

- Stellungnahme -

Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)

Gesetzesentwurf der Bundesregierung vom 19.02.2021

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) bedankt sich für die Möglichkeit der Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG). Im Gesetzesentwurf wird eine Vielzahl an Gesetzen geändert, aufgrund der Komplexität des Gesetzesvorhabens wird in der folgenden Stellungnahme nur auf ausgewählte pflegerelevante Aspekte 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. 12 und 13** werden Änderungen in der Palliativ- und Hospizversorgung, gemäß § 39a und § 39d SGB V, geregelt. Der DBfK begrüßt ausdrücklich die Ausweitung auf Kinder und Jugendliche in der Versorgung durch ambulante Hospizdienste und der ambulanten Hospizarbeit in Pflegeeinrichtungen. Dadurch wird eine seit langem bestehende Lücke in der Hospizversorgung für Kinder und 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.

In **Artikel 1 Nr. 38** sieht der DBfK die Einfügung des Wortes „zuverlässig“ als überaus kritisch an. Es bleibt offen, wem eine solche Beurteilung und unter welchen Maßstäben obliegt. Eine entsprechend subjektive Einschätzung kann aus unserer Sicht nicht

maßgeblich für den Abschluss von Versorgungsverträgen sein, zudem zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses noch gar nicht umfassend bekannt sein kann, ob ein Leistungserbringer sich als zuverlässig erweist. Wir bitten daher im Rahmen der mancherorts prekären Versorgungssituation mit häuslicher Krankenpflege in Deutschland die Einfügung zu streichen.

Artikel 1 Nr. 48 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. 49** 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 ausgerichteter 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.

Die Anrechnung von Pflegehilfspersonal nach dem Perzentil- bzw. Quartilansatz in Anlehnung an § 137i ist nach pflegfachlichen Kriterien nicht sachgerecht, weil der Pflegebedarf nach benötigter fachlicher Qualifikation nicht ermittelt wird. Des Weiteren fehlt eine Regelung zum Qualifikationsniveau des Pflegehilfspersonals. Der DBfK schlägt vor, ausschließlich mindestens einjährig nach Landesrecht qualifiziertes Pflegeassistenzpersonal anzurechnen.

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 (GAPStatG) 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 Gesundheitspersonalmonitoring ist erfreulich sowie die Erweiterungen gegenüber dem Referentenentwurf auf Krankenhäuser, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen und dem öffentlichen Gesundheitsdienst.

Der DBfK begrüßt die Konkretisierung der verwendeten Statistiken für das Regionale Gesundheitspersonalmonitoring und hält besonders die in der Begründung genannten Daten aus der Pflegestatistik, den Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen der Statistischen Ämter für sinnvolle Datensätze.

Änderungsantrag 5 – Qualitätssicherung häusliche Krankenpflege

Wir befürworten in Nr. 38 b) die Erweiterung im Rahmen des Änderungsantrags, da die Beseitigung der Qualitätsmängel im Interesse der versorgten Personen und auch der Leistungserbringer sein muss. Wir möchten an dieser Stelle jedoch zu bedenken geben, dass die zu vereinbarenden Maßnahmen sich lediglich auf vertraglich vereinbarte und ärztlich verordnete Leistungen beziehen können und sich nicht auf sonstige pflegerische Versorgungsaspekte erstrecken kann ohne, dass eine entsprechende Refinanzierung gesichert ist. Wir schlagen daher folgende Änderung vor:

„Soweit bei einer Prüfung nach § 275 b Absatz 1 Satz 1 bis 3 Qualitätsmängel festgestellt werden, entscheiden die Landesverbände der Krankenkassen oder die Krankenkassen nach Anhörung des Leistungserbringers, welche Maßnahmen **im Rahmen der vertraglich vereinbarten und ärztlich verordneten Leistungen** zu treffen sind, erteilen dem Leistungserbringer hierüber einen Bescheid und setzen ihm darin zugleich eine angemessene Frist zur Beseitigung der festgestellten Mängel.“

Auch in Nr. 39 a) sehen wir im Rahmen der Intensivpflege eine Notwendigkeit, Qualitätsmängel aufzuzeigen und die Beseitigung derer zu vereinbaren. Allerdings möchten wir auch an dieser Stelle auf die notwendige Konkretisierung hinweisen, die sich aus der Verordnung häuslicher Krankenpflege ergibt und schlagen daher folgende Änderung vor:

„Soweit bei einer Prüfung nach § 275 b Absatz 1 Satz 1 bis 3 Qualitätsmängel festgestellt werden, entscheiden die Landesverbände der Krankenkassen oder die Krankenkassen nach Anhörung des Leistungserbringers, welche Maßnahmen **im Rahmen der vertraglich vereinbarten und ärztlich verordneten Leistungen** zu treffen sind, erteilen dem Leistungserbringer hierüber einen Bescheid und setzen ihm darin zugleich eine angemessene Frist zur Beseitigung der festgestellten Mängel.“

Änderungsantrag 18 – Anwerben von Pflegekräften aus dem Ausland

Die Anwerbung von Pflegefachpersonen aus dem Ausland findet vor dem Hintergrund des weltweiten massiven Mangels an Pflegefachpersonen statt. Ausländische Pflegefachpersonen werden allerdings den seit Jahrzehnten bestehenden Pflegepersonalmangel nicht beheben, sondern bestenfalls abmildern können. Denn dieser Mangel begründet sich durch die bestehenden Rahmenbedingungen, die durch mangelhafte Personalausstattung, hohe Arbeitsverdichtung, begrenzte Handlungsautonomie, geringe Aufstiegs- und Karrieremöglichkeiten und niedrige Vergütung gekennzeichnet sind.

Der DBfK begrüßt bei der Entwicklung des Gütesiegels die Einhaltung der WHO Vorgaben im globalen Verhaltenskodex für die internationale Anwerbung von Gesundheitsfachkräften. Der DBfK regt an die Höhe der Gebühren, die Vermittlungsagenturen für ihre Vermittlungstätigkeit erhalten, zu begrenzen. Eine Begrenzung ist in den Förderrichtlinien zum Förderzuschuss Pflegekräfteanwerbung zu regeln.

Berlin, 08.04.2021

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) - Bundesverband e. V.

Alt-Moabit 91 | 10559 Berlin | Telefon: +49 (0)30-2191570 | E-Mail: dbfk@dbfk.de | www.dbfk.de