

**Stellungnahme
zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems
(Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz - GMG)**

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0248(52)
vom 21.06.03**

15. Wahlperiode

Die Bundesregierung hat mit dem Gesetzentwurf zur Modernisierung des Gesundheitswesens (Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz- GMG) die seit langer Zeit öffentlich geführte Diskussion konkretisiert und dargestellt.

Der Deutsche Pflegerat unterstützt ausdrücklich die Zielsetzung, durch Modernisierung des Gesundheitssystems die Qualität der Gesundheitsversorgung nachdrücklich und dauerhaft zu verbessern und durch das Aufbrechen historisch gewachsener Strukturen Wettbewerbsanreize unter den Leistungserbringern zu schaffen.

Grundsätzlich halten wir den Ansatz, durch Flexibilität und Erneuerung der Strukturen, durch Beseitigung von Schnittstellenproblemen und Erleichterung des fach- und sektorenübergreifenden Zusammenwirkens aller Beteiligten das Gesundheitssystem zu modernisieren für sinnvoll und unterstützenswert.

Im vorliegenden Entwurf finden wir jedoch die alten Strukturen weitestgehend unverändert wieder. Lediglich die Möglichkeit der Einflussnahme durch das Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung scheint an einigen Stellen des Systems gestärkt, so dass Vereinbarungen zwischen den sozialrechtlich benannten Vertragspartnern deutlicher reglementierbar werden, als bisher.

Die geplante Stärkung der Aspekte Qualität, Wirtschaftlichkeit, solidarischer Wettbewerb, gleicher Leistungsanspruch und Transparenz ist zu begrüßen. Jedoch wird im Entwurf deutlich, dass sich Qualität im Gesundheitssystem weiterhin auf medizinische Leistungen bezieht, und dass der qualitätsorientierte Wettbewerb sich überwiegend zwischen medizinischen Fachdisziplinen unterschiedlicher Sektoren abspielen wird.

Leistungen anderer Gesundheitsberufe werden auf ihre Relevanz für medizinische Diagnosen reduziert und als selbstständige Beiträge zur Gesunderhaltung der Bevölkerung zu Unrecht vernachlässigt. Qualität ist jedoch unteilbar und verlangt zusammenhängende Aktionen und Prozesse, aus denen Gesamtergebnisse ableitbar sind, wenn sie zu Nachhaltigkeit für die Bürgerinnen und Bürger führen soll.

Dies steht im Übrigen im völligen Gegensatz zum jüngst verabschiedeten "Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege", welches Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger ausdrücklich für eigenverantwortliche und mitwirkende Aufgaben ausbildet und sie befähigen soll „interdisziplinär mit anderen Berufsgruppen zusammen zu arbeiten und dabei multidisziplinäre und berufsübergreifende Lösungen von Gesundheitsproblemen zu entwickeln“. Bei den geplanten Veränderungen sind keine Ansätze für Strukturen erkennbar, in denen sich dieses Berufsprofil verwirklichen ließe.

Der Deutsche Pflegerat verzichtet darauf, einzelne Veränderungsvorschläge im Einzelnen zu bewerten und bezieht nur Position zu den Vorschlägen zur Qualitätsverbesserung.

Der DPR hat bereits in früheren Stellungnahmen hervorgehoben, dass - dem Prinzip von Qualitätsmanagement entsprechend - qualitätssichernde und qualitätsentwickelnde Strukturen nur dann erfolgreich sein können, wenn sie berufsgruppen- einrichtungs- und sektorenübergreifend ansetzen. (Dies hat im Übrigen auch der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen mehrfach empfohlen.) Die Beteiligung des Deutschen Pflegerates in Gremien der Qualitätssicherung der Vertragspartner bestätigt die Richtigkeit dieses Postulats.

Problematisch erscheint uns jedoch die Tatsache, dass jedes Gesundheitsreformgesetz der letzten Jahre neue Gremien und Ausschüsse der Qualitätssicherung geschaffen hat, die in unterschiedlicher Zusammensetzung teils kooperieren, teils sich gegenseitig kontrollieren sollen. Der Aufbau dieser Gremien und Ausschüsse ist jeweils mit hohem administrativen Aufwand verbunden und erfordert hohes Engagement der Beteiligten, um Akzeptanz herzustellen. Während die bisherigen Ausschüsse durch die Vertragspartner und die leistungserbringenden Berufe gebildet wurden, soll mit dem vorliegenden Gesetzentwurf ein „Zentrum für Qualität in der Medizin“ geschaffen werden, welches zwar ausdrücklich als neutrale Institution eingeführt wird, welches bei näherer Betrachtung jedoch als Instrument des BMGS zur ministeriellen Einflussnahme identifiziert werden kann.

Der Name des geplanten Zentrums bestätigt die in unseren allgemeinen Ausführungen geäußerte Kritik, dass es im Entwurf überwiegend um Leistungen der Medizin statt um Leistungen zur Gesundheit geht.

Der Deutsche Pflegerat erwartet ein Umdenken, dass das Zentrum „Zentrum für Qualität im Gesundheitswesen“ umbenannt wird. (Bereits 1997 hat die Gesundheitsministerkonferenz, GMK in ihrer EntschlieÙung in Cottbus auf die Dringlichkeit der gemeinsamen Qualitätsentwicklung von Medizin und Pflege hingewiesen.)

Teilbereich: Regelung zur Verbesserung der Qualität der Versorgung

Die Absicht der Regierung nunmehr doch eine staatsnahe, unabhängige Anstalt des öffentlichen Rechtes als Zentrum zur Qualitätssicherung in der Medizin zu errichten kennzeichnet aber auch die Komplexität der Problemlage.

Wenn es sich um eine Modernisierung des Gesundheitswesens handeln soll, ist die Monopolsichtweise **Medizin** aufzugeben und aus der Sicht der Verbraucher und Patienten von Gesundheitsdiensten der Medizin, Pflege und weiteren Gesundheitsexperten im Behandlungs- und Betreuungsprozess die Veränderung eingeleitet werden.

Die von uns **vorgeschlagene** Bezeichnung:

"Deutsches Zentrum für Qualität im Gesundheitswesen"

entspricht **aus unserer Sicht** einem Zukunftsansatz von Pluralität, Netzwerk, Kooperation, Transparenz aber vor allem den von allen Leistungserbringern gewollten Ansatz, den Patienten mehr qualitätsgesicherte medizinische und pflegerische Behandlung angedeihen zu lassen.

Es ist unbestritten, dass es einen dringenden Handlungsbedarf gibt, die professionelle Qualitätssicherung weiter zu entwickeln. Mit der Reform 2000 wurden sozialrechtlich

festgeschriebenen intern- und extern vergleichenden QS- Verpflichtungen eingeführt, diese zeigen durchaus Wirkungsansätze.

Allerdings muss kritisch festgehalten werden, dass der faktische und prozessuale Durchdringungsgrad hinsichtlich Transparenz, Informationen, Handlungsorientierung konkreter Konzepte, bis hin zu Patienten, Versicherten bisher nicht erreicht werden konnte.

Der DPR sieht dies insbesondere in den gestalterischen Defiziten im sozialrechtlichen Bereich begründet. Beispielhaft sind Aspekte wie Vertragsmonopol und Finanzierung sowie Beteiligungsrechte zwischen Selbstverwaltungspartnern und den übrigen eigenständigen Gesundheitsberufen (insbesondere der professionellen Pflege) genannt.

Wenn das Ziel des neu zu schaffenden Zentrums die Bereitstellung von Informationen für die Bürgerinnen und Bürger in der beschriebenen Form erreichen will, ist aus der Sicht des DPR die zwingende Einbindung der Pflege mit ihren originären Pflegeinformationen/Daten Zugang zum sozialrechtlichen System zu schaffen.

Es findet unsere Unterstützung, dass die Qualitätsstruktur sektorenübergreifend abzubilden ist. Qualität ist unteilbar. Das Erleben von akuter und chronischer Krankheit, von Altern und Betagtheit, sowie das Leben mit Behinderung zu gestalten, verlangen von den jeweils Betroffenen ein neues Denken im Umgang mit Expertenwissen. Die Ermittlung des jeweiligen Hilfe- und Unterstützungsbedarfs erfordert seitens der Experten und QS-Beteiligten hohe Kompetenz und Kommunikationsvermögen, bei gleichzeitiger Akzeptanz einer stärkeren Patientensouveränität.

Diese Sichtweise zeigt, dass Qualitätssicherung in einem Entwicklungs- und Prozesskontext betrachtet werden muß. Alle Aufgabenstellungen und Qualitätsaspekte, die sich daraus ergeben, sind stets unter interdisziplinären Aspekten von Medizin und Pflege zu betrachten. An dieser Stelle könnten echte Strukturveränderungen einen entscheidenden Schritt zur Modernisierung des Gesundheitssystems (und zum Aufbrechen alter Strukturen) beitragen, indem sie der Pflegeprofession neben der Mitwirkung in Qualitätssicherungsgremien die Möglichkeit der Mitgestaltung von Verträgen im SGB V einräumen würde.

Selbstverständlich bedarf dieser Entwicklungsprozess der wissenschaftlichen Erkenntnisse aber nicht nur in der Medizin sondern auch die der Pflegewissenschaft.

§139e ff Struktur und Organisation des Zentrums

In Verbindung mit der QS steht Qualitätsforschung, die nicht an ein Institut gehört, sondern gesichert an Universitäten. Warum wir uns in allen Bereichen des Gesundheitswesens mit dem Thema der QS so schwer tun, liegt unter anderem daran, dass QS nicht nur ein differenziertes Verfahren nach top down ist, sondern es muß auch auf dem Weg bottom up funktionieren.

§139f Wissenschaftlicher Beirat

Für die Besetzung des wissenschaftlichen Beirats sollte der Gegenstand ausschließlich Wissenschaft und nicht Interessensvertretung sein. Es geht vorrangig um Qualitätsindikatoren, Instrumente und Werkzeuge mit denen, eine effektive und ergebnisorientierte Qualitätssicherung erreicht und transparent gemacht werden soll.

Neben medizinischer, sozialwissenschaftlicher und ökonomischer Expertise sollte die Pflegewissenschaft herangezogen werden, die im Qualitätsmanagement eine zentrale Aufgabe und Rolle wahrnimmt. Ihre wissenschaftliche Betrachtungsweise und Herangehensweise zu Qualitätsfragestellungen sind im umfassenden Sinne gesundheitsorientiert und beziehen Ressourcen und soziales Umfeld der Betroffenen ein. Damit erfüllen sie für dieses Gremium eine wichtige Aufgabe in Verbindung zur Krankheitsorientiertheit und sozialwissenschaftlicher Aspekte. Wir fordern das Ministerium auf, beim Aufbau des Gremiums die Pflegewissenschaft fest zu etablieren.

§139h Kuratorium

Die umfangreiche Besetzung des Kuratoriums lässt auf einen schwer steuerbaren Gremienapparat schließen. Es sollte deutlicher geregelt werden, wie die Stimmverteilung geregelt ist. Es wird nicht klar ob jeweils der Verband als Mitglied mit einer Stimme benannt ist oder ob jeweils pro Verband die festgelegten Mitglieder je eine Stimme haben.

Nicht nachvollziehbar ist die unterschiedliche Zahl der Mitglieder. Insbesondere der Deutsche Pflegerat steht für die professionelle Pflege. Da es keinen pflegefreien Raum in unserem System gibt, vertritt er also die Fragestellungen aus allen Sektoren (akutstationär, stationär, ambulant und aus dem Rehabilitationsbereich). Für diese komplexen und übergreifenden Themenbereiche wäre eine Zahl von drei Mitgliedern im Vergleich zu Berufen, die durch unterschiedliche Verbände vertreten werden, sinnvoll.

§139k Haushalt/Finanzierung:

Leider macht der Entwurf keine klaren Aussagen zur Finanzierung.

Das Vorhaben steht und fällt mit einer abgesicherten langfristigen Finanzierung. Hierzu fehlen jegliche Aussagen.

Leider ist aus dem umfangreichen Text keine nachvollziehbare Finanzierung erkennbar.

Für die Einnahmenseite fehlt eine konkrete Beschreibung.

Sicher zu stellen ist auch, dass die Arbeitsaufwendungen insbesondere der Arbeitsgruppen, innerhalb der Gremien und Experteneinbezug nicht zu finanziellen Lasten der Mitglieder führen darf.

Die Mitglieder des Kuratoriums haben eine extrem unterschiedliche finanzielle Ausstattung. Entscheidend dabei ist, dass einzelne Mitglieder durch Pflichtmitgliedschaften und gesetzliche Versichertenbeiträge die Erfüllung dieser neuen Aufgabe problemlos leisten können.

Pflege nimmt zwar eine gesellschaftlich wichtige und unersetzbare Aufgabe für den Gesetzgeber war, erhält aber hierfür keine Finanzierungsgrundlage.

Dies wird zunehmend durch den Beitrag, den Pflege bei den bereits bestehenden Qualitätsentwicklungen leistet, deutlich.

Wir verweisen daher auf die Dringlichkeit einer ausgewogenen Finanzierung, die eine Gleichberechtigung der Partner in der Sache ermöglicht deutlich hin.

Kritisch ist sicher die Budgetabhängigkeit vom Bundeshaushalt und damit der Leistungsfähigkeit und Neutralität einer solch neu zugründenden bundespolitischen Einrichtung.

Deutscher Pflegerat

Wiesbaden/Göttingen
20. Juni 2003
