

**Stenografischer Bericht**  
(ohne Beschlussprotokoll)

**– öffentliche Anhörung –**

3. Sitzung des Sozial- und Integrationspolitischen Ausschusses

8. Mai 2014, 14:04 bis 15:22 Uhr

**Anwesend:**

Vorsitzende Claudia Ravensburg (CDU)

**CDU**

Abg. Lena Arnoldt  
Abg. Sabine Bächle-Scholz  
Abg. Dr. Ralf-Norbert Bartelt  
Abg. Irmgard Klaff-Isselmann  
Abg. Michael Reul  
Abg. Ismail Tipi  
Abg. Tobias Utter  
Abg. Bettina Wiesmann

**SPD**

Abg. Wolfgang Decker  
Abg. Corrado Di Benedetto  
Abg. Lisa Gnadl  
Abg. Gerhard Merz  
Abg. Daniela Neuschäfer  
Abg. Ernst-Ewald Roth  
Abg. Dr. Thomas Spies

**BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**

Abg. Marcus Bocklet  
Abg. Sigrid Erfurth  
Abg. Mürvet Öztürk

**DIE LINKE**

Abg. Marjana Schott

**FDP**

Abg. René Rock

**Fraktionsassistentinnen und -assistenten:**

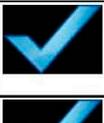
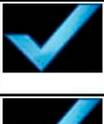
Tamara Hajji	(Fraktion der CDU)
Hiltrud Wall	(Fraktion der SPD)
Lena Witte	(Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)
Christiane Böhm	(DIE LINKE)
Jasmin Gruner	(Fraktion der FDP)

**Landesregierung, Rechnungshof, etc.:**

Name - Bitte in Druckbuchstaben -	Amts- bzw. Dienst- bezeichnung	Ministerium, Behörde
Grünhues	Min	HM/SI
Köhler	Parl. Prof.	HM/SI
Meißner	So	HM/SI
Grundo	Referent	HM/SI
Rück	BAR	StK
Ampeder	tz OR	StK
INCESU	MR'in	StK
NÖCKER	MR'in	HM/SI
BALK	Dir HRH	HRH
Kühler, R.	MR.	FRIT

**Anwesenheitsliste Anzuhörende**

<b>Institution</b>	<b>Name</b>	<b>Anwesenheit Bestätigen</b> 
AOK Hessen Bad Homburg	Ralf Metzger	
Betriebskrankenkasse (BKK) Landesverband Süd Regionaldirektion Hessen Frankfurt	Ulrike Weber-Wenzel	
Hessen-Caritas Wiesbaden (AG kath. Krankenhäuser AkKH) Limburg	Hubert Connemann	
Hessische Krankenhausgesellschaft e. V. Eschborn	Dieter Bartsch Rainer Greunke	 
Hessischer Landkreistag Wiesbaden	Dr. Jan Hilligardt	
Hessischer Städtetag Wiesbaden	Dr. Ben Michael Risch	
Hochschule Fulda FB Pflege und Gesundheit Fulda	Prof. Dr. Klaus Stegmüller	
IKK classic Hauptabteilungsleiter - Verträge Wiesbaden	Matthias Ott	
Klinikverbund Hessen GmbH Hofheim am Taunus	Herr Hartjes	
Landespflegerat Hessen c/o DBfK-Südwest e. V. Mainz	Jürgen Kleinschmidt	

<b>Institution</b>	<b>Name</b>	<b>Anwesenheit Bestätigen</b>
Landesverband der Privatkliniken Hessen und Rheinland-Pfalz Wiesbaden	Friedel Mägdefrau	
Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Hessen e. V. Wiesbaden	Wolfgang Giessl	
Marburger Bund Landesverband Hessen Frankfurt	Herr Wagner	
Peritinos AG Berlin	Dr. Martin Köbler	
Psychotherapeutenkammer Hessen Wiesbaden	Herr Krieger	
ver.di Landesbezirk Hessen Frankfurt	Herr Ahäuser	
Verband der Krankenhausdirektoren Deutschland Gesundheitszentrum Odenwaldkreis GmbH Erbach	Andreas Schwab	
Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte (VdÄÄ) Maintal	Dr. Gerhard Schwarzkopf-Steinhauser	
Vitos GmbH Kassel	Reinhard Belling	

Protokollführung: RDir Schlaf

**Punkt 1:****Öffentliche Anhörung**

zu dem

**Gesetzentwurf  
der Fraktionen der CDU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN für ein Ge-  
setz zur Änderung des Hessischen Krankenhausgesetzes 2011  
– Drucks. [19/140](#) –**

und dem

**Gesetzentwurf  
der Fraktion der SPD für ein Gesetz zur Verbesserung der Kranken-  
hausversorgung und zur Anerkennung von Leistungen in der Pfl-  
ege  
– Drucks. [19/214](#) –**

hierzu:

Stellungnahmen von Anzuhörenden  
– Ausschussvorlage SIA 19/1 –

(verteilt am 5. Mai 2014)

**Kommunale Spitzenverbände**

Herr **Dr. Hilligardt**: Vor einem Dreivierteljahr waren wir zusammen im Plenarsaal und haben nahezu inhaltsgleiche Gesetzentwürfe beraten. Insofern – Frau Vorsitzende, wenn Sie sagen, Sie seien auf unsere Ausführungen gespannt – kann ich unseren Stellungnahmen nichts hinzufügen, die wir Ihnen vor längerer Zeit schon vorgelegt und die wir auch öffentlich bekannt gemacht haben. Daher wird sich die Spannung ein bisschen in Grenzen halten.

Ich möchte mich kurzfassen und zunächst auf den Gesetzentwurf der Fraktion der CDU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN kommen. Wir haben viele Jahre – ich meine, schon seit dem Jahr 2008 – mit den Vertretern der Landesregierung, mit Vertretern des Gesundheitsministeriums, mit Vertretern des Sozialministeriums die Frage der Investitionsförderung der Krankenhäuser diskutiert und sind gemeinsam in großer Einbindung durch das Ministerium zu dem Ergebnis gekommen, dass die Umstellung von Einzelförderung auf Pauschalförderung, wie dies der Gesetzentwurf vorgibt, sinnhaft ist. Wir haben daher in den vergangenen Monaten immer wieder erklärt, dass wir diesen Gesetzentwurf in dieser damit festgelegten Umstellung mittragen können und gern mittragen werden. Insbesondere war die Frage der Gestaltung der Übergangsphase in unseren Gremien ein sehr großer Punkt, weil mit diesem Sonderprogramm in Höhe von 120 Millionen € gelungen ist, die Übergangsphase ein Stück weit angemessen zu gestalten.

Wenn wir bei den Krankenhausinvestitionen sind und das Volumen von rund 250 Millionen € im Jahr sehen, weisen wir allerdings darauf hin: Es ist vorwiegend kommunales Geld – Krankenhausumlage, teilweise auch mit dem kommunalen Finanzausgleich verknüpft. – Wir sagen auch: Wenn wir uns die Krankenhauslandschaft in Deutschland,

aber auch in Hessen genauer ansehen, ist dieses Volumen nicht ausreichend. Hier müsste sicherlich, um zukunftsfähig zu sein, ein Stück mehr in das System hinein kommen. Dieses Gesetz trägt schon gar nicht zu der Frage der Unterfinanzierung von Krankenhäusern bei. Das ist aber in diesem Fall auch nicht Aufgabe dieses Gesetzeswerkes.

Zum Gesetzentwurf der SPD-Fraktion haben wir uns in unseren Gremien noch einmal beraten. Wir sind bei unserer bisherigen Auffassung geblieben, dass in diesem Gesetzentwurf sicherlich sehr interessante Ansatzpunkte enthalten sind, dass wir bislang aber im Gegensatz zu dem vorgenannten Gesetzentwurf keinerlei Diskussion und Austausch dazu führen konnten – nicht in unseren Gremien, nicht in Fachkommissionen. Es sind auch sehr viele Fragen der Finanzierung und dazu, wie die zukünftigen Rechtsverordnungen aussehen sollen, noch offen, sodass wir gesagt haben: Es sind darin interessante Gedanken, aber erst zu diskutieren und das nicht nur in einem solchen Ausschuss. Daher können wir zum jetzigen Zeitpunkt diesem Gesetzentwurf der SPD-Fraktion nicht zustimmen.

Herr **Dr. Risch**: Auch ich habe heute nicht den Anspruch, einen Preis für die Originalität der Stellungnahme zu gewinnen, denn unsere Position hat sich gegenüber dem Stand des letzten Jahres kaum verändert. Deswegen möchte ich nur wenige Punkte hervorheben.

Beim Entwurf der Regierungsfractionen ist es so, dass wir weiterhin entschieden bemängeln, dass die Finanzierung der Krankenhausinvestitionen quasi ausschließlich auf dem Rücken der Kommunen erfolgt. Das Land steuert nahezu keine originären Landesmittel bei. Das finden wir der Sache nicht angemessen. Das ist auch ein deutlicher Unterschied zu den anderen Bundesländern. Von daher wäre fachlich mehr Geld notwendig. Uns ist es jedoch wichtig zu sagen, das Mehr-Geld kann nicht von den Kommunen kommen.

Des Weiteren ist es uns wichtig, dass die Förderung abtretbar ist, denn die Umstellung der Förderung führt dazu, dass die Investitionsvorhaben kreditfinanziert werden. Dafür ist eine Abtretbarkeit sehr günstig, weil es hilft, die Zinskosten etwas zu reduzieren, denn alles, was für Zinsen gezahlt werden muss, geht faktisch von dem ab, was für Investitionen tatsächlich zur Verfügung steht.

Zum Entwurf der SPD-Fraktion möchten wir nur kurz bemerken, dass wir auch dazu unsere alte Kritik aufrechterhalten. Es ist ein interessantes Diskussionspapier, allerdings viel zu wenig ausformuliert. Die Verordnungsermächtigungen sind nicht im Ansatz erkennbar. Die Konnexität wird nicht gewahrt. Ich könnte noch einiges zum Handwerklichen ausführen, aber im Sinne einer straffen Regieführung verzichte ich darauf.

Abg. **Dr. Thomas Spies**: Es wurde eben zu Recht darauf hingewiesen, dass die Mittel, die zur Investitionsförderung zur Verfügung stehen, im Wesentlichen Mittel der Kommunen sind, die über die Krankenhausumlage oder über den KFA finanziert werden. Wenn man diesen Ansatz zu Ende denkt und es zu einer Pauschalierung käme, wäre es nicht angemessen, auf das ganze System zu verzichten und das einfach den Kommunen zu überlassen? Wozu braucht man noch eine Landesinvestitionsförderung, in der keine Landesmittel sind, sondern nur Mittel der Kommunen? Das können die Kommunen doch ohne Regeln.

Herr **Dr. Risch**: Es ist in der Tat eine spannende Frage. Allerdings kennen wir es aus anderen Bereichen, dass das Land als Veranstalter einer Umlage auftritt, die lediglich eine redistributive Wirkung zwischen den Kommunen entfaltet. Es gibt auch im Finanzausgleichsgesetz die Kompensationsumlage, mit der nur Mittel umverteilt werden. Es ist eine grundsätzliche politische Frage, welchen Stellenwert man der Krankenhausplanung zubilligt und wie dies mit Mitteln verknüpft werden sollte. Wenn das Land sagt, es bekomme die Krankenhaussteuerung und -planung auch durch Nebenbestimmungen, Auflagen und andere Mittel als durch das unmittelbare Finanzieren hin, dann haben wir das nicht zu bemängeln.

Wenn ich eine kleine historische Parallele wagen darf: In mittelalterlichen Städten haben Städte auch Stadtplanung mit Eigentumsrechten gemacht. Inzwischen sind wir darüber hinweg. Wahrscheinlich gab es damals auch Bedenken, indem man gesagt hat: Das geht doch gar nicht, dass das nur mit Mitteln des Planungsrechts funktioniert. Es funktioniert schon. Wir haben keinen Zweifel daran, dass es auch gehen kann. Es wird sich im Vollzug bewähren müssen. Es ist in der Tat eine Änderung des Systems im Vergleich zum jetzigen.

Abg. **Dr. Ralf-Norbert Bartelt**: Zwei kurze Fragen. Habe ich das richtig verstanden, dass die Vertreter der kommunalen Familie bei dem Gesetzentwurf der Sozialdemokraten eindeutig eine Konnexität sehen? Wenn ja, gibt es irgendwelche Einschätzungen oder Abschätzungen, um welche Beträge es sich hier handeln könnte?

Die zweite Frage ist die: Sie haben aus unserer Sicht dankenswerterweise die Umstellung von der Einzelförderung auf die Pauschalförderung befürwortet, und das auch noch nach längerem Nachdenken über den Zeitraum von einigen Monaten. Wie lange haben nach Ihrer Erfahrung bei der Einzelförderung die Kliniken von dem Antrag bis zur Realisierung warten müssen? Gibt es irgendwelche Zeiteinheiten, die Sie uns nennen könnten?

Herr **Dr. Hilligardt**: Zunächst möchte ich aus meiner Sicht auf beide Fragen eingehen. Zum Thema Konnexität ist es offenkundig, wenn das Gesetz, wie es der Gesetzentwurf der SPD macht, Standards setzt, die neue Leistungen beinhaltet, dass dies natürlich unmittelbar eine Finanzverpflichtung des Landes mit sich bringt.

Zur Frage, wie hoch möglicherweise die finanziellen Folgewirkungen sind, kann ich Ihnen nichts sagen, weil gerade solche Punkte wie Mindestpersonalzahlen und Ähnliches im Gesetz gar nicht geregelt sind, sondern erst einer späteren Verordnung vorbehalten sind, die allerdings auch Konnexität auslösen würde. Insofern kann ich Ihnen keine genaue Zahl nennen, aber sagen, dass wir natürlich, weil Punkte geregelt werden, die bislang nicht geregelt sind, die zu verpflichtenden Standards führen, sehen, dass dieses Gesetz und seine anhängenden Verordnungen Konnexität auslösen würden.

Die zweite Frage zur Verfahrensdauer, bis Antragstellung oder Idee in die Krankenhauseinzelförderung kommen, möchte ich gerne das aufgreifen, was mir hier über den Tisch von einer Krankenhausgesellschaft zugerufen wurde, ich solle doch sagen: Viele Jahre habe es gedauert. – Das tue ich hiermit.

## Sachverständige

Herr **Prof. Dr. Stegmüller**: Zunächst beziehe ich mich auf eine Stellungnahme, die gleichlautend zum August des letzten Jahres ist. Insofern liegt die Ihnen aus der Vergangenheit vor und ist nicht noch einmal neu aufgelegt worden. Das rechtfertigt sich insoweit, als es sich um gleichlautende Gesetze handelt.

Zum Ersten, was die Änderungen des Hessischen Krankenhausgesetzes angeht, vielleicht nur einen Punkt. Ich habe in meiner Stellungnahme deutlich gemacht, dass ich mit dieser Pauschalförderung dahingehend ein Problem sehe, dass der Punkt schwierig ist, weil im Grunde genommen die chronische Investitionsmittelunterdeckung – ich bin mit meinen Vorrednern durchaus konform – mit diesem nicht aufgehoben wird. Darin sehe ich ein großes Problem. Hessen hat im Bundesvergleich durchaus Nachholbedarf, wenn man sich die Zahlen der letzten zehn Jahre anschaut. Zu den einzelnen Zahlen kann ich auf die Stellungnahme verweisen.

Allerdings sehe ich durchaus in einem Punkt ein Problem, nämlich hinsichtlich der Preisgabe der Gestaltungskompetenz, die mit dieser Pauschalförderung verbunden ist. Ich kann es an der Stelle jetzt nicht näher ausführen. Wir haben ohnehin ein enges Programm. Ich halte die Aufgabe des öffentlichen Gestaltungswillens für ein großes Problem. Demgegenüber müsste eine gegentendenzielle Krankenhausförderung deutlicher die versorgungsstrukturellen Aspekte in den Blick nehmen, die wir überall haben, auch in diesem Bundesland. Das hieße, sehr viel stärker sektorübergreifende, bedarfsorientierte Versorgungsplanung zu machen und gerade diesen Aspekt, weil es ein grundsätzliches strukturelles Problem in unserem Versorgungssystem ist, der bedarfsadäquaten Versorgungssteuerung anzunehmen.

Zum zweiten Punkt, dem Gesetzentwurf der SPD. Ich beziehe mich bei meiner Stellungnahme auf ein Gutachten, das unter anderem die Universität Bremen, aber auch unser Haus – die Hochschule Fulda – erstellt hat. Dieses Gutachten ist insofern von besonderer Bedeutung, als es einen übergreifenden Konsens der Beauftragung gefunden hat. Es waren sowohl eine ganze Reihe von Personen aus dem Kreis in diesem Raum an dieser Begleitung zugegen wie auch eine ganze Reihe von anderen Personengruppen.

Es hat sich, in zwei Punkten zusammengefasst, ganz deutlich gezeigt, dass es auch hierzulande in Hessen einen engen elementaren Zusammenhang zwischen dem gibt, was die Personalausstattung und Patienten-Outcome – die sogenannten Qualitätsparameter auf der anderen Seite – ist. Das kann man nicht nur im internationalen Kontext an verschiedenen Studien festmachen, die wir vorgelegt und entsprechend in dieses Gutachten aufgenommen haben, sondern das ließe sich auch an den empirischen Daten ablesen, die wir hier in Hessen an 27 Krankenhäusern aufgenommen haben.

Insofern sind die Ergebnisse bedeutsam, als dass eine alleinige Fokussierung auf das Thema quantitative Parameter – also Personalausstattung selbst –, wie sie im Vorschlag der SPD inhärent ist, nicht ausreicht. Das ist eine notwendige, aber keineswegs eine hinreichende Bedingung. Es müssen eine ganze Reihe von weiteren Erkenntnissen, die wir in dieser Studie auch belegen konnten, mit entsprechend berücksichtigt werden.

Sogenannte „weiche Faktoren“, also Mindestpersonalzahlen, sind eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung. Es spielen solche Fragen eine Rolle, die in den Kooperationsbeziehungen zwischen den Personen innerhalb der Krankenhäuser bedeutsam sind. Dem, was gute Pflege genannt wird, also entsprechende Arbeitsbedingungen, liegen unter anderem eine ganze Reihe von Faktoren zugrunde, die diese po-

sitiven Elemente der Qualitätssicherung in den jeweiligen Versorgungssituationen gewährleisten.

Insofern geht dieser Entwurf in die richtige Richtung, würde aber aus der Sicht der Wissenschaft noch stärker solche qualitativen Parameter in der Personalbesetzung berücksichtigen müssen.

Abg. **Dr. Thomas Spies:** Sie haben darauf verwiesen, dass Personalzahlvorgaben eine notwendige, aber nicht hinreichende Voraussetzung für Qualität sind. Erste Frage. Teilen Sie die Einschätzung, dass die Bestimmung weiterer Details – Personalzusammensetzung, Qualifikationsgrade, dass nicht irgendjemand auf der Intensivstation sein muss, sondern ein bestimmter Anteil von Fachkrankenschwestern und Fachpflegern mit Zusatzqualifikation Intensivmedizin und so etwas – auf dem Verordnungsweg und damit eher diskursiv mit den Anbietern lösbar ist? Können Sie sich vorstellen, dass man auf diesem Weg Ihre erweiterten Anforderungen hinbekommt?

Zweite Frage. Der Koalitionsvertrag im Bund sieht vor, dass Personalstandards über eine zusätzliche Finanzierung der Krankenhäuser eingeführt werden – damit würde sich auch die Konnexitätsfrage erledigen –, bei denen die Krankenkassen solche Personalstandards vereinbaren können. Halten Sie einzelne krankenhausbefugte Standards für ein adäquates Mittel oder wäre nicht eine Norm, die zumindest ein Grundsatz festlegt – ähnlich wie im Altenpflegebereich oder im Kindergarten, wo Personalstandards vorgegeben sind – ein adäquater Vorgang?

Herr **Prof. Dr. Stegmüller:** Zum Ersten Punkt. Es ist deutlich geworden, das war in der begleitenden Arbeitsgruppe unstrittig, und das ergibt sich aus der – wie wir das in der Wissenschaft sagen – Evidenzlage allüberall. Internationale Ergebnisse von Studien haben wir hinzugezogen. Ein Qualifikationsmix ist ein ganz entscheidender Punkt. Ein Qualifikationsmix meint, dass es eine ganz enge Bestimmung im Blick auf die Outcomes ist, dass wir eine hohe Qualifikation beim Personal haben müssen – das ist ganz wichtig – und dass es da auch eine entsprechende Korrelation zwischen Qualitätsparametern hinsichtlich der Qualifikation und hinsichtlich der Outcomes gibt. Das ist recht eindeutig.

Zum zweiten Punkt, ob es zur Frage Norm für solche Personalstandards Anhaltspunkte gibt, dass man entsprechend differenzieren könnte oder sollte. Aus unseren Gutachten können wir auch ableiten, dass man, da wir unterschiedliche Abteilungen in den Krankenhäusern untersucht haben, z. B. in der Geriatrie, aber auch in der Inneren oder in der Chirurgie, sicherlich innerhalb der jeweiligen Häuser – bzw. abteilungsspezifisch differenzieren muss. Das ist klar.

Das hat auch die alte Pflegepersonalregelung (PPR) vorgesehen, beispielsweise mit Blick auf ein Schweregrad der Patienten, die zu versorgen waren, und Ähnliches. Dennoch muss auf der Basis von Standards ähnlich, wie es vielleicht die alte PPR vorgegeben hat, einen Plafond geben, auf dessen Basis man abteilungsspezifisch je nachdem, welche Anforderung an das jeweilige Personal besteht, was im Wesentlichen durch die Patienten und deren Schweregrad evoziert wird, dann auch berücksichtigen. Insofern würde ich Ihre Frage in kurzer Form dahingehend beantworten wollen: Ja, wir brauchen Standards. Aber diese Standards müssen hinreichend flexibel sein, um der jeweiligen differenzierten und sich differenziert darstellenden Situation auf Station auch gerecht werden zu können.

Herr **Dr. Köbler**: Ich beziehe mich auf § 24 mit der Verwendung der Jahrespauschale. Ich kann nicht erkennen, warum es notwendig ist, dass daraus Zins- und Tilgung eines Darlehens bedient werden. Das ist in der dualen Förderung nicht vorgesehen. Wenn jetzt umgestellt wird, führt es dazu, dass sie bei schwankenden politischen Einflüssen in einem kommunalen Krankenhaus das Problem vor sich herschieben, dass der eine auf Zinslast investiert oder ein Haus überschuldet in die nächste Periode übergibt. Deswegen bitte ich, den Passus Zins zu streichen. In einer Niedrigzinsphase, wie jetzt, ist das irrelevant. Aus späterer Sicht, wenn wir wieder 5 %, 6 % Zinsen haben werden, und die werden wir bekommen, führt das lediglich dazu, dass die Häuser unter einen höheren ökonomischen Druck geraten. Das ist dazu die erste Anmerkung.

Das Zweite ist: Ich bin auch in Fachkommissionen in Thüringen und in Bayern tätig und kann an dieser Stelle nur eines bemerken, durch dieses Gesetz gibt das Land Hessen die dezidierte Planungshoheit ab, und wir kommen zu dem dringenden Problem, dass wir ähnlich wie in Südbayern auf Sicht beispielsweise eine Anzahl von Krankenhäusern im Bedarfsplan stehen haben, die der Versorgung nicht zuträglich sind. Anstatt man sich konzentriert, die Mittel zur vernünftigen Weiterentwicklung und auch an der Stelle zu verwenden, an der Bedarf besteht, wird auf diese Weise wie mit einer Gießkanne darüber gegossen. Ich muss das als Ablehnung der landesplanerischen Hoheit bezeichnen, und die Zurücknahme der landesplanerischen Hoheit kann ich nur grundsätzliche ablehnen, denn wir haben im Gesundheitswesen insgesamt zu wenig Einfluss, als dass man das auch noch aus der Hand geben sollte.

Ich wiederhole: Eine Überlagerung auf die Direktförderung bedeutet für mich eine völlige Einflusslosigkeit auf die Landeskrankenhausplanung, was dazu führt, dass wir – ich sage es einmal spöttisch, ich habe heute Morgen noch einmal den Herrn Schumpeter nachgeschaut – sechs Gleise nach Frankfurt einfahren haben, aber nur eines, das rausgeht. Das kann nicht Sinn und Zweck eines Gesetzes sein.

### **Kostenträger**

Herr **Metzger**: Ich darf heute für die Verbände der Krankenkassen insgesamt sprechen. Auch unsererseits ist es so, zu den Anmerkungen, die wir im letzten Jahr gegeben haben, keine Veränderungen zu haben.

Zum Gesetzentwurf der Landesregierung noch einmal den Hinweis, dass wir grundsätzlich eine Veränderung der Investitionsförderung auf Pauschalen befürworten. Wir möchten aber noch einmal darauf hinweisen, dass eine Veränderung der Finanzierungssystematik nicht dazu führt, dass der Investitionsstau behoben wird.

Zum Gesetzentwurf der SPD-Fraktion noch einmal der eher etwas allgemeine Hinweis. Wir stecken im Gesundheitswesen sehr häufig in einem Spannungsfeld, was staatlich gesetzgeberisch geregelt werden soll und was wir der Verantwortung der Akteure des Gesundheitswesens überlassen. Vielleicht sollte man in dieser Hinsicht über den einen oder anderen Punkt noch einmal nachdenken, ob man nicht das eine oder andere doch besser in der Hand der handelnden Akteure lässt.

Herr **Bartsch**: Ich spreche für die Krankenhausgesellschaft insgesamt. Die Krankenhausgesellschaft begrüßt alles, was der Aufrechterhaltung und Verbesserung einer qualitativ hochwertigen und sicheren Versorgung dient. Genau mit diesem Ziel prüfen wir den

Gesetzentwurf der Landesregierung und letztendlich auch den Gesetzentwurf der SPD-Fraktion.

Zunächst zum Entwurf der Landesregierung. Dieser Entwurf unterstützt aus unserer Sicht in hohem Maße unser Ziel. Warum sehen wir das so? Es sind im Kern drei Punkte. Erster Punkt. Er erhöht für die Geschäftsführung vor Ort die Flexibilität, beschleunigt unternehmerische Entscheidung und dies bei deutlich geringerer Bürokratie.

Zweiter Punkt. Wir haben einen kontinuierlichen Mittelzufluss bei den Krankenhäusern vor Ort. Auch dies schafft Planbarkeit, die jeder vor Ort braucht.

Der dritte Punkt. Der Gesetzentwurf enthält ein Sonderprogramm zu strukturellen Weiterentwicklung mit 120 Millionen €. Auch dies wird von uns begrüßt, weil wir heute damit einen Nutzen in den Krankenhäusern auslösen. Einziger Wermutstropfen: Es ist auf Darlehensbasis.

Eine Regelung fehlt, und darauf möchte ich besonders hinweisen. Sie müsste aus unserer Sicht ins Gesetz. Wir brauchen eine Regel, dass Fördermittelansprüche an einen Darlehensgeber abgetreten werden können. In der Regel ist es so, dass Krankenhäuser mit großem Volumen bauen, und wir brauchen vor Ort Sicherheiten, damit entsprechend Darlehen vergeben werden.

Noch Grundsätzliches zum Thema Investition, das auch bei meinen Vorrednern kam. Wir schätzen die Unterstützung und Anstrengung, die das Land für seine Krankenhäuser tätigt, sehr. Allerdings, wenn wir weiterhin längerfristig eine hochwertige moderne Medizintechnik, ansprechende Arbeitsplätze, aber auch ein Umfeld für Patienten haben wollen, brauchen wir eine höhere Investitionsquote. Heute haben wir eine Quote von etwa 5 %, wir brauchen eine von 8 %. Hinter dieser Prozentzahl verbirgt sich – darin sind Fachexperten inzwischen einer Meinung, das ist das Institut InEK, Wirtschaftsprüfer: Wir brauchen für die Krankenhäuser zusätzlich 150 Millionen € pro Jahr.

In Kürze startet die Arbeitsgruppe Bund-Länder in Berlin, die sich mit den zukünftigen Rahmenbedingungen beschäftigen. Wir begrüßen es sehr, dass Sie, Herr Minister Grüttner, bereits angekündigt haben, dass das Thema der Investitionsförderquote von Ihnen, also vom Land Hessen, auf die Agenda gesetzt werden soll. Was wir brauchen, ist einen nationalen Kraftakt, wo wir Land und Bund für diese 50 % zusammenbringen.

Zum Zweiten, zum Gesetzentwurf der SPD-Fraktion. Auch hier wieder die Prüfungen und Bewertung mit unserem Ziel der Aufrechterhaltung und Verbesserung einer hochwertigen qualitativ sicheren Versorgung. Hier sehen wir beim Gesetzentwurf der SPD aus unserer Sicht allerdings nur eingeschränkt, dass es diesem Ziel dient. Auch hier die Begründung in zwei Punkten.

Der erste Punkt ist vielleicht ein bisschen untergeordnet, aber ich fange damit an. Der Gesetzentwurf nimmt einen Großteil der Deregulierung von 2011 wieder zurück. Mit dieser Deregulierung haben wir eigentlich in den Krankenhäusern gute Erfahrungen gemacht. Ein Stichwort als Beispiel: keine direkte Bettenplanung. Allerdings wird in vielen Vorgaben oder Details, die in dem Entwurf vorgesehen werden, auf Verordnungen verwiesen, die wir nicht kennen. Insofern fällt es schwer, weitere Bewertungen darin insgesamt vorzunehmen.

Der zweite Punkt ist aus unserer Sicht der Kern des Entwurfs, nämlich die Einführung von Personalmindeststandards. Zunächst wird impliziert, Krankenhäuser beschäftigten zu

wenig Personal. Grundsätzlich begrüßt es die Hessische Krankenhausgesellschaft sehr, wenn Krankenhäuser mehr Personal beschäftigen können. Das ist überhaupt keine Frage. Entscheidender Punkt ist dabei, man muss auch festlegen, wie es finanziert wird. Dazu finden wir keine Bemerkung. Von uns ist ein Beispiel, wie man so etwas machen kann, die aktuelle Regelung zur Umsetzung des Infektionsschutzgesetzes. Hier wird zum Personal vorgegeben, wie viele in Krankenhäusern. Es wird gleichzeitig festgelegt, wie das finanziert wird. Beides muss stimmen.

Einmal von diesem Detail weg und zu etwas Grundsätzlichem. Krankenhäuser haben häufig individuelle, aber auch heterogene Strukturen in der Infrastruktur, aber auch in der Art, wie Prozesse laufen. Es werden auch – wir haben das vorhin gehört – Mitarbeiter in einem gewissen Mix eingesetzt. Das DRG-System, das wir haben, orientiert sich nur am Ergebnis, lässt alles vorher im Prozess und, wie wir es machen, offen. Genau dies stellen wir uns im Kern auch für das Thema Personal vor, sodass wir sagen: Lassen Sie uns eher Qualitätsergebnisse betrachten, als dass Personalstrukturen fixiert werden. Das wäre hier die grundsätzliche Richtung, die wir sehen.

Letzter abschließender Satz. Das beste Programm für Personal ist im Übrigen eine faire Finanzierung. Alles, was dieser fairen Finanzierung dient und letztendlich mit guten Preisen für die Krankenhäuser abgebildet wird, ist das beste Programm für Personal.

Herr **Connemann**: Ich kann es sehr kurz machen. Die Arbeitsgemeinschaft katholischer Krankenhäuser als Gliederung der Hessen-Caritas schließt sich vollinhaltlich der Hessischen Krankenhausgesellschaft an. Ich stehe natürlich für Fragen, die unseren Verband betreffen, gern zur Verfügung.

Abg. **Dr. Thomas Spies**: Herr Bartsch, ich hätte zwei Nachfragen. Erstens haben Sie darauf verwiesen, dass die Deregulierung der Krankenhausplanung in den letzten drei Jahren gute Erfahrungen zur Folge gehabt hätte. Nun stellen wir fest, dass wir gerade im Rhein-Main-Gebiet ein Überangebot haben, das sich fast von alleine gelöst hätte, nämlich durch Konkurs eines Krankenhauses. Ich will nachfragen, worin Sie für die Bildung einer pflegedeckenden geordneten Krankenhausstruktur mit Abstimmung nach sachlichen Erfordernissen den Vorteil einer flächendeckenden Krankenhausplanung sehen. Würde nicht eine Krankenhausplanung die Krankenhäuser aus der Situation herausnehmen, dass sie einerseits im Wettbewerb miteinander sich möglichst gegenseitig gerade im Ballungsraum die Patienten wegschnappen müssen, um zu überleben, wenn es denn zu viel Kapazität gibt, und gleichzeitig im Rahmen einer geordneten Krankenhausstruktur doch eigentlich viel stärker auf Abstimmung setzen müssten?

Zweite Frage. Sie haben eine Bemerkung zur Frage der Personalstandards in Bezug darauf gemacht, das würde unterstellen, die Krankenhäuser würden zu wenig Personal beschäftigen. Ich will die Frage einmal andersherum stellen. Im Bereich der Gesundheit gilt in der Regel, dass Sicherheitsstandards einzuhalten sind. Qualitätsrisiko darf gar nicht erst entstehen, sondern muss von vornherein ausgeschlossen sein. Es darf nicht gesehen werden, in wie vielen Fällen es tatsächlich zutrifft. Können Sie ausschließen, dass Krankenhäuser zu wenig Personal beschäftigen, wenn es laut der von der Landesregierung finanzierten Untersuchung Krankenhäuser gibt, die die PPR einhalten – ich war heute Morgen in einem – und 80 % Fachpflege auf der Intensivmedizin unterhalten, und es Krankenhäuser gibt, die PPR deutlich unterschreiten und für Pflegequoten in der Intensivpflegestation von 25 % haben? Könnte es nicht sein, angesichts eines unstrittigen linearen Zusammenhangs zwischen Pflege zu Patientenrelation und z. B. postoperativer

Mortalität, dass es durchaus Krankenhäuser gibt, die einen qualitativ erforderlichen Standard unterschreiten, zumal, wie uns die OECD letztes Jahr mitgeteilt hat, die durchschnittliche Zahl der Patienten pro Pflegekraft im Krankenhaus in Entwicklungsländern bei ungefähr 8 liegt und in Deutschland bei 10,3 und möglicherweise da durchaus ein nicht von den Krankenhäusern, sondern durch politische Steuerungsmechanismen und Unterfinanzierung verursachte, aber trotzdem vorhandene Personalunterdeckung gibt? Können Sie das ausschließen? Das wäre ja die Frage. Ein Risiko wollen wir ja ausschließen und nicht sagen, das käme nur selten vor.

Herr **Bartsch**: Zum ersten Teil. Die Hessische Krankenhausplanung hat in den letzten Jahren nach meiner Wahrnehmung primär politisch im Fokus, Unterversorgung zu verhindern und dort planerisch aktiv zu werden, deswegen auch im Kern, weil ein zweites politisches Ziel im Raum steht, Krankenhäuser einem Qualitätswettbewerb auszusetzen. Qualitätswettbewerb lebt ein kleines Stück davon, dass es mehr gibt, als man vielleicht braucht. Sonst gibt es nämlich keinen Wettbewerb. Insofern finde ich die Entwicklung der letzten Jahre unter diesen beiden Zielen richtig, dass man nämlich dann einschreitet, wenn sich Unterversorgung anbahnt. Zum Zweiten finde ich, Wettbewerb hält auch ein kleines bisschen mehr an Angebot aus, sonst gibt es nämlich keinen Wettbewerb.

Zur zweiten Frage. In den Krankenhäusern gibt es in der Tat grundsätzlich eine Personalbesetzung, bei der einzelne Mitarbeiter oder auch Gruppen von Mitarbeitern enorm belastet sind. Das hängt damit zusammen, dass man wiederum als politisches Ziel in den letzten Jahren postuliert hat, so viel wie möglich an Produktivitätserhöhung in die Krankenhäuser hineinzubringen. Das DRG-System hat die Verweildauer massiv reduziert, Fallzahlen sind erhöht worden, und die Zahl der Mitarbeiter ist nicht im gleichen Maße gewachsen – also große Belastung.

Insofern stimme ich Ihnen zu, dass man für die Mitarbeiter im Krankenhaus etwas tun muss. Aus meiner Sicht müssen aber ausreichend Finanzmittel zur Verfügung gestellt werden, damit auch ausreichend Mitarbeiter beschäftigt werden. Unser Ansinnen von der Krankenhausgesellschaft ist es, mehr die Sache vom Ergebnis, also vom Ende her zu betrachten und weniger von den reinen Strukturfragen. Wie man zum Ergebnis kommt, das hat wiederum etwas mit der Arbeit und den unterschiedlichen Bedingungen vor Ort zu tun.

Abg. **Dr. Thomas Spies**: Herr Bartsch, Sie haben völlig zu Recht darauf verwiesen, dass die Frage Personal und verfügbare Mittel in einem Zusammenhang stehen muss. Nun stellen wir fest, dass wir seit vielen Jahren alle hören, dass es ein Problem mit dem Personal im Krankenhaus gibt, aber die Mehrmittel nicht zur Verfügung standen. Die Große Koalition sieht vor, dass die Mittel für Krankenhäuser aufgestockt werden und die Krankenkassen anschließend die Tatsache, dass diese Mittel tatsächlich in Personal und nicht in irgendetwas anderes gehen sollen, Personalstandards vereinbaren sollen. Ich formuliere es etwas salopp: Würden Sie sich nicht lieber mit Herrn Grüttner über eine Rechtsverordnung verständigen als mit Herrn Metzger über den zu vereinbarenden Vertrag?

Herr **Bartsch**: Herr Dr. Spies, ich gebe Ihnen eine Antwort wie das Orakel von Delphi. Wir sprechen mit allen Partnern im Gesundheitsbereich gern.

## Fachkräfte

Herrn **Kleinschmidt**: Ich möchte im Wesentlichen auf unsere Stellungnahme aus dem August 2013 verweisen, der wir im Großen und Ganzen nichts Neues hinzuzufügen haben. Zur Erklärung heute möchte ich mich weitestgehend den Ausführungen von Prof. Dr. Stegmüller anschließen, der sehr schön auch über das Gutachten herausgearbeitet hat, dass eine absolute Notwendigkeit besteht, Personalmindeststandards einzuführen. Wir haben in den letzten Jahrzehnten eine deutliche Fehlentwicklung bei der Personalausammensetzung im Krankenhaus erleben müssen, die einseitig zulasten des Pflegepersonals gegangen ist. Wir sind der festen Überzeugung, dass hier nur durch eine entsprechende Regelung eine Korrektur stattfinden kann.

Herr **Giesl**: Da die meisten der Liga-Krankenhäuser bei der Hessischen Krankenhausgesellschaft organisiert sind, verzichten wir auf eine Stellungnahme und schließen uns der Meinung der Hessischen Krankenhausgesellschaft an. Insofern bezieht sich unsere Stellungnahme heute nur auf den SPD-Entwurf und da auf das Gesetz über die Betreuungs- und Pflegeleistungen. Der Entwurf enthält wesentliche Teile, die schon im letzten Entwurf enthalten waren. Deshalb versuche ich, es etwas kurz zu fassen.

Der Vorschlag, dass § 8 zu streichen ist, wird von uns unterstützt, weil es nach wie vor alle professionell in der Pflege beschäftigten Mitarbeiter kriminalisiert und unter einen Generalverdacht stellt. Insofern ist aus unserer Sicht nach wie vor Korrekturbedarf gegeben.

Was § 9 betrifft, geht es um die Beschäftigung im Bereich des Hessischen Betreuungs- und Pflegegesetzes. Wir begrüßen es erst einmal, dass hier eine Regelung im HPBG erfolgen soll. Es ist sehr wesentlich, was das Personal betrifft. Es sollte nicht auf dem Verordnungsweg, wie es ursprünglich geplant war, geregelt werden, sondern der Kern sollte im Gesetz geregelt werden, da auch hier die Einflussnahme größer ist.

Da das nur drei Punkte sind, will ich inhaltlich kurz etwas dazu sagen. Es ist zumindest quantitativ überschaubar, was dort gefördert wird. Zum einen, dass die Fachkräfte mit mindestens der Hälfte der tariflichen Arbeitszeit beschäftigt werden sollen, ist das schon einmal ein Fortschritt. Das letzte Mal wurde noch gefordert, dass jede Stelle eine Vollzeitstelle sein muss. Das entspricht einfach nicht der Realität in den Pflegeeinrichtungen. Das heißt, wer sich schon einmal mit den Leitungskräften unterhalten hat – das ist ähnlich wie in der Krankenhaussituation mit dem Personal –: Es ist unheimlich schwierig, einen Dienstplan zu erstellen. Wenn Sie dann vorschreiben, dass Mitarbeiter mit mindestens 50 % Beschäftigungsgrad beschäftigt werden, ist es kaum noch möglich, einen Dienstplan zu erstellen, der funktioniert. Das muss man noch einmal überdenken.

Es ist aus unserer Sicht nicht erforderlich, weil es sowohl Mitarbeiter gibt, die gern mit geringerem Stundenumfang arbeiten möchten, und es für die Einrichtung wichtig ist, flexibel auf Auslastungsschwankungen und Schwankungen der Einstufungen zu reagieren. Insofern wird dieser Punkt von uns abgelehnt.

Im nächsten Punkt geht es um die Fachkraftquote. Die beträgt in Hessen bekanntermaßen 50 % für den Bereich des Hessischen Betreuungs- und Pflegegesetzes. Das ist ein Relikt aus der Vergangenheit. Irgendwann hat man einmal gestartet und wusste noch nicht genau, was die Anforderungen sind. Man hat gesagt: Wir machen 50 % Fachkräfte. – Wir und auch die MDK-Berichte können derzeit nicht ableiten, dass es tatsächlich eine Kausalität zwischen Fachkraftquote und einer Ergebnisqualität gibt, was aber nicht

heißt, dass wir Fachkräfte für entbehrlich hielten. Es ist aber schon seit Jahren klar, dass die Fachkräftequote in Hessen in der Fläche nicht einzuhalten ist. Das heißt, das Gesetz gibt etwas vor, was faktisch nicht zu erreichen ist, und stellt damit die Einrichtungen in eine Grauzone.

Insofern finden wir den Vorschlag der SPD in dem Sinne gut, dass sie sagen, dass die staatlich anerkannten Hilfskräfte, die eine einjährige Ausbildung haben, zu einem gewissen Grad auf die Fachkräftequote angerechnet werden können. Das löst nicht das Problem des Fachkräftemangels insgesamt, das ist völlig klar. Das bleibt davon untangiert. Aber zumindest holt es die Einrichtung aus der Grauzone heraus.

Zuletzt geht es um die Absicht, die Mindestzahlen der Beschäftigten im Bereich des Hessischen Betreuungs- und Pflegegesetzes zu regeln. Sehen Sie uns das nach, aber die Vergangenheit hat uns gelehrt, dass in der Regel erst Mindeststandards gesetzt wurden und dann die Finanzierung doch nicht erfolgt ist. Das betrifft nicht nur das Personal, das betrifft auch andere Standards. Es besteht ein gewisses Misstrauen, dass wir nicht gleich Hurra schreien. Natürlich haben wir auch in den Pflegeeinrichtungen zu wenig Personal, das ist völlig unstrittig. Diese beiden Fragen gehören für uns zusammen. Man kann nicht die eine Frage diskutieren und dann erst einmal schauen, was mit der zweiten Frage, der Finanzierung, geschieht. Insofern sind wir erst einmal in diesem Punkt zurückhaltend.

Herr **Wagner**: Auch ich habe gegenüber unseren mündlichen Ausführungen vom 22. August 2013 nicht mehr viel hinzuzufügen. Vieles ist hier schon gesagt worden zum Gesetzentwurf von CDU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, zum Spannungsfeld zwischen Flexibilisierung und Erleichterung der Bürokratisierung versus fehlender Einflussnahme des Landes bzw. Zurückdrängen der Einflussnahme des Landes.

In Bezug auf den Gesetzentwurf der SPD ist es nochmals unser Anliegen, mit aufzubringen und zu sagen, dass § 15 des Gesetzes klargestellt werden muss, weil wir in der Praxis immer wieder erleben, dass die Beteiligung an wahlärztlichen Leistungen, bei denen der Chefarzt nicht selbst liquidiert, leider zulasten der Beschäftigten – nicht nur der ärztlichen Mitarbeiter, sondern auch der weiteren beteiligten Mitarbeiter – unterlaufen wird. Zum anderen halten wir Qualitätssicherung auch für erforderlich, eine gesetzlich vorgegebene Zeiterfassung für die entsprechenden Mitarbeiter, weil wir im Jahr 2014 immer noch zum Teil erheblichen Missbrauch feststellen müssen.

Herr **Krieger**: Ich beziehe mich auch auf die schriftliche Stellungnahme, die wir schon abgegeben hatten und möchte doch noch einmal ansprechen, dass auch in diesem Entwurf der Regierung die Berufe, die in der Psychotherapie, vertreten sind – nämlich psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten –, sich im Gesetzentwurf nach wie vor nicht wiederfinden, was der Versorgungsrealität in den Krankenhäusern nicht entspricht.

Insofern ist der SPD-Entwurf aus unserer Sicht der realitätsangemessenere. Auch, was die dort geforderte Mindestpersonalzahlen betrifft, ist es der Entwurf, den wir für den sachgerechteren halten, vor dem Hintergrund, dass gerade im Bereich der Psychotherapie und der sprechenden Medizin das Verhältnis von Personal zu Kranken von Psychotherapeuten zu psychisch kranken Menschen eine ganz entscheidende Rolle spielt. Deshalb macht diese Forderung nach einer Mindestpersonalzahl gerade im Bereich psychischer Erkrankungen besonderen Sinn. Zugegebenermaßen entfaltet sie nur dann Wirksamkeit, wenn damit auch eine Finanzierungsvorschrift verbunden ist. Für sich genom-

men wird eine Forderung nach Mindestpersonalzahl vermutlich wenig Wirksamkeit entfalten.

Die im Einzelnen im SPD-Entwurf aufgeführten Vorschläge zur Berücksichtigung von Psychotherapeuten unterstützen wir durchweg. Das betrifft insbesondere die Zusammenarbeit im ambulanten Bereich, wo nicht nur mit Ärzten und sicher mit Psychotherapeuten zusammengearbeitet werden sollte – das betrifft § 4 –, aber insbesondere auch die Möglichkeit, Organisationseinheiten, sofern es sich um psychotherapeutische Organisationseinheiten handelt, wie im SPD-Entwurf vorgesehen, auch in psychotherapeutische Leitung zu führen.

Die Tendenz der neuen Landesregierung, im Zusammenhang mit dem Psychisch-Kranken-Gesetz psychische Erkrankungen stärker zu berücksichtigen oder vielleicht einmal anders darüber zu denken, vermisse ich beim Entwurf des Krankenhausgesetzes und möchte abschließend noch einmal darauf hinweisen, dass psychische Erkrankungen keine zu vernachlässigende Größe sind, sondern in jeder Hinsicht natürlich auch im stationären Bereich steigen. Die Zahlen nehmen zu, sodass die Nichterwähnung unserer Berufsgruppen uns erstaunt.

Herr **Ahäuser**: Ich beziehe mich auch auf unsere Stellungnahme vom 8. August 2013. Ich will wenige Anmerkungen hinzufügen. Ich finde es interessant, dass wir zwei Änderungsvorschläge haben, über die wir inhaltlich im Zusammenhang reden. Das eine ist die Situation der Investitionsmaßnahmen bzw. der Kosten. Das andere ist das Thema Personalmindeststandards. Als ich die Texte vor ungefähr einem Jahr gelesen habe, habe ich gedacht, wie das in Verbindung zu sehen ist. Ich glaube, die Anmerkungen haben heute schon ziemlich deutlich gemacht, dass das eine mit dem anderen sehr eng zusammenhängt.

Unser Blick auf die Krankenhauslandschaft in Deutschland und besonders in Hessen steht genau auf dieser Verbindung. Wir haben in den letzten Jahren einen Investitionsstau. Das hat in diesem Raum überhaupt niemand bezweifelt. Deswegen ist es unsere erste und maßgebliche Aussage: Es ist nicht entscheidend, in welcher Art und Weise, ob Einzelförderung oder Pauschalförderung, das Land seinen Verpflichtungen aus dem Krankenhausfinanzierungsgesetz nachkommt, sondern es ist entscheidend, dass die Höhe der Investitionskosten passt. Da bin ich bei Herrn Bartsch, wenn er sagt, das Volumen muss aufgestockt werden. Das war in den letzten Jahren eines der größten Probleme im Krankenhausbereich.

Die fehlenden Investitionsmittel sind letztendlich aus Betriebsmitteln genommen worden. In der Konsequenz hat das die finanziell schwierige Lage der Krankenhäuser einerseits zur Folge gehabt. Das heißt, die entscheidende Frage für uns ist die tatsächliche Höhe der Investitionspauschalen, die es geben wird. Ich bin mir nicht sicher – es steht „ab 2015“ und orientiert sich an der Haushaltssituation 2015 jenseits der 120 Millionen € –, ob diese Haushaltssituation 2015 dem entspricht, was ich gerade dargestellt habe.

Ich denke aber auch, ein Problem der pauschalen Förderung ist tatsächlich die Frage der Steuerbarkeit. An der Stelle haben wir auch mindestens zu bedenken gegeben, dass das ein Nachteil dieser Systemänderung ist. Man kann weniger gezielt tatsächlich strukturell und qualitativ steuern.

Der zweite Punkt ist das, was wir in den Krankenhäusern gehabt haben. Ich finde es schon interessant, wenn man sagt, dass man die Kostenseite, was die Personalsituation

anbelangt, im Blick haben muss. Wie ist es denn in den letzten Jahren gewesen? – Es war die Situation, dass die Tatsache der fehlenden Investitionsmittel unter anderem, aber auch maßgeblich, dazu geführt hat, dass sich der Wettbewerb im Bereich des Personals abgespielt hat.

Ich habe oft erlebt, dass uns, egal ob öffentliche oder private, Krankenhauseinrichtungen vorgehalten haben, dass die Tarifforderungen, also die Kosten für das Personal, zu hoch sind, weil mit Blick auf den Wettbewerb gesagt wurde, dass die entsprechenden Personalkosten doch zu hoch seien. Das hat zur Folge gehabt, dass die Situation insbesondere im Pflegebereich angespannt war und noch ist. Sie hat sich vielleicht in den letzten Monaten ganz vorsichtig etwas gebessert. Aber sie ist noch lange nicht da, wo sie unseres Erachtens sein müsste.

Deswegen ist der Zusammenhang, wenn ein Krankenhausgesetz geändert wird, durchaus sehr sinnvoll. Daher sind wir dankbar, dass die Sozialdemokraten an der Stelle einen Gesetzentwurf vorgelegt haben, dem wir in der Frage der Mindeststandards natürlich zustimmen.

Noch eine Anregung. Mein Vorredner hat auf den Vorschlag zur Änderung des Hessischen Gesetzes zur Betreuungs- und Pflegeleistungen hingewiesen. Ich kann das nicht so sehen. Es gibt sehr viele Einrichtungen, die eine Pflegekraftquote von sogar über 50 % aufweisen. Das sind sozusagen die Dummen, um das einmal deutlich zu machen. Wir verstehen nach wie vor nicht, weshalb diese Fachkraftquote noch abgesenkt werden soll. Wenn wir von Qualität in der Pflege reden, ist es unsere Auffassung, dass wir diese Fachkraftquote bei 50 % im Pflegebereich halten müssen.

Abg. **Dr. Thomas Spies:** Herr Krieger, im Zusammenhang mit dem Vorschlag, die Möglichkeit der Leitung einer psychiatrietherapeutischen Behandlungseinheit auch in der Hand eines Psychologischen Psychotherapeuten zu lassen, wurde mir gelegentlich der Einwand entgegengebracht, dass, sofern doch medizinische Probleme auftreten würden, ein Psychologischer Psychotherapeut nicht in der Lage wäre, solche Probleme zu lösen. Halten Sie das für eine Schwierigkeit, oder wie gehen Sie davon aus, wie damit umgegangen wird?

Herr **Krieger:** Das halte ich durch konsiliarische Tätigkeit für eine lösbare Schwierigkeit. Der Einwand trifft nicht die grundsätzliche Überlegung, die doch – siehe SGB V und die Veränderung, die dort in Folge des Psychotherapeutengesetzes vor 15 Jahren vorgenommen worden sind – von einer rechtlichen Gleichstellung der akademischen Heilberufe Psychologischer Psychotherapeuten ausgeht. Die daraus unterschiedlichen Tätigkeitsprofile sind kein Hinderungsgrund für die Übernahme von Leitung von Organisationseinheiten, wenn es primär um psychotherapeutische Leistungen geht.

Herr **Dr. Schwarzkopf-Steinhäuser:** Vom Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte haben wir im August 2013 eine schriftliche Stellungnahme abgegeben, die im Wesentlichen noch identisch ist.

Was die Ablehnung der Pauschalförderung angeht, hat sich nichts geändert. Ich bin verwundert, dass es nach Eintritt der GRÜNEN in die Landesregierung so geblieben ist.

Ich möchte an einem Punkt, was die Personalregelung angeht, noch ergänzen, weil darauf Bezug genommen worden ist. Zu den Personalregelungen im Hygienebereich möchte ich das dahingehend unterstreichen. Ich selbst bin Krankenhaushygieniker von einem großen kommunalen Klinikverbund in Bayern und erlebe folgende Situation, dass es positiv ist, dass dort mehr Hygienefachpersonal eingesetzt ist. Aber was erlebt das Hygienepersonal vor Ort? – Wir können die Vorgaben, die Ihr uns macht, im tagtäglichen Leben nicht umsetzen, weil nicht ausreichend Fachpersonal insbesondere in den Risikobereichen vorhanden ist, sprich: ganz normale Tätigkeiten, was die Einhaltung von Hygienevorgaben angeht.

Deswegen befürworten wir ausdrücklich eine Personalregelung im Sinne des vorgelegten Gesetzentwurfs der SPD-Fraktion. Ich möchte nicht erleben, dass erst Skandale eintreten müssen. Im Hygienebereich sind in den letzten Jahren Skandale eingetreten. Das hat dazu geführt, dass man die Notwendigkeit von gesetzlichen Regelungen, auch der Personalregelungen, gefunden hat. Ich nenne nur Stichworte im Risikobereich, was gerade die neonatologischen Intensivstationen angeht, sind Skandale eingetreten.

Man muss zwischen dem unterscheiden, was von den Fachgesellschaften gefordert wird, was die Personalregelungen angeht, was die Rechtsprechung in diesem Bereich angeht – Stichwort Bremen –, und hier in der Folge nichts. Ich bin erstaunt, dass die Krankenhausgesellschaft dahingehend keine Forderungen stellt. Ich bin der Meinung, dass diese Forderungen für diesen Bereich dringend aufgestellt werden müssen, und halte eine Mindestpersonalbesetzung für notwendig. Ich möchte noch einmal an Herrn Stegmüller verweisen. Es geht nicht um Köpfe und Personen, sondern um das Mix insgesamt, was die Zusammensetzung von Personal in den bestimmten Bereichen angeht. Wir brauchen einen entsprechenden Mix, um das richtig zu regeln. Gesetzliche Regeln als Grundlage, Ausgestaltung dann auf dem Verordnungsweg.

### **Krankenhausträger**

Herr **Hartjes**: Der Klinikverbund Hessen – ich fasse mich auch relativ kurz – schließt sich inhaltlich der Hessischen Krankenhausgesellschaft an. Wir haben nur einen Punkt, den ich besonders betonen muss, der auch eine gewisse Dringlichkeit hat. Die Höhe der Investitionsmittel ist natürlich vollkommen unzureichend, um die notwendigen Investitionen in Wirtschaftlichkeit und Qualität der Kliniken durchführen zu können. Wir werden also die Spirale des Investitionsstaus damit nicht lösen, sondern immer weiter verschärfen.

Herr **Mägdefrau**: Wir schließen uns in vollem Umfang der Stellungnahme der Hessischen Krankenhausgesellschaft an, an deren Zustandekommen wir genau wie die anderen Trägerverbände mitgewirkt haben.

Herr **Schwab**: Wir möchten zum Gesetzentwurf der Landesregierung darauf hinweisen, dass der Investitionsstau durch das Gesetz nicht behoben wird. Wir fordern weiterhin, dass eine Abtretungsmöglichkeit ins Gesetz aufgenommen wird. Das ist für uns entscheidend, um vor Ort tatsächlich eine Kreditgewährung erhalten zu können. Im Weiteren schließen wir uns vollumfänglich der Stellungnahme der Hessischen Krankenhausgesellschaft an.

Herr **Belling**: Auch ich schließe mich weitgehend den Ausführungen der Hessischen Krankenhausgesellschaft an, möchte aber zwei Besonderheiten hervorheben. Zum einen halten wir es für zwingend, dass es eine Regelung in dem Gesetzestext gibt, die eine Regelung zur Verpflichtung aus Mietverträgen aufnimmt.

In den vergangenen Jahren sind im Rahmen der Dezentralisierung und der gemeindenahen Psychiatrie viele Tageskliniken eröffnet worden, die sehr weitgehend über Mietverträge gefördert worden sind, für die es keine Einzelfördermittel gab. Die Summe dieser Mietverpflichtungen beträgt allein bei Vitos 1,3 Millionen €. Diese Mieten wären aufgrund der finanziellen Ausstattung nicht gedeckt. Ich sehe die Gefahr, das trifft für uns im besonderen Maße, aber sicherlich auch auf andere zu, dass die Errungenschaften der Dezentralisierung der Psychiatrie und insbesondere auch der Kinder- und Jugendpsychiatrie dadurch gefährdet würden.

Wenn die Mieten nicht gefördert werden, müssten die Mittel woanders herkommen. Diese Möglichkeit sehe ich im Moment nicht, sodass drohen würde, dass Errungenschaften der Dezentralisierung und der Gemeindenähe der Psychiatrie verlorengehen würden. Insbesondere in der Kinder- und Jugendpsychiatrie haben unsere Tageskliniken und die angeschlossenen Psychiatrien insgesamt Ambulanzen weitgehend in Hessen schon die ambulante Versorgung aufgenommen. Ich hielte es für eine Katastrophe, wenn es hier zu Schließungen von kinder- und jugendpsychiatrischen Tageskliniken kommen müsste.

Deswegen schlagen wir vor, dass § 25 Abs. 1 um einen Satz ergänzt wird: „Dies gilt auch für Verpflichtungen aus Mietverträgen, die aufgrund von Mietfördermaßnahmen nach § 27 HKHG 2011 abgeschlossen wurden.“

Die zweite Anmerkung ist, dass es aus unserer Sicht nicht nachvollziehbar ist, dass es eine Unterscheidung zwischen der Notfallversorgung in der Somatik und der Pflichtversorgung in der Psychiatrie gibt. Die Pflichtversorgung in der Psychiatrie ist das, was in der Somatik die Akutversorgung ist. Für diese Häuser steht ein 15-prozentiger Zuschlag in den Investitionspauschalen zur Verfügung. In Hessen wird die Pflichtversorgung zu einem großen Teil – noch lange nicht gänzlich – durch psychiatrische Fachkliniken gewährleistet. Hier fordern wir die Gleichstellung der Pflichtversorgung aller dort Beteiligten mit der Notversorgung in der Somatik.

Abg. **Dr. Thomas Spies**: Herr Belling, vielen Dank für Ihre wichtigen Hinweise zur Frage der Notfallversorgung in der Psychiatrie. Mir war vorher auch schon klar, dass man das adäquat sehen muss. – Ich habe noch eine Frage zu einem ganz anderen Komplex, der den anderen Gesetzentwurf betrifft. Sie sind einer Personalregelung unterworfen durch die Psychiatriepersonalverordnung. Ist das Teufelszeug?

Herr **Belling**: Das ist natürlich kein Teufelszeug. Wir haben nur die Besonderheit, dass die Psychiatriepersonalverordnung im Moment über Bundesgesetz abgeschafft wird. Das ist eine Regelung, die unmittelbar auch die Finanzierung betrifft. Trotzdem gab es parteiübergreifend und bezogen auf alle Kassenseiten und dergleichen ein hohes Maß an Einigkeit, dass das abgeschafft werden soll, und zwar deswegen, weil an anderer Stelle diese Strukturqualitätsvorgaben in der Regel nicht im Gesetz vorhanden sind und nicht verpflichtend finanziert werden. Sofern sie finanziert werden, ist das erst einmal eine gesicherte Strukturqualität.

Wir alle wissen aber, dass die Finanzierung von Strukturqualität nur der eine Faktor ist. Das Zweite ist: Welche Prozessqualitätsmerkmale erreiche ich mit der Strukturqualität? Die dritte und entscheidende Frage ist für den Patienten von hoher Bedeutung: Welche Ergebnisqualitätsmerkmale können mit einer Strukturqualität tatsächlich erreicht werden?

Insofern würde ich mich zur Psychiatriepersonalverordnung in jedem Fall bekennen, wenn sie finanziert wird. Aber ich glaube auch, dass sie durch Merkmale der Ergebnisqualität ergänzt werden muss.

Abg. **Marjana Schott:** Meine Frage ist relativ allgemeiner Natur. Deswegen mag sie beantworten, wer sich dazu imstande sieht. Ich begegne in Gesprächen in Krankenhäusern immer wieder dem Begriff Überlastungsanzeige, und zwar egal, in welchem Krankenhaus ich bin. Ich wüsste gern, ob es Krankenhäuser gibt, bei denen es das nicht gibt. Oder wie ist das Verhältnis von Krankenhäusern zueinander auf dieses Thema bezogen? Wie viele haben Überlastungsanzeigen, wie viele haben keine?

Herr **Bartsch:** Vorhin habe ich vom Orakel von Delphi gesprochen. Das will ich jetzt nicht wiederholen. Ich fange aber deswegen so an, weil ich damit ein Stück zum Ausdruck bringen will: Wir können als Krankenhausgesellschaft nicht für jedes einzelne Krankenhaus sprechen. Ich glaube sehr wohl, dass es so etwas in den Krankenhäusern gibt, auch in der Frage der Personalausstattung und der Belastung. Ich glaube, es gibt saisonale Schwankungen und Schwankungen in den Disziplinen, sodass es ganz schwer ist, dazu eine allgemeine Aussage zu treffen. Es ist für mich grundsätzlich aber ein Symptom – das ist durch viele Redner wahrnehmbar geworden – an den Krankenhäusern sichtbar, dass das Personal sehr sehr belastet ist und es viel zu tun hat. Man muss in den nächsten Jahren alles daransetzen, dass wir dort etwas mehr an Entspannung hineinbekommen. Die Zahl der Patienten wird sicherlich nicht zurückgehen.

Herr **Prof. Dr. Stegmüller:** Ich fühle mich insoweit berufen, diese Fragen zu beantworten, als Sie jedenfalls für die hessische Studie explizit danach gefragt haben. Aber es war ein Fragenkomplex mit Blick auf mehrere Bereiche des sogenannten betrieblichen Gesundheitsmanagements. Frau Schott, ich bin mir darüber im Klaren, dass das nicht identisch ist. Es könnte durchaus in diesem Kontext auch genannt werden. In dieser Studie ist auch deutlich geworden, dass wir eine ganze Reihe von Ansätzen des betrieblichen Gesundheitsmanagements in diesen untersuchten Häusern hier in Hessen haben.

Ich will auch nicht das Orakel von Delphi bemühen, um zu sagen, was sich im Einzelnen dahinter verbirgt. Aber es ist deutlich geworden, dass es durchaus vonseiten der Beschäftigten einen Verbesserungsbedarf gibt. Es deckt sich, dass die Beschäftigten in den untersuchten Krankenhäusern sehr wohl den Eindruck haben – das hat sich verdichtet in diesem Begriff der Arbeitsspitzen, die im alltäglichen Geschehen der Pflegebeschäftigten nicht mehr kompensierbar sind. In diesem Begriff der nicht mehr kompensierbaren Beeinträchtigungs- und Überlastungsspitzen mag das in diese Richtung gehen, dass es tatsächlich schon eine ist – das ist nichts Hessenspezifisches, sondern überall so –, dass eine ganze Reihe von Beschäftigten den Eindruck haben und dieses zum Ausdruck bringen, dass diese Arbeitsbedingungen doch zumindest insbesondere in den Arbeitsspitzen nicht mehr kompensierbar als sehr schwierig und nahezu als unerträglich erachtet wird.

**Vorsitzende:** Ich habe keine weiteren Wortmeldungen mehr. Damit sind wir am Ende dieser Anhörung. Ich darf mich bei den Sachverständigen für Ihr Kommen und Ihre punktgenaue und sehr konzentrierte Wortäußerungen ganz herzlich bedanken und wünsche Ihnen einen guten Heimweg.