



HESSISCHER LANDTAG

31. 08. 2010

Gesetzentwurf der Landesregierung

für ein Zweites Gesetz zur Weiterentwicklung des Krankenhauswesens in Hessen (Hessisches Krankenhausgesetz 2011 - HKHG 2011)

Die Landesregierung legt mit Schreiben vom 30. August 2010 den nachstehenden, durch Kabinettsbeschluss vom 23. August 2010 gebilligten und festgestellten Gesetzentwurf dem Landtag zur Beschlussfassung vor. Der Gesetzentwurf wird vor dem Landtag von dem Hessischen Minister für Arbeit, Familie und Gesundheit vertreten.

A. Problem

Das Hessische Krankenhausgesetz 2002 (HKHG) ist bis zum 31.12.2010 befristet. Das Gesetz hat sich bewährt. Allerdings haben sich die Rahmenbedingungen der Krankenhausversorgung in den letzten Jahren verändert, sodass das Gesetz insgesamt überarbeitet werden muss.

Das Hessische Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit hat daher für eine Neufassung des Gesetzes am 07.03.2007 die Evaluierung eingeleitet und unter Berücksichtigung der eingegangenen Stellungnahmen, der Ressortabstimmung und der durchgeführten Anhörung den beiliegenden Entwurf einer Neufassung des Hessischen Krankenhausgesetzes erarbeitet.

Zentrale Zielsetzung ist es dabei, den gegenwärtigen und zukünftigen Anforderungen an eine weiterhin leistungsfähige und qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung in Hessen gerecht zu werden.

B. Lösung

Schaffung einer Rechtsgrundlage durch Landesgesetz über die Neufassung des Hessischen Krankenhausgesetzes

C. Befristung

Das Gesetz ist bis zum 31. Dezember 2015 befristet.

D. Alternativen

Keine.

E. Finanzielle Mehraufwendungen

Keine.

F. Unmittelbare oder mittelbare Auswirkungen auf die Chancengleichheit von Frauen und Männern

Keine.

G. Besondere Auswirkungen auf behinderte Menschen

Keine.

Der Landtag wolle das folgende Gesetz beschließen:

**Zweites Gesetz
zur Weiterentwicklung des Krankenhauswesens in Hessen
(Hessisches Krankenhausgesetz 2011 - HKHG 2011)**

Vom

Inhaltsübersicht:

**Erster Teil
Allgemeine Bestimmungen**

- § 1 Ziel des Gesetzes
- § 2 Geltungsbereich
- § 3 Gewährleistung der Krankenhausversorgung
- § 4 Zusammenarbeit der Krankenhäuser untereinander und mit anderen Diensten und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens

**Zweiter Teil
Patient und Krankenhaus**

- § 5 Anspruch auf Krankenhausaufnahme und Versorgung
- § 6 Soziale und seelsorgerische Betreuung
- § 7 Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher

**Dritter Teil
Pflichten der Krankenhäuser**

- § 8 Qualitätssicherung
- § 9 Bettennachweis, Brand- und Katastrophenschutz
- § 10 Krankenhaushygiene

**Vierter Teil
Auskunftspflicht, Datenverarbeitung und Datenschutz im Krankenhaus,
Aufsicht**

- § 11 Auskunftspflicht und Datenverarbeitung im Krankenhaus
- § 12 Datenschutz im Krankenhaus
- § 13 Rechtsaufsicht

**Fünfter Teil
Innere Strukturen der Krankenhäuser**

- § 14 Wirtschaftliche Betriebsführung, organisatorische Eigenständigkeit und Krankenhausleitung
- § 15 Abgaben aus Liquidationserlösen
- § 16 Jahresabschlussprüfung

**Sechster Teil
Krankenhausplanung**

- § 17 Aufgaben und Grundsätze der Krankenhausplanung
- § 18 Krankenhausplan
- § 19 Durchführung und Weiterentwicklung des Krankenhausplans

**Siebter Teil
Mitwirkung der Beteiligten**

- § 20 Landeskrankenhauseusschuss
- § 21 Gesundheitskonferenzen
- § 22 Wahrnehmung der Aufgaben der Krankenkassen

Achter Teil**Förderung der Krankenhäuser und Aufbringung der Fördermittel**

- § 23 Grundsätze der Förderung
- § 24 Krankenhausbauprogramm, Anmelde- und Warteliste
- § 25 Einzelförderung
- § 26 Förderung durch pauschale Mittelzuweisung
- § 27 Förderung der Nutzung von Anlagegütern
- § 28 Förderung von Lasten aus Investitionsdarlehen
- § 29 Förderung von Anlauf-, Umstellungs- und Grundstückskosten
- § 30 Förderung von Personalwohnraum
- § 31 Förderung zum Ausgleich von Eigenmitteln
- § 32 Förderung bei Ausscheiden aus dem Krankenhausplan
- § 33 Förderung von Forschungsvorhaben
- § 34 Förderung im Rahmen alternativer Beschaffungs- und Errichtungsformen
- § 35 Sicherung der Zweckbestimmung, Auflagen und Bedingungen
- § 36 Rücknahme, Widerruf und Erstattung
- § 37 Lastenverteilung auf Land, Landkreise und kreisfreie Städte
- § 38 Förderung von Aus- und Weiterbildungsstätten für Fachberufe des Gesundheitswesens

Neunter Teil**Schlussbestimmungen**

- § 39 Übergangsvorschriften
- § 40 Erlass von Rechtsverordnungen
- § 41 Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Erster Teil**Allgemeine Bestimmungen****§ 1****Ziel des Gesetzes**

(1) Ziel des Gesetzes ist es, in Hessen eine qualitativ hochwertige patienten- und bedarfsgerechte stationäre Versorgung der Bevölkerung durch ein flächendeckendes gegliedertes System qualitativ leistungsfähiger und eigenverantwortlich wirtschaftender Krankenhäuser sicherzustellen.

(2) Eine bedarfsgerechte Versorgung erfordert insbesondere die Vorhaltung einer ausreichenden Anzahl von Krankenhäusern, die die Notfallversorgung sicherstellen, sowie ausreichende intensivmedizinische Kapazitäten. Planbare Krankenhausleistungen sollen in jedem Versorgungsgebiet zeitnah zur Verfügung stehen.

(3) Bei der Durchführung dieses Gesetzes ist die Vielfalt der Krankenhaus-träger zu beachten. Dabei ist freigemeinnützigen und privaten Krankenhäusern ausreichend Raum zur Mitwirkung an der Krankenhausversorgung der Bevölkerung zu geben, soweit sie dazu auf Dauer bereit und in der Lage sind.

§ 2**Geltungsbereich**

(1) Das Gesetz gilt für alle Krankenhäuser in Hessen, die der allgemeinen vollstationären, teilstationären und ambulanten Versorgung dienen, soweit nichts anderes bestimmt ist. Der Sechste und Achte Teil mit Ausnahme des § 33 gelten nur für die Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen sind. Die Vorschriften des Achten Teils mit Ausnahme des § 33 gelten nicht für die Universitätskliniken.

(2) § 6 Abs. 1, § 7, § 14 Abs. 1 und 2 und § 15 gelten nicht für Krankenhäuser, die von Religionsgemeinschaften oder diesen gleichgestellten oder ihnen zugeordneten Einrichtungen ohne Rücksicht auf deren Rechtsform betrieben werden.

§ 3

Gewährleistung der Krankenhausversorgung

(1) Die Gewährleistung der bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung durch leistungsfähige Krankenhäuser ist eine öffentliche Aufgabe des Landes, der Landkreise und der kreisfreien Städte.

(2) Krankenhäuser werden von Landkreisen, Gemeinden, dem Landeswohlfahrtsverband Hessen und sonstigen Körperschaften des öffentlichen Rechts selbst oder in deren Auftrag von Dritten errichtet und betrieben, soweit sie nicht von freigemeinnützigen und privaten Trägern errichtet und betrieben werden. Die Aufgaben der Universitätskliniken nach dem Gesetz für die hessischen Universitätskliniken vom 26. Juni 2000 (GVBl. I S. 344), zuletzt geändert durch Gesetz vom 14. Dezember 2009 (GVBl. I S. 666), in der jeweils geltenden Fassung und des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen nach dem Maßregelvollzugsgesetz vom 3. Dezember 1981 (GVBl. I S. 414), zuletzt geändert durch Gesetz vom 28. Juni 2010 (GVBl. I S. 185), in der jeweils geltenden Fassung bleiben unberührt.

§ 4

Zusammenarbeit der Krankenhäuser untereinander und mit anderen Diensten und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens

(1) Zur Optimierung der regionalen Versorgung auf der Grundlage des Krankenhausplanes sind Krankenhäuser innerhalb ihres Einzugsbereichs ungeachtet ihrer Trägerschaft und entsprechend ihrer Aufgabenstellung zur Zusammenarbeit verpflichtet. Dies gilt insbesondere für die Bildung von Untersuchungs- und Behandlungsschwerpunkten, die Abstimmung bei chronischen Krankheiten sowie die Abstimmung der intensivmedizinischen Kapazitäten.

(2) Außerdem sind die Krankenhäuser im Interesse der durchgehenden Sicherstellung und Optimierung der regionalen Versorgung der Patientinnen und Patienten zur engen Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und den übrigen an der Patientenversorgung beteiligten ambulanten und stationären Diensten und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens verpflichtet.

Zweiter Teil Patient und Krankenhaus

§ 5

Anspruch auf Krankenhausaufnahme und Versorgung

(1) Wer nach ärztlicher Beurteilung der stationären Behandlung bedarf, hat Anspruch auf Aufnahme in ein Krankenhaus. Die Entscheidung über die Notwendigkeit der stationären Behandlung trifft die zuständige Ärztin oder der zuständige Arzt im Krankenhaus.

(2) Der Krankenhausträger ist nach Maßgabe seiner stationären Behandlungsmöglichkeiten zur Aufnahme von Patientinnen und Patienten verpflichtet; die Pflicht zur Hilfe in Notfällen und die Pflichtversorgung nach dem Gesetz über die Entziehung der Freiheit geisteskranker, geistesschwacher, rauschgift- oder alkoholsüchtiger Personen vom 19. Mai 1952 (GVBl. S. 111), zuletzt geändert durch Gesetz vom 15. Juli 1997 (GVBl. I S. 217), in der jeweils geltenden Fassung bleiben unberührt. Durch die Aufnahme erlangt die Patientin oder der Patient einen Anspruch auf eine angemessene Behandlung ohne Rücksicht auf die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit oder soziale Stellung; der Anspruch der Patientin oder des Patienten umfasst auch das ungestörte vertrauensvolle Gespräch mit den für die Betreuung verantwortlichen Personen, insbesondere dem behandelnden ärztlichen Personal.

(3) Der Anspruch des Krankenhausträgers gegenüber der Patientin oder dem Patienten oder deren Kostenträger auf Begleichung der Behandlungskosten bleibt unberührt.

§ 6

Soziale und seelsorgerische Betreuung

(1) Als Ergänzung zu der ärztlichen und pflegerischen Versorgung und zur Umsetzung des § 11 Abs. 4 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2482), zuletzt geändert durch Gesetz vom 24. Juli 2010 (BGBl. I S. 983), hält das Krankenhaus einen Sozialdienst vor. Er hat insbesondere die Patientin oder den Patienten in sozialen Fragen zu betreuen, zu beraten, geeignete Hilfen zu vermitteln und bei der Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen zu unterstützen.

(2) Kindern, die das siebte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, behinderten und seelisch gefährdeten Kindern hat das Krankenhaus die Mitaufnahme einer Bezugsperson zu sozial vertretbaren Tagessätzen zu gewähren. Ist dem Krankenhaus die Mitaufnahme nicht möglich, so stimmt das Krankenhaus mit den Sorgeberechtigten ab, wie auf andere Weise dem Bedürfnis des kranken Kindes nach besonderer Zuwendung und Betreuung Rechnung getragen werden kann. Das Krankenhaus unterstützt in Abstimmung mit der Schulbehörde die schulische Betreuung langzeiterkrankter Schulpflichtiger. Stationär behandlungsbedürftigen Patientinnen und Patienten soll das Krankenhaus im Rahmen seiner Unterbringungsmöglichkeiten die Mitaufnahme von Kindern, die das siebte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, zu sozial vertretbaren Tagessätzen gewähren, wenn keine anderweitige Betreuungsmöglichkeit gegeben ist.

(3) Die Krankenhäuser sind zu einem würdevollen Umgang mit sterbenden und verstorbenen Patientinnen und Patienten verpflichtet. Hinterbliebene sollen angemessen Abschied nehmen können. Hierzu ist ein angemessener gesonderter Raum zur Verfügung zu stellen. Sofern Sterbende und deren Angehörige wünschen, dass Behandlung und Pflege zu Hause durchgeführt werden, soll das Krankenhaus sie entlassen, wenn die notwendige Betreuung ausreichend gewährleistet ist.

(4) Ehrenamtliche Patientendienste sind zu unterstützen.

(5) Um den religiösen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten Rechnung zu tragen, ist den Kirchen und Religionsgemeinschaften im Rahmen des Möglichen Gelegenheit zur Durchführung von Gottesdiensten und zur Ausübung der Seelsorge zu geben.

(6) Das Krankenhaus hat eine Ethikbeauftragte oder einen Ethikbeauftragten zu bestellen. Ethikbeauftragte haben die Aufgabe, in ethischen Fragestellungen Entscheidungsvorschläge zu machen. Sie sind im Rahmen dieser Aufgabe der Geschäftsführung unterstellt.

§ 7

Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher

(1) Die Stadtverordnetenversammlungen der kreisfreien Städte und die Kreistage wählen mit der Mehrheit ihrer Mitglieder für die Dauer ihrer Wahlperiode eine oder mehrere Personen als Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher sowie deren Stellvertreterinnen und Stellvertreter. Bei der Zahl der zu wählenden Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher sind Zahl und Größe der in dem Gebiet der kreisfreien Stadt oder des Landkreises vorhandenen Krankenhäuser zu berücksichtigen. Vor der Entscheidung durch die Wahlorgane nach Satz 1 ist das Benehmen mit dem Krankenhausträger herzustellen.

(2) Beschäftigte der Krankenhausträger des Versorgungsgebietes oder Mitglieder ihrer Organe sind nicht wählbar. Die Patientenfürsprecherin oder der Patientenfürsprecher führt das Amt bis zum Amtsantritt einer Nachfolgerin oder eines Nachfolgers weiter.

(3) Die Patientenfürsprecherin oder der Patientenfürsprecher prüft Anregungen und Beschwerden der Patientinnen und Patienten und vertritt deren Anliegen. Sie oder er kann sich mit Einverständnis der betroffenen Patientin oder des betroffenen Patienten jederzeit und unmittelbar an die zuständigen Stellen wenden. Die Patientenfürsprecherin oder der Patientenfürsprecher hat alle Sachverhalte, die ihr oder ihm in dieser Eigenschaft bekannt werden, vertraulich zu behandeln. Sie oder er legt der Stadtverordnetenver-

sammlung oder dem Kreistag jährlich einen Bericht vor. Der Bericht darf keine Angaben enthalten, die den Persönlichkeitsschutz von Patientinnen oder Patienten, Beschäftigten oder Besuchern des Krankenhauses verletzen. Der Bericht ist zugleich dem betroffenen Krankenhausträger und dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium zuzuleiten; auf Verlangen ist den Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 Nr. 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 887), zuletzt geändert durch Gesetz vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534), Einsicht zu gewähren.

(4) Das Krankenhaus ist zur Zusammenarbeit mit den Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprechern verpflichtet. Es hat ihnen die notwendigen Auskünfte zu erteilen und Zutritt zu gewähren sowie ihrem Vorbringen nachzugehen.

(5) Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher sind ehrenamtlich tätig. Für die Entschädigung gilt § 27 Abs. 1, 2, Abs. 3 Satz 1 und Abs. 5 der Hessischen Gemeindeordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. März 2005 (GVBl. I S. 142), zuletzt geändert durch Gesetz vom 24. März 2010 (GVBl. I S. 119), auch in Verbindung mit § 18 Abs. 1 Satz 1 der Hessischen Landkreisorde nung in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. März 2010 (GVBl. I S. 183), zuletzt geändert durch Gesetz vom 24. März 2010 (GVBl. I S. 119), mit der Maßgabe, dass eine Aufwandsentschädigung zu gewähren ist. Die Kosten trägt die jeweilige kreisfreie Stadt oder der jeweilige Landkreis.

Dritter Teil Pflichten der Krankenhäuser

§ 8 Qualitätssicherung

Die Krankenhäuser sind verpflichtet, eine den fachlichen Erfordernissen entsprechende Qualität ihrer Leistungen zu gewährleisten. Zur Erfüllung dieser Pflicht treffen sie insbesondere die nach den §§ 135 bis 139c des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch vorgesehenen Maßnahmen. Durch Rechtsverordnung können weitere Maßnahmen der Qualitätssicherung und -kontrolle bestimmt werden.

§ 9 Bettennachweis, Brand- und Katastrophenschutz

(1) Die Krankenhäuser sind verpflichtet, mit dem zuständigen Träger des Rettungsdienstes nach § 4 Abs. 1 des Hessischen Rettungsdienstgesetzes 1998 vom 24. November 1998 (GVBl. I S. 499), geändert durch Gesetz vom 21. März 2005 (GVBl. I S. 218), Vereinbarungen über die Organisation eines Bettennachweises zu treffen.

(2) Die Krankenhäuser sind verpflichtet, zur Mitwirkung im Brand- und Katastrophenschutz Alarm- und Einsatzpläne aufzustellen und diese mit den für den Brand- und Katastrophenschutz sowie den für den Infektionsschutz zuständigen Stellen abzustimmen sowie gemeinsame Übungen durchzuführen. Benachbarte Krankenhäuser haben ihre Alarm- und Einsatzpläne aufeinander abzustimmen und sich gegenseitig zu unterstützen.

(3) Durch Rechtsverordnung kann Näheres über den Inhalt der Alarm- und Einsatzpläne sowie das Verfahren der gegenseitigen Abstimmung und Unterstützung im Brand- und Katastrophenfall bestimmt werden.

§ 10 Krankenhaushygiene

(1) Die Krankenhäuser sind verpflichtet, entsprechend dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft alle erforderlichen Maßnahmen zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen zu treffen. Dies gilt in besonderer Weise für die Erkennung, Verhütung und Bekämpfung multiresistenter Erreger. Die Krankenhäuser haben insbesondere die jeweiligen Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts zur Krankenhaushygiene zu beachten und umzusetzen.

(2) Durch Rechtsverordnung können

1. Maßnahmen zur Bekämpfung und Erfassung von Krankenhausinfektionen,
 2. der Umfang der Beratung durch Krankenhaushygieniker,
 3. die Aufgaben, Zusammensetzung und Einrichtung von Hygienekommissionen und
 4. die Beschäftigung und das Tätigkeitsfeld von Hygienefachkräften
- bestimmt werden.

Vierter Teil Auskunftspflicht, Datenverarbeitung und Datenschutz im Krankenhaus, Aufsicht

§ 11

Auskunftspflicht und Datenverarbeitung im Krankenhaus

(1) Die Krankenhäuser sind verpflichtet, dem für das Krankenhauswesen zuständigen Ministerium unter Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht und des Datenschutzrechts die erforderlichen Auskünfte zu erteilen, insbesondere über

1. die Trägerschaft und die darüber stehenden Strukturen,
2. das Leistungsangebot,
3. die erbrachten Leistungen,
4. die Verweildauer,
6. die personelle und sächliche Ausstattung,
7. die allgemeinen statistischen Angaben über die Patientinnen und Patienten und ihre Erkrankungen,

die zur Beurteilung der sparsamen und wirtschaftlichen Betriebsführung, für die Belange der Krankenhausplanung und zur Erstellung der Krankenhausbauprogramme notwendig sind. Die Auskunftspflicht über Patientinnen und Patienten umfasst nur Angaben, die das Krankenhaus für deren Versorgung und für die Abrechnung der Krankenhausleistungen erhält.

(2) Das für das Krankenhauswesen zuständige Ministerium kann sich der Leistungsdaten bedienen, die die Krankenhäuser nach der Krankenhausstatistik-Verordnung vom 10. April 1990 (BGBl. I S. 730), zuletzt geändert durch Gesetz vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534), dem Hessischen Statistischen Landesamt zu liefern haben. Durch Rechtsverordnung können für die Bearbeitung von Verwaltungsaufgaben und für Zwecke der Landesstatistik auf dem Gebiet des Gesundheitswesens zusätzliche Erhebungen mit Auskunftspflicht für Krankenhäuser angeordnet werden. Die Rechtsverordnung bestimmt das Nähere insbesondere zu

1. der Beschreibung und Abgrenzung der einzelnen Erhebungstatbestände,
2. der Art und Periodizität der Erhebungen,
3. dem Berichtszeitraum,
4. dem Berichtszeitpunkt,
5. den Erhebungsstellen,
6. dem Berichtsweg,
7. der Gestaltung der Erhebungsvordrucke und
8. der Kostentragungspflicht.

(3) Die Angaben nach Abs. 1 und 2 über einzelne Krankenhäuser dürfen an die Gesundheitsbehörden nach § 2 Abs. 2 des Hessischen Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst vom 28. September 2007 (GVBl. I S. 659), zuletzt geändert durch Gesetz vom 24. März 2010 (GVBl. I S. 123), für verwaltungsinterne Zwecke, an die Mitglieder des Landeskrankenhausausschusses und der jeweils zuständigen Gesundheitskonferenz im Rahmen ihrer Mitwirkung an der Krankenhausplanung und der Erstellung der Krankenhausbauprogramme übermittelt werden. Weitergehende Informationsrechte bleiben unberührt.

(4) Von den nach Abs. 1 und 2 erhobenen Angaben dürfen Name, Anschrift, Träger, Art und Zweckbestimmung eines Krankenhauses sowie die nach Fachrichtungen gegliederte Bettenzahl in den krankenhausbezogenen Verzeichnissen und Darstellungen des Hessischen Statistischen Landesamtes veröffentlicht werden.

(5) Zur Gewährleistung der Vergleichbarkeit der Daten und der Wirtschaftlichkeit der in den Krankenhäusern eingesetzten Verfahren der automatisierten Datenverarbeitung kann für die in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser durch Rechtsverordnung die Art und der Umfang der zu verarbeitenden Daten und die Form ihrer Verarbeitung vorgeschrieben werden.

(6) Abs. 1 bis 4 gelten auch für die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Abs. 2 und die Vertragskrankenhäuser nach § 108 Nr. 3 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch.

§ 12

Datenschutz im Krankenhaus

(1) Für Krankenhäuser gelten die Bestimmungen des Hessischen Datenschutzgesetzes vom 7. Januar 1999 (GVBl. I S. 98) in der jeweils geltenden Fassung abweichend von § 3 Abs. 6 uneingeschränkt nach Maßgabe der Abs. 2 bis 5.

(2) Die Übermittlung von Patientendaten an Personen oder Stellen außerhalb des Krankenhauses ohne die Einwilligung der oder des Betroffenen ist zulässig, soweit dies erforderlich ist zur

1. Erfüllung des mit der Patientin oder dem Patienten oder für diese geschlossenen Behandlungsvertrages einschließlich der Durchsetzung oder Abwehr von Schadensersatzansprüchen,
2. Durchführung einer Mit- oder Nachbehandlung, soweit die Patientin oder der Patient nach Hinweis auf die beabsichtigte Übermittlung nichts anderes bestimmt hat,
3. Abwehr einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für Leben, körperliche Unversehrtheit oder persönliche Freiheit der Patientin oder des Patienten oder eines Dritten, soweit nicht im Einzelfall ein überwiegendes schutzwürdiges Interesse der Patientin oder des Patienten entgegensteht,
4. Unterrichtung von Angehörigen, soweit die Patientin oder der Patient nicht ihren gegenteiligen Willen kundgetan hat und diese Erklärung nicht unbeachtlich ist oder objektive Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass eine Übermittlung nicht in ihrem oder seinem mutmaßlichen Interesse liegt,
5. Erfüllung einer gesetzlich vorgeschriebenen Behandlungs- oder Mitteilungspflicht,
6. Erfüllung der Aufgaben der Sozialleistungsträger und privaten Krankenversicherungen zur Feststellung der Leistungspflicht, zur Abrechnung und zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit, soweit dies gesetzlich vorgesehen ist,
7. Qualitätssicherung in der stationären Versorgung, wenn der Empfänger eine Ärztin oder ein Arzt oder eine ärztlich geleitete Stelle ist und der genannte Zweck nicht mit anonymisierten oder pseudonymisierten Daten erreicht werden kann und nicht überwiegende schutzwürdige Interessen der Betroffenen entgegenstehen,
8. Erfüllung der Aufgaben der Träger der Notfallversorgung zur Ermittlung der Wirksamkeit rettungsdienstlicher Maßnahmen im Rahmen von Qualitätsmanagement-Systemen, soweit eine Rechtsverordnung zur Qualitätssicherung nach dem Hessischen Rettungsdienstgesetz 1998 in der jeweils geltenden Fassung dies vorsieht; die Übermittlung der Daten erfolgt in anonymisierter oder pseudonymisierter Form, soweit dies für die Zwecke ausreicht; ist eine Übermittlung personenbezogener Daten erforderlich, sind die Daten beim Träger der Notfallversorgung zu anonymisieren, sobald der Zweck der Übermittlung es erlaubt; nicht anonymisierte oder pseudonymisierte Daten dürfen

nur von der Ärztlichen Leiterin Rettungsdienst oder dem Ärztlichen Leiter Rettungsdienst verarbeitet werden,

9. krankenhausbasierten Erfassung, Überwachung und Bewertung von Erkrankungen, bei denen kurzfristige Änderungen in der Häufigkeit des Auftretens die zeitnahe Bereitstellung von Daten erfordern, zum Beispiel im Rahmen von Influenza-Epidemien, Pandemien, Hitzewellen oder bioterroristischen Anschlägen; die Übermittlung der Daten erfolgt in anonymisierter oder pseudonymisierter Form, soweit dies für die Zwecke ausreicht; ist eine Übermittlung personenbezogener Daten erforderlich, sind die Daten zu anonymisieren, sobald der Zweck der Übermittlung dies erlaubt.

(3) Abs. 2 und § 33 des Hessischen Datenschutzgesetzes gelten in Krankenhäusern mit Behandlungseinrichtungen verschiedener Fachrichtungen auch zwischen diesen.

(4) Das Krankenhaus kann die Auskunft sowie die Einsichtnahme in die Krankenakte durch eine Ärztin oder einen Arzt vermitteln lassen, soweit dies mit Rücksicht auf den Gesundheitszustand der Patientin oder des Patienten dringend geboten ist. Auskunfts- und Einsichtsrecht der Patientin oder des Patienten werden durch das Verfahren nach Satz 1 nicht beschränkt.

(5) Die Religionsgemeinschaften oder die diesen gleichgestellten oder ihnen zugeordneten Einrichtungen treffen für ihre Krankenhäuser in eigener Zuständigkeit Datenschutzregelungen, die denen der Abs. 1 bis 4 entsprechen.

§ 13 Rechtsaufsicht

(1) Die Krankenhäuser und ihre gemeinschaftlichen Einrichtungen unterliegen der Rechtsaufsicht des für das Krankenhauswesen zuständigen Ministeriums.

(2) Die Aufsicht erstreckt sich auf die Beachtung der für Krankenhäuser geltenden fachlichen Vorschriften des Zweiten bis Sechsten Teils dieses Gesetzes und des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie der dazu erlassenen Rechtsverordnungen. Die Vorschriften über die allgemeine Aufsicht über die Gemeinden und Gemeindeverbände im Siebenten Teil der Gemeindeordnung, über die Krankenhäuser im Straf- und Maßregelvollzug nach § 3 des Maßregelvollzugsgesetzes sowie die Rechtsaufsicht über die Universitätskliniken nach § 3 des Gesetzes für die hessischen Universitätskliniken bleiben unberührt. Unberührt bleiben ebenso die Vorschriften über die gesundheitliche oder hygienische Aufsicht über die Krankenhäuser.

(3) Die Krankenhäuser und ihre gemeinschaftlichen Einrichtungen sind verpflichtet, der Aufsichtsbehörde die für die Durchführung der Aufsicht erforderlichen Auskünfte zu erteilen und deren Beauftragten Zutritt zu gewähren. Bei Gefahr im Verzug ist der Zutritt jederzeit zu gestatten. Insoweit wird das Grundrecht auf Unverletzlichkeit der Wohnung (Art. 13 des Grundgesetzes, Art. 8 der Verfassung des Landes Hessen) eingeschränkt.

(4) Erfüllt ein Krankenhaus die ihm obliegenden gesetzlichen Verpflichtungen oder Aufgaben nicht, so kann es von der Aufsichtsbehörde angewiesen werden, innerhalb einer bestimmten Frist das Erforderliche zu veranlassen. Bei wiederholten und erheblichen Verstößen gegen gesetzliche Verpflichtungen oder Aufgaben kann der Versorgungsauftrag des Krankenhauses eingeschränkt oder entzogen werden.

Fünfter Teil Innere Strukturen der Krankenhäuser

§ 14 Wirtschaftliche Betriebsführung, organisatorische Eigenständigkeit und Krankenhausleitung

(1) Für Krankenhäuser kommunaler Träger und des Landeswohlfahrtsverbands ohne eigene Rechtspersönlichkeit gelten die Vorschriften des Eigenbetriebsgesetzes in der Fassung vom 9. Juni 1989 (GVBl. I S. 154), zuletzt geändert durch Gesetz vom 21. März 2005 (GVBl. I S. 218). Durch Rechts-

verordnung können abweichende und ergänzende Regelungen getroffen werden, um

1. sicherzustellen, dass die Krankenhäuser als organisatorisch und wirtschaftlich eigenständige Betriebe geleitet und ihre Wirtschaftsprüfung und Vermögensverwaltung nach den Grundsätzen des kaufmännischen Rechnungswesens ausgerichtet werden,
2. den besonderen Anforderungen des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen und der regionalen Zuordnung seiner Krankenhäuser Rechnung zu tragen.

(2) Krankenhäuser öffentlicher Träger können auch in geeigneter öffentlicher oder privater Rechtsform geführt werden.

(3) Die Zusammenfassung mehrerer bislang selbstständiger Krankenhäuser durch einen Krankenhausträger führt nur dann zur Entstehung eines Krankenhauses im Sinne dieses Gesetzes, wenn die Einrichtungen auch zu einer organisatorischen und medizinischen Einheit mit einheitlichen qualitativen Standards zusammengeführt werden.

§ 15

Abgaben aus Liquidationserlösen

(1) Der Krankenhausträger ist berechtigt, aus den Einkünften, die Ärztinnen und Ärzte des Krankenhauses aus wahlärztlicher Tätigkeit erzielen, eine Abgabe zu verlangen, die pauschaliert werden kann. Die Abgabe kann neben den Kosten, welche durch die Tätigkeit nach Satz 1 verursacht werden, einen Vorteilsausgleich beinhalten.

(2) Soweit Einkünfte nach Abs. 1 Satz 1 im stationären Bereich erzielt werden, haben die Ärztinnen und Ärzte nach Abzug der Abgabe nach Abs. 1 hiervon

1. 10 vom Hundert von Einkünften bis zu 25 600 Euro,
 2. 25 vom Hundert von Einkünften über 25 600 Euro bis 127 800 Euro
- und
3. 40 vom Hundert von Einkünften über 127 800 Euro

an einen vom Krankenhausträger einzurichtenden Mitarbeiterfonds abzuführen.

(3) An dem Mitarbeiterfonds sind die anderen Ärztinnen und Ärzte zu beteiligen; der Krankenhausträger kann bestimmen, dass nicht ärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einbezogen werden. Die Verteilung der Fondsmittel obliegt dem Krankenhausträger. Dabei sind Verantwortung, Leistung, Erfahrung und Dauer der Zugehörigkeit zum Krankenhaus zu berücksichtigen. Die begünstigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind zu beteiligen.

§ 16

Jahresabschlussprüfung

(1) Der Jahresabschluss ist unter Einbeziehung der Buchführung durch eine vereidigte Buchprüferin oder einen vereidigten Buchprüfer, eine Wirtschaftsprüferin oder einen Wirtschaftsprüfer oder eine Wirtschaftsprüfungsgesellschaft (Abschlussprüfer) zu prüfen. Der Abschlussprüfer wird vom Krankenhausträger oder dem nach Gesellschaftsrecht zuständigen Organ bestellt.

(2) Die für Jahresabschlussprüfungen allgemein geltenden Grundsätze sind anzuwenden. Die Prüfung erstreckt sich insbesondere auf

1. die Ordnungsmäßigkeit der Buchführung und des Rechnungswesens,
2. die wirtschaftlichen Verhältnisse,
3. die zweckentsprechende, sparsame und wirtschaftliche Verwendung der Fördermittel.

(3) Sind nach dem abschließenden Ergebnis der Prüfung keine Einwendungen zu erheben, so hat der Abschlussprüfer den Bestätigungsvermerk zu erteilen; andernfalls hat er ihn zu versagen oder nur eingeschränkt zu erteilen. Soweit die Bestätigung versagt oder eingeschränkt erteilt wird, ist der

Abschlussbericht der für die Vergabe der Fördermittel und der für die Genehmigung der Krankenhauspflegesätze zuständigen Behörde vorzulegen.

(4) § 27 Abs. 2 des Eigenbetriebsgesetzes und § 18 des Gesetzes für die hessischen Universitätskliniken bleiben unberührt.

Sechster Teil Krankenhausplanung

§ 17

Aufgaben und Grundsätze der Krankenhausplanung

(1) Zur Verwirklichung der in § 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und in § 1 dieses Gesetzes genannten Ziele wird für das Land ein Krankenhausplan aufgestellt, auf dessen Grundlage die bedarfsgerechte Krankenhausversorgung der Bevölkerung sicherzustellen ist.

(2) Bei der Aufstellung des Krankenhausplans und seinen Einzelfestlegungen haben Krankenhäuser Vorrang, die eine umfassende und ununterbrochene Vorhaltung von Leistungen der Notfallversorgung sicherstellen und mindestens die Gebiete Chirurgie und Innere Medizin abdecken.

(3) Fachkliniken haben nur dann einen Anspruch auf Aufnahme in den Krankenhausplan, wenn sie bedarfsgerecht sind und sie glaubhaft machen, dass ihr Leistungsspektrum und die Qualität ihrer Leistungen die Versorgung der Bevölkerung verbessern werden.

(4) Ein Sicherstellungszuschlag nach § 17b Abs. 1 Satz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes kann nur Krankenhäusern gewährt werden, die für die Versorgung der hessischen Bevölkerung unverzichtbar sind und bei denen eine nachgewiesene Betriebsgefährdung vorliegt. Das Nähere kann durch Rechtsverordnung geregelt werden.

(5) Der nach Versorgungsgebieten gegliederte Krankenhausplan beinhaltet

1. die allgemeinen Rahmenvorgaben,
2. die qualitativen, strukturellen und zeitlichen Anforderungen an die ortsnahe Notfallversorgung,
3. die Bestimmungen über die Wahrnehmung überörtlicher Schwerpunktaufgaben nach Abs. 7 und besonderer Aufgaben nach Abs. 8,
4. die Entscheidungen nach § 19 Abs. 1 Satz 1 und 2,
5. die Ausweisung der Ausbildungsstätten nach § 2 Nr. 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.

(6) Die Versorgungsgebiete sind so festzulegen, dass in jedem ein bedarfsgerecht gegliedertes leistungsfähiges Krankenhausangebot sichergestellt ist. Dabei sind unter Beachtung der Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung insbesondere die Siedlungs-, Bevölkerungs- und Erwerbsstruktur, die topografischen Verhältnisse, die Verkehrsverbindungen sowie Krankenhaushäufigkeit, Verweildauer, Bettennutzung und Krankheitsartenstatistik zu berücksichtigen. Das Nähere über die Anzahl und die Abgrenzung der Versorgungsgebiete wird durch Rechtsverordnung bestimmt; der Landeskrankenhausausschuss nach § 20 und die betroffenen Gesundheitskonferenzen nach § 21 sind anzuhören.

(7) Zur Sicherung einer bedarfsgerechten, leistungsfähigen und wirtschaftlichen Versorgung kann der Krankenhausplan für spezielle medizinische Fachgebiete eine versorgungsgebietsübergreifende, landesweite Aufgabewahrnehmung der Krankenhäuser festlegen.

(8) Zur Sicherung einer bedarfsgerechten, leistungsfähigen und wirtschaftlichen regionalen Versorgung soll der Krankenhausplan für

1. bestimmte medizinische Indikationen, insbesondere für chronische Erkrankungen, bei denen eine interdisziplinäre Zusammenarbeit erforderlich ist, und
2. einzelne Bereiche der Notfallversorgung einschließlich der ambulanten Notfallversorgung

Anforderungen an die Zusammenarbeit und eine Aufgabenteilung zwischen Krankenhäusern festlegen. Einzelnen Krankenhäusern oder Netzwerken aus mehreren Krankenhäusern können zur Umsetzung dieser Anforderungen besondere Aufgaben zugeordnet werden. Hierbei soll auch auf eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern geachtet werden. Soweit es um die Beteiligung ambulant tätiger Ärztinnen und Ärzte geht, ist das Einvernehmen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen erforderlich.

§ 18 Krankenhausplan

(1) Die allgemeinen Rahmenvorgaben des Krankenhausplans enthalten insbesondere die Planungsgrundsätze und Planungsziele sowie die Bestimmungen über das Planungsverfahren und die Planungsmethode.

(2) In den Krankenhausplan werden die Universitätskliniken unter Berücksichtigung ihrer Aufgaben in Forschung und Lehre und die in § 3 Satz 1 Nr. 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Krankenhäuser einbezogen, soweit sie der stationären Versorgung der Bevölkerung allgemein dienen. Auf Krankenhäuser, die aufgrund eines Versorgungsvertrags nach § 108 Nr. 3 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch oder einer Erlaubnis nach § 30 Abs. 1 Satz 1 der Gewerbeordnung in der Fassung vom 22. Februar 1999 (BGBl. I S. 203), zuletzt geändert durch Gesetz vom 29. Juli 2009 (BGBl. I S. 2258), an der Krankenhausversorgung teilnehmen, ist im Krankenhausplan zusätzlich hinzuweisen.

(3) Der Krankenhausplan wird von dem für das Krankenhauswesen zuständigen Ministerium aufgestellt und in angemessenen Zeitabständen fortgeschrieben. Bei seiner Aufstellung wirken die Beteiligten nach Maßgabe des § 19 und den Bestimmungen des Siebten Teils mit; weitere im Bereich des Krankenhauswesens tätige Verbände und Organisationen sind anzuhören. Er wird von der Landesregierung beschlossen und ist im Staatsanzeiger für das Land Hessen zu veröffentlichen.

§ 19 Durchführung und Weiterentwicklung des Krankenhausplans

(1) Die Feststellungen über die Aufnahme in den und die Herausnahme aus dem Krankenhausplan sowie die Einzelfestlegungen nach Abs. 4 einschließlich deren Änderungen werden durch Bescheid des für das Krankenhauswesen zuständigen Ministeriums getroffen. Bei den Entscheidungen sind auch die in den §§ 135 bis 139c des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch entwickelten Indikatoren zur Ergebnisqualität zu berücksichtigen. Die Entscheidungen nach Satz 1 und 2 sind auch für die Sozialleistungsträger verbindlich. Mit der Aufnahme in den Krankenhausplan ist das Krankenhaus verpflichtet, den Versorgungsauftrag umfassend zu erfüllen, sofern nicht davon abweichende Festlegungen im Rahmen von Kooperationen mit anderen Krankenhäusern getroffen wurden. Zur Erfüllung des Versorgungsauftrags gehören auch die Verpflichtungen nach dem Transplantationsgesetz in der Fassung vom 4. September 2007 (BGBl. I S. 2207), geändert durch Gesetz vom 17. Juli 2009 (BGBl. I S. 1990), und dem Hessischen Gesetz zur Ausführung des Transplantationsgesetzes vom 29. November 2000 (GVBl. I S. 514), geändert durch Gesetz vom 14. Dezember 2006 (GVBl. I S. 711), sowie die Pflichten nach dem Dritten Teil. Sofern eine Behandlung von in den Versorgungsauftrag des Krankenhauses fallenden Patientinnen und Patienten durch vom Krankenhausträger beherrschte oder mit ihm verbundene Privatkliniken, die eine eigenständige Zulassung nach der Gewerbeordnung haben, erfolgen soll, hat der Krankenhausträger die Patientinnen und Patienten darüber aufzuklären, welche Unterschiede zwischen den Krankenhäusern bestehen. Die Aufklärung erstreckt sich insbesondere auf die Art der medizinischen Behandlung, die Unterbringung, die Sonderleistungen und die Höhe der jeweiligen voraussichtlichen Gesamtkosten.

(2) Leistungen des Krankenhauses außerhalb der belegärztlichen Tätigkeit müssen in Organisationseinheiten erbracht werden, die von mindestens einer hauptamtlich tätigen Fachärztin oder einem hauptamtlich tätigen Facharzt in Leitungsfunktion geführt werden.

(3) Das Krankenhaus ist auch verpflichtet, im Rahmen seiner Versorgungsmöglichkeiten Stellen für die Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten bereitzustellen und an der Aus-, Fort- und Weiterbildung in den Berufen nach § 2 Nr. 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes mitzuwirken. Soweit rechtlich zulässig, sollen die Krankenhäuser Weiterbildungsverbände gründen. Dies gilt insbesondere im Rahmen der Zusammenarbeit zur Umsetzung des § 17 Abs. 8.

(4) Die Einzelentscheidungen nach Abs. 1 Satz 1 beschränken sich neben der Zuweisung von Aufgaben der Notfallversorgung und der Festlegung oder Zuordnung von Aufgaben nach § 17 Abs. 7 und Abs. 8 Satz 2 auf die Bestimmung des Standorts und der Fachgebiete. Darüber hinaus werden im Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Gebiete Bettenzahlen und sonstige Kapazitätsfestlegungen so weit und so lange festgesetzt, wie es für die Budgetverhandlungen erforderlich ist.

(5) Die Anfechtungsklage eines Dritten gegen einen Bescheid nach Abs. 1 Satz 1 hat keine aufschiebende Wirkung.

Siebter Teil Mitwirkung der Beteiligten

§ 20 Landeskrankenhausausschuss

(1) Um die Zusammenarbeit mit den an der Krankenhausversorgung Beteiligten nach § 7 Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bei der Durchführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und dieses Gesetzes zu gewährleisten, wird bei dem für das Krankenhauswesen zuständigen Ministerium ein Landeskrankenhausausschuss gebildet. Im Landeskrankenhausausschuss werden insbesondere die

1. Grundsätze der Krankenhausplanung nach § 17,
2. Aufstellung und Fortschreibung des Krankenhausplans nach den §§ 18 und 19,
3. Inhalte von Rechtsverordnungen nach diesem Gesetz,
4. Aufstellung des Krankenhausbauprogramms nach § 24 und
5. Förderung von Forschungsvorhaben nach § 33

behandelt.

(2) Dem Landeskrankenhausausschuss gehören als Mitglieder an:

1. der Hessische Landkreistag, der Hessische Städtetag und der Hessische Städte- und Gemeindebund mit je einer Vertreterin oder einem Vertreter,
2. die Hessische Krankenhausgesellschaft mit sechs Vertreterinnen und Vertretern,
3. die Landesverbände der Krankenkassen in Hessen und die Ersatzkassen mit acht Vertreterinnen und Vertretern,
4. der Landesausschuss Hessen des Verbandes der privaten Krankenversicherung mit einer Vertreterin oder einem Vertreter,
5. der Landesverband Hessen-Mittelrhein und Thüringen der gewerblichen Berufsgenossenschaften mit einer Vertreterin oder einem Vertreter,
6. die Landesärztekammer Hessen und die Kassenärztliche Vereinigung Hessen mit je einer Vertreterin oder einem Vertreter.

Die Mitglieder des Landeskrankenhausausschusses sind Beteiligte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und, mit Ausnahme der Mitglieder nach Satz 1 Nr. 5 und 6, zugleich unmittelbar Beteiligte nach § 7 Abs. 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.

(3) Die Mitglieder des Landeskrankenhausausschusses benennen dem für das Krankenhauswesen zuständigen Ministerium die Vertreterinnen und Vertreter und für diese Stellvertreterinnen und Stellvertreter. Die Hessische Krankenhausgesellschaft soll bei der Benennung ihrer Vertreterinnen und Vertre-

ter unter Berücksichtigung der Vertretung nach Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 die Vielfalt der Krankenhausträger beachten. Die Landesverbände der Krankenkassen in Hessen und die Ersatzkassen benennen ihre Vertreterinnen und Vertreter gemeinsam. Dabei sollen sie die jeweilige Mitgliederzahl der Krankenkassen angemessen berücksichtigen.

(4) Eine Vertreterin oder ein Vertreter des für die Universitätskliniken zuständigen Ministeriums sowie eine Patientenvertreterin oder ein Patientenvertreter gehört dem Landeskrankenhausausschuss mit beratender Stimme an. Die Patientenvertreterin oder der Patientenvertreter sowie deren Stellvertreterin oder deren Stellvertreter bestimmt das für das Krankenhauswesen zuständige Ministerium.

(5) Vorsitz und Geschäftsführung des Landeskrankenhausausschusses obliegen dem für das Krankenhauswesen zuständigen Ministerium. Dessen Vertreterinnen und Vertreter haben kein Stimmrecht. Das für das Krankenhauswesen zuständige Ministerium stellt dem Landeskrankenhausausschuss die für dessen Meinungsbildung notwendigen Unterlagen zur Verfügung. Es beruft den Landeskrankenhausausschuss zu seinen Sitzungen ein. Er ist einzuberufen, wenn dies von Mitgliedern beantragt wird, die zusammen mindestens zwei Vertreterinnen oder Vertreter entsenden.

§ 21

Gesundheitskonferenzen

(1) In jedem Versorgungsgebiet nach § 17 Abs. 5 wird eine Gesundheitskonferenz gebildet. Sie hat die Aufgabe,

1. die regionalen Versorgungsstrukturen zu beobachten und mit den an der Gesundheitsversorgung Beteiligten einen intensiven Dialog zu führen, insbesondere soll sie
 - a) drohende Unterversorgung erkennen,
 - b) Qualitätsdefizite aufdecken,
 - c) Vorschläge zur Optimierung der Versorgung machen,
 - d) die Bildung von Kooperationen und Versorgungsnetzwerken nach § 17 Abs. 8 unterstützen und moderieren und
 - e) dem für das Krankenhauswesen zuständigen Ministerium jährlich über die Entwicklung der regionalen Versorgung berichten,
2. dem für das Krankenhauswesen zuständigen Ministerium Vorschläge für die Durchführung und Weiterentwicklung des Krankenhausplanes nach § 19 zu machen und entsprechende Anträge der Krankenhausträger zu beurteilen,
3. die Entwürfe der Krankenhausbauprogramme zu beraten und dem für das Krankenhauswesen zuständigen Ministerium eigene Vorschläge für die Entscheidung nach § 23 Abs. 1 vorzulegen.

(2) Einer Gesundheitskonferenz gehören als Mitglieder an:

1. die Träger der Krankenhäuser im Versorgungsgebiet mit vier Vertreterinnen und Vertretern,
2. die Hessische Krankenhausgesellschaft mit einer Vertreterin oder einem Vertreter,
3. die Krankenkassen im Versorgungsgebiet mit fünf Vertreterinnen und Vertretern, von denen eine oder einer dem Landesausschuss Hessen des Verbands der privaten Krankenversicherung angehört,
4. die Landkreise und kreisfreien Städte im Versorgungsgebiet mit je einer Vertreterin oder einem Vertreter,
5. die Kassenärztliche Vereinigung Hessen mit einer Vertreterin oder einem Vertreter,
6. die Landesärztekammer Hessen mit einer Vertreterin oder einem Vertreter,
7. die Patientenorganisationen mit einer Vertreterin oder einem Vertreter.

Die Vertreterinnen und Vertreter nach Satz 1 Nr. 1 sind im Verhältnis der für die einzelnen Trägergruppen im Versorgungsgebiet gemeldeten Fallzahlen zu benennen. Die Universitätskliniken benennen in den für sie örtlich zuständigen

Gesundheitskonferenzen eine Vertreterin oder einen Vertreter. Die Mitglieder der Gesundheitskonferenzen benennen dem für das Krankenhauswesen zuständigen Ministerium die Vertreterinnen und Vertreter und für diese Stellvertreterinnen und Stellvertreter. Die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung im Versorgungsgebiet benennen ihre Vertreterinnen und Vertreter und deren Stellvertreterinnen und Stellvertreter im Verhältnis der Zahl ihrer Mitglieder im Versorgungsgebiet zueinander. Die Mitglieder sind Beteiligte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.

(3) Das für das Krankenhauswesen zuständige Ministerium beruft die Gesundheitskonferenz erstmalig ein.

(4) Beauftragte des für das Krankenhauswesen zuständigen Ministeriums können an den Sitzungen der Gesundheitskonferenz teilnehmen.

(5) Die Gesundheitskonferenz kann zur Vorbereitung ihrer Beschlüsse aus ihrer Mitte Ausschüsse bilden. Sie kann zu ihrer Beratung auch medizinische oder sonstige sachverständige Vertreterinnen und Vertreter der Beteiligten nach Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 bis 6 hinzuziehen.

(6) Die Kreisausschüsse der Landkreise und die Magistrate der kreisfreien Städte des Versorgungsgebiets bestimmen gemeinsam aus den Vertreterinnen und Vertretern nach Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 eine Vorsitzende oder einen Vorsitzenden und eine Stellvertreterin oder einen Stellvertreter.

(7) Die Gesundheitskonferenz fasst ihre Beschlüsse mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen. Bei Stimmgleichheit gibt der oder die Vorsitzende gegenüber dem für das Krankenhauswesen zuständigen Ministerium eine Empfehlung unter Darstellung aller wesentlichen Gesichtspunkte ab.

(8) Die Gesundheitskonferenz gibt sich eine Geschäftsordnung, die insbesondere Regelungen über die Befugnisse der oder des Vorsitzenden sowie über die Einberufung der Sitzungen trifft.

§ 22

Wahrnehmung der Aufgaben der Krankenkassen

Die in diesem Teil den Landesverbänden der Krankenkassen in Hessen und den Ersatzkassen zugewiesenen Aufgaben nehmen diese entsprechend der Regelungen des Siebten Kapitels des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch wahr. Für die Betriebskrankenkassen nimmt diese Aufgaben der BKK Landesverband Hessen wahr. Für die Landwirtschaftlichen Krankenkassen gilt § 36 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), zuletzt geändert durch Gesetz vom 5. August 2010 (BGBl. I S. 1127), entsprechend.

Achter Teil

Förderung der Krankenhäuser und Aufbringung der Fördermittel

§ 23

Grundsätze der Förderung

(1) Gefördert werden nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und den Vorschriften dieses Teils der Neubau, die Erweiterung und der Umbau (Errichtung) von Krankenhäusern einschließlich der Erstausrüstung der für den Krankenhausbetrieb notwendigen Anlagegüter und die Wieder- und Ergänzungsbeschaffung von Gütern des zum Krankenhaus gehörenden Anlagevermögens.

(2) Die Fördermittel sind nach Maßgabe des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und dieses Gesetzes so zu bemessen, dass sie die förderungsfähigen und unter Beachtung des Versorgungsauftrags des jeweiligen Krankenhauses notwendigen Investitionskosten nach den Grundsätzen von Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit decken. Soweit für Investitionen Versicherungsleistungen gewährt werden oder bei Abschluss verkehrsüblicher Versicherungen hätten gewährt werden können, erfolgt keine Förderung. Das Gleiche gilt, wenn Investitionen aufgrund unterlassener Instandhaltung vorzeitig notwendig werden.

(3) Die Förderung wird in Form von Zuschüssen gewährt. Sie kann auch durch die teilweise oder vollständige Übernahme des Schuldendienstes (Zinsen, Tilgung und Verwaltungskosten) für Darlehen oder als Ausgleich für Kapitalkosten vorgenommen werden, soweit mit vorheriger Zustimmung der nach Abs. 4 Satz 1 und 2 zuständigen Stelle zur Finanzierung von förderungsfähigen Investitionen Darlehen aufgenommen worden sind oder der Krankenhausträger Kapital eingesetzt hat. Wird ein Krankenhaus nach Inkrafttreten dieses Gesetzes erstmals in den Krankenhausplan aufgenommen, werden die vor der Aufnahme entstandenen Investitionskosten nicht gefördert. § 28 bleibt davon unberührt.

(4) Zuständig für die Förderung und zuständige Behörde nach diesem Teil ist das für das Krankenhauswesen zuständige Ministerium oder die von der für das Krankenhauswesen zuständigen Ministerin oder dem hierfür zuständigen Minister bestimmte Landesbehörde. Das Land kann die in Satz 1 genannten Aufgaben auf die Wirtschafts- und Infrastrukturbank Hessen übertragen. § 33 Satz 1 bleibt unberührt.

(5) Maßnahmen nach Abs. 1 dürfen erst nach Erteilung des Bewilligungsbescheides begonnen werden.

§ 24

Krankenhausbauprogramm, Anmelde­liste

(1) Zur Förderung des Krankenhausbaus wird jährlich auf der Grundlage des Krankenhausplans vorbehaltlich der Bereitstellung entsprechender Mittel im Haushaltsplan ein im jeweiligen Haushalt veranschlagtes Krankenhausbauprogramm aufgestellt. Das Krankenhausbauprogramm enthält die zur Förderung innerhalb des jeweiligen Haushalts anstehenden und bei Bedarf weitere dringende, nicht vorhersehbare und unabweisbare Investitionsmaßnahmen sowie den hierfür erforderlichen Finanzbedarf. Es ist im Staatsanzeiger für das Land Hessen zu veröffentlichen.

(2) Das für das Krankenhauswesen zuständige Ministerium stellt auf der Grundlage der von ihm als förderungsfähig bestätigten strategischen und baulichen Zielplanungen der Krankenhäuser eine Anmelde­liste auf und schreibt sie laufend fort. Sie enthält diejenigen Investitionsvorhaben, die in den der Aufstellung des Krankenhausbauprogramms nach Abs. 1 folgenden Jahren unter Berücksichtigung der Finanzplanung des Landes gefördert werden sollen, und den voraussichtlichen Bedarf an Finanzierungsmitteln. Bei der Aufstellung und Fortschreibung der Anmelde­liste sind die Bedarfsnotwendigkeit, die Dringlichkeit und die Folgekosten der vorgesehenen Investitionen zu berücksichtigen und an die Erfordernisse der strukturellen Gesamtentwicklung anzupassen.

§ 25

Einzel­förderung

(1) Für Krankenhäuser sind Fördermittel in Höhe der im Zusammenhang mit der Errichtung entstehenden und nachzuweisenden förderungsfähigen Investitionskosten zu bewilligen, wenn die Voraussetzungen nach § 8 Abs. 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und nach diesem Gesetz vorliegen, die Finanzierung dementsprechend gesichert und die Maßnahme in ein Krankenhausbauprogramm aufgenommen ist. Sofern Maßnahmen aus einem Krankenhausbauprogramm noch nicht gefördert werden, können Maßnahmen aus der Anmelde­liste nach § 24 Abs. 2 gefördert werden. Sie sind in das nächstfolgende Krankenhausbauprogramm aufzunehmen. Nur die bei Anwendung der Grundsätze der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit notwendigen Kosten sind zu berücksichtigen; in die Beurteilung sind die Folgekosten einzubeziehen. Sofern der Zuwendungsempfänger nicht innerhalb von sechs Monaten nach Veröffentlichung des Krankenhausbauprogramms einen Antrag nach Abs. 2 bei der nach § 23 Abs. 4 Satz 1 oder 2 zuständigen Stelle einreicht, verliert er seinen Anspruch auf Förderung, es sei denn, er weist nach, dass ihn kein Verschulden trifft.

(2) Die Förderung der Investitionen nach Abs. 1 erfolgt auf Antrag als Festbetragsförderung bis zur Höhe der jeweils festgestellten förderungsfähigen Kosten. Die förderungsfähigen Kosten werden auf der Grundlage pauschaler Kostenwerte festgelegt.

(3) Erreichen die tatsächlich angefallenen förderungsfähigen Kosten den Festbetrag nicht, verbleibt der Unterschiedsbetrag dem Krankenhausträger zur eigenständigen Verwendung im Rahmen weiterer förderungsfähiger Investitionsmaßnahmen.

(4) Abs. 1 bis 3 gelten entsprechend für die

1. Wiederbeschaffung von Anlagegütern, deren Nutzung sich erfahrungsgemäß auf einen Zeitraum von mehr als 15 Jahren erstreckt, soweit sie nicht unter § 26 Abs. 1 Nr. 2 fallen,
2. Ergänzung von Anlagegütern, soweit diese über die übliche Anpassung an die medizinische und technische Entwicklung der vorhandenen Anlagegüter wesentlich hinausgeht.

Dies gilt auch für Krankenhäuser, die vor Inkrafttreten dieses Gesetzes errichtet worden sind. Das Nähere zu Nr. 2 kann durch Rechtsverordnung bestimmt werden.

(5) Nicht förderungsfähig sind

1. die Kosten des Erwerbs oder der Anmietung bereits betriebener und in den Krankenhausplan aufgenommener Krankenhäuser; das gilt für Teile von Krankenhäusern entsprechend,
2. die Ergänzung oder die Wiederbeschaffung von Anlagegütern der Krankenhäuser, wenn deren Leistungen durch Dritte fachlich und wirtschaftlich günstiger erbracht werden können und diese Anlagegüter nicht unmittelbar mit dem Betrieb von bettenführenden Abteilungen verbunden sind.

§ 26

Förderung durch pauschale Mittelzuweisung

(1) Durch feste Beträge (Jahrespauschale) werden gefördert

1. die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als drei bis zu 15 Jahren (kurzfristige Anlagegüter),
2. die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 15 Jahren (mittel- und langfristige Anlagegüter) und Errichtungsmaßnahmen, wenn die Anschaffungs- oder Herstellungskosten für das einzelne Vorhaben
 - a) höchstens 200 000 Euro ohne Umsatzsteuer betragen oder
 - b) die Jahrespauschale nicht übersteigen,
3. der Ergänzungsbedarf an kurz- oder mittelfristigen Anlagegütern, soweit dieser über die übliche Anpassung an die medizinische und technische Entwicklung der vorhandenen Anlagegüter nicht wesentlich hinausgeht.

(2) Die Jahrespauschale nach Abs. 1 wird anhand gewichteter Fallzahlen der Krankenhäuser ermittelt. Abweichend von Satz 1 kann die nach § 23 Abs. 4 Satz 1 oder 2 zuständige Stelle im Ausnahmefall einen höheren oder niedrigeren Betrag festsetzen, soweit dies zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses unter Berücksichtigung seiner im Krankenhausplan bestimmten Aufgaben notwendig oder ausreichend ist. Krankenhäuser, die eine nach § 8 Abs. 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes geförderte Ausbildungsstätte betreiben, erhalten auf Antrag zur Förderung der für diese Ausbildungsstätte notwendigen Investitionen nach Abs. 1 einen Zuschlag zur Jahrespauschale. Der Zuschlag beträgt für jeden als förderungsfähig zugrunde gelegten Ausbildungsplatz 64 Euro.

(3) Durch Rechtsverordnung kann das Nähere zur Ermittlung der Jahrespauschale nach Abs. 2 bestimmt und, in angemessenen Abständen, die Kostengrenze nach Abs. 1 Nr. 2 und der Zuschlag für geförderte Ausbildungsstätten nach Abs. 2 Satz 3 entsprechend der Entwicklung der Kosten für Investitionsgüter sowie den aus der Fortentwicklung der medizinischen Wissenschaft und Technik sich ergebenden Erfordernissen neu festgesetzt werden.

(4) Die Förderung nach Abs. 1 und 2 wird auf Antrag grundsätzlich jährlich bewilligt. Für die folgenden Jahre bedarf es keines erneuten Antrags, wenn sich die Grundlagen für die Bemessung nicht geändert haben. Ändern sich

diese, ist der Krankenhausträger verpflichtet, die nach § 23 Abs. 4 Satz 1 oder 2 zuständige Stelle unverzüglich zu unterrichten.

(5) Nicht verbrauchte Mittel der Jahrespauschale nach Abs. 1 (Pauschalmit- tel) sind zinsgünstig anzulegen. Die Zinserträge sind den Pauschalmitteln zuzuführen und zweckentsprechend zu verwenden. Dies gilt bei vorüberge- hender Inanspruchnahme von Pauschalmitteln anstelle von Betriebsmittel- krediten bezüglich der dadurch ersparten Zinsen entsprechend.

(6) Für die Förderung nach Abs. 1 und 2 wird ein jährlicher Gesamtbetrag nach Maßgabe des jeweiligen Haushalts zur Verfügung gestellt. Verschie- bungen innerhalb einzelner Krankenhäuser oder zwischen diesen sind im Rahmen des Gesamtbetrags auszugleichen.

§ 27

Förderung der Nutzung von Anlagegütern

(1) Anstelle der Förderung der Errichtung, Ergänzung und Wiederbeschaf- fung von Anlagegütern nach § 9 Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgeset- zes und § 25 dieses Gesetzes können auf Antrag des Krankenhausträgers Fördermittel in Höhe der Entgelte für die Nutzung von Anlagegütern bewil- ligt werden, wenn hierdurch eine wirtschaftlichere Verwendung der För- dermittel zu erwarten ist. Die nach § 23 Abs. 4 Satz 1 und 2 zuständige Stelle kann auch allgemein im Voraus der Nutzung bestimmter Anlagegüter zustimmen. Die Nutzung kann auch nachträglich genehmigt werden, wenn die Verweigerung eine erhebliche Härte darstellen würde und wirtschaftliche Nachteile nicht zu erwarten sind.

(2) Die pauschal gewährten Fördermittel nach § 26 dürfen für die Nutzung von Anlagegütern verwendet werden, soweit dies einer wirtschaftlichen Betriebsführung entspricht und der mit der Gewährung der Fördermittel verfolgte Zweck nicht beeinträchtigt wird. Dies gilt auch für die Finanzie- rung des Kaufs, wenn dies wirtschaftlich günstiger ist.

§ 28

Förderung von Lasten aus Investitionsdarlehen

(1) Sind für förderungsfähige Investitionen von Krankenhäusern, die nach § 25 gefördert werden, vor Aufnahme des Krankenhauses in den Kranken- hausplan Darlehen auf dem Kapitalmarkt aufgenommen oder für die Alters- sicherung bestimmte Mittel eingesetzt worden, so werden auf Antrag in der Höhe der sich hieraus ergebenden Lasten Fördermittel bewilligt.

(2) Abs. 1 gilt nicht für Darlehen, die zur Ablösung von Eigenkapital des Krankenhausträgers nach Aufnahme in den Krankenhausplan aufgenommen wurden. Fördermittel werden nicht gewährt für erhöhte Lasten aus einer nach Aufnahme in den Krankenhausplan erfolgten Umschuldung, es sei denn, dass diese aus rechtlichen oder tatsächlichen Gründen unvermeidbar war.

(3) Überschreiten die Abschreibungen der Investitionen nach Abs. 1 wäh- rend der Förderzeit die geförderten Tilgungsbeträge, so sind dem Kranken- hausträger bei Ausscheiden aus dem Krankenhausplan Fördermittel in Höhe des Unterschiedsbetrages zu bewilligen; im umgekehrten Fall ist der Unter- schiedsbetrag vom Krankenhausträger zurückzuzahlen. Soweit förderungsfä- hige Investitionen mit Zustimmung der nach § 23 Abs. 4 Satz 1 oder 2 zu- ständigen Stelle aus Eigenmitteln finanziert worden sind, werden die hierauf entfallenden Abschreibungen nach § 25 berücksichtigt.

§ 29

Förderung von Anlauf-, Umstellungs- und Grundstückskosten

Eine Betriebsgefährdung im Sinne von § 9 Abs. 2 Nr. 2 des Krankenhausfi- nanzierungsgesetzes durch Anlauf-, Umstellungs- oder Grundstückskosten liegt nur vor, wenn mit dem dem Krankenhaus zur Verfügung stehenden Vermögen eine Finanzierung dieser Kosten nicht möglich ist und deshalb eine ausreichende Versorgung der Patienten im Rahmen der Aufgabenstel- lung des Krankenhauses beeinträchtigt würde.

§ 30

Förderung von Personalwohnraum

Die Errichtung des zum Betrieb des Krankenhauses unerlässlichen Personalwohnraums und von entsprechenden Einrichtungen zur Betreuung von Kindern der Beschäftigten des Krankenhauses wird durch Übernahme der Hälfte der anerkannten Kosten gefördert. Kosten für Erwerb, Erschließung, Miete und Pacht von Grundstücken sowie Bauunterhaltung sind nicht förderungsfähig.

§ 31

Förderung zum Ausgleich von Eigenmitteln

(1) Sind in einem Krankenhaus bei Beginn der Förderung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz mit Eigenmitteln des Krankenhausträgers beschaffte, der Abnutzung unterliegende Anlagegüter vorhanden, deren regelmäßige Nutzungsdauer zu diesem Zeitpunkt noch nicht abgelaufen ist, so ist dem Krankenhausträger bei Ausscheiden des Krankenhauses aus dem Krankenhausplan auf Antrag ein dem Anteil der Eigenmittel entsprechender Ausgleich für die Abnutzung während der Zeit der Förderung aus Fördermitteln zu gewähren. Eigenmittel im Sinne des Satz 1 sind nur Mittel aus dem frei verfügbaren Vermögen des Krankenhausträgers. Zweckgebundene Zuwendungen und Zuschüsse werden nicht als Eigenmittel berücksichtigt. Das Nähere zu Satz 2 und 3 kann durch Rechtsverordnung bestimmt werden.

(2) Für die Berechnung des Ausgleichsanspruchs sind der Wert des Anlagegutes bei Beginn der Förderung und die restliche Nutzungsdauer während der Zeit der Förderung zugrunde zu legen.

(3) Die Förderung nach Abs. 1 kann pauschaliert werden, wenn der genaue Ausgleichsbetrag nur mit unverhältnismäßig hohem Aufwand ermittelt werden könnte.

§ 32

Förderung bei Ausscheiden aus dem Krankenhausplan

(1) Für Krankenhäuser, die aus dem Krankenhausplan ganz oder teilweise ausscheiden, weil sie für die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung nicht mehr erforderlich sind, sind anstelle der nach den §§ 25 bis 31 zu zahlenden Fördermittel auf Antrag pauschale Ausgleichszahlungen zu bewilligen, um die Einstellung des Krankenhausbetriebs oder seine Umstellung auf andere Aufgaben zu erleichtern.

(2) Scheidet ein Fachgebiet oder mehrere Fachgebiete oder eine Betriebsstätte eines Krankenhauses ersatzlos aus dem Krankenhausplan aus, betragen die Ausgleichszahlungen bei einer Verminderung der Zahl der festgesetzten oder aufgestellten Betten des Krankenhauses um

1. 11 bis zu 30 Betten 3 400 Euro pro Bett,
2. bis zu 60 Betten 4 100 Euro pro Bett,
3. bis zu 90 Betten 4 800 Euro pro Bett,
4. über 90 Betten 5 500 Euro pro Bett.

Scheidet ein Krankenhaus ganz aus dem Krankenhausplan aus, sind die pauschalen Ausgleichszahlungen nach Satz 1 zu verdreifachen.

(3) Krankenhäuser und Einrichtungen nach den §§ 3 und 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes erhalten keine Ausgleichszahlungen.

§ 33

Förderung von Forschungsvorhaben

Das für das Krankenhauswesen zuständige Ministerium kann im Rahmen der Krankenhausbauprogramme nach § 24 bei Bedarf zur Erreichung und Unterstützung der in § 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und in § 1 dieses Gesetzes bezeichneten Ziele Mittel für Forschungszwecke, insbesondere für die Erforschung

1. patienten- und bedarfsgerechter Versorgungsstrukturen und -bedingungen,
2. des zweckmäßigen und kostengünstigen Krankenhausbaus,

3. der Krankenhausorganisation,
 4. der Wirtschaftlichkeit des Krankenhausbetriebes und
 5. der besseren Zusammenarbeit der stationären und ambulanten Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens
- bereitstellen.

§ 34

Förderung im Rahmen alternativer Beschaffungs- und Errichtungsformen

(1) Zur Finanzierung von Errichtungsmaßnahmen, die zur strukturellen Weiterentwicklung von Krankenhäusern dringend erforderlich sind, kann die nach § 23 Abs. 4 Satz 1 oder 2 zuständige Stelle auf Antrag des Krankenhausträgers bei nachgewiesener Wirtschaftlichkeit Maßnahmen fördern, die im Rahmen alternativer Beschaffungs- und Errichtungsformen wie öffentlich-privater Partnerschaften oder ähnlicher Vertragsverhältnisse verwirklicht werden.

(2) Die Förderung erfolgt nach § 25 Abs. 2 durch einen Festbetrag oder entsprechend § 27 durch feste Jahresbeträge. Bei einer Förderung entsprechend § 27 ist die Einzelförderung auf höchstens 25 Jahre zu begrenzen; die Gesamtsumme der hierfür jährlich zu zahlenden Fördermittel soll 30 v.H. des jeweils für die Förderung nach § 25 zur Verfügung stehenden Haushaltsvolumens nicht übersteigen.

(3) Die Fördermittel können bewilligt werden, sobald die förderfähigen Kosten auf der Grundlage eines maßnahmenbezogenen Raum- und Funktionsprogramms nach pauschalen Kostenwerten ermittelt worden sind und die Maßnahme in ein Krankenhausbauprogramm aufgenommen worden ist.

§ 35

Sicherung der Zweckbestimmung, Auflagen und Bedingungen

(1) Fördermittel dürfen nur entsprechend dem Förderzweck, wie er sich insbesondere aus den im Krankenhausplan bestimmten Aufgaben des Krankenhauses ergibt, verwendet werden.

(2) Die Bewilligung von Fördermitteln kann mit Auflagen und Bedingungen verbunden werden, soweit dies zum Erreichen des Gesetzeszwecks, insbesondere

1. der Ziele des Krankenhausplans,
2. der Erfüllung des Versorgungsauftrags,
3. der Zusammenarbeit nach § 4,
4. zur Verwirklichung der in den §§ 5 bis 12 und 14 bis 16 vorgesehenen Maßnahmen und
5. der Erfüllung der Verpflichtungen nach § 19 Abs. 3

erforderlich ist. Die Bewilligung von Ausgleichszahlungen nach § 32 kann mit Auflagen und Bedingungen verbunden werden, die für die Umstellung oder die Einstellung des Krankenhausbetriebs erforderlich sind.

§ 36

Rücknahme, Widerruf und Erstattung

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

1. von einem Widerruf
 - a) abzusehen ist, wenn geförderte Anlagegüter, die nicht unmittelbar dem Betrieb von bettenführenden Abteilungen des Krankenhauses zugeordnet sind,
 - aa) aus fachlichen oder wirtschaftlichen Gründen aus dem Krankenhausbetrieb ausgegliedert werden,
 - bb) die betroffenen Anlagegüter weiterhin ausschließlich oder überwiegend für Krankenhauszwecke genutzt werden und

- cc) die Erträge aus der Nutzung dieser Anlagegüter so lange und so weit den entsprechenden Rücklagen zugeführt werden, bis die nicht aufgezehrten Fördermittel durch interne Verrechnung ausgeglichen sind,
 - b) abgesehen werden kann, wenn eine Umstellung der geförderten Einrichtungen auf andere soziale Aufgaben erfolgt oder der strukturellen Weiterentwicklung des Gesundheitswesens dient,
2. die Erstattungspflicht
- a) soweit von den Fördermitteln Anlagegüter beschafft worden sind, sich entsprechend der abgelaufenen regelmäßigen Nutzungsdauer des betreffenden Anlageguts mindert,
 - b) nur bis zur Höhe des Liquidationswerts der Anlagegüter besteht, wenn dem Krankenhaus aus einem von ihm nicht zu vertretenden Grund nach Gewährung der Fördermittel die Erfüllung der Aufgaben unmöglich wird.

§ 37

Lastenverteilung auf Land, Landkreise und kreisfreie Städte

Die Landkreise und kreisfreien Städte beteiligen sich an den Kosten der Krankenhausfinanzierung mit einer vom Land zu erhebenden Krankenumlage nach Maßgabe des § 38 des Finanzausgleichsgesetzes in der Fassung vom 29. Mai 2007 (GVBl. I S. 310), zuletzt geändert durch Gesetz vom 14. Dezember 2009 (GVBl. I S. 654). In die Umlage ist, nach Abzug eines Betrages von jährlich 18,4 Millionen Euro, die Hälfte aller Aufwendungen einzubeziehen, die nach den Vorschriften dieses Teils jährlich aufzubringen sind.

§ 38

Förderung von Aus- und Weiterbildungsstätten für Fachberufe des Gesundheitswesens

Aus- und Weiterbildungsstätten für Fachberufe des Gesundheitswesens können gefördert werden, wenn sie staatlich anerkannt sind und nicht nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz gefördert werden.

Neunter Teil Schlussbestimmungen

§ 39

Übergangsvorschriften

Die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes erlassenen Feststellungsbescheide nach § 18 Abs. 1 des Hessischen Krankenhausgesetzes 1989 vom 18. Dezember 1989 (GVBl. I S. 452), zuletzt geändert durch Gesetz vom 20. Juni 2002 (GVBl. I S. 342), in der am 31. Dezember 2002 geltenden Fassung und nach § 18 Abs. 1 des Hessischen Krankenhausgesetzes 2002 vom 6. November 2002 (GVBl. I S. 662), zuletzt geändert durch Gesetz vom 19. November 2008 (GVBl. I S. 986), in der am 31. Dezember 2010 geltenden Fassung gelten fort, bis sie durch Bescheide nach § 19 Abs. 1 ersetzt werden.

§ 40

Erlass von Rechtsverordnungen

Die Rechtsverordnungen nach diesem Gesetz erlässt die für das Krankenhauswesen zuständige Ministerin oder der hierfür zuständige Minister, in den Fällen

1. des § 9 Abs. 3 im Einvernehmen mit der für den Brand- und Katastrophenschutz zuständigen Ministerin oder dem hierfür zuständigen Minister,
2. des § 14 Abs. 1 Satz 2 im Einvernehmen mit der für kommunale Angelegenheiten zuständigen Ministerin oder dem hierfür zuständigen Minister,

3. in den Fällen des § 25 Abs. 4 Satz 3 und § 31 Abs. 1 Satz 4 im Einvernehmen mit der für Finanzen zuständigen Ministerin oder dem hierfür zuständigen Minister,
4. des § 26 Abs. 3 im Einvernehmen mit der für Finanzen zuständigen Ministerin oder dem hierfür zuständigen Minister und der für kommunale Angelegenheiten zuständigen Ministerin oder dem hierfür zuständigen Minister.

§ 41

Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 2011 in Kraft. Es tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2015 außer Kraft.

Begründung

1. Allgemeines:

A. Rahmenbedingungen:

Die Krankenhausversorgung hat in den letzten Jahren durch einschneidende Veränderungen einer Reihe von Rahmenbedingungen erfahren. Die Änderung des Vergütungssystems aus einer früheren Selbstkostendeckung in mehreren Schritten zu einem leistungsorientierten Fallpauschalen-(DRG-)system war hierbei die einschneidendste, aber bei Weitem nicht die einzige. Weitere Rahmenbedingungen sind u.a.:

- der medizinische und medizintechnische Fortschritt mit neuen Diagnose- und fortschrittlichen, oft schonenderen, Behandlungsverfahren,
- die zunehmende Bedeutung interdisziplinärer und interprofessioneller Behandlungsweisen,
- die Verpflichtung zur Qualitätssicherung und vielfältige Vorgaben der hiermit befassten Institute der Selbstverwaltung; gleichzeitig die wachsende Akzeptanz medizinischer Leitlinien als grundlegende "Spielregeln"; in jüngster Zeit erste Ansätze zur vergleichenden Messung und Veröffentlichung von Ergebnisqualität,
- die demografische Entwicklung mit der langsamen, aber stetigen Zunahme chronischer und altersbedingter Erkrankungen, Veränderungen der Lebensgewohnheiten und regionale Bevölkerungsentwicklungen,
- veränderte Erwartungshaltungen der Patienten hinsichtlich der Qualität der medizinischen Leistungen und der Erwartung an eine "Servicekultur" in den Krankenhäusern, gleichzeitig neigen Patienten heute leichter dazu, vermutete Behandlungsfehler geltend zu machen,
- bundesrechtliche Neuregelungen zur ambulanten Versorgung, zur integrierten Versorgung, zur Gründung medizinischer Versorgungszentren und zur Ausweitung vertragsärztlicher Tätigkeiten,
- die zunehmende Bedeutung bundes- und europarechtlicher Bestimmungen zum Beihilfe- und Kartellrecht,
- die Zunahme infektiöser Krankheiten und multiresistenter Erreger,
- die Professionalisierung der Krankenhäuser mit der Erkenntnis, dass die Prozessorientierung anderer Dienstleistungsunternehmen auch für den Krankenhausbereich zwingend ist,
- die Notwendigkeit, die baulichen Strukturen den geänderten Prozessen anzupassen.

Krankenhäuser sind insgesamt hochkomplexe Organisationen, die den ausreichenden Handlungsspielraum brauchen, um Patienten erfolgreich und qualitativ hochwertig behandeln zu können, aber auch am Markt erfolgreich zu sein.

Auf der anderen Seite hat der Staat die aus den Art. 2 Abs. 2 und 20 GG folgende Verpflichtung, eine hochwertige und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung dauerhaft sicherzustellen. Dies ist unumstritten und wurde durch die Rechtsprechung des BVerfG, aber auch des EUGH, mehrfach bestätigt. Um diese Verpflichtung zu konkretisieren, lassen sich folgende Ziele ableiten:

1. Zugang aller Bürger, unabhängig von Gesundheitszustand oder Alter, zu den medizinisch notwendigen Behandlungsmaßnahmen in bestmöglicher Qualität nach dem jeweils aktuellen Stand der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse.
2. Wahlfreiheit unter Ärzten und Behandlungsalternativen.
3. Unverzügliche Gewährleistung lebensrettender und -erhaltender Rettungsdienst- und Krankenhausleistungen im Notfall.
4. Gewährleistung des Zugangs zu den notwendigen planbaren Krankenhausleistungen in zumutbarer Entfernung und in zumutbarer Zeit. Für eine gute Qualität kann man auch längere Wege in Kauf nehmen, nicht akzeptabel wären aber lange Wartezeiten wie in anderen Ländern.

Ein Landeskrankenhausgesetz hat die Aufgabe, die bundesrechtlichen Vorgaben und den eigenen Gestaltungsspielraum, vor allem bei der Krankenhausplanung, an diesen Zielen auszurichten. Gleichzeitig gilt es, die organi-

satorischen und unternehmerischen Handlungsspielräume der Krankenhäuser möglichst wenig einzuschränken und ihnen Handlungsoptionen und Flexibilität, auch bei den Investitionen, zu ermöglichen.

Das Land Hessen steht aktuell vor einer demografischen Herausforderung. Nicht nur der Anteil älterer Menschen nimmt zu, sondern die effektive Zahl älterer Menschen. Daher muss ein Weg gefunden werden, wie die Versorgung dieser Menschen gesichert werden kann, wenn sie das Alter erreichen, in dem viele von ihnen krank werden.

Es gilt daher, die gesetzlichen Bestimmungen des Hessischen Krankenhausgesetzes insgesamt an die neuen Herausforderungen anzupassen.

Dabei wird auch in den Vorschriften, die inhaltlich unverändert bleiben, der bisherige Wortlaut insgesamt nach rechtstechnischer und rechtsförmlicher Überprüfung angepasst. Solche redaktionellen Änderungen werden in der Begründung nicht gesondert erwähnt.

B. Wesentliche Neuregelungen:

1. Mit der Gesetzesnovellierung wird die Krankenhausplanung erneut liberalisiert. Das Land zieht sich noch weiter auf eine Rahmenplanung zurück. Es soll daher künftig darauf verzichtet werden, in den somatischen Gebieten Kapazitäten auszuweisen, da diese nicht mehr notwendig sind. Im neuen DRG-Vergütungssystem folgt Geld der Leistung, unabhängig von der Zahl der Betten. Im Rahmen ihrer Organisationshoheit und ihrer betriebswirtschaftlichen Bewertung müssen die Krankenhäuser selbst über die Zahl der von ihnen aufgestellten Betten entscheiden können, so lange die Grund- und Notfallversorgung gesichert ist. Krankenhausplanung vergibt Lizenzen für Krankenhäuser für bestimmte Behandlungsinhalte an bestimmten Standorten, das genügt grundsätzlich.
2. Gleichzeitig soll aber die besondere Rolle der Notfallversorgung noch stärker betont werden als in der Vergangenheit, weil hier die aus Art. 2 Abs. 2 i. V. mit Art. 20 GG abgeleitete staatliche Gewährleistungsverpflichtung in besonderer Weise gilt. Hierfür werden in § 1 Abs. 2 die Bedeutung der Notfallversorgung für die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung definiert und in § 17 Abs. 2 Krankenhäuser, die rund um die Uhr die Notfallversorgung sicherstellen, bei der Aufstellung des Krankenhausplans privilegiert.
3. Auf die durch die demografische Entwicklung und die bevölkerungsbezogene Entwicklung in ländlichen Regionen vorgegebene Herausforderung soll reagiert werden durch die Konkretisierung der Verpflichtung der Krankenhäuser zur Kooperation und vor allem zur Netzwerkbildung bei der Notfallversorgung und bei chronischen und altersbedingten Krankheiten, z.B. in der Onkologie oder der Altersmedizin. Hierbei sollen auch darauf angepasste ärztliche Weiterbildungskonzepte entwickelt und Weiterbildungsverbände gegründet werden.
4. Für die unter Nr. 3 geschilderte Clusterbildung soll künftig auch mehreren Krankenhäusern gemeinsam als vernetzte Struktur ein Versorgungsauftrag als besondere Aufgabe zuerkannt werden, wobei darauf geachtet werden soll, dass auch die vorhandenen ambulanten Strukturen eingebunden werden. Durch diese besondere Aufgabe sollen Krankenhäuser auch, in Absprache mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, in die ambulante Notfallversorgung eingebunden werden können, vorwiegend im ländlichen Raum, um die gesundheitliche Versorgung insgesamt zu sichern.
Eine solche Regelung gibt es bundesweit in der Krankenhausplanung noch nicht. Hessen würde eine Vorreiterrolle einnehmen.
5. Die bundesrechtlichen Rahmenvorgaben zum Sicherstellungszuschlag für Krankenhäuser, die für die Versorgung notwendig sind, aber aufgrund geringer Fallzahlen nicht kostendeckend wirtschaften können, sollen konkretisiert werden. Damit wird klargestellt, dass ein Sicherstellungszuschlag nur gewährt werden kann, wenn insgesamt eine Betriebsgefährdung vorliegt.
6. Um den neueren Entwicklungen der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zur Konkurrentenklage und zur Berufsfreiheit Rechnung zu tragen, mit denen neuen Kliniken der Marktzutritt erleichtert werden soll, soll der grundsätzliche Vorrang von Allgemeinkrankenhäusern hervorgehoben, Spezialkliniken aber ein Marktzutritt ermög-

licht werden, wenn die Versorgung dadurch verbessert wird. Gleichzeitig soll aber auch die Verpflichtung der Krankenhäuser ausdrücklich geregelt werden, den Versorgungsauftrag umfassend zu erfüllen, um möglichen Tendenzen zur "Rosinenpickerei" zu begegnen. Um bei Konkurrentenklagen eine jahrelange Blockade krankenhauserischer Entscheidungen zu verhindern, soll wie in Nordrhein-Westfalen geregelt werden, dass die Klage gegen Feststellungsbescheide keine aufschiebende Wirkung hat.

7. Bei den Entscheidungen im Rahmen der Krankenhausplanung soll zukünftig auch die Ergebnisqualität der Krankenhäuser berücksichtigt werden, sobald hierzu gerichtsfeste Indikatoren im Rahmen der Qualitätssicherungsbestimmungen des SGB V entwickelt wurden. Dies dient dem Verbraucherschutz.
8. Bei der Regelung zur Hygiene wird der Bekämpfung multiresistenter Erreger besonderes Gewicht gegeben.
9. Kinder, die das siebte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sollen in Ausnahmefällen mit aufgenommen werden, wenn keine andere Betreuungsmöglichkeit gegeben ist.
10. Einige Krankenhäuser haben noch immer keinen eigenen Raum, in dem Angehörige sich von Verstorbenen verabschieden können. Daher wird eine Verpflichtung dazu ins Gesetz aufgenommen.
11. In den letzten Jahren hat eine Reihe von Krankenhäusern auf ihrem Gelände Privatkliniken nach § 30 der Gewerbeordnung gegründet, die in den normalen Krankenhausbetrieb eingebunden sind und meist keine eigene Infrastruktur vorhalten. Hierbei werden teilweise weit höhere Entgelte abgerechnet als nach Krankenhausentgeltgesetz zulässig. Eine Beschränkung der Entgelthöhe wäre ein Einschnitt in die Gesetzgebungskompetenz des Bundes. Es soll aber eine Information der Patienten über die Unterschiede in der Behandlungsart, der Unterbringung, der Sonderleistungen und der voraussichtlichen Gesamtkosten erfolgen, bevor eine Entscheidung für oder gegen Plankrankenhaus oder Privatklinik getroffen wird. Dann haben Patienten volle Informationen über die Kosten, die ggfs. von ihrer Privatversicherung übernommen werden müssen, und können sich frei entscheiden. Damit dient die Regelung dem Verbraucherschutz.
12. Da die Krankenhäuser in der Vergangenheit ihrer Verpflichtung nach dem Transplantationsgesetz und dem Hessischen Ausführungsgesetz hierzu nur unzureichend nachgekommen sind, soll geregelt werden, dass auch die Verpflichtungen aus dem Transplantationsgesetz und dem dazu erlassenen Ausführungsgesetz Bestandteil des Versorgungsauftrages sind. Dies soll auch für die Pflichten bzgl. Qualität, Hygiene und Brand- und Katastrophenschutz dienen.
13. Eine Ausweitung der Rechtsaufsicht mit der Möglichkeit, den Versorgungsauftrag als letztes Mittel zu beschränken oder zu entziehen, gibt dem Land auch hierbei die Möglichkeit, Auswüchsen zu begegnen.
14. Die Krankenhausförderung soll mit der Novellierung vereinfacht und durch eine starke Erhöhung der Wertgrenze für die Investitionen, die ohne Genehmigung des Landes erfolgen können, weitgehend pauschaliert werden. Damit könnten etwa Großkrankenhäuser selbstständig über Art und Zeitpunkt von Baumaßnahmen bis ca. 4 Mio. € entscheiden, da diese unter die Pauschale fallen. Von einer kompletten Pauschalierung z.B. auch großer Neubaumaßnahmen soll abgesehen werden, da die Ziele der Krankenhausplanung nur umgesetzt werden können, wenn das Land weiterhin über Art und Zeitpunkt bedeutender Investitionsvorhaben entscheidet. Die fachliche Prüfung soll vereinfacht werden, indem generell Kostenrichtwerte statt aufwendiger Einzelberechnungen als Maßstab der Beurteilung zur Anwendung kommen sollen.
Bewilligungsreste werden verhindert, indem geregelt werden soll, dass der Anspruch aus dem Bauprogramm erlischt, wenn nicht sechs Monate nach Veröffentlichung des Bauprogramms ein Förderantrag gestellt wird.
15. Die Aufgabe der Krankenhauskonferenzen soll geändert werden, da sich die mit dem HKHG 2002 verbundenen Erwartungen nicht erfüllt haben. Dies ist einhellige Meinung aller im Landeskrankenhausausschuss vertretenen Organisationen. Durch die Blockbildung (acht Kassenvertreter gegen acht Krankenhausvertreter) ergeben sich nur selten sachgerechte Ergebnisse, sodass bei strittigen Fragen die Vor-

sitzenden das Vorschlagsrecht gegenüber dem HMAFG ausüben müssen. Wirkliche Strukturdiskussionen hat es nicht gegeben.

Die Konferenz soll daher zu einer regionalen Gesundheitskonferenz verändert werden, in der die Struktur und Qualität der regionalen Versorgung insgesamt, über Sektorengrenzen hinweg, beobachtet werden soll und die Netzbildung unterstützt und moderiert werden soll. Patienten- und Ärztevertreter (Landesärztekammer und Kassenärztliche Vereinigung) sollen in den regionalen Gesundheitskonferenzen einbezogen werden. Um die Rolle der Kommunen, denen schließlich die Sicherstellung der stationären Versorgung obliegt, zu stärken, sollen auch alle in den jeweiligen Konferenzgebieten liegenden Landkreise und kreisfreien Städte einbezogen werden. Diese sollen auch die oder den Vorsitzenden stellen. Die Zahl der Krankenhaus- und Kassenvertreter soll von 8 auf 5 reduziert werden, wobei die Hessische Krankenhausgesellschaft einen der fünf Sitze der Krankenhäuser erhalten soll.

16. Auch in den Landeskrankenhausausschuss soll ein Patientenvertreter aufgenommen werden.
17. In den Datenschutzbestimmungen soll es ermöglicht werden, zur Beurteilung einer epidemischen Situation bei den Krankenhäusern Indikatoren zu erheben (Surveillance), um die Schwere der Situation, etwa bei einer Influenzawelle, zu erfassen. Das Robert-Koch-Institut hält eine solche Surveillance für dringend erforderlich.
18. Bei den Regelungen zu den inneren Strukturen der Krankenhäuser soll auf die Vorgaben zur Leitung des Krankenhauses (bisher zwingend Verwaltung, ärztlicher Dienst und Pflege) verzichtet werden.
19. Um zu gewährleisten, dass die Krankenhäuser sich mit der immer wichtiger werdenden Frage der Ethik auseinandersetzen, soll es in jedem Krankenhaus zumindest eine Ethikbeauftragte oder einen Ethikbeauftragten geben.
20. Um Organisationseinheiten zu verhindern, die sich ausschließlich eingekaufter Honorarärzte bedienen, soll geregelt werden, dass (außer bei Belegabteilungen) mindestens ein hauptamtlich angestellter Facharzt mit Weisungsbefugnis den Abteilungen vorsteht. Sonst bestünde die Gefahr, dass der Ärztliche Dienst eines Krankenhauses nur noch mit ständig wechselnden Honorarkräften aus Arztvermittlungsagenturen besetzt wäre.
21. Die Poolregelung (Beteiligung an den Wahlleistungseinnahmen) soll beibehalten, aber vereinfacht werden (Verzicht auf Verordnungsregelung).
22. Durch die Novellierung werden die Rechte der Patienten gestärkt, da Patientenvertreter sowohl im Landeskrankenhausausschuss als auch in den regionalen Krankenhauskonferenzen beteiligt werden sollen.

2. Zu den einzelnen Vorschriften:

Zu §1:

Die Vorschrift konkretisiert, was unter bedarfsgerechter Versorgung zu verstehen ist. Es wird die besondere Rolle der Notfallversorgung und die Bedeutung ausreichender Intensivkapazitäten betont, für die eine besondere staatliche Gewährleistungsverpflichtung besteht. Hierbei geht es um die Fortsetzung der Rettungskette, die mit der kurzen Hilfsfrist nach dem Hessischen Rettungsdienstgesetz beginnt.

Gleichzeitig wird die "Ortsnähe" bei planbaren Leistungen grundsätzlich auf das gesamte Versorgungsgebiet bezogen. Die zunehmende Spezialisierung der Krankenhäuser und die Qualitätsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses und der Fachgesellschaften machen es erforderlich, für einen geplanten Eingriff notfalls auch weitere Wege in Kauf zu nehmen. Die bisher enthaltene Zielsetzung "zu sozial tragbaren Vergütungen beizutragen", hat angesichts der Gesetzgebungskompetenz des Bundes und der Einführung des DRG-Systems keine Bedeutung mehr.

Zu § 2:

In Abs. 1 Satz 1 wird der Wortlaut des § 2 des HKHG 2002, der nur die stationäre Versorgung benannte, im Hinblick auf die vielfältigen Aufgaben

der Krankenhäuser in der teilstationären und ambulanten Versorgung erweitert.

Zu § 4:

Die Vorschrift konkretisiert, welche Formen der Kooperation gesundheitspolitisch besonders erwünscht sind. Daher wird die Bedeutung von Netzwerken unterschiedlicher Trägerschaft herausgestellt, um die Versorgung einer Region zu optimieren. In Abs. 2 wurde die besondere Hervorhebung der integrierten Versorgung gestrichen, da die intersektorale Zusammenarbeit unterschiedlichste Ausprägungen haben kann.

Zu § 6:

Die Vorschrift konkretisiert den Inhalt der Aufgaben des Sozialdienstes in Richtung einer umfassenden Fallbetreuung. Es wird die Verbindung mit § 11 Abs. 4 SGB V hergestellt, der ein umfassendes Versorgungsmanagement zur Pflicht macht.

Die früheren Regelungen zu Besuchszeiten sind heute selbstverständlich und bedürfen keiner besonderen Erwähnung mehr.

Es gibt in Einzelfällen ein Bedürfnis nach der Unterbringung von Kleinkindern, wenn eine Betreuung sonst nicht gewährleistet werden kann. In diesen Fällen soll der Krankenhausträger eine Mitaufnahme von Kindern unter sieben Jahren ermöglichen. Eine Erstattungspflicht der Krankenkassen ist hiermit nicht verbunden, weil es hierzu einer bundesgesetzlichen Regelung bedürfte.

Mit dem medizinischen Fortschritt nehmen auch ethisch-moralische Fragestellungen zu. Auch neue gesetzliche Regelungen, etwa aus dem Gendiagnostikgesetz, erfordern ein spezielles Know-how. Es wird daher bestimmt, dass die Krankenhäuser eine Ethikbeauftragte oder einen Ethikbeauftragten zu bestellen haben, der für diese Aufgabe nur der Geschäftsführung unterstellt ist. Die Regelung soll sicherstellen, dass ethische Fragestellungen im Krankenhaus ernst genommen werden.

Zu § 7:

Die im HKHG 2002 enthaltene Bestellung eines Patientenfürsprechers im Einvernehmen mit dem Krankenhausträger ist nicht erforderlich, auch wenn dies der Regelfall sein dürfte. Ein Benehmen reicht aus.

Zu § 8:

Die Erweiterung des Wortlauts im Verhältnis zum HKHG 2002 ("insbesondere") erfolgt im Hinblick auf unterschiedlichste Vorgaben zur Qualitätssicherung. Der bisherige Bezug auf die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung wird gestrichen. Es wäre auch haftungsrechtlich nicht vertretbar, zugunsten einer "Flächendeckung" Qualitätsdefizite hinzunehmen.

Zu § 9:

Krankenhäuser müssen sich insbesondere im Hinblick auf mögliche größere Schadensereignisse vorbereiten und eng mit den für den Rettungsdienst und den Brand- und Katastrophenschutz zuständigen Stellen zusammenarbeiten. Entsprechende Verpflichtungen werden durch die Vorschrift geregelt. In Abs. 2 Satz 1 werden nun im Hinblick auf die neuen Herausforderungen durch infektiöse Krankheiten auch die für den Infektionsschutz zuständigen Stellen einbezogen.

Zu § 10:

Multiresistente Erreger in den Krankenhäusern sind ein aktuell immer drängenderes Problem. Die Bedeutung ihrer Bekämpfung wird daher hervorgehoben. Es erfolgt zudem eine Klarstellung in Abs. 1, dass die Empfehlungen des RKI zu beachten und umzusetzen sind.

Zu § 11:

Die schon bisher im HKHG 2002 enthaltene Auskunftspflicht der Krankenhäuser wird durch Abs. 1 Satz 1 Ziff. 1 nun auch auf Trägerschaft und übergeordnete Strukturen erweitert, um § 1 Abs. 2 erfüllen zu können. Die zunehmende Beteiligung von Finanzinvestoren macht es erforderlich, die Beteiligungsverhältnisse zu kennen.

Zu § 12:

Zur Beurteilung der epidemiologischen Situation ist es wichtig, Indikatoren für die Erfassung der Schwere der Situation, etwa bei einer Influenzawelle, zu erfassen. Der neue Abs. 2 Nr. 9 macht dies möglich.

Ein solches Surveillancesystem, mit welchem diese Indikatoren bundesweit systematisch erfasst werden können, existiert in Deutschland nicht. Die Durchführung einer Krankenhaus-Surveillance ermöglicht z.B. die Erkennung von Trends in der Schwere von Erkrankungen an Neuer Influenza A (H1N1). Dadurch können Empfehlungen, Infektionsschutzmaßnahmen und Risikokommunikation der aktuellen Situation entsprechend angepasst werden. Zusätzlich würde durch die erfassten Informationen die Be- und Auslastung des öffentlichen Gesundheitssystems speziell in den Krankenhäusern erfasst. In Kooperation mit dem seit Januar 1997 existierenden Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System ("KISS") könnte möglichst ressourcenschonend und rasch eine Krankenhaus-Surveillance von schweren akuten respiratorischen Erkrankungen (SARI) und Todesfällen in Zusammenhang mit Neuer Influenza A(H1N1) in Deutschland implementiert und durchgeführt werden.

Im Netzwerk von KISS sind über 800 der insgesamt circa 2.000 Kliniken in Deutschland organisiert. Es steht aber auch allen anderen Krankenhäusern offen und ist auch ausdrücklich erwünscht, sich über KISS an der Surveillance von SARI in Zusammenhang mit der neuen Influenza zu beteiligen.

Zu § 13:

Mit dem HKHG 2002 wurde die Rechtsaufsicht eingeführt. Sie erwies sich bisher allerdings als rein theoretisches Konstrukt, auch weil es an Durchgriffsmöglichkeiten fehlt. Daher wird die Rechtsaufsicht nun auch auf den 6. Abschnitt ausgeweitet, in dem die Vorschriften zur Krankenhausplanung enthalten sind. Außerdem wird klargestellt, dass der Versorgungsauftrag eingeschränkt oder entzogen werden kann, auch wenn diese harte Konsequenz nur in Ausnahmefällen zum Zuge kommen wird.

Zu § 14:

Die bisherige Regelung, wonach an der Leitung des Krankenhauses die ärztliche, kaufmännische und pflegerische Leitung zu beteiligen ist, schränkt die Organisationshoheit der Krankenhäuser unnötig ein. Die Geschäftsführung und ihre Zusammensetzung sollte ein Dienstleistungsunternehmen selbst bestimmen. Die Voraussetzungen für die Zusammenfassung mehrerer Krankenhäuser zu einem Krankenhaus mit einem Budget werden an die bisher geübte Praxis angepasst, wonach es auch auf einheitliche Qualitätsstandards ankommt.

Zu § 15:

Die Poolregelung wird beibehalten, auf die bisherige Rechtsverordnung hierzu kann aber verzichtet werden. Die Ausgestaltung der Einzelheiten kann der Krankenhausträger im Rahmen seiner Organisationshoheit bestimmen.

Zu § 17:

Angesichts der neueren Rechtsprechung des BVerfG und des BVerwG zum Krankenhausplanungsrecht ist es erforderlich, den § 8 Abs. 2 Satz 2 KHG zu konkretisieren, wonach es bei der Auswahl unter mehreren Krankenhäusern darauf ankommt, "welches Krankenhaus den Zielen der Krankenhausplanung am ehesten gerecht wird". Die Vorschrift macht deutlich, dass Allgemeinkrankenhäuser grundsätzlich den Zielen der Krankenhausplanung am besten gerecht werden, da sie die Notfallversorgung umfassend sicherstellen können und ein breites Spektrum an Grundleistungen anbieten. Spezialkliniken sollen nur dann auf der sogenannten "zweiten Stufe" der Krankenhausplanung berücksichtigt werden, wenn sie eine besondere Kompetenz bieten. Die Regelung zum Sicherstellungszuschlag ist erforderlich, weil die Selbstverwaltung auf Bundesebene noch keine Kriterien bestimmt hat, wann ein solcher Zuschlag zustehen könnte, es aber Anträge hierzu gibt. Ein solcher Zuschlag soll nur dann erfolgen, wenn das Krankenhaus insgesamt von Insolvenz bedroht ist. Negative Ergebnisse eines Teilbereichs können schon deshalb nicht berücksichtigt werden, weil der Versorgungsauftrag umfassend erteilt wird und zu erfüllen ist und Verluste in Teilbereichen hinzunehmen sind. Das Nähere soll, der Regelungskompetenz des § 17b Abs. 1 Satz 7 KHG folgend, durch Rechtsverordnung bestimmt werden.

Die Neufassung des Abs. 8 ist eine der wichtigsten Vorschriften der Novellierung. Hier wird die Absicht des Gesetzgebers konkretisiert, die regionale Versorgung in der Notfallversorgung und bei chronischen und altersbedingten Erkrankungen zu optimieren. Der wachsenden und besonderen Bedeutung vernetzter Strukturen wird dadurch Rechnung getragen, dass künftig ein Versorgungsauftrag für bestimmte Bereiche als besondere Aufgabe auch an Netzwerke von Krankenhäusern vergeben werden kann. Dies könnte etwa in der geriatrischen/gerontopsychiatrischen Versorgung von Bedeutung sein, wo der Bedarf an spezialisierter Behandlung wachsen wird, aber nicht jedes Krankenhaus eine eigene geriatrische Abteilung aufbauen kann. Auch in der Notfallversorgung sollen bestimmte Formen der Zusammenarbeit krankenhauplanerisch besonders ausgewiesen werden, etwa die Vernetzung innerhalb des bundesweit agierenden Traumanetzwerks. Eine Einbeziehung der ambulanten Notfallversorgung ist dort erforderlich, wo nicht ausreichend Ärztinnen und Ärzte aus dem niedergelassenen Bereich zur Verfügung stehen.

Die bisher in Abs. 2 enthaltenen Bezüge zur Beachtung von Anforderungen der Raumplanung etc. wurden gestrichen. Sie haben keinerlei praktische Bedeutung und würden bei Notwendigkeit ohnehin beachtet.

Zu § 18:

Nach § 137 Abs. 1 Satz 5 (heute Abs. 3 Satz 3) SGB V kann die für Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde Ausnahmen von der Mindestmengenregelung bestimmen, wenn dies zur flächendeckenden Versorgung erforderlich ist. Da es sich um eine bundesrechtliche Norm handelt, ist eine Erwähnung im Landesrecht (bisher in Abs. 1) nicht nötig.

Der bisherige Abs. 2 (regionale Versorgungskonzepte) wurde gelöscht im Hinblick auf die geänderte Aufgabe der Gesundheitskonferenzen. Die durch das Land vorzuziehende Bedarfsermittlung auf Ebene der Versorgungsgebiete bleibt unabhängig davon bestehen.

Zu § 19:

Der Hinweis auf die Berücksichtigung von Qualitätsindikatoren in Abs. 1 macht deutlich, dass die Qualität der erbrachten Ergebnisse künftig bei den Einzelentscheidungen des Krankenhausplans eine bedeutende Rolle spielen wird. Allerdings steht die Entwicklung gerichtsfester Ergebnisqualitätsindikatoren erst am Anfang. Hier wird man auch die Ergebnisse des Instituts nach § 137a SGB V abwarten müssen.

Der neue Abs. 1 Satz 5 macht deutlich, dass der Versorgungsauftrag umfassend erfüllt werden muss, um "Rosinenpickerei" auszuschließen. Abs. 1 Satz 6 betont die (bisher von den Krankenhäusern nachlässig gehandhabten) Pflichten im Zusammenhang mit den Bestimmungen des TPG und des Hessischen Ausführungsgesetzes durch eine allgemeine Einbeziehung in den Versorgungsauftrag. Dies gilt auch für die Pflichten nach dem Dritten Abschnitt. Damit unterliegen die Krankenhäuser auch diesbezüglich der Rechtsaufsicht.

Zu Abs. 1 Satz 7:

In den letzten Jahren hat eine Reihe von Krankenhäusern auf ihrem Gelände Privatkliniken nach § 30 der Gewerbeordnung gegründet, die in den normalen Krankenhausbetrieb eingebunden sind und meist keine eigene Infrastruktur vorhalten. Hierbei werden teilweise weit höhere Entgelte abgerechnet als nach Krankenhausentgeltgesetz zulässig. Eine Beschränkung der Entgelthöhe wäre ein Einschnitt in die Gesetzgebungskompetenz des Bundes. Es soll aber eine Information der Patienten über die Unterschiede in der Behandlungsart, der Unterbringung, der Sonderleistungen und der voraussichtlichen Gesamtkosten erfolgen, bevor eine Entscheidung für oder gegen Plankrankenhaus oder Privatklinik getroffen wird. Dann haben Patienten volle Informationen über die Kosten, die ggf. von ihrer Privatversicherung übernommen werden müssen, und können sich frei entscheiden. Damit dient die Regelung dem Verbraucherschutz.

Der neue Abs. 2 trägt der Tendenz Rechnung, zunehmend "Honorarärzte" als freie Mitarbeiter zu beschäftigen, was nun auch für Belegärzte durch die Neufassung des § 121 SGB V geregelt wurde. Eine Hauptabteilung nur mit Honorarärzten soll künftig ausgeschlossen sein.

Durch die Neuregelung des Abs. 4 werden künftig in den somatischen Gebieten keine Betten mehr festgesetzt. Dies ist durch die Einführung des DRG-Systems und den Anspruch auf die Berücksichtigung von Fallzahlsteigerungen und Schweregradsteigerungen im Budget obsolet geworden. Das

Bett hat für das Budget keine Auswirkungen mehr, es sei denn, ein Krankenhaus wird sehr stark in Anspruch genommen und überschreitet eine hundertprozentige Belegung. Dann hat der Versorgungsauftrag sogar negative Konsequenzen, weil Leistungen oberhalb von 100 v.H. von der Rechtsprechung als außerhalb des Versorgungsauftrages gewertet werden und somit keinerlei Anspruch auf Vergütung für diese Leistungen besteht. Durch die abweichenden Regelungen in der Psychiatrie und der Psychosomatik ist dort bis auf Weiteres noch eine Kapazitätsausweisung erforderlich. Das tatsächliche Leistungsgeschehen ist durch die Meldung der aufgestellten Betten an das Statistische Bundesamt weiterhin für die Zwecke der Krankenhausplanung auswertbar.

Der neue Abs. 5 wurde aufgenommen im Hinblick auf die neuere höchstgerichtliche Rechtsprechung, die sog. "Konkurrentenklagen" im Krankenhausplanungsrecht grundsätzlich als zulässig erachtet. Eine Klage gegen einen Feststellungsbescheid soll keine aufschiebende Wirkung haben, da krankenhauplanerische Bescheide sonst jahrelang auf dem Klageweg blockiert werden könnten. Die Neuregelung entspricht derjenigen des Landes Nordrhein-Westfalen.

Zu § 20:

In den Landeskrankenhauseusschuss werden nun auch Patientenvertreter und Vertreter der Verbraucherschutzorganisation einbezogen, da deren Sachverstand einen konstruktiven Beitrag zu wesentlichen Fragen der Krankenhausversorgung leisten kann. Es sollen künftig alle Rechtsverordnungen nach diesem Gesetz im Landeskrankenhauseusschuss behandelt werden. Die Bezeichnung der Krankenkassen wurde entsprechend deren Vorschlag an die neue Rechtslage nach dem SGB V angepasst. Eine Einberufung auf Verlangen von Mitgliedern soll erleichtert werden.

Zu § 21:

Die Rolle der Krankenhauskonferenzen wird seit Jahren intensiv diskutiert, weil sich ihre Arbeit meist in der Diskussion um Bettenabbau erschöpft hat und die Krankenkassenbank meist homogen abgestimmt hat, während die Interessen der Krankenhäuser sehr unterschiedlich sind. Zudem wurden fast ausschließlich die stationären Strukturen diskutiert.

Die Neuregelung soll es ermöglichen, die Krankenhauskonferenz zu einem regionalen Gesundheitsgremium zu entwickeln, in dem die regionalen Versorgungsstrukturen beobachtet und diskutiert werden und Schwachstellen beleuchtet werden können (Monitoringfunktion). Daher sollen auch Landesärztekammer, die Kassenärztliche Vereinigung sowie die Patientenvertreter einbezogen werden. Eine wesentliche Aufgabe wird auch die Unterstützung der Bildung von Versorgungsnetzwerken sein, um die Zuweisung Besonderer Aufgaben nach § 17 Abs. 8 an Versorgungsnetzwerke zu ermöglichen. Durch die neue Aufgabenstellung wird auch die Kommunikation mit dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium intensiviert werden, was ein aus den Reihen der Konferenzen kommender Wunsch ist. Die Zahl der Vertreterinnen und Vertreter der Krankenhäuser und Krankenkassen wird im Interesse der Handlungsfähigkeit auf fünf reduziert. Auf der Krankenkassenbank wird auch die Hessische Krankenhausgesellschaft einbezogen, um deren übergreifende Erfahrung einzubringen.

Alle Kreise und kreisfreien Städte des Versorgungsgebiets werden einbezogen, da ihnen der Sicherstellungsauftrag obliegt und sie auch für Gesundheitsämter und Rettungsdienste Verantwortung tragen. Auch die oder der Vorsitzende wird aus dieser Gruppe kommen und Stimmrecht haben.

Zu § 22 (früher 38):

In der Vorschrift wird die Bezeichnung der Krankenkassen auf deren Vorschlag an geänderte bundesrechtliche Regelungen angepasst.

Zu § 23:

Die Änderung in Abs. 4 ist eine Folgeänderung aus der Fusion der LTH-Bank für Infrastruktur und der Investitionsbank Hessen zur Wirtschafts- und Infrastrukturbank Hessen.

Zu § 24:

Die Vorschrift (bisher § 20) wurde aus systematischen Gründen aus dem sechsten Abschnitt (Krankenhausplanung) in den achten Abschnitt (Krankenhausförderung) verschoben. Die bisherigen Regelungen zum vorläufigen Bauprogramm und zum Investitionsprogramm werden zur Vereinfachung

des Verfahrens gestrichen. Die komplizierte Mischung aus Bauprogramm, Investitionsprogramm und vorläufigem Bauprogramm war nicht verständlich. Künftig soll die Anmelde-Liste als "Ersatzbank" für das Bauprogramm dienen (siehe § 24 Abs. 1 Satz 2).

Zu § 25:

Abs. 1 Satz 2 resultiert aus dem Wegfall vorläufiger Bauprogramme und Investitionsprogramme. Abs. 1 Satz 4 trägt der Tatsache Rechnung, dass in der Vergangenheit eine Reihe von Krankenhäusern jahrelang in einem Bauprogramm stand, ohne einen konkreten Antrag zu stellen. Sie behielten aber den Anspruch auf Förderung.

In Abs. 2 wird die Festbetragsförderung verbindlich geregelt. Zur Vereinfachung des Förderverfahrens wird - einer Forderung des Landesrechnungshofs entsprechend - festgelegt, dass die Höhe der förderfähigen Kosten anhand pauschaler Kostenrichtwerte festgesetzt wird.

Zu § 26:

Die Pauschalförderung wird deutlich ausgeweitet. Die Kostengrenze für den sog. "kleinen Bauaufwand", der aus den Pauschalfördermitteln zu bestreiten ist, wird von 10 v.H. auf 100 v.H. der Jahrespauschale (bei Großkrankenhäusern bis zu ca. 4 Mio. €) angehoben. Damit wird bei kleineren Maßnahmen der Verwaltungsaufwand reduziert. Die Anhebung trägt auch der Tatsache Rechnung, dass die Pauschalmittelrücklagen der Krankenhäuser in den letzten Jahren deutlich gestiegen sind.

Zu § 32:

Anpassung wegen Wegfall der Planbetten im somatischen Bereich.

Zu § 35:

Die Regelung stellt wegen des Zusammenhangs von Planung und Förderung klar, dass bei Bewilligung von Fördermitteln Auflagen auch zur Erfüllung des Versorgungsauftrags gemacht werden können. Daneben können auch die Verpflichtungen zur Aus- und Weiterbildung berücksichtigt werden.

Zu § 36:

Es erfolgte aufgrund der rechtstechnischen Hinweise des Hessischen Ministeriums für Justiz, Integration und Europa eine starke redaktionelle Veränderung, ohne den Inhalt zu ändern.

Zu § 40:

Die bisher zum Teil verstreuten Zuständigkeitsregelungen für Verordnungsermächtigungen werden in einer Vorschrift zusammengefasst.

Wiesbaden, 30. August 2010

Der Hessische Ministerpräsident

Koch

Der Hessische Minister für Arbeit
Familie und Gesundheit

Banzer