

**SIA-Anhörung am 09.08.2018 – 17 Uhr – Plenarsaal**

Stellungnahmen der Anzuhörenden

zu dem

**Gesetzentwurf**

**der Fraktionen der CDU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN für ein  
Gesetz zur Änderung des Hessischen Krankenhausgesetzes 2011  
und anderer Rechtsvorschriften**

**– Drucks. [19/6548](#) –**

7.	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe DBfK Bundesverband e. V.	S. 16
8.	Hessischer Landkreistag	S. 18
9.	Hessischer Städte- und Gemeindebund	S. 21
10.	Landesverband der Hessischen Hebammen	S. 23
11.	ver.di Landesbezirk Hessen	S. 24
12.	ÄGIVO eG	S. 26
13.	Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Hessen e. V.	S. 28
14.	Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK), Landesverband Hessen e. V.	S. 30
15.	Hessische Krankenhausgesellschaft e. V.	S. 31
16.	Psychotherapeutenkammer Hessen, Geschäftsstelle	S. 39
17.	Vitos GmbH	S. 41
18.	Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V.	S. 43
19.	Verband der Ersatzkassen (vdek) e. V., Landesvertretung Hessen	S. 46
20.	Universitätsklinikum Frankfurt, Personalrat	S. 53
21.	BKK Landesverband Süd, Regionaldirektion Hessen	S. 55
22.	Arbeitsgemeinschaft katholischer Krankenhäuser in Hessen	S. 64

Stark für  
die Pflege



**DBfK Südwest e.V.**

Eduard-Steinle-Straße 9  
70619 Stuttgart (Sillenbuch)  
Telefon: (0711) 475061  
Telefax: (0711) 4780239  
eMail: [suedwest@dbfk.de](mailto:suedwest@dbfk.de)

Bankverbindung:  
BW-Bank  
BLZ: 600 501 01  
Kto.-Nr.: 2 018 409  
IBAN: DE39 6005 0101 0002 0184 09  
BIC: SOLADEST600

Steuer-Nr.: 99015/00401

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

Hessischer Landtag  
Postfach 3240  
65022 Wiesbaden

Stuttgart, 24.07.2018

**Per E-Mail**

[h.dransmann@ltg.hessen.de](mailto:h.dransmann@ltg.hessen.de)

[m.mueller@ltg.hessen.de](mailto:m.mueller@ltg.hessen.de)

**Stellungnahme des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe  
(DBfK Südwest e. V.)  
zum Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜ-  
NEN für ein Gesetz zur Änderung des Hessischen Krankenhausgesetzes  
2011 und anderer Rechtsvorschriften**

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Möglichkeit zur Stellungnahme zum o. g. Gesetzentwurf.

**Unsere Erläuterungen zu den Normen im Einzelnen:**

Artikel 1 Nr. 4 § 8 Qualitätssicherung / Patientensicherheit

Ein positiver Aspekt des Gesetzentwurfs ist die Erweiterung des HKHG § 8 um den Aspekt der Patientensicherheit, hier im Speziellen, dass neben den fachlichen Erfordernissen auch die Belange der Patientinnen und Patienten im Text erwähnt werden. Hierdurch wird deutlich, dass Qualitätssicherung als dialogischer Prozess verstanden wird.

Artikel 1 Nr. 12 § 21

Wir befürworten ebenso die Streichung des § 21 HKHG sowie die Ausgliederung der Gesundheitskonferenzen und deren Überführung in das Gesetz zur Bildung von Gremien zur Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung (Artikel 2).

### Artikel 2 Nr. 3 § 6 ff Bildung von Gesundheitskonferenzen

Wir begrüßen die Bildung von regionalen Gesundheitskonferenzen in den sechs Versorgungsgebieten sowie die in § 10 regulierte jährliche Förderung von 12.000 € je Gesundheitskonferenz.

Wir begrüßen ausdrücklich die in § 8 (1) Nr. 7 festgelegte Einbindung der pflegerischen Expertise in die Gesundheitskonferenzen mittels Aufnahme zweier Vertreter/innen des Landespflegerates.

Bedenken haben wir hinsichtlich der Größe der Gesundheitskonferenzen in Bezug auf deren Effizienz, die Regelungen zum Stimmrecht in § 8 (2) jedoch bewerten wir als außerordentlich positiv.

### Begründung zu Art. 2 A Allgemeines

In Ihren Erläuterungen zu Artikel 2 unter Punkt A Allgemeines des vorliegenden Gesetzesentwurfs führen Sie aus: „Idealtypisch soll sich aus dem Austausch zwischen lokaler, regionaler und Landesebene ein dauerhafter, sich gegenseitig befruchtender Dialog ergeben, der die gesundheitlichen Anbieter- und Kommunikationsstrukturen optimiert und damit insgesamt die Patientenversorgung verbessert.“

Um diesen Dialog über die drei vorgenannten Ebenen hinweg in der von Ihnen geplanten Form auch tatsächlich führen zu können, fordern wir folgerichtig - wie bereits in unserer Stellungnahme vom 17.10.2017 zur Bildung eines Gemeinsamen Landesgremiums nach § 90 a Abs. 1 SGB V ausgeführt - die Aufnahme einer Änderungsnummer 5 in Artikel 2, die wiederum in Änderung des § 3 dieses Gesetzes in Absatz 2 eine neue Nummer 8 hinzufügt, in *der zwei Vertreter/innen des DBfK RV Südwest mit Sitz und Stimme in das Gemeinsame Landesgremium nach § 90 a SGB V aufgenommen werden.*

Mit freundlichen Grüßen



Andrea Kiefer  
Vorsitzende



Hessischer  
Landkreistag

Hessischer Landkreistag · Frankfurter Str. 2 · 65189 Wiesbaden

Hessischer Landtag  
Sozial- und Integrationspolitischer Ausschuss  
Frau Vorsitzende Claudia Ravensburg  
Schlossplatz 1-3  
65183 Wiesbaden

Frankfurter Str. 2  
65189 Wiesbaden

Telefon (0611) 17 06 - 0  
Durchwahl (0611) 17 06- 37

Telefax-Zentrale (0611) 17 06- 27  
PC-Fax-Zentrale (0611) 900 297-70  
PC-Fax-direkt (0611) 900 297-83

e-mail-Zentrale: info@hlt.de  
e-mail-direkt: stark@hlt.de

www.HLT.de

Datum: 24.07.2018

Az. : Sta/510.001

## **Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN für ein Gesetz zur Änderung des Hessischen Krankenhausgesetzes 2011 und anderer Rechtsvorschriften**

Sehr geehrte Frau Ravensburg,  
sehr geehrte Damen und Herren,

wir bedanken uns für die Einladung zur öffentlichen mündlichen Anhörung des Sozial- und Integrationspolitischen Ausschusses des Hessischen Landtages zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN für ein Gesetz zur Änderung des Hessischen Krankenhausgesetzes 2011 (HKHG 2011) und anderer Rechtsvorschriften. Für den Hessischen Landkreistag nehmen an der Anhörung Herr Direktor Prof. Dr. Jan Hilligardt und Herr Referatsleiter Robert Stark teil.

Grundsätzlich wird der vorliegende Gesetzentwurf zur Änderung des HKHG 2011 von den Landkreisen in Hessen begrüßt.

Die Neufassung des HKHG ist aber auch der geeignete Zeitpunkt, auf die vor allem den öffentlich und kommunal getragenen Krankenhäuser drohende Finanzierungslücke im Investitionsbereich hinzuweisen. **Um die notwendigen Investitionen der Krankenhäuser im ausreichenden Umfang zu ermöglichen muss eine deutliche Aufstockung der Investitionsmittel erfolgen. Nach Berechnungen der Hessischen Krankenhausgesellschaft (HKG) sind jährlich 150 Mio. € erforderlich. Wir schließen uns der Auffassung der HKG ausdrücklich an, verbinden dies zugleich mit der Forderung, dass eine Finanzierung aus originären Landesmitteln erfolgt.**

## Artikel 1: Änderung des Hessischen Krankenhausgesetzes 2011

### Planungsrelevante Qualitätsindikatoren (Ziffer 10)

Die vorgesehene Regelung des § 19 Absatz 1 Satz 2 HKHG mit einer automatischen Übernahme der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren des Bundesrechts sehen wir kritisch. Diese führt zu einer Verantwortungsdelegation auf die Bundesebene. Dort werden zukünftig die relevanten Entscheidungen getroffen. Der Hessische Landtag und auch das Hessische Ministerium für Soziales und Integration begeben sich damit in eine Zuschauerrolle bzw. sind darauf angewiesen, ihren Einfluss auf der Bundesebene geltend zu machen.

Damit verlagert sich die Entscheidungsfindung weg vom öffentlich politischen Diskurs im Hessischen Landtag und seinem geordneten Anhörungsverfahren hin zu einer eher informellen Beteiligung in den Selbstverwaltungsgremien auf Bundesebene. Dies ist gerade für die Mitwirkung der vielfach betroffenen Kommunen ungünstig. Während wir auf Landesebene aufgrund des Beteiligungsgesetzes eine relativ umfassende Möglichkeit haben, die Interessen unserer Mitglieder einzubringen, werden die Kommunen auf Bundesebene überhaupt nicht beteiligt. Dies ist angesichts des Sicherstellungsauftrages der Kommunen für die Krankenhausversorgung nicht angemessen. Wenn das Land Hessen also wesentliche Entscheidungsbefugnisse auf die Bundesebene delegieren will, sollte es zumindest den finanziellen Sicherstellungsauftrag für die stationäre Versorgung mit übernehmen. Solange die Kommunen aber letztlich die Verantwortung für die Krankenhausversorgung tragen, fordern wir zumindest die Aufnahme einer Abweichungsbefugnis, damit die Möglichkeit besteht, eine eigene Entscheidung zu treffen.

### Zusätzliche Förderung von Krankenhäusern in Verbänden (Ziffer 14)

Die im Gesetzentwurf vorgesehene zusätzliche Förderung von Krankenhäusern, die sich in Verbände begeben haben, wird positiv gesehen.

Jedoch ist die für § 22 Abs. 5 Ziffer 2 HKHG vorgesehene Formulierung nicht ausreichend. Diese bezieht sich lediglich auf angrenzende Landkreise bzw. kreisfreie Städte. Eine enge, abgestimmte Zusammenarbeit in den Regionen bei der Krankenversorgung wird aber immer wichtiger. Auch in den bundesländerübergreifenden Metropolregionen. Beispielsweise ist das Kreiskrankenhaus Bergstraße mit der Universitätsklinik Heidelberg verbunden. Allerdings grenzt der Kreis Bergstraße nicht unmittelbar an das Stadtgebiet von Heidelberg. Nach der gegenwärtigen Formulierung wäre das Kreiskrankenhaus in Heppenheim von der zusätzlichen Förderung ausgeschlossen.

Wir schlagen daher zwei Möglichkeiten zur Ergänzung der Ziffer 2 vor:

Vorschlag Metropolregionen: „...Stadt oder in einer Metropolregion haben, deren Mitglied der Landkreis oder die kreisfreie Stadt des geförderten Krankenhausstandortes ist.“

Vorschlag Fahrzeitenregelung: „...Stadt haben oder bei denen die PKW-Fahrtzeit zwischen am Zusammenschluss oder Beitritt beteiligten Krankenhausstandorten bis zu 30 Minuten beträgt.“

Der zweite Vorschlag bezieht sich auf eine Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen. Hier wird eine flächendeckende Versorgung mit einer Erreichbarkeit von einer halben Stunde PKW-Fahrtzeit definiert.

Zusätzlich regen wir eine Prüfung und Diskussion darüber an, inwieweit sich die Förderung von Verbänden dauerhaft nach der Auswirkung auf die Versorgungsstrukturen richten kann. Damit könnte auch die sehr eng gefasste Definition von förderfähigen Verbänden nach Satz 4 entfallen oder zumindest weiter gefasst werden. Denn auch strategische Verbände oder Minderheitsbeteiligungen können sich positiv (z.B. im Sinne des Abbaus von Doppelvorhaltungen) auf Versorgungsstrukturen auswirken.

## **Artikel 2: Änderung des Hessischen Gesetzes zur Bildung eines Gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

### Gesundheitskonferenzen (Ziffer 3)

Auch die Überführung der Gesundheitskonferenzen in das Hessische Gesetz zur Bildung eines Gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a Absatz 1 SGB V wird befürwortet. Insbesondere die vorgesehene Beteiligung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Zusätzlich sollte aber auch eine Vertretung der Träger des Rettungsdienstes in den Konferenzen durch eine Erweiterung des Teilnehmerkreises vorgesehen werden. Zumal in der beabsichtigten Neufassung des Hessischen Rettungsdienstgesetzes eine Beteiligung der Hessischen Krankenhausgesellschaft im Landesbeirat Rettungsdienst vorgesehen ist.

Von einigen Landkreisen wird aber kritisch angemerkt, dass der Einfluss der Kommunen durch die Zusammensetzung den neuen Gesundheitskonferenzen im Hinblick auf die bisherigen Konferenzen nach dem HKHG 2011 durchaus reduziert wird.

Für Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

  
Prof. Dr. Jan Hilligardt  
Direktor

**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  
 Die Vorsitzende des Sozial- und  
 Integrationspolitischen Ausschusses  
 Postfach 3240  
 65022 Wiesbaden

**EINGEGANGEN**

**25. Juli 2018**

**HESSISCHER LANDTAG**

Dezernat 1

Referent(in) Herr Dr. Rauber  
 Unser Zeichen 1-Dr.R./SI

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

Durchwahl 6001- 78

Ihr Zeichen 1 A 2.5

Ihre Nachricht vom 29.06.2018

Datum 20.07.2018

**Öffentliche Mündliche Anhörung des Sozial- und Integrationspolitischen Ausschusses des Hessischen Landtags zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN für ein Gesetz zur Änderung des Hessischen Krankenhausgesetzes 2011 und anderer Rechtsvorschriften**  
**- Drucks. 19/6548**

Sehr geehrte Frau Vorsitzende Ravensburg,  
 sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete,

für die uns eingeräumte Gelegenheit zur Stellungnahme zu dem im Betreff genannten Gesetzgebungsvorhaben danken wir herzlich. Wir kritisieren aber die Kürze des Anhörungsverfahrens während der Ferienzeit, das eine der Bedeutung des Krankenhauses angemessene Beteiligung der Kommunalen Spitzenverbände nur eingeschränkt zulässt.

Für die von uns vertretenen kreisangehörigen Städte und Gemeinden ist Folgendes anzumerken:

Der Gesetzentwurf beinhaltet als einen Schwerpunkt eine Änderung im Zusammenhang mit der Investitionsförderung. Nach den bestehenden bundesgesetzlichen Vorgaben ist die Investitionsfinanzierung im Bereich der Krankenhäuser eine Aufgabe der Länder (§ 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes – KHG – des Bundes). Der vorliegende Gesetzentwurf ändert bedauerlicherweise erneut nichts daran, dass diese Aufgabe in Hessen weitestgehend mit kommunalem Geld im Rahmen des kommunalen Finanzausgleichs finanziert wird.

Henri-Dunant-Straße 13 • 63165 Mühlheim am Main  
 Bankverbindung: Sparkasse Langen-Seligenstadt • Konto-Nr. 80 500 31 (BLZ 506 521 24)  
 IBAN: DE66506521240008050031 • BIC: HELADEF1SLS  
 Steuernummer: 035 224 14038

Präsident: Harald Semler • Erster Vizepräsident: Dr. Thomas Stöhr • Vizepräsident: Karl-Heinz Schäfer  
 Geschäftsführer: Karl-Christian Schelzke • Stv. Geschäftsführer: Diedrich Backhaus



Die Gewährung von Fördermitteln nach dem KHG darf gem. § 1 Abs. 2 Satz 1 KHG nicht mit Auflagen verbunden werden, durch die die Selbständigkeit und Unabhängigkeit von Krankenhäusern über die Erfordernisse der Krankenhausplanung der wirtschaftlichen Betriebsführung hinaus beeinträchtigt werden.

Insofern begegnet Art. 1 Nr. 14 des vorliegenden Gesetzentwurfs mit der dort im letzten Satz vorgeschlagenen Formulierung erheblichen Bedenken. Der Gesetzgeber würde auf dieser Grundlage gesellschaftsrechtliche Verbindung und eine gemeinsame Geschäftsführung bzw. Dachgesellschaft zwingend vorschreiben. Da auch die Gesetzesbegründung formuliert (S. 11 der Drucksache), dass eine reine prozentuale Beteiligung an einem anderen Krankenhaus ohne „echte Konzernstruktur“ nicht ausreichend sein soll.

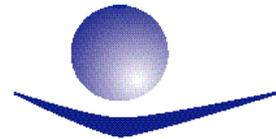
Die Vorgabe einer gemeinsamen Geschäftsführung oder einer gemeinsamen Dachgesellschaft führt insbesondere bei gegebener kommunaler Trägerschaft dazu, dass die kommunalrechtlich geforderte Sicherstellung eines angemessenen Einflusses (§ 122 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 HGO) für beteiligte Gebietskörperschaften rechtlich und tatsächlich noch schwerer umzusetzen ist. Von daher sollte der Gesetzgeber neben den im vorgeschlagenen Gesetzeswortlaut angesprochenen stark verfestigten gesellschaftsrechtlichen Strukturen auch die Möglichkeit eröffnen, allgemein rechtlich verfestigte Kooperationsstrukturen (bspw. gesellschaftsrechtliche Beteiligung und getroffene Vereinbarungen über die Beiträge der einzelnen Standorte zur regionalen Versorgung) ausreichen zu lassen. Dies wäre mit Blick auf die bundesgesetzliche Vorgabe der Schonung von Selbständigkeit und Unabhängigkeit eine mildere Variante, die auch kommunalrechtlich besser handhabbar ist.

Wir bitten um Berücksichtigung unserer Stellungnahme.

Mit freundlichen Grüßen

Karl-Christian Schelzke

Geschäftsführender Direktor



Landesverband der  
Hessischen Hebammen e.V.

Stellungnahme zur Mündlichen Anhörung des Sozial- und Integrationspolitischen Ausschusses des Hessischen Landtags zu dem Gesetzentwurf des Fraktionen der CDU und BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN für ein Gesetz zur Änderung des Hessischen Krankenhausgesetzes 2011 und anderer Rechtsvorschriften

Drucks. 19/6548

— Sehr geehrte Frau Müller und sehr geehrter Herr Dransmann,  
herzlichen Dank für Ihr Schreiben vom 29.06.2018 zu oben genannter Angelegenheit.

Gerne nehmen wir dazu Stellung und sagen die Teilnahme durch unsere 2. Vorsitzende, Frau Susanne Otte-Seybold, am 09.08.2018, zu.

Die vorgeschlagene Zusammenschließung von Kliniken sehen wir im Bereich der Geburtshilfe insofern kritisch, da die Grundversorgung der Gebärenden wohnortnah und sicher gestaltet werden muss. Wenn es zu Verbänden im klinischen Sektor kommt, darf es auf keinen Fall weitere Schließungen von Kreißsälen(?) geben. In den letzten 20 Jahren sind hessenweit schon 30 Geburtshilfliche Abteilungen abgebaut worden. Dies führt jetzt schon zum Teil zu dramatischen Wegstrecken für die Schwangeren. Einen weiteren Abbau werten wir als unverantwortlich.

Ferner möchten wir einen festen Sitz in den zu gründenden Gesundheitskonferenzen haben. ( §8 (1) Absatz 3) Mitglieder, Vorsitz, Stimmrecht

Der Schwerpunkt Geburtshilfe und Betreuung von Schwangeren mit Komplikationen im klinischen Setting bedarf einer dauerhaften Beteiligung in diesem Gremium, um so einen bedeutenden Teil der Bevölkerung dort entsprechend abbilden zu können.

— i.V.

Susanne Otte-Seybold

2. Vorsitzende des Landesverbandes der Hessischen Hebammen

Pfarrwiese 15

61118 Bad Vilbel

06101.6981

2.vorsitzende@hebammen-hessen.de

1. Vorsitzende

Gabriele Kopp  
Am Kirschrain 9a  
34128 Kassel  
0561 31 60 644

1.vorsitzende@hebammen-hessen.de

2. Vorsitzende

Susanne Otte-Seybold  
Pfarrwiese 15  
61118 Bad Vilbel

2.vorsitzende@hebammen-hessen.de

Schriefführerin

Barbara Teubner  
Ferdinand-Scholling-Ring 2  
65934 Frankfurt

schriftfuehrerin@hebammen-hessen.de

Schatzmeisterin

Denize Krauspenhaar  
Eiserne Hand  
65195 Wiesbaden  
06128 857385

schatzmeisterin@hebammen-hessen.de



ver.di • Hessen • Wilhelm-Leuschner-Str. 69-77 • 60329 Frankfurt am Main

An den  
Sozial- und Integrationspolitischen  
Ausschuss des Hessischen Landtags  
Postfach 3240  
65022 Wiesbaden

Landesbezirksleiter  
Jürgen Bothner

**Vereinte  
Dienstleistungs-  
gewerkschaft  
Landesbezirk Hessen**

Wilhelm-Leuschner-Str. 69-77  
60329 Frankfurt am Main

Telefon: 069 / 2569-0  
Telefax: 069 / 2569 1199

**Stellungnahme der Gewerkschaft ver.di zum Ge-  
setzentwurf der Fraktionen der CDU und Bündnis  
90/ Die Grünen für ein Gesetz zur Änderung des  
Hessischen Krankenhausgesetzes 2011**

Datum	26. Juli 2018
Ihre Zeichen	
Unsere Zeichen	Bo/gr
Durchwahl	-1100/-1101

Sehr geehrte Frau Vorsitzende,  
sehr geehrte Damen und Herren,

für die Übersendung des Gesetzentwurfes danken und übersenden Ihnen dazu die folgende Stellungnahme der Gewerkschaft ver.di:

In den hessischen Krankenhäusern sind vordringlichsten Probleme Überlastung des Personals und unzureichende öffentliche Investitionsmittel. Der vorgelegte Gesetzentwurf bietet in beiden Fragen Ansätze, aber leider noch keine ausreichende Lösung.

Zu den Regelungen des Gesetzentwurfes im Einzelnen:

Zu Nr. 4 (§ 8):

Die Aufnahme der „Verbesserung der Patientensicherheit“ in den Katalog der möglichen Verordnungen geht in die richtige Richtung. Allerdings halten wir es für dringend erforderlich, dass spätestens mit Verabschiedung des Gesetzes auch eine verbindliche Mindestpersonalverordnung vorgelegt wird, die sich an den Empfehlungen der Fachgesellschaften orientiert. Andere Bundesländer wie zB NRW oder Berlin haben bereits auf Grundlage ihrer jeweiligen Landeskrankenhausgesetze zumindest für Teilbereiche von Kliniken Mindestpersonalvorgaben in die Landeskrankenhauspläne aufgenommen.

So hat z.B. das Land Berlin Regelungen zu Mindestpersonalausstattungen und – qualifikation für Facharztabteilungen in Plankrankenhäusern, für die Pflegepersonal-ausstattung auf Intensivstationen, zur Verbindlichen Einhaltung der Regelungen der PsychPV in psychiatrischen Kliniken und Abteilungen sowie zur Personalausstattung von geriatrischen Abteilungen auf Grundlage der Empfehlungen des Bundesverbandes Geriatrie in den Landeskrankenhausplan aufgenommen. Dies halten wir als eine der wesentlichen Maßnahmen zur Patientensicherheit spätestens mit der Novellierung des HKHG in Hessen für erforderlich.

Zu Nr. 14 (§ 23):

Die Förderung von regionalen Krankenhausverbänden ist richtig. Allerdings ist der bisher nicht durch die Krankenhausinvestitionsmittel des Landes gedeckte Investitionsbedarf in den hessischen Krankenhäusern weitaus höher als die für die Jahre 2019 bis 2021 aus der Nichtanrechnung der früher erhaltenen Fördermittel auf die Investitionspauschalen resultierenden 21 Mio. € (dies entspricht einer zusätzlichen Investitionsförderung von 7 Mio. € pro Jahr). Das RWI hat in seinem Gutachten zur Weiterentwicklung der Investitionsförderung im Krankenhausbereich für das Land Hessen für das Jahr 2015 eine Investitionslücke von 224 Mio. € nach der „InEK-Methode“ errechnet. Die InEK-Methode wird auch im HKHG für die Verteilung der Investitionspauschalen angewandt, allerdings nur für den Verteilungsschlüssel, nicht für die gesamte Höhe der Krankenhausinvestitionsmittel des Landes. Damit klafft in Hessen auch unter Berücksichtigung der zusätzlichen Fördermittel aus der Berücksichtigung von regionalen Klinikverbänden weiterhin eine Investitionslücke von weit über 200 Mio. € pro Jahr.

Fehlende Investitionsmittel sind ein wesentlicher Faktor für den übermäßigen Abbau insbesondere von Pflegepersonal in Kliniken.

Zu Art. 2:

Die Erweiterung der Aufgaben der Gesundheitskonferenzen zu regionalen Versorgungskonferenzen wird von uns begrüßt. Nur mit einer sektorenübergreifenden Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung ist es möglich, die zukünftigen Herausforderungen der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung sicher zu stellen. Bei der Zusammensetzung der Gesundheitskonferenzen fehlt nach unserer Auffassung die berufsübergreifende Vertretung der im Gesundheitswesen Beschäftigten. Wir regen daher an, auch Vertreter\*innen der Gewerkschaft ver.di als der mit Abstand größten freien Vereinigung von Beschäftigten im Gesundheitssektor in die Zusammensetzung der Gesundheitskonferenzen aufzunehmen.

An der mündlichen Anhörung am 09. August um 17 Uhr wird für die Gewerkschaft ver.di unser Landesfachbereichsleiter Gesundheit Georg Schulze-Ziehaus teilnehmen.

Mit freundlichen Grüßen

  
**Jürgen Bothner**  
 Landesbezirksleiter ver.di Hessen

  
**Georg Schulze-Ziehaus**  
 Landesbezirksfachbereichsleiter Gesundheitsdienste

E-Mail:  
 juergen.bothner@verdi.de  
 Mitarbeiterin:  
 dagmar.graf@verdi.de  
 Internet:  
 www.hessen.verdi.de

Ärztegenossenschaft Gesundheitsversorgung im Vorderen Odenwald (ÄGIVO eG)  
Dr. med. Gerhard Wetzig  
Vorstand

Betr.: Stellungnahme der ÄGIVO eG zur Öffentlichen Mündlichen Anhörung des Sozial- und Integrationspolitischen Ausschusses des Hessischen Landtags zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU und BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN für ein Gesetz zur Änderung des Hessischen Krankenhausgesetzes 2011 und anderer Rechtsvorschriften – Drucks. 19/6548

Sehr geehrte Frau Ravensburg,  
sehr geehrte Damen und Herren,

Vielen Dank für die Einladung zur Anhörung zur geplanten Gesetzesänderung.

Die neu gegründete Ärztegenossenschaft Gesundheitsversorgung im Vorderen Odenwald ÄGIVO eG, deren Gründungsmitglied und Vorstand ich bin, ist als Selbsthilfe-Initiative entstanden, um dem dramatischen Praxensterben auf dem Lande entgegenzuwirken. Das Durchschnittsalter der Landärztinnen und Landärzte ist seit Jahren gestiegen, obwohl das Problem der fehlenden Nachfolger seit mehr als zehn Jahren bekannt ist, ohne dass – abgesehen von der Regelung des Bereitschaftsdienstes – wirksame Maßnahmen getroffen worden wären.

Zu dieser dramatischen Situation kommt für die noch verbliebenen Kolleginnen und Kollegen noch eine Vielzahl zusätzlicher Belastungen und eine enorme Arbeitsverdichtung. Die Patienten der Praxen, die Jahr für Jahr ohne Nachfolger schließen, müssen von den noch praktizierenden, ohnehin überlasteten Ärztinnen und Ärzten zusätzlich versorgt werden. Erschwerend kommt hinzu, dass notwendige fachärztliche Abklärungen – ob ambulant oder stationär – durch den Hausarzt kaum noch zeitnah veranlasst werden können, so dass er weiterhin die Verantwortung für den Patienten tragen muss.

Die - politisch gewünschte - Schließung der kleinen ländlichen Krankenhäuser hat durch den damit verbundenen Wegfall der Notfall-Ambulanzen die Lage noch verschärft, da die weiter entfernt liegenden Kliniken in den Mittelzentren und Großstädten mangels Verkehrsinfrastruktur nur schwer zu erreichen sind und zudem um keine ausreichenden Kapazitäten verfügen, um die entstandenen Versorgungslücken zu schließen. Aufgrund der Fallpauschalen werden die Patienten in den Krankenhäusern erst gar nicht aufgenommen oder vorzeitig, ohne vollständig abgeschlossene Diagnostik, wieder entlassen – mit dem Hinweis, alles weitere könne der Hausarzt regeln oder es könne ambulant fachärztlich abgeklärt werden.

Da aber Facharzt-Termine durch das ebenso pauschalierte KV-System zeitnah in den seltensten Fällen zu bekommen sind, muss der Hausarzt weiter die Verantwortung tragen und wird bei Verschlechterung des Zustands eines Patienten diesen wieder stationär einweisen müssen. Sollte sich allerdings herausstellen, dass statt der Einweisung auch eine ambulante fachärztliche Behandlung ausreichend gewesen wäre, kann der einweisende Hausarzt für die entstehenden Kosten nachträglich in Regress genommen werden.

So hat sich zwischenzeitlich sich ein unschönes „Schwarzer-Peter-Spiel“ zwischen Kliniken, Fachärzten und Hausärzten entwickelt, bei dem die Patienten und ihre Hausärzte leider immer den Kürzeren ziehen.

Ein Beispiel aus meiner Praxis: Während der schlimmen Grippewelle im Winter und Frühjahr diesen Jahres, die eine extreme Arbeitsüberlastung mit sich brachte, musste ich immer wieder akute Notfälle aus der laufenden, überfüllten Sprechstunde heraus stationär einweisen. Während der Rettungsdienst und die Leitstellen erwarten, dass ich mit dem Krankenhaus und dem betreffenden Arzt dort telefonischen Kontakt aufnehme, hänge ich entweder ewig in der Warteschleife oder werde – wenn ich denn den zuständigen Kollegen endlich sprechen kann – abgewimmelt und auf andere Krankenhäuser verwiesen, bei denen das Spiel von vorne beginnt. Die Kliniken in unserer Region sind seit Jahren jeden Winter überlastet. Deshalb bin ich inzwischen dazu übergegangen, die Suche nach einem geeigneten Krankenhaus dem Rettungsdienst oder der Leitstelle zu überlassen. Durch die mangelhafte Koordination und Kooperation, erschwert durch die Sektorengrenzen, wird viel fachliche Arbeitszeit sinnlos vergeudet.

Des Weiteren sehe ich mich häufig genötigt, einem Patienten zu empfehlen, sich bei akut abzuklärenden Beschwerden direkt, ohne vorherige telefonische Anmeldung, in eine Krankenhaus-Ambulanz zu begeben, da ich für ihn nicht weiter die Verantwortung übernehmen kann und will. Die eigentlich zuständigen niedergelassenen Fachärzte sehen sich nicht in der Lage, sich zeitnah eines Notfalls ihres Fachgebiets anzunehmen, auch wenn ich versuche, persönlich oder über eine Helferin Kontakt aufzunehmen. Eine Anmeldung meinerseits in einer Krankenhaus-Ambulanz führt nahezu durchgängig zur sofortigen Absage.

Die vielfach beklagte Überlastung der Krankenhaus-Ambulanzen hat meiner Erfahrung nach ihre Ursache in den immer noch zementierten Sektorengrenzen, der in allen Bereichen bestehenden Pauschalierung und einer fehlenden, fachlich kompetent besetzten Koordinationsstelle in der Region, an die sich die Hausärzte wenden könnten.

Eine solche Koordinationsstelle sollte ärztlich besetzt, für Hausärzte direkt erreichbar und im fachlichen Dialog in der Lage sein, den Patienten in die beste, kostengünstigste und nahe gelegenste medizinische Versorgungsebene zu leiten. Genannte Koordinationsstelle könnte bei den Leitstellen angesiedelt sein, wobei es meiner langjährigen Erfahrung nach sinnvoll wäre, auch die Disposition des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes (derzeitige Rufnummer 116 117) den regionalen Leitstellen zuzuordnen, die ja mit den örtlichen Gegebenheiten vertraut sind- zumal viele Patienten mit der Auswahl der richtigen Versorgungsebene (Termin Hausarzt, Termin Facharzt, ÄBD, Rettungsdienst, Notarzt oder Krankenhaus-Ambulanz) völlig überfordert sind und nach ewigen Warteschleifen dann von sich aus die „höchste Ebene“ , also die Krankenhaus-Ambulanz, aufsuchen.

Zusammenfassend könnten mit Hilfe solcher Koordinationsstellen, mit relativ wenig Aufwand, unsere knappen medizinischen Ressourcen zielgerichtet und effektiv eingesetzt werden - zum Wohle der Patienten und zur Entlastung ihrer Hausärzte.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med Gerhard Wetzig  
Facharzt für Allgemeinmedizin  
Vorstand der ÄGIVO eG  
Landarzt in Lindenfels seit 1986

# Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Hessen e. V.

Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Hessen e. V. • Luisenstraße 26 • 65185 Wiesbaden

Hessischer Landtag  
 Frau Claudia Ravensburg  
**Sozial- und Integrationspolitischer Ausschuss**  
 Schlossplatz 1 - 3  
 65183 Wiesbaden

30. Juli 2018

## **Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU und Bündnis 90/Die Grünen für ein Gesetz zur Änderung des Hessischen Krankenhausgesetzes 2011 Drs. 19/6548**

*hier Schwerpunkt: Gesundheitskonferenzen*

Sehr geehrte Frau Ravensburg,

die Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Hessen e. V. bedankt sich für die Möglichkeit der mündlichen und schriftlichen Anhörung zu o.g. Gesetzentwurf. Wir gehen hier schwerpunktmäßig auf das Thema Gesundheitskonferenzen ein.

Die in der Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Hessen e. V. zusammengeschlossenen Verbände sind in vielfältiger Weise, besonders auch im Bereich der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung der Bevölkerung in Hessen, tätig. Aus diesem Grund begrüßen wir das Vorhaben der Landesregierung, das bestehende gemeinsamen Landesgremium nach § 90a Abs. 1 SGB V mit den bereits bestehenden Gesundheitskonferenzen im Sinne einer Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung zu verknüpfen.

In der Begründung zu o.g. Gesetzentwurf (S. 12) wird zu Recht erwähnt, dass ein Austausch aller im Gesundheitswesen, wie in der Pflege tätigen Institutionen, über ihre Zusammenarbeit und über konkrete Problemstellungen - im Sinne der sektorenübergreifenden Versorgung - angezeigt ist. Leider war in den auf Basis von § 21 des Hessischen Krankenhausgesetzes 2011 gebildeten Gesundheitskonferenzen bislang eine formale Beteiligung der Liga Hessen nicht vorgesehen. Aufgrund der Bedeutung der in der Liga Hessen zusammengeschlossenen Verbände für eine bedarfsgerechte Versorgung der hessischen Bevölkerung mit Gesundheits- und Pflegeleistungen bitten wir deshalb darum, künftig als gleichberechtigter Partner mit Sitz und Stimme an den Sitzungen der Gesundheitskonferenzen teilnehmen zu können. Bei der Identifizierung und lösungsorientierten Bearbeitung der an Bedeutung zunehmenden Fragestellungen bei der Ausgestaltung der Versorgungsleistungen, etwa im Bereich der Versorgung der Bevölkerung im ländlichen Raum, aber auch im Rahmen der Ausgestaltung der Kooperation von niedergelassenen Ärzten und Pflegeeinrichtungen auf Basis des § 119b SGB V oder der Gestaltung von Versorgungsketten (Stichwort: Klinisches Entlassmanagement), kann sich die Liga Hessen so als fachkundiger und verlässlicher Akteur zielführend in die Diskussionen einbringen.



Landesverband  
 der Jüdischen  
 Gemeinden in  
 Hessen K. d. ö. R.

Liga der  
 Freien Wohlfahrts-  
 pflege  
 in Hessen e. V.

Luisenstraße 26  
 65185 Wiesbaden

Fon: 0611/30814-34

Fax: 0611/30814-74

info@liga-hessen.de  
 www.liga-hessen.de

# Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Hessen e. V.

Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Hessen e. V. • Luisenstraße 26 • 65185 Wiesbaden

Lösungsvorschlag:

§ 8 Abs. 1 wird wie folgt ergänzt:

*9. die Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Hessen zwei Vertreterinnen und Vertreter*

Wir bitten darum, die dargelegten Argumente und den Änderungsvorschlag zu würdigen und bei der Überarbeitung des Gesetzes zu berücksichtigen. Falls zu einzelnen Punkten Rücksprachen oder ergänzende Stellungnahmen erforderlich sein sollten, ist die Liga Hessen selbstverständlich gerne dazu bereit.

Im Übrigen verzichtet die Liga Hessen in Bezug auf die Änderung des Hessischen Krankenhausgesetzes 2011 sowie anderer Rechtsvorschriften auf die Abgabe einer eigenen Stellungnahme und verweist diesbezüglich auf die Stellungnahme der Hessischen Krankenhausgesellschaft.

Mit freundlichen Grüßen

Michael Schmidt  
Vorsitzender des Liga-Arbeitskreises  
„Gesundheit, Pflege und Senioren“



Landesverband  
der Jüdischen  
Gemeinden in  
Hessen K. d. ö. R.

Liga der  
Freien Wohlfahrts-  
pflege  
in Hessen e. V.  
Luisenstraße 26  
65185 Wiesbaden  
Fon: 0611/30814-34  
Fax: 0611/30814-74  
info@liga-hessen.de  
www.liga-hessen.de

Hessischer Landtag  
z. Hd. Herrn Henrik Dransmann  
Schlossplatz 1-3  
65183 Wiesbaden

Frankfurt, den 30.07.2018

**Stellungnahme zur Änderung des Hessischen Krankenhausgesetzes 2011  
-Drucks. 19/6548-**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit nehmen wir zum Gesetz zur Bildung von Gremien zur Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung Stellung:

Das Ziel des Gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a SGB V ist es, durch eine stärkere Vernetzung an den Schnittstellen der ambulanten und stationären Versorgung sowie einer verstärkten Patientenorientierung eine bedarfsgerechte, qualitativ hochwertige gesundheitliche Versorgung in ganz Hessen zu fördern. Daher begrüßen wir es sehr, dass durch § 8 des vorliegenden Entwurfs (Besetzung der Gesundheitskonferenzen) mit dem Landespflegerat pflegerische Berufe Eingang in dieses Gremium finden. Allerdings fehlen im vorliegenden Entwurf therapeutische Berufe, insbesondere die Physiotherapie, um eine Besetzung des Gremiums zu gewährleisten, die alle wichtigen Akteure sektorenübergreifend berücksichtigt.

Heilmittelerbringerinnen und Heilmittelerbringer sind ein wichtiger Teil der hessischen Versorgungslandschaft und das über die Sektorengrenzen hinweg. Wie die Verordnungszahlen zeigen<sup>1</sup> steigt die Bedeutung insbesondere der Physiotherapie im ambulanten Sektor seit Jahren kontinuierlich an. Vor dem Hintergrund kürzerer Verweildauern im Krankenhaus, des demographischen Wandels und dem sozialrechtlichen Grundsatz „Reha vor Pflege“, dem Wandel in der Arbeitswelt weiter hin zu sitzenden Tätigkeiten und dem allgemeinen Bewegungsmangel in der Bevölkerung, ist absehbar, dass die Physiotherapie in Zukunft weiterhin einen bedeutenden Stellenwert in der Versorgungslandschaft haben wird<sup>2</sup>. Die unter § 8 Punkt (2) beschriebene Hinzuziehung weiterer Beteiligter ist für die Physiotherapie in Hessen nicht ausreichend.

Das Mindeste, was den Vertretern der Heilmittelerbringer zugestanden werden muss, ist ein Anwesenheitsrecht sowie ein Anhörungsrecht. Dies fordern wir auch für das Gemeinsame Landesgremium ein.

Das Ziel des Gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a SGB V ist es, durch eine stärkere Vernetzung an den Schnittstellen der ambulanten und stationären Versorgung sowie einer verstärkten Patientenorientierung eine bedarfsgerechte, qualitativ hochwertige gesundheitliche Versorgung in ganz Hessen zu fördern.

Dazu gehören definitiv auch die Physiotherapeuten bzw. Heilmittelerbringer.

Mit freundlichen Grüßen

Yvonne Masburger  
1. Vorsitzende

<sup>1</sup> GKV -Heilmittelinformationssystem

<sup>2</sup> Barmer GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2017, 2016 u.a.  
Heilmittelbericht des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO)

Deutscher Verband für  
Physiotherapie (ZVK)

Landesverband Hessen e.V.

Geschäftsstelle:

Otzbergstraße 8

60528 Frankfurt am Main

Telefon 069 / 6 78 65 36-0

Telefax 069 / 6 78 65 36-10

info@he.physio-deutschland.de

www.he.physio-deutschland.de

Bankverbindung:

Postbank Frankfurt

IBAN DE96 5001 0060 0046 2336 00

BIC PBNKDEFF

Beratung telefonisch:

Mo. und Fr. 8.30 - 12.30 Uhr

Di. und Do. 8.30 - 13.30 Uhr

Mi. 14.00 - 18.00 Uhr

Beratung in der Geschäftsstelle:

Nur nach vorheriger

Telefonischer Vereinbarung

Hessische Krankenhausgesellschaft e.V. | Frankfurter Str. 10 - 14 | 65760 Eschborn

Der Präsident

An:  
Sozial- und Integrationspolitischer Ausschuss  
des Hessischen Landtags

Prof. Dr. Dr. Reinhard Wabnitz

Per E-Mail: [h.ranftmann@ltg.hessen.de](mailto:h.ranftmann@ltg.hessen.de) und  
[m.mueller@ltg.hessen.de](mailto:m.mueller@ltg.hessen.de)

Frankfurter Str. 10 - 14  
65760 Eschborn

Tel.: 06196 4099-58  
Fax: 06196 4099-99

mail@hkg-online.de  
www.hkg-online.de

Ihr Zeichen

Ihre Nachricht vom

Unser Zeichen  
21a.21

Datum  
30. Juli 2018

**Schriftliche Stellungnahme zur öffentlichen mündlichen Anhörung des Sozial- und Integrationspolitischen Ausschusses zu dem Gesetzentwurf der Regierungsfractionen für ein Gesetz zur Änderung des Hessisches Krankenhausgesetzes 2011– Drucks. 19/6548 –**

Sehr geehrte Frau Ravensburg,  
sehr geehrte Damen und Herren,

wir nehmen Bezug auf Ihr Schreiben vom 29. Juni 2018.

Wir danken Ihnen, dass Sie uns die Gelegenheit geben, zu dem o. g. Gesetzentwurf schriftlich Stellung zu nehmen.

Zu allererst möchten wir um folgende redaktionelle Änderungen bitten:

- Das Hessische Krankenhausgesetz ist kein „Jahres“-Gesetz. Die Angabe „2011“ hinter der Gesetzesbezeichnung ist entbehrlich und sollte daher gestrichen werden.
- Art. 1 Nr. 12 des Gesetzentwurfs sieht vor, dass § 21 mit der Folge aufgehoben werden soll, dass redaktionell alle folgenden Paragraphen neu gezählt und die Verweise geändert werden müssen. Wir bitten aus Gründen der Praktikabilität hiervon Abstand zu nehmen. Es würde vollkommen genügen, wenn in § 21 der Hinweis „(aufgehoben)“ stünde.
- Gleiches gilt in Bezug auf Art. 1 Nr. 9 Buchst. b (Aufhebung des Absatzes 4 von § 17).

Nachfolgend kommentieren wir einzelne Gesetzesänderungen:

*Zu Artikel 1 - Änderung des Hessischen Krankenhausgesetzes 2011:*

Zu Nr. 4 Buchst. c (§ 8 Abs. 2 – neu –):

Es ist vorgesehen, dass der krankenkasseneigene Medizinische Dienst (MDK) in den Krankenhäusern Kontrollen nach § 275a SGB V zur Einhaltung der Qualitätsanforderungen, die durch dieses Gesetz oder den Krankenhausplan bestimmt werden, durchführen darf.

Auch wenn § 275a SGB V den MDK als Prüfinstanz für Qualitätsprüfungen vorsieht und das Land daran gebunden ist, müssen wir darauf hinweisen, dass wir den MDK als „Organ“ der gesetzlichen Krankenversicherung für ungeeignet halten, weil er dem Grunde nach nicht neutral ist. Die Krankenhäuser stellen fest, dass der MDK von den gesetzlichen Krankenkassen zunehmend als Kostendämpfungsinstrument eingesetzt wird. Die Quote der beauftragten Prüfungen im Rahmen der Abrechnung hat sich in Hessen in den letzten Jahren auf über 20% der Krankenhausfälle erhöht und damit fast verdoppelt. Wir bitten deshalb die Landesregierung, sich für eine Unabhängigkeit des MDK einzusetzen, so wie es der Koalitionsvertrag der Bundesregierung vorsieht. Dies sollte durch Überführung in eine von der gesetzlichen Krankenversicherung unabhängigen Prüforganisation erfolgen. Alternativ wäre zu prüfen, ob oder auf welchem Weg die in jedem Bundesland etablierten Qualitätssicherungsstellen (in Hessen: Geschäftsstelle für Qualitätssicherung Hessen (GQH)) mit diesen Qualitätsprüfungen beauftragt werden können. Diese Qualitätssicherungsstellen sind von den gesetzlichen Krankenkassen und den Krankenhausgesellschaften gemeinsam getragene Einrichtungen und seit über 20 Jahren in der stationären Qualitätssicherung etabliert und anerkannt.

Zu Nr. 6 (§ 11):

In Abs. 1 Nr. 6 und Abs. 3 Satz 1 können jeweils die Wörter „und zur Erstellung der Krankenhausbauprogramme“ ersatzlos gestrichen werden.

Krankenhausbauprogramme werden seit der Umstellung auf eine Pauschalförderung von Investitionen nicht mehr erstellt.

Zu Nr. 9 Buchst. e (§ 17 Abs. 6 – neu –):

Der bisherige Absatz 7 soll als Absatz 6 wie folgt gefasst werden:

„(6) Der Krankenhausplan kann für spezielle medizinische Fachgebiete eine versorgungsübergreifende landesweite Aufgabenwahrnehmung der Krankenhäuser festlegen.“

Der Begriff des Fachgebiets ist im HKHG 2011 nicht bestimmt. Er ist ein unbestimmter Rechtsbegriff, dessen Inhalt und genaue Definition nicht selbstverständlich feststehen, sondern verschiedenen Interpretationen zugänglich ist und der Auslegung bedarf. Unter den beteiligten Fachkreisen geht man bislang davon aus, dass der Begriff des Fachgebiets im krankenhauplanerischen Sinne gleichbedeutend ist mit dem des „Gebiets“ aus der fachärztlichen Weiterbildung nach Maßgabe der Regelungen der Landesärztekammer Hessen. § 2 Abs. 1 der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen, zuletzt geändert am 13. September 2017 (HÄBL 11/2017, S. 654), besagt, dass ein „Gebiet“ als ein definierter Teil in einer Fachrichtung der Medizin beschrieben wird. Die Ge-

bietsdefinition bestimmt die Grenzen für die Ausübung der fachärztlichen Tätigkeit. Ärztliche Weiterbildung beinhaltet das Erlernen ärztlicher Fähigkeiten und Fertigkeiten nach abgeschlossener ärztlicher Ausbildung und Erteilung der Erlaubnis zur Ausübung der ärztlichen Tätigkeit, kann aber nicht selbsttätig die Vorgabe für die krankenhauplanerische Erteilung von Versorgungsaufträgen sein. Die Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Hessen selbst verwendet den Begriff des „Fachgebiets“ auch nur einziges Mal im Zusammenhang mit dem Erwerb der Zusatz-Weiterbildung Krankenhaushygiene. Ärztliche Weiterbildung und Krankenhausplanung können durchaus im Widerspruch zueinanderstehen, wenn es keine klaren gesetzlichen Regelungen zum krankenhauplanerischen Begriff des Fachgebiets gibt. Wir kommen darauf nochmals bei unserer Anmerkung zu Nr. 10 Buchst. c (§ 19 Abs. 4) zurück.

Weiterhin erlauben wir uns den Hinweis, dass das Wort „versorgungsübergreifend“ wohl durch das Wort „versorgungsgebietsübergreifend“ zu ersetzen sein wird. Im bisherigen Absatz 7 findet sich auch nur das Wort „versorgungsgebietsübergreifend“.

Zu Nr. 10 Buchst. a Doppelbuch. aa (§ 19 Abs. 1):

Bislang heißt es in § 19 Abs. 1 HKHG 2011, dass bei den Entscheidungen des Ministeriums *auch* die in den §§ 135-139c SGB V entwickelten Indikatoren zur Ergebnisqualität zu berücksichtigen sind. Künftig soll es stattdessen heißen, dass bei den Entscheidungen *insbesondere* die Ergebnisse zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach § 136c Abs. 1 und 2 SGB V zu berücksichtigen sind.

Wir haben die nicht unberechtigte Sorge, dass durch die Verwendung des Adverbs „insbesondere“ das Kriterium Qualität im Vergleich zu den anderen Kriterien herausgehoben werden soll. In § 1 Abs. 1 HKHG sind die Ziele der Krankenhausplanung vorgegeben, nämlich eine qualitativ hochwertige patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, qualitativ hochwertig und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten. Die dort genannten Ziele sind gleichrangig wiedergegeben. Die Qualität ist dort als Ziel der Krankenhausplanung *nicht* hervorgehoben. Weder in § 109 Abs. 3 SGB V noch in § 1 KHG gibt es eine Rangfolge zwischen Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit sowie Qualität und Patienten- und Bedarfsgerechtigkeit.

Wir schlagen vor,

**das Wort „auch“ nicht durch das Wort „insbesondere“ zu ersetzen,**

um zu vermeiden, dass die anderen genannten Ziele der Krankenhausplanung vernachlässigt werden.

Weiterhin vermischen wir in § 19 Abs. 1 eine korrespondierende Regelung zu § 6 Abs. 1a Satz 2 KHG, nach der durch Landesrecht die Geltung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ganz oder teilweise ausgeschlossen oder eingeschränkt werden.

Nach § 8 Abs. 1b KHG sind Plankrankenhäuser, die die vom gemeinsamen Bundesausschuss vorgegebenen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nicht nur vorübergehend und in einem erheblichen Maß verfehlen, durch Aufhebung des Feststellungsbescheides ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herauszunehmen.

Viele Bundesländer haben von dieser Möglichkeit, durch eine eigene Norm von den Bundesvorgaben abzuweichen, in unterschiedlicher Form Gebrauch gemacht, um eigene Entscheidungsmöglichkeiten zu behalten. Ohne eine eigene Ermächtigungsnorm gibt das Land seine Planungshoheit an dieser Stelle aus der Hand, wichtige Entscheidungen über die Krankenhausversorgung werden dann abschließend auf Bundesebene gefällt. In diesem Fall kommt der oben angesprochenen Verwendung des Begriffs „insbesondere“ nochmals eine verstärkte Bedeutung zu. In diesem Zusammenhang darf auch nicht außer acht gelassen werden, dass die vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ausdrücklich nur Empfehlungscharakter gegenüber den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden haben (vgl. § 136c Abs. 1 S. 2 SGB V).

Die Diskussion um das Stufenkonzept des Gemeinsamen Bundesausschusses zur stationären Notfallversorgung zeigt, welche Auswirkungen G-BA Beschlüsse auf die Planung der Länder haben kann. In Hessen sind die Auswirkungen dieses Beschlusses noch nicht abschließend erkennbar.

Auch wenn wir objektive Qualitätskriterien generell unterstützen, muss dennoch die Möglichkeit bestehen, im Einzelfall Bundesvorgaben mit den anderen Zielen der hessischen Krankenhausplanung abzuwägen, um ggf. eigene Entscheidungen treffen zu können. Dies gilt insbesondere für Indikatoren, die für die hessische Krankenhausplanung ungeeignet sind, zum Beispiel weil sie nicht umsetzbar sind oder an die Krankenhäuser unverhältnismäßige Anforderungen stellen. Diese Möglichkeit der eigenen Entscheidung gibt der jetzigen Gesetzesentwurf unverständlicherweise aus der Hand.

Wir schlagen daher folgende Fassung von Art. 1 Nr. 10 Buchst. a vor:

**a) Abs. 1 wird wie folgt geändert**

**aa) Satz 2 wird wie folgt gefasst:**

**„Bei den Entscheidungen sind auch die Ergebnisse zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach § 136c Abs. 1 und 2 des 5. Buches des SGB zu berücksichtigen.“**

**Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:**

**„Durch Rechtsverordnung kann die Geltung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach § 6 Abs. 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ganz oder teilweise ausgeschlossen oder eingeschränkt werden.“**

**bb) In Satz 6 werden nach dem Wort „Fassung“ die Wörter „ der Bekanntmachung“ eingefügt und wird die Angabe „15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2423)“ durch „18. Juli 2017 (BGBl. I S.2757)“ ersetzt.**

Zu Nr. 10 Buchst. c Doppelbuchst. aa (§ 19 Abs. 4):

Die Einzelentscheidungen im Feststellungsbescheid beschränken sich u. a. auf die Bestimmung der Fachgebiete.

Hierzu zwei Anmerkungen:

(1) Absatz 1 und Absatz 4 des § 19 nehmen wechselseitig aufeinander Bezug. In Abs. 1 Satz 1 ist die Rede von Einzelfestlegungen, in Abs. 4 Satz 1 von Einzelentscheidungen. Es wäre sinnvoll, wenn in beiden Absätzen einheitlich die Rede von Einzelfestlegungen wäre.

(2) Ein Plankrankenhaus erhält seinen Versorgungsauftrag, der auch nach § 8 Abs. 1 S. 3 und 4 KHEntgG für die Berechenbarkeit der Krankenhausentgelte maßgeblich ist, durch die Feststellung des für das Krankenhauswesen zuständigen Ministeriums über seine Aufnahme in den Krankenhausplan auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 KHG i. V. m. § 19 Abs. 1 HKHG 2011. In dem Feststellungsbescheid trifft das HMSI die Einzelfestlegungen u. a. für die Fachgebiete, auf denen das Krankenhaus tätig werden darf.

Wie oben zu Nr. 9 Buchst. e (§ 17 Abs. 6 – neu –) bereits ausgeführt, ist der Begriff des Fachgebiets, für das einem Krankenhaus der Versorgungsauftrag erteilt wird, im HKHG 2011 nicht bestimmt. Ärztliche Weiterbildung und Krankenhausplanung können durchaus im Widerspruch zueinanderstehen, wenn es keine klaren gesetzlichen Regelungen zum krankenhausesplanerischen Begriff des Fachgebiets gibt. Hierzu gibt es konkrete Beispiele aus anderen Bundesländern.

Die Hessische Krankenhausgesellschaft sieht aus krankenhausesplanerischer Sicht einen dringenden Bedarf zur Klärung des Begriff des Fachgebiets, die nicht später der verwaltungs- oder sozialgerichtlichen Rechtsprechung überlassen bleiben sollte.

Wir schlagen daher folgende Fassung von Art. 1 Nr. 10 Buchst. c Doppelbuchst. bb vor:

**„bb) Satz 2 erhält folgende Fassung:**

**„Fachgebiete im Sinne des Satzes 1 sind die in Abschnitt B der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte der Landesärztekammer Hessen genannten bettenführenden Gebiete unter Ausschluss der Facharztkompetenz für Herzchirurgie im Gebiet Chirurgie; Herzchirurgie und Geriatrie sind krankenhausesplanerisch eigenständige Fachgebiete.“**

Zu Nr. 14 (§ 22 – neu – Abs. 5):

Für die Definition eines Verbundes wird in Satz 4 – neu – der unbestimmte Rechtsbegriff einer gemeinsamen Dachgesellschaft verwendet.

Gemeinsame Dachgesellschaft ist ein auslegungsbedürftiger Begriff, der bisher in keiner Rechtsvorschrift des Bundes oder des Landes Verwendung gefunden hat. Damit insoweit erst gar nicht ein Klärungsbedarf entstehen kann, schlagen wir vor, statt der Wörter „eine gemeinsame Dachgesellschaft haben“ die Wörter

**„verbundene Unternehmen im Sinne von § 15 des Aktiengesetzes sind“**

zu verwenden.

Wenngleich wir die Aufstockung der Fördermittel um ca. 20 Mio. Euro als Ausgleich der Privilegierung von Verbänden sehr begrüßen, müssen wir an dieser Stelle auf die grundsätzlich bestehende Finanzierungslücke im Investitionsbereich in Höhe von 150 Mio. Euro pro Jahr hinweisen. Die jährliche Kalkulation sogenannter Investitionsbewertungsrelationen des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) hat aktuell einen Fördermittelbedarf von über 420 Mio. € für Hessen ergeben. Dies würde einer notwendigen Investitionsquote von 8-10% des jährlichen Umsatzes entsprechen. Davon sind wir in Hessen weit entfernt.

Zu Nr. 16 Buchst. a (§ 24 – neu – Abs. 1):

In Nr. 1 soll am Ende das Komma durch das Wort „und“ ersetzt werden.

Das Wort „und“ wird allgemein als eine Verbindung von Wörtern oder Satzteilen verstanden. Deshalb könnte die Gesetzesänderung so verstanden werden, als ob nunmehr sowohl die Voraussetzung nach Nr. 1 als auch die nach Nr. 2 erfüllt sein müssen, damit die Nutzung von Anlagegütern gefördert werden kann. Eine Verknüpfung zwischen dem Fehlen von Investitionsbewertungsrelationen und der Nutzung von Anlagegütern zur teilstationären Versorgung ergibt von der Sache her keinen Sinn bzw. würde die Förderfähigkeit auf teilstationäre Einrichtungen beschränken.

Wir schlagen vor, dass Wort „und“ durch „oder“ zu ersetzen (entsprechend der Begründung zu Nr. 16).

Dass das Wort „monatlich“ ersatzlos gestrichen wird, ist dagegen sachlich zutreffend.

*Zu Artikel 2 – Änderung des Hessischen Gesetzes zur Bildung eines Gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch:*

Die Hessische Krankenhausgesellschaft begrüßt ausdrücklich die gesetzestechnische Herausnahme der Gesundheitskonferenzen aus dem Hessischen Krankenhausgesetz 2011. Schon bisher haben die Gesundheitskonferenzen nach § 21 HKHG 2011 Aufgaben übernommen, die mit dem in § 1 HKHG 2011 genannten Ziel nur in geringem Maß übereinstimmen.

Zu Nr. 5 (§ 8):

Es ist nach § 8 Abs. 1 Nr. 5 vorgesehen, dass die Hessische Krankenhausgesellschaft als Interessenvertretung aller hessischen Krankenhäuser zwei Vertreter entsenden darf.

Diese Zahl ist im Verhältnis zur gegenwärtigen Situation zu gering. Derzeit werden gem. § 21 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 und 2 HKHG 2011 die Krankenhäuser durch insgesamt vier Vertreter zuzüglich eines Vertreters der Hessischen Krankenhausgesellschaft repräsentiert. Diese Beteiligung von Krankenhausvertretern der Region und des Verbandes (versorgungsgebietsübergreifend) hat sich sehr bewährt. Um die in § 1 Abs. 3 HKHG 2011 geforderte Trägervielfalt zu berücksichtigen, darf für die Besetzung der künftigen Gesundheitskonferenzen die Zahl vier nicht unterschritten werden.

Wir fordern daher, dass

**in Nr. 3 § 8 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 das Wort „zwei“ durch das Wort „vier“ ersetzt wird.**

Durch die Erhöhung der Vertreterzahl erfolgt auch keine Überrepräsentanz der Krankenhäuser im Verhältnis zu den anderen Organisationen, weil nach § 8 Abs. 2 vorgesehen ist, dass die unter einer Nummer genannten Vertreter ihr Stimmrecht nur einheitlich ausüben können und zusammen nur eine Stimme haben. Dies bedeutet, dass unabhängig davon, wie viele Vertreter die Hessische Krankenhausgesellschaft entsenden wird, sie insgesamt nur eine Stimme hat.

Zu Nr. 5 (§ 10):

Die Hessische Krankenhausgesellschaft begrüßt die Bereitschaft des Gesetzgebers, den Gesundheitskonferenzen für die Geschäftsführung jeweils einen Jahresbetrag von 12 000 Euro zur Verfügung zu stellen.

Wir gehen davon aus, dass dieser Betrag so dimensioniert ist, dass damit auch die Kosten, die sich aus dem Kostenerstattungsanspruch nach § 140f Abs. 5 SGB V ergeben oder die Dritten aufgrund einer Einladung zu den Sitzungen der Gesundheitskonferenz oder seiner Arbeitsausschüsse entstehen können, gedeckt sein müssten, so dass Absatz 2 entfallen kann.

Wenn dem nicht so sein sollte, müsste in Absatz 2

**die Angabe „6“ durch die Angabe „7“ ersetzt**

werden. Hier scheint ein Redaktionsversehen vorzuliegen.

Wir danken Ihnen auch für die Einladung zur öffentlichen mündlichen Anhörung am 9. August 2018 und nehmen sie hiermit gern an.

Die Hessische Krankenhausgesellschaft wird mit insgesamt zwei Personen teilnehmen, nämlich mit ihrem Vizepräsidenten, Herrn Dieter *Bartsch*, und dem Geschäftsführenden Direktor, Herrn Rainer *Greunke*.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in blue ink that reads "Wabnitz". The signature is written in a cursive, slightly slanted style.

(Prof. Dr. Dr. Reinhard Wabnitz)

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

LPPKJP HESSEN Frankfurter Straße 8 · 65189 Wiesbaden

Hessischer Landtag  
Herr Henrik Dransmann  
Schlossplatz 1-3  
65183 Wiesbaden

**Öffentliche Mündliche Anhörung des Sozial- und Integrationspolitischen Ausschusses des Hessischen Landtages zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN für ein Gesetz zur Änderung des Hessischen Krankenhausgesetzes und anderer Rechtsvorschriften  
- Drucks. 19/6548 -**

Sehr geehrte Damen und Herren,  
sehr geehrter Herr Dransmann,

die Psychotherapeutenkammer begrüßt grundsätzlich den Gesetzentwurf zur Änderung des Hessischen Gesetzes zur Bildung eines Gemeinsamen Landesgremiums nach § 90 a Abs. 1 SGB V.

Wir sehen die Vernetzung der Leistungsangebote im Gesundheits- und Pflegebereich als ein wichtiges Mittel zur Verbesserung der Versorgungsqualität der psychisch Kranken in Hessen. Hierzu können die regionalen Gesundheitskonferenzen einen maßgeblichen Beitrag leisten.

Besonders begrüßen wir, dass die Psychotherapeutenkammer als Vertreterin aller Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in den geplanten Gremien mit einem Stimmrecht repräsentiert ist. Unbefriedigend bleibt hierbei, dass die Heilberufekammern, die auf regionaler Ebene an der Beschlussfassung mitwirken, auf Landesebene keinen mit Stimmrecht unterlegten Einfluss mehr haben. Dies halten wir aus den bereits im Gesetzgebungsverfahren benannten Gründen für nicht zweckmäßig und nicht konsequent.

Entgegen den Ausführungen in der Begründung des Gesetzentwurfes sehen wir die Arbeitsfähigkeit der Gesundheitskonferenzen gefährdet. Nach § 8 besteht das Gremium aus bis zu 37 Vertreterinnen und Vertretern der entsendenden Institutionen. Eine konstruktive Diskussion wird durch die Größe der Gremien erschwert, ohne dass dem ein erkennbarer Nutzen gegenübersteht. Wir regen daher an, die Anzahl der jeweiligen Vertreterinnen und Vertreter im Vergleich zum Gesetzentwurf zu halbieren.



**LPPKJP HESSEN**  
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Geschäftsstelle  
Frankfurter Straße 8 · 65189 Wiesbaden  
Telefon 06 11.531 68-0  
Telefax 06 11.531 68-29  
e-mail [post@ptk-hessen.de](mailto:post@ptk-hessen.de)  
[www.ptk-hessen.de](http://www.ptk-hessen.de)

## Präsidentin

Ihr Schreiben vom

Datum  
30. Juli 2018

Ansprechpartner/in  
Olaf Diederichs

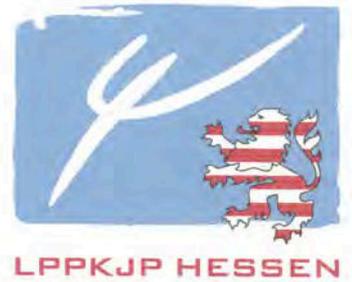
Telefon  
0611/ 5 31 68 -0

e-mail  
[post@ptk-hessen.de](mailto:post@ptk-hessen.de)

Präsidentin	Dr. Heike Winter
Vizepräsidentin	Elise Döring
Beisitzer/innen	Karl-Wilhelm Höffler Robert Schmidner Sabine Wald Birgit Wiesemüller

Geschäftsführer Olaf Diederichs

Nassauische Sparkasse  
IBAN DE86 5105 0015 0277 0003 60  
BIC NASSDE55XXX



Die Psychotherapeutenkammer trägt Kosten für die von ihr entsandten Vertreter auf der Grundlage ihrer Richtlinien. Eine weitere finanzielle Belastung durch Beteiligung an den Kosten der Gesundheitskonferenzen gemäß § 10 Absatz 2 des Gesetzentwurfes wird dagegen abgelehnt. Für eine solche Regelung sehen wir keinen Anhalt im hessischen Heilberufsgesetz.

Mit freundlichen Grüßen

  
Dr. Heike Winter  
Präsidentin

  
Else Döring  
Vizepräsidentin

Vitos GmbH / Ständeplatz 2 / 34117 Kassel

Sozial- und Integrationspolitischer  
Ausschuss des Hessischen  
Landtages  
per Mail an:  
[h.dransmann@ltg.hessen.de](mailto:h.dransmann@ltg.hessen.de) und  
[m.mueller@ltg.hessen.de](mailto:m.mueller@ltg.hessen.de)

**Geschäftsführung**  
Reinhard Belling

**Stellungnahme zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU und  
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN für ein Gesetz zur Änderung des  
Hessischen Krankenhausgesetzes 2011 und anderer  
Rechtsvorschriften (Drucksache 19/6548)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für Ihre Anfrage vom 29.06.2018. Gerne nutzen wir die  
Möglichkeit, zum o.g. Gesetzentwurf Stellung zu nehmen.

Zu Artikel 1 Nummer 14 (§ 22 Abs. 5 neu):

Vitos begrüßt grundsätzlich die Förderung der regionalen Verbundbildung  
und die damit verbundene Zielsetzung eine qualitativ hochwertige,  
patientengerechte und gleichzeitig wirtschaftliche Krankenhausversor-  
gung zu gewährleisten.

Vitos hat sich im Jahr 2008 in eine Verbundstruktur begeben, die in  
diesem Jahr 10 Jahre besteht. Die Erfahrungen, die mit der Bildung des  
Vitos Konzerns gemacht wurden, zeigen, dass sich durch die Bildung  
eines Verbundes sowohl qualitative als auch wirtschaftliche Vorteile  
erzielen lassen.

Durch die neue Regelung fällt bei Verbänden im Sinne des § 22 Abs. 5 neu  
die Anrechnung früher erhaltener Fördermittel in den Jahren 2019 bis 2021  
auf die Pauschalförderung weg. Dies ist ausdrücklich zu begrüßen.  
Hervorzuheben ist zudem, dass rd. 21 Mio. Euro zusätzlich zur bisherigen  
Pauschalförderung bereitgestellt werden.

Kassel, 30.07.2018

Ständeplatz 2  
34117 Kassel

Postfach 10 24 07  
34024 Kassel

Tel. 0561 – 10 04 – 53 01  
Fax 0561 – 10 04 – 53 59

Reinhard.Belling@vitos.de  
www.vitos.de  
blog.vitos.de

BIC: BFSWDE33MNZ  
IBAN: DE14550205000008650000  
Bank für Sozialwirtschaft AG

Steuer-Nr. LWV Hessen  
026 226 99078

Vitos GmbH  
Sitz der Gesellschaft  
und Registergericht  
Kassel HRB 14411

Geschäftsführer:  
Reinhard Belling

Aufsichtsratsvorsitzende  
Susanne Selbert  
Landesdirektorin LWV Hessen



Zu Artikel 1 Nummer 16 Buchstabe a (§ 24 Abs. 1 neu):

Neben dem vollstationären Bereich muss gemäß § 10 KHG ebenfalls der teilstationäre Bereich gefördert werden. Im teilstationären Bereich kann zum einen die Mietförderung für angemietete Tageskliniken nach § 24 neu HKHG oder zum anderen die Förderung über Investitionsbewertungsrelationen für Tageskliniken im Eigentum nach § 22 neu HKHG erfolgen.

In § 24 Abs. 1 Nr. 1 neu soll das Komma am Ende des Satzes durch ein „und“ ersetzt werden. Diese neue Formulierung würde eine Mietförderung nur dann ermöglichen, wenn sowohl Nummer 1 („...für die keine Investitionsbewertungsrelationen nach § 10 Krankenhausfinanzierungsgesetz vorliegen...“) als auch Nummer 2 („...die der teilstationären Versorgung dienen...“) erfüllt sind. Für psychiatrische Tageskliniken wäre damit ein Wegfall der Mietförderung verbunden. An dieser Stelle möchten wir deshalb auf den Änderungsantrag zum HKHG 2011 hinweisen (LT-Drs. 19/458 vom 03.06.2014, S. 2, zu Nr. 2 b). Hier heißt es:

*„Tageskliniken werden regelmäßig angemietet, teils mit lange laufenden Mietverträgen. Es ist gerechtfertigt, hierfür weiterhin die ortsüblichen Mietkosten zu bezahlen, da sonst der gesundheitspolitisch nicht gewünschte Effekt eintreten könnte, dass Tageskliniken geschlossen würden, wenn die Pauschalen nicht die notwendigen Mietkosten abdecken würden.“*

Herr Belling hat die Notwendigkeit der Mietförderung bereits in der Anhörung zur Änderung des HKHG 2011 vor dem Sozialpolitischen Ausschuss (siehe SIA 19/3 - 8.5.2014) für psychiatrische Tageskliniken herausgestellt (Seite 19 des Sitzungsprotokolls). Die Errungenschaften der wohnortnahen Versorgung, die mit dem Aufbau tagesklinischer Strukturen – v.a. in der Kinder- und Jugendpsychiatrie erreicht wurden –, wären damit in Gefahr. Viele Tageskliniken wurden in der Vergangenheit über langfristige Mietverträge angemietet. Die Mietverpflichtungen werden bisher über Mietförderung gefördert.

Wir schlagen daher vor, dass statt dem „und“ vielmehr ein „**oder**“ eingesetzt wird, wie in der Begründung zu Nummer 16 (§ 25) auch ausgeführt: *„die bisherige Formulierung war missverständlich. Die Auszahlung der Fördermittel für Anlagegüter, für die es keine Investitionsbewertungsrelationen gibt **oder** die der teilstationären Versorgung dienen, erfolgt nicht monatlich, ...“*.

Damit würde der ursprünglich vom Gesetzgeber verfolgte Zweck, nämlich die besondere Förderung von tagesklinischen Einrichtungen und die Vermeidung von deren Schließung, weiter erreicht.

Wir danken Ihnen zudem für die Einladung zur mündlichen Anhörung am 09. August 2018, an der Herr Belling gerne teilnimmt.

Mit freundlichen Grüßen

*i.A. X. Gary*

i. A. Dr. Alexander Gary  
Geschäftsbereichsleiter Unternehmensentwicklung,  
Maßregelvollzug und Qualitätsmanagement



## **Stellungnahme**

**des**

**Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.**

**zum**

**Gesetzentwurf für ein**

**Gesetz zur Änderung des Hessischen Krankenhausgesetzes 2011 und anderer Rechtsvorschriften**

Hedi François-Kettner, APS-Vorsitzende

Berlin, 30.07.2018

## Allgemeine Einschätzung

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) bedankt sich für die Gelegenheit zur Stellungnahme zum vorliegenden Gesetzentwurf. In seinen Stellungnahmen beschränkt sich das APS auf Aspekte, die als im Zusammenhang mit der Patientensicherheit stehend eingeschätzt werden. Unter dieser Maßgabe begrüßt das APS verschiedene, im Gesetzentwurf vorgeschlagene Änderungen bzw. Zielsetzungen:

### a) Explizite Nennung der Patientensicherheit

In der Überschrift von § 8 wird der Begriff „Patientensicherheit“ ergänzt. Diese Änderung, die zunächst nur kosmetischer Natur zu sein scheint, ist nichtsdestotrotz wichtig und sehr zu begrüßen. Patientensicherheit ist ein akzeptierter Wert in der Gesellschaft. Damit sie gewährleistet wird, reichen punktuelle Maßnahmen nicht aus. Stattdessen muss ein kultureller Wandel stattfinden, der Patientensicherheit zum umfassenden Ziel, ja zur inhärenten Eigenschaft von Organisationen macht. Dieser Gedanke spiegelt sich darin wieder, „Patientensicherheit“ zur Überschrift über den organisatorischen Anstrengungen und Rahmenvorgaben für medizinische Einrichtungen (hier: Krankenhäuser) zu machen.

### b) Stärkung der Kontrollmöglichkeiten durch den Medizinischen Dienst

Ebenfalls in § 8 werden die Kontrollrechte des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen zur Einhaltung von Qualitätsanforderungen z.B. durch den Krankenhausplan normiert. Leider haben noch nicht alle Entscheidungsträger in den Krankenhäusern erkannt, dass Qualität und insbesondere die konsequente Betonung der Patientensicherheit kein Kosten-, sondern ein Erfolgsfaktor für ihre Einrichtung darstellt. Deshalb ist es notwendig, dass entsprechende Kontrollen durchgeführt werden, um Trittbrettfahrerverhalten auszuschließen. Darüber hinaus können externe Audits auch engagierten Krankenhausleitungen und medizinischen Führungskräften helfen, beim Thema Patientensicherheit immer aufmerksam zu bleiben und insbesondere schleichende oder bisher unbemerkte Quellen für Patientengefährdungen zu entdecken und sukzessive zu beheben. Wichtig ist bei der Ausgestaltung, diese Ziele nicht aus dem Auge zu verlieren und den Aufwand für alle Beteiligten durch Fokussierung auf diese Ziele möglichst begrenzt zu halten, damit die Ressourcen nicht unnötig der Patientenversorgung entzogen werden.

### c) Förderung der Zentren- und Verbundbildung

Grundsätzlich befürwortet das APS alle Anstrengungen, Gelegenheitsversorgung auszuschließen und die Versorgung in spezialisierten Zentren zu fördern. Das APS sieht es als erwiesen an, dass geringe Fallzahlen insbesondere bei komplexeren Eingriffen und Behandlungen mit erhöhten Risiken aufgrund mangelnder Erfahrung bei den Behandlungsteams, unzureichender personeller und materieller Ausstattung und eingeschränkter Belastbarkeit und statistischer Aussagekraft qualitätssichernder Maßnahmen verbunden ist. Vor diesem Hintergrund begrüßt das APS die Zielsetzung der Bildung von Zentren. Zentrenbildung wird die Patientensicherheit erhöhen, wenn bei der Ausgestaltung insbesondere von Verbundlösungen einige wichtige Punkte beachtet werden, die mit anderen wichtigen Zielen der Patientenversorgung und insbesondere Qualitätssicherung zusammenhängen. Zu nennen sind hier

- Transparenz bezüglich des Angebots in der öffentlichen Berichterstattung: Patienten und einweisende Ärzte müssen klar erkennen können, wo sie welche Leistung erhalten können.

- Planung von Versorgungsstrukturen: Um die Zugänglichkeit von Versorgungsangeboten im Rahmen der Bedarfsplanung beurteilen zu können, muss klar sein, wo welche Angebotskapazitäten vorgehalten werden.
- Zurechenbarkeit von Ergebnissen, Personal und Infrastruktur: Damit die Einhaltung von Strukturvorgaben wie z.B. nötiger personeller und technischer Ausstattung überprüft werden kann, müssen diese eindeutig Standorten zugeordnet sein. Das gilt auch für die Zuordnung von Fällen in der externen stationären Qualitätssicherung. Auch sollten Verbünde nicht dazu missbraucht werden, um Mindestmengenregelungen zu umgehen.

#### d) Qualitätsorientierte Planung

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz wurde die qualitätsorientierte Planung der Krankenhausversorgung eingeführt. Auch wenn aufgrund der praktischen Notwendigkeit, bei der Ausgestaltung zunächst auf die bisherigen Indikatoren der externen stationären Qualitätssicherung zurückzugreifen, noch erheblicher Verbesserungsbedarf besteht, ist es sinnvoll, bereits jetzt die legislativen Grundlagen dafür zu schaffen, entsprechende Ergebnisse in der Krankenhausplanung zu nutzen.

#### e) Ausweitung der Themen der Gesundheitskonferenz

Egal ob es sich um die Gestaltung stärker sektorenübergreifender Versorgung oder die gemeinsame Bedarfsplanung handelt: Eine integrierte Vorgehensweise ist mit Blick auf Zugänglichkeit, Bedarfsgerechtigkeit und Patientensicherheit an den Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung ausgesprochen sinnvoll. Das APS begrüßt deshalb die entsprechenden Regelungen.

#### **Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.**

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) ist ein Netzwerk, das sich für eine sichere Gesundheitsversorgung in Deutschland einsetzt. Beteiligte aus allen Gesundheitsberufen und -institutionen, Patientenorganisationen und Interessierte haben sich zusammengeschlossen, um in gemeinsamer Verantwortung konkrete Lösungsvorschläge zur Steigerung der Patientensicherheit im medizinisch-pflegerischen Versorgungsalltag zu entwickeln, die als Handlungsempfehlungen allen Akteuren im Gesundheitswesen zur Verfügung stehen.

Das APS steht für

- Glaubwürdigkeit durch Unabhängigkeit
- Bündelung von Fachkompetenzen
- interdisziplinäre und multiprofessionelle Vernetzung
- das Prinzip: von der Praxis für die Praxis
- sachliche und faktenbasierte Information
- lösungsorientierte und kooperative Zusammenarbeit
- Offenheit und Transparenz

Kontakt:

**Hedi François-Kettner, Vorsitzende**

Geschäftsstelle des APS  
Am Zirkus 2, 10117 Berlin  
Tel. 030 3642 816 0  
Email: [info@aps-ev.de](mailto:info@aps-ev.de)  
Internet: [www.aps-ev.de](http://www.aps-ev.de)

[http://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2018/03/APSJahrestagung\\_2018\\_Programm.pdf](http://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2018/03/APSJahrestagung_2018_Programm.pdf)



Verband der Ersatzkassen e. V. · Postfach 70 12 35 · 60562 Frankfurt

Hessischer Landtag  
 Sozial- und Integrationspolitischer Ausschuss  
 Die Vorsitzende  
 Frau Claudia Ravensburg  
 Postfach 3240  
 65022 Wiesbaden

per E-Mail:  
[h.dransmann@ltg.hessen.de](mailto:h.dransmann@ltg.hessen.de)  
[m.mueller@ltg.hessen.de](mailto:m.mueller@ltg.hessen.de)

31.07.2018

**Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN für ein Gesetz zur Änderung des Hessischen Krankenhausgesetzes 2011 und anderer Rechtsvorschriften, Drucksache 19/6548  
 - hier: Stellungnahme der Ersatzkassen in Hessen sowie die AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen**

Sehr geehrte Frau Vorsitzende,  
 sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete,

wir danken Ihnen für Ihr Schreiben vom 29.06.2018, mit dem Sie zu einer mündlichen Anhörung zu o. g. Gesetzentwurf am 09.08.2018 einladen und uns hierzu im Vorfeld die Gelegenheit zu einer schriftlichen Stellungnahme geben.

Zu den Inhalten des Gesetzentwurfs nehmen die Ersatzkassen in Hessen sowie die AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen wie folgt Stellung:

**I. Artikel 1 - Änderung des Hessischen Krankenhausgesetzes**

Mit den Änderungen des Hessischen Krankenhausgesetzes werden zentrale Forderungen der Krankenkassen aufgegriffen. Hierzu zählen die verstärkte Qualitätsorientierung im Bereich der Krankenhausplanung (Art. 1, Nr. 4 und Nr. 10), die Stärkung der Patientensicherheit (Art. 1, Nr. 4) sowie eine Erhöhung der Investitionsmittel, letzteres verbunden mit dem Ziel einer Förderung von Krankenzusammenschlüssen (Art. 1, Nr. 14).

Die Ersatzkassen in Hessen sowie die AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen unterstützen grundsätzlich die Ziele des Gesetzentwurfs. Begrüßen würden wir eine klarer formulierte sektorenübergreifende Ausrichtung des Gesetzes. Zahlreiche gesetzgeberische Maßnahmen (z. B. neue Versorgungsformen, Innovationsfonds, Entlassmanagement, Telematik-Infrastruktur etc.) adressieren bereits die Bemühungen, die Versorgungssektoren im Gesundheitswesen stärker miteinander zu verzahnen. Nach Auffassung der Ersatzkassen und der AOK in Hessen ist eine grundsätzliche Neuausrichtung und eine Angleichung der Planungsbereiche unter Berücksichtigung aller Versorgungs-/Planungsbereiche (insbesondere ambulant u. stationär) hierfür eine notwendige Voraussetzung.

Die Gesetzänderung sollte als Chance genutzt werden, die stationäre und ambulante Bedarfsplanung zu harmonisieren um sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen zu ermöglichen (siehe Änderungsvorschlag zu § 17 Abs. 5 HKHG). Damit wäre eine Grundvoraussetzung für die sektorenübergreifende Bedarfsplanung sowie die ebenfalls sektorenübergreifende Aufgabenstellung der Gesundheitskonferenzen erfüllt.

Zu den Änderungen des Gesetzentwurfs nehmen die Ersatzkassen in Hessen sowie die AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen im Einzelnen wie folgt Stellung:

Zu Nr. 4 (§ 8)

Die Berücksichtigung der Patientensicherheit als eigenständiges Ziel neben der Qualitätssicherung wird ausdrücklich begrüßt.

Zudem schafft der neue Absatz 2 die Möglichkeit, landesrechtliche Qualitätsanforderungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) überprüfen lassen zu können. Dies stellt unseres Erachtens eine geeignete Maßnahme dar, insbesondere den Qualitätsanforderungen des Krankenhausplans und den zugehörigen Fachkonzepten (Onkologie, Geriatrie, Schlaganfall) mehr Gewicht beizumessen und diese durchzusetzen. Die Wirksamkeit der geschaffenen Regelung wird wesentlich davon abhängen, wie konsequent die Institutionen, die den MDK mit der Durchführung von Qualitätskontrollen beauftragen können, hiervon Gebrauch machen werden.

Unklar bleibt hingegen, welche Konsequenzen die Nichterfüllung der Qualitätsanforderungen für die Leistungserbringer hat. Die Ersatzkassen sowie die AOK in Hessen schlagen vor, in dem Gesetz auch Sanktionsmöglichkeiten bei Nichterfüllung der Qualitätsanforderungen vorzusehen. Es wird vorgeschlagen, hierfür einen Absatz 3 wie folgt zu ergänzen:

**„(3) Bei festgestellter Nichterfüllung der Qualitätsanforderungen nach Absatz 2 sind durch das für das Krankenhauswesen zuständige Ministerium Maßnahmen zu ergreifen, um die Einhaltung der Qualitätsanforderungen sicherzustellen. Bei wiederholter Nichterfüllung der Qualitätsanforderungen kann der Versorgungsauftrag für den Bereich, in dem die Qualitätsanforderungen nicht erfüllt sind, entzogen werden.“**

Zu Nr. 9b (§ 17 Abs. 4)

Die Streichung der landesrechtlichen Regelung zum Sicherstellungszuschlag ist die Folge neuer bundesgesetzlicher Vorschriften aus dem KHG und dem KHEntgG, die durch den G-BA konkretisiert wurden. Diese Änderung wird als sachlogisch und nachvollziehbar betrachtet. Mit Blick auf die Möglichkeit durch Rechtsverordnung ergänzende oder abweichende Vorgaben auf Landesebene zu erlassen, empfehlen die Ersatzkassen sowie die AOK in Hessen ausdrücklich eine umfassende Orientierung an den Regelungen des G-BA für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gem. § 136c Abs. 3 SGB V.

Zu Nr. 9d (§ 17 Abs. 5 neu)

Der aus Zeiten der Krankenhauskonferenzen übernommene Zuschnitt der Versorgungsgebiete sollte überprüft werden und eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung durch Harmonisierung der stationären und ambulanten Planungsgebiete ermöglichen. Damit wäre eine Grundvoraussetzung für die sektorenübergreifende Bedarfsplanung erfüllt.

Darüber hinaus sollten die Gesundheitskonferenzen auch zukünftig zu Änderungen im Zuschnitt der Versorgungsgebiete angehört werden. Die sektorenübergreifenden Gesundheitskonferenzen fallen gemäß dem Gesetzentwurf zwar nicht mehr in den Zuständigkeitsbereich des Hessischen Krankenhausgesetzes, dennoch sind sie unmittelbar durch den Zuschnitt der Versorgungsgebiete betroffen, z. B. durch die zu beteiligenden Landkreise und kreisfreien Städte.

Es wird vorgeschlagen, § 17 Abs. 5 Satz 3 wie folgt zu fassen:

**„Das Nähere über die Anzahl und die Abgrenzung der Planungsgebiete wird durch Rechtsverordnung bestimmt; der Landeskrankenhausausschuss nach § 20 und die betroffenen Gesundheitskonferenzen nach Teil 2 des Gesetzes zur Bildung von Gremien zur Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung sind anzuhören.“**

Zu Nr. 10 a) aa) (§ 19 Abs. 1)

Die Anwendung der bundesweit gültigen Qualitätsanforderungen zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren bei der Krankenhausplanung wird weitgehend verbindlich gefasst. Dies wird ausdrücklich befürwortet.

Zu Nr. 10 c) aa) (§ 19 Abs. 4 Satz 1)

Die Änderung ist aufgrund des neuen Notfallstufenkonzepts des G-BA folgerichtig. Unklar bleibt jedoch, ob die Bestimmung über die Teilnahme an der Notfallversorgung auch explizit die krankenhauplanerische Ausweisung der Notfallstufe im Feststellungsbescheid umfasst. Die Ersatzkassen sowie die AOK in Hessen halten eine solch differenzierte Planausweisung - einschließlich der Ausweisung der Nichtteilnahme an der Notfallversorgung - für erforderlich, um ein landesweit bedarfsgerechtes und wirtschaftliches System der Notfallversorgung zu gewährleisten sowie Klarheit für die Verhandlungen der Notfallzuschläge auf der Ortsebene zu schaffen. Es wird daher folgende Ergänzung vorgeschlagen:

In § 19 Abs. 4 Satz 1 werden hinter dem Wort „Notfallversorgung“ die Wörter „gemäß § 3 der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Abs. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt. § 19 Abs. 4 Satz 1 lautet demnach wie folgt:

**„Die Einzelentscheidungen nach Abs. 1 Satz 1 beschränken sich neben der Bestimmung über die Teilnahme an der Notfallversorgung gemäß § 3 der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Abs. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und der Festlegung oder Zuordnung von Aufgaben nach § 17 Abs. 6 und Abs. 7 Satz 2 auf die Bestimmung des Standorts und der Fachgebiete.“**

Um allen Beteiligten Planungssicherheit zu geben, sollte die Umsetzung der Zuordnung zu den Notfallstufen und zu der Nichtteilnahme an der Notfallversorgung in den Feststellungsbescheiden unverzüglich vorgenommen werden.

Zu Nr. 10 c) bb) (§ 19 Abs. 4 Satz 2)

Mit Verweis auf die ab 2020 geltenden Budgetregelungen in § 3 Abs. 3 BPfIV soll im Bereich der Psychiatrie/Psychosomatik auf die Festsetzung von Bettenzahlen verzichtet werden. Auch unter Berücksichtigung des § 3 Abs. 3 BPfIV ist ein Budgetbezug zur Bettenplanung weiterhin nicht ausgeschlossen. Die finale bundesgesetzliche Regelung bleibt in diesem Zusammenhang abzuwarten. Die Ersatzkassen sowie die AOK in Hessen sprechen sich deshalb dafür aus, § 19 Abs. 4 Satz 2 in der aktuellen Fassung beizubehalten oder hilfsweise folgende Formulierung aus dem aktuellen Entwurf des neuen Hessischen Krankenhausplans aufzunehmen:

**„In den Fachgebieten Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie wird zunächst an der Ausweisung von Planbetten und -plätzen festgehalten, solange ein Budgetbezug zu Berechnungstagen und damit zu den zugewiesenen Kapazitäten besteht und § 3 Abs. 3 BPfIV keine Wirkung entfaltet.“**

Zu Nr. 14 (§ 22 [bisher § 23])

Grundsätzlich ist eine differenzierte Investitionskostenfinanzierung durch das Land zu begrüßen. Die spezielle Förderung zu Gunsten von Verbundkrankenhäusern setzt die richtigen Anreize, um Zusammenschlüsse zu fördern. Die Voraussetzung der geographischen Nähe ist sinnvoll, da nur so auch eine echte Zusammenarbeit der Verbundhäuser und ein abgestimmtes Leistungsangebot (Konzentration von Fachabteilungen an einem Standort, Vermeidung von Doppelstrukturen etc.) für die Bevölkerung realisiert werden kann.

Vorgesehen ist, dass Krankenhäuser auf drei Jahre befristet von der zusätzlichen Förderung profitieren, die bislang Abzüge nach § 23 Abs. 5 Satz 1 HKHG 2011 von der Pauschalförderung hinnehmen mussten. Um das Ziel der Verbundbildung konsequent zu fördern, würden es die Ersatzkassen sowie die AOK in Hessen begrüßen, wenn für alle Kliniken ein dauerhafter und unbefristeter Anreiz zur Verbundbildung geschaffen würde, um diese nachhaltig und konsequent zu fördern.

## **II. Artikel 2 - Änderung des Gesetzes zur Bildung eines Gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

Im Zuge der zunehmenden sektorenübergreifenden Ausrichtung des Gesundheitswesens ist es folgerichtig, die Gesundheitskonferenzen aus dem Hessischen Krankenhausgesetz herauszulösen und in dem Gesetz zur Bildung von Gremien zur Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung zu regeln. Damit wird auch dem Umstand Rechnung getragen, dass die Gesundheitskonferenzen bereits jetzt sektorenübergreifend beraten und alle an der Gesundheitsversorgung beteiligten Akteure zusammen bringen, um die regionalen Versorgungsstrukturen zu betrachten und weiter zu entwickeln. Das Ziel einer sektorenübergreifenden Gesundheitskonferenz, die im Besonderen sektorenübergreifende Versorgungsfragen behandelt, soll mit dem Gesetzentwurf konsequent weiterverfolgt werden und wird grundsätzlich begrüßt. Dies gilt ebenso für die Idee eines dauerhaften, strukturierten Dialogs zwischen lokaler und regionaler Ebene sowie der Landesebene, in dem die Gesundheitskonferenzen als moderierende Instanz fungieren.

Ungeachtet dieser grundsätzlich positiven Ausrichtung der Gesundheitskonferenzen besteht nach Auffassung der Ersatzkassen sowie der AOK in Hessen noch deutlicher Ergänzungs-/Anpassungsbedarf, zu dem wir im Einzelnen wie folgt Stellung nehmen:

Zu § 6 Bildung von Gesundheitskonferenzen

Die Gesundheitskonferenzen sollen sektorenübergreifend beraten. Voraussetzung hierfür sind kongruente Planungsgebiete, im Besonderen des ambulanten und stationären Sektors. Zur Harmonisierung beider Planungsbereiche bietet die Änderung des HKHG eine gute Gelegenheit. Zur Vermeidung von Wiederholungen wird auf die allgemeinen Anmerkungen zu Artikel 1 und im Speziellen zu Artikel 1 Nr. 9d (§ 17 Abs. 5 neu) verwiesen.

Folgende redaktionelle Folgeänderung wäre in Abs. 1 aufgrund unserer vorgeschlagenen Änderung zu § 17 Abs. 5 HKHG erforderlich.

***„(1) In jedem Planungsgebiet (nicht wie vorgesehen „Versorgungsgebiet“) nach § 17 Abs. 5 des Hessischen Krankenhausgesetzes ....wird eine Gesundheitskonferenz gebildet.“***

§ 6 Abs. 2 schreibt vor, dass sich die Gesundheitskonferenzen eine Geschäftsordnung geben. Dies ist für eine geregelte Organisation der Gesundheitskonferenzen sinnvoll. Um sicherzustellen, dass alle in den Gesundheitskonferenzen vertretenen Organisationen die Geschäftsordnung mittragen können, sollte die Beschlussfassung einstimmig erfolgen. Es wird daher vorgeschlagen, § 6 Abs. 2 wie folgt zu ergänzen.

**„Nach Satz 1 wird der Satz „Die Geschäftsordnung ist einstimmig zu beschließen.“ eingefügt.“**

#### Zu § 7 Aufgaben der Gesundheitskonferenzen

Der weit gefasste Arbeitsauftrag der Gesundheitskonferenzen birgt das Risiko von Überschneidungen mit der Arbeit anderer Arbeitsausschüsse des Gemeinsamen Landesgremiums sowie Arbeitsgruppen des „Hessischen Pakts“ und ggf. weiterer Arbeitskreise.

Es sollte sichergestellt werden, dass sich die Analysen und Lösungsvorschläge ausschließlich auf die konkreten regionalen Versorgungsstrukturen beziehen und nicht jede Gesundheitskonferenz allgemeine Versorgungskonzepte erstellt.

In § 7 Abs. 1 Satz 1 wird das Komma durch die Worte „und für diese“ ersetzt. § 7 Abs. 1 Satz 1 lautet demnach wie folgt:

**„Die Gesundheitskonferenzen haben die regionalen Versorgungsstrukturen zu beobachten und für diese Analysen (Anmerk.: nicht wie vorgesehen „Problemanalysen“) zu erstellen und Lösungsvorschläge zu entwickeln.“**

#### Redaktioneller Hinweis zu § 7 Absatz 2:

In der vorgelegten Begründung hierzu heißt es: „In Abs. 2 wird der jährliche Austausch mit dem Gemeinsamen Landesgremium geregelt, in Abs. 3 derjenige mit den auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte des Versorgungsgebiets vorhandenen regionalen Konferenzen.“

Zum einen wird im neuen Absatz 2 der regelmäßige Austausch der Gesundheitskonferenz mit den auf der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte des Versorgungsgebiets gebildeten regionalen Versorgungsgremien geregelt; zum anderen wurde kein Absatz 3 in § 7 aufgenommen. Daher müsste die Begründung entsprechend der vorgesehenen Inhalte angepasst werden.

#### Zu § 8 Mitglieder, Vorsitz, Stimmrecht

Die Besetzung soll gemäß der Gesetzgebung der Zusammensetzung des Gemeinsamen Landesgremiums gleichen. Gegenüber dem Gemeinsamen Landesgremium findet aber nicht nur eine Erweiterung um den Landespflegerat, sondern auch um die Landkreise und kreisfreien Städte statt. Zudem sind anders als im Gemeinsamen Landesgremium alle genannten Organisationen nach § 8 Abs. 1. Satz 1 Nr. 1-8 stimmberechtigt.

Sehr kritisch werten die Ersatzkassen sowie die AOK in Hessen die nicht paritätische Stimmverteilung zwischen den Leistungserbringerverbänden und den Kostenträgern in Verbindung mit der vorgesehenen Beschlussfassung durch drei Viertel der Stimmen (s. zu § 9). Eine paritätische Besetzung zwischen Leistungserbringerverbänden und Kostenträgern sollte gewährleistet sein.

Darüber hinaus wird eine Änderung und Konkretisierung des § 8 Abs. 1 Nr. 4 für notwendig erachtet. Idealerweise sollte für die Besetzung durch die gesetzliche Krankenversicherung eine analoge Formulierung wie in § 90a Abs. 1 Satz 1 SGB V gewählt werden, da ansonsten die Verbände im Gegensatz zum bundesgesetzlichen Ansatz durch das Landesrecht ausgeschlossen wären. § 8 Abs. 1 Nr. 4 sollte demnach wie folgt lauten:

**„die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sechs Vertreterinnen und Vertreter,“**

Zur Besetzung der Gesundheitskonferenzen durch die gesetzliche Krankenversicherung wird von den Ersatzkassen sowie der AOK in Hessen vorgeschlagen, sich bei der Sitzverteilung an den Versichertenanteilen zu orientieren. In der Gesetzesbegründung zu § 8 schlagen wir daher folgende Formulierung zu Satz 6 vor:

***„Um Verbindlichkeit herzustellen, sollten die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen als Kostenträger mit den unterschiedlichen Kassenarten vertreten sein, die Sitzverteilung der sechs Vertreterinnen und Vertreter sollte sich dabei an den Versichertenanteilen orientieren.“***

#### Zu § 9 Beschlussfähigkeit und Beschlussfassung

Es ist unklar, welche Beschlüsse durch die Gesundheitskonferenzen verbindlich gefasst werden können und ob eine Beschlussregelung erforderlich ist. Nach Einschätzung der Ersatzkassen sowie der AOK in Hessen beschränken sich die Kompetenzen der Gesundheitskonferenzen auf die Abgabe von Analysen, Empfehlungen, Stellungnahmen und dem Bericht nach § 7 Abs. 1 an das Gemeinsame Landesgremium. Die Beschlussfassung mit drei Viertel der Stimmen wird damit begründet, dass dem Gemeinsamen Landesgremium auch kontrovers diskutierte und nicht abschließend geeinte Vorschläge unterbreitet werden sollen. Die Beschlussfassung mit drei Vierteln der Stimmen eröffnet jedoch die Möglichkeit, die Positionen ganzer Vertretergruppen gemäß § 8 Abs. 1. Satz 1 Nr. 1-8 in Berichten und Empfehlungen unberücksichtigt zu lassen. Aus diesem Grund soll ein Vetorecht vorgesehen werden.

Folgender Vorschlag zur Ergänzung von Absatz 2:

***"Es können keine Beschlüsse gegen das Votum einer Gruppe gemäß § 8 Abs. 1 Satz 1 gefasst werden, die durch den Beschluss unmittelbar belastet wäre. Sollte kein Beschluss zu Stande kommen, sind die unterschiedlichen Positionen zu dokumentieren"***

Sofern Beschlüsse für die interne Organisation der Gesundheitskonferenzen erforderlich sind, sollten sich die Gesundheitskonferenzen eigene Regelungen für Abstimmungsprozesse in der Geschäftsordnung nach § 6 Abs. 2 geben. Ausschließlich für die Geschäftsordnung braucht es eine Beschlussregelung. Diese sollte entsprechend in § 6 Abs. 2 geregelt werden (s. zu § 6).

Sollte dies keine Zustimmung finden, so müssen die Ersatzkassen sowie die AOK in Hessen auf einer einstimmigen Beschlussfassung oder mindestens einer paritätischen Stimmverteilung bestehen. Nur so wäre gewährleistet, dass alle Positionen berücksichtigt werden.

#### Zu § 10 Kosten

Die finanzielle Unterstützung für die Geschäftsführung der Gesundheitskonferenzen durch das Land Hessen wird begrüßt. Kritisch sehen die Ersatzkassen sowie die AOK in Hessen die Regelung in Abs. 2. Dort ist vorgesehen, die Kosten, die sich aus dem Kostenerstattungsanspruch nach § 140f Abs. 5 SGB V (Kostenerstattungsanspruch für Patientenvertreter) ergeben oder die Dritten für die Einladung zu einer Gesundheitskonferenz entstehen, unter den Organisationen nach § 8 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1-6 nach dem Verhältnis der von ihnen entsandten Vertreterinnen und Vertreter aufzuteilen. Damit sind bis zu 14 Organisationen betroffen, die von allen sechs Gesundheitskonferenzen Rechnungen erhalten. Hinzu kommen als Rechnungsempfänger die vertretenen Landkreise und kreisfreien Städte, die je nach Gesundheitskonferenz in ihrer Zahl variieren.

Nach Auffassung der Ersatzkassen in Hessen sowie der AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen steht der damit verbundene administrative Aufwand bei den Geschäftsstellen der Gesundheitskonferenzen und den Rechnungsempfängern nicht im Verhältnis zu den absehbaren Kosten. Im Sinne einer verwaltungsarmen, wirtschaftlichen Lösung wird vorgeschlagen, die Kosten nach Abs. 2 durch den Betrag nach Abs. 1 zu decken und den § 10 wie folgt zu fassen:

**„§ 10 Kosten**

***Jeder Gesundheitskonferenz wird jährlich für die Geschäftsführung ein Betrag von 12.000 € zur Verfügung gestellt. Aus diesem Betrag sind auch die Kosten, die sich aus dem Kostenerstattungsanspruch nach § 140f Abs. 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ergeben oder die Dritten aufgrund einer Einladung zu den Sitzungen der Gesundheitskonferenz entstehen zu tragen.“***

**III. Artikel 3 bis Artikel 7**

Die Ersatzkassen in Hessen sowie die AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen haben zu den beabsichtigten Änderungen durch die Artikel 3 bis Artikel 7 keinen Änderungsbedarf.

Aufgrund der vorgeschlagenen Änderung zu § 17 Abs. 5 HKHG bzgl. der Planungsbereiche müsste jedoch zu einem späteren Zeitpunkt auch der „Erste Teil, Abgrenzung der Versorgungsgebiete, §§ 1 und 2“ neu gefasst werden.

Wir bitten, die vorstehenden Hinweise und Vorschläge zu berücksichtigen, und stehen bei Rückfragen gerne zur Verfügung. An der mündlichen Anhörung am 09.08.2018 werden die die Ersatzkassen in Hessen sowie die AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen ebenfalls teilnehmen.

Mit freundlichen Grüßen



Claudia Ackermann

Nach Ansicht der Gesetzesvorlage unsere bisherigen Gedanken bzw. Anregungen.

Anmerkungen zur Gesetzesvorlage/Anhörung zur Änderung des Hessischen Krankenhausgesetzes:

- 1) In § 17 soll der Abs. 4 aufgehoben werden. Dieser beschreibt im aktuellen Gesetz die Regelung zum Sicherstellungszuschlag nach Krankenhausfinanzierungsgesetz. Konkret wird im Satz 1 von *unverzichtbaren* Krankenhäusern für die Bevölkerung gesprochen und bei denen auch noch eine evtl. Betriebsgefährdung vorläge. FRAGE: wer entscheidet über verzichtbare Krankenhäuser für die hess. Bevölkerung??
- 2) In § 17 soll der Absatz 7 in Abs. 6 umgewandelt werden. Soweit nachvollziehbar. Hier soll es dann aber heißen: *„Der Krankenhausplan kann f. spezielle med. Fachgebiete eine versorgungsübergreifende, landesweite Aufgabenwahrnehmung d. Krankenhäuser festlegen.“* Im aktuellen Gesetz wird noch von *„Sicherung einer bedarfsgerechten, leistungsfähigen und wirtschaftlichen Versorgung ...“* gesprochen. Daher könnte man vorschlagen, dass zumindest nach dem „für“ im neuen Text noch *„eine bedarfsgerechte“* und dann weiter *„sowie spezielle...“* usw. eingearbeitet wird, um die Bedarfe nicht abzuhängen.
- 3) Der bisherige § 23 wird ja bei Wegfall von § 21 automatisch als § 22 vorgezogen bzw. vorgenommen (Pauschalförderung). Hier soll dann ein umfassender Absatz 5 angefügt werden. Bei diesem Abs. 5 soll der Satz 1 nicht für Krankenhäuser gelten, die einen KH-Verbund vor 31.12.1999 angehört haben, usw. Nach meiner Kenntnis hat sich ja die Uniklinik nicht ohne Grund mit Kooperationen für Lehrkrankenhäuser und Beleghäuser usw. entschieden, auch um Patientenversorgung sicherzustellen. FRAGE: ist daher die Uniklinik mit einem Sonderstatus vorgesehen, der die Pauschalförderung wegen gesonderter Aufgaben im Zusammenhang mit notwendigen Verbänden sichert? Oder wird die Uniklinik gar nicht aus § 22 ausgeschlossen, egal ob und wie sie Verbänden beiträgt?
- 4) § 21 im alten Gesetz (Bildung von Gesundheitskonferenzen) fällt ja weg und wird durch eine Vorgabe aus dem SGB V in ein „neues“ Gesetz aufgenommen (Bildung v. Gremien ...). Hierin wird dann geregelt, wie Gesundheitskonferenzen gebildet werden können, und in welcher Zusammensetzung (personell, Kosten usw.). Es ist aufgefallen, dass die Mitglieder und deren Stimmrechte doch sehr ärzte- und verwaltungslastig sind, sprich nur eine Stimme aus der Pflege! Der Landespflegerat und deren Zusammensetzung repräsentiert nicht unbedingt die Pflege, da ihm Mitglieder aus den verschiedensten Pflegeverbänden angehören, aber nicht den Großteil der Pflegenden nebst Beschäftigten aus anderen Gesundheitsfachberufen vertreten. Des Weiteren findet eine (mögliche) Pflegekammer – zu deren Gründung es in jüngster Vergangenheit eine Umfrage gab – keine Beachtung. Weiter ist zu erwähnen, dass keine

Vertretung der Dienstleistungsgewerkschaft Fachbereich Gesundheit  
aufgeführt und deren Fachwissen vertreten wird.

Wir hoffen, dass Ihnen unsere Anmerkungen weiter helfen und Sie diese verwenden können.

Sollten Sie noch Fragen dazu haben, können Sie sich gerne jederzeit wieder an uns wenden.

Gruß

Sascha Čuhaš  
Personalrat



BKK Landesverband Süd • 60591 Frankfurt

Vorab per E-Mail

[h.dransmann@ltg.hessen.de](mailto:h.dransmann@ltg.hessen.de)

[m.mueller@ltg.hessen.de](mailto:m.mueller@ltg.hessen.de)

Hessischer Landtag  
Sozial- und Integrationspolitischer Ausschuss  
Die Vorsitzende  
Frau Claudia Ravensburg  
Postfach 3240  
65022 Wiesbaden

**BKK Landesverband Süd**  
Körperschaft des  
öffentlichen Rechts  
Zuständig für die Bundesländer  
Baden-Württemberg und Hessen

Ihnen schreibt aus der  
Regionaldirektion  
Hessen:  
Ulrike Weber-Wenzel

Tel. 07154 1316-150  
Fax 07154 1316-9150

[u.weber-wenzel@bkk-sued.de](mailto:u.weber-wenzel@bkk-sued.de)

01.08.2018

**Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN für ein  
Gesetz zur Änderung des Hessischen Krankenhausgesetzes 2011 und anderer  
Rechtsvorschriften, Drucksache 19/6548**

**Stellungnahme der folgenden Verbände der Krankenkassen in Hessen: BKK  
Landesverband Süd, IKK classic, Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten  
und Gartenbau (SVLFG) als Landwirtschaftliche Krankenkasse, KNAPPSCHAFT**

Sehr geehrte Frau Vorsitzende,  
sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete,

wir danken Ihnen für Ihr Schreiben vom 29.06.2018, mit dem Sie zu einer mündlichen  
Anhörung zu o. g. Gesetzentwurf am 09.08.2018 einladen und uns hierzu im Vorfeld die  
Gelegenheit zu einer schriftlichen Stellungnahme geben.

Dieses Schreiben ergeht im Namen und im Auftrag der IKK classic, der  
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als  
Landwirtschaftliche Krankenkasse und der KNAPPSCHAFT.

Zu den Inhalten des Gesetzentwurfs nehmen die o. g. Verbände der Krankenkassen in  
Hessen wie folgt Stellung:

**I. Artikel 1 - Änderung des Hessischen Krankenhausgesetzes**

Mit den Änderungen des Hessischen Krankenhausgesetzes werden zentrale  
Forderungen der Krankenkassen aufgegriffen. Hierzu zählen die verstärkte  
Qualitätsorientierung im Bereich der Krankenhausplanung (Art. 1, Nr. 4 und Nr. 10), die  
Stärkung der Patientensicherheit (Art. 1, Nr. 4) sowie eine Erhöhung der  
Investitionsmittel, letzteres verbunden mit dem Ziel einer Förderung von  
Krankenhauszusammenschlüssen (Art. 1, Nr. 14).

Die o. g. Verbände der Krankenkassen unterstützen grundsätzlich die Ziele des  
Gesetzentwurfs. Begrüßen würden wir eine klarer formulierte sektorenübergreifende  
Ausrichtung des Gesetzes. Zahlreiche gesetzgeberische Maßnahmen (z. B. neue  
Versorgungsformen, Innovationsfonds, Entlassmanagement, Telematik-Infrastruktur  
etc.) adressieren bereits die Bemühungen, die Versorgungssektoren im

Gesundheitswesen stärker miteinander zu verzahnen. Nach Auffassung der o. g. Verbände der Krankenkassen ist eine grundsätzliche Neuausrichtung und eine Angleichung der Planungsbereiche unter Berücksichtigung aller Versorgungs-/Planungsbereiche (insbesondere ambulant u. stationär) hierfür eine notwendige Voraussetzung.

Die Gesetzänderung sollte als Chance genutzt werden, die stationäre und ambulante Bedarfsplanung zu harmonisieren um sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen zu ermöglichen (siehe Änderungsvorschlag zu § 17 Abs. 5 HKHG). Damit wäre eine Grundvoraussetzung für die sektorenübergreifende Bedarfsplanung sowie die ebenfalls sektorenübergreifende Aufgabenstellung der Gesundheitskonferenzen erfüllt.

Zu den Änderungen des Gesetzentwurfs nehmen die o. g. Verbände der Krankenkassen im Einzelnen wie folgt Stellung:

#### Zu Nr. 4 (§ 8)

Die Berücksichtigung der Patientensicherheit als eigenständiges Ziel neben der Qualitätssicherung wird ausdrücklich begrüßt.

Zudem schafft der neue Absatz 2 die Möglichkeit, landesrechtliche Qualitätsanforderungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) überprüfen lassen zu können. Dies stellt unseres Erachtens eine geeignete Maßnahme dar, insbesondere den Qualitätsanforderungen des Krankenhausplans und den zugehörigen Fachkonzepten (Onkologie, Geriatrie, Schlaganfall) mehr Gewicht beizumessen und diese durchzusetzen. Die Wirksamkeit der geschaffenen Regelung wird wesentlich davon abhängen, wie konsequent die Institutionen, die den MDK mit der Durchführung von Qualitätskontrollen beauftragen können, hiervon Gebrauch machen werden.

Unklar bleibt hingegen, welche Konsequenzen die Nichterfüllung der Qualitätsanforderungen für die Leistungserbringer hat. Die o. g. Verbände der Krankenkassen schlagen vor, in dem Gesetz auch Sanktionsmöglichkeiten bei Nichterfüllung der Qualitätsanforderungen vorzusehen. Es wird vorgeschlagen, hierfür einen Absatz 3 wie folgt zu ergänzen:

**„(3) Bei festgestellter Nichterfüllung der Qualitätsanforderungen nach Absatz 2 sind durch das für das Krankenhauswesen zuständige Ministerium Maßnahmen zu ergreifen, um die Einhaltung der Qualitätsanforderungen sicherzustellen. Bei wiederholter Nichterfüllung der Qualitätsanforderungen kann der Versorgungsauftrag für den Bereich, in dem die Qualitätsanforderungen nicht erfüllt sind, entzogen werden.“**

#### Zu Nr. 9b (§ 17 Abs. 4)

Die Streichung der landesrechtlichen Regelung zum Sicherstellungszuschlag ist die Folge neuer bundesgesetzlicher Vorschriften aus dem KHG und dem KHEntgG, die durch den G-BA konkretisiert wurden. Diese Änderung wird als sachlogisch und nachvollziehbar betrachtet. Mit Blick auf die Möglichkeit durch Rechtsverordnung

ergänzende oder abweichende Vorgaben auf Landesebene zu erlassen, empfehlen die o. g. Verbände der Krankenkassen ausdrücklich eine umfassende Orientierung an den Regelungen des G-BA für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gem. § 136c Abs. 3 SGB V.

Zu Nr. 9d (§ 17 Abs. 5 neu)

Der aus Zeiten der Krankenhauskonferenzen übernommene Zuschnitt der Versorgungsgebiete sollte überprüft werden und eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung durch Harmonisierung der stationären und ambulanten Planungsgebiete ermöglichen. Damit wäre eine Grundvoraussetzung für die sektorenübergreifende Bedarfsplanung erfüllt.

Darüber hinaus sollten die Gesundheitskonferenzen auch zukünftig zu Änderungen im Zuschnitt der Versorgungsgebiete angehört werden. Die sektorenübergreifenden Gesundheitskonferenzen fallen gemäß dem Gesetzentwurf zwar nicht mehr in den Zuständigkeitsbereich des Hessischen Krankenhausgesetzes, dennoch sind sie unmittelbar durch den Zuschnitt der Versorgungsgebiete betroffen, z. B. durch die zu beteiligenden Landkreise und kreisfreien Städte.

Es wird vorgeschlagen, § 17 Abs. 5 Satz 3 wie folgt zu fassen:

***„Das Nähere über die Anzahl und die Abgrenzung der Planungsgebiete wird durch Rechtsverordnung bestimmt; der Landeskrankenhausausschuss nach § 20 und die betroffenen Gesundheitskonferenzen nach Teil 2 des Gesetzes zur Bildung von Gremien zur Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung sind anzuhören.“***

Zu Nr. 10 a) aa) (§ 19 Abs. 1)

Die Anwendung der bundesweit gültigen Qualitätsanforderungen zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren bei der Krankenhausplanung wird weitgehend verbindlich gefasst. Dies wird ausdrücklich befürwortet.

Zu Nr. 10 c) aa) (§ 19 Abs. 4 Satz 1)

Die Änderung ist aufgrund des neuen Notfallstufenkonzepts des G-BA folgerichtig. Unklar bleibt jedoch, ob die Bestimmung über die Teilnahme an der Notfallversorgung auch explizit die krankenhauplanerische Ausweisung der Notfallstufe im Feststellungsbescheid umfasst. Die o. g. Verbände der Krankenkassen halten eine solch differenzierte Planausweisung - einschließlich der Ausweisung der Nichtteilnahme an der Notfallversorgung - für erforderlich, um ein landesweit bedarfsgerechtes und wirtschaftliches System der Notfallversorgung zu gewährleisten sowie Klarheit für die Verhandlungen der Notfallzuschläge auf der Ortsebene zu schaffen. Es wird daher folgende Ergänzung vorgeschlagen:

In § 19 Abs. 4 Satz 1 werden hinter dem Wort „Notfallversorgung“ die Wörter „gemäß § 3 der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften

System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Abs. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt. § 19 Abs. 4 Satz 1 lautet demnach wie folgt:

**„Die Einzelentscheidungen nach Abs. 1 Satz 1 beschränken sich neben der Bestimmung über die Teilnahme an der Notfallversorgung gemäß § 3 der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Abs. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und der Festlegung oder Zuordnung von Aufgaben nach § 17 Abs. 6 und Abs. 7 Satz 2 auf die Bestimmung des Standorts und der Fachgebiete.“**

Um allen Beteiligten Planungssicherheit zu geben, sollte die Umsetzung der Zuordnung zu den Notfallstufen und zu der Nichtteilnahme an der Notfallversorgung in den Feststellungsbescheiden unverzüglich vorgenommen werden.

Zu Nr. 10 c) bb) (§ 19 Abs. 4 Satz 2)

Mit Verweis auf die ab 2020 geltenden Budgetregelungen in § 3 Abs. 3 BPfIV soll im Bereich der Psychiatrie/Psychosomatik auf die Festsetzung von Bettenzahlen verzichtet werden. Auch unter Berücksichtigung des § 3 Abs. 3 BPfIV ist ein Budgetbezug zur Bettenplanung weiterhin nicht ausgeschlossen. Die finale bundesgesetzliche Regelung bleibt in diesem Zusammenhang abzuwarten. Die o. g. Verbände der Krankenkassen sprechen sich deshalb dafür aus, § 19 Abs. 4 Satz 2 in der aktuellen Fassung beizubehalten oder hilfsweise folgende Formulierung aus dem aktuellen Entwurf des neuen Hessischen Krankenhausplans aufzunehmen:

**„In den Fachgebieten Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie wird zunächst an der Ausweisung von Planbetten und -plätzen festgehalten, solange ein Budgetbezug zu Berechnungstagen und damit zu den zugewiesenen Kapazitäten besteht und § 3 Abs. 3 BPfIV keine Wirkung entfaltet.“**

Zu Nr. 14 (§ 22 [bisher § 23])

Grundsätzlich ist eine differenzierte Investitionskostenfinanzierung durch das Land zu begrüßen. Die spezielle Förderung zu Gunsten von Verbundkrankenhäusern setzt die richtigen Anreize, um Zusammenschlüsse zu fördern. Die Voraussetzung der geographischen Nähe ist sinnvoll, da nur so auch eine echte Zusammenarbeit der Verbundhäuser und ein abgestimmtes Leistungsangebot (Konzentration von Fachabteilungen an einem Standort, Vermeidung von Doppelstrukturen etc.) für die Bevölkerung realisiert werden kann.

Vorgesehen ist, dass Krankenhäuser auf drei Jahre befristet von der zusätzlichen Förderung profitieren, die bislang Abzüge nach § 23 Abs. 5 Satz 1 HKHG 2011 von der Pauschalförderung hinnehmen mussten. Um das Ziel der Verbundbildung konsequent zu fördern, würden es die o. g. Verbände der Krankenkassen begrüßen, wenn für alle Kliniken ein dauerhafter und unbefristeter Anreiz zur Verbundbildung geschaffen würde, um diese nachhaltig und konsequent zu fördern.

## II. Artikel 2 - Änderung des Gesetzes zur Bildung eines Gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Im Zuge der zunehmenden sektorenübergreifenden Ausrichtung des Gesundheitswesens ist es folgerichtig, die Gesundheitskonferenzen aus dem Hessischen Krankenhausgesetz herauszulösen und in dem Gesetz zur Bildung von Gremien zur Verbesserung der Sektorenübergreifenden Versorgung zu regeln. Damit wird auch dem Umstand Rechnung getragen, dass die Gesundheitskonferenzen bereits jetzt sektorenübergreifend beraten und alle an der Gesundheitsversorgung beteiligten Akteure zusammen bringen, um die regionalen Versorgungsstrukturen zu betrachten und weiter zu entwickeln. Das Ziel einer sektorenübergreifenden Gesundheitskonferenz, die im Besonderen sektorenübergreifende Versorgungsfragen behandelt, soll mit dem Gesetzentwurf konsequent weiterverfolgt werden und wird grundsätzlich begrüßt. Dies gilt ebenso für die Idee eines dauerhaften, strukturierten Dialogs zwischen lokaler und regionaler Ebene sowie der Landesebene, in dem die Gesundheitskonferenzen als moderierende Instanz fungieren.

Ungeachtet dieser grundsätzlich positiven Ausrichtung der Gesundheitskonferenzen besteht nach Auffassung der o. g. Verbände der Krankenkassen noch deutlicher Ergänzung-/Anpassungsbedarf, zu dem wir im Einzelnen wie folgt Stellung nehmen:

### Zu § 6 Bildung von Gesundheitskonferenzen

Die Gesundheitskonferenzen sollen sektorenübergreifend beraten. Voraussetzung hierfür sind kongruente Planungsgebiete, im Besonderen des ambulanten und stationären Sektors. Zur Harmonisierung beider Planungsbereiche bietet die Änderung des HKHG eine gute Gelegenheit. Zur Vermeidung von Wiederholungen wird auf die allgemeinen Anmerkungen zu Artikel 1 und im Speziellen zu Artikel 1 Nr. 9d (§ 17 Abs. 5 neu) verwiesen.

Folgende redaktionelle Folgeänderung wäre in Abs. 1 aufgrund unserer vorgeschlagenen Änderung zu § 17 Abs. 5 HKHG erforderlich.

***„(1) In jedem Planungs~~Versorgungsgebiet~~ nach § 17 Abs. 5 des Hessischen Krankenhausgesetzes ....wird eine Gesundheitskonferenz gebildet.“***

§ 6 Abs. 2 schreibt vor, dass sich die Gesundheitskonferenzen eine Geschäftsordnung geben. Dies ist für eine geregelte Organisation der Gesundheitskonferenzen sinnvoll. Um sicherzustellen, dass alle in den Gesundheitskonferenzen vertretenen Organisationen die Geschäftsordnung mittragen können, sollte die Beschlussfassung einstimmig erfolgen. Es wird daher vorgeschlagen, § 6 Abs. 2 wie folgt zu ergänzen:

„Nach Satz 1 wird der Satz „Die Geschäftsordnung ist einstimmig zu beschließen.“ eingefügt.“

### Zu § 7 Aufgaben der Gesundheitskonferenzen

Der weit gefasste Arbeitsauftrag der Gesundheitskonferenzen birgt das Risiko von Überschneidungen mit der Arbeit anderer Arbeitsausschüsse des Gemeinsamen Landesgremiums sowie Arbeitsgruppen des „Hessischen Pakts“ und ggf. weiterer Arbeitskreise.

Es sollte sichergestellt werden, dass sich die Analysen und Lösungsvorschläge ausschließlich auf die konkreten regionalen Versorgungsstrukturen beziehen und nicht jede Gesundheitskonferenz allgemeine Versorgungskonzepte erstellt.

In § 7 Abs. 1 Satz 1 wird das Komma durch die Worte „und für diese“ ersetzt. § 7 Abs. 1 Satz 1 lautet demnach wie folgt:

**„Die Gesundheitskonferenzen haben die regionalen Versorgungsstrukturen zu beobachten und für diese Analysen (Anmerkung.: nicht wie vorgesehen „Problemanalysen“) zu erstellen und Lösungsvorschläge zu entwickeln.“**

### Redaktioneller Hinweis zu § 7 Absatz 2:

In der vorgelegten Begründung hierzu heißt es: „In Abs. 2 wird der jährliche Austausch mit dem Gemeinsamen Landesgremium geregelt, in Abs. 3 derjenige mit den auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte des Versorgungsgebiets vorhandenen regionalen Konferenzen.“

Zum einen wird im neuen Absatz 2 der regelmäßige Austausch der Gesundheitskonferenz mit den auf der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte des Versorgungsgebiets gebildeten regionalen Versorgungsgremien geregelt; zum anderen wurde kein Absatz 3 in § 7 aufgenommen. Daher müsste die Begründung entsprechend der vorgesehenen Inhalte angepasst werden.

### Zu § 8 Mitglieder, Vorsitz, Stimmrecht

Die Besetzung soll gemäß der Gesetzgebung der Zusammensetzung des Gemeinsamen Landesgremiums gleichen. Gegenüber dem Gemeinsamen Landesgremium findet aber nicht nur eine Erweiterung um den Landespflegerat, sondern auch um die Landkreise und kreisfreien Städte statt. Zudem sind anders als im Gemeinsamen Landesgremium alle genannten Organisationen nach § 8 Abs. 1. Satz 1 Nr. 1 - 8 stimmberechtigt.

Sehr kritisch werten die o. g. Verbände der Krankenkassen in Hessen die nicht paritätische Stimmverteilung zwischen den Leistungserbringerverbänden und den Kostenträgern in Verbindung mit der vorgesehenen Beschlussfassung durch drei Viertel der Stimmen (s. zu § 9). Eine paritätische Besetzung zwischen Leistungserbringerverbänden und Kostenträgern sollte gewährleistet sein.

Darüber hinaus wird eine Änderung und Konkretisierung des § 8 Abs. 1 Nr. 4 für notwendig erachtet. Idealerweise sollte für die Besetzung durch die gesetzliche Krankenversicherung eine analoge Formulierung wie in § 90a Abs. 1 Satz 1 SGB V gewählt werden, da ansonsten die Verbände im Gegensatz zum bundesgesetzlichen Ansatz durch das Landesrecht ausgeschlossen wären.

§ 8 Abs. 1 Nr. 4 sollte demnach wie folgt lauten:

**„die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sechs Vertreterinnen und Vertreter,“**

Wenn die Formulierung „gesetzliche Krankenkassen“ bestehen bleiben soll, wäre dann ergänzend folgender Zusatz notwendig: „Für die Betriebskrankenkassen nimmt diese Aufgabe der BKK Landesverband Süd wahr.“

Zur Besetzung der Gesundheitskonferenzen verweisen die o. g. Verbände auf Satz 5 der Gesetzesbegründung zu § 8, wonach die Krankenkassen als Kostenträger auch mit den unterschiedlichen Kassenarten vertreten sein sollten. Eine ausschließliche Argumentation mit Versichertenanteilen würde zu einer Nichtberücksichtigung von Kassenarten im Sinne des § 4 Absatz 2 SGB V führen. Bei Nichtberücksichtigung dieser Kassenarten würde dies dazu führen, dass die genannten Kassenarten ihren Aufgaben – auch in Landesverbandsfunktion – nicht nachkommen können. Eine Mitwirkung bei der gesundheitspolitischen Willensbildung wäre ausgeschlossen.

#### Zu § 9 Beschlussfähigkeit und Beschlussfassung

Es ist unklar, welche Beschlüsse durch die Gesundheitskonferenzen verbindlich gefasst werden können und ob eine Beschlussregelung erforderlich ist. Nach Einschätzung der o. g. Verbände der Krankenkassen beschränken sich die Kompetenzen der Gesundheitskonferenzen auf die Abgabe von Analysen, Empfehlungen, Stellungnahmen und dem Bericht nach § 7 Abs. 1 an das Gemeinsame Landesgremium. Die Beschlussfassung mit drei Viertel der Stimmen wird damit begründet, dass dem Gemeinsamen Landesgremium auch kontrovers diskutierte und nicht abschließend geeinte Vorschläge unterbreitet werden sollen. Die Beschlussfassung mit drei Vierteln der Stimmen eröffnet jedoch die Möglichkeit, die Positionen ganzer Vertretergruppen gemäß § 8 Abs. 1. Satz 1 Nr. 1 – 8 in Berichten und Empfehlungen unberücksichtigt zu lassen. Aus diesem Grund soll ein Vetorecht vorgesehen werden.

Folgender Vorschlag zur Ergänzung von Absatz 2:

***"Es können keine Beschlüsse gegen das Votum einer Gruppe gemäß § 8 Abs. 1 Satz 1 gefasst werden, die durch den Beschluss unmittelbar belastet wäre. Sollte kein Beschluss zu Stande kommen, sind die unterschiedlichen Positionen zu dokumentieren."***

Sofern Beschlüsse für die interne Organisation der Gesundheitskonferenzen erforderlich sind, sollten sich die Gesundheitskonferenzen eigene Regelungen für Abstimmungsprozesse in der Geschäftsordnung nach § 6 Abs. 2 geben. Ausschließlich für die Geschäftsordnung braucht es eine Beschlussregelung. Diese sollte entsprechend in § 6 Abs. 2 geregelt werden (s. zu § 6):

Sollte dies keine Zustimmung finden, so müssen die o. g. Verbände der Krankenkassen auf einer einstimmigen Beschlussfassung oder mindestens einer paritätischen

Stimmverteilung bestehen. Nur so wäre gewährleistet, dass alle Positionen berücksichtigt werden.

#### Zu § 10 Kosten

Die finanzielle Unterstützung für die Geschäftsführung der Gesundheitskonferenzen durch das Land Hessen wird begrüßt. Kritisch sehen die o. g. Verbände der Krankenkassen die Regelung in Abs. 2. Dort ist vorgesehen, die Kosten, die sich aus dem Kostenerstattungsanspruch nach § 140f Abs. 5 SGB V (Kostenerstattungsanspruch für Patientenvertreter) ergeben oder die Dritten für die Einladung zu einer Gesundheitskonferenz entstehen, unter den Organisationen nach § 8 Abs. 1 Satz 1 Nr.1 - 6 nach dem Verhältnis der von ihnen entsandten Vertreterinnen und Vertreter aufzuteilen. Damit sind bis zu 14 Organisationen betroffen, die von allen sechs Gesundheitskonferenzen Rechnungen erhalten. Hinzu kommen als Rechnungsempfänger die vertretenen Landkreise und kreisfreien Städte, die je nach Gesundheitskonferenz in ihrer Zahl variieren.

Nach Auffassung der o. g. Verbände der Krankenkassen steht der damit verbundene administrative Aufwand bei den Geschäftsstellen der Gesundheitskonferenzen und den Rechnungsempfängern nicht im Verhältnis zu den absehbaren Kosten. Im Sinne einer verwaltungsarmen, wirtschaftlichen Lösung wird vorgeschlagen, die Kosten nach Abs. 2 durch den Betrag nach Abs. 1 zu decken und den § 10 wie folgt zu fassen:

#### **„§ 10 Kosten**

***Jeder Gesundheitskonferenz wird jährlich für die Geschäftsführung ein Betrag von 12.000 € zur Verfügung gestellt. Aus diesem Betrag sind auch die Kosten, die sich aus dem Kostenerstattungsanspruch nach § 140f Abs. 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ergeben oder die Dritten aufgrund einer Einladung zu den Sitzungen der Gesundheitskonferenz entstehen zu tragen.“***

#### **III. Artikel 3 bis Artikel 7**

Die o. g. Verbände der Krankenkassen haben zu den beabsichtigten Änderungen durch die Artikel 3 bis Artikel 7 keinen Änderungsbedarf.

Aufgrund der vorgeschlagenen Änderung zu § 17 Abs. 5 HKHG bzgl. der Planungsbereiche müsste jedoch zu einem späteren Zeitpunkt auch der „Erste Teil, Abgrenzung der Versorgungsgebiete, §§ 1 und 2“ neu gefasst werden.

Wir bitten, die vorstehenden Hinweise und Vorschläge zu berücksichtigen und stehen bei Rückfragen gerne zur Verfügung.

An der mündlichen Anhörung am 09.08.2018 werden die o. g. Verbände der Krankenkassen ebenfalls teilnehmen.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Andreas Braun  
Abteilungsleiter  
Versorgungsmanagement ambulant

Hessischer Landtag  
Frau Claudia Ravensburg  
Sozial- und Integrationspolitischer Ausschuss  
Schlossplatz 1 – 3  
65183 Wiesbaden

Vorstandsvorsitzender  
Dr. Markus Juch

Geschäftsführer  
Hubert Connemann

Graupfortstraße 5  
65549 Limburg  
Telefon +49 6431 997 150  
Telefax +49 6431 997 16150  
Mobil +49 170 8551925  
E-Mail: [hubert.connemann@dicv-limburg.de](mailto:hubert.connemann@dicv-limburg.de)

31. Juli 2018

**Schriftliche Stellungnahme zur öffentlichen mündlichen Anhörung des Sozial- und Integrationspolitischen Ausschusses zu dem Gesetzentwurf der Regierungsfractionen für ein Gesetz zur Änderung des Hessischen Krankenhausgesetzes 2011 – Drucks. 19/6548**

Sehr geehrte Frau Ravensburg,  
sehr geehrte Damen und Herren,

mit Schreiben vom 29. Juni 2018 wurde unsere Arbeitsgemeinschaft katholischer Krankenhäuser in Hessen (AkKH) als (Fach-)Gliederung der Hessen-Caritas eingeladen, zum Gesetz zur Änderung des Hessischen Krankenhausgesetzes 2011 und anderer Rechtsvorschriften schriftlich und mündlich angehört zu werden. Für diese Gelegenheit sind wir Ihnen sehr dankbar und nehmen im Folgenden zum Gesetzesentwurf schriftlich Stellung.

Der demografische Wandel wirkt sich auch auf die Versorgungsstrukturen der Zukunft aus. Vor dem Hintergrund einer älter werdenden Gesellschaft, komplexer werdender Behandlungspfade und der gestiegenen Qualitätsansprüche der Patienten wird die sektorenübergreifende Versorgung und damit der Einbezug der Krankenhäuser in die ambulante Versorgungsplanung weiter vorangetrieben. Nicht zuletzt wird der sich verschärfende Fachkräftemangel und die fortschreitende Konsolidierung auf dem Krankenhausmarkt hohe Anforderungen an die Wirtschaftlichkeit und Investitionsfähigkeit auch der katholischen Krankenhäuser stellen.

1. Fördermittel in Hessen

Die deutschen Bundesländer haben im Jahr 2017 zusammen nur rund 2,8 Mrd. € als Investitionsförderung in ihre Kliniken gezahlt. Der Bedarf an Investitionsmitteln liegt jedoch bei mindestens 6 Mrd. €. Damit besteht die seit Jahren diagnostizierte Investitionslücke in der Krankenhausfinanzierung weiterhin fort – die bundesdeutschen Krankenhäuser warten noch immer auf die Einleitung geeigneter Therapiemaßnahmen.

Die dauerhafte Aufstockung der Fördermittel in Hessen ab 2018 um ca. 20 Mio. € als Ausgleich der Privilegierung von Verbänden sehen wir als deutlich positives Signal, auch um die weiterhin bestehende Finanzierungslücke im Investitionsbereich in Höhe von 150 Mio. €/a Jahr für Hessen zu verringern.

Die jährliche Kalkulation sogenannter Investitionsbewertungsrelationen (IBWR) des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) hat aktuell einen Fördermittelbedarf von über 420 Mio. € für die hessischen Krankenhäuser ergeben. Dies würde einer notwendigen Investitionsquote von 8-10% des jährlichen Umsatzes

entsprechen. Davon sind wir in Hessen, trotz der aner kennenswerten Bemühungen der Landesregierung, bedauerlicher Weise noch sehr weit entfernt.

## 2. Krankenhausverbund/Dachgesellschaft

Die Krankenhäuser in katholischer Trägerschaft in Hessen sind überwiegend ordens/stiftungsgetragene Einrichtungen, die häufig bundeslandübergreifend aufgestellt sind. Eine Verbundbildung besteht auf dieser Ebene bereits seit Jahrzehnten teilweise seit Jahrhunderten. Die größte katholische Krankenhausgruppe in Hessen, nämlich die in 1999 gegründete St. Vinzenz Krankenhaus Fulda GmbH betreibt als Dachgesellschaft Krankenhäuser in Volkarsen, Kassel, Bad Hersfeld, Fulda und Hanau. Gemäß dem Formulierungsvorschlag im § 22 Abs. 5 Satz 3 HKHG (2018) würde dieser langjährig bestehende erfolgreiche Verbund von der Neuregelung leider nicht profitieren, da die Gründung der Dachgesellschaft vor dem 31.12.1999 erfolgte.

## 3. MDK als neutrale Prüfinstanz fraglich

Vorgesehen ist, dass der krankenkasseneigene Medizinische Dienst (MDK) in den Krankenhäusern Kontrollen nach § 275a SGB V zur Einhaltung der Qualitätsanforderungen durchführen darf. Auch wenn § 275a SGB V den MDK als Prüfinstanz für Qualitätsprüfungen vorsieht und das Land daran gebunden ist, halten wir den MDK als „instrumentalisiertes Organ“ der gesetzlichen Krankenversicherung für ungeeignet. Die Quote der beauftragten Prüfungen im Rahmen der Abrechnung hat sich in Hessen in den letzten Jahren auf über 20% der Krankenhaushfälle erhöht und damit fast verdoppelt. Den MDK halten wir dem Grunde nach für nicht neutral.

## 4. GQH als neutrale Prüfinstanz sinnvoll

Wir bitten alternativ zu prüfen, ob oder auf welchem Weg die in jedem Bundesland etablierten Qualitätssicherungsstellen (in Hessen: Geschäftsstelle für Qualitätssicherung Hessen (GQH)) mit diesen Qualitätsprüfungen beauftragt werden können. Diese Qualitätssicherungsstellen sind von den gesetzlichen Krankenkassen und den Krankenhausgesellschaften gemeinsam getragene Einrichtungen und seit über 20 Jahren in der stationären Qualitätssicherung etabliert und anerkannt.

## 5. Geriatric als zuwendungsnahe Medizin

Geriatric ist die medizinische Spezialdisziplin, die sich mit physischen, psychischen, funktionellen und sozialen Aspekten bei der medizinischen Betreuung älterer Menschen befasst. Dazu gehört die Behandlung alter Patientinnen und Patienten bei akuten Erkrankungen, chronischen Erkrankungen, präventiver Zielsetzung, (früh-)rehabilitativen Fragestellungen und speziellen, auch palliativen Fragestellungen am Lebensende. Die (Klinische) Geriatric ist jedoch kein (Fach-)Gebiet im Sinne der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Hessen.

## 6. Geriatric in der hessischen Krankenhausplanung

„Der Krankenhausrahmenplan beschränkt sich auf eine Festlegung der bettenführenden Fachabteilungen (Gebiete) nach der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Hessen. Allein für den Bereich der Klinischen Geriatric wird aufgrund der speziellen Planungsziele von dieser Vorgehensweise abgewichen.“ (Zitat aus dem Hessischen Krankenhausrahmenplan 2009 – Seite 25)

„Mit dem konsequenten Ausbau wohnortnaher geriatricer Versorgungsstrukturen wurde in den Jahren 1995 bis 2006 ein zentrales Strukturziel der hessischen Krankenhausplanung umgesetzt. Der Ausbau orientierte sich dabei am Hessischen Geriatrickonzept aus dem Jahr 1992.“ (Zitat aus dem Hessischen Krankenhausrahmenplan 2009 – Seite 78)

## 7. Geriatric in den katholischen Krankenhäusern in Hessen

Die christlichen Krankenhäuser in Hessen haben von Beginn an in die Geriatric als zuwendungsorientierte multiprofessionelle Medizin investiert und diese über die Jahre erheblich ausgebaut.

Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung einer hochqualitativen flächendeckenden geriatrischen Versorgung, an der über viele Jahre/Jahrzehnte gemeinsam hart gearbeitet wurde, um das heutige Niveau zu erreichen, ist Ziel der christlichen Krankenhäuser in Hessen.

Die krankenhausplanerische Festlegung der Geriatrie bringt Mehrwert! Die verpflichtende Sicherstellung der geriatrischen Versorgung durch Versorgungsauftrag muss im Interesse der Gesundheitspolitik über die Parteigrenzen hinweg sein. Eine Innere Medizin kann, eine Geriatrie muss Geriatrie leisten und sicherstellen!

#### 8. Geriatric in der hessischen Gesetzgebung

Die Arbeitsgemeinschaft katholischer Krankenhäuser in Hessen sieht einen dringenden Bedarf zur gesetzlichen Regelung bezüglich Geriatrieplanung in Hessen. Wir schlagen daher folgende Fassung von Art. 1 Nr. 10 Buchst. c Doppelbuchst. bb vor:

„bb) Satz 2 erhält folgende Fassung:

**„Fachgebiete im Sinne des Satzes 1 sind die in Abschnitt B der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte der Landesärztekammer Hessen genannten bettenführenden Gebiete unter Ausschluss der Facharztkompetenz für Herzchirurgie im Gebiet Chirurgie; Herzchirurgie und Geriatrie sind krankenhausplanerisch eigenständige Fachgebiete.“**

Wir wären Ihnen für die Würdigung unserer Hinweise und unseres Änderungsvorschlages sehr dankbar und freuen uns über entsprechende Berücksichtigung bei der Überarbeitung des Hessischen Krankenhausgesetzes. Bei Rückfragen oder Erläuterungswünschen steht Ihnen die AkKH-Geschäftsstelle jederzeit sehr gern zur Verfügung.

Im Übrigen wird auf die Stellungnahmen der Liga Hessen und der Hessischen Krankenhausgesellschaft verwiesen, denen sich die Arbeitsgemeinschaft katholischer Krankenhäuser in Hessen anschließt.

An der Anhörung im Sozial- und Integrationspolitischen Ausschuss des Hessischen Landtages am 9. August 2018 ab ca. 17:00 Uhr werden voraussichtlich Herr Hubert Connemann, Geschäftsführer der Arbeitsgemeinschaft katholischer Krankenhäuser in Hessen (AkKH) und ggf. zusätzlich Herr Diözesancaritasdirektor Dr. Markus Juch (Fulda) als Vorstandsvorsitzender der Hessen-Caritas und gleichzeitig der AkKH teilnehmen.

Aufgrund eines vorgelagerten Termins bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KVH) in Frankfurt wird das Eintreffen des Unterzeichners zur Anhörung im Sozial- und Integrationspolitischen Ausschuss gesichert frühestens zu 16:30 Uhr möglich sein.

Mit freundlichen Grüßen



Hubert Connemann  
Geschäftsführer