

**Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e.V. (DPR) zum
Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit
Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der
Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der
Vergütungsstrukturen**

(Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

Stand: 13.03.2024

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. Der DPR bedankt sich für die Möglichkeit, zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG) Stellung nehmen zu dürfen.

Die Sicherstellung und Steigerung der Versorgungsqualität stellt das elementare Ziel der Regelungen und Neustrukturierungen der Versorgungsstrukturen nach dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz dar. Zur Erreichung dieses Ziels bedarf es neben Änderungen im Rahmen der Vergütungsstruktur und der Struktur- und Prozessebene sowie organisationale Bedingungen, den Blick auf das Gesamtsystem und die Berücksichtigung aller am Versorgungsprozess beteiligten Berufsgruppen sowie deren Rolle und Beitrag an diesem. In Anbetracht steigender Versorgungsbedarfe und demgegenüber sinkenden Personalressourcen sind eine Potenzialanalyse und -nutzung, ein versorgungsbedarfsgerechter Qualifikationseinsatz, aber auch der Blick in vor- und nachstationäre Settings unerlässlich und in das Zentrum einer wirksamen und zielorientierten Krankenhausreform zu setzen.

Die Bestrebung leistungs- und mengenorientierte Anreize in der Versorgung zu reduzieren, um u.a. die Qualität in den Fokus zu stellen, ist zu begrüßen. Auch der Notwendigkeit zur Etablierung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen, stimmt der DPR zu. Unabhängig einer sinnvollen Ausgestaltung und Nutzung, greifen die im Referentenentwurf erläuterten Maßnahmen jedoch zu kurz und verkennen das Erfordernis, den Blick auf eine personenzentrierte Versorgung zu legen. Dieser setzt an den Bedarfen und Bedürfnissen der zu Versorgenden in den jeweiligen Lebensumständen an und richtet den Versorgungsprozess an diesen aus. Eine Krankenhausreform, die unter den derzeitigen und zu erwartenden Bedingungen die Sicherstellung und Verbesserung der Versorgungsqualität anstrebt, kann sich nicht nur auf den akutstationären Bereich beziehen, wenn vorgelagerte Strukturen u.a. dazu führen, dass ein erhöhter Bedarf an akutstationärer Behandlung nötig wird und die Bedingungen nachstationärer Strukturen häufig dafür verantwortlich sind, dass Patient:innen nicht verlegt und medizinisch und pflegerisch sicher weiterversorgt werden können. Es braucht eine konsistente Verzahnung der Sektoren, die auf Kooperation sowie Informationsweiterleitung und -nutzung, auch mit Etablierung digitaler Systeme, basiert. Zudem benötigt es neue Versorgungsstrukturen, die über die Schaffung sektorenübergreifender Versorgungs-

einrichtungen, wie sie im Referentenentwurf ausgestaltet sind, hinausgehen und bereits vielfach international etabliert sind.

Eine wirkungsvolle Reform und eine Verbesserung der Versorgungsqualität kann nur durch Vorhandensein von kooperierenden und aufeinander abgestimmten Versorgungskonzepten auf kommunaler Ebene ermöglicht werden. Die Argumentation, dies würde Mehrkosten generieren, die wiederum durch den Steuerzahler zu entrichten sind, ist hier nicht haltbar, wenn dabei außer Acht gelassen wird, dass sich durch die zu erwartende Reduzierung von Versorgungsbedarfen in anderen Sektoren Kosten reduzieren lassen. Patient:innen, die nicht erst mit einem akuten Gesundheitsproblem eine Behandlung erfahren oder durch eine fehlende Ansprechbarkeit im Gesundheitssystem überlastete Notfallstrukturen aufsuchen, sind nicht nur besser versorgt, sondern generieren langfristig weniger Kosten und tragen zu einer besseren Ressourcenallokation bei. Es führt daher am Ziel einer flächendeckenden Etablierung sektorenübergreifender Versorgungsmöglichkeiten vorbei, wenn auch in anderen Gesetzesvorhaben überfällige, aber notwendige Einrichtungen, wie Gesundheitskioske und die Förderung der Bildung von Gesundheitsregionen, deren Wirksamkeit in Modellprojekten bereits nachgewiesen ist, keine Rolle mehr spielen. Dabei handelt es sich nicht um die Schaffung von Doppelstrukturen, sondern ermöglicht das Schließen von Versorgungslücken, die nicht unwesentlich zu einer erfolgreichen Krankenhausstrukturreform beitragen. Das Berufsbild der Community Health Nurse mit Kompetenzen u.a. im Bereich der Analyse von regionalen Versorgungsbedarfen und der Übernahme einer Schnittstellenfunktion in einem komplexen Versorgungssystem wird in Zukunft mehr denn je benötigt werden. Auch im Kontext der Vermeidung von Krankheit sowie deren Verschlimmerung braucht es einen gesundheitsfördernden Ansatz sowie beratende und edukative Strukturen in allen Sektoren. Bereits vor Eintritt einer akuten Erkrankung und/oder im Rahmen einer chronischen Erkrankung müssen präventive Aspekte stärker in den Fokus gerückt und auch in die Vergütungssystematik integriert werden. Dies erfordert eine Veränderung der Versorgungsstruktur, die den zu Versorgenden in den Mittelpunkt stellen muss, aber auch einen präventiven Ansatz in der medizinischen und pflegerischen Versorgungsausrichtung, der sich im vorliegenden Gesetz widerspiegeln muss, um genannten Ziele erreichen zu können. Die dafür notwendigen Rahmenbedingungen müssen in diesem und anderen Gesetzesvorhaben geschaffen werden.

Der pflegerische Versorgungsprozess zielt auf die Sammlung von Informationen zu Bedarfen und Bedürfnissen, dem Erkennen von Problemen und Ressourcen, der Festlegung von Zielen sowie die Planung und Durchführung von Pflegemaßnahmen und der Evaluation ab. Dieser Prozess ist nicht auf ein Setting oder einen Sektor beschränkt, sondern nimmt eine personenzentrierte Sicht auf Versorgung ein. Zudem verfügen Pflegefachpersonen darüber hinaus über vielfältige und weiterführende pflegerische und medizinische Kompetenzen in allen Fachbereichen. Ohne die Berufsgruppe Pflege ist keine Versorgung möglich. Wenn ökonomische und ressourcensparende Aspekte im Rahmen der angestrebten Gesetzgebung eine Rolle spielen, dann müssen Pflegefachpersonen mit deren Versorgungsausrichtung und Kompetenzen mehr als bisher vorgesehen integriert und mitbedacht werden. Daher begrüßt der DPR außerordentlich die Beteiligung der Profession Pflege im Rahmen der Setzung von Qualitätserfordernissen im Leistungsgruppen-Lenkungsausschuss. Jedoch müssen hier pflegerische Qualitätsaspekte zeitnah und bedarfsgerecht Eingang finden, verpflichtend umgesetzt werden und vorangestellt gesetzte Vorgaben auch zu einer Qualitätsverbesserung beitragen.

Daneben braucht es die Schaffung weiterer Rahmenbedingungen, um Pflegefachpersonen entsprechend ihrer Rolle im Versorgungsprozess und deren gesetzlich festgeschriebenen Vorbehaltsaufgaben, die Stellung im System zuteilwerden zu lassen, die sie für eine qualitative Versorgung benötigen. Dazu gehören neben der Verankerung von pflegerischen Aufgaben im Rahmen des Sozial- und Leistungsrechtes, auch das Hinterfragen und die Neuordnung aktueller Selbstverwaltungsstrukturen sowie die Trennung der Sozialgesetzbücher SGB V und SGB XI. Dies wird durch das aktuelle Gutachten des Sachverständigenrates für Gesundheit und Pflege bestätigt.

Die Berufsgruppe der Pflegenden leistet mit Blick auf andere Berufsgruppen den größten Beitrag in der Gesundheitsversorgung und deren Qualität. Somit müssen sie auch in jeder Hinsicht in die im Gesetz festgelegten Punkte einbezogen und mit Entscheidungsbefugnissen ausgestattet werden. Die Entwicklungen im Rahmen des anstehenden Pflegekompetenzgesetzes dürfen nicht unabhängig anderer gesetzlicher Prozesse gesehen werden. Es ist widersprüchlich, wenn einerseits vorbehaltliche Aufgaben seit bereits 2020 berufsrechtlich festgeschrieben sind und (erweiterte) Kompetenzen für eine vergütungsrelevante Abbildung angestrebt werden, jedoch im Rahmen sektorenübergreifender Strukturen in der Krankenhausreform die Pflege unzureichend und kompetenzmindernd bedacht wird. Die Beachtung des pflegerischen Aufgabenspektrums benötigt in allen aktuellen und folgenden Gesetzen die Verankerung der Heilkundenausübung von Pflegefachpersonen. Hierfür ist es mit Ziel, einer moderne und international vergleichbare Versorgungsqualität zu schaffen, nicht nur nötig einrichtungsspezifische Konzepte umzusetzen und zu fördern (z.B. Magnet-Modell), sondern auch den Arztvorbehalt aufzulösen und die Versorgung im Sinne einer interprofessionellen und kompetenzprofilorientierten Versorgungsstruktur mit leistungs- und sozialrechtlicher Verankerung der Kompetenzniveaus, Qualifikationen und Aufgabenbereichen von Pflegefachpersonen zu transformieren. Bei komplexen Versorgungsproblematiken besteht nicht nur der Bedarf an hochqualifizierten ärztlichen Kolleg:innen und die Einhaltung eines Facharztstandards, es benötigt hier ebenso hochqualifizierte Pflegefachpersonen und die Einhaltung pflegerischer Standards sowie die Umsetzung wissenschaftlich fundierter Versorgungskonzepte. Diese Maßnahmen werden auch zu einer nachhaltigen Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufes führen und die Motivation von Pflegefachpersonen, wieder in den Beruf einzusteigen, deutlich erhöhen.

Der DPR begrüßt grundsätzlich die Bestrebungen zur Neustrukturierung der Strukturen der akutstationären Versorgung, möchte jedoch mit Blick auf die erläuterten und folgenden Ausführungen verstärkt den Blick auf die Beachtung, den Aufbau pflegefachlicher Kompetenzen sowie die leistungsbezogene Ausweisung und Vergütung hinweisen. Die Profession Pflege stellt die größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen dar. Ihr Beitrag ist heute und wird auch in Zukunft die Qualität der Versorgungsstrukturen über alle Sektoren bestimmen. Der frühzeitige Einbezug und die Ausschöpfung aller vorhandenen Kompetenzen, sowie der Aufbau derer wird den Erfolg der Krankenhausreform und die Effizienz und Effektivität der Versorgungslandschaft maßgeblich bestimmen. Ohne die Berufsgruppe Pflege wird die Reform nicht funktionieren!

Artikel 1 – Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nummer 5: §§ 115g, 115h SGB V

Rolle von Pflegefachpersonen in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen

Anknüpfend an die vorausgegangenen Begründungen für die Notwendigkeit der Etablierung sektorenübergreifender Strukturen sowie die Schaffung von Rahmenbedingungen, die die Wirksamkeit und Zielsetzung der Krankenhausreform wesentlich beeinflussen, bedarf es an dieser Stelle an Ausführungen zur Rolle von Pflegefachpersonen in diesen Strukturen.

Grundsätzlich begrüßt der DPR die flächendeckende Einführung einer neuen Versorgungsform zur Verbesserung der regionalen medizinischen und pflegerischen Versorgung und erkennt das Bestreben, Pflegefachpersonen hier eine leitende Rolle zuzusprechen, an.

Vorab ist es notwendig, eine Unterscheidung leitender Strukturen vorzunehmen. Somit lässt sich die fachliche Führung von der systemischen Führung unterscheiden. Erstere stellt die fachliche Führungsverantwortung im Rahmen der intraprofessionellen Kompetenz und fachlicher Aufgabenbereiche dar. Letztere meint demgegenüber die manageriale Führungsverantwortung, die im Wesentlichen administrative, personalsteuernde und organisationale Aufgaben innehat. Diese definitorische Abgrenzung ist wesentlich, um zu verdeutlichen, welche Rolle Pflegefachpersonen im Rahmen des Versorgungsprozesses einnehmen können

und in Zukunft müssen, da Pflege immer Teil der Versorgung darstellt. Die Übernahme einer leitenden Rolle im Rahmen der Systemführung ist für Pflegefachpersonen mit Ausbildung im Managementbereich bereits in vielen Versorgungsbereichen möglich und etabliert.

Der DPR fordert nicht vorrangig die Erweiterung einer systemischen Führungsverantwortung für in diesem Bereich qualifizierte Pflegefachpersonen, sondern vielmehr eine Stärkung der Rolle von qualifizierten Pflegefachpersonen auf fachlicher Ebene. Diese ist nicht nur auf Einrichtung nach § 115g SGB V zu beschränken, sondern muss auch in allen weiteren Versorgungsbereichen eingerichtet und ausgebaut werden. Somit ergibt sich ein Änderungsbedarf in dem vorliegenden Referentenentwurf, aber auch an anderen Stellen gesetzlich verankerter Regelungen, die der Kompetenz und Rolle von Pflegefachpersonen sowie deren berufsrechtlich zugeschriebenen Vorbehaltsaufgaben, wie auch der Schaffung von Voraussetzungen im Rahmen erweiterter Kompetenzen und der Verankerung der Heilkundeausübung, Rechnung tragen müssen. Zudem braucht es die Mitbestimmung der berufsständischen Vertretung der Pflege bei Fragen nach Qualität und Patient:innensicherheit im Rahmen der Leistungserbringung, wie auch der Auswirkungen neuer Versorgungsstrukturen und vorangestellt, welche Leistungen medizinisch und pflegerisch zuzuordnen sind. Die Änderung der Bezeichnung medizinisch-pflegerische Versorgung in medizinische und pflegerische Versorgung soll u.a. diesem Umstand Rechnung tragen.

Insbesondere muss die Leistung sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen an dem tatsächlichen regionalen Versorgungsbedarf ausgerichtet werden. Demnach ist hier die alleinige Vereinbarung nach § 115g Absatz 3 nach aktuellem Referentenentwurf unzureichend.

Änderungsvorschlag des § 115g SGB V

Behandlung in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung

(1) Krankenhäuser, die von einem Land nach § 6b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen bestimmt worden sind, können neben der stationären Behandlung auch sektorenübergreifende Leistungen nach Absatz 2 erbringen.

(2) Sektorenübergreifende Leistungen im Sinne des Absatzes 1 sind insbesondere:

1. ambulante Leistungen aufgrund einer Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung,
2. ambulantes Operieren nach § 115b,
3. medizinisch **und** pflegerische Versorgung nach § 115h,
4. belegärztliche Leistungen, soweit vom Versorgungsauftrag des Landes erfasst,
5. Übergangspflege nach § 39e,
6. Kurzzeitpflege nach § 39c.

Zudem können auch Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 des Elften Buches und der Tagespflege und Nachtpflege nach § 41 des Elften Buches erbracht werden. Leistungen ~~nach Satz 1 Nummer 3, 5 und 6~~ können unter **fachlicher und administrativer** Leitung **seitens der Pflege** erbracht werden, soweit sie nicht ärztlich zu verantworten sind. Leistungen nach Satz 2 **Nummer 3, 5 und 6** können in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung erbracht werden, sofern dies in selbstständigen, organisatorisch und wirtschaftlich vom Krankenhaus getrennten Pflegeabteilungen erfolgt, die als stationäre Pflegeeinrichtung im Sinne des § 72 des Elften Buches zugelassen sind.

(3) Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren bis zum [einsetzen: Datum des letzten Tages des 12. Auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung,

1. welche stationären Leistungen der Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin oder Geriatrie nach § 135e sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen mindestens anbieten müssen,
2. welche weiteren stationären Leistungen der Leistungsgruppe Allgemeine Innere Medizin und Geriatrie und welche stationären Leistungen der Leistungsgruppe Allgemeine Chirurgie oder weiterer Leistungsgruppen nach § 135e ebenfalls in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen erbracht werden können,
3. welche stationären Leistungen eine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung außerhalb des Leistungsrahmens der Nummer 1 und 2 erbringen darf, sofern sie hierbei telemedizinisch von einem kooperierenden Krankenhaus mit entsprechend zugewiesenen Leistungsgruppen unterstützt wird.
4. welche Anforderungen an die Qualität, Patientensicherheit und Dokumentation der Leistungserbringung **unter Einbezug und Mitbestimmung des Deutschen Pflegerates** nach den Nummern 1 bis 3 und an die Kooperation nach Nummer 3 gestellt und wie diese aufwandarm geprüft werden.

Spezifische regionale Versorgungsbedarfe müssen in die Vereinbarungen nach Satz 1 miteinbezogen werden. Hierfür ist ein Austausch mit den Ländern und den Einrichtungen nach § 115g SGB V erforderlich.

Die Vereinbarung nach Satz 1 ist mindestens alle zwei Jahre, erstmals wie Jahre nach Abschluss, durch Vereinbarung an den Stand der medizinischen Erkenntnisse anzupassen. Kommt die Vereinbarung nach den Sätzen 1 und 2 nicht fristgerecht zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von drei Monaten den Inhalt der Vereinbarung fest.

(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft legen **unter Einbezug des Deutschen Pflegerates und** im Benehmen mit den Verband der Privaten Krankenversicherung dem Bundesministerium für Gesundheit im Abstand von zwei Jahren, erstmals zum [einsetzen: Datum des letzten Tages des 60. auf die Verkündung folgenden Kalendermonats], einen gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen der Leistungserbringung durch sektorenübergreifende Leistungserbringer auf die ambulante, stationäre und pflegerische Versorgung einschließlich der finanziellen Auswirkungen vor. Die für den Bericht erforderlichen Daten sind ihnen von den Krankenkassen, den Pflegekassen, den Krankenhäusern und den Kassenärztlichen Vereinigungen in anonymisierter Form zu übermitteln.

Änderungsvorschlag des § 115h SGB V

Medizinisch und pflegerische Versorgung durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen

(1) Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung nach § 115g Absatz 1 erbringen Krankenbehandlung als medizinische **und** pflegerische Versorgung, wenn für die Versicherten eine ambulante ärztliche Behandlung auf Grund ihrer individuellen Verfassung, der persönlichen Lebenssituation oder wegen bestehender Vor- oder Begleiterkrankungen nicht ausreichend ist, weil neben dem medizinischen Behandlungsanlass ein besonderer pflegerischer Bedarf besteht.

(2) Die ärztlichen Leistungen der medizinischen **und** pflegerischen Versorgung können auch von Vertragsärzten, mit denen die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung eine Kooperationsvereinbarung abgeschlossen hat, erbracht werden. Die **medizinische** Versorgung wird durch Vertragsärzte, **die pflegerische Versorgung durch entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen** verordnet oder Krankenhäuser veranlasst.

(3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und **unter Einbezug des Deutschen Pflegerates**

vereinbaren im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung bis zum [einsetzen: Datum ein Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes] Einzelheiten der Erbringung der medizinischen **und** pflegerischen Versorgung, insbesondere

1. die Gruppe der Patienten, für die die medizinische **und** pflegerische Versorgung zu erbringen ist,
2. die sächlichen und personellen Mindestvoraussetzungen der **medizinischen und** pflegerischen Versorgung und
3. Vorgaben für Kooperationsvereinbarungen zwischen sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen und Vertragsärzten.

Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande, entscheidet das sektorenübergreifende Schiedsgremium **unter Einbezug pflegfachlicher Expertise** auf Bundesebene nach § 89a Absatz 2.

(4) Die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen vereinbaren den konkreten Versorgungsumfang der medizinischen **und** pflegerischen Versorgung in der jeweiligen Einrichtung.

Insbesondere sind entsprechend der vorangegangenen Ausführungen, zur Berücksichtigung der Rolle von Pflegefachpersonen im Versorgungsprozess und deren Vorbehaltsaufgaben nach § 4 Pflegeberufegesetz, folgende Änderungen vorzunehmen.

Änderungsvorschlag des § 15 Absatz 1 SGB V

Ärztliche Behandlung, elektronische Gesundheitskarte

(1) Ärztliche oder zahnärztliche Behandlung wird von Ärzten und Zahnärzten erbracht, soweit nicht in Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c etwas anderes bestimmt ist. Sind Hilfestellungen anderer Personen erforderlich, dürfen sie nur erbracht werden, wenn sie vom Arzt (Zahnarzt) angeordnet und von ihm verantwortet werden. **Die Regelungen zu pflegfachlichen Vorbehaltsaufgaben in § 4 Pflegeberufegesetz bleiben davon unberührt.**

Änderungsvorschlag des § 28 Absatz 1 SGB V

Ärztliche und zahnärztliche Behandlung

(1) Die ärztliche Behandlung umfaßt die Tätigkeit des Arztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist. Zur ärztlichen Behandlung gehört auch die Hilfeleistung anderer Personen, die von dem Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten ist. **Die Regelungen zu pflegfachlichen Vorbehaltsaufgaben in § 4 Pflegeberufegesetz bleiben davon unberührt.** Die Partner der Bundesmantelverträge legen für die ambulante Versorgung beispielhaft fest, bei welchen Tätigkeiten Personen nach Satz 2 ärztliche Leistungen erbringen können und welche Anforderungen an die Erbringung zu stellen sind. Der Bundesärztekammer ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

Änderungsvorschlag des § 39 Absatz 1 SGB V

(1) Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, stationsäquivalent, tagesstationär, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht; sie umfasst auch Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, zu denen der Gemeinsame Bundesausschuss bisher keine Entscheidung nach § 137c Absatz 1 getroffen hat und die das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative bieten. Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre, stationsäquivalente oder tagesstationäre Behandlung durch ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus, wenn die Aufnahme oder die Behandlung im häuslichen Umfeld nach Prüfung

durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Die Krankenhausbehandlung umfasst im Rahmen des Versorgungsauftrages des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung, **Krankenpflege (§ 28 Abs. 1)**, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung; die akutstationäre Behandlung umfasst auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einzusetzenden Leistungen zur Frührehabilitation. Die stationsäquivalente Behandlung umfasst eine psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld durch mobile ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams; die tagesstationäre Behandlung umfasst einen täglich mindestens sechsständigen Aufenthalt der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus, währenddessen überwiegend ärztliche oder pflegerische Behandlung erbracht wird, ohne Übernachtung im Krankenhaus. Die stationsäquivalente Behandlung und die tagesstationäre Behandlung entsprechen hinsichtlich der Inhalte sowie der Flexibilität und Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung. Zur Krankenhausbehandlung gehört auch eine qualifizierte ärztliche Einschätzung des Beatmungsstatus im Laufe der Behandlung und vor der Verlegung oder Entlassung von Beatmungspatienten.

Änderungsvorschlag des § 70 Absatz 1 SGB V

Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit

(1) Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen **pfl egewissenschaftlichen** Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden.

Änderungsvorschlag des § 107 Absatz 1 SGB V

(1) Krankenhäuser im Sinne dieses Gesetzbuchs sind Einrichtungen, die

1. der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen,
2. fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung und **fachlich-pflegerisch unter ständiger pflegerischer Leitung** stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische, therapeutische und pflegerische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten,
3. mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, **pflegerischem**, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistungen Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten,
und in denen
4. die Patienten untergebracht und verpflegt werden können.

Abbilden der Pflegequalität im Rahmen der Leistungsgruppensystematik sowie deren Evaluation

Das Schaffen von Voraussetzungen für eine hochwertig qualitative Versorgung, die sich an der Erbringung unterschiedlicher Leistungsgruppen orientiert, begrüßt der DPR. Auch ist positiv zu bewerten, dass die Länder hier entsprechend ihrem regionalen Bedarf die Zuweisung der Leistungsgruppen vornehmen. An dieser Stelle sei erneut der Einsatz von Community Health Nurses zu bekräftigen, der hier einen wesentlichen Beitrag leisten kann. Unter anderem wenn es darum geht, Ressourcen von Zu- und Angehörigen zu eruieren und einzubinden, wenn eine Versorgung beispielsweise nur in einem weiter entfernten Krankenhaus möglich ist.

Der DPR begrüßt ebenfalls, dass auf standortübergreifende Kooperationen gesetzt wird. Diese sollten sich jedoch nicht nur auf starre Mindestvoraussetzungen beziehen, sondern auch einen fachlichen Austausch und Hilfestellung ermöglichen.

Im aktuellen Referentenentwurf erfolgt die Umsetzung der Leistungsgruppensystematik nach dem Modell von Nordrhein-Westfalen (NRW). Die Qualitätskriterien, die im Rahmen der Einführung des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes eingehalten werden müssen, beziehen sich ausschließlich auf die sachliche und personelle Ausstattung sowie die Erbringung verwandter Leistungsgruppen, zumal sich die personelle Ausstattung ausschließlich auf den ärztlichen Dienst bezieht. Pflegerische Mindestanforderungen sind im Modell von NRW nur in den sonstigen Struktur- und Prozesskriterien enthalten, wobei hier ausschließlich auf die Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) Bezug genommen wird. Die Notwendigkeit der Umsetzung sonstiger Struktur- und Prozesskriterien bzw. eine Änderung dieser und auch anderer erwähnter Qualitätskriterien erfolgt erst mit Inkrafttreten einer Rechtsverordnung, deren Grundlage die Ergebnisse eines einzurichtenden Leistungsgruppen-Lenkungsausschusses sind.

Vorangestellt kritisiert der DPR, dass in dem NRW-Modell pflegerische Mindestvoraussetzungen und Qualitätskriterien ausschließlich in sonstigen Struktur- und Prozesskriterien erwähnt sind und diese sich nur auf die PpUG beziehen. Zum einen stellen diese kein Qualitätskriterium zur langfristigen Sicherung der Versorgungsqualität dar. Zum anderen ist noch nicht klar, wann der Leistungsgruppen-Lenkungsausschuss seine Arbeit aufnehmen und eine entsprechende Rechtsverordnung in Kraft treten wird. Aufgrund der derzeitigen Versorgungssituation und des sich in den nächsten Jahren weiter verschärfenden Fachkräftemangels auch im pflegerischen Bereich, darf die Setzung von Qualitätsvorgaben v.a. in der pflegerischen Personalausstattung nicht weiter herausgezögert werden. Zudem müssen bereits jetzt Vorgaben zur Einhaltung der Pflegepersonalbemessungsverordnung (PPBV), die in Kürze in Kraft tritt, auch im Rahmen dieses Gesetzes verankert werden. Jüngste Forderungen, qualifikatorische Mindestvoraussetzungen im Rahmen der OPS-Strukturmerkmale mit der Begründung zu streichen, dass diese zukünftig in den Leistungsgruppen abgebildet werden, ist auf Basis der vorangegangenen Argumentation fatal. Ein Wegfall von jeglichen qualifikatorisch pflegerischen Voraussetzungen, die über die G-BA-Richtlinien hinaus gehen und somit auch Begründungen für die Refinanzierung erschweren, sind entschieden abzulehnen. Dies wird zu einer deutlichen Verschlechterung der Versorgungsqualität in allen akutstationären Bereichen führen und die Motivation von Pflegefachpersonen, sich zu spezialisieren, deutlich reduzieren. Mit Blick auf das Pflegekompetenzgesetz und die auch von politischen Entscheidungsträgern vielfach kommunizierte Wichtigkeit dessen, kann diese Entwicklung nicht befürwortet werden.

Unter Beachtung der noch ausstehenden Regelungen zum Beginn der Konvergenzphase der PPBV mit Festlegung einer Struktur zum stufenweisen Aufbau von Personal und den noch abzuwartenden Ergebnissen aus der Weiterentwicklung nach § 137I SGB V ist es zur Sicherung der Versorgungsqualität geboten, die Vorgabe zur Ermittlung der PPR 2.0 festzuhalten und die Pflicht zum stufenweisen Aufbau des Erfüllungsgrades der PPR 2.0 schon jetzt auszuweisen. Nach erfolgter Einführungsphase der PPBV, dem Vorliegen bundesein-

heitlicher Daten und der Ergebnisse nach § 137I SGB V, gilt es, noch vor der Tagung des Leistungsgruppen-Lenkungsausschusses Qualitätsvorgaben zu Erfüllungsgraden und dem notwendigen Qualifikationsmix der pflegerischen Personalbedarfsermittlung anzupassen und in den Qualitätskriterien der Leistungsgruppen zu verankern. Als Mindeststrukturkriterium sehen wir einen Erfüllungsgrad der PPR 2.0 in den Leistungsgruppen von 80 % als notwendig an. Das stufenweise Erreichen dieser Mindestvorgabe sollte als voraussetzendes Strukturmerkmal in den Leistungsgruppen verankert werden.

Das Einhalten der aktuellen und aller zukünftig gesetzten Qualitätskriterien dürfen darüber hinaus nicht die berufsrechtlich geregelten pflegerischen Vorbehaltsaufgaben und die Pflicht des Gesetzgebers diese zu beachten, aushebeln. Daneben müssen wie eingangs erwähnt die Entwicklungen des Pflegekompetenzgesetzes, die wiederum Auswirkungen u.a. auf Qualifikationsmixbedarfe nehmen, bereits jetzt mitbedacht werden. Ein moderner und wirkungsvoller Versorgungsprozess kann nur durch eine interprofessionell ausgerichtete Versorgungspraxis und die feste und institutionelle Etablierung (hochschulisch) qualifizierter Pflegefachpersonen mit speziellen medizinisch und pflegerischen Kenntnissen, wie Advance Practices Nurses (APN) auf Masterniveau, ermöglicht werden.

Im Weiteren gilt es unter Einbezug pflegewissenschaftlicher Expertise und mit Blick auf die pflegerische Versorgungsausrichtung entsprechend des Pflegeprozesses, Qualitätskriterien einer hochwertigen pflegerischen und kompetenzorientierten Fachpraxis zu integrieren, wie auch bereits erarbeitete nationale Expertenstandards miteinzubeziehen. Obwohl die Versorgungsqualität wesentlich von der pflegerischen Leistung abhängt, erfolgt zum aktuellen Zeitpunkt im Bereich der Pflege ausschließlich die Erfassung des Qualitätsindikators zur Dekubitusinzidenz, -ausprägung sowie möglicher Risikofaktoren im Rahmen der QS-Verfahren QS DEK. Es braucht hier eine deutliche Erweiterung pflegerischer Qualitätskriterien sowie pflegesensitiver Ergebnisindikatoren im Sinne zu erreichender Mindestvorgaben sowie von Qualitätskriterien, die über diese hinaus gehen. Übergeordnete Qualitätsziele könnten beispielsweise mit einem monetären Vorteil „Pay for Performance“ verknüpft werden.

Insbesondere ist auf die Notwendigkeit der Integration versorgungsspezifischer Erkenntnisse aus Daten, die durch die Einführung der Pflegepersonalbemessungsverordnung und weiterer Folgeverordnungen generiert werden, hinzuweisen. Es gilt neben der Beachtung gesetzter pflegerischer Qualitätsvorgaben seitens des Gemeinsamen Bundesausschusses, die unbedingt unter pflegewissenschaftlicher Expertise im Rahmen eines Antrags- und Mitbestimmungs-rechtes zu verankern sind, qualifikatorische Bedarfe, die im Rahmen der Weiterentwicklung der PPBV nach § 137I SGB V definiert werden, mit den G-BA-Richtlinien zu harmonisieren. Ziel muss es sein, eine pflegewissenschaftlich evidenzbasierte und weiter auszubauende leitliniengestützte pflegerische Versorgung zu schaffen. Um dies zu erreichen, müssen finanzielle und personelle Ressourcen bereitgestellt sowie staatliche und pflegewissenschaftliche Strukturen geschaffen werden, um internationale Vergleichbarkeit herstellen zu können. Das derzeit sich in Arbeit befindenden Bildungskonzept mit anschließender Ausarbeitung einer kompetenzorientierten Darstellung des DPR in Zusammenarbeit mit der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel kann wesentlich zu diesem Ziel beitragen. Dieser Prozess muss auch im Rahmen der Weiterentwicklung und Evaluation der Leistungsgruppen unter Einbezug und Beteiligung des DPR abgebildet werden.

Der DPR teilt darüber hinaus die Analyse des Deutschen Hebammenverbands (DHV), dass für den Bereich der klinischen Geburtshilfe dringender Handlungs- und Regelungsbedarf besteht, der im vorliegenden Entwurf noch nicht adressiert wurde. Sowohl die gesetzliche Absicherung von Hebammenkreißsälen als auch das zusätzliche Mitberatungs- und Stimmrecht für die Hebammenvertretung für die Leistungsgruppe Geburt im Ausschuss nach § 135e SGB V erscheinen dringend notwendig und werden vom DPR unterstützt. Zur detaillierten Begründung verweisen wir auf die Stellungnahme des DHV.

Zu Nummer 9

Änderungsvorschlag des § 135e SGB V

Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung

(1) Für die Leistungen der Krankenhausbehandlung gelten bundeseinheitliche Qualitätskriterien, die insbesondere Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität beinhalten. Zur Festlegung der Qualitätskriterien werden die Leistungen der Krankenhausbehandlung in Leistungsgruppen eingeteilt. Krankenhäuser haben die Qualitätskriterien der Leistungsgruppen, deren Leistungen sie erbringen, zu erfüllen. Für jede Leistungsgruppe sind Qualitätskriterien in folgenden Anforderungsbereichen festzulegen:

1. Erbringung verwandter Leistungsgruppen,
2. sachliche Ausstattung,
3. personelle Ausstattung sowie
4. sonstige Struktur- und Prozesskriterien.

Die Qualitätskriterien sollen den aktuellen Stand der medizinisch wissenschaftlichen **und pflegewissenschaftlichen** Erkenntnisse berücksichtigen und zu einer leitliniengerechten, qualitativ hochwertigen und für Patienten sicheren medizinischen **und pflegerischen** Versorgung beitragen.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, mit Zustimmung des Bundesrates durch Rechtsverordnung festzulegen und weiterzuentwickeln:

1. Leistungsgruppen und Qualitätskriterien nach Absatz 1,
2. Regelungen zur Zulässigkeit der Einhaltung der Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbänden,
3. Regelungen, für welche Leistungsgruppen in Einzelfällen zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung von Qualitätskriterien abgewichen werden kann und für welche Leistungsgruppen dies ausgeschlossen ist, sowie
4. das Nähere zum Verfahren.

Die Rechtsverordnung nach Satz 1 ist bis zum 31. März 2025 mit Wirkung ab 1. Januar 2027 zu erlassen.

(3) Das Bundesministerium für Gesundheit richtet einen Ausschuss ein, der Empfehlungen zu den Inhalten der Rechtsverordnung nach Absatz 2 Nummern 1 bis 3 beschließt. Der Ausschuss wird durch das Bundesministerium für Gesundheit gemeinsam mit den obersten Gesundheitsbehörden der Länder geleitet. Soweit das Bundesministerium für Gesundheit oder ein Land die Weiterentwicklung der Inhalte der Rechtsverordnung nach Absatz 2 Nummern 1 bis 3 beraten möchte, hat der Ausschuss zunächst einen Vorschlag der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften einzuholen. Zudem beauftragt der Ausschuss das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte mit Unterstützungsleistungen. Der Ausschuss ist in gleicher Zahl besetzt mit Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen einerseits und Vertretern der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Bundesärztekammer und **des Deutschen Pflegerates** andererseits. Die Patientenorganisationen nach § 140f können beratend an den Sitzungen des Ausschusses teilnehmen. Der Ausschuss kann sachverständige Personen zur Beratung hinzuziehen. Der Ausschuss legt das Nähere zur Arbeitsweise, Besetzung und Beschlussfassung des Ausschusses in einer Geschäftsordnung fest. Die Geschäftsordnung und ihre Änderung bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Kommt die Geschäftsordnung bis zum [einsetzen: vier Monate nach Datum des Inkrafttretens dieses Gesetzes] nicht zustande, legt das Bundesministerium für Gesundheit die Geschäftsordnung fest. Zur Koordinierung der Arbeit des Ausschusses richtet das Bundesministerium für Gesundheit eine Geschäftsstelle ein.

(4) Bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung nach Absatz 2 gelten

1. die Leistungsgruppen nach Anlage 1,

2. die Qualitätskriterien, die im Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022 (veröffentlicht am 27. April 2022) durch das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen auf dessen Internetseite) festgelegt sind; dabei finden die auf Landesebene in Nordrhein-Westfalen geltenden sonstigen Struktur- und Prozesskriterien keine Anwendung,

3. die Qualitätskriterien nach Anlage 2 für die in Anlage 1 genannten Leistungsgruppen Nummern 3 (Infektiologie), 16 (Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie), 27 (Spezielle Traumatologie), 47 (Spezielle Kinder- und Jugendmedizin) und 65 (Notfallmedizin) **und**

4. die Regelungen der Pflegepersonalbemessungsverordnung (PPBV) mit einem stufenweisen Aufbau des Erfüllungsgrades und der Berücksichtigung von Erkenntnissen und Folgeverordnungen im Zuge der Weiterentwicklung nach § 137I SGB V

(...)

Zu Nummer 26

Änderungsvorschlag des § 426 SGB V

Evaluation des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft legen dem Bundesministerium für Gesundheit und den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, erstmals zum 31. Dezember 2029, zum 31. Dezember 2034 sowie zum 31. Dezember 2039 einen gemeinsamen Bericht vor über

1. die Festlegung der Leistungsgruppen nach § 135e und ihre Weiterentwicklung, insbesondere hinsichtlich der durch die nach § 6a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesenen Leistungsgruppen hervorgerufenen Konzentrationswirkungen auf die Leistungserbringung durch die Krankenhäuser, auch über Ländergrenzen hinweg,

2. die Prüfung der Einhaltung der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen durch den Medizinischen Dienst nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1,

3. die Auswirkungen der Maßnahmen des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes auf die Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten,

4. die Veränderungen der Personalstrukturen in den Krankenhäusern und

5. die Auswirkungen auf die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser und die Ausgaben der Krankenkassen.

Die für den Bericht erforderlichen Daten sind ihnen von den Krankenkassen, den Unternehmen der privaten Krankenversicherungen, den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Krankenhäusern und den Medizinischen Diensten in anonymisierter Form zu übermitteln. **Der Deutsche Pflegerat ist in die Bewertung der Punkte 1, 2, 3, 4 und 5 miteinzubeziehen und zu beteiligen.**

Artikel 3 – Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Der DPR begrüßt die Regelung anzurechnender Anteile der Kosten der Ausbildungsvergütung sowie von Pflegefachpersonen in Anerkennung über das Jahr 2024 hinaus, entsprechend § 17b Absatz 4a Punkt 4 und 5.

Außerdem unterstützt der DPR die Regelung, dass die Vergütung der Pflegepersonalkosten im Rahmen des Pflegebudgets nach § 17b Absatz 4b KHG unberührt bleiben sollen. Jedoch muss die Integration des Pflegebudgets in die Finanzierungssäule des Vorhalbebudgets mit max. 60 % dahingehend in die Kritik gestellt werden, als dass dieses Vorgehen Fehlentwicklungen ökonomischer Steuerungen unterliegen kann. Bereits in der Vergangenheit haben ökonomische Anreize vielfach zu einem Abbau an Pflegepersonal geführt. Mit Einführung des Pflegebudgets wurde dieser Kreislauf zu Gunsten der Versorgungsqualität unterbrochen. Wir sehen es daher für angebracht, das Pflegebudget als eigenständige Vergütungssäule zu belassen. Zudem ist im Kontext dessen darauf hinzuweisen, dass die Vorhaltung an Pflegepersonal gemäß der PPR 2.0 auch zukünftig vollständig durch das Pflegebudget refinanziert werden muss. Demgegenüber ist außerdem anzumerken, dass nur durch eine zeitnahe Refinanzierung der Pflegepersonalkosten, wie auch in Bezug auf die Vergütung von Leistungen, die Liquidität der Kliniken gesichert werden kann. Diese darf nicht jahrelang strittig bleiben.

Zudem begrüßt der DPR die Regelung nach § 17c Absatz 1a KHG, die Einzelfallprüfungen durch Stichprobenprüfungen zu ersetzen, um die Krankenhäuser von Bürokratie zu entlasten.

Artikel 4 – Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes

Im Rahmen der Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes befürwortet der DPR die Regelung nach § 6c Absatz 2 KHEntgG mit der vollständigen Berücksichtigung der Pflegepersonalkosten in der unmittelbaren Patient:innenversorgung betreffend sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen, wie auch die Berücksichtigung von Tarifierhöhungen für alle Beschäftigungsgruppen für Hochschulkliniken. Dabei wird grundsätzlich darauf hingewiesen, dass die Frage der Finanzierung durchweg hinter die Frage der Versorgungssicherheit gestellt werden muss.

Berlin, 30. April 2024

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