

Bericht und Antrag des Ausschusses „Krankenhäuser im Land Bremen“**Bremisches Krankenhausgesetz (BremKrhG)****I. Bericht**

Die Bürgerschaft (Landtag) beschloss in ihrer 77. Sitzung am 8. Dezember 2010 das mit der Mitteilung des Senats vom 16. November 2010 (Drucksache 17/1539) vorgelegte Bremer Krankenhausgesetz und überwies dieses an den Ausschuss „Krankenhäuser im Land Bremen“ zur weiteren Beratung und Berichterstattung.

Mit dem Gesetz wird das Ziel verfolgt, die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich und wirtschaftlich handelnden Krankenhäusern im Land Bremen sicherzustellen, um eine qualitätsgesicherte und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Preisen und Pflegesätzen beizutragen. Die Qualität der Patientenbehandlung soll durch die Zulassung im Rahmen der Krankenhausplanung sichergestellt werden. Beabsichtigt ist, die Zusammenarbeit der Krankenhäuser untereinander und mit den anderen Heilberufsgruppen sowie die Reduktion der sogenannten Schnittstellenprobleme zu fördern. Die Kooperation von Krankenhäusern zur krankenhausesübergreifenden Versorgung soll erleichtert werden. Ein weiteres Ziel ist die Gewährleistung der Aus-, Fort- und Weiterbildung in den Heilberufen und den Gesundheitsfachberufen in enger Zusammenarbeit mit den hieran Beteiligten.

Der Gesetzentwurf wurde vor der Beschlussfassung durch den Senat der Bremischen Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau, der Landesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit, dem Landesbehindertenbeauftragten der Freien Hansestadt Bremen, der Feuerwehr Bremen, dem Magistrat der Stadt Bremerhaven, der Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen, den Krankenkassen und deren Verbänden im Lande Bremen, dem Verband der privaten Krankenversicherungen e. V., der Ärztekammer Bremen, der Psychotherapeutenkammer Bremen, der Zahnärztekammer Bremen, der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bremen, der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bremen, dem Bremer Pflegerat, der Unabhängigen Patientenberatung Bremen, der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland und der Verbraucherzentrale Bremen zur Stellungnahme übersandt. Stellungnahmen sind von fast allen angeschriebenen Einrichtungen sowie zusätzlich von der Deutschen Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG) und dem Deutschen Berufsverband für Soziale Arbeit e. V. (DBSH) eingegangen. Weitere Stellungnahmen gingen nach Beschlussfassung durch den Senat vonseiten des Sozialverbands Deutschland, Landesverband Bremen, des Marburger Bundes, Landesverband Bremen, sowie der Gewerkschaft ver.di, Bezirk Bremen-Nordniedersachsen, ein und fanden im weiteren parlamentarischen Beratungsverlauf Berücksichtigung.

Der Ausschuss „Krankenhäuser im Land Bremen“ nahm seine Beratungen zum Bremer Krankenhausgesetz in seiner Sitzung am 2. Dezember 2010 auf und beschloss, eine umfassende Anhörung durchzuführen, in deren Rahmen sowohl Befürworter als auch Gegner des beabsichtigten Gesetzesvorhabens Gelegenheit zur Darstellung ihrer Positionen erhielten.

An der Anhörung am 19. Januar 2011 nahmen zehn Sachverständige teil. Die Beratung gliederte sich in Themenschwerpunkte, zu denen die Sachverständigen im Einzelnen Stellung nahmen. Von der Anhörung wurde ein Wortprotokoll erstellt.

Folgende Sachverständige kamen in der Anhörung zu Wort:

Herr Staatsrat Dr. Hermann Schulte-Sasse von der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales,

Herr Dr. Christoph Seiler, bevollmächtigter Rechtsbeistand der Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen e. V.,

Herr Norbert Kaufhold und Herr Olaf Woggan von der AOK Bremen/Bremerhaven für die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen im Lande Bremen,

Herr Dr. Klaus-Dieter Wurche von der Ärztekammer Bremen,

Frau Irmgard Czarnecki von der Verbraucherzentrale/Patientenberatung Bremen,

Herr Uwe Schmid von der Gewerkschaft ver.di, Bezirk Bremen-Nordniedersachsen,

Frau Dr. Heidrun Gitter vom Marburger Bund, Landesverband Bremen,

Frau Dr. Imke Sommer, Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit,

Herr Rudolf Sauerwald vom Senator für Justiz und Verfassung.

II. Ergebnisse der Anhörung

1. Grundsätze und Ziele des Gesetzentwurfs

dazu: Herr Staatsrat Dr. Hermann Schulte-Sasse von der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales

Staatsrat Dr. Schulte-Sasse stellte dar, als eine der Schlussfolgerungen des in der 16. Legislaturperiode von der Bürgerschaft (Landtag) eingesetzten Untersuchungsausschusses „Klinikverbund“ sei die Empfehlung ausgesprochen worden, ein Bremisches Krankenhausgesetz zu erarbeiten. Eine entsprechende Erwartung sei auch im Koalitionsvertrag für die 17. Legislaturperiode formuliert worden.

Mit dem Bremischen Krankenhausgesetz solle neben anderem geregelt werden, unter welchen Bedingungen ein Krankenhaus beziehungsweise eine Abteilung eines Krankenhauses zur Versorgung der Bremer Bevölkerung beitragen könne und inwieweit die Bedingung des sogenannten Facharztstandards von relevanter Bedeutung sei. Dabei betonte Staatsrat Dr. Schulte-Sasse, dass keineswegs die Absicht bestehe, Änderungen an der bestehenden Krankenhaus- und Versorgungsstruktur vorzunehmen. Die entsprechende Regelung im Gesetzentwurf beziehe sich ausschließlich auf Fragen der Qualitätssicherung und folge der Überzeugung, dass die entsprechende Weiterbildung und dabei der Nachweis der Weiterbildung im Rahmen der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Bremen eine wesentliche Voraussetzung für eine qualitätsgesicherte und qualitätsgerechte Versorgung der Patienten sei, wobei punktuell Modifikationen in den entsprechenden Regelungen ohne Aufgabe des als gesundheitspolitisch für richtig erachteten Prinzips sinnvoll sein könnten.

Des Weiteren würden im Bremischen Krankenhausgesetz Qualitätskriterien und -parameter zur Patientenversorgung bei der Zulassung der Krankenhäuser beachtet. Zwei Bundesländer, Hessen und Nordrhein-Westfalen, berücksichtigten in ihren Krankenhausgesetzen entsprechende Regelungen bereits. In Nordrhein-Westfalen sei zur Qualitätssicherung landesgesetzlich vorgesehen, dass bei Bedarf unter Beachtung der bundesrechtlichen Bestimmungen auch über diese hinaus Qualitätsmerkmale und Indikatoren vorgeschlagen werden könnten, und insoweit ein über die bestehenden bundesrechtlichen Regelungen hinausgehender spezieller Regelungsbedarf gesetzlich verankert.

Im Hessischen Krankenhausgesetz sei zur Qualitätssicherung die Verpflichtung der Krankenhäuser normiert, eine den fachlichen Erfordernissen entsprechende Qualität ihrer Leistung zu gewährleisten. Zur Erfüllung dieser Pflicht träfen sie insbesondere die nach den §§ 135 und 139 c SGB V vorgesehenen Maßnahmen. Durch Rechtsverordnung könnten vom Landesverordnungsgeber weitere Maßnahmen der Qualitätssicherung und Kontrolle bestimmt werden.

Das Bremische Krankenhausgesetz folge diesen in beiden Landeskrankenhausgesetzen vorgesehenen zusätzlichen landesrechtlichen Vorgaben im Rahmen einer mit Ausnahmen versehenen Kannregelung zur Wahrung eines hohen Maßes an Transpa-

renz für Patienten und einweisende Ärzte, sodass der Vorwurf, es werde damit erstmals ein rechtlich problematisches Feld beschritten, nicht zutreffe. Solange das Ziel der Transparenz mit einer alternativen Normformulierung nicht infrage gestellt und erreicht würde, hätte dies allerdings im Hinblick auf die gesundheitspolitische Zielsetzung des Entwurfs keine negative Wirkung. Vor dem Hintergrund der gesetzlichen Normierung bestehe die Erwartung, dass entsprechende Regelungen zur Ausgestaltung einer hochwertigen, qualitätsgesicherten Versorgung in einzelnen Versorgungsbereichen auf dem Vereinbarungsweg getroffen werden könnten. Welche Bereiche über eine von der Zustimmung der zuständigen Fachdeputation abhängige Rechtsverordnung erfasst werden sollten, würde sich gegebenenfalls in der Zukunft in Abstimmung mit den gesundheitspolitischen Akteuren zeigen.

Des Weiteren werde dem Beispiel anderer Bundesländer folgend die Institutionalisierung und rechtliche Absicherung sogenannter Patientenfürsprecher im Krankenhaus gesetzlich geregelt, nachdem dies bisher auf freiwilliger Basis nicht hinreichend erfolgt sei und somit ein Regelungsbedarf bestanden habe.

Das Bremische Krankenhausgesetz sehe eine Umstellung der Krankenhausinvestitionsförderung auf eine Pauschalförderung vor. Die Diskussion über die Umstellung auf eine Pauschalförderung sei von der Diskussion über die Frage der Höhe der Förderung zu trennen. Die bundesrechtlichen Vorgaben für die Umstellung auf eine Pauschalförderung bestünden inzwischen, an den technischen Umsetzungsmöglichkeiten werde derzeit gearbeitet. Ob der Bund den vorgesehenen Zeitplan bis Ende 2011 einhalten werde, könne nicht sicher beurteilt werden. Deshalb sei im Bremischen Krankenhausgesetz für das Jahr 2012 eine Übergangsregelung vorgesehen.

Mit dem Gesetzentwurf werde zu einer Minderung des bürokratischen Aufwands beigetragen. Die bisherigen Förderungsentscheidungen hätten ein sehr aufwendiges Verfahren für Einzelförderungsmaßnahmen nach sich gezogen. Durch die Umstellung auf Pauschalförderung und Wegfall der Einzelförderung würde dieser Aufwand aufseiten der Krankenhäuser wie der Entscheidungsbehörde geringer.

Unter Bezugnahme auf entsprechende Kritik hob Herr Staatsrat Dr. Schulte-Sasse hervor, es werde lediglich eine zusätzliche Berichtspflicht eingeführt, die im Hinblick auf die gesundheitspolitische Steuerungsverantwortung auch erforderlich sei.

Das Ziel eines hohen datenschutzrechtlichen Standards sei nach Einbeziehung der Landebeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit gewährleistet.

2. Auswirkungen auf Qualität und Wettbewerb, Krankenhausplan, -förderung und -behandlung

dazu: Dr. Christoph Seiler, bevollmächtigter Rechtsbeistand der Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen e. V.

Herr Dr. Seiler stellte heraus, mit dem Bremischen Krankenhausgesetz entstände aus Sicht der Krankenhausgesellschaft eine hohe Regelungsdichte, die zusätzliche Verpflichtungen und Rechtspflichten und damit einen erhöhten bürokratischen Aufwand für die Krankenhäuser nach sich ziehen würde. Dies sei für Bremen im Wettbewerb, insbesondere mit dem Land Niedersachsen, das mit einem weitaus weniger umfangreichen Krankenhausgesetz auskomme, von Nachteil.

Der gravierendste Kritikpunkt sei für die Krankenhausgesellschaft die bundesweit einzigartige Verknüpfung der Aufnahme in den Krankenhausplan mit der vollen Weiterbildungsbefugnis. Dass die Aufnahme in den Krankenhausplan künftig vom Vorliegen der vollen Weiterbildungsbefugnis abhängig sein solle, lasse unberücksichtigt, dass Weiterbildungsbefugnis und Krankenhausplanung zwei unterschiedliche Inhalte betreffen, einerseits die Patientenversorgung, andererseits die Facharztausbildung.

Es gebe Fachkliniken und Fachabteilungen, die sich auf bestimmte Leistungsangebote spezialisiert hätten, ohne dass daraus Nachteile für die Patientenversorgung resultierten. Aus Patientensicht sei vielmehr wünschenswert, selbst entscheiden zu können, eine Spezialklinik oder ein Allgemeinkrankenhaus aufzusuchen. In anderen Ländern bestünden allgemeine Regelungen zur Pflicht der Krankenhäuser, Weiterbildung zu betreiben. Dieses allgemeine Anliegen sei aber unstrittig und betreffe nicht die Leistungsfähigkeit einzelner Krankenhäuser. Bundesrechtlich sei vorgegeben, jedes für die Patientenversorgung leistungsfähige Krankenhaus in den Kran-

kenhausplan aufzunehmen, wenn es bedarfsgerecht sei. Insoweit ergäbe sich durch die vorgesehene Landesregelung ein Konflikt mit dem Bundesrecht.

Nahezu alle bremischen Klinikträger seien von der Thematik der eingeschränkten Weiterbildungsbefugnis betroffen, sodass die im Gesetz vorgesehenen Ausnahmemöglichkeiten aus Gründen der Rechtsklarheit und Rechtssicherheit nicht ausreichten. Die Kliniken müssten nicht nur im Einzelfall, sondern auf Dauer wissen, mit welchen Abteilungen weitergearbeitet werden könne. Jeweils eine Ermessensentscheidung der Behörde abwarten zu müssen, könne hingegen nicht Sinn einer neuen allgemeinverbindlichen Regelung sein.

Zudem würde die Ärztekammer durch die Verknüpfung der Zuerkennung der vollen Weiterbildungsbefugnis mit der Aufnahme in den Krankenhausplan in jede Auseinandersetzung über den Krankenhausplan involviert, und jede negative oder einschränkende Entscheidung der Ärztekammer könnte zu einem Rechtsstreit führen. Diese mit dem Gesetzentwurf vorgesehene existenzielle Bedeutung der Erteilung der Weiterbildungsbefugnis für die Krankenhäuser im Land Bremen sei nicht sachgerecht. Weiterbildungsbefugnisse würden etwa auch dann entfallen, wenn zum Beispiel ein umfassend weiterbildungstätiger Chefarzt aus einer Abteilung ausscheide.

Im Hinblick auf die pauschalierte Krankenhausinvestitionsförderung bestehe vor dem Hintergrund der noch nicht abgeschlossenen Entwicklung auf Bundesebene zum derzeitigen Zeitpunkt kein Bedarf für eine landesrechtliche Regelung. In Bezug auf die Höhe der Krankenhausförderung entspreche der im Bremischen Krankenhausgesetz vorgesehene Haushaltsvorbehalt nicht dem bundesrechtlichen Finanzierungsgebot und sei deshalb zu streichen. Die Krankenhausförderung sei das verfassungsrechtliche Korrelat des Verbots, Investitionskosten über laufende Entgelte zu erwirtschaften. Krankenhäusern sei es verboten, die Investitionskosten über Entgelte abzurechnen, und dem entspreche die volle Finanzierungspflicht des Landes.

Mit den Vorgaben zu den Vereinbarungsvorschlägen zum Krankenhausplan beuge Bremen sich in Abweichung vom Bundesrecht aus seiner Planungsverantwortung. Die Planung sei nach Bundesrecht nicht Sache der Vertragsparteien, der Landesverbände der Kassen oder der Verbände der Krankenhäuser, sondern Aufgabe des Landes. Die Verknüpfung dieser Vorschläge mit den jährlichen Budgetverhandlungen greife in das bundesrechtlich abschließend geregelte Budgetrecht ein, sei so formal nicht rechtmäßig und überdies auch unzweckmäßig, da sie die bereits sehr konfliktbehafteten Budgetverhandlungen der Parteien vor Ort noch mit umfangreichen Katalogen der Planaufnahme des Versorgungsauftrags befrachte.

Zum Thema Qualitätssicherung stehe die Krankenhausgesellschaft auf dem Standpunkt, dass es dazu bereits auf Bundesebene ausreichende und detaillierte Mechanismen gebe. In Bremen würden künftig weitere landesrechtliche Ebenen bestehen, nämlich die Rechtsverordnung des Senats, die Vorgaben des Krankenhausplans und die Vorgaben aus den Vereinbarungsvorschlägen. Dies bedeute eine Überregulierung, würde den Aufwand erheblich vergrößern und zwangsläufig zu widersprüchlichen Regelungen führen.

Die Regelung, wonach die Behörde zur Umsetzung des Gesetzes auch auf Patientendaten zugreifen dürfe, sei datenschutzrechtlich nicht befriedigend gefasst. Die im Gesetz vorgesehene pauschal formulierte Voraussetzung, einen behördlichen Zugriff für zulässig zu erachten, wenn er im überwiegenden Allgemeininteresse erforderlich sei, berücksichtige Normenklarheit und Rechtssicherheit nicht hinreichend. Datenschutzrechtliche Eingriffsregelungen müssten eng bestimmt, abschließend formuliert und vorhersehbar einen Eingriff rechtfertigen und definieren.

Eine Informationspflicht über das in der jeweiligen Klinik zu erwartende Leistungsangebot beträfe die Frage der Transparenz und wäre eine Lösung, die bei Weitem nicht die von der Krankenhausgesellschaft kritisierte existenzielle Problematik auflösen würde, denn die Nichtvorhaltung bestimmter Leistungsbereiche würde dann nicht den Status des jeweiligen Krankenhauses gefährden. Denkbar wäre auch eine vorgeschriebene allgemeine Verpflichtung, sich an der Weiterbildung zu beteiligen, ohne diese an die Aufnahme in den Krankenhausplan zu knüpfen. Eine solche Lösung würde aber eine entsprechende Änderung im Gesetzentwurf bedingen. § 5 Absatz 3 könne insoweit unverändert bleiben. Wenn hingegen § 5 Absatz 1 Ziffer 4 gestrichen würde, käme ein Zusammenhang mit der Weiterbildungsbefugnis nicht mehr zum Tragen.

3. Auswirkungen auf Qualität und Wettbewerb, Krankenhausplan, -förderung und -behandlung

dazu: Herr Norbert Kaufhold und Herr Olaf Woggan von der AOK Bremen/Bremerhaven für die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen im Lande Bremen

Herr Kaufhold hob hervor, die Höhe der in Bremen in Rede stehenden Krankenhausinvestitionsförderung werde vermutlich unabhängig vom Fördersystem – ob pauschal oder im Rahmen von Einzelförderung – nicht generiert und insofern ein Mangel fortgeschrieben, der in den vergangenen Jahren immer mehr zutage getreten sei. Folglich sei mit einer Umstellung auf ein Pauschalssystem kein Mittel gegen dieses Manko geschaffen.

Herr Woggan betonte, in Bremen sei ein seit Jahren bewährtes Vereinbarungsverfahren der Beteiligten zur Landeskrankenhausplanung etabliert. Dieses Verfahren diene inzwischen auch anderen Bundesländern als Vorbild, die es in ähnlicher Weise praktizierten und dafür keine gesetzliche Regelung benötigten. Mit dem derzeit in Bremen angewandten Verfahren bestehe die Gewähr, dass die Beteiligten flexibel auf die tatsächlichen Anforderungen sinnvoller krankenhauplanerischer Entscheidungsabläufe reagieren könnten. Folglich seien § 4 Absätze 2 bis 5 vollständig entbehrlich.

Sofern das Planungsverfahren im Bremischen Krankenhausgesetz weiterhin unverändert bleiben sollte, schlage die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen einen geänderten § 4 Absatz 2 vor, mit dem die Beteiligten beauftragt seien, den Ablauf und die Inhalte des Planungsverfahrens miteinander zu vereinbaren. Sollte diesem Vorschlag nicht gefolgt werden, würde hilfsweise vorgeschlagen, einzelne Vorschriften in § 4 zu ändern, etwa in § 4 Absatz 2 den erweiterten Beteiligtenkreis nicht gestaltend in das Verfahren einzubinden, sondern vorzusehen, ihn in Kenntnis zu setzen, um das Verfahren nicht zu stark auszuweiten und bürokratisch zu überfrachten.

Die in § 4 Absatz 2 erwähnte Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Bremen sei für den dort in Bezug genommenen Zweck nicht geeignet, auch nicht in einer Kannregelung.

Die in § 4 Absatz 4 vorgesehenen Regelungen bedeuteten eine bürokratische Überfrachtung des Verfahrens und seien so aus Sicht der Krankenkassen nicht umsetzbar. Die für ein solches Vorgehen erforderlichen Daten stünden den Kassen nicht zur Verfügung; der Zweck der Regelung sei mithin nicht zu erfüllen. Auch seien die Krankenkassen nicht in der Lage, den administrativen Vollzug des Krankenhausplans im Rahmen der Budgetverhandlungen zu überprüfen und entsprechende Meldungen an die Gesundheitsbehörde zu erstellen. Dies sei auch nicht Aufgabe der Kassen. Deshalb werde eine Streichung der entsprechenden Textpassage empfohlen.

§ 4 Absatz 6 stehe nicht in Einklang mit dem Bundesrecht. Umfang und Inhalt der zu erstellenden Statistiken seien in § 21 Krankenhausentgeltgesetz abschließend geregelt. Daneben gebe es keinen Raum für weitere statistische Anforderungen.

In Bezug auf § 5 Absatz 1 folge die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen den Ausführungen der Krankenhausgesellschaft. In § 5 Absatz 2 müsste eine Mitteilung auch gegenüber den Krankenkassenverbänden vorgesehen werden. Die in § 5 Absatz 3 vorgesehene Möglichkeit der Gesundheitsbehörde, im Einzelfall besondere abweichende Regelungen zu treffen, müsste das Einvernehmen mit dem Planungsausschuss voraussetzen.

Soweit in § 7 Absatz 3 des Gesetzentwurfs vorgesehen sei, dass bei Abweichung eines Krankenhausträgers von seinem Planungsauftrag der Bescheid nach § 5 Absatz 4 ganz oder teilweise widerrufen werden könne und dieser Widerruf ausdrücklich nur an die Zustimmung des Senators für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales geknüpft sei, bedeute dies im Ergebnis, dass das, was die Beteiligten zuvor planerisch ausgestaltet hätten, durch eine Einzelentscheidung der Behörde einfach wieder außer Kraft gesetzt werden könnte. Der Alternativvorschlag der Krankenkassen sehe hingegen vor, dass, wenn ein Krankenhaus abweichen möchte, es einen entsprechenden Antrag stellen müsste.

Im Hinblick auf die Krankenhaus- und Investitionsförderung sei zu kritisieren, dass gemäß § 8 Absatz 1 die Krankenhausinvestitionsmittel dem Primat der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel untergeordnet würden und in § 8 Absatz 2 zusätzlich vorgesehen sei, dass notwendige Investitionskosten haushaltsrechtlichen Grund-

sätzen folgten. Diese landesrechtlichen Vorschriften stünden nicht in Einklang mit dem Bundesrecht und gefährdeten die Versorgung der Patienten in Bremen.

Des Weiteren streiche das Gesetz den Anspruch auf Einzelförderung mit einer Ausnahme im inhaltlich nicht näher definierten Einzelfall und ersetze ihn durch eine Regelung zur Pauschalierung, deren genaue Ausgestaltung dem Gesetz nicht entnommen werden könne. Dies sei ebenfalls zu kritisieren, weil somit der tatsächliche Investitionsbedarf der Krankenhäuser nicht berücksichtigt werde. Das nach § 9 zu erstellende Investitionsprogramm ändere daran nichts.

Das Bundesrecht sehe einen Übergang auf Investitionspauschalen für die Zeit nach 2012 vor. Insofern erscheine es sinnvoll, die Entwicklung im Bund zunächst abzuwarten, bevor eine landesrechtliche Regelung in Bremen bereits in Kraft trete. Das Gesetz müsste zudem bei einem Übergang von der Einzel- zur Pauschalförderung zumindest Regelungen im Hinblick auf den derzeitigen Investitionsbedarf treffen. Eine solche Übergangsregelung fehle bislang.

Aus Sicht der Kassen sei es wichtig, Krankenhäuser mit psychiatrischen Abteilungen beziehungsweise psychiatrische Krankenhäuser gesetzlich zu verpflichten, das Personal nach der Psychatriepersonalverordnung auch tatsächlich zu beschäftigen. Im Hinblick auf § 30 Absatz 3 erscheine der datenschutzrechtliche Rahmen überdenkenswert.

Die Wettbewerbsbedingungen der bremischen Krankenhäuser gegenüber dem niedersächsischen Umland würden durch das Bremische Krankenhausgesetz in der vorliegenden Entwurfsfassung verschlechtert. Durch die Setzung engerer Rahmenbedingungen würden die bremischen Krankenhäuser gegenüber dem niedersächsischen Umland weniger Möglichkeiten haben, im Einvernehmen mit den Kostenträgern flexibel auf Nachfrage und Bedarf nach stationären Gesundheitsleistungen zu reagieren, was nach Überzeugung der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen zur Abwanderung von Patienten nach Niedersachsen führen würde.

4. Auswirkungen auf Qualität, Wettbewerb und Patienten

dazu: Herr Dr. Klaus-Dieter Wurche von der Ärztekammer Bremen

Herr Dr. Wurche legte dar, das Bremische Krankenhausgesetz knüpfe als erstes Landeskrankenhausgesetz an wichtige Kriterien der Strukturqualität an, was von der Ärztekammer begrüßt werde. Der Gesetzentwurf mache die Aufnahme in den Krankenhausplan unter anderem davon abhängig, dass der leitende Arzt von der Ärztekammer die volle Weiterbildungsbefugnis erhalten habe und das Krankenhaus – gemeint dürfte sein die medizinische Klinik oder Abteilung – als Weiterbildungsstätte zugelassen sei. Sowohl die Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis als auch die Zulassung als Weiterbildungsstätte seien von Voraussetzungen abhängig, mit denen unmittelbar die Qualität der Weiterbildung, indirekt aber auch die Qualität der medizinischen Versorgung im stationären und ambulanten Bereich sichergestellt werde.

Die Weiterbildungsbefugnis sei ein geeigneter Indikator für die Qualität der Patientenversorgung, da ihre Erteilung an bestimmte Voraussetzungen geknüpft sei; der Arzt müsse selbst die Facharzt- beziehungsweise Schwerpunktbezeichnung führen, fachlich sowie persönlich geeignet sein und eine mehrjährige Tätigkeit nach Abschluss der entsprechenden Weiterbildung nachweisen können, also über ausreichende praktische Erfahrungen in seinem Gebiet oder Schwerpunkt verfügen. In der Verwaltungspraxis bedeute dies, er müsse mindestens so lange als Facharzt tätig gewesen sein wie die reguläre Weiterbildungszeit nach der Weiterbildungsordnung, bevor eine Befugnis beantragt werden könnte. Die Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis setze die fachliche Eignung des leitenden Arztes, seine langjährige Erfahrung und gesetzeskonformes Verhalten im Zusammenhang mit der ärztlichen Berufsausübung voraus.

Von den für die Erteilung der Befugnis notwendigen Qualitätsvoraussetzungen profitiere auch die Patientenversorgung. Die Ärztekammer begrüße auch vor dem Hintergrund des Ärztemangels, dass das Land Bremen, das im Rahmen der Daseinsvorsorge die ausreichende und gute medizinische Versorgung der Bevölkerung gewährleisten müsse, insoweit auch die langfristige Perspektive bedenke, dass eine gute Weiterbildung der Sicherstellung einer Patientenversorgung auf hohem Niveau diene. Die Verknüpfung der Weiterbildungsbefugnis mit dem Zugang zur Versorgung sei ein guter und Erfolg versprechender Ansatz.

Im Hinblick auf den Umfang der Weiterbildungsbefugnis sei jedoch hervorzuheben, dass dieser aus Sicht der Ärztekammer keinen Indikator für die Qualität der Patientenversorgung darstelle. Auch in Abteilungen, die keine volle Befugnis besäßen, diese vielleicht aufgrund ihrer Spezialisierung auch nicht anstrebten, sei weder die Weiterbildung noch die Patientenversorgung von vornherein schlechter als in Abteilungen mit einem voll weiterbildungsbefugten Arzt. In den entsprechenden Regelungen der Weiterbildungsordnung und im Kammergesetz sei vorgesehen, dass mehrere Kliniken oder mehrere Abteilungen gemeinsam zur Weiterbildung befugt werden könnten. Weiterbildungsverbände seien aus Sicht der Kammer in entsprechenden Fällen auch wünschenswert.

Für den Umfang der Befugnis sei maßgebend, inwieweit die an Inhalt, Ablauf und Zielsetzung der Weiterbildung gestellten Anforderungen durch den befugten Arzt unter Berücksichtigung des Versorgungsauftrags, der Leistungsstatistik sowie der personellen und materiellen Ausstattung der Weiterbildungsstätte erfüllt werden könnten. Bezugspunkt seien folglich die Inhalte, die die Weiterbildungsordnung für die jeweilige Weiterbildung zum Facharzt oder Schwerpunkt verlange.

Eine volle Befugnis könne nur erteilt werden, wenn ein Arzt in Weiterbildung Kenntnisse und Erfahrungen in allen von der Weiterbildungsordnung geforderten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden erwerben könne. Maßstab sei insoweit nicht die Qualität der Behandlung, sondern Art und Umfang des Leistungsspektrums. Je begrenzter das Spektrum, desto geringer sei jedoch der Umfang der Befugnis. Zu der Qualität der Weiterbildung oder der Qualität der Patientenversorgung ergebe sich daraus kein Zusammenhang. Die volle Weiterbildungsbefugnis sei kein notwendiges Kriterium, um festzustellen, ob Patienten qualitativ hochwertig versorgt würden, sondern Schwerpunktbildungen könnten in einer Weiterbildungsbefugnis entsprechend abgebildet werden.

Aus dem Heilberufsgesetz ergebe sich, dass Gebiete, Teilgebiete und Bereiche dann einzuführen seien, wenn die wissenschaftliche Entwicklung dies fordere, der Versorgungsbedarf der Bevölkerung vorhanden sei und der Einführung europäisches Recht nicht entgegenstehe. Diese Kriterien für die Schaffung einer Weiterbildungsbezeichnung orientierten sich stets an den aktuellen Gegebenheiten der medizinischen Versorgung.

In § 6 sollte mit Blick auf die vorgesehene Verknüpfung der Aufnahme in den Krankenhausplan mit der Weiterbildungsbefugnis die unmittelbare Beteiligung der Ärztekammer bei der Krankenhausplanung geregelt werden, zumal deren Beteiligung in § 5 bereits vorgesehen sei. Sachsen, Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen hätten gute Erfahrungen damit gemacht, die Institution, die über die notwendigen Kenntnisse und Strukturdaten im stationären und ambulanten Sektor verfüge, unmittelbar in die Krankenhausplanung einzubinden.

Verlasse ein weiterbildungsbefugter Arzt die Abteilung, gebe es in aller Regel eine kommissarische Leitung, die über die entsprechende fachliche Qualifikation verfüge. Von der Ärztekammer werde sichergestellt, dass die kommissarische Leitung unverzüglich die Weiterbildung weiterführe. Voraussetzung sei, dass eine fachlich qualifizierte Kraft in der betroffenen Abteilung praktiziere.

5. Auswirkungen auf Qualität und Patienten

dazu: Frau Irmgard Czarniecki von der Verbraucherzentrale/Patientenberatung Bremen

Frau Czarniecki stellte dar, die Verbraucherzentrale begrüße die zukünftig auch in Bremen einheitlich an alle Krankenhäuser gestellten gesetzlichen Anforderungen und den Ansatz, die Rechte der Patienten und die Qualitätssicherung in den Mittelpunkt des Gesetzes zu stellen. Wichtig für die Durchsetzung der Patientenrechte sei die Schaffung entsprechender Instrumentarien sowie eine entsprechende Beteiligung an Entscheidungsprozessen. Die im Gesetz vorgesehenen ehrenamtlichen Patientenführsprecher bedeuteten einen guten ersten Schritt, und es sei erfreulich, das Vorschlagsrecht der Fachdeputation für Gesundheit aufzunehmen. Die Verbraucherzentrale befürworte, alle Krankenhäuser der Rechtsaufsicht einschließlich entsprechender Sanktionen zu unterstellen.

Allerdings müsse eine öffentliche Berichtspflicht vorgesehen werden. Zudem sollte zumindest ein Patientenführsprecher pro Krankenhaus die Interessen der Patienten vertreten, wobei die Funktion im Ehrenamt diskussionswürdig sei. Es sei kaum vor-

stellbar, wie ein ehrenamtlicher Patientenfürsprecher in einem hoch professionellen Apparat Krankenhaus wirkungsvoll die Rechte von Patientinnen und Patienten vertreten solle. Ein unverzichtbares Mittel, um die Interessen von strukturell Unterlegenen in einem System zumindest tendenziell zur Geltung zu bringen, seien Transparenz und Öffentlichkeit. In diesem Sinne müssten grundsätzlich alle Berichte über die Qualität der Bremer Krankenhäuser veröffentlicht werden, was im Gesetz bisher nicht vorgesehen sei. Zudem müssten Qualitätsbeauftragte als zentrales Instrument zur Sicherung der Qualität Berichte erstellen und veröffentlichen.

Einige für Patienten wichtige Maßnahmen ergäben sich leider nur aus Sollregelungen, etwa im Hinblick auf das sogenannte Entlassungsmanagement, die Zurverfügungstellung von Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen sowie die Sicherstellung des Rechts auf die Würde von sterbenden Patienten. Insoweit könnten aus Sicht der Verbraucherzentrale noch Nachbesserungen erfolgen.

6. Auswirkungen auf die Arbeitnehmerinteressen

dazu: Herr Uwe Schmid von der Gewerkschaft ver.di, Bezirk Bremen-Nordniedersachsen

Herr Schmid betonte, die Intention des Gesetzentwurfs, die Qualität der Patientenbehandlung stärker in den Fokus der Krankenhausplanung zu stellen, sei aus Sicht der Gewerkschaft ver.di richtig, zumal davon auszugehen sei, dass Qualitätsgesichtspunkte im Wettbewerb insbesondere mit dem Umland zukünftig bedeutsamer würden.

Ebenso werde die Verzahnung unterschiedlicher Versorgungsangebote und Anbieter begrüßt, wenn auch weitere Konkretisierungen im Gesetzentwurf fehlten. Positiv sei ferner, dass sich Bremen mit dem Gesetzentwurf aus der Krankenhausgesetzgebung der meisten Bundesländer abhebe. Allerdings gehöre zur Umsetzung der qualitativen Ansprüche eine adäquate finanzielle und personelle Ausstattung der Krankenhäuser, die sich aus dem Gesetz nicht ergebe. Gerade auf der personellen Seite fehlten aus gewerkschaftlicher Sicht entsprechende Ausführungen.

Die Umstellung der Investitionsförderung auf Pauschalen sei nicht zu bemängeln, allerdings würden keine konkreten Kriterien zur Berechnung genannt. Für die Krankenhäuser bestehe jedoch keine Planungssicherheit, da die Höhe der Förderung von den jeweils zur Verfügung stehenden Haushaltsmitteln abhängig gemacht werde. So bleibe zu befürchten, dass die Krankenhausinvestitionsmittel für die Finanzierung der Investitionskosten nicht ausreichen und der bereits vorhandene Investitionsstau fortbestehe. Insoweit bestehe auch ein Zusammenhang in Bezug auf die Umsetzung der Qualitätsstandards, die von einer ausreichenden Ausstattung der Krankenhäuser mit Investitionsmitteln abhängig sei.

Das Kriterium hinreichender Facharztstandards sei sinnvoll; hingegen fehlten weitergehende Ausführungen zu Personalstandards, die notwendig seien, um Qualitätsanforderungen umzusetzen. Vor dem Hintergrund der von Bremen ausgegangenen Bundesratsinitiative zur Frage von Standards der Personalbemessung aus dem November 2010 sollte der Gesetzentwurf eine entsprechende Nachbesserung in § 5 erfahren, etwa durch den Nachweis einer Personalbesetzung, die sich an Qualitätsstandards wie zum Beispiel der Pflegepersonalregelung orientiere. Die Bezahlung des Personals nach Tarifverträgen sei im Hinblick auf die Verwendung öffentlicher Mittel sinnvoll, da die geforderten Standards nur über gut bezahltes und ausgebildetes Personal realisiert werden könnten.

Des Weiteren sei die Aufnahme des Kriteriums Gewährleistung der durchgängigen ärztlichen und pflegerischen Versorgung durch krankenhauseigenes Personal erforderlich, dies verbunden mit der Beschränkung des Einsatzes von Leiharbeitnehmern auf Ausnahmefälle. Nach den bisher gemachten Erfahrungen seien mit Leiharbeitnehmern die geforderten Standards, die letztlich den Patienten und deren Behandlung zugutekämen, nicht zu erfüllen.

In Bezug auf die Frage der engen Anbindung der Krankenhausplanung an die Gliederung der Weiterbildungsordnung sei die geäußerte Kritik nachvollziehbar. Der Versorgungsbedarf müsse als ausschlaggebendes Kriterium für die Krankenhausplanung im Vordergrund stehen. Das Qualitätskriterium fachärztlicher Weiterbildung sei davon zu trennen.

7. Auswirkungen auf die Arbeitnehmerinteressen

dazu: Frau Dr. Heidrun Gitter vom Marburger Bund, Landesverband Bremen

Frau Dr. Gitter verwies vor dem Hintergrund von Mängeln im Hinblick auf eine zu hohe wöchentliche Arbeitszeit, die zunehmend bedeutsamere Vereinbarkeit von Familie und Beruf und vielfach unbesetzte Stellen in Krankenhäusern darauf, dass das Bremische Krankenhausgesetz für den Marburger Bund danach zu bewerten sei, dass keine Überforderung des Personals stattfinden sollte, weder qualitativ noch durch die Arbeitsbelastung in unzureichendem Arbeitsumfeld. Dazu gehörten als wichtige Kriterien auch ärztliche Weiterbildung und Nachwuchsförderung in guter Qualität. Zum Beispiel müsse im Hinblick auf die zunehmende Belastung des ärztlichen Personals in der Notfallversorgung die Verteilung der Lasten gerecht sein.

In § 3 Absatz 4 wäre eine ausreichend bemessene Investitionsförderung wünschenswert, um Investitionen nicht vorrangig durch Einsparungen beim Personal zu finanzieren.

Das in § 4 Absatz 2 alternativ zur Bettenzahl vorgesehene Kriterium der Patientenzahl sei zu begrüßen. Allerdings müsse hier noch mehr auf die zu erwartenden Krankenhausleistungen abgestellt werden, was in § 4 Absatz 3 ergänzt werden könnte. Sie stimme im Hinblick auf das Kriterium einer personellen Mindestausstattung der Auffassung zu, eine Konkretisierung zu formulieren, insbesondere in Bezug auf die 24-Stunden-Notfallversorgung.

Die Unterscheidung von allgemein zugelassenen Abteilungen und Spezialabteilungen sei gerechtfertigt. Patienten in einer Spezialabteilung erwarteten gewisse Mindestleistungsstandards. Andernfalls wäre die Bezeichnung „Spezialabteilung“ nicht gerechtfertigt, was den Patienten dann auch transparent dargestellt werden müsste.

In § 5 Absatz 1 müsste der Begriff „bedarfsgerechte Vorhaltung“ konkretisiert werden. In § 5 Absatz 1 Ziffer 2 sei zu ergänzen, dass die durchgängige ärztliche und pflegerische Versorgung auch für das jeweilige Gebiet und den jeweiligen Schwerpunkt möglich sein sollte. Es müsse klar sein, wenn die bestimmte Spezialisierung anerkannt und damit in den Krankenhausplan aufgenommen sei, müsse auch jederzeit das dafür erforderliche Personal vorgehalten und der Facharztstandard gewährleistet werden.

Der Marburger Bund begrüße ausdrücklich den in § 5 Absatz 1 Ziffer 4 festgeschriebenen Bezug zur Weiterbildung. Die Sicherstellung der Krankenhausversorgung der Bevölkerung umfasse, dass gut qualifizierte, weitergebildete Ärzte zur Verfügung stehen müssten. Von öffentlich geförderten Krankenhäusern könne erwartet werden, sich an der Sicherstellung der zukünftigen Versorgung zu beteiligen. Diese Regelung stelle ein wichtiges Qualitätskriterium dar, das gewährleiste, dass angebotene Spezialabteilungen auch ein entsprechendes spezielles Spektrum und eine ausreichende Fallzahl leisteten, die die Ausweisung als Spezialabteilung rechtfertigten.

Allerdings müssten Ausnahmen möglich sein, sofern der Versorgungsbedarf dies rechtfertigen würde. Außerdem sei beachtenswert, dass eine Weiterbildungsbefugnis nicht nur an leitende Ärztinnen und Ärzte vergeben werde. Wenn eine Abteilung unter einer Leitung mehrere Weiterbildungen tätige oder Zusatzqualifikationen weiterbilden könne, treffe die Ärztekammer schon aus Gründen der Qualitätssicherung entsprechende Vorkehrungen. Insofern könnte die vorhandene Ausnahmevorschrift in der Hinsicht noch konkretisiert werden.

Die Bindung an die Weiterbildungsbefugnis sei auch geeignet, die Anstrengungen der Mehrzahl der Krankenhäuser anzuerkennen, die ihren Verpflichtungen nach der ärztlichen Weiterbildungsordnung gewissenhaft nachkomme. Dies diene auch dazu, die Attraktivität der Standorte für die Gewinnung von ärztlichem Nachwuchs zu fördern, und sichere die Einhaltung der qualitativen Verpflichtungen als zugelassene Weiterbildungsstätte und damit auch die Versorgungsqualität für Patienten, was im Interesse der Träger liegen müsste. Folgerichtig müsste in § 6 Absatz 1 die Ärztekammer – Körperschaft des öffentlichen Rechts und auch bei anderen für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung wesentlichen Aufgaben berücksichtigt – als unmittelbar Beteiligte vorgesehen werden.

Die Ärztekammern verfügten über Erkenntnisse, die für die Beratung bei der Krankenhausplanung von Bedeutung wären und dabei im Übrigen auch die ambulanten Versorgungsmöglichkeiten mit einbezögen. Für die Betrachtung der Gesamtversorgung der Bevölkerung werde dies aufgrund des Ärztemangels zunehmend not-

wendig, und es sei sinnlos, Versorgungsleistungen vorzusehen, für die nicht ausreichend Ärzte vorhanden seien. Dass der Marburger Bund als gewerkschaftliche Vertretung der angestellten Ärztinnen und Ärzte in den Kreis der weiteren Beteiligten nach § 6 Absatz 2 aufgenommen werden solle, sei zu begrüßen.

In § 20 müssten die qualitativen Anforderungen an die Notfallversorgung vereinbart und bei der Erteilung der Aufnahme in den Krankenhausplan auch beschrieben werden. Die Krankenhäuser, die nicht über ausreichende Voraussetzungen in der Ausstattung, insbesondere nicht über Personal mit ausreichender Qualifikation verfügten, müssten an den Vorhaltekosten der anderen Krankenhäuser beteiligt werden, um diese nicht einseitig mit den Kosten und Risiken der Notfallversorgung zu belasten. Ebenso sei mit anderen besonderen notfallmedizinisch relevanten Funktionseinheiten, wie zum Beispiel Intensiv- und Beatmungsplätzen, zu verfahren.

Mit Blick auf die bundesrechtliche Formulierung müsste in § 21 Absatz 1 Ziffer 1 deutlich werden, dass es um einen Anspruch auf Behandlungen gehe, soweit diese notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich seien.

Die Verpflichtung des Krankenhausträgers zur Förderung von Aus-, Weiter- und Fortbildung in § 23 Absatz 4 werde ausdrücklich begrüßt. Sie entspreche bundesgesetzlichen Regelungen zur Fortbildungspflicht und sei im Interesse der Träger.

Zu § 29 gab Frau Dr. Gitter den Hinweis, dass eine zu geringe Personalausstattung wissenschaftlich nachweisbar zu einem erhöhten Risiko von Krankenhausinfektionen mit multiresistenten Erregern führe. Dieser Gesichtspunkt sei in etwaigen Rechtsverordnungen zur Krankenhaushygiene zu beachten.

Im Interesse der Rechtssicherheit für die Ärzteschaft könnte zur Übermittlung persönlicher Daten eine Konkretisierung in datenschutzrechtlicher Hinsicht überlegt werden.

8. Datenschutzrechtliche Auswirkungen

dazu: Frau Dr. Imke Sommer, Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit

Frau Dr. Sommer gab den Hinweis auf das Bremische Krankenhausdatenschutzgesetz. Durch das Bremische Krankenhausgesetz werde dessen hoher datenschutzrechtlicher Standard nicht beeinträchtigt, wie sich aus § 21 Absatz 1 Ziffer 6 ergebe.

Nachdem sich in den letzten Jahren im Bereich des Gesundheitswesens sowohl technisch als auch organisatorisch erhebliche Veränderungen ergeben hätten, habe sich auch die Lage in Bezug auf Datenerhebung und -weitergabe in diesem Bereich stark geändert. Das Bremische Datenschutzgesetz biete ein Verfahren der sogenannten Risikoanalyse an, um die Auswirkungen für die Daten der betroffenen Patienten bemessen und bewerten zu können, das nunmehr in Abstimmung mit dem Gesundheitsressort zum Einsatz kommen solle.

In Bezug auf § 30 Absatz 3 BremKrhG sei festzustellen, dass die Formulierung „im überwiegenden Allgemeininteresse“ eine sehr hohe juristische Hürde für eine behördliche Einsichtnahme darstelle. Dem Gesetzgeber bleibe aber unbenommen, eine Konkretisierung oder gegebenenfalls eine Verordnungsermächtigung vorzusehen.

9. Rechtsförmlichkeit des Gesetzes

dazu: Herr Rudolf Sauerwald vom Senator für Justiz und Verfassung

Herr Sauerwald führte aus, die rechtsförmliche Prüfung des Gesetzentwurfs habe keinen Anlass zur Beanstandung gegeben. Das Bremische Krankenhausgesetz betreffe ein anderes Regelungsgebiet als die bundesrechtlichen Vorschriften SGB V, Krankenhausfinanzierungsgesetz und Krankenhausentgeltgesetz. Im SGB V seien zudem Ermächtigungen und Öffnungsklauseln für landesrechtliche Regelungen ausdrücklich aufgeführt.

Dass das Bremische Krankenhausgesetz die Investitionsförderung der Krankenhäuser unter landesrechtlichen Haushaltsvorbehalt stelle, sei zulässig und auch sinnvoll. Adressaten dieser Regelung seien zum einen die Exekutive, die den Krankenhäusern Investitionsmittel zur Verfügung stelle, zum anderen die Mittelempfänger. Wenn sich aus Bundesrecht höhere Ansprüche gegenüber dem Land ergeben sollten, als vom Landeshaushaltsgesetzgeber vorgesehen, müsste dies im Rahmen der Haushaltsaufstellung berücksichtigt werden, nicht aber im Rahmen des Haushaltsvollzugs.

Die im Zusammenhang mit der Rechtsaufsicht im Gesetz vorgesehene datenschutzrechtliche Regelung sei hinreichend klar formuliert.

III. Auswertung der Anhörung

Die überwiegende Mehrheit der geladenen Sachverständigen befürwortet die Einführung eines Bremischen Krankenhausgesetzes. Soweit aus dem Ausschuss heraus Änderungsbedarfe im Laufe des Beratungsverfahrens erkannt wurden, haben die Fraktionen im Ausschuss Änderungsanträge zum Gesetzesentwurf eingebracht.

1. Änderungsantrag der Fraktionen der SPD und Bündnis 90/Die Grünen

Die Fraktionen der SPD und Bündnis 90/Die Grünen haben folgenden gemeinsamen Änderungsantrag zur Sitzung am 17. März 2011 in die Beratung des Ausschusses eingebracht:

Der Ausschuss „Krankenhäuser im Land Bremen“ möge beschließen, dass der Entwurf des Bremischen Krankenhausgesetzes wie folgt geändert wird:

1. § 4 wird wie folgt geändert:

a) Die Absätze 2 bis 5 werden wie folgt gefasst:

„(2) Der Krankenhausrahmenplan wird im Benehmen mit den Beteiligten nach § 6 Absatz 1 und 2 von der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales erstellt. Er enthält die Grundsätze der Krankenhausversorgung und weist ihren aktuellen Stand und Bedarf aus. Dies umfasst die Prognose der zur Sicherstellung der Versorgung erforderlichen stationären Krankenhauskapazitäten sowie der Gesamtzahl der bedarfsgerechten Planbetten oder der zu versorgenden Krankenhauspatientinnen und -patienten jeweils für die Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven unter Berücksichtigung der oberzentralen Funktion für die Umlandversorgung. Er legt auch die an den einzelnen Krankenhausstandorten vorzuhaltenden Fachgebiete in Anlehnung an die Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Bremen, arbeitsteilig koordinierte Versorgungsschwerpunkte sowie Qualitätsvorgaben nach § 28 Absatz 3 fest. Der Krankenhausrahmenplan enthält die Standorte der Ausbildungsstätten.

(3) Das Verfahren zur Fortschreibung des Krankenhausplans wird zwischen der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales und den Beteiligten nach § 6 Absatz 1 in einem Vertrag zur Intensivierung der Zusammenarbeit unter besonderer Berücksichtigung der Notfallversorgung, der Anforderungen an die Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung sowie sektorenübergreifender Versorgungsbedarfe geregelt. Kommt der Vertrag nach Satz 1 bis zum 31. Dezember 2011 nicht zustande, wird die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales ermächtigt, das Nähere zum Verfahren und zu den Inhalten der Fortschreibung des Krankenhausplans durch Rechtsverordnung zu regeln.

(4) Die Landesverbände der Krankenkassen vereinbaren mit den Krankenhausträgern unter Beteiligung der Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen auf der Grundlage des Krankenhausrahmenplans nach Absatz 2 für den jeweiligen Krankenhausstandort einen Vorschlag für einen Versorgungsauftrag (Vereinbarungsvorschlag) mit Ausweisung der standortbezogenen Gesamtbettenzahl sowie der Notfallversorgung und der Intensivmedizin. In den Vereinbarungsvorschlägen erfolgt eine Konkretisierung des Versorgungsauftrages für die einzelnen Disziplinen und ihre jeweiligen Kapazitäten. Die Vereinbarungsvorschläge haben zudem Regelungen über die Ausbildungsplatzzahlen je Ausbildungsstätte nach § 2 Nummer 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu enthalten. Sie bedürfen der Genehmigung der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales. Kommt zwischen den in Satz 1 genannten Einrichtungen keine Einigung zustande, entscheidet die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales nach vorheriger Anhörung. Mit der Genehmigung der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales werden die Vereinbarungsvorschläge Bestandteil des Krankenhausplans

und Grundlage der Feststellungsbescheide zur Konkretisierung des Versorgungsauftrages, der von den Krankenhäusern einzuhalten ist.

(5) Für Zwecke der Krankenhausplanung haben alle Krankenhäuser im Lande Bremen, auch soweit sie nicht oder nur teilweise in den Krankenhausplan aufgenommen worden sind, der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales jährlich eine Statistik nach den Vorgaben des § 21 Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 des Krankenhausentgeltgesetzes vorzulegen. Die Statistik ist bis zum 31. März des auf das Berichtsjahr folgenden Kalenderjahres vorzulegen.“

b) Absatz 6 wird aufgehoben.

2. § 5 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

„2. die durchgängige ärztliche und pflegerische Versorgung für das jeweilige Gebiet oder den jeweiligen Schwerpunkt gewährleistet ist,“

b) Absatz 1 Nummer 4 wird wie folgt gefasst:

„4. der leitenden Ärztin oder dem leitenden Arzt eine Weiterbildungsbefugnis im Umfang der in der betreffenden Klinik angebotenen Leistungen von der Ärztekammer Bremen erteilt und das Krankenhaus von der Ärztekammer Bremen als Weiterbildungsstätte zugelassen worden ist,“

c) Die Absätze 2 und 3 werden wie folgt gefasst:

„(2) Das Krankenhaus hat die Voraussetzungen für die Aufnahme mit den jeweiligen Disziplinen in den Krankenhausplan der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales bis zum Ende des Jahres 2012 nachzuweisen. Das Krankenhaus ist verpflichtet, Änderungen der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales unverzüglich mitzuteilen. Diese unterrichtet die Krankenkassen im Lande Bremen über die nach Satz 2 mitgeteilten Änderungen.

(3) Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales hat sich in den Fällen, in denen von der Ärztekammer Bremen nicht die volle Weiterbildungsbefugnis erteilt worden ist, mit dem Planungsausschuss nach § 6 Absatz 1 Satz 3 über das zuzulassende Leistungsspektrum ins Benehmen zu setzen. Über die Erfüllung der Voraussetzungen nach Absatz 1 Nummer 3 und 4 entscheidet die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales unter Beteiligung der Ärztekammer Bremen.“

3. § 6 Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Bei der Aufstellung und Fortschreibung des Krankenhausplans und des Investitionsprogramms hat die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales Einvernehmen mit den unmittelbar Beteiligten anzustreben. Unmittelbar Beteiligte im Sinne des Satzes 1 sind die Landesverbände der Krankenkassen, der Landesausschuss der privaten Krankenkassen, die Landeskrankenhausesellschaft sowie die Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven. Sie bilden einen Planungsausschuss unter der Geschäftsführung der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales. Soweit die Bedarfsplanung in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung betroffen ist, ist die Kassenärztliche Vereinigung einzubeziehen. Soweit die ärztliche Weiterbildungsordnung und ihre Anwendung im Rahmen dieses Gesetzes betroffen ist, ist die Ärztekammer Bremen einzubeziehen. Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales beruft auf Vorschlag der staatlichen Deputation für Arbeit und Gesundheit aus dem Kreis der Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher oder als Vertreter oder Vertreterin einer Patientenberatungsstelle für die Dauer von vier Jahren eine Patientenvertreterin oder einen Patientenvertreter sowie eine Stellvertretung zum Mitglied des Planungsausschusses mit beratender Stimme. Die Patientenvertreterin oder der Patientenvertreter ist ehrenamtlich tätig und nicht weisungsgebunden. Für notwendige Auslagen und für Zeitversäumnis ist der Patientenvertreterin oder dem Patienten-

vertreter von der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales eine angemessene Entschädigung zu zahlen.“

4. § 7 Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Wenn ein Krankenhaus von den Feststellungen nach § 5 Absatz 4 abweichen will, hat es diese Abweichungen bei der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales zu beantragen. Diese hat in sinngemäßer Anwendung des § 4 das Planungsverfahren für die Anträge mit wesentlicher Bedeutung erneut in Gang zu setzen. Weicht ein Krankenhaus abweichend von Satz 1 von den Feststellungen nach § 5 Absatz 4 ab, kann der Bescheid nach § 5 Absatz 4 ganz oder teilweise widerrufen werden. Gleiches gilt auch bei sonstigen erheblichen Pflichtverletzungen nach diesem Gesetz. Ein im Krankenhausplan nicht ausgewiesenes Versorgungsangebot kann nur zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung von der Planungsbehörde vorübergehend genehmigt werden.“

5. Dem § 20 wird folgender Absatz 5 angefügt:

„(5) Dem Bedürfnis von Migrantinnen und Migranten nach Chancengleichheit vor allem im Hinblick auf sprachliche Verständigung zwischen Patientin und Patient und Krankenhauspersonal ist durch geeignete Maßnahmen Rechnung zu tragen.“

6. § 22 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Psychiatrische Krankenhäuser und Krankenhäuser mit psychiatrischen Abteilungen unterliegen neben der Rechtsaufsicht nach den §§ 30 und 31 der besonderen Fachaufsicht gemäß § 13 Absatz 1 Satz 8 des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten. Die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbaren den jährlich zu erbringenden Nachweis über die Einhaltung von § 6 Absatz 1 Satz 4 Nummer 4 und Absatz 4 der Bundespflegesatzverordnung. Die Vereinbarung ist der für die Durchführung der Bundespflegesatzverordnung zuständigen Behörde vorzulegen.“

b) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) Im Rahmen des Entlassungsmanagements soll das Krankenhaus den voraussichtlich notwendigen Hilfebedarf der Patientin und dem Patienten mitteilen und die erforderliche nachstationäre Unterstützung rechtzeitig einleiten. Dabei ist grundsätzlich der Vorrang ambulanter vor stationärer Versorgung und von Rehabilitation vor Pflege zu beachten. Danach ist den Trägern der nachsorgenden sozialen, psychischen, pflegenden und rehabilitativen Hilfen sowie den karitativen Organisationen die Möglichkeit einzuräumen, die Patientinnen und Patienten über ihr Angebot zu informieren, und mit Zustimmung der Patientin, des Patienten oder der betreuenden Angehörigen der Kontakt zu ermöglichen.“

7. § 24 Absatz 1 und 2 wird wie folgt gefasst:

„(1) Für jedes Krankenhaus beruft die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales auf Vorschlag der staatlichen Deputation für Arbeit und Gesundheit und im Benehmen mit dem jeweiligen Krankenhaus-träger für die Dauer von vier Jahren mindestens eine Patientenfürsprecherin oder mindestens einen Patientenfürsprecher und deren Stellvertretung. Bedienstete des Krankenhasträgers werden nicht berufen. Die Patientenfürsprecherin oder der Patientenfürsprecher führt das Amt bis zur Wahl einer Nachfolgerin oder eines Nachfolgers.

(2) Die Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher prüfen Wünsche und Beschwerden der Patientinnen und Patienten und deren naher Angehöriger und vertreten deren Anliegen gegenüber dem Krankenhaus. Sie berichten den jeweils zuständigen Krankenhausgremien und legen der Deputation für Arbeit und Gesundheit jährlich einen gemeinsamen Erfahrungsbericht vor. Sie können sich mit Einverständnis der betroffenen Patientin oder des betroffenen Patienten jederzeit unmittelbar an den Krankenhaus-

träger und die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales wenden. Im Übrigen sind die Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher zum Stillschweigen über alle Sachverhalte verpflichtet, die ihnen in dieser Eigenschaft bekannt werden.“

8. § 26 Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Unbeschadet der ärztlichen oder psychotherapeutischen Verantwortung für die Aufnahme, Versorgung und Entlassung der Patientinnen und Patienten haben die Ärzte und Psychotherapeuten ihr Handeln mit den übrigen an der Behandlung Beteiligten abzustimmen. Soweit ärztlich-fachliche oder psychotherapeutisch-fachliche Belange betroffen sind, hat die behandelnde Ärztin, der behandelnde Arzt, die behandelnde Psychotherapeutin oder der behandelnde Psychotherapeut ein Letztentscheidungsrecht.“

9. § 33 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- a) Nummer 1 wird wie folgt gefasst:

„1. entgegen § 4 Absatz 4 Satz 4 die genehmigten Vereinbarungen nicht einhält,“

- b) Nummer 3 wird wie folgt gefasst:

„3. entgegen § 7 Absatz 3 Satz 3 ohne Zustimmung der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales die im Bescheid nach § 5 Absatz 4 ausgewiesenen medizinischen Gebiete, die Schwerpunkte der arbeitsteiligen Koordinierung sowie die Gesamtzahl der Planbetten nicht dauerhaft vorhält,“

10. § 34 Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Bis zum Erlass der Rechtsverordnung nach § 19 Absatz 1 können die Fördermittel nach § 10 anteilig entsprechend der in der Verordnung über die pauschale Förderung nach § 11 Abs. 9 des Bremischen Krankenhausfinanzierungsgesetzes geregelten Verteilung der Fördermittel verteilt werden.“

11. § 35 wird wie folgt geändert:

- a) Die Absatzbezeichnung „(1)“ wird gestrichen; der Wortlaut wird wie folgt gefasst:

„Dieses Gesetz tritt am . . . (einsetzen: Datum des ersten Tages des zweiten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats in Kraft). Gleichzeitig tritt das Bremische Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 15. Juli 2003 (Brem.GBl. S. 341 – 2128-b-1), das durch Gesetz vom 5. März 2009 (Brem.GBl. S. 141) geändert worden ist, außer Kraft.“

- b) Absatz 2 wird aufgehoben.

Der Ausschuss hat diesem Änderungsantrag mehrheitlich mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der SPD und Bündnis 90/Die Grünen sowie gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU und der LINKEN zugestimmt.

2. Änderungsantrag der Fraktion der CDU

Die Fraktion der CDU hat folgenden Änderungsantrag zur Sitzung am 17. März 2011 in die Beratung des Ausschusses eingebracht:

Die Bürgerschaft (Landtag) möge beschließen, dass der mit Drs. 17/1539 vorgelegte Gesetzesentwurf eines Bremischen Krankenhausgesetzes wie folgt geändert wird:

1. In § 2 Absatz 1 Satz 2 werden die Worte „die Vorgabe von Qualitätssicherungsmaßnahmen,“ gestrichen.
2. In § 4 Absatz 2 Satz 4 werden die Worte „und Schwerpunkte nach der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Bremen sowie Qualitätsvorgaben nach § 28 Absatz 3“ gestrichen.

3. § 4 Absatz 4 wird wie folgt neu gefasst:

„Bei den Vereinbarungsvorschlägen nach Absatz 3 sind die Erfordernisse der Notfallversorgung, einer sektorübergreifenden Versorgung und der Qualitätssicherung zu berücksichtigen. Die Vereinbarungsvorschläge haben zudem Regelungen über die Ausbildungsplatzzahlen je Ausbildungsstätte nach § 2 Nummer 1 a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu enthalten. Kommt zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den in Absatz 3 genannten Einrichtungen keine Einigung zustande, entscheidet die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales nach vorheriger Anhörung.“

4. In § 5 Absatz 1 werden Nr. 4 und 5 gestrichen.

5. § 7 Absatz 2 wird wie folgt neu gefasst:

„Die Aufnahme in den Krankenhausplan ist zu widerrufen, wenn nachträglich eine der Voraussetzungen nach § 5 Absatz 1 Nummer 1, 2 wegfällt. Werden einzelne Voraussetzungen des § 5 Absatz 1 oder Pflichten nach § 5 Absatz 2 nur vorübergehend nicht erfüllt, so finden die Sätze 1 und 2 keine Anwendung.“

6. In § 20 Absatz 3 wird Satz 2 gestrichen.

7. In § 28 wird Absatz 3 gestrichen.

8. In § 30 Absatz 3 wird Satz 2 gestrichen.

9. In § 33 Absatz 1 wird Nr. 2 gestrichen.

Begründung

Zu 1. und zu 7.

Das Sozialgesetzbuch V schreibt vor,

- dass die Krankenhäuser zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von Ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet sind (§ 135a);
- dass diese sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen haben (§ 135a);
- dass diese ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln haben (§ 135a);
- dass diese der Bundesebene entsprechende Daten zur Verfügung stellen müssen (§ 135a);
- dass diese die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) (§ 137) einhalten müssen, in denen Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festgelegt werden.

Ebenso gelten Richtlinien des GBA für die Mindestanforderungen an das interne Qualitätsmanagement. Es sind umfassende Qualitätsberichte von jedem Krankenhaus anzufertigen, die öffentlich zugänglich gemacht werden müssen. Die Krankenhäuser im Land Bremen kommen diesen bundesrechtlichen Verpflichtungen umfassend nach.

Es sind also keine bremischen Qualitätssicherungsmaßnahmen erforderlich, da diese bundesgesetzlich geregelt sind.

Zu 2., zu 4., zu 5. und zu 9.

Die Weiterbildung ist eine wesentliche Voraussetzung für eine qualitätsgesicherte und qualitätsgerechte Versorgung der Patienten. Nach Ansicht der Ärztekammer ist die volle Weiterbildungsbefugnis kein notwendiges Kriterium, um festzustellen, ob Patienten qualitativ hochwertig versorgt werden.

Spezialkliniken, die nur eine eingeschränkte Weiterbildungsbefugnis haben, könnten so in Bremen nicht in den Krankenhausplan aufgenommen werden. Die Ausnahmeregelung ist nicht ausreichend. Dies schafft keine Rechtsklarheit und Rechtssicherheit. Die Kliniken müssen nicht nur im Einzelfall, sondern auf Dauer wissen, mit welchen Abteilungen sie weiterarbeiten können.

Es folgt daraus, dass es nicht zwingend notwendig ist, die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan an die volle Weiterbildung zu knüpfen.

Zu 3.

Nach Ansicht der Krankenkassen hat sich das Verfahren zur Landeskrankenhausplanung bewährt. Es gibt also kein Erfordernis, dies gesetzlich zu regeln. Die Krankenkassen sehen sich nicht in der Lage, den administrativen Vollzug des Krankenhausplans im Rahmen von Budgetvereinbarungen zu überprüfen und dann entsprechende Meldungen zu erstellen.

Zu 6.

Es ist nicht ersichtlich, warum das Wahlleistungsrecht eingeschränkt werden sollte. Niemand wird zu Wahlleistungen gezwungen. Kein Patient wird deshalb schlechter medizinisch behandelt, weil er keine Wahlleistungen gewählt hat. Die Einschränkungen der Wahlleistungen sollen daher gestrichen werden.

Zu 8.

Das Thema Datenschutz ist nicht befriedigend gelöst. Das Gesetz sieht vor, dass die Behörde auf die Patientendaten zugreifen darf. Als einzige Voraussetzung ist pauschal formuliert, dass das zulässig sein soll, wenn es im überwiegenden Allgemeininteresse erforderlich ist. Datenschutzrechtliche Eingriffsregelungen müssen eng bestimmt, abschließend formuliert und vorhersehbar den Eingriff rechtfertigen. Und das ist hier nicht der Fall.

Der Ausschuss hat diesen Änderungsantrag mehrheitlich mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der SPD, Bündnis 90/Die Grünen und der LINKEN sowie gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktion der CDU abgelehnt.

Der Ausschuss „Krankenhäuser im Land Bremen“ schloss nach der in seiner Sitzung am 10. Februar 2011 vorgenommenen Auswertung der Anhörung und der Beratung über die sich daraus ergebenden Änderungsanträge seine Beratungen am 17. März 2011 mit dem Beschluss über diesen Bericht ab.

IV. Antrag und Beschlussempfehlung des Ausschusses „Krankenhäuser im Land Bremen“

Der Ausschuss „Krankenhäuser im Land Bremen“ empfiehlt der Bürgerschaft (Landtag) bei Zustimmung der Ausschussmitglieder der Fraktionen der SPD und Bündnis 90/Die Grünen sowie bei Ablehnung der Fraktionen der CDU und der LINKEN, das Bremische Krankenhausgesetz – BremKrhG – mit den Änderungen gemäß Ziffer III Nr. 1 dieses Berichts und im Übrigen gemäß der Mitteilung des Senats vom 16. November 2011, Drs. 17/1539, in zweiter Lesung zu beschließen.

Winfried Brumma
(Vorsitzender)