

DBfK Nordwest e.V. · Bödekerstraße 56 · 30161 Hannover

An

Schleswig-Holsteinischer Landtag  
Sozialausschuss  
Vorsitzende Frau Rathje-Hoffmann  
Düsternbrooker Weg 70  
24105 Kiel

– per E-Mail –

**DBfK Nordwest e.V.**

Geschäftsstelle  
Bödekerstraße 56  
30161 Hannover

Regionalvertretung Nord  
Am Hochkamp 14  
23611 Bad Schwartau

Regionalvertretung West  
Beethovenstraße 32  
45128 Essen

Zentral erreichbar  
T +49 511 696 844-0  
F +49 511 696 844-299

nordwest@dbfk.de  
www.dbfk.de

16.09.2026

**Stellungnahme des DBfK Nordwest e.V. zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Krankenhausversorgung und Änderungen des Krebsregistergesetzes – Gesetzentwurf der Landesregierung | Drucksache 20/4697**

Sehr geehrte Frau Rathje-Hoffmann,

vielen Dank für die Einladung zur Anhörung des Sozialausschusses am 5. Oktober 2026 und für die Möglichkeit, zum oben genannten Gesetzentwurf im Vorfeld schriftlich Stellung zu nehmen.

Die Krankenhausplanung mit Leistungsgruppen sowie die sektorenübergreifende Versorgung sollen damit in Schleswig-Holstein konkret ausgestaltet werden. Diese Entscheidungen wirken unmittelbar auf Leistungsangebote, Personalstrukturen und regionale Versorgungspfade.

Als Berufsverband für Pflegeberufe konzentrieren wir unsere Stellungnahme auf diese Wirkbereiche. Zu den mit Artikel 2 vorgesehenen Änderungen des Krebsregistergesetzes Schleswig-Holstein nimmt der DBfK Nordwest keine gesonderte Stellung.

Wir freuen uns auf den weiteren Austausch im Rahmen der Anhörung.

Im Folgenden legen wir Ihnen unsere vollständige schriftliche Stellungnahme vor.

Mit freundlichen Grüßen

Sandra Mehmecke

Geschäftsführerin DBfK Nordwest

# **Stellungnahme des DBfK Nordwest e.V.**

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Krankenhausversorgung  
und Änderungen des Krebsregistergesetzes

- Gesetzentwurf der Landesregierung | Drucksache 20/4697

16. September 2026

## **1. Gesamtbewertung**

Der DBfK Nordwest begrüßt die Zielsetzung des Gesetzentwurfs, die Krankenhausversorgung in Schleswig-Holstein bedarfsgerecht, qualitativ hochwertig, sektorenübergreifend und krisenfest weiterzuentwickeln. Positiv sind insbesondere die stärkere Datenorientierung der Krankenhausplanung, die Einführung landeseigener psychiatrischer Leistungsgruppen, die institutionelle Verankerung eines Gesundheitsversorgungsrates und die Fortführung der gleichrangigen pflegerischen Leitung im Krankenhaus.

Gleichzeitig zeigt der Entwurf eine strukturelle Schwäche, die der DBfK Nordwest bereits in früheren Stellungnahmen zum Landeskrankenhausgesetz und zur Krankenhausplanung kritisiert hat: Pflege wird als unverzichtbarer Teil der Versorgung anerkannt, ist aber in den maßgeblichen Planungs- und Entscheidungsstrukturen nicht gleichrangig verankert. Bereits 2020 haben wir für Schleswig-Holstein ein echtes Beteiligungsrecht der professionellen Pflege an der Krankenhausplanung sowie klare quantitative und qualitative Anforderungen an die pflegerische Personalausstattung gefordert. Diese Forderung ist vor dem Hintergrund der aktuellen Krankenhausreform noch dringlicher.

Die bundesrechtliche Krankenhausreform verändert die Steuerungslogik grundlegend: Künftig entscheiden Leistungsgruppen und die zugehörigen Qualitätsanforderungen darüber, welche Leistungen an welchem Standort angeboten werden können. Schleswig-Holstein schafft hierzu sechs Versorgungsregionen und entwickelt den Krankenhausplan leistungsgruppenbezogen weiter. Parallel werden sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen und neue Rollen an der Schnittstelle zwischen stationärer, ambulanter und pflegerischer Versorgung relevant. Eine ausschließlich medizinisch-strukturelle Sicht würde deshalb zentrale Versorgungsrealitäten ausblenden.

Die DBfK-Position ist seit Jahren konsistent: Personalbemessung, Finanzierung und Qualitätsanforderungen dürfen nicht getrennt betrachtet werden. Pflegebedarf bzw. pflegfachlicher Unterstützungsbedarf muss ermittelt, die notwendige Personalausstattung finanziert und pflegerische Qualität als Voraussetzung für Leistungsangebote berücksichtigt werden. Hinzu kommt die Perspektive einer gemeinsamen Versorgungsplanung: Krankenhausplanung, vertragsärztliche Bedarfsplanung, pflegerische Versorgungsplanung und kommunale Gesundheitsplanung müssen regional aufeinander bezogen werden.

Unsere Kernpunkte auf einen Blick:

### **Kernforderungen des DBfK Nordwest**

1. Profession Pflege durch maßgebliche, auf Landesebene tätige Berufsorganisation als ständiges Mitglied im Ausschuss Krankenhausplanung und im Gesundheitsversorgungsrat verankern;
2. Eigenständiges Initiativ- und Befassungsrecht des Gesundheitsversorgungsrates – nicht nur Anrufung durch Ausschüsse;
3. Pflegerische Leistungserfordernisse, Personalbedarf, Qualifikationsmix und pflegesensitive Qualitätskriterien verbindlich in der Krankenhausplanung;
4. Pflegequalität in Leistungsgruppen strukturell abbilden: Mindestschutz (PpUG), bedarfsgerechte Personalbemessung, Fachqualifikationen, akademische Expertise sowie Prozess- und Ergebnisqualität;
5. Psychiatrische Leistungsgruppen dürfen auch bei Ausnahmen nicht ohne pflegerische Mindeststandards auskommen;
6. Sektorenübergreifende Planung muss Krankenhaus-, vertragsärztliche, pflegerische und kommunale Versorgungsplanung zusammenführen und neue pflegegeleitete Versorgungsmodelle ermöglichen.

## **2. Zu § 5 – Gremien und Ausschüsse**

### **2.1 Profession Pflege als ständiges Mitglied**

Der Ausschuss Krankenhausplanung berät planerische und strukturelle Grundsatzentscheidungen. Im Gesundheitsversorgungsrat sollen sektorenübergreifende Versorgungsfragen, Notlagen sowie Fragen von Zuweisung, Verlegung, Entlassung und intersektoraler Weiterleitung beraten werden. Beide Gremien wirken damit an der Vorbereitung und Gestaltung von Entscheidungen beziehungsweise Empfehlungen mit, die die pflegerische Versorgung unmittelbar betreffen.

Trotzdem ist die Profession Pflege in keinem der beiden Gremien als ständiges Mitglied vorgesehen. Die Gesetzesbegründung nennt eine Interessenvertretung der Pflege lediglich als mögliche, themenspezifisch hinzuzuziehende Beteiligte. Dies bleibt deutlich hinter der Bedeutung der Profession zurück. Der DBfK Nordwest hat bereits 2020 für Schleswig-Holstein empfohlen, Pflegefachpersonen als unmittelbar Beteiligte in die Krankenhausplanung aufzunehmen.

Die professionelle Pflege koordiniert wesentliche Behandlungs- und Versorgungsprozesse, übernimmt kontinuierliches klinisches Monitoring und gestaltet die Schnittstellen zu nachgelagerten Versorgungssettings. Sie verfügt damit über eine eigenständige Versorgungsperspektive, die weder durch die Krankenhausgesellschaft noch durch Kostenträger oder andere Berufsgruppen ersetzt werden kann.

Der DBfK Nordwest fordert, die professionelle Pflege sowohl im Ausschuss Krankenhausplanung nach § 5 Abs. 3 als auch im Gesundheitsversorgungsrat nach § 5 Abs. 5 dauerhaft durch eine maßgebliche, auf Landesebene tätige Berufsorganisation der professionellen Pflege zu vertreten.

**Für den Gesetzestext schlagen wir vor, die Aufzählung der ständigen Mitglieder in § 5 Abs. 3 und § 5 Abs. 5 jeweils um folgende Formulierung zu ergänzen:**

„eine maßgebliche, auf Landesebene tätige Berufsorganisation der professionellen Pflege“.

Mit der ständigen Mitgliedschaft müssen der Vertretung der professionellen Pflege entsprechend dem jeweiligen Gremienstatus gleichberechtigte Verfahrens- und Mitwirkungsrechte eingeräumt werden. Hierzu zählen insbesondere Teilnahme-, Informations-, Rede-, Antrags- und Themenvorschlagsrechte.

Der DBfK Nordwest ist als maßgebliche auf Landesebene tätige Berufsorganisation der professionellen Pflege in besonderer Weise geeignet, diese Perspektive einzubringen. Seine Mitglieder sind in unterschiedlichen Bereichen und Sektoren der Gesundheitsversorgung tätig – unter anderem in Krankenhäusern, der ambulanten und stationären Langzeitpflege, Rehabilitation, Bildung und Wissenschaft. Dadurch bündelt der DBfK Nordwest pflegefachliche Expertise ebenso wie Erfahrungen an den Schnittstellen zwischen den Versorgungssektoren.

## **2.2 Gesundheitsversorgungsrat: eigenständiges Initiativ- und Befassungsrecht**

Der DBfK Nordwest unterstützt ausdrücklich die Bündelung sektorenübergreifender Fragestellungen in einem Gesundheitsversorgungsrat. Die konkrete Formulierung in § 5 Abs. 5 ist jedoch zu eng. Der Gesundheitsversorgungsrat ist nach § 5 Abs. 5 als Beirat für intersektorale Fragestellungen ausgestaltet. Er hat ausschließlich beratende Funktion und ist nach dem bisherigen Wortlaut insbesondere in den dort genannten Fällen von den Ausschüssen anzurufen. Dies kann so verstanden werden, dass seine Befassung grundsätzlich von einer Initiative der Ausschüsse abhängt.

Bundesrechtlich ist eine solche Abhängigkeit nicht vorgegeben. § 90a SGB V eröffnet dem gemeinsamen Landesgremium die Möglichkeit, Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abzugeben. Das Bundesrecht knüpft diese Empfehlungsbefugnis nicht an eine vorherige Anrufung durch andere Gremien. Auch § 8a SGB XI zeigt, dass sektorenübergreifende pflegerische Versorgungsfragen auf Landesebene eigenständig beraten und mit dem § 90a-Gremium abgestimmt werden können.

Die praktische Relevanz ist erheblich. Versorgungslücken entstehen häufig gerade dort, wo kein einzelner Sektor allein zuständig ist. Dies betrifft beispielsweise die häusliche Krankenpflege, pflegerische Anschlussversorgung nach Krankenhausaufenthalt, Entlass- und Übergangsmanagement sowie neue pflegegeleitete Versorgungsmodelle. Solche Themen dürfen nicht davon abhängig sein, ob ein Krankenhausplanungs- oder Finanzierungsausschuss sie aufgreift.

Ein Beispiel hierfür sind Versorgungslücken bei der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege (pHKP) in Schleswig-Holstein, auf die der DBfK Nordwest in den vergangenen Jahren wiederholt hingewiesen hat. Gerade daran zeigt sich, dass sektorenübergreifende Versorgungsprobleme eigenständig auf die Tagesordnung des Gesundheitsversorgungsrates gelangen können müssen. Der Gesundheitsversorgungsrat sollte deshalb befugt sein, solche Versorgungslücken zu identifizieren, ihre Auswirkungen auf regionale Versorgungspfade zu bewerten und Empfehlungen zu ihrer Schließung sowie zur Weiterentwicklung erforderlicher ambulanter Versorgungsangebote zu entwickeln. Dies betrifft insbesondere auch die psychiatrische häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V. Eine solche Befassung ist sowohl zur Vermeidung vermeidbarer Krankenhausaufenthalte als auch zur Sicherstellung tragfähiger Entlass- und Übergangsprozesse erforderlich.

### **Vorgeschlagene Fassung für § 5 Abs. 5:**

„Der Gesundheitsversorgungsrat kann sich auf eigenen Beschluss sowie auf Antrag eines ständigen Mitglieds mit sektorenübergreifenden Versorgungsfragen befassen und hierzu Empfehlungen abgeben. Die ständigen Mitglieder sind berechtigt, Beratungsgegenstände vorzuschlagen. Daneben ist der Gesundheitsversorgungsrat von den Ausschüssen insbesondere im Falle landesweiter oder regionaler Notlagen, bei sektorenübergreifenden Versorgungsfragen nach § 90a SGB V, bei Fragestellungen zur Prozessoptimierung im Rahmen der Zuweisung, Verlegung und Entlassung von

Patientinnen und Patienten sowie bei Fragestellungen zur bedarfsgerechten, fallabschließenden intersektoralen Weiterleitung von Patientinnen und Patienten anzurufen.“

Die Verbindung von ständiger Mitgliedschaft und eigenständigem Initiativrecht ist aus Sicht des DBfK Nordwest von besonderer Bedeutung. Erst wenn auch die professionelle Pflege selbst Beratungsgegenstände einbringen kann, ist gewährleistet, dass sektorenübergreifende Versorgungslücken aus pflegfachlicher Perspektive auf die Tagesordnung gelangen. Damit wird der Impuls aus der Praxis aufgegriffen, ohne den Gesundheitsversorgungsrat zu einem zusätzlichen Entscheidungsgremium mit Parallelzuständigkeiten zu machen. Seine Funktion bleibt beratend; zugleich wird seine notwendige fachliche Eigenständigkeit gesichert.

### **2.3 Perspektive einer gemeinsamen Versorgungsplanung**

Der DBfK Nordwest hat bereits 2023 für Schleswig-Holstein gefordert, Landeskrankenhausplanung, vertragsärztliche Bedarfsplanung, eine effektive Landespflegeplanung sowie kommunale Gesundheitsplanung einschließlich Prävention, Gesundheitskompetenz, Rehabilitation und Palliation mittel- und langfristig zusammenzuführen. Diese Forderung ist angesichts der aktuellen Reform hochaktuell.

Der Gesundheitsversorgungsrat sollte deshalb nicht nur Einzelfragen der intersektoralen Weiterleitung beraten, sondern als Forum für eine abgestimmte regionale Versorgungsplanung genutzt werden. Krankenhausstrukturentscheidungen können ansonsten Versorgungsprobleme lediglich in den ambulanten oder pflegerischen Bereich verlagern. Gerade bei der Konzentration von Leistungsangeboten, der Verkürzung stationärer Aufenthalte oder der Umwandlung von Standorten muss sichergestellt sein, dass ambulante, rehabilitative, pflegerische und kommunale Anschlussstrukturen tatsächlich verfügbar sind.

## **3. Zu § 6 Abs. 4 – Datengrundlage der Krankenhausplanung**

Der Gesetzentwurf verlangt Auskünfte zur apparativen, technischen und personellen Ausstattung, nennt anschließend jedoch nur allgemeine statistische Angaben über das „medizinische Fachpersonal“. Dies ist fachlich zu eng und bildet die Versorgungsrealität im Krankenhaus nicht ab.

Bereits in unserer DBfK-Stellungnahme zum LKHG 2020 haben wir gefordert, Anzahl und Qualifikation des vorgehaltenen Personals differenziert nach Fachabteilungen als Planungsgrundlage zu erheben und die Daten strukturiert verfügbar zu machen. Diese Forderung sollte nun ausdrücklich auf pflegerische Daten konkretisiert werden:

- Anzahl der Pflegefachpersonen und tatsächliche Besetzung nach relevanten Versorgungsbereichen;
- Qualifikationsmix, Fachweiterbildungen und Verfügbarkeit spezialisierter Pflegeexpertise;
- Anteil hochschulisch qualifizierter Pflegefachpersonen und APN-Rollen;
- Praxisanleitung und Ausbildungsfunktion;
- Vakanzen, Fluktuation und – soweit steuerungsrelevant – pflegebezogene Versorgungsrisiken.

Dabei sollten vorhandene Datenquellen genutzt und zusätzliche Dokumentationspflichten auf das notwendige Maß begrenzt werden. Ziel ist Steuerungsfähigkeit, nicht neue Bürokratie.

**Änderungsvorschlag:**

In § 6 Abs. 4 Nr. 7 sollte „medizinisches Fachpersonal“ mindestens durch „medizinisches und pflegerisches Fachpersonal“ ersetzt werden. Zusätzlich sollte die Norm die Erhebung qualifikationsbezogener Personaldaten ausdrücklich ermöglichen.

## **4. Zu § 7 – Inhalt des Krankenhausplans**

### **4.1 Pflegerische Leistungserfordernisse ausdrücklich aufnehmen**

Zwischen Gesetzestext und Begründung besteht an dieser Stelle eine auffällige Inkonsistenz. Die Begründung zu § 7 Abs. 2 führt aus, dass sowohl die Versorgungsangebote benachbarter Länder als auch pflegerische Leistungserfordernisse zu berücksichtigen seien. Im Normtext ist hingegen nur die Berücksichtigung der Versorgungsangebote benachbarter Länder enthalten.

Der DBfK Nordwest hält die ausdrückliche Aufnahme pflegerischer Leistungserfordernisse für zwingend. Die Krankenhausplanung darf nicht ausschließlich medizinische Leistungsstrukturen abbilden. Sie muss berücksichtigen, welche pflegerische Versorgung zur sicheren Durchführung von medizinischen Leistungen einer Leistungsgruppe erforderlich ist und welche Konsequenzen strukturelle Veränderungen für nachgelagerte pflegerische Versorgungspfade haben.

#### **Vorgeschlagene Ergänzung in § 7 Abs. 2:**

„Der Krankenhausplan berücksichtigt die Versorgungsangebote benachbarter Länder sowie die pflegerischen Leistungserfordernisse. Bei der Festlegung von Qualitätsanforderungen sind insbesondere eine bedarfsgerechte pflegerische Personalausstattung, der erforderliche Qualifikationsmix, die Verfügbarkeit fachpflegerischer Expertise sowie pflegesensitive Qualitätsanforderungen zu berücksichtigen.“

### **4.2 Pflegequalität in Leistungsgruppen verbindlich abbilden**

Die DBfK-Position zur Krankenhausreform ist eindeutig: Pflegequalität darf nicht nur indirekt über medizinische Strukturen mitgedacht werden. Qualitätskriterien müssen die pflegerische Personalausstattung, Qualifikation, pflegerische Prozesse und pflegebezogene Ergebnisse erfassen.

Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) markieren dabei nur eine rote Linie gegen besonders kritische Unterbesetzung; sie sind keine bedarfsgerechte Zielgröße. Die frühere verbindliche Pflegepersonalbemessung wurde bundesrechtlich abgeschwächt. Daraus folgt umso mehr die Notwendigkeit, die landesrechtlich verbleibenden Gestaltungsspielräume für pflegesensitive Qualitätsanforderungen zu nutzen und die bundesrechtliche Weiterentwicklung der Leistungsgruppen aktiv pflegefachlich zu begleiten.

Aus Sicht des DBfK gehören folgende Ebenen zusammen:

- Mindestschutz gegen gefährliche Unterbesetzung (Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG));
- bedarfsgerechte Personalbedarfsermittlung auf Basis der PPR 2.0/ PPR 2.x beziehungsweise fachlich geeigneter Instrumente;
- Qualifikationsmix, Fachweiterbildungen und spezialisierte pflegerische Expertise;
- schrittweiser Ausbau hochschulisch qualifizierter Pflegefachpersonen und APN-Strukturen;
- Prozessqualität, insbesondere Umsetzung der pflegerischen Vorbehaltsaufgaben nach § 4 PflBG und pflegerisch verantwortete Versorgungsprozesse;

- Ergebnisqualität und pflegesensitive Outcomes einschließlich Patient:innenerfahrungen.

Der DBfK hat auf Bundesebene zudem einen stufenweisen Aufbau solcher Qualitätskriterien gefordert. Für Schleswig-Holstein ist entscheidend, dass der Krankenhausplan die landesrechtlich möglichen Qualitätsvorgaben nicht auf technische und ärztliche Strukturen verengt und die Profession Pflege verbindlich an deren Entwicklung beteiligt.

## **5. Zu § 7a – Zuweisung psychiatrischer Leistungsgruppen**

Die Einführung landeseigener psychiatrischer Leistungsgruppen wird grundsätzlich von uns begrüßt. Schleswig-Holstein kann hier eine Versorgungsplanung entwickeln, die den Besonderheiten psychiatrischer und psychosomatischer Versorgung Rechnung trägt.

Kritisch ist jedoch § 7a Abs. 5. Danach kann eine psychiatrische Leistungsgruppe in bestimmten Fällen auch bei Nichterfüllung von Qualitätsanforderungen zugewiesen werden. Eine zwingende personelle Untergrenze wird ausschließlich für die fachärztliche Besetzung formuliert. Die Begründung leitet diesen nicht unterschreitbaren personellen Mindeststandard ausdrücklich aus Gründen der Versorgungsqualität und Patient:innensicherheit her. Eine entsprechende nicht unterschreitbare pflegerische Qualitätsanforderung fehlt.

Dies ist nicht sachgerecht. Psychiatrische Krankenhausversorgung wird rund um die Uhr wesentlich durch Pflegefachpersonen getragen. Psychiatrisch Pflegende übernehmen kontinuierliche klinische Beobachtung, Beziehungsgestaltung, Krisenerkennung, Deeskalation, Suizid- und Gewaltprävention, Milieugestaltung, Beratung und Koordination. Eine unzureichende pflegerische Ausstattung gefährdet Patient:innensicherheit ebenso wie eine unzureichende ärztliche Ausstattung.

Zwingend sind für die psychiatrische Pflichtversorgung eine qualitativ und quantitativ angemessene multiprofessionelle Personalausstattung sowie eine ausdrücklich abgesicherte pflegefachliche Leitungsverantwortung.

### **Änderungsvorschlag:**

Auch bei einer Ausnahmeentscheidung nach § 7a Abs. 5 müssen nicht unterschreitbare pflegerische Mindestanforderungen und ein qualifikationsgerechter Skill-Grade-Mix gewährleistet sein. Die landesrechtlichen pflegerischen Qualitätsanforderungen sollten am tatsächlichen Versorgungsbedarf ausgerichtet und unter Berücksichtigung der einschlägigen fachlichen Standards weiterentwickelt werden. Die unabhängig geltenden Vorgaben der PPP-RL bleiben hiervon unberührt.

## **6. Zu § 27 – Patient:innen mit besonderem Betreuungsbedarf**

Der aktuelle Entwurf übernimmt die bereits 2020 vom DBfK Nordwest kritisierte arztzentrierte Regelung zur Mitaufnahme von Begleitpersonen. Bei Menschen mit Behinderung oder Demenz soll die Mitaufnahme maßgeblich durch die verantwortliche Krankenhausärztin bzw. den verantwortlichen Krankenhausarzt befürwortet werden.

Bei einem erheblichen Teil dieser Konstellationen handelt es sich jedoch gerade um pflegefachlich zu beurteilende Bedarfe: Orientierung, Kommunikation, Verhaltensbesonderheiten, Unterstützung bei Aktivitäten des täglichen Lebens, Delir- oder Dekompensationsrisiken und Kontinuität vertrauter Unterstützung. Die professionelle Pflege muss deshalb gleichberechtigt fachlich beurteilen und

befürworten können, ob eine Begleitperson aufgrund pflege- oder betreuungsbezogener Bedarfe erforderlich ist. Damit würde die pflegefachliche Einschätzung bei einem überwiegend pflege- und betreuungsbezogenen Unterstützungsbedarf der ärztlichen Einschätzung gleichgestellt, ohne die leistungsrechtliche Feststellung einer medizinischen Notwendigkeit generell auf Pflegefachpersonen zu übertragen.

**Änderungsvorschlag: § 27 Abs. 2 sollte wie folgt ergänzt werden:**

„... bei Patientinnen und Patienten mit Behinderung oder Menschen mit Demenz, soweit die verantwortliche Pflegefachperson oder die verantwortliche Krankenhausärztin oder der verantwortliche Krankenhausarzt dies aufgrund der Art und Schwere der Behinderung oder der Schwere der Demenz befürwortet.“

## **7. Zu §§ 28 und 30 – Zusammenarbeit sowie Entlass- und Übergangsmanagement**

Die Verpflichtung zur Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und ambulanten bzw. stationären Diensten und Einrichtungen wird begrüßt. Das Entlassmanagement wird im Entwurf jedoch stark über den Sozialdienst beschrieben. Pflegerische Dienste erscheinen vor allem als Abstimmungspartner.

Das greift zu kurz. Bei Menschen mit komplexen Pflegebedarfen sind pflegefachliches Assessment, Pflegeplanung, Edukation, Medikations- und Symptomanagement, Hilfsmittelbedarf, Angehörigenanleitung und die Einschätzung der Versorgungssicherheit entscheidend für einen gelungenen Übergang. Bundesweit fordert der DBfK, pflegerisch verantwortete Entlassprozesse und Care-/Case-Management ausdrücklich als Qualitätsmerkmale abzubilden.

Ein wirksames Entlass- und Übergangsmanagement setzt voraus, dass die erforderlichen nachstationären Versorgungsangebote regional tatsächlich verfügbar sind. Versorgungslücken – beispielsweise in der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege – können sichere Übergänge erheblich erschweren und müssen deshalb Gegenstand der sektorenübergreifenden Versorgungsplanung sein.

**Änderungsvorschlag:**

§ 30 Abs. 3 sollte klarstellen, dass das Entlass- und Übergangsmanagement interprofessionell und unter verbindlicher pflegefachlicher Beteiligung erfolgt. Pflegerische Verantwortung für pflegebezogene Übergangsprozesse ist ausdrücklich abzubilden.

## **8. Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen und regionale Versorgungspfade**

Die Krankenhausreform eröffnet mit sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen neue Möglichkeiten, stationäre und ambulante Versorgung stärker zu verbinden. Diese Einrichtungen sollen eine Brücke zum ambulanten Bereich und zur Pflege bilden. Damit entsteht ein konkretes landespolitisches Gestaltungsfeld.

Der DBfK fordert seit vielen Jahren, sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen pflegefachlich weiterzuentwickeln, Rekonvaleszenz- und Übergangsversorgung zu ermöglichen und – wo der regionale Versorgungsauftrag dies trägt – pflegegeleitete Modelle mit Advanced Practice Nurses zuzulassen. Mit dem § 73d SGB V (im „außerklinischen Bereich“) und dem § 112a SGB V (im

Krankenhaus) ist zudem die gesetzliche Grundlage für die eigenverantwortliche Erbringung bestimmter Leistungen der ärztlichen Behandlung durch entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen geschaffen worden. Die konkrete leistungs- und kompetenzbezogene Ausgestaltung ist auf Bundesebene bis zum 31. Juli 2027 für den Krankenhausbereich zu vereinbaren. Schleswig-Holstein sollte diese Entwicklung bereits jetzt bei der Weiterentwicklung seiner Versorgungsstrukturen berücksichtigen.

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen dürfen nicht lediglich als kleinere Krankenhäuser mit zusätzlicher ambulanter Funktion konzipiert werden. Sie sollten dort, wo es dem regionalen Bedarf entspricht, pflegegeleitete beziehungsweise pflegekoordinierte Versorgung, Rekonvaleszenz, Versorgung chronisch erkrankter Menschen, Prävention und Übergangsmanagement ermöglichen.

Für die Ausgestaltung sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen sollten aus Sicht des DBfK Nordwest insbesondere folgende Anforderungen berücksichtigt werden:

- APN/CHN und andere hochqualifizierte Pflegefachpersonen strukturell in Versorgung und Leitung einbeziehen;
- die organisatorischen Voraussetzungen für die künftige Umsetzung eigenverantwortlicher Leistungen nach § 112a SGB V vorbereiten;
- Kooperationen mit ambulanter Pflege, Langzeitpflege, Rehabilitation, Primärversorgung und kommunalen Strukturen verbindlich vorsehen;
- regionale Versorgungspfade vor Standortveränderungen beziehungsweise Leistungskonzentrationen auf ihre tatsächliche Anschlussfähigkeit prüfen.

## **9. Zu § 33 – Betriebsleitung und pflegerischer Dienst**

Der DBfK Nordwest begrüßt ausdrücklich, dass die leitende Pflegefachperson gleichrangig an der Betriebsleitung beteiligt ist und für jede medizinische Abteilung eine leitende Pflegefachperson vorgesehen wird, die in pflegerischen Angelegenheiten nicht weisungsgebunden ist. Damit ist eine zentrale Forderung der DBfK-Stellungnahme zum LKHG aus dem Jahr 2020 im geltenden Regelungsansatz sichtbar.

Die Öffnung für andere Formen der Betriebsleitung darf diese Gleichrangigkeit jedoch nicht relativieren. Der Begriff „angemessen vertreten“ ist schwächer als die zuvor festgelegte gleichrangige Beteiligung.

### **Änderungsvorschlag zu § 33 Abs. 1:**

Die Regelung zu alternativen Formen der Betriebsleitung sollte wie folgt gefasst werden:

„Andere Formen der Betriebsleitung sind zulässig, wenn die genannten Funktionsbereiche gleichrangig vertreten sind.“

Die gesetzlich ausdrücklich geregelte Gleichrangigkeit der leitenden Pflegefachperson beschränkt sich jedoch auf die Ebene der Betriebsleitung. Da die Kompetenzen einer übergeordneten Geschäftsführung unberührt bleiben, ist eine gleichberechtigte pflegefachliche Beteiligung an strategischen Entscheidungen nicht in allen Organisationsstrukturen der Krankenhäuser sichergestellt.

Der DBfK Nordwest fordert deshalb, die pflegefachliche Leitung auch auf der obersten strategischen Leitungsebene von Plankrankenhäusern verbindlich und gleichberechtigt zu verankern. Unterschiedliche Rechts- und Organisationsformen der Krankenhausträger sind dabei zu berücksichtigen. Entscheidend ist, dass pflegefachliche Expertise bei grundlegenden Struktur-, Personal-, Qualitäts- und Versorgungsentscheidungen nicht lediglich angehört, sondern mit eigenständigen und gleichberechtigten Mitwirkungsrechten institutionell abgesichert wird.

Die professionelle Pflege trägt maßgeblich Verantwortung für Versorgungsqualität, Patient:innensicherheit und die Organisation pflegerischer Versorgungsprozesse. Diese Verantwortung muss sich auch in den strategischen Leitungsstrukturen der Krankenhäuser widerspiegeln.

**Änderungsvorschlag zu § 33 Abs. 1:**

Nach der Regelung zu den Kompetenzen einer übergeordneten Geschäftsführung sollte ergänzt werden:

„Soweit eine übergeordnete Geschäftsführung, ein Vorstand oder ein vergleichbares strategisches Leitungsorgan besteht, ist die pflegfachliche Leitung auf dieser Ebene verbindlich zu beteiligen. Bei Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung für die pflegerische Versorgung, insbesondere bei Struktur-, Personal-, Qualitäts- und Versorgungsentscheidungen, ist ihr ein gleichberechtigtes Mitwirkungsrecht einzuräumen.“

## **10. Zu §§ 38 und 39 – Experimentierklausel, Krisenregelungen und pflegfachliche Verantwortung**

Die Experimentierklausel eröffnet Chancen für neue sektorenübergreifende und pflegegeleitete Versorgungsmodelle. Der DBfK Nordwest begrüßt diese Offenheit, fordert jedoch eine verbindliche pflegfachliche Beteiligung, sobald Aufgabenverteilung, Versorgungsprozesse oder die Rolle von Pflegefachpersonen betroffen sind.

Bei den Krisenregelungen in § 39 fällt zudem auf, dass die Entscheidungsfreiheit ärztlicher Tätigkeit ausdrücklich geschützt wird, eine entsprechende Klarstellung für die eigenständige pflegfachliche Verantwortung jedoch fehlt. Dies ist mit der heutigen Berufsrechtslage nicht mehr konsistent. Die Pflegeprozessverantwortung und die Vorbehaltsaufgaben nach § 4 PflBG dürfen auch in Krisensituationen nicht professionsfremd übertragen werden. Dies gilt perspektivisch ebenso für Leistungen, die Pflegefachpersonen auf Grundlage des § 73d SGB V oder § 112a SGB V eigenverantwortlich übertragen werden.

**Vorgeschlagene Ergänzung:**

„Die eigenverantwortliche pflegfachliche Tätigkeit sowie die den Pflegefachpersonen gesetzlich vorbehaltenen Aufgaben bleiben unberührt.“

## **11. Zu § 29 – Krankenhausalarmplanung**

Alarm- und Pandemieplanung muss pflegerische Ressourcen als wesentlichen Bestandteil realer Behandlungskapazität berücksichtigen. Betten und technische Infrastruktur sind nur dann nutzbar, wenn ausreichend qualifiziertes Personal zur Verfügung steht. Die pflegerische Leitung sollte deshalb verbindlich an Erstellung, Fortschreibung und Evaluation von Alarm- und Pandemieplänen beteiligt werden.

## **12. Zu § 34 – Arzneimitteltherapiesicherheit**

Die verbindliche Einbindung klinisch-pharmazeutischer Expertise wird begrüßt. Positiv ist, dass die Zusammenarbeit ausdrücklich mit ärztlichem und pflegerischem Personal vorgesehen ist.

Pflegefachpersonen übernehmen im Krankenhaus zentrale Aufgaben bei Arzneimittelgabe, Wirkungs- und Nebenwirkungsbeobachtung, Patient:innenedukation, Symptomkontrolle und Medikationsmanagement. Die Umsetzung sollte entsprechend interprofessionell ausgestaltet werden.

### **13. Zu § 41 – redaktioneller Korrekturbedarf**

§ 41 Abs. 1 Nr. 3 verweist bei der sozialen Betreuung und Beratung auf die „in § 31 genannten Stellen“. Der Sozialdienst ist jedoch in § 30 geregelt. Der Verweis sollte überprüft und korrigiert werden.

### **14. Schlussfolgerung**

Schleswig-Holstein verfügt mit der Neufassung des Landeskrankenhausgesetzes über die Chance, die bundesrechtliche Krankenhausreform nicht nur formal umzusetzen, sondern auch pflegefachlich zu operationalisieren. Gerade weil Krankenhausplanung mit Leistungsgruppen und sektorenübergreifende Versorgung künftig unmittelbar über Leistungsangebote, Personalstrukturen und regionale Versorgungspfade entscheiden, darf professionelle Pflege nicht nur mitgemeint sein.

Die DBfK-Linie ist über viele Jahre konsistent: Pflege muss an Krankenhausplanung beteiligt sein; Personalausstattung muss bedarfsgerecht und qualifikationsbezogen geplant werden; Pflegequalität gehört in Leistungsgruppen; Sektorengrenzen dürfen nicht zu Versorgungslücken führen; neue Versorgungsformen müssen die Kompetenzen der Pflege nutzen; und regionale Planung muss von den Bedarfen der Bevölkerung statt von bestehenden institutionellen Grenzen ausgehen.

Der vorliegende Gesetzentwurf enthält dafür wichtige Ansatzpunkte, nutzt sie aber noch nicht konsequent. Der DBfK Nordwest bittet den Landtag daher, insbesondere die verbindliche Beteiligung der Profession Pflege im Ausschuss Krankenhausplanung und im Gesundheitsversorgungsrat sicherzustellen. Hierzu sollte eine maßgebliche, auf Landesebene tätige Berufsorganisation der professionellen Pflege jeweils als ständiges Mitglied vorgesehen werden. Der DBfK Nordwest fordert, als Berufsorganisation der professionellen Pflege in Schleswig-Holstein regelhaft in diese Beteiligungsstrukturen einbezogen zu werden. Zugleich sind ein eigenständiges Initiativ- und Themenvorschlagsrecht des Gesundheitsversorgungsrates und seiner Mitglieder, die explizite Aufnahme pflegerischer Leistungserfordernisse, pflegesensitive Qualitätsanforderungen sowie die gleichrangige Berücksichtigung pflegerischer Mindeststandards im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu verankern.

Für Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Swantje Seismann-Petersen  
Stellv. Vorsitzende des DBfK Nordwest

Claudia Szycy  
Referentin DBfK Nordwest

Patricia Drube  
Referentin DBfK Nordwest

**Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) Nordwest e.V.**

Regionalvertretung Nord | Am Hochkamp 14 | 23611 Bad Schwartau | Telefon: +49 511 696844-0 |  
E-Mail: nordwest@dbfk.de | www.dbfk.de

## **Für diese Stellungnahme relevante Publikationen**

- DBfK Nordwest (2020): Stellungnahme zum Entwurf eines Landeskrankenhausgesetzes Schleswig-Holstein.
- DBfK Nordwest (2021): Stellungnahme „Kliniken und Intensivstationen nachhaltig stärken“.
- DBfK Nordwest (2023): Stellungnahme „Stabile und bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung sektorenübergreifend weiterentwickeln“.
- DBfK Nordwest (2026): Stellungnahme „Ambulante medizinische Versorgung in Schleswig-Holstein für die Zukunft sichern“.
- DBfK Nordwest (2016): Stellungnahme zur Beteiligung an der Krankenhausplanung NRW.
- DBfK Nordwest (2016): Stellungnahme zur Personalausstattung Pflege im Krankenhaus.
- DBfK Nordwest (2015): Stellungnahme zur Krankenhausplanung Hamburg 2020.
- DBfK Nordwest (2026): Stellungnahme zur Neufassung des PsychKG NRW.
- DBfK Bundesverband (2024/2025): Stellungnahmen zum KHVVG und KHAG.
- DBfK Bundesverband (2026): Stellungnahmen zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz.
- DBfK Bundesverband (2026): Positionspapier „Pflegequalität gibt es nicht zum Nulltarif: Pflegebudget sichert die Versorgung im Krankenhaus“.
- DBfK Bundesverband (2026): Policy Brief „Pflegebudget sichern – Versorgungsqualität erhalten“.
- DBfK Bundesverband: Positionen zu Primärversorgung, Community Health Nursing und Advanced Practice Nursing.