



HESSISCHER LANDTAG

Änderungsantrag

der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

zu dem Gesetzentwurf der Landesregierung für ein Zweites Gesetz zur Weiterentwicklung des Krankenhauswesens in Hessen
(Hessisches Krankenhausgesetz 2011- HKHG 2011)
Drucksache 18/2750

Der Landtag wolle beschließen:

Der Gesetzentwurf wird wie folgt geändert:

1. § 1 Abs. 1 wird wie folgt geändert:
 - a) In Satz 1 werden nach dem Wort „sicherzustellen“ die Worte „und zu sozial tragbaren Vergütungen beizutragen.“ angefügt.
 - b) Nach Satz 1 wird als neuer Satz 2 angefügt: „Dabei sind Erkenntnisse und Vorgaben bezüglich Qualitätskriterien und -indikatoren sowie Strukturvorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung umzusetzen.“
2. In § 2 Abs. 2 Satz 1 wird die Angabe „§6 Abs. 1“ gestrichen.
3. § 4 Abs. wird wie folgt geändert:
 - a) Abs. 1 Satz 2 erhält folgende Fassung: „Dies gilt insbesondere für die Bildung von Untersuchungs- und Behandlungsschwerpunkten, die Abstimmung bei chronischen Krankheiten gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie die Abstimmung der intensivmedizinischen Kapazitäten.“
 - b) In Abs. 2 Satz 1 werden nach den Worten „Ärztinnen und Ärzte“ die Worte „sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“ eingefügt.
4. § 5 Abs. wird wie folgt geändert:
 - a) In Abs. 1 Satz 1 werden nach den Worten „die zuständige Ärztin oder der zuständige Arzt“ die Worte „ die zuständige Psychotherapeutin oder der zuständige Psychotherapeut“ eingefügt.
 - b) In Abs. 2 Satz 2 werden nach dem Wort „ärztlichen“ die Worte „und psychotherapeutischen“ eingefügt.
5. § 6 wird wie folgt geändert:
 - a) Abs. 1 erhält folgende Fassung:

„(1) Als Ergänzung zu der ärztlichen, psychotherapeutischen und pflegerischen Versorgung und zur Umsetzung des § 11 Abs. 4 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch vom 20. Dezember

1988 (BGBl. I S. 2477, 2482), zuletzt geändert durch Gesetz vom 14. April 2010 (BGBl. I S. 410), hält das Krankenhaus einen Sozialdienst vor. Er hat insbesondere die Patientin oder den Patienten in sozialen Fragen zu betreuen, zu beraten, geeignete Hilfen zu vermitteln und bei der Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen zu unterstützen. Das Krankenhaus trägt im Rahmen der Pflegeüberleitung dafür Sorge, dass die Entlassungsplanung durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit pflegerischer Expertise in Zusammenarbeit mit den Angehörigen und ambulanten Einrichtungen der Pflege rechtzeitig und individuell gestaltet wird.“

b) Abs. 6 erhält folgende Fassung:

„(6) Das Krankenhaus hat eine Ethikbeauftragte oder einen Ethikbeauftragten und in beratender Funktion eine multiprofessionelle Ethikkommission zu bestellen. Ethikbeauftragte haben die Aufgabe, in ethischen Fragestellungen Entscheidungsvorschläge zu machen. Die Ethikbeauftragte oder der Ethikbeauftragte sind im Rahmen dieser Aufgabe der Geschäftsführung unterstellt.“

6. § 7 wird wie folgt geändert:

a) Abs. 1 Satz 3 wird gestrichen.

b) Abs. 3 Satz 6 wird wie folgt gefasst:

„Der Bericht ist zugleich dem betroffenen Krankenhausträger und dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium zuzuleiten; den Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 Nr. 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 887), zuletzt geändert durch Gesetz vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534), ist der Bericht stets vorzulegen.“

c) Als neuer Abs. 6 wird angefügt:

„(6) Um die Belange der Patientinnen und Patienten im Sinne dieses Gesetzes zu berücksichtigen, werden regelmäßig Basisbefragungen zur Patientenzufriedenheit durchgeführt.“

7. § 8 erhält folgende Fassung:

„§ 8 Qualitätssicherung

1) Die Krankenhäuser sind verpflichtet, eine den fachlichen Erfordernissen entsprechende Qualität ihrer Leistungen zu gewährleisten. Zur Erfüllung dieser Pflicht treffen sie insbesondere die nach den §§ 135 bis 139c des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2482), zuletzt geändert durch Gesetz vom 14. April 2010 (BGBl. I S. 410), - soweit sie Krankenhäuser betreffen - vorgesehenen Maßnahmen. Durch Rechtsverordnung werden weitere Maßnahmen der Qualitätssicherung und -kontrolle, insbesondere der Struktur und der Prozesse, bestimmt.

(2) Krankenhäuser sind verpflichtet, für die unter § 8 Abs. 1 genannten Pflichten ausreichend Personal vorzuhalten. Durch Rechtsverordnung werden Indikatoren der Qualitätssicherung, die Dokumentation von Überlastungsanzeigen und daraus abzuleitende Maßnahmen bestimmt.

(3) Krankenhäuser sind verpflichtet, Vorkehrungen zur Beachtung und Einhaltung von Führungsstandards zur Vermeidung von Korruption einzuführen.

(4) Die Krankenhäuser gewährleisten die Gleichstellung von Patientinnen und Patienten im Behandlungsprozess – unabhängig von ihrem Versicherungsstatus.“

8. § 10 erhält folgende Fassung:

„§ 10 Krankenhaushygiene

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

(2) Durch Rechtsverordnung werden

1. Maßnahmen zur Erkennung, Verhütung, Bekämpfung und Erfassung von Krankenhausinfektionen,
2. der Umfang der Beratung durch Krankenhaushygieniker,
3. die Aufgaben, Zusammensetzung und Einrichtung von Hygienekommissionen (unter Berücksichtigung der verschiedenen Funktionsbereiche eines Krankenhauses),
4. die Beschäftigung und das Tätigkeitsfeld von Hygienefachkräften und Hygienebeauftragten in der Pflege bestimmt.“

9. In § 11 Abs. 1 werden nach dem Wort „Schweigepflicht“ die Worte „nach § 203 StGB“ angefügt.
10. § 12 wird wie folgt geändert:
 - a) In Abs. 2 Nr. 7 werden die Worte „eine Ärztin oder ein Arzt“ durch die Worte „Angehörige eines Heilberufs mit Approbationserfordernis“ ersetzt.
 - b) In Abs. 4 werden nach den Worten „eine Ärztin oder ein Arzt“ die Worte „eine Psychotherapeutin oder einen Psychotherapeuten“ eingefügt.
11. § 13 Abs. 4 erhält folgende Fassung:

„(4) Erfüllt ein Krankenhaus die ihm obliegenden gesetzlichen Verpflichtungen oder Aufgaben nicht, so wird es von der Aufsichtsbehörde angewiesen, innerhalb einer bestimmten Frist das Erforderliche zu veranlassen. Bei wiederholten oder erheblichen Verstößen gegen gesetzliche Verpflichtungen oder Aufgaben ist der Versorgungsauftrag des Krankenhauses einzuschränken oder zu entziehen.“
12. § 14 wird wie folgt geändert:
 - a) In Abs. 2 wird als neuer Satz 2 angefügt:

„Krankenhäuser, die im Rahmen von Holding-Strukturen durch verschiedene rechtlich selbständige Trägergesellschaften betrieben werden, können zusammengefasst werden, wenn die Trägergesellschaften im Wesentlichen denselben Gesellschafter haben.“
 - b) In Abs. 3 werden die Worte „durch einen Krankenhausträger“ gestrichen
13. In § 15 Abs. 3 werden nach den Worten „Ärztinnen und Ärzte“ die Worte „sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“ eingefügt.
14. § 17 wird wie folgt geändert:
 - a) Abs. 2 erhält folgende Fassung:

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

Hierbei sind Qualitätsindikatoren, insbesondere die Erkenntnisse, Vorgaben und Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, die Strukturvorgaben des Kataloges für Operationen und Prozedurenschlüssel sowie die Erkenntnisse der landes- und bundesbezogenen Qualitätssicherung gem. §§ 137 ff. des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2482), zuletzt geändert durch Gesetz vom 14. April 2010 (BGBl. I S. 410) und durchgeführter Qualitätsanalysen im Krankenhaus auf Basis von Routinedaten, einzubeziehen.“

b) Abs. 3 erhält folgende Fassung:

„(3) Fachkliniken können bei der Aufstellung und Durchführung des Krankenhausplans nur dann berücksichtigt werden, wenn dies zur Vermeidung und Beseitigung von Versorgungsdefiziten notwendig ist.“

c) In Abs. 7 wird das Wort „kann“ durch das Wort „soll“ ersetzt.

d) In Abs. 8 Satz 1 werden nach den Worten „der Krankenhausplan für“ die Worte „Krankenhäuser der höchsten Versorgungsstufe“ eingefügt.

e) In Abs. 8 Satz 4 werden nach den Worten „Ärztinnen und Ärzte“ die Worte „Psychotherapeutinnen und Therapeuten“ eingefügt.

15. § 19 wird wie folgt geändert:

a) In Abs. 2 wird als neuer Satz 2 eingefügt: „Psychotherapeutische Organisationseinheiten können auch von einer hauptamtlich tätigen Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten in Leitungsfunktion geführt werden.“

b) In Abs. 3 wird als neuer Satz 2 eingefügt: „Gleiches gilt für die Durchführung der Ausbildung nach dem Psychotherapeutengesetz.“

16. § 20 wird wie folgt geändert:

a) In Abs. 2 erhält Nr. 6 folgende Fassung:

„6. die Landesärztekammer Hessen, die Landeskammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Hessen und die Kassenärztliche Vereinigung Hessen mit je einer Vertreterin oder einem Vertreter,“

b) Als neue Nr. 7 wird angefügt:

„7. der Landespflegerat mit je einer Vertreterin oder einem Vertreter.“

17. § 21 erhält folgende Fassung:

„§ 21 Gesundheitskonferenzen

(1) In jedem Versorgungsgebiet nach § 17 Abs. 6 wird eine Gesundheitskonferenz gebildet. Sie hat die Aufgabe,

1. die regionalen Versorgungsstrukturen bei Bedarf auch durch eigenständige Datenerhebung bei Trägern der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung zu beobachten und mit den an der Gesundheitsversorgung Beteiligten einen intensiven Dialog zu führen, insbesondere soll sie

a) drohende Unterversorgung erkennen und mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst, den Krankenkassen, Krankenhausträgern, der Kassenärztlichen Vereinigung und weiteren Beteiligten besondere Anreize für unterversorgte Bereiche auszuhandeln,

b) Qualitätsdefizite aufdecken,

c) Vorschläge zur Optimierung der Versorgung, einschließlich der Festlegung von Teilplangebietern für die ambulante Versorgung, machen,

d) die Bildung von Kooperationen und Versorgungsnetzwerken nach § 17 Abs. 8 unterstützen und moderieren und

e) die Information der Öffentlichkeit über regionale Angebote und deren Qualität

f) dem für das Krankenhauswesen zuständigen Ministerium jährlich über die Entwicklung der regionalen Versorgung berichten,
2. dem für das Krankenhauswesen zuständigen Ministerium Vorschläge für die Durchführung und Weiterentwicklung des Krankenhausplanes nach § 19 zu machen und entsprechende Anträge der Krankenhausträger zu beurteilen,
3. die Entwürfe der Krankenhausbauprogramme zu beraten und dem für das Krankenhauswesen zuständigen Ministerium eigene Vorschläge für die Entscheidung nach § 23 Abs. 1 vorzulegen.

(2) Einer Gesundheitskonferenz gehören als Mitglieder an:

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

Vertretern regionaler Versorgungsnetzwerke kann bei den regionalen Gesundheitskonferenzen ein Gaststatus eingeräumt werden.

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

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

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

(5) Die Gesundheitskonferenz kann zur Vorbereitung ihrer Beschlüsse aus ihrer Mitte Ausschüsse bilden. Sie kann zu ihrer Beratung auch medizinische oder sonstige sachverständige Vertreterinnen und Vertreter der Beteiligten nach Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 bis 8 hinzuziehen.

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

(7) Die Gesundheitskonferenz fasst ihre Beschlüsse mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen. Die Stimmrechte der in Abs. 2 genannten Mitglieder einer Gesundheitskonferenz

beziehen sich auf die Aufgaben nach Abs. 1 Ziffer 1. Die Stimmrechte der in Abs. 2 Ziffer 5, 6, 7 und 8 genannten Mitglieder entfallen bei den Aufgaben nach Abs. 1 Ziffern 2 und 3. Bei Stimmgleichheit werden die differierenden Stellungnahmen durch den Vorsitzenden an den Landeskrankenhausausschuss zur unabhängigen Entscheidung gegeben. Sofern das für das Krankenhauswesen zuständige Ministerium eine von der regionalen Gesundheitskonferenz abweichende Entscheidung trifft bzw. Änderungen für erforderlich hält, sind die Beteiligten über die Beweggründe der getroffenen Entscheidung zu informieren und ist diesen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben und die getroffene Entscheidung zu begründen.

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

18. In § 24 Abs. 1 erhält Satz 3 folgende Fassung: „Es ist bis zum 31. Juli des Vorjahres von dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium im Einvernehmen mit dem für Finanzen zuständigen Ministerium aufzustellen und danach zeitnah im Staatsanzeiger für das Land Hessen zu veröffentlichen.“
19. In § 25 Abs. 1 wird in Satz 5 die Ziffer“ sechs“ durch die Ziffer „zwölf“ ersetzt.
20. In § 26 Abs. 1 werden in Nr. 3 die Worte „der vorhandenen Anlagegüter“ gestrichen.
21. Als neuer § 33 Sätze 2 und 3 werden angefügt: „Jedes Forschungsvorhaben ist im Landeskrankenhausausschuss eingehend zu erörtern. Dem Landeskrankenhausausschuss ist Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme einzuräumen.“
22. Als neuer § 37 Satz 3 wird angefügt: „Die kommunalen Körperschaften sind vor Entscheidung der Vergabe der Mittel zu hören.“

Begründung:

Zu Nr. 1:

1 a) Die in § 1 Abs. 1 letzter Halbsatz formulierte Zielsetzung des HKHG 2002 dass ein Ziel des Gesetzes ist, „zu sozial tragbaren Vergütungen beizutragen“ soll beibehalten werden.

1 b) Die Formulierung in Abs. 1 Satz 1 des Ziels „qualitativ hochwertige“ Versorgung wird präzisiert.

Zu Nr. 2:

Die vorgesehene Ausschlussregelung zum Sozialdienst für Krankenhäuser, die von Religionsgemeinschaften oder diesen gleichgestellten oder ihnen zugeordneten Einrichtungen ohne Rücksicht auf deren Rechtsform betrieben werden, wird gestrichen. Der „Soziale Dienst“ auch in diesen Krankenhäuser wird im Rahmen der Verträge über den nahtlosen Übergang von der Krankenhausbehandlung zur Rehabilitation bzw. zur Pflege (§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 5 SGB V) ausdrücklich als Patientenberater genannt.

Zu Nr. 3:

- 3 a) Diese Formulierung präzisiert im Rahmen der Zusammenarbeit geforderten „Abstimmung bei chronischen Krankheiten“ welche Krankheiten in diesem Zusammenhang konkret gemeint sind.
- 3 b) Die multiprofessionelle Kooperation ist trotz Betonung ihrer Notwendigkeit nach wie vor eine Schwachstelle für eine effektive, an den Patienten orientierte Versorgung. Die Berücksichtigung von Psychotherapeutinnen und -therapeuten wird daher durchgehend nachvollzogen.

Zu Nr. 4:

Siehe Begründung zu Nr. 3 b.

Zu Nr. 5:

5 a) Ein modernes Fall-Management bedarf vor dem Hintergrund zunehmender Fallzahlen und Multimorbidität, einer steigenden Zahl von Ein-Personen-Haushalten und der abnehmenden Pfllegetätigkeit durch Angehörige einer Vielfalt von individuell angepassten pflegerischen Betreuungsformen.

5 b) Mit dieser Formulierung wird sichergestellt, dass sich die oder der Ethikbeauftragte auf das Know-how unterschiedlicher Akteure im Krankenhaus stützen kann.

Zu Nr. 6:

6 a) Die Patientenfürsprecherin bzw. der Patientenfürsprecher stellt eine neutrale Stelle dar, deren/dessen Rolle - insbesondere in Zeiten eines verschärften Wettbewerbs - ihre/seine Berechtigung hat. Die Position ist deshalb von besonderer Bedeutung, entspricht der eines neutralen Amtes und kann daher nicht an das Einvernehmen mit dem Krankenhausträger geknüpft sein.

6 b) Der Bericht der Patientenfürsprecherin bzw. des Patientenfürsprechers soll den Vertragsparteien nicht lediglich auf Verlangen, sondern stets zugeleitet werden. Dies erleichtert die Umsetzung eines umfassenden Versorgungsmanagements im Sinne des § 11 Abs. 4 SGB V.

6 c) Um den Verbraucherschutz zu verbessern und die Versorgung entsprechend der Belange der Patientinnen und Patienten weiter zu entwickeln sollen regelmäßig Basisbefragungen durchgeführt werden.

Zu Nr. 7:

Die Neufassung des § 8 ist notwendig, um die Krankenhäuser zu verpflichten, eine an den fachlichen Anforderungen entsprechende Qualität der Leistung zu gewährleisten.

zu Abs. 1: Durch Rechtsverordnungen sollen die Maßnahmen zur Qualitätsgewährleistung bestimmt werden. Dazu gehört u.a. auch Instrumente der Fehlervermeidung und -aufbereitung zu implementieren.

zu Abs. 2: Die Bemessung des Pflegepersonalbedarfs soll sich an der Pflegebedürftigkeit der Patienten orientieren. Durch Rechtsverordnung sollen speziell für hochspezialisierte Versorgungsbereiche (z.B. Intensivpflege, Anästhesie, OP- und Funktionsdienste) Personalmindestkennzahlen festgelegt werden. Für alle Pflegebereiche sind geeignete Bemessungsinstrumentarien zu identifizieren und kontinuierlich weiter zu entwickeln.

zu Abs. 3: Die Bestimmung führt zur Eindämmung von Korruption im Krankenhausbereich.

zu Abs. 4: Es ist auszuschließen, dass privat und gesetzlich Versicherte unterschiedliche Qualität in der Behandlung erhalten.

Zu Nr. 8:

Die Neufassung des § 10 ist aufgrund neuer Erkenntnisse notwendig. Die Krankenhäuser werden verpflichtet umfassend und alle Maßnahmen zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen zu ergreifen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Bekämpfung

multiresistenter Erreger im Krankenhaus nicht auf medizinische Maßnahmen beschränkt wird. In der Konsequenz zu Abs. 1 Satz 1 sollen auch Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Krankenhausinfektionen durch Rechtsverordnung bestimmbar sein. Die Krankenhauspflege ist in ihrer Bedeutung für die Krankenhaushygiene aufzuwerten.

Zu Nr. 9:

Die Einfügung des Verweises auf das Strafgesetzbuch präzisiert die Schweigepflicht.

Zu Nr. 10:

10 a) Die Erweiterung auf Heilberufe mit Approbationserfordernis betont die Notwendigkeit der multiprofessionellen Kooperation für eine effektive, an den Patienten orientierte Versorgung.

10 b) Siehe Begründung zu Nr. 3 b.

Zu Nr. 11:

Im Hinblick auf die Zielsetzung dieses Gesetzes und einer damit verbundenen qualitativ hochwertigen Versorgung der Bevölkerung wird durch diese Formulierung eine umfassendere Verbindlichkeit für die Krankenhäuser geschaffen.

Zu Nr. 12:

12 a) Durch diese Formulierung werden interkommunale Krankenhauszusammenschlüsse und die Bildung von Krankenhausverbänden mehrere kommunaler Träger erleichtert.

12 b) Die Voraussetzung für einheitliche Qualitätsstandards im Rahmen der Zusammenfassung mehrerer bislang selbstständiger Krankenhäuser ist richtig. Deshalb ist Einschränkung „durch einen Krankenhausträger“ zu streichen.

Zu Nr. 13:

Siehe Begründung zu Nr. 3 b.

Zu Nr. 14:

14 a) Im Hinblick auf die Zielsetzung dieses Gesetzes ist es erforderlich, dass die Erkenntnisse, Vorgaben und Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), die Strukturvorgaben des Kataloges für Operationen und Prozedurenschlüssel (OPS-Katalog) sowie die Erkenntnisse der landes- und bundesbezogenen Qualitätssicherung gem. §§ 137 ff. SGB V herangezogen werden. Neben Indikatoren zur medizinischen Ergebnisqualität sind auch Indikatoren zur Strukturqualität einzubeziehen.

14 b) Dieser Absatz dient der Klarstellung.

14 c) Die Formulierung stellt die verbindliche versorgungsgebietsübergreifende und landesweite Planung gemäß § 17 Abs. 7 sicher.

14 d) Diese Klarstellung ist notwendig, da Krankenhäuser der höchsten Versorgungsstufe durch die höheren Vorhaltekosten in einigen Abteilungen bei nur geringer Patientenzahl einen teilweise deutlichen Wettbewerbsnachteil gegenüber spezialisierten Kliniken haben. Zudem sind sie häufig Motor in der fächerübergreifenden Zusammenarbeit.

14 e) Siehe Begründung zu Nr. 3 b.

Zu Nr. 15:

15 a) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind durch die postgraduale Ausbildung nach dem Psychotherapeutengesetz analog dem Facharztstandard qualifiziert. Deshalb sind auch diesem Heilberuf Leitungsfunktionen in Organisationseinheiten zu ermöglichen.

15 b) Da die gesetzlich vorgeschriebene „praktische Tätigkeit“ für die Ausbildung von Psychotherapeutinnen und Therapeuten überwiegend an psychiatrischen Krankenhäusern geleistet werden muss, bedarf es einer ausreichenden Bereitstellung geeigneter Ausbildungsplätze.

Zu Nr. 16

16 a) Ergänzung der in der Krankenhaus-Versorgung relevanten Kammern.

16 b) Da die Pflegeberufe in der Krankenhausversorgung eine wesentliche Rolle innehaben, soll eine Vertreterin bzw. ein Vertreter auch im Landeskrankenhausausschuss vertreten sein.

Zu Nr. 17:

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Erweiterung der ehemaligen Krankenhauskonferenzen zu Gesundheitskonferenzen erfordert eine Präzisierung der Bestimmungen über Aufgaben, Zusammensetzung, Befugnisse etc. dieses neuen Gremiums.

Zu Abs. 1: Die Bildung von Gesundheitskonferenzen stellt eine umfassende Neukonzeption der regionalen Konferenzen dar, die - unter Einbeziehung unterschiedlicher Vertreter - auf eine sektorenübergreifende Betrachtung der Versorgungssituation abstellt. Die derzeit festgelegten regionalen Versorgungsgebiete sind für die ambulante Versorgung zu großräumig. Unabhängig von bundesgesetzlichen Regelungen kann die Gesundheitskonferenz regionale Vereinbarungen anstreben. Transparenz in der Versorgung mit Leistungen des Gesundheitswesens zur Information der Patientinnen und Patienten über die Angebote und deren Qualität sollen Infoportale und Öffentlichkeitsarbeit der Gesundheitskonferenz ermöglicht werden.

Zu Abs. 2: Da der in Abs. 1 geforderte „intensive Dialog der Beteiligten in der Gesundheitsversorgung“ ohne die Einbeziehung der ambulanten und stationären Pflege nicht ergebnisorientiert ist, ist ein Vertreter des Landespflegerats als Mitglied der Gesundheitskonferenz aufzunehmen. Der Gaststatus z.B. von Vertretern regionaler Ärztenetze eröffnet die Möglichkeit intensiver Abstimmungen.

Zu Abs. 7: Durch die neu konzipierte Sitzverteilung in den Gesundheitskonferenzen ist im Gesetz zu regeln, wie in Konfliktfällen vorzugehen ist.

Zu Nr. 18:

Diese Regelung dient der Klarstellung des Zeitplans der Aufstellung, zumal für Krankenhäuser in §25 Abs. 1 eine verbindliche Frist eingeführt wird.

Zu Nr. 19:

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Frist ist zu kurz und wird deshalb auf zwölf Monate erweitert.

Zu Nr. 20:

Die Einschränkung der Verwendung der Fördermittel auf einen bereits vorhandenen Standard wird aufgehoben und Investitionen in Fortschritt ermöglicht..

Zu Nr. 21:

Aus Transparenzgründen und um Finanzmittel zielgerichtet einsetzen zu können, soll weiterhin jedes Forschungsvorhaben im Landeskrankenhausausschuss eingehend erörtert und diesem Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme eingeräumt werden.

Zu Nr. 22:

Die Beteiligung der kommunalen Körperschaften ermöglicht eine breite Akzeptanz der Entscheidungen auf kommunaler Ebene.

Wiesbaden, 23. November 2010

Der Fraktionsvorsitzende

Tarek Al-Wazir