

Antrag

der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Kordula Schulz-Asche, Dr. Janosch Dahmen, Dr. Anna Christmann, Kai Gehring, Erhard Grundl, Ulle Schauws, Charlotte Schneidewind-Hartnagel, Margit Stumpp, Beate Walter-Rosenheimer, Sven-Christian Kindler, Sven Lehmann, Lisa Paus, Corinna Rüffer, Stefan Schmidt und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Mehr Verlässlichkeit und Qualität in der stationären Krankenhausversorgung – Vergütungssystem, Investitionsfinanzierung und Planung reformieren

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Krankenhäuser gehören zur gesundheitlichen Daseinsvorsorge. Menschen, die auf medizinische Hilfe angewiesen sind, müssen sich – unabhängig davon, wo sie leben und in welcher sozialen Lage sie sich befinden – auf ein verlässliches und qualitativ hochwertiges Versorgungssystem verlassen können. Auch wenn wir in Deutschland insgesamt ein gutes Versorgungssystem haben, gibt es deutliche regionale Unterschiede hinsichtlich der Erreichbarkeit und der Qualität des nächstgelegenen Krankenhauses. In einigen Regionen gibt es Versorgungslücken in bestimmten Disziplinen, in anderen eine Über- und Fehlversorgung mit einer nicht bedarfsgerechten Anzahl und Verteilung von Krankenhausstandorten und -betten. Übergänge vom Krankenhaus zu nachgelagerten Versorgungsangeboten, insbesondere auch zur Rehabilitation und der ambulanten Pflege, erweisen sich immer wieder als problematisch.

Der Staat kommt seiner Verantwortung für die Daseinsvorsorge im Krankenhausbereich nur bedingt nach. Das wird vor allem an einer seit Jahren mangelhaften Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser, einer defizitären staatlichen Krankenhausplanung sowie einem reformbedürftigen und zu finanziellen Fehlanreizen führenden Vergütungssystem deutlich. Die Krankenhäuser in Deutschland müssen inzwischen etwa 50 Prozent ihrer Investitionen aus eigenen Mitteln aufbringen. Dazu verwenden sie die Mittel aus den Fallpauschalen, die jedoch für die Finanzierung der Betriebs- und Personalkosten gedacht sind. Hinzu kommt, dass Leistungen, die für den Therapieerfolg relevant sind, zwar erbracht, aber nicht bezahlt werden. In der Konsequenz führen diese Faktoren zu medizinisch unnötigen Behandlungen, erhöhtem Druck auf das Personal und in einigen Regionen auch zur Schließung bedarfsnotwendiger Häuser. All dies geht zulasten der Patient*innen.

Ziel der Gesundheitspolitik muss dagegen sein, dass sich das Gesundheitssystem an den Bedarfen der Patient*innen ausrichtet. Eine Reform der stationären Versorgung ist aus diesem Grund seit Jahren überfällig. Maßgeblich müssen dabei die Qualität der

Versorgung, die vom Wohnort unabhängige Versorgungssicherheit sowie der bedarfsgerechte Zugang zu unterschiedlichen Versorgungsstufen sein. Insbesondere der Qualitätsaspekt betrifft neben den medizinischen vor allem auch die pflegerischen Maßnahmen. Doch Qualität entsteht nicht von allein. Sie muss gezielt gefördert werden: durch Anreize etwa in der Vergütung, durch klare Vorgaben beispielsweise zur bedarfsgerechten Personalausstattung sowie durch mehr Qualitätstransparenz. Als energieintensive Akteure sollten Krankenhäuser auch einen stärkeren Beitrag zum Klimaschutz leisten.

Gerade für Menschen in ländlichen Regionen oder sozial benachteiligten urbanen Räumen ist der verlässliche Zugang zur Gesundheitsversorgung und zur Pflege von besonderer Bedeutung. Nicht jedes Krankenhaus kann und muss alle Leistungen anbieten. Es gefährdet die Patient*innen nachweislich, wenn sie beispielsweise bei einem Schlaganfall oder einem Herzinfarkt in einem Krankenhaus behandelt werden, dem hierzu die nötige Expertise und Erfahrung fehlen und das nicht die nötige diagnostische und therapeutische Ausstattung hat. Die Zusammenlegung von Standorten und die Stärkung der Zentrenversorgung sind überall dort notwendig, wo dies die Versorgungsqualität erhöht und die bedarfsgerechte, gut erreichbare Versorgung nicht beeinträchtigt.

Doch häufig werden Krankenhäuser geschlossen oder Standorte aufgegeben, ohne dass für die Menschen alternative Angebote gemacht werden. So entsteht in diesen Orten das Gefühl, abgehängt zu werden. Daher sollten hier moderne Gesundheits- und Pflegezentren entstehen. Wichtige Angebote der gesundheitlichen Versorgung, der Rehabilitation und der Pflege, der Telemedizin sowie zur Versorgung mit Hilfs- und Arzneimitteln können hier unter einem Dach ihren Platz finden. Krankenhäuser, besonders in ländlichen Räumen, sollten darüber hinaus enger sowohl mit ambulanten Einrichtungen als auch mit Krankenhäusern anderer Versorgungsstufen sowie mit der Reha und der ambulanten Pflege zusammenarbeiten. Die Menschen müssen spüren, dass sie trotz sich ändernder und neuer Versorgungsstrukturen künftig gut und sicher versorgt werden.

Insgesamt ist ein sektorenübergreifend organisiertes, verlässliches und regional abgestimmtes Versorgungsangebot notwendig (vgl. „Gesundheitsregionen – Aufbruch für mehr Verlässlichkeit, Kooperation und regionale Verankerung in unserer Gesundheitsversorgung“, BT-Drs. 19/21881), in das Krankenhäuser eingebettet sind.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

einen Gesetzentwurf vorzulegen, der insbesondere die folgenden Maßnahmen umfasst:

1. eine grundlegende Reform der Betriebskostenfinanzierung, die die bisherige fast ausschließlich an Fallpauschalen orientierte Vergütung durch eine am Versorgungsbedarf und an der Behandlungsqualität orientierte Vergütung ersetzt, indem
 - a) eine neue Säule der Strukturfinanzierung in der Vergütung eingeführt wird, die die Vorhaltekosten abdeckt, sodass bedarfsnotwendige Vorhaltestrukturen in Krankenhäusern, wie etwa Krankenhäuser der Grundversorgung in ländlichen Räumen, pädiatrische Abteilungen oder die Notfallversorgung, sicher finanziert werden;
 - b) für die verbleibende Säule, dem fallzahlabhängigen Vergütungsanteil, das System der Fallpauschalen durch Instrumente flankiert wird, die das Ziel verfolgen, eine stärkere Differenzierung nach bundesweit definierten Versorgungsstufen zu verankern, durch die die tatsächlichen Betriebskostenstrukturen etwa von ländlichen Grundversorgern einerseits und Maximalversorgern und Uniklinika andererseits besser abgebildet werden. Ergän-

- zend sollen die Anreize für Qualität und eine sektorenübergreifende Versorgung ausgebaut, ökonomische Fehlanreize reduziert und eine verlässliche Versorgung unterstützt werden;
2. eine Reform der Krankenhausplanung mit dem Ziel, dem Bund die Möglichkeit zu geben, gemeinsame bundesweite Grundsätze für eine bedarfsgerechte Versorgungs- und Krankenhausplanung zu definieren. Zu diesen Grundsätzen gehören die Differenzierung nach Versorgungsstufen, der Bezug auf Leistungsbereiche statt wie bisher auf Betten, Qualitätsanforderungen sowie die Versorgungsplanung auf Grundlage von Versorgungsanalysen;
 3. eine Reform der Investitionsfinanzierung mit dem Ziel einer dauerhaft hälftigen Beteiligung des Bundes an der Finanzierung von Investitionen in Krankenhäuser und, damit verbunden, der Einführung einer am Investitionsbedarf ausgerichteten Mindestinvestitionsquote. Die Finanzierung von Investitionen soll überdies künftig über fallzahlunabhängige und nach Versorgungsstufen differenzierte Pauschalen erfolgen;
 4. bei der Investitionsfinanzierung den für den Klimaschutz notwendigen Wandel zu energetisch und ökologisch nachhaltigeren „Green Hospitals“ zu berücksichtigen und hierzu auf allen Ebenen die Entwicklung und Umsetzung von Nachhaltigkeitskonzepten zu fördern;
 5. bei der Investitionskostenfinanzierung stärker auch die Digitalisierung zu berücksichtigen, insbesondere unter dem Aspekt, dass eine Anschubfinanzierung für eine patientenorientierte Digitalisierungsstrategie zu entwickeln ist;
 6. die Pflege im Krankenhaus wird reformiert, indem ein wissenschaftliches Personalbemessungsinstrument in der Pflege eingeführt wird, das den Personalbedarf am pflegerischen Bedarf ausrichtet und die Finanzierung der ermittelten notwendigen Stellen gewährleistet. Pflegeleistungen werden nach Pflegediagnosen und damit entsprechend des Patientennutzens sowie ihrer Qualität vergütet, sodass es sich für Krankenhäuser lohnt, in gute Pflege zu investieren und sich zugleich die Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte verbessern;
 7. attraktive Rahmenbedingungen für die Entwicklung beruflicher Rollen hochschulisch qualifizierter Pflegefachpersonen im Bereich der erweiterten klinischen Pflegepraxis nach internationalem Vorbild inklusive der notwendigen Anpassung zur eigenverantwortlichen Ausübung bestimmter heilkundlicher Tätigkeiten schaffen.

Berlin, den 23. März 2021

Katrin Göring-Eckardt, Dr. Anton Hofreiter und Fraktion

Begründung

Zu 1)

Die Vergütung muss gewährleisten, dass jedes bedarfsnotwendige Krankenhaus den jeweiligen Versorgungsauftrag auf hohem Qualitätsniveau erfüllen kann. Nicht das kurzfristige Schielen auf die lukrativste Leistung, sondern die bedarfsgerechte Versorgung und die Qualität müssen im Mittelpunkt stehen und belohnt werden. Die derzeit fast ausschließlich an den Fallzahlen orientierte Vergütung soll durch Finanzierungselemente ersetzt werden, die sich am Bedarf und an der Qualität orientieren.

- a) Um eine verlässliche Bereithaltung unabhängig von der Fallzahl notwendiger Angebote zu erreichen und zugleich Anreize zur medizinisch nicht sinnvollen Ausweitung von Fällen zu verringern, ist eine teilweise Abkehr vom bisherigen System der Fallpauschalen nötig. Eine neue, pauschal finanzierte, Säule der Strukturfinanzierung in der Vergütung soll vor allem die Vorhaltekosten abdecken. Hierzu müssen auf Bundesebene klare Anforderungen an die zu finanzierenden Strukturen definiert werden (vgl. Schreyögg, Millstein. Bedarfsgerechte Gestaltung der Krankenhausvergütung – Reformvorschläge unter der Berücksichtigung von Ansätzen anderer Staaten. Hamburg 2020). Dies dient der Verlässlichkeit, Bedarfsgerechtigkeit und Qualität in der Grundversorgung ländlicher Räume, der Notfallversorgung und der pädiatrischen Versorgung in besonderer Weise.

Auch die Finanzierung von Innovationszentren, in denen neue Behandlungsmethoden erprobt werden, sollte künftig pauschaliert erfolgen. In pädiatrischen Abteilungen ist der Anteil von Notfällen deutlich höher als in anderen Abteilungen. Um die Vorhaltung notwendiger pädiatrischer Leistungen vor diesem Hintergrund dennoch verlässlich zu finanzieren, sollte – ähnlich wie für die Notfallversorgung diskutiert –, künftig ein Anteil der Mittel für Betriebskosten als fallzahlunabhängige Grundpauschale gezahlt werden.

- b) Zusätzlich zu den pauschalen Vergütungen zur fallzahlunabhängigen Bereithaltung bestimmter notwendiger Strukturen in Krankenhäusern sollten die diagnosebezogenen Fallpauschalen („DRG-System“) stärker nach bundesweit definierten Versorgungsstufen differenziert werden. Maximalversorger und Universitätskliniken haben eine andere Betriebskostenstruktur als ein Krankenhaus der Grundversorgung. Darum sollte das INEK beauftragt werden, für versorgungsrelevante Krankenhäuser der Grundversorgung in ländlichen Räumen einerseits und für hochspezialisierte Maximalversorger andererseits differenzierte Anpassungsfaktoren für die Fallpauschalen zu entwickeln, die eine passgenauere Betriebskostenfinanzierung ermöglichen. Dadurch würden die tatsächlichen Kostenstrukturen der jeweiligen Krankenhäuser besser abgebildet.

Durch eine Weiterentwicklung des Vergütungssystems müssen darüber hinaus die Möglichkeiten zur bedarfsgerechten ambulanten Leistungserbringung durch Krankenhäuser ausgebaut werden. Das verbessert die Fokussierung ärztlicher und pflegerischer Aktivitäten auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten und erhöht ihre Sicherheit gerade mit Blick auf Krankenhausinfektionen. Dazu sollte der vorhandene Katalog an ambulant erbringbaren Leistungen ausgeweitet und einheitliche ambulante Vergütungen für alle Erbringer dieser Leistungen definiert werden.

Mit Blick auf die Förderung der Qualität ist unter anderem die Förderung von Qualitätsverträgen geboten. Außerdem sollten Vergütungsanreize implementiert werden, wenn Patientinnen und Patienten beispielsweise mit Herzinfarkten von vorneherein in jeweils spezialisierten Einrichtungen behandelt werden.

Zu 2)

Damit die Menschen überall in Deutschland verlässlich, bedarfsgerecht und qualitativ hochwertig versorgt werden, wird vorgeschlagen, auf Bundesebene künftig gemeinsame Grundsätze für die Versorgungs- und Krankenhausplanung zu definieren. Dazu soll der Bund durch eine Grundgesetzänderung die entsprechenden zusätzlichen Kompetenzen erhalten. Zu diesen Grundsätzen gehören insbesondere die Differenzierung nach Versorgungsstufen, Qualitätsanforderungen (z. B. Mindestmengen) und Versorgungsanalysen. Zudem sollen sich die Planungen der Länder bundeseinheitlich auf Leistungsbereiche statt wie bisher auf Betten beziehen. Eine Planung auf der Grundlage von Betten verhindert bereits im Ansatz eine Einbeziehung ambulanter Kapazitäten. Eine Planung anhand von Leistungen bewirkt mehr Transparenz über die vorhandenen Angebote, ermöglicht damit eine differenziertere Planung auf Landes- und regionaler Ebene und berücksichtigt ambulante Potentiale.

Auf Basis dieser Grundsätze soll in den Ländern und Regionen die Versorgung geplant werden. Hierzu sind regelmäßige gründliche Analysen des für die Zukunft prognostizierten Versorgungsbedarfes der Bevölkerung in der Region notwendig. Für diese Analysen könnten den „§ 90a-Gremien“ auf Landesebene Institute zur Seite

gestellt werden, die unter Einbeziehung aktueller Daten fortlaufend wissenschaftsbasierte Empfehlungen für die Versorgungsplanung erarbeiten. Nötig ist überdies die Überwindung der Sektorentrennung bei der Planung. Hierzu sollen die Länder mehr Kompetenzen als bisher erhalten und auf Landesebene in den so genannten § 90a SGB V-Gremien die sektorenübergreifende Versorgungsplanung von Leistungsbereichen anders als heute verbindlich umgesetzt werden. Denn die bestehende Krankenhausplanung erfolgt bisher weitgehend ohne Bezug zu den Angeboten im ambulanten Bereich.

Stärker als bisher muss bei der Versorgungsplanung zwischen verschiedenen Versorgungsstufen sowie zwischen unvorhersehbaren und planbaren Krankenhausleistungen unterschieden werden. Leistungen der Grundversorgung müssen jederzeit überall schnell erreichbar sein: Die nicht planbare, medizinisch dringend angezeigte Krankenhausbehandlung von Patientinnen und Patienten zum Beispiel im Bereich der Notfallmedizin oder der Geburtshilfe muss bedarfsgerecht gesichert sein. Für bestimmte fachärztliche Angebote bzw. Schwerpunktleistungen der stationären Maximalversorgung wie zum Beispiel Universitätskliniken soll großräumiger geplant werden. Zudem sollen Kriterien der Raumordnung wie etwa Erreichbarkeiten sowie vorhandene Einrichtungen, zum Beispiel in der Rehabilitation, und Schnittstellen zur Pflege einbezogen werden. Insbesondere für hochspezialisierte Leistungen, etwa zur Behandlung von und Forschung zu seltenen Erkrankungen, sind überregional und grenzübergreifend abgestimmte Planungen geboten. Eine Spezialisierung von Krankenhäusern und die Konzentration bestimmter spezialisierter Leistungen an weniger Standorten sorgen auch dafür, dass das vorhandene, hochqualifizierte pflegerische und ärztliche Personal, zielgerichteter eingesetzt werden kann. Eine solche Neustrukturierung muss allerdings mit klaren Perspektiven und Angeboten für die Beschäftigten verbunden werden. Denkbar wären hier etwa Wohnungsangebote, Bezahlung der Umzugskosten bei Wechsel an einen anderen Standort usw.

Zu 3)

Die Investitionsmittel der Länder, die für Krankenhäuser bereitgestellt werden, sind seit Jahren nicht bedarfsgerecht. Seit 1991 ist die Investitionsfinanzierung der Länder um etwa 50 Prozent gesunken. Der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) zufolge beläuft sich der in den vergangenen zehn Jahren aufgelaufene Investitionsstau ohne Uniklinika auf etwa 30 Mrd. Euro. Notwendig ist eine Reform der Investitionsfinanzierung – auch um zu verhindern, dass Krankenhäuser wegen fehlender Investitionsförderung Defizite machen und Kommunen zur Privatisierung ihrer Krankenhäuser gezwungen werden. Viele Häuser finanzieren ihre notwendigen Investitionen aus den laufenden Betriebseinnahmen, was dazu führt, dass das Geld an anderer Stelle fehlt. Der Staat darf sich aber nicht seiner Verpflichtung zur Daseinsvorsorge entziehen. Gemeinsam mit den Ländern muss der Stillstand bei den Investitionen beendet werden. Hierzu soll die Bundesregierung unter anderem eine Mindestinvestitionsquote festlegen und zu deren Erfüllung beitragen.

In diesem Lichte muss auch der bestehende Krankenhausstrukturfonds weiterentwickelt werden. Es wäre deutlich zu kurz gesprungen, ihm einfach nur weitere Finanzierungsaufgaben etwa bei der Digitalisierung zu übertragen. Vielmehr muss es darum gehen, ihn noch gezielter als bisher auf die Transformation von Krankenhäusern als Teil einer sektorenübergreifenden regionalen Versorgung zu fokussieren. So kann die Weiterentwicklung ländlicher Krankenhäuser zu modernen Gesundheits- und Pflegezentren gefördert und unterstützt werden, in denen alle Gesundheitsberufe unter einem Dach für eine gute Versorgung zusammenwirken. Solche ländlichen Versorgungszentren sind der Kern einer regional verankerten Versorgung. Sie bedeuten jedoch nicht nur mehr Kooperation zwischen Gesundheitsversorgung, Rehabilitation und Pflege, sondern auch kürzere Wege etwa für chronisch kranke Patientinnen und Patienten. Hier sollen die Menschen vor Ort erleben können, dass der Umbau der Versorgung nicht zu weniger, sondern zu mehr Verlässlichkeit und Lebensqualität führt.

Zu 4)

Krankenhäuser sind die einzigen öffentlichen Gebäude, die 365 Tage im Jahr, 24 Stunden am Tag geöffnet sind. Sie verbrauchen mehr Energie, produzieren mehr Abfall und Verkehr als vergleichbare Einrichtungen. Öffentliche Fördermittel sollen daher gezielt für nachhaltige Konzepte bereitgestellt werden. Der Grundgedanke der Nachhaltigkeit sollte auf allen Ebenen berücksichtigt werden, vom Management (durch das Aufstellen ökologischer Ziele) über den Ressourcenverbrauch (etwa im Wärme- und Energiebereich) bis hin zur Bereitstellung ökologischer und regionaler Verpflegung. Dieser tiefgreifende Systemwandel hin zu „Green Hospitals“ ist im Angesicht der Klimakrise notwendig; er muss sich in der Investitionsfinanzierung und der Krankenhausplanung widerspiegeln.

Zu 5)

Ebenso wichtig wie eine generelle Reform der Investitionsfinanzierung ist die Entwicklung einer längst überfälligen patientenorientierten Digitalisierungsstrategie, aus der etwa Krankenhäuser Prioritäten für Investitionen ableiten können. Ansonsten droht die Gefahr eines Flickenteppichs aus unterschiedlichen Digitalisierungsprojekten, die sich zu keinem vernünftigen Gesamtkonzept fügen und sich nicht ausreichend an Versorgungsaspekten und Patienteninteressen orientieren. Eine abgestimmte Strategie ist eine wichtige Grundlage für die Digitalisierung und auch notwendig, um aussagekräftige Modelle der digitalen Reifegradmessung zu entwickeln.

Zu 6)

Die Krankenhäuser müssen attraktive Arbeitsbedingungen bieten, die mehr Menschen für die Arbeit in der Pflege gewinnen. Maßnahmen, die sich am Konzept der Magnetkrankenhäuser orientieren, werden begrüßt. Weiterhin ist die Pflege eine eigenständige Profession mit charakteristischen Kompetenzen und Zielen. Das umfasst nicht nur die Förderung von Gesundheit, die Prävention von Krankheit und die ganzheitliche Versorgung kranker und sterbender Menschen. Es geht auch um die Unterstützung von Patientinnen und Patienten in ihrem persönlichen Erleben und Bewältigen von Krankheit, um die Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse der Menschen mit Pflegebedarf, einschließlich ihres Lebensumfelds, sowie um die Vermittlung von Gesundheitskompetenz und Sicherheit. Pflegefachkräfte sind in ihrer Rolle als zentrale Kontaktpersonen von der Einweisung bis zur Entlassung ausschlaggebend für das Patientenwohl. Die fachliche Grundlage bilden dafür heute immer stärker die verschiedenen Pflegewissenschaften und akademischen Spezialisierungen. Obgleich sie zentrale Prozesse in der Krankenhausversorgung steuern, können Pflegefachkräfte eigene Handlungsprozesse nicht darstellen. Dieses Manko hat dazu geführt, dass Pflegeleistungen im DRG-System unter medizinischen Diagnosen subsummiert worden sind. Pflegefachkräfte wurden als Kostenfaktoren behandelt, die es einzusparen galt. Aktuell werden vorgeblich sämtliche Pflegepersonalkosten refinanziert. Der vom Gesetzgeber beabsichtigte Effekt einer Aufstockung von Pflegestellen ist bislang ausgeblieben. Vielmehr ist zu befürchten, dass sich das Selbstkostendeckungsprinzip bei sich leerenden Kassen nicht als stabil erweist und ein erneuter Stellenabbau stattfindet, obwohl in der Corona-Pandemie deutlich geworden sein dürfte, dass eine gute Krankenhausversorgung ihr Nadelöhr in einer guten Personalausstattung in der Pflege findet.

Doch schon jetzt orientiert sich die vorgeblich vollständige Refinanzierung von Pflegepersonalkosten mittels eines Pflegebudgets nicht an pflegefachlichen Aspekten, sondern erweist sich als verhandlungsstrategischer Spielball von Kassen und Krankenhäusern. Nach mannigfaltigen Medienberichten werden Pflegefachkräfte für Serviceleistungen eingesetzt, da ihre Personalkosten refinanziert werden (www.ndr.de/nachrichten/schleswig-holstein/Helios-Schleswig-Noch-mehr-Arbeit-fuer-Pfleger,helios432.html).

Damit professionelle Pflege auch in Deutschland ihr volles Potenzial entfalten kann, müssen sich wesentliche Voraussetzungen in den Krankenhäusern ändern. Es braucht eine breit aufgestellte Strategie, die zum Ziel hat, die Arbeitsbedingungen zu verbessern und somit die Attraktivität des Berufs zu steigern. Ganz ausschlaggebend ist eine tariflich abgesicherte Bezahlung, die dem Wert der geleisteten Arbeit auch gerecht wird.

Die Personaluntergrenzen müssen so schnell wie möglich durch Regelungen abgelöst werden, die keine unteren Haltelinien definieren, sondern eine Personalausstattung voraussetzen, die sich am tatsächlichen Pflegebedarf der Patientinnen und Patienten ausrichtet. Kurzfristig ist eine Neuauflage der früheren Pflegepersonal-Regelung zu prüfen, zu der mit der PPR 2.0 ein Vorschlag auf dem Tisch liegt.

Mittel- und langfristig kann nur ein Personalbemessungsinstrument, das auf Pflegediagnosen fußt, prospektiv sicherstellen, dass Pflegefachkräfte nur entsprechend des tatsächlichen pflegerischen Bedarfs eingesetzt werden. Damit einhergehend würde die professionelle Pflege über eine eigene fachliche Terminologie verfügen, die notwendige Voraussetzung für eine Digitalisierung in der Pflege ist. Zugleich bietet eine Pflegeterminologie das Potential, Pflegeleistungen sektorenübergreifend darzustellen und so auch in Pflegezentren (Punkt 3) anzubieten.

Damit langfristig auch ausreichend Pflegekräfte zur Verfügung stehen, um die Vorgaben des Personalbemessungsinstrumentes zu erfüllen, sollte es verpflichtende Ausbildungsquoten für die Krankenhäuser geben. Ziel muss sein, so viele Menschen für den Pflegeberuf zu gewinnen, dass der Personalbedarf nicht wie bisher im Wesentlichen durch Abwerbung aus anderen Krankenhäusern oder aber aus Osteuropa oder aus Fernost, die selbst diese Kräfte dringend benötigen, gedeckt wird.

Zu 7)

Das primärqualifizierende Pflegestudium im Rahmen der Pflegeberufereform ist der Einstieg in die Akademisierung der Pflegepraxis. Masterabsolvent*innen im Bereich der erweiterten klinischen Pflegepraxis ist es in Deutschland jedoch bislang nicht möglich, eigenverantwortlich ihre klinischen Kompetenzen in die Patientenversorgung einzubringen. Die Rolle der Advanced Practice Nurse gehört im internationalen Raum selbstverständlich zum interprofessionellen Behandlungsteam eines Krankenhauses dazu. In Deutschland wird sie nicht einmal vollständig über das Pflegebudget finanziert und durch ein veraltetes Heilberuferecht an ihrer Berufsausübung gehindert. Mit den notwendigen gesetzlichen Anpassungen würde nicht nur eine attraktive berufliche Perspektive für hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen geschaffen. Internationale Studienergebnisse belegen zudem, dass mit zunehmendem Einsatz von hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen die Patientenmortalität deutlich sinkt (2016; doi: 10.1136/bmjqs-2016-005567).

