

# Positionspapier

## VdPB zu kritischen Aspekten der geplanten Krankenhausreform – pflegerische Versorgung auf mehreren Ebenen gefährdet

Weder der Diskurs auf politischer noch der auf Experten-Ebene lässt eine grundsätzliche Ablehnung einer umfassenden Krankenhausreform zu – sie ist angesichts des Fachkräftemangels und der zunehmenden Finanzierungsproblematik dringend erforderlich. Spätestens mit Beginn der Corona-Pandemie hat sich gezeigt, dass eine bedarfsgerechte Krankenhausversorgung ohne die Profession Pflege nicht möglich ist. Auch die Krise in der pädiatrischen Versorgung hat deutlich gemacht: Wird die Berufsgruppe der Pflegenden und deren Expertise in der strukturellen Planung und Finanzierung nicht oder nicht ausreichend berücksichtigt, kann ein Krankenhaus nicht funktionieren und die Akutversorgung langfristig nicht gesichert werden. Ohne die grundsätzliche Notwendigkeit von tiefgreifenden Veränderungen in Abrede zu stellen, sehen wir in den aktuellen Reformvorhaben insbesondere für die akutpflegerische Versorgung einige äußerst kritische Aspekte und halten es aus diesem Grund für unerlässlich, die vom Bundesgesundheitsministerium geplante Krankenhausreform mit Blick auf die Sicherung der pflegerischen Versorgung noch einmal auf den Prüfstand zu stellen, die Folgenabschätzung auf diesen Bereich auszudehnen und an den im Folgenden aufgeführten Punkten nachzubessern.

### 1. Pflegerische Aus- und Weiterbildung sichern

Es ist erklärtes Ziel der Politik und aller relevanten Akteure im Gesundheitswesen, die generalistische Pflegeausbildung zu fördern, Ausbildungskapazitäten stetig zu erhöhen und den Pflegeberuf in allen pflegerischen Settings attraktiver zu machen. Bei den Reformempfehlungen der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung gehört in den Versorgungsleveln *Ii* und *In* das Kriterium „Pflegeausbildung“ nicht zu den zwingend notwendigen Strukturvoraussetzungen und damit zu den Mindestanforderungen an Krankenhäuser dieser beiden Level. Das könnte unserer Ansicht nach zu einem dramatischen Abbau an Ausbildungsplätzen führen, wenn Träger der Level *Ii*- und Level *In*-Krankenhäuser beispielsweise aus Kostengründen oder Personalnot auf bestehende Pflegeausbildungskapazitäten verzichten, wenn diese in den Mindestanforderungen nicht vorgesehen sind.

Zudem haben die Erfahrungen der Vergangenheit gezeigt, dass Mindestanforderungen in der Krankenhausversorgung sich schnell als Standards etablieren, deren Erfüllung als ausreichend gilt. Als bestes Beispiel dürften die Pflegepersonaluntergrenzen gelten, die in der PpUGV zwar als rote Linie formuliert sind, in der praktischen Umsetzung aber eher als Maßstab und Zielgröße aufgefasst werden. Ähnliches darf den Ausbildungskapazitäten in der Pflege nicht widerfahren.

Wir raten daher dringend dazu, mindestens **die Anbindung an einen Pflegeausbildungsverbund von Häusern der beiden I-Level zu fordern**, um diese Ausbildungskapazitäten für die Zukunft zu sichern. Mit Blick auf die herausragende Eignung von Häusern der Versorgungsstufe *Ii* für die Wahrnehmung der breiten pflegefachlichen Aufgaben und Kompetenzen des Berufs (siehe auch Punkt 3) wäre ein Verlust der Ausbildungsplätze an jenen Standorten im besonderen Maße

schädigend für die Weiterentwicklung der Profession und ihrer Attraktivität und hätte gravierende negative systemische Auswirkungen auf die gesamte Gesundheitsversorgung.

Gleiches gilt prinzipiell auch für Weiterbildungsmöglichkeiten, die Pflegefachpersonen in allen Pflegesettings und Versorgungsstufen (einschließlich der Fachkliniken) zur Verfügung stehen müssen. Um die pflegerische Versorgung auf qualitativ hohem Niveau zu sichern, sind die Ressourcen für fachliche Weiterbildung zwingend auf allen Versorgungsstufen notwendig. Die Regelungen zur beruflichen Weiterbildung sind im Übrigen der beruflichen Selbstverwaltung der Pflege zu überlassen und können grundsätzlich nicht Bestandteil einer Krankenhausreform sein.

## 2. Personaleffekte realitätsnah einschätzen

Die Monitoringstudie zum Pflegepersonalbedarf in Bayern, die die VdPB erstmals 2020 vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung hat durchführen lassen, zeigt in allen Regionen Bayerns einen besorgniserregenden Mangel an Pflegefachpersonen sowie Assistenzkräften. Gleichzeitig bestätigt sie wie andere Studien auch die Annahme, dass sowohl stationäre Einrichtungen der Langzeitpflege als auch Krankenhäuser grundsätzlich im Vergleich zu anderen Pflegesettings viel Personal binden. Daraus allerdings den Schluss zu ziehen, man könne die flächendeckende Personalnot in der Pflege durch eine aus der Krankenhausreform resultierende Freisetzung von Personal dämpfen oder gar bewältigen, wie es die Stellungnahmen der Regierungskommission nahelegen, hält die VdPB für eine gravierende Fehleinschätzung, die die Lebensrealität von beruflich Pflegenden nicht berücksichtigt und zudem von falschen Prämissen ausgeht.

Die zugrundeliegende Annahme, **dass in deutschen Krankenhäusern im OECD-Vergleich überdurchschnittlich viel Pflegepersonal gebunden sei, basiert auf einer nachweislich falschen Nutzung von OECD-Daten** (Simon 2023). Bei korrektem Vergleich der relevanten Personalzahlen zeigt sich, dass Deutschland im OECD-Vergleich die niedrigste Anzahl von Pflegefach- und Assistenzpersonal in den Kliniken aufweist (4,85 Vollzeitäquivalente pro 1000 Einwohner im Jahr 2020; Spitzenreiter Norwegen hat 8,26; Simon 2023: 39). Fakt ist also, dass es überhaupt kein „umzuverteilendes“ Pflegepersonal in den Krankenhäusern gibt.

Weiterhin haben verschiedene Studien wiederholt belegt, dass der Mobilitätsradius beruflich Pflegenden im Schnitt bei etwa 20 Kilometern liegt. Das hat unterschiedliche Gründe, ist jedoch zu einem nicht unerheblichen Teil auf den Schichtdienst zurückzuführen. So erschweren beispielsweise Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienste das Pendeln zu weiter entfernten Arbeitsorten, insbesondere wenn kein nennenswertes Angebot im öffentlichen Nahverkehr existiert. Aufgrund dieser geringeren beruflichen Mobilität ist kaum zu erwarten, dass Pflegenden nach einer Schließung ihrer Abteilung (bei Herabstufung auf ein niedrigeres Versorgungslevel) oder gar einer ganzen Klinik bereitwillig in weiter entfernte Krankenhäuser wechseln. Im besten Fall „wandern“ Pflegefachpersonen in eine Einrichtung der Langzeitpflege oder in die ambulante Versorgung ab. Im schlechteren und ebenso wahrscheinlichen Fall verlassen sie den Pflegeberuf ganz.

Die Bindung von Pflegefachpersonen an ihr Fachgebiet und in vielen Fällen auch ihren gewohnten Arbeitsplatz sollte in ihren Auswirkungen nicht unterschätzt werden. Im fränkischen Schweinfurt machen aktuell zwei Kliniken die Erfahrung, wie schwierig zum Beispiel der Tausch von

Leistungsgruppen ist, wenn er Personalverschiebungen nötig macht. Das Leopoldina-Krankenhaus und das nur drei Kilometer entfernte Krankenhaus St. Josef wollen bis 2030 einen effizienten Klinik-Verbund bilden. Trotz Arbeitsplatzgarantie für die Mitarbeitenden hat die Ankündigung der Kooperation für massive Kritik und Verunsicherung in den Belegschaften der beiden Häuser gesorgt. Daran lässt sich ablesen, was geschieht, wenn sich Personal – vor allem Pflegefachpersonen – als willkürlich verschiebbare Masse einer Reform begreifen.

**Die VdPB geht daher davon aus, dass der in den Reformvorschlägen hinterlegte theoretische Effekt einer Stabilisierung der Personalsituationen durch Konsolidierung der Standorte in der Realität genau das Gegenteil bewirken wird: Eine noch drastischere Verschlechterung der Personalsituation in der Pflege.**

### **3. Pflegerische Kompetenzen zielgerichtet und effizient einsetzen**

Das Konzept der Level-Ii-Krankenhäuser, also der integrierten ambulant-stationären Versorgung, könnte vom Grundsatz her nach Ansicht der VdPB den Versorgungsbedarfen insbesondere in der Fläche entgegenkommen, sofern es für einen niederschweligen Zugang und eine Versorgung mit einem Fokus auf pflegerischen Leistungen und Möglichkeiten sorgt. Denn hier könnten – den zielgerichteten Einsatz von pflegerischen Kompetenzen vorausgesetzt – tatsächlich viele der bislang vollstationär versorgten Fälle aufgefangen und durch einen Präventions-Ansatz längere Krankenhausaufenthalte vermieden werden. Insbesondere mit Blick auf die Weiterentwicklung des Berufsbilds Pflege und der angestrebten Professionalisierung sehen wir das Konzept als ausgesprochen zielführend. Deutlich weitergehende Kompetenzzuweisungen und nicht zuletzt eine inhaltlich breitere sowie vor allem einfacher geregelte Befugnis für Pflegefachpersonen zur Heilkundeausübung sind ergänzend notwendig, damit diese Entwicklung ihre Wirksamkeit auch vollständig entfalten kann und pflegerische Kompetenzen effizient zur Geltung kommen.

Wie bereits ausgeführt müsste vor allem Level Ii sinnvoll in Ausbildungsregelungen nach PflBG/ PflAPrV eingebunden werden. Nach Ansicht der VdPB ist das jedoch inhaltlich ohne größere Probleme machbar, sofern hier bei den zwingend notwendigen Strukturvoraussetzungen für die Level I in der Krankenhausreform nachgebessert und mindestens die Anbindung an einen Ausbildungsverbund ergänzt wird.

### **4. Profession Pflege in Krankenhaus-Planung einbinden**

Die Bedeutung der Profession Pflege für eine umfassende Gesundheitsversorgung der Bürgerinnen und Bürger hat sich mit der Corona-Pandemie in den Mittelpunkt der öffentlichen Aufmerksamkeit geschoben. Bislang ist das jedoch ohne Auswirkungen auf die gesundheitspolitischen Diskurse geblieben. Das zeigt sich nicht zuletzt auch in den Stellungnahmen der Regierungskommission und den aktuell geführten Debatten zur geplanten Krankenhausreform.

Die VdPB hält es jedoch für zwingend erforderlich, die größte Berufsgruppe des Gesundheitswesens mit ihrer Expertise in die Krankenhaus-Planung einzubinden und auch auf Bundesebene für entsprechende Gremienbeteiligung zu sorgen.

München, 27.03.2023