

**Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e.V. (DPR) zum  
Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit  
Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der  
Gesundheitsversorgung und Pflege  
(Versorgungsverbesserungsgesetz – GPVG)**

Stand 06.08.2020

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 Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Versorgungsverbesserungsgesetz – GPVG).

Der Referentenentwurf regelt u.a. die Schaffung von 20.000 Stellen für Pflegehilfskräfte in Pflegeheimen. Es handelt sich dabei ggf. um Menschen ohne jegliche pflegerische Qualifikation, die diese dann binnen zwei Jahren nachweislich zu erwerben haben. Dieses Vorhaben wird als ‚erster Umsetzungsschritt‘ zur neuen, wissenschaftlich begründeten Personalbemessung bezeichnet und soll ab 01.01.2021 gelten.

Der DPR begrüßt ausdrücklich, dass dieser Stellenzuwachs eine finanzielle Zusatzbelastung der Bewohnerinnen und Bewohner ausschließt, da die Stellen vollständig von der Pflegeversicherung finanziert werden. Positiv ist zudem, dass die zusätzlichen Stellen nach Pflegegraden differenziert werden.

Seit Langem ist bekannt, dass die Rahmenbedingungen des pflegerischen Arbeitens bezogen auf die Stellenausstattung und vielerorts auch auf die Gehaltsstrukturen, für Pflegende in stationären Einrichtungen der Langzeitpflege völlig unzureichend sind und schon jetzt die Sicherstellung der Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf in zunehmendem Maß gefährdet ist. Die Folge des nicht erst in der Corona-Situation zum Teil weit über die physischen und auch psychischen Kräfte der Pflegenden hinausgehenden Einsatzes, sind zunehmende Krankheitsausfälle wie auch der Berufsausstieg, insbesondere von Pflegefachpersonen. Die sich dadurch weiter verschlechternde und zum Teil dramatische Personalsituation lässt sich mangels arbeitssuchender Pflegefachpersonen kaum bis nicht ausgleichen.

Der sich abzeichnenden Katastrophe in der stationären Langzeitpflege muss seitens des verantwortlichen Gesetzgebers schnellstmöglich etwas entgegengesetzt werden, das die Situation für die Pflegenden nachvollziehbar verbessert.

Es ist deshalb dringend geboten, diesem Gesetz kurzfristig folgend, das nach § 113c SGB XI entwickelte Verfahren zur einheitlichen Personalbemessung in einen überschaubaren - sich nicht über Jahre hinziehenden – und für die in den Einrichtungen tätigen Pflegenden auch spürbaren Umsetzungsprozess zu bringen. Insbesondere ist dies im Hinblick auf die

bestehende und durch nichts zu begründende, ungleiche Stellenbemessung zwischen den Bundesländern wichtig, die nur damit behoben werden kann.

Die in Artikel 3 als erster Schritt dieses Prozesses gedachte Stellenaufstockung im Bereich der Pflegehilfskräfte greift allerdings auch als erster Schritt deutlich zu kurz.

Durch zusätzlich höchstens 4,2 min pro Tag (24 Std.)<sup>1</sup> bei zu versorgenden Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2 und 9,5 min mit Pflegegrad 5 werden die Pflegefachkräfte in keiner Weise für die Erbringung ihrer eigentlichen Aufgaben entlastet, zumal sie die unqualifizierten neuen Pflegehilfskräfte noch anzuleiten und zu überwachen haben. Außerdem wird bei einem Stellenzuwachs von durchschnittlich knapp einer Stelle gerechnet über alle Einrichtungen in Deutschland, oder auch 2,5 Stellen bei einer Einrichtung mit 100 Bewohnerinnen, niemand im Beruf verbleiben, der ihn aufgrund des Arbeitsdrucks eigentlich verlassen will. Auch wird niemand deshalb in den Beruf zurückkehren. Ebenso erscheint es unwahrscheinlich, dass die im Rahmen der KAP angestrebte Erhöhung von Teilzeit-Stellen in Vollzeit-Stellen durch diese Regelung gelingt.

Mit Blick auf die geplanten Regelungen ist die Stellenaufstockung aus Sicht des DPR mindestens zu verdoppeln, wobei die Zuordnung zu Pflegegrad 1 zu vernachlässigen ist.

Überdies muss sichergestellt sein, dass es keine bürokratischen Hürden seitens der zuständigen Kostenträger gibt, wie beim Stellenförderprogramm für ‚Pflegefachkräfte‘. Diese Hürden haben dazu beigetragen, dass das gut gemeinte Programm – wie von uns vorausgesagt – sein Ziel verfehlt hat und bisher weniger als 3.000 der 13.000 Stellen besetzt werden konnten. Wenn letzteres auch bei diesem Programm eintritt, wird es nicht greifen.

Darüber hinaus sind zu diesem Teil des Gesetzesentwurfs aus unserer Sicht noch weitere Fragen offen und es besteht Nachbesserungsbedarf. So muss bezüglich der binnen zwei Jahren nachzuweisenden Qualifizierung der neu eingestellten Pflegehilfskräfte nach QN 1 als Ziel definiert sein, dass diese überwiegend eine Ausbildung zur Pflegeassistenz nach Landesrecht hin zu QN 3 sein soll. Davon abweichende Qualifizierungsmaßnahmen hin zu QN 2 sind vom nachzuweisenden Stundenumfang nach Theorie und Praxis hier festzulegen und sind spätestens nach einem Jahr nachweislich abzuschließen.

Zu den Regelungen im Einzelnen:

## **Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

### **Nummer 3 § 140a**

Artikel 1 Nr. 3 des Gesetzesentwurfs sieht Änderungen des § 140a SGB V vor. Demnach – so die Gesetzesbegründung – sollen die bestehenden engen Grenzen zur besonderen Versorgung erweitert und Vernetzungen über die gesetzliche Krankenversicherung hinaus erlaubt werden. Zugleich sollen regionale Besonderheiten stärkere Beachtung finden. Diese Änderungen werden ausdrücklich begrüßt, dies gilt insbesondere angesichts regional variierender Altersstrukturen der Bevölkerung, unterschiedlicher altersmedizinischer Versorgungsbedarfe und den sich daraus ergebenden Erfordernissen etwa zur Gewährleistung einer wohnortnahen geriatrispezifischen Versorgung auch in strukturschwachen Regionen. In diesem Sinne wird auch die Förderung von Versorgungsinnovationen durch die Möglichkeit für die Krankenkassen zur freiwilligen Weiterführung von durch den Innovationsausschuss geförderten Projekten vom DPR begrüßt.

Zur unmissverständlichen Präzisierung des vorliegenden Gesetzesentwurfs werden folgende Ergänzungen vorgeschlagen:

---

<sup>1</sup> Berechnet auf der Grundlage von 1.600 Stunden Jahresnettoarbeitszeit pro Vollzeitstelle.

c) aa) Nach Nummer 3 werden die folgenden Nummern 3a und 3b eingefügt:

3a. ~~andere Sozialleistungsträger~~ **Sozialleistungsträgern im Sinne des § 12 des SGB I** und den nach für diese Träger geltenden Bestimmungen zur Versorgung berechtigten Leistungserbringern,

3b. ...(unverändert)...

bb) In Nummer 7 werden nach den Wörtern „Kassenärztliche Vereinigungen“ die Wörter „oder anderen Berufs- und Interessenverbänden der Leistungserbringer nach Nummer 1 **oder deren Zusammenschlüssen**“ eingefügt und der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.

Durch den Verweis auf § 12 SGB I in Nummer 3a soll klargestellt werden, welche eindeutig benannten Körperschaften, Anstalten und Behörden (nicht unbestimmte „andere“) in ihrer Funktion als Leistungsträger für die Sozialleistungen zuständig sind.

Die zusätzliche Berücksichtigung von Zusammenschlüssen von Berufs- und Interessenverbänden der Leistungserbringer soll gewährleisten, dass innerhalb der mit den Krankenkassen abzuschließenden Verträgen im Sinne der angestrebten stärkeren Vernetzung der sektorenübergreifenden Versorgung möglichst differenzierte Konstellationen auf Seiten der Leistungserbringer als Vertragspartner befähigt werden.

## **Artikel 2 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes**

### **Nummer 1**

#### **§ 4 Absatz 10 neu**

Die im Referentenentwurf gewählte Formulierung bezüglich der ausgebildeten Hebammen schließt lediglich Hebammen nach neurechtlicher Ausbildung ein. Hebammen, die nach altrechtlicher Ausbildung ihre Berufserlaubnis erlangt haben, wären damit von der Refinanzierung ausgeschlossen.

Die Entlastung der Hebammen muss sich auf fachfremde Tätigkeiten beziehen. Hier werden Dokumentations- und Versorgungsassistenten benötigt. Ausgebildete Pflegefachkräfte sind hierfür überqualifiziert und sollten hinsichtlich des eigenen Personalmangels priorisiert in anderen Bereichen eingesetzt werden. Darüber hinaus ist die Refinanzierung von Pflegefachkräften bereits über das PpSG gesetzlich geregelt.

Des Weiteren wird in den geburtshilflichen Abteilungen eine schrittweise Stellenaufstockung benötigt, bis eine 1:1 Betreuung umgesetzt ist. Dazu ist eine vorhaltende Personalplanung erforderlich, die auf die Auslastungsspitzen der Geburtshilfe ausgerichtet ist, und die perspektivisch eine 1:1 Betreuung jeder gebärenden Frau gewährleistet.

Die Förderung von assistierenden Personalstellen von bis zu 10% der in Vollzeitstellen umgerechneten Gesamtzahl der zum 1. Januar 2020 beschäftigten Hebammen ist zu niedrig angesetzt und muss deutlich aufgestockt werden, um die Arbeitssituation spürbar zu verbessern.

Änderungsvorschläge zu § 4 Absatz 10:

Die bei der Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von ausgebildeten Hebammen mit einer Berufserlaubnis nach § 5 Absatz 2 des Hebammengesetzes **sowie nach dem Hebammengesetz in der bis zum 31. Dezember 2019 geltenden Fassung** in der Versorgung von Schwangeren in Krankenhäusern zusätzlich entstehenden Personalkosten werden für die Jahre 2021, 2022 und 2023 ~~bis zu einem Umfang von 0,5 Vollzeitstellen pro 500 Geburten in einem Krankenhaus~~ finanziert, **bis eine 1:1 Betreuungsrelation von**

**Hebammen zu Gebärenden erreicht ist.** Die Anzahl der Geburten wird einmalig auf Grundlage des Durchschnitts an Geburten in den Jahren 2017 bis 2019 in dem jeweiligen Krankenhaus festgelegt. Zur Entlastung von Hebammen können zusätzliche Personalstellen für assistierendes ~~medizinisches Fach~~Personal für Abteilungen der Geburtshilfe in den Jahren 2021, 2022 und 2023 finanziert werden, wobei die Gesamtzahl der geförderten assistierenden Personalstellen auf ~~bis zu 10 Prozent~~ 25 Prozent der in Vollzeitkräften umgerechneten Gesamtzahl der zum jeweils 1. Januar ~~2020~~ **des Vorjahres** tätigen nichtselbstständigen und selbstständigen Hebammen in der Versorgung von Schwangeren begrenzt ist.

Zum assistierenden ~~medizinischen Fach~~Personal zählen:

1. medizinische Fachangestellte, die eine Ausbildung nach der Verordnung über die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten/zur Medizinischen Fachangestellten vom 26. April 2006 (BGBl. I S. 1097) abgeschlossen haben oder eine Qualifikation vorweisen, die dieser entspricht,
2. ~~Pflegfachkräfte, denen die Erlaubnis zum Führen einer Berufsbezeichnung nach dem Krankenpflegegesetz, dem Altenpflegegesetz oder dem Pflegeberufgesetz erteilt wurde~~ Fachangestellte, die eine Ausbildung im Fachbereich medizinische Dokumentation nach der Verordnung über die Berufsausbildung zum Fachangestellten für Medien- und Informationsdienste/zur Fachangestellten für Medien- und Informationsdienste vom 15. März 2000 (BGBl. I S. 222), als medizinische/r Dokumentar/in oder medizinische/r Dokumentationsassistent/in abgeschlossen haben, oder eine Qualifikation vorweisen, die dieser entspricht.

#### **Nummer 2 § 9 Absatz 1a Nummer 6**

Die Änderung von § 9 Absatz 1a des Krankenhausentgeltgesetzes sieht den Einbezug der Kinder- und Jugendmedizin in die pauschale Förderung für ländliche Krankenhäuser vor. Hierzu wird für das Jahr 2020 eine Ausnahme geschaffen, damit die von den Vertragsparteien auf Bundesebene zu erstellende Liste von Krankenhäusern, welche die Vorgaben des G-BA für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen erfüllen und eine pauschale Förderung in Höhe von 400.000 Euro erhalten, noch im Jahr 2020 um Kinderkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin erweitert werden kann. Ziel dieser Änderung soll die Stärkung der wohnortnahen medizinischen Versorgung für Kinder und Jugendliche in ländlichen Regionen sein. Der DPR begrüßt diese Regelung.

Die medizinische Versorgung betagter und hochbetagter Patient/innen insbesondere in strukturschwachen Regionen weist besondere Herausforderungen auf; ähnlich den Ausführungen in der Gesetzesbegründung.

Neben den – mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf angestrebten und zu begrüßenden – Bemühungen um eine stärkere Vernetzung und sektorenübergreifende Versorgung sieht sich die Geriatrie in jüngerer Vergangenheit dabei mit einem potenziellen Risiko der Unterfinanzierung konfrontiert: Von der Finanzierung der Pflegepersonalkosten über eine fallpauschalenunabhängige und krankenhausesindividuelle Vergütung seit 2020 ist die Geriatrie stärker betroffen als andere medizinische Disziplinen. Im Vergleich zu anderen medizinischen Fachbereichen sind die bestehenden geriatricspezifischen DRGs durch einen hohen Pflegepersonalkostenanteil in Höhe von durchschnittlich etwa 30 % gekennzeichnet, d. h. die Vergütung im Krankenhaus erbrachter Leistungen erfolgt nicht ausschließlich über eine DRG pro Fall, sondern über eine „Rumpf-DRG“ (ohne Pflegepersonalkosten) und ein tagesbezogenes krankenhausesindividuelles Entgelt zur Finanzierung der Pflegepersonalkosten. Geriatricspezifische DRGs bestehen auch im aG-DRG-Katalog 2020 fort, dennoch ist nicht auszuschließen, dass die Anzahl der zu kodierenden

geriatriespezifischen Fallpauschalen zukünftig abnimmt und diese Reduktion womöglich bis zu einem vollständigen Verschwinden geriatriespezifischer DRGs aus dem aG-DRG-System führt.

Dabei macht die Corona-/COVID-19-Pandemie derzeit in besonderem Maß deutlich, welche Herausforderungen mit der Versorgung geriatrischer Patient/innen einhergehen. Betagte und hochbetagte Patient/innen stellen die größte Gruppe der COVID-19-Patienten dar. Insbesondere geriatrische Patient/innen, die eine COVID-19-Infektion ggf. sogar mit intensivmedizinischer Unterstützung überwunden haben, benötigen vor dem Hintergrund der regelhaft verlängerten Rekonvaleszenzphasen und ohnehin bestehender komplexer Behandlungsbedarfe sowie der multimorbiden gesundheitlichen Belastungen eine abgestimmte Weiter- bzw. Nachbehandlung. Nicht nur diese aktuellen Entwicklungen belegen somit die Notwendigkeit, der vollstationären und der nichtvollstationären Versorgung betagter und hochbetagter Patient/innen und ihrer stärkeren sektorenübergreifenden Vernetzung eine gesundheits- und versorgungspolitisch höhere Bedeutung zukommen zu lassen. Dazu ist u.a. auch zukünftig eine ausreichende wirtschaftliche Basis für die Geriatrien sicherzustellen, unabhängig ob sich diese in einem Ballungsraum oder einem ländlich geprägten, dünn besiedelten Gebiet befinden. Gegebenenfalls muss über eine vergleichbare Förderung der Geriatrien wie jetzt im Gesetzentwurf für die Kinder- und Jugendmedizin vorgesehen ist, nachgedacht werden.

### **Artikel 3 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch**

#### **Nummer 1**

#### **§ 8 Absatz 6a**

Der DPR begrüßt, dass zur Umsetzung der Einführung des nach § 113c SGB XI entwickelten und erprobten strukturierten, empirisch abgesicherten und validen Verfahrens für die Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen ein erster Schritt auf den Weg gebracht wird, der nicht zu Lasten der zu versorgenden Pflegebedürftigen geht.

#### **Zu Satz 2**

Der DPR begrüßt zudem, dass bei den Regelungen in Satz 2 die landesrechtlich geregelten Assistenz- und Helferausbildungen und damit das QN 3 der neu einzustellenden Pflegehilfskräfte im Fokus sind. Die weiteren Aussagen zu einer anderen erfolgreich zu durchlaufenden Qualifizierungsmaßnahme hin zu QN 2 bedürfen aber der fachlichen Präzisierung, und die Nachweiszeiträume sind zu differenzieren.

Der DPR schlägt folgende Formulierung des Absatz 6a Satz 2 vor:

***Für den Fall, dass die vollstationäre Pflegeeinrichtung eine zusätzliche Pflegehilfskraft ohne abgeschlossene landesrechtlich geregelte Assistenz- oder Helferausbildung in der Pflege oder ohne sonstige nach QN 2 anerkannte abgeschlossene Qualifizierungsmaßnahme eingestellt hat, muss die vollstationäre Pflegeeinrichtung sicherstellen, dass die Pflegehilfskraft eine Qualifizierungsmaßnahme im Rahmen einer landesrechtlich geregelten Assistenz- oder Helferausbildung in der Pflege innerhalb von zwei Jahren (bei zweijährigen Ausbildungen innerhalb von 3 Jahren) erfolgreich durchläuft, im Fall einer sonstigen nach QN 2 anerkannten Qualifizierungsmaßnahme nach einem Jahr.***

Zu Satz 3

Angesichts der vielerorts die Sicherheit der Versorgung der Pflegebedürftigen gefährdenden gegebenen Rahmenbedingungen in den stationären Einrichtungen ist der Stellenzuwachs an Pflegehilfskräften auch als erster Schritt zu gering.

Der DPR hält **mindestens** folgende Regelung für erforderlich und schlägt folgende Formulierung des Absatz 6a Satz 2 vor:

***Der Anspruch auf einen Vergütungszuschlag ist unter entsprechender Anwendung des § 84 Absatz 2 Satz 5 und 6 begrenzt auf die tatsächlichen Aufwendungen für zusätzliche Pflegehilfskraftstellen in dem Umfang, der sich nach folgender Berechnung für die jeweilige Pflegeeinrichtung ergibt:***

- 1. 0,016 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1,***
- 2. 0,032 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2,***
- 3. 0,050 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 3,***
- 4. 0,064 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4 und***
- 5. 0,072 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 5.***

Zu Satz 4

Die jeweilige Belegung einer Einrichtung an einem festgelegten sich jährlich wiederholenden Termin als Grundlage der hier zu finanzierenden Pflegehilfskraftstellen erscheint auf den ersten Blick unproblematisch und bürokratiemindernd.

Beim näheren Hinsehen gibt es aber zwei Punkte, die zu berücksichtigen sind:

1. Die Belegung nach Anzahl und Pflegegrad jedes einzelnen Tages unterliegt vielen verschiedenen Einflüssen, wie z. B.
  - ausstehenden beantragten Begutachtungen zur Festlegung des Pflegegrades oder
  - aktuellem Freiwerden von Plätzen durch Versterben von Pflegebedürftigen und Neubelegung erst in den folgenden Tagen.

***Der DPR schlägt vor, als Bemessungsgrundlage nicht ein festes Datum, sondern die durchschnittliche Belegung eines definierten Zeitraums von 3 Monaten festzulegen.***

2. Die Zeiträume einer bestehenden epidemischen Lage von nationaler Tragweite mit von den Einrichtungen nicht zu beeinflussenden Auswirkungen auf die Belegungssituation dürfen die zusätzlich Stellenbemessung nicht reduzieren.

***Der DPR schlägt vor, zwischen Satz 4 und Satz 5 einen Satz mit einer diesbezüglichen von Satz 4 abweichenden Regelung zu definieren.***

Zu Satz 5 und 6

Bezüglich der Anwendung von **§ 8 Absatz 6 Satz 8 bis 10** ist sicherzustellen, dass das Antrags- und Nachweisverfahren nach Satz 8 zügig und so geregelt wird, dass die Umsetzung für die Einrichtungen nicht an den einleitend für die 13.000 Pflegefachkraftstellen beschriebenen bürokratischen Hürden scheitert.

## **Nummer 3**

### **§ 18 Absatz 6a Satz 5**

Die Aufhebung der Befristung, wonach die Erforderlichkeit der vom beauftragten Gutachter empfohlenen Hilfsmittel keiner ärztlichen Verordnung bedarf, ist begrüßenswert. Der Gesetzesbegründung ist zu entnehmen, dass sich diese Verfahrensvereinfachung und Entbürokratisierung in der Praxis bewährt und zu einer effizienteren Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln geführt hat.

Dieser Befund bestätigt die Position des DPR, wonach die Verordnung von Hilfsmitteln durch sachkundige Pflegefachpersonen nicht nur effizienter und unbürokratischer erfolgt, sondern auch eine qualitativ gute Hilfsmittelausstattung gewährleistet.

Der DPR regt vor dem Hintergrund dieser Erfahrungen an, die Verordnungsfähigkeit auch von Pflegemitteln und zu bestimmenden Medikamenten durch entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen zu prüfen.

## **Nummer 4**

### **§ 150, a)**

Die Regelung, wonach der Entlastungsbetrag (§ 45b) noch nicht verbrauchter Leistungsbeträge aus dem Jahr 2019 noch bis zum 31. Dezember 2020 verwendet werden können, begrüßt der DPR. Er ermöglicht es ggf. nicht in Anspruch genommene Leistungen später zu nutzen.

### **§ 150 b) aa)**

Der DPR begrüßt, dass die aufgrund der pandemiebedingten Sonderregelung in Anspruch genommenen Arbeitstage mit Pflegeunterstützungsgeld (§ 150 Absatz 5d) nicht den regulären Anspruch (§ 44a Absatz 3) verkürzen.

## **Artikel 4 Änderung des Pflegezeitgesetzes**

### **§ 9a (neu)**

Der DPR begrüßt die Regelung, wonach eine kurzzeitige Arbeitsverhinderung während des Geltungszeitraums der Sonderregelungen aus Anlass der COVID-19-Pandemie nicht angerechnet wird. Sie erleichtert die Versorgungssituation von Menschen mit Pflegebedarf, die durch ihre Angehörigen (mit)versorgt werden.

Berlin, 26. August 2020

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](mailto:info@deutscher-pflegerat.de)  
[www.deutscher-pflegerat.de](http://www.deutscher-pflegerat.de)