

Schleswig-Holsteinischer Landtag  
Umdruck 19/4286

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

Fabrikstraße 21  
24534 Neumünster

Telefon: 04321 85448 - 0  
Telefax: 04321 85448 - 12

info@pflegeberufekammer-sh.de  
www.pflegeberufekammer-sh.de

Steuernummer  
ID 24 235 0339 0  
Gerichtsstand: Neumünster

apoBank  
DE02 3006 0601 0006 3552 71  
BIC DAAEDEDXXX

Schleswig-Holsteinischer Landtag/Landeshaus  
Sozialausschuss  
Herrn Werner Kalinka  
Düsternbrooker Weg 70  
24105 Kiel

Versand per E-Mail

GB III/340.3  
Neumünster, den 10.07.2020

## **Stellungnahme der Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein im Rahmen des Anhörungsverfahrens zum Landeskrankenhausgesetz (Drs. 19/2042)**

Sehr geehrter Herr Kalinka,

nachfolgend senden wir Ihnen die Stellungnahme der Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein zum Referentenentwurf des Landeskrankenhausgesetzes LKHG Drs. 19/2042.

### ***Vorbemerkung***

Wir begrüßen ausdrücklich, dass im Zuge dieser Gesetzgebung erstmalig und letztlich allen anderen Bundesländern nachfolgend, eine den Anforderungen an eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung unterworfenen Krankenhausversorgung in Schleswig-Holstein landesgesetzlich sichergestellt werden soll. Gegenüber diesen Zielen und einem Qualitätsmanagement, das zu einer überprüfbaren Grundvoraussetzung zu dessen Erreichung erhoben wird, geben wir zu bedenken, dass sich die Personalausstattung für die pflegerische Behandlung und Versorgung lediglich über Personaluntergrenzen in bestimmten Bereichen der Krankenhausversorgung an der Linie zur Patientengefährdung befindet bzw. noch weitgehend unregelt ist. Qualitativ hochwertige Ansprüche an die patientengerechte und bedarfsorientierte Versorgung im Krankenhaus verpflichten zur Bereitstellung der dafür benötigten Personalausstattung der Heilberufe. Andernfalls besteht eine Gefährdung der Patientensicherheit. Zur Umsetzung der Grundsätze des Landeskrankenhausgesetzes begrüßen wir alle Maßnahmen, die eine zweckentsprechende, primär der Behandlung dienende Mittelverwendung der Investitionskostenzuschüsse des Landes und Pflegesätze der Leistungsträger sicherstellen. Damit das gelingt erwarten wir, dass die den Behandlungsprozess wesentlich bestimmenden Heilberufe ausreichend ausgestattet werden und substanzielle Mitbestimmungs- bzw. Beteiligungsrechte im Rahmen dieses Gesetzes erhalten.

Zu folgenden ausgewählten Paragrafen des Gesetzesentwurfs bitten wir, die den Pflegeberuf und dessen Berufsausübung betreffenden Stellungnahmen der Pflegeberufekammer zu berücksichtigen.

## **Teil 1**

### **§ 1 Grundsätze**

In Ziffer 3, 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 auf Regelungen des Gesetzes Bezug. § 27 Absatz 2 Satz 1 schreibt vor, dass ein Krankenhaus eine „seinem Versorgungsauftrag entsprechende Dienst- und Aufnahmebereitschaft“ zu gewährleisten hat. Diese Regelung dient der Patientensicherheit und ist auf Führungsebene sicher zu stellen. Nichteinhaltungen dieser Verpflichtung können als Ordnungswidrigkeit geahndet werden (§ 44 Absatz 1 Nummer 2 LKHG). Zudem sind in der Aufstellung der Krankenhausplanung (§ 8 Absatz 3, 6 und 7 LKHG) die Qualitätsindikatoren des SGB V zu berücksichtigen. Die Vorgaben zu den Personaluntergrenzen sind zu beachten. Nebenbestimmungen bei der Bewilligung von Fördermitteln sind aus Gründen der Krankenhaushygiene möglich (§ 23 Absatz 1 Ziffer 4 LKHG). Krankenhäuser sind des Weiteren verpflichtet, gemäß der vom Gemeinsamen Bundesausschuss bestimmten Richtlinien über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit vorzuhalten und Mindeststandards für ein Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme einzuhalten. Alle diese Vorgaben dienen der Patientensicherheit, die somit auch als elementares Ziel des Gesetzes aufzunehmen wäre. Krankenhausträger in der Leistungserbringung, Krankenkassen als Leistungsträger und das für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung zuständige Land in der Organisations-, Aufsichts- und Investitionsverantwortung müssen die sichere Behandlung der Patientinnen und Patienten als eine Grundvoraussetzung der Krankenhausbehandlung mitverantworten, damit die handelnden Berufsgruppen des Krankenhauses, insbesondere die Pflegenden, ohne Schaden für die Patientinnen und Patienten und auch für sich selbst ihren Behandlungsauftrag erfüllen können.

Unzureichende Rahmenbedingungen der Berufsausübung haben u. a. dazu geführt, dass Pflegenden die „Gefährdungslagen“ der Patientenversorgung nicht mehr mittragen konnten und aus dem Beruf ausgeschieden sind. Auf Auszubildende wirken sich nicht sachgerechte und gefährdende Pflegebedingungen, die den in der Ausbildung vermittelten Grundlagen der pflegerischen Versorgung und den berufsständisch erwarteten professionellen Pflegeleistungen widersprechen, auf den Verbleib in der Ausbildung oder dem Verbleib im Beruf aus. Grund genug, die Patientensicherheit als unverletzbares Gut und Prüfkriterium in der Krankenhausplanung, der Krankenhausaufsicht sowie der Zuweisung von Investitionen in das Landeskrankenhausgesetz aufzunehmen.

## **Teil 2 Mitwirkung der Beteiligten**

### **§ 5 Beteiligte**

Wir begrüßen die Beteiligung der Patientenombudsperson im Landeskrankenhausausschuss sehr.

Ebenso begrüßen wir die gegenüber dem Kabinettsentwurf geänderten Regelungen zu den mittelbar Beteiligten, die nach dem Gesetz an den Sitzungen des Landeskrankenhausausschusses teilnehmen kann und laut Begründung dieses Paragraphen an den Sitzungen des Landeskrankenhausausschusses teilnimmt. Es erschließt sich uns nicht, weshalb das nicht auch im Gesetz so geregelt ist. In der Begründung wird festgehalten:

Die mittelbar an der Krankenhausplanung Beteiligten nehmen mit jeweils einer Vertreterin oder einem Vertreter mit beratender Stimme am Landeskrankenhausausschuss teil.

Diese Absicht ist aus unserer Sicht dann auch gesetzlich im §5 Absatz 2 LKHG zu bestimmen:

(2) Neben den unmittelbar Beteiligten nach Absatz 1 **nehmen** die

1. ff

....mit beratender Stimme teil.

Aufgrund der unmittelbaren Beteiligung von im Gesetz festgelegten mittelbar Beteiligten an den Entscheidungen des Landeskrankenhausausschusses ist es unseres Erachtens zudem notwendig, die beiden größten Berufsgruppen in der Gesundheitsversorgung, die Ärzte und die Pflegefachberufe als unmittelbar Beteiligte im § 5 Abs. 1 aufzunehmen.

Das sind die in § 5 Abs. 2 Nr. 5-7 genannten Organisationen:

Ärztchammer, Kassenärztliche Vereinigung und Pflegeberufekammer.

Der Landeskrankenhausausschuss sollte alle Beteiligten in einen zielgerichteten Dialog bringen. Nur gemeinsam kann die spezifische 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 bisherigen unmittelbar Beteiligten. Wir geben in diesem Zusammenhang zu bedenken, dass die Vertretungen der Heilberufe in der Krankenhausversorgung in anderen Bundesländern (z. B. Baden-Württemberg), außer in den von der Krankenhausplanung und Investitionsförderung berührten Entscheidungen, gleichwertige Beteiligte in den Landeskrankenhausausschüssen sind. Unseres Erachtens ist die Aufnahme dessen in einer entsprechenden Regelung der Geschäftsordnung ausreichend.

## **Teil 3 Krankenhausplanung**

### **§ 8 Inhalt des Krankenhausplans**

Zu Absatz (5):

Wir begrüßen grundsätzlich die Aufnahme des Nachweises zur Erfüllung der gesetzlichen Vorgaben zu den Personaluntergrenzen bei den Festlegungen in der Krankenhausplanung. Gleichzeitig weisen wir darauf hin, dass diese keine evidenzbasierte Grundlage haben und selbst bei Einhaltung der Besetzungsvorgaben, eine Patientengefährdung nicht ausgeschlossen werden kann. Insofern kann nur der Nachweis der tatsächlichen Verhältnisse von Pflegepersonalstellen zu den zu versorgenden Patienten in einem einrichtungsübergreifenden Vergleich die beson-

ders verantwortlich handelnden Träger identifizieren. Sobald ein ordentliches Personalbemessungssystem eingeführt ist, ist der Bezug zu den Pflegepersonaluntergrenzen dorthin zu überführen.

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

##### **Vorbemerkung**

Wir begrüßen die Entwicklung von Vorrangigkeitskriterien für Investitionen nach dem LKHG, wie in einem ersten Entwurf in der Sitzung der Beteiligtenrunde im November 2019 vorgelegt. Besonders hinsichtlich definierter Sicherstellungserfordernisse, Personalmindestvorgaben und Qualitätssicherungsindikatoren. Diese auf die Förderanträge anzuwendenden Beurteilungen sollten als Ausweispflichten der Antragsteller oder Prüfpflichten der Aufsichtsbehörde in die Vergabevorschriften aufgenommen 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 nicht anerkannter Mittel des Förderantrags abgegeben werden. Gleichmaßen ist vom zuständigen Ministerium darzulegen, mit welcher Begründung Anteile der beantragten Fördersumme nicht gewährt werden.

Ein zusätzlicher Absatz ist unseres Erachtens dafür hinzuzufügen:

**(6) Differenzbeträge zwischen Förderantrag und tatsächlicher Investitionsförderung sind auszuweisen und zu begründen. Die Mittelherkunft zu deren Ausgleich ist von den Krankenhäusern darzulegen.**

##### **§ 15 Förderung der Errichtung und Erstaussstattung 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 zudem im Gesetzestext als förderfähig benannt werden und nicht nur in der Begründung benannt sein.

#### **Teil 5 Pflichten der Krankenhäuser**

##### **§ 27 Aufnahmen, Dienstbereitschaft und Notaufnahme**

Zu Absatz 2:

Die mit einem Versorgungsauftrag entsprechende Dienst- und Aufnahmebereitschaft bedingen Vorhaltekosten der damit einhergehenden Personalaufwände, die verlässlich finanziert sein müssen. Hier sollte also ein Kriterium aufgenommen werden, dass in der Notfallversorgung die 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 LKHG gefordert, die Krankenhausbetriebsleitung.

##### **Änderungsvorschlag**

- (1) Das Krankenhaus ist so zu führen, dass eine seinem Versorgungsauftrag entsprechende Dienst- und Aufnahmebereitschaft mit **Fachpersonal** jederzeit gewährleistet ist. Das gilt insbesondere für die Aufnahme von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten (Notauf-

nahme); unabhängig vom Vorhalten einer Notaufnahme ist jedes Krankenhaus zumindest zur medizinisch gebotenen ärztlichen Erstversorgung sowie zur Organisation einer gegebenenfalls erforderlichen Verlegung verpflichtet.

### **§ 30 Krankenhausalarmplanung**

Zu Absatz 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 zur allgemeinen Patientenversorgung für nichtfinanzierte gesetzliche Anforderungen. Insofern erwarten wir eine Kostendeckung auch für den nicht anders bestimmten Kostenersatz zur Sicherstellung des Katastrophenschutzes durch das Krankenhaus. Insbesondere aller durch regelmäßige, spezifische Qualifikationen und weiteren regelhaft entstehenden zeitlichen Aufwände. Die dafür erforderlichen Freistellungskontingente sind der allgemeinen Patientenversorgung zur Verfügung zu stellen.

### **Teil 6 Krankenhausstruktur**

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

Zu Absatz (1):

Unter Anerkenntnis der in § 2 Absatz (5) LKHG aufgenommenen Regelungshoheit von Religionsgemeinschaften mit dem Status einer Körperschaft des öffentlichen Rechts, gehen wir davon aus, dass auch unter diesen Trägerschaften nur eine gleichwertige kaufmännisch, ärztlich und pflegerisch besetzte Krankenhausbetriebsleitung den Zielen der Regelung entspricht und dem Patientenwohl genügend Aufmerksamkeit aus Sicht der wesentlichen an der Behandlung Beteiligten widmen kann. Nur eine interprofessionelle Gesamtverantwortung der wesentlichen in der direkten Patientenbehandlung verantwortlichen Berufsgruppen mit der wirtschaftlichen Verantwortung auf einer gleichen strategischen und operativen Entscheidungsebene zu allen der in § 1 Abs. 1 LKHG genannten Grundsätze, kann unseres Erachtens die Ziele dieses Gesetzes und die gesamtgesellschaftlichen Erwartungen an die Krankenhausversorgung sicherstellen. Andere Organisationsformen der Krankenhausbetriebsleitung könnten einseitige Interessen fokussieren, die der umfassenden Erreichung der wesentlichen Ziele dieses Gesetzes zuwiderlaufen würden. Insofern stellt die gemeinsame Krankenhausbetriebsleitung ein wesentliches Qualitätsmerkmal dar.

Mit Blick auf Vermutungen, dass diese Regelung einen unzulässigen Eingriff in die organisationale Freiheit der Krankenhausträger darstellt und dies verfassungsrechtlich bedenklich sei, weisen wir darauf hin, dass andere Bundesländer (z. B. Nordrhein-Westfalen im § 31 KHGG) die gleichen Regelungen vorweisen. Unserer Kenntnis nach ist die gemeinsame Krankenhausbetriebsleitung in den meisten kommunalen und nichtkirchlichen Krankenhäusern die gelebte Praxis. Im Friedrich-Ebert-Krankenhaus (FEK) Neumünster sogar mit Prokura.

Wir begrüßen die Aufnahme des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH) in den Geltungsbereich dieses Gesetzes (mit Ausnahme des 7. Teils). Das bedingt, dass die hier vorgesehene Struktur und Mitbestimmung in der Krankenhausbetriebsleitung umfassend umgesetzt wird, auch in der Campusdirektion. Zu dieser ist in § 88 b HSG, Zusammensetzung und innere Ordnung der Campusdirektion, die Pflegedirektion nicht stimmberechtigt. Wir erwarten, dass

das Hochschulgesetz die Mitglieder den ärztlichen und pflegerischen Heilberufen gleichermaßen eine Stimmberechtigung zuschreibt.

Zu Absatz (3):

Eine wirtschaftliche Begrenzung der dem Patientenwohl verpflichteten ärztlichen und pflegerischen Berufe sollte in den der jeweiligen Berufsordnungen entsprechenden Maßgaben bis auf die Abteilungsebene ausgeschlossen werden. Dafür sind die Krankenhausbetriebsleitungen mit einem Vetorecht gegenüber wirtschaftlich dominierten Einschränkungen der Weisungsfreiheit auszustatten, das in einem definierten Verfahren die bisher regelhaft entstehenden, wirtschaftlichen, ärztlichen und pflegerischen Konflikte ausgleichen soll. Die bisher wirtschaftlich dominierten Restriktionen haben in der Vergangenheit zu häufig kritische Versorgungssituationen in der Leistungserbringung erzeugt. Wir empfehlen die Einrichtung einer auf Landesebene eingerichteten Ombudsstelle für wirtschaftlich bedingte Behandlungs- und Pflegekonflikte, deren Erkenntnisse der Landeskrankenhauseausschuss in seinen Beratungen und Entscheidungen einbeziehen kann. Hieraus können sich auf Landesebene und auch auf Bundesebene wirksame rechtliche Eingaben entwickeln, die mit gesetzlichen Anpassungen 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 **pflegerische 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.

Damit der Titel des Paragraphen mit dieser Änderung synchronisiert ist, schlagen wir vor, ihn wie folgt zu benennen:

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

Pflegefachliche Aufgaben werden mit exklusiver Expertise des Berufes ausgeübt und müssen in ihrer Eigenständigkeit und Notwendigkeit anerkannt werden. Sie dürfen keine diese Aufgaben ersetzenden Beanspruchungen durch Andere erfahren. Das ist die Grundbedingung für eine die Patienten nicht gefährdende und nach den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen stattfindende Pflege sicher zu stellen. Nur mit einem ärztlichen und pflegerischen Fokus auf eine fachliche und wirtschaftliche Behandlung der Patienten im Krankenhaus, im Sinne einer gleichwertigen interprofessionellen Zusammenarbeit aller an der Gestaltung des individuellen Behandlungsprozesses und Festlegung der Behandlungsmittel Beteiligten, können unseres Erachtens die Qualitätsziele der Krankenhausversorgung erreicht werden.

## **Teil 7 Patientendatenschutz**

### **§ 39 Auskunft und Akteneinsicht**

Zu Abs. 1:

Wir empfehlen folgende Änderung, da die pflegefachlichen Inhalte der Dokumentation bei einer exklusiven oder einbezogenen Beanspruchung von Einsicht oder Auskunft zu den Inhalten der Pflegedokumentation, nur von Pflegefachpersonen vertretbar sind. Daher sollte der Absatz (1) geändert werden:

(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.

Mit freundlichen Grüßen

Patricia Drube  
Präsidentin

Frank Vilsmeier  
Vizepräsident