

**12.02.21**

## **Stellungnahme des Bundesrates**

---

### **Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz - GVWG)**

Der Bundesrat hat in seiner 1000. Sitzung am 12. Februar 2021 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes wie folgt Stellung zu nehmen:

1. Zu Artikel 1 Nummer 9 Buchstabe a (§ 31 Absatz 1a Satz 5 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 9 Buchstabe a ist die Angabe „24“ durch die Angabe „36“ zu ersetzen.

Begründung:

Der Bundesrat begrüßt die in dem Gesetzentwurf geplanten Änderungen zur Übergangsfrist und zum Stichtag im Zusammenhang mit der Verordnungsfähigkeit von sonstigen Produkten zur Wundbehandlung auf Basis der nun zum 2. Dezember 2020 wirksam gewordenen G-BA Arzneimittelrichtlinie, Abschnitt P (und Anlage Va) Verbandmittel und sonstige Produkte zur Wundbehandlung.

Gleichwohl ist die Verlängerung der Übergangsfrist auf 24 Monate nicht ausreichend bemessen. Der Bundesrat hat sich schon in der Stellungnahme zum GKV-FKG für eine Übergangsregelung von 24 Monaten ausgesprochen, da bereits zum damaligen Zeitpunkt die Sorge bestand, dass eine Vielzahl an Produkten das neue Nutzenbewertungsverfahren positiv durchlaufen muss, um weiterhin für die Versorgung von betroffenen Wundpatienten in der GKV zur Verfügung zu stehen. Hierfür muss medizinische Evidenz generiert werden, damit die Wirksamkeit einzelner Produkte durch Studien und weiteren Er-

kenntnissen belegt werden kann. Die zum damaligen Zeitpunkt vorgeschlagene Zeitspanne von 24 Monaten ist ein absolutes Minimum, um komplexe Studien zu planen, zu beantragen, genehmigen zu lassen, Patienten und Studienzentren zu rekrutieren, die Studie umzusetzen, die Daten auszuwerten, die Daten in einem Nutzendossier aufzubereiten und schließlich ein Bewertungsverfahren beim G-BA zu durchlaufen.

Aufgrund der Corona-Pandemie ist die Durchführung von klinischen Studien jedoch fast unmöglich. Erst frühestens gegen Ende dieses Jahres kann wieder mit einer gewissen Art von Normalität im Versorgungsalltag gerechnet werden. Erst dann kann generell wieder mit der Durchführung von klinischen Studien in der ambulanten Wundbehandlung mit in der Regel älteren, multimorbiden Wundpatienten begonnen werden. Zu diesem Zeitpunkt werden aber bereits mindestens 12 Monate der dann jetzt vorgesehenen 24-monatigen Übergangsfrist verstrichen sein. Demnach hätten die betroffenen Hersteller also erneut nur eine 12-monatige Übergangsfrist zur Umsetzung zur Verfügung. Hinzu kommt noch, dass es keine konkreten Vorgaben zur Darlegung der erforderlichen bestmöglichen Evidenz im Rahmen des notwendigen Nutznachweises zur Aufnahme der Produkte in Anlage V der Arzneimittelrichtlinie gibt. So ist auch eine Beratungsmöglichkeit für die Hersteller durch den G-BA derzeit nicht vorgesehen.

## 2. Zu Artikel 1 Nummer 13 (§ 39d Absatz 1 Satz 4 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 13 ist in § 39d Absatz 1 der Satz 4 zu streichen.

### Begründung:

Es bestehen Bedenken gegen die Festlegung einer maximalen finanziellen Obergrenze für die Einstellung von Netzwerkkoordinatoren mit insgesamt 30 Tausend Euro (gemäß § 39d Absatz 1 Satz 3 SGB V hälftig zu tragen durch die Kreise/kreisfreien Städte und die Landesverbände der Kranken- und Ersatzkassen). Nach Berechnungen zu den Personalkosten für die angestrebte Kompetenz wird insoweit von 50 Tausend pro Stelle im Jahr (unter Berücksichtigung geringfügiger tariflicher Steigerungen) ausgegangen. Eine gesetzliche Festlegung von maximalen Obergrenzen könnte dazu führen, dass bei Tarifänderungen diese Obergrenzen sehr schnell überschritten werden. Entweder müsste dann die Beschäftigte Person entlassen werden oder aber der Kreis/die kreisfreie Stadt müsste dann den Differenzbetrag alleine übernehmen und gegen § 39d Absatz 1 Satz 3 SGB V (paritätische Kostentragung) verstoßen.

3. Zu Artikel 1 Nummer 22 Buchstabe b (§ 75 Absatz 1a Satz 4 Nummer 2 SGB V) und Nummer 33 Buchstabe c (§ 120 Absatz 3b SGB V)

Artikel 1 ist wie folgt zu ändern:

- a) In Nummer 22 Buchstabe b ist in § 75 Absatz 1a Satz 4 Nummer 1 das Komma durch das Wort „und“ zu ersetzen und die Nummer 2 ist zu streichen.
- b) In Nummer 33 ist der Buchstabe c zu streichen.

Begründung:

Die Einführung eines einheitlichen Ersteinschätzungsverfahrens für die ambulante Notfallbehandlung im Krankenhaus ist im Sinne einer besseren Patientensteuerung in der ambulanten Notfallversorgung zwar grundsätzlich zu begrüßen.

Allerdings ist es zu vermeiden, dass einzelne Regelungen losgelöst von der grundlegenden Zielstellung einer Notfallreform erfolgen, denn es wird mit der angestrebten Änderung nur ein kleiner Teil der Notfallversorgung reformiert, ohne das Gesamtbild in den Blick zu nehmen. Die angestrebten Ziele zur Verbesserung der Patientenströme werden ohne grundlegende Änderungen kaum die gewünschte Wirkung zeigen.

Zudem könnten in Folge der im Gesetzentwurf vorgesehenen Beauftragung des Gemeinsamen Bundesausschusses vollendete Tatsachen geschaffen werden, die die nachfolgenden grundlegenden Reformüberlegungen nachhaltig beeinflussen.

Es muss vielmehr eine wirksame strukturelle Reform einer sektorenübergreifenden Notfallversorgung wieder in Gänze in den Blick genommen werden.

Die Änderungen im § 120 Absatz 3b SGB V sehen vor, dass vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ein qualifiziertes und standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren zur Beurteilung des medizinischen Versorgungsbedarfs beschlossen wird. Dabei soll auch die Qualifikation des medizinischen Personals, die Form des Nachweises der Durchführung und ein Nachweis gegenüber der Terminservicestelle vorgegeben werden. Die Vergütung ambulanter Notfälle setzt die Durchführung dieses Ersteinschätzungsverfahrens und das Ergebnis, dass ein sofortiger Behandlungsbedarf besteht, voraus.

Die Krankenhäuser und die Universitätskliniken nehmen bereits jetzt eine Einschätzung der Behandlungsnotwendigkeit und Beurteilung von Notfällen vor. Die Anwendung eines strukturierten und validierten Systems zur Behandlungspriorisierung ist bereits durch die G-BA-Regelung zum gestuften System der Notfallstrukturen verpflichtend ab der Basisnotfallversorgung vorgesehen. Eine zusätzliche Regelung würde den Aufwand und daraus resultierend die Kosten erhöhen und ist daher nicht notwendig.

4. Zu Artikel 1 Nummer 28 (§ 95e Absatz 7 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 28 ist in § 95e Absatz 7 das Wort „Kammer“ durch das Wort „Approbationsbehörde“ zu ersetzen.

Begründung:

In § 95e Absatz 7 SGB V wären die Approbationsbehörden an erster Stelle zu informieren, da diese das Ruhen der Approbation beispielsweise nach § 6 Absatz 1 Nummer 5 Bundesärztleordnung bei fehlendem oder nicht ausreichendem Versicherungsschutz anordnen könnten, um auch eine privatärztliche Berufsausübung von zuvor vertragsärztlich Tätigen zu verhindern. Erst nachrangig wäre die Ahndung eines berufsrechtlichen Verstoßes durch die Heilberufekammern angezeigt. Aufgrund von kammerrechtlichen Regelungen unterrichtet die zuständige Approbationsbehörde die Kammer unverzüglich über das Ruhen der Approbation, so dass auch bei einer ausschließlichen Meldung der Zulassungsausschüsse an die Approbationsbehörde eine Information der Heilberufekammer sichergestellt bleibt.

5. Zu Artikel 1 Nummer 32 (§ 118 Absatz 1 Satz 4 und 5 und Absatz 2 Satz 5 SGB V)

In Artikel 1 ist die Nummer 32 zu streichen.

Begründung:

Für eine verbesserte und zeitgerechtere Versorgung soll für psychisch erkrankte Versicherte eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung Anwendung finden. Wie und welche Patienten und Leistungserbringer einbezogen werden, ist momentan noch nicht absehbar. Zudem ist dabei auch offen, welche Auswirkungen die mögliche Zusammenführung verschiedener Leistungserbringer haben könnte. Würde man die PIA integrieren, ist aktuell nicht absehbar, wie die Regelungen des § 92 Absatz 6b SGB V in Einklang mit dem eigentlichen gesetzlichen Auftrag der PIA nach § 118 SGB V zu bringen sind. Ferner lässt die Formulierung im Entwurf bezüglich einer Anpassung des „PIA-Vertrages“ offen, auf welche konkreten Inhalte abgezielt wird. Dies lässt befürchten, dass die Selbstverwaltungsparteien auf Bundesebene vor dem Hintergrund der jeweiligen Interessen die Öffnung der PIA-Vereinbarung zur Durchsetzung weitreichender Anpassungen, mit dem Ziel, die Handlungsfähigkeiten von PIA und somit die Möglichkeiten zur Versorgung schwer kranker Menschen erheblich einzuschränken, nutzen werden.

6. Zu Artikel 1 Nummer 41 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa (§ 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V),  
Buchstabe b (§ 136b Absatz 3 Satz 2a – neu – SGB V)

Artikel 1 Nummer 41 ist wie folgt zu ändern:

- a) Buchstabe a Doppelbuchstabe aa ist zu streichen.  
b) In Buchstabe b ist in § 136b Absatz 3 nach Satz 2 folgender Satz einzufügen:

„Im Fall von Nummer 1 ist sicherzustellen, dass alternative operative und nicht-operative Behandlungsverfahren bei der Festlegung von Mindestmengen berücksichtigt werden.“

Begründung:

Der Gesetzentwurf sieht vor, die derzeitige Möglichkeit gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V Ausnahmetatbestände in Bezug auf die vom G-BA vorgegebenen Mindestmengen zu schaffen, zu streichen. Die Möglichkeit des G-BA, Ausnahmen bei den Mindestmengen festzulegen, sollte beibehalten werden. In bestimmten Fällen kann ein Ausnahmetatbestand gerechtfertigt sein, um zum Beispiel unbillige Härten insbesondere bei nachgewiesener, hoher Qualität unterhalb der festgelegten Mindestmenge zu vermeiden.

Die vorgesehene Regelung, dass der G-BA neben einer Mindestmenge grundsätzlich eine oder mehrere Mindestmengen im Kontext zum Beispiel eines Organs festlegen kann, wird begrüßt. Gleichwohl sollte hier der interdisziplinäre Kontext beachtet werden. Zudem muss sichergestellt werden, dass alternative Verfahren durch entsprechende Mindestmengen – und der damit verbundenen Konzentrierung auf diese Verfahren – nicht faktisch unmöglich gemacht werden.

7. Zu Artikel 1 Nummer 41 Buchstabe d (§ 136b Absatz 5 SGB V)

Artikel 1 Nummer 41 Buchstabe d ist zu streichen.

Begründung:

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die derzeitige Möglichkeit gemäß § 136b Absatz 5 SGB V, Ausnahmetatbestände in Bezug auf die vom G-BA vorgegebenen Mindestmengen zu schaffen, gestrichen wird. Bisher konnte die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde auf Antrag eines Krankenhauses Leistungen aus dem Mindestmengenkatalog des G-BA bestimmen, für welche die entsprechenden Mindestmengenregelungen nicht angewandt werden.

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass diese Regelung entfällt.

Eine Abschaffung dieser Vorschrift nimmt dem Land jede Möglichkeit, flexibel zu reagieren. Nicht immer ist das Unterschreiten der Mindestmengenanforderungen allein durch das Krankenhaus verschuldet. Obwohl Mindestmengen grundsätzlich befürwortet werden, muss in Einzelfällen eine Ausnahme nach Prüfung durch das Land möglich sein, um die Behandlung von komplexen und seltenen Krankheitsbildern weiterhin zu ermöglichen.

Das Entfallen der Befugnis der Länderplanungsbehörden, die Nichtanwendung einzelner Mindestmengen zu bestimmen, gefährdet insofern die flächendeckende Versorgung, insbesondere in Flächenländern wie Nordrhein-Westfalen oder Bayern. Zudem wird dadurch auf unzulässige Weise in die Planungskompetenz der Länder eingegriffen, die in den Leistungsbereichen, für die es Mindestmengen gibt, faktisch unterlaufen würde, und damit die verfassungsrechtlich den Ländern zustehende Krankenhausplanungskompetenz in außerordentlicher Weise angegriffen.

Zur Qualitätssicherung können in diesen Fällen beispielsweise Strukturqualitätsanforderungen oder der Nachweis besonderer Expertise herangezogen werden.

8. Zu Artikel 1 Nummer 49 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb (§ 137j Absatz 1 Satz 9 und 10 SGB V)

Artikel 1 Nummer 49 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb ist zu streichen.

Begründung:

Die Veröffentlichung des Pflegepersonalquotienten berücksichtigt nicht die Bemühungen von Kliniken, Pflegepersonal zu akquirieren, die oftmals in Ballungsräumen ohne Verschulden der Krankenhäuser aufgrund der hohen Lebenshaltungskosten vergeblich sind. De facto entsteht durch die Veröffentlichung dann eine ungerechtfertigte „Brandmarkung“ der Häuser. Im Übrigen ist zu bezweifeln, ob die Patienten aus der Veröffentlichung eines Quotienten wirklich Rückschlüsse auf die Qualität eines Krankenhauses ziehen können, die sich unzweifelhaft aus vielen weiteren Komponenten zusammensetzt, das heißt auch die Geeignetheit beziehungsweise Verhältnismäßigkeit der Veröffentlichung ist fraglich. Vor diesem Hintergrund ist die geplante Regelung in § 137j Absatz 1 Satz 9 und 10 SGB V zu streichen.

9. Zu Artikel 7 (§ 10 Satz 1 und 2 ErgThG),  
Artikel 8 (§ 11 Satz 1 und 2 LogopG) und  
Artikel 9 (§ 19 Satz 1 und 2 MPhG)

- a) In Artikel 7 ist die Angabe „2026“ durch die Angabe „2022“ zu ersetzen.
- b) In Artikel 8 ist die Angabe „2026“ durch die Angabe „2022“ zu ersetzen.
- c) In Artikel 9 ist die Angabe „2026“ durch die Angabe „2022“ zu ersetzen.

Begründung:

Im September 2016 hat der Bundesrat eine Verlängerung der Modellphase um vier Jahre beschlossen, die so schließlich auch aufgenommen wurde. Ursprünglich wollte der Bund schon zu dem Zeitpunkt eine Verlängerung der Modellphase um zehn Jahre bis zum 31. Dezember 2026.

Die Begründung des Bundesrates damals:

„Die Empfehlung, die Modellregelungen um weitere zehn Jahre zu verlängern, ist angesichts der einstimmig positiven Ergebnisse der Evaluationen nicht nachvollziehbar, denn mit einer zehnjährigen Verlängerung wird die überfällige Weiterentwicklung der Therapieberufe, die essentieller Bestandteil zur Lösung anstehender Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung Deutschlands darstellt, unnötig verzögert. Mit dieser Entscheidung würden die Gesundheitsberufe in Deutschland ungleich behandelt. So ist im Entwurf des Pflegeberufegesetzes eine akademische Erstausbildung neben der beruflichen ausdrücklich und unstrittig vorgesehen. Bei den Hebammen wird es zu einer Vollakademisierung kommen, weil die einschlägige EU-Richtlinie dies vorsieht.

Eine vierjährige Verlängerung der Frist (vom 31. Dezember 2017 bis 31. Dezember 2021) wird daher als ausreichend angesehen, um eine Anpassung von berufsgesetzlichen Regelungen und hochschulrechtlichen Vorgaben umzusetzen.“

Der Gesetzentwurf sieht eine Verlängerung der Modellklauseln bis zum 31. Dezember 2026 vor. Diese lange Frist sei notwendig für eine ergebnisoffene Entscheidungsfindung, ob und wie die Berufe akademisiert werden. Diese Auffassung wird nicht geteilt. Die Ergebnisse der Evaluation der Modellstudiengänge liegen vor, so dass jetzt entsprechend des Gesamtkonzeptes Gesundheitsfachberufe für jeden Beruf werden muss, ob eine akademische Ausbildung und wenn ja, in welcher Ausgestaltung (teil- oder voll-akademisch) in Betracht kommt. Dabei sind insbesondere die Teilbarkeit des Tätigkeitsspektrums (verschiedene Niveaus), die Größe der Auszubildendengruppe, der schon bestehende Akademisierungsgrad und der Anteil der Auszubildenden mit (Fach-) Hochschulreife relevant.

Die Corona-Pandemie hat dazu beigetragen, dass der ursprüngliche Zeitplan bis Ende 2021 nicht eingehalten werden kann. Eine fünfjährige Verlängerung erscheint unangemessen. Die Modellklauseln sollten daher bis Ende 2022 verlängert werden.

10. Zu Artikel 10 Nummer 1 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb<sub>1</sub> – neu – OrgSpEG  
(§ 2a Absatz 4 Satz 2 TPG)

In Artikel 10 Nummer 1 Buchstabe b ist nach Doppelbuchstabe bb folgender Doppelbuchstabe bb<sub>1</sub> einzufügen:

,bb<sub>1</sub>) In Absatz 4 Satz 2 werden die Wörter „der Tod des möglichen Organ- oder Gewebespenders gemäß § 3 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 festgestellt worden ist“ durch die Wörter „im Behandlungsverlauf ein Hirnfunktionsausfall zu erwarten ist oder vermutet wird“ ersetzt.‘

Begründung:

In der Praxis werden frühzeitig Entscheidungen für die medizinischen Maßnahmen und Therapieeinleitungen in Abhängigkeit vom Patientenwunsch getroffen. Insofern läuft die Regelung, wonach die Auskunft zu einem möglichen Organ- oder Gewebespenders erst zu erfragen ist, wenn der Tod des möglichen Organ- oder Gewebespenders gemäß § 3 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 TPG festgestellt worden ist, ins Leere.

Die vorgeschlagene Änderung ermöglicht, dass die im Organspenderegister hinterlegte Entscheidung des Patienten/in ebenso wie die Patientenverfügung beziehungsweise Entscheidung des/der gesetzlichen Vertreters/in in die Therapieentscheidung einbezogen wird.

11. Zu Artikel 14 Nummer 1 Buchstabe b – neu – (§ 3 Absatz 1 Satz 4a – neu – BPflV)

Artikel 14 Nummer 1 ist wie folgt zu fassen:

,1. § 3 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 3 werden nach dem Wort „schriftlich“ die Wörter „oder elektronisch“ eingefügt.

b) Nach Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Vertragsparteien können mit der Zustimmung der Aufsichtsbehörde für eine definierte Region ein Budget nach den Bestimmungen des § 64b SGB V vereinbaren, ohne dass § 63 Absatz 1 und 2 SGB V oder § 65 SGB V angewandt werden.“ ‘



Begründung:

Zu Buchstabe a:

Entspricht der Vorlage.

Zu Buchstabe b:

Diese Ergänzung würde es erlauben, die Regionalen Budgets (zum Beispiel das Regionalbudget Psychiatrie für fünf Regionen in Schleswig-Holstein) nach § 64b SGB V langfristig in der Regelversorgung zu etablieren. In der Regelversorgung hätte jedes Krankenhaus das Recht ein Regionalbudget zu beantragen, wenn es für das medizinische Fachgebiet einen Versorgungsauftrag hat. Schleswig-Holstein war das erste Bundesland, in dem 2003 im Kreis Steinburg mit einem Regionalbudget ein modernes Versorgungskonzept ermöglicht wurde, indem die Grenzen zwischen stationärer, teilstationärer und ambulanter<sup>1</sup> Versorgung aufgehoben wurden. In aktuell fünf Versorgungsregionen Schleswig-Holsteins erfolgt die Versorgung im Rahmen eines Regionalbudgets, inzwischen basierend auf den Regelungen des § 64b SGB V. Das Modellprojekt wird aktuell mit einem neuen Rahmenvertrag für fünf Jahre verlängert. Es gibt aktuell drei Evaluationsansätze:

- die gesetzlich verankerte Forschung der Kostenträger (Eva64) erfasst die Routinedaten von 19 Kliniken aus dem Modellprojekt bundesweit (Stichtag: 1. Januar 2016).
- die krankenhauseigene Forschung der Modellprojekte (EVAMod) untersucht in 13 Fachabteilungen die Beziehungskonstanz und die Ambulantisierungsrate.
- PsychCare, das Evaluationsprojekt aus dem Innovationsfonds, läuft noch.

12. Zu Artikel 15 (§ 4 Absatz 1 Nummern 1 und 2 und § 5 Absatz 1 Satz 1 Nummern 1 und 2 GAPStatG)

Artikel 15 ist wie folgt zu ändern:

- a) In § 4 Absatz 1 Nummer 1 und 2 sind jeweils nach dem Wort „Einrichtungen,“ die Wörter „Berufs- oder Hochschulabschluss,“ einzufügen.
- b) In § 5 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 ist jeweils das Wort „Berufsabschluss“ durch die Wörter „Berufs- oder Hochschulabschluss“ zu ersetzen.

---

<sup>1</sup> Mit ambulant ist hier die ambulante Versorgung durch Krankenhäuser nach den jeweiligen Regelungen des SGB V gemeint und nicht die vertragsärztliche Versorgung.

Begründung:

Der gesetzgeberische Ansatz der Schaffung einer bundeseinheitlichen Datengrundlage über Merkmale der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung wird begrüßt.

Es wird angeregt, in § 4 Absatz 1 Nummer 1 und Nummer 2 GAPStatG jeweils den Berufs- oder Hochschulabschluss als weiteres Erhebungsmerkmal aufzunehmen. In § 5 GAPStatG ist das Erhebungsmerkmal „Berufsabschluss“ bereits genannt, auch hier sollte das Merkmal „Hochschulabschluss“ ergänzt werden, um alle Qualifikationen zu erfassen.

13. Zu Artikel 15 (§ 4 Absatz 1 Nummer 2,  
Nummer 3 – neu –,  
Nummer 4 – neu – und  
Nummer 5 – neu – GAPStatG)

In Artikel 15 ist § 4 Absatz 1 wie folgt zu ändern:

- a) In Nummer 1 ist das Wort „sowie“ durch ein Komma zu ersetzen.
- b) In Nummer 2 ist der Punkt durch ein Komma zu ersetzen.
- c) Folgende Nummern sind anzufügen:
  - „3. die in der Ausbildung zur Pflegefachfrau/zum Pflegefachmann nach dem PflBG befindlichen Personen nach Geschlecht, Geburtsjahr, Beginn und Ende der Ausbildung, Grund der Beendigung der Ausbildung, Weiterbildung oder Umschulung (gemäß § 55 PflBG),
  4. die Personen, welche die Ausbildung zur Pflegefachfrau/zum Pflegefachmann nach dem PflBG erfolgreich abgeschlossen haben, nach Geschlecht und Alter, sowie
  5. im Hinblick auf die in der Ausbildung zur Pflegefachfrau/zum Pflegefachmann nach dem PflBG befindlichen Personen die Anzahl der Ausbildungsplätze pro Träger der praktischen Ausbildung und der weiteren an der Ausbildung beteiligten Einrichtungen sowie der Pflegeschulen, die Ausbildungsvergütungen sowie die Kosten des theoretischen und praktischen Unterrichts, die Kosten der praktischen Ausbildung, die Kosten der Ausbildungsstätte, gegliedert nach Sachaufwand, Gemeinkosten und vereinbarten Gesamtkosten.“

Begründung:

Die Gewinnung von neuen Fachkräften stellt (neben der Verbesserung der Situation für bisherige Fachkräfte) eine der zentralen Herausforderungen im Bereich der Pflege dar. Die Gesundheitspersonalstatistik sollte daher unbedingt auch Daten über die auszubildenden Pflegefachpersonen und deren Finanzierung enthalten. Diese werden auch für das von der Konzertierte(n) Aktion Pflege angestoßene Fachkräftemonitoring benötigt. Nummer 3 bis 5 enthalten Ergänzungen von Daten im Hinblick auf die Ausbildung von Pflegekräften.

Durch die Ergänzung in Nummer 3 erfolgt eine Verknüpfung mit § 55 PflBG. § 55 PflBG enthält Vorschriften über eine Bundesstatistik, die Daten bezüglich der Ausbildung nach dem PflBG erfasst. Die neue Nummer 3 entspricht § 55 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 PflBG („die in der Ausbildung befindlichen Personen nach Geschlecht, Geburtsjahr, Beginn und Ende der Ausbildung, Grund der Beendigung der Ausbildung, Weiterbildung oder Umschulung“).

Die in Nummer 4 vorgesehene Erfassung der Anzahl der erfolgreichen Absolventen der Pflegeausbildung wird in § 55 Absatz 1 PflBG nicht ausdrücklich genannt, ist aber im Hinblick auf die Deckung des Fachkräftebedarfs besonders wichtig.

Die neue Nummer 5 enthält zum Einen einen Ausschnitt aus § 21 Absatz 2 Nummer 1c KHEntgG. § 21 Absatz 2 KHEntgG regelt die Erhebung von Strukturdaten im Krankenhausbereich als Grundlage für die Krankenhausfinanzierung und für Statistikzwecke. Anders als in § 21 Absatz 2 Nummer 1c KHEntgG, das sich auf alle Auszubildenden im Krankenhaus bezieht, sollen mit dem Ziel des Fachkräftemonitorings im Pflegebereich nur die Kosten im Zusammenhang mit der Ausbildung nach dem PflBG in der Gesundheitspersonalstatistik erfasst werden.

Zum Anderen enthält die neue Nummer 5 Angaben nach § 55 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 PflBG (die Träger der praktischen Ausbildung, die weiteren an der Ausbildung beteiligten Einrichtungen sowie die Pflegeschulen) und § 55 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 PflBG (die Ausbildungsvergütungen).

14. Zu Artikel 15 (§ 9 GAPStatG)

In Artikel 15 ist § 9 wie folgt zu fassen:

„§ 9

Übermittlungsregelung

(1) Das Statistische Bundesamt übermittelt an die statistischen Ämter der Länder die ihren jeweiligen Erhebungsbereich betreffenden Einzelangaben für Auswertungen auf regionaler Ebene.

(2) Das Statistische Bundesamt und die Statistischen Ämter der Länder dürfen den fachlich zuständigen obersten Bundes- und Landesbehörden für die Verwendung gegenüber gesetzgebenden Körperschaften und für Zwecke der Planung, jedoch nicht für die Regelung von Einzelfällen, Tabellen mit statistischen Ergebnissen übermitteln, auch wenn Tabellenfelder nur einen einzigen Fall ausweisen.“

Begründung:

Die regionale Gesundheitsberichterstattung hat eine hohe Bedeutung, nicht nur im Pandemiefall. Sie stellt eine wesentliche Grundlage für die Beurteilung der gesundheitlichen Situation und für gesundheitspolitische Entscheidungen in Ländern und Kommunen dar. Die beabsichtigte Regelung sieht vor, dass die Statistik vom Statistischen Bundesamt zentral geführt wird, auch die Datenerhebung erfolgt zentral von dort. Damit würde von der üblichen Aufgabenteilung innerhalb der föderal gegliederten amtlichen Statistik erheblich abgewichen. Denn die Erhebung von Einzelangaben obliegt eigentlich den Statistischen Ämtern der Länder. Um das Informationsbedürfnis auf Ebene der Länder zu erfüllen, ist eine Übermittlung der Einzeldatensätze an die Statistischen Ämter der Länder angezeigt. Nur dadurch können regionale Sonderauswertungen erfolgen. Aus diesem Grund sollten die Einzelangaben aus den zentral durchgeführten Statistiken den Landesämtern standardmäßig und nicht nur – so wie es § 16 Absatz 3 BStatG vorsieht - bei Bedarf für einzelne Sonderauswertungen zur Verfügung gestellt werden.

Nur durch eine standardmäßige Übermittlung der Einzelangaben ist sichergestellt, dass die Statistischen Ämter der Länder auf dieser Basis auch eine eigenständige Gesundheitsberichterstattung vornehmen können.