

Stellungnahme des DBfK Nordwest e.V.

zum Krankenhausplan 2027 der Freien und Hansestadt Hamburg

23. Oktober 2026

Gesamtbewertung und zentrale Forderungen

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) Nordwest e.V. bedankt sich für die Möglichkeit, zum vorliegenden Entwurf zum Krankenhausplan 2027 Stellung beziehen zu können. Unsere Bewertung bezieht sich auf den übermittelten Allgemeinen Teil – Grundlagen und Maßstäbe der Krankenhausplanung ab 2027. Für eine Beurteilung konkreter Leistungsgruppenzuweisungen und Standortveränderungen bitten wir um den Besonderen Teil einschließlich der Einzelblätter sowie um Zugang zu den zugrunde liegenden Gutachten von aktiva und IGES und Gelegenheit zu einer ergänzenden Stellungnahme.

Die im Entwurf formulierten Ziele der Erreichbarkeit, Versorgungskontinuität und Resilienz unterstützen wir. Sie können jedoch nur erreicht werden, wenn pflegerische Versorgung, die dafür erforderlichen Kompetenzen und die tatsächliche Personalverfügbarkeit ausdrücklich in die Planung einbezogen werden.

Positiv bewerten wir, dass das errechnete Ambulantisierungspotenzial nicht pauschal vom stationären Bedarf abgezogen wird, Kooperationen tatsächlich tragfähig sein müssen und Fachpersonalengpässe nicht als Begründung dienen, einen bestehenden Versorgungsbedarf geringer anzusetzen. Zugleich dürfen nur solche Kapazitäten als tatsächlich verfügbar gelten, die unter Einhaltung verbindlicher Personal- und Qualitätsvorgaben betrieben werden können. Versorgungslücken sind transparent auszuweisen und durch tragfähige Personal- und Versorgungskonzepte zu bearbeiten. Mindestpersonalvorgaben bilden dabei die verbindliche Untergrenze; Ziel bleibt eine am tatsächlichen Bedarf ausgerichtete Personalausstattung. Auch die differenzierte Betrachtung psychiatrischer Versorgung und der besonderen Bedarfe einzelner Bevölkerungsgruppen ist ein geeigneter Ausgangspunkt.

Die zentrale Schwäche des Entwurfs liegt in der Umsetzung dieser Ziele: Pflegefachpersonen und ihre Leistungen werden an mehreren Stellen berücksichtigt, aber die spezifischen Leistungserfordernisse, Qualitätsmerkmale und Mitwirkungsrechte werden nicht systematisch in überprüfbare Planungsmaßstäbe übersetzt. Mit der Umstellung auf medizinisch definierte Leistungsgruppen wird diese Konkretisierung besonders wichtig. Ein Versorgungsauftrag muss nicht nur auf dem Papier bestehen, sondern durch ausreichend qualifizierte Pflegefachpersonen sicher erfüllbar sein.

Zentrale Forderungen des DBfK Nordwest

1. Die Profession Pflege durch eine maßgebliche, auf Landesebene tätige Berufsorganisation frühzeitig und kontinuierlich an Planung, Umsetzung und Evaluation beteiligen;
2. Den pflegfachlichen Versorgungsbedarf, Personalbedarf und Qualifikationsmix als eigenständige Grundlagen der Beurteilung von Leistungsfähigkeit erfassen;
3. Kapazitätsveränderungen und Ambulantisierung an tatsächlich verfügbare stationäre und nachstationäre Versorgung knüpfen;
4. Pflegequalität, Pflegeprozessverantwortung, erweiterte Pflegekompetenzen und hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen in den Entwicklungsfeldern verankern;
5. Die Ausbildungsqualität und Personalbindung bei Konzentration, Umwandlung und Investitionsentscheidungen absichern;
6. Die Planperiode mit einem veröffentlichten Umsetzungsprogramm und einem pflegfachlich ergänzten Monitoring begleiten.

Beteiligung der Profession Pflege wirksam ausgestalten

Bezug zum Entwurf: Kapitel 4.8.6 und 5.10 sowie Darstellung des Planungsverfahrens in der Anhörungs-E-Mail vom 9. Oktober 2026.

Der DBfK Nordwest ist in § 17 Absatz 1 Nummer 16 HmbKHG ausdrücklich als Beteiligter an der Krankenhausversorgung benannt. Dies ist eine wichtige Grundlage. Die Zugehörigkeit zu diesem Kreis ist jedoch von der Stellung als unmittelbar Beteiligter nach § 17 Absatz 2 und von der Mitgliedschaft im Landesausschuss nach § 18 HmbKHG zu unterscheiden. Aus der gesetzlichen Anhörungsposition folgt derzeit keine gleichberechtigte Mitgliedschaft der Profession Pflege im Landesausschuss.

Der Text der E-Mail, mit der uns der Entwurf am 9. Oktober zugegangen ist, beschreibt eine frühe Einbindung insbesondere der unmittelbar Beteiligten und der Krankenhausträger. Ob und in welcher Form pflegeberufliche Expertise bereits in Strukturgespräche, Gutachten und die Bewertung von Versorgungspfaden eingeflossen ist, wird daraus nicht ersichtlich. Der Plan sollte diese Beteiligung nachvollziehbar darstellen und für die weitere Umsetzung verbindlich organisieren.

Pflegefachpersonen kennen die Anforderungen kontinuierlicher Versorgung, die Folgen von Personalengpässen und die Bedingungen sicherer Übergänge. Diese Perspektive ergänzt die Sicht von Krankenhausträgern und Kostenträgern. Wir fordern deshalb dauerhafte Beteiligungsstrukturen mit Informations- und Initiativrechten.

Vorgeschlagene Ergänzung zu Kapitel 4.8.6

„Die pflegfachliche Perspektive wird bei der Weiterentwicklung der Planungssystematik sowie bei der Bewertung von Personalressourcen, Versorgungspfaden und Strukturveränderungen frühzeitig und kontinuierlich einbezogen. Der DBfK Nordwest als maßgebliche, auf Landesebene tätige Berufsorganisation wird hierzu regelhaft beteiligt. Die Beteiligung umfasst den rechtzeitigen Zugang zu den für die Beratung erforderlichen Unterlagen, die Möglichkeit eigener Themenvorschläge und eine nachvollziehbare Rückmeldung zu eingebrachten Empfehlungen.“

Kurzfristig sollte dies durch eine regelhafte pflegefachliche Arbeitsgruppe und die Hinzuziehung entsprechender Sachverständiger im Rahmen des § 18 Absatz 4 HmbKHG umgesetzt werden. Für eine dauerhafte Mitgliedschaft mit gleichberechtigten Mitwirkungsrechten fordert der DBfK Nordwest ergänzend eine Änderung der §§ 17 und 18 HmbKHG.

Pflegequalität und Personalausstattung konkretisieren

Bezug zum Entwurf: Kapitel 2, 5.3 und 6.3.1.

Die Anerkennung von qualifiziertem Personal als Voraussetzung guter Versorgung ist richtig. Für die pflegefachliche Versorgung reicht eine allgemeine Erwähnung der Fachpersonalverfügbarkeit jedoch nicht aus. Erforderlich sind Aussagen zum tatsächlichen Bedarf, zur verfügbaren Personalbesetzung, zu Fachweiterbildungen und zum Einsatz hochschulisch qualifizierter Pflegefachpersonen. Pflegeprozessverantwortung und pflegesensitive Ergebnisse müssen ebenfalls sichtbar werden.

Die Forderung nach pflegebezogenen Qualitätsmaßstäben ist wissenschaftlich begründet. In einer [europäischen Beobachtungsstudie](#) mit rund 423.000 chirurgischen Patient:innen in 300 Krankenhäusern waren eine höhere Arbeitsbelastung der Pflegenden und ein geringerer Anteil von Pflegefachpersonen mit Bachelorabschluss mit höherer Krankenhaussterblichkeit verbunden. Eine [prospektive Vergleichsstudie in Queensland](#) zeigte zudem günstigere Entwicklungen von Sterblichkeit, Wiederaufnahmen und Verweildauer nach Einführung verbindlicher Personalrelationen. Die Studien erlauben keine direkte Ableitung einzelner Hamburger Personalschlüssel; sie stützen aber die Berücksichtigung pflegerischer Personalausstattung und Qualifikation als Qualitätsfaktoren.

Die Rechtslage ist dabei differenziert zu betrachten. § 137k SGB V verpflichtet zugelassene Krankenhäuser zur Sicherstellung bedarfsgerechter Personalausstattung in der unmittelbaren Patientenversorgung. Die Norm enthält heute jedoch nicht mehr die frühere verbindliche Systematik der Pflegepersonalbemessung. Die weiterhin geltenden Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i SGB V sind von der Frage zu unterscheiden, ob sie Bestandteil einzelner Leistungsgruppenkriterien sind. Ihre Streichung aus dieser Systematik hebt sie nicht als eigenständige Vorgaben auf.

§ 135e Absatz 1 SGB V verlangt ausdrücklich, dass sich die personellen Qualitätskriterien insbesondere auf ärztliches Personal und Pflegepersonal beziehen. Diese Vorgabe bietet einen Ansatzpunkt für die Weiterentwicklung auf Bundesebene. Sie ist aber nicht mit bereits vollständig ausgestalteten, bedarfsbezogenen Pflegekriterien in allen Leistungsgruppen gleichzusetzen.

Als DBfK fordern wir hierfür eine stufenweise Verankerung bedarfsgerechter Personalbemessung auf Grundlage der PPR 2.0 und ihrer Weiterentwicklung zur PPR 2.x. In unserer [Stellungnahme zum KHAG](#) vom 15. Dezember 2025 benennen wir als Einstieg einen Erfüllungsgrad der Pflegepersonalbemessungsverordnung (PPBV) von mindestens 80 Prozent mit schrittweiser Steigerung auf 100 Prozent sowie zunächst mindestens zwei Prozent hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen.

Vorgeschlagene Ergänzung zu Kapitel 5.3

„Bei der Beurteilung der Leistungsfähigkeit werden die pflegefachlichen Anforderungen des Versorgungsauftrags ausdrücklich berücksichtigt. Hierzu gehören der ermittelte Pflegepersonalbedarf anhand des ermittelten Pflegebedarfs der Patientinnen und Patienten, die tatsächlich verfügbare Personalausstattung, der erforderliche Qualifikationsmix, spezialisierte pflegerische Expertise und die sichere Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung. Vorhandene

Nachweise zur Einhaltung pflegerischer Personal- und Qualitätsvorgaben werden im Rahmen der gesetzlichen Befugnisse einbezogen.“

Hamburg sollte diese Maßstäbe als Grundlage der fachlichen Bewertung konkretisieren und die bundesrechtliche Entwicklung pflegesensitiver Leistungsgruppenkriterien aktiv unterstützen.

Tatsächlich verfügbare Kapazitäten und Pflegebedarf abbilden

Bezug zum Entwurf: Kapitel 4.8.2, 5.2, 5.8, 6.3.2 bis 6.3.5 und 7.2.

Wir unterstützen, dass Hamburg die somatischen Bedarfsfallzahlen zunächst nachrichtlich ausweist und ihre Belastbarkeit vor einer verbindlichen Steuerungswirkung evaluiert. Die Unterscheidung zwischen Bedarfsfallzahlen und den für die Vorhaltevergütung maßgeblichen Planfallzahlen sollte auch in der Kommunikation mit Krankenhäusern, Beschäftigten und Öffentlichkeit konsequent eingehalten werden.

Die vorgelegte Prognose erwartet einen Anstieg der vollstationären somatischen Fälle von 439.625 im Jahr 2025 auf 447.465 Ende 2029, also um 1,8 Prozent. Die demografisch fortgeschriebene vollstationäre somatische Verweildauer steigt leicht von 6,23 auf 6,27 Tage. Der Entwurf unterstellt damit keine pauschale Verweildauerverkürzung.

Fallzahlen und Verweildauer bilden den pflegefachlichen Bedarf dennoch nur teilweise ab. Innerhalb derselben Leistungsgruppe können sich die Anforderungen an Überwachung, Mobilisation, Orientierung, Kommunikation und Unterstützung erheblich unterscheiden. Eine Veränderung der Zusammensetzung der Patient:innen kann den Pflegeaufwand steigern, selbst wenn Fallzahlen oder Bettenzahlen kaum wachsen. Bei kürzeren Aufenthalten kann zudem die Zahl pflegeintensiver Aufnahme- und Entlassprozesse je Tag zunehmen.

Die rechnerische Kapazität muss deshalb der tatsächlich betreibbaren Kapazität gegenübergestellt werden. Personalbedingt gesperrte Betten, vorübergehende Aufnahmeeinschränkungen und fehlende Anschlussversorgung sollten in der Evaluation gesondert sichtbar werden. Für Intensivmedizin sind qualifikationsbezogen betreibbare Plätze und deren Verfügbarkeit eigenständig darzustellen. Eine Normauslastung beschreibt die angenommene Nutzung von Betten; sie ist keine Aussage über ausreichende Pflegebesetzung.

Vorgeschlagene Ergänzung zu Kapitel 6.3.3

„Die nachrichtlichen Bedarfsfallzahlen werden regelmäßig mit der tatsächlich verfügbaren Versorgungskapazität und den personellen Voraussetzungen abgeglichen. Personalbedingte Kapazitätseinschränkungen sowie Risiken durch fehlende Anschlussversorgung werden gesondert ausgewiesen. Eine geringere Inanspruchnahme infolge eingeschränkter Verfügbarkeit wird nicht ohne weitere Prüfung als Rückgang des Versorgungsbedarfs interpretiert.“

Für die befristeten Zuweisungen nach Kapitel 6.3.2 sind belastbare Übergangskonzepte erforderlich. Die vorgesehene Dauer richtet sich vor allem nach infrastrukturellem Aufwand und Notfallrelevanz. Ergänzend müssen die notwendige Qualifizierung, die Übernahme von Patient:innen und die Betriebsbereitschaft aufnehmender Standorte geprüft werden. Planerische Übergangsregelungen zur Beendigung eines Leistungsangebots sind von Ausnahmen wegen nicht erfüllter Qualitätskriterien nach § 6a Absatz 4 KHG zu unterscheiden; der jeweilige rechtliche Anknüpfungspunkt sollte klar benannt werden. Eine befristete Zuweisung darf nicht den Eindruck vermitteln, dass unabhängig geltende Personalvorgaben entfallen.

Vorgeschlagene Ergänzung zu Kapitel 6.3.2

„Übergangsentscheidungen berücksichtigen die personelle und organisatorische Betriebsbereitschaft der künftig bedarfsdeckenden Standorte. Erforderliche Qualifizierung, Patientenübernahme und sichere Versorgung während der Umstellung werden in einem abgestimmten Übergangskonzept dargestellt. Die jeweils geltenden Personal- und Sicherheitsanforderungen bleiben maßgeblich.“

Ambulantisierung und Übergänge pflegfachlich absichern

Bezug zum Entwurf: Kapitel 4.4, 5.2, 5.5 und 7.2.4.

Die methodische Zurückhaltung bei der Ambulantisierung ist ausdrücklich zu begrüßen. Nach Berücksichtigung der Kontextfaktoren wird im vollstationären Bereich ein Potenzial von etwa 16 Prozent ermittelt, das nicht fallzahlmindernd in die Prognose eingeht. Die in Tabelle 12 ausgewiesenen 14,9 Prozent beziehen sich hingegen auf die gemeinsame Betrachtung voll- und teilstationärer Fälle. Diese Bezugsgrößen sollten bei der weiteren Kommunikation klar unterschieden werden.

Die zusätzlichen Kriterien berücksichtigen u.a. Pflegegrade und funktionelle Beeinträchtigungen. Sie können individuelle pflegfachliche Einschätzungen aber nicht ersetzen. Fehlende häusliche Unterstützung, kognitive Einschränkungen, eingeschränkte Selbstversorgung oder ein noch nicht festgestellter Pflegegrad können einer sicheren ambulanten Behandlung entgegenstehen. Die Möglichkeit einer ambulanten Durchführung ist deshalb jeweils mit der tatsächlichen Vor- und Nachversorgung zu verbinden.

Der bereits 2015 vom DBfK Nordwest geforderte Ausbau nachstationärer Angebote bleibt aktuell. Hamburg beschreibt diese Voraussetzung heute deutlich differenzierter. Für die Umsetzung müssen ambulante Pflege, Rehabilitation, Kurzzeit- und Übergangspflege sowie psychiatrische häusliche Krankenpflege dort einbezogen werden, wo sie für den jeweiligen Versorgungspfad erforderlich sind. Dabei sind auch die länderübergreifenden Übergänge nach Schleswig-Holstein und Niedersachsen zu berücksichtigen.

Entlassmanagement sollte bei komplexen Pflegebedarfen frühzeitig ein pflegfachliches Assessment, Anleitung und Beratung sowie die Organisation der erforderlichen Anschlussversorgung umfassen. Pflegebezogene Übergangsprozesse müssen unter Verantwortung von Pflegefachpersonen gestaltet werden. Die Angehörigenperspektive ist einzubeziehen; fehlende professionelle Angebote können nicht selbstverständlich durch Angehörige aufgefangen werden.

Vorgeschlagene Ergänzung zu Kapitel 4.4.3 und 5.5

„Bei Menschen mit pflegerischem Unterstützungsbedarf erfolgt das Entlass- und Übergangsmanagement unter verbindlicher pflegfachlicher Beteiligung. Für pflegebezogene Übergangsprozesse werden Zuständigkeiten, Informationsweitergabe, erforderliche Anschlussleistungen und Rückübernahmemöglichkeiten konkret vereinbart. Vor strukturellen Kapazitätsreduzierungen wird geprüft, ob die hierfür vorausgesetzten ambulanten, rehabilitativen und pflegerischen Angebote tatsächlich erreichbar und verfügbar sind.“

Erweiterte Pflegekompetenzen und neue Versorgungsformen nutzen

Bezug zum Entwurf: Kapitel 4.4.4, 4.4.5 und 6.2.

Die offene Prüfung sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen ist sachgerecht. Der konkrete Mehrwert für Hamburg sollte besonders an der Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen, bei Rekonvaleszenz und bei komplexen Übergängen bemessen werden. Als DBfK fordern wir mit unserer [Stellungnahme zum KHVVG](#), pflegegeleitete Versorgungsmodelle mit Advanced Practice Nurses zu ermöglichen und die Schnittstelle zur Primärversorgung zu stärken.

Die inzwischen erweiterte Berufs- und Leistungsrechtslage sollte im Plan ausdrücklich aufgenommen werden. § 4 PflBG schützt die Pflegeprozessverantwortung. § 4a PflBG eröffnet eigenverantwortliche Heilkundenausübung im Rahmen der erworbenen staatlich geprüften, anerkannten oder festgestellten Kompetenzen. § 15a SGB V regelt die Voraussetzungen, unter denen entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen Leistungen der ärztlichen Behandlung eigenverantwortlich erbringen können; für die Krankenhausbehandlung ist die Ausgestaltung nach § 112a SGB V vorgesehen. Der Vertrag zum Leistungskatalog und zur Zusammenarbeit zwischen Ärzt:innen und entsprechend qualifizierten Pflegefachpersonen ist bis zum 31. Juli 2027 zu vereinbaren. Hamburg sollte bereits jetzt Rollenprofile, Qualifizierungswege und interprofessionelle Abläufe vorbereiten.

Zusätzlich zu berücksichtigen sind Advanced Practice Nurses – Pflegefachpersonen auf Masterniveau speziell für erweiterten klinischen Kompetenzen qualifiziert; in der Ausprägung als Community Health Nurses speziell auf gemeindenaher Primärversorgung ausgerichtet. Beide Profile können je nach Auftrag zur Versorgungskontinuität beitragen; ihre Rollen sind konkret am Bedarf auszurichten.

§ 115g SGB V ermöglicht in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen bestimmte Übergangs- und Kurzzeitpflegeleistungen unter pflegerischer Leitung, soweit sie nicht ärztlich zu verantworten sind.

Vorgeschlagene Ergänzung zu Kapitel 4.4.4

„Bei der Prüfung neuer Versorgungsformen werden pflegekoordinierte und im rechtlich zulässigen Umfang pflegegeleitete Angebote ausdrücklich einbezogen. Die Nutzung erweiterter Pflegekompetenzen wird durch geeignete Qualifizierungs- und Organisationskonzepte vorbereitet. Modelle werden anhand ihres Beitrags zu Versorgungskontinuität, Patientensicherheit und regionaler Bedarfsdeckung bewertet; Finanzierung, Leistungsbefugnisse und ärztlich zu verantwortende Aufgaben werden vor Umsetzung geklärt.“

Darüber hinaus fordert der DBfK Nordwest eine gleichberechtigte pflegefachliche Mitwirkung an grundlegenden Struktur-, Personal- und Qualitätsentscheidungen der Krankenhäuser. Die fachliche Leitungsverantwortung muss auch bei strategischen Entscheidungen wirksam werden.

Notfallversorgung mit pflegerischer Expertise weiterentwickeln

Bezug zum Entwurf: Kapitel 4.3, 6.5 und 7.1.3.

Die Untersuchung der Notaufnahmen als Vorbereitung auf integrierte Notfallstrukturen sollte ausdrücklich auch pflegefachliche Ressourcen erfassen. Pflegefachpersonen übernehmen Ersteinschätzung, kontinuierliche klinische Beobachtung, frühzeitige Erkennung von

Verschlechterungen sowie die Koordination weiterer Versorgung. Der Bedarf an Fachweiterbildung Notfallpflege und an erweiterten klinischen Rollen gehört deshalb in die Standortbewertung.

Die im Entwurf dargestellte gute Erreichbarkeit anhand von PKW-Fahrzeiten ist eine wichtige, aber begrenzte Betrachtung. Tatsächliche Zugänglichkeit umfasst auch Rettungsdienstzeiten, Aufnahmemöglichkeiten, Barrierefreiheit sowie die Erreichbarkeit für Menschen ohne eigenes Fahrzeug. Bei Konzentrationen ist die Belastbarkeit der verbleibenden Notaufnahmen mitzubedenken. Die bundesrechtliche Neuordnung der Zuständigkeiten für integrierte Notfallzentren ist von den bereits bestehenden Befugnissen der Krankenhausplanungsbehörde zu trennen.

Vorgeschlagene Ergänzung zu Kapitel 4.3.2

„Die Untersuchung der Notfallstrukturen umfasst die tatsächliche pflegerische Besetzung, einschlägige Fachqualifikationen, Verfahren der Ersteinschätzung sowie pflegfachliche Übergaben und Koordinierungsaufgaben. Pflegefachliche Leitung und pflegeberufliche Expertise werden bei der Erarbeitung der Bewertungskriterien einbezogen.“

Psychiatrische Versorgung bedarfsgerecht und personell tragfähig planen

Bezug zum Entwurf: Kapitel 4.6, 6.4 und 7.3.2.

Die Fortführung einer eigenständigen Planungssystematik in Psychiatrie und Psychosomatik ist nachvollziehbar. Die Orientierung an regionaler Verantwortung, gemeindepsychiatrischer Vernetzung und Selbstbestimmung unterstützen wir. Psychiatrische Pflege trägt durch Beziehungsgestaltung, Krisenerkennung, Deeskalation und kontinuierliche Begleitung wesentlich zur Vermeidung von Zwang und zur Versorgungskontinuität bei.

Die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie des G-BA enthält verbindliche Mindestvorgaben. Nach der ausdrücklichen Einordnung des G-BA sind diese keine Anhaltswerte für eine bedarfsgerechte Personalbemessung. Bei der Bewertung tatsächlicher Leistungsfähigkeit sind zusätzliche individuelle Bedarfe, etwa intensive Einzelbetreuung, komplexe somatische Begleiterkrankungen oder besondere Kommunikationsbedarfe, deshalb gesondert zu berücksichtigen.

Die Normauslastungen von 90 Prozent in Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und 95 Prozent in Psychosomatik sollten transparent begründet und auf ihre Eignung für kurzfristige Aufnahmen und Belastungsspitzen geprüft werden. Aus den Werten allein lässt sich keine Unterversorgung ableiten; sie ersetzen aber auch keine Analyse der real verfügbaren Aufnahme- und Personalreserven.

Besonders relevant ist der Befund, dass in der Kinder- und Jugendpsychiatrie trotz beschriebener Bedarfsentwicklung keine zusätzlichen Kapazitäten beantragt wurden; als Gründe werden wirtschaftliche Rahmenbedingungen und Fachpersonalmangel genannt. Fehlende Ausbauanträge dürfen nicht als fehlender Bedarf gewertet werden. Hamburg sollte die Entwicklung anhand von Wartezeiten, abgewiesenen oder verlegten Aufnahmen und regionalen Versorgungslücken zusätzlich untersuchen.

Vorgeschlagene Ergänzung zu Kapitel 4.6.5

„Die Weiterentwicklung psychiatrischer Kapazitäten wird durch eine Analyse tatsächlicher Zugänge, personeller Verfügbarkeit und außerklinischer Anschlussversorgung ergänzt. Besonderer Prüfbedarf besteht in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, wenn Bedarfsentwicklung und Ausbauanträge auseinanderfallen. Die pflegfachlichen Voraussetzungen für Krisenversorgung, Deeskalation und intensive Betreuung werden ausdrücklich in die Bewertung einbezogen.“

Besondere Pflegebedarfe und spezialisierte Versorgung berücksichtigen

Bezug zum Entwurf: Kapitel 2, 4.2, 5.2 und 6.3.5.

Die Benennung älterer Menschen, kognitiv beeinträchtigter Patient:innen und von Menschen mit besonderen Unterstützungsbedarfen im Leitbild sollte in konkret überprüfbare Versorgungsmerkmale übersetzt werden. Dazu gehören pflegfachliches Assessment, Delirprävention, geeignete Kommunikationshilfen, barrierearme Abläufe und die frühzeitige Einbeziehung vertrauter Bezugspersonen. Für die Versorgung von Menschen mit Behinderung, Demenz oder Mehrfacherkrankungen sind pflegerische Expertise und verfügbare Betreuungszeit besonders relevant.

In spezialisierten Leistungsgruppen sollten die jeweils erforderlichen Fachqualifikationen sichtbar werden, etwa in Intensiv- und Anästhesiepflege, Onkologie, Neurologie, Geriatrie oder Palliative Care. Der Qualifikationsmix ist am Versorgungsauftrag auszurichten und darf nicht lediglich aus der Gesamtzahl von Beschäftigten abgeleitet werden.

Die Sicherung der neonatologischen Intensivpflege und die Berücksichtigung personeller Voraussetzungen bei der Überplanung der Geburtshilfe sind positive Ansatzpunkte. Die niedrigeren Normauslastungen von 75 Prozent für pädiatrische und neonatologische Bereiche berücksichtigen besondere Vorhalteanforderungen. Entscheidend bleibt, dass die so geplanten Plätze mit entsprechend qualifiziertem Personal betrieben werden können. Bei Verlagerungen müssen eingespielte pflegerische Teams, Weiterbildung und sichere Übergaben berücksichtigt werden.

Darüber hinaus fordert der DBfK Nordwest, die Qualifikationsanforderungen der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) endlich konsequent an die generalistische Pflegeausbildung nach dem Pflegeberufegesetz anzupassen. Für generalistisch ausgebildete Pflegefachpersonen müssen unabhängig vom gewählten Vertiefungseinsatz verlässliche und kompetenzorientierte Zugangswege zur neonatologischen Intensivpflege bestehen. Erforderliche spezialisierte Kompetenzen sind durch geeignete Einarbeitung, strukturierte Anschlussqualifizierung und Fachweiterbildung nachzuweisen. Die bestehenden Zugangshürden und pauschalen Quotenbegrenzungen durch den G-BA müssen überprüft und durch fachlich begründete Anerkennungsregelungen ersetzt werden. Hamburg sollte sich hierfür auf Bundesebene einsetzen und zugleich ausreichende, finanzierte Qualifizierungsangebote einschließlich der notwendigen Freistellung und Praxisbegleitung unterstützen. Die Anpassung darf nicht zu einer Absenkung der verbindlichen Personalbesetzung oder der erforderlichen neonatologischen Fachkompetenz führen. Ziel ist, qualifizierten Nachwuchs für diesen Versorgungsbereich zu erschließen und die Versorgungssicherheit dauerhaft zu stärken.

Vorgeschlagene Ergänzung zu Kapitel 5.2 und 5.3

„Für Patientengruppen mit besonderen pflegerischen Unterstützungsbedarfen werden geeignete Versorgungsmerkmale bei der Bewertung der Angebote berücksichtigt. Spezialisierte Leistungsangebote werden mit den hierfür erforderlichen pflegerischen Fachqualifikationen und personellen Voraussetzungen verknüpft. Strukturveränderungen werden auch auf ihre Folgen für spezialisierte Pflegeteams geprüft.“

Ausbildung und Qualifizierung mit dem Strukturwandel verbinden

Bezug zum Entwurf: Kapitel 4.7 und 6.6.

Die Aufnahme der Ausbildungsstätten und ihrer Kapazitäten ist zu begrüßen. Die Aussage eines kontinuierlichen Anstiegs der tatsächlich belegten Plätze sollte jedoch differenziert werden. Für Pflegefachmann/ Pflegefachfrau/ Pflegefachperson weist Tabelle 8 im Jahr 2021 2.016 belegte Plätze, 2023 1.749 und 2025 2.007 aus. Nach dem Rückgang ist ein Wiederanstieg erkennbar; das Niveau von 2021 wird 2025 noch nicht ganz erreicht. Gleichzeitig stehen 2025 den 2.471 beschiedenen Plätzen 2.007 belegte Plätze gegenüber.

Für die Personalentwicklung sind daher nicht allein genehmigte Schulplätze maßgeblich. Ausbildungsbeginne, Abschlüsse, endgültige Abbrüche, verfügbare praktische Einsatzplätze und der Übergang in Beschäftigung sollten ergänzend betrachtet werden. Wechsel der Ausbildungsstätte oder des Ausbildungsträgers sind dabei gesondert von endgültigen Ausbildungsabbrüchen auszuweisen. Die Daten müssen vergleichbar sein; das Verhältnis beschiedener und belegter Plätze sollte erläutert werden, insbesondere wenn einzelne Ausbildungsarten mehr belegte als beschiedene Plätze ausweisen.

Konzentration und Standortverlagerung können praktische Einsatzmöglichkeiten verändern. Vor Umsetzung sind deshalb Ausbildungskooperationen, qualifizierte Praxisanleitung und das erforderliche Spektrum an Lerngelegenheiten abzusichern. Dies betrifft auch die pädiatrische und psychiatrische Versorgung. Auszubildende und Studierende benötigen Anleitung und dürfen nicht als Ersatz für reguläre Fachpersonalbesetzung eingeplant werden.

Hochschulische Pflegebildung sollte neben den beruflichen Ausbildungswegen ausdrücklich in die Personalentwicklungsstrategie einbezogen werden. Hamburg kann dafür Krankenhäuser, Hochschulen und zuständige Bildungsakteure zusammenbringen. Klinische Einsatzkonzepte für hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen sowie Weiterbildungs- und APN-Strukturen schaffen Perspektiven in der direkten Versorgung.

Vorgeschlagene Ergänzung zu Kapitel 6.6

„Die Ausbildungsplanung wird mit der Entwicklung der Versorgungsaufträge und der tatsächlichen personellen Bedarfe verknüpft. Bei Standortveränderungen werden erforderliche praktische Einsätze und qualifizierte Praxisanleitung gesichert. Berufliche und hochschulische Qualifizierungswege sowie pflegerische Fachweiterbildungen werden mit den zuständigen Akteuren in die Personalentwicklung einbezogen.“

Investitionen und Krisenvorsorge auf sichere Pflege ausrichten

Bezug zum Entwurf: Kapitel 4.5, 4.7 und 5.6.

Der Transformationsfonds kann strukturelle Veränderungen unterstützen, aber weder die reguläre Investitionsförderung noch eine tragfähige Finanzierung laufender Pflegepersonalkosten ersetzen. Als [DBfK fordern wir auf Bundesebene](#) eine bedarfsorientierte und zweckgebundene Finanzierung von Pflegepersonalkosten und lehnen eine Begrenzung auf personelle Mindeststandards ab. Für Hamburg folgt daraus, die Auswirkungen der jeweiligen Finanzierungsbedingungen auf die tatsächliche Umsetzbarkeit des Plans zu berücksichtigen.

Investitions- und Strukturvorhaben sollten mit einem pflegfachlich geprüften Personal- und Versorgungskonzept verbunden werden. Dazu gehören verfügbare Kompetenzen am aufnehmenden Standort, Qualifizierungsbedarf und die Sicherung des Personals während der Übergangsphase. Lange Wege, räumliche Gestaltung, Hygiene und ergonomische Arbeitsbedingungen beeinflussen die pflegerischen Abläufe und gehören in die fachliche Projektbewertung. Förderentscheidungen bleiben an die jeweils geltenden gesetzlichen Fördertatbestände gebunden.

Bei Digitalisierung sollten pflegfachliche Assessmentdaten, Pflegeplanung und Überleitung strukturiert und interoperabel verfügbar sein. Pflegefachpersonen sind bei Auswahl, Einführung und Evaluation der Anwendungen einzubeziehen. Zusätzliche Paralleldokumentationen sind zu vermeiden; behauptete Zeitgewinne sollten vor daraus abgeleiteten Personalentscheidungen geprüft werden.

In der Krisenvorsorge ist die tatsächliche pflegerische Behandlungskapazität entscheidend. Technische Beatmungsplätze oder freie Betten sind nur nutzbar, wenn ausreichend qualifizierte Teams zur Verfügung stehen. Krankenhausalarm- und Einsatzplanung sollte daher pflegerische Leitung, Personalreserven, Qualifizierung und eingeübte Rückfallverfahren für Ausfälle digitaler Systeme umfassen. Die eigenständige Pflegeprozessverantwortung bleibt auch in Krisen zu beachten.

Vorgeschlagene Ergänzung zu Kapitel 4.5 und 4.7.4

„Bei der Bewertung strukturverändernder Investitionen werden pflegfachliche Versorgungskonzepte und personelle Umsetzbarkeit berücksichtigt. Erkenntnisse aus der Krisenvorsorge umfassen auch die tatsächlich mit qualifiziertem Pflegepersonal betreibbaren Kapazitäten. Die pflegfachliche Leitung wird in die Entwicklung der hierfür relevanten Struktur- und Investitionskonzepte einbezogen.“

Umsetzung und Evaluation mit klaren Prüfschritten versehen

Bezug zum Entwurf: Kapitel 4.8.6 und 8.

Der Entwurf enthält zahlreiche Prüf- und Entwicklungsaufträge für die Planperiode 2027 bis 2029. Für ihre Umsetzung sollte die Behörde ein Arbeitsprogramm mit Zuständigkeiten, Zeitpunkten und Beteiligungsformaten veröffentlichen. Der DBfK Nordwest empfiehlt folgende Schritte:

- Noch vor Abschluss des Planungsverfahrens den Besonderen Teil und die methodischen Grundlagen zugänglich machen und Gelegenheit zu ergänzender Stellungnahme geben; im ersten Halbjahr 2027 Beteiligungsstruktur und ein begrenztes Set pflegebezogener Monitoringdaten vereinbaren;

- Vor jeder wesentlichen Standortveränderung prüfen, ob übernehmende Einrichtungen, Personalressourcen und Anschlussversorgung bereitstehen; das Ergebnis und die Übergangsorganisation dokumentieren;
- Ab 2027 jährlich einen Umsetzungsbericht mit tatsächlichen Kapazitäten, Zugangsproblemen, pflegerischen Personalressourcen und Folgen für nachstationäre Versorgung vorlegen;
- 2028 die nachrichtlichen Bedarfsfallzahlen und Ambulantisierungsannahmen auch unter pflegefachlichen Gesichtspunkten evaluieren und Änderungen mit den Beteiligten beraten.

Vorhandene Daten aus Qualitätsberichten, Personalnachweisen, Krankenhausstatistik und betrieblicher Dokumentation sollten vorrangig genutzt werden. Ergänzende Informationen sind auf planungsrelevante Lücken zu begrenzen. Als pflegesensitive Qualitätsmerkmale kommen unter anderem risikoadjustierte Angaben zu Dekubitus, Stürzen, Versorgungskontinuität und Patient:innenerfahrungen in Betracht. Auswahl, Aussagekraft und Vergleichbarkeit sind fachlich zu prüfen; daraus entstehen nicht automatisch neue verbindliche Zulassungskriterien.

Die länderübergreifende Abstimmung verdient besonderes Gewicht: Nach dem Entwurf stammen 35,1 Prozent der vollstationären Fälle aus anderen Bundesländern. Veränderungen der Hamburger Strukturen können deshalb unmittelbare Folgen für Schleswig-Holstein und Niedersachsen haben. Neben stationären Patientenströmen sollten die Auswirkungen auf ambulante Pflege und weitere Anschlussangebote abgestimmt werden.

Der DBfK Nordwest bittet die Sozialbehörde, die vorgeschlagenen Ergänzungen im Krankenhausplan und seiner Umsetzung zu berücksichtigen. Wir wollen dazu beitragen, dass Leistungsgruppen, Personalentwicklung und sichere Versorgungspfade zusammengeführt werden. Dafür sind eine dauerhafte Beteiligung der Profession Pflege und überprüfbare pflegefachliche Planungsmaßstäbe erforderlich.

Für Rückfragen und den weiteren fachlichen Austausch stehen wir gerne zur Verfügung.

Hamburg/Hannover, 23. Oktober 2026

Lili Mallée

Vorstandsmitglied DBfK Nordwest e.V.

Sandra Mehmecke

Geschäftsführerin DBfK Nordwest e.V.