

Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport
Mecklenburg-Vorpommern

19048 Schwerin

Berlin, 10. Juli 2024

Stellungnahme des DBfK Nordost zum Eckpunktepapier Landeskrankenhausreformgesetz Mecklenburg-Vorpommern (LKHRG M-V)

Der DBfK Nordost bedankt sich für die Möglichkeit, zum Eckpunktepapier des Landeskrankenhausreformgesetzes Stellung zu nehmen und im parlamentarischen Verfahren dazu angehört zu werden. Die Krankenhausstrukturreform ist eines der größten Reformvorhaben der Bundesregierung in der aktuellen Wahlperiode und verursacht sowohl in der Bevölkerung als auch in der Politik häufig Befürchtungen vor einer unumkehrbaren Verschlechterung der klinischen Versorgung. Der DBfK Nordost begrüßt daher vor allem die rechtzeitige Auseinandersetzung mit den Folgen der Reform auf Landesebene und ist überzeugt, dass die Veränderungen nicht nur dringend notwendig sind, sondern in der richtigen Weichenstellung auch zu einer Verbesserung der medizinischen und pflegerischen Versorgung führen werden.

Der DBfK Nordost begrüßt die geplante Patient:innenzentrierung der medizinisch und pflegerischen Versorgung – nicht nur im Krankenhaus. Das aktuelle Krankenhausvergütungssystem ist aber noch nicht auf dieses Ziel hin aufgestellt. Darum braucht es dringend eine Änderung der Vergütung (DRGs). Die Vergütung der Pflege im Krankenhaus über das Pflegebudget ist eine große Errungenschaft und sollte unverändert beibehalten werden.

Sektorenübergreifende Versorgung

Die sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen haben aus Sicht des DBfK Nordost das größte 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 und sollten je nach regionalem Bedarf auch als Primärversorgungszentrum aufgestellt sein können. Gerade wenn sektorenübergreifende Versorger 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.

Die sektorenübergreifenden Versorger können außerdem mit Rekonvaleszenzbetten eine wohnortnahe Anschlussversorgung gewährleisten, wenn Patient:innen aufgrund komplexer Behandlungen zunächst in weiter entfernte und spezialisierten Krankenhäusern behandelt wurden und vor der Entlassung nach Hause noch eine stationäre Versorgung benötigen. Die meisten Patient:innen in diesem Versorgungssetting werden vor allem Pflege benötigen, ansonsten käme in der Regel eine rein ambulante medizinische Versorgung in Betracht. Dies ist vor allem für ältere, multimorbide Patient:innen sinnvoll.

Die Innovationskraft von sektorenübergreifenden Versorgern hängt also stark davon ab, wie sehr sie die bestehende Lücke in der Versorgung schließen können. Es ist indiziert, pflegeleitete Krankenhäuser nach internationalem Vorbild zu schaffen. Aus mehreren internationalen Studien ist inzwischen bekannt, dass die Behandlungsergebnisse in pflegegeleiteten Krankenhäusern gleichwertig oder sogar besser sind.^[1] Gleichzeitig ist die Kosteneffizienz und Zufriedenheit der Patient:innen besser. Insofern ist es konsequent auch in Deutschland pflegegeleitete Krankenhäuser zu ermöglichen mit einer pflegfachlichen Leitung auf dem Qualifikationsniveau Master im Sinne von Advanced Practice Nursing (APN). In Krankenhäusern, die gleichzeitig als Primärversorgungszentrum fungieren, sollten zudem Community Health Nurses (CHN) beschäftigt sein. Die neuen Berufsbilder der pflegerischen Versorgung verfügen über die Kompetenz, diese Krankenhäuser fachlich zu leiten. Die APN auf Masterniveau haben unterschiedliche Schwerpunkte (z. B. für Intensiv- und Notfallpflege, Pädiatrie, Geriatrie), ähnlich einer Facharztausbildung.

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 Krankenhäusern sowie der reformierte Rettungsdienst bzw. ein ärztlicher Bereitschaftsdienst gegeben sind. Für akute Notfälle kann der Rettungsdienst eingezogen werden. Idealerweise ist der Rettungsdienst mit Krankentransportwagen, Rettungswagen und ggf. Hubschrauber direkt angebunden. Dann kann eine schnelle Zuweisung und Überleitung in das für den spezifischen Fall am besten geeignete Krankenhaus erfolgen.

Krankenhausplanung

Die Umstellung der Krankenhausplanung nach Leistungsgruppen ist aus Sicht des DBfK Nordost ebenfalls begrüßenswert. Innerhalb der Leistungsgruppen muss allerdings auch die pflegerische Fachkompetenz entsprechend abgebildet werden. Eine hochwertige Gesundheitsversorgung beinhaltet die Expertise aller Gesundheitsberufe, das sollte von Beginn an in die Leistungsgruppen aufgenommen werden.

Der DBfK Nordost befürwortet sehr, die Leistungsgruppen an Mindestqualitätskriterien zu koppeln. Gerade die personelle Ausstattung der Pflegeberufe (sowohl in der quantitativen Ausstattung, als auch der Einsatz von Pflegefachpersonen mit hochschulischen Abschluss) ist enorm wichtig für die pflegerische Qualität, wie viele internationale Studien zeigen und aktuell in NRW für die spezifisch deutschen Verhältnisse mit der TAILR-Studie erforscht wird.

^[1] Wong, F., Chung L. (2006): Establishing a definition for a nurse-led clinic: structure, process. & New, J., Mason, J., Freemantle, N., Teasdale, S. Wong, L.; Bruce, N.; Burns, J.; Gibson, J. (2003): Outcome und Specialist Nurse-Led Intervention to Treat and Control Hypertension and Hyperlipidemia in Diabetes (SPLINT): A randomized controlled trial.

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.

Die Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) als sonstige Struktur- und Prozesskriterien, die in den Qualitätskriterien im Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen festgelegt sind, bilden lediglich das Minimum an pflegerischer Strukturqualität ab, um keine Gefährdung der Patient:innen zu erreichen. Eine qualitativ hochwertige Versorgung kann damit nicht gewährleistet werden. Außerdem sollen die sonstigen Struktur- und Prozesskriterien vorerst keine Anwendung finden, dadurch ist pflegerische Qualität in den Leistungsgruppen überhaupt nicht abgebildet.

Des Weiteren ist die Struktur der PPUGV (also die Fachbereiche) mit der Struktur der Leistungsgruppen nicht kompatibel; die PPBV dagegen hat den Vorteil, dass sie fachbereichsunabhängig erfasst wird und daher in jeder Leistungsgruppe anwendbar ist. Deshalb muss bereits beim ersten Inkrafttreten eine Regelung für die pflegerische Personalausstattung erfolgen. Der Ansatz der PPR 2.0 mit den assoziierten Instrumenten und den angestoßenen Weiterentwicklungen, welcher aktuell in der PPBV gesetzlich geregelt wird, bilden dafür die sinnvollste Grundlage, gerade auch im Sinne einer Entbürokratisierung. Die PPBV sollte zukünftig als Strukturmerkmal der pflegerischen Personalausstattung in allen gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen Anwendung finden. Als Mindeststrukturmerkmal der pflegerischen Personalausstattung wird zu Beginn das Niveau von einem Erfüllungsgrad von 80 % der PPR 2.0 vorgeschlagen. Anpassungen bis zu einem Erfüllungsgrad von 100 % müssen sukzessive erfolgen.

Außerdem wird in Krankenhäusern aller Level zukünftig eine Quote von 30 % 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. Als erster Startpunkt kann eine realistische Quote von 2 % im Gesetzestext geregelt werden.

Zukünftig müssen auch Prozess- und Ergebnisqualitätsindikatoren betrachtet werden. Dazu braucht es Forschungsförderungen für die Pflegewissenschaft, um entsprechende pflegewissenschaftliche Forschung durchzuführen und die Disziplinbildung in den Pflegewissenschaften zu fördern.

Eine Erfüllung von besonderen Qualitätszielen könnte zukünftig mit einem monetären Vorteil „Pay for Performance“ verknüpft werden. Das würde den Anreiz für besondere Qualitätskriterien setzen, in der pflegerischen Qualität könnte das bereits zu Beginn festgelegt werden, z.B. mit einem PPR 2.0 Erfüllungsgrad von 90 % und einer Quote an akademisch ausgebildeten Pflegefachpersonen von 5 %

Fachkräftesicherung

Die Sicherung von Pflegefachpersonen wird auch für den pflegerischen Bereich entscheidend für die Versorgungsqualität in stationären und ambulanten Versorgungssettings sein. Alle aktuellen Studien und Empfehlungen zur Fachkräftesicherung in der Pflege weisen deutlich darauf hin, dass eine Vergrößerung des Kompetenzbereiches der Pflegefachpersonen zu einer größeren Bindung an die Einrichtungen und Arbeitsplätze führen wird. Pflegefachpersonen sind fachlich in der Lage, sehr viel mehr Verantwortung zu

übernehmen, als ihnen im Gesundheitssystem zugestanden wird. Eine Inklusion der pflegerischen Expertise auf Augenhöhe mit anderen Gesundheitsberufen wird nicht nur zu einer besseren Versorgung führen, sondern auch attraktive Arbeits- und Ausbildungsplätze für Pflegefachpersonen bereitstellen.

Für Nachfragen und weitere Informationen stehe ich gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, reading "Heike Prestin". The script is cursive and fluid.

Heike Prestin
(Geschäftsführerin DBfK Nordost)