

## **Bedeutung der Krankenhausreform für die professionelle Pflege**

**Mit großer Spannung war die Entscheidung im Bundesrat erwartet worden und seit dem 22. November 2024 ist klar: Die Krankenhausreform kommt. Leider muss festgestellt werden, dass die Pflege in der Reform keine Rolle mehr spielt.**

Dabei hatte der Prozess für die grundlegende Neuordnung der deutschen Krankenhauslandschaft für die Pflegeprofession vielversprechend begonnen: So waren im ersten Gutachten der Regierungskommission Ende 2022 eine starke Rolle der Pflege in den sogenannten Level-1i-Krankenhäusern und eine fachliche Leitung durch Advanced Practice Nurses vorgesehen. Inzwischen ist Pflege aus dem Gesetz nahezu ausgeradiert worden. Das ist sehr bedauerlich, weil eine starke Pflege einen unersetzbaren Beitrag in der zukünftigen Gesundheitsversorgung einer alternden Bevölkerung bieten kann.

Der DBfK hat sich im gesamten Gesetzgebungsprozess stark gemacht, die Rolle der Pflege nicht zu vernachlässigen, sondern im Gegenteil anzuerkennen, dass nur eine Krankenhausreform mit Einbezug der Pflege erfolgreich sein kann. Schließlich sind die Pflegefachpersonen die größte Berufsgruppe, die im Krankenhaus arbeitet. Der DBfK hat dabei drei Kernforderungen:

1. Die Pflegequalität muss eine Rolle bei der Festlegung von Qualitätskriterien spielen.
2. Es braucht eine Stärkung der Primärversorgung, wozu von Schließung bedrohte Krankenhäuser in Primärversorgungszentren oder Level 1i-Krankenhäuser umgewandelt werden müssen. Pflege auf Masterniveau im Sinne von Advanced Practice Nursing muss dort die fachliche Leitung innehaben können.
3. Die Finanzierung der bedarfsgerechten Pflege muss im Krankenhaus weiterhin gesichert bleiben.

### **Kernelemente der Krankenhausreform**

Die Krankenhausreform beinhaltet als Herzstück die Festlegung von Leistungsgruppen. Das bedeutet, dass nicht mehr jedes Krankenhaus alle Leistungen erbringen kann. Nur Krankenhäuser, die Leistungsgruppen zugewiesen bekommen haben, dürfen diese auch abrechnen.



Die Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“ werden quasi alle Krankenhäuser bekommen, aber die Gastroenterologie oder Kardiologie als Spezialisierung nicht mehr so viele. Dadurch werden die komplexeren Leistungen zunehmend zu den großen Krankenhäusern verlagert. Um die Leistungsgruppen anbieten zu können, werden bestimmte Qualitätskriterien angesetzt, die große Krankenhäuser in der Regel besser erfüllen können.

Aus Sicht des DBfK gehört dazu auch eine Abbildung der Pflegequalität, was aber im Gesetz nicht berücksichtigt ist. Als einziges pflegerisches Qualitätskriterium wird die Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen genannt. Lediglich die Mitwirkung im Leistungsgruppenausschuss und damit der sich weiterentwickelnden Definition von Pflegequalität in den Leistungsgruppen wird den Berufsorganisationen der Pflegeberufe zugestanden.

Das zweite große Element der Krankenhausreform ist die Einführung einer Vorhaltefinanzierung. Damit soll der Anreiz geschaffen werden, dass nicht mehr jede einzelne Leistung vergütet wird, sondern ein Krankenhaus bereits dafür Geld erhält, dass bestimmte Leistungen angeboten werden. Bisher ist es für viele Krankenhäuser lukrativ, möglichst viele Behandlungen durchzuführen, da jede weitere Behandlung mehr Umsatz bedeutet. Es bleibt abzuwarten, ob der positive Effekt von weniger „unnötigen“ Behandlungen bei den getroffenen Regelungen eintritt. Der Ansatz an sich ist sicherlich unterstützenswert. Für die Pflege ist es von Bedeutung,

dass sie weiterhin wie gehabt über das Pflegebudget finanziert wird, wodurch jede Stelle vollumfänglich refinanziert ist.

### **Krankenhausreform und Bettenabbau**

Sehr sicher wird es durch die Krankenhausreform zu einer Schließung von Krankenhausabteilungen und -betten kommen. Dahinter steckt die richtige Einsicht, dass unser Krankenhaussystem Überkapazitäten aufweist. Bei überall vorherrschendem Personalmangel können Bettenschließungen gut für die professionelle Pflege sein, weil dadurch Überlastungssituationen abgefedert werden können. Für einzelne Pflegefachpersonen kann das aber auch einen Wechsel in andere Fachabteilungen oder Stationen innerhalb des Krankenhauses bedeuten. Wenn ganze Krankenhausstandorte geschlossen werden (oder sinnvollerweise in eine andere Gesundheitseinrichtung umgewandelt werden), bedeutet das vielleicht einen kompletten Arbeitsplatzwechsel. Das mag im Einzelfall mit Herausforderungen verbunden sein, beinhaltet aber auch die Chance, neue und spannende berufliche Arbeitsfelder mit dem vollen Einsatz fachlich-pflegerischer Kompetenzen und erweiterter Autonomie kennenzulernen und mitzuentwickeln.

### **Ausbildung und Praxisanleitung**

Ausbildungen sind nach wie vor an allen Krankenhausstandorten möglich. Es mag bei Krankenhausschließungen einen regionalen Effekt geben, dass Kooperationspartner für die akutstationären Einsätze fehlen bzw. die Fahrtstrecken sich verlängern. Gerade die Level 1i-Krankenhäuser bilden eine gute Schnittstelle zwischen der ambulanten und stationären Versorgung und sind dadurch ein ausgezeichnete Platz für die praktische Ausbildung. Praxisanleitung ist auch schon jetzt in allen Settings vorgeschrieben und wird auch weiterhin flächendeckend angeboten werden.

### **Was braucht es jetzt?**

Die Krankenhausreform könnte – in Kombinationen mit einem Pflegekompetenzgesetz – einen wertvollen Ansatzpunkt für die Weiterentwicklung der Pflege bieten. Der DBfK befürwortet die generelle Ausrichtung der Krankenhausreform. Auch die vorliegende Reform bietet einen ersten Ansatz, der in die richtige Richtung geht. Zur Wahrheit gehört aber auch: Die jetzige Ausgestaltung der Klinikreform geht nicht weit genug. Insbesondere in der sektorenübergreifenden Versorgung muss Pflege eine prominente Rolle spielen. Dazu braucht es, neben Nachbesserungen in der Gesetzgebung zur Krankenhausreform, vor allem die Gesetze zur pflegerischen Kompetenzerweiterung und die rechtliche Absicherung des neuen Berufsbildes der Advanced Practice Nurse. Anders wird die Gesundheitsversorgung in Zukunft nicht aufrechtzuerhalten sein.

(IB)