

Den zugrunde liegenden Gesetzesentwurf finden Sie unter der Drucksache 19/184 im LIS-SH.

Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein  
Der Vorstand • Fabrikstr. 21 • 24534 Neumünster

Ministerium für Soziales, Gesundheit,  
Jugend, Familien und Senioren  
des Landes Schleswig-Holstein  
zuständige Stelle: VIII 421 / Frau Aenn Jestrinski

Versand per E-Mail

GB I / 110.6  
Neumünster, den 29.11.2019

### **Stellungnahme der Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein im Rahmen des Anhörungsverfahrens zum Landeskrankenhausgesetz**

Sehr geehrte Frau Jestrinski,

vielen Dank für die Berücksichtigung der Pflegeberufekammer zur Abgabe einer Stellungnahme zum Gesetzentwurf des Landeskrankenhausgesetzes nach der 1. Kabinetttbefassung. Wir beschränken unsere Stellungnahme auf die für den Pflegeberuf bzw. die Pflegeberufekammer relevanten Regelungen.

#### **Vorbemerkung**

Wir begrüßen ausdrücklich, dass im Zuge dieser Gesetzgebung die Patientenrechte und Grundvorgaben für eine ordnungsgemäße und den Anforderungen der Aufgaben entsprechende Binnenstruktur in den Krankenhäusern geschaffen werden sollen. Im Zusammenhang mit einer qualitativ hochwertigen, patienten- und bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung und einem Qualitätsmanagement, das ebenso deutlicher gestärkt werden soll, geben wir zu bedenken, dass damit auch eine sachgerechte Ausstattung der Krankenhäuser mit dem dafür benötigten Personal mit entsprechender Qualifikation zur Verfügung stehen muss. Höhere Verwaltungsaufwände oder sonstige komplementäre behandlungskohärente Dienstleistungen bedürfen einer geregelten Refinanzierung. Nur so können alle gesetzlichen und fachlichen Vorgaben in der direkten Patientenversorgung uneingeschränkt umgesetzt werden. Bekanntermaßen ist eine fachgerechte Personalausstattung für die pflegerische Behandlung und Versorgung lediglich über Personaluntergrenzen in bestimmten Bereichen der Krankenhausversorgung an der Linie zur Patientengefährdung gesichert bzw. in weiten Teilen noch unregelt. Qualitativ hochwertige Ansprüche an die patientengerechte und bedarfsorientierte Versorgung im Krankenhaus verpflichten zur Bereitstellung der dafür benötigten Mittel. Das betrifft die Finanzierung und auch die einrichtungsinterne Verteilung der Mittel. Damit diese für die Grundsätze des Landeskrankenhausgesetzes wirksam eingesetzt werden, begrüßen wir alle Maßnahmen, die eine zweckentsprechende Mittelausstattung und -verwendung sicherstellen. Dazu gehört auch, dass Vertretungen der in der direkten Patientenversorgung tätigen Berufsgruppen in

der Feststellung der finanziellen und personellen Rahmenbedingungen sowie der krankenhausinternen Mittelverteilung substantielle Beteiligungsrechte und Verantwortlichkeiten erhalten.

Zu ausgewählten Paragraphen des Gesetzentwurfs möchten wir wie folgt Stellung beziehen:

### **§ 1 Grundsätze**

In Ziffer 3 der Aufzählung der Ziele des Gesetzes sollte der Vollständigkeit halber und aufgrund besonderer Relevanz hinzugefügt werden:

3. die Patientenrechte zu stärken und die Patientensicherheit zu gewährleisten

Gegebenenfalls kann der zweite Halbsatz auch als eigenständige Ziffer 4 aufgenommen werden.

Der Zusatz nimmt z. B. auf die Regelungen zur Notfallversorgung Bezug, die eine besondere, auf eine gesicherte Behandlung ausgerichtete personelle Organisation zu berücksichtigen haben. Ebenso sind Bedingungen für eine sichere Patientenversorgung in bestimmten Bereichen der Akutversorgung zu berücksichtigen.

Der für die berufliche Pflege wichtige Auftrag, gesundheitsförderliche bzw. -erhaltende Leistungen zu erbringen und auch vor gesundheitlichen Schäden zu bewahren, steht zwar auch im Gesamtzusammenhang der aufgelisteten Ziele zur hochwertigen, patienten- und bedarfsgerechten Versorgung. Im Kontext von Sparsamkeit, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern und sozial tragbaren Entgelten wurde jedoch die Patientensicherheit in den vergangenen Jahren in einem unvermeidbaren Maß verletzt. Diese vielfach berichteten Erfahrungen Pflegenden und durch wissenschaftliche Untersuchungen bestätigten Umstände der unzureichenden Patientenversorgung haben u.a. auch dazu geführt, dass Pflegenden „Gefährdungslagen“ der Patientenversorgung nicht mehr mittragen konnten und aus dem Beruf ausgeschieden sind. Auf Auszubildende wirken sich nicht sachgerechte Pflegebedingungen, die den vermittelten Grundhaltungen zur pflegerischen Versorgung und den erwarteten professionellen Pflegeleistungen widersprechen, auf den Verbleib in der Ausbildung oder dem Einstieg in den Beruf aus.

### **Teil 1**

#### **§2 Geltungsbereich**

Zu Abs. 5:

Mit Anerkennung der Regelungshoheit von Religionsgemeinschaften zur Binnenstruktur des Krankenhauses, gehen wir davon aus, dass nur eine gleichwertige kaufmännisch, ärztlich und pflegerisch besetzte Krankenhausbetriebsleitung den Zielen dieser Vorschrift entspricht und dem Patientenwohl umfassend Aufmerksamkeit widmen kann. Wie eingangs erwähnt, sollte die Organisation des Krankenhauses und die Mittelverteilung bzw. -verwendung unabhängig von der Trägerschaft nicht mehr solitären Interessen unterliegen. Nur eine interprofessionelle Gesamtverantwortung auf gleicher Ebene zu allen der in §1 Abs. 1 genannten Grundsätzen, kann unseres Erachtens die Ziele dieses Gesetzes und die gesamtgesellschaftlichen Erwartungen an die Krankenhausversorgung sicherstellen.

## **Teil 2 Mitwirkung der Beteiligten**

### **§ 5 Beteiligte**

#### **Vorbemerkungen**

Der Landeskrankenhausausschuss sollte alle Beteiligten in einen zielgerichteten Dialog bringen. Nur gemeinsam kann die jeweilige Sicht auf die Beratungsgegenstände zu gut abgewogenen Entscheidungen führen. Alle Beteiligten haben ihre spezifischen Interessen, die bei den hier vorgesehenen mittelbar Beteiligten näher an der Patientenversorgung liegen als bei den unmittelbar Beteiligten. Wir begrüßen daher die Beteiligung der Patientenombudsperson. Mit dem beabsichtigten Ausschluss der Vertretung ärztlicher und pflegerischer Versorgung werden jedoch gerade die Kompetenzen aus der Sitzungsteilnahme entfernt, die ausschließlich und auch berufsständisch verankert dem Patientenwohl verpflichtet sind. Das widerspricht der Regelung im §7 Abs. 1, Satz 1 des KHG: „Bei der Durchführung dieses Gesetzes arbeiten die Landesbehörden mit den an der Krankenhausversorgung im Lande Beteiligten eng zusammen“. Satz 2 definiert lediglich die besondere Rolle der unmittelbar Beteiligten in der Krankenhausplanung und Aufstellung der Investitionsprogramme.

Aber auch der Ausschluss der Geschäftsführer der Krankenhäuser ist nicht nachvollziehbar. Genauso können beispielsweise kommunale Vertretungen mit Trägerschaft von Krankenhäusern in einen Interessenkonflikt geraten. In der Besetzung der Sitzungsteilnehmer ist u.E. sicherzustellen, dass nicht nur fachfremde Vertretungen unmittelbar im Landeskrankenhausausschuss beteiligt, sondern auch die praktischen und fachlichen Expertisen aller Beteiligten umfassend beteiligt werden.

Zu Abs. 2:

Der Ausschluss unmittelbar Beteiligter an den Sitzungen des Landeskrankenhausausschusses ist mit der Begründung, dass der Ausschuss durch zu viele Mitwirkende beeinträchtigt werde, aus unseren Erfahrungen nicht nachvollziehbar. Dass die anzustrebende Einstimmigkeit hierdurch gefährdet wird, kann ebenfalls nicht nachvollzogen werden. Die Konzentration der Sitzungsteilnehmer\*innen auf die unmittelbar Beteiligten mit der in der Begründung dargelegten Sichtweise, kann demnach nur bedeuten, dass die Beiträge der Vertretung der ärztlichen und pflegerischen Leistungsumsetzung und zukünftig auch der Patientenvertretung als Leistungsempfänger, hinderlich für eine Einvernehmlichkeit in den Beschlüssen der Leistungsträger und -erbringer gewesen sein sollen. Für eine ausgewogene Entscheidungsfindung sind sie jedoch unverzichtbar. Eine auf grundsätzlich schriftlichen Stellungnahmen basierende Organisation der Mitwirkung, erfordert in der Sitzungsvorbereitung sowohl auf der Seite der mittelbar Beteiligten zur Erstellung der Stellungnahmen, als auch seitens der unmittelbar Beteiligten und der behördlichen Organisation des Ausschusses erheblich höhere Aufwände. Die Unkenntnis der Entscheidungsgrundlagen des Ministeriums zu den Empfehlungen im Umgang mit den Anträgen bzw. der bisher erst kurz vor den Sitzungen bekanntgegebenen Beschlussvorschläge des MSGJFS, erfordert einen hohen Sachbearbeitungsaufwand zur Herstellung der notwendigen Transparenz für eine sachbegründete schriftliche Stellungnahme der mittelbar Beteiligten. Die aktive Beteiligung der mittelbar Beteiligten an den Sitzungen des Landeskrankenhausausschusses stellt sich für uns ressourcenschonender dar, als eine nur auf schriftlicher Anhörung basierende Beteiligung. Sie entspricht auch dem Grundsatz des Krankenhausentgeltgesetzes, in dem in §7 die enge Zusammenarbeit mit den Beteiligten (also der unmittelbaren und mittelbaren gleichermaßen) erwartet wird.

Wir geben in diesem Zusammenhang zu bedenken, dass die Vertretungen der Heilberufe in anderen Bundesländern (z.B. Baden-Württemberg), außer in den von der Krankenhausplanung und Investitionsförderung berührten Entscheidungen, gleichwertige Beteiligte in den Landeskrankenhausausschüssen sind.

Insofern schlagen wir folgende Änderung des §5 vor:

(1) Unter Leitung des für das Gesundheitswesen zuständigen Ministeriums wird ein Landeskrankenhausausschuss gebildet. *Die Mitglieder des Landeskrankenhausausschusses sind Beteiligte und unmittelbar Beteiligte im Sinne von § 7 Abs. 1 KHG. Die Landesbehörden arbeiten mit ihnen bei der Durchführung dieses Gesetzes und des Krankenhausfinanzierungsgesetzes eng zusammen. Die Zusammenarbeit erfolgt in der Regel über den Landeskrankenhausausschuss. Bei der Krankenhausplanung und der Aufstellung der Investitionsprogramme sind mit allen Mitgliedern, namentlich mit den in Absatz 1 Nr. 1 bis 9 genannten Mitgliedern, einvernehmliche Regelungen anzustreben.*

In Abs. 2 ist demnach der erste Satz und der der Liste folgende Satzteil zu streichen. Die Auflistung muss dann in fortlaufender Nummerierung fortgesetzt werden.

Abs. 3 wird gestrichen.

Damit wird auch vorausgesetzt, dass in fachspezifischen Ausschüssen des Landeskrankenhausausschusses eine unmittelbare Beteiligung aller Beteiligten vorgesehen ist.

#### **Teil 4 Förderung der Krankenhäuser**

##### **Vorbemerkung**

Wir begrüßen die Entwicklung von Dringlichkeitskriterien für Investitionen nach dem KHG, wie in einem ersten Entwurf in der Sitzung der Beteiligtenrunde im November 2019 vorgelegt. Besonders hinsichtlich definierter Sicherstellungserfordernissen, Personalmindestvorgaben und Qualitätssicherungsindikatoren. Diese auf die Förderanträge anzuwendenden Beurteilungen sollten als Ausweispflichten der Antragsteller oder Prüfpflichten des Landeskrankenhausausschusses in das Gesetz aufgenommen werden.

Etwaige Differenzbeträge zwischen Förderantrag und tatsächlicher Investitionsförderung sollten vom für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium ausgewiesen und begründet werden. Um eine zweckentfremdende Verwendung von Mitteln, die z.B. für Personalkosten vorgesehen sind, zu vermeiden, sollte vom Antragsteller eine Erklärung über die Mittelherkunft für den Differenzausgleich abgegeben werden.

##### **§ 15 Förderung und Errichtung der Erstausrüstung**

###### **i.V. mit § 20 Pauschale Förderung**

Aufgrund jahrzehntelanger Investitionsstaus in den Kliniken sollten die pauschalen Fördermittel gezielt aufgestockt werden. Die herausragende Bedeutung von einer zeitentlastenden IT Infrastruktur sollte daher im Gesetzestext als förderfähig benannt werden und nicht nur in der Begründung benannt sein.

## **Teil 5 Pflichten der Krankenhäuser**

### **§ 27**

Zu Abs. 2:

Hier sollte ein Kriterium aufgenommen werden, mit dem die in der Notfallversorgung in Krankenhäusern ärztlichen und pflegerischen Besetzungen mit einer entsprechenden Fachweiterbildung vorgehalten werden müssen. Ebenfalls muss für die Patientensicherheit gewährleistet werden, dass nur dann Patienten aufgenommen werden, wenn sowohl die ärztliche als auch die pflegerische Versorgung auf den weiterführenden Stationen gewährleistet ist. Die Verantwortung dafür trägt, wie in § 34 gefordert, die Krankenhausbetriebsleitung. Die mit einer dem Versorgungsauftrag entsprechenden Dienst- und Aufnahmebereitschaft einhergehenden Personalaufwände bedingen Vorhaltekosten, die verlässlich finanziert sein müssen.

Die Einhaltung von Personaluntergrenzen sollte bei einer Aufnahmeverpflichtung verpflichtend geregelt sein. Eine Aufnahmeverpflichtung nach Abs. 2 Satz 2, zweiter Halbsatz steht jedoch ggf. im Widerspruch zur Besetzung der Stationen auf oder unter die „rote“ Linie der Personaluntergrenzen. Falls eine Verlegung aufgrund einer dadurch bedingten Unterschreitung der Grenze in anderen Krankenhäusern ausgeschlossen wird, ist bei einem Verbleib der Patienten im notfallbehandelndem Krankenhaus eine Freistellung von möglichen Schadensersatzforderungen bei Unterschreitung der Personaluntergrenzen aufgrund hoher Beanspruchung durch die Notfallversorgung vorzusehen.

### **§ 30 Krankenhausalarmplanung**

Zu Abs. 4:

Nicht refinanzierte Kosten wurden bisher auch von für andere Zwecke vorgesehene Personalkosten gedeckt. Solange keine umfassende Sicherung der Mittelverwendung für die Personalkosten vorliegen, befürchten wir weiterhin eine Belastung des Personalbudgets für die Patientenversorgung für nichtfinanzierte gesetzliche Anforderungen. Insofern erwarten wir eine Kostendeckung auch zur Sicherstellung des Katastrophenschutzes durch das Krankenhaus. Insbesondere für regelmäßige zu absolvierenden, spezifischen Qualifikationen und weitere regelhaft entstehende zeitlichen Aufwände.

## **Teil 6 Krankenhausstruktur**

### **§ 34 Betriebsleitung, ärztlicher und psychotherapeutischer Dienst**

Zu Abs. 1 verweisen wir auch auf die Ausführungen zu § 2 Abs. 5.

Zu Satz 2 empfehlen wir, den Begriff Pflegekraft in Pflegefachperson umzubenennen. In der bislang unsystematisch verwendeten Bezeichnung des Pflegeberufes hat sich dieser Begriff für mindestens dreijährig qualifizierte Pflegenden durchgesetzt (u.a. in der Konzertierte(n) Aktion Pflege). Eine sogenannte Pflegekraft ist demgegenüber vollkommen unspezifisch und entspricht am ehesten einer\*un- / angelernten Pflegenden. Wir schlagen vor, in der Gesetzgebung, in Richtlinien und Verordnungen die Begriffe Pflegefachperson (Pflegefachfrau / Pflegefachmann), insbesondere im Zusammenhang mit dem ab 2020 geltenden Pflegeberufegesetz, zu verwenden. Weitergebildete Pflegefachpersonen bezeichnen wir als Fachpflegepersonen. Die in der Pflegehilfe mindestens

einjährig qualifizierten Pflegenden als Pflegeberufeassistent\*innen<sup>1</sup> und im Bereich des SGB XI alle ungelerten / angelernten Pflegenden als Pflegepersonen. Werden diese Begrifflichkeiten stringent genutzt, erübrigt sich jede weitere gesonderte Spezifikation des Ausbildungsstands.

Auch wird eine semantische, jederzeit verständliche Benennung der Pflegeberufe mit gleichzeitigem begrifflichen Ausweis der jeweils voraussetzbaren Kompetenzen möglich.

Zu Abs. 3:

Eine unzulässige wirtschaftliche Begrenzung oder unnötig erwartete Leistungserbringung gegenüber den dem Patientenwohl verpflichteten ärztlichen und pflegerischen Berufen, sollte aufgrund der in Berufsordnungen der Heilberufe berufsrechtlich relevanter Maßgaben bis auf die Abteilungsebene ausgeschlossen werden. Dafür sind die Krankenhausbetriebsleitungen mit einem Vetorecht oder einer Meldepflicht gegenüber wirtschaftlich dominierten Einschränkungen der fachlichen Weisungsfreiheit auszustatten, das in einem definierten Verfahren die bisher regelhaft entstehenden, finanziell dominierten ärztlichen und pflegerischen Konflikte ausgleichen soll.

Restriktionen oder Vorgaben haben in der Vergangenheit zu häufig kritische Versorgungssituationen in der Leistungserbringung erzeugt. Wir empfehlen daher die Einrichtung einer auf Landesebene eingerichteten Ombudsstelle für wirtschaftlich bedingte Behandlungs- und Pflegekonflikte, deren Erkenntnisse der Landeskrankenhausausschuss in seinen Beratungen und Entscheidungen einbeziehen kann. Die Ombudsstelle kann unter Trägerschaft der in der Krankenhausbehandlung verantworteten Heilberufekammern stehen. Hieraus können sich auf Landesebene und auch auf Bundesebene einwirkende Maßgaben entwickeln, die eine den Grundsätzen dieses Gesetzes entsprechende Krankenhausbehandlung sicherstellen.

Für den Abs. 3 schlagen wir folgende Änderung vor:

*(3) Das Krankenhaus hat für jede Abteilung mindestens eine Leitungsstruktur einzurichten, die aus einem Leitenden Abteilungsarzt **und einer Leitenden Pflegefachperson** besteht, die in medizinischen **bzw. pflegerischen Angelegenheiten** nicht weisungsgebunden **sind** und auch nicht durch anderweitige vertragliche Anreize in der Unabhängigkeit der medizinischen **bzw. pflegerischen** Entscheidungen beeinträchtigt wird. Sie sind für die Untersuchung, Behandlung und **pflegerischen Versorgung** der Patientinnen und Patienten in der Abteilung verantwortlich. Auch Belegärztinnen und Belegärzte können die Abteilungen **nach oben genannter Struktur mit Einbindung einer Leitenden Pflegefachperson** leiten.*

Für das UKSH sollte eine dem §34 LKHG entsprechende Betriebsleitungsstruktur in gleicher Verantwortung und Gleichrangigkeit bis auf die Abteilungsebenen geregelt werden. Im § 88b des Hochschulgesetzes, Zusammensetzung und innere Ordnung der Campusdirektion, ist in Abs. 1 eine Stimmberechtigung der ärztlichen und pflegerischen Mitglieder nicht vorgesehen. Das erschließt sich uns in Verbindung mit den hier sinnvollerweise vorgesehenen Strukturvorgaben nicht und sollte daher angepasst werden.

---

<sup>1</sup> Aufgrund der in Schleswig-Holstein verordneten Qualifikation zur Fachkraft für Pflegeassistent, kann auch der Begriff Pflegefachberufeassistent verwendet werden.

### § 39 Auskunft und Akteneinsicht

Zu Abs. 1:

Wir empfehlen folgende Änderung:

*(1) Soweit die Auskunfts- und Einsichtsansprüche medizinische **oder pflegerelevante** Daten betreffen, sollen sie durch eine Ärztin oder einen Arzt oder eine Psychotherapeutin oder einen Psychotherapeuten **oder eine Pflegefachperson** des Krankenhauses erfüllt werden.*

Damit wird den nur von Pflegefachpersonen zu vertretenden Übermittlungen von pflegerelevanten Daten mit Erklärungsbedürftigkeit entsprochen.

Mit freundlichen Grüßen



Patricia Drube  
Präsidentin



Frank Vilsmeier  
Vizepräsident