

Positionspapier

Krankenhausstrukturreform:

Pflegefachliches Potenzial nutzen

Die Menschen in Deutschland werden älter, viele Menschen sind chronisch erkrankt, viele haben komplexe Bedarfe in der Gesundheitsversorgung. Gleichzeitig steht immer weniger Fachpersonal zur Verfügung, das diesen Bedarfen gerecht werden kann. Dieser Mangel kann in den bestehenden Strukturen weder durch Ausbildungsinitiativen noch durch Anwerbungen aus dem Ausland allein behoben werden.

Das Deutsche Gesundheitssystem ist im internationalen Vergleich sehr teuer, ohne dabei bessere Ergebnisse als andere Gesundheitssysteme zu erzielen.¹ Deutschland ist unter den Top 5 der OECD-Staaten, was die Ausgaben für Gesundheit betrifft, sowohl beim Anteil am BIP (11,2%) als auch bei den Pro-Kopf-Ausgaben (USD 5.986).² Außerdem hat Deutschland eine hohe Hospitalisierungsrate für chronische Erkrankungen wie Diabetes oder Herzinsuffizienz, die grundsätzlich am besten in der Primärversorgung behandelt werden.² Mit 255 Krankenhausfällen pro 1.000 Einwohner:innen weist Deutschland die höchste Aktivitätsrate im stationären Bereich auf, 66% über dem OECD-Durchschnitt.² Laut Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung liegt Deutschland in der Lebenserwartung auf dem drittletzten Platz in Europa.³ Hauptursache sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Allein diese Daten zeigen, dass überdurchschnittliche Ausgaben und Krankenhausaufenthalte die Versorgung in Deutschland nicht verbessern. Wenn wir dem Gesundheitsbedarf der Bevölkerung nachkommen wollen, müssen die Strukturen geändert werden.

Die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (folgend: Regierungskommission) hat mit ihren Stellungnahmen Reformvorschläge unterbreitet, die aus Sicht des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK) vom Ansatz her Weitsichtigkeit erkennen lassen und die Chance bieten, durch Umstrukturierungen eine passgenauere und dadurch bessere Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Die Vorschläge tragen außerdem dazu bei, den Pflegeberuf durch neue Verantwortungsbereiche und einen Professionalisierungsschub attraktiver zu machen. Die Reform enthält u. a. die Möglichkeit, einen weiteren Schritt in Richtung des dringend notwendigen Anschlusses an internationale Standards zu gehen.

¹OECD 2022: Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle. <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/507433b0-en.pdf?expires=1679579487&id=id&accname=quest&checksum=07B4643E875606B85C2D43B5E6A1CD4B> (letzter Zugriff 19.07.2023)

²OECD 2021: Germany: Country Health Profile 2021. <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/e4c56532-en.pdf?expires=1679579944&id=id&accname=quest&checksum=15765D3B888518D3933D1CF3F220034E> (letzter Zugriff 19.07.2023)

³Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2023: Pressemitteilung: <https://www.bib.bund.de/DE/Presse/Mitteilungen/2023/2023-05-10-Lebenserwartung-Deutschland-in-Westeuropa-unter-den-Schlusslichtern.html> (letzter Zugriff 19.07.2023)

Die Vorschläge der Regierungskommission in ihrer dritten Stellungnahme⁴ beinhalten drei zentrale Stellschrauben für eine Strukturreform: eine Einteilung der bestehenden Krankenhäuser in bundeseinheitliche Versorgungslevel, die Einführung von klar definierten Leistungsgruppen sowie ein Zwei-Säulen-Modell der Finanzierung aus Diagnosis Related Groups (DRG) und Vorhaltebudget. In der vierten Stellungnahme zur Notfall- und Akutversorgung⁵ wird zudem u. a. eine wohnortnahe pflegerische Notfallversorgung vorgeschlagen.

Aus der Perspektive der professionell Pflegenden formulieren wir in diesem Positionspapier die Anforderungen an neue Strukturen, dafür notwendige Kompetenzen, Ansätze für eine bessere Gesundheitsversorgung und leiten daraus unsere Forderungen ab.

Strukturen reformieren

Level-II-Krankenhäuser schließen eine Versorgungslücke

Die Regierungskommission hat eine Einteilung der Krankenhäuser in die Versorgungslevel I bis III vorgeschlagen. Level I wird in zwei Untergruppen – Level II und Level III – unterteilt. In Level-II-Krankenhäusern soll eine ambulant-stationäre Grundversorgung erfolgen und diese Häuser können der Regierungskommission zufolge unter pflegerischer Leitung stehen⁶.

Level-II-Krankenhäuser haben aus Sicht des DBfK das Potenzial, der bestehenden Fehlversorgung etwas entgegenzusetzen. Zum einen bieten sie einen Lösungsansatz, stationäre Überversorgung abzubauen und bedarfsgerechter auf die Versorgungsanforderungen zu reagieren. Außerdem können sie eine Versorgungslücke schließen, die im sektorübergreifenden Bereich besteht. Gerade wenn Level-II-Krankenhäuser als Primärversorgungszentren mit der Möglichkeit zu kurzzeitiger stationärer Behandlung konzipiert werden, sind sie dafür prädestiniert, die Vor- und Nachsorge von ambulanten oder stationären Behandlungen zu übernehmen und gleichzeitig für die wohnortnahe Basisversorgung der großen chronischen Volkskrankheiten zu sorgen. Diesen Versorgungsauftrag können interprofessionelle Teams an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung übernehmen.

Patient:innen, die spezialisiertere medizinische und pflegerische Leistungen benötigen, können unkompliziert in kooperierende Krankenhäuser der anderen Level verlegt werden. Die Level-II-Krankenhäuser können außerdem mit Rekonvaleszenzbetten eine wohnortnahe Anschlussversorgung gewährleisten, wenn Patient:innen aufgrund komplexer Behandlungen zunächst in weiter entfernten Level II oder III Kliniken behandelt wurden und vor der Entlassung nach Hause noch pflegerische Versorgung benötigen. Dies ist vor allem für ältere, multimorbide Patient:innen sinnvoll. Außerdem sind die Notfallstrukturen anzugleichen: Wenn der Rettungsdienst mit Krankentransportwagen, Rettungswagen und ggf. Hubschrauber direkt angebunden ist, kann eine schnelle Zuweisung und Überleitung in das für den spezifischen Fall am besten geeignete Krankenhaus erfolgen.

⁴https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Verquetung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf (letzter Zugriff 19.07.2023)

⁵https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/Vierte_Stellungnahme_Regierungskommission_Notfall_ILS_und_INZ.pdf (letzter Zugriff 19.07.2023)

⁶ Auch wenn im Zuge des Reformprozesses das Konzept der Level in der Einteilung der Krankenhäuser modifiziert wird, so ist doch absehbar, dass kleinere, auf die Region bezogene Krankenhäuser ihr Leistungsspektrum in Richtung des Level-II-Ansatzes anpassen müssen. Dies ist in den Versorgungserfordernissen begründet, die die Grundlage unserer Position bilden.

Leistungsgruppen müssen auch pflegerische Qualität definieren

Die von der Regierungskommission vorgeschlagenen Leistungsgruppen sollen so gegliedert werden, „dass die Behandlung innerhalb einer Gruppe ähnliche Qualifikationen, Kompetenzen und Erfahrungen sowie gleichartige technische Ausstattung benötigt.“ Die Leistungsgruppen sollen jeweils mit Mindestvoraussetzungen für eine qualitätsorientierte Leistungserbringung versehen werden. Zu den Mindestvoraussetzungen zählen Technik und Personal – die Mindestvorgaben gelten dann für bettenführende und für Funktionsbereiche.

Aus pflegerischer Sicht müssen Qualitätskriterien in den Leistungsgruppen einen bedarfsgerechten Personalschlüssel und den notwendigen Qualifikationsmix für die pflegerischen Erfordernisse beinhalten. Strukturqualität kann nicht nur medizinisch-technisch definiert werden, sondern muss auch die pflegerische Komponente enthalten, denn der Zusammenhang zwischen Outcomes, Komplikationen und Mortalität der Patient:innen und der pflegerischen Personalausstattung ist in vielen Studien belegt worden.⁷ Deshalb muss der bedarfsnotwendige Personaleinsatz erfasst und nachgewiesen werden. Der Ansatz der PPR 2.0 mit den assoziierten Instrumenten und den angestoßenen Weiterentwicklungen bilden dafür die Grundlage. Außerdem wird in Krankenhäusern aller Level eine Quote von mindestens 10 Prozent für akademisch qualifiziertes Pflegepersonal benötigt, um einerseits die komplexen Fälle mit hoher Pflegequalität zu versorgen und um dem speziell für Level III obligatorischen Forschungsauftrag entsprechen zu können.

Pflegerische Notfallversorgung ist ein Paradigmenwechsel

Zu häufig kommen Notfälle nicht aus medizinischen Gründen, sondern wegen fehlender pflegerischer Versorgung ins Krankenhaus. Dies betrifft vor allem alte Menschen, die zu Hause oder in einer stationären Einrichtung versorgt werden. Die Einführung einer pflegerischen Notfallversorgung ist ein grundlegend neuer und begrüßenswerter Verbesserungsansatz aus der vierten Stellungnahme der Regierungskommission; sie kann aus Sicht des DBfK auch in der Akut- und Notfallversorgung bestehende Fehlversorgungen auffangen. Eine pflegerische Notfallversorgung kann unnötige und vor allem für Menschen mit Pflegebedarf hoch belastende Krankenseinweisungen verhindern. Basis für eine wirksame pflegerische Notfallversorgung sind auf Masterniveau ausgebildete Advanced Practice Nurses (APN) mit entsprechender Handlungskompetenz.

Das Pflegebudget muss erhalten bleiben

Das Pflegebudget refinanziert alle Pflegestellen in den Krankenhäusern und ermöglicht damit eine auskömmliche Pflegepersonalausstattung. Was eine auskömmliche Ausstattung ist, wird durch die Anwendung der in 2022 gesetzgeberisch auf den Weg gebrachten PPR 2.0 und ihrer assoziierten Instrumente abgebildet. Das ist ein wichtiger pflegepolitischer Schritt, denn die PPR 2.0 basiert auf dem bei den Patient:innen festgestellten Pflegebedarf. Damit wird einerseits die Pflegequalität gesichert und gleichzeitig das Pflegepersonal vor Überlastung geschützt.

Von verschiedenen Seiten gibt es anhaltend Bestrebungen, ein für die pflegerischen Leistungen analoges Pflege-DRG-System einzuführen. Es ist jedoch davon auszugehen, dass – ähnlich dem gängigen DRG-System – Fehlanreize entstehen. So ist anzunehmen, dass die Verhinderung von Pflegebedürftigkeit („aktivierende Pflege“) weniger Erlöse erzielt als Maßnahmen bei Pflegebedürftigkeit. Es würde in dieser Logik nicht nach fachlich begründetem Bedarf vergütet, sondern nach verrichtungsbezogenem Aufwand.

⁷ Siehe unter anderem: Wynendaale et. al (2019): und Aiken et.al. (2016)

In die Diskussion gebrachte Konzepte wie die „Pflegebewertungsrelationen“ folgen der Logik eines Pflege-DRG-Systems. Weil dadurch potenziell Anreize entstehen, die an den Bedarfen der Patient:innen vorbeigehen und eine ökonomische Spirale aus Mengenausweitung und Spezialisierung auf lukrative Fälle in Gang gesetzt wird, wie es mit den medizinischen Leistungen geschehen ist, lehnt der DBfK die Einführung solcher Vergütungslogiken ab.

Kompetenzen neu ordnen

Einsatz von Advanced Practice Nurses ist unabdingbar

In den Krankenhäusern des Level II garantieren Advanced Practice Nurses (APN) mit unterschiedlichen Schwerpunkten (z. B. für Intensiv- und Notfallpflege, Pädiatrie, Geriatrie) rund um die Uhr hochqualifizierte Fachpflege. Sie können im Bedarfsfall Ärzt:innen vor Ort hinzuziehen oder Patient:innen in Kliniken höherer Versorgungslevel weiterleiten, so dass auch bei Notfällen die Versorgung gesichert ist. Welche Schwerpunkte dabei verfügbar sein müssen, hängt von der Situation vor Ort ab. In Krankenhäusern, die gleichzeitig als Primärversorgungszentrum fungieren, sollten zudem Community Health Nurses (CHN) beschäftigt sein. Die Kompetenzen der auf Masterniveau ausgebildeten Pflegefachpersonen sollten voll und ganz der Versorgung von Patient:innen zugutekommen.

Die Krankenhäuser der Level II und III werden – durch die Versorgung einfacher Fälle in Level-I-Krankenhäusern und die geplante Ausweitung ambulanter Behandlungen – zukünftig überwiegend komplexere Fälle behandeln. Hochkompetentes Pflegepersonal ist auch dort für eine qualitativ hochwertige Versorgung der Patient:innen unabdingbar, denn ohne professionelle Pflege kann moderne Medizin nicht erfolgreich sein. Deshalb wird auch in den Krankenhäusern der anderen Level eine Mindestquote von auf Masterniveau ausgebildeten APN unabdingbar sein, um eine gute pflegerische Versorgungsqualität zu erreichen. Die jeweils notwendige Quote muss pflegewissenschaftlich begründet und Teil der Kriterien für die Leistungsgruppen sein. Der Wissenschaftsrat hatte 2012 für die gesamte Berufsgruppe eine Quote von 10 bis 20 Prozent empfohlen⁸; der DBfK sieht perspektivisch eine Quote von 30 Prozent als notwendig an.

Level-II-Krankenhäuser können unter pflegefachlicher Leitung stehen

Die neuen Berufsbilder der pflegerischen Versorgung verfügen über die Kompetenz, diese Krankenhäuser fachlich zu leiten. Die APN auf Masterniveau sind mit unterschiedlichen Schwerpunkten konzipiert, ähnlich einer Facharzt Ausbildung. Dabei bezieht sich die Kompetenz nicht auf eine Weisungsbefugnis den Ärzt:innen gegenüber, sondern auf die fachlich erweiterte Verantwortung der Umsetzung der Behandlungspläne und auf die Eigenständigkeit in der Ausübung fachlicher Pflege. Die Handlungskompetenzen setzen entsprechende Lerninhalte voraus, die für die akademischen Studiengänge zu definieren und curricular zu verankern sind. Die geschäftliche Leitung kann von Pflegemanager:innen übernommen werden. Fach- und Allgemeinärzt:innen sowie Logo-, Physio- und Ergotherapeut:innen und gegebenenfalls weitere Berufsgruppen sind selbstverständlich Teil der interprofessionellen Teams, müssen aber nicht kontinuierlich vor Ort sein, wenn die telemedizinische Infrastruktur mit kooperierenden Level II und III Krankenhäusern sowie der reformierte Rettungsdienst bzw. ein ärztlicher Bereitschaftsdienst gegeben sind.

⁸Wissenschaftsrat 2012: Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen
<https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf?blob=publicationFile&v=5>, S. 85. (letzter Zugriff 19.07.2023)

Heilkundeübertragung muss erfolgen

APN müssen handlungsfähig sein und ihre Kompetenzen vollständig einsetzen können, dafür ist eine Heilkundeübertragung erforderlich, die nicht auf Delegation beruht. Damit die Aufgaben in einem reformierten Gesundheitssystem sinnvoll verteilt werden, müssen die unterschiedlichen Professionen zusammenarbeiten und ihre jeweiligen Kompetenzen effizient einsetzen können. Für die Level-II-Krankenhäuser heißt das beispielsweise, dass kontinuierlich APN vor Ort sein müssen, die im Bedarfsfall weitere Professionen hinzuziehen, aber in einem auf Basis ihrer Kompetenzen festgesetzten Rahmen eigenverantwortlich handeln dürfen. Ob und wann die Kompetenzen von Rettungsdienst und Ärzt:innen benötigt werden, können APN aufgrund ihrer Qualifikation kompetent entscheiden. Doppelstrukturen müssen vermieden werden, da sie Zeit und personelle Ressourcen kosten, ohne für die Patient:innen einen Nutzen zu bringen.

Pflegerische Vorbehaltsaufgaben ausbauen

Im Pflegeberufegesetz (PflBG) sind pflegerische Vorbehaltsaufgaben definiert. Sie betreffen die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs, die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses sowie die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege. Damit wird sichergestellt, dass fachlich bedarfsgerechte Pflege erfolgen kann. Einige Patient:innen werden je nach individuellem Verlauf in einem Krankenhaus mit anderem Level, einer Rehabilitations- oder Pflegeeinrichtung oder zu Hause weiterhin Pflege benötigen. Dabei sollten die Kontinuität bzw. eine situationsgerechte Anpassung über die Sektoren hinweg gewährleistet werden. Dies einzuschätzen ist Gegenstand pflegerischer Vorbehaltsaufgaben und muss von Pflegefachpersonen vorgenommen werden. Es ist daher dringend notwendig, dass die Vorbehaltsaufgaben auch gelebt und gänzlich in die Autonomie pflegerischer Berufsausübung übergehen. Dazu gehören geeignete, von Organisation und Pflegemanagement zu setzende Rahmenbedingungen sowie die Bereinigung entgegenstehender Prozesse wie zum Beispiel die Verordnung von häuslicher Krankenpflege durch (Haus-)Ärzt:innen.

Hochschulische Bildungsstrukturen müssen aufgebaut werden

Die benötigten Kompetenzen erfordern entsprechende hochschulische Bildungsstrukturen. Derzeit liegt die Quote laut einer aktuellen Studie des Wissenschaftsrats bei etwa drei Prozent, in den primärqualifizierenden Studiengängen sogar bei nur 0,4 Prozent⁹ (bei einer bereits 2012 empfohlenen Akademisierungsquote von 10 bis 20 Prozent für die Pflegeberufe). Mit dem Pflegestudiumstärkungsgesetz wird ein wichtiger Schritt unternommen, das primärqualifizierende Pflegestudium zu sichern und die Akademisierungsquote zu heben. Dies ist dringend erforderlich, um ausreichend Bachelorabsolvent:innen für die Breite der Versorgung und um mittel- und langfristig genug Studierende für die anschließenden Masterstudiengänge zu gewinnen. Um die hochschulischen Studiengänge flächendeckend voranzubringen und einen substanziellen Schub zu erzeugen, sollte ein Strukturfonds aufgelegt sowie ein Förderprogramm eingerichtet werden mit dem Ziel, 100 Promotionen in der Pflegewissenschaft zu erreichen. Damit können die erforderlichen Lehrpersonen für die pflegerische Fach- und die Hochschulausbildung qualifiziert werden. Außerdem ist es ein wichtiger Faktor zur Stärkung der Pflegewissenschaft und der wissenschaftlichen Exzellenz in dem Fach. Zum Erreichen dieser Ziele ist die Beteiligung des BMBF unabdingbar, das im Bereich der hochschulischen Ausbildung der Pflege und in den Strukturen der Pflegewissenschaft nicht systematisch eingebunden ist.

⁹Wissenschaftsrat 2022: HQGplus-Studie zu Hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitssystem – Update https://www.wissenschaftsrat.de/download/2022/9541-22.pdf?_blob=publicationFile&v=14, S. 36 f. (letzter Zugriff 19.07.2023)

Eine sektorübergreifende Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung

Gute Gesundheitsversorgung muss vom Menschen und seinen Bedarfen her gedacht werden. Dazu müssen bestehende Grenzen zwischen Sektoren und Professionen überwunden werden, damit die Bevölkerung eine koordinierte und kontinuierliche Gesundheitsversorgung von hoher Qualität erhält. Das bedeutet auch, zementierte Strukturen aufzubrechen. Eine gelungene Reform der Krankenhauslandschaft führt zu transparenteren und effizienteren Strukturen im Gesundheitssystem, wenn parallel die Primärversorgung ausgebaut und Aufgaben umverteilt werden.

Selbstverständlich wird der Umbau des Gesundheitswesens zunächst Investitionen erfordern. Diese nicht zu tätigen, wird aber langfristig weit mehr kosten, denn notwendige Umstrukturierungen werden teurer, je länger gewartet wird – ganz zu schweigen von den Kosten für Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität der Bevölkerung und für andere Bereiche der Gesellschaft.

Konkret heißt das für den DBfK, dass die Strukturen von der Primärversorgung bis hin zur Maximalversorgung in Level III-Kliniken und auch in der Langzeitpflege aufeinander abgestimmt und sektorenübergreifend aufgebaut sein müssen. In Deutschland wird unter Primärversorgung noch hauptsächlich die hausärztliche Versorgung verstanden. Diese Sichtweise entspricht nicht dem Verständnis der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und greift entschieden zu kurz. Erstens setzt sie zu spät an, da sie die Menschen in aller Regel erst erreicht, wenn sie erkrankt sind oder sich Komplikationen mit neuer Symptomlast ankündigen und sie sich deshalb an die:den Hausärzt:in wenden. Eine Primärversorgungsstruktur, die Gesundheitsförderung und Prävention zur Grundlage hat, erreicht die Menschen früher und kann daher Krankheitslast und Pflegebedarf reduzieren. Zweitens blendet sie die umfangreichen pflegerischen Bedarfe als Teil der Grundversorgung aus. Hausärztliche Betreuung muss Hand in Hand mit ambulanter und stationärer Langzeitpflege organisiert sein und muss gut verzahnt sein mit spezialisierten Angeboten wie der Palliativversorgung.

Auf Masterniveau qualifizierte Community Health Nurses verfügen über ein Kompetenzprofil, das einer so ansetzenden Primärversorgung entspricht, da ihr Fokus auf den Gesundheitsbedarfen von Regionen und Gruppen wie beispielsweise Menschen mit Demenz liegt.

Außerdem muss im Bereich der Langzeitpflege die Akademisierung deutlich vorangetrieben werden. Damit lassen sich unnötige und unerwünschte Verlegungen in Krankenhäuser verhindern und die Lebensqualität sowohl in stationären Einrichtungen als auch in der Häuslichkeit erhöhen.

Versorgungskontinuität spielt – sowohl in der medizinischen Behandlung als auch in der pflegerischen Betreuung – eine zentrale Rolle für gute Gesundheitsversorgung. Mit einer Ausweitung ambulanter Interventionen und dem Umbau der Krankenhauslandschaft rücken Überleitung und wohnortnahe Weiterbehandlung noch mehr als zuvor in den Fokus. Eine ganzheitliche Gesundheitsversorgung aus einer Hand, die Kontinuität sichert und unterschiedliche Gesundheitsleistungen koordiniert ist für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem unumgänglich.

Das pflegfachliche Potenzial nutzen – unsere Forderungen

1. Level-II-Krankenhäuser müssen geschaffen und so konzipiert werden, dass sie kurzzeitige stationäre Behandlung ermöglichen und je nach regionalem Bedarf auch als Primärversorgungszentrum aufgestellt sein können.
2. Die Qualitätskriterien in den Leistungsgruppen müssen die pflegerische Leistung spiegeln und einen bedarfsgerechten Personalschlüssel sowie den notwendigen Qualifikationsmix für die Pflegeberufe beinhalten. Ein sinnvoller Personalschlüssel ergibt sich zum Beispiel aus der PPR 2.0 und der assoziierten Instrumente. Außerdem ist eine pflegewissenschaftlich begründete Quote für akademisch ausgebildete Pflegefachpersonen für die jeweiligen Leistungsgruppen notwendig.
3. Es wird ein Pflegeforschungsprogramm in Deutschland benötigt, um Pflegequalität wissenschaftlich zu fundieren. Die Disziplinbildung von Pflegewissenschaft in Deutschland muss gefördert werden, um auch in diesem Fach wissenschaftliche Exzellenz entwickeln zu können.
4. Pflegerische Berufsbilder wie Advanced Practice Nurses (APN) mit unterschiedlichen Schwerpunkten im Krankenhaus, in der stationären und ambulanten Langzeitpflege sowie Community Health Nurses (CHN) in der Primärversorgung müssen etabliert werden.
5. Eine pflegerische Notfallversorgung, wie sie im vierten Gutachten der Regierungskommission skizziert ist, muss geschaffen werden und durch auf Masterniveau ausgebildete APN mit entsprechender Handlungskompetenz ausgeübt werden.
6. Level-II-Krankenhäuser spielen eine zentrale Rolle für die regionale akutpflegerische Versorgung. Sie verbinden den stationären und ambulanten Bereich miteinander, wenn sie beispielsweise den Übergang in die Häuslichkeit organisieren. Damit haben die Level-II-Krankenhäuser einen starken pflegerischen Auftrag, der pflegfachliche Kompetenzen auf hohem Niveau voraussetzt. Sie müssen daher auch unter fachlicher Leitung von APN stehen können.
7. Rechtliche Weichen im Heilberufs- und Leistungsrecht müssen gestellt und das Pflegeberufegesetz an die neuen Anforderungen angepasst werden. Die Ausübung von Heilkunde ist im Sinne von Substitution in einem Heilberufegesetz auf Pflegefachpersonen zu übertragen.
8. Vorbehaltsaufgaben müssen ernst genommen werden und Raum für die Ausführung erhalten. Dazu gehört zuvorderst die Ermächtigung zur eigenständigen Verordnung von Pflege und der dazu erforderlichen Heil- und Hilfsmittel.
9. Investitionen in Pflegebildung sind notwendig – in primärqualifizierende Bachelor- und spezialisierende Masterstudiengänge – außerdem in die Bildung des dafür notwendigen Lehrpersonals. Pflegewissenschaft und Forschung sind zu stärken.
10. Die bedarfsgerechte Pflege im Krankenhaus ist vollständig zu refinanzieren. Die pflegerischen Leistungen im Sinne der Primärversorgung in Level-II-Krankenhäusern sind über ein Leistungsrecht zu finanzieren. Pflegebewertungsrelationen und ein Pflege-DRG-System sind kategorisch abzulehnen.

Literatur

Aiken, Linda H; Sloane, Douglas; Griffiths, Peter; Rafferty, Anne Marie; Bruyneel, Luk; McHugh, Matthew; Maier, Claudia B; Moreno-Casbas, Teresa; Ball, Jane E; Ausserhofer, Dietmar; Sermeus, Walter (2016). Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. In: BMJ Qual Saf 2017;26:559– 568.

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, Deutscher Pflegerat, Verband der Schwesternschaften vom DRK und Bundesverband Pflegemanagement (2023) Pflegefachliches Potenzial entfalten - Policy Brief zur Krankenhausstrukturreform. https://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/Policy_Brief_KHStrukturreform.pdf (letzter Zugriff 19.07.2023)

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2022): Positionspapier Zukunft der Pflegefinanzierung und Personalausstattung im Krankenhaus (§137k SGB V). https://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/Positionspapier_Zukunft-der-Pflegefinanzierung-und-Personalausstattung-im-Krankenhaus_22-01.pdf (letzter Zugriff 19.07.2023)

Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (2022): Die erweiterte pflegerische Versorgungspraxis: https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2022-06/Abschlussbericht_360Grad%20Pflege_Qualifikationsmix.pdf (letzter Zugriff 19.07.2023)

Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (2022): Dritte Stellungnahme und Empfehlung: Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Verguetung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf (letzter Zugriff 19.07.2023)

Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (2023): Vierte Stellungnahme und Empfehlung: Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/Vierte_Stellungnahme_Regierungskommission_Notfall_ILS_und_INZ.pdf (letzter Zugriff 19.07.2023)

Wynendaele H; Willems R; Trybou J. (2019): Systematic review: Association between the patient-nurse ratio and nurse outcomes in acute care hospitals. In: Journal of Nursing Management. Jg. 27, Nr. 5, S. 896-917.

Der Bundesvorstand, Berlin Juli 2023

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) - Bundesverband e. V.

Alt-Moabit 91
10559 Berlin
Telefon: +49 (0)30-2191570
E-Mail: dbfk@dbfk.de
www.dbfk.de