

**Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e.V. (DPR) zum
Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit
Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der
Gesundheitsversorgung
(Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)**

Stand 23.10.2020

Der Deutsche Pflegerat (DPR) vertritt als Dachverband der bedeutendsten Berufsverbände des deutschen Pflege- und Hebammenwesens die Positionen der Pflegeorganisationen und ist primärer Ansprechpartner für die Politik. Im Nachfolgenden nimmt der DPR Stellung zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Versorgungsverbesserungsgesetz – GPVG).

Der Gesetzentwurf enthält eine Vielzahl unterschiedlicher Regelungsbereiche.

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nummer 11 § 39a

Der DPR begrüßt, dass die Belange der Kinder und Jugendlichen mit ihren speziellen Bedürfnissen in der Hospizarbeit mehr Berücksichtigung finden.

Nummer 12 § 39d (neu)

In Anbetracht des multiprofessionellen sowie sektorenübergreifenden Versorgungsansatzes ist die geplante Förderung der Netzwerkkoordination zu begrüßen und gleichzeitig auf die in der Geriatrie bereits etablierten bzw. im Aufbau befindlichen Netzwerke nach dem Konzept des „Geriatrischen Versorgungsverbunds“ auszuweiten.

Durch die Multimorbidität und Vulnerabilität des geriatrischen Patienten ergeben sich besondere Versorgungsbedarfe insbesondere an den unmittelbaren Schnittstellen zwischen Krankenhaus, Rehabilitation, ambulanter Versorgung und Pflege. Um die individuellen Behandlungsbedarfe geriatrischer Patient/innen sachgerecht erfüllen zu können, ist eine über die stationären Strukturen hinausgehende, intensive Vernetzung von Kompetenzen der Mitglieder der Versorgungskette notwendig. Vor diesem Hintergrund stößt die bedarfsgerechte Versorgung von geriatrischen Patient/innen oftmals durch die starke Strukturierung des Gesundheitssystems an strukturelle Grenzen. Daher besteht die versorgungspolitische Notwendigkeit, die an der Versorgung geriatrischer Patient/innen beteiligten Kräfte und Einrichtungen durch ein spezifisches Netzwerk zu verbinden.

Daher wird für die Neufassung des § 39d SGBV folgende Formulierung vorgeschlagen:

§ 39d Förderung der Koordination in Hospiz- und Palliativnetzwerken **sowie in Geriatrischen Versorgungsverbänden**

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen fördern gemeinsam und einheitlich in jedem Kreis oder jeder kreisfreien Stadt die Koordination in einem regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerk **bzw. in einem Geriatrischen Versorgungsverbund** durch einen Netzwerkkoordinator. Bedarfsgerecht können insbesondere in Ballungsräumen mehrere Netzwerkkoordinatoren für verschiedene Teilräume gefördert werden. Die Förderung setzt voraus, dass die maßgeblichen kommunalen Träger der Daseinsvorsorge an der Finanzierung der Netzwerkkoordination in jeweils gleicher Höhe beteiligt sind. Die Fördersumme für die entsprechende Teilfinanzierung der Netzwerkkoordination nach Satz 1 beträgt maximal 15.000 Euro je Kalenderjahr und Netzwerk. Die Fördermittel werden von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen durch Umlage nach dem Anteil ihrer eigenen Mitglieder an der Gesamtzahl der Mitglieder aller Krankenkassen im jeweiligen Bundesland erhoben und im Benehmen mit den für Gesundheit und Pflege jeweils zuständigen obersten Landesbehörden gemeinsam verausgabt. Im Fall einer finanziellen Beteiligung der privaten Krankenversicherungen an der Förderung erhöht sich das Fördervolumen um den entsprechenden Betrag. **Satz 3 gilt nicht für Geriatrische Versorgungsverbände. Der Netzwerkkoordinator eines Geriatrischen Versorgungsverbundes ist immer an einer Geriatrie am Krankenhaus oder einer stationären Geriatrischen Rehabilitationseinrichtung angebunden.**

(2) Ziel der Förderung ist der Aufbau und die Unterstützung einer Netzwerkstruktur unter Einbeziehung bestehender Versorgungsstrukturen. Ein Netzwerk **bzw. ein Geriatrischer Versorgungsverbund** ist dadurch gekennzeichnet, dass es **bzw. er** sich aus verschiedenen Angeboten der Hospiz- und Palliativversorgung **bzw. der geriatriespezifischen Versorgung** zusammensetzt, für alle in der Region in diesem Bereich tätigen Leistungserbringer und versorgenden Einrichtungen sowie für die ehrenamtlichen und kommunalen Strukturen offen steht und übergreifende Koordinierungstätigkeiten ausführt. Aufgabe des Netzwerkkoordinators ist insbesondere

...

3. die Initiierung, Koordinierung und Vermittlung von interdisziplinären Fort- und Weiterbildungsangeboten zur Hospiz- und Palliativversorgung **bzw. zur geriatriespezifischen Versorgung** sowie die Organisation und Durchführung qualifizierter Schulungen zur Netzwerktätigkeit,

...

(3) Die Grundsätze der Förderung nach Absatz 1 regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in Förderrichtlinien erstmals bis zum 31. März 2022, einschließlich der Anforderungen an den Nachweis der zweckentsprechenden Mittelverwendung und an die Herstellung von Transparenz über die Finanzierungsquellen der geförderten Netzwerkkoordinatoren. Bei der Erstellung der Förderrichtlinien sind die maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung **bzw. der Geriatrie** und der Verband der privaten Krankenversicherung zu beteiligen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. März 2025 über die Entwicklung der Netzwerkstrukturen und die Auswirkungen der Förderung. Die Krankenkassen sowie deren Landesverbände sind verpflichtet, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen die für den Bericht erforderlichen Informationen zu übermitteln.

Zu Nummer 38 § 137d

Mit dem GVWG soll eine Verpflichtung zur Veröffentlichung der Ergebnisse der Qualitätssicherung im Rehabilitationsbereich gem. § 137d SGB V (das sog. QS-Rehaverfahren) normiert werden. Dies wird ausdrücklich begrüßt.

Allerdings ist das QS-Rehaverfahren bisher als gemeinsame Aufgabe zwischen dem GKV-Spitzenverband und den maßgeblichen Verbänden der Leistungserbringer in diesem Versorgungsbereich ausgestaltet. Gemäß § 137d SGB V wurde im Jahre 2008 eine entsprechende Vereinbarung zur Gestaltung und zum Betrieb des Qualitätssicherungssystems geschlossen. Diese hat zu einer sachgerechten Ausgestaltung des Verfahrens sowie insbesondere zu einer sehr hohen Akzeptanz sowohl auf Seiten der Krankenkassen als auch auf Seiten der Rehabilitationseinrichtungen geführt. Mit dem paritätisch besetzten sog. Gemeinsamen Ausschuss und entsprechenden Arbeitsgruppen gibt es eine etablierte Arbeitsstruktur, die die Vorgaben des Gesetzgebers seit über 10 Jahren gemeinschaftlich umsetzt und begleitet.

Vor diesem Hintergrund ist es nicht nachvollziehbar, warum jetzt die Veröffentlichung der Ergebnisse des QS-Rehaverfahrens nicht mehr gemeinschaftlich erfolgen soll, sondern einseitig dem GKV-Spitzenverband zugeordnet wird. Die Rehabilitationseinrichtungen sind über ihre Verbände vollumfängliche Partner im QS-Rehasystem, die Ergebnisse sollen jedoch „einseitig“ nur von einem Vereinbarungspartner veröffentlicht werden. Dies ist sachlich nicht angemessen, da die entsprechenden Strukturen für eine gemeinschaftliche Veröffentlichung existieren.

Wir regen daher dringend an, auch in Zukunft die Qualitätssicherung von Krankenkassen und Rehabilitationseinrichtungen gemeinsam zu gestalten und daher beide Vereinbarungspartner zu verpflichten, die Ergebnisse des QS-Rehaverfahrens gemeinsam zu veröffentlichen.

Der Gesetzentwurf zu Nummer 38 ist daher wie folgt zu ändern:

38. In § 137d Absatz 1 werden nach Satz 1 die folgenden Sätze eingefügt:

Die auf der Grundlage der Vereinbarung nach Satz 1 bestimmte Auswertungsstelle übermittelt die Ergebnisse der Qualitätssicherung an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen **und die für die Wahrnehmung der Interessen von Einrichtungen der ambulanten und stationären Rehabilitation maßgeblichen Spitzenorganisationen. Diese sind Er-ist** verpflichtet, diese Ergebnisse einrichtungsbezogen, in übersichtlicher Form und in allgemein verständlicher Sprache **gemeinsam** im Internet zu veröffentlichen.

Zum Zwecke der Erhöhung von Transparenz und Qualität der Versorgung **sollen** der Spitzenverband Bund der Krankenkassen **und die für die Wahrnehmung der Interessen von Einrichtungen der ambulanten und stationären Rehabilitation maßgeblichen Spitzenorganisationen** die Versicherten auf Basis der Ergebnisse auch vergleichend über die Qualitätsmerkmale der Rehabilitationseinrichtungen informieren und über die Umsetzung der Barrierefreiheit berichten; sie **er kann** können auch Empfehlungen aussprechen. ~~Den für die Wahrnehmung der Interessen von Einrichtungen der ambulanten und stationären Rehabilitation maßgeblichen Spitzenorganisationen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind bei der Ausgestaltung der Veröffentlichung nach Satz 3 und der vergleichenden Darstellung nach Satz 4 einzubeziehen.~~

Nummer 40 § 137i Absatz 1 Satz 6

Bisher ist nur in der QFR-RL eine konkrete Personalanforderung pro Schicht und für die Frühchen <1500 Gramm festgelegt worden. Hier erfolgt eine aufwändige Dokumentation pro Schicht, Hilfspersonal ist nicht anzurechnen. Sanktionen sind insofern vorgesehen, als dass Erfüllungsgrade der schichtbezogenen Personalschlüssel festgelegt wurden: 2020 bis 2022: 90%, in 2023: 95% und ab 2024: 100%;

Werden diese unterschritten, droht der Wegfall der Vergütung für Neonatologische DRGs.

Eine zusätzliche Überwachung der Einhaltung der Untergrenzen wie im PpUG Intensivbereich würde zu einer Doppeldokumentation führen, da die Dokumentationsanforderungen unterschiedlich sind (Anlage 5 QFR-RL erfordert z.B. eine Dokumentation der Besetzung nach Schicht (Früh, Spät, Nacht), Hilfspersonal wird nicht gesondert ausgewiesen. Insofern wäre eine einfache Übertragung der Dokumentation nicht möglich. Die geltenden Grenzen in der Anlage 5 der QFR-RL sind zudem strenger als die für die Intensivmedizin.

Daher begrüßt der DPR, dass hier nur dann der §137i zum Tragen kommt, wenn keine anderen Vorgaben vom G-BA eingehalten werden müssen.

Zu Nummer 41 § 137j

Nach § 137j SGB V sollen künftig für jeden Standort eines Krankenhauses die ermittelten Pflegepersonalquotienten, die das Verhältnis von eingesetztem Pflegepersonal zum Pflegeaufwand aufzeigen sollen, veröffentlicht werden. Hiermit soll Transparenz erzielt werden, ob ein Krankenhaus, gemessen an seinem jeweiligen Pflegeaufwand, viel oder wenig Personal einsetzt.

Fragwürdig bleibt das Vorgehen, ob die für die Ermittlung des Pflegeaufwands der vom InEK zu erstellende Katalog zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands (sog. Pflegelast-Katalog) tatsächlich geeignet ist. Die im Pflegelast-Katalog des InEK ausgewiesenen Bewertungsrelationen können weder den Pflegebedarf noch den tatsächlichen Pflegeaufwand der Patient/innen abbilden.

Für die Abbildung des tatsächlichen Pflegeaufwands und zu Bestimmung der hierfür notwendigen Pflegepersonalausstattung wurde ein wissenschaftlich fundiertes Pflegepersonalbemessungsinstrument PPR 2.0, das das Pflegepersonal vom tatsächlichen Pflegebedarf der Patientinnen ableitbar macht, als Interimsinstrument entwickelt und einem Pretest (Machbarkeit, Handhabbarkeit) unterzogen. Bereits bei der Erarbeitung dieser Interimslösung wurden die Grundlagen gelegt, um das auf dem Pfleretag 2019 seitens des DPR präsentierte Konzept für die Weiterentwicklung dieses Personalbemessungsinstrument (PBBi) umzusetzen, z. B. die Integration von Assessmentergebnissen sowie die Berücksichtigung weiterer Aspekte wie Isolation etc.

Da zudem nicht davon auszugehen ist, dass zwischen Pflegeaufwand und Bedarf an Pflegenden ein einfacher linearer Zusammenhang besteht, ist diese neue Pflegequalitätskennzahl des Pflegepersonalquotienten als zunächst einfach erscheinendes Konzept mindestens zu hinterfragen. Das Ausmaß des Zusammenhangs von Personalausstattung und der Versorgungsqualität von Patient/innen im Krankenhaus ist in Deutschland weiterhin kaum erforscht. Eine qualitativ hochwertige Versorgung von Patient/innen kann gerade auch dadurch gelingen, dass im individuellen Krankenhaus der richtige Personalmix (Qualifikationsmix) zum Einsatz kommt. Daher ist eine starre, anteilige Anrechnung von Pflegehilfskräften nur bedingt geeignet eine qualitativ hochwertige pflegerische Betreuung der individuellen Patientenbedarfe und Patientensicherheit zu gewährleisten.

Hier sollte dringend weitere Forschung betrieben werden um die Versorgungsqualität verbessern zu können. Dazu würde auch gehören weitere Qualitätsindikatoren in der Pflege zu entwickeln und zu beforschen.

Im Rahmen der konzertierten Aktion Pflege (KAP) der Bundesregierung haben sich der DPR, die vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft (Verdi) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) verpflichtet, ein Instrument zur Bemessung des Personalbedarfs im Krankenhaus als Interimslösung zu erarbeiten und bis Ende 2019 dem BMG zur Bewertung und zur Entscheidung über eine weitergehende regulatorische Einbindung vorzulegen. Die im Januar 2020 als Interimslösung - entsprechend des KAP-Auftrages - präsentierte PPR 2.0 setzt bereits Elemente des PBBIs um und ermittelt den Personalbedarf eines Krankenhauses für die unmittelbare Patientenversorgung auf allen bettenführenden somatischen Stationen und definiert die notwendige Pflegepersonalausstattung.

Zu Nummer 55 § 275b a)

Der DPR begrüßt, dass die Zusammenarbeit und Abstimmung der Prüfbehörden gestärkt werden soll. Damit kann sich auch der Aufwand der Prüfungen für die Leistungserbringer reduzieren.

Artikel 15 Gesetz über die Statistiken der Gesundheitsausgaben und ihrer Finanzierung, der Krankheitskosten sowie des Personals im Gesundheitswesen (Gesundheitsausgaben- und -personalstatistikgesetz – GAPSG)

§ 1

Der DPR begrüßt, dass der Gesetzgeber das Problem der unzureichenden Datenlage der Pflegeberufe aufgegriffen hat. Eine bessere und differenziertere Erfassung der Pflegeberufe findet sich bereits in der neuen Ausgabe der „Grunddaten der Krankenhäuser“ für das Berichtsjahr 2018 und beruht auf der „Zweiten Verordnung zur Änderung der Krankenhausstatistik-Verordnung vom 10. Juli 2017 (BGBl. I S. 2300)“. Damit sind nun Analysen möglich, für die bisher die Datengrundlage fehlte.

Ebenfalls begrüßenswert ist die Einführung eines regionalen Fachkräftemonitorings. Entscheidend ist allerdings, wie die Verordnung ausgestaltet sein wird. Sinnvoll ist, dass die neuen Statistiken vorhandene Datenquellen nutzen sollen. Allerdings bieten die vorhandenen Statistiken im Fall der Pflegeberufe keine ausreichende Grundlage und sollten dringend überarbeitet werden.

Benötigt wird vor allem eine einheitliche Grundsystematik mit einheitlichen Erfassungsmerkmalen, die bei allen Arten von Statistiken angewendet wird. Die in der Begründung des vorliegenden Referentenentwurfes enthaltenen Merkmale wie Angaben zu den Beschäftigten im Gesundheitswesen nach Personenzahl und als Vollzeitäquivalente nach Alter, Geschlecht, Beruf, Einrichtung und Beschäftigungsart sind hierbei sinnvolle Ausgangspunkte.

Der DPR schlägt folgende Ergänzungen vor:

Pflegestatistik

- In der Pflegestatistik wird der Arbeitszeitumfang der Pflegeberufe in den verschiedenen Tätigkeitsbereichen durch „überwiegende Tätigkeitsbereiche“ ausgewiesen. Hier wäre der genaue Arbeitszeitumfang je Tätigkeitsbereich aller Pflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in, Altenpfleger/in) in der ambulanten Pflege und stationären Pflegeeinrichtungen (SGB XI Bereich) hilfreich.

- In der Pflegestatistik finden sich Angaben zu überwiegenden Tätigkeitsbereichen des Pflegedienstes. Hier wären Angaben zu den Tätigkeitsbereichen aller Pflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in, Altenpflegerin) in der ambulanten Pflege und stationären Pflegeeinrichtungen (SGB XI Bereich) sinnvoll unter Angabe abgrenzbarer Organisationseinheiten wie beispielsweise „vollstationäre Pflege“, „teilstationäre Pflege“, „Kurzzeitpflege“ oder dem Pflegeheim angeschlossener „ambulanter Pflegedienst“ in der ambulanten Pflege und stationären Pflegeeinrichtungen (SGB XI Bereich)
- Aus Sicht des DPR wäre eine Zusammenfassung der Bezeichnungen der Pflegehilfskräfte (z.B. Dorfhelferin, Familienpflegerin etc.) unter einem Begriff, z.B. „Hilfskräfte ohne Pflegehilfeausbildung“ in der Pflegestatistik sinnvoll.
- Durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wurde die Selbständigkeit bzw. Abhängigkeit Pflegebedürftiger in sechs Lebensbereichen (Modulen) abbildbar gemacht, denen bedarfsgerechte Leistungen zugeordnet werden können. Damit wurde aus Sicht des DPR der Begriff der „Grundpflege“ durch eine wesentlich differenziertere und bedarfsgerechtere Möglichkeit der Leistungsbeschreibung abgelöst. Der DPR regt daher an, den Begriff der „Grundpflege“ in der Pflegestatistik abzuschaffen und stattdessen die Angabe der Beschäftigtenzahl und Vollkräfte differenziert für die Leistungsbereiche SGB V und SGB XI in die Pflegestatistik aufzunehmen.

Statistik Bildung und Kultur, Berufliche Schulen - Fachserie 11 Reihe 2

- Angaben zu Schülerinnen und Schüler der Pflegeberufe finden sich in der Statistik Bildung und Kultur, Berufliche Schulen - Fachserie 11 Reihe 2. Sie enthält Angaben zur Zahl der Auszubildenden und Absolventen/innen pro Schuljahr. Die Darstellung erfolgt differenziert nach Schultypen wie Berufsfachschulen, Fachschulen sowie Schulen des Gesundheitswesens und ist sehr umfangreich. Der DPR schlägt vor, die Angaben primär nach Berufen und nicht nach Schultypen zusammenzuführen, um die Statistik nutzerfreundlicher zu gestalten. Zudem sollten alle Pflegeberufe zu einer Haupt-Berufsgruppe zusammengefasst werden.
- In der Statistik Bildung und Kultur, Berufliche Schulen - Fachserie 11 Reihe 2 werden Altenpflegeschüler/innen den „Nichtmedizinischen Gesundheits-, Körperpflege- und Wellnessberufen, Medizintechnik“ zugeordnet. Der DPR schlägt vor, die Altenpflege den „Medizinischen Gesundheitsberufen“ zuzuordnen.

Statistik Bildung und Kultur, Studierende an Hochschulen - Fachserie 11 Reihe 4.1

- Angaben zu den Studierenden in Pflegestudiengängen finden sich in der Statistik Bildung und Kultur, Studierende an Hochschulen - Fachserie 11 Reihe 4.1. Sie erfasst Studiengänge der/des Pflegewissenschaft/-managements. Aus Sicht des DPR wären weitere Differenzierungen hilfreich, die die tatsächliche Vielfalt der für die Pflege relevanten Studiengänge besser abbilden. Da die gesamte Komplexität des gegenwärtigen Studiengangangebots sicherlich nicht abgebildet werden kann, schlägt der DPR zunächst vor, die Studiengänge Pflegewissenschaft, Pflegemanagement, Pflegepädagogik und die grundständige Pflegeausbildung an einer Hochschule voneinander getrennt zu erfassen.

In der Begründung des vorliegenden Gesetzentwurfs findet sich auch der Hinweis, dass das Gesundheitspersonal nach Absatz 2 Nummer 3 das Personal bezeichnet, das in der derzeitigen Gesundheitspersonalrechnung des Statistischen Bundesamtes ausgewiesen wird. In der Gesundheitspersonalrechnung wird die Klassifikation der Berufe (KdIB 2010) verwendet. Allerdings ersetzt die Systematik der Berufsbezeichnungen (KdIB 2010) die tatsächlichen Berufsbezeichnungen durch vier allgemeine und unspezifische „Anforderungsniveaus“. Dies führt zu einer erheblichen Verschlechterung der Abbildungsgenauigkeit bei der Darstellung der Pflegeberufe. Eine sachgerechte Abbildung der

Pflegeberufe ist nur durch die Verwendung der tatsächlichen Berufsbezeichnungen zu erreichen. Darum sollte die Gesundheitspersonalrechnung wieder auf die tatsächlichen Berufsbezeichnungen umgestellt und keine weiteren Umstellungen von Gesundheitsstatistiken auf die KIdB 2010 erfolgen.

Die geplante Regelung, wonach die neuen Statistiken zunächst nur für die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen erstellt werden sollen, erscheint nachvollziehbar; auch weil die Krankenhausstatistik bereits deutliche Verbesserungen aufweist. Allerdings werden die Pflegenden der Krankenhäuser häufig in der Diskussion über Pflegeberufe häufig vergessen oder vernachlässigt, obwohl dort ca. die Hälfte des Fachpersonals arbeitet.

Berlin, 11. November 2020

Deutscher Pflegerat e.V. – DPR
Alt- Moabit 91
10559 Berlin
Tel.: + 49 30 / 398 77 303
Fax: + 49 30 / 398 77 304
E-Mail: info@deutscher-pflegerat.de
www.deutscher-pflegerat.de