

Ausschussvorlage SPA 18/90

eingegangene Stellungnahmen zu der öffentlichen Anhörung zu

Gesetzentwurf

der Landesregierung für ein Gesetz zur Änderung des Hessischen Krankenhausgesetzes 2011 (HKHG 2011)

– Drucks. [18/7351](#) – und

Dringlicher Gesetzentwurf

der Fraktion der SPD für ein Gesetz zur Verbesserung der Krankenhausversorgung und zur Anerkennung von Leistungen in der Pflege

–Drucks. [18/7392](#) –

17. Prof. Dr. Simon, Fachhochschule Hannover	S. 79
18. Klinikverbund Hessen, Hofheim am Taunus	S. 93
19. Kassenärztliche Vereinigung Hessen	S. 97
20. DGB Bezirk Hessen-Thüringen, Frankfurt	S. 100
21. Prof. Dr. Stegmüller, Hochschule Fulda	S. 106
22. AG katholischer Krankenhäuser in Hessen, Caritas, Limburg	S. 110
23. Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte, Maintal	S. 113
24. NotRuf 113 – Gesundheit in Gefahr, Marburg	S. 116
25. Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V., Bonn	S. 118
26. Hessischer Landkreistag	S. 120
27. Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Hessen e. V., Wiesbaden	S. 124

Prof. Dr. Michael Simon
Hochschule Hannover
Fakultät V
Abteilung Pflege und Gesundheit
Blumhardtstr. 2
30625 Hannover
Tel. 49 (0) 511/9296-3211
Email: michael.simon@hs-hannover.de

Stellungnahme

zum Gesetzentwurf der Fraktion der SPD für ein

Gesetz zur Verbesserung der Krankenhausversorgung und zur Anerkennung von Leistungen in der Pflege (GVKALP) (Landtags-Drucksache 18/7392)

vorgelegt für die öffentliche Anhörung des Sozialpolitischen Ausschusses
am 22. August 2013

Hannover, den 12. August 2013

1 Allgemeines

Die vorliegende Stellungnahme konzentriert sich auf das im Gesetzentwurf enthaltene Vorhaben der landesrechtlichen Vorgabe von Mindestpersonalbesetzungen für Krankenhäuser. Dieses Vorhaben wird nachfolgend vor allem am Beispiel des Pflegedienstes erörtert.

Dazu wird zunächst die Frage der Notwendigkeit extern vorgegebener und von den Krankenhäusern verbindlich einzuhaltender Personalbesetzungsstandards behandelt. Daran anschließend wird auf einzelne im Gesetzentwurf enthaltene Regelungen eingegangen.

1.1 Zur Bedeutung der Personalbesetzung für die Qualität der Patientenversorgung

Die Qualität der Leistungserbringung in Einrichtungen des Gesundheitswesens wird üblicherweise in drei Dimensionen unterschieden: Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität. Angewendet auf die Krankenhausversorgung ist neben der baulichen und apparativen Ausstattung vor allem die Anzahl und Qualifikation des Personals als wichtigstes Element der Strukturqualität anzusehen. Von besonderer Bedeutung für die Versorgungsqualität ist dabei insbesondere das in der unmittelbaren medizinisch-pflegerischen Versorgung tätige Personal des ärztlichen und pflegerischen Dienstes sowie des Funktionsdienstes (OP, Anästhesie, Funktionsdiagnostik, Ambulanzen etc.).

Für den Pflegedienst im Krankenhaus kann diese Bedeutung als durch empirische Forschung ausreichend belegt gelten. Zahlreiche internationale Studien, darunter auch sehr hochwertige Studien auf Grundlage hoher Fallzahlen, ergaben einen deutlichen Zusammenhang zwischen Anzahl und Qualifikation des Pflegepersonals und der Häufigkeit sowie Schwere von Schädigungen der Patientengesundheit.

Als Stand der internationalen Forschung kann zusammengefasst werden, dass eine unzureichende Personalbesetzung im Pflegedienst das Risiko insbesondere für die folgenden Ereignisse erhöht:¹

- ∞ mangelhafte Früherkennung und Intervention bei ernsthaften Komplikationen (Aiken et al. 2002; BAG 2005; Needleman et al. 2002; Silber/Rosenbaum/Ross 1995)
- ∞ Pneumonie (Amaravadi et al. 2000; Cho et al. 2003; Kovner et al. 2002; Lichtig/Knauf/Milholland 1999; Mark et al. 2004; Needleman et al. 2002)
- ∞ pulmonale Insuffizienz nach einem Eingriff (Dimick et al. 2001; Pronovost et al. 2001)
- ∞ Lungenembolie (Kovner et al. 2002)
- ∞ Reintubation (Amaravadi et al. 2000; Dimick et al. 2001; Pronovost et al. 2001)
- ∞ Wundinfektion nach chirurgischem Eingriff (Lichtig/Knauf/Milholland 1999; McGillis/Doran/Pink 2004; Unruh 2003)
- ∞ Sepsis (Amaravadi et al. 2000)
- ∞ internistische Komplikationen (Pronovost et al. 2001)
- ∞ gastrointestinale Blutungen (Needleman et al. 2002)
- ∞ Venenthrombose (Kovner et al. 2002; Needleman et al. 2002)

¹ Dass nicht alle Studien zu denselben Ergebnissen geführt haben, liegt vor allem darin begründet, dass nicht alle Studien alle Indikatoren gemessen haben, sondern jeweils unterschiedliche Ereignisse als Qualitätsindikator nutzten.

- ∞ Druckgeschwür (Dekubitus) (BAG 2005; Cho et al. 2003; Lichtig/Knauf/Milholland 1999; Mark et al. 2004; Unruh 2003)
- ∞ Harnwegsinfektion (Kovner et al. 2002; Mark et al. 2004; Needleman et al. 2002; Sovie/Jawad 2001; Unruh 2003)
- ∞ Sturz während des Krankenhausaufenthaltes (BAG 2005; Blegen/Vaughn 1998; Sovie/Jawad 2001; Unruh 2003; Whitman 2002)
- ∞ Medikationsfehler (BAG 2005; Blegen/Vaughn 1998; McGillis/Doran/Pink 2004; Whitman 2002)

Mehrere Studien haben darüber hinaus auch das Risiko untersucht, im Krankenhaus oder innerhalb von 30 Tagen nach einer Krankenhausaufnahme zu versterben, und einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen der Personalbesetzung im Pflegedienst und dem Mortalitätsrisiko festgestellt:

- ∞ Versterben während des Krankenhausaufenthaltes (Aiken/Smith/Lage 1994; Bond et al. 1999; Manheim et al. 1992; Mark et al. 2004; Needleman et al. 2002; Person et al. 2004; Rafferty et al. 2007; Silber/Rosenbaum/Ross 1995)
- ∞ Versterben innerhalb von 30 Tagen nach der Krankenhausaufnahme (30-day-mortality) (Aiken et al. 2002; Person et al. 2004; Tourangeau et al. 2002)

1.2 Zur Frage der Verantwortung des Landes für eine ausreichende Personalbesetzung der Krankenhäuser

Vor diesem Hintergrund erscheint es angemessen, die Personalbesetzung im Krankenhaus – zumindest der in der unmittelbaren Patientenversorgung tätigen Berufsgruppen – nicht dem Ermessen der einzelnen Krankenhäuser bzw. Krankenhausleitungen zu überlassen.

Besondere Verantwortung für die Sicherstellung einer ausreichenden Personalbesetzung in Krankenhäusern kommt dabei den Ländern zu, die den aus der Verfassung abzuleitenden so genannten ‚Sicherstellungsauftrag‘ für eine ausreichende Krankenhausversorgung zu erfüllen haben. Zu einer ‚ausreichenden‘ Krankenhausversorgung dürfte unzweifelhaft auch eine sowohl quantitativ als auch qualifikatorisch ausreichende Personalbesetzung der für die Patientengesundheit besonders relevanten Bereiche und Berufsgruppen zählen.

Dementsprechend hat die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde im Rahmen der Erstellung bzw. Fortschreibung des jeweiligen Krankenhausplans auch die Leistungsfähigkeit der in den Plan als bedarfsgerecht aufzunehmenden Krankenhäuser zu prüfen. Nur Kliniken, die ausreichend leistungsfähig sind, dürfen in den Krankenhausplan aufgenommen werden. Zur Leistungsfähigkeit dürfte unzweifelhaft vor allem die personelle Besetzung zu rechnen sein.

Ähnliches gilt auch für die gesetzliche Krankenversicherung. Krankenkassen dürfen nur mit solchen Leistungserbringern Versorgungsverträge abschließen und nur von solchen Einrichtungen Leistungen zu Lasten der GKV erbringen lassen, die die Gewähr für eine ausreichende, dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechende Leistungsqualität bieten. Im Falle der Plankrankenhäuser und Hochschulkliniken fingiert die Aufnahme in den Krankenhausplan bzw. das Hochschulverzeichnis einen Versorgungsvertrag und die Krankenkassen unterliegen einem Kontrahierungszwang gegenüber diesen Kliniken. Auch aus dieser Perspektive kommt den Ländern somit eine besondere Bedeutung zu, da sie die primäre Verantwortung für die Feststellung einer ausreichenden Leistungsfähigkeit und letztlich auch Einhaltung der fordernden Qualitätsstandards tragen.

Vor diesem Hintergrund erscheint es angemessen, dass sich der Landesgesetzgeber mit der Frage der Notwendigkeit rechtlich verbindlicher Vorgaben für die Personalbesetzung in zugelassenen Krankenhäusern befasst.

1.3 Zur Frage der Notwendigkeit landesrechtlicher Vorgaben für die Personalbesetzung

Krankenhäuser unterliegen in Deutschland seit ca. zwei Jahrzehnten einem verstärkten ökonomischen Druck, insbesondere durch die Einführung und Fortschreibung der Anbindung der Krankenhausbudgets und -entgelte an die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder sowie durch die Einführung des DRG-Fallpauschalensystems. Als eine Reaktion auf diesen ökonomischen Druck wurde in zahlreichen Krankenhäusern Personal abgebaut, insbesondere auch im Pflegedienst.

Der Stellenabbau im Pflegedienst² der Krankenhäuser setzte unmittelbar nach Aufhebung der Pflege-Personalregelung und Verschärfung der Budgetdeckelung in den Jahren 1996/1997 ein. In den Jahren 1996 bis 2007 wurden in den Krankenhäusern insgesamt Stellen im Umfang von ca. 52.000 Vollkräften abgebaut. Davon entfielen auf die größte Gruppe der Krankenhäuser, die allgemeinen Krankenhäusern, knapp 48.000 Vollkräfte (Tab. 1, 2). Relativ zum Ausgangsbestand an Vollkräften war dies sowohl bei den Krankenhäusern insgesamt als auch den allgemeinen Krankenhäusern eine Reduzierung um ca. 15 %. Der Abbau erfolgte trotz steigender Fallzahlen, eines steigenden Anteils älterer und in der Regel pflegebedürftigerer Patienten und steigender Leistungszahlen insbesondere bei ambulanten Operationen sowie vor- und nachstationärer Behandlung. In Hessen stellt sich die Entwicklung im Wesentlichen gleich dar (Tab. 3 und 4).

Der Stellenabbau im Pflegedienst erfolgte nur zum Teil aufgrund der Budgetdeckelung. Ein erheblicher Teil des Stellenabbaus erfolgte offensichtlich auch, um durch krankenhauserinterne Umschichtung Mittel für andere Zwecke freizusetzen. Die Mittelumschichtung geschah vielfach insbesondere auch zur Finanzierung dringend notwendiger Investitionen, die auf Grund einer seit längerem unzureichenden Investitionsförderung der Länder nicht aus Landesmitteln finanziert werden konnten (Simon 2008, 2009).

Zwar ist seit 2008 bis einschließlich 2011 in der Krankenhausstatistik bundesweit wieder ein leichter Zuwachs im Pflegedienst zu verzeichnen, dabei ist allerdings zu bedenken, dass er mit hoher Wahrscheinlichkeit weit überwiegend auf das 2009 bis Ende 2011 laufende Pflege-Förderprogramm zurückzuführen ist. Nach dem vorliegenden Abschlussbericht des GKV-Spitzenverbandes wurden aus dem Mitteln des Programms in den Jahren 2009 bis 2011 bundesweit ca. 15.350 zusätzliche Stellen für Pflegepersonal in allgemeinen Krankenhäusern finanziert (GKV-Spitzenverband 2013).³ Dabei ist allerdings zu bedenken, dass mit den Mitteln des Programms die Einstellung dreijährig ausgebildeter Pflegefachkräfte gefördert

² Zum Pflegedienst der Krankenhäuser werden, der Krankenhausstatistik folgend, hier nur die bettenführenden Stationen gerechnet (Normalstationen, Intensivstationen). Pflegepersonal ist allerdings auch im so genannten ‚Funktionsdienst‘ tätig (OP, Anästhesie, Ambulanz, Funktionsdiagnostik etc.). Die Krankenhausstatistik weist für den Funktionsdienst aber leider keine nach Berufsgruppen differenzierten Angaben aus, sodass der genaue Anteil des Pflegepersonals im Funktionsdienst nicht bekannt ist. Erfahrungswerte aus der Praxis lassen vermuten, dass der Anteil des Pflegepersonals im Funktionsdienst durchschnittlich bei ca. 70-80 % liegt und zwischen den einzelnen Bereichen differiert (z.B. werden in Polikliniken häufig medizinische Fachangestellte – Arzthelferinnen – beschäftigt).

³ Stellen insgesamt, einschließlich der durch Wirtschaftsprüfer noch unbestätigten Stellen

wurde, unabhängig davon, wo es beschäftigt werden sollte. Insofern wird vermutlich ein relevanter Teil der aus dem Programm finanzierten zusätzlichen Stellen insbesondere auch für den Funktionsdienst eingerichtet worden sein. Dies erscheint aber insofern problematisch, als das Programm vor allem dazu dienen sollte, die Unterbesetzung im Pflegedienst – also auf den Stationen – zu mildern.

So weist denn die Krankenhausstatistik für Allgemeinkrankenhäuser für den Zeitraum 2009-2011 im Pflegedienst nur einen Zuwachs von ca. 8.200 Vollkräften aus. Die Zahl der Vollkräfte im Funktionsdienst stieg im selben Zeitraum um ca. 6.500 Vollkräfte. Für den Pflegedienst und den Funktionsdienst zusammen ist ein Stellenzuwachs in Höhe von 14.700 Vollkräften ausgewiesen. Die Zahl der in der Krankenhausstatistik ausgewiesenen neuen Stellen liegt für den Zeitraum 2009-2011 somit um ca. 600 unter der Zahl der durch das Pflege-Förderprogramm finanzierten Stellen. Diese Differenz spricht dafür, dass parallel zum Förderprogramm der Stelleabbau fortgesetzt wurde. Betroffen dürfte davon vor allem der Pflegedienst gewesen sein.

Nach dem Auslaufen des Förderprogramms wurde das Volumen der Förderung in das DRG-System eingespeist, in der Erwartung, dass dadurch die 2009 beschlossene Mittelerhöhung dauerhaft zur Verbesserung der Personalsituation im Pflegedienst der Krankenhäuser beitragen kann. Angesichts der bisherigen Erfahrungen kann jedoch nicht davon ausgegangen werden, dass diese zusätzlichen Mittel tatsächlich auch im vollen Umfang für zusätzliche Stellen im Pflegedienst eingesetzt werden. Zum einen wurden 40 % des ehemaligen Fördervolumens in die Landesbasisfallwerte einkalkuliert und kommen somit allen Kliniken zugute, unabhängig davon, ob sie tatsächlich damit zusätzliche Stellen in der Pflege finanzieren. Die verbleibenden 60 % sollen zur Finanzierung der neuen Zusatzentgelte für besonders pflegeaufwändige Fälle dienen. Ob davon tatsächlich dann auch Pflegestellen auf Stationen finanziert wurden bzw. werden, kann aufgrund der gegenwärtigen Rechtslage weder festgestellt noch sichergestellt werden. Die Verwendung der Mittel liegt allein in der Entscheidung der jeweiligen Krankenhausleitung.

Zudem lagen und liegen die Probleme der personellen Unterbesetzung im Pflegedienst nicht allein im Bereich der Versorgung hoch pflegeaufwändiger Patienten. Es muss davon ausgegangen werden, dass der Pflegedienst zahlreicher Krankenhäuser insgesamt unzureichend besetzt ist. Und vor allem: Es existieren gegenwärtig keinerlei ‚Stoppregeln‘ gegen einen weiteren Personalabbau, da es keine für Krankenhäuser verbindlich einzuhaltenden Personalbesetzungsstandards gibt. Im Gegenteil: Das geltende Fallpauschalensystem ‚belohnt‘ Kliniken, die ihre Personalkosten durch Stellenabbau unter den Kostendurchschnitt der DRGs senken mit einer Überdeckung ihrer Personalkosten, und ‚bestraft‘ Kliniken, die eine überdurchschnittliche Personalbesetzung mit überdurchschnittlichen Kosten vorhalten, mit einer Unterdeckung ihrer Personalkosten.

Insofern besteht dringender Handlungsbedarf, nicht nur auf der Landesebene, sondern auch auf der Bundesebene. Wenn ein Landesgesetzgeber nicht mehr länger auf entsprechende Vorhaben des Bundes warten will und eine Regelung auf Landesebene vornehmen will, ist dies m.E. sehr zu begrüßen.

2 Stellungnahme zu den beabsichtigten Neuregelungen

2.1 § 8: Qualitätssicherung und Mindestpersonalzahlen

2.1.1 § 8 Abs. 2

Beabsichtigte Neuregelung

Rechtsverordnung zu verbindlichen Mindestpersonalzahlen in Form von Berechnungsverfahren, die nach Berufsgruppen und Qualifikationen sowie Erkrankungsschwere und Stationsart differenzieren.

Stellungnahme

Die Vorgabe von Mindestpersonalzahlen als verbindlich anzuwendende Verfahren der Berechnung des vorzuhaltenden Personals ermöglicht eine differenzierte und den jeweiligen Pflegebedarf berücksichtigende Regelung. Bei der Entscheidung über das anzuwendende Verfahren könnte für den Pflegedienst auf die langjährige Erfahrung mit Methoden der Personalbedarfsermittlung und auch vorhandene Ansätze zurückgegriffen werden (z.B. Psych-PV, Pflege-Personalregelung).

Der in Satz 1 verwendete Begriff einer ‚guten‘ Patientenversorgung sollte durch die im Sozial- und Krankenhausrecht üblichen Begriffe einer ausreichenden, zweckmäßigen und dem Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechenden Leistungserbringung ersetzt werden.

Beabsichtigte Neuregelung

Krankenhäuser haben jährlich dem zuständigen Ministerium Unterlagen über die Einhaltung der Mindestpersonalverordnung vorzulegen. Die entsprechenden Daten sind zu veröffentlichen.

Stellungnahme

Die Vorlage entsprechender Daten über die Einhaltung der Verordnung ist unerlässlich für die Überwachung der Einhaltung durch die zuständige Landesbehörde. Da es sich um in hohem Maße qualitätsrelevante Daten handelt, erscheint eine Pflicht zur Veröffentlichung angemessen und entspricht auch der mittlerweile etablierten Praxis (vgl. u.a. Qualitätsberichte der Krankenhäuser).

Empfehlenswert erscheint darüber hinaus eine bereits unterjährig greifende Berichtspflicht in kleineren Berichtszeiträumen (bspw. monatlich). Die zu liefernden Angaben müssten allerdings in jedem Fall auf den einzelnen Tag bezogen sein, soll die Mindestpersonalverordnung ihren zentralen Zweck der Sicherstellung einer zu jeder Zeit bedarfsgerechten Personalbesetzung erfüllen (Grundsatz: Einhaltung der vorgegebenen Personalbesetzung an jedem Tagen und in jeder Schicht).

Beabsichtigte Neuregelung

Im Falle der Nichteinhaltung greift ein gestuftes System von Maßnahmen, mit dem Ziel, zukünftig die Einhaltung sicherzustellen. Herausnahme aus dem Krankenhausplan im Falle einer dauerhaften Unterschreitung der vorgegebenen Personalbesetzung.

Stellungnahme

Die Vorgabe von Personalbesetzungsstandards erfordert nicht nur die Überwachung der Einhaltung, sondern auch ein geregeltes Verfahren für den Fall der Nichteinhaltung. Die Einführung eines gestuften Vorgehens der Landesbehörde erscheint angemessen, da die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Personalbesetzung in einem Teil der Krankenhäuser sicher nicht sofort oder innerhalb weniger Monate möglich sein wird, sofern deren Personalbesetzung deutlich unter der vorgegebenen Maßzahl liegt.

Es erscheint allerdings sinnvoll, auch Untergrenzen zu definieren, ab dem eine qualitativ ausreichende Versorgung als nicht mehr sichergestellt gilt und ggf. auch eine durch Anordnung des Landes verfügte kurzfristige und vorübergehende Schließung als Maßnahme in Erwägung gezogen und rechtlich zulässig sein sollte. Die Einzelheiten müssten in der Verordnung festgelegt werden.

Als letzte Maßnahme erscheint die Herausnahme eines Krankenhauses aus dem Krankenhausplan nicht nur angemessen, sondern vor dem Hintergrund der Letztverantwortung des Landes für die Sicherstellung einer ausreichenden Krankenhausversorgung auch erforderlich.

2.2 § 8a: Arbeitsschutz und Erfassung kritischer Ereignisse

Grundsätzlich ist es empfehlenswert, die Einführung von Mindestpersonalbesetzungen auch mit einer Verbesserung der Datenlage zu qualitätsrelevanten Indikatoren zu verbinden. Die Zusammenführung dieser Daten mit Daten zur tatsächlichen Personalbesetzung in einzelnen Krankenhäusern und Krankenhausbereichen würde zukünftig eine weitaus bessere Datengrundlage bereitstellen, um bspw. auch Personalbesetzungsstandards auf einer breiten empirischen Basis weiterentwickeln zu können. Mit diesen Datenkombinationen würden in Deutschland erstmals quantitative Studien von dem Umfang und der Aussagekraft möglich, wie sie insbesondere in den USA zum Zusammenhang von Personalbesetzung und Versorgungsqualität in Krankenhäusern seit längerem aufgrund der Daten vor allem der staatlichen Medicare Versicherung durchgeführt werden.

Beabsichtigte Neuregelung

Erfassung aller Berichte von Beschäftigten über Überlastung.

Stellungnahme

Das Instrument der Überlastungsanzeige wird im Krankenhausbereich bereits seit Jahren von Beschäftigten genutzt, um auf chronische Überlastungssituationen hinzuweisen. Es ist nicht nur haftungsrechtlich von Relevanz, sondern Überlastungsanzeigen können auch hilfreiche Hinweise auf besonders kritische Versorgungsbereiche liefern. Insofern erscheint es sehr sinnvoll, Krankenhäuser zur systematischen Erfassung und Dokumentation aller Überlastungsanzeigen zu verpflichten.

Es ist angemessen und im Interesse der Wahrnehmung der Verantwortung des Landes folgerichtig, Krankenhäuser zur Meldung der entsprechenden Daten an die zuständige Landesbehörde zu verpflichten (§ 8a Abs. 4).

Beabsichtigte Neuregelung

Erfassung aller Meldungen über kritische Ereignisse.

Stellungnahme

Eine gesetzliche Pflicht zur Durchführung eines Critical Incident Reporting Systems ist sehr zu begrüßen, zumal solche Systeme mittlerweile von zunehmend mehr Kliniken eingeführt wurden.

Beabsichtigte Neuregelung

Verpflichtung zu regelmäßigen Patientenbefragungen.

Stellungnahme

Patientenbefragungen gehören mittlerweile in zunehmend mehr Krankenhäusern zum Alltag, sind aber leider noch immer nicht verbindlich vorgegeben. Im Rahmen der Konkretisierung einer solchen Vorschrift sollte erwogen werden, Vorgaben auch zur Durchführung und den zwingend abzufragenden Leistungsbereichen zu machen. Eine hilfreiche Orientierung hierfür könnte der Standard des Pickert Instituts liefern.

3 Tabellen

Tab. 1: Zahl der Vollkräfte in Krankenhäusern

Jahr	Vollkräfte im Jahresdurchschnitt								
	Insgesamt	Ärztlicher Dienst	davon				Veränderung		
			zusammen	Nichtärztliches Personal		Pflege- dienst	Funktions- dienst	Pflege- dienst	Funktions- dienst
				darunter					
1991	875.816	95.208	780.608	326.072	78.694	-	-		
1992	882.449	97.673	784.776	331.301	78.895	5.229	201		
1993	875.115	95.640	779.474	332.724	79.737	1.423	842		
1994	880.150	97.105	783.045	342.324	80.406	9.600	669		
1995	887.563	101.591	785.974	350.572	81.195	8.248	789		
1996	880.000	104.352	775.647	349.424	81.049	-1.148	-146		
1997	861.548	105.619	755.930	341.139	80.708	-8.285	-341		
1998	850.949	107.106	743.841	337.717	81.159	-3.422	451		
1999	843.452	107.901	735.553	334.891	81.814	-2.826	655		
2000	834.586	108.696	725.889	332.268	82.399	-2.623	585		
2001	832.530	110.152	722.379	331.472	83.293	-796	894		
2002	833.541	112.764	720.777	327.385	84.095	-4.087	802		
2003	823.939	114.106	709.833	320.158	84.198	-7.227	103		
2004	805.988	117.682	688.307	309.511	84.257	-10.647	59		
2005	796.098	121.610	674.489	302.346	84.282	-7.165	25		
2006	791.915	123.714	668.200	299.328	84.964	-3.018	682		
2007	792.299	126.001	666.300	298.325	86.216	-1.003	1.252		
2008	797.553	128.117	669.436	300.417	88.414	2.092	2.198		
2009	807.875	131.227	676.648	303.656	90.574	3.239	2.160		
2010	816.257	134.392	681.411	306.213	92.731	2.557	2.157		
2011	825.195	139.068	686.127	310.815	95.080	4.602	2.349		
1995-2007	-95.264	24.410	-119.674	-52.247	5.021	-	-		
in %	-10,7	24,0	-15,2	-14,9	6,2	-	-		
1991-2011	-50.621	43.860	-94.481	-15.257	16.386	-	-		
in %	-5,8	46,1	-12,1	-4,7	20,8	-	-		
1995-2011	-62.368	37.477	-99.847	-39.757	13.885	-	-		
in %	-7,0	36,9	-12,7	-11,3	17,1	-	-		
2008-2011	27.642	10.951	16.691	10.398	6.666	-	-		
in %	3,5	8,5	2,5	3,5	7,5	-	-		

Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen

Tab. 2: Zahl der Vollkräfte in allgemeinen Krankenhäusern

Jahr	Vollkräfte im Jahresdurchschnitt							
	Insgesamt	davon						
		Ärztlicher Dienst	Nichtärztliches Personal				Veränderung	
			zusammen	Pflege- dienst	Funktions- dienst	Pflege- dienst		
darunter								
1991	815.551	91.279	724.272	296.518	75.384			
1992	827.011	93.921	733.090	303.990	75.943	7.472	559	
1993	821.767	91.951	729.816	306.127	76.847	2.137	904	
1994	822.929	93.035	729.894	313.359	77.197	7.232	350	
1995	832.377	97.380	734.998	322.110	78.323	8.751	1.126	
1996	827.225	100.039	727.186	322.418	78.330	308	7	
1997	812.889	101.381	711.508	316.253	78.302	-6.165	-28	
1998	803.356	102.912	700.443	313.281	78.786	-2.972	484	
1999	797.195	103.764	693.432	311.086	79.503	-2.195	717	
2000	787.694	104.339	683.354	308.138	80.020	-2.948	517	
2001	785.484	105.747	679.738	307.309	80.900	-829	880	
2002	777.719	107.489	670.230	299.512	81.286	-7.797	386	
2003	769.432	108.840	660.592	293.020	81.500	-6.492	214	
2004	752.431	112.242	640.190	282.891	81.563	-10.129	63	
2005	747.150	116.337	630.813	278.118	81.776	-4.773	213	
2006	743.505	118.398	625.107	275.427	82.511	-2.691	735	
2007	743.798	120.674	623.124	274.481	83.780	-946	1.269	
2008	748.308	122.704	625.604	276.320	85.924	1.839	2.144	
2009	756.968	125.608	631.361	278.763	87.958	2.443	2.034	
2010	764.595	128.681	635.459	280.842	90.120	2.079	2.162	
2011	771.847	133.233	638.614	284.576	92.385	3.734	2.265	
1995-2007	-88.579	23.294	-111.874	-47.629	5.457	-	-	
in %	-10,6	23,9	-15,2	-14,8	7,0	-	-	
1991-2011	-43.704	41.954	-85.658	-11.942	17.001	-	-	
in %	-5,4	46,0	-11,8	-4,0	22,6	-	-	
1995-2011	-60.530	35.853	-96.384	-37.534	14.062	-	-	
in %	-7,3	36,8	-13,1	-11,7	18,0	-	-	
2008-2011	23.539	10.529	13.010	8.256	6.461	-	-	
in %	3,1	8,6	2,1	3,0	7,5	-	-	

Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen

Tab. 3: Zahl der Vollkräfte in hessischen Krankenhäusern

	Pflege- dienst	Funktions- dienst	Veränderung	
			Pflege- dienst	Funktions- dienst
1991	22.366	5.254		
1992	23.114	5.249	748	-5
1993	23.056	5.480	-58	231
1994	24.068	5.456	1.012	-24
1995	24.288	5.495	220	39
1996	24.658	5.578	370	83
1997	24.654	5.565	-4	-13
1998	24.322	5.525	-332	-40
1999	23.813	5.513	-509	-13
2000	23.419	5.598	-394	86
2001	23.300	5.683	-120	85
2002	23.024	5.838	-276	155
2003	22.603	5.772	-421	-66
2004	21.880	5.799	-723	27
2005	21.537	5.741	-343	-59
2006	21.154	5.824	-383	84
2007	21.072	5.841	-81	17
2008	20.881	5.912	-192	71
2009	21.481	6.230	600	318
2010	21.514	6.365	34	135
2011	21.860	6.596	346	232
1995-2007	-3.216	346	-	-
in %	-13,2	6,3	-	-
1991-2011	-506	1.342	-	-
in %	-2,3	25,5	-	-
1995-2011	-2.428	1.101	-	-
in %	-10,0	20,0	-	-
2008-2011	980	684	-	-
in %	4,7	11,6	-	-

Tab. 4: Zahl der Vollkräfte in hessischen Allgemeinkrankenhäusern

	Pflege- dienst	Funktions- dienst	Veränderung		Pflegedienst u. Funktionsdienst
			Pflege- dienst	Funktions- dienst	Anzahl
1991	19.802	5.040			24.842
1992	20.452	5.022	650	-18	25.474
1993	20.407	5.235	-45	213	25.642
1994	21.264	5.207	857	-28	26.471
1995	21.561	5.247	297	40	26.808
1996	22.014	5.337	453	90	27.351
1997	22.148	5.360	134	23	27.508
1998	21.857	5.326	-291	-34	27.183
1999	21.565	5.329	-292	3	26.894
2000	21.293	5.412	-273	84	26.705
2001	21.140	5.493	-153	81	26.633
2002	20.786	5.649	-354	156	26.435
2003	20.429	5.588	-357	-61	26.017
2004	19.808	5.622	-622	35	25.430
2005	19.635	5.582	-173	-41	25.217
2006	19.313	5.654	-322	72	24.967
2007	19.232	5.684	-81	31	24.917
2008	19.005	5.752	-227	67	24.757
2009	19.624	6.062	619	310	25.686
2010	19.665	6.210	41	148	25.875
2011	20.023	6.437	358	227	26.460
1995-2007	-2.329	437	-	-	-1.892
<i>in %</i>	-10,8	8,3	-	-	-7,1
1991-2011	221	1.397	-	-	1.618
<i>in %</i>	1,1	27,7	-	-	6,5
1995-2011	-1.538	1.190	-	-	-348
<i>in %</i>	-7,1	22,7	-	-	-1,3
2008-2011	1.018	685	-	-	1.703
<i>in %</i>	5,4	11,9	-	-	6,9

4 Literatur

- Aiken, Linda H.; Clarke, Sean P.; Sloane, Douglas M.; Sochalski, Julie; Silber, Jeffrey H. (2002): Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. In: JAMA, Jg. 288, Heft 16, S. 1987-1993.
- Aiken, Linda H.; Smith, H.L.; Lage, E.T. (1994): Lower medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care. In: Medical Care, Jg. 32, Heft 8, S. 771-787.
- Amaravadi, Ravi K.; Dimick, Justin B.; Pronovost, Peter J.; Lipsett, Pamela A. (2000): ICU nurse-to-patient ratio is associated with complications and resource use after esophagectomy. In: Intensive Care Medicine, Jg. 26, Heft 12, S. 1857-1862.
- BAG, Bundesamt für Gesundheit (Hg.) (2005): RICH-Nursing Study. Effects of Rationing of Nursing Care in Switzerland on Patients' and Nurses' Outcomes. Basel: Bundesamt für Gesundheit (Schweiz).
- Blegen, M. A.; Vaughn, T. A. (1998): A multisite study of nurse staffing and patient occurrences. In: Nursing Economics, Jg. 16, Heft 4, S. 196-203.
- Bond, C.A.; Raehl, Cynthia L.; Pitterle, Michael E.; Franke, Todd (1999): Health Care Professional Staffing, Hospital Characteristics, and Hospital Mortality Rates. In: Pharmacotherapy, Jg. 19, Heft 2, S. 130-138.
- Cho, S. H.; Ketefian, S.; Barkauskas, V. H.; Smith, D. G. (2003): The effects of nurse staffing on adverse events, morbidity, mortality, and medical costs. In: Nursing Research, Jg. 52, Heft 2, S. 71-79.
- Dimick, Justin B.; Swoboda, Sandra M.; Pronovost, Peter J.; Lipsett, Pamela A. (2001): Effect of Nurse-to-Patient Ratio in the Intensive Care Unit on Pulmonary Complications and Ressource Use after Hepatectomy. In: American Journal of Critical Care, Jg. 10, Heft 6, S. 376-382.
- GKV-Spitzenverband (2013): Abschlussbericht des GKV-Spitzenverbandes zum Pflegesonderprogramm gemäß § 4 Abs. 10 Satz 12 KHEntgG (Förderjahre 2009 bis 2011). Online verfügbar unter: http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2013/PM_2013-07-08_2013_06_28_PSP_4_Bericht_final.pdf (8.07.2013).
- Kovner, Christine; Jones, Cheryl; Zhan, Chunliu; Gergen, Peter J.; Basu, Jayasree (2002): Nurse Staffing and Postsurgical Adverse Events: An Analysis of Administrative Data from a Sample of U.S. Hospitals, 1990-1996. In: Health Services Research, Jg. 37, Heft 3, S. 611-629.
- Lichtig, L. K.; Knauf, R. A.; Milholland, D. K. (1999): Some impacts of nursing on acute care outcomes. In: Journal of Nursing Administration, Jg. 29, Heft 2, S. 25-33.
- Manheim, L. M.; Feinglass, J.; Shortall, S. M.; Hughes, E. F. (1992): Regional variation in medicare hospital mortality. In: Inquiry, Jg. 29, Heft, S. 55-66.
- Mark, B.A.; Harless, D.W.; McCue, M.; Xu, Y. (2004): A longitudinal examination of hospital registered nurse staffing and quality of care. In: Health Services Research, Jg. 39, Heft 2, S. 279-301.
- McGillis, H.; Doran, D.; Pink, G. (2004): Nurse staffing models, nursing hours, and patient safety outcomes. In: Journal of Nursing Administration, Jg. 34, Heft, S. 41-45.
- Needleman, Jack; Buerhaus, Peter I.; Mattke, Soeren; Stewart, Maureen; Zelevinsky, Katya (2002): Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. In: New England Journal of Medicine, Jg. 346, Heft 22, S. 1715-1722.
- Person, Sharina D.; Allison, Jeroan J.; Kiefe, Catarina I.; Weaver, Michael T.; Williams, Dale; Centor, Robert M.; Weissman, Norman W. (2004): Nurse Staffing and Mortality for Medicine Patients with Acute Myocardial Infarction. In: Medical Care, Jg. 42, Heft 1, S. 4-12.
- Pronovost, Peter J.; Deborah, Dang;; Dorman, Todd; Lipsett, Pamela A.; Garrett, Elizabeth; Jenckes, Mollie W.; Bass, Eric (2001): Intensive Care Unit Nurse Staffing and the Risk for Complications after Abdominal Aortic Surgery. In: Effective Clinical Practice, Jg. 4, Heft 5, S. 199-206.
- Rafferty, Anne Marie; Clarke, Sean P.; Coles, J.; al., et (2007): Outcomes of variation in hospital nurses staffing in English hospitals: cross-sectional analysis of survey data and discharge records. In: International Journal of Nursing Studies, Jg. 44, Heft 2, S. 175-182.
- Silber, Jeffrey H.; Rosenbaum, P.; Ross, R. (1995): Comparing the contributions of groups of predictors: which outcomes vary with hospital rather than patient characteristics. In: Journal of the American Statistical Association, Jg. 90, Heft 429, S. 7-18.
- Simon, Michael (2008): Personalabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser. Hintergründe - Ursachen - Auswirkungen. Bern: Hans Huber.
- Simon, Michael (2009): Personalabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser: Hintergründe, Ursachen, Perspektiven. In: Pflege & Gesellschaft, Jg. 14, Heft 2, S. 101-123.

- Sovie, M. D.; Jawad, A. F. (2001): Hospital restructuring and its impact on outcomes: nursing staff regulations are premature. In: *Journal of Nursing Administration*, Jg. 31, Heft 12, S. 588-600.
- Tourangeau, Ann E.; Giovanetti, Phyllis; Tu, Jack V.; Wood, Marilyn (2002): Nursing-Related Determinants of 30-Day Mortality for Hospitalized Patients. In: *Canadian Journal of Nursing Research*, Jg. 33, Heft 4, S. 71-88.
- Unruh, Lynn (2003): Licensed Nurse Staffing and Adverse Events in Hospitals. In: *Medical Care*, Jg. 41, Heft 1, S. 142-152.
- Whitman, G. R. (2002): The impact of staffing on patient outcomes across speciality units. In: *Journal of Nursing Administration*, Jg. 32, Heft 12, S. 633-639.



Klinikverbund Hessen GmbH • Lindenstr. 10 • 65719 Hofheim a. Ts.

Hessischer Landtag
 Frau Abg. Kordula Schulz-Asche
 Vorsitzende des Sozialpolitischen Ausschusses

Per E-Mail an: a.czech@ltg.hessen.de
j.schlaf@ltg.hessen.de

Dipl. Oec. Arist Hartjes
 Geschäftsführer

Telefon: 06192/2006467
 Telefax: 06192/2006468
a.hartjes@klinikverbund-hessen.de

Assistentin:
 Kristina Göhler
k.goebler@klinikverbund-hessen.de

Lindenstraße 10
 65719 Hofheim am Taunus
www.klinikverbund-hessen.de

Hofheim, 12. August 2013

Stellungnahme zum Gesetz zur Änderung des Hessischen Krankenhausgesetzes (Lt-Drs.18/7351) und Gesetz zur Verbesserung der Krankenhausversorgung und zur Anerkennung von Leistungen in der Pflege (Lt-Drs. 18/7392)

Sehr geehrte Frau Vorsitzende Schulz-Asche,
 sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete,

Bezug nehmend auf Ihr Schreiben vom 27. Juni 2013, in dem Sie die Klinikverbund Hessen GmbH in ihrer Eigenschaft als Interessenvertretung der öffentlich-rechtlichen Kliniken in Hessen, um eine Stellungnahme zu den o.g. Gesetzesentwürfen gebeten haben, erhalten Sie im Folgenden unsere Einschätzung zu den geplanten Gesetzesvorhaben. Im Wesentlichen schließen wir uns der sehr ausführlichen Stellungnahme der Hessischen Krankenhausgesellschaft e. V. an.

Ungeachtet dieses Sachverhaltes möchten wir in Abstimmung mit dem Hessischen Städtetag und dem Hessischen Landkreistag zu einzelnen Punkten gesondert Stellung nehmen.

1. Der Gesetzentwurf der Landesregierung für ein Gesetz zur Änderung des Hessischen Krankenhausgesetzes (HKHG 2011)

Dem Gesetzentwurf der Hessischen Landesregierung stimmen wir grundsätzlich zu. Aus unserer Sicht spricht nichts gegen die geplante Pauschalierung der Krankenhausförderung. Wichtig sind uns folgende Aspekte:

a) Die Förderung muss abtretbar sein

Das System der pauschalen Förderung ist darauf angelegt, dass die notwendigen Investitionen verstärkt durch Kredite finanziert und anschließend durch die pauschale Förderung refinanziert werden. Die Wirtschaftlichkeit dieses Vorgehens ist damit zentral von den Konditionen abhängig, zu denen die Krankenhäuser Kredite in Anspruch nehmen können.

Um den Krankenhäusern ein möglichst günstiges Zinsniveau zu sichern, ist es wichtig, dass diese ihre Ansprüche auf Fördermittel an die Kreditgeber abtreten können.

Zwar lässt der jetzt vorliegende Entwurf durch die Änderung des § 24 Abs. 1 S. 1 erkennen, dass die Maßnahmen durch Kredite vorfinanziert werden können und die Förderung anschließend dazu dient Zins und Tilgung zu leisten. Allerdings besteht die große Gefahr, dass den Banken ein Förderbescheid als Sicherheit nicht ausreicht.

Wir halten es daher für wichtig, dass in den Entwurf des HKHG eine Regelung zur Abtretbarkeit der Förderung aufgenommen wird oder in anderer Form klargestellt wird, dass einer Abtretung keine Rechtsgründe entgegenstehen.

b) Nicht ausreichende Höhe der Fördermittel

Probleme bei der Umstellung der Finanzierung kommen jedoch insbesondere auf Kliniken mit einem sehr großen Investitionsbedarf zu, da diese gezwungen werden eine Vorfinanzierung über den Kapitalmarkt vorzunehmen, wodurch zusätzliche Zinslasten zu refinanzieren sind. Vor diesem Hintergrund scheint das Fördervolumen insgesamt zu niedrig, da es gegenüber dem bisherigen Volumen allein aus diesem Grund höher angesetzt werden müsste. Real führt dies zu einer Reduzierung der Nettofördersumme.

Wie bereits oben ausgeführt werden die zukünftigen Zinslasten aus der Vorfinanzierung zu einer Senkung der real verwendbaren Fördermittel führen. Dadurch geraten die Kliniken noch mehr unter Druck, Investitionen aus den betrieblichen Erlösen (DRG-Fallpauschalen) zu finanzieren. Das Grundproblem der unzureichenden Höhe der Fördermittel bleibt ungeachtet des Sonderbauprogramms 2014/2015 von je 120 Mio. Euro ungemindert bestehen. Das zusätzliche Darlehensförderprogramm in Höhe von 120 Mio. Euro kann diese Einschränkung nicht ausgleichen. Sie führt lediglich zu einer Vorwegnahme von notwendigen Investitionen und Minderung gewisser Härten. Vor diesem Hintergrund ist aus unserer Sicht eine grundsätzliche Aufstockung der Fördermittel im Rahmen der beabsichtigten Gesetzesänderung zwingend erforderlich.

Der Genehmigungsvorbehalt für Investitionen von mehr als 10 Mio. Euro bzw. für Investitionen, die das Doppelte der Jahrespauschale betragen ist sinnvoll, da das HSM dadurch seine Krankenhausplanerischen Verpflichtungen und Verantwortung erfüllen kann. Allerdings darf diese Vorbehaltsgrenze nicht dazu führen, dass Projekte, die oberhalb dieser Grenze liegen durch den Genehmigungsprozess verzögert werden. Ansonsten geht einer der wesentlichen Vorteile der Pauschalierung für größere Projekte verloren.

Abschließend ist festzustellen, dass die geplante Neuordnung nicht dazu beiträgt, der chronischen Unterfinanzierung der Krankenhäuser zu begegnen und ein Anwachsen des Investitionsstaus zu vermeiden. Notwendige Investitionen, die insbesondere dazu dienen Prozesse zu optimieren und damit die Wirtschaftlichkeit zu erhöhen, unterbleiben.

c) Förderung der Schließung/Abbau von Krankenhauskapazitäten

Offen ist die Frage, ob und in welcher Form die Förderung der Schließung bzw. Abbau von Krankenhauskapazitäten erhalten bleibt. In diesem Punkt sehen wir bei der Umstellung Klärungsbedarf, da die Pauschalierung der Investitionsförderung diesen Sachverhalt nicht berücksichtigt.

2. Der dringliche Gesetzentwurf der SPD-Fraktion für ein Gesetz zur Verbesserung der Krankenhausversorgung und zur Anerkennung von Leistungen der Pflege

Dieser Gesetzentwurf enthält eine Vielzahl von sehr weitreichenden Änderungen des Hessischen Krankenhausgesetzes. Diese sind im Gesetz zum Teil nur angedeutet und entfalten ihren gesamten Regelungsgehalt erst im Zusammenspiel mit den durch das Gesetz ermöglichten Rechtsverordnungen. Solange die in Artikel 1 Nr. 6 und Artikel 2 Nr. 4 angedachten Rechtsverordnungen noch nicht im Rohentwurf vorliegen, ist eine Entscheidung über den Gesetzentwurf nicht möglich.

Besonders herausheben möchten wir die in § 8 Abs. 2 bis 4 vorgesehene Festlegung von Mindestpersonalzahlen. Diese soll gemäß Abs. 2 durch eine Rechtsverordnung der Landesregierung erfolgen, die bis zum 1. Januar 2015 erlassen werden muss. Die Krankenhäuser müssen über die Einhaltung der Mindestpersonalzahl berichten (Abs. 3) und können bei dauerhafter Nichteinhaltung aus dem Krankenhausplan herausgenommen werden.

Darüber hinaus soll auch das Hessische Gesetz über Betreuungs- und Pflegeleistungen geändert werden. In diesem sollen Personalvorgaben für Pflege- und Betreuungseinrichtungen festgelegt werden. Entsprechend der Regelung im Krankenhausgesetz sollen Details durch Verordnung geregelt werden. An dieser Stelle fehlen jegliche Aussagen zur Finanzierung möglicher Kostensteigerungen, die durch die Festlegung von Mindestpersonenzahlen entstehen.

Nach Einschätzung der Geschäftsstelle enthält der dringliche Gesetzentwurf der SPD-Fraktion zwar eine ganze Reihe interessanter Gedanken. Soweit diese eine grundlegende Bedeutung haben, sind sie allerdings viel zu wenig diskutiert. Es ist nicht angemessen über ganz einschneidende Veränderungen der Krankenhausorganisation allein in der Anhörung durch den sozialpolitischen

Ausschuss des Hessischen Landtags und nicht in vorbereitenden fachlichen Foren zu diskutieren. Eine übereilte Gesetzesänderung, bei der wesentliche Faktoren, beispielsweise die absehbare Gestaltung der Verordnung über die Mindestpersonalzahl, noch nicht vorliegen, sollte nicht erfolgen.

Darüber hinaus führt der Entwurf zur Erhöhung von Standards und zu erheblichen Mehraufwendungen für die Kliniken und Träger. Insofern ist es auch notwendig, dass die finanziellen Mehraufwendungen realitätsgerecht abgebildet werden.

Aus den genannten Gründen ist es dem Klinikverbund Hessen nicht möglich dem Gesetzentwurf zuzustimmen. In der jetzt vorliegenden Form lehnen wir ihn ab.

Mit freundlichen Grüßen



Arist Hartjes
Geschäftsführer

KV Hessen • Postfach 15 02 04 • 60062 Frankfurt/Main

Hessischer Landtag
Sozialpolitischer Ausschuss
Postfach 3240
65022 Wiesbaden

Geschäftsführer

Georg-Voigt-Straße 15 • 60325 Frankfurt
Postfach 15 02 04 • 60062 Frankfurt
Internet: www.kvhessen.de

Ansprechpartnerin: Michaela Vetten
Tel.: (0 69) 7 95 02-331 • Fax: (0 69) 7 95 02-662
E-Mail: michaela.vetten@kvhessen.de

Ihr Zeichen: I A 2.1
Ihre Nachricht vom: 27.06.2013
Unsere Zeichen: MV
Aktenzeichen: GF50/K/30/400

12. August 2013

Einladung zur mündlichen Anhörung zu dem Gesetzentwurf der Landesregierung für ein Gesetz zur Änderung des Hessischen Krankenhausgesetzes 2011 (HKHG 2011), Drucks. 18/7351 und dem Dringlichen Gesetzentwurf der Fraktion der SPD für ein Gesetz zur Verbesserung der Krankenhausversorgung und zur Anerkennung von Leistungen in der Pflege, Drucks. 18/7392

Sehr geehrter Herr Schlaf,
sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Gelegenheit, zu den oben genannten Gesetzentwürfen Stellung zu nehmen. Diese Möglichkeit nehmen wir gerne wahr.

1. Gesetzentwurf der Landesregierung

Die Änderungen und Neuregelungen betreffen im Wesentlichen die Krankenhausfinanzierung. Hierzu hat die Kassenärztliche Vereinigung Hessen keine Anmerkungen.

Wir möchten die Gelegenheit jedoch nutzen, Überlegungen zur Änderung des § 21 HKHG in das Gesetzgebungsverfahren einzubringen, die wir auch bereits in der Regierungsanhörung durch das Hessische Sozialministerium vorgetragen, die jedoch bisher leider keine Berücksichtigung gefunden haben. § 21 HKHG soll nach dem Gesetzesentwurf insoweit geändert werden als die Gesundheitskonferenzen nicht mehr über die Krankenhausbauprogramme beraten sollen, da es nach dem Entwurf keine Bauprogramme mehr gibt. Auch zu diesem Punkt hat die Kassenärztliche Vereinigung Hessen keine Anmerkungen. Wenn § 21 HKHG jedoch schon geändert werden soll, schlagen wir Änderungen bei der Zusammensetzung der Gesundheitskonferenzen vor.

Ausweislich der Begründung zum Hessischen Krankenhausgesetz 2011 sollte durch den Umbau der Krankenhauskonferenzen zu Gesundheitskonferenzen erreicht werden, dass diese die Struktur und Qualität der regionalen Versorgung insgesamt, über Sektorengrenzen hinweg, beobachten und die Netzwerkbildung unterstützen und moderieren. Patienten- und Ärztevertreter (Landesärztekammer und Kassenärztliche Vereinigung) sollten in die regionalen Gesund-

Geschäftsführer

GF50/K/30/400

12. August 2013
Seite 2 von 3

heitskonferenzen mit einbezogen werden. Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen hat die Einrichtung der Gesundheitskonferenzen im damaligen Gesetzgebungsverfahren mit ihrer Stellungnahme vom 27. Oktober 2010 ausdrücklich begrüßt. Gleichzeitig haben wir aber bereits damals hinterfragt, ob eine ausgewogene Vertretung aller an der ambulanten und der stationären Versorgung beteiligten „Parteien“ gegeben sei und zumindest eine differenzierende Regelung hinsichtlich der Zusammensetzung abhängig vom Entscheidungsthema angeregt. Unsere damaligen Anregungen wurden leider nicht berücksichtigt.

Während der Aufgabenbereich der Gesundheitskonferenzen auch die ambulante Versorgung berührt, sind die Vertreter der ambulanten Versorgungsstrukturen in den Gesundheitskonferenzen unterrepräsentiert. Den jeweils fünf Vertretern des Krankenhauswesens und der Krankenkassen steht lediglich ein Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung gegenüber. Die Gesundheitskonferenzen stellen u.E. lediglich eine Erweiterung der Krankenhauskonferenzen dar und wurden nur somit unter Beibehaltung der früheren „Sitzverteilung“ um einzelne Plätze für die weiteren Akteure im Gesundheitswesen ergänzt.

Die Gesundheitskonferenzen sollen sich, auch nach der Gesetzesbegründung zum HKHG 2011 mit der Struktur und Qualität der regionalen Versorgung insgesamt und sektorenübergreifend beschäftigen. Hierfür ist es u.E. unerlässlich, das Ungleichgewicht in der Stimmenverteilung und Besetzung der Gesundheitskonferenzen zu beseitigen.

Wir schlagen daher vor, die Zusammensetzung der Gesundheitskonferenzen im Rahmen des nun vorliegenden Gesetzesentwurfs wie folgt zu ändern: Die Vertreter der Krankenhäuser und der Krankenkassen entsenden wie bisher insgesamt jeweils fünf Vertreter. Die ambulanten Leistungserbringer erhalten ebenfalls fünf Sitze in der Gesundheitskonferenz. Die Vertreter der Leistungserbringer werden von der Kassenärztlichen Vereinigung benannt, wobei hier auch Vertreter von regionalen Ärztenetzen benannt werden können. Die weiteren „unabhängigen“ an Fragen des Gesundheitswesens Beteiligten wie Landkreise und Kommunen, die Landesärztekammer und die Patientenvertreter erhalten insgesamt ebenfalls fünf Sitze.

Durch diese veränderte Sitzverteilung wäre u.E. eine ausgewogene Vertretung der verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen gewährleistet, ein gleichberechtigtes Arbeiten möglich. Wir bitten Sie, diesen Vorschlag ernsthaft in die Überlegungen zur Änderung des Hessischen Krankenhausgesetzes einzubeziehen und auf diese Weise eine vertrauensvolle und konstruktive Arbeit der Gesundheitskonferenzen zu ermöglichen.

2. Gesetzesentwurf der SPD-Fraktion

Auch zum Gesetzesentwurf der SPD-Fraktion nehmen wir gerne Stellung. Der Gesetzesentwurf sieht eine Änderung von § 21 HKHG vor, die jedoch keine Verbesserung der Situation der Vertreter des ambulanten Sektors mit sich bringt. Vielmehr wird die ohnehin schon schwache Position des ambulanten Sektors noch weiter geschwächt, indem die Zahl der Vertreter der Krankenhausträger sowie der Hessischen Krankenhausgesellschaft auf insgesamt sieben sowie die Zahl der Krankenkassen im Versorgungsgebiet ebenfalls auf sieben erhöht wird. Diesen je-

Geschäftsführer

GF50/K/30/400

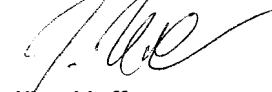
12. August 2013
Seite 3 von 3

weils sieben Vertretern steht nach dem Gesetzentwurf ein einzelner Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung gegenüber. Hinzu kommen ein Vertreter der Landesärztekammer, ein Vertreter der Patientenorganisationen sowie ein Vertreter der Landkreise und kreisfreien Städte sowie zusätzlich durch den Gesetzentwurf ein Vertreter der Landeskammer der psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und ein Vertreter des Landespflegerates.

Somit stehen sechs Einzelvertreter den jeweils sieben Vertreter starken Bänken der Krankenhäuser und der Krankenkassen gegenüber. Es ist somit selbst bei der Abstimmungsregelung, die eine einfache Mehrheit vorsieht, außerordentlich unwahrscheinlich, dass die Interessen des ambulanten Sektors auch nur mehrheitsfähig diskutiert werden.

Gegen den Gesetzentwurf der SPD-Fraktion hat die Kassenärztliche Vereinigung Hessen die gleichen Bedenken wie gegen den Regierungsentwurf. Auch hier regen wir an, über die Sitzverteilung nachzudenken und den ambulanten Sektor in den Gesundheitskonferenzen zu stärken anstatt ihn weiter zu schwächen.

Mit freundlichen Grüßen



Jörg Hoffmann
Geschäftsführer

**Deutscher
Gewerkschaftsbund**

Bezirk Hessen-Thüringen

Stellungnahme

**zum dringlichen Gesetzentwurf der Fraktion der SPD
für ein Gesetz zur Verbesserung der Krankenhaus-
versorgung und zur Anerkennung von Leistungen in
der Pflege (GVKALP – Drucksache 18/7392 –**

Frankfurt am Main, 12. August 2013



DGB-Bezirk
Hessen-Thüringen

Wilhelm-Leuschner-Str. 69-77
60329 Frankfurt/Main

Ansprechpartner:
Brigitte Baki

Telefon: 069 273005-32
Telefax: 069 273005-45
E-Mail: Brigitte.Baki@dgb.de

Der DGB Hessen-Thüringen begrüßt die Gesetzesinitiative der Fraktion der SPD. Die Ziele einer gesetzlichen Verankerung von Mindestpersonalzahlen, notwendiger Korrekturen bei der Korruptionsbekämpfung und erweiterter Mitwirkungsmöglichkeiten im Hessischen Krankenhausgesetz sowie im Gesetz über Betreuungs- und Pflegeleistungen findet die Unterstützung des DGB Hessen-Thüringen und seiner Gewerkschaften.

Zu Artikel 1

Nr. 2 (§ 1 Abs. 2 Satz 1)

Der Deutsche Gewerkschaftsbund hat sich schon immer für eine Optimierung der regionalen stationären Versorgung ausgesprochen. Die Vorhaltung einer „wohnnahen“ ausreichenden Anzahl von Krankenhäusern ist aus unserer Sicht allerdings begrifflich nicht konkret genug.

Uns ist es wichtig, für alle Bürger eine orts- und damit auch zeitnahe Notfallversorgung zu gewährleisten. Hierzu müssen im Rahmen der stationären Versorgung flächendeckend ein ortsnaher Zugriff auf Ambulanz, Innere Medizin, Notfall- bzw. Intensivmedizin, Geburtsstation und ähnliches sicher gestellt sein. Bei planbaren medizinischen Eingriffen ist unter qualitativen Aspekten eine stärkere Orientierung auf fachliche regionale Schwerpunktzentren und deren Spezialisierungen erforderlich und sinnvoll.

Die Fokussierung auf „notwendige“ Krankenhausleistungen halten wir ebenfalls für richtig und notwendig.

Nr. 5a (§ 6 Abs. 1)

Die Neufassung des § 6 Abs. 1 erachten wir als eine notwendige und sinnvolle Ergänzung.

Nr. 5d (§ 6 Abs. 7)

Die gesetzliche Verpflichtung zur Einrichtung von Ethikkommissionen konkretisiert bzw. erweitert die Arbeit der bisherigen Ethikbeauftragten und gibt verbindliche Rahmenbedingungen vor. Diese Ergänzung halten wir für notwendig.

Nr. 6 (§ 8)

Die Einführung einer bundesweiten gesetzlichen Regelung von Personalbemessung ist seit vielen Jahren eine zentrale gewerkschaftliche Forderung. Unsere Mitgliedsgewerkschaft ver.di vergleicht die Personalbemessung im Krankenhaus als eine Art „Black Box“. Vernünftige Bemessung muss ausreichend fachlich qualifiziertes Personal vorschreiben, gesunde Arbeitsbedingungen ermöglichen und den Schweregrad der Arbeiten berücksichtigen.

Zu den zentralen Aspekten bei der Diskussion um eine Mindestpersonalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser zählt die Patientensicherheit. Die Feststellung patientenbezogener Mindestpersonalzahlen könnte zu Beginn der neuen gesetzlichen Regelung eine Behelfslösung darstellen. Es ist uns auch bewusst, dass die Regelung von Mindestpersonalzahlen erweiterte Kenntnisse bzw. Kennzahlen hinsichtlich der Versorgungsbedarfe voraussetzt. Wahrscheinlich muss zur Sicherstellung einer solchen Datengrundlage noch ein geeignetes wissenschaftliches Verfahren entwickelt werden.

Die im Entwurf vorgeschlagenen Übergangszeiträume von bis zu drei Jahren erachten wir für viel zu lang und die Maßnahmen bei Verstößen gegen die Mindeststandards nicht für ausreichend.

Nr. 7 (§ 8a)

Der DGB Hessen-Thüringen begrüßt insbesondere die Vorgaben zur Erfassung der tatsächlichen Arbeitszeit durch die vorgeschriebene Einrichtung von automatisierten Zeiterfassungssystemen in Absatz 1. Auch wenn Personalfragen, Dienstplangestaltung, Überstundenregelungen etc. in erster Linie Sache der Personalabteilungen und Sozialpartner ist, muss an dieser Stelle dafür gesorgt werden, den tatsächlichen Arbeitsumfang der Beschäftigten in Krankenhäusern zu ermitteln.

Mit einer großangelegten Befragung hatte unsere Mitgliedsgewerkschaft ver.di im Februar 2013 den Personalnotstand in den deutschen Krankenhäusern erfasst und problematisiert. Danach fehlen 162.000 Vollzeitstellen bundesweit. Dieses enorme Defizit müssen die Beschäftigten in irgendeiner Weise – nicht selten auch zu Lasten der eigenen Gesundheit – ausgleichen bzw. Patienten auf eine ihnen zustehende Versor-

gung verzichten. Nicht zuletzt liegt auch die Vermutung nahe, dass gesetzliche Arbeitszeitregelungen systematisch umgangen werden.

Nr. 10 (§ 15 Abs. 5)

Wir begrüßen den neu eingefügten Absatz 5, wonach Krankenhäuser die Gleichstellung von Patientinnen und Patienten im Behandlungsprozess unabhängig von ihrem Versicherungsstatus zu gewährleisten haben.

Nr. 11 (§ 17 Abs. 2)

Die Maßgabe des Abs. 2 deckt sich mit unserer Forderung, dass bei der Aufstellung des Krankenhausplans Krankenhäuser Vorrang haben sollen, die eine umfassende Notfallversorgung sicher stellen. Auch die Berücksichtigung von Qualitätsindikatoren des G-BA, OPS-Kodes sowie Erkenntnisse aus der landes- und bundesbezogenen Qualitätssicherung bei der Krankenhausplanung befürworten wir ausdrücklich.

Zu Artikel 2**Nr. 2 (Streichung § 8)**

Mit der Aufhebung des § 8 sehen wir eine gewerkschaftliche Forderung erfüllt.

Nr. 4 (§ 9 Abs. 1)

Die Konkretisierung „Beschäftigte für betreuende Tätigkeiten“ des eingefügten § 9 wird befürwortet. Aus gewerkschaftlicher Sicht ist die Eingrenzung der Teilzeitmöglichkeiten auch eine geeignete Maßnahme, um unfreiwillige Teilzeit von mehrheitlich beschäftigten Frauen zu verhindern aber auch dem Fachkräftemangel zu begegnen.

Nr. 4 (§ 9 Abs. 3)

Die Verpflichtung, eine den Vorschlägen entsprechende Rechtsverordnung zu erlassen, erachten wir als angemessen.

**Deutscher
Gewerkschaftsbund**

Bezirk Hessen-Thüringen

Stellungnahme

zum Gesetz zur Änderung des Hessischen Krankenhausgesetzes 2011 (HKHG 2011) – Drucksache 18/7351

Frankfurt am Main, 12. August 2013

**Deutscher
Gewerkschaftsbund****Bezirk Hessen-Thüringen**

Der Deutsche Gewerkschaftsbund fordert regelmäßig dazu auf, dass die Länder ihre Verpflichtung zur Investitionskostenfinanzierung erfüllen sollen. Eine unzulängliche Investitionsförderung schwächt die Entwicklung der Krankenhausstrukturen nachhaltig und führt dazu, dass notwendige Modernisierungen ausbleiben.

Der regelmäßige Verweis der Landesregierung auf Hessens guten Förder-Benchmark-Wert kann nicht darüber hinweg täuschen, dass auch hier zu Lande ein erheblicher Investitionsstau herrscht.

2013 wurden im hessischen Krankenhausbauprogramm 120 Mio. Euro, also 20 Mio. Euro weniger als noch 2012 bewilligt. Der Antrags- und Förderbedarf liegt gemäß der Anmelde-Liste nach § 24 Abs. 2 HKHG 2011 vom 26.9.2012 in Hessen mittlerweile bei weit mehr als 700 Mio. Euro. Der GKV-Spitzenverband hat mit Recht darauf hingewiesen, dass die notwendigen Krankenhausinvestitionen zur Hälfte aus den Überschüssen der Fallpauschalen, die die Kassen an die Kliniken zahlen, finanziert werden. Es ist nicht richtig, dass die notwendigen Investitionen damit zwangsweise aus Beitragsgeldern der Versicherten finanziert werden.

Allein vor dem Hintergrund dieses Investitionsstaus fällt es schwer, zum geplanten Vorhaben der Landesregierung Position zu beziehen. Grundsätzlich befürwortet der DGB Hessen-Thüringen die Abkehr von der bisherigen Einzelförderung hin zur Pauschalförderung. Als Arbeitnehmervertreter interessiert uns allerdings zunächst, wie die Landesregierung zukünftig und generell die ausreichende Förderung der notwendigen Investitionsmaßnahmen sicher stellen will. Denn nur wenn diese Frage geklärt ist, kann unserer Meinung nach die Umstellung auf Pauschalförderung erfolgreich sein.



Hochschule Fulda • Postfach 2254 • D-36012 Fulda

Prof. Dr.
Klaus Stegmüller

Marquardstraße 35
D-36039 Fulda

Fulda, den 12. August 2013
Az.: -/ips

stegmueller@
hs-fulda.de

Schriftliche Stellungnahme im Rahmen der Anhörung zum

Sekretariat
0661 / 9640-600

- 1) **Gesetzentwurf der Landesregierung für ein Gesetz zur Änderung des Hessischen Krankenhausgesetzes, Drs. 18/7351**
- 2) **Dringlichen Gesetzentwurf der Fraktion der SPD für ein Gesetz zur Verbesserung der Krankenversorgung und zur Anerkennung von Leistungen in der Pflege (GVKALP), Drs. 18/7392**

Durchwahl
0661 / 9640-624

Telefax
0661 / 9640-649

zu 1)

Der Gesetzentwurf der Landesregierung sieht die Umstellung der Investitionsfinanzierung von der Einzelförderung auf eine Pauschalierung der Förderung vor; ab 2016 soll sowohl die bisherige Einzelförderung von Baumaßnahmen (mit wenigen Ausnahmen) als auch die bisherige Pauschalförderung für Medizintechnik (Großgeräte) sowie die Mietförderung von tagesklinischen Einrichtungen durch eine „einheitliche, leistungsorientierte Pauschale“ (Drs. 18/7351: 1) ersetzt werden.

Erstens trägt der Gesetzentwurf allein durch die Umstellung des Finanzierungsmodus der auch in Hessen wie in nahezu allen Bundesländern vorherrschenden grundsätzlichen Problematik eines langjährigen Investitionsstaus in den Krankenhäusern keineswegs Rechnung. Seit Jahren reduzieren die Bundesländer ihre Fördermittel kontinuierlich und werden damit ihrem Auftrag der öffentlichen Daseinsfürsorge in diesem Versorgungsbereich in nur unzureichendem Maße gerecht. So sank deutschlandweit der Anteil der KHG-Fördermittel am Bruttoinlandsprodukt von 0,24% in 1991 auf 0,11% im Jahr 2010 (DKG 2012: 66; Datenbasis: Umfrage der Arbeitsgruppe für Krankenhauswesen der AOLG). Das Bundesland Hessen liegt zwar für das Jahr 2010 mit rund 8.800 € KHG-Mittel pro Bett im Ländervergleich an dritter Stelle – und damit über dem Bundesdurchschnitt von rund 5.400 € –, es nimmt allerdings bei der Aufsummierung der KHG-Mittel je Bett für den Zeitraum von 1991 bis 2011 lediglich einen unter dem Bundesdurchschnitt liegenden 9. Rang ein. (DKG 2012: 70) Folge der auch hierzulande chronischen Investitionsmittelunterdeckung ist, dass die Krankenhäuser zwingend notwendige Investitionen zum Teil über Einsparungen aus den laufenden Kosten vorzunehmen gezwungen sind; Mittel wiederum, die dann für die Patientenversorgung bzw. eine angemessene personelle Ausstattung fehlen.

Die Absicht der Landesregierung, die Investitionslücken perspektivisch schließen zu wollen, ist hingegen im vorliegenden Gesetzentwurf nicht erkennbar.

Zweitens vergibt sich die Landesregierung mit der beabsichtigten nahezu vollständigen Pauschalierung der KHG-Fördermittel die Möglichkeit, mithilfe des Instruments der individuellen Investitionsförderung auch und gerade bei den Baumaßnahmen eine am regionalen Bedarf und den räumlichen Besonderheiten orientierte Krankenhausplanung vornehmen und durchsetzen zu können. Eine weitgehend pauschalierte Förderung bedeutet einen weiteren Schritt in Richtung der Verabschiedung von der Daseinsfürsorge der Bundesländer, die sich unter anderem auch im Anspruch





auf eine Gestaltungskompetenz für den Krankenhaussektor begründet und die die zur Versorgung der Bevölkerung notwendigen Kapazitäten zur Grundlage der Krankenhausplanung macht. Diese Entwicklung in Richtung einer Preisgabe des öffentlichen Gestaltungswillens ist auch infolge der unzureichenden Investitionsmittelausstattung der Krankenhäuser und einer Reihe anderer krankenhauspoltischer Entwicklungen (Vereinheitlichung des Leistungsrechts für ambulante und stationäre Leistungserbringung, Aufhebung des Selbstkostendeckungsprinzips u.a.m.) bereits seit Jahren angelegt und erfährt mit diesem Gesetzentwurf ihre Fortsetzung.

Eine gegentendenzielle Krankenhausförderung müsste vielmehr eine an dem Versorgungsbedarf der Bevölkerung orientierte Verzahnung von stationären und ambulanten Versorgungsstrukturen und koordinative Abstimmung der Versorgungsangebote befördern. Entsprechend wäre eine durch die öffentliche Hand verantwortete, sektorübergreifende und bedarfsorientierte Versorgungsplanung notwendig, die das Instrument einer durch das Land getragenen, im Wesentlichen kapazitätsbezogenen Investitionsfinanzierung im stationären Sektor eng mit der Krankenhausplanung verbindet, neue kooperative Versorgungsformen initiiert und die Investitionsförderung mit der Einhaltung von Qualitätskriterien der Leistungserbringung und Patientenversorgung verknüpft.

Der vorliegende Gesetzentwurf der Landesregierung wird gemessen an den genannten Herausforderungen weder im Bereich der bis dato quantitativ und qualitativ unzureichenden Krankenhausförderung noch im Bereich der bedarfsadäquaten Versorgungssteuerung diesem Anspruch gerecht; vielmehr erweist er sich mit Blick auf die Lösung der skizzierten Problemlagen nicht nur als untauglich, sondern als eher hinderlich.

zu 2)

Der Gesetzentwurf der Fraktion der SPD sieht u.a. vor, zur Sicherung einer qualitativ guten Patientenversorgung in den Krankenhäusern Hessens eine durch Rechtsverordnung der Landesregierung zu etablierendes System patientenbezogener Mindestpersonalzahlen einzuführen. Im Folgenden wird ausschließlich auf diesen Aspekt des Gesetzentwurfs einzugehen sein. Die im Entwurf ebenfalls vorgesehenen (Neu-)Regelungen zu Fragen des Arbeitsschutzes, der Zusammensetzung der Ethikkommissionen, der Korruptionsbekämpfung sowie der Regularien für Beschäftigte in betreuenden Tätigkeiten im HPBG finden uneingeschränkt Zustimmung.

Die Situation im Bereich der personellen Ausstattung des Pflegebereichs an deutschen Krankenhäusern ist gekennzeichnet durch einen insgesamt langanhaltenden und deutlichen Abbau von Pflegekräften (Simon 2012) – so auch in Hessen. Nach der Krankenhausstatistik hat sich allein in den Jahren zwischen 2001 und 2011 in den hessischen Krankenhäusern die Zahl der Vollkräfte im Pflegedienst um rund 1.450 verringert; dies entspricht einem Rückgang von etwa 7%. Hingegen nahm hierzulande die Zahl der Krankenhaufälle im genannten Zeitraum mit einem Plus von rund ebenfalls 7% deutlich zu bei einer gleichzeitigen Verweildauerverkürzung von 1,5 Tagen (-16%). Entsprechend mussten deutlich mehr Patienten, deren Erkrankungsschwere zudem unter anderem durch die Zunahme älterer und oft multimorbider Patienten zugenommen hat, mit deutlich weniger Pflegepersonal versorgt und betreut werden, was zu einem enormen Anstieg der Dichte der zu erbringenden Pflegearbeit führte. Darüber hinaus muss für die Bewertung des Pflegepersonalabbaus und des aktuellen Pflegekräftepotenzials die Veränderungen der Zusammensetzung der Pflegekräfte, d.h. die Zunahme von Pflegehelfern und vor allem von Teilzeitkräften (ihr Anteil an allen examinierten Pflegekräften bewegt sich mit zunehmender Tendenz zwischen 40% und 50%) berücksichtigt werden (Simon 2012).

Vor dem Hintergrund dieser Entwicklung kann nicht überraschen, dass sämtliche empirische Studien der letzten Jahre, in denen Wahrnehmungen und Erfahrungen von Patienten, Pflegekräften, Krankenhausärzten und Krankenhausleitungen zur Qualität der Arbeitsbedingungen und der patientenbezogenen Outcomes erhoben wurden (vgl. Isfort et al. 2010; Zander/Busse 2011; von Eiff et



al. 2011; Braun et al. 2011), eine Reihe von unerwünschten qualitativen Auswirkungen (z.B. Vernachlässigung der psychosozialen Versorgung oder der Entlassungsgespräche u.a.m.) in bundesdeutschen Krankenhäusern identifiziert haben.

An der Grundproblematik, dass die im internationalen Vergleich relativ hohe Anzahl von dazu noch aufwändigen zu pflegenden Patienten pro Pflegekraft in bundesdeutschen und damit auch in hessischen Krankenhäusern seit Jahren eher noch zunahm, haben in der Vergangenheit weder vereinzelte Maßnahmen (Pflegestellenförderprogramm; Zusatzfinanzierung für hochaufwändige Pflege) zu ändern vermocht, noch ist für die Zukunft davon auszugehen, dass auf dem Verhandlungsweg zwischen den maßgeblichen Akteuren im Krankenhausbereich eine Verbesserung der Personalausstattung im Pflegebereich zu erreichen sein wird.

Die vielschichtigen Ergebnisse des internationalen Forschungsstands zur Bedeutung der personellen Ausstattung im Pflegebereich und patientenbezogenen Outcomes an Krankenhäusern, die jüngst in einem Review im Rahmen eines noch unveröffentlichten „Gutachtens zur Situation der Pflege in hessischen Akutkrankenhäusern“ im Auftrag des Hessischen Sozialministeriums an der Universität Bremen und der Hochschule Fulda zusammengetragen wurden (Braun et al. 2013), lassen sich dahingehend zusammenfassen, dass

- ∞ ein positiver Zusammenhang zwischen dem Staffing (Personalausstattung) und Patientenoutcomes, beispielsweise Mortalität, Stürze, Infektionen, Medikationsfehler, Dekubitus beschrieben wird (IQWiG 2006, Kane et al. 2007, Mitchell et al. 2009, Rafferty et al. 2006),
- ∞ ein Verhältnis von weniger als 3,5 Patient/innen pro Pflegekraft auf chirurgischen Abteilungen pro Schicht mit der größten Risikoreduktion verbunden sind und jede zusätzliche Vollzeitkraft („registered nurse“) pro Pfl egetag im Zusammenhang steht mit einer relativen Risikoreduktion der stationären Mortalität von 16% bei chirurgischen Patient/innen (Kane et al. (2007),
- ∞ dass mit der patient-nurse ratio auch die Mortalitätsrate ansteigt und dass im Vergleich von Krankenhäusern diejenigen mit der höchsten Patientenzahl pro Pflegekraft um bis zu 26% höhere Mortalitätsraten aufweisen (Rafferty et al. 2006).

Auch wenn derzeit keine publizierten deutschen Daten zum Zusammenhang von Personalzusammensetzung und Ergebnisqualität vorliegen – die im Review berücksichtigten Studien kommen in der Mehrzahl aus dem angloamerikanischen Raum –, so wird dieser Zusammenhang jedoch vielfach bestätigt.

Zugleich weist die internationale Forschungslage allerdings auch aus, dass

- ∞ eine alleinige Fokussierung auf rein quantitative Parameter der Personalausstattung nicht unmittelbar zu einer Verbesserung weder der Arbeitsbedingungen für die Pflege noch der patientenseitigen Ergebnisparameter führt,
- ∞ insbesondere durch die Kombination einer ausreichenden qualitativen (z.B. ein bestimmter Skill-Mix) und quantitativer Personalausstattung mit sogenannten Umgebungsfaktoren (kollegiale Zusammenarbeit mit Ärzt/innen; hohe Führungskompetenz seitens des Managements, Wertschätzung der Pflege u.a.m.) eine Verbesserung des Patientenoutcomes erreicht werden kann (Aiken et al. 2008),
- ∞ die Verringerung der Arbeitslast durch die Abnahme eines Patienten pro Pflegekraft in Krankenhäusern mit schlechten Arbeitsbedingungen zu keiner Verbesserung bei patientenbezogenen Risiken führt (Aiken et al. 2011).

Diese grundlegenden Erkenntnisse der internationalen Studienlage spiegeln sich auch in der bereits erwähnten, noch unveröffentlichten „hessischen Studie“ (Braun et al. 2013) wider. Es wird auch hier bestätigt, dass zahlreiche patientenbezogene Outcomes nicht durch einen einzigen, sondern durch die Kombination mehrerer quantitativer und qualitativer Faktoren beeinflusst wer-



den. Von den in multivariaten Analysen hinsichtlich ihres Einflusses und ihrer Wirkstärke untersuchten Parameter spielen neben der Anzahl der Pflegepersonen selbst die Faktoren gute Arbeitsbedingungen und das Arbeiten in Form „guter Pflege“ (Bezugspflege; qualitativ angereicherte Pflegetätigkeiten), die wahrgenommene Führungskompetenz von Vorgesetzten, die Anzahl aufwändiger Patient/innen und die Existenz „nicht kompensierbarer Arbeitsspitzen“ u.a.m. eine ebenso wirkungsmächtige Rolle.

In anderen Worten stellen nach aktueller Forschungslage Mindestpersonalzahlen zwar eine zentrale und ebenso notwendige Bedingung für die Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der patientenbezogenen Prozess- und Ergebnisqualitäten der Versorgung im Krankenhaus dar, allerdings keine hinreichende. Im Zusammenhang mit der Festlegung von Mindestanzahlen von Pflegepersonal sollten auch die sogenannten „Umgebungsfaktoren“ bzw. qualitativen Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte mit in den Blick genommen werden.

Insofern ist die mit dem dringlichen Gesetzentwurf verfolgte Initiative für die Etablierung von patientenbezogenen Mindestpersonalzahlen grundsätzlich zu begrüßen. Diese Bewertung gilt auch vorbehaltlich einer wünschenswerten bundesweiten bzw. bundeseinheitlichen Regelung. Von einer auf das Land Hessen beschränkten Einführung kann jedoch eine Initiativfunktion ausgehen, die eine positive Sogwirkung auf andere Bundesländer und/oder eine bundesunmittelbare Regelung ausübt.

- Aiken LH, Cimiotti JP, Sloane DM, Smith HL, Flynn L, Neff DF (2011): Effects of Nurse Staffing and Nurse Education on Patient Deaths in Hospitals With Different Nurse Work Environments. *Medical Care* 2008 49 (12): 1047-1053.
- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Lake ET, Cheney T (2008): Effects of Hospital Care Environment on Patient Mortality and Nurse Outcomes. In: *J Nurs Adm.* 2008 38 (5): 223-229.
- Braun B, Buhr P, Klink S, Müller R, Rosenbrock R (2010): Pauschalpatienten, Kurzlieger und Draufzahler – Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. Bern: Huber.
- Braun B, Darmann-Finck I, Stegmüller K, Greiner A, Siepmann M (2013): Gutachten zur Situation der Pflege in hessischen Akutkrankenhäusern. Wiesbaden (unveröffentlicht - voraussichtliches Erscheinen im Sept. 2013)
- DKG (2012): Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern – Stand: Juli 2012.
www.dkgev.de/dkg.php/cat/159/aid/9644/title/Bestandsaufnahme_zur_Krankenhausplanung_und_Investitionsfinanzierung_in_den_Bundeslaendern (Abruf 12.8.2013)
- Eiff v W, Niehues C, Schüring S (2011): REDIA: Auswirkungen der DRG-Einführung auf die medizinische Rehabilitation. Ergebnisse einer prospektiven und medizin-ökonomischen Langzeitstudie 2003 bis 2011. Münster. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (2006): Zusammenhang zwischen Pflegekapazität und Ergebnisqualität in der stationären Versorgung – Eine systematische Übersicht. IQWiG-Berichte 2006, Nr. 11, Köln.
- Isfort, M et al. (2010): Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus. Herausgegeben von: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln.
- Kane RL et al. (2007): Nurse Staffing and Quality of Patient Care. Prepared for: Agency for Healthcare Research and Quality U.S. Department of Health and Human Services. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)*. 2007 Mar (151): 1-115.
- Mitchell PH, Mount JK (2009): Nurse Staffing – A Summary of Research, Opinion and Policy. The Dr. William Ruckelshaus Center, University of Washington.
www.ruckelshauscenter.wsu.edu/projects/documents/NurseStaffingfinal.pdf (Abruf: 12.8.2013)
- Rafferty AM, Clarke SP, Coles J, Ball J, James P, McKee M, Aiken LH (2006): Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: Cross-sectional analysis of survey data and discharge records. In: *International Journal of Nursing Studies*, 44 (2): 175-182.
- Simon M (2012): Beschäftigte und Beschäftigtenstrukturen in Pflegeberufen. Eine Analyse der Jahre 1999 bis 2009. Studie für den Deutschen Pflegerat. Hannover. Abrufbar unter: www.deutscher-pflegerat.de
- Zander B, Busse R (2011): Hat die Arbeitssituation einen Effekt auf Pflege- und Patientenergebnisse? In: *Die Schwester Der Pfleger*, 50 (6): 580-582.

An den
**Sozialpolitischen Ausschuss
des Hessischen Landtags
z. Hd. Herrn Geschäftsführer Jürgen Schlaf**
**Schlossplatz 1-3
65183 Wiesbaden**
per Mail: j.schlaf@ltg.hessen.de

Vorstandsvorsitzender
Thomas Domnick

Geschäftsführer
Hubert Connemann

Graupfortstraße 5
65549 Limburg a.d. Lahn
Telefon +49 6431 997 150
Telefax +49 6431 997 152
Mobil +49 170 8551925
E-Mail: hubert.connemann@dicv-limburg.de

12. August 2013

Anhörung zu

1. dem Gesetzentwurf der Landesregierung für ein Gesetz zur Änderung des Hessischen Krankenhausgesetzes 2011 (HKHG 2011), Drucks. 18/7351
2. dem Dringlichen Gesetzentwurf der Fraktion der SPD für ein Gesetz zur Verbesserung der Krankenhausversorgung und zur Anerkennung von Leistungen in der Pflege (GVKALP), Drucks. 18/7392

hier: Stellungnahme zu den Gesetzentwürfen im Rahmen des Anhörungsverfahrens

Bezug: Ihr Schreiben vom 27.06.2013, AZ: I A 2.1; unsere E-Mail vom 03.07.2013

Sehr geehrter Herr Schlaf,
sehr geehrte Damen und Herren,

wir beziehen uns auf unsere E-Mail vom 3. Juli 2013, in dem wir Ihnen mitgeteilt hatten, dass die Arbeitsgemeinschaft katholischer Krankenhäuser in Hessen (AkKH) als Gliederung der Hessen-Caritas (HC) in ihrer Eigenschaft als Beteiligte nach § 7 Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) an der Anhörung zu den o.g. Gesetzgebungsverfahren teilnehmen und dabei durch ihren Vorstandsvorsitzenden, Herrn Diözesancaritasdirektor Thomas Domnick, sowie durch den Unterzeichner vertreten wird. Wie von Ihnen gewünscht und von uns zugesagt, nehmen wir zu beiden Gesetzentwürfen schriftlich Stellung.

Wir schließen uns den Stellungnahmen der Hessischen Krankenhausgesellschaft (HKG) vom 25. Juli 2013 gegenüber dem SPA sowie vom 3. Juni 2013 gegenüber dem HSM an.

Die AkKH begrüßt die Umstellung der Investitionsförderung auf ein vollpauschaliertes Finanzierungssystem. Dies erhöht und beschleunigt die Möglichkeiten unternehmerischer Entscheidungen und beendet vor allen Dingen für viele Maßnahmen das langwierige Antrags- und Genehmigungsverfahren.

Auch wenn das Land Hessen im Vergleich zu anderen Bundesländern das Krankenhausfördermittelvolumen in den letzten Jahren anerkennenderweise nahezu konstant gehalten hat, ist zu beachten, dass mit der Pauschalförderung der nachweislich vorhandene Investitionsstau in den hessischen Krankenhäusern nicht behoben wird.

Wird die Förderung der Länder in den letzten 20 Jahren (Zeitraum der durchschnittlichen Nutzungsdauer von Anlagegütern) verglichen, so liegt Hessen unter dem Durchschnitt aller Bundesländer, aber auch unter dem Durchschnitt der alten Bundesländer. Der

Investitionsstau ist damit in Hessen überdurchschnittlich hoch. Da die hessischen Krankenhäuser nach der Umstellung ihre Investitionsmaßnahmen voraussichtlich verstärkt mit Fremdmitteln vorfinanzieren müssen, werden zukünftig die dafür anfallenden Zinslasten aus dem Fördermittelvolumen zu Lasten der eigentlichen Investition bedient werden müssen. Dies bedeutet, dass die für Investitionen verfügbaren Mittel faktisch sogar verringert werden.

Die KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft geht von einem „Bettenneuwert“ (Neubaukosten pro Krankenhausbett) von 214.000 € und einer Abschreibungsquote von 4,7% aus. Damit ergibt sich bei ca. 36.000 aufgestellten Betten in Hessen (Landesstatistik 2011) ein aktueller jährlicher Investitionsbedarf von rd. 362 Mio. €, der damit zwischen 100 und 150 Mio. € über dem derzeitigen Fördervolumen in Hessen liegt. Die Folge dieser Finanzmittellücke ist eine massive Überalterung der Substanz.

Die Krankenhausinvestitionsförderung in Hessen erfüllt definitiv nicht den gesetzlichen Anspruch der Krankenhäuser nach § 4 lfd. Nr. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG), wonach Krankenhäuser zur wirtschaftlichen Sicherung Anspruch auf ausreichende Fördermittel haben. Vor dem Hintergrund der voranstehend dargestellten Sachverhalte ist deshalb aus Sicht der katholischen Krankenhausträger eine generelle Aufstockung des Fördermittelvolumens im Rahmen der beabsichtigten Gesetzesänderung zwingend vorzusehen.

Die AkKH begrüßt, dass das Land Hessen im Jahr 2015 in Form eines Sonderprogramms 120 Mio. € zur Tilgung von Darlehen zur Verfügung stellen will, die zur strukturellen Weiterentwicklung der Krankenhäuser dringend erforderlich sind. Damit wird die Bedeutung der Investitionsförderung und der dualen Krankenhausfinanzierung nachhaltig unterstrichen. Wir halten indes eine generelle Erhöhung der Fördermittel in dieser Größenordnung – auch für den Zeitraum ab 2016 – für unverzichtbar, damit auch die Krankenhäuser in katholischer Trägerschaft zukunftssicher investieren können.

Im Rahmen einer allgemeinen Bewertung des Dringlichen Gesetzentwurfs (GVKALP) der SPD-Fraktion möchten wir unter grundsätzlichen Aspekten voranstellen, dass mit diesem ein Großteil der Deregulierung des Krankenhausbereichs wieder zurückgenommen werden soll, der mit dem im Grunde noch jungen HKHG 2011 geschaffen wurde.

Hierzu zählen insbesondere die Festlegung von Mindestpersonalzahlen, zusätzliche berufsqualifikationsspezifische Beteiligungsvorschriften sowie strukturelle und organisatorische Vorgaben für das Krankenhaus. Gemeinsam sind solchen Regelungen, dass sie in die Organisationshoheit des Krankenhauses eingreifen und damit krankenhausesindividuelle unternehmerische Entscheidungen beeinflussen oder gar behindern.

Auch die mit dem HKHG 2011 aus guten Gründen aufgegebene Bettenplanung soll offensichtlich ebenso wieder eingeführt werden, wie es wieder regionalen Planungskonzepte und sogar Krankenhauskonferenzen geben soll.

Wir merken an, dass das HKHG 2011 unter breiter Mitwirkung der an der Gesundheitsversorgung Beteiligten mit großem Konsens entwickelt wurde und in seiner in Kraft getretenen Fassung auf hohe Akzeptanz stößt. Dies keineswegs nur auf der Krankenseite, sondern wohlgernekt bei allen Beteiligten. Entsprechend gut hat sich aus unserer Sicht das HKHG 2011 bislang auch bewährt. Insgesamt sehen wir in vielen Regelungen des Gesetzentwurfs der SPD-Fraktion eher einen Rückschritt, denn einen Fortschritt.

Die mit dem Gesetzentwurf im Artikel 1 Nr. 6 vorgeschlagene Neufassung des § 8 HKHG 2011 (Qualitätssicherung) stellt insbesondere auf die Einführung von Mindestpersonalzahlen

ab. Unter den Gesichtspunkten der Qualitätssicherung sind vor allem Maßnahmen zur Verbesserung der Ergebnisqualität vorrangig vor Regelungen zur Strukturqualität erforderlich. Offensichtlich wird von den Autoren des Gesetzentwurfs krankenhausbegleitende Leistungs- und Ergebnisqualität aber ausschließlich als Folge quantitativer Personalausstattung verstanden. Dass dies kausal so einfach nicht gesehen werden kann, hat insbesondere das kürzlich vorgestellte „Gutachten zur Situation der pflegerischen Versorgung in hessischen Krankenhäusern“ belegt. Der Personalbedarf eines Krankenhauses ist von einer Vielzahl krankenhausespezifischer Merkmale abhängig und Personalzahlen als solche beeinflussen allein auf keinen Fall die Prozesse und die Ergebnisqualität.

Völlig unbeantwortet bleibt indes die Frage, wie die gewünschten Personalstandards künftig finanziert werden sollen. Eine Antwort hierauf kann ein Landesgesetz aber praktisch nicht geben, da die Krankenhausvergütung auf Bundesebene geregelt wird. Insofern besteht die Gefahr, dass der Landesgesetzgeber Strukturvorgaben trifft, die zu Mehrkosten führen, deren Refinanzierung er letztlich jedoch nicht sicherstellen kann.

Wir möchten in diesem Kontext auch auf ein Urteil des Hessischen Staatsgerichtshofs vom 6. Juni 2012 verweisen, dem zu Folge die Erhöhung von Personalschlüsseln in Kindertagesstätten qua Verordnung unzulässig ist, sofern eine Gegenfinanzierung der dadurch entstehenden Mehrkosten nicht erfolgt (Konnexitätsprinzip). Wir halten den Tenor dieses Urteils grundsätzlich auch auf den hier zu Debatte stehenden Sachverhalt übertragbar und empfehlen, diesen Aspekt entsprechend zu prüfen und in die weitere politische Entscheidungsfindung mit ein zu beziehen.

Die in Artikel 1 Nr. 11 vorgeschlagene Neufassung des § 17 Abs. 2 HKHG 2011 soll regeln, dass bei der Aufstellung des Krankenhausplans auch Qualitätsindikatoren berücksichtigt werden. Konkretisierend werden hier u.a. Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) sowie andere Strukturvorgaben genannt. Insbesondere bei den Richtlinien des GBA handelt es sich um Normen, die sowieso berücksichtigt werden müssen.

In diesem Kontext ist anzumerken, dass der Einfluss von Bundesnormen auf die Krankenhausplanung auch landes- und regionspolitisch sehr kontrovers bewertet, mancherorts sogar sehr beklagt wird. So wird insbesondere die Gefahr gesehen, dass gerade solche Normen in die Landesplanung eingreifen und damit dem Landesgesetzgeber den Gestaltungsspielraum für die Krankenhausversorgung im Land nehmen.

Gerne stehen wir Ihnen jederzeit für Rückfragen oder ergänzende Erläuterung zu unserer Stellungnahme in schriftlicher oder mündlicher Form zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Hubert Connemann
Geschäftsführer

verein
demokratischer
ärztinnen und
ärzte



vdää Geschäftsstelle • Kantstr. 10 • 63477 Maintal

Hessischer Landtag
Postfach 3240

65022 Wiesbaden

Vorsitzender Prof. Dr. Wulf Dietrich
Geschäftsstelle Dr. Nadja Rakowitz

Kantstr. 10 • 63477 Maintal

Telefon 06181 – 432 348

Mobil 0172 – 185 8023

Fax 06181 – 49 19 35

Email info@vdaee.de

Homepage www.vdaee.de

Maintal, 11. August 2013

Anhörung zu dem Gesetzentwurf der Landesregierung für ein Gesetz zur Änderung des Hessischen Krankenhausgesetzes 2011 (HKHG 2011), Drucks. 18/7351 und dem Dringlichkeitsantrag der Fraktion der SPD für ein Gesetz zur Verbesserung der Krankenhausversorgung und zur Anerkennung von Leistungen in der Pflege, Drucks. 18/7392

Sehr geehrte Damen und Herren,

zu den beiden vorgelegten Entwürfen nehmen wir wie folgt Stellung:

In dem **Gesetzentwurf der Landesregierung** wird vorgeschlagen, dass von der Förderung bei größeren Baumaßnahmen im Wege der Einzelförderung abgerückt werden soll und auf eine Pauschalierung der Förderung von Baumaßvorhaben gewechselt werden soll.

Aus unserer Sicht ist es Aufgabe einer Landesregierung, entsprechend dem Versorgungsbedarf Krankenhausbau dort zu fördern, wo dies für die Versorgung der Bevölkerung erforderlich ist. Die Landesregierung, die für die Bereitstellung der notwendigen Krankenhäuser zuständig ist, hat für die finanziellen Ressourcen zu sorgen, dass die notwendigen Baumaßnahmen (Instandhaltungs-, Neu- und Umbaumaßnahmen) finanziert werden, um die für die stationäre Versorgung der Patienten im Krankenhausbedarfsplan als notwendig erachteten Krankenhäuser aufrecht erhalten zu können. Sollte die Pauschalierung eingeführt werden, so sehen wir die Gefahr, dass bereits gut ausgestattete Krankenhäuser bevorzugt dastehen und Krankenhäuser, bei denen seit Jahren ein Investitionsstau besteht, noch mehr benachteiligt werden, was zu einer weiteren Verschlechterung der Versorgung der Patienten in diesen

Krankenhäusern führen kann. Wir sehen weiterhin die Gefahr, dass dann in diesen Krankenhäusern aus den Einnahmen der Entgelte durch die DRGs Gelder abgeschöpft werden, die für den laufenden Betrieb der Kliniken gedacht sind. Werden aus diesen Geldern, wie derzeit häufig auch schon üblich, Gelder abgeschöpft, so führt das unweigerlich zu weiterem Personalabbau.

Im **§23** wird zwar dargelegt, nach welchen Regeln über die DRGs diese Pauschalförderung erfolgen soll. Außerdem sollen bei Krankenhäusern, die an der Notfallversorgung teilnehmen, die Summe der Investitionsrelationen um 15 Prozent erhöht werden. Aus dem Entwurf geht aber überhaupt nicht hervor, in welcher Form die Teilnahme an der Notfallversorgung erfolgen muss, um diese Erhöhung zu erhalten.

Im **§26** wird für die Stilllegung von Krankenhausbetten eine Stilllegungsprämie angeboten. Grundsätzlich sollten nicht notwendige Krankenhausbetten stillgelegt werden. Wir sehen aber die Gefahr, dass in Gegenden, wo die stationäre Versorgung nicht lukrativ ist, Krankenhausbetten auf Grund dieses Anreizes stillgelegt werden, obwohl sie für eine ortsnahe Versorgung der Bevölkerung notwendig wären. Als Alternative fordern wir daher entsprechend dem Bedarf einen den Anforderungen entsprechenden Krankenhausbedarfsplan.

Diese Änderungen werden auf Grund der dargelegten Argumente vom VDÄÄ abgelehnt.

Der **dringliche Gesetzentwurf der Fraktion der SPD** für ein Gesetz zur Verbesserung der Krankenhausversorgung und zur Anerkennung von Leistungen der Pflege (GVKALP) fordert Mindestpersonalzahlen, einen Bezug zum Arbeitsschutz, Fragen der Ethikkommission sowie die angemessene Berücksichtigung von Pflegeorganisation, Vertretungen der Patientinnen und Patienten sowie der PsychotherapeutInnen.

In **§8 (2) Pkt1.** werden patientenbezogene Mindestpersonalzahlen gefordert, die nach Berufsgruppen und Qualifikation sowie Fallschwere und Stationsart differenziert werden, dies insbesondere für Intensivstationen. Dies wird vom vdäa nachdrücklich unterstützt.

In **Pkt. 2** wird ein Verfahren zur Berechnung des von einem Krankenhaus vorzuhaltenden Personals gefordert. Dass diese Zahlen transparent öffentlich werden müssen, ist folgerichtig. Bei der Berechnung der Anhaltszahlen sind aus unserer Sicht

neben den Fachgesellschaften die in den Krankenhäusern vertretenen Gewerkschaften wie ver.di und Marburger Bund zu beteiligen. Können die Zahlen nicht erfüllt werden, so ist mit dem zuständigen Ministerium unter Einbeziehung der Klinikträger und den Personalvertretungen zu klären, wie die Unterschreitung der Anhaltszahlen behoben werden kann und ob eventuell Sanktionen gegen den Träger eingeleitet werden müssen, wie im Gesetzentwurf vorgeschlagen. Es muss aber dabei sichergestellt werden, dass keine Versorgungsengpässe in Kauf genommen werden.

In **§8a** wird die Dokumentation der tatsächlichen Arbeitszeit gefordert, wie dies in den gültigen Tarifverträgen schon geregelt ist, aber immer noch nicht überall umgesetzt ist, insbesondere nicht in den Universitätskliniken.

In **§15** wird gefordert, dass 25% von den Erlösen aus der wahlärztlichen Leistung in einen Mitarbeiterfonds abgeführt werden. Wichtig ist bei der Verteilung, dass die betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mitwirken müssen. Dass im Gesetzentwurf extra formuliert wird, dass die Gleichstellung von Patientinnen und Patienten im Behandlungsprozess unabhängig vom Versicherungsstatus erfolgen muss, wird vom vdää als selbstverständlich angesehen und daher nachdrücklich unterstützt.

Die im **§17 Abs. 2** aufgestellte Forderung, dass bei der Aufstellung des Krankenhausplans und seiner Einzelfestlegungen Krankenhäuser Vorrang erhalten, die eine umfassende und ununterbrochene Vorhaltung von Leistungen der Notfallversorgung sicherstellen, wird vom vdää ausdrücklich begrüßt.

Im **§18 neue Absatz 2** wird gefordert, dass in Krankenhauskonferenzen regionale Planungskonzepte vorgeschlagen werden. Damit kann der Anspruch auf ortsnahe stationäre Versorgung aus unserer Sicht erfüllt werden.

Dass der Landespflegerat, die Länderkammer für psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychiater sowie Vertreter aus Patientenorganisationen im § 20 aufgenommen werden, wird von uns ebenfalls positiv gesehen.

Dies die Stellungnahmen des VDÄÄ.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. G. Schwarzkopf-Steinhauser
Stellv. Vorsitzender

NotRuf 113
c/o Micha Brandt
Steinweg 2 ½
35037 Marburg

Stellungnahme von NotRuf 113

zum Gesetzentwurf der Landesregierung
für ein Gesetz zur Änderung des Hessischen Krankenhausgesetzes 2011 (HKHG 2011)
(Drucksache 18/7351)

Mit der Pauschalierung der Krankenhaus-Investitionen gibt das Land Hessen einen Teil seiner Verantwortung für das Krankenhauswesen auf. Es verzichtet auf Gestaltungsmöglichkeiten und verlagert sie auf die Krankenhäuser, insbesondere auf die Krankenhaus-Verbünde. Diesen verschafft es gegenüber einzeln stehenden Häusern einen Wettbewerbsvorteil. Auch die Verbünde stehen aber gegeneinander im Wettbewerb. Sie können ihre neue Verantwortung zur Verbesserung der Versorgung nutzen, sie können sich aber auch auf die nur betriebswirtschaftliche Logik beschränken, die ihnen das bestehende Vergütungssystem der DRGs vorgibt. Im besten Fall würden sie also einzeln stehende Häuser auf sinnvolle Weise in die Versorgung integrieren. Im schlechtesten Fall würden sie lediglich durch Kostensenkung die eigene betriebswirtschaftliche Effizienz steigern, ohne dass ein direkter Nutzen für die Bevölkerung entsteht.

Es stellt sich uns außerdem die Frage, ob das UKGM über die Pauschalierung Subventionen erhalten kann, auf die die Rhön Klinikum AG im Rahmen des Kaufvertrages mit dem Land Hessen ursprünglich verzichtet hat.

NotRuf 113
 c/o Micha Brandt
 Steinweg 2 ½
 35037 Marburg

Stellungnahme von NotRuf 113

zum Dringlichen Gesetzentwurf der Fraktion der SPD
 für ein Gesetz zur Verbesserung der Krankenhausversorgung und zur Anerkennung von Leistungen in der
 Pflege (GVKALP) (Drucksache 18/7392)

Pflege ist im Krankenhaus von zentraler Bedeutung: Pflege ersetzt, was Patienten krankheitsbedingt nicht können, sie prägt das soziale Umfeld Krankenhaus und ist primärer Ansprechpartner, sie vermittelt Patientenbedürfnisse mit den Notwendigkeiten des Betriebs, sie stellt heilungsfördernde Bedingungen her, wirkt im ärztlichen Auftrag an Untersuchung und Behandlung mit und begleitet die Kranken in belastenden Situationen. Diese so genannte „Ankerfunktion“ lässt sich nicht sinnvoll in eine Vielzahl von bewertbaren Einzelfunktionen aufspalten. Sie ist aber für gute medizinische Versorgung unerlässlich.

Krankenhausleistungen werden derzeit nach dem so genannten Fallpauschalen- oder DRG-System vergütet. Das DRG-System macht die Krankenhäuser betriebswirtschaftlich vergleichbar und zwingt sie zur Konkurrenz. Insbesondere die Personalkosten stehen unter Druck. Das DRG-System bildet aber die Leistung der Pflege nicht ab. Pflege wird deshalb – verstärkt durch die Unterfinanzierung hessischer Krankenhäuser – tendenziell ausgedünnt. Als Folge erdrücken betriebswirtschaftliche Prioritäten unter DRG-Bedingungen auf Dauer die Versorgungsqualität. Dem lässt sich nur entgegenwirken, indem Standards von Anzahl und Qualifizierungsgrad von Pflegenden vorgegeben werden. **Die Forderung nach quantitativen und qualitativen Personalmindeststandards wird daher von NotRuf113 begrüßt und unterstützt.**

Zu Ziffer 5 d) (S. 3): **Der vorgeschlagene Passus sollte überprüft werden.** - Nach mittlerweile üblicher Nomenklatur sind zwei Typen von Krankenhausgremien, die Ethik im Namen führen, zu unterscheiden: Ethikkomitees und Ethikkommissionen. *Ethikkomitees* sind zuständig für ethisch relevante Fragen von Patientenbehandlung und Krankenhausorganisation. Dazu kann auch die Frage gehören, innerhalb welchen Rahmens überhaupt Forschung getrieben werden kann bzw. soll. Dass jedes Krankenhaus ein Ethikkomitee haben sollte, ist zu begrüßen. Dass eines der Mitglieder nicht der Klinik angehören darf, ist sinnvoll. - *Ethikkommissionen* sind dagegen zuständig für ethische und rechtliche Fragen von einzelnen Forschungsprojekten an Menschen. Dass jedes Krankenhaus eine Ethikkommission haben sollte, auch wenn dort keine oder nur vereinzelt Forschung getrieben wird, ist wenig sinnvoll. Eine Ethikkommission ist ohne einen Juristen mit Spezialkenntnissen und einen Statistiker nicht funktionsfähig. Nicht jedes Krankenhaus kann eine solche Besetzung aufbringen. Dem mit einer Universitätsklinik verbundenen Krankenhaus steht die Ethikkommission der betreffenden Universitätsklinik oder die bei der betreffenden Landesärztekammer eingerichtete Ethikkommission zur Verfügung. Für eine Ethikkommission wäre die Besetzungsvorschrift des Entwurfs (eines von drei Mitgliedern muss in Fragen des Rechts oder der Theologie bewandert sein) nicht hinreichend, denn diese Kommission könnte ohne einen Juristen und ohne einen Statistiker sein.

Zu Ziffer 12 a) (S. 5): Die Vorschrift soll die regionale Krankenhausplanung konkretisieren. **Die Absicht ist ausdrücklich zu begrüßen.** Sie erleichtert es zu vermeiden, dass die durch das Vergütungssystem der DRGs bestimmten betriebswirtschaftlichen Prioritäten der Krankenhausverbände die Versorgungswirklichkeit dominieren. - Der Text setzt allerdings „Krankenhauskonferenzen“ und „regionale Planungskonzepte“ „nach Abs. 4 Satz 1“ voraus. Weder in § 4 Satz 1 noch in § 18 des Hessischen Krankenhausgesetzes kommen diese Ausdrücke vor.

Zu Nr. 6 (S. 8): In diesem Zusammenhang möchten wir betonen, dass Personalmangel nach unseren Erfahrungen durchaus zu direkten Komplikationen in der Patientenversorgung führt.



12.08.2013

**Stellungnahme des Vorstandes des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS) zur
Änderung des Hessischen Krankenhausgesetzes 2011 (HKHG 2011)
Drucksache 18/7351 und dem dringlichen Gesetzentwurf der Fraktion der SPD für ein Gesetz
zur Verbesserung der Krankenhausversorgung und zur Anerkennung von Leistungen in der
Pflege, Drucksache 18/7392**

Das APS bedankt sich für die Einladung zur Anhörung im Hessischen Landtag am 22. August 2013. Leider ist es dem ehrenamtlichen Vorstand nicht möglich, bei der Anhörung dabei zu sein. Deshalb hier in aller Kürze die Anregungen des APS zu dem Gesetzentwurf. Dabei bitten wir um Verständnis, dass wir uns ausschließlich zu den Ausführungen äußern, die explizit die Patientensicherheit anbelangen.

Zur Drucksache 18/7351:

§ 32 Förderung von Aus- und Weiterbildungsstätten für Fachberufe des Gesundheitswesens

Das APS begrüßt eine Förderung der staatlichen anerkannten Aus- und Weiterbildungsstätten für Fachberufe des Gesundheitswesens und regt an, insbesondere die Querschnittsthemen klinisches Risikomanagement und Patientensicherheit zum Gegenstand der Aus- und Weiterbildungscurricula (Lernzielkatalog) zu machen . Das APS hat hierzu einen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog für alle Berufsgruppen als Anregung erstellt. Die flächendeckende und Praxiswirksame Umsetzung von Qualifizierungsmaßnahmen der Vertreter aller Gesundheitsberufe zur Gewährleistung von Patientensicherheit muss durch eine entsprechende Finanzierung nicht nur in Schulungseinrichtungen (Länder) sondern auch in Einrichtungen des Gesundheitswesens (Bund, Selbstverwaltung) flankiert werden. (siehe auch Drucksache 18/7392, § 19, Abs. 2 bis 4).

Zur Drucksache 18/7392:

Artikel 1 Änderung des Hessischen Krankenhausgesetzes 2011 (HKHG 2011)

Das APS begrüßt insbesondere die Ausführungen zur weiteren Ausgestaltung der interkollegialen Zusammenarbeit (§ 5, 6) und die Einrichtung krankenhausspezifischer **Ethikkommissionen (§ 6, Abs. 7)**. In diesem Punkt möchte das APS anregen, dass die Ethikkommission in besonderen Fällen auch (ohne Sanktion) von Mitarbeitern angerufen werden kann, z. B. bei klinisch schwieriger, oft nicht vor Ort lösbarer Fragestellung.

Gleichsam befürwortet das APS die gesetzlich vorgesehene Kombination von **Qualitätssicherung und Mindestpersonalbesetzungen (§ 8)**, um der Patientensicherheit eine bessere Strukturqualität zu verschaffen.

Die Schwierigkeit der Festlegung einer entsprechenden Personalbemessungsgrundlage ist durch die vorgesehene Rechtsverordnung zu lösen. Wir schlagen vor, dazu vorab in Pilot- und Testbereichen mit begleitender Evaluierung mittels spezieller Indikatoren und Kennzahlen (ggf. Verwendung der Routinedaten, Qualitätsberichte etc.) die für die einzelnen Bereiche und Disziplinen erforderlichen Mindestzahlen der Personalbesetzung z. B. für Intensivbereiche, für sogenannte Normalstationen oder für Sonderabteilungen empirisch zu ermitteln und dazu Muster anderer Staaten zu nutzen. Zur Frage der Bereitstellung evtl. benötigter finanzieller Ressourcen wird in den vorgelegten gesetzlichen Ausführungen im Entwurf leider keine Stellung bezogen, ist jedoch aus unserer Sicht unabdingbar.

Mit der beabsichtigten Erfassung der Arbeitszeit allein (die im Prinzip heute schon vorliegen müsste), kann aus Sicht des APS noch kein Hinweis auf Überlastung einzelner Akteure abgelesen werden (§ 8a). Hinweise für eine Arbeitsüberlastung mit erhöhtem Risiko einer fehlerhaften Behandlung könnten Kennzahlen liefern wie z. B.:

- Rate an Haftpflichtfällen ,
- Umsetzung von Maßnahmen zur Risikominimierung (Patientenverwechslung, Verwechslung bei der Verabreichung von Arzneimittel etc.),
- Ergebnisse systematischer Patientenbefragungen.

Arbeitsschutzmaßnahmen könnten auch in Zielvereinbarungen auf betrieblicher Ebene oder in Tarifvereinbarungen einfließen.

Das APS sieht mit den regelhaften Patientenbefragungen und der **Erfassung kritischer Ereignisse** dem Anliegen des Patientenrechtegesetzes entsprochen und unterstützt diese Forderung vollumfänglich.

Die **gleichberechtigte Leitung einer Klinik (§ 9)** im Gesetz ist aus APS Sicht notwendiges Strukturelement zur Sicherstellung qualitativ guter und sicherer Leistungen, da somit alle Fachexpertisen gleichwertig und in gemeinsamer Verantwortung eingebracht werden können. Der wirtschaftliche Erfolg einer Klinik wird davon langfristig, wie belastbare Studien zeigen, nicht geschmälert. Ggf. sind bisher unzureichend in die Kalkulationen eingegangene Maßnahmen zur Anpassung von Struktur- und Prozessparameter zur Risikominimierung und des Risikomanagements nach zu justieren.

§ 15, Abs. 4 u. 5: Die Sicherstellung der Gleichstellung von Patientinnen und Patienten im Behandlungsprozess unabhängig von ihrem Versicherungsstatus wird von uns ausdrücklich begrüßt und ergibt sich bereits aus dem Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland und dem Sozialgesetzbuch.

Auch die im **§ 17 Abs. 2 vorgesehenen Qualitätsindikatoren** bei Prozeduren finden unsere Unterstützung, wobei die allgemeine Nutzung von Routinedaten dazu ggf. angepasst und im Gesetzgebungsverfahren grundsätzlich entsprechend aufgeführt werden müssten.

Das APS begrüßt die **Aufnahme der Patientenorganisationen** in den Landespflegerat (**§ 20, Abs. 9**).

Zum Artikel 2

Änderung des Hessischen Gesetzes über Betreuungs- und Pflegeleistungen (HPBG)

Der im neuen **§ 8 geänderte Passus zur Quantität und Qualität des Betreuungspersonals** ist wie im vorgesehenen § 8 HKHG zu werten und wird vom APS begrüßt.

i.V.

Hedwig François-Kettner
 Vorsitzende Aktionsbündnis Patientensicherheit
 Charité Platz 1
 10117 Berlin
francois-kettner@charite.de
 Tel. 030 – 450 577 021



Hessischer
Landkreistag

Hessischer Landkreistag · Frankfurter Str. 2 · 65189 Wiesbaden

Hessischer Landtag
Sozialpolitischer Ausschuss
Herrn Geschäftsführer J. Schlaf
Schlossplatz 1 – 3
65183 Wiesbaden

Frankfurter Str. 2
65189 Wiesbaden

Telefon (0611) 17 06 - 0
Durchwahl (0611) 17 06- 17

Telefax-Zentrale (0611) 17 06- 27
PC-Fax-Zentrale (0611) 900 297-70
PC-Fax-direkt (0611) 900 297-78

e-mail-Zentrale: info@hlt.de
e-mail-direkt: rost@hlt.de

www.HLT.de

Datum: 12.08.2013
Az. : Ro/Ke/510.001;
510.121; 510.13

Stellungnahme zu dem Dringlichen Gesetzentwurf der Fraktion der SPD für ein Gesetz zur Verbesserung der Krankenhausversorgung und zur Anerkennung von Leistungen in der Pflege

Sehr geehrter Herr Schlaf,

gerne kommen wir der vom Sozialpolitischen Ausschuss ausgesprochenen Einladung zu einer öffentlichen mündlichen Anhörung zu dem im Betreff genannten Gesetzentwurf am 22. August 2013 im Hessischen Landtag nach.

Für den Hessischen Landkreistag wird Herr Geschäftsführender Direktor Dr. Jan Hilgardt an der mündlichen Anhörung teilnehmen.

Zu dem Gesetzentwurf der Hessischen Landesregierung geben wir vorab der mündlichen Anhörung folgende schriftliche Stellungnahme ab:

Nach einer Umfrage bei unseren Mitgliedskreisen kann zusammenfassend festgehalten werden, dass die Vielzahl weit reichender Änderungen im HKHG 2011 zum Teil nur angedeutet werden und ihren gesamten Regelungsgehalt erst im Zusammenspiel mit den durch das Gesetz ermöglichten Rechtsverordnungen entfaltet.

Kritisiert wird auch die Wiedereinführung von Krankenhauskonferenzen. Hierzu wird mit Blick auf die grundsätzlich guten Erfahrungen mit den regionalen Gesundheitskonferenzen, die gerade für den ländlichen Raum einen ganzheitlicheren Blick auf die medizinische Versorgung ermöglichen, angeregt, die den Krankenhauskonferenzen zugewiesenen Aufgaben in die Aufgaben der regionalen Gesundheitskonferenzen zu integrieren.

Solange die in mehreren Artikeln ermöglichten Rechtsverordnungen noch nicht im Rohentwurf vorliegen, ist eine Entscheidung über den Gesetzentwurf nicht möglich.

Nicht nachvollziehbar ist die mit dem Gesetzentwurf beabsichtigte Rücknahme von Deregulierungen im Krankenhausbereich, wie sie mit dem HKHG 2011 eingeführt wurden. Eingriffe in die Organisationshoheit des Krankenhauses und die Behinderung krankenhausesindividueller unternehmerischer Entscheidungen durch die Festlegung von Mindestpersonalzahlen, zusätzliche bedarfsqualifikationsspezifische Beteiligungsvorschriften sowie strukturelle und organisatorische Vorgaben sind zwar diskussionswürdig aber nicht entscheidungsfähig. Es fehlt hierzu die Beratung in Fachforen mit den Trägern von Krankenhäusern und ihren Interessenvertretungen. Eine übereilte Gesetzesänderung mit zu erwartenden Standarderhöhungen, die zu Kostensteigerungen führen werden, die neuen Belastungen aber nicht beziffern und auch keinen Kostenausgleich aufzeigen, ist abzulehnen.

Mit der Änderung des Hessischen Gesetzes über Betreuungs- und Pflegeleistungen sollen aus Sicht der SPD-Fraktion Personalvorgaben für Pflege- und Betreuungseinrichtungen festgelegt werden. Entsprechend der vorgesehenen Regelung im Krankenhausgesetz sollen Details durch Verordnung bestimmt werden. Auch an dieser Stelle fehlen jegliche Aussagen zur Finanzierung möglicher Kostensteigerungen, die durch die Festlegung von Mindestpersonalzahlen entstehen werden.

Diese Stellungnahme steht unter dem Vorbehalt der nachträglichen Zustimmung durch den Gesundheitsausschuss des Hessischen Landkreistages in seiner Sitzung am 21. August 2013.

Mit freundlichen Grüßen


Dr. Jan Hilligardt
Geschäftsführender Direktor



Hessischer
Landkreistag

Hessischer Landkreistag · Frankfurter Str. 2 · 65189 Wiesbaden

Hessischer Landtag
Sozialpolitischer Ausschuss
Herrn Geschäftsführer J. Schlaf
Schlossplatz 1 – 3
65183 Wiesbaden

Frankfurter Str. 2
65189 Wiesbaden

Telefon (0611) 17 06 - 0
Durchwahl (0611) 17 06- 17

Telefax-Zentrale (0611) 17 06- 27
PC-Fax-Zentrale (0611) 900 297-70
PC-Fax-direkt (0611) 900 297-78

e-mail-Zentrale: info@hlt.de
e-mail-direkt: rost@hlt.de

www.HLT.de

Datum: 12.08.2013
Az. : Ro/Ke/510.001;
510.121; 510.13

Stellungnahme zu dem Gesetzentwurf der Landesregierung für ein Gesetz zur Änderung des Hessischen Krankenhausgesetzes 2011

Sehr geehrter Herr Schlaf,

gerne kommen wir der vom Sozialpolitischen Ausschuss ausgesprochenen Einladung zu einer öffentlichen mündlichen Anhörung zu dem im Betreff genannten Gesetzentwurf am 22. August 2013 im Hessischen Landtag nach.

Für den Hessischen Landkreistag wird Herr Geschäftsführender Direktor Dr. Jan Hilgardt an der mündlichen Anhörung teilnehmen.

Zu dem Gesetzentwurf der Hessischen Landesregierung geben wir vorab der mündlichen Anhörung folgende schriftliche Stellungnahme ab:

Die vorgesehene Umstellung der Investitionsförderung für die Krankenhäuser auf eine Pauschalförderung ab dem Jahr 2016 wird von den hessischen Landkreisen grundsätzlich befürwortet, sofern die Förderung mindestens in der bisherigen Höhe bestehen bleibt. Die Umstellung bietet den einzelnen Kliniken eine größere unternehmerische Freiheit. Positiv ist auch die Möglichkeit einer Poolbildung der Fördermittel für Krankenhäuser, die sich innerhalb der gleichen Trägerschaft befinden. Für das Abschlussbauprogramm ist ein transparentes Verfahren unbedingt erforderlich, bereits im Genehmigungsverfahren zugesagte Maßnahmen sollten noch abfinanziert werden.

Probleme bei der Umstellung der Finanzierung kommen jedoch insbesondere auf Kliniken mit einem sehr großen Investitionsbedarf zu, da diese gezwungen werden eine Vorfinanzierung über den Kapitalmarkt vorzunehmen, wodurch zusätzliche Zinslasten zu refinanzieren sind. Vor diesem Hintergrund scheint das Fördervolumen insgesamt zu niedrig, da es gegenüber dem bisherigen Volumen allein aus diesem Grund höher angesetzt werden müsste. Real führt dies zu einer niedrigeren Nettofördersumme.

Der Genehmigungsvorbehalt für Investitionen von mehr als 10 Mio. Euro bzw. für Investitionen, die das doppelte der Jahrespauschale betragen, ist sinnvoll, da das HSM dadurch seine krankenhausplanerischen Verpflichtungen und Verantwortung erfüllen kann.

In einigen Punkten bestehen aber noch Unsicherheiten. So ist die Abtretbarkeit der Forderung gegenüber dem Land auf Fördermittel der Zukunft nicht abschließend geklärt. Hier bedarf es weitergehender Bestimmungen und Klarstellungen, damit finanzierende Banken diese Forderung anerkennen. Ein weiterer offener Punkt betrifft die Höhe der Fördermittel, die auch zukünftig den Investitionsbedarf nicht abdecken und zu einem weiteren Anwachsen des Investitionsstaus führt. Wie bereits oben ausgeführt werden die zukünftigen Zinslasten aus der Vorfinanzierung zu einer Senkung der real verwendbaren Fördermittel führen. Dadurch geraten die Kliniken noch mehr unter Druck, Investitionen aus den Betriebsmitteln (DRG-Fallpauschalen) zu finanzieren. Das Grundproblem der unzureichenden Höhe der Fördermittel bleibt ungeachtet des Sonderbauprogramms 2014/2015 von je 120 Mio. Euro ungemindert bestehen. Das zusätzliche Darlehensförderprogramm in Höhe von 120 Mio. Euro kann diese Einschränkung nicht ausgleichen. Es führt lediglich zu einer Vorwegnahme von notwendigen Investitionen und Minderung gewisser Härten.

Abschließend ist festzustellen, dass die geplante Neuordnung nicht dazu beiträgt, der chronischen Unterfinanzierung der Krankenhäuser zu begegnen. Keinesfalls kann eine Ausweitung der Krankenhausförderung zu Lasten der hessischen Gebietskörperschaften gehen. Die hessischen Landkreise haben nach dem HKHG den Sicherstellungsauftrag zur bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung durch leistungsfähige Krankenhäuser übertragen bekommen. Das Land kommt aber seiner eigenen Verpflichtung zur Gewährleistung der Krankenhausversorgung nicht nach. Über die Krankenhausumlage und die Zuführung aus dem Kommunalen Finanzausgleich werden mehr als 90% aller Investitionen durch die Kommunen finanziert. Originäre Landesmittel fehlen dagegen in Gänze. Zur Überwindung des Investitionsstaus an öffentlich-rechtlichen Krankenhäusern fordern wir den hessischen Landesgesetzgeber auf, im notwendigen Maße originäre Landesmittel in den Landeshaushalt einzusetzen.

Die aufgezeigten Positionen in der Stellungnahme der Hessischen Krankenhausgesellschaft an den Sozialpolitischen Ausschuss vom 25. Juli 2013 werden ausdrücklich mitgetragen.

Diese Stellungnahme steht unter dem Vorbehalt der nachträglichen Zustimmung durch den Gesundheitsausschuss des Hessischen Landkreistages in seiner Sitzung am 21. August 2013.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Van Hillgardt
Geschäftsführender Direktor

Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Hessen e. V.

Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Hessen e.V. • Luisenstraße 26 • 65185 Wiesbaden

Stellungnahme

Zu dem Gesetzentwurf der Landesregierung für ein Gesetz zur Änderung des Hessischen Krankenhausgesetzes 2011 (HKHG 2011), Drucks. 18/7351 und dem dringlichen Gesetzentwurf der Fraktion der SPD für ein Gesetz zur Verbesserung der Krankenhausversorgung und zur Anerkennung von Leistungen in der Pflege, Drucks. 18/7392

16. August 2013

Sehr geehrte Frau Ausschussvorsitzende,
sehr geehrte Damen und Herren,

die Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Hessen bedankt sich für die Möglichkeit zu den oben genannten Gesetzentwürfen Stellung zu nehmen.

Wir werden lediglich auf die Änderungen des Hessischen Gesetzes über Betreuungs- und Pflegeleistungen (HGBP) eingehen.

Zu Nr. 2: § 8: Recht auf besonderen Schutz (alt)

Die Liga der Freien Wohlfahrt begrüßt den Vorschlag diesen Paragraphen ersatzlos zu streichen. Schon im Rahmen der Anhörung zum HGBP hatten wir darauf hingewiesen, dass diese Regelung nicht nur überflüssig ist, sondern die Pflegekräfte unangemessen kriminalisiert. Wir verweisen auf unsere dort gemachten Ausführungen.

Zu Nr. 3: § 8: Anforderungen (neu)

Die Bezugnahme auf die Vereinbarungen nach dem SGB XI ist sinnvoll.

Zu Nr. 4 § 9: Beschäftigte für betreuende Tätigkeiten (neu)

Wir bitten um Klarstellung im Gesetzestext, um welche Tätigkeiten es geht. Im Gesetzestext stehen lediglich die „betreuenden“ Tätigkeiten, die Gesetzesbegründung geht aber von einer Fachkraftquote für „Betreuung und Pflege“ aus.

Die Notwendigkeit zur Kontinuität der Bezugsperson wird ebenso gesehen. Gleichwohl gibt es z. B. regelmäßig wiederkehrende Gruppenangebote durch Fachkräfte im Sinne des § 9 Abs. 1 HGBP, die aber nicht mit mindestens der Hälfte der tarifvertraglichen Arbeitszeit beschäftigt werden. Gerade Eltern, die nur im geringen Umfang tätig sein wollen, kommt diese Möglichkeit eines langsamen Wiedereinstiegs mit geringerem Umfang als eine halbe Stelle zu Gute. Dies sollte auch weiterhin möglich sein.



Liga der
Freien Wohlfahrtspflege
in Hessen e. V.

Luisenstraße 26
65185 Wiesbaden

Fon: 0611/30814-34
Fax: 0611/30814-74

info@liga-hessen.de
www.liga-hessen.de

Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Hessen e. V.

Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Hessen e.V. • Luisenstraße 26 • 65185 Wiesbaden

Die in § 9 Abs. 2 HGBP festgelegte Fachkraftquote begrüßt die Liga der Freien Wohlfahrtspflege aus formalen Gründen. Die Entscheidung über eine für die pflegebedürftigen Menschen sehr wichtige Regelung sollte unbedingt dem Parlament vorbehalten sein.

Wir würden es begrüßen, wenn auch die in § 9 Abs. 3 HGBP genannte Differenzierung der Fachkraftquote, bezogen auf die Art der Einrichtung, unter Parlamentsvorbehalt stehen würden, und nicht der Mindestverordnung anheimgestellt wird.

Bei den Anhörungsberechtigten nach § 9 Abs. 3 Satz 3 HGBP ist die Liga der Freien Wohlfahrtspflege mit aufzunehmen.

Es ist darauf zu achten, dass hinsichtlich der Fachkraftquoten nach den Bereichen des SGB XI und des SGB XII unterschieden wird. Für den Bereich der Behindertenhilfe müssen vorrangig die Regelungen des Rahmenvertrags Stationär § 79 SGB XII und die jeweiligen Leistungsvereinbarungen gelten.

Eine Aufhebung der derzeitigen Fachkraftquote ohne eine weitergehende strukturelle Verankerung der notwendigen Fachlichkeit lehnen wir ab.

Die Liga Hessen beschäftigt sich im Bereich der Altenhilfe zurzeit inhaltlich mit der Gewährleistung der Fachlichkeit durch verschiedene Arbeitsorganisationsmodelle; dieser Prozess läuft aber noch. Daher können wir derzeit zur Frage der Fachkraftquote und deren Alternativen noch keine Auskunft geben, stehen aber sehr gerne zu einem späteren Zeitpunkt als Ansprechpartner zur Verfügung.

In Bezug auf die Annahme, es gäbe eine wachsende Zahl von Bewohner(-n)/innen, die die deutsche Sprache nicht oder nicht ausreichend beherrschen, bitten wir um Hinweise, ob es hierzu Studien, Untersuchung oder Zahlen gibt.

Mit freundlichen Grüßen



Nils Möller

Vorsitzender des Liga-Arbeitskreises

Die Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Hessen e. V. ist der Zusammenschluss der sechs hessischen Wohlfahrtsverbände. Sie vertritt die Interessen der hilfebedürftigen und benachteiligten Menschen gegenüber der Politik ebenso, wie die Interessen ihrer Mitgliedsverbände. Mit ca. 5000 Einrichtungen und Diensten sind die Mitgliedsverbände ein bedeutender Faktor für die Menschen, für eine soziale Infrastruktur und für die Wirtschaft in Hessen. Nah an den Menschen und ihren Bedürfnissen wissen 150.000 hauptamtlichen und 52.000 ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Pflegeeinrichtungen, Behinderteneinrichtungen, Werkstätten, Tagesstätten, Bildungsstätten, Beratungsstellen, in den Frühförderstellen, ambulanten Diensten und anderen Einrichtungen um die sozialen Belange und die reale Rahmenbedingungen in Hessen. Diese Kenntnisse bringt die Liga in die politischen Gespräche auf Landesebene und mit Verhandlungspartnern und Kostenträgern ein.



Diakonie



Liga der
Freien Wohlfahrtspflege
in Hessen e. V.

Luisenstraße 26
65185 Wiesbaden

Fon: 0611/30814-34
Fax: 0611/30814-74

info@liga-hessen.de
www.liga-hessen.de