

- Stellungnahme -

Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) bedankt sich für die Möglichkeit der Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung zu einem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG) vom 17. Juni 2024.

Der DBfK begrüßt, dass der Gesetzgeber die vielfältigen Herausforderungen in der Krankenhausversorgung erkannt hat. Das aktuelle Anreizsystem der Fallpauschalen ist nicht auf eine qualitative Versorgung ausgerichtet, sondern setzt den Anreiz einer Mengenausweitung und muss reformiert werden. Neben einer Überversorgung mit lukrativen Leistungen, bestehen auch Fehl- und Unterversorgungen. Gerade im Bereich der Primärversorgung werden vom DBfK Versorgungsdefizite gesehen, wodurch die Krankenhäuser in vielfältiger Weise vor Herausforderungen gestellt werden. Zum einen werden viele Fälle in Krankenhäusern versorgt, die auch in anderen Versorgungsformen gut oder sogar besser versorgt werden könnten. Zum anderen stehen Krankenhäuser vor der Herausforderung Patient:innen nicht zeitnah in andere Versorgungsformen entlassen zu können, wodurch Kapazitäten in den Krankenhäusern gebunden werden. Deshalb ist der DBfK davon überzeugt, dass eine Krankenhausreform mehr als überfällig ist und weit über eine Strukturreform der Krankenhäuser hin gestaltet werden muss. Die Krankenhausreform ist untrennbar mit weiteren aktuellen Gesetzesinitiativen verbunden, insbesondere dem Pflegekompetenzgesetz, einem Gesetz zur Heilkundeausübung durch Advanced Practice Nurses und dem Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz.

Gute Gesundheitsversorgung muss vom Menschen und seinen Bedarfen her gedacht werden. Dazu müssen bestehende Grenzen zwischen Sektoren und Professionen überwunden werden, damit die Bevölkerung eine koordinierte und kontinuierliche Gesundheitsversorgung von hoher Qualität erhält. Das bedeutet auch, zementierte Strukturen aufzubrechen. Konkret heißt das für den DBfK, dass die Strukturen von der Primärversorgung bis hin zur Maximalversorgung und auch in der Langzeitpflege aufeinander abgestimmt und sektorenübergreifend aufgebaut sein müssen. In Deutschland wird unter Primärversorgung noch hauptsächlich die hausärztliche Versorgung verstanden. Diese Sichtweise entspricht nicht dem Verständnis der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und greift entschieden zu kurz. Erstens setzt sie zu spät an, da sie die Menschen in aller Regel erst erreicht, wenn sie erkrankt sind oder sich Komplikationen mit neuer Symptomlast ankündigen und sie sich deshalb an die:den Hausärzt:in wenden. Eine Primärversorgungsstruktur, die Gesundheitsförderung und Prävention zur Grundlage hat, erreicht die Menschen früher und kann daher Krankheitslast und Pflegebedürftigkeit reduzieren. Zweitens blendet sie die umfangreichen pflegerischen Bedarfe als Teil der Grundversorgung aus. Hausärztliche Betreuung muss Hand in Hand mit ambulanter und stationärer Langzeitpflege organisiert sein und muss gut verzahnt sein mit spezialisierten Angeboten wie der Palliativversorgung.

Mit einer Ausweitung ambulanter Interventionen und dem Umbau der Krankenhauslandschaft rücken Überleitung und wohnortnahe Weiterbehandlung noch mehr als zuvor in den Fokus. Eine ganzheitliche Gesundheitsversorgung aus einer Hand, die Kontinuität sichert und unterschiedliche Gesundheitsleistungen koordiniert ist für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem unumgänglich.

Der Gesetzesentwurf basiert auf Empfehlungen der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, die aus Sicht des DBfK vom Ansatz her Weitsichtigkeit erkennen lassen und die Chance bieten, durch Umstrukturierungen eine passgenauere und

dadurch bessere Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Die Vorschläge tragen außerdem dazu bei, den Pflegeberuf durch neue Verantwortungsbereiche und einen Professionalisierungsschub attraktiver zu machen. Die Gutachten der Regierungskommission enthalten u. a. die Möglichkeit, einen weiteren Schritt in Richtung des dringend notwendigen Anschlusses an internationale Standards zu gehen. Der vorliegende Gesetzesentwurf lässt diese Ansätze nur unzureichend erkennen. Es muss an einigen Stellen noch deutlich nachgebessert werden, um eine gelungene Reform aus Sicht der Pflegeberufe sowie zur Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität für die Patient:innen zu erreichen.

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

Stellungnahme zu den einzelnen Regelungen:

Artikel 1

Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Änderungsvorschlag: § 107 Krankenhäuser, Vorsorge- oder Rehabilitations-einrichtungen

Um die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen dort, wo es sinnvoll und notwendig ist, auch unter pflegefachliche Leitung durch Advanced Practice Nurses betreiben zu können, ist § 107 Absatz 1, Satz 1, Nr. 2 zu ergänzen:

- ***Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen nach § 115g und § 6b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes können auch unter einer alleinigen pflegerischen Leitung stehen, sofern nur Leistungen nach § 115g, Absatz 1, Satz 1, Nr. 3, 4 und 5 (und ergänzend neue Nummern 6 „Medizinisch-pflegerische Versorgung nach §115h“ und 7 „Rekonvaleszenzbehandlung nach § 115h“) erbracht werden. Es können auch Leistungen nach § 39, § 41 und § 42 des Elften Buches erbracht werden.***

Begründung:

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen haben aus Sicht des DBfK das Potenzial, der bestehenden Fehlversorgung etwas entgegenzusetzen. Zum einen bieten sie einen Lösungsansatz, stationäre Überversorgung abzubauen und bedarfsgerechter auf die Versorgungsanforderungen zu reagieren. Außerdem können sie eine Versorgungslücke schließen, die im sektorenübergreifenden Bereich besteht und sollten je nach regionalem Bedarf auch als Primärversorgungszentrum aufgestellt sein können. Gerade wenn sektorenübergreifende Versorger als Primärversorgungszentren mit der Möglichkeit zu kurzzeitiger stationärer Behandlung konzipiert werden, sind sie dafür prädestiniert, die Vor- und Nachsorge von ambulanten oder stationären Behandlungen zu übernehmen und gleichzeitig für die wohnortnahe Basisversorgung der großen chronischen Volkskrankheiten zu sorgen. Diesen Versorgungsauftrag können interprofessionelle Teams an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung übernehmen.

Die sektorenübergreifenden Versorger können außerdem mit Rekonvaleszenzbetten eine wohnortnahe Anschlussversorgung gewährleisten, wenn Patient:innen aufgrund komplexer Behandlungen zunächst in weiter entfernten und spezialisierten Krankenhäusern behandelt wurden und vor der Entlassung nach Hause noch eine stationäre Versorgung benötigen. Die meisten Patient:innen in diesem Versorgungssetting werden vor allem Pflege benötigen, ansonsten käme in der Regel eine rein ambulante medizinische Versorgung in Betracht. Dies ist vor allem für ältere, multimorbide Patient:innen sinnvoll.

Die Innovationskraft von sektorenübergreifenden Versorgern hängt also stark davon ab, wie sehr sie die bestehende Lücke in der Versorgung schließen können. Es ist indiziert, pflegeleitete Krankenhäuser nach internationalem Vorbild zu schaffen. Aus mehreren internationalen Studien ist inzwischen bekannt, dass die Behandlungsergebnisse in pflegegeleiteten Krankenhäusern gleichwertig oder sogar besser sind.¹ Gleichzeitig ist die Kosteneffizienz und Zufriedenheit der Patient:innen besser. Insofern ist es konsequent auch in Deutschland pflegegeleitete Krankenhäuser zu ermöglichen mit einer pflegfachlichen Leitung auf dem Qualifikationsniveau Master im Sinne von Advanced Practice Nursing (APN). In Krankenhäusern, die gleichzeitig als Primärversorgungszentrum fungieren, sollten zudem Community Health Nurses (CHN) beschäftigt sein. Die neuen Berufsbilder der pflegerischen Versorgung verfügen über die Kompetenz, diese Krankenhäuser fachlich zu leiten. Die APN auf Masterniveau haben unterschiedliche Schwerpunkte (z. B. für Intensiv- und Notfallpflege, Pädiatrie, Geriatrie), ähnlich einer Facharztausbildung. Dabei bezieht sich die Kompetenz nicht auf eine Weisungsbefugnis den Ärzt:innen gegenüber, sondern auf die fachlich erweiterte Verantwortung der Umsetzung der Behandlungspläne und auf die Eigenständigkeit in der Ausübung von Heilkunde. Die Handlungskompetenzen setzen entsprechende Lerninhalte voraus, die für die akademischen Studiengänge zu definieren und curricular zu verankern sind. Die geschäftliche Leitung kann von Pflegemanager:innen übernommen werden.

Fach- und Allgemeinärzt:innen sowie Logo-, Physio- und Ergotherapeut:innen und gegebenenfalls weitere Berufsgruppen sind selbstverständlich Teil der interprofessionellen Teams, müssen aber nicht kontinuierlich vor Ort sein, wenn die telemedizinische Infrastruktur mit kooperierenden Krankenhäusern sowie der reformierte Rettungsdienst bzw. ein ärztlicher Bereitschaftsdienst gegeben sind. Für akute Notfälle kann der Rettungsdienst eingezogen werden. Idealerweise ist der Rettungsdienst mit Krankentransportwagen, Rettungswagen und ggf. Hubschrauber direkt angebunden. Dann kann eine schnelle Zuweisung und Überleitung in das für den spezifischen Fall am besten geeignete Krankenhaus erfolgen.

§ 115g Behandlung in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung

Sektorenübergreifende Versorger sind eine innovative Versorgungsstruktur im vorliegenden Gesetzesentwurf. Zusammen mit der medizinisch-pflegerischen Versorgung nach § 115h können die Einrichtungen eine Versorgungslücke schließen. Der Leistungsumfang der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen muss um die Leistung einer wohnortnahen Rekonvaleszenz ergänzt werden. Außerdem sollte der Leistungsumfang des § 115g im Bereich des SGB XI noch um die Verhinderungspflege nach § 39 Elftes Sozialgesetzbuch ergänzt werden.

Änderungsvorschläge:

- **§115g Absatz 1, Satz 1 ist zu ergänzen um die Nr. 6 “ Medizinisch-pflegerische Versorgung nach §115h“**
- **§115g Absatz 1, Satz 1 ist zu ergänzen um die Nr. 7 “Rekonvaleszenzbehandlung nach §115h”**
- **§115g Absatz 2, Satz 1 ist zu ergänzen um Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson nach § 39 des Elften Buches.**
- **§115g Absatz 3, Satz 1, Nr. 1 ist zu streichen**

Begründung:

Gerade um die größeren Krankenhäuser und Maximalversorger zu entlasten, ist es aus der Systemperspektive und aus Perspektive der Patient:innen sinnvoll, eine wohnortnahe Behandlung nach schwerwiegenden oder längeren Krankenhausaufenthalten anzubieten (sogenannte Rekonvaleszenzbehandlung). Diese setzt dort an, wo eine Krankenhausbehandlung noch notwendig ist, aber eine ambulante Versorgung noch nicht indiziert ist. Diese Leistungen können auch unter pflegerischer Leitung erbracht werden, entsprechend §115g, Absatz 2, Satz 1, Nr. 3, 5 und 6. Die

¹ Wong, F., Chung L. (2006): Establishing a definition for a nurse-led clinic: structure, process. & New, J., Mason, J., Freemantle, N., Teasdale, S. Wong, L.; Bruce, N.; Burns, J.; Gibson, J. (2003): Outcome und Specialist Nurse-Led Intervention to Treat and Control Hypertension and Hyperlipidemia in Diabetes (SPLINT): A randomized controlled trial.

ärztliche Betreuung ist konsiliarisch sicherzustellen, z.B. über die niedergelassenen Ärzt:innen oder Telemedizinisch mit den vorab behandelnden Ärzt:innen bzw. einem kooperierenden Krankenhaus einer anderen Versorgungsstufe.

Verhinderungspflege nach § 39 Elftes Buch ist zu ergänzen, da die Zielsetzung ähnlich der Kurzzeitpflege nach § 42 und der Tagespflege und Nachtpflege nach § 41 des Elften Buches ist. Dadurch könnten sinnvolle Versorgungsstrukturen aus dem Elften Sozialgesetzbuch in den sektorenübergreifenden Versorgern erbracht werden. Der DBfK befürwortet, dass die Leistungen nach dem Elften Buch in selbstständigen, organisatorisch und wirtschaftlich vom Krankenhaus getrennten Pflegeabteilungen erbracht werden, die als stationäre Pflegeeinrichtung im Sinne des § 72 des Elften Buches zugelassen sind. Eine Mischung von Leistungen nach §115g Absatz 1 und Absatz 2 wird nicht für umsetzbar gehalten, da sich die Organisationsstrukturen, Personalbesetzungen und Aufgaben stark voneinander unterscheiden.

Damit die sektorenübergreifenden Versorger auch mit einem alleinigen Leistungsspektrum unter pflegerischer Leitung betrieben werden können, muss der § 115g, Absatz 3, Satz 1, Nr. 1 gestrichen werden. Pflegegeleitete Krankenhäuser finden vielfältige internationale Vorbilder und müssen nach regionalem Bedarf auch möglich sein. Selbstverständlich sollen sektorenübergreifende Versorger auch die Möglichkeit haben Leistungen der Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Geriatrie zu erbringen. Das kann weiterhin in § 115g, Absatz 3, Satz 1, Nr. 2 geregelt werden.

§115h Medizinisch-pflegerische Versorgung durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung

Der §115h ist im Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens weggefallen und muss – entsprechend dem Wortlaut des Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zu einem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG) vom 13. März 2024 – wieder eingefügt werden.

Änderungsvorschläge:

- **§115h entsprechend dem Wortlaut** des Referentenentwurfs des Bundesministeriums für Gesundheit zu einem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG) **vom 13. März 2024 wieder einfügen.**
- **Die Leistungen der medizinisch-pflegerischen Versorgung sind explizit durch eine Rekonvaleszenzbehandlung zu ergänzen.**
- **§115h Absatz 3 ist zu ergänzen:** Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung vereinbaren im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung **und unter Einbezug der Berufsorganisationen der Pflegeberufe** bis zum [einsetzen: Datum ein Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes] Einzelheiten der Erbringung der medizinisch-pflegerischen Versorgung (...)

Begründung:

Die medizinisch-pflegerische Versorgung in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen ist eine innovative Neuerung und kann unter pflegerischer Leitung erbracht werden. Besonderes Augenmerk in dieser Leistung muss auf die Rekonvaleszenzbehandlung gelegt werden. Gerade durch die im §115h skizzierten Leistungen können die Kompetenzen der Pflegefachpersonen zur guten Versorgung der Bevölkerung beitragen. Die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen werden damit gestärkt und eine Lücke in der Versorgungslandschaft kann damit gefüllt werden.

Die Begründung zur Schaffung von Rekonvaleszenzbetten entspricht den Ausführungen der Änderungsvorschläge in § 107 und § 115 g.

Die Vereinbarungen zur medizinisch-pflegerischen Versorgung können nicht ohne pflegefachliche Expertise erfolgen. Deshalb ist es notwendig die Berufsorganisationen der Pflege einzubeziehen.

§135e Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung

Der DBfK befürwortet sehr die Leistungsgruppen an Mindestqualitätskriterien zu koppeln. Gerade die personelle Ausstattung der Pflegeberufe (sowohl in der quantitativen Ausstattung, als auch der Einsatz von Pflegefachpersonen mit hochschulischen Abschluss) ist enorm wichtig für die pflegerische Qualität, wie viele internationale Studien zeigen und aktuell in NRW für die spezifisch deutschen Verhältnisse mit der TAILR-Studie erforscht wird.²

Änderungsvorschlag:

- **§1135e Absatz 4 ist um eine Nummer 9 zu ergänzen: *als pflegerische Personalvorgaben sind ein Erfüllungsgrad der PPR 2.0 von 80% der Soll-Personalausstattung (entsprechend PPBV) sowie eine Quote von mindestens 2% akademisch ausgebildeten Pflegefachpersonen vorzuweisen.***

Begründung:

Positiv hervorzuheben ist die paritätische Besetzung eines Leistungsgruppen-Ausschusses mit Vertreter:innen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sowie Vertreter:innen der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Bundesärztekammer und der Berufsorganisationen der Pflegeberufe.

Aus pflegerischer Sicht müssen Qualitätskriterien in den Leistungsgruppen einen bedarfsgerechten Personalschlüssel und den notwendigen Qualifikationsmix für die pflegerischen Erfordernisse beinhalten. Strukturqualität kann nicht nur medizinisch-technisch definiert werden, sondern muss auch die pflegerische Komponente enthalten, denn der Zusammenhang zwischen Outcomes, Komplikationen und Mortalität der Patient:innen und der pflegerischen Personalausstattung ist in vielen Studien belegt worden.

Die Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) als sonstige Struktur- und Prozesskriterien, die in den Qualitätskriterien im Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen festgelegt sind, bilden lediglich das Minimum an pflegerischer Strukturqualität ab, um keine Gefährdung der Patient:innen zu erreichen. Eine qualitativ hochwertige Versorgung kann damit nicht gewährleistet werden. Außerdem ist die Struktur der PpUGV (also die Fachbereiche) mit der Struktur der Leistungsgruppen nicht kompatibel; die PPBV dagegen hat den Vorteil, dass sie fachbereichsunabhängig erfasst wird und daher in jeder Leistungsgruppe anwendbar ist. Deshalb muss bereits beim ersten Inkrafttreten eine Regelung für die pflegerische Personalausstattung erfolgen. Der Ansatz der PPR 2.0 mit den assoziierten Instrumenten und den angestoßenen Weiterentwicklungen, welcher aktuell in der PPBV gesetzlich geregelt wird, bilden dafür die sinnvollste Grundlage, gerade auch im Sinne einer Entbürokratisierung. Die PPBV sollte zukünftig als Strukturmerkmal der pflegerischen Personalausstattung in allen gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen Anwendung finden. Als Mindeststrukturmerkmal der pflegerischen Personalausstattung wird zu Beginn das Niveau von einem Erfüllungsgrad von 80 % der PPR 2.0 vorgeschlagen. Anpassungen bis zu einem Erfüllungsgrad von 100 % müssen sukzessive erfolgen.

Außerdem wird in Krankenhäusern aller Level zukünftig eine Quote von 30 % für akademisch qualifiziertes Pflegepersonal benötigt, um einerseits die komplexen Fälle mit hoher Pflegequalität zu versorgen und um dem speziell für Level III obligatorischen Forschungsauftrag entsprechen zu können. Als erster Startpunkt kann eine realistische Quote von 2 % im Gesetzestext geregelt werden.

Zukünftig müssen aber auch Prozess- und Ergebnisqualitätsindikatoren betrachtet werden. Dazu braucht es Forschungsförderungen für die Pflegewissenschaft, um entsprechende pflegewissenschaftliche Forschung durchzuführen und die Disziplinbildung in den Pflegewissenschaften zu fördern.

² Hintergrundinformationen zur TAILR-Studie unter <https://www.hs-gesundheit.de/forschung/aktuelle-projekte/tailrde>

Eine Erfüllung von besonderen Qualitätszielen könnte zukünftig mit einem monetären Vorteil „Pay for Performance“ verknüpft werden. Das würde den Anreiz für besondere Qualitätskriterien setzen, in der pflegerischen Qualität könnte das bereits zu Beginn festgelegt werden, z.B. mit einem PPR 2.0 Erfüllungsgrad von 90 % und einer Quote an akademisch ausgebildeten Pflegefachpersonen von 5 %.

Berlin, 23.09.2024

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

