

Die Präsidentin des Landtags Nordrhein-Westfalen
40002 Düsseldorf

LANDTAG
NORDRHEIN-WESTFALEN
16. WAHLPERIODE

STELLUNGNAHME
16/1918

A01, A11, A10

DBfK Nordwest e.V.

Geschäftsstelle
Lister Kirchweg 45
30163 Hannover

Regionalvertretung Nord
Am Hochkamp 14
23611 Bad Schwartau

Regionalvertretung West
Müller-Breslau-Straße 30a
45130 Essen

Zentral erreichbar:
Telefon (05 11) 69 68 44-0
Telefax (05 11) 69 68 44-299
E-Mail nordwest@dbfk.de

Essen, den 30.07.2014

Stellungnahme des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK) Nordwest e. V.
**Zweites Gesetz zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes
Nordrhein-Westfalen**

Gesetzentwurf der Landesregierung, Drucksache 16/5412

**Öffentliche Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 27.
August 2014**

Sehr geehrte Frau Präsidentin Gödecke,

wir bedanken uns für die Gelegenheit zu o. a. Gesetzesentwurf Stellung nehmen zu können. Wir können den im Entwurf beschriebenen Änderungen im Großen und Ganzen folgen. Insgesamt bewerten wir den Gesetzestext als vorsichtige Anpassung aus gegebenem Anlass ohne den Anstoß einer großen Reform, wie diese z. B. bei der Investitionskostenförderung möglich gewesen wäre. Unsere Einschätzung leitet sich auch aus der Gesetzesbegründung ab, in der als vorrangiges Ziel eine moderate Anpassung an veränderte EU Regelungen angeführt wird. Folglich sind nach Ansicht des Landes auch keine finanziellen Veränderungen oder weiterreichende Auswirkungen auf das geltende Landeskrankenhausrecht zu erwarten. Dennoch führt in Teilen die deutlich patientenorientiertere Perspektive zu einer notwendigen Schärfung von Zielen, die wir durchaus begrüßen.

Zu einigen Aspekten möchten wir besonderen Bezug nehmen und dabei z. T. auf den speziellen Part der professionellen Pflege zu sprechen kommen, da uns speziell diese Fokussierung in wichtigen Bereichen fehlt.

Es ist – auch im Rahmen EU-rechtlicher Implikationen und natürlich des Grundgesetzes – sicherlich ein hohes Anliegen, den Begriff der „Würde“ in das Gesetz mit aufzunehmen. „Würde“ als unveräußerliches Menschenrecht stellt jedoch eine normative Rechtsgröße dar. Wie das in einem ordnungsrechtlichen Rahmen vor dem Hintergrund pragmatischer Versorgungsabläufe substantiell zu erfüllen ist, bleibt unklar.

Richtig und wesentlich ist es im vorliegenden Entwurf, angesichts der demografischen Entwicklung die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung, im Alter oder mit Demenz besonders zu betonen. Hier nimmt vor der Hand die berufliche Pflege im Krankenhaus eine herausragende Stellung ein. Pflege hat sich – aufgrund des hier angelegten Pflegebedarfes – zeitiger als andere Professionen mit den durch Alter und Behinderung notwendigen Veränderungen befasst und entsprechende Konzepte entworfen.

Die Ergänzungen zur Beratung und vor allem zu einem (umfassenden) Versorgungsmanagement sind zu unterstützen. Der „altbackene“ allgemeine Sozialdienst im Krankenhaus gehört der Vergangenheit an. In der Sache geht es um die Versorgung des Patienten in seiner relevanten Umwelt. Dazu gehört der Blick auf die vernetzten Versorgungsstrukturen.

Schnittstellenmanagement in diesem Sinne ist längst auch Aufgabe interdisziplinärer Teams, die wesentlich durch professionell Pflegende mit besonderer Qualifikation im Entlassungsmanagement mitbestimmt und geleitet werden.

Pflege ist nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V ausdrücklich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen. Das erleben wir im vorliegenden Entwurf an mehreren Stellen nicht. So ist es völlig unverständlich, dass der Landesausschuss zwar Qualitätsmerkmale und -indikatoren festlegen soll, in diesem Gremium aber die berufliche Pflege im Krankenhaus überhaupt nicht vertreten ist. Das ist umso erstaunlicher, weil der Aufenthalt von Patientinnen und Patienten im Krankenhaus in der Regel ja

DBfK Nordwest e.V.

§ 3
Pflege und Betreuung
der Patientinnen und
Patienten

§ 5
Patienten-
beschwerdestellen,
Sozialer Dienst,
Patientenberatung,
Patientenseelsorge

§ 7
Transparenz und
Qualitätssicherung

§ 15
Beteiligte
an der
Krankenhaus-
versorgung

nicht aus medizinischen Gründen notwendig ist, sondern weil in Folge medizinischer Interventionen ein mindestens vorübergehender Pflegebedarf entsteht. Eingedenk der Forderungen aus dem neu eingeführten § 3 Abs. 2 und den dort angelegten Pflegeleistungen lässt sich die Abstinenz von Pflegeexperten in diesem Gremium gar nicht mehr nachvollziehen. Pflegekompetenz wird so bewusst aus dem Landesausschuss nach § 15 ferngehalten. Wir fordern dringend, dass neben den Leistungsträgern auf der Leistungserbringenseite diejenigen vertreten sind, die über die Ausübung von Pflege auch wirklich mitreden können, nämlich die Pflegeberufsverbände. § 15 Abs. 2 gehört entsprechend erweitert. Das ist für die gute Versorgung der Menschen sicherlich bedeutungsvoller als die – grundsätzlich an anderer Stelle natürlich wichtige – Beteiligung der Arbeitnehmervertretung.

In diesem Zusammenhang ist es angebracht darauf hinzuweisen, dass aufgrund des ökonomischen Drucks, aber auch aufgrund von völlig überzogenen Gewinnerwartungen einzelner Betreiber, Krankenhäuser inzwischen zunehmend auf minderqualifizierte medizinische Fachangestellte oder gar angelernte Hilfskräfte zurückgreifen. Nach dem Krankenhausplan NRW 2015 wird für die Fachbereiche des Krankenhauses zwar ein Facharztstandard vorausgesetzt. In Risiko- und Qualitätsanalysen bleiben aber Quantität und Qualität von Pflegepersonen ganz überwiegend unberücksichtigt, so dass hier keineswegs immer ein Pflege(fachpersonen)standard vorgehalten werden muss. Dies ist vor dem Hintergrund aktueller Studienergebnisse (RN4CAST-Studie), die einen eindeutigen Zusammenhang zwischen der Quantität und Qualifikation von beruflich Pflegenden und der Patientensterblichkeit zeigen, als besonders kritisch zu sehen. Hier ist es dringend geboten, dass ein Personalbemessungsinstrument eingeführt wird, welches den pflegerischen Aufwand und das hierzu notwendige Qualifikationsniveau angemessen berücksichtigt.

Auch wenn dieser Teil nicht grundsätzlich revidiert werden soll, anbei ein Hinweis. Offensichtlich ist ein Umstieg auf leistungsorientierte Investitionskostenpauschalen aktuell nicht beabsichtigt. NRW zeigt sich mit einer Investitionsquote von 2,5% aber wenig bereit, den nach Aussage des BMG notwendigen 8%-Wert auch nur annähernd zu erreichen. Ein anhaltendes Zurückfahren der Investitionskosten muss jedoch vermieden werden. Es kann nicht sein, dass Krankenhäuser ihren Investitionskostenbedarf über Einnahmen aus der Patientenbehandlung querfinanzieren müssen. Das setzt die falschen Anreize, z. B. viele Patientinnen und Patienten um jeden Preis zu operieren oder möglichst viele Behandlungen durchzuführen, auch wenn diese nicht unbedingt notwendig sind. Entscheidender als die Investitionsvergabe wäre eine grundsätzlich auskömmlich festgelegte Höhe der vom Land bereitgestellten Fördermittel.

In der Folge der Querfinanzierung von notwendigen Investitionen – gerade auch im drückenden Wettbewerb – gingen Krankenhäuser in den letzten Jahren dazu über, vor allem im Pflegebereich Personal und Stellen abzubauen. Dieser Trend muss vor allem aus Qualitätsgründen gestoppt bzw. zurückgedreht werden. Es ist unglaublich, dass beispielsweise der größte Klinikbetreiber Deutschlands, Fresenius, unlängst eine Rendite von 15% einfordert und hierbei vorgibt, dass diese nicht zu Lasten der Patienten und Beschäftigten in der Pflege gehe. Wir beobachten seitens des Berufsverbandes genau, aber auch mit einer gewissen Skepsis, ob sich der Krankenhausplan NRW 2015 tatsächlich an den Bedarfen der Patienten orientiert und die angedachten Strukturvorgaben eine angemessene Versorgung garantieren werden. Wir gehen davon aus, dass eine Reihe von Krankenhäusern unter den derzeitigen Bedingungen in der Breite nicht erhalten werden können. Ausgelastet können Kliniken sein, die sich durch Spezialisierung und Exzellenz auszeichnen und durch Ausschöpfen von Mindestmengenregelungen ein hohes Sicherheitspotenzial bei der Durchführung notwendiger

DBfK Nordwest e.V.

§ 12
Krankenhausplan

§ 21
Verwendung von
Pauschalmitteln

Maßnahmen am Patienten erfüllen. Dazu gehört dann eben aber auch die Ausstattung mit quantitativ ausreichendem und qualitativ besonders gut geschultem Pflegepersonal.

Wir unterstützen die Präzisierung der Gleichstellung der Leitenden Pflegekraft mit den anderen Disziplinen in der Betriebsleitung. Das ersetzt aber nicht die o. a. strukturellen Veränderungen im Gesetz, welche für die notwendige Beteiligung der fachlichen Pflege an der Gestaltung der Prozessabläufe und der damit verbundenen optimalen Versorgungs- und Betreuungssituation von Patientinnen und Patienten unabdingbar sind.

Mit freundlichen Grüßen



Geschäftsführer DBfK Nordwest e. V.



Geschäftsführender Vorstand
des DBfK Nordwest e.V.