichen („Anlagegütern“) keine patientenbezogene Bewertungsrelationen zugeordnet werden können. Krankenhäuser in Hessen haben aber auch zahlreiche Verpflichtungen aus längerfristige Mietverträgen (z.B. psychiatrische und geriatrische Tagesklinken), die unmittelbar an eine Förderzusage nach § 27 HKHG2011 gebunden waren. Um sicher zu stellen, dass diese im Allgemeinen befristeten Mietverträge auch bis zum Ende der Laufzeit bedient werden können, schlagen wir vor, in § 25 Abs. 1 Satz 2 zu ergänzen:

*„Dies gilt auch für Verpflichtungen aus Mietverträgen, die auf Grund von Mietfördermaßnahmen nach § 27 HKHG2011 abgeschlossen wurden, bis zum Ende ihrer Laufzeit.“*

Weiterhin gibt es aber auch Krankenhäuser oder Fachgebiete in der Patientenversorgung, deren Leistungen nicht mit den einheitlich bepreisten DRGs vergütet werden, sondern für die krankenhausindividuell tagesbezogene oder fallbezogene Vergütungen vereinbart werden müssen (Beispiele: Besondere Einrichtungen, Schwerbrandverletzte, neurologische Frührehabilitation). Es ist derzeit unklar, ob das DRG-Institut für diese Leistungen Investitionsbewertungsrelationen kalkuliert. Falls das nicht der Fall ist, könnten solchen Krankenhäusern für diese Bereiche keine Fördermittel zugewiesen werden. Eine entsprechende Anfrage der HKG beim InEK wurde mit dem bereits zuvor genannten Schreiben wie folgt beantwortet:

*„Für die unbewerteten DRG-Fallpauschalen und PEPP-Entgelte ist eine Berechnung von Investitionsbewertungsrelationen vorgesehen. Voraussetzung für die Kalkulation ist dabei allerdings eine ausreichend große Menge von Kalkulationsdaten aus diesen Bereichen.“*

Wir schlagen deshalb dringend vor, hier als Ersatz eine alternative Bewertungs- bzw. Verteilungsgröße heranzuziehen, zum Beispiel die gewichteten Fallzahlen der derzeitigen Pauschalmittelverordnung.

**Zu § 27:**

Die finanzielle Förderung von Forschungsvorhaben wird ausdrücklich begrüßt, denn sie unterstützt die Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung in Hessen. Es sollte aber grundsätzlich auf eine Anrechnung auf die für die Pauschalförderung zur Verfügung gestellten Mittel verzichtet werden, da dies ansonsten das Volumen der für die unmittelbaren Patientenversorgung zur Verfügung gestellten Investitionsförderung mindern würde.

### **Zu § 35:**

Paragraf 35 übernimmt die Regelungen des bisherigen § 41 im HKHG 2011, verlängert aber den Zeitpunkt des Außerkrafttretens um 5 Jahre auf das Jahr 2020. Nach wie vor halten wir die generelle Befristung von Gesetzen - zumindest in Bezug auf ein Landeskrankenhausgesetz - für verzichtbar, weil nicht zweckdienlich. Nachweislich hat diese spezifisch hessische Praxis nicht zu weniger, sondern zu mehr Bürokratie geführt. Im konkreten Fall des HKG-Änderungsgesetzes ist die Gesetzesbefristung aber sogar schädlich: Die Befristung oder der automatische Ablauf eines Gesetzes, das den Zufluss und die Verwendung von Krankenhausinvestitionsfördermitteln regelt und das dazu führt, dass Krankenhäuser im Zuge der „Vorfinanzierung“ als Darlehensnehmer auf dem Kapitalmarkt auftreten müssen, schaffen wenig Vertrauen bei den Darlehensgebern. Wird eine Bank sich wirklich darauf einlassen, ein Darlehen mit einer Laufzeit von 20 oder mehr Jahren an ein Krankenhaus zu vergeben, wenn klar ist, dass die Rechtsgrundlage für die Finanzierung der Zins- und Tilgungsleistungen nur auf 5 Jahre befristet ist und dann quasi automatisch wegfällt? Wir halten es deshalb für unumgänglich, dass auf die Befristung dieses Gesetzes verzichtet wird.

### **IV. Sonstige Anmerkungen**

#### Forderungsabtretung

Wie bereits erwähnt, werden viele Investitionsmaßnahmen zukünftig durch die Aufnahme von Darlehen finanziert werden. Die dafür anfallenden Zinsen fehlen letztendlich an der Investitionssumme. Um zu günstigen Darlehenskonditionen und zu einem effizienten Mitteleinsatz zu kommen, brauchen die Krankenhäuser dringend eine gesetzliche Regelung, dass ihr Fördermittelanspruch an den Darlehensgeber abgetreten werden kann. Ohne eine solche Abtretungsmöglichkeit haben wir große Schwierigkeiten diese Gesetzesänderung mitzutragen

#### Zu § 16 Abs. 2 Nr. 3 HKHG 2011 (derzeit gültige Fassung):

Hinsichtlich der Prüfung der zweckentsprechenden, sparsamen und wirtschaftlichen Verwendung der Fördermittel durch eine Wirtschaftsprüfungsgesellschaft ist kein ausdrücklicher Hinweis auf die Pauschalförderung mehr enthalten. Somit müssten Wirtschaftsprüfer für den gesamten Fördermittelbereich die zweckentsprechende Mittelverwendung im Rahmen der Jahresabschlussprüfung bescheinigen, obwohl bei Einzelfördermaßnahmen sowieso ein „Abschluss“ vorgenommen werden muss und die Mittelverwendung explizit geprüft wird. Uns wurde in der Vergangenheit auf Nachfrage mitgeteilt, dass bei der nächsten Gesetzesänderung - also jetzt -, die Vorschrift wieder in der ursprünglichen Form des HKHG 2005 aufgenommen werde. Dies müsste dann so lange Gültigkeit haben, bis die Förderung komplett auf die Pauschalen umgestellt ist.

Anwendung VOB/VOL

In der Abwicklung großer Baumaßnahmen erweist sich die strikte Anwendung der Vergabevorschriften VOB/VOL als ausgesprochen hinderlich. Dies betrifft insbesondere die Möglichkeiten der schnellen Vergabe und der individuellen Verhandlungsführung (und damit eines effizienteren Mitteleinsatzes) sowie den Ausschluss unzuverlässiger Firmen. Wir bitten deshalb dringend, im Rahmen der Liberalisierung der Investitionsförderung auch die verpflichtende Anwendung der VOB/VOL aufzuheben.

Für Rückfragen oder ergänzende Erläuterung zu unserer Stellungnahme in schriftlicher oder mündlicher Form stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'R. Greunke', written in a cursive style.

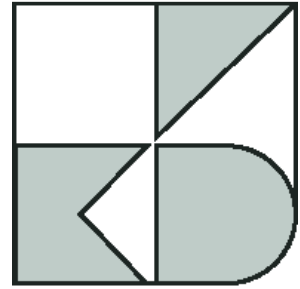
Rainer Greunke  
Geschäftsführender Direktor

**Anlagen**



Verband der  
Krankenhausdirektoren  
Deutschlands eV

Landesgruppe  
Hessen



Landesvorsitzender Andreas Schwab

---

**VKD . Andreas Schwab . Albert-Schweitzer-Str. 10 – 20 . 64711 Erbach**

Sparkasse Wetzlar  
BLZ 515 500 35  
Konto 2 002 590  
Telefon (06062) 79-2002  
Telefax (06062) 79-2001  
Mail: schwab@gz-odw.de

Unser Zeichen    as / gw  
Datum                    29.07.2013

---

**Stellungnahme des VKD zum Gesetzentwurf der Landesregierung für ein Gesetz zur Änderung des hessischen Krankenhausgesetzes 2011 (Drucks. 18/7351 – Pauschalierung der Förderung) und zum Dringlichen Gesetzentwurf der Fraktion der SPD für ein Gesetz zur Verbesserung der Krankenhausversorgung und zur Anerkennung von Leistungen in der Pflege (Drucks. 18/7392)**

Sehr geehrte Frau Vorsitzende Schulz-Asche,  
sehr geehrte Damen und Herren Landtagsabgeordnete,

der Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD),  
Landesgruppe Hessen,  
bedankt sich für die Möglichkeit der Stellungnahme zu den beiden  
genannten Gesetzentwürfen.

Zum Gesetzentwurf zur Einführung einer Pauschalförderung weisen wir auf  
folgendes hin:

- damit wird der Investitionsstau nicht behoben,
- eine dadurch weiterhin erforderliche Quersubventionierung von Investitionen aus laufenden Betriebsmitteln belastet das operative Ergebnis mit Abschreibungen, was das duale System pervertiert,
- beim Gesetz selbst muss insbes. gesichert werden, dass die Forderung abtretbar ist
- die Investitionsbewertungsrelationen müssen klar definiert werden.

Zu den Details verweisen wir auf die schriftlichen Stellungnahmen der Hessischen Krankenhausgesellschaft (HKG) und des Klinikverbundes Hessen.

Ergänzend möchten wir darauf hinweisen, dass das bisherige Finanzierungssystem nach 15 Jahren Budgetdeckelung dringend

reformiert werden muss, da es trotz leistungsinduzierten Abschlägen insbes. in Ballungsgebieten zu einem ruinösen Wettbewerb geführt hat und viele Krankenhäuser vor dem finanziellen Kollaps stehen. Die Liberalisierung der Krankenhausplanung in Hessen hat dies eher verstärkt.

Zum Gesetzentwurf der Fraktion der SPD können wir keine inhaltlichen Aussagen machen, da die zu vermutenden weitreichenden Änderungen offenbar erst in Rechtsverordnungen geregelt werden sollen. Auch ist mit nicht refinanzierten Mehrkosten zu rechnen. Den Gesetzentwurf lehnen wir daher ab.

Mit freundlichen Grüßen



Andreas Schwab  
Landesvorsitzender

Dr. Hans-Joachim Conrad



Hessischer Städtetag · Frankfurter Straße 2 · 65189 Wiesbaden

Hessischer Landtag  
Vorsitzende des Sozialpolitischen Ausschusses  
z. H. Frau Abg. Kordula Schulz-Asche

Per Mail an: a.czech@ltg.hessen.de  
j.schlaf@ltg.hessen.de

Ihre Nachricht vom: 27.06.2013  
Ihr Zeichen: I A 2.1

Unser Zeichen: 510.00 Ri/In  
Durchwahl: (0611) 1702-21  
E-Mail: risch@hess-staedtetag.de

Datum: 26.07.2013  
Stellungnahme 045-2013

## **Gesetz zur Änderung des Hessischen Krankenhausgesetzes (Lt-Drs.18/7351) und Gesetz zur Verbesserung der Krankenhausversorgung und zur Anerkennung von Leistungen in der Pflege (Lt-Drs. 18/7392)**

Sehr geehrte Frau Vorsitzende Schulz-Asche,  
sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete,

wir danken für die Gelegenheit zu den beiden Gesetzentwürfen Stellung nehmen zu können.

### **1. Der Gesetzentwurf der Landesregierung für ein Gesetz zur Änderung des Hessischen Krankenhausgesetzes**

Dem Gesetzentwurf der Hessischen Landeregierung stimmen wir grundsätzlich zu. Insbesondere machen unsere Mitglieder keine Einwände gegen die geplante Pauschalierung der Krankenhausförderung geltend. Wichtig sind uns allerdings zwei Aspekte, in denen wir eine Änderung fordern.

#### **a) Stärkere Finanzierung durch das Land Hessen notwendig**

Die Finanzierung der Investitionen in Krankenhäusern erfolgt – völlig unabhängig vom System der Mittelverteilung – in Hessen nahezu ausschließlich aus kommunalen Mitteln.

Über die Krankenhausumlage und die Zuführung aus dem Kommunalen Finanzausgleich finanzieren die Kommunen mehr als 90 % aller Investitionen. Seit dem Jahr 2008 beträgt der kommunale Anteil an der Finanzierung zwischen 91,8 und 93,0 %. An der Finanzierung der Krankenhäuser beteiligt sich die Bundesrepublik Deutschland in geringem Umfang von derzeit 18,4 Millionen Euro jährlich. Das Land Hessen steuert hingegen keine originären Landesmittel bei.

Wir fordern daher:

- Das Land Hessen muss die im Jahr 2008 in die Kinderbetreuung umgesteuerten Bundesmittel in Höhe von 22,5 Mio. Euro ungeschmälert den Krankenhäusern zukommen lassen.
- Das Land Hessen muss sich auch darüber hinaus stärker mit originären Landesmitteln an der Finanzierung von Investitionen in Krankenhäusern beteiligen.

Eine Ausweitung der Krankenhausförderung zu Lasten der Kommunen lehnen wir ab.

#### b) Die Förderung muss abtretbar sein

Das System der pauschalen Förderung ist darauf angelegt, dass die notwendigen Investitionen verstärkt durch Kredite finanziert und anschließend durch die pauschale Förderung refinanziert werden. Die Wirtschaftlichkeit dieses Vorgehens ist damit zentral von den Konditionen abhängig, zu denen die Krankenhäuser Kredite in Anspruch nehmen können. Um den Krankenhäusern ein möglichst günstiges Zinsniveau zu sichern, ist es wichtig, dass diese ihre Ansprüche auf Fördermittel an die Kreditgeber abtreten können.

Zwar lässt der jetzt vorliegende Entwurf durch die Änderung des § 24 Abs. 1 S. 1 erkennen, dass die Maßnahmen durch Kredite vorfinanziert werden können und die Förderung anschließend dazu dient, Zins und Tilgung zu leisten. Allerdings berichten uns unsere Mitgliedstädte, dass Banken ein Förderbescheid als Sicherheit nicht ausreicht.

Wir fordern daher nachdrücklich, dass in den Entwurf des HKHG eine Regelung zur Abtretbarkeit der Förderung aufgenommen wird oder in anderer Form klargestellt wird, dass einer Abtretung keine Rechtsgründe entgegen stehen.

## **2. Der dringliche Gesetzentwurf der SPD-Fraktion für ein Gesetz zur Verbesserung der Krankenhausversorgung und zur Anerkennung von Leistungen der Pflege**

Dieser Gesetzentwurf enthält eine Vielzahl von sehr weitreichenden Änderungen des Hessischen Krankenhausgesetzes. Diese sind im Gesetz zum Teil nur angedeutet und entfalten ihren gesamten Regelungsgehalt erst im Zusammenspiel mit den durch das Gesetz ermöglichten Rechtsverordnungen. Solange die in Artikeln 1 Nr. 6 und Artikel 2 Nr. 4 ermöglichten Rechtsverordnungen noch nicht im Rohentwurf vorliegen, ist eine Entscheidung über den Gesetzentwurf nicht möglich.

Darüber hinaus enthält der Entwurf in Artikel 1 Nr. 15 Lit b eine wesentliche Einschränkung kommunaler Rechte. Es ist nicht ersichtlich, warum die kreisfreien Städte und Landkreise in den regionalen Gesundheitskonferenzen nicht mehr über die Weiterentwicklung des Krankenhausplans entscheiden dürfen, obwohl sie doch nach § 3 Abs. 1 HKHG die Sicherstellungsverantwortung tragen. Nach dem Entwurf sind nur noch die Träger der Krankenhäuser beteiligt. Dies müssen nicht immer die Kommunen sein. Außerdem tritt bei Realisierung des Änderungsvorschlages die Situation ein, dass die oder Vorsitzende der Gesundheitskonferenz in einer wichtigen Frage kein Stimmrecht hat. Dies ist zumindest erklärungsbedürftig.

Darüber hinaus führt der Entwurf zur Erhöhung von Standards und zu erheblichen Mehraufwendungen für die Kommunen. Insofern ist es auch notwendig, dass die finanziellen Mehraufwendungen realitätsgerecht abgebildet werden.

Aus den genannten Gründen und weiteren Gründen gesetzestechnischer Natur ist es den Mitgliedern des Hessischen Städtetages nicht möglich, dem Gesetzentwurf zuzustimmen. In der jetzt vorliegenden Form lehnen wir ihn ab.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Jürgen Dieter  
Geschäftsführender Direktor

**Von:** Dr.Martin Köbler - Peritinos AG  
**An:** Czech, Annette (HLT); Schlaf, Jürgen (HLT)  
**Cc:** "Petra Schulte"  
**Thema:** Stellungnahme und Fragen zu 18/7351  
**Datum:** Montag, 5. August 2013 14:18:29

---

**Einladung zur mündlichen Anhörung zu dem Gesetzentwurf der Landesregierung für ein Gesetz zur Änderung des Hessischen Krankenhausgesetzes 2011 (HKHG 2011), Drucks. 18/7351 und dem Dringlicher Gesetzentwurf der Fraktion der SPD für ein Gesetz zur Verbesserung der Krankenhausversorgung und zur Anerkennung von Leistungen in der Pflege, Drucks. 18/7392 – keine Anmerkungen**

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Einladung zur Anhörung am 22. August 2013, 12:00 Wiesbaden - Landtag – hiermit sage ich mein Kommen zu.

Nachfolgend meine Anfragen bzw. Anmerkungen mit der Bitte um Bearbeitung:

Zu 18/7351:

- Zu B.) Für die Jahre 2016 ff. soll ein Sonderprogramm zur Investitionsförderung der hess. Krankenhäuser in Höhe von 120 Mio. Euro aufgelegt werden. Wie hoch waren die beantragten Fördergelder für Einzelinvestitionen der hess. Krankenhäuser in den Jahre 2008 bis 2013 im Durchschnitt? Wie hoch liegt die Differenz zwischen geplanter Förderung und beantragtem Bedarf? Sind weitere Fördermaßnahmen vorgesehen? Zu welcher Quote erfüllt das Land Hessen die Duale Finanzierungsvorschrift des Bundesgesetzgebers?
- Zu E.3) Gemäß Vorlage kann der Personalaufwand p.a. um ca. 1 Mio. Euro vermindert werden, wenn auf pauschale Investitionsförderung umgestellt werden würde. Wieviele Vollzeitstellen und wieviele Köpfe betrifft dies im Sozialministerium bzw. untergeordneten Behörden? Gibt es einen verbindlichen Fluktuationsplan für diese Mitarbeiter oder ist die Zahl ein Schätzung?
- Zu E.4) Wie hoch ist eine etwaige zukünftige örtliche Beteiligung der Gebietskörperschaften in Prozent beplant?

Globalanmerkungen zum Gesetzentwurf:

1. Die Fördersummen sind insgesamt zu gering, von daher muss der Verteilungsschlüssel verbessert werden, auch um keine Windfall-Profits zu generieren
2. Die Verrechnung mit den Vorjahren berücksichtigt nicht die Komplexität des Sachverhaltes.
3. Beispiel: Es wird mit dem vorliegenden Gesetzentwurf Gewinnerhäuser (z. b. Main-Taunus-Kliniken) und Verlierer (z.B. Klinikum Darmstadt) geben.
4. Somit müsste das Gesetz dahingehend ergänzt werden, dass es Krankenhäuser, die in den letzten (mindestens) 15 Jahren Fördermittel erhalten hatten, trotzdem einen Rumpfbetrag gibt, damit diese ihre baulichen Verpflichtungen für die Bestandsbauten erfüllen können. Z.B. Vorschlag:
  1. Anrechnung Fördermittel der vergangenen 15 Jahre
  2. Verrechnung eines Anteils von max. 70% innerhalb der folgenden 15 Jahre (Abzinsung)
  3. Zahlung pro Jahr mind. 30% der Regelrate (d.h. Max. 70% der Regelrate wird verrechnet)

Die Prozentsätze bzw. Jahreszeiträume könnten variiert werden.

Unmittelbare Folgewirkung:

Da die tatsächliche Nutzungsdauer insbesondere baulicher Investitionen die wirtschaftliche Dauer (AFA) deutlich überschreitet, erreicht man eine bei weitem höhere Verteilungsgerechtigkeit.

Fragen zu § 23 Pauschalförderung,  
Satz 6

Inwieweit wurde geklärt, ob die drohende Überschreitung der Fördermittelgrenzen dazu führen, dass die investierenden Krankenhäuser Ihre Baumaßnahmen in zu kleine und damit zu teure Einzelbauabschnitte aufteilen

Satz 7

Wer im Sozialministerium kann die Maßnahmen genehmigen, wenn lt. Vorlage – siehe oben- die Arbeitsstellen eingespart werden?

Fragen zu § 24 Förderverwendung

Satz 1

Welche Modellrechnungen liegen dem Gesetzentwurf zugrunde, in denen die Veränderung der Fremdkapitalzinsen nach Auslaufen der Zinsbindungsfristen und die Auswirkung davon berücksichtigt wurden. Oder führt dieses System nicht dazu, dass in Zeiten von Niedrigzinsen (derzeit) nicht eine Überschuldung der kreditnehmenden Krankenhäuser provoziert wird?

Satz 2

Kindertagesstätten sind für den Betrieb eines Krankenhauses nur eine Ergänzung, die Pflicht zur Errichtung und den Betrieb von Kita's liegen in der Gebietskörperschaft – hier werden Mittel zu Lasten der Krankenhäuser im Haushalt umverteilt.

Satz 3

Es wird so die Zinsverwendung beschrieben, inwieweit das „anlegende“ Krankenhaus gut oder schlecht gewirtschaftet hat ist so Nicht berücksichtigt – besser und erheblich leichter prüfbar wäre die Ergänzung im Gesetz, dass der Spareckzinssatz der EZB als Ertragsbemessung zugrunde gelegt wird. – Was sieht das Gesetz vor, wenn im Falle der „Geldanlage“ ein Teil- oder Totalverlust auftritt?

Fragen zu § 25 Förderung weiterer Anlagegüter

Satz 1

Wo sind in hessischen „Mietspiegeln“ ( Bezug zur „ortsüblichen Miete“ ) für Krankenhausanlagen Mietkosten ausgewiesen? Ist dies bundeslandflächendeckend gewährleistet?

Insgesamt zeigt die Gesetzesvorlage noch deutliche Lücken, insbesondere in der Verteilungsgerechtigkeit und in der möglichen missbräuchlichen Verwendung von Fördermittel für nur „scheinbar“ notwendige Krankenhausinvestitionen.

Mit freundlichen Grüßen nach Wiesbaden

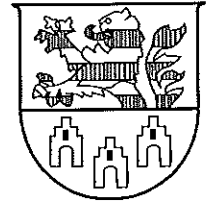
Dr. Martin Köbler

Peritinos AG  
Neue Jakobstr. 1  
10179 Berlin

+49 30-27907107 (T)  
+49 30-27907109 (F)  
+49 172-8456025 (M)  
[www.peritinos.de](http://www.peritinos.de)  
[m.koebler@peritinos.de](mailto:m.koebler@peritinos.de)

# Hessischer Städte- und Gemeindebund e.V.

## Verband der kreisangehörigen Städte und Gemeinden



### Der Geschäftsführer

Hessischer Städte- und Gemeindebund · Postfach 1351 · 63153 Mühlheim/Main

Hessischer Landtag  
Sozialpolitischer Ausschuss  
Postfach 32 40  
65022 Wiesbaden

EINGEGANGEN

08. Aug. 2013

HESSISCHER LANDTAG

Dezernat 1

Referent(in) Herr Jung  
Unser Zeichen 1-Ju/SI

Telefon 06108/6001-0  
Telefax 06108/600157  
E-Mail: hsgb@hsgb.de

Durchwahl 6001- 63

Ihr Zeichen 1 A 2.1

Ihre Nachricht vom 27.06.2013

Datum 06.08.2013

**Einladung zur mündlichen Anhörung zu dem Gesetzentwurf der Landesregierung für ein Gesetz zur Änderung des Hessischen Krankenhausgesetzes 2011 (HKHG 2011), Drucks. 18/7351 und dem Dringlicher Gesetzentwurf der Fraktion der SPD für ein Gesetz zur Verbesserung der Krankenhausversorgung und zur Anerkennung von Leistungen in der Pflege, Drucks. 18/7392**

Sehr geehrter Herr Schlaf  
sehr geehrte Damen und Herren,

zunächst bedanken wir uns für die uns eingeräumte Äußerungsmöglichkeit. Der Hessische Städte- und Gemeindebund schließt sich grundsätzlich der Position der Hessischen Krankenhausgesellschaft an. Zu den beiden Gesetzentwürfen nehmen wir daher wie folgt Stellung:

#### **1. Gesetzentwurf der Landesregierung für ein Gesetz zur Änderung des Hessischen Krankenhausgesetzes 2011 (HKHG 2011)**

##### **A. Vorbemerkung**

Der Hessische Städte- und Gemeindebund begrüßt grundsätzlich die Umstellung der Investitionsförderung auf ein vollpauschaliertes Finanzierungssystem. Dies erhöht und beschleunigt die Möglichkeiten unternehmerischer Entscheidungen, trägt zu einem





deutlichen Bürokratieabbau bei und beendet für viele Maßnahmen das langwierige Antrags- und Genehmigungsverfahren. Allerdings darf nicht übersehen werden, dass damit der vorhandene überdurchschnittlich hohe Investitionsstau in den hessischen Krankenhäusern nicht behoben wird. Da Krankenhäuser nach der Umstellung ihre Investitionsmaßnahmen verstärkt mit Fremdmitteln vorfinanzieren müssen, werden zukünftig die dafür anfallenden Zinslasten aus dem Fördermittelvolumen zu Lasten der eigentlichen Investition bedient werden müssen. Dies bedeutet, dass die für Investitionen verfügbaren Mittel faktisch sogar verringert werden.

Bei ca. 36.000 aufgestellten Betten in Hessen (Landesstatistik 2011) ist aktuell von einem jährlichen Investitionsbedarf von rd. 362 Mio. Euro auszugehen, der somit zwischen 100 und 150 Mio. Euro über dem derzeitigen Fördervolumen in Hessen liegt. Die Folge dieser Finanzierungslücke ist eine massive Überalterung der Substanz. Denn eine Quersubventionierung notwendiger Investitionen aus den Mitteln zur Finanzierung laufender Betriebskosten können sich Krankenhäuser mangels fehlender Betriebsmittel nicht mehr leisten. Die Förderung in Hessen genügt dem gesetzlichen Anspruch der Krankenhäuser nach § 4 lfd. Nr. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG), wonach Krankenhäuser zur wirtschaftlichen Sicherung Anspruch auf ausreichende Fördermittel haben, nicht. Daher ist eine generelle Aufstockung des Fördermittelvolumens im Rahmen der beabsichtigten Gesetzesänderung geboten.

## **B. Zu den Artikeln**

### **Zu Artikel 1: Änderung des HKHG 2011**

#### **Zu § 25a:**

##### **Zu Absatz 1:**

Es ist grundsätzlich zu begrüßen, dass das Land Hessen im Jahr 2015 in Form eines Sonderprogramms 120 Mio. € zur Tilgung von Darlehen zur Verfügung stellen will, die zur strukturellen Weiterentwicklung der Krankenhäuser dringend erforderlich sind. Damit wird die Bedeutung der Investitionsförderung und der dualen Krankenhausfinanzierung nachhaltig unterstrichen. Unter Verweis auf unsere Ausführungen in der



Vorbemerkung halten wir indes eine generelle Erhöhung der Fördermittel in dieser Größenordnung – auch für den Zeitraum ab 2016 – für unverzichtbar, damit die Krankenhäuser zukunftsicher investieren können. Da die Krankenhäuser dringend auf die zusätzlichen Fördermittel angewiesen sind, muss allerdings die Kann-Regelung in Absatz 1 Satz 1 durch eine verbindliche Zusage im Gesetzestext ersetzt werden.

**Zu Absatz 2:**

Satz 2 bestimmt, dass die Förderung der Darlehenstilgung in Höhe von maximal 120 Mio. € „aus den im jeweiligen Haushalt für die Investitionsförderung der Krankenhäuser veranschlagten Mittel zu bewilligen“ ist. Damit stehen nach unserem Verständnis die in Absatz 1 zur Verfügung gestellten 120 Mio. € nicht zusätzlich zur Verfügung, sondern entfalten lediglich den Charakter einer Vorfinanzierung. Es ist daher eine dahingehende Änderung zu fordern, dass diese Mittel zusätzlich zur Verfügung gestellt werden und nicht zu Lasten zukünftiger Förderung gehen.

### **Zu Artikel 2: Weitere Änderungen des HKHG**

Zunächst weisen wir darauf hin, dass im vorliegenden Gesetzentwurf auf den bisherigen § 23 „Grundsätze der Förderung“ verzichtet wurde, lediglich der Abs. 4 findet sich in § 30 neu wieder. Wir regen an, wie bisher allgemeine Grundsätze der Förderung in angepasster Form mit aufzunehmen. Dies betrifft insbesondere die Inhalte der Absätze 1 und 2. Dies dient der Vermeidung von Regelungsunschärfen und daraus resultierenden Interpretationskonflikten.

**Zu § 23:**

**Zu Absatz 3:**

In dem Entwurf ist vorgesehen, dass die Mittel jährlich entsprechend den durch das DRG-Institut nach § 10 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG ermittelten Kostensteigerungen angepasst werden sollen. Diese „Soll“-Regelung sollte durch eine verbindliche Regelung („sind ... anzupassen“) ersetzt werden.



Zu Absatz 4:

Ein „Notfallzuschlag“ zur Standortsicherung der Krankenhäuser, die die Notfallversorgung in Hessen sicherstellen, ist nachvollziehbar. Der Verweis auf „Krankenhäuser nach § 17 Abs. 2“ schränkt aber vorab den Kreis der Krankenhäuser auf die Einrichtungen ein, die mindestens die Gebiete Chirurgie und Innere Medizin vorhalten, und schließt zum Teil die Einrichtungen aus, denen nach dem Krankenhausplan eine spezielle Notfallversorgung zugewiesen wurde. Auch psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen, die die Notfallversorgung sicherstellen, wären danach benachteiligt. Wir schlagen deshalb unter Verzicht auf den Verweis „§ 17 Abs. 2“ und die Einschränkung auf „Satz 1“ bei § 19 Abs. 4 folgende Formulierung vor:

*„(4) Bei Krankenhäusern, die nach § 19 Abs. 4 bzw. per Bescheid zur Teilnahme an der Notfallversorgung bestimmt wurden, wird die Summe der Investitionsbewertungsrelationen um 15 Prozent erhöht.“*

**Zu § 25:**

Nach der Begründung soll § 25 offensichtlich die Förderung von Krankenhauseinrichtungen regeln, die nicht unmittelbar der Patientenversorgung dienen (z.B. Schulen, Kindertagesstätten etc.), da diesen Bereichen („Anlagegütern“) keine patientenbezogene Bewertungsrelationen zugeordnet werden können. Krankenhäuser in Hessen haben aber auch zahlreiche Verpflichtungen aus längerfristige Mietverträgen (z.B. psychiatrische und geriatrische Tageskliniken), die unmittelbar an eine Förderzusage nach § 27 HKHG2011 gebunden waren. Um sicher zu stellen, dass diese im Allgemeinen befristeten Mietverträge auch bis zum Ende der Laufzeit bedient werden können, sollte § 25 Abs. 1 Satz 2 wie folgt ergänzt werden:

*„Dies gilt auch für Verpflichtungen aus Mietverträgen, die auf Grund von Mietfördermaßnahmen nach § 27 HKHG2011 abgeschlossen wurden, bis zum Ende ihrer Laufzeit.“*

**Zu § 27:**

Die finanzielle Förderung von Forschungsvorhaben wird ausdrücklich begrüßt. Denn sie unterstützt die Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung in Hessen. Es sollte



aber grundsätzlich auf eine Anrechnung auf die für die Pauschalförderung zur Verfügung gestellten Mittel verzichtet werden, da dies sonst das Volumen der für die unmittelbaren Patientenversorgung zur Verfügung gestellten Investitionsförderung mindern würde.

### **Zu § 35:**

§ 35 übernimmt die Regelungen des bisherigen § 41 im HKHG 2011, verlängert aber den Zeitpunkt des Außerkrafttretens um 5 Jahre auf das Jahr 2020. Nach wie vor halten wir die generelle Befristung von Gesetzen - zumindest in Bezug auf ein Landeskrankenhausgesetz - für verzichtbar, weil nicht zweckdienlich. Nachweislich hat diese spezifisch hessische Praxis nicht zu weniger, sondern zu mehr Bürokratie geführt. Im konkreten Fall des HKHG-Änderungsgesetzes ist die Gesetzesbefristung aber sogar schädlich: Die Befristung oder der automatische Ablauf eines Gesetzes, das den Zufluss und die Verwendung von Krankenhausinvestitionsfördermitteln regelt und das dazu führt, dass Krankenhäuser im Zuge der „Vorfinanzierung“ als Darlehensnehmer auf dem Kapitalmarkt auftreten müssen, schaffen wenig Vertrauen bei den Darlehensgebern. Insoweit darf die Gefahr schlechterer Darlehenskonditionen bis hin zur Versagung von Darlehen auf Grund unsicherer Finanzierungslage durch die Befristung der gesetzlichen Investitionsförderungsregelungen nicht übersehen werden. Aus diesem Grund sollte auf eine Befristung des Gesetzes verzichtet werden.

## **C. Sonstige Anmerkungen**

### **Forderungsabtretung**

Zukünftig dürften viele Investitionsmaßnahmen durch die Aufnahme von Darlehen finanziert werden. Die dafür anfallenden Zinsen fehlen jedoch an der Investitionssumme. Um zu günstigen Darlehenskonditionen und zu einem effizienten Mitteleinsatz zu kommen, brauchen die Krankenhäuser dringend eine Klarstellung, dass ihr Fördermittelanspruch an den Darlehensgeber abgetreten werden kann. Es wird daher engeregt, in das Gesetz eine Klarstellung bezüglich der Abtretbarkeit des Fördermittelanspruchs aufzunehmen.



## **2. Dringlicher Gesetzentwurf der Fraktion der SPD für ein Gesetz zur Verbesserung der Krankenhausversorgung und zur Anerkennung von Leistungen in der Pflege**

### **A. Vorbemerkung**

Im Rahmen einer allgemeinen Bewertung des Dringlichen Gesetzentwurfs der Fraktion der SPD möchten wir unter grundsätzlichen Aspekten voranstellen, dass mit diesem ein Großteil der Deregulierung des Krankenhausbereichs wieder zurückgenommen werden soll, der mit dem im Grunde noch jungen HKHG 2011 geschaffen wurde. Es sollen darüber hinaus sogar noch verschärfte Regulierungen eingeführt werden. Hierzu zählen insbesondere die Festlegung von Mindestpersonalzahlen, zusätzliche berufsqualifikationsspezifische Beteiligungsvorschriften sowie strukturelle und organisatorische Vorgaben für die Krankenhäuser. Gemeinsam ist solchen Regelungen, dass sie in die Organisationshoheit des Krankenhauses eingreifen und damit krankenhausesindividuelle unternehmerische Entscheidungen behindern. Auch die mit dem HKHG 2011 aus guten Gründen aufgegebenen Bettenplanung soll offensichtlich ebenso wieder eingeführt werden, wie es wieder regionalen Planungskonzepte und sogar Krankenhauskonferenzen geben soll, die durch die Regionalen Gesundheitskonferenzen ersetzt wurden. Wir möchten anmerken, dass das HKHG 2011 unter breiter Mitwirkung der an der Krankenhausversorgung Beteiligten mit großem Konsens entwickelt wurde und in seiner in Kraft getretenen Fassung auf hohe Akzeptanz stößt. Dies keineswegs nur auf der Krankenhausesseite, sondern bei allen Beteiligten. Entsprechend gut hat sich aus unserer Sicht das HKHG 2011 bislang auch bewährt, so dass wir weder einen Anlass noch die Notwendigkeit sehen, in den vorgenannten Regelungsbereichen nun tiefgreifende Gesetzesänderungen herbeizuführen. Wir sehen in vielen Regelungen des Gesetzentwurfs der Fraktion der SPD daher eher einen Rückschritt, denn einen Fortschritt. Unbeschadet dessen, möchten wir uns zu einzelnen Regelungen, die aus unserer Sicht von besonderer Bedeutung für die Krankenhäuser sind, wie folgt äußern:



## **B. Zu den Artikeln**

### **Zu Artikel 1 Nr. 5:**

Die unter **Nr. 5 a)** vorgeschlagene Ergänzung des § 6 Abs. 1 HKHG 2011 um einen weiteren Satz (Satz 3; Entlassungsplanung) wird als überflüssig erachtet, da das, was geregelt werden soll, gerade die Aufgabe eines gesetzlich bereits normierten Entlassmanagements (GKV-Versorgungsstrukturgesetz, SGB V § 11 Abs. 4) und damit selbstverständlich ist. Weitergehenden Regelungen hierzu werden durch die Selbstverwaltung getroffen, z. B. auf der Grundlage des § 112 SGB V.

Die unter **Nr. 5 d)** vorgesehene Neufassung des bisherigen Absatz 6 (nunmehr Absatz 7) § 6 HKHG 2011 ist aus unserer Sicht verzichtbar. Die Neufassung beinhaltet die Ablösung des bisherigen Ethikbeauftragten durch verpflichtend eine Ethikkommission und normiert darüber hinausgehend noch verbindliche Strukturvorgaben für diese Kommission in quantitativer und qualitativer Art. Dies ist in der Regulierungstiefe zu weit gehend. Unabhängig davon, dass ohnehin bereits eine große Anzahl von Krankenhäusern in Hessen eine Ethikkommission eingerichtet hat, sollten zunächst die Erfahrung mit der mit dem HKHG 2011 neu eingeführten Vorschrift der Bestellung von Ethikbeauftragten ausgewertet und bewertet werden. Wir halten die bisherige Regelung auch deshalb für ausreichend, als es bezüglich der Umsetzung des § 6 Abs. 6 des HKHG 2011 qualifizierte gemeinsame Empfehlungen der Landesärztekammer Hessen und der Hessischen Krankenhausgesellschaft gibt.

### **Zu Artikel 1 Nr. 6:**

Die mit dem Gesetzentwurf vorgeschlagene Neufassung des § 8 HKHG 2011 stellt insbesondere auf die Einführung von Mindestpersonalzahlen ab. So soll zunächst die bisherige Paragraphenbezeichnung Qualitätssicherung um den Zusatz „*und Mindestpersonalzahlen*“ ergänzt werden. Wenngleich der Paragraph nun noch immer (mit) unter der Überschrift „*Qualitätssicherung*“ firmiert, beziehen sich die neuen Absätze 2, 3 und 4 ausschließlich auf die Einführung von Mindestpersonalzahlen. Aus unserer Sicht sind unter den Gesichtspunkten der Qualitätssicherung vor allem Maßnahmen zur Verbesserung der Ergebnisqualität vorrangig vor Regelungen zur Strukturqualität



erforderlich. Offensichtlich wird von den Autoren des Gesetzentwurfs krankenhausbegleitende Leistungs- und Ergebnisqualität aber ausschließlich als Folge quantitativer Personalausstattung verstanden. Dass dies kausal so einfach nicht gesehen werden kann, hat insbesondere das soeben veröffentlichte „Gutachten zur Situation der pflegerischen Versorgung in hessischen Krankenhäusern“ belegt. Der Personalbedarf eines Krankenhauses ist von einer Vielzahl krankenhausespezifischer Kriterien abhängig. Personalzahlen als solche beeinflussen keineswegs allein die Prozesse und die Ergebnisqualität. Losgelöst davon, dass es die Formulierung des Gesetzentwurfs offen lässt, ob „patientenbezogene Mindestpersonalzahlen“ nur für bestimmte oder gar für alle Berufsgruppen im Krankenhaus festzulegen sind, bleibt indes die Frage, wie die gewünschten Personalstandards künftig finanziert werden sollen, völlig unbeantwortet. Eine Antwort hierauf kann ein Landesgesetz aber praktisch nicht geben, da die Krankenhausvergütung auf Bundesebene geregelt wird. Insofern besteht die Gefahr, dass der Landesgesetzgeber Strukturvorgaben trifft, die zu Mehrkosten führen, deren Refinanzierung er letztlich jedoch nicht sicherstellen kann. Auf diesen Kosten bleiben am Ende die Krankenhäuser sitzen.

#### **Zu Artikel 1 Nr. 10**

Bezugsnorm für Artikel 1 Nr. 10 ist § 15 HKHG 2011. Mit den vorgeschlagenen inhaltlichen Änderungen soll u. a. die Regulierungstiefe bezüglich der Abführung eines Teils der Einnahmen der Krankenhäuser aus wahlärztlichen Leistungen an den Mitarbeiterfonds sowie hinsichtlich seiner Ausschüttung vergrößert werden. Wir halten dies für nicht sachgerecht, sondern plädieren für die ersatzlose Streichung dieses Paragraphen. Dabei geht es nicht darum, nachgeordnete Mitarbeiter des Krankenhauses von der Beteiligung an Einnahmen aus Liquidationserlösen auszuschließen, sondern um viel Grundsätzlicheres, nämlich die Änderung der Praxis der Liquidation von wahlärztlichen Leistungen. So sind Chefarztverträge von ihrer inhaltlichen Ausgestaltung her bereits seit einigen Jahren einem erheblichen Wandel unterzogen. Zunehmend werden Wahlarztleistungen nicht mehr als privatärztliche Nebentätigkeit des Chefarztes erbracht und als solche liquidiert, sondern fallen vielmehr unter die Dienstaufgaben des Chefarztes und auch seiner Mitarbeiter und werden vom Krankenhaus selbst li-



quidiert und fakturiert. Damit entscheidet auch das Krankenhaus bzw. die Geschäftsführung über eine Beteiligung der Chefärzte oder anderer Mitarbeiter an den Erlösen aus Wahlarztleistungen auf der Grundlage entsprechender tariflicher und arbeitsvertraglicher Regelungen. Aus diesem Grund und vor dem Hintergrund, dass es solche landeskrankenhausgesetzlichen Regelungen nur in wenigen Bundesländern gibt, halten wir den § 15 für veraltet und damit verzichtbar. Die Ausgestaltung der arbeitsvertraglichen Regelungen für die Chefärzte sowie für die ggf. an der ärztlichen Wahlleistung beteiligten Mitarbeiter – sowohl der ärztlichen als auch anderer Mitarbeiter – muss der Organisationshoheit des Krankenhauses überlassen bleiben. Dies wird im Übrigen auch durch die jüngere Entwicklung im tarifrechtlichen Bereich (Leistungsbezug) unterstrichen.

#### **Zu Artikel 1 Nr. 11:**

Die vorgeschlagenen Neufassung des § 17 Abs. 2 HKHG 2011 soll regeln, dass bei der Aufstellung des Krankenhausplans auch Qualitätsindikatoren berücksichtigt werden. Konkretisierend werden hier u. a. Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) sowie andere Strukturvorgaben genannt. Hierzu ist anzumerken, dass die Einbringung von bei der Krankenhausplanung zu beachtenden Qualitätsparametern an dieser Stelle gesetzestechnisch unglücklich ist. Hierfür würde unseres Erachtens nach eher § 19 Abs. 1 HKHG 2011 in Frage kommen, der das aus unserer Sicht Notwendige im Hinblick auf die Berücksichtigung von Qualitätsparametern bei der Landeskrankenhausplanung ohnehin schon regelt. Darüber hinaus handelt es sich insbesondere bei den Richtlinien des GBA um Normen, die sowieso berücksichtigt werden müssen. Wir erlauben uns in diesem Kontext anzumerken, dass der Einfluss von Bundesnormen auf die Krankenhausplanung auch politisch sehr kontrovers bewertet, mancherorts sogar sehr beklagt wird. So wird insbesondere die Gefahr gesehen, dass gerade solche Normen in die Landesplanung eingreifen und damit dem Landesgesetzgeber den Gestaltungsspielraum für die Krankenhausversorgung im Land nehmen.

Auf unsere ausdrückliche Zustimmung stößt indes die beabsichtigte Einfügung von „-  
*im Falle von Allgemeinkrankenhäusern* – „ in Satz 1 Abs. 2 § 17 HKHG 2011. Dies





stellt klar, dass auch psychiatrische Krankenhäuser an der (fachspezifisch) Notfallversorgung teilnehmen, auch wenn sie die Gebiete Chirurgie und Innere Medizin begründeter Weise nicht abdecken.

#### **Zu Artikel 1 Nr. 12:**

In Bezugnahme auf Artikel 1 Nr. 12 verweisen wir auf unsere grundsätzlichen Anmerkungen eingangs unserer Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Fraktion der SPD. Der Gesetzentwurf sieht vor, sowohl die Kapazitätsplanung (Bettenplanung) im stationären und teilstationären Bereich als auch die „regionalen Planungskonzepte“ zu reinstitutionalisieren wobei letztere wörtlich von den „Krankenhauskonferenzen“ entwickelt werden sollen. Dabei wird übersehen, dass es seit dem HKHG 2011 Krankenhauskonferenzen nicht mehr gibt, sondern diese durch die regionalen Gesundheitskonferenzen ersetzt worden sind. Aus Krankenhaussicht hat sich der Wegfall der Kapazitätsplanung im stationären Bereich bisher bewährt. Die insoweit gegebene Liberalisierung der Krankenhausplanung sollte deshalb weiterhin beibehalten werden.

#### **Zu Artikel 1 Nr. 13:**

Mit den hier vorgeschlagenen Änderungen des HKHG 2011 soll im Prinzip geregelt werden, dass psychiatrische bzw. psychotherapeutische Einrichtung auch von nicht-medizinisch ausgebildeten Psychotherapeuten geleitet werden können. Konkret heißt es: *„Psychotherapeutische Organisationseinheiten können auch von einer hauptamtlich tätigen Psychotherapeutin oder einem hauptamtlich tätigen Psychotherapeuten in Leitungsfunktion geführt werden.“* Dies halten wir aus folgenden Gründen für nicht zulässig:

Organisationseinheiten im Sinne des Landeskrankenhausgesetzes und des Landeskrankenhausplans sind Fachabteilungen, die fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen (vgl. HKHG 2011 und Hessischer Krankenhausrahmenplan Allgemeiner Teil). Dies entspricht auch der Krankenhausdefinition nach § 2 Nr. 1 KHG, der zufolge Krankenhäuser Einrichtung der medizinisch-ärztlichen Versorgung sind. In Hessen folgt die Fachabteilungsgliederung in den Krankenhäusern der Facharztweiterbildungsordnung der Landesärztekammer Hessen, weshalb diese im Bereich der



psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung auch Fachabteilung für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Fachabteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie heißen. Dies sowohl im Krankenhausplan, als auch in den einzelplanerischen Feststellungsbescheiden der Krankenhäuser. Es ist aus unserer Sicht evident, dass medizinische Fachabteilungen nicht unter nichtmedizinischer Leitung stehen können. Die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung im Krankenhaus versteht sich als überwiegend stationäre – aber in den PIA auch als ambulante - fachärztliche Behandlung durch medizinisch ausgebildete Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit der Konsequenz, dass es eigenständige nichtmedizinische „Psychologisch Psychotherapeutische Organisationseinheiten“ dort nicht gibt.

#### **Zu Artikel 1 Nr. 15:**

Der Absicht gemäß **Nr. 15 aa)**, dass in den Gesundheitskonferenzen die Krankenhäuser mit je einem Vertreter der **sechs** Trägergruppen vertreten sein müssen, stimmen wir ausdrücklich zu, da damit die Trägerpluralität besser gewahrt wäre, als mit den bisherigen vier Sitzen. Wir interpretieren und anerkennen dies als ein Bekenntnis zum bewährten Prinzip der Trägerpluralität in der Krankenhausversorgung. Dabei bleibt aber die Frage unbeantwortet, wie der Gesetzesinitiator zu der Zahl Sechs bei den zu berücksichtigenden Trägergruppen kommt. Welche er damit meint, geht zwar aus der Begründung zu Nr. 15 hervor, übersieht indes, dass es hier auch andere Definitions- und Abgrenzungsmöglichkeiten gibt. Unglücklich ist, dass die nun benannte Zahl sechs (Trägergruppen) aber weiterhin mit der Formulierung „im Versorgungsgebiet“ verbunden bleibt. Man mag sich zwar darauf verständigen, dass es insgesamt sechs Trägergruppen in der Krankenhauslandschaft gibt. Ob diese dann gleichwohl auch immer in jedem Versorgungsgebiet vorhanden sind, ist dagegen eine völlig andere Frage.

Zu begrüßen ist auch der Vorschlag gemäß **Nr.15 b)**, dass in Absatz 7 § 21 HKHG 2011 ein neuer Satz einzufügen ist, nach dem „*in den Fällen nach § 21 Abs. 1 Nr. 2 (Durchführung und Weiterentwicklung des Krankenhausplans sowie Beurteilung von Planungsanträgen der Krankenhäuser) nur die Mitglieder nach § 21 Abs. 2 Nr. 1-3 (Krankenhausträger, Hessische Krankenhausgesellschaft und Kostenträger) Stimm-*



*recht haben*". Gleichwohl sollte dieses Stimmrecht aber noch auf die Mitglieder nach § 21 Abs. 2 Nr. 4 (Landkreise und kreisfreie Städte als Sicherstellungsverantwortliche) ausgeweitet werden. Weiterhin müssten konsequenterweise allerdings auch die Entscheidungen nach § 21 Abs. 1 Nr. 3 (Krankenhausbauprogramme) unter diese Regelung fallen.

Von einer Teilnahme an der öffentlichen mündlichen Anhörung zu den Gesetzentwürfen am Donnerstag den 22. August 2013 wird unter Verweis auf die ausführliche Stellungnahme durch den Hessischen Städte- und Gemeindebund abgesehen.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, reading "Karl-Christian Schelzke".

Karl-Christian Schelzke  
Geschäftsführender Direktor

**Stellungnahme der Verbände der Pflegekassen**  
**zum dringlichen Gesetzentwurf der Fraktion der SPD für ein Gesetz zur Verbesserung der Krankenhausversorgung und zur Anerkennung von Leistungen in der Pflege (GVKALP), Drucksache 18/7392 vom 21.05.2013**  
**- Artikel 2 - Änderung des Hessischen Gesetzes über Betreuungs- und Pflegeleistungen (HGBP) -**

<p>Hessisches Gesetz über Betreuungs- und Pflegeleistungen (HGBP) vom 07. März 2012</p>	<p>Änderungsantrag der Fraktion der SPD vom 21.05.2013 (Drucksache 18/7392) (Änderungen ggü. geltendem Gesetz sind gelb markiert)</p>	<p>Stellungnahme der Verbände der Pflegekassen zum Gesetzentwurf vom 21.05.2013</p>
<p><b>§ 8</b>  <b>Recht auf besonderen Schutz</b>  Die Betreiberinnen und Betreiber von Einrichtungen nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 und 2 sind verpflichtet, auch gegenüber ihren Beschäftigten, Maßnahmen zu treffen, um für eine gewaltfreie und menschenwürdige Pflege der Betreuungs- und Pflegebedürftigen Sorge zu tragen. Insbesondere sind Vorkehrungen zum Schutz vor körperlichen oder seelischen Verletzungen und Bestrafungen sowie anderer entwürdigenden Maßnahmen zu treffen.</p>	<p><i>§ 8 wird aufgehoben</i></p>	<p>Auf die Streichung des § 8 sollte verzichtet werden. Es handelt sich um eine Schutzvorschrift für die Heimbewohner und nimmt den Heimbetreiber in die Pflicht, Maßnahmen für eine gewaltfreie und menschenwürdige Pflege der Bewohner zu treffen. Dies auch vor dem Hintergrund, dass nach dem Willen der Länder-Justizminister, künftig auch Pflegeeinrichtungen durch die Nationale Stelle zur Verhütung von Folter überprüft werden sollen.</p>
<p><b>§ 9</b>  <b>Anforderungen</b></p> <p>(1) Eine Einrichtung nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 oder 2 darf nur betrieben werden, wenn die Betreiberin oder der Betreiber</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. die notwendige Zuverlässigkeit, insbesondere die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit zum Betrieb einer Einrichtung besitzt,</li> <li>2. sicherstellt, dass die Zahl der Beschäftigten und ihre persönliche und fachliche Eignung für die von ihnen zu leistende Tätigkeit ausreicht,</li> </ol>	<p>Der bisherige § 9 wird zu § 8 und wie folgt geändert:</p> <p><b>§ 8</b>  <b>Anforderungen</b></p> <p>(1) Eine Einrichtung nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 oder 2 darf nur betrieben werden, wenn die Betreiberin oder der Betreiber</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. die notwendige Zuverlässigkeit, insbesondere die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit zum Betrieb einer Einrichtung besitzt,</li> <li>2. sicherstellt, dass eine ausreichende Zahl an Beschäftigten vorhanden ist und diese die erforderliche persönliche und fachliche Eignung für die von ihnen zu leistende Tätigkeit besitzen; davon ist vorbehaltlich der Anwendung eines spezifischen Personalbemessungssystems</li> </ol>	

<p>Hessisches Gesetz über Betreuungs- und Pflegeleistungen (HGBBP) vom 07. März 2012</p>	<p>Änderungsantrag der Fraktion der SPD vom 21.05.2013 (Drucksache 18/7392) (Änderungen ggü. geltendem Gesetz sind gelb markiert)</p>	<p>Stellungnahme der Verbände der Pflegekassen zum Gesetzentwurf vom 21.05.2013</p>
<p>3. angemessene Entgelte verlangt, 4. ein Qualitätsmanagementsystem betreibt. 5. die Würde, die Interessen sowie Bedürfnisse von Betreuungs- und Pflegebedürftigen vor Beeinträchtigungen schützt, 6. die Intimsphäre, Selbstständigkeit, die Selbstbestimmung und Selbstverantwortung der Betreuungs- und Pflegebedürftigen wahrt und fördert, insbesondere bei Menschen mit Behinderung die individuelle Betreuung und Förderung auf der Grundlage von Förder- und Hilfeplänen sowie bei pflegebedürftigen Menschen eine qualifizierte Pflege unter Achtung der Menschenwürde gewährleistet, 7. nachweist, dass sie oder er anerkannte Methoden zur Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen anwendet und die Betreuungs- und Pflegekräfte dahin gehend jährlich Schulungen wahrnehmen, 8. eine angemessene Qualität der Betreuung einschließlich der Pflege nach dem allgemein anerkannten Stand pflegerisch-medizinischer Erkenntnisse sowie die ärztliche und gesundheitliche Betreuung sichert, 9. gewährleistet, dass für Betreuungs- und Pflegebedürftige der individuelle Betreuungs- und Pflegeprozess</p>	<p>und unter Beachtung der Vorgaben der nach § 9 Abs. 3 erlassenen Rechtsverordnungen in der Regel auszuwählen, wenn die Zahl und Eignung der Beschäftigten einer Vereinbarung mit den Leistungsträgern nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014); zuletzt geändert durch Gesetz vom 8. April 2013 (BGBl. I S. 730), oder nach dem Zwölften Buch Sozialgesetz vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3022), zuletzt geändert durch Gesetz vom 7. Mai 2013 (BGBl. I S. 1167), entspricht. 3. angemessene Entgelte verlangt, 4. ein Qualitätsmanagementsystem betreibt. 5. die Würde, die Interessen sowie Bedürfnisse von Betreuungs- und Pflegebedürftigen vor Beeinträchtigungen schützt, 6. die Intimsphäre, Selbstständigkeit, die Selbstbestimmung und Selbstverantwortung der Betreuungs- und Pflegebedürftigen wahrt und fördert, insbesondere bei Menschen mit Behinderung die individuelle Betreuung und Förderung auf der Grundlage von Förder- und Hilfeplänen sowie bei pflegebedürftigen Menschen eine qualifizierte Pflege unter Achtung der Menschenwürde gewährleistet, 7. nachweist, dass sie oder er anerkannte Methoden zur Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen anwendet und die Betreuungs- und Pflegekräfte dahin gehend jährlich Schulungen wahrnehmen, 8. eine angemessene Qualität der Betreuung einschließlich der Pflege nach dem allgemein anerkannten Stand pflegerisch-medizinischer Erkenntnisse sowie die ärztliche und gesundheitliche Betreuung sichert, 9. gewährleistet, dass für Betreuungs- und Pflegebedürftige der individuelle Betreuungs- und Pflegeprozess</p>	<p>Die Regelung berücksichtigt die Vorgaben des SGB XI, da in den wesentlichen Leistungs- und Qualitätsmerkmalen nach § 84 Abs. 5 SGB XI auf Basis der Regelungen in den Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI genaue Vorgaben zur Personalführung vereinbart werden.</p>

<p>Hessisches Gesetz über Betreuungs- und Pflegeleistungen (HGBP) vom 07. März 2012</p>	<p>Änderungsantrag der Fraktion der SPD vom 21.05.2013 (Drucksache 18/7392) (Änderungen ggü. geltendem Gesetz sind gelb markiert)</p>	<p>Stellungnahme der Verbände der Pflegekassen zum Gesetzesentwurf vom 21.05.2013</p>
<p>qualifiziert umgesetzt und schriftlich nachgewiesen wird.</p> <p>Durch Rechtsverordnung können Regelungen über die erforderliche Qualifikation und Zuverlässigkeit der Leiterin oder des Leiters und der Beschäftigten getroffen sowie der für die notwendige Qualität erforderliche Anteil an Fachkräften bestimmt werden.</p>	<p>qualifiziert umgesetzt und schriftlich nachgewiesen wird.</p> <p>Durch Rechtsverordnung können Regelungen über die erforderliche Qualifikation und Zuverlässigkeit der Leiterin oder des Leiters und der Beschäftigten getroffen sowie der für die notwendige Qualität erforderliche Anteil an Fachkräften bestimmt werden.</p>	
<p>(2) Über Abs. 1 hinaus darf eine Einrichtung nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 nur betrieben werden, wenn die Betreiberin oder der Betreiber</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. eine aussagekräftige, den fachlichen Anforderungen entsprechende Konzeption erstellt und angemessen fortschreibt,</li> <li>2. die Eingliederung und Teilhabe von Menschen mit Behinderung fördert,</li> <li>3. den Betreuungs- und Pflegebedürftigen eine nach Art und Umfang ihrer Betreuungsbedürftigkeit angemessene Lebensgestaltung und eine persönliche Lebensführung im Rahmen der sozialen Betreuung ermöglicht sowie die erforderlichen Hilfen gewährt,</li> <li>4. einen ausreichenden Schutz vor Infektionen gewährleistet und sicherstellt, dass die Beschäftigten mindestens einmal jährlich geschult und die für ihren Aufgabenbereich einschlägigen Anforderungen der Hygiene eingehalten werden,</li> <li>5. sicherstellt, dass Arzneimittel bewohnerbezogen und ordnungsgemäß aufbewahrt und alle mit der Arzneimittelversorgung betrauten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über den sachgerechten Umgang mit Arzneimitteln mindestens einmal jährlich geschult werden,</li> <li>6. eine angemessene Qualität des Wohnens sicherstellt ist, und</li> </ol>	<p>(unverändert)</p>	

<p>Hessisches Gesetz über Betreuungs- und Pflegeleistungen (HGBBP) vom 07. März 2012</p>	<p>Änderungsantrag der Fraktion der SPD vom 21.05.2013 (Drucksache 18/7392) (Änderungen ggü. geltendem Gesetz sind gelb markiert)</p>	<p>Stellungnahme der Verbände der Pflegekassen zum Gesetzentwurf vom 21.05.2013</p>
<p>7. die Verwertung von Geldern und Wertsachen für die Betreuungs- und Pflegebedürftigen schriftlich nachgewiesen wird. (3) Über Abs. 1 hinaus darf eine Einrichtung nach § 2 Abs 1 Nr. 2 nur betrieben werden, wenn die Betreiberin oder der Betreiber die Leistungen unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft erbringt, die pflegebedürftigen Menschen sowie deren Angehörigen in pflegerischen Fragen berät und unterstützt. Die Pflegefachkraft nach § 2 Abs. 1 Nr. 3 ist auf der Grundlage von § 9 Abs. 1 Nr. 5 und 6 verpflichtet, die mit betreuungs- und pflegebedürftigen Menschen vereinbarten Leistungen in angemessener Qualität zu erbringen.</p>	<p>(unverändert)</p>	
<p>(4) Durch Rechtsverordnung sind für Einrichtungen nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 nähere Regelungen zu treffen über die</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ausstattung, Größe, Belegung und Zugänglichkeit der Räume, insbesondere der Wohn-, Aufenthalts-, Therapie- und Wirtschaftsräume, sowie der Verkehrsflächen und sanitären Anlagen,</li> <li>2. Maßnahmen der Infektionsverhütung und</li> <li>3. technischen Einrichtungen.</li> </ol>	<p>(unverändert)</p>	
	<p>Es wird folgender neuer § 9 eingefügt:</p>	
	<p><b>§ 9 Beschäftigte für betreuende Tätigkeiten</b></p>	<p>Hier werden einzelne Bestandteile der Heimpersonalverordnung (§ 5) vom 19. Juli 1983 (BGBl. I S. 1205), geändert durch die Verordnung vom 22. Juni 1998 (BGBl. I S. 1506), neu geregelt. Daraus folgend müsste ebenfalls § 26 Abs. 1 Nr. 2 HGBBP angepasst werden.</p>
	<p>(1) Betreuende Tätigkeiten in Einrichtungen nach § 2 dürfen nur durch Fachkräfte oder unter angemessener Beteiligung von Fachkräften wahrgenommen werden. Fachkräfte müssen eine Berufsausbildung abgeschlossen haben, die Kenntnisse und Fähigkeiten zur selbst-</p>	

<p>Hessisches Gesetz über Betreuungs- und Pflegeleistungen (HGBP) vom 07. März 2012</p>	<p><b>Änderungsantrag der Fraktion der SPD vom 21.05.2013</b> (Drucksache 18/7392) (Änderungen ggü. geltendem Gesetz sind gelb markiert)</p> <p><i>ständigen und eigenverantwortlichen Wahrnehmung der von ihnen ausgeübten Funktion und Tätigkeit vermittelt. Sie sollen mit mindestens der Hälfte der tarifvertraglichen Regelarbeitszeit beschäftigt werden. Altenpflegehelferinnen und Altenpflegehelfer, Gesundheits- und Krankenpflegehelferinnen und Gesundheits- und Krankenpflegehelfer sowie vergleichbare Hilfskräfte sind keine Fachkräfte im Sinne dieses Gesetzes.</i></p> <p><i>(2) Für betreuende Tätigkeiten nach Abs. 1 in Einrichtungen nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 muss mindestens einer, bei mehr als 20 nicht pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern oder mehr als vier pflegebedürftigen Bewohnerinnen oder Bewohnern mindestens jeder zweite Beschäftigte eine Fachkraft sein. Sind mindestens 20 vom Hundert der Beschäftigten staatlich anerkannte Hilfskräfte der Alten- oder der Gesundheits- und Krankenpflege, kann der Anteil der Fachkräfte auf bis zu 40 vom Hundert gesenkt werden.</i></p> <p><i>(3) Das zuständige Ministerium legt durch Rechtsverordnung eine Mindestzahl der in einer Einrichtung zu beschäftigenden Kräfte differenziert nach Art der Einrichtung fest. Die Zahl ist als Relation zur Zahl der Bewohnerinnen und Bewohner festzustellen. Vor Erlass der Rechtsverordnung sind die Fachverbände zu hören. Die Rechtsverordnung legt für Einrichtungen mit höherem Anteil an Bewohnerinnen und Bewohner, deren Muttersprache nicht Deutsch ist, einen angemessenen Anteil an Pflegekräften fest, die die weiteren Sprachen beherrschen.</i></p> <p><i>(4) Von der Anforderungen des Abs. 2 kann mit Zustimmung der zuständigen Behörde abgewichen werden, wenn dies für eine fachgerechte Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner erforderlich oder ausreichend ist. Die Beschäftigung von sonstigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit einer beruflichen Qualifikation für besondere Betreuungsaufgaben (z. B. tagesstrukturelle Betreuung, Alltagsbegleitung) kann mit Zustimmung der zuständigen Behörde auf den Anteil der staatlich anerkannten Hilfskräfte angerechnet werden.</i></p>	<p><b>Stellungnahme der Verbände der Pflegekassen zum Gesetzentwurf vom 21.05.2013</b></p>
		<p>Satz 3 bestimmt, dass die Fachkraft mindestens die Hälfte der tarifvertraglichen Arbeitszeit beschäftigt werden muss. Diese Regelung stellt einen Eingriff in das Direktionsrecht des Arbeitgebers dar, schränkt die notwendige Flexibilität der Leistungserbringung ein und bedeutet in Anbetracht der angespannten Arbeitsmarktlage für Pflegefachkräfte ggf. ein Erschwernis bei der Personalgewinnung.</p> <p>Aus Sicht der Verbände der Pflegekassen ist eine starre Fachkraftquote in Relation zu der Bewohnerzahl nicht mehr fach- und sachgerecht. Die Anzahl der Pflegefachkräfte muss sich vielmehr am Versorgungsauftrag, Versorgungsaufwand und der Bewohnerstruktur (Pflegestufenprofil) der jeweiligen Pflegeeinrichtung orientieren.</p>
		<p>Auch die Mindestzahl der beschäftigten Kräfte einer Pflegeeinrichtung sollte in Abhängigkeit von Versorgungsauftrag, Versorgungsaufwand und der Bewohnerstruktur (Pflegestufenprofil) ermittelt werden. Auch besteht eine erhebliche Überschneidung zu den Vorgaben des SGB XI, so dass hier unvereinbare Konkurrenzen drohen. Deshalb sollten die Regelungen aus den Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI berücksichtigt werden.</p>



**Geschäftsführung  
Reinhard Belling**

Vitos GmbH / Ständeplatz 2 / 34117 Kassel

**Sozialpolitischer Ausschuss  
des Hessischen Landtages  
z. H. Herrn Geschäftsführer Schlaf  
Schlossplatz 1 – 3  
65183 Wiesbaden**Vorab per Mail: [j.schlaf@ltg.hessen.de](mailto:j.schlaf@ltg.hessen.de)

Kassel, 08.08.2013

**Mündliche Anhörung zum Gesetzentwurf der Landesregierung für  
ein Gesetz zur Änderung des Hessischen Krankenhausgesetzes 2011  
(Drucksache 18/7351)  
und dem Dringlichen Gesetzentwurf der SPD-Fraktion für ein Gesetz  
zur Verbesserung der Krankenhausversorgung und zur  
Anerkennung von Leistungen in der Pflege (Drucksache 18/7392)**Ständeplatz 2  
34117 KasselPostfach 10 24 07  
34024 KasselTel. 0561 – 10 04 – 53 01  
Fax 0561 – 10 04 – 53 53[reinhard.belling@vitos.de](mailto:reinhard.belling@vitos.de)  
[www.vitos.de](http://www.vitos.de)Sehr geehrter Herr Schlaf,  
sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete,Kto.-Nr. 8 650 000  
BLZ 550 205 00  
BIC: BFSWDE33MNZ  
IBAN: DE14550205000008850000  
Bank für Sozialwirtschaft AG

vielen Dank, dass Sie der Vitos GmbH die Möglichkeit geben, zu den beiden o.g. Gesetzentwürfen Stellung zu nehmen. Die Einladung zur mündlichen Anhörung am 22.08.2013 nehmen wir gerne an. Die Vitos GmbH wird durch deren Prokuristen, Herrn Joachim Hübner, vertreten sein.

Steuer-Nr. LWV Hessen  
026 226 99078Sitz der Gesellschaft  
und Registergericht  
Kassel HRB 14411

Zu den Gesetzentwürfen gebe ich folgende Stellungnahme ab:

Geschäftsführer  
Reinhard Belling

- Gesetzentwurf der Landesregierung für ein Gesetz zur  
Änderung des Hessischen Krankenhausgesetzes  
(Drucksache 18/7351)**

Aufsichtsratsvorsitzender  
Uwe Brückmann  
Landesdirektor des LWV Hessen

- Allgemeine Anmerkungen

Ich begrüße die Absicht des Landes Hessen, die bisherige  
Einzelförderung von Krankenhausinvestitionen durch

leistungsorientierte Investitionspauschalen nach § 10 Abs. 1 KHG zu ersetzen. Hierdurch können Krankenhausträger zeitnah und flexibler und mit geringerem administrativen Aufwand Investitionsentscheidungen treffen.

Die psychiatrischen, die kinder- und jugendpsychiatrischen und psychosomatischen Kliniken des Vitos Konzerns stehen vor der großen Herausforderung, sich auf die Umsetzung des Psych-Entgeltgesetzes einzustellen. Nach den bisher durchgeführten Kalkulationen müssen die Vitos Kliniken mit zum Teil deutlichen Erlöseinbußen rechnen. Um Kosten senken zu können, müssen umfangreiche Neubauinvestitionen durchgeführt werden. Das Investitionsprogramm des Vitos Konzerns beinhaltet für alle Krankenhäuser einen Investitionsbedarf von 389 Mio. Euro.

Diese Zahlen machen deutlich, dass das jährliche Fördervolumen des Landes bei Weitem nicht ausreicht. Die Umstellung auf Investitionspauschalen ist zwar der richtige Weg, er muss aber durch eine deutliche Aufstockung des Fördermittelkontingents begleitet werden. Die im Gesetzentwurf bekundete Absicht, die Fördermittel möglichst nicht zu reduzieren, greift zu kurz.

Die Erhöhung der Fördermittel ist allein schon deshalb notwendig, weil die Krankenhäuser ihre Investitionen künftig schwerpunktmäßig über den Kapitalmarkt werden finanzieren müssen. Damit fallen Zinsen an, die das Fördermittelvolumen zusätzlich belasten.

## 1.2 Einzelanmerkungen

### **Zu Artikel 1 Nr. 11 (§ 25 a)**

Ich begrüße es, dass im Jahr 2015 in Form eines Sonderprogrammes 120 Mio. Euro zur Tilgung von Darlehen zur Verfügung gestellt werden sollen. Damit erkennt der Landesgesetzgeber die Notwendigkeit und Dringlichkeit der Investitionsförderung von Krankenhäusern an.

Der Formulierung des Absatzes 2 des § 25 a ist aber zu entnehmen, dass dieses Darlehensprogramm nicht über zusätzliche Mittel, sondern zu Lasten der künftigen Krankenhausförderung bereitgestellt werden soll. Dies führt leider nicht dazu, den Investitionsstau zu reduzieren.

### **Zu Artikel 2 Nr. 5 (§ 23)**

Nach Abs. 3 ist eine jährliche Anpassung der Krankenhausfördermittel vorgesehen. Allerdings enthält der Gesetzentwurf nur eine „Soll-Regelung“. Sie müsste durch eine verbindliche Festlegung („sind ... anzupassen“) ersetzt werden.

Sinnvoll ist es, Krankenhäuser mit Notfallversorgungsaufgaben bei der Bemessung der Fördermittel zu bevorzugen (Abs. 4). Mit Verweis auf § 17 Abs. 2 wird die psychiatrische Notfallversorgung von dieser Regelung aber ausgeschlossen. Der Krankenhausrahmenplan 2009 bezieht die psychiatrische Notfallversorgung mit einer eigenen Definition aber ausdrücklich mit ein.

Für die Psychiatrie wird anstelle des Begriffs der Notfallversorgung die Pflichtversorgung verwendet. Dies geschieht auch im § 5 Abs. 2 Satz 1 HKHG 2011 sowie in den Krankenhausplanerischen Feststellungsbescheiden.

Deshalb müsste Abs. 4 dahingehend ergänzt werden, dass nach dem Wort Notfallversorgung eingefügt wird „und der psychiatrischen Pflichtversorgung nach § 5 Abs. 2 Satz 1“ oder der Verweis auf § 17 Abs. 2 entfällt ganz, sodass der Abs. 4 folgende Formulierung erhalten würde:

*„(4) Bei Krankenhäusern die nach § 19 Abs. 4 bzw. per Bescheid zur Teilnahme an der Notfallversorgung und psychiatrischen Pflichtversorgung bestimmt wurden, wird die Summe der Investitionsbewertungsrelation um 15 % erhöht.“*

Der jetzige Gesetzentwurf führt zu einer Schlechterstellung psychiatrischer Fachkrankenhäuser. Denn Allgemeinkrankenhäuser mit psychiatrischer Abteilung und Teilnahme an der Notfallversorgung würden für ihre Psychatriebetten 15 % an Pauschalmitteln mehr bekommen als Fachkliniken. Dies ist nicht gerechtfertigt.

Die Verteilungsgerechtigkeit von Fördermitteln wird auch durch § 23 Abs. 5 tangiert. Es ist unvertretbar, dass ein völlig neu gebautes Krankenhaus bereits nach 6 Jahren eine uneingeschränkte Investitionspauschale erhalten soll, genauso wie ein Krankenhaus, das seit 20 Jahren keine Einzelfördermittel mehr bekommen hat. Die 6-Jahres-Frist muss meiner Ansicht deutlich verlängert werden.

Der Im Absatz 6 vorgesehene Genehmigungsvorbehalt von Bauprojekten ab 10 Mio. Euro schränkt ein stückweit raschere, flexiblere und unbürokratischere Investitionsentscheidungen wieder ein. Krankenhäuser müssen bauliche Zielplanungen zur Genehmigung vorlegen. Insofern halte ich es für ausreichend, dass bei Großbauprojekten geprüft wird, ob die Einzelmaßnahme mit der baulichen Zielplanung übereinstimmt.

#### **Zu Artikel 2 Nr. 5 (§ 24)**

Es sollte klargestellt werden, dass auch vor Inkrafttreten der Investitionspauschale eingegangene Darlehensverpflichtungen für Krankenhausbauten aus der Investitionspauschale bedient werden dürfen.

Außerdem dient es der Klarheit, wenn § 24 dahingehend ergänzt würde, dass nach bisherigem Recht bewilligte aber noch nicht vollständig verbrauchte pauschale Fördermittel wie Mittel der Investitionspauschale verwendet werden dürfen.

#### **Zu Artikel 2 Nr. 5 (§ 25)**

Abs. 1 sollte um folgende Formulierung ergänzt werden:

*„Dies gilt auch für Verpflichtungen aus Mietverträgen, die aufgrund von Mietfördermaßnahmen nach § 27 HKHG 2011 abgeschlossen wurden, bis zum Ende ihrer Laufzeit.“*

Bisher hat das Land in der Regel keine Einzelfördermittel für den Neubau von psychiatrischen Tageskliniken bereitgestellt. Deshalb sind für Tageskliniken der Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie längerfristige Mietverträge mit Investoren abgeschlossen und genehmigt worden. Hierfür erhalten die Vitos Tochtergesellschaften bisher Fördermittel nach § 27 HKHG 2011. Würden diese ohne Übergangsregelung in die Investitionspauschale einbezogen, entstünde eine nicht unbeträchtliche Benachteiligung gegenüber Krankenhäusern, deren Bauprojekte über Einzelförderung finanziert worden sind.

Vitos Kliniken haben langfristige Mietverpflichtungen zwischen 42.660,00 Euro und 269.293,00 Euro p.a. je Klinik übernommen. Die Mietförderung in Vitos Kliniken summiert sich auf rd. 1,3 Mio. Euro pro Jahr.

### **Zu Artikel 2 Nr. 5 (§ 27)**

Forschungsprojekte zum Krankenhauswesen sind sicher wichtig. Ihre Kosten sollten aber nicht die ohnehin schon knapp bemessenen Krankenhausfördermittel schmälern. Hierfür sollte das Land gesonderte Finanzierungsmittel bereitstellen.

### **Zu Artikel 2 Nr. 5 (§ 35)**

Das Gesetz soll – wie bei hessischen Gesetzen üblich – Ende 2020 außer Kraft treten. Dies bedeutet, dass offen bleibt, ob die Investitionspauschalen fortgeführt werden oder durch andere Fördermittel-Regelungen ersetzt werden.

Krankenhäuser werden künftig verstärkt Investitionsmaßnahmen über den Kapitalmarkt finanzieren und den Schuldendienst aus Mitteln der Investitionspauschale decken müssen. Banken verlangen für langfristige Darlehensgewährungen ausreichende Sicherheiten. Das Risiko des Wegfalls der Investitionspauschalen schon 2020 kann zu einer kaum zu überwindenden Hürde für Darlehensaufnahmen führen.

In diesem Zusammenhang wird es auch für notwendig gehalten, dass der Fördermittelanspruch der Krankenhäuser an den Darlehensgeber abgetreten werden darf. Hierdurch können günstigere Darlehensbedingungen erzielt werden. Der Gesetzentwurf verbietet dies zwar nicht, aber eine Klarstellung im Gesetz wäre wichtig und hilfreich.

## **2. Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Krankenhausversorgung und der Anerkennung von Leistungen in der Pflege**

### **2.1 Allgemeine Anmerkungen**

Mit dem Hessischen Krankenhausgesetz vom 21.12.2010 hat das Land den Weg der Deregulierung im Krankenhausbereich beschritten. Dies erhöht den Spielraum für unternehmerische Entscheidungen im Wettbewerb der auch in der Psychiatrie und Psychosomatik zunimmt.

Der Gesetzentwurf der SPD-Fraktion zielt dagegen auf eine stärkere Reglementierung bei der Krankenhausplanung, den Mindestpersonalzahlen sowie strukturellen und organisa-

torischen Vorgaben ab. Ich habe große Zweifel daran, dass dies zu einer höheren Prozess- und Ergebnisqualität führen kann. Der Gesetzentwurf wird vielmehr zu einem steigenden administrativen Aufwand führen, der bei ohnehin knappen Ressourcen der Patientenbehandlung finanzielle Mittel entziehen wird.

Nicht zuletzt stehen einige Regelungen des Gesetzentwurfes nicht im Einklang mit bundesrechtlichen Vorgaben des Leistungs- und Finanzierungsrechts.

## 2.2 Einzelanmerkungen

### **Zu Artikel 1 Nr. 3 (§ 4 Abs. 2)**

Hier taucht erstmals im Gesetzentwurf der Begriff „Psychotherapeutinnen und -therapeuten“ auf. Es gibt ärztliche Psychotherapeuten und Psychologische Psychotherapeuten; letztere scheinen gemeint zu sein. Dies sollte dann aber auch präzise im Gesetz formuliert werden.

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob auch Kinder- und jugendlichen Psychotherapeuten neben den Psychologischen Psychotherapeuten jeweils zu nennen sind.

### **Zu Artikel 1 Nr. 4 (§5)**

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die Entscheidung über die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung nicht alleine von einem Arzt, sondern auch von einem (Psychologischen) Psychotherapeuten getroffen werden darf.

Dies steht im Widerspruch zu Intentionen des Bundesrechts.

Psychologische Psychotherapeuten haben zwar eine eigenständige Heilberufsbefugnis, aber sie dürfen keine Krankenhausbehandlung verordnen. § 73 Abs. 2 Satz 2 SGV V schließt dies ausdrücklich aus. Wenn sie nicht befugt sind, Krankenhausbehandlungen zu verordnen, dürfen sie auch die Behandlungsbedürftigkeit nicht feststellen. § 39 SGB V bestimmt zudem, dass das Krankenhaus in jedem Einzelfall prüfen muss, ob eine Krankenhausaufnahme notwendig ist. Die Definition des Begriffs „Krankenhaus“ nach § 107 Abs. 1 SGB V erfordert eine ständige ärztliche Leitung und jederzeit verfügbare Ärzte um vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistungen Krankheiten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten. Nach dieser Definition ist Krankenhausbehandlung also ärztlich verantwortete Behandlung.

Deshalb sehe ich keine Möglichkeit und auch keine Notwendigkeit die Entscheidung über die Aufnahme in ein Krankenhaus Psychologischen Psychotherapeuten zu überlassen.

### **Zu Artikel 1 Nr. 5 (§ 6)**

Eine detaillierte gesetzliche Regelung über Entlassungsplanung und Anschlussbehandlung ist nicht erforderlich. In § 11 Abs. 4 SGB V ist bereits ein Anspruch der Versicherten auf ein Versorgungsmanagement mit Entlassungsplanung gegenüber dem Krankenhaus normiert. In der Psychiatrie und der Kinder- und Jugendpsychiatrie spielt die Vorbereitung der Entlassung und die Organisation einer angemessenen Anschlussbetreuung seit je her eine wesentliche

Rolle im gesamten Behandlungsprozess. Die Entlassungsplanung entspricht hier medizinischen Standards. Einer gesetzlichen Regelung hierzu bedarf es nicht.

§ 6 Abs. 6 HKHG 2011 enthält bereits eine ausreichende gesetzliche Bestimmung über Ethikbeauftragte. Es soll der Organisationshoheit des einzelnen Krankenhausträgers überlassen bleiben, ob er einzelne Personen oder eine Kommission mit der Erörterung ethischer Fragen im Krankenhaus beauftragt. Eine so detaillierte gesetzliche Regelung - wie im Entwurf der SPD-Fraktion vorgesehen - ist nicht notwendig.

#### **Zu Artikel 1 Nr. 6 (§ 8)**

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Regelung über Mindestpersonalzahlen und ein differenziertes Berichtswesen über die Einhaltung dieser Vorgaben mit entsprechenden Handlungsoptionen für das Gesundheitsministerium bis hin zur Herausnahme des Krankenhauses aus dem Krankenhausplan garantiert keine bessere Patientenversorgung, kann aber die wirtschaftliche Situation von Krankenhäusern verschärfen.

In der Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie steht - wie auch in der Somatik - die Prozess- und Ergebnisqualität im Vordergrund. Sie durch geeignete Qualitätsindikatoren zu messen ist Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Vorgaben zur Personalausstattung und damit zur Strukturqualität haben für die Leistungsqualität nicht die Bedeutung wie ursprünglich einmal erwartet. Es ist kein empirischer Nachweis bekannt, der die Ergebnisqualität von normativen Personalstandards abhängig macht.

In der Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie gibt es zurzeit mit der Psychiatrie-Personalverordnung noch solche Strukturvorgaben. Diese Verordnung tritt aber am 31.12.2016 außer Kraft. Der Gemeinsame Bundesausschuss soll im Rahmen von Qualitätssicherungsmaßnahmen in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung Empfehlungen für die Personalausstattung der Kliniken aussprechen.

Vor diesem Hintergrund bleibt kein Raum mehr für landesgesetzgeberische Initiativen.

#### **Zu Artikel 1 Nr. 7 (§ 8 a)**

Die Arbeitszeitüberwachung oder -erfassung ist eine ureigene Aufgabe der Organisationshoheit des Krankenhausträgers. Auf diesem Gebiet sollte sich der Gesetzgeber mit Regelungen zurückhalten.

CIRS-Systeme sind bereits bundesrechtlich geregelt und spielen im Zusammenhang mit Haftpflichtversicherungen eine maßgebliche Rolle bei der Beitragshöhe.

Patientenbefragungen gehören heute zum Instrumentarium der Qualitätssicherung. Bei der Zertifizierung von Krankenhäusern werden sie standardmäßig gefordert.

Deshalb besteht hierfür kein Regelungsbedarf durch den Gesetzgeber.

**Zu Artikel 1 Nr. 10 (§ 15)**

Wahlärztliche Leistungen spielen in der Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie bisher eine untergeordnete Rolle. Unabhängig davon fallen sie nach aktuellen Chefarztverträgen unter die Dienstaufgaben und werden vom Krankenhaus selbst liquidiert. Von daher ist die Gesetzesregelung des § 15 HKHG verzichtbar.

**Zu Artikel 1 Nr. 11 (§ 17)**

Die Einfügung der Formulierung „im Falle von Allgemeinkrankenhäusern“ in den § 17 Abs. 2 begrüße ich außerordentlich. Hierdurch wird nämlich erreicht, dass die fachspezifische Notfallversorgung psychiatrischer Krankenhäuser berücksichtigt wird.

**Zu Artikel 1 Nr. 12 (§ 18)**

Der Begriff „Krankenhauskonferenzen“ löst Irritationen aus, denn nach § 21 HKHG 2011 sind diese Institutionen als „Gesundheitskonferenzen“ bezeichnet.

**Zu Artikel 1 Nr. 13 (§ 19)**

Der § 19 regelt die Durchführung und Weiterentwicklung des Krankenhausplanes. Die Krankenhausplanung erfolgt auf der Basis der medizinischen Fachgebiete.

Ob und wie ein Krankenhausträger die Fachgebiete in Organisationseinheiten gliedert und wie er deren Leitung regelt, unterliegt der Organisationshoheit des Krankenhausträgers und entzieht sich einer gesetzlichen Regelung.

Sehr geehrter Herr Schlaf,

ich bitte Sie, diese Stellungnahme in die Ausschussberatungen einzubringen. Herr Hübner ist gerne bereit, die einzelnen Punkte noch zu vertiefen.

Mit freundlichen Grüßen



Reinhard Belling  
Geschäftsführer

## Stellungnahme des Marburger Bundes Hessen zu dem dringlichen Gesetzentwurf der Fraktion der SPD Drs.: 18/7392

### 1. § 15 HKHG (Nr. 10)

#### a) Zu § 15 Abs. 2 Satz 2 neu HKHG:

Der Marburger Bund Hessen begrüßt diese dringend notwendige Klarstellung. Bereits im Anhörungsverfahren im Oktober 2010 hatten wir dieses Anliegen zum Ausdruck gebracht: <http://starweb.hessen.de/cache/AV/18/SPA/SPA-AV-040-T3.pdf>. Zwar sind wir weiterhin der Auffassung, dass sowohl § 15 HKHG 2002 als auch § 15 HKHG 2011 im Sinne des SPD-Antrags zu verstehen sind (so bereits auch Frau Ministerin Lautenschläger <http://starweb.hessen.de/cache/DRS/16/3/07583.pdf>). Die gelebte „Umgehungspraxis“ sieht aber vielfach anders aus und lässt den in Hessen seit nunmehr 1973 bestehenden gesetzgeberischen Willen der Beteiligung von Ärztinnen und Ärzten sowie nichtärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern an Einnahmen aus wahlärztlichen Leistungen ins Leere laufen.

In Krankenhäusern wird die derzeitige gesetzliche Regelung häufig mit folgenden Begründungen umgangen:

- § 15 HKHG 2011 greife nur, wenn Chefärztinnen/Chefärzte ein eigenes Liquidationsrecht besitzen, bzw.
- Eine Beteiligung der nachgeordneten Ärzte bzw. der sonstigen Mitarbeiter finde nicht statt, wenn die Einnahmen aus wahlärztlichen Leistungen zu 100 % der Klinik zufließen. In einem solchen Fall erziele der leitende Arzt keine Einnahmen nach § 15 Absatz 1 HKHG 2011. Der § 15 Absatz 2 HKHG wäre wegen des Verweises auf § 15 Absatz 1 HKHG 2011 („**Soweit Einkünfte nach Abs. 1 Satz 1 im stationären Bereich erzielt werden...**“) so zu verstehen, dass es auch für die Beteiligung der nachgeordneten Mitarbeiter auf den finanziellen Zufluss beim leitenden Arztes ankomme. Dem Einwand, dass es für eine Beteiligung der nachgeordneten Mitarbeiter nach § 15 Abs. 2 HKHG nur auf eine Einnahmenerzielung im stationären Bereich ankomme, wird in der Regel nicht gefolgt.

Dies führt dazu, dass nachgeordnete Ärzte und nichtärztliches Personal entweder keine oder eine niedrigere als die gesetzlich vorgesehene Beteiligung erhalten, wohingegen die Chefärzte oder Chefärztinnen oftmals für die Abtretung ihres Liquidationsrechts eine höhere Festvergütung oder eine Kompensation über eine Zielvereinbarung erhalten.

Der Marburger Bund Hessen ist in einem solchen Fall gerichtlich gegen das betroffene Krankenhaus vorgegangen. Das zuständige Arbeitsgericht hat die Klage unlängst mit Urteil vom 01. Juli 2013 abgewiesen. Die Urteilsgründe liegen noch nicht vor. Es zeigt aber erneut die Dringlichkeit einer gesetzlichen Klarstellung, um weitere Umgehungen zu vermeiden.

#### b) Zu § 15 Abs. 3 und 4:

Die grundsätzliche Möglichkeit der Beteiligung nichtärztlicher Mitarbeiter findet sich bereits in § 15 Abs. 3 HKHG 2011. Der weitere Verfahrensgang hierzu war



zufriedenstellend in der Krankenhausfondsverordnung geregelt. Eine Verteilung nach dem „Gießkannenprinzip“ fördert nicht die Motivation der am Fonds Beteiligten. Wir regen an, den weiteren Verfahrensweg der Beteiligung wieder eindeutig und verbindlich über die (aufgehobene) Krankenhausfondsverordnung zu regeln.

**2. § 8 HKHG (Nr. 6):**

Die Einführung von Personalanzahlzahlen auch für Ärztinnen und Ärzte halten wir zur Sicherung der Versorgungsqualität und zum Schutz der Mitarbeiter für notwendig.

**3. § 8 a HKHG (Nr.7):**

**a) Zu § 8a Abs.1 neu HKHG:**

Wir begrüßen die Verpflichtung zur Installierung elektronischer Zeiterfassungsgeräte. Sie dienen der transparenten und nachvollziehbaren Dokumentation der geleisteten Arbeitszeit und dienen dem Schutz von Patienten und Mitarbeitern gleichzeitig. Für die Krankenhäuser stellen sie zudem ein zuverlässiges Instrument der Erfüllung ihrer gesetzlichen Verpflichtung aus § 16 Arbeitszeitgesetz dar.

**b) Zu § 8a Abs.2 Neu HKHG:**

Der Marburger Bund Hessen unterstützt die Einführung von Systemen zur Erfassung von Fehlern und Beinahefehlern entsprechend der bereits existierenden „CIRS“-Systeme (Critical Incident Reporting-System) <http://www.cirsmedical.de/> der KBV und der Hausärzte <http://www.jeder-fehler-zaehlt.de/> .

**4. § 19 Abs.2 HKHG (Nr. 13):**

Der Marburger Bund setzt sich für den Erhalt des mit HKHG 2011 eingefügten § 19 Abs. 2 HKHG ein. Die Festlegung auf das Erfordernis eines hauptamtlichen Facharztes (entgegen der Beschäftigung eines „Honorararztes“) war sinnvoll. Die ärztliche Bewertung somatischer (Mit-) Ursachen psychischer Erkrankungen und die differentialdiagnostische Abgrenzung von psychiatrischen Störungen sind von grundlegender Bedeutung sowohl bei der Primärdiagnostik aber auch oftmals im weiteren Krankheitsverlauf und während einer Psychotherapie.

Psychologische Psychotherapeuten dürfen auch nicht selbst Medikamente, Heil- und Hilfsmittel (Ergotherapie, Logopädie) verordnen sowie Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ausstellen und Krankenseinweisungen fertigen.

Für eine stationäre Aufnahme wird nach § 2 Abs.3 der „Krankenhausbehandlungs-Richtlinien“ <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/16/> die Prüfung durch den zuständigen Arzt des Krankenhauses verlangt. Ebenso enthält der zwischen der Hessischen Krankenhausgesellschaft und den Krankenkassen abgeschlossene „Vertrag über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung gem. § 112 Abs.2 S.1 Nr.1 SGB V“ <http://weiter.es/-fBBB> in § 3 Abs.3 und 5 das Erfordernis einer Erstuntersuchung und der Entscheidung über die Notwendigkeit und Dauer einer Krankenhausbehandlung durch einen Krankenhausarzt. Auch der „Vertrag zur Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung nach § 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V“ <http://weiter.es/-f9MB> verlangt in § 2 Abs.5, dass eine Überprüfung durch die Ärzte des Medizinischen Dienstes in Gegenwart des Leitenden Abteilungsarztes oder seines Stellvertreters zu erfolgen hat.



Sozialverband VdK Hessen-Thüringen e. V. · Elsheimerstraße 10 · 60322 Frankfurt/Main

Hessischer Landtag  
Sozialpolitischer Ausschuss

**Landesgeschäftsstelle**

Elsheimerstraße 10 · 60322 Frankfurt  
Telefon: 0 69 - 71 40 02-0  
www.vdk.de/hessen-thuringen

**Soziales und Recht**

Ihr Ansprechpartner:  
Eberhard Staubach  
Telefon: 0 69 - 71 40 02-27  
Telefax: 0 69 - 71 40 02-22  
E-Mail: staubach@vdk.de

AZ: II/St/Ri

Frankfurt, 08.08.2013

**Stellungnahme zum Gesetzentwurf der SPD für ein Gesetz zur Verbesserung der Krankenhausversorgung und zur Anerkennung von Leistungen in der Pflege  
Hier: betreffend das Hessische Gesetz über Betreuungs- und Pflegeleistungen  
(Drucksache 18/7392)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

zu dem Gesetzentwurf nehmen wir Stellung wie folgt:

Nr. 2:


Hintergrund des § 8 waren Berichte über Missstände in Pflegeheimen. § 8 soll und darf aber auch nicht so verstanden werden, dass damit die Beschäftigten unter „Generalverdacht“ gestellt werden. Wenn man dies beachtet, halten wir eine Beibehaltung des § 8 für sinnvoll. Der Antrag der SPD ist allerdings insoweit verständlich, als die Gesichtspunkte Schutz und Achtung der Würde sowie Recht auf gewaltfreie Pflege in § 1 Absatz 1 genannt sind.

Nr. 3 und Nr. 4:

Die vorgesehenen Änderungen von § 9 halten wir für sinnvoll: Es wird festgelegt, was „Fachkräfte“ sind und die Mindestzahl von Fachkräften wird im Gesetz und nicht wie bisher in einer Rechtsverordnung geregelt. Ebenfalls für sinnvoll halten wir es, wenn eine Mindestzahl von Beschäftigten (durch Rechtsverordnung) geregelt wird.

Aufgrund der hiermit abgegebenen schriftlichen Stellungnahme verzichten wir auf die Teilnahme an der mündlichen Anhörung.

Mit freundlichen Grüßen

  
Egbert Koeppen  
Landesgeschäftsführer

**LPR**

**Landespflegerat Hessen**

**Stellungnahme des Landespflegerates Hessen (LPR)**

**zum Gesetzentwurf zur Verbesserung der Krankenhausversorgung und zur Anerkennung von Leistungen in der Pflege (GVKALP) DS 18/7392**

Vor dem Hintergrund des „Gutachten zur Situation der Pflege in Hessischen Akutkrankenhäusern“ begrüßen wir den Gesetzentwurf der Fraktion der SPD für ein Gesetz zur Verbesserung der Krankenhausversorgung und zur Anerkennung von Leistungen in der Pflege ausdrücklich.

Der Landespflegerat hat seit Jahren den systematischen Stellenabbau in den hessischen Krankenhäusern kritisiert und gleichfalls auf die prekäre pflegerische Personalsituation und Versorgungsdefizite hingewiesen. Diese Umstände werden nunmehr durch das o.a. Gutachten bestätigt.

Der Landespflegerat sieht hier einen akuten Handlungsbedarf der Landesregierung.

Auch andere Gutachten wie beispielsweise vom Deutschen Institut für Pflegewissenschaft (DIP), Pflegethermometer 2009 und 2012, zeigen deutlich den Zusammenhang von Personalmangel und die Risiken für die Patientenversorgung auf.

Eine gesetzliche Regelung zu einer bedarfsgerechten pflegerischen Personalausstattung in hessischen Krankenhäusern ist im Sinne von Versorgungssicherheit der Patienten dringend geboten.

Artikel 1, § 6 geänderter Abs.1

Die Forderung nach Pflegefachpersonal im Bereich der Pflegeüberleitung wird vom Landespflegerat begrüßt. Das Pflegefachpersonal muss über entsprechende Zusatzqualifikation verfügen.

Artikel 1, § 6 Abs. 7

Bezüglich einer Ethikkommission halten wir ein interdisziplinär zusammengesetztes Team aus Berufsgruppen, die am Versorgungsprozess unmittelbar beteiligt sind für notwendig.

Gerade Pflegefachpersonen sehen aufgrund ihrer alltäglichen Berufspraxis die wichtigsten ethischen Fragen rund um die Versorgung.

Krankenhäuser sollten verpflichtet sein, die erforderlichen Ressourcen zur Verfügung zu stellen und die Mitarbeiter einer Ethik-Kommission regelmäßig fort- und weiterzubilden.

**08-08-2013**

**ADS**

Arbeitsgemeinschaft christlicher Schwesternverbände und Pflegeorganisationen e.V.

**BeKD**

Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e.V.

**BLGS**

Bundesverband Lehrende Gesundheits- und Sozialberufe e.V.

**BLFK**

Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie e.V.

**Bundesverband Pflegemanagement e.V.**

Landesgruppe Hessen

**DBfK**

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe DBfK Südwest e.V.

**DGF**

Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste e.V.

**DPV**

Deutscher Pflegeverband e.V.

**Hebammen**

Landesverband der Hessischen Hebammen e.V.

**VdS**

Verband der Schwesternschaften

**VPU**

Verband der PflegedirektorInnen der Unikliniken

# LPR

## Landespflegerat Hessen

### Artikel 1, § 8, Abs. 2

Das in § 8 vorgeschlagene zweizügige Vorgehen, einerseits Mindestpersonalzahlen vorzuhalten und andererseits Verfahren zu entwickeln, die den Personalbedarf valide berechnen, hält der Landespflegerat für unerlässlich.

Dennoch zeigen gerade die Erfahrungen im stationären Bereich der Altenpflege, dass Mindestpersonalzahlen (Fachkraftquote) häufig als Anlass genommen werden, nur diese Mindestzahl zu erfüllen, ohne auf die tatsächlichen Versorgungsbedarfe abzustellen.

Absolut zwingend halten wir auch eine gesicherte Finanzierung des erforderlichen Personals auf Grundlage einer validen Bedarfsberechnung.

### Artikel 1, § 8a

Ein einheitliches Erfassen der Qualitätsmängelberichte der Beschäftigten (hier als Überlastungsbericht bezeichnet) sowie das systematische Erfassen von kritischen Ereignissen nach einem einheitlichen Verfahren, hält der Landespflegerat im Rahmen einer gebotenen Transparenz zur Patientensicherheit ebenfalls für notwendig.

Die aus den Ereignissen resultierenden Interventionen müssen dokumentiert sein.

### Artikel 1, § 14, Absatz 4

Der Landespflegerat hält es ebenfalls für wichtig, die pflegerische Leitung in der Krankenhausbetriebsleitung gleichberechtigt zu stärken.

Hier schlagen wir folgende Formulierung vor: „Der Krankenhausträger hat an die Krankenhausleitung die ärztliche Leitung, die Leitung des Wirtschafts- und Verwaltungsbereiches und die Leitung des Pflegedienstes gleichberechtigt und mit gleicher Stimme zu beteiligen.“

### Artikel 2 Nr. 2:

Die Aufhebung wird begrüßt.

### Artikel 2 Nr. 3

Der Landespflegerat hält eine Berechnung der Personalausstattung unabhängig von Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen der Träger für erforderlich.

### Artikel 2 Nr. 4

Eine pauschale Aufweichung der Fachkraftquote durch Anrechnung von Hilfskräften lehnt der Landespflegerat ab.

Frank Stricker

Vorsitzender

08-08-2013

#### **ADS**

Arbeitsgemeinschaft  
christlicher  
Schwesternverbände  
und  
Pflegeorganisationen  
e.V.

#### **BeKD**

Berufsverband  
Kinderkrankenpflege  
Deutschland e.V.

#### **BLGS**

Bundesverband  
Lehrende Gesundheits-  
und Sozialberufe e.V.

#### **BLFK**

Bundesfachvereinigung  
Leitender  
Krankenpflegepersonen  
der Psychiatrie e.V.

#### **Bundesverband Pflegemanagement e.V.**

Landesgruppe Hessen

#### **DBfK**

Deutscher  
Berufsverband für  
Pflegeberufe  
DBfK Südwest e.V.

#### **DGF**

Deutsche Gesellschaft  
für Fachkrankenpflege  
und Funktionsdienste  
e.V.

#### **DPV**

Deutscher  
Pflegeverband e.V.

#### **Hebammen**

Landesverband der  
Hessischen Hebammen  
e.V.

#### **VdS**

Verband der  
Schwesterschaften

#### **VPU**

Verband der  
PflegedirektorInnen der  
Unikliniken

Landeskammer für  
Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und  
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten  
Hessen



**LPPKJP HESSEN**  
Körperschaft des öffentlichen Rechts

LPPKJP HESSEN Gutenbergplatz 1 · 65187 Wiesbaden

Hessischer Landtag  
Sozialpolitischer Ausschuss  
Postfach 3240  
65022 Wiesbaden

Geschäftsstelle  
Gutenbergplatz 1 · 65187 Wiesbaden  
Telefon 06 11 531 68-0  
Telefax 06 11 531 68-29  
e-mail post@ptk-hessen.de  
www.ptk-hessen.de

## Präsident

**Gesetzentwurf der Landesregierung für ein Gesetz zur Änderung  
des Hessischen Krankenhausgesetzes 2011– Drucksache 18/7351  
und  
Dringlicher Gesetzentwurf der Fraktion der SPD für ein Gesetz zur  
Verbesserung der Krankenhausversorgung und zur Anerkennung  
von Leistungen in der Pflege – Drucksache 18/7392**

**Stellungnahme im Anhörungsverfahren des Sozialpolitischen Aus-  
schusses**

Sehr geehrte Damen und Herren,  
sehr geehrte Frau Schulz-Asche,

wir bedanken uns für die Möglichkeit, eine Stellungnahme in dem Ge-  
setzgebungsverfahren abgeben zu können.

### Regierungsentwurf

Unseres Erachtens besteht die Grundproblematik der Krankenhausfi-  
nanzierung – jenseits der Art des Förderverfahrens – darin, dass die  
notwendigen Investitionsmittel nicht bereitgestellt werden. Dadurch ist  
ein erheblicher Investitionsstau entstanden, der sich auch durch das in  
Aussicht genommene Sonderprogramm nicht annähernd auflösen las-  
sen wird. Die Umstellung auf die Pauschalierung löst also das Investiti-  
ons- und Finanzierungsproblem der Krankenhäuser und ihrer Träger  
nicht.

Die Änderung der Art des Förderverfahrens ist einerseits zu begrüßen,  
weil eine Flexibilisierung von Investitionsentscheidungen, -realisierung  
und -finanzierung ermöglicht wird. Darüber hinaus können aufwändige  
Verwaltungsverfahren vermieden werden. Dabei sehen wir aber das  
Problem, dass im Vertrauen auf spätere Pauschalleistungen getätigte  
kreditfinanzierte Investitionen aus haushaltsrechtlichen Gründen des  
Landes mit einem Risiko verbunden sein werden.

Ihr Schreiben vom

Datum

9. August 2013

Ansprechpartner/in

Johann Rautschka-Rücker

Telefon

0611/53168 - 0

e-mail

post@ptk-hessen.de

Präsident	Alfred Krieger
Vizepräsidentin	Dr. Heike Winter
Besitzer/innen	Susanne Walz-Pawlika Karl-Wilhelm Höffler Dr. Ulrich Müller Ariadne Sartorius Yvonne Winter

Geschäftsführer Johann Rautschka-Rücker

Andererseits halten wir die Steuerungsinstrumente, die dem Land mit den §§ 26 und 28 künftig verbleiben, nicht für ausreichend. Es ist durchaus nicht auszuschließen, dass künftig strukturelle Änderungen im Krankenhauswesen zu besonderen Investitionserfordernissen führen können, auf die mit einer pauschalen Förderung nicht zureichend reagiert werden kann.

### Gesetzentwurf der Fraktion der SPD

1. Der Gesetzentwurf greift eine Reihe von Anliegen in der Sache auf, die wir bereits im Gesetzgebungsverfahren zum Hessischen Krankenhausgesetz 2011 eingebracht hatten. Damals war keine unserer Anregungen in das Gesetz übernommen worden, ohne dass ein sachlicher Grund dafür erkennbar geworden wäre.

Stattdessen wurde die rechtliche Stellung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten noch durch die Einfügung des § 19 Abs. 2 verschlechtert, indem sie ausdrücklich von der Leitung von Organisationseinheiten ausgeschlossen wurden.

Wir begrüßen insofern die Änderungsvorschläge der Fraktion der SPD und verweisen zur Vermeidung von Wiederholungen auf unsere Stellungnahme vom 27. Oktober 2010.

Einige Klarstellungen möchten wir aber zu einigen Aspekten der Thematik vornehmen:

#### *Facharztstandard*

Bei Psychologischen Psychotherapeutinnen und –therapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –therapeuten handelt es sich um akademische Heilberufe mit Approbation, die mit Aufgabenstellungen oder Funktionsstellen betraut werden können, die den Facharztstandard im Fachgebiet der Diagnose und Behandlung psychischer Störungen mit Krankheitswert erfordern. Hierfür sind approbierte Psychotherapeuten grundsätzlich qualifiziert (§ 39 Abs. 1 Satz 3 i.V. mit § 28 Abs. 3 SGB V); sie erfüllen in diesem Gebiet den Facharztstandard.

#### *Aufnahmeentscheidung*

Wer den Facharztstandard hinsichtlich Diagnose und Behandlung psychischer Störungen mit Krankheitswert gewährleisten kann, ist fachlich in der Lage, eine Aufnahmeentscheidung in solchen Einrichtungen zu treffen, die die Behandlung von psychischen Störungen mit Krankheitswert zur Aufgabe hat.

### *Leitungsbefugnis*

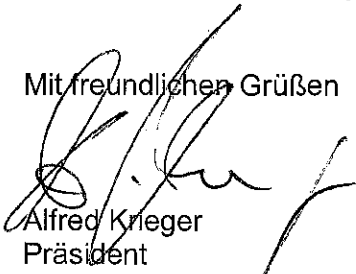
Ob approbierte Psychotherapeuten nach Bundesrecht (§ 107 Abs. 1 Nr. 2 SGB V) Krankenhäuser leiten dürfen, ist trotz § 72 Abs. 1 Satz 2 SGB V umstritten. Es existiert aber mit Ausnahme des begrenzten Anwendungsfeldes von § 118 Abs. 2 SGB V keine bundesrechtliche Vorschrift, die approbierten Psychotherapeuten die Leitung von Organisationseinheiten unterhalb der Ebene der Gesamtleitung eines Krankenhauses verwehrt.

Es ist deshalb sowohl sachlich angemessen als auch ein verfassungsrechtliches Gebot, keine landesrechtlichen Berufsausübungsregelungen zu treffen, die nicht durch vernünftige, zweckmäßige Gründe des Gemeinwohls begründet sind. Solche Gründe sind nicht erkennbar. § 19 Abs. 2 Hessisches Krankenhausgesetz verstößt unseres Erachtens in seiner heutigen Fassung gegen Art. 12 Grundgesetz.

2. Mindestpersonalzahlen, wie sie der Entwurf der SPD-Fraktion in der Neufassung des § 8 vorsieht, halten wir im Geltungsbereich der Pauschalierenden Entgelte für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) für sachgerecht und notwendig. Sofern der G-BA keine Mindestpersonalausstattung und Qualitätsindikatoren für diese Bereiche der sprechenden Medizin und Psychotherapie definiert, ist unseres Erachtens das Land gefordert. Ohne zureichende Ausstattung mit therapeutischem Personal gibt es keine sprechende Medizin und keine Psychotherapie.

Seit der Umsetzung der Psych-PV erodierte die Finanzierung der Personalstellen infolge der jährlichen Unterfinanzierung der Kostensteigerungen im Budget. Es ist zu vermuten (unseres Wissens existieren keine Zahlen), dass bereits heute in vielen Kliniken das geltende Psych-PV-Soll unterschritten wird. Dieser Zustand ist nicht hinnehmbar, insbesondere dann nicht, wenn noch die zu befürchtenden Fehlanreize greifen, die PEPP in seiner heutigen Ausgestaltung inhärent sind.

Mit freundlichen Grüßen



Alfred Krieger  
Präsident

## **Stellungnahme des Marburger Bundes Hessen zu dem Gesetzentwurf der Landesregierung Drs.: 18/7351**

### **Zu Art. 1**

#### **1. § 15 HKHG (Nr. 7)**

Neben der redaktionellen Änderung halten wir dringend eine Klarstellung für erforderlich, dass ärztliche und nichtärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an den Einnahmen aus wahlärztlichen Leistungen zu beteiligen sind, auch wenn die Chefärzte kein eigenes Liquidationsrecht besitzen. Hierzu verweisen wir auf unsere Stellungnahme zu § 15 HKHG im Gesetzentwurf der SPD Drs.: 18/7392.

#### **2. § 25a HKHG (Nr.11)**

Auch durch das Sonderprogramm in Höhe von 120 Mio. Euro für das Jahr 2015 wird dem Investitionsstau der Krankenhäuser in Hessen nicht abgeholfen, mit der Folge, dass Krankenhäuser ihre Investitionen zunehmend aus den DRG-Erlösen tätigen.

### **Zu Art. 2**

#### **§§ 20 und 21 HKHG (Nr. 3 und 4):**

Das Land „verschenkt“ mit der Streichung von § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 und § 21 Abs.1 Satz 2 Nr.3 seine versorgungssteuernden Einflussmöglichkeiten bei der Aufstellung von Bauprogrammen zum Preis eines größeren unternehmerischen Spielraums der Krankenhausträger. Auch wird die nach § 7 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) vorgesehene Mitwirkung der zu Beteiligten (bisher Landeskrankenhauseusschuss und Gesundheitskonferenzen) zu Gunsten eines Dispositionsfreiraums der Krankenhausträger zurückgedrängt, was aus unserer Sicht nicht einer adäquaten flächendeckenden stationären Versorgung der Bevölkerung dient.





*Fachbereich 03  
Gesundheit, soziale Dienste,  
Wohlfahrt und Kirchen*

**Vereinte  
Dienstleistungs-  
gewerkschaft**

ver.di · Postfach 200255 · 60606 Frankfurt am Main

**Landesbezirk  
Hessen**

Wilhelm-Leuschnerstr. 69-77  
60329 Frankfurt am Main

**Georg Schulze-Ziehaus**  
Landesfachbereichsleiter

Telefon: 069/ 2569-0  
Durchwahl: 069/ 2569-1322  
Telefax: 069/ 2569-1329  
PC-Fax: 01805/ 83734328047\*  
georg.schulze-ziehaus@verdi.de  
www.verdi.de

Datum 8. August 2013  
Ihre Zeichen  
Unsere Zeichen FB03 GSZ/Ke

**Stellungnahme der Gewerkschaft ver.di, Landesbezirk Hessen  
zum Gesetzentwurf der Landesregierung für ein Gesetz zur Än-  
derung des Hessischen Krankenhausgesetzes 2011 -Drucks.  
18/7351**

**Und dem Dringlichen Gesetzentwurf der Fraktion der SPD für ein Gesetz zur Ver-  
besserung der Krankenhausversorgung und zur Anerkennung von Leistungen in der  
Pflege -Drucks. 18/7392**

Mit dem Gesetzentwurf der Landesregierung soll die bisherige Einzelförderung von Krankenhausinvestitionen durch eine Umstellung auf Pauschalförderung ersetzt werden. Für bereits beantragte dringliche Investitionsvorhaben soll über ein zusätzliches Sonderprogramm von 120 Mio € in zehn Jahren ab 2016 noch ergänzend eine Förderung nach altem Recht möglich sein.

Nach Auffassung der Gewerkschaft ver.di ist bei einer Novellierung der Krankenhausinvestitionsförderung des Landes die Frage, ob anstelle der Einzelförderung künftig Pauschalmittel gezahlt werden weniger entscheidend als die Frage, ob die Fördermittel ausreichend sind, um die ausreichende Versorgung der hessischen Bürgerinnen und Bürgern mit Einrichtungen der stationären Krankenhausversorgung flächendeckend in ausreichender Qualität sicher zu stellen. Damit ist an erster Stelle die absolute Höhe der Fördermittel des Landes die entscheidende Größe und nicht die Art der Zuteilung. Für die bisherige Einzelförderung spricht, dass die Möglichkeit der Landesregierung, im Genehmigungsverfahren stärker die qualitative und strukturelle Weiterentwicklung der hessischen Kliniken zu steuern. Für die Pauschalförderung spricht die höhere Planungssicherheit der einzelnen hessischen Kliniken.

\*Festnetzpreis 14 ct/min,  
Mobilfunkpreise maximal  
42 ct/min

Allerdings war die Höhe der bisherigen Landesfördermittel bereits nicht ausreichend, um den Investitionsbedarf der hessischen Kliniken zu decken. Entsprechend besteht eine Investitionsstau, der auch durch das Sonderprogramm von 120 Mio € in zehn Jahren ab 2016 nicht ausreichend finanziert wird. Für eine Vielzahl von kommunalen hessischen Kliniken wird z.Zt. eine sog. indikative Bewertung in Verantwortung des hessischen Sozialministeriums durchgeführt, aus der sich auch Erkenntnisse zum künftigen Investitionsbedarf ergeben werden, die nach Auffassung der Gewerkschaft ver.di auf alle hessischen Kliniken hochgerechnet werden können. Pauschal geht die Fachliteratur von einem konstanten Bedarf an Krankenhausinvestitionsmitteln in Höhe von 9% des Umsatzes aus. In Hessen würde das bedeuten, dass die jährlich gezahlten Landesmittel für Krankenhausinvestitionen dauerhaft um mindestens 50% der bisher gezahlten Summe zu erhöhen sind.

Unzureichende Investitionsfinanzierung der Kliniken hat in den letzten Jahren zu einem dramatischen Abbau von Stellen im nichtärztlichen Bereich der Krankenhäuser, insbesondere im Bereich der Pflegekräfte als der zahlenmäßig größten Berufsgruppe im Krankenhaus geführt. Daher unterstützen wir ausdrücklich die im dringlichen Gesetzentwurf der SPD enthaltene Verpflichtung zur Einführung von gesetzlichen Personalmindeststandards zur Sicherstellung einer guten Patientenversorgung auf Grundlage des Standes der Wissenschaft. Für die Akutkliniken in Hessen ist kürzlich die im Auftrag des hessischen Sozialministeriums von Dr. B. Braun u.a. erstellte Studie zur Pflegesituation in hessischen Akutkliniken veröffentlicht worden. Als ein wesentliches Ergebnis dieser Studie ist festzustellen, dass eine hohe Zahl von Faktoren die Qualität der Pflege in hessischen Akutkliniken beeinflussen, dass innerhalb dieser Faktoren allerdings die Quantität und die Qualifikation der Pflegekräfte zu den entscheidenden Einflussfaktoren gehören, die über Qualität bzw. erhöhte Qualitätsmängel in der stationären Klinikbehandlung wie erhöhte Morbidität, Dekubiti, nosokomiale Infektionen, Stürze, Dehydrierung, Medikationsfehler o.ä. entscheiden.

Die Einbeziehung der Psychotherapeuten in die einzelnen Regelungen des HHKG wird von ver.di begrüßt.

In Artikel 2 „Änderungen des hessischen Gesetzes über Betreuungs- und Pflegeleistungen“ soll die Fachkraftquote in hessischen Pflegeeinrichtungen grundsätzlich auf 40% bei Anrechnung von staatl. anerkannten Hilfskräften gesenkt werden können. Mit Zustimmung der zuständigen Behörden soll auch eine noch niedrigere Fachkraftquote möglich sein. Diese Neuregelungen halten wir für nicht akzeptabel. Die stationäre Betreuung pflegebedürftiger Menschen erfordert ausreichend qualifiziertes Personal. Auch die staatl. Anerkennung von Kurzausbildungen kann die fehlende Qualifikation von Pflegekräften nicht ersetzen. Wenn aktuell nicht ausreichend qualifiziertes Pflegepersonal zur Verfügung steht, ist nicht die Absenkung der Fachkraftquote, sondern die Verbesserung der Attraktivität der Pflege, z.B. auch eine dem Wert der Arbeit angemessene Vergütung erforderlich.

Zu einzelnen Punkten der Gesetzentwürfe nehmen wir im Folgenden Stellung:

## 1. Entwurf der Landesregierung (Drucks. 18/7351)

Zu § 24:

Bei Einführung einer Pauschalförderung wird die Möglichkeit, Fördermittel innerhalb einer Trägergesellschaft zu bündeln, von uns als absolut sinnvolle Maßnahme begrüßt. In diesem Zusammenhang halten wir es allerdings für überfällig, ggfls. Durch eine Bundesratsinitiative Einfluss auf die Ausgestaltung des Kartellrechts dahingehend zu nehmen, dass Klinikverbände, die der Sicherstellung der öffentlichen Daseinsvorsorge in der Gesundheitsversorgung dienen, nicht dem Kartellrecht unterliegen dürfen.

Zu § 28:

Abs. 2 ist zu ergänzen um die Punkte

6. Gewährleistung von qualitativen Standards in der Personalbesetzung
7. Einhaltung von tariflichen Mindeststandards

## 2. Dringlicher Gesetzentwurf der SPD (Drucks. 18/7392)

Zu § 8:

Die vorgeschlagene Regelung wird ausdrücklich begrüßt.

Zur Klarstellung halten wir für die in § 8 Abs. 2 Satz 2 vorgesehene Rechtsverordnung den folgenden Zusatz für erforderlich:

*„In psychiatrischen Kliniken bzw. psychiatrische Fachabteilungen von Allgemeinkliniken ist dabei mindestens die Weitergeltung der Regelungen Psychiatrie-Personalverordnung vorzusehen, sofern die Hessische Rechtsverordnung keine höheren Personalmindeststandards für psychiatrische Kliniken oder psychiatrische Abteilungen in Allgemeinkliniken beinhaltet.“*

Auf Grundlage der aktuell veröffentlichten Studie von Braun u.a. zur Pflegesituation in hessischen Akutkliniken halten wir die folgenden zusätzlichen konkreten Regelungen, z.B. in einem Absatz 2a) für erforderlich

(2a)

1. Die Mindestbesetzung von 2 Pflegefachkräften auf einer Station darf auch im Nachtdienst nicht unterschritten werden.
2. Jede Klinik stellt durch ausreichende organisatorische Maßnahmen sicher, dass bei unvorhersehbare Arbeitsspitzen im Pflegedienst zusätzliches Pflegepersonal über die Regelbesetzung der betroffenen Abteilung hinaus eingesetzt werden kann

Zu § 8a

(1) Satz 1

Die generelle Einführung automatisierter Zeiterfassungssysteme für alle Beschäftigtengruppen halten wir schon aus datenschutzrechtlichen Gründen für problematisch, im übrigen auch nicht in allen Beschäftigungsbereichen für zielführend. Die Erfassung von über die werktägliche Arbeitszeit hinausgehenden Arbeitszeiten ist bereits im Arbeitszeitgesetz vorgesehen, allerdings

ist dort nicht zwingend ein automatisiertes Zeiterfassungssystem vorgeschrieben, die Zeiterfassung kann auch durch handschriftliche Aufzeichnungen erfolgen. Wenn das Ziel der vorgeschlagenen Regelung ist, dass die tatsächlich in einem Krankenhaus geleisteten Überstunden auch erfasst und vergütet werden, hat sich das System der automatisierten Zeiterfassung in diesem Sinne bisher nur im Bereich des ärztlichen Dienstes eines Krankenhauses bewährt. In allen anderen Beschäftigtengruppen, insbesondere bei Beschäftigten in Schicht- und Wechselschichtdiensten, führt die automatisierte Erfassung von Anwesenheitszeiten über das Ende der betriebsüblichen Arbeitsschicht nicht automatisch zur Bewertung der zusätzlichen Anwesenheitszeit als Überstunde. Die Rechtslage würde sich auch nicht bei Inkrafttreten der Regelung des § 8a Abs. 1 Satz 1 ändern.

(1) Satz 2:

Die systematische Erfassung von Überlastungsanzeigen wird ausdrücklich befürwortet. Wir halten es für sinnvoll, in der Dokumentation auch grundsätzlich zu erfassen, durch welche Maßnahmen die Klinik auf die gemeldete Überlastung reagiert hat bzw. aus welchen Gründen keine Reaktion erfolgt ist

Zu §§ 20 und 21:

Die Gewerkschaft ver.di hält –wie bereits in unserer Stellungnahme zur HHKG-Novelle 2011 ausgeführt– die Beteiligung einer/s Vertreters/in der nichtärztlichen Beschäftigten von Kliniken im Landeskrankenhausausschuss und in den Gesundheitskonferenzen für sinnvoll.

Zu Artikel 2 verweisen wir auf unsere grundsätzlichen kritischen Ausführungen in unserer Vorbemerkung oben.

Frankfurt, den 09.08.2013

gez. Georg Schulze-Ziehaus

ver.di Landesbezirk Hessen, Fachbereichsleiter Gesundheit

# DIE VERBÄNDE DER KRANKENKASSEN IN HESSEN

vdek LV Hessen • Walter-Kolb Straße 9-11 • 60594 Frankfurt

Hessisches Sozialministerium  
Herrn Dr. Stephan Hölz  
Dostojewskistraße 4  
65187 Wiesbaden

AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen

BKK Landesverband Hessen

IKK classic  
Hauptverwaltung Wiesbaden

Sozialversicherung für Landwirtschaft,  
Forsten und Gartenbau (SVLFG)  
als Landwirtschaftliche Krankenkasse

Knappschaft  
Regionaldirektion Frankfurt

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek \*)  
- Landesvertretung Hessen -

29.04.2013

## **Gesetz zur Änderung des Hessischen Krankenhausgesetzes Stellungnahme der Krankenkassen und deren Verbände in Hessen**

Sehr geehrter Herr Dr. Hölz,  
sehr geehrte Damen und Herren,

mit Schreiben vom 9.4.2013 haben Sie im Rahmen der Regierungsanhörung um kurzfristige Stellungnahme zu der o.a. Gesetzesänderung.

Die Krankenkassen und deren Verbände in Hessen nehmen im Folgenden zunächst allgemein und im Weiteren zu einzelnen Regelungen Stellung.

Die Krankenkassen fordern seit Jahren, dass die Länder ihrer Verpflichtung zur Investitionskostenfinanzierung nachkommen. Auch wenn Hessen im „Förder-Benchmark“ der Länder einen der oberen Plätze belegt, kann nicht darüber hinweggesehen werden, dass der Finanzierungsanteil der Länder auf eine Restgröße von unter fünf Prozent der Krankenhausausgaben geschrumpft ist. Die unzureichende Investitionsförderung führt dazu, dass die dringend notwendige Modernisierung der Krankenhausstrukturen (Wirtschaftlichkeitsreserven) unterbleiben muss.

Aus Sicht der Krankenkassen und deren Verbänden in Hessen ist deshalb die auskömmliche und ausreichende Förderung der Investitionsmaßnahmen der Krankenhäuser durch das Land Hessen als notwendige Grundlage für eine erfolgreiche Umstellung der Pauschalförderung zu betrachten.

Die seitens des Hessischen Sozialministeriums (HSM) erstellte Anmelde-Liste nach § 24 Abs. 2 HKHG 2011 vom 26.9.2012 weist einen Antrags- bzw. Förderbedarf in Höhe von 705.854.830 € aus. Dem gegenüber stehen die im Krankenhausbauprogramm 2013 bewilligten Mittel in Höhe von 120 Mio. € (2012: 140 Mio. €). Der Finanzierungsstau führt dazu, dass Beitragsgelder in bauliche Maßnahmen der Krankenhäuser fließen, die für die Versorgung der Patienten gedacht sind. Dies ist seitens der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht akzeptabel.

\*) als gemeinsamer Bevollmächtigter gem. § 212 Abs. 5 Satz 6 ff. SGB V für die Ersatzkassen

Grundsätzlich ist die Umsetzung der bundesgesetzlichen Intention, die Investitionskostenfinanzierung auf eine leistungsorientierte Förderung umzustellen, zu begrüßen.

Zu den Regelungen des § 23 Pauschalförderung geben die Krankenkassen und deren Verbände in Hessen folgende Hinweise:

Grundaussage des § 23 ist, dass ausgehend von einer jährlich anzupassenden Haushaltsposition des Landes Hessen und dem Gesamtbetrag der von den hessischen Krankenhäusern ermittelten Investitionsbewertungsrelationen (IBR) ein Betrag je hessischer Bewertungsrelation ermittelt wird. Die einzelnen Krankenhäuser erhalten dann den Betrag, der sich aus der Multiplikation der krankenhausindividuellen Investitionsbewertungsrelationen mit dem ermittelten Wert ergibt.

Zu der Frage wie sich diese Regelung auf Krankenhäuser auswirkt, die z.B. keine Case-mixpunkte abrechnen (Psychatrien/Besondere Einrichtungen) oder einen überproportionalen Budgetanteil aus Zusatzentgelten nach § 6 Abs.1 bzw. Abs. 3 KHEntgG beziehen, halten wir noch eine Prüfung durch das HSM für notwendig.

Die Regelung, dass die IBR der Krankenhäuser mit Notfallversorgung um 15 % erhöht wird, halten wir für problematisch, da nach unseren Informationen die entsprechenden Aufwendungen der Krankenhäuser in die Kalkulation der IBR einfließen.

Darüber hinaus würde diese „künstliche Erhöhung“ der ermittelten Investitionsbewertungsrelationen im Bundesland Hessen auf Bundesebene zu einer „Nicht-Vergleichbarkeit“ der IBR-Summe und der sich ergebenden Finanzbeträge führen. Dies kann nicht gewollt sein.<sup>1</sup>

Außerdem ist die Herleitung der 15 % ist nicht nachvollziehbar.

Zu den jährlich aufzubringenden Haushaltsmitteln schlagen wir einen politischen Zielwertkorridor vor, der zur Deckung des vorhandenen Investitionsbedarfs ausreicht.

Da dieser Zielwert (beispielsweise 5-8% des Finanzierungsvolumens der Krankenkassen) für das Land Hessen nicht direkt umsetzbar sein wird, könnte ausgehend von dem Betrag für 2012 ein festgelegter jährlicher Steigerungsbetrag von ca. 5 % aufgeschlagen werden, um nachdrücklich den politischen Willen zu demonstrieren, die Investitionskosten auskömmlich zu finanzieren.

Die Regelung in § 23 Abs. 3 zur Höhe und jährlichen Anpassung der Haushaltsmittel ist aus Sicht der Krankenkassen und deren Verbänden in Hessen nicht nachvollziehbar. Hierzu wird in § 23 Abs. 3 auf § 10 Abs. 2 Satz 3 KHG als Maßstab für die Anpassung der Haushaltsposition verwiesen. Dort gibt es keinen Bezug für eine Kostenentwicklung. Geregelt wird lediglich die Beauftragung des InEK zur Entwicklung und Kalkulation der Investitionsbewertungsrelationen durch die Vertragspartner auf Bundesebene.

---

<sup>1</sup> Wichtig ist, dass Finanzierung und Leistungseinheit kongruent sind. Dies ist durch den Katalog der Investitionsbewertungsrelationen auf Bundesebene beabsichtigt, der je nach DRG eine zusätzliche Spalte in den DRG-Katalog einfügt, nach dem sich die Investitionsförderung richtet. Es ist aus diesem Grund nicht sachgerecht, die Höhe der Investitionsbewertungsrelationen aufgrund von Sondertatbeständen zu erhöhen. Alternativ sollten die Mittel für die Notfallversorgung in einem Sonderposten außerhalb der Finanzierung über Inv-BWR erfolgen.

Sofern ausgedrückt werden sollte, dass die jährlich zu ermittelnde Bezugsgröße des InEK zur jährlichen Anpassung herangezogen werden soll, ist diese aus Sicht der Krankenkassen und deren Verbänden in Hessen hierzu nicht geeignet.

Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass die für die Kalkulation der DRG's zugrunde gelegten Kosten nur zur Ermittlung von Relationen untereinander dienen. Eine konkrete Ermittlung von Kostensteigerungen findet explizit nicht auf der Ebene der Kalkulation statt, sondern bei der Preisfestlegung auf Landesebene.

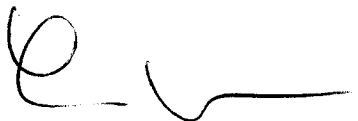
Hilfsweise wäre ein Verweis auf den Orientierungswert als Maßstab für eine Kostenentwicklung denkbar, auch wenn dieser lediglich den „Krankenhauswarenkorb“ und nicht direkt die Spezifika für Investitionen abbildet.

Die Intention des Genehmigungsvorbehaltes für Investitionsmaßnahmen in § 23 Abs. 6 ist nicht nachvollziehbar. Sollen damit beispielsweise Neubauten von Krankenhäusern vermieden werden, die perspektivisch als nicht bedarfsnotwendig anzusehen sind?

Die weitere Ausgestaltung des HKHG 2011 zur Investitionskostenfinanzierung findet die Zustimmung der Krankenkassen und deren Verbänden in Hessen.

Wir hoffen, dass die Umstellung der Investitionskostenfinanzierung in Hessen zu einem Erfolg wird. Hierzu bitten wir, unsere Anregungen aufzunehmen.

Mit freundlichen Grüßen



Claudia Ackermann

# DIE VERBÄNDE DER KRANKENKASSEN IN HESSEN

vdek LV Hessen • Walter-Kolb-Straße 9-11 • 60594 Frankfurt

Hessischer Landtag  
Sozialpolitischer Ausschuss  
z.Hd. Herrn Schlaf  
Schlossplatz 1-3  
65183 Wiesbaden

AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen

BKK Landesverband Hessen

IKK classic  
Hauptverwaltung Wiesbaden

Sozialversicherung für Landwirtschaft,  
Forsten und Gartenbau (SVLFG)  
als Landwirtschaftliche Krankenkasse

Knappschaft  
Regionaldirektion Frankfurt

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)<sup>1)</sup>  
- Landesvertretung Hessen -

9. August 2013

**Dringlicher Gesetzentwurf der SPD-Fraktion für ein Gesetz zur Verbesserung der Krankenhausversorgung und zur Anerkennung von Leistungen in der Pflege (GVKALP), Drucksache 18/7392**  
**Hier: Stellungnahme zu Artikel 1 „Änderung des Hessischen Krankenhausgesetzes 2011“**

Sehr geehrter Herr Schlaf,  
sehr geehrte Damen und Herren,

mit Schreiben vom 27.06.2013 baten Sie im Rahmen der Anhörung im Hessischen Landtag um eine Stellungnahme zu der o.a. Gesetzesänderung.

Die Krankenkassen und deren Verbände in Hessen haben bereits mit Schreiben vom 29.04.2013 zu dem Gesetzentwurf der Landesregierung für ein Gesetz zur Änderung des Hessischen Krankenhausgesetzes 2011 (**Drucks. 18/7351**) eine Stellungnahme abgegeben. Diese fügen wir gerne als Anlage 1 bei.

Die Krankenkassen und deren Verbände in Hessen nehmen im Folgenden zu dem Artikel 1 der **Drucks. 18/7392** „Dringlicher Gesetzentwurf der Fraktion der SPD für ein Gesetz zur Verbesserung der Krankenhausversorgung und zur Anerkennung von Leistungen in der Pflege (GVKALP)“ zu den einzelnen Regelungen Stellung:

## **Zu Nr. 2 (§ 1 Absatz 2 Satz 1):**

Die Konkretisierung der „notwendigen“ Krankenhausleistungen ist aus unserer Sicht zu begrüßen. Hierdurch wird ausdrücklich klargestellt, dass eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung ausschließlich für erforderliche Krankenhausleistungen sicherzustellen ist.

Anders betrachtet wird hingegen die Ergänzung einer „wohnortnahen ausreichenden Anzahl von Krankenhäusern“. Die Aufnahme dieser Formulierung ist nicht sachge-

<sup>1)</sup> als gemeinsamer Bevollmächtigter gem. § 212 Abs. 5 Satz 6 ff. SGB V für die Ersatzkassen



recht und stellt aus Sicht der Versicherten keine Verbesserung der Versorgung dar. Aufgrund vermehrter Spezialisierungen von Krankenhäusern und der von Seiten des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vorgegebenen Qualitätskriterien ist eine wohnortnahe Versorgung – insbesondere bei planbaren Leistungen – nicht zielführend. Im Hinblick auf die miteinander korrelierenden Parameter „Menge“ und „Qualität“ ist es vielmehr notwendig, für hochspezialisierte und medizinisch hochwertige Leistungen Schwerpunkte zu bilden.

**Zu Nr. 3 (§ 4 Absatz 2):**

Der Berufsstand der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wird aufgenommen. Die bisherige Formulierung „den übrigen an der Patientenversorgung beteiligten ...“ beinhaltet aus Sicht der Krankenkassen und deren Verbänden in Hessen auch die Psychotherapeuten. Daher ist die Ergänzung nicht zwingend erforderlich.

**Zu Nr. 4a (§ 5 Absatz 1):**

Hier soll geregelt werden, dass die Prüfung der Notwendigkeit der stationären Krankenhausbehandlung neben den zuständigen Ärztinnen und Ärzten auch von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten vorgenommen werden soll. Für diese Konkretisierung wird keine Notwendigkeit gesehen. Die Versorgung ist auch so sichergestellt, da die stationäre Krankenhausbehandlung gemäß § 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V immer dann erbracht wird, wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist.

**Zu Nr. 4b (§ 5 Absatz 2):**

Gegen diese Ergänzung bestehen keine Bedenken.

**Zu Nr. 5a (§ 6 Absatz 1):**

Hier wird neben der Aufnahme der psychotherapeutischen Versorgung auch die Schnittstelle zur Pflegeüberleitung definiert.

Die Krankenkassen und deren Verbände in Hessen haben im Jahr 1998 einen Vertrag mit der Hessischen Krankenhausgesellschaft nach § 112 Absatz 2 Satz 1 Nr. 5 SGB V getroffen, der die Überleitung von der stationären Krankenhausbehandlung zur Pflege regelt. Die Anlage dieses zweiseitigen Vertrages (Erhebungsbogen zur Vorbegutachtung und Pflegeinformation) wurde im Jahr 2003 angepasst. Die Aufnahme des Passus wird insofern begrüßt.

**Zu Nr. 5b (§ 6 Absatz 3):**

Für bestimmte Erkrankungen bzw. Krankheitsbilder (z. B. Tumorerkrankungen) sind bereits psychotherapeutische Betreuungsmöglichkeiten geregelt. Darüber hinaus gehört auch die psychische Betreuung zum Ausbildungsinhalt des Pflegepersonals. Im Übrigen ist die soziale und seelsorgerische Betreuung im HKHG ausreichend geregelt.

Der neu aufgenommene Absatz 3 ist deshalb nicht erforderlich.

**Zu Nr. 5d (§ 6 Absatz 7):**

Bislang wurde in dem gestrichenen Absatz 6 die Bestellung eines Ethikbeauftragten geregelt. Stattdessen soll jetzt die Einsetzung einer drei-köpfigen Ethikkommission aufgenommen werden. Der Vorteil einer Kommission anstelle des bestehenden Ethikbeauftragten ist nicht direkt ersichtlich. Sofern ein Mehr-Augen-Prinzip für mehr Transparenz sorgen soll, kann dies zwar nachvollzogen werden. Für diese Regelung sehen die Krankenkassen und deren Verbände in Hessen trotzdem keine Notwendigkeit, zumal sich in diesem Zusammenhang Fragen der Wirtschaftlichkeit insbesondere auch für kleinere Krankenhäuser stellen.

**Zu Nr. 6 (§ 8 Absätze 2, 3 und 4):**

Die vorgesehene Aufnahme von verbindlichen patientenbezogenen Mindestpersonalzahlen ist ein Novum in landesrechtlichen Krankenhausgesetzen. Dafür ist in dem Gesetzentwurf die Möglichkeit einer Rechtsverordnung durch das Land Hessen vorgesehen. Eine verbesserte Sicherung der Versorgungsqualität von Patientinnen und Patienten ist grundsätzlich zu begrüßen. Die Einführung von patientenbezogenen Mindestpersonalzahlen ist aber nicht automatisch gleichbedeutend mit einer Steigerung der Versorgungsqualität. Die baulichen Gegebenheiten eines Krankenhauses sind bspw. – neben dem Leistungsspektrum einer Klinik – maßgebendes patientenunabhängiges Kriterium für die vorzuhaltenden Personalressourcen. Der Prozess der Bettenaufbereitung (zentral oder dezentral) bindet in diesem Zusammenhang unterschiedliche Ressourcen. Eine einheitliche Personalbemessung wird dazu führen, dass in infrastrukturschwachen Kliniken eine vertretbare Personalerhöhung erfolgt, während Krankenhäuser mit einer guten Gebäudeinfrastruktur und kurzen Wegen einen unwirtschaftlichen Personalüberhang vorhalten müssten. Zudem ist das vorgesehene Meldeverfahren zur Überprüfung der Personalzahlen nicht als praktikabel zu betrachten. Mit Blick auf eine verbesserte Versorgungsqualität erscheinen die geforderten Übergangszeiträume als zu lange angesetzt und damit nicht zielführend.

Aus Sicht der Krankenkassen und deren Verbänden in Hessen ist es nicht sinnvoll, isolierte landesindividuelle Regelungen zu zentralen Rahmenbedingungen der Krankenhausversorgung zu treffen.

Eine generelle Vorgabe von patientenbezogenen Mindestpersonalzahlen ist zudem mit dem DRG-System nicht vereinbar, da die Höhe der Vergütung der einzelnen Fallpauschale auf Basis der Kostendaten der Krankenhäuser ermittelt wird. Darin sind dann auch die Ist-Kosten des beschäftigten Personals enthalten. Jede davon abweichende Vorgabe stellt das Finanzierungssystem an sich in Frage.

Die Gewährleistung einer angemessenen Personalausstattung liegt damit im Verantwortungsbereich des Krankenhauses. Die Organisation des Personaleinsatzes sollte deshalb auch weiterhin im Hoheitsbereich der Krankenhäuser bleiben. Daher können wir den vorgeschlagenen Regelungen nicht zustimmen.

**Zu Nr. 7 (§ 8a):**

In dem neu aufgenommenen § 8a wird in Absatz 1 die Art der Zeiterfassung geregelt. Diese fällt aus Sicht der Krankenkassen und deren Verbänden in Hessen in die Organisationshoheit der Krankenhäuser.

Mit Hinweis in Absatz 2 soll gleichzeitig die Einhaltung der Regelungen für den Arbeitsschutz erreicht werden. Arbeitsschutzgesetze müssen immer eingehalten werden. Die in § 8a angenommene Notwendigkeit einer additiven Regelung suggeriert die bisherige Nichteinhaltung gesetzlicher Standards.

Eine Erfassung von sogenannten „critical events“ erfolgt in weiten Teilen bereits im Rahmen der stationären Qualitätssicherung. Soweit im Rahmen der bereits bestehenden Qualitätssicherung nicht alle Leistungsbereiche abgedeckt werden, kann die Aufnahme des Absatzes 2 als sinnvolle Ergänzung dienen.

Um eine nachhaltige Qualitätssicherung zu erreichen, kann ein Fehlermanagement unter der Aufsicht des Landes hilfreich sein, wenn die bereits vorhandenen Ressourcen der Qualitätssicherung eingebunden und berücksichtigt werden. Bestehende Schnittstellen könnten hierbei z.B. sein: Die Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen (GQH), Patientenfürsprecherinnen und –sprecher, Selbsthilfegruppen, die Kassenärztliche Vereinigung Hessen im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung, das Beschwerdemanagement der Krankenkassen.

Die konstruktive Beschäftigung der Krankenhäuser mit eigenen Fehlern ist aus Sicht der Krankenkassen und deren Verbänden in Hessen ein unverzichtbares Instrument der Unternehmensführung, welches in der Versorgung der Patienten lange etabliert sein müsste.

Patientenbefragungen werden bereits durch verschiedene Institutionen durchgeführt.

Die in Abs. 5 genannte „Landesgesundheitskonferenz“ ist als Gremium nicht bekannt.

**Zu Nr. 8 (§ 12 Absatz 4):**

Gegen die Erweiterung des bestehenden Absatzes um die Berufsgruppe der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bestehen keine Bedenken.

**Zu Nr. 9 (§ 14 Absatz 4):**

Die bisherige Regelung ist aus Sicht der Krankenkassen und deren Verbänden in Hessen ausreichend. Entscheidungen über den Grad der Beteiligung von den diversen Berufsgruppen sollten der Organisationshoheit des Krankenhauses überlassen bleiben.

**Zu Nr. 10 (§ 15 Absätze 2, 3, 4 und 5):**

Zu den geplanten Regelungen zu Liquidationserlösen nehmen die Krankenkassen und deren Verbände in Hessen keine Stellung, da diese in die Organisationshoheit der Krankenhäuser fallen. Es wird die Klarstellung begrüßt, dass die Gleichbehandlung der Patienten im Behandlungsprozess unabhängig von ihrem Versicherungsstatus geregelt werden soll.

**Zu Nr. 11 (§ 17 Absatz 2):**

Die Krankenkassen und deren Verbände in Hessen haben die Aufnahme von Qualitätsindikatoren in das HKHG bereits in ihrer Stellungnahme zum HKHG 2011 vom 27.10.2010 gefordert. Daher wird der Vorschlag ausdrücklich unterstützt, Qualitätsin-

diktoren des G-BA, OPS-Kodes sowie Erkenntnisse aus QS-Verfahren bei der Krankenhausplanung zu berücksichtigen.

**Zu Nr. 12 (§ 18 Absatz 2):**

Die Krankenhauskonferenzen gibt es seit der Einführung des HKHG 2011 nicht mehr. Diese wurden durch die Gesundheitskonferenzen (GK) abgelöst.

Deren Aufgaben sind in § 21 HKHG 2011 geregelt.

Modellvorhaben und Verträge zur Integrierten Versorgung fallen in die Leistungshoheit der einzelnen Krankenkassen. Eine Befassung in den Gesundheitskonferenzen wird daher ausgeschlossen.

Das Hessische Sozialministerium hat als zuständige Aufsichtsbehörde Kenntnis über den Abschluss dieser Versorgungsformen.

**Zu Nr. 13 (§ 19 Absätze 2, 3 und Streichung des Absatzes 4):**

Die Aufnahme der Psychotherapeuten in Absatz 2 kann akzeptiert werden, wenn auch keine Notwendigkeit für die separate Aufnahme einer Berufsgruppe gesehen wird.

Die Regelung zu Abs. 3 wird begrüßt, Krankenhäuser bei der Investitionsförderung vorrangig zu berücksichtigen, die ihre Verpflichtung zur Weiterbildung in vollem Umfang erfüllen.

Die ersatzlose Streichung des Absatzes 4 bedeutet in der Konsequenz eine Rückkehr zur Bettenplanung. Diese ist zwar als Messgröße zur Feststellung von Unter- bzw. Überversorgung und damit zur Erfüllung des Sicherstellungsauftrages nach wie vor hilfreich, jedoch im DRG-System als Parameter für eine Krankenhausplanung nicht geeignet. Grundsätzlich sollte die Krankenhausplanung nur soviel regulieren, wie nötig. Um zu verhindern, dass hochspezialisierte bzw. medizinisch hochwertige Leistungen aus ökonomischen Gründen an nicht dafür geeigneten Standorten erbracht werden, sollten diese im Krankenhausplan gesondert ausgewiesen werden.

Redaktioneller Hinweis:

Für den Fall der Streichung des Absatzes 4 müsste die Bezugnahme auf Absatz 4 in § 19 Abs. 1 Satz 1 entfallen.

**Zu Nr. 14 (§ 20 Absatz 2):**

Die Erweiterung des Landeskrankenhausausschusses (LKHA) um die genannten Institutionen kann zwar grds. nachvollzogen werden, wird aber nicht für sinnvoll gehalten und daher abgelehnt. Die Arbeitsfähigkeit von Gremien sinkt durch eine größere Anzahl an Beteiligten. Ein Patientenvertreter nimmt bereits mit beratender Stimme an den Sitzungen des LKHA teil.

**Zu Nr. 15 (§ 21 Absatz 2 und 7):**

Die Erweiterung der Gesundheitskonferenzen wird nicht für sinnvoll gehalten und daher abgelehnt. Die Arbeitsfähigkeit dieser Gremien ist durch die große Anzahl an Beteiligten schon jetzt belastet.

Die Regelung in Absatz 7 unterstützt die von den Krankenkassen geforderte Parität und wird daher ausdrücklich begrüßt. Die Erfahrungen aus der Praxis zeigen, dass die Gesundheitskonferenzen in ihrer aktuellen Struktur nicht in der Lage sind, ihre Aufgaben hinreichend zu erfüllen. Bislang wurden dort hauptsächlich Themen beraten, die sich rein mit der stationären Versorgung beschäftigen. Hierfür wären allerdings die früheren Krankenhauskonferenzen mit einer paritätischen Besetzung durch die Krankenhäuser und Krankenkassen deutlich besser geeignet gewesen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass wir dem Gesetzentwurf nicht in allen Punkten folgen können. Er enthält aber durchaus positive Ansätze, die Positionen bestätigen, die bisher schon von den Krankenkassen und deren Verbänden in Hessen vertreten wurden.

Bei Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'C' followed by a long horizontal line that ends in a small flourish.

Claudia Ackermann

Anlage

DGF Geschäftsstelle – Alt-Moabit 95 – 10559 Berlin

Hessischer Landtag  
Bearbeiter Hr. Schlaf  
Postfach 3240  
65022 Wiesbaden

**Geschäftsstelle**

Alt-Moabit 95  
D-10559 Berlin

Durchwahl 030/39 74 59 35  
Telefax 030/3988 5246

E-Mail [dgf@dgf-online.de](mailto:dgf@dgf-online.de)

**Berlin 11.08.2013**

**Betreff**

**Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste e.V. (DGF) zum Gesetzentwurf zur Verbesserung der Krankenhausversorgung und zur Anerkennung von Leistungen in der Pflege (GVKALP) DS 18/7392**

Sehr geehrte Damen, sehr geehrte Herren,

als Mitglied im Landespflegerat (LPR) Hessen, schließen wir uns überwiegend der Stellungnahme des LPR an. Jedoch möchten wir ergänzend zu §8, Artikel 1 und 2 noch folgendes anmerken:

- Um der zunehmend komplexer werdenden Betreuung schwerstkranker, vermehrt hochbetagter, multimorbider Menschen, gerecht zu werden, reicht es nicht, lediglich eine Mindestpersonalzahl vorzuhalten. In diesem anspruchsvollen, hoch technisierten Umfeld, in dem zunehmend pflegerische und ärztliche Tätigkeiten verschmelzen, empfiehlt die DGF eine Fachpflegequote von 70%.
- Für die Betreuung schwerstkranker Menschen mit Organersatzverfahren empfiehlt die DGF eine 1:1 Betreuung durch Fachpflegekräfte.
- Für kritische Kranke Menschen ohne Organersatzverfahren empfiehlt die DGF eine 1:2 Betreuungsquote.
- Internationale Studien zeigen, dass ein besseres Outcome der Patienten durch akademisiertes Fachpflegepersonal erzielt werden kann. Daher wäre das Einführen akademisierter Intensivpflegekräfte eine logische Konsequenz daraus.
- Für den Bereich der Intermediate Care Stationen (IMC), empfiehlt die DGF eine 1:3 (Fachkraft:Patienten) Betreuung.
- Die DGF empfiehlt für den Bereich der IMC, unabhängig der Größe der Einheit, dass mindestens 2 Fachkräfte mit entsprechender Weiterbildung vorzuhalten sind.
- Krankenhäuser, die eine Intensivstation bzw. Intermediate Care Station vorhalten, sollten zur Weiterbildung ihrer Pflegefachkräfte verpflichtet sein.

**Die DGF ist**  
Mitglied des Deutschen Pflegerates e.V.  
Mitglied der EFCCNA  
Mitglied der IFNA

**Anschrift:**  
DGF-Geschäftsstelle  
Alt-Moabit 91  
D-10559 Berlin

**Bankverbindungen:**  
Commerzbank Rheda-Wiedenbrück  
BLZ 478 400 65  
Konto Nr. 81 666 70 00  
Steuer-Nr. 351/5913/4141

Für weitere Fragen stehe ich Ihnen gern zur Verfügung und verbleibe mit freundlichem Gruß,

Andreas Schäfer, B.Sc.  
(Landesbeauftragter Hessen)

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'A. Schäfer', is centered below the printed name.

Kontakt:  
017662328016  
[a.schaefer@dqf-online.de](mailto:a.schaefer@dqf-online.de)