



Stenografischer Bericht

(ohne Beschlussprotokoll)

– Öffentliche Anhörung –

86. Sitzung des Sozial- und Integrationspolitischen Ausschusses

9. August 2018, 18:20 bis 19:40 Uhr

Anwesend:

Vorsitzende Claudia Ravensburg (CDU)

CDU

Abg. Sabine Bächle-Scholz
Abg. Dr. Ralf-Norbert Bartelt
Abg. Birgit Heitland
Abg. Irmgard Klaff-Isselmann
Abg. Bodo Pfaff-Greifenhagen
Abg. Michael Reul
Abg. Ismail Tipi
Abg. Tobias Utter

SPD

Abg. Ulrike Alex
Abg. Corrado Di Benedetto
Abg. Uwe Frankenberger
Abg. Lisa Gnadl
Abg. Gerhard Merz
Abg. Ernst-Ewald Roth
Abg. Dr. Daniela Sommer

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Abg. Marcus Bocklet
Abg. Sigrid Erfurth
Abg. Hildegard Förster-Heldmann

DIE LINKE

Abg. Marjana Schott

FDP

Abg. Stefan Müller (Heidenrod)

Fraktionsassistentinnen und -assistenten:

Yvonne Kremer (Fraktion der CDU)
 Hiltrud Wall (Fraktion der SPD)
 Mareike Lieb (Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)
 Christiane Böhm (DIE LINKE)
 Vera Toth (Fraktion der FDP)

Landesregierung, Rechnungshof, etc.:

Name - Bitte in Druckbuchstaben -	Amts- bzw. Dienst- bezeichnung	Ministerium, Behörde
Beuler	ROR	STK
Lauke	Kundendienst	HRSI
Dr. W. Dippel	StS	LMSI
Tiemann	L.MR'z	"
Henz	RD	HMSI

Anzuhörende:

Institution	Name
Hessischer Landkreistag	Direktor Prof. Dr. Hilligardt RL Robert Stark
Hessischer Städtetag	Referatsleiter Dr. Ben Michael Risch
ÄGIVO eG	Vorstand Thomas Fuckner Dr. med. Gerhard Wetzig
Hessen-Caritas	Hubert Connemann
Arbeitsgemeinschaft katholischer Krankenhäuser in Hessen	Hubert Connemann Dr. Dirk Fellermann
BKK Landesverband Süd Regionaldirektion Hessen	Dr. Andreas Braun
Hessische Krankenhausgesellschaft e. V.	Vizepräsident Dieter Bartsch
Klinikverbund Hessen e. V.	Geschäftsführer Reinhard Schaffert stellv. Vorsitzender Clemens Maurer
Landesärztekammer Hessen	Dr. Susanne Johna
Landesverband der Hessischen Hebammen	2. Vorsitzende Susanne Otte-Seybold
Landesverband der Privatkliniken Hessen und Rheinland-Pfalz	Aguedita Afemann
Marburger Bund Landesverband Hessen	Dr. Lars Bodammer
Psychotherapeutenkammer Hessen Geschäftsstelle	Kammerpräsidentin Dr. Heike Winter Geschäftsführer Olaf Diederichs
Sozialverband Vdk Hessen-Thüringen e. V. Landesgeschäftsstelle	Philipp Stielow
Universitätsklinikum Frankfurt Personalrat	Cornelia Stark
Verband der Ersatzkassen (vdek) e. V. Landesvertretung Hessen	Claudia Ackermann (vdek) Rainer Sand Dr. Roland Strasheim (AOK)
Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V. (VKD)	Landesvorsitzender Hubert Connemann
ver.di Landesbezirk Hessen	Landesbezirksfachbereichsleiter Georg Schulze-Ziehaus
Vitos GmbH	Geschäftsführer Reinhard Belling

Protokollführung: Henrik Dransmann, Beate Mennekes

Öffentliche mündliche Anhörung zu dem**Gesetzentwurf****der Fraktionen der CDU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN für ein Gesetz zur Änderung des Hessischen Krankenhausgesetzes 2011 und anderer Rechtsvorschriften****– Drucks. [19/6548](#) –**

hierzu:

Stellungnahmen der Anzuhörenden

– Ausschussvorlage/SIA/19/133 –

(Teil 1, verteilt am 19.07.18, Teil 2 am 01.08.18, Teil 3 am 14.08.18
Teil 4 am 15.08.18)**Vorsitzende:** Sehr geehrte Kollegen und Kolleginnen, sehr geehrte Anzuhörende! Ich darf Sie ganz herzlich begrüßen.

Ich darf Sie darauf aufmerksam machen, dass wir heute eine zeitliche Begrenzung für die Redebeiträge haben. Uns allen sind die schriftlichen Stellungnahmen zugegangen, deshalb bitten wir Sie ganz herzlich, sich auf drei Minuten zu beschränken. Sie wissen sicherlich, dass die Abgeordneten dann immer noch die Möglichkeit haben, vertiefende Fragen zu stellen.

Herr Prof. **Dr. Hilligardt:** Frau Vorsitzende, meine Damen, meine Herren! Ich nehme für den Hessischen Landkreistag Stellung zum vorliegenden Gesetzentwurf zur Änderung des Hessischen Krankenhausgesetzes.

Zwei Vorbemerkungen: In den Grundzügen begrüßen wir dieses Gesetz – erste Vorbemerkung –, auch wenn es – das ist meine zweite Vorbemerkung – die Finanzen nicht in der Art und Weise thematisiert, wie wir es gerne gesehen hätten. Ich wiederhole gern – das haben wir auch an anderer Stelle schon gesagt –, dass wir uns den Berechnungen der Hessischen Krankenhausgesellschaft, nach denen jährlich 150 Millionen € zusätzliche Investitionsmittel in Hessen pro Jahr erforderlich wären, ausdrücklich anschließen. Wir hätten es für gut befunden, wenn diese Thematik Niederschlag in dem Gesetzentwurf gefunden hätte. Natürlich sollten diese 150 Millionen € aus originären Landesmitteln finanziert werden. Die Forderung ist nicht neu. Da ihr aber bislang noch nicht nachgekommen worden ist, sei sie hier noch einmal hinterlegt.

Zum Gesetzentwurf kurze Anmerkungen zu drei Themen:

Erstens. Die vorgesehene Regelung in § 19 Abs. 1 Satz 2, mit der einer automatischen Übernahme der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren des Bundesrechts der Weg bereitet werden soll, können wir – ich glaube, das werden auch andere Redner noch ausführen – nicht nachvollziehen. Damit bindet man sich quasi sklavisch – so lesen wir es – an Entscheidungen auf Bundesebene. Wir kennen das Land Hessen zusammen mit seinen Kommunen eigentlich so, dass es sagt: Wenn es Spielräume in Hessen geben kann, dann wollen wir die auch nutzen. – Deshalb möchten wir auf jeden Fall gesetzli-

che Regelungen sehen, die es ermöglichen – wenn es um die Krankenhausplanung usw. geht –, in Hessen Abweichungen von Vorgaben auf Bundesebene vorzunehmen.

Zweitens: Förderung von Krankenhäusern in Verbänden. Der Landkreistag hat immer unterstrichen, dass wir die besondere Förderung von Krankenhäusern in Verbänden positiv sehen. Ich möchte hier auf einen kritischen Punkt in § 22 Abs. 5 Ziffer 2 hinweisen und das extra hinterlegen, weil unser Mitglied Kreis Bergstraße mir das explizit zugerufen hat. Es geht darum, wie Finanzierungen entstehen, dass Verbände nur als Verbände mit Häusern in angrenzenden Landkreisen oder Städten definiert werden. Wenn diese Definition gelten würde, wäre das Kreiskrankenhaus Heppenheim, das mit Heidelberg kooperiert, von den Fördermöglichkeiten ausgenommen. Wir haben Formulierungsvorschläge vorgelegt, wie man das verbessern kann.

Drittens geht es nicht mehr um das Hessische Krankenhausgesetz, sondern um Art. 2, Änderung des Hessischen Gesetzes zur Bildung eines Gemeinsamen Landesgremiums. Hier regen wir an – die Bedeutung des Rettungsdienstes wurde in der vorherigen Anhörung deutlich –, auch Vertreter des Rettungsdienstes in die Gesundheitskonferenzen aufzunehmen.

Herr **Dr. Risch**: Sehr geehrte Damen und Herren! Ich kann es ganz kurz machen. Ich schließe mich den Ausführungen von Herrn Prof. Dr. Hilligardt Wort für Wort an. Ich könnte Ihnen nichts anderes sagen, deswegen erspare ich Ihnen längere Ausführungen.

Herr **Dr. Wetzig**: Sehr geehrte Frau Vorsitzende, meine Damen und Herren! Ich möchte mich zunächst herzlich für die Einladung bedanken. Ich bin Vorstand der vor zwei Jahren gegründeten Ärztegenossenschaft Gesundheitsversorgung im Vorderen Odenwald, die sich als Selbsthilfeinitiative niedergelassener Ärzte auf dem Land gegründet hat, um die massiv wegbrechende Versorgung zu stoppen.

Vor sechs Wochen haben wir das erste genossenschaftlich getragene Medizinische Versorgungszentrum in Deutschland gegründet. Wir versuchen, einen neuen Weg zu gehen, indem wir für die junge, nachkommende Ärztegeneration interessante Anstellungsmöglichkeiten schaffen, um nicht weiter eine Praxis nach der anderen auf dem Land schließen zu müssen. Ich bin seit über 30 Jahren niedergelassen und gehe jetzt von der Selbstständigkeit wieder ins Angestelltenverhältnis.

Wie sieht die Situation bei uns im Odenwald aus? Das Durchschnittsalter im Vorderen Odenwald – nicht an der Bergstraße – liegt inzwischen bei etwa 60 Jahren. Einige Kollegen sind deutlich über 70 Jahre alt und praktizieren immer noch. Einer nach dem anderen schließt seine Praxis. Die Kollegen, die noch vor Ort sind, müssen die Patienten zum großen Teil auffangen, was eine enorme Arbeitsverdichtung zur Folge hat. 50 bis 60 Arbeitsstunden pro Woche sind nicht ungewöhnlich.

Zusätzlich haben wir Probleme, wenn Patienten fachärztlich abgeklärt werden müssen. Eine Facharztversorgung gibt es bei uns nicht mehr. Das Krankenhaus vor Ort ist vor zwei Jahren geschlossen worden. Es steht auch an, dass weitere 600 Krankenhäuser, kleine Landkrankenhäuser, schließen müssen, weil sie keine Notfallversorgungspauschalen mehr bekommen. Die Facharztversorgung ist ungünstig und mit sehr langen Wartezeiten verbunden. Wenn ich einen Patienten als dringenden Fall ins Krankenhaus einweise, ergibt sich für mich die Gefahr einer Regressforderung, wenn sich herausstellt, dass die Untersuchung eigentlich auch ambulant hätte durchgeführt werden können.

Wir haben also die Problematik: Facharzttermine bekomme ich erst in vielen Wochen. Stationäre Termine kann ich veranlassen. Die Patienten werden dann entweder gar nicht aufgenommen oder am nächsten Tag mit einer unvollständigen Diagnostik und dem Hinweis, sich beim Hausarzt vorzustellen, wieder entlassen. Der Hausarzt solle alles Weitere veranlassen, es könne alles fachärztlich gemacht werden. Dann beginnt das Ganze von vorne. Ich versuche, beim Facharzt einen Termin zu bekommen, und weise den Patienten unmittelbar wieder ein. Das ist ein sehr unschönes Schwarze-Peter-Spiel, das sich momentan auf dem Land abspielt, wobei die Patienten und die Hausärzte immer den Kürzeren ziehen.

Es geht auch sehr viel Zeit verloren, wenn Sie z. B. bei einer Grippewelle aus der Sprechstunde heraus versuchen, einen Patienten mit einer Lungenentzündung einzuweisen. Die Notdienste, die Rettungsleitstellen erwarten, dass man Kontakt aufnimmt. Man wird überall abgewiesen. Man telefoniert herum. Letztendlich werden Patienten notfallmäßig in die Krankenhäuser eingewiesen. Hier geht enorm viel Zeit verloren, um die richtige Versorgungsebene zu finden.

Um diesem Schwarze-Peter-Spiel ein Ende zu bereiten, schlagen wir vor, dass man bei den Leitstellen eine ärztlich kompetent besetzte Koordinationsstelle einrichtet, an die sich der zuweisende Arzt wenden kann. Von dort wird dann die korrekte ärztliche Versorgungsebene für den Patienten gesucht, damit man nicht von einer Seite zur anderen geschoben wird. Herr Fuckner hat schon angedeutet, dass auch die Rettungsdienste inzwischen weitere Wege haben und länger unterwegs sind.

Damit könnte man auch verhindern, dass die Patienten selber die Entscheidung über die Versorgungsebene treffen und dann immer die höchste aufsuchen, nämlich die Krankenhausambulanz. Die Einrichtung einer solchen Koordinationsstelle würde sehr viele Ressourcen einsparen. Das würde zum Wohle der Patienten, zur Entlastung der Hausärzte und nicht zuletzt zur Freude des Finanzministers beitragen, weil auf diesen Ebenen sehr viel Geld verschleudert wird.

Herr **Connemann**: Sehr geehrte Frau Vorsitzende Ravensburg, sehr geehrte Abgeordnete, sehr geehrter Herr Staatssekretär! Vielen Dank für die Einladung. Ich darf vorweg Grüße ausrichten von meinem Vorstandsvorsitzenden, Herrn Dr. Markus Juch, Vorsitzender des Caritasverbandes für die Diözese Fulda, der auch der Hessen-Caritas vorsteht.

Meine Arbeitsgemeinschaft ist eine Gliederung der Hessen-Caritas und vertritt die Interessen der katholischen Krankenhäuser in Hessen.

Vorweg möchte ich feststellen, dass sich meine Arbeitsgemeinschaft der Stellungnahme der Hessischen Krankenhausgesellschaft zu 100 % anschließt, genauso der Stellungnahme der Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Hessen.

Ergänzend ist es meinen Krankenhäusern wichtig, das Thema der geriatrischen Versorgungsplanung noch einmal besonders ins Auge zu fassen und dem einen besonderen Stellenwert zu geben. Das im Jahr 1995 erstellte Geriatriekonzept ist gut und wurde von vielen Ländern quasi kopiert. Ich halte es für wichtig, dass die geriatrische Versorgungsplanung auch im zukünftigen Landeskrankengesetz entsprechenden Niederschlag findet. Wir haben dazu genauso wie die HKG einen Formulierungsvorschlag unterbreitet.

Einen besonderen Hinweis erlauben Sie mir noch im Hinblick auf die Verbundförderung. Sie wissen sicherlich oder können einschätzen, dass die katholischen Krankenhäuser in Hessen überwiegend ordensgetragen sind. Die Orden haben ihre Krankenhäuser bereits frühzeitig im Rahmen des Möglichen zu Verbänden zusammengeschlossen, so auch der größte katholische Krankenhausverband in Hessen, die St. Vinzenz Krankenhaus gGmbH Fulda mit Standorten in Volkmarsen, Kassel, Bad Hersfeld, Fulda und Hanau. Diese Gruppe ist Anfang 1999 gegründet worden und würde nach der jetzigen Beschreibung des neuen Gesetzes leider nicht von der Anrechnungsbefreiung profitieren. Insofern bitte ich darum, noch einmal zu prüfen, ob der Geltungszeitraum vielleicht vor 1999 liegen könnte.

Herr **Dr. Braun:** Sehr geehrte Damen und Herren, sehr geehrte Frau Vorsitzende! Vielen Dank für die Möglichkeit zur Stellungnahme. Wir vertreten hier die Kostenträgerseite, d. h. die Verbände der kleineren Krankenkassen in Hessen, und beziehen uns im Prinzip auf die abgegebene Stellungnahme, die in großen Teilen identisch ist mit der Stellungnahme der AOK und des vdek.

Wir möchten auf einen wichtigen Punkt hinweisen, der uns kleineren Verbänden besonders am Herzen liegt. Es ist eine kleine Unschärfe bei der Formulierung des Gesetzes zur Bildung eines Gemeinsamen Landesgremiums, und zwar insbesondere in § 8. Dort heißt es, dass die Krankenkassen sechs Vertreter entsenden. In § 90a SGB V sind diesbezüglich die Verbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen genannt. Insofern müsste eine gewisse Anpassung stattfinden, sonst wäre z. B. der Landesverband der Betriebskrankenkassen, wenn man das Gesetz eng auslegt, nicht vertretungsberechtigt. – Das ist der eine notwendige Änderungspunkt.

Zum anderen halten wir es für wichtig, dass an dieser Stelle, so wie es in der Begründung des Gesetzes genannt ist, klar die Möglichkeit besteht oder offenbleibt, dass alle Verbände oder alle Kassenarten tatsächlich in den Gesundheitskonferenzen mitwirken können und keine Verteilung nach Marktanteilen stattfindet. Das hätte sonst de facto zur Folge, dass einzelne Verbände von der Diskussion und auch von politischen Entscheidungen in den Gesundheitskonferenzen ausgeschlossen wären. Für die kleineren Kassenarten ist das wichtig, weil wir insbesondere die Aufgabe haben, dies an unsere Mitgliedskassen weiterzutransportieren, den Diskussionsprozess auch mit unseren einzelnen Betriebskrankenkassen zu führen, als Beispiel für unsere Kassenart. Aber ähnlich verhält es sich natürlich bei den Innungskrankenkassen, bei der Knappschaft und auch der Sozialversicherung der Landwirte. Darauf möchten wir noch einmal hinweisen.

Weitere Ausführungen zu der Grundausrichtung des Gesetzes werden sicherlich die beiden großen Kassenarten noch machen.

Herr **Bartsch:** Frau Vorsitzende, meine sehr verehrten Damen und Herren! Vielen Dank für die Möglichkeit, hier in der Anhörung noch einmal Stellung zu nehmen. Über die Ihnen schriftlich vorliegende Dinge hinaus möchte ich mich auf drei Punkte konzentrieren. Die drei Punkte sind primär politischer Natur, auch eine politische Bewertung.

Der erste Punkt beschäftigt sich mit dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen. Laut Bundesgesetzgebung soll er als Prüfinstanz zur Einhaltung der Qualitätsanforderungen eingesetzt werden. Den Medizinischen Dienst halten wir für diese Aufgabe für völlig ungeeignet. Ich betone extra „völlig ungeeignet“, in unserer schriftlichen Stellungnahme steht nur „ungeeignet“. Ich will das noch einmal herausstellen, weil die Er-

fahrungen, die wir mit dem Medizinischen Dienst in Krankenhäusern gemacht haben, primär in Richtung Kostendämpfungsinstrument gehen; denn er ist abhängig von den Krankenversicherungen.

Im Kern – das ist meine Conclusio – bitten wir darum, dass man die Dinge, die auf der Bundesebene im Koalitionsvertrag vorgesehen sind, nämlich die Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes, von der Landesseite her intensiv unterstützt. Das halten wir für eine entscheidende Voraussetzung, um den Medizinischen Dienst überhaupt im Bereich der Prüfung der Qualitätsanforderungen einzusetzen. – Eine wichtige politische Botschaft.

Übrigens könnte man alternativ auch prüfen – das Land Hessen hat Erfahrungen mit der Geschäftsstelle Qualitätssicherung, die heute schon mit Qualitätsprüfungen beauftragt ist –, ob man hier nicht sogar eine Stelle, die erfahren ist und sich bewährt hat, einsetzt. – Erster politischer Punkt.

Zweiter Punkt: Es geht um die Anwendung der Qualitätsindikatoren. Dies begrüßen wir vonseiten der Krankenhäuser ausdrücklich und bekennen uns damit auch zu den – so will ich es einmal ausdrücken – objektiven Qualitätskriterien, die einzuhalten sind.

Uns ist darüber hinaus wichtig, dass das Land – das ist ebenfalls eine politische Bitte an die Landesregierung oder an den Gesetzgeber – eine Ermächtigungsnorm vorsieht, damit nicht automatisch die Vorgaben von der Bundesebene in Landesrecht übergehen. Über die Bundesebene erfolgen nämlich die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses. Solch eine Ermächtigungsnorm erscheint uns wichtig, auch angesichts der Diskussion, die der G-BA bei der stationären Notfallversorgung landauf, landab erzeugt hat.

Dritter Punkt: Es geht um die Fördermittel für Verbände oder ganz generell um die Erhöhung der Fördermittel. Vonseiten der Hessischen Krankenhausgesellschaft begrüßen wir ausdrücklich, dass Mittel aufgestockt werden und dass dies bei Verbänden privilegiert erfolgt.

Bei aller Begrüßung und Unterstützung bleibt am Ende allerdings deutlich zu machen: Wenn wir im Vergleich mit anderen Bundesländern weiterhin eine hohe Qualität in der Versorgung wollen, moderne Medizin und attraktive Arbeitsplätze, dann dürfen bzw. sollten wir nicht bei den 20 Millionen € stehen bleiben – das ist eine große Bitte –, sondern dann müssen wir uns in den nächsten Jahren in der Tat in Richtung der 150 Millionen € bewegen.

Letzte Bemerkung: Auch angesichts dessen, was ab 2020 durch den Bundesgesetzgeber auf uns zukommt, werden es die Rahmenbedingungen besonders erforderlich machen, dass die Fördermittel steigen. – Das waren die drei wesentlichen Punkte, die ich auch ein Stück weit politisch bewerten wollte.

Herr **Schaffert**: Schönen guten Tag! Ich bin der Geschäftsführer des Klinikverbundes Hessen, in dem die kommunal und öffentlich getragenen Krankenhäuser in Hessen zusammengeschlossen sind. Wir können uns den Ausführungen der Kommunalen Spitzenverbände und der Hessischen Krankenhausgesellschaft in vollem Umfang anschließen. Auf zwei Dinge möchte ich noch hinweisen, auch wenn Herr Bartsch sie schon angedeutet hat.

Erstens. Die derzeitige Gesetzgebung im Bund sieht vor, dass etwa 25 % der derzeitigen Erlöse des Krankenhauses zweckgebunden für die Pflege eingesetzt werden müssen. Das ist im Sinne der Pflege sicherlich zu begrüßen. Es bedeutet aber, dass das Krankenhaus weniger flexibel ist, die Mittel für Investitionen aufzubringen – sie werden üblicherweise als Eigenmittel bezeichnet, aber natürlich aus dem laufenden Geschäft erbacht –, die das Land nicht finanziert. Deswegen sehen wir es als sehr wichtig an – ich denke, eine Neufassung des Hessischen Krankenhausgesetzes ist die perfekte Gelegenheit dafür –, die Mittel deutlich aufzustocken. Die HKG hat schon entsprechende Berechnungen vorgelegt.

Zweitens möchte ich die Kombination aus den Änderungen des § 8 Abs. 2 und des § 19 Abs. 1 ansprechen. Sie übernehmen einerseits die Qualitätsindikatoren des Bundes und lassen ihnen mit dem Begriff auch noch eine besondere Bedeutung gegenüber anderen Kriterien der Krankenhausplanung zukommen. Das Land Hessen hat wenig oder gar keinen Einfluss auf diese Qualitätskriterien, die andere erstellen. Gleichzeitig lassen Sie sie vom MDK, auf den das Land Hessen auch keinen Einfluss hat, prüfen. Das ist aus unserer Sicht nicht tragbar, sondern hier muss das Land Hessen auf jeden Fall eine Eingriffsmöglichkeit haben.

Ich stimme auch den Ausführungen von Herrn Bartsch zu, dass der MDK aus Sicht der Krankenhäuser als eine Organisation der Krankenkassen, die er nach dem Sozialgesetzbuch V ist, keine neutrale Institution ist, um die Qualitätskriterien im Rahmen der Krankenhausplanung zu überprüfen.

Wir begrüßen ebenfalls die Förderung der Verbundbildung. Ich möchte nur auf eine Unstimmigkeit hinweisen. Dadurch, dass die Verbundbildung an den Erlass zur Anrechnung der Fördermittel geknüpft ist, wird gleichwertige Verbundbildung unterschiedlich behandelt, je nachdem, ob ein Krankenhaus in dem entsprechenden Zeitraum schon einmal Fördermittel beantragt hatte oder nicht. Bei dieser Ungleichbehandlung wird nicht berücksichtigt, was die Verbundbildung bewirkt, also ob es einfach nur ein formaler gesellschaftlicher Zusammenschluss ist, der aber auf der Ebene der Krankenversorgung eigentlich keine Konsequenzen hat, oder ob es vielleicht kein so starker gesellschaftsrechtlicher Zusammenschluss ist, der in der Krankenversorgung aber deutliche Auswirkungen hat, weil man innerhalb dieses Verbundes eben unterschiedliche Behandlungsschwerpunkte setzt. Langfristiges Ziel sollte es zumindest sein – da fordern wir einfach eine Diskussion –, dass Verbünde anhand der Auswirkungen auf die Patientenversorgung gefördert werden.

Vorsitzende: Wir kommen dann zu Wortmeldungen der Abgeordneten.

Abg. **Marjana Schott:** Herr Prof. Hilligardt, Sie haben auf die Finanzierungslücke bei den Kliniken hingewiesen und gefordert, dass diese aus originären Landesmitteln geschlossen werden soll. Heißt das, dass Sie weitere Erhöhungen der Krankenhausumlage befürchten? Wie schätzen Sie das Verhältnis von kommunalen und originären Landesmitteln bei den Investitionszuschüssen für die Krankenhäuser ein?

Herr Dr. Risch, Sie haben der Delegation der Planung auf die Bundesebene widersprochen. Inwiefern sind Sie in eine hessische Krankenhausplanung involviert, und wie können Sie die Interessen Ihrer Mitglieder bei der Planung vertreten oder besser vertreten?

Herr Bartsch, ich bedanke mich sehr für den Hinweis auf die Änderung der Ziele in der Krankenhausplanung. Das ist auch eines meiner Probleme gewesen. Sie machen das an § 19 fest, wo das Wort „auch“ in Bezug auf das Kriterium Qualität durch „insbesondere“ ersetzt werden soll. An anderer Stelle, nämlich in § 17, werden die Begriffe „bedarfsgerecht“, „leistungsfähig“, „wirtschaftlich“ und „regional“ in Bezug auf die Versorgung gestrichen. Ist das nicht noch viel dramatischer?

Herr Prof. **Dr. Hilligardt**: Frau Schott, Sie haben nach der Finanzierung durch kommunale Mittel gefragt und unserem Hinweis, dass es sich bei den 150 Millionen € um originäre Landesmittel handeln müsse. Sie kennen es von verschiedenen aktuellen Vorhaben oder solchen aus den vergangenen Monaten und Jahren, sei es im Bereich der Freistellung von Kindergartengebühren, sei es im Bereich HESSENKASSE, dass die Kommunen natürlich immer Mittel erhalten haben, aber der Weg oftmals der Kommunale Finanzausgleich war – in dem Fall könnte es auch eine Erhöhung der Krankenhausumlage sein –, und den sehen wir dann, wenn es zu einer Erhöhung kommt, nicht als richtig an.

Sie haben auch gefragt, wie hoch der kommunale Anteil an den Krankenhausinvestitionen ist. Ich gestehe, dass Herr Dr. Risch mir das gerade zugeflüstert hat, und das gebe ich gerne wieder. Bei dem derzeitigen Volumen sind es wohl 90 % kommunale Mittel – Mittel aus dem Kommunalen Finanzausgleich und der Krankenhausumlage – und rund 10 % Bundes- oder auch Landesmittel.

Herr **Dr. Risch**: Warum widersprechen wir sozusagen der blinden Übernahme der planungsrelevanten Indikatoren des Bundesrechts? Es liegt am Modell der Entscheidungsfindung. Im Gemeinsamen Bundesausschuss – das ist ein Organ der Selbstverwaltung – haben wir keine Stimme. Da machen das die Krankenkassen und im Wesentlichen die Krankenhausgesellschaft unter sich aus. Die Leistungserbringer im Gesundheitssystem – wir als Kommunen und damit als Träger des Sicherstellungsauftrags und die, die im Zweifelsfall auch ein Krankenhaus selbst neu errichten müssen, wenn der letzte private oder freie gemeinnützige Träger meint, es sei wirtschaftlich für ihn nicht mehr darstellbar, in dieser Region ein Krankenhaus zu unterhalten – haben dort weder Sitz noch Stimme. Daher halten wir es für keine gute Idee, blind dem Bundesrecht zu vertrauen.

Wir sind der Meinung, es hat Gründe, weswegen das Grundgesetz die Krankenhausplanung den Ländern zuweist. Die Länder müssen eben darauf achten, wie sie mit ihrer jeweiligen Struktur, die sich auch zwischen den einzelnen Bundesländern ganz grundlegend unterscheidet, umgehen. Deswegen sind die Kommunalen Spitzenverbände auch Mitglied im Landeskrankenhausausschuss und wirken auf dieser Ebene mit. Wir sind in einer quasi kaum zu zählenden Vielfalt von Gremien aufs Engste mit dem Hessischen Sozialministerium verwoben.

Gleichartiges haben wir auf Berliner Ebene, zumal als Hessischer Städtetag, nicht zu bieten, auch nicht als Deutscher Städtetag. Es liegt daran, dass das Land Hessen beim Umgang mit den Kommunen doch ab und an Vorbildcharakter hat. Wenn ich von der Bundesebene mal wieder eine Bitte um Stellungnahme mit der Entscheidungsfrist „zwei Tage“ bekomme, dann weiß ich ganz genau, warum ein Beteiligungsgesetz, in dem „zwei Monate Frist zur Stellungnahme“ steht, schon eine ganz gute Sache ist. Diese Möglichkeiten wollen wir uns ganz gern erhalten. Deswegen sind wir der Meinung, wir müssen auf Landesebene zumindest die Möglichkeit haben, von dem, was der Bund macht, abzuweichen.

Das müssen wir nicht tun. Viele planungsrelevante Indikatoren des Bundes sind ja mit sehr großem Sachverstand und einer unglaublichen Personalstärke wissenschaftlich ermittelt worden. Ich sage gar nicht, dass alles Unsinn ist, was da in Berlin geschieht. Aber schon um den Gestaltungsspielraum für den Landesgesetzgeber zu erhalten und – da bin ich ehrlich – die Möglichkeit, mit Ihnen mal darüber zu reden, was sinnvoll ist und was nicht, sollten wir uns offenhalten, von Bundesregelungen abzuweichen, wenn wir sagen: Das passt nicht in einem Land, das wie kaum ein anderes davon geprägt ist, dass es ein dicht besiedeltes Ballungszentrum mit einer Versorgung durch eine Vielzahl von Krankenhäusern gibt, aber auch Gebiete, die durch den demografischen Wandel geplagt sind wie sonst nur Regionen in Mecklenburg-Vorpommern. – Diese Diskrepanz kann man auf Landesebene besser ausgleichen als durch die Übernahme von Bundesregelungen.

Herr **Bartsch**: Sie haben angesprochen, dass die Begriffe „bedarfsgerecht“, „leistungsfähig“, „wirtschaftlich“ und „regional“ gestrichen werden. Das halten wir für unproblematisch, weil die Begrifflichkeiten ganz generell schon unter § 1, Ziel des Gesetzes, eingeführt werden. Dann wird dieser Teil auch für das gesamte Gesetz gelten.

In dem Paragraphen, den Sie benannt haben, werden eher noch zwei andere Aspekte besonders herausgestellt. Das halten wir für wichtig. Über den Krankenhausplan wird die Notfallversorgung organisiert und gefördert und im zweiten Teil auch die Zusammenarbeit von Krankenhäusern bei gewissen Indikationen, die sich um chronische Krankheiten drehen.

Abg. **Dr. Daniela Sommer**: Vielen Dank für die Stellungnahmen. – Wir haben eben schon von der Investitionslücke gehört. Es gibt ein RWI-Gutachten zur Investitionsförderung bzw. zur Investitionslücke. Möchten Sie, dass es bei der Pauschalförderung, die ja von der Einzelantragsförderung abgelöst wurde, bleibt? Wünschen Sie sich lediglich eine Erhöhung der Pauschalen, wenn es um Investitionen geht, oder soll sich die Förderstrategie ändern? – Das ist die erste Frage, die sich an alle richtet.

Zweitens zur Ablehnung des MDK als Prüfinstanz: So hatten sich die AG katholischer Krankenhäuser, die Hessische Krankenhausgesellschaft und der Klinikverbund Hessen geäußert. Herr Bartsch, Sie haben schon eine Alternative genannt. Die Frage ist: Gehen die anderen da mit, oder haben Sie andere Ideen dazu?

Herr **Bartsch**: Die Frage, ob sich die Strategie der pauschalen Fördermittel bewährt hat, beantworte ich mit Ja. Es ist eine schnelle und auch bürokratiearme Möglichkeit für die Geschäftsführung vor Ort, auf aktuelle Situationen zu reagieren. Das ist in der Tat nötig, weil doch eine gewisse Dynamik in der Krankenhausversorgung ist. Also ein uneingeschränktes Ja.

In der Tat wäre es wichtig für uns, dass die Höhe der Fördermittel in den nächsten Jahren stetig anwächst, damit wir die Herausforderungen, die auf uns zukommen, die Rahmenbedingungen, die es nötig machen, den Strukturwandel zu finanzieren und auch aus den Krankenhäusern heraus zu organisieren, leichter bewältigen und umsetzen können. Dadurch könnte auch – das will ich noch einmal betonen – die heute schon vorhandene Verschuldung der Krankenhäuser auf einem Level bleiben, der für die einzelnen Krankenhäuser handelbar und machbar ist.

Herr **Connemann**: Die Arbeitsgemeinschaft katholischer Krankenhäuser hat in ihrer Stellungnahme unter Ziffer 3 ganz klar zum Ausdruck gebracht, dass sie den MDK als neutrale Prüfinstanz infrage stellt. Unter Ziffer 4 schlagen wir vor, ihn durch die GQH zu ersetzen und die Landesgeschäftsstelle mit den entsprechenden Prüfungen zu beauftragen.

Ich greife an dieser Stelle der Stellungnahme des Verbandes der Krankenhausdirektoren vorweg: Der VKD sieht das ganz genauso.

Herr **Schaffert**: Dem schließe ich mich an. Die GQH wäre eine geeignete Institution.

Herr **Dr. Braun**: Aus Sicht des BKK-Landesverbandes kann ich zum MDK sagen: So wie ich die ärztlichen Kollegen kennengelernt habe – ich bin selbst Arzt –, bin ich der Auffassung, dass sie unabhängig sind. Sie versuchen sehr wohl, ihren gesetzlichen Auftrag, den sie nun einmal zugewiesen bekommen haben, umzusetzen. Hier gilt auch nach wie vor immer noch hippokratische Eid.

(Lachen der Abg. Marjana Schott)

– An der Stelle braucht man auch nicht zu lachen. Sie nehmen ihre Aufgabe sehr ernst.

Ich kann mir sehr gut vorstellen, dass sie das zum einen personell sehr gut umsetzen können, zum anderen haben sie eine gewisse Erfahrung mit den Krankenhäusern. Das heißt, wenn der hessische Gesetzgeber diese Aufgabe dem MDK zuweist, dann meine ich, dass der MDK sie umsetzen kann.

Herr **Dr. Strasheim**: Ich komme von der AOK Hessen und würde gerne direkt etwas zum Thema MDK sagen, auch in meiner Rolle als momentan amtierender Vorsitzender des Lenkungsgremiums der eben genannten Geschäftsstelle Qualitätssicherung.

Zum MDK an sich ist schon genug gesagt worden. Ich halte es nicht für sinnvoll und auch nicht für möglich, dass die Geschäftsstelle Qualitätssicherung diese Aufgabe übernimmt. Es ist ein Gremium mit Fachausschüssen, das aber keinen operativen Auftrag hat. Die Fachausschüsse sind auch themenbesetzt. Das heißt, dort können gar nicht alle Themen abgedeckt werden, die für eine solche Prüfung notwendig wären. Es ist, wie gesagt, keine operativ tätige und handlungsfähige Geschäftsstelle im Sinne von Prüfungen, die regelhaft stattfinden sollen. Deswegen ist diese Rolle für die GQH aus meiner Sicht, um die Formulierung von Herrn Bartsch zu benutzen, völlig ungeeignet. Was den MDK angeht, ist alles gesagt worden.

Vorsitzende: Gibt es seitens der Abgeordneten noch Nachfragen? – Das ist nicht der Fall.

Frau **Ackermann**: Sie sehen es mir nach, dass ich noch einmal kurz den Bogen zurück zum Anfang schlagen und an die Stellungnahme der anderen Verbände der Krankenkassen anschließen möchte. Herr Dr. Braun hat vorgetragen. Insofern zäume ich das Pferd von hinten auf. Vielen Dank für die Gelegenheit, dass wir Stellung nehmen dürfen.

Ich möchte bei Art. 2 ansetzen, Änderung des Hessischen Gesetzes zur Bildung eines Gemeinsamen Landesgremiums, bei dem Thema Gesundheitskonferenzen und der sektorenübergreifenden Versorgung. Herr Dr. Braun hatte geschildert, dass es einen Dissens darüber gibt, wie die Kassenseite ihre Sitze verteilt. Die großen Systeme – AOK Hessen und die Ersatzkassen – sind der Meinung, dass hier sehr wohl Marktanteils Gesichtspunkte eine Rolle spielen müssen.

Im Übrigen – das hatten Sie auch schon eingeleitet, Herr Dr. Braun – sind wir alle gemeinsam der Auffassung, dass es folgerichtig ist, sektorenübergreifende Gesundheitskonferenzen aus dem Hessischen Krankenhausgesetz herauszulösen und § 90a Abs. 1 SGB V zu unterstellen. Das ist durchaus positiv.

Gleichwohl muss man dann unseres Erachtens darauf schauen: Wie ist denn die Verteilung der Blöcke untereinander? Sie haben angemerkt: Es gibt keine paritätische Stimmenverteilung zwischen Leistungserbringerverbänden und Kostenträgern. Dafür gibt es abweichend von den Regelungen zum §-90a-Gremium kein Einstimmigkeitsprinzip. Insofern ist das nicht konsequent umgesetzt worden. Man will einerseits die Regelungen des §-90a-Gremiums übertragen, andererseits aber dann doch nicht an allen Stellen. Wenn es bei dieser Dreiviertelregelung bleibt, müssen wir eine paritätische Stimmenverteilung fordern oder mindestens ein Vetorecht der jeweiligen Blöcke. Details dazu finden Sie in unserer Stellungnahme.

Ganz grundsätzlich zur Änderung des Hessischen Krankenhausgesetzes: Wir begrüßen ganz viele Themen, zum Teil durchaus abweichend von dem, was Vorredner erklärt haben. Selbstverständlich ist es absolut sinnvoll – da unterstützen wir auch das zuständige Ministerium –, die Planungsprozesse deutlich stärker an Qualitätsvorgaben zu orientieren.

Wir haben auch keine Bedenken gegenüber dem, so wie wir es vorher gehört haben, was der G-BA macht, der von der gemeinsamen Selbstverwaltung besetzt ist. Auch die DKD sitzt im G-BA, der von Ländervertretern beraten wird. Hessen hat dort durchaus einen Einfluss, der auch – das wissen wir – positiv genutzt wird. Insofern haben wir nicht die Bedenken, dass das, was von dort kommt, nicht sinnvoll und richtig ist und – wir sehen einfach den Bedarf der im Moment noch fehlenden Klarheit und Verbindlichkeit einheitlicher Qualitätsvorgaben – vernünftig gemacht wird. Wir begrüßen ganz ausdrücklich, dass durch das neue Hessische Krankenhausgesetz weitgehend verbindliche, planungsrelevante Qualitätsindikatoren umgesetzt werden. Das ist für uns ein zentraler Punkt.

Wir würden uns auch wünschen – wenn ich insofern leichte Kritik äußern darf –, dass noch stärkere Hinweise auf sektorenübergreifende Themen in das Gesetz aufgenommen würden. Sektorenübergreifende Versorgung ist in aller Munde. Das Dilemma ist: Es gibt kein Gesetz, das eine sektorenübergreifende Versorgung regelt. Deswegen sollte man es in den jeweiligen Sektorengesetzen regeln. Wir wünschen uns z. B. eine Angleichung von Planungsbereichen der ambulanten und stationären Versorgung, weil nur dann das möglich sein wird, was wahrscheinlich die Zukunft sein muss, nämlich eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung.

Wir schließen uns den Vorrednern an, was das Thema Investitionsmittel betrifft. Hessen ist im Bundesvergleich gut, nämlich auf Rang zwei, aber nicht gut genug. Insofern sind auch wir der Auffassung, dass auf jeden Fall eine Investitionsquote von 8 bis 10 % des jährlichen Umsatzes nötig wäre.

Wir unterstützen auch, dass Verbundlösungen für Krankenhäuser gefördert werden, und würden gerne über das hinausgehen, was im Gesetz steht, weil hier ja eine befristete Förderung geregelt ist. Wir sind der Meinung, es muss dauerhaft und unbefristet gefördert werden. Insofern müssen auch dauerhafte und unbefristete Anreize für eine Verbundbildung geschaffen werden. – Das waren unsere Hauptpunkte.

Frau **Dr. Johna**: Sehr geehrte Frau Vorsitzende, sehr geehrte Damen und Herren! Ich bin Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen und freue mich, diese hier in der Anhörung vertreten zu dürfen. Zwei Punkte unserer Stellungnahme möchte ich betonen und noch einen Punkt ergänzen zu der hervorragenden Stellungnahme, die Herr Dr. Risch vorhin zum Thema „Ermächtigungsnorm für G-BA-Vorgaben“ abgegeben hat.

Frau Ackermann hat gerade ausgeführt, ihrer Meinung nach habe der Gemeinsame Bundesausschuss eine gute Arbeit gemacht. Das kann man in der Ex-post-Analyse der letzten Jahre sicherlich so sehen. Wenn wir aber jetzt keine Ermächtigungsnorm schaffen, dann beschließen wir ex ante, dass wir diese Arbeit auch in den nächsten fünf Jahren in der direkten Anwendung für sinnvoll für alle hessischen Bürgerinnen und Bürger halten. Das ist ein sehr großes Vertrauen, das wir einem Gremium aussprechen wollen. Denn in die Zukunft zu schauen, ist schwierig. Wie heißt es doch so schön: Das mit der Zukunft ist schwierig, denn sie findet erst später statt.

Auch wenn der Ausschuss sinnvoll besetzt und das eine gute Vertretung ist, finde ich es ausgesprochen schwierig, so etwas ex ante festzulegen. Wir sind der Meinung, dass sich das Land Hessen deswegen unbedingt eine Möglichkeit offenhalten sollte. Vielleicht sagen wir in fünf Jahren: „Wir haben sie nie gebraucht“, aber vielleicht sind wir auch froh, wenn wir sie haben. Das Land nimmt sich hier – das Subsidiaritätsprinzip sieht das vor – die Möglichkeit, zu welchen Punkten auch immer zu sagen: In der Form gefällt uns das nicht.

Ganz besonders kritisch sehen wir das im Bereich der Qualitätssicherung. Die hessische Ärzteschaft sieht mit großer Sorge, dass immer mehr ärztliche Arbeitszeit in die externe Qualitätssicherung fließt. Diese Zeit steht der Patientenversorgung nicht mehr zur Verfügung. Gleichzeitig sind die externen Qualitätsindikatoren in ihrer Validität nicht immer sicher, sodass wir uns wünschen würden, wieder mehr auf das interne Qualitätsmanagement zu setzen, was direkte Verbesserungen bringt.

Die Landesärztekammer hat z. B. mit Peer-Review-Verfahren hervorragende Erfahrungen gemacht, die zu direkten Verbesserungen in den Abteilungen führen und nicht erst drei Jahre später zum Tragen kommen. Denn so wäre es bei externen Qualitätsvorgaben. Wenn wir feststellen würden, dass ein Krankenhaus im Bereich der externen Qualitätsvorgaben über längere Zeit schlechte Qualität abliefert, dann werden erst nach drei Jahren Konsequenzen gezogen. Das ist viel zu spät. Wenn es irgendwo Probleme gibt, sollten diese schneller analysiert und behoben werden. – Das ist der eine Punkt.

Der andere Punkt ist: Die regionalen Gesundheitskonferenzen, die ja mit dem letzten Krankenhausgesetz eingeführt wurden, sind von der Grundidee her sicher eine gute Möglichkeit, um die regionale Planung, die in Hessen aufgrund der ländlichen und Ballungsgebietsstruktur sehr unterschiedlich ist, genauer im Auge zu behalten und z. B. Unterversorgung oder Optimierungsbedarf zu erkennen und dann auch zu beheben. Das Problem sehen wir jetzt in der doch sehr deutlichen Ausweitung der Teilnehmer an den regionalen Gesundheitskonferenzen. Meist ist ein Gremium umso weniger arbeitsfähig, je größer es wird.

Zusätzlich ist die Stimmrechtsverteilung so, dass sich beispielsweise die Landesärztekammer dann mit der Landeszahnärztekammer und der Landesapothekerkammer abstimmen muss. Das wird zusätzliche zeitliche Ressourcen binden, wobei die Schnittstellen sicher nicht sehr groß sind. Eine solche Verteilung der Stimmrechte mit einem Abstimmungsbedarf in solch verschiedenen Bereichen sehen wir sehr kritisch und würden uns wünschen, die regionalen Gesundheitskonferenzen wieder so auszurichten, wie es sinnvoll ist, nämlich tatsächlich die regionalen Versorger an den Tisch zu bringen, um in den Regionen zu entscheiden, was für die Bevölkerung vor Ort wichtig ist.

Frau **Offe-Seybold**: Sehr geehrte Abgeordnete, sehr geehrte Frau Vorsitzende! Herzlichen Dank für die Einladung. Wir vertreten natürlich nur einen relativ kleinen Aspekt in dieser ganzen Diskussion – wenn ich das alles hier höre, werde ich auch ganz ehrfürchtig –, nichtsdestotrotz sind Frauen und Familie, Geburtshilfe für die Zukunft des Landes exorbitant wichtig und hervorzuheben.

Wir zeichnen uns in unserer Arbeit, in unserem Wirken, in unserer Fürsprache für die Frauen und Familien dadurch aus, dass wir zunächst einmal von normalen und gesunden Prozessen ausgehen, die sich im Laufe der Jahre im klinischen Setting etabliert haben. Daher finden wir es sehr schön, dass wir uns im Rahmen der Neubefassung positionieren dürfen.

Wir möchten darauf aufmerksam machen, dass in den letzten Jahren schon massiv Kreißsäle geschlossen worden sind. Zum Teil sind sie einfach dichtgemacht worden, zum Teil über Verbünde geregelt worden. Die Auswirkungen sind deutlich zu spüren. In der Regel sind die aufnehmenden Häuser weder räumlich noch personell in der Lage, das Ganze ordentlich zu bewerkstelligen. Es gibt klare Zahlen, dass die werdenden Mütter und Kinder dabei verlieren. Wir haben eine viel höhere Rate an problematischen Verläufen unter der Geburt und im Wochenbett. Deswegen ist uns dies ein starkes Anliegen.

Auch in meiner Stellungnahme habe ich schon geschrieben: Wir würden gerne die Möglichkeit nutzen, uns mehr in die Planung einzubringen, um diese Zielgruppe abzubilden, um eine Stimme zu haben, sodass man schauen kann, inwieweit man da interdisziplinär vorgehen kann. Es steht durchaus eine Richtungsänderung vor der Tür. Man muss Dinge auch neu begreifen und führen. Da wollen wir mit unserem Know-how zur Seite stehen. Der hessische Landesverband ist stark an den Bundesverband angebunden. Da gibt es durchaus Ideen, was man relativ einfach gut leisten kann. Das wird einfach nicht gehört. Deswegen finde ich es ganz hervorragend, dass ich heute hier sein darf. Ich würde mir wünschen, dass man überlegt, uns in die Regionalkonferenzen einzubeziehen.

Frau **Afemann**: Sehr geehrte Frau Vorsitzende! Vielen Dank für die Einladung. Ich bin hier für den Landesverband der Privatkliniken. Im Rahmen unserer Mitgliedschaft bei der HKG haben wir in den Gremien intensiv an deren Stellungnahme mitgearbeitet und schließen uns dieser vollumfänglich an. Herr Bartsch ist auch schon gut auf unsere Punkte eingegangen.

Auch wir halten es in puncto planungsrelevante Qualitätsindikatoren für wichtig, dass das Land eine Ermächtigungsnorm schafft, damit die Krankenhausplanung nicht aus der Hand gegeben wird.

Den MDK haben wir jetzt zur Genüge angesprochen. Wir wünschen uns eine neutrale Instanz. Das Land Hessen hat 2009 bewiesen, dass es sehr kreativ sein kann, indem es sich von der Bettenplanung abgewandt hat und zu einer Rahmenplanung übergegangen ist. Vielleicht wäre es jetzt an der Zeit, Neues auszuprobieren und zu sehen, inwieweit man vielleicht die GQH ermächtigen kann, die Qualitätsprüfungen durchzuführen.

Der Landesverband der Privatkliniken vertritt auch die Rehakliniken. Ich möchte anmerken, dass wir uns wünschen würden, dass auch die Rehakliniken in den Gesundheitskonferenzen vertreten sind; denn die Behandlungskette hört nicht unbedingt in der Akutklinik auf, sondern geht unter Umständen in der Rehaklinik weiter. Insofern wünschen wir uns, als Mitglied in dem Gremium Berücksichtigung zu finden.

Vorsitzende: Ich rufe jetzt den Marburger Bund auf, Herrn Dr. Bodammer.

(Frau Dr. Johna: Der Kollege musste leider ärztlich tätig werden!)

– Gut. Dann schaue ich in die Runde: Gibt es Fragen zu diesen Stellungnahmen? – Ja.

Abg. **Marjana Schott:** Frau Dr. Johna, Sie haben über die Versorgungsgebiete und vor allen Dingen über die Gesundheitskonferenzen gesprochen und erklärt, dass sie personell nicht zu groß werden sollten. Wie ist das denn mit der räumlichen Größe? Sie haben sehr auf die Regionalität hingewiesen. Wäre es dann nicht sinnvoller, sie auch kleinräumiger zu machen?

Frau Otte-Seybold, Sie haben über teilweise schon jetzt bestehenden Schwierigkeiten gesprochen. Gibt es denn Regionen, in denen sich deutlicher als woanders abzeichnet, dass werdende Mütter schwerer einen Platz finden?

Frau **Dr. Johna:** In der Tat könnte man darüber nachdenken. Im Moment sind die Gesundheitskonferenzen nach den Planungsgebieten ausgelegt. Das ist die kleinste Einheit, die im Landeskrankenhausgesetz vorgesehen ist. Aber natürlich könnte man das auch noch regionaler planen. Es wären auch Ausschüsse der regionalen Gesundheitskonferenzen denkbar. Es ist sicher möglich, auch jetzt schon, dass eine regionale Gesundheitskonferenz, wenn sie nur ein Problem in einer Region erkennt, dazu einen Ausschuss bildet und sagt: Wir unterhalten uns jetzt speziell über dieses Thema.

Insofern ist es nicht unbedingt notwendig, die Anzahl der Gesundheitskonferenzen zu verdoppeln, sondern sinnvoll wäre es, die Möglichkeiten, die das Gremium an der Stelle schon hat, auch zu nutzen. Die Erfahrungen der letzten Jahre haben ja nicht in allen Bereichen gezeigt, dass das ein sehr produktives Gremium war, weil sicher auch die Aufgabenstellung noch nicht klar genug war, weil sicher auch der Aspekt der sektorenübergreifenden Versorgung, der enorm wichtig ist, um Versorgung sinnvoll zu planen, noch nicht ausreichend abgebildet war. Denn es muss in diesem Gremium sowohl um die stationäre als auch um die ambulante Versorgung gehen.

Frau **Otte-Seybold:** Die Schließung von geburtshilflichen Abteilungen sehen wir hauptsächlich im ländlichen Bereich. Dann sind einfach andere Entfernungen zu bewältigen. Die Straßenverhältnisse im ländlichen Bereich sind auch nicht so, dass man zügig 35 km überwinden könnte, wie es im Rhein-Main-Gebiet vielleicht doch lockerer möglich ist.

(Abg. Gerhard Merz: Da steht man die 35 km!)

Es gibt natürlich Erstgebärende, die viel Zeit haben, aber es gibt auch Frauen, die zweite und dritte Kinder bekommen. Wir haben deutliche Rückinformationen der Rettungsdienste, dass sie zunehmend gerufen werden. Rettungssanitäter sind aber keine wahren Geburtshelfer. Sie finden das auch alles sehr schrecklich neben den Gefahren, die noch hintenanstehen.

Es sollte gut überlegt werden, was in Zukunft noch passieren muss. Vielleicht müssen vor Ort auch neue Konzepte her, z. B. die Möglichkeit einer anfänglichen Wehenbegleitung; denn für die Frauen ist nicht immer ersichtlich, welches der richtige Zeitpunkt ist, um loszufahren. Eine zu frühe Ankunft ist ein Problem – das ist belegt, dann folgen mehr Interventionen – und eine zu späte ebenso. Was soll man also tun?

Vorsitzende: Gibt es weitere Fragen von Abgeordneten? – Das ist nicht der Fall. Dann können wir die Anhörung fortsetzen.

Frau **Dr. Winter:** Sehr geehrte Frau Vorsitzende, sehr geehrte Abgeordnete, sehr geehrter Herr Staatssekretär, sehr geehrte Damen und Herren! Wir danken für die Gelegenheit, Stellung zu nehmen, und möchten gesondert auf die Einrichtung der regionalen Gesundheitskonferenzen eingehen.

Wir begrüßen ausdrücklich den Ansatz, die Gesundheitsakteure stärker miteinander zu vernetzen, und halten es für sehr sinnvoll, ein Bindeglied zwischen dem gemeinsamen Landesgremium nach § 90a und den regionalen Gesundheitsakteuren zu schaffen, indem man die Gesundheitskonferenzen gründet.

Gleichwohl halten wir sie insgesamt – es ist verschiedentlich schon angeklungen – für zu groß. Im Schnitt kommt man, wenn man alle zusammenrechnet, auf 35 Personen pro Gremium. Das sehen als problematisch für die Arbeitsfähigkeit der regionalen Gesundheitskonferenzen an und schlagen daher vor, statt zwei Vertretern pro entsendende Organisation nur einen Vertreter zu entsenden.

Kritisch sehen wir auch – Frau Dr. Johna hat es schon angesprochen – die Stimmengewichtung. Alle Heilberufe gemeinsam haben eine Stimme. Herr Dr. Bartsch wird es mir verzeihen, wenn ich sage: Die Hessische Krankenhausgesellschaft hat auch eine Stimme. Die Heilberufekammern vertreten die gesamten ambulanten Leistungserbringer im medizinischen, pharmakologischen, zahnmedizinischen und psychotherapeutischen Bereich. Wir sehen uns ein bisschen unterrepräsentiert, was die Stimmenverteilung angeht.

Als problematisch sehen wir auch den Aspekt der Kosten an. Als Körperschaft werden wir die Kosten für unsere zu entsendenden Vertreter übernehmen. Eine darüber hinausgehende Beteiligung an Kosten halten wir allerdings für problematisch. Dafür gibt es keine gesetzliche Grundlage im Heilberufegesetz, sodass wir der Meinung sind: Entweder man kommt mit 12.000 € aus, oder man erhöht den Beitrag. Darüber hinausgehende Kosten können nicht auf die Mitgliedsorganisationen übertragen werden.

Herr **Stielow:** Unsere schriftliche Stellungnahme liegt vor. Ich möchte nur einen Punkt besonders hervorheben: Das ist die Notfallversorgung. Wir sehen es als außerordentlich

kritisch an, dass die Teilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung zukünftig bestimmt werden soll bzw. dass andere auch befreit werden können. Wir können uns nicht vorstellen, wie das im ländlichen Raum funktionieren oder zu einer Qualitätssicherung führen soll, weil es dort nach unserer Wahrnehmung schon jetzt große Probleme gibt, insbesondere was die Versorgung mit Notärzten betrifft. Das ist der Punkt, den wir deutlich ansprechen wollen, der uns unverständlich ist.

Frau **Stark**: Ich wünsche allen Teilnehmern hier einen schönen Abend. Ich komme vom Universitätsklinikum Frankfurt und bin für den Personalrat hier. Wir haben auch eine schriftliche Stellungnahme abgegeben.

Ich möchte noch auf einen Punkt eingehen. Es geht um § 23, der bei einem Wegfall von § 21 automatisch vorgezogen wird und die Pauschalförderung betrifft. Hier soll der umfassende Abs. 5 angefügt werden. Satz 1 soll dann nicht mehr für Krankenhäuser gelten, die vor dem 31. Dezember 1999 einem Krankenhausverbund angehörten oder sich zusammengeschlossen haben.

Nach meiner Kenntnis hat sich das Universitätsklinikum nicht ohne Grund mit Kooperationen für Lehrkrankenhäuser, Beleghäuser usw. entschieden, auch um die Patientenversorgung sicherzustellen. Die Frage daher: Ist das Universitätsklinikum mit einem Sonderstatus vorgesehen, der die Pauschalförderung wegen gesonderter Aufgaben im Zusammenhang mit notwendigen Verbänden sichert, oder wird das Universitätsklinikum gar nicht aus § 22 ausgeschlossen, egal ob und wie es Verbänden beitrifft?

Herr **Schulze-Ziehaus**: Frau Vorsitzende, meine sehr geehrten Damen und Herren! Herzlichen Dank für die Einladung und die Gelegenheit zur Stellungnahme. Unsere schriftliche Stellungnahme liegt vor. Ich möchte auf zwei Kernprobleme der hessischen Krankenhäuser eingehen, für die wir von der Novellierung des Hessischen Krankenhausgesetzes Lösungen erwarten, die aus unserer Sicht nicht vollständig ist.

Ich nenne hier Personalknappheit, Unterversorgung mit Fachpersonal, Pflegenotstand. Wir hatten vor fünf Jahren – ich glaube, es war 2013 – schon ein Gutachten der Universität Bremen, von Herr Dr. Braun, zu Zusammenhängen zwischen der Ausstattung von hessischen Krankenhäusern mit Fachpflegepersonal und der Qualität der Leistung. Seit dieser Zeit sind keine, zumindest für uns erkennbaren, Konsequenzen aus diesem Gutachten gezogen worden. Die Situation in hessischen Krankenhäusern hat sich eher zugespitzt.

Die Mehrzahl aller Krankenhäuser und auch aller Geschäftsleitungen wird die Vielzahl von Überlastanzeigen kennen, mit denen Beschäftigte insbesondere im Pflegedienst ihren Vorgesetzten manchmal täglich erklären, dass sie mit der geringen Zahl der eingesetzten Pflegekräfte überhaupt nicht mehr in der Lage sind, die Patienten ausreichend zu versorgen. Wir brauchen deswegen dringend zur Patientensicherheit – wir begrüßen, dass es ist eine Verordnungsermächtigung im Gesetz gibt, die sich auf die Patientensicherheit bezieht – eine Verordnung, die Mindestpersonalquoten für hessische Krankenhäuser beschreibt.

Andere Bundesländer – wir haben in unserer Stellungnahme auf das Land Berlin und auf Nordrhein-Westfalen verwiesen – sind zumindest in Teilbereichen schon weitergegangen. Wir empfehlen, mit Inkrafttreten des novellierten Gesetzes auch die Verordnung

vorzulegen. Die Situation in den Krankenhäusern ist im Augenblick so, dass gehandelt werden muss.

Ich will auch auf den Zusammenhang – es ist von Vorrednern schon einmal dargestellt worden – zwischen der Investitionslücke in hessischen Krankenhäusern und dem Personalmangel hinweisen. Wir haben in unserer Stellungnahme Bezug auf das RWI-Gutachten genommen. Wenn man die InEK-Berechnung zugrunde legt, die an anderer Stelle Eingang in das Gesetz gefunden hat, dann sieht man: Die Investitionslücke lag 2015 bei 224 Millionen €. Es wird heute schon mehr sein.

21 Millionen € – verteilt über drei Jahre – stehen jetzt für die Förderung von Verbänden an. Prinzipiell ist es richtig, Verbände zu fördern. Wenn wir also 7 Millionen € abziehen, dann bleibt eine Lücke – bezogen auf das Jahr 2015 – von 217 Millionen €, die den hessischen Krankenhäusern jedes Jahr fehlen.

Ich danke Herrn Schaffert für die Offenheit. Er hat gesagt: Wir brauchen das als Flexibilität. – So haben Sie es netterweise genannt. Bei den Beschäftigten kommt das als Verfügungsmasse an, die bedeutet: Die Investitionsmittel, die nicht zur Verfügung stehen, werden direkt aus dem notwendigen Personal, insbesondere Pflegepersonal, gekürzt. Wenn Sie eine Summe von 217 Millionen € nehmen, dann heißt das, dass Pi mal Daumen 4.400 Pflegekräfte über die Flexibilität aus dem notwendigen Betrieb abgezogen werden.

Ich meine, bei der Novellierung des Hessischen Krankenhausgesetzes brauchen wir dringend Mindestpersonalvorgaben, auch über Verordnungen, wenn sie nicht im Gesetz stehen.

Wir brauchen aber auch eine verbesserte Investitionsausstattung. Das RWI-Gutachten trifft die Anforderungen wahrscheinlich sogar noch besser als die etwas zurückhaltende Zahl, die die Hessische Krankenhausgesellschaft aufgestellt hat.

Herr **Connemann**: Ich darf auch für den Verband der Krankenhausdirektoren, Landesgruppe Hessen, vortragen und bedanke mich dafür. Herr Dr. Fellermann, mein Kollege im Vorstand, begleitet mich heute dabei. Wir sind aufgefordert worden, eine Stellungnahme abzugeben. Das haben wir gerne getan. Ich möchte zwei, drei Punkte herausgreifen, die uns wichtig sind.

Vorab einige Worte zum Verband: Der Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands, kurz VKD genannt, hat in Deutschland rund 2.250 Mitglieder. Es sind persönliche Mitgliedschaften. Der Landesverband in Hessen zählt momentan 175 Mitglieder. Das sind in der Regel Geschäftsführungen, Verwaltungsleitungen von Krankenhäusern, Rehaeinrichtungen und Pflegeeinrichtungen.

Ich darf an dieser Stelle noch einmal das Thema der Fördermittel aufgreifen. Eben wurde vom vdek angemerkt, dass wir eine Investitionsquote von 8 bis 10 % benötigen. Das kann ich nur bestätigen. Wir sind in Hessen momentan mit rund 3 % dabei. 1990 gab es in der Tat schon einmal eine Förderquote von 9 %.

Ich möchte ausdrücklich den Vorschlag bzw. den Hinweis unterstützen, der nicht nur von der Hessischen Krankenhausgesellschaft und vom Klinikverbund kommt, sondern auch von Frau Dr. Johna von der Landesärztekammer angesprochen wurde, nämlich

bezüglich der Qualitätsindikatoren eine Ausnahmebestimmung in das Landeskrankenhausesgesetz zu schreiben.

Auch der Landesverband Hessen des VKD hat sich mit der Thematik Geriatrie befasst. Auch wenn es sich leicht wiederholend anhört, möchte ich ganz deutlich sagen, dass über viele Jahre, man kann fast sagen: Jahrzehnte, hart daran gearbeitet wurde, eine hoch qualifizierte flächendeckende geriatrische Versorgung in Hessen zu schaffen. Die kann sich in der Tat sehen lassen und ist auch Vorbild, wie eben schon einmal angemerkt, für andere Bundesländer.

Die krankenhausplanerische Festlegung der Geriatrie bringt Mehrwert. Die verpflichtende Sicherstellung der geriatrischen Versorgung durch Versorgungsauftrag muss im Interesse der Gesundheitspolitik über die Parteigrenzen hinweg erfolgen. Eine innere Medizin kann, eine krankenhausplanerische ausgewiesene Geriatrie muss Geriatrie leisten und sicherstellen. Das bitte ich hier ausdrücklich zu berücksichtigen.

Der letzte Punkt betrifft die Gesundheitskonferenzen, auch wenn sie möglicherweise bereits überladen sind. Der VKD Hessen ist gerne bereit, im Rahmen seiner Möglichkeiten in den Gesundheitskonferenzen mitzuwirken, und wirbt für einen entsprechenden Sitz in diesen Konferenzen.

Herr **Belling**: Sehr geehrte Frau Vorsitzende, sehr geehrte Damen und Herren! Ich möchte auf zwei Punkte eingehen, zum einen – das Thema ist schon vielfach beleuchtet worden – auf die Verbünde. Wir begrüßen diese Regelung außerordentlich. Vitos ist vor zehn Jahren gegründet worden. Der Landeswohlfahrtsverband hat hier seine Einrichtungen in einer Konzernstruktur gebündelt und konnte zeigen, dass sich die Qualität und die Wirtschaftlichkeit parallel deutlich verbessert haben. Qualität und Wirtschaftlichkeit sind also kein Widerspruch, sondern sie können sich ergänzen. Besonders zu begrüßen ist natürlich, dass das nicht zulasten der anderen Krankenhäuser geht, sondern dass dafür zusätzlich Mittel zur Verfügung gestellt werden.

Zum anderen beziehe ich mich auf eine Kleinigkeit, die aber sehr große Auswirkungen haben kann. In Art. 1 Nr. 16 Buchstabe a, der den neuen § 24 Abs. 1 regeln soll, ist ein Komma durch das Wort „und“ ersetzt worden. Dabei muss es sich um einen redaktionellen Fehler handeln.

Ich hatte vor vier Jahren bereits in einer Anhörung des Sozialausschusses darauf hingewiesen, dass die ergänzende Förderung von Tageskliniken insbesondere in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der Erwachsenenpsychiatrie von besonderer Bedeutung ist, weil die wohnortnahe Versorgung im Bereich der Psychiatrie als besonderes Qualitätsmerkmal gilt. Psychiatrische Kliniken haben vielfach Mietverträge mit einer sehr langen Bindung. Wenn die Förderung an dieser Stelle wegfiel, bestünde die Gefahr, dass die wohnortnahe Versorgung reduziert würde.

Insofern müsste dort, genauso wie es in der Begründung zu dieser Änderung der Fall ist, „oder“ statt „und“ hinein, damit psychiatrische Tageskliniken weiterhin in dem Maße gefördert werden können, wie es für die wohnortnahe Versorgung erforderlich ist. Es muss sich um einen redaktionellen Fehler handeln, weil sich hier sogar ein Widerspruch zwischen Gesetzentwurf und Begründung ergibt.

Vorsitzende: Die Landesregierung ist hier zwar nur Zuschauer, aber ich habe allgemeines Nicken gesehen. Das kann ich schon einmal so widerspiegeln.

Wir haben jetzt die Liste abgearbeitet. Ist noch jemand hier, der eine Stellungnahme abgeben möchte? – Das ist nicht der Fall. Gibt es noch Fragen vonseiten der Abgeordneten? – Frau Schott, bitte schön.

Abg. **Marjana Schott:** Herr Schulze-Ziehaus, Sie haben so vehement für Personalmindeststandards geworben. Wo und wie könnte das in dem Gesetzentwurf stehen? Wenn Sie das hier nicht konkret ausführen können, ist es vielleicht möglich, das nachzureichen. Welche Möglichkeiten sehen Sie, die vollständige Finanzierung der notwendigen Investitionskosten im Gesetz zu verankern?

Herr **Schulze-Ziehaus:** Zumindest das, was im Landeskrankenhausgesetz Berlin steht, könnte eine Vorlage sein. Wenn dieses Gesetz nicht vorliegen sollte, kann ich es gerne nachreichen. Darin sind Empfehlungen der Fachgesellschaften aufgegriffen worden, insbesondere für Personalmindeststandards im Intensivbereich, in der Geriatrie – das ist schon mehrfach angesprochen worden –, in der Psychiatrie und auch in der Neonatologie. Ich meine, das kann man ins Gesetz schreiben, wie es auch die Berliner getan haben. Es könnte auch Gegenstand einer Verordnung sein, die im Rahmen der Ermächtigung zum Erlass der Verordnung für Patientensicherheit kommt.

Ich will nur noch einmal sagen: Wir brauchen dringend solche Regelungen. Es gibt auch noch weitere Bereiche, in denen eine Mindestbesetzung schon deswegen erforderlich ist, weil immer dann, wenn man etwas in Teilbereichen regelt, Krankenhausträger, die auch mit ihrem Geld wirtschaften müssen, das Personal möglicherweise aus den Bereichen abziehen, für die gerade kein Mindeststand im Gesetz vorgesehen ist.

Bei der Krankenhausfinanzierung zerbreche ich mir ungern den Kopf des Finanzministers. Ich glaube aber, dass die Investitionsmittel, die das Land Hessen den Krankenhäusern zahlt, nicht ausreichend sind. Das Land Hessen ist eigentlich verpflichtet, eine ausreichende Finanzierung zu leisten. Das würde bedeuten, wenn man das RWI-Gutachten zugrunde legt – bezogen auf 2015 –: plus 224 Millionen € minus 7 Millionen €, die sich aus der Förderung von Verbänden ergeben. Das ist eine Summe, bei der ich eigentlich erwarten würde, dass es Regelungen gibt, wie sie zumindest in Schritten eingeführt wird.

Auch die 8 bis 10 % des Umsatzes für Investitionen, die häufiger genannt werden, sind für Krankenhäuser eher eine Untergrenze. Krankenhäuser werden in den nächsten Jahren noch vermehrt in IT investieren müssen, was wir bisher überhaupt nicht im Blick hatten. Da kommen Investitionskosten auf sie zu, die sie bisher nur zum Teil überhaupt leisten können, weil die Investitionssummen, die das Land zahlt, schon nicht für die notwendigen Bauten oder Großgeräte ausreichen.

Vorsitzende: Gibt es weitere Fragen? – Das ist nicht der Fall. Damit ist die Anhörung zum Hessischen Krankenhausgesetz erledigt.

Ich bedanke mich bei allen Anzuhörenden dafür, dass sie bis zu dieser späten Stunde unsere Fragen beantwortet haben. Ich wünsche Ihnen allen einen guten Nachhauseweg.

Das Gleiche gilt natürlich für die Kollegen Abgeordneten. Wir haben böse Gewitter, einen gesperrten Flughafen, ausgefallene Bahnverbindungen und eine gesperrte Autobahn verpasst. Daher wünsche ich Ihnen allen jetzt einen guten und gesunden Nachhauseweg.

Beschluss:

SIA 19/86 – 09.08.2018

Der Sozial- und Integrationspolitische Ausschuss hat zu dem Gesetzentwurf eine öffentliche mündliche Anhörung durchgeführt.