

DBfK Bundesverband Alt-Moabit 91 10559 Berlin

Bundesministerium für Gesundheit
Friedrichstr. 108
10117 Berlin

per Mail: 221@bmg.bund.de

BundesverbandAlt-Moabit 91
10559 BerlinT +49 30 219 157-0
F +49 30 219 157-77dbfk@dbfk.de
www.dbfk.de

Berlin, 12.11.2020

Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungs- weiterentwicklungsgesetz – GVWG)

Referentenentwurf vom 23.10.2020

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) bedankt sich für die Möglichkeit der Stellungnahme zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit über ein Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG). Im Gesetzesentwurf werden eine Vielzahl an Gesetzen geändert, aufgrund der Komplexität des Gesetzesvorhabens wird in der folgenden Stellungnahme nur auf ausgewählte Aspekte pflegerelevante eingegangen.

Der DBfK als Mitglied des Deutschen Pflegerates e.V. (DPR) trägt dessen Stellungnahme in allen Teilen mit und nimmt hier zu einigen Punkten ergänzend Stellung.

Artikel 1 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuches

In **Artikel 1 Nr. 11 und 12** werden Änderungen in der Palliativ- und Hospizversorgung, gemäß § 39a und § 39d SGB V, geregelt. Der DBfK begrüßt ausdrücklich die Ausweitung auf Jugendliche in der Versorgung durch ambulante Hospizdienste und der ambulanten Hospizarbeit in Pflegeeinrichtungen. Dadurch wird eine seit langem bestehende Lücke in der Hospizversorgung für Jugendliche geschlossen. Außerdem ist die finanzielle Förderung der Koordination in Hospiz- und Palliativnetzwerken durch die GKV als ein wichtiger Schritt zur flächendeckenden Etablierung der Palliativ- und Hospizversorgung zu sehen. Der DBfK

regt an, in der vom GKV-Spitzenverband zu erstellenden Förderrichtlinie, die Nachweispflichten für die Netzwerkkoordinatorin bzw. den Netzwerkkoordinator möglichst gering zu halten, um die Netzwerkarbeit möglichst unbürokratisch gestalten zu können. In der Förderrichtlinie muss auch eindeutig geregelt werden, wer antragsberechtigt ist und wer die Entscheidung zur Förderung trifft. Außerdem sollte, die finanzielle Beteiligung der kommunalen Träger betreffend, auf die teilweise sehr angespannte Haushaltslage der Kommunen Rücksicht genommen werden.

Des Weiteren regt der DBfK an, bei einer Anpassung der Gesetzgebung zur Hospiz- und Palliativversorgung, auch die Refinanzierung der Hospiz- und Palliativversorgung für Pflegeeinrichtungen nach § 72 SGB XI zu regeln.

Artikel 1 Nr. 35c legt für § 136b SGB V Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung im Krankenhaus fest, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in seiner Verfahrensordnung das Nähere zur Einbeziehung von Fachexperten und Fachgesellschaften regelt. Der DBfK fordert den G-BA dazu auf, die Spitzenverbände der Pflege – insbesondere den Deutschen Pflegerat und die Bundespflegekammer – einzubeziehen.

Artikel 1 Nr. 40 regelt, dass die Pflegepersonaluntergrenzen nicht gelten, wenn der G-BA Richtlinien zur Qualitätssicherung festgelegt hat. Grundsätzlich begrüßt der DBfK die Richtlinien zur Qualitätssicherung in ausgewählten Bereichen und befürwortet, dass § 137i nur zum Tragen kommt, wenn keine Qualitätsrichtlinien vom G-BA einzuhalten sind.

In **Artikel 1 Nr. 41** wird die Veröffentlichungspflicht der Pflegepersonalquotienten nach § 137j SGB V geregelt. Die Veröffentlichung schafft erstmals eine relative Vergleichbarkeit in der Personalausstattung zwischen den Krankenhäusern, dadurch können Krankenhäuser mit einer guten bzw. schlechten Pflegepersonalausstattung identifiziert werden. Somit könnte für personell gut ausgestattete Kliniken etwa die Personalakquise positiv beeinflusst werden. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass eine echte Vergleichbarkeit der Pflegepersonalausstattung im Verhältnis zum tatsächlichen Pflegebedarf der Patient/innen der einzelnen Krankenhäuser mit dem Pflegepersonalquotienten nicht gegeben ist. In der Begründung zum Referentenentwurf wird ausgeführt der Pflegepersonalquotient messe den Pflegeaufwand. Das ist mitnichten so: Die Annahme, der Pflegeerlöskatalog/-lastkatalog bilde den Pflegeaufwand im Sinne von Pflegezeitaufwand ab, ist falsch. Der Pflegeerlöskatalog/-lastkatalog bildet nicht den Pflegeaufwand ab, sondern lediglich den in die DRG-Kalkulation eingegangenen Kostenanteil für die Pflegepersonalkosten. Damit geben die Pflegepersonalquotienten keinerlei Auskunft über das Verhältnis zwischen angefallenem Pflegeaufwand und tatsächlicher Personalbesetzung. Aufgrund der gesetzlichen Formulierung („Pflegeaufwand“) wird suggeriert, dass der Pflegebedarf der Patient/innen zu einem sehr hohen Anteil gedeckt sei, obwohl dieser gar nicht erfasst ist und de facto zu einem erheblichen Anteil weiter unberücksichtigt bleibt. Das kann zu einer erheblichen Fehlinformation der Öffentlichkeit führen.

Um den Pflegeaufwand adäquat berechnen zu können ist ein am Pflegebedarf ausgerichtetes wissenschaftlich fundiertes Personalbemessungsinstrument notwendig. Dem BMG liegt seit Anfang 2020 mit der PPR 2.0 ein von DPR, DKG und ver.di entwickeltes Interimsinstrument vor, um den Pflegebedarf der Patient/innen zu erfassen. Zeitgleich sollte, entsprechend der Vereinbarung in der Konzertierten Aktion Pflege, ein gesetzlicher Auftrag zur Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Instrumentes geregelt werden.

Artikel 1 Nr. 55 greift die Ausgestaltung der Zusammenarbeit mit weiteren Aufsichtsbehörden auf und konkretisiert diese. Der DBfK befürwortet grundsätzlich jede Form der Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Prüfinstitutionen um Doppelprüfungen zu vermeiden.

Wie in der Gesetzesbegründung verdeutlicht, gelten die heimrechtlichen Vorschriften für stationäre Einrichtungen (vollstationäre Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach den §§ 42 und 43 SGB XI anbieten, sowie Einrichtungen im Sinne des § 3a Satz 1 in Verbindung mit § 71 Absatz 4 Nummer 1 SGB XI oder Räumlichkeiten im Sinne des § 43a Satz 2 in Verbindung mit § 71 Absatz 4 Nummer 2 SGB XI sowie Wohneinheiten für mindestens zwei Versicherte, die Leistungen nach § 37c erhalten). Diese Zuständigkeit der heimrechtlichen Aufsichtsbehörden umfasst daher nicht die in § 275b Abs. 4 Punkt 2 SGB V aufgeführten Pflegedienste. Wir bitten daher um Klarstellung und schlagen die Streichung des Begriffs „Pflegedienste“ vor.

Artikel 15 – Gesetz über die Statistiken der Gesundheitsausgaben und ihrer Finanzierung, der Krankheitskosten sowie des Personals im Gesundheitswesen

In **Artikel 15** wird ein neues Gesundheitsausgaben- und -personalstatistikgesetz (GAPSG) initiiert. Der DBfK bestätigt die Erkenntnis, dass ein Problem durch die unzureichende Datenlage herrscht und befürwortet die Veranlassung eines entsprechenden Gesetzes. Insbesondere auch die Einführung eines regionalen Fachkräftemonitoring ist erfreulich, allerdings erschließt sich nicht, warum dieses nur in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen aufgebaut werden soll. Ganz aktuell ist zu sehen, wie wichtig auch im Krankenhausbereich ein adäquates Fachkräftemonitoring wäre. Die neuen Statistiken sollen vorhandene Datenquellen nutzen. Das ist grundsätzlich sicher sinnvoll, nur bieten die vorhandenen Statistiken im Fall der Pflegeberufe keine ausreichende Grundlage und sollten dringend überarbeitet werden.¹ Insbesondere in der Systematik der Gesundheitspersonalrechnung des Statistischen Bundesamtes sieht der DBfK Schwächen und hegt erhebliche Zweifel an der Validität der entsprechenden Angaben.

DBfK Bundesverband
Berlin, 12.11.2020

¹ Zur Erläuterung der unzureichenden vorhandenen statistischen Auswertungen siehe Studie für den Deutschen Pflegerat von Prof. Dr. Michael Simon (2012): Beschäftigte und Beschäftigungsstrukturen in Pflegeberufen (https://f5.hs-hannover.de/fileadmin/HsH/Fakultaet_V/Bilder/UEber_uns/Personen/Simon_2012_Studie_zur_Beschaeftigung_in_Pflegeberufen.pdf)