

- Stellungnahme -

## **Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zu einem Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)**

Bearbeitungsstand vom 30.04.2024

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) bedankt sich für die Möglichkeit der Stellungnahme zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zu einem Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG) vom 08. April 2024.

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland steht bekanntermaßen vor großen Herausforderungen. Die Bevölkerungsproportionen haben sich im demografischen Wandel verschoben; die Gruppe der älteren Menschen ist vergleichsweise angewachsen. Das Krankheits- und Morbiditätsspektrum ist geprägt von chronischen und Mehrfacherkrankungen, die mit zunehmendem Unterstützungs- und Pflegebedarf einhergehen. Bekannt ist ebenfalls, dass ein erheblicher Teil der Krankheitslast verhaltens- und verhältnisbedingt bzw. gesund zu altern beeinflussbar sind. Die Vermeidung von Krankheit, Morbidität und wachsendem Pflegebedarf erlangt damit hohe Priorität. Organisation und Prozesse der Gesundheitsversorgung sollten gezielt darauf abgestellt werden im Sinne einer gestärkten Primärversorgung, die geprägt ist von wirksamer Gesundheitsförderung und Prävention („Public Health“), einem multiprofessionellen Versorgungsgeschehen mit einem gesicherten und fachlich grundierten Pflegewesen, in dem medizinische und pflegerische Belange gut ineinander greifen, und das sowohl in Bezug auf die „Patient Journey“ als auch auf die Vernetzung in die nachbarschaftlichen Quartiere gut koordiniert ist. Deutschland hat in dieser Hinsicht erheblichen (Weiter-)Entwicklungsbedarf.

Der aktuelle Entwurf erscheint als eine inkonsistente Zusammenstellung einer größeren Anzahl von Einzelinitiativen und -anpassungen, die für sich genommen zwar eine Plausibilität aufweisen, aber von denen nur wenige auf die o.g. skizzierte Herausforderung einzahlen. Besonders positiv hervorzuheben ist die Stärkung der Mitgestaltungsmöglichkeiten der Profession Pflege. Denn es ist – trotz aller aktuellen Sorge um den Hausärztemangel – insbesondere der Bedarf an pflegerischen Leistungen und Expertise, der die zukünftige Versorgungsrealität prägen wird.

Damit die Chance auf eine Weichenstellung für zukunftsfähigere Strukturen nicht verstreicht, spricht sich der DBfK ausdrücklich dafür aus, frühere Ansätze zur Einführung von Primärversorgungszentren (vor allem für die Sicherung der Versorgung im ländlichen Raum) und zur Ermöglichung von Gesundheitsregionen wieder aufzugreifen. Gesundheitskioske können aus unserer Sicht eine sinnvolle ergänzende Rolle in urbanen Räumen mit besonderen Herausforderungen für die Gesundheit und Gesundheitsversorgung der Bevölkerung spielen (z. B. Quartiere mit Populationen mit geringerer Gesundheitskompetenz, prekären Wohnverhältnissen etc.). Die Umstellung auf zukunftsfähigere Strukturen in der wohnortnahen Versorgung ist aus unserer Sicht zudem ein erheblicher Erfolgsfaktor für die aktuell angestrebten Umstellungen im Bereich der Krankenhäuser.

## **Stellungnahme zu ausgewählten Elementen des Entwurfs**

### **Stärkung der Interessenvertretung der Pflegeberufe**

Der DBfK begrüßt ausdrücklich die Stärkung der Interessenvertretung der Pflegeberufe, indem den Berufsorganisationen der Pflegeberufe Antrags- und Mitberatungsrecht in den Bereichen eingeräumt wird, die die Ausübung des Pflegeberufs betreffen. Es wird damit eine wichtige Weichenstellung vorgenommen: zum einen wird die Bedeutung des Pflegeberufs für das Versorgungsgeschehen anerkannt und zum anderen wird dadurch mittelbar ein Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität herbeigeführt.

Im Entwurf werden die Bereiche des Antrags- und Mitberatungsrecht benannt, die den Berufsorganisationen der Pflege eingeräumt werden sollen. Sie gehen aber nach Auffassung des DBfK nicht weit genug. Die professionelle Pflege spielt auch in der ambulanten und stationären Rehabilitation eine wesentliche Rolle. Es sind oft genug pflegerische Aspekte, die Gegenstand der rehabilitativen Behandlung und der Wiederherstellung von Selbständigkeit sind. Das Antrags- und Mitberatungsrecht sollte sich entsprechend auch auf die Qualitätssicherung in diesem Kontext erstrecken. Das Antrags- und Mitberatungsrecht sollte darüber hinaus auch auf die strukturierten Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten beziehen. Die Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen, insbesondere der sog. „Volkskrankheiten“ wie Diabetes mellitus, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und COPD, geht weit über die medizinische Therapie im engeren Sinn hinaus und erfordert multiprofessionelle Anstrengungen. Die professionelle Pflege ist wie im Bereich der SAPV regelmäßig betroffen, gerade auch um vermehrtem Pflegebedarf dieser Patientengruppen präventiv entgegenzuwirken.

Kritisch sehen wir, dass an gegebenen Stellen die Möglichkeit zu Stellungnahme maßgeblicher Verbände der Pflegeberufe gestrichen werden soll (§ 63 Abs. 3c Satz 4, § 136 Abs. 3, § 136b Abs. 1 Satz 3). In einem multiprofessionellen Versorgungsgeschehen spielen Belange der Pflege in vielfältiger Weise eine Rolle. Es kann daher in etlichen Fällen nicht im Vorfeld „von außerhalb“ festgelegt werden, ob ein Sachverhalt pflegerrelevant ist oder nicht. Eine Bewertung ist uns als Berufsorganisationen der Pflegeberufe nur möglich, wenn wir Kenntnis der Vorgänge erhalten. Die Möglichkeit zur Stellungnahme muss erhalten bleiben.

### **Transparenz der Leistungen von Kranken- und Pflegekassen**

Der DBfK begrüßt, dass die Leistungen von Krankenkassen und Pflegekassen transparenter gemacht werden sollen. Dies ist für die Versicherten ein positiver Schritt als auch für die Ausrichtung und Steuerung der Gesundheitsversorgung anhand von Daten zu Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Aus pflegeprofessioneller Sicht ist insbesondere die Transparenz der Leistungen der Pflegekassen von Bedeutung, da sie mit der Bewilligung von Heil- und Hilfsmitteln sowie Angeboten wie der Pflegeberatung und der Pflegekurse direkt in das pflegerische Handlungsfeld hineinwirken und Einfluss auf die Versorgungsqualität nehmen. Es wird damit ein erster Schritt zur kontinuierlichen Qualitätssicherung getan und evaluierbar gemacht, ob die Angebote pflegeprofessionellen Standards bzw. den pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen gerecht werden.

### **Regelungen zur Pflegeberatung**

In dem vorliegenden Entwurf wird u. a. die „Pflegeberatung“ angesprochen, zum einen im Zusammenhang mit der Darstellung der Transparenz der Leistungen der Pflegekasse, zum anderen mit der Regulierung ihrer Durchführung („Videokonferenz“), deren Evaluationszeitraum verlängert werden soll.

Der DBfK sieht grundsätzlichen Bedarf an der Gestaltung der Pflegeberatung nach § 37 und § 7a SGB XI. Beide Regulierungen greifen nach unserer Auffassung in die Vorbehaltsaufgaben der professionellen Pflege ein, die im Pflegeberufegesetz von 2017 verankert sind, da für die ausführenden Personen die Qualifikation als Pflegefachperson nach dem Pflegeberufegesetz nicht zwingend vorgeschrieben ist. Aus pflegeprofessioneller Sicht ist außerdem zu kritisieren, dass durch die Regulierungen das Pflegegeschehen für die betroffenen Patienten fragmentiert wird, da damit verschiedene Personen befasst sind. Die Bezeichnung „Pflegeberatung“ ist aus unserer

Sicht irreführend und für die Wahrnehmung professioneller Pflege abträglich. Sie wird daher von uns in Anführungszeichen gesetzt. Die Beratung von Patienten zu pflegerischen Belangen, zum Aufbau und zur Verstärkung ihrer Gesundheits- und Selbstmanagementkompetenz ist allen pflegerischen Zielen und Handlungen inhärent. Die Übergänge von pflegeprofessioneller Beratung, die zu dem im Pflegeberufegesetz fixierten Berufsfeld gehört, zu den Angeboten nach § 37 und § 7a SGB XI, sind fließend. Mit der gesetzlichen Fixierung des Begriffs „Pflegeberatung“ in den genannten Paragraphen wird suggeriert, dass professionelle Pflege darüber hinaus keine beratende Rolle hat und alle Fragen pflegerischer Belange in diesem Rahmen abgedeckt werden. Damit wird die Rolle der Kolleginnen und Kollegen in der Langzeitpflege unnötig geschmälert. Aus unserer Sicht müsste und könnte die „Pflegeberatung“ in die Verantwortung qualifizierter Pflegefachpersonen in den ambulanten Pflegediensten bzw. in die Hände von Community Health Nurses, die in neuen Versorgungsmodellen wie Gesundheitskiosken oder Primärversorgungszentren tätig sind und eng mit den ambulanten Pflegediensten zusammenarbeiten, übergeben werden. Damit würden Bürokratie und Doppelprozeduren reduziert sowie wichtige Weichenstellungen vorgenommen, Pflegebedarfen im Vorfeld und in den Phasen von Pflegebedürftigkeit präventiv zu begegnen. Der DBfK spricht sich dafür aus, diesen Sachverhalt in weiteren Befassungen zur „Pflegeberatung“ aufzugreifen und mit den Berufsorganisationen der Pflegeberufe dazu ins Gespräch zu treten.

### **Entbudgetierung der hausärztlichen Leistungen**

Der DBfK erkennt die Sorge um die Sicherung der hausärztlichen Versorgung an. Es liegen Zahlen und Prognosen vor, die aufzeigen, in welchen Regionen in Zukunft eine Unterversorgung zu erwarten ist. Gleichwohl hinterfragen wir kritisch, ob die Sicherung der hausärztlichen Versorgung tatsächlich mit einer Steigerung der Vergütung im hier vorgelegten Vorschlag der Entbudgetierung erreicht werden kann. Die beabsichtigten Regulierungen folgen pfadabhängig den bestehenden/traditionellen Strukturen und enthalten aus unserer Sicht keine innovativen Elemente, die dringend notwendig wären, um die (medizinische) Primärversorgung zu sichern. Angesichts des zunehmenden Mangels dürfte sich insbesondere die aktuell noch erfolgreiche hausarztzentrierte Versorgung als Sackgasse erweisen, denn sie funktioniert nur, wenn noch Hausärzte praktizieren. Die Erfahrungen anderer Länder zeigen, dass der Hausarzt nicht notwendigerweise der erste Ansprechpartner sein muss.

Der DBfK spricht sich ausdrücklich dafür aus, weitere Maßnahmen zur Sicherung und Stärkung der Primärversorgung zu ergreifen:

- eine beschleunigte und zielführende Digitalisierung des Gesundheitswesens, die Konsultationen über Distanz ermöglicht und somit den Mangel „vor Ort“ auffängt;
- eine neue Aufgabenverteilung der Gesundheitsberufe: die Routineversorgung der chronisch Kranken der großen Volkskrankheiten könnte eigenständig von Community Health Nurses übernommen und somit ein erheblicher Anteil der hausärztlichen Belastung aufgefangen werden
- Erhöhung der Attraktivität über neue Kooperations- und Arbeitszeitmodelle im hausärztlichen Bereich.

Solche neuen Lösungen sind in neuen Versorgungsmodellen wie Primärversorgungszentren erheblich leichter umzusetzen als in der herkömmlichen Form von Praxen. MVZ zeigen in dieser Hinsicht kein Innovationspotenzial, da sie meist nur organisatorische Zusammenschlüsse von Praxen sind.

## Vorschläge zur Änderung einzelner Regelungen:

### Artikel 1

### Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

#### Punkt 5

#### Änderungsvorschlag

Punkt 5 streichen

#### Begründung:

Mit dem vorgesehenen Antrags- und Mitberatungsrecht der Berufsorganisationen der Pflegeberufe werden gleichzeitig die bezüglichen Bereiche eingeeengt. Die Möglichkeit zur Stellungnahme bei weiteren Sachverhalten muss erhalten bleiben, insbesondere zu Regulierungen, die die eigenständige Ausübung von Heilkunde durch Pflegefachpersonen und insgesamt die Versorgung von chronisch kranken Menschen betreffen.

#### Punkt 12 j : Änderung §92 SGB V

Das Antrags- und Mitberatungsrecht der Berufsorganisationen der Pflegeberufe sollte sich auch auf die Qualitätssicherung bei der ambulanten und stationären Rehabilitation (§137d SGB V) sowie auf die strukturierten Behandlungsprogramme bei chronischen Erkrankungen (137f) erstrecken.

#### Änderungsvorschlag:

„(7h )Bei den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 und Nummer 14, den Richtlinien nach § 63 Absatz 3c Satz 3 und den Beschlüssen nach den §§ 136b und 136c, ~~137d und 137f~~ sowie bei Beschlüssen zu Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 6, sofern sie die Berufsausübung der Pflegeberufe berühren, erhalten die Berufsorganisationen der Pflegeberufe, **vertreten durch einen Vertreter des Deutschen Pflegerats und einen Vertreter des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe** ein Antrags- und Mitberatungsrecht, ~~Es wird von bis zu zwei Vertretern der Berufsorganisationen der Pflegeberufe ausgeübt.~~ **in allen Richtlinien und Beschlüssen, welche die Berufsausübung der Pflegeberufe berühren, ein Recht zu Stellungnahme.** Absatz 7e Satz 3 bis 7 gilt entsprechend. Die Vertretung der Berufsorganisationen der Pflegeberufe erhält Reisekosten nach dem Bundesreisekostengesetz, Ersatz des Verdienstausfalls in entsprechender Anwendung des § 41 Absatz 2 des Vierten Buches sowie einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe eines Fünfzigstel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches für jeden Kalendertag einer Sitzung. Der Anspruch richtet sich gegen den Gemeinsamen Bundesausschuss.“

#### Punkt 19 a und 20

#### Änderungsvorschlag

Punkt 19 a und 20 streichen

#### Begründung:

Mit dem vorgesehenen Antrags- und Mitberatungsrecht der Berufsorganisationen der Pflegeberufe werden gleichzeitig die bezüglichen Bereiche eingeeengt. Die Möglichkeit zur Stellungnahme bei

weiteren Sachverhalten muss erhalten bleiben, insbesondere zu Regulierungen, die die eigenständige Ausübung von Heilkunde durch Pflegefachpersonen.

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](mailto:dbfk@dbfk.de) | [www.dbfk.de](http://www.dbfk.de)

