

**Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e.V. (DPR) zum
Gesetzentwurf der Bundesregierung
Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der
Gesundheitsversorgung
(Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)
Stand 19.02.2021**

Der Deutsche Pflegerat (DPR) vertritt als Dachverband der bedeutendsten Berufsverbände des deutschen Pflege- und Hebammenwesens die Positionen der Pflegeorganisationen und ist primärer Ansprechpartner für die Politik. Im Nachfolgenden nimmt der DPR Stellung zum Gesetzentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)“.

Der Gesetzentwurf enthält eine Vielzahl unterschiedlicher Regelungsbereiche.

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nummer 12 § 39a

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

Nummer 13 § 39d (neu)

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

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

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

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

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

Nummer 45 § 137d

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

Das QS-Rehaverfahren ist bisher als gemeinsame Aufgabe zwischen dem GKV-Spitzenverband und den maßgeblichen Verbänden der Leistungserbringer ausgestaltet. Mit dem paritätisch besetzten sog. Gemeinsamen Ausschuss und entsprechenden Arbeitsgruppen gibt es eine etablierte Arbeitsstruktur, die die Vorgaben des Gesetzgebers seit über 10 Jahren gemeinschaftlich umsetzt und begleitet.

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

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

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

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

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

Zum Zwecke der Erhöhung von Transparenz und Qualität der Versorgung **sollen** der Spitzenverband Bund der Krankenkassen **und die für die Wahrnehmung der Interessen von Einrichtungen der ambulanten und stationären Rehabilitation maßgeblichen**

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

Nummer 48 § 137i Absatz 1 Satz 6

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

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

Neonatologische Intensivstationen die auch pädiatrische Intensivmedizin betreiben und damit auch andere intensivpflichtige Kinder und Jugendliche betreuen, sollten nicht gezwungen sein eine Doppeldokumentation im o.g. Sinne zu führen.

Denn auch für „die weiteren Patient:innen der neonatologischen Intensivstation“ macht die QFR-RL Vorgaben in Anlage 2, Ziffer 1.2.2, Abs. 10: „Für alle weiteren Patientinnen und Patienten auf der neonatologischen Intensivstation muss das Perinatalzentrum qualifiziertes Personal (Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger – unabhängig von Fachweiterbildung bzw. spezieller Erfahrung) in ausreichender Zahl entsprechend dem tatsächlichen Pflegebedarf einsetzen.“

Es sollte eine Klarstellung erfolgen, die eine Doppeldokumentation für gemischte pädiatrische Intensivstationen ausschließt. Dies ist bisher nicht erfolgt und führt dazu, dass in der Praxis aktuell genau das geschieht, was vermieden werden sollte.

Der DPR bittet darum, nochmals zu konkretisieren, dass auch bei Mischstationen gilt, dass nur dann der §137i zum Tragen kommt, wenn keine anderen Vorgaben vom G-BA eingehalten werden müssen.

Nummer 49 § 137j

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

Aus Sicht des DPR ungeeignet ist der vom InEK zu erstellende Katalog zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands (sog. Pflegelast-Katalog).

In die Kalkulation der „Pflegerlast“ fließen unterschiedliche Organisationsstrukturen der Krankenhäuser, unterschiedliche Qualifikationsniveaus des Pflegepersonals, unterschiedliche Personalausstattungen sowie unterschiedliche Tarifstrukturen ein. Es hängt vom Leistungsspektrum einer Klinik ab, wie hoch oder niedrig die Pflegelast ist. Damit ist aber nicht

die tatsächliche Belastung der Pflege dargestellt, da in derselben DRG nur kostenhomogene Fälle gesammelt werden. Eine Aussage über deren Pflegebedarf ergibt sich hier nicht.

Die im Pflegelast-Katalog des InEK ausgewiesenen Bewertungsrelationen können daher weder den Pflegebedarf noch den tatsächlichen Pflegeaufwand der Patient:innen abbilden.

a) bb)

Eine qualitativ hochwertige Versorgung von Patient:innen kann gerade auch dadurch gelingen, dass Pflegepersonal sich auf seine Kernaufgaben konzentriert und von Aufgaben entlastet wird, die ohne Qualitätsverlust bei der Patient:innenversorgung auch von anderen Berufsgruppen erbracht werden können. Ohne Berücksichtigung bleiben hier auch innovative Konzepte zur Pflegeentlastung, wie z.B. technische Hilfen, Vereinfachung der Pflegedokumentation durch Digitalisierung oder bauliche Maßnahmen, die der Effizienz von Personaleinsatz dienen.

Die Darstellungsform der unterschiedlichen Berufsgruppen, kann also zu falschen Rückschlüssen führen, da die Einsatzbereiche des Personals von Krankenhaus zu Krankenhaus stark variieren können.

Die geplante Veröffentlichung auf der InEK Seite in einem Ranking der Krankenhäuser kann unter Umständen zu Wettbewerbsnachteilen für Krankenhäuser führen. Zum einen was Patient:innen betrifft, die sich ggf. gegen ein Haus entscheiden wegen eines vermeintlich „schlechten“ Quotienten, zum anderen aber auch, weil das auf dem Stellenmarkt freie Pflegepersonal möglicherweise eine Entscheidung aufgrund eines Personalquotienten trifft, obwohl dieser keine wirkliche Aussage über die Arbeitsbedingungen machen kann. Ein Krankenhaus hat damit zusätzlich Nachteile bei der Personalgewinnung, obwohl ja gerade diese Häuser aufgerufen sind, sich verstärkt dafür einzusetzen, ihre Personalausstattung zu verbessern.

c)

Den Krankenhäusern soll Ihr Pflegepersonalquotient bekannt sein, bevor eine Sanktionierung erfolgt. Durch Maßnahmen sollen etwaige Unterschreitungen verhindert werden. Dies ist anhand retrospektiver Daten aus dem Vorjahr, die bis 31.03. eines jeden laufenden Jahres dem InEK geliefert werden müssen, schlicht nicht möglich. Steuern kann man nur mit prospektiven Daten und mit dem Wissen wo genau die Untergrenze liegt. Diese Untergrenze soll und muss jedes Jahr erneut in einer Rechtsverordnung festgelegt und angepasst werden und kann daher den Krankenhäusern vorab nicht bekannt sein.

Für Krankenhäuser gibt es seit Einführung des Pflegebudgets keine Anreize, die niedrige Personalausstattung aufrecht zu erhalten. Bei Mangel an verfügbarem Personal auf dem Arbeitsmarkt würde sich der Pflegepersonalquotient dann hauptsächlich als Mittel zur Mengensteuerung auswirken, da die Reduktion der Pflegelast über Leistungsrückgang oder Umschichtung in sachkostenlastige Leistungen die einzige Stellgröße beim Pflegepersonalquotienten darstellt, auf die ein Krankenhaus Einfluss hat.

Aufgrund des pandemiebedingten Ausnahmecharakters des Jahres 2020 wird die Sanktion für das Jahr 2020 ausgesetzt. Diese Regelung ist zu begrüßen, sollte aber dringend auf das Jahr 2021 ausgeweitet werden, da die Pandemie weiter aktiv ist.

Für die Abbildung des tatsächlichen Pflegeaufwands und zur Bestimmung der hierfür notwendigen Pflegepersonalausstattung wird ein wissenschaftlich fundiertes Pflegepersonalbemessungsinstrument benötigt, das den Personalbedarf vom tatsächlichen Pflegebedarf der Patient:innen ableitbar macht. Ein Konzept für die Entwicklung eines solchen Personalbemessungsinstruments (PBBI) wurde bereits auf dem Pflgetag 2019 präsentiert und sollte, unterstützt durch einen Auftrag aus der Politik, weiterverfolgt werden um mittelfristig

ein modernes, an wissenschaftlichen Kriterien orientiertes Instrument zur Personalbedarfsmessung für alle Krankenhäuser zur Verfügung stellen zu können.

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

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

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

Der DPR schlägt daher eine Überarbeitung des § 137j und den Einsatz eines pflegewissenschaftlichen Instrumentes zur Erhebung des tatsächlichen Pflegebedarfes vor. Der Einsatz des Pflegelastkataloges sollte durch ein Pflegepersonalbemessungsinstrument ersetzt werden. Alternativ ist der § 137j ersatzlos zu streichen. Mindestens aber sollten die Sanktionen des Pflegepersonalquotienten bei laufender Pandemie auch für das Jahr 2021 ausgesetzt werden.

Nummer 64 § 275b a)

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

Nummer 72 (neu) § 275d SGB V

Die aktuelle pandemische Situation zeigt, dass die Behandlung von Patient:innen, die an COVID-19 erkrankt sind, und deren Vorbereitung die betroffenen Krankenhäuser auch in den kommenden Wochen und Monaten überdurchschnittlich belasten wird. Insbesondere sind auch solche Bereiche überdurchschnittlich belastet, die von erforderlichen Umstrukturierungen in den Krankenhäusern betroffen sind. Daher wird es organisatorisch nicht in jedem Behandlungsfall zu gewährleisten sein, dass die im Operationen- und Prozedurenschlüssel festgelegten Strukturmerkmale eingehalten werden können. Damit den Krankenhäusern hierdurch keine finanziellen Nachteile für das Budgetjahr 2022 entstehen, ist es dringend erforderlich, dass die Einführung von Strukturprüfungen gemäß § 275d SGB V aufgrund der gegenwärtig andauernden dritten Welle der Pandemie erneut um ein Jahr verschoben wird. Die Regelungen des Paragraphen 25 KHG „Ausnahmen von Prüfungen bei Krankenhausbehandlungen“ reichen aus Sicht des DPR in Verbindung mit dem Prüfkonzept des Medizinischen Dienstes nicht aus.

Bereits in den derzeit verfügbaren Auslegungshinweisen der Fachgesellschaften, Verbände und Expertenkreise lässt sich seit längerer Zeit ein Dissens hinsichtlich der Auslegung der in den Komplexkodes verankerten Strukturmerkmale feststellen. Da negative oder fehlende Bescheinigungen des Medizinischen Dienstes ab dem Budgetjahr 2022 das Leistungsspektrum des Krankenhauses reduzieren, können diese Auslegungsstreitigkeiten im Hinblick auf unbestimmte Rechtsbegriffe und definitorische Unklarheiten neben der pandemischen Belastung erhebliche Auswirkungen auf die Praxis haben. Insbesondere in diesen Tagen sollte der Fokus stets auf der Behandlung der Patient:innen sowie dem Infektionsschutz liegen und nicht von vermeidbaren bürokratischen Regelungen überlagert werden. Der DPR spricht sich daher eindringlich dafür aus, die Einführung von Strukturprüfungen um ein Jahr zu verschieben und regt die nachfolgende Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch an:

§ 275d wird wie folgt geändert:

1. In Absatz 3 Satz 2 wird die Angabe „2022“ durch die Angabe „2023“ und die Angabe „31. Dezember 2021“ durch die Angabe „31. Dezember 2022“ ersetzt.

2. Absatz 4 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird die Angabe „2022“ durch die Angabe „2023“ ersetzt.

b) In Satz 2 wird die Angabe „31. Dezember 2021“ durch die Angabe „31. Dezember 2022“ ersetzt.

Artikel 15 Gesetz über die Statistiken zu Gesundheitsausgaben und ihrer Finanzierung, zu Krankheitskosten sowie zum Personal im Gesundheitswesen (Gesundheitsausgaben- und -personalstatistikgesetz – GAPStatG)

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

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

Benötigt wird vor allem eine einheitliche Grundsystematik mit einheitlichen Erfassungsmerkmalen, die bei allen Arten von Statistiken angewendet wird. Die Erfassung von Merkmalen in § 4 Absatz 1 wie Personal als Beschäftigungsverhältnisse nach Einrichtungen, ausgeübtem Beruf, Geschlecht, Alter und Beschäftigungsart sowie das Personal als Vollzeitäquivalente nach Einrichtungen, ausgeübtem Beruf, Geschlecht und Alter sind sinnvolle Erweiterungen gegenüber dem Referentenentwurf. Aussagekräftiger als der „ausgeübte Beruf“ wäre allerdings der „erlernte Beruf“ (Pflegefachfrau/Pflegefachmann, Gesundheits- und Krankenpfleger:in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger:in, Altenpfleger:in). Die der Personaluntergrenzen im Krankenhaus wie auch bei der Pflegepersonalausstattung in der Langzeitpflege gemäß dem Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß §113c SGB XI (PeBeM) beziehen sich auf die Qualifikation/den erlernten und nicht auf den ausgeübten Beruf. Dasselbe trifft auf den § 5 Absatz 1 zu.

Weitere sinnvolle Ergänzungen wären die folgenden:

Pflegestatistik

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

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

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

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

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

In der Begründung des vorliegenden Gesetzentwurfs findet sich auch der Hinweis, dass das Gesundheitspersonal der Klassifikation der Berufe (KdIB 2010) entsprechend erfasst wird. Allerdings ersetzt die Systematik der Berufsbezeichnungen (KdIB 2010) die tatsächlichen Berufsbezeichnungen durch vier allgemeine und unspezifische „Anforderungsniveaus“. Dies

führt zu einer erheblichen Verschlechterung der Abbildungsgenauigkeit bei der Darstellung der Pflegeberufe. Eine sachgerechte Abbildung der Pflegeberufe ist nur durch die Verwendung der tatsächlichen Berufsbezeichnungen zu erreichen. Darum sollte die Gesundheitspersonalrechnung wieder auf die tatsächlichen Berufsbezeichnungen umgestellt und keine weiteren Umstellungen von Gesundheitsstatistiken auf die KIdB 2010 erfolgen.

Antrag der und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen, Drucksache 19/27829 zur Verlängerung der Modellklausel für Therapieberufe

„Perspektive für Therapieberufe schaffen – Verbindlichen Fahrplan für die reguläre akademische Ausbildung aufstellen“

Der DPR unterstützt das im Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen formulierte Ziel, die regulären Studiengänge zu einem verbindlichen Zeitpunkt in der nächsten Wahlperiode zu starten und die therapeutischen Berufs- und Hochschulverbände an der Planung maßgeblich zu beteiligen.

Die Evaluation zur Modellklausel für die Therapieberufe hat bereits 2016 gezeigt, dass die hochschulische Ausbildung aus Versorgungsperspektive notwendig und aus organisatorischer Perspektive machbar ist. Die Ergebnisse bestätigten im Wesentlichen auch den nationalen und internationalen Forschungsstand.

Deshalb war bereits die erste Verlängerung der Modellklausel bis Ende 2021 eine Fehlentscheidung. Die anhaltende Weigerung, die hochschulische Ausbildung als Regelfall zu implementieren und damit die Qualifikation von Therapeut:innen konsequent an therapiewissenschaftlichen Standards auszurichten bedeutet, den Menschen in Deutschland eine evidenzbasierte Versorgung nach therapiewissenschaftlichen Standards weiterhin systematisch vorzuenthalten. Daher darf die Modellklausel nicht verlängert, sondern die Studiengänge müssen unverzüglich in den Regelbetrieb überführt und die dafür notwendigen Ressourcen bereitgestellt werden.

Wie die primärqualifizierenden pflegerischen Studiengänge zeigen, reicht die Regelung einer hochschulischen Ausbildung allerdings nicht aus, um die Akademisierung eines Berufs voranzubringen. So zeichnete sich im Laufe des Jahres 2020 in diesem Bereich ein deutlicher Rückgang der angebotenen bzw. besetzten Pflegestudienplätze ab. An vielen Hochschulen mit primärqualifizierenden Pflegestudiengängen waren weniger als 50% der vorhandenen Studienplätze belegt. Die Hintergründe für diese besorgniserregende Entwicklung liegen nach Einschätzung der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP) und des Deutschen Pflegerats (DPR) in der fehlenden Vergütung der Praxiseinsätze der Studierenden, der verhaltenen Kooperationsbereitschaft bei Praxispartnern aufgrund fehlender Refinanzierung der Praxisanleitung und der unzureichenden Ausstattung der Hochschulen. Ohne Nachbesserungen in diesen Bereichen wird die Weiterentwicklung der Akademisierung in der Pflege nicht gelingen.

Berlin, 08. April 2021

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