



Wortprotokoll der 121. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 25. November 2020, 15:30 Uhr

als Kombination aus Präsenzsitzung
(Reichstagsgebäude, Großer Protokollsaal 2 M001)
und WebEx-Meeting

Vorsitz: Erwin Rüdell, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Tagesordnungspunkt

Seite 4

Antrag der Abgeordneten Harald Weinberg,
Susanne Ferschl, Matthias W. Birkwald, weiterer
Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Federführend:
Ausschuss für Gesundheit

**Jetzt bedarfsgerechte Personalbemessung in Kran-
kenhäusern einführen**

BT-Drucksache 19/17544

**Mitglieder des Ausschusses**

	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
CDU/CSU	Henke, Rudolf Hennrich, Michael Irlstorfer, Erich Kippels, Dr. Georg Krauß, Alexander Kühne, Dr. Roy Maag, Karin Monstadt, Dietrich Pilsinger, Stephan Riebsamen, Lothar Rüddel, Erwin Schmidtke, Dr. Claudia Sorge, Tino Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Brehmer, Heike Hauptmann, Mark Knoerig, Axel Lezius, Antje Nüßlein, Dr. Georg Pantel, Sylvia Schummer, Uwe Stracke, Stephan Tiemann, Dr. Dietlind Weiß (Emmendingen), Peter Zimmer, Dr. Matthias
SPD	Baehrens, Heike Dittmar, Sabine Franke, Dr. Edgar Heidenblut, Dirk Mattheis, Hilde Moll, Claudia Müller, Bettina Stamm-Fibich, Martina Völlers, Marja-Liisa	Bahr, Ulrike Baradari, Nezhahat Bas, Bärbel Freese, Ulrich Katzmarek, Gabriele Steffen, Sonja Amalie Tack, Kerstin Westphal, Bernd Ziegler, Dagmar
AfD	Podolay, Paul Viktor Schlund, Dr. Robby Schneider, Jörg Spangenberg, Detlev Witt, Uwe	Braun, Jürgen Gehrke, Dr. Axel Oehme, Ulrich Wildberg, Dr. Heiko Wirth, Dr. Christian
FDP	Aschenberg-Dugnus, Christine Helling-Plahr, Katrin Schinnenburg, Dr. Wieland Ullmann, Dr. Andrew Westig, Nicole	Alt, Renata Kober, Pascal Nölke, Matthias Theurer, Michael Willkomm, Katharina
DIE LINKE.	Gabelmann, Sylvia Kessler, Dr. Achim Weinberg, Harald Zimmermann, Pia	Krellmann, Jutta Movassat, Niema Schreiber, Eva-Maria Wagner, Andreas
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Dahmen, Dr. Janosch Kappert-Gonther, Dr. Kirsten Klein-Schmeink, Maria Schulz-Asche, Kordula	Hoffmann, Dr. Bettina Kurth, Markus Rottmann, Dr. Manuela Rüffer, Corinna



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



Beginn der Sitzung: 15:30 Uhr

Vor Eintritt in die Tagesordnung

Vorsitzender **Erwin Rüdell** (CDU/CSU): Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Sachverständige, ich darf unsere 121. Sitzung des Gesundheitsausschusses eröffnen. Ich begrüße Sie alle herzlich zu unserer zweiten Anhörung heute hier in diesem repräsentativen Saal, die auch wieder in einer Mischung aus Präsenzsitzung und Online-Meeting durchgeführt wird. Ich bitte alle Teilnehmer, die nicht hier im Raum sind, sich über Webex anzumelden, damit wir erkennen können, wer uns online begleitet, und bitte schalten Sie Ihre Mikrofone stumm. Wir beschäftigen uns heute mit einem Antrag der Fraktion DIE LINKE. „Jetzt bedarfsgerechte Personalbemessung in Krankenhäusern einführen“. Die Fraktion DIE LINKE. begrüßt das von der Gewerkschaft ver.di, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Deutschen Pflegerat gemeinsam entwickelte und erprobte Instrument zur Bemessung des Pflegepersonalbedarfs in Krankenhäusern (PPR 2.0) [Pflegepersonal-Regelung] und fordert die Bundesregierung auf, die gesetzlichen Grundlagen für die Einführung zu schaffen. Gesetz und Verordnung sollen sich an den Eckpunkten zur Umsetzung der PPR 2.0 ausrichten. Besonders sei zu beachten die Sicherstellung der vollständigen Refinanzierung der Pflegepersonalkosten. Soweit hierzu. Ich freue mich auf Fragen und Antworten. Bevor wir beginnen, noch einige Hinweise zum Ablauf. Die Anhörung dauert 60 Minuten. Die Fraktionen werden ihre Fragen abwechselnd in einer festen Reihenfolge an die Sachverständigen richten. Die Reihenfolge richtet sich nach der Stärke der Fraktionen, immer eine Frage an einen Sachverständigen. Ich darf darum bitten, die einzelnen Wortbeiträge möglichst kurz zu halten, damit viele Fragen gestellt werden können und viele Sachverständige zu Wort kommen. Frage- und Antwortzeit sind begrenzt auf drei Minuten. Nach 60 Minuten werde ich die Anhörung schließen. Ich bitte die aufgerufenen Sachverständigen bei der Beantwortung der Frage ihr Mikrofon einzuschalten und sich mit Namen und ihrem Verband vorzustellen. Das erleichtert zum einen die Protokollierung der Anhörung. Zum anderen können die Zuschauerinnen und Zuschauer die Sachverständigen den jeweiligen Verbänden bezie-

ungsweise Institutionen zuordnen. Den Sachverständigen, die eine schriftliche Stellungnahme abgegeben haben, danke ich an dieser Stelle ganz herzlich. Des Weiteren sind alle Anwesenden gebeten, ihre Mobilfunktelefone auszuschalten. Ein Klingeln kostet fünf Euro für einen guten Zweck. Ich weise noch darauf hin, dass die Anhörung digital aufgezeichnet und zeitversetzt im Parlamentsfernsehen übertragen wird. Außerdem können Sie die Anhörung in der Mediathek des Deutschen Bundestages abrufen. Das Wortprotokoll der Anhörung wird auf der Internetseite des Ausschusses veröffentlicht. Soweit die Einführung, und die erste Frage stellt Herr Weinberg.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Meine erste Frage geht an ver.di. Zu diesem Antrag sind beim Gesundheitsausschuss über 70 Stellungnahmen von Interessensvertretungen und Pflegekräften aus Krankenhäusern eingegangen. Können Sie uns einen Einblick geben, wie denn gerade unter den Corona-Bedingungen die Stimmung in den Krankenhäusern, bezogen auf die Personalsituation und die Einführung einer gesetzlichen Personalbemessung, ist?

Sve **Grit Genster** (ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft): Gerade jetzt in der Pandemie sind die Pflegekräfte in den Krankenhäusern extrem gefordert. Sie arbeiten unter schwierigsten Bedingungen und gehen vielfach über ihre eigenen Grenzen hinaus, um den Patientinnen und Patienten zu helfen. Sie bringen vollen Einsatz, aber sie erwarten jetzt auch die politische Weichenstellung, dass sich ihre Situation perspektivisch grundlegend ändert. Einerseits ist jetzt natürlich Ausnahmesituation in der Pandemie, aber es ist auch klar, der Personalnotstand war vorher schon da. Das Personal ist auf Kante genäht und die Pandemie macht das besonders deutlich. Ein Ende der Pandemie ist noch nicht greifbar und die bisherigen Maßnahmen des Gesetzgebers bringen nicht die dringend erforderliche Entlastung in den Klinikalltag. Deshalb ist auch zur Frage der Stimmung die Frustration bei den Pflegebeschäftigten vielfach groß. Es braucht deshalb jetzt dringend wirksame Vorgaben und eine verbindliche Perspektive, dass die Personalunterbesetzung entschlossen angegangen wird durch den Gesetzgeber.



Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Ich richte die erste Frage an den ESV Prof. Dr. Wasem. Wie beurteilen Sie die Forderung, die Pflegepersonaluntergrenzen (PPUGs) abzuschaffen und durch das Instrument einer PPR 2.0 zu ersetzen?

ESV **Prof. Dr. Jürgen Wasem**: Lassen Sie mich zunächst einmal betonen, dass ich es wirklich wichtig finde, dass der Ausschuss heute diese Anhörung durchführt. Denn das Thema einer ausreichenden Personalausstattung in den Krankenhäusern ist, da hat Frau Genster völlig recht, egal ob Corona oder nicht, ein ganz zentrales Thema. Nicht zufällig hat sich der Gesetzgeber damit ja auch schon mehrfach beschäftigt. Ich denke auch, es lohnt sich dem Thema der PPR 2.0 im Speziellen zuzuwenden. Das ist ja nicht selbstverständlich, dass sich die Akteure DKG, DPR und ver.di auf ein gemeinsames Instrument, was sie Ihnen vorschlagen, verständigt haben. Ich finde das als Wissenschaftler immer gut, wenn man nicht Dinge als in Stein gemeißelt betrachtet und sich auch Alternativen betrachtet. Ein Instrument, was aus der Konzertierte(n) Aktion Pflege (KAP) rausgekommen ist, ist zunächst mal eins, dass man sich auf jeden Fall angucken sollte. Ich finde auch, dass es ein wirklich interessantes Instrument ist. Allerdings bin ich, und ich möchte das betonen, zum gegenwärtigen Zeitpunkt offen gestanden skeptisch, ob wir die geltenden Pflegepersonalregelungen abschaffen sollten, um an ihrer Stelle jetzt sozusagen zu beschließen, wir machen PPR 2.0. Ganz sicher wird man nicht das Instrument, so wie es jetzt vorgelegt worden ist, einfach nehmen können. Da gibt es eine ganze Reihe von Punkten, die man jetzt im Einzelnen besprechen könnte, wo einfach aus meiner Sicht noch Klärungsbedarf ist. Wo manche Sachen auch nicht ganz glücklich sind, andere noch nicht ganz klar sind. Ich finde, man kann das Instrument nicht einfach so jetzt nehmen. Es gibt einmal diese Einzelfragen, ich sage mal als Stichwort die Nachtschicht der Intensivstationen, kann man da vielleicht eine digitale Pflegedokumentation hinterlegen? Ich finde darüber hinaus aber auch, wenn ich das richtig sehe, dass das kein Instrument ist, was letztlich in einem verbindlichen Einsatz von Personal resultiert und auch keinen Sanktionsmechanismus vorsieht. Das kann man unterschiedlich sehen. Ich persönlich bekenne mich dazu, dass ich so einen Sanktionsmechanismus für sinnvoll halte. In gewisser Weise würde man, wenn ich das richtig

sehe, da dann sogar hinter den aktuellen Rechtsstand zurückfallen, was ich nicht gut finden würde. Von daher zusammenfassend, vielleicht mit einem Zitat aus dem Evaluationsbericht aus Halle „perspektivisch erscheint es lohnend, bei dem Einsatz solcher Assessmentverfahren bei der Personalbedarfsmessung nachzudenken“. Ich finde, ja, auf jeden Fall, aber jetzt, heute nicht.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Meine Frage geht an ver.di. Im Bereich der Langzeitpflege wird jetzt ein Pflegepersonalbemessungsinstrument eingeführt, das wissenschaftlich begründet ist. Wird die PPR 2.0 diesem Anspruch in gleichem Maße gerecht? Wie könnte ein Fahrplan für die Etablierung eines solchen wissenschaftlich fundierten Personalbemessungsinstrumentes aussehen? Was würde dabei aus Ihrer Sicht aus dem Personal und der PPUGs?

Sve **Grit Genster** (ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft): Die PPR 2.0 ist der erste Schritt einer Paketlösung auf die sich die Partner in der Konzertierte(n) Aktion Pflege verständigt haben. Bei der PPR 2.0 handelt es sich um ein Instrument, was sehr kurzfristig eingesetzt werden kann, was selbstverständlich, Herr Prof. Dr. Wasem hat gerade verschiedene Punkte angesprochen, eines Verständigungsprozesses bedarf, in welchem Rahmen dieses Interimsinstrument eingesetzt werden kann. Aber es ist unabdingbar, um kurzfristig Entlastung in die Krankenhauspflege zu bringen und in Stufen zu einer bedarfsgerechten Personalausstattung zu führen. Parallel dazu, Sie haben das pflegewissenschaftlich entwickelte Personalbemessungsinstrument in der Langzeitpflege angesprochen, ist es unabdingbar, dass jetzt der Auftrag erteilt wird zur Entwicklung und Erprobung eines weitergehenden Pflegepersonalbemessungsinstruments, weil wir genau aus dem SGB XI sehen, dass es mindestens drei Jahre braucht, bis so ein Instrument vorliegt. Um es dann nochmal zu implementieren, das braucht weitere Zeit. Diese wertvolle Zeit darf nicht nutzlos verstreichen. Deshalb sind diese zwei Schritte unbedingt erforderlich, erstens Interimsinstrument, zweitens Personalbemessungsinstrument was weitergeht, entwickelt und erprobt werden muss. Die PPUGs zielen nicht auf den Bedarf. Gleichzeitig muss es einen Prozess geben, in dem in Stufen die PPR 2.0 implementiert werden muss und in diesen Stufen einen Bedarf vollständig



deckt. Von ver.di könnten wir uns vorstellen, dass es einen Übergangszeitraum gibt, wo einerseits die PPUGs absolut rote Linien setzen, die eine Patientengefährdung ausschließen, die aber keinesfalls ein bedarfsbemessendes Instrument ersetzen können.

Abg. Detlev Spangenberg (AfD): Meine Frage geht an den ESV Dr. Wolz. Es geht hier um den Einsatz von ausländischem Pflegepersonal. Wie beurteilen Sie den viel beworbenen Ansatz des BMG, Pflegefachkräfte aus dem Ausland nach Deutschland zu holen, und den Nutzen der Deutschen Fachkräfte-Agentur (DeFa) bei der Umsetzung des Vorhabens? Wie sehen Sie die Stellungnahme dabei? Hat Ihre Einrichtung von den Leistungen der DeFa profitieren können? Falls ja, wie war der Qualifikationsstand der Pfleger und können Sie etwas zu deren Verweildauer und der Arbeitsweise in Ihrer Klinik sagen?

ESV Dr. Martin Wolz: Wir sind in Meißen ein kommunales Krankenhaus in einem Klinikverbund aus Teilkliniken. Der Verbund versuchte es mit spanischen Pflegekräften. Letztlich hat es nicht gut funktioniert. Es gab kulturelle Schwierigkeiten, es gab sprachliche Schwierigkeiten, auch die Qualifikation war nicht auf dem Level, wie wir das gewünscht hatten, sodass eigentlich nach kürzerer Zeit von den damals fünf angeworbenen spanischen Pflegekräften keine im Unternehmen gearbeitet hat. Ich denke, dass das sicherlich kurzfristige Lösungsansätze bieten kann. Allerdings sind die Erfahrungen im Pflegebereich, zumindest in dem, was ich überschaue, und das war ja die Frage, nicht so positiv, wie wir das beispielsweise bei den Ärzten haben, wo wir sehr gut mit ausländisch qualifizierten Ärzten hier zusammen arbeiten.

Abg. Rudolf Henke (CDU/CSU): Die Frage richtet sich an den ESV Prof. Dr. Wasem. Wir haben das neue Personalbemessungsinstrument PPR 2.0 an einigen Kliniken im Rahmen eines Pretest schon angewandt gesehen. Die Martin-Luther-Universität Halle/Wittenberg hat das begleitet. Sie haben eben schon einmal aus der Studie zitiert. Wie bewerten Sie diese Studie vor allem im Hinblick auf Aussagen zur Praktikabilität der PPR 2.0 im Alltag?

ESV Prof. Dr. Jürgen Wasem: Lassen Sie mich zunächst mal unterstreichen, was Sie in Ihrer Frage eher implizit gesagt haben, das Instrument hat einen Pretest durchlaufen. Das ist zunächst einmal eine gute Nachricht, denn der Gesetzgeber beschließt ja nun häufiger Sachen, die keinen Pretest durchlaufen haben. Wir sollten uns viel mehr angewöhnen, Dinge für die flächendeckende Implementation vorher zu testen. Andererseits muss man natürlich deutlich sagen, ein Pretest ist eben auch nur ein Pretest. Das Wort Pretest legt aber auch fest, dass es sich um einen Vorläufer für den eigentlich größeren Test, und damit ist wiederum nicht die flächendeckende Einführung gemeint, sondern eben ein Testen auf breiter Basis, handelt. Es gibt somit einen Pretest, der evaluiert worden ist. Bezüglich der Frage, die Sie konkret gestellt haben. Was sagt dieser Test oder die Auswertung dieses Tests zur Praktikabilität? Ich denke, es gibt ein sehr differenziertes Bild. Wenn man sich etwa die Frage nach dem Zeitaufwand anguckt, so sagen doch nur acht Prozent, dass sie voll und ganz der Aussage zustimmen würden, dass das ein zeitsparendes Instrument ist, dagegen ein Drittel der Befragten kann sich noch ein teils/teils abringen, und über ein Drittel ist dem gegenüber eher skeptisch. Auch bei weiteren Fragen wie zum Beispiel, ob die Patienten eindeutig und leicht zuzuordnen sind, ist es immer ein gemischtes Bild. Wobei man natürlich bei einem Teil der Fragen, das würde ich der Redlichkeit halber sagen, man natürlich davon ausgehen muss, das wird im Laufe der Zeit besser werden, weil wir Lerneffekte bekommen. Bei Lerneffekten, das wissen wir aus vielen Bereichen, werden dann Unklarheiten verschwinden. Das wird sozusagen im Use dann auch besser beurteilt werden. Ich würde aber zusammenfassend daraus sagen, die Einschätzungen, nach einem Pretest sollte man erst noch einen Test machen, würde ich aufrechterhalten. Deswegen denke ich, es ist wirklich zu früh, das jetzt sozusagen schon zu beschließen. Ich würde aber noch einen Satz anfügen wollen. Ich würde Frau Genster nachdrücklich auch Recht geben wollen. Auf mittlerer und längerer Sicht brauchen wir ein Instrument, das weiter geht als das, was wir heute haben. Das ist ja klar.

Abg. Prof. Dr. Andrew Ullmann (FDP): Meine Frage geht an die DKG. Die PPUGs wurden zu Beginn der Corona-Pandemie ausgesetzt, um die Versorgung aufrecht zu erhalten. Sehen Sie die Gefahr,



dass versorgungsrelevante Stationen in ländlichen Krankenhäusern mit Fachkräftemangel schließen müssen, weil die Personalschlüssel nach PPR 2.0 nicht eingehalten werden können?

Dr. med. Bernd Metzinger (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): Die Frage war, ob die PPR 2.0, die Aussetzung der PPUGs, tatsächlich dazu führen würde, dass wir sehen würden, dass die Patienten nicht ausreichend versorgt werden. Ich glaube darauf zielte die Frage ab. Nein, das sehen wir nicht, sondern wir sehen schon, dass die Aussetzung der PPUG's dazu geführt hat, dass wir etwas flexibler in der Allokation von Pflegepersonal sein konnten in den Krankenhäusern, das Pflegepersonal dort einzusetzen, wo es tatsächlich von Nöten war, also nicht dort, wo die PPUG das theoretisch vorgab. Deshalb halten wir es auch für sinnvoll, in der Situation in der wir uns jetzt wieder befinden, auch wiederum die PPUGs erneut auszusetzen, denn die Zahl der Patienten, die mit COVID-19 in Krankenhäuser gelangen, wächst natürlich noch eine ganze Zeit lang weiter an. Schon im Nachlauf dessen, dass die Infektionszahlen rasant gestiegen sind in den letzten Tagen und Wochen. Insofern ist mit einer Entspannung in den Krankenhäusern nicht zu rechnen. Wir werden wiederum das Personal so allokieren müssen, dass es dort eingesetzt wird, wo es gebraucht wird. Das ist häufig in den Covid-19-Bereichen, wo man eine Pflegekraft nicht eine ganze Schicht lang ohne Weiteres im Vollortnat der Schutzkleidung arbeiten lassen kann, sondern wo man auch entsprechende Pausen einrichten muss etc. Das Pflegepersonal dort einzusetzen ist wichtig. Deshalb müssten die PPUGs wieder ausgesetzt werden.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Meine Frage geht an den Deutschen Städtetag. Können Sie mir bitte die Gründe nennen, warum Sie jetzt den Antrag und damit den Vorschlag der DKG, des DPR und von ver.di zu PPR 2.0 unterstützen?

[Technische Probleme]

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Es wäre schon gut, wenn wir noch die Stellungnahme vom DST bekommen können. Die zweite Frage richtet sich an ver.di. Was würden Sie denjenigen sagen, die behaupten, eine Personalregelung und die Forderung

nach mehr Personal sei gut und schön, aber der Arbeitsmarkt sei leer gefegt, und man könne hier alles beschließen aber letztlich sei das nur ein Papiertiger?

SVe **Grit Genster** (ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft): Tatsächlich hören wir dieses Argument häufig, aber es ist so, dass das Potenzial der zusätzlich erforderlichen Pflegekräfte da ist. Wenn nichts passiert, verlassen täglich mehr Fachkräfte die Krankenpflege oder reduzieren ihre Arbeitszeit, weil sie schlicht sonst nicht gesund eine Vollzeitstelle durchhalten. Wir sehen, dass das Henne-Ei-Problem beim Fachkräftemangel in der Pflege durchbrochen werden muss. Das Potenzial ist da, das zeigt einerseits die Pflege-Comeback-Studie, die sagt, dass die Hälfte der ausgebildeten Pflegekräfte, die ihren Beruf verlassen haben, zurückkehren würde, wenn die Bedingungen stimmen. Die regelmäßige Befragung des DGB-Index Gute Arbeit zeigt auf der anderen Seite, was passiert, wenn nichts passiert. Dreiviertel der Befragten können sich unter den gegebenen Umständen nämlich nicht vorstellen, bis zur Rente im Beruf zu bleiben. Das heißt, wenn nichts passiert verschlimmert sich die Situation. Das Henne-Ei-Problem muss durchbrochen werden. Deshalb müssen sich die Bedingungen schnell, maßgeblich und mit einer verbindlichen Perspektive ändern, sonst bleibt das Fachkräftepotenzial ungenutzt. Aus unserer Sicht ist die beste Werbung für Pflegeberufe, wenn Auszubildende und Beschäftigte selbst ihren Beruf guten Gewissens weiterempfehlen können. Dafür müssen jetzt die richtigen Schritte gegangen werden.

SVe **Anja Patzki** (Deutscher Städtetag (DST)): Die Frage war, warum wir den Antrag der Linken unterstützen. Aus unserer Sicht sind die geltenden PPUGs nicht geeignet, dem Fachkräftemangel zu begegnen. Er wird sich weiter verschärfen. Sie bilden den tatsächlichen Bedarf in den Kliniken nicht ab. Es gelingt nicht die Standards an der qualitätsorientierten und qualitativ hochwertigen Versorgung abzubilden. Um das zu gewährleisten, und auch um das Pflegepersonal zu entlasten, sehen wir es als dringend notwendig an, ein bedarfsge-rechtes Pflegepersonalbemessungsinstrument einzuführen.



Abg. **Kordula Schulze-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Fragen gehen an den ESV Prof. Dr. Jahn. Inwieweit differenziert das Instrument PPR 2.0 die Personalbemessung nach Pflegefach- und Pflegehilfpersonal? Welchen Fortschritt sehen Sie hierbei gegenüber den PPUGs? Inwieweit wird durch die Kodifizierung von pflegerischen Leistungen in der PPR 2.0 auch die Digitalisierung der Pflege im Krankenhaus erleichtert?

ESV **Dr. Patrick Jahn**: Ich fange mit der Frage an, inwieweit die PPR 2.0 zwischen Pflegefach- und Pflegehilfpersonal differenziert. Die Differenzierung erfolgt nicht in dem Instrument, sondern sie muss in den Anwendungsvorschriften geregelt werden. Dazu gibt es auch Abstimmungen zwischen den Entwicklungspartnern DKG, ver.di und DPR. Bisher haben wir uns in den Anwendungsvorschriften an den Regelungen der PPUGs orientiert. Übrigens lässt sich über diese Anwendungsvorschriften auch der Grad der Erfüllung der Personalvorgaben aus der PPR 2.0 Untergrenzen definieren. Dann wird aber damit nicht nur die Frage der roten Linie beantwortet, sondern es können dann über den Grad der Erfüllung Fragen zur weitergehenden Perspektive beantwortet werden, wieviel Personal überhaupt notwendig ist für eine Einrichtung, sogar eigentlich wieviel Betreuungszeit für einen Patienten notwendig ist. Insofern ist das eine sehr zukunftsgerichtete Lösung. Zur Frage zur Kodifizierung und digitalen Ausleitung, das ist mit der PPR 2.0 möglich. Das wird aktuell mit der PPR auch schon gemacht. Alle gängigen KIS-Hersteller haben dafür Mapping-Lösungen. Man muss sich das so vorstellen, dass eine Pflegekraft eine bestimmte Leistung in dem Haussystem dokumentiert und im Hintergrund wird zugeleitet, in welche PPR Kategorie das fällt, dann wird die entsprechende Kategorie zugeordnet und ist automatisch ausleitbar. Das funktioniert auch für die weitergehenden Instrumente, weil die PPR 2.0 aktuell den Intensivbereich nicht regelt. Für den Intensivbereich haben wir den IMPULS, das funktioniert nach gleicher Systematik. Für die Kinder gibt es die Kinder-PPR. Da ist das Instrument auch zukunftsfähig.

Abg. **Kordula Schulze-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage geht an die ESVe Lemke. Welche Stärken schlummern aus Ihrer Sicht in der Pflege in den Krankenhäusern hier-

zulande? Welche Schwächen sehen Sie in der deutschen Krankenhauspflege im internationalen Vergleich?

ESVe **Andrea Lemke**: Ich würde sagen, die Stärke der Pflege in den deutschen Krankenhäusern ist die derzeitige duale Ausbildung. Sie ist zielorientiert. Wir verfügen über eine sehr, sehr gute Qualifikation, auch im Hinblick auf die bestehenden Fachweiterbildungsordnungen. Ich darf es ein bisschen in Anführungszeichen sagen, es ist Fluch und Segen zugleich, wir versorgen international die meisten Fälle pro Fachkraft. Die Stärke ist gleichzeitig auch die Schwäche. Im OECD-Vergleich sind wir bei der Personalausstattung auf den letzten Plätzen. Ein weiterer Nachteil ist, dass wir keine Kenntnis haben über den tatsächlichen Bedarf an Pflegekräften. Wir haben keine Detailkenntnis über die derzeitige Ausgangssituation. Somit ist schwer zu quantifizieren, was wir eigentlich benötigen. Das merken Sie auch daran, dass die Prognosen, die derzeit von unterschiedlichen Verbänden abgegeben werden, zwischen den Zahlen 50 000 und 150 000 schwanken, das heißt wir haben keine valide Ausgangsbasis, mit der wir zielorientiert den Bedarf festlegen können.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Meine Frage geht an den GKV-Spitzenverband. Wie sollte aus Ihrer Sicht ein Personalbemessungsinstrument für das Pflegepersonal im Krankenhaus ausgestaltet sein? Wie lange würde die Einführung nach Ihrer Einschätzung dauern? Was sollte bis dahin geschehen, um die Situation für das Pflegepersonal zu verbessern?

SVe **Dr. Mechthild Schmedders** (GKV-Spitzenverband (GKV)): Für uns ist ganz wichtig, dass ein Pflegepersonalbemessungsinstrument, das wir unterstützen, nicht zu mehr bürokratischem Aufwand auf Seiten der Pflegekräfte resultiert. Zudem muss so ein Instrument gleichermaßen anwendbar sein in allen Krankenhäusern. Das heißt, es erfordert ein hohes Maß an standardisierter Anwendung. Das sind zwei Kriterien, die aktuell die PPR 2.0 nicht erfüllen. Daher schlagen wir vor, dass man tatsächlich so ein Instrument entwickelt, das aufsetzt auf die Pflegeprozessdokumentation, vollständig digitalisiert funktioniert. Unseres Erachtens nach, könnte man so etwas, wenn ein Auftrag jetzt erfol-



gen würde, durch die einschlägigen Pflegewissenschaftler unseres Landes innerhalb von zwei Jahren entwickeln. Dann könnte man zu Beginn der nächsten Legislaturperiode das Instrument in einem Gesetz verankern, in Kraft treten lassen. Erste Erfahrungen könnten dann innerhalb von zwei Jahren gesammelt werden. Also von heute an gesehen könnte man das innerhalb von vier Jahren absolut tragfähig haben. Aktuell haben wir eine bedarfsunabhängige Selbstkostendeckungsregelung in der Pflege. Jede Pflegekraft im Krankenhaus wird bezahlt und vergütet. Deswegen ist aktuell gar nicht erkennbar, weshalb man jetzt ein Interimsinstrument implementieren müsste, da die Vergütung ungedeckt sichergestellt ist. Zudem haben wir die PPUGs als die schon angesprochene rote untere Linie, unterhalb der eine Versorgung nicht sinken sollte. Also interim wäre das, was wir aktuell haben, PPUGs und Selbstkostendeckung. Wir können mit einem professionellen Pflegepersonalbedarfsmessungsinstrument in der nächsten Legislaturperiode anschließen.

Abg. Dr. Georg Kippels (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband. Das Personalbemessungsinstrument PPR 2.0 sieht keine standardisierte digitale und aufwandsarme Pflegedokumentation vor. Welche Konsequenzen hätte dieses System in Hinblick auf den Bürokratieaufwand für die Pflegekräfte in den Kliniken?

Sve Dr. Mechthild Schmedders (GKV-Spitzenverband (GKV)): Aktuell ist die PPR im Vorschlag so angelegt, dass die Pflegekräfte bundesweit täglich circa 400 000 Einschätzungen vornehmen müssten. Da sehen wir ein großes Problem an zusätzlichem Aufwand. Das ist das, was ich vorhin sagte. Idealerweise wäre eine automatisierte Ableitung aus einer standardisierten professionellen Pflegeprozessdokumentation. Darüber hinaus würde die PPR 2.0 aktuell noch erheblichen Schulungsbedarf bedeuten, denn anders als die PPR wie wir sie kennen, wie sie in einigen Krankenhäusern nach wie vor angewendet wird, soll die PPR 2.0 als Budgetbemessungsinstrument dienen. Das heißt, Sie müssen sicherstellen können, dass Krankenhauhaus A das Instrument gleichermaßen anwendet wie Krankenhaus B. Zusätzlich enthält die PPR 2.0 eine oder mehrere Erweiterungen zur alten PPR. Unter anderem rekuriert die Stufe für schwerstpflegebedürftige Patienten auf dem Barthel-Index. Auch darin

sind nicht alle Pflegekräfte derzeit geschult. Wir müssten also erstmal sicherstellen, dass überall alle Pflegekräfte dieses Instrument bedienen könnten, und wie gesagt, wir haben dann erhebliche Aufwände in der täglichen Umsetzung.

Abg. Lothar Riebsamen (CDU/CSU): Meine Frage geht an den Verband Deutscher Privatkliniken. Sie führen in Ihrer Stellungnahme Schwachstellen bei der PPR 2.0 an. Erläutern Sie uns bitte, was Sie konkret damit meinen?

SV Thomas Bublitz (Bundesverband Deutscher Privatkliniken (BDPK)): Schwachstellen bei allen Personalbemessungssystemen sind, wie vorhin schon angeklungen, der administrative Aufwand. Das heißt, wir müssen durch Pflegekräfte dokumentieren. Das ist ein zusätzlicher bürokratischer Aufwand. Das wird in der derzeitigen Belastungssituation nicht gut gesehen. Zweites Thema ist, wenn die Personalbemessungssysteme scharf sein sollen, dann brauchen wir finanzielle Sanktionen. Diese Forderung wird üblicherweise erhoben. Das heißt, Krankenhäuser geraten relativ schnell zwischen die strategische Front von Krankenkassen, die mit der Überprüfung der Personalvorgaben auch eine Rechenkungskürzung einhergehen lassen wollen. Zweites Problem. Drittes Problem. Aus unserer Sicht brauchen Personalbemessungssysteme einheitliche Vorgaben. Frau Dr. Schmedders hat das gerade angesprochen. Was ist denn eigentlich gute und sichere Pflege? Um diese Frage drücken wir uns eigentlich bei all diesen Personalbemessungssystemen drum herum. Wir haben es auch nicht in der PPR 2.0 beantwortet. Wir fragen noch nicht mal Patienten, und wir fragen noch nicht mal Pflegekräfte, was denn gute Pflege sei. Wir berücksichtigen für diese Frage auch die Qualität des Handlungsergebnisses nicht. Was machen wir stattdessen? Wir legen ein Surrogat fest. Das heißt, wir fragen, wie viele Pflegekräfte wir im Moment im Einsatz haben und gehen davon aus, dass das gute und sichere Pflege wäre, legen noch ein bisschen etwas drauf, weil es besser sein muss, und dann glauben wir, wir hätten eine Personalvorgabe, die bedarfsgerecht wäre. Das halten wir tatsächlich für kritisch. Wir berücksichtigen auch nicht die Situation in den Kliniken. Zum Beispiel handelt es sich um einen Grund- und Regelversorger, eine Spezialklinik, wie alt sind die Patienten und welchen Unterstützungsbedarf haben die. Alles das lässt sich nicht wirklich gut in



solchen Systemen abbilden. Wir haben unterschiedliche Abläufe in den Kliniken, allein schon durch die bauliche Substanz und Wegezeiten, die Pflegekräfte zu den Patienten zurückzulegen haben. Wir berücksichtigen auch nicht wirklich die Arbeitsteilung zwischen examinierten Pflegefachkräften und Pflegehilfskräften, die sie entlasten, beispielsweise bei der Grundpflege, beim Bettenmachen, Speiserversorgung. Das heißt, wir laufen immer der Musik hinterher und versuchen irgendwo einheitliche Vorgaben an die Entwicklung anzupassen. Unter dem Strich hat die PPR 2.0 zwar den Vorteil, dass sie nicht mehr auf Stationsebene misst, sie hat aber gleichwohl den Nachteil, dass sie eben auch keine Fachkräfte produzieren kann. Das heißt, an der Frage des Fachkräftemangels hängen wir gleichermaßen fest, und dafür müssen wir in bessere Bedingungen investieren.

Abg. Sabine Dittmar (SPD): Meine Frage geht nochmal an den GKV-Spitzenverband. Sie sprechen sich in Ihrer Stellungnahme gegen die Abschaffung von PPUGs aus, weil diese sowohl den Patienten als auch die Mitarbeiter schützen würden. Bitte begründen Sie Ihre Aussage. Würden wir die PPUGs auch benötigen, wenn es ein funktionierendes Personalbemessungsinstrument gibt, mit dem eine bedarfsgerechte Pflege sichergestellt wird?

Sve Dr. Mechthild Schmedders (GKV-Spitzenverband (GKV)): Die PPUGs sind so entwickelt worden, dass sie eine Wirkung entfalten in den zehn bis 25 Prozent der Krankenhäuser, die den ungünstigsten Pflegepersonalschlüssel haben, Fachkräfte im Verhältnis zu den Patienten ergänzt um eine Pflegehilfskraftquote. Das heißt, in diesen Häusern soll ein Anreiz gesetzt werden, Personal aufzubauen beziehungsweise im Bereich der elektiven Fälle Fallzahlen herunterzufahren, damit es zu einem Mindestversorgungsschlüssel kommt. In diesem Sinne sorgen die Untergrenzen dafür, dass ein Mindestversorgungsniveau erreicht wird, auf diese Weise die Wahrscheinlichkeit, dass Patienten gefährdet werden, sinkt und gleichzeitig das Pflegepersonal vor einer extremen Überlastung geschützt wird. So ist die Idee. Wir haben für das Jahr 2019 erste Daten. Wir sehen nach wie vor, dass in den pflegesensitiven Bereichen, in denen im Jahr 2019 Untergrenzen galten, in zehn Prozent aller Schichten noch die Untergrenzen gerissen werden. Das heißt an dieser unteren Versorgungsqualitätslinie

haben wir noch einiges zu tun. Auch die neuen Zahlen aus diesem Jahr, wir haben gerade die Monate August und September ausgewertet für die Bereiche Intensivmedizin und Geriatrie, haben wir noch ein Unterschreiten in achteinhalb Prozent aller Schichten. Deswegen ist es in unseren Augen essentiell, dass wir an dem Konstrukt der Untergrenzen festhalten, auch aus Transparenzgründen, damit wir wissen, wie die Versorgungslage aussieht. Eine Pflegepersonalbedarfsbemessung ist gleichwohl notwendig. Aber das sind zwei verschiedene Instrumente mit zwei verschiedenen Aufgaben. Deshalb brauchen wir beides.

Abg. Paul Viktor Podolay (AfD): Meine Frage geht an den ESV Dr. Wolz. Wie stellt sich die durch unnötige Bürokratie hervorgerufene Arbeitsbelastung in Ihrer Einrichtung dar? Welche Maßnahmen müssten hier dringend ergriffen werden, um mehr Zeit für die Arbeit am Patienten zu haben?

ESV Dr. Martin Wolz: Die Bürokratie ist ein ganz wesentliches Thema und sie bindet Arbeitskraft. Das ist in allen Bereichen im Krankenhaus so und so auch in der Pflege. Viele Aspekte dazu sind von den Vorrednern schon angesprochen worden, die auch immer wieder in die Dokumentation des Pflegeaufwandes und auch in die Personalbemessung direkt münden. Wichtig ist es, zunächst erst einmal zu schauen, was notwendig ist. Grundsätzlich ist im Krankenhaus eine Dokumentation notwendig, essentiell und wichtig. Die Frage ist, in welchen Bereichen die Dokumentation auch zurückgefahren werden kann. Ich denke da an bestimmte Dinge, die zum Teil sehr ausufernden Vorgaben, die zum Beispiel im Rahmen des Aufnahme- und Entlassungsmanagement generiert wurden. Ich denke auch an bestimmte Dokumentationen, die letztlich nur dazu dienen, möglicherweise Regressforderungen, die durch den MDK gestellt werden, begegnen zu können, um bei einer Tiefenprüfung gewachsen zu sein. Ich denke aber auch an das Instrument der PKMS, also der Dokumentation von den Schwerstpflegefällen, die einen erheblichen bürokratischen Aufwand nach sich ziehen. Die Frage ist, wie man das ändern kann, also bestimmte Dinge kritisch zu prüfen, zurückzunehmen, zu entschlacken. Sicherlich wird uns die Digitalisierung, so wie wir es auch jetzt gerade bei dem Thema PPR 2.0 andiskutiert haben, helfen, wenn entsprechende digitale Instrumente zur Verfügung stehen, wo automatisiert



Dinge erfasst werden. Dazu nur kurz der Einwurf, dass auch die jetzigen Personaluntergrenzen einen erheblichen Dokumentations- und Verwaltungsaufwand erfordern, allerdings nicht in der Pflege. Das ist noch wichtig. Es ist also nicht so, dass das von ganz alleine läuft. Wichtig ist, die Überregulation ein Stück weit zu entschlacken, die Digitalisierung voranzubringen. Ein Thema, wo noch Kapazitäten da sind, ist die zentrale Erfassung von Gesundheitsdaten. Das geht von Medikamentenplänen über Pflegegrade und Ähnliches. Da ist der dringende Appell, weit über das hinauszugehen, was im Bisherigen auch in der Gesundheitsakte hinterlegt werden soll, sondern den Weg zu einer ePA zu gehen, die sicher geführt und sicher abrufbar ist, damit diese Doppel- und Dreifachdokumentationen vermieden werden können.

Abg. Karin Maag (CDU/CSU): Ich richte meine Frage an den GKV-Spitzenverband und will nochmal auf das Grundsätzliche zurück. Was ist die Aufgabe eines Pflegepersonalbemessungsinstrumentes im Krankenhaus? Welche Kriterien sollte ein solches Instrument grundsätzlich erfüllen?

Sve Dr. Mechthild Schmedders (GKV-Spitzenverband (GKV)): Das Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrument ist wirklich dazu da, herauszufinden, wie viele Pflegekräfte brauchen wir, um die Patienten optimal und bedarfsgerecht versorgen zu können. Das bedeutet in erster Linie auch, dass ich mit so einem Instrument abbilden können muss, in welchem Anteil ich Pflegefachkräfte benötige und wie viel an Aufgaben Pflegehilfskräfte oder andere Berufe übernehmen können. Daher ist es essentiell, dass ein Pflegebedarfsbemessungsinstrument darauf abstellt. Zudem sollte so ein Instrument an einer modernen Pflegeprozessdokumentation orientiert sein, um zu verhindern, dass es auf Seiten der Pflegekräfte zu zusätzlichen Dokumentationsaufwänden kommt. Wovon wir definitiv wegkommen müssen ist, dass Pflegekräfte mehrere Sachverhalte bei ein und demselben Patienten mehrfach dokumentieren müssen. Das ist heute noch der Fall. So ist auch aktuell nach wie vor die PPR 2.0 angelegt. Das muss ein modernes Instrument können. Das bedeutet, wir brauchen eine Verständigung auf eine einheitliche Terminologie. Das ist digital zu hinterlegen. Es muss einen Qualifikationsmix abbilden können, sodass eine automatisierte Ableitung des Pflegepersonalbedarfs möglich ist. Erst dann ist

auch konsequent, dieses Instrument einsetzbar, um einen Soll-Ist-Abgleich zu machen. Wir ermitteln erstmal anhand des Bedarfs der Patienten ein ideales Soll an Personal. In Anbetracht des Pflegepersonalmanagements, den wir alle beklagen, muss ich einen Soll-Ist-Abgleich ermöglichen und auch dann klären, was dann eigentlich passiert, wenn der Bedarf nicht gedeckt wird und diese ermittelte Größe an Pflegepersonal nicht erreicht wird.

Abg. Prof. Dr. Andrew Ullmann (FDP): Auch die nächste Frage geht an den GKV-Spitzenverband. Mit welchen Mehrkosten rechnen Sie bei der Einführung von PPR 2.0?

Sve Dr. Mechthild Schmedders (GKV-Spitzenverband (GKV)): Ich muss, wenn ich die Kosten quantifizieren möchte, mehrere Sachverhalte in den Blick nehmen. Das eine ist die reine Anwendung der PPR 2.0. Das heißt, ich habe Aufwände auf Seiten der Pflegekräfte in Zeit. Das zu quantifizieren fällt mir momentan schwer. Bei 400 000 Dokumentationen täglich wäre das die Bemessungsgrundlage, die man heranziehen müsste. Zusätzlich hätten wir die Aufwendungen für die Schulung der Pflegekräfte, damit genau das, was ich vorhin schon angesprochen habe, sichergestellt ist, dass die PPR 2.0, wenn sie denn käme, in allen Krankenhäusern gleichermaßen angewendet wird. Auch da besteht noch erheblicher Bedarf. Ich hatte vorhin schon angesprochen, etwa die Schulung in der Anwendung des Barthel-Index. Auch das ist noch nicht überall sichergestellt, müsste dann erfolgen und berücksichtigt werden. So einfach wie die Autoren des Instrumentes tun, dass man die sofort einführen könnte, ist es sicherlich nicht. Diese beiden Kostenblöcke wären zu betrachten.

Abg. Harald Weinberg (DIE LINKE.): Meine Frage richtet sich an das Aktionsbündnis Patientensicherheit. Sie haben sich bereits in den Anhörungen zu PPUG kritisch über dieses Instrument geäußert. Wie ordnen Sie die jetzige Diskussion über die PPR 2.0 in diesem Kontext insbesondere aus Sicht der Patientinnen und Patienten und deren Sicherheit ein?

Sve Dr. Ilona Köster-Steinebach (Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS)): Wir haben uns mehrfach sehr kritisch über die PPUGs geäußert. Grundsätzlich ist der Gedanke nachzuvollziehen, dass



man eine rote Linie einzieht, unter der man annimmt, dass eine sichere Patientenversorgung überhaupt nicht mehr möglich ist. Nichtsdestotrotz gehen wir bei der derzeitigen Logik der Festlegung der PPUGs davon aus, dass diese Funktion durch diese Art der Festlegung nicht erfüllt wird, auf jeden Fall nicht sicher nachweisbar erfüllt wird. Insofern haben wir uns immer dafür ausgesprochen, PPUGs in Relation auf den tatsächlich vorliegenden Pflegebedarf auf den jeweiligen Stationen festzulegen. Das ist bei den derzeitigen PPUGs auch nicht der Fall, da diese keine Erfassung des tatsächlichen Pflegebedarfs beinhalten. Vor diesem Hintergrund sehen wir die jetzige Diskussion als sehr wichtig und notwendig an, dass man sehr schnell zumindest auf eine gute Näherung des tatsächlichen Pflegebedarfs bei der Festlegung von PPUGs kommt, damit es nicht zu Patientengefährdungen aufgrund von Personalmangel in unbekanntem Umfang und unbekannter Schwere kommt. Nichtsdestotrotz sehen auch wir, dass die PPR 2.0, so wie sie jetzt vorgelegt ist, noch Weiterentwicklungsbedarf hat. Deshalb empfehlen wir auch sehr dringend, dass dem Antrag der Linken ein vierter Punkt hinzugefügt wird, nämlich dieses Instrument so schnell wie möglich zu evaluieren und inhaltlich weiterzuentwickeln. Die Zeit dafür ist reif. Ich kann mich erinnern, in Vorbereitung auf diese Anhörung habe ich unsere Stellungnahme aus dem Jahr 2018 nochmal nachverfolgt. Leider hat sich seitdem nicht wirklich etwas an der sehr problematischen Lage verbessert.

Abg. **Rudolf Henke** (CDU/CSU): Die Frage geht an die DKG. Nicht nur in Ihrer Stellungnahme für diese Anhörung kritisieren Sie die PPUGs. Deswegen bringt mich das zu einem Zitat aus Ihrer Stellungnahme, „Die PPR 2.0 bietet Gestaltungsspielraum, um mithilfe von Umsetzungsgraden und Korridorlösungen die Ausstattung mit Pflegepersonal am Bedarf auszurichten.“ Wie muss ich das verstehen? Ist dieser Gestaltungsspielraum so zu deuten, dass mit diesem Instrument eine dauerhafte Unterschreitung der aktuell existierenden PPUGs möglich würde?

SV **Dr. med. Bernd Metzger** (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): Im jetzigen Stadium hat niemand im Krankenhaus ein Interesse daran, die Pflegepersonalausstattung noch weiter abzusenken.

Wir haben natürlich alle wegen der Vollfinanzierung das Bestreben, das Pflegepersonal den Patienten auf so hohem Niveau wie möglich zukommen zu lassen. Niemand hat ein Interesse an einer Unterbesetzung. Ganz offen gesprochen, wir haben gemeinsam mit ver.di und dem DPR dieses Instrument entwickelt und wir wären über die erste Hälfte eines gemeinsamen Gespräches gar nicht hinausgekommen, wenn wir denn das, was Sie unterstellen, nämlich die dauerhafte Unterschreitung der aktuell existierenden PPUGs, angestrebt hätten. Da wären die Gespräche dann sehr schnell zu Ende gewesen. Das ist nicht das, was sich die DKG wünscht. Es ist das Ziel der PPR 2.0 eine angemessene Personalbesetzung im gesamten Krankenhaus zu erreichen. Dies schließt auch einen Korridor ein. Ein solcher Korridor hat angemessene Untergrenzen, und er hat auch Obergrenzen, die eine Luxusversorgung vermeiden können. Stellen Sie sich vor, wir hätten ausreichend viel Pflegepersonal, um die Stellen nach Belieben im Krankenhaus aufzupumpen. Das kann auch nicht im Sinne der GKV sein. Das wäre eine Versorgung, die an der Stelle auch nicht angezeigt ist. Wir haben natürlich auch Untergrenzen. Diese Untergrenzen richten sich künftig mit der PPR 2.0 nach dem realen Pflegepersonalbedarf und nicht, wie das jetzt bei der PPUG ist, nach irgendwelchen Daten, die die derzeitige Situation abbilden, multipliziert mit nicht evidenzbasierten Annahmen. Die PPUG schreibt eigentlich nur die derzeitige Personalbesetzung fort. Die PPR 2.0 ermittelt den tatsächlichen Pflegebedarf. Da kann man dann auch mit einem Korridor, gemessen am tatsächlichen Pflegebedarf, Untergrenzen einziehen, die nicht unterschritten werden würden. Das ist das Ziel, das wir mit der PPR 2.0 haben.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage geht erneut an den ESV Prof. Dr. Jahn. Wir haben von verschiedenen Seiten gehört, dass die PPR 2.0 eine Interimslösung ist. Das sagen der DPR, das APS und auch Herr Prof. Dr. Wasem. Warum braucht es diese Interimslösung? Wie kommen wir zu einer Personalbemessung, die den tatsächlichen Personalbedarf prospektiv abdecken kann?

ESV **Dr. Patrick Jahn**: Der Begriff der Interimslösung kommt eigentlich aus dem Auftrag der Konzentrierten Aktion Pflege. Wir haben es so verstan-



den, dass wir auch im langfristigen Entwicklungsziel jetzt kurzfristig schon, aus Grund der Dringlichkeit im Handeln, eine Lösung entwickeln müssen, die kurzfristig funktioniert. In dem gegebenen Zeitraum, das waren sechs Monate im Rahmen des KAP-Auftrags, haben wir den wissenschaftlich fundierten Prozess, die PPR 2.0 erstellt. Auf Basis aber einer weitergehenden Konzeption, eines Pflegepersonalbemessungsinstrumentes, das auch vom DPR vorgelegt wurde, dann gemeinsam mit unseren Partnern, DKG und ver.di, eine solide und zukunftsgerichtete Interimslösung entwickelt und vorgelegt. Wir haben auch einen umfassenden Pretest hinsichtlich der Anwendbarkeit und der Auswirkungen unabhängig evaluiert. Die Frage ist jetzt, die ist auch im KAP-Auftrag formuliert, wie es jetzt weitergeht. Dass daraus eine Entscheidung getroffen werden soll, diskutieren wir ja auch gerade. Aus unserer Sicht ist es wichtig, dass wir diese Entscheidung nicht weiter noch aussetzen. Wir können zeigen, dass mit der PPR 2.0 ein zukunfts-fähiges Modell vorgelegt ist und man auf der Basis jetzt über eine Einführung entscheiden kann. Es kann auch an eine gestufte Einführung gedacht werden. Zum Beispiel, dass man erstmal über die Kalkulationsspolster eine gestaffelte Einführung macht und dass man dann weitergehend auch das Instrument weiterentwickeln kann. Wichtig ist aber, dass wir mit der Interimslösung mit einem heute noch in der Kalkulation verwendeten Instrument aufsetzen, dass mit geringem Aufwand eingeführt werden kann, das digital ausleitbar ist und, das darf man auch nicht vergessen, bei der Berufsgruppe der Pflegenden an der Basis ein hohes Vertrauen genießt. Wir haben sie eben mit unseren eingeführten Änderungen zukunftsfähig gemacht. Wir haben die fachlichen Anforderungen angepasst, die es jetzt gibt. Wir haben die hochaufwendige Pflege in dieses Instrument abgebildet, ohne dass man Daten mit dem PKMS (Pflegekomplexmaßnahmen-Scores) erfassen muss, und wir haben sie mit der 16-Stunden-Orientierung auch für die Abbildung der PPUG's angepasst.

Abg. **Sabine Dittmer** (SPD): Ich frage nochmal den GKV-Spitzenverband. Die Linke begründet unter anderem damit, dass die PPR 2.0 als Weiterentwicklung der bis 1996 geltenden Pflegepersonalregelung, also der PPR, unmittelbar einsatzfähig sei und dieses auch die Evaluation der Testphase im November 2019 in bundesweit 44 Krankenhäusern bestätigen würde. Wie ist Ihre Meinung dazu?

SVe **Dr. Mechthild Schmedders** (GKV-Spitzenverband (GKV)): Entscheidend ist ja, wozu soll die PPR 2.0 jetzt angewendet werden. Selbstverständlich kann man so ein Instrument in die Kliniken geben und sagen, macht mal, wendet sie an. Das wird irgendwie funktionieren. Das haben die 44 Krankenhäuser in dieser Pretestphase auch getan, mit der Einschätzung, die Herr Prof. Dr. Wasem vorhin vorgetragen hat, mit sehr heterogenem Bild. Wenn man die Frage beantworten möchte, ob es möglich ist, auf Grundlage der PPR 2.0 den Pflegepersonalbedarf von Krankenhaus zu Krankenhaus gleichermaßen zu messen als Grundlage für Verhandlungen für die Finanzierung, dann ist das bislang nicht getestet und evaluiert worden. Das würde eine ganz andere Art von Pretest erfordern, als der erfolgte Pretest. Daher ist unsere Einschätzung, dass das Instrument mit dem Ziel, das ich gerade formuliert habe, und so habe ich auch die Papiere von DKG, ver.di und dem DPR verstanden, dieses Instrument als Grundlage für Budgetverhandlungen zu verwenden, aktuell nicht ausgereift ist.

Abg. **Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU): Die Frage richtet sich an ver.di. In Ihrer Stellungnahme machen Sie deutlich, dass die PPR 2.0 bürokratiearm angewandt werden kann. Das haben wir mehrfach anderweitig gehört. Können Sie bitte Ihre Einschätzung zum Bürokratieaufwand nochmals ausführen.

SVe **Grit Genster** (ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft): Tatsächlich ist die Anwendung der PPR 2.0 bürokratiearm. Das zeigt sich auch darin, dass sie in vielen Krankenhäusern immer noch als Kalkulationsinstrument verwandt wird. Praktisch heißt das, dass täglich die Patientinnen und Patienten einmal durch die Pflegefachkraft in vier Leistungsstufen allgemeine Pflege und spezielle Pflege zugeordnet werden. Praktisch heißt das, ein Klick pro Tag und Patient, was selbstverständlich digital passiert. Das ist im Übrigen auch in den 90er-Jahren schon so gewesen, dass die PPR damals



eine der ersten Maßnahmen war, die digital eingeführt wurden. Wir haben gerade von Prof. Dr. Jahn auch gehört, dass die KIS-Hersteller Lösungen anbieten, die sogar einen Schritt weitergehen und sogar die Pflegedokumentation entsprechend in die Pflegekategorien ableiten können, sodass auch hier eine automatische Ableitung möglich wäre. Die Aussetzung der PPR im Jahr 1996 ist im Übrigen damit begründet worden, dass die GKV vor Ausgabesteigerungen geschützt werden sollte. Der Dokumentationsaufwand spielte keine Rolle. Das bestätigt nochmal, dass die PPR und auch die weiterentwickelte PPR 2.0 bürokratiearm sind. Ich möchte auch noch mal auf die Ergebnisse, auf die 24 Krankenhäuser im Pretest eingehen. Es gab heterogene Ergebnisse, was sicherlich der siebentägigen kurzen Testphase zugeschrieben werden muss. Aber im Ergebnis ist der PPR 2.0 eine gute Anwendung bescheinigt worden. Der Einsatz der PPR ist wenig voraussetzungsvoll, aufwendige Schulungen waren, im Gegensatz dessen, was wir gerade gehört haben, eben vorab nicht notwendig, weil die Struktur des Instrumentes hinlänglich bekannt ist und eine sehr kurze Einweisung ausgereicht hat, um die Anwendung der PPR 2.0 auszuführen. Auch lag ein entsprechendes Manual vor, was das Ganze nochmal unterstützt hat und auch als positiv gewertet wurde. Also insgesamt ist die PPR 2.0 schnell ohne umfangreichen Bürokratieaufwand umsetzbar.

Abg. Detlev Spangenberg (AfD): Meine Frage geht an den **ESV Dr. Wolz**. Flache Hierarchien im Krankenhaus gelten als hilfreich, die Personalfriedenheit damit zu erhöhen und somit das Personal an das Krankenhaus auch zu binden. Nun erleben wir, dass die Hebammen akademisiert wurden, und gleich danach eine zusätzliche, neue Berufsgruppe im Krankenhaus Einzug halten wird, nämlich die der Hebammenassistenten. Diese sollen Reinigungsarbeiten mit durchführen. Das sind aber Tätigkeiten, die eigentlich auch in anderen Bereichen im Krankenhaus anfallen. Halten Sie die Einrichtung einer solchen direkt bezogenen Personalgruppe für sinnvoll?

ESV Dr. Martin Wolz: Ich glaube, dass man sich grundsätzlich nochmal an der Stelle damit auseinandersetzen muss, was die Attraktivität des Pflegeberufes angeht. Das ist aus meiner Sicht sehr wichtig. Da sind uns viele Länder auch innerhalb

Europas deutlich voraus. Es geht um die Akademisierung der Pflege, das heißt die Aufwertung des Berufsbildes, weil nur darüber, neben einer adäquaten Bezahlung, langfristig der Pflegekräftemangel behoben werden kann. Das ist wichtig. Alles was wir bis jetzt besprochen haben, sind Instrumente, die aber nicht zusätzliche Pflegekräfte in die Krankenhäuser bringen. Das heißt, wenn wir uns mit diesem Thema auseinandersetzen wollen, muss natürlich neben entsprechenden Arbeitszeiten, neben der Wertschätzung des Berufsbildes, einer entsprechenden Vergütung in jedem Fall auch das Berufsbild an sich attraktiver gemacht werden. Ich glaube, dass da die Akademisierung der Pflege durchaus ein richtiger Weg sein kann. Dem folgt dann natürlich zwangsläufig, dass bestimmte Hilfs- und Unterstützungsangebote auch wieder von Menschen geleistet werden müssen. Wir schieben das somit ein Stück weit in Bereiche, die weniger qualifiziert sind und wo möglicherweise auch andere Ressourcen mittel- und langfristig zur Verfügung stehen. Von meiner Seite aus wäre das ein ganz klares Signal, die Akademisierung im Bereich der Pflege voranzutreiben, das Berufsbild damit attraktiver zu machen, auch wenn gleichzeitig natürlich dann die Möglichkeiten geschaffen werden, die Unterstützungs- und Hilfstätigkeiten entsprechend anderweitig zu vergeben und natürlich zu vergüten. Das greift dann ganz erheblich in die Krankenhausfinanzierung mit ein, weil zum Beispiel das aktuell so ist, dass Pflegehilfskräfte nur zu einem geringen Teil oder zum Teil auch in bestimmten Bereichen gar nicht gegenfinanziert werden nach Ausgliederung aus den DRGs.

Der Vorsitzende: Damit sind wir am Ende unserer Anhörung angekommen. Ich bedanke mich bei allen, die Fragen gestellt haben und diese beantwortet haben, wünsche eine weitere gute Diskussion.

Schluss der Sitzung: 16:35 Uhr

Erwin Rüdell, MdB

Vorsitzender