

Ludger Risse, c/o St. Christophorus-Krankenhaus, 59368 Werne

An den
Landtag NRW
Ausschuss für Arbeit, Gesundheit u. Soziales
Postfach 101143
40002 Düsseldorf

LANDTAG
NORDRHEIN-WESTFALEN
16. WAHLPERIODE

**STELLUNGNAHME
16/1929**

A01, A11, A10

Bundesverband Pflegemanagement e.V.

Ludger Risse
1. Vorsitzender

c/o St. Christophorus-Krankenhaus
Am See 1, 59368 Werne

Tel. 0 23 89 787 - 1190
Fax 0 23 89 787 - 1176
Mobil 0177 37 24 308

ludger.risse@bv-
pflagemanagement.de
www.bv-pflagemanagement.de

Werne, den 04.08.2014

Zweites Gesetz zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein Westfalen

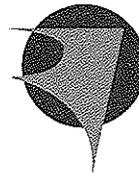
Gesetzesentwurf Drucksache 16/5412, öffentliche Anhörung

Wir bedanken uns für die Möglichkeit der Stellungnahme zum Gesetzesvorhaben der Landesregierung. Wir verweisen darauf, dass diese Stellungnahme in enger Abstimmung mit dem Pflegerat NRW entstanden ist. Aus diesem Grunde nimmt die Landesgruppe NRW des Bundesverbandes Pflegemanagement an der Anhörung nicht teil und überträgt das Mandat an den Pflegerat NRW.

Grundsätzlich begrüßen wir das Gesetzesvorhaben. Wir teilen jedoch die Auffassung, dass einige Anpassungen, z.B. aufgrund der sich laufend verändernden Patientenstruktur, sinnvoll sind. Zusätzlich möchten wir aber eine zunehmende Sorge artikulieren, mit der Bitte im laufenden Verfahren zu prüfen, ob die Landesregierung hier Regulierungsmöglichkeiten realisieren kann.

Die zunehmende Privatisierung von Krankenhäusern durch Übernahme von Einrichtungen kommunaler oder freigemeinnütziger Trägerschaften hat aus unserer Wahrnehmung sehr negative Effekte auf die Patientenversorgung in den Regionen, als auch auf die Belange der Mitarbeiter dieser Kliniken.

Krankenhäuser sind Gesundheitseinrichtungen im Range der Daseinsvorsorge. Damit obliegt es auch den Aufgaben des Landes, gesetzliche Regelungen zu treffen und



darüber Aufsicht zu führen, dass die finanziellen Mittel, welche für die Investitionen und für die Patientenversorgung zur Verfügung gestellt werden, auch vollumfänglich zur Wahrnehmung dieser Aufgaben zur Verfügung stehen. Es ist bekannt und dokumentiert, dass deutliche Gewinnerwartungen bestehen und erhebliche Renditen ausgeschüttet werden. Hierbei handelt es sich um Steuermittel und Beiträge aus dem Sozialversicherungssystem. Gern wird begründet, dass diese Gewinne durch Optimierungsprozesse erreicht werden. Allein durch Verbesserung der Betriebsabläufe ist das aber niemals zu erreichen.

Wir erleben hier primär zwei Komponenten:

1. Einsparungen durch Haustarifverträge und Personalreduzierung.
2. Durch Fokussierung auf Gewinn versprechende Diagnosen und Prozeduren (DRG), mit der Folge, dass die Versorgung eher kostenträchtiger Patienten möglichst minimiert wird.

Darunter fallen beispielsweise betagte oder an Demenz erkrankte Menschen.

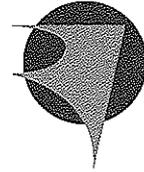
Wir sehen es als eine Aufgabe des Gesetzgebers sicher zu stellen, dass die im Krankenhaus erwirtschafteten Mittel vollumfänglich für den gesellschaftlichen Auftrag der stationären Patientenversorgung zur Verfügung stehen und nicht zu deutlichen Teilen als Gewinnausschüttungen oder Dividende zugunsten privaten Vermögens aus dem Sozialsystem gezogen werden.

Zu § 3 Absatz (2)

Wir begrüßen, dass die Belange hoch betagter, behinderter und dementer Patienten im Gesetzesvorhaben Berücksichtigung finden.

Zur Präzisierung schlagen wir folgende Veränderung vor:entwickeln entsprechende Pflege- und Behandlungskonzepte.

Obwohl wir diesen neu eingefügten Grundsatz sehr begrüßen, weisen wir darauf hin, dass die Umsetzung in den Krankenhäusern in allererster Linie eine pflegerische Aufgabe darstellt. Gleichzeitig passen aber die benötigten pflegerischen Personalressourcen - die erforderlichen und oftmals sehr zeitintensiven Pflege- und Behandlungsmaßnahmen - bei dieser Zielgruppe nicht zu den vorhandenen Personalressourcen. Wir sehen also die Gefahr, dass ein sehr sinnvoller Gesetzesbestandteil in den Kliniken nicht realisiert werden kann.



Zu § 5 Absatz (2)

Der Begriff Versorgungsmanagement muss aus unserer Sicht präzisiert oder an anderer Stelle differenzierter erläutert werden.

Zu § 15 Beteiligte an der Krankenhausversorgung

Die vorgenommene Erweiterung betrachten wir als sinnvoll. Zusätzlich halten wir es für unerlässlich, dass auch Pflegeexperten, mindestens als weitere Beteiligte, in den Landesausschuss aufgenommen werden.

Begründung: Die unter (3) aufgeführten Aufgaben des Landesausschusses haben mittelbare und unmittelbare Auswirkungen auf die Situation der Pflege in den Krankenhäusern. Wir sind daher der Ansicht, dass bei der Erstellung von Rahmenvorgaben oder der Aufstellung des Investitionsprogramms auch die Pflegeexpertise erforderlich ist. Dieses gilt insbesondere, da verstärkt Qualitätsvorgaben durch die Landesregierung vorgenommen werden.

§ 31 Betriebsleitung

Wir begrüßen die Veränderung in der Leitung mit dem Status „gleichrangig“. Aus unserer Sicht ist dieses eine zwingende Voraussetzung für das erfolgreiche Wirken eines Hauses, im Sinne der bestmöglichen medizinischen und pflegerischen Versorgung für die Patienten. Landesweit beobachten wir, dass sich die Krankenhäuser, in welchen dieses Gremium schon jetzt gleichrangig arbeitet, durch hohe Qualitäten in der medizinischen und pflegerischen Versorgung und ethisches Handeln auszeichnen. Eine erfolgreich wirkende Krankenhausleitung in diesem Sinne beugt einer allzu sehr einseitig wirtschaftlichen orientierten Ausrichtung vor.

Gleichwohl schlagen wir vor, den in Krankenhäusern weniger üblichen Begriff Betriebsleitung gegen Krankenhausleitung auszutauschen.

Weiteres

Bei den Änderungsvorhaben, die in diesem Schreiben nicht angesprochen wurden, können Sie von unserem Einverständnis ausgehen.

Dipl. Pflegewirt (FH)

Ludger Risse