

Pflegekammer Nordrhein-Westfalen
Alte Landstraße 104, 40489 Düsseldorf

Frau
Birgit Szymczak
Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen
Fürstenwall 25
40219 Düsseldorf
Per E-Mail: Birgit.Szymczak@mags.nrw.de

Ihr Kontakt: Carsten Hermes
Telefon 0211 822089 604
E-Mail saskia.buehrmann@pflegekammer-nrw.de
Datum 09.08.2024

**Stellungnahme zur Krankenhausplanung gemäß § 14 Krankenhausgestaltungsgesetz
des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW)
Umsetzung des Krankenhausplans Nordrhein-Westfalen 2022**

Sehr geehrter Herr Staatssekretär Heidmeier,
sehr geehrter Herr Watzlawik,
sehr geehrte Frau Szymczak,

wir bedanken uns bei Ihnen für den bisherigen Austausch und die Beteiligungsmöglichkeit an den zehn stattgefundenen Planungskonferenzen.

Gerne möchte die Pflegekammer NRW in der beigefügten schriftlichen Stellungnahme die wichtigsten Bedarfsfelder der Pflegefachpersonen sowie mögliche Lösungsansätze zum Ausdruck bringen.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen sehr gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Carsten Hermes

Vorstandsmitglied und Ressortverantwortlicher Bundes- und Landesvernetzung

Grundsätzliches

Die Pflegekammer NRW begrüßt die engagierte Herangehensweise bei der Gestaltung einer zukunftsorientierten Landeskrankenhausplanung für das Land Nordrhein-Westfalen. Diese Krankenhausplanung ist der Vorreiter und hat Strahlkraft auf andere Bundesländer. Die Erarbeitung des Krankenhausplans NRW (auf Grundlage des im September 2019 veröffentlichten Gutachten „Krankenhauslandschaft in Nordrhein-Westfalen“ sowie der Vorlage 17/5764 für den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 29.09.2021: Neuaufstellung der Rahmenvorgaben des Krankenhausplans für das Land Nordrhein-Westfalen (MAGS (Ministerium für Arbeit, 2021¹) ist bereits weit fortgeschritten und befindet sich nun in der entscheidenden finalen Phase.

Die Krankenhausplanung NRW zeigt in den seit November 2023 durchgeführten Verhandlungen sowie den stattgefundenen regionalen Konferenzen und weiteren Anhörungen auf den jeweiligen Planungsebenen (Kreis, Versorgungsgebiet, Regierungsbezirk) ihre erhebliche Bedeutung und richtungsweisende Rolle für die Sicherstellung der Versorgungs- und Qualitätsstandards. Dabei ist die Beteiligung aller Leistungserbringer sowie Kostenträger von zentraler Bedeutung. Die Erfüllung der komplexen und anspruchsvollen Aufgaben erfordert neben den medizinischen Leistungen auch pflegerische Leistungen für eine qualitativ hochwertige Versorgung der Bevölkerung. Folglich ist die Teilnahme und fachliche Einbeziehung von Pflegefachpersonen in die Landeskrankenhauskonferenzen sowie in die daraus resultierenden Veränderungsprozesse unverzichtbar.

Die Pflegekammer NRW begrüßt grundsätzlich diese Reformen und die umfangreiche Einbindung der Akteure und möchte weitere Empfehlungen und Lösungsvorschläge anbieten

Empfehlungen und Lösungsvorschläge

Die Gestaltung der Landeskrankenhausplanung begann zeitlich vor der konstituierenden Sitzung der Pflegekammer Nordrhein-Westfalen. Während der Errichtungs- und Aufbauphase wurde die Pflegekammer schon umfassend eingebunden, es fehlte die abschließende demokratische Legitimation, um die Profession Pflege umfassend in einem Gremium in NRW stimmberechtigt zu vertreten. Zudem lag der Schwerpunkt ihrer Aufgabenstellung in der Errichtung, also dem Aufbau der

¹ MAGS (Ministerium für Arbeit, G. und S. des L. N.-W. (2021). Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2021. Die Strukturen müssen für die Menschen da sein, nicht die Menschen für die Strukturen!
<https://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/dokumentenarchiv/Dokument/MMV17-5764.pdf>

administrativen, haupt- und ehrenamtlichen Strukturen. Erst mit der konstituierenden Sitzung am 16. und 17.12.2022 konnte sich die Pflegekammer NRW mandatiert einbringen und ist seit der 59. Sitzung der Krankenhausplanungskonferenzen aktiv eingebunden. Wir bedanken uns an dieser Stelle dafür, dass wir dennoch kontinuierlich in den Prozess einbezogen und angehört wurden.

Es besteht dringender Bedarf an einer Reform des Gesundheitssystems, insbesondere in Bezug auf die Krankenhausversorgung. Hier ist wichtig, dass die Versorgung flächendeckend, wohnortnah und von hoher Qualität ist und angemessen finanziert wird. Die geplante Reform ist ein Schritt in die richtige Richtung. Eine wichtige Maßnahme in diesem Zusammenhang ist die Lockerung der starren Ausrichtung auf Fallpauschalen und die Einführung einer Vergütung für die Vorhaltung von Kapazitäten. Die Einführung von einheitlichen Leistungsgruppen, die an einheitlichen Qualitätskriterien und Mindestvorhaltungsanforderungen gebunden sind, ist ein probates Mittel, um eine flächendeckende hochwertige pflegerische und medizinische Versorgung sicherzustellen, die sowohl in NRW als auch deutschlandweit regional nahe am Wohn- und/oder jeweiligen Aufenthaltsort erreichbar ist. Als Pflegekammer Nordrhein-Westfalen stellen wir unsere Fachexpertise zur Verfügung und stellen gemeinsam mit den Pflegefachpersonen die inhaltlichen Vorschläge und pflegerischen Aspekte vor, um aktiv an der aktuellen Gestaltung dieser Strukturreform mitzuwirken. Eine Herausforderung bei der Entwicklung der Leistungsgruppen liegt darin, dass bisher hauptsächlich medizinische Gesichtspunkte berücksichtigt wurden und somit das gesamte notwendige Leistungsspektrum inkl. einer professionellen pflegerischen Versorgung nicht vollständig abgebildet ist. Es ist von essenzieller Bedeutung, die pflegerischen Implikationen stärker zu beachten, da sie für eine umfassende Versorgung der Bevölkerung unerlässlich sind. Die Pflegekammer Nordrhein-Westfalen weist daher auf folgende Punkte hin, die bisher noch nicht ausreichend berücksichtigt wurden:

1. Pflegerische Beteiligung bei der Ausgestaltung der Leistungsbereiche sowie Leistungsgruppen

Problembeschreibung

Die Berücksichtigung der Profession Pflege bei der Ausgestaltung der Leistungsbereiche sowie Leistungsgruppen ist zum jetzigen Zeitpunkt unzureichend. Die derzeitige Planung legt den Schwerpunkt auf die Festlegung von Qualitätskriterien für den medizinischen/ärztlichen Bereich, obwohl die Auswirkungen auf die pflegerische Versorgung und die Profession Pflege groß sind. Die professionelle Pflege wird lediglich durch ein einziges Qualitätskriterium unter der Kategorie „Sonstiges“

berücksichtigt, durch die Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung. Dieses Kriterium ist ungeeignet und unzureichend, um ein ausreichend hohes pflegerisches Versorgungsniveau sicherzustellen.

Die Begleitung von Menschen in herausfordernden Lebenssituationen erfordert spezielle Kenntnisse in den Bereichen Krankenbeobachtung, Analyse komplexer Pflegesituationen sowie Beratung und Schulung der zu versorgenden Personen, Angehörigen und angrenzenden sozialen Netzwerken. Der Einsatz von speziell weitergebildeten und/oder akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen oder mindestens von Pflegefachpersonen mit speziellen Fort- oder Weiterbildungen wird in der Landeskrankenhausplanung und den enthaltenden Mindeststrukturmerkmalen quantitativ und qualitativ nicht berücksichtigt. Bei der Zuweisung und Ausgestaltung von Leistungsgruppen werden fast ausschließlich medizinische Gesichtspunkte berücksichtigt, obwohl es deutliche pflegerische Implikationen gibt. Ein Beispiel dafür ist die Telemedizin, die bisher rein ärztlich dominiert betrachtet und in den Mindestmerkmalen ausführlich beschrieben wird, obwohl die umfangreiche Einbeziehung von Pflegefachpersonen mit entsprechenden Fort- und Weiterbildungen auch wichtige Vorteile für die zu versorgenden Personen, die Kliniken und die Pflegefachpersonen bietet.

Lösung

Die Berücksichtigung der Profession Pflege sollte bereits jetzt, nicht erst nach Abschluss der finalen Erlasse Ende 2024, bei der Ausgestaltung der Leistungsbereiche und Leistungsgruppen erfolgen.

Die Telemedizin beispielsweise sollte nicht nur aus ärztlicher Perspektive betrachtet werden, sondern auch die speziellen pflegerischen Themen und Expertisen umfangreich berücksichtigen, die eine 24/7-Bereitstellung von Pflegefachpersonen mit einer einschlägigen Fachweiterbildung für den jeweiligen Bereich erfordern. Ein möglicher Ansatz könnte sein, den Krankenhäusern mehr Vorlauf für den Veränderungsprozess zu geben und sie eng aus pflegerischer Sicht zu begleiten. Ein Teil der Notfallversorgung, insbesondere die Basis-Notfallversorgung (z. B. kleine Wundversorgung, Ersteinschätzungen zur weiterführenden Versorgung), könnte eigenständig pflegerisch übernommen werden, unterstützt durch eine telemedizinische Anbindung, um die Versorgung der Bevölkerung rund um die Uhr zu verbessern. Dabei ist zu beachten, dass eine Ausweitung der Kapazitäten und die Bereitstellung von hochspezialisiertem Pflegepersonal notwendig ist.

Es ist erforderlich, spezifische pflegerische Qualitätskriterien zu entwickeln, die ein hohes Versorgungsniveau sicherstellen. Dazu gehört der bedarfsgerechte Einsatz von akademisch qualifizierten

Pflegefachpersonen oder mindestens von Pflegefachpersonen mit Fachweiterbildung. Bis zur Entwicklung dieser Qualitätsindikatoren sehen wir es als geboten an, die schon vorhandenen und bewährten

Strukturmerkmale der Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) in den pflegerischen Mindestmerkmalen unbedingt bis zur Evaluation der Leistungsgruppen zusätzlich zu den Personaluntergrenzen beizubehalten und entsprechend zu vergüten.

2. Sicherstellung der Praxiseinsätze in der Aus- und Weiterbildung für Pflegefachpersonen

Problembeschreibung

Die Umsetzung des aktuellen Krankenhausplans wird in NRW zu einer Konzentration komplexer Behandlungen an weniger Standorten führen. Diese komplexen Leistungen erfordern eine pflegerische Begleitung mit speziellen Kenntnissen, um Komplikationen vorzubeugen, medizinische Behandlungserfolge zu sichern und die zu versorgenden Personen auf veränderte Anforderungen im Alltag vorzubereiten. Parallel dazu werden an einigen Standorten spezielle medizinische Leistungen eingeschränkt, Fachdisziplinen abgebaut oder ganze Standorte geschlossen, was die Lern- und Ausbildungssituation für Pflegefachpersonen verändern kann.

Es bleibt unklar, was mit den Ausbildungsplätzen geschieht und ob diese sowie die Einsatzorte durch Kooperationsverträge gesichert sind. Dabei ist ein besonderes Augenmerk auf die strukturellen Lern- und Ausbildungsgegebenen sowie die Praxiseinsätze zu legen. Hier sollte perspektivisch eine quantitative sowie qualitative Ausweitung der Praxisanleitung erfolgen. Die Flexibilität der Praxisanleitenden bezüglich ihrer Einsatzorte könnte schnell an Grenzen stoßen und daher zu einem personellen Engpass in diesem Bereich führen. Es entsteht die Problematik, dass Praxisanleitende gemäß § 4 Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PflAPrV) über mindestens ein Jahr Berufserfahrung und einer Berufserlaubnis nach dem Pflegeberufegesetz, dem Altenpflegegesetz (AltPflG) oder dem Krankenpflegegesetz (KrPflG) verfügen müssen. Die Berufserfahrung muss im jeweiligen Einsatzbereich und in den vergangenen fünf Jahren erworben worden sein. Um die Aufgaben von Praxisanleitern übernehmen zu können, ist zudem eine berufspädagogische Zusatzqualifikation von mindestens 300 Stunden erforderlich. Außerdem sind berufspädagogische Fortbildungen im Umfang von mindestens 24 Stunden jährlich nachzuweisen. Dies bringt weitreichende Konsequenzen mit sich, da es auch zur Vorhaltung von Praxisanleitenden für bestimmte Bereiche spezielle Regularien gibt.

Die Umsetzung dieser Änderungen erfordert die Verfügbarkeit von weitergebildeten Praxisanleitenden in allen Fachabteilungen und Sektoren in ausreichender Anzahl. Die Umverteilung der medizinischen Leistungen könnte zu personellen Engpässen führen, da die Flexibilität der Praxisanleitung bezüglich ihrer Einsatzorte begrenzt ist.

Lösung

Es braucht eine Beschreibung der quantitativen und qualitativen Ausgestaltung der Praxisanleitung in den jeweiligen Fachabteilungen und Sektoren sowie eine gesicherte Vorhaltepauschale und Sicherung der Finanzierung der Aus-, Fort- und Weiterbildung der professionellen Pflege.

Die Pflegekammer NRW betont, dass den Mitarbeitenden die Aus- und Weiterbildung sowie die dafür erforderliche Lernzeit ermöglicht werden muss, um mittel- bis langfristig auf einen hohen quantitativen sowie qualitativen Personalschlüssel zurückgreifen zu können. Die Kliniken sollten Anreize für neue Wege der Zusammenarbeit und Kooperationen zwischen verschiedenen Kliniken und Trägern entwickeln, die die Praxiseinsätze in der Aus-, Fort- und Weiterbildung gewährleisten.

3. Ausgestaltung und Sicherstellung einer der pflegesensiblen Versorgungsqualität

Problembeschreibung

Die Reform wird Verschiebungen des Fachpersonals innerhalb eines Krankenhauses, aber auch zwischen Krankenhäusern und/oder zwischen Regionen notwendig machen.

Die spezielle Qualifikation und Berufserfahrung des Personals spielen hier eine entscheidende Rolle in der Betrachtung, neben bestehenden arbeitsrechtlichen Bindungen an den jeweiligen Träger und Standorten.

Neben den Leistungsgruppen haben die G-BA Richtlinien eine Wirksamkeit darauf, welche Leistungen ein Krankenhaus in Zukunft erbringen und abrechnen darf.

In mehreren Richtlinien des G-BA werden für spezielle Bereiche Anforderungen an die Qualifikation des Pflegepersonals gestellt. Diesen fehlen jedoch pflegerische und fachpflegerische Mindestmerkmale in Qualität und Strukturvorgaben in den Leistungsgruppen. Während fachärztliche Leistungen und die Mindestvorhaltung von ärztlichem Personal gefordert werden, gibt es keine entsprechenden qualitätssichernden Maßnahmen für eine ausreichende pflegerische Expertise.

Aktuell sind akademisch ausgebildete Pflegefachpersonen nicht in ausreichender Anzahl verfügbar, dennoch sind fachweitergebildete Pflegefachpersonen mit hoher Kompetenz und viel Erfahrungswissen vorhanden. Wir gehen davon aus, dass auch bei der Umstrukturierung von OPS-Codes und der Abrechnung die dort hinterlegten pflegerischen Strukturmerkmale nicht mehr in dieser Form gehalten werden. Dies lässt vermuten, dass die Kostenträger nur noch die minimal notwendige Personalausstattung sowohl quantitativ als auch qualitativ finanzieren werden. Die Konsolidierung bestimmter Fachbereiche (z. B. Neonatologie) an wenigen Standorten birgt Herausforderungen für das spezialisierte Pflegefachpersonal, das nicht immer den Arbeitsort wechseln kann (z. B. aufgrund von Teilzeitarbeit, Pendelzeiten, Gehaltssituation, familiärer Bindung). Die vorbeschriebene Situation führt aus Sicht der Pflegekammer Nordrhein-Westfalen zu einer erheblichen Verschlechterung der pflegefachlichen Versorgungsstrukturen in den jeweiligen Kliniken, da nur eine freiwillige und intrinsische Motivation der einzelnen Klinik eine verbesserte und angemessene Personalbesetzung bewirken wird. Hier ist eine gemeinsame Gestaltung von Qualitätsindikatoren inklusive eines funktionierenden Ampelsystems für Personalqualifikationen sinnvoll. In hoch spezialisierten Bereichen, wie Stroke Units, CPUs, Geriatrie und Intensivmedizin ist fraglich, ob das dringend benötigte Pflegefachpersonal den Leistungsgruppen-Verschiebungen folgen wird.

Lösung

Die Pflegekammer NRW fordert die Entwicklung und Beachtung spezifischer pflegerischer Qualitätskriterien, die ein hohes Versorgungsniveau sicherstellen. Diese sollten spätestens zur Evaluation der Leistungsgruppen vorliegen.

Dort sollten akademisch ausgebildete Pflegefachpersonen und fachweitergebildete Pflegefachpersonen entsprechend der Leistungsgruppenkriterien zugeordnet werden. Es ist notwendig, pflegesensitive Qualitätsindikatoren zu entwickeln, die die pflegerische Personalausstattung quantitativ und qualitativ beschreiben und nicht nur als abstrakte Untergrenze festlegen. Hierzu ist es notwendig, die jeweiligen Leistungsgruppen in der Evaluationsphase eng pflegerisch zu begleiten und analog zur fachärztlichen Betrachtung auch pflegerische Expertise miteinzubeziehen. Bis dahin sollten die bisherigen Mindeststrukturmerkmale beibehalten werden.

Aktuell sind akademisch ausgebildete Pflegefachpersonen (noch) nicht in ausreichender Anzahl verfügbar, um die speziellen Versorgungsbedarfe dieser Patientengruppen zu decken. Gleichwohl verfügt Deutschland über ein System von fachweitergebildeten Pflegefachpersonen, die eine hohe

Kompetenz und viel Erfahrungswissen in speziellen Versorgungsbereichen besitzen. Beispielhaft seien hier folgende Fachweiterbildungen genannt: Intensivpflege und Pflege in der Anästhesie, pädiatrische Intensivpflege und Pflege in der Anästhesie, Psychische Gesundheit, Pflege im Operationsdienst, Hygiene und Infektionsprävention u. v. m. Diese Qualifikationen können dann einzelnen Leistungsgruppen entsprechend der Leistungsgruppenkriterien (ICD, OPS) zugeordnet werden. Wenn es Kliniken mit besonderen pflegerischen Kompetenzen gibt, möchte die Pflegekammer darauf hinweisen, dass diese besonders zu beachten sind.

Im Anhang werden auszugsweise die Fachweiterbildungen sowie akademischen Qualifikationen dargestellt. Dies verdeutlicht ebenfalls, dass die Spezialisierung von Pflegefachpersonen breit gefächert ist und diese für die Gewährleistung einer hochwertigen Versorgungssicherheit in den verschiedenen Leistungsbereichen dringend erforderlich ist.

Zudem legt die Pflegekammer Nordrhein-Westfalen Wert darauf, dass aus dem Pflegebudget bzw. dem Transformationsfond nur die Leistungen der Profession Pflege bezahlt werden und andere Fachbereiche (z. B. Hilfskräfte) separat zu betrachten sind.

Vorstellbar ist aus Sicht der Pflegekammer die bereits geplante Verteilung der Leistungsgruppen an spezifische Auflagen zur Vorhaltung von Pflegefachpersonen zu knüpfen, die in einer noch zu definierenden Übergangsfrist nachgewiesen werden müssen. In diesem Kontext ist es dringend erforderlich, vor allem die Ausbildung inhaltlich und monetär zu stärken, um dem steigenden Bedarf an Pflegefachpersonen erfüllen zu können. Die vorgesehenen Finanzmittel müssen dem Fachbereich Pflege zugeordnet und dort bedarfsgerecht eingesetzt werden.

Zudem gibt es langjährige Arbeitsverträge zu beachten, die unter Umständen Kündigungsfristen haben, die über die jetzt geplante Übergangsfrist hinausgehen.

4. Finanzielle und strukturelle Veränderungen der Trägerlandschaft

Problembeschreibung

Bei den regionalen Planungskonferenzen wurde der Fokus auf die angesprochenen Kooperationen sowie Förderungen für strukturelle und bauliche Veränderungen, z. B. Neubauten/Erweiterungen von Zentren, gelegt.

Es bleibt abzuwarten, ob durch Spezialisierungen und Zusammenschlüsse von Krankenhäusern ein Konkurrenzkampf vermieden werden kann. Die Fokussierung auf spezielle Leistungsgruppen könnte Pflegefachpersonen zwingen, sich fachlich oder örtlich umzuorientieren. Bei Klinikschließungen fehlt die Berücksichtigung der ambulanten und stationären Langzeitpflege, um die pflegerische Versorgung weiterhin zu gewährleisten.

Lösung

Die Pflegekammer Nordrhein-Westfalen unterstützt die Ideen des MAGS zu trägerübergreifenden Kooperationen und betont, dass diese Träger spezielle Anreizsysteme für die Profession Pflege schaffen sollten, um einen Arbeitgeber- bzw. Trägerwechsel für langjährig Beschäftigte zu erleichtern. Diese Systeme können eine Entlastung bei den Mobilitäts- und Lebenshaltungskosten beinhalten. Arbeitgeber sollten verpflichtet werden, unter bestimmten Bedingungen alternative Beschäftigungsmöglichkeiten und gegebenenfalls Qualifizierungen anzubieten. Zudem unterstützen wir die landesweite Einführung eines Pflegeberufegratifikations-scheins nach dem Vorbild des „Bergmannsversorgungsscheins“.

Die ambulante und stationäre Langzeitpflege muss weiter gestärkt werden, um eine hochwertige Versorgungssicherheit zu gewährleisten. Die Pflegekammer Nordrhein-Westfalen wünscht sich mehr innovative Modellvorhaben unter pflegerischer Leitung sowie eine stärkere Verzahnung des klinischen und ambulanten Sektors, insbesondere des stationären Langzeitversorgungssektors. Dies wäre eine Möglichkeit, trotz der Veränderungen im Umfeld, die pflegerische Infrastruktur und die Anschlussversorgung, z. B. im Altenheim, sicherzustellen.

Es ist für die Pflegekammer von großer Wichtigkeit, dass bei Klinikschließungen die ambulante und stationäre Langzeitpflege mitgedacht und deutlich gestärkt wird, um weiterhin eine hochwertige Versorgungssicherheit der immer älter werdenden Bevölkerung gewährleisten zu können.

An dieser Stelle ist ebenfalls von großer Bedeutung, dass die vorgesehenen Finanzmittel dem Fachbereich Pflege zugeordnet werden und dort bedarfsgerecht eingesetzt werden müssen, um dem stetig wachsenden Bedarf an Pflegefachpersonen gerecht zu werden. Dabei liegt der Fokus besonders auf der Stärkung sowie Finanzierung der Ausbildung von Pflegefachpersonen.

5. Fachkräftesicherung

Problembeschreibung

In der jetzigen Form wird in der Krankenhausreform außer Acht gelassen, dass nicht davon ausgegangen werden kann, dass die dringend benötigten Pflegefachpersonen der Leistungsgruppen-Ver-schiebungen des Krankenhauses automatisch folgen werden. Die Verunsicherung bezüglich der Ar-beitsplatzsicherheit und die Frage der Erreichbarkeit des neuen Arbeitsplatzes sind entscheidend. Eine erhöhte Arbeitsintensität und eine mögliche Abwanderung aus dem Pflegeberuf stellen weitere Probleme dar. In dem Zusammenhang muss auch die personelle Kapazität der Pflege berücksichtigt werden, dies wurde bisher nicht mitgedacht.

Lösung

Es ist notwendig, die Pflegefachpersonen auch in den Kliniken zeitnah über die Pläne und Konse- quenzen aufzuklären und Anreize zu schaffen, die es ihnen ermöglichen, ihren Dienst ohne unzu- mutbare Anreise anzutreten. Die personelle Kapazität muss aufgestockt und das Personal weiter- qualifiziert werden, um eine dauerhafte Mehrbelastung zu vermeiden. Es besteht dringender Hand- lungsbedarf, um eine Abwanderung aus dem Pflegeberuf zu verhindern. Dabei ist entscheidend, ob sich der neue Arbeitsplatz im erreichbaren Umfeld des Wohnortes befindet. Die Anreise mit öffent- lichen Verkehrsmitteln ist, vor allem im ländlichen Raum, bei Schicht- und Wochenenddiensten nur schwer realisierbar. Die Nutzung eines privaten PKWs ist nicht jedem möglich. Folglich müssen hier andere Lösungen gefunden und sowie Anreize geschaffen werden. Ansonsten kann dies einen Ar- beitgeber- oder sogar Branchenwechsel zur Folge haben. Dies gilt besonders für die meist weiblichen Mitarbeiterinnen, die oft in Teilzeit tätig sind. So ist es denkbar, dass bei einer Teilzeitkraft ein we- sentlicher Teil des Gehaltes für die weitere Arbeitswegstrecke verwendet wird.

Zudem ist es wichtig, dass es Mindeststrukturmerkmale der pflegerischen Besetzung und Versorgung gibt, welche von dem jeweiligen Träger eingehalten werden müssen. Notwendige Sanktionen müs- sen dabei spürbarer sein als die jetzt, bei der Nichteinhaltung von Personaluntergrenzen, gegeben sind. In Bezug auf die systematische Personalplanung ist auch die pflegerische Vertretungsregelung einheitlich zu klären. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Vertretung einer speziell ausgebildeten Pflegefachperson im Urlaubs- oder Krankheitsfall unmittelbar und prospektiv geregelt ist und zu er- ledigenden Tätigkeiten durch dafür ausgebildetes Fachpersonal fortgeführt werden können.

Fazit

Die Krankenhausreform, unter Einbezug des Leistungsgruppenmodell aus Nordrhein-Westfalen, ist ein bedeutender Schritt zur Sicherstellung einer hochwertigen, flächendeckenden medizinischen und pflegerischen Versorgung. Die Pflegekammer Nordrhein-Westfalen begrüßt die umfassende Einbindung aller Akteure und betont die Notwendigkeit einer intensiveren Berücksichtigung pflegerischer Aspekte in der Planung, Umsetzung und Evaluation. Die Sicherstellung einer hochwertigen pflegerischen Versorgung erfordert spezifische Maßnahmen und prospektiv die Entwicklung pflegesensitiver Qualitätsindikatoren, um den wachsenden Anforderungen gerecht zu werden. Um diese Ziele langfristig zu erreichen und die Zusammenarbeit zwischen Kliniken und Pflegefachpersonen weiter zu fördern, sind gezielte Optimierungsmaßnahmen erforderlich. Daher werden abschließend die wichtigsten Optimierungsvorschläge zusammengefasst:

Pflegerische Beteiligung bei der Ausgestaltung der Leistungsbereiche und Leistungsgruppen:

Die Berücksichtigung der professionellen Pflege in die Ausgestaltung der Leistungsbereiche, damit sie sich bei der Entwicklung spezifischer pflegesensitiver Qualitätskriterien sowie bei der Beachtung der pflegerischen Aspekte in der Telemedizin einbringen können.

Sicherstellung der Praxiseinsätze in der Aus- und Weiterbildung für Pflegefachpersonen:

Die Beschreibung der quantitativen sowie qualitativen Ausgestaltung der Praxisanleitung stellt hier die Grundlage dar und sollte durch eine fortlaufende Sicherung der Finanzierung der Aus-, Fort- und Weiterbildung komplettiert werden. Dabei ist die Entwicklung von Anreizen für Kooperationen zwischen Kliniken und Trägern von Bedeutung.

Ausgestaltung und Sicherstellung einer pflegesensiblen Versorgungsqualität:

Bis zur Entwicklung der spezifischen pflegesensitiven Qualitätskriterien ist die Beibehaltung pflegerischer Mindeststrukturmerkmale der G-BA und OPS Vorgaben von elementarer Bedeutung. Durch die perspektivische Einbindung von akademisch ausgebildeten und fachweitergebildeten Pflegefachpersonen entsprechend den Leistungsgruppenkriterien wird dies optimal ergänzt.

Finanzielle und strukturelle Veränderungen der Trägerlandschaft:

Für trägerübergreifende Kooperationen und Anreizsysteme für Pflegefachpersonen ist eine bedarfsgerechte Förderung bereit zu stellen. Zudem bedarf es der Stärkung der ambulanten und stationären Langzeitpflege sowie der Unterstützung innovativer Modellvorhaben unter pflegerischer Leitung.

Fachkräftesicherung:

Die zeitnahe Aufklärung der Pflegefachpersonen über die Pläne und Konsequenzen der Reform ist unerlässlich. Es bedarf langfristiger Maßnahmen mit dem Ziel der Aufstockung und Weiterqualifizierung des Personals, um eine dauerhafte Mehrbelastung zu vermeiden. Zudem sind Anreize zur Vermeidung unzumutbarer Anreisen zu schaffen sowie eine Festlegung von Mindeststrukturmerkmalen der pflegerischen Besetzung und Versorgung mit spürbaren Sanktionen bei Nichteinhaltung.

Weitere Vorschläge:

Die Entwicklung pflegesensitiver Qualitätsindikatoren und -merkmale stellt das nächste Zielvorhaben dar, um die eigenständige Rolle der professionellen Pflege zu manifestieren und sicherzustellen. Dafür ist die finanzielle Berücksichtigung pflegerischer Leistungen erforderlich. Zudem ist eine systematische Planung und Durchführung von Weiterbildungen und Kompetenzentwicklungen zu entwickeln sowie eine Einheitsregelung der Vertretung speziell ausgebildeter Pflegefachpersonen.

Die Pflegekammer Nordrhein-Westfalen betont die Bedeutung einer intensiven Zusammenarbeit und die Berücksichtigung der pflegerischen Expertise zur erfolgreichen Umsetzung der Krankenhausreform. Wir freuen uns darauf, diesen Prozess weiterhin aktiv und konstruktiv zu gestalten sowie partnerschaftlich mitzubegleiten.

Anhang: Spezialisierung pro Bereich (auszugsweise)

Bereich	Fort- und Weiterbildung	Akademische Weiterbildung
Allgemein Innere Medizin	<ul style="list-style-type: none"> - Demenz-/Delirsensible Pflege - Atmungstherapie 	<ul style="list-style-type: none"> - APN Innere Medizin
Endokrinologie und Diabetologie	<ul style="list-style-type: none"> - Diabetesedukation DDG - Diabetes&Pflege DDG - Ernährungsberaterin 	<ul style="list-style-type: none"> - APN-Endokrinologie und oder Diabetes
Gastroenterologie	<ul style="list-style-type: none"> - Stomatherapie - Endoskopie 	
Nephrologie	<ul style="list-style-type: none"> - Fachweiterbildung in der Nephrologie 	
Pneumologie	<ul style="list-style-type: none"> - Atmungstherapie 	
Hämatologie und Onkologie	<ul style="list-style-type: none"> - Onkologische Pflege - Pain Nurses - Patientenedukation 	<ul style="list-style-type: none"> - Erweiterte Klinische Pflege B.Sc. - Onkologische Pflege - Integrative Onkologie M. Sc.
Kardiologie	<ul style="list-style-type: none"> - Pflegeexperte Herzinsuffizienz - Chest Pain Nurse - Kardiologische Fachassistenz 	<ul style="list-style-type: none"> - APN-Kardiologie - Pflegeexpert*in Herzinsuffizienz
Allgemeine Chirurgie	<ul style="list-style-type: none"> - Operationsdienst - Peri-operative Pflege - Kardiotechniker - Physical Assistant - Intensivpflege und Pflege in der Anästhesie - Wundmanagement - Pain Nurses - Onkologische Pflege - Stomatherapie 	
Kinder- und Jugendchirurgie		
Plastische und Rekonstruktive Chirurgie		
Gefäßmedizin		
Herzchirurgie		
Orthopädie und Unfallchirurgie		
Thoraxchirurgie		

Viszeralchirurgie		
Augenheilkunde		
Haut- und Geschlechtskrankheiten	- Wundmanagement	
MKG		
Urologie	- Stomatherapie - Kontinenzförderung	
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	- Breast Care Nurses - Stillberater - Hebammen im Stationsdienst	
Neonatologie	- Pädiatrische Intensivpflege und Pflege in der Anästhesie	- APN im pädiatrischen Akut-Setting
HNO		
Neurochirurgie		
Neurologie	- Pflege für Schlaganfallpatienten - Neurologische Pflege - Rehabilitation - Parkinson Nurse	- APN-Neurologie
Geriatrie	- Gerontologie - Gerontopsychiatrie - Rehabilitation - Geriatriische Pflege - Demenzcoach	- Klinische Gerontopsychologie M.Sc. - Integrierte Gerontologie M.Sc. - APN-Gerontologie
Intensivmedizin	- Intensivpflege und Pflege in der Anästhesie - Akut- und Notfallpflege - Intermediate-Care - Atmungstherapeut	- APN Intensiv Care bzw. Critical Care
Palliativmedizin	- Palliative Care - Pain Nurses	- Pflegeexpert*in für Palliative Care(?)

Transplantation solider Organe	- Transplantationspflege	
Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	- Gerontopsychiatrie - Psychische Gesundheit	
Kinder- und Jugendpsychiatrie und- Psychotherapie	- Psychische Gesundheit	
Hygiene	- Hygiene und Infektionsprävention	
Strahlentherapie	- Strahlenschutz	