

- Stellungnahme -

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit 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 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.

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 Primärversorgungstruktur, 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 Reform enthält u. a. die Möglichkeit, einen weiteren Schritt in Richtung des dringend notwendigen Anschlusses an internationale Standards zu gehen. Der vorliegende Gesetzesentwurf lässt diese Ansätze teilweise erkennen, allerdings muss an einigen Stellen noch deutlich nachgebessert werden, um eine gelungene Reform aus Sicht der Pflegeberufe und 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

Änderungsvorschläge: §§ 15 und 28 Ärztliche Behandlung, elektronische Gesundheitskarte und Ärztliche und zahnärztliche Behandlung

Der § 15 Absatz 1 sollte wie folgt ergänzt werden:

- Ärztliche oder zahnärztliche Behandlung wird von Ärzten oder Zahnärzten erbracht, soweit nicht in Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c etwas anderes bestimmt ist. Sind Hilfeleistungen anderer Personen erforderlich, dürfen sie nur erbracht werden, wenn sie vom Arzt (Zahnarzt) angeordnet und von ihm verantwortet werden; **dies gilt nicht für Vorbehaltsaufgaben gemäß § 4 Pflegeberufegesetz.**

Der § 28 Absatz 1 sollte wie folgt ergänzt werden:

- 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; **dies gilt nicht für Vorbehaltsaufgaben gemäß § 4 Pflegeberufegesetz.**

Begründung:

In den §§ 15 und 28 im SGB V wird der sogenannte Arztvorbehalt bestimmt. In § 15 Absatz 1 Satz 1 wird bereits auf die Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c verwiesen, also auf eine Übertragung der ärztlichen Tätigkeiten als selbstständige Ausübung von Heilkunde durch Pflegefachpersonen. In der derzeitigen Formulierung umfasst die ärztliche Behandlung auch die Einschaltung von sogenannten Hilfspersonen, die die ärztliche Tätigkeit unterstützen und dabei eine eigene Professionalität einbringen.

Da die pflegerischen Vorbehaltsaufgaben gemäß § 4 Pflegeberufegesetz als Teil der Pflegefachberufe missverständlich sozialrechtlich zu den von Ärzt*innen anzuordnenden und von ihnen zu verantwortenden Tätigkeiten gezählt werden können, ist auch hier eine Klarstellung bzw. eine Regelung erforderlich, damit der Vorrang des Berufsrechts gegenüber dem Leistungsrecht eindeutig bestimmt und besser erkennbar wird.

Inhaltlich wird damit das bestehende Recht nicht erweitert oder verändert, sondern die berufsrechtliche Vorgabe auch im Leistungsrecht abgebildet. Politisch wird sowohl seitens des Bundesgesundheitsministers, z. B. beim Deutschen Pflegeetag, und der Pflegebevollmächtigten darauf hingewiesen, dass die „veralteten Strukturen, die durch den Arztvorbehalt geprägt sind“, verändert werden müssen im Sinne einer größeren Eigenständigkeit der Pflegefachberufe und gebotener Interprofessionalität. Daher ist auch aus dieser Perspektive die Ergänzung als Konkretisierung der bisherigen Bestimmung folgerichtig.

Da die §§ 15 und 28 im SGB V die Grundnorm für die Zusammenarbeit von Ärzt:innen mit Angehörigen anderer Heilberufe, insbesondere den Pflegefachpersonen darstellt, muss bereits hier die vorgeschlagene Ergänzung eingefügt werden, damit im Rahmen der Krankenhausreform und der dort vorhandenen und weiterzuentwickelnden Arbeitsteilung zwischen ärztlichem und pflegefachlichem Dienst die rechtliche Grundlage vorhanden ist.

Änderungsvorschlag: § 30 SGB V (neu) *Pflegefachliche Behandlung*

§ 30 SGB V sollte (wieder) neu eingefügt werden und die pflegefachliche Behandlung normieren:

- **§ 30 (neu) *Pflegefachliche Behandlung***
Pflegefachliche Behandlung umfasst die präventive, gesundheitsförderliche, kurative, rehabilitative, palliative und sozialpflegerische pflegefachliche Diagnostik, Ableitung und Umsetzung von Maßnahmen und Therapien sowie deren Evaluation. Ferner gehört zu pflegefachlichen Leistungen der Pflegefachpersonen gem. § 1 des Pflegeberufgesetzes auch die Anleitung und Begleitung von Personen, die Assistenz leisten oder Hilfestellung geben sowie Einbindung aller Beteiligten in den Pflegeprozess.

Begründung:

Analog zur Definition der ärztlichen, zahnärztlichen und psychotherapeutischen Behandlung (§ 28 SGB V) sowie der kieferorthopädischen Behandlung (§ 29 SGB V) sollten neu die pflegefachliche Versorgung durch Angehörige der Pflegefachberufe gemäß § 1 Pflegeberufgesetz im SGB V verankert werden. Grundlage hierfür bildet das Pflegeberufgesetz mit den dort definierten Vorbehaltsaufgaben. Die konkrete Ausgestaltung ist im Heilberufrecht über die Länder umzusetzen.

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 2, Satz 1, Nr. 3, 5 und 6 (und ergänzend neue Nummer Rekonvaleszenzbehandlung nach § 115h) erbracht werden. Es können auch Leistungen nach § 39, § 41 und § 42 des Elften Buches erbracht werden.***

Begründung:

Sektorenübergreifende Versorger 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 sektorübergreifenden 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 entfernte 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 fachlicher Pflege. 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. Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen müssen auch unter fachlicher Leitung von Advanced Practice Nurses stehen können.

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.

Änderungsvorschläge:

- **§115g Absatz 2, Satz 1 ist zu ergänzen um die Nr. 7 “Rekonvaleszenzbehandlung nach §115h”**
- **§115g Absatz 3, Satz 1, Nr. 1 ist zu streichen**
- **§115g Absatz 2, Satz 1 ist zu ergänzen um § 39 des Elften Buches.**

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

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, Geriatrie und allgemeine Chirurgie zu erbringen. Das kann weiterhin in § 115, Absatz 3, Satz 1, Nr. 2 geregelt werden.

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 ausdrücklich, 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.

§115h Medizinisch-pflegerische Versorgung durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung

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.

Änderungsvorschläge:

- **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 des Deutschen Pflegerates** bis zum [einsetzen: Datum ein Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes] Einzelheiten der Erbringung der medizinisch-pflegerischen Versorgung (...)

Begründung:

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

Die Vereinbarungen zur medizinisch-pflegerischen Versorgung sollten nicht ohne pflegfachliche Expertise erfolgen. Deshalb ist es sinnvoll die Berufsorganisationen der Pflege einzubeziehen.

Aufgrund der nicht flächendeckenden Verfügbarkeit von Landespflegekammern und dadurch einer fehlenden Vertretung auf Bundesebene, ist der Deutsche Pflegerat das Gremium, welches die berufsständische Vertretung auf Bundesebene übernehmen kann. Dies hat der Gesetzgeber auch erkannt und das Bundesgesundheitsministerium über das Förderprojekt "Stärkung des Deutschen Pflegerates zur Stärkung der Berufsgruppe der Pflegekräfte – StäBeP" umgesetzt.

§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 3 Satz 5 ist zu ändern:** 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.
- **§1135e Absatz 4 Satz 1 ist um eine Nummer 4 zu ergänzen: als pflegerische Personalvorgaben ein Erfüllungsgrad der PPR 2.0 von 80% der Soll-Personalausstattung (entsprechend PPBV) sowie eine Quote von mindestens 2% akademisch ausgebildeten Pflegefachpersonen.**

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. Wobei der Deutsche Pflegerat als einzige Berufsorganisation der Pflege auf Bundesebene in Frage kommt.

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 sollen die sonstigen Struktur- und Prozesskriterien vorerst keine Anwendung finden, dadurch ist pflegerische Qualität in den Leistungsgruppen überhaupt nicht abgebildet. Des Weiteren 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.

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

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.

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 %.

Artikel 4

Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes

§ 6c Vergütung von Krankenhäusern, die als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen bestimmt sind

Die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen sind eine neue Struktur und brauchen, neben Mitteln zur Umgestaltung aus dem Transformationsfond, auch eine kostendeckende Vergütung im laufenden Betrieb. Aus Sicht des DBfK müssen in sektorenübergreifenden Versorgern auch Leistungen aus der Primärversorgung in multiprofessionellen Teams erbracht werden. Dazu ist eine kostendeckende Vergütungssystematik im Bereich der Primärversorgung zu schaffen.

Zielführend beurteilt der DBfK die vollständige Berücksichtigung der Pflegepersonalkosten auf bettenführenden Stationen in sektorenübergreifenden Versorgern nach § 17b Absatz 4 des Krankenhausentgeltgesetzes (Pflegebudget).

Berlin, 30.04.2024

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

