

## Pressekonferenz am 26.08.2021: Drei Säulen für gute Pflege im Krankenhaus

– Transkription des Videos –

### **Florian Lanz**

Schönen guten Tag, meine Damen und Herren. Ich begrüße Sie zu unserer heutigen Pressekonferenz. Nachdem wir im Juni ein bisschen grundsätzlicher gesprochen haben über die stationäre Versorgung und was dort zu tun ist, wollen wir uns heute die Pflege im Krankenhaus genauer anschauen. Wir wollen einen Blick werfen auf die drei Säulen, die notwendig sind für gute und sichere Pflege im Krankenhaus, und ein wichtiger Punkt sind dabei neue Zahlen zu den Pflegepersonaluntergrenzen, zu dem, was dort eingehalten wird, aber vor allen Dingen auch zu Dingen, die dort nicht eingehalten werden. Sprechen werden heute mit Ihnen Frau Stoff-Ahnis, Vorstand beim GKV-Spitzenverband, sowie Herr Dr. Wulf-Dietrich Leber, der die Krankenhausabteilung leitet. Frau Stoff-Ahnis wird beginnen, Herr Leber wird einige Punkte vertiefen und nachdem dann Frau Stoff nochmal abschließend ein paar Worte gesagt hat, haben wir Zeit für Ihre Fragen rund um das Thema Pflege im Krankenhaus. Ich kann jetzt leider die beiden Ihnen nicht direkt vorstellen, weil in dem Moment, wo ich mein Mikrofon schließe, könnten Sie das ganze Podium sehen, dann können Sie mich nur nicht mehr hören. Deswegen gebe ich jetzt direkt an Frau Stoff-Ahnis weiter. Bitte schön.

### **Stefanie Stoff-Ahnis**

Vielen Dank, Herr Lanz. Sehr geehrte Damen und Herren, auch von meiner Seite ganz herzlich willkommen zu unserer Pressekonferenz. Ich freue mich sehr über Ihr Interesse und Sie haben gesehen in unserer Einladung: Uns bewegt, wie sich die Situation der Pflege im Krankenhaus nachhaltig und dauerhaft verbessern kann. Wir wollen Sie durch unsere Überlegungen führen anhand dieser Agenda und wir steigen sogleich ein mit einem Blick zurück zur Historie. Die unzureichende Ausstattung der Pflegestationen mit qualifiziertem Personal, das ist ein hochaktuelles Thema. Wir haben insbesondere in der Pandemie wie durch ein Brennglas gesehen, wie Überlastungssituationen aufgetreten sind. Aber es ist kein neues Thema, sondern schon seit vielen Jahren als besorgniserregendes Problem bekannt. Die Politik hat auch schon seit Jahrzehnten versucht gegen zu wirken, bislang allerdings ohne nachhaltigen Erfolg. Insofern ist es an der Zeit, dass wir aus der Geschichte lernen. Auf diesem Zeitstrahl, den wir hier abgebildet haben, würde ich gerne auf zwei Punkte eingehen, und zwar ist zu Beginn der 90er Jahre der Versuch der einen guten Lösung unternommen worden mit der Pflegepersonalregelung. Die Abkürzung PPR ist durchaus noch bekannt. Seinerzeit wurden täglich alle Patientinnen und Patienten in deutschen Krankenhäusern



durch Pflegekräfte sehr aufwändig in ein Erfassungssystem eingestuft und man hat daraus Pflegeminuten ermittelt und danach hochgerechnet, wie viel Pflegepersonal wird gebraucht. Das Ganze ist gescheitert, denn heraus kam eine enorme Überschätzung, also ein unrealistischer, ein nicht händelbarer Personalbedarf von weiteren 100.000 Kräften. Das entsprach einem Drittel der seinerzeit vorhandenen Pflegekräfte und die PPR-Regelung, die Pflegepersonalregelung, wurde nach vier Jahren per Gesetz wieder komplett abgeschafft. In der Folgezeit gab es für Kliniken keine Anreize, in die Pflege zu investieren und der sichtbare Personalabbau sollte gestoppt werden durch mehrere Pflegegipfel und schließlich auch Förderprogramme und auf eines gehe ich hier noch ein wie angekündigt. Es wurde nämlich ein Teil der Finanzmittel – das war durchaus sehr viel Geld, was zusätzlich ins System gegeben wurde, über eine Milliarde Euro – gebunden an aufwändige Pflege und das funktionierte so, dass bei Patienten, die eine besondere Pflege brauchten, Punktwerte ermittelt wurden und die geleistete Pflege wurde zusätzlich honoriert. Hier gab es also durchaus hochdotierte Zusatzentgelte, wenn die Pflege am Bett festgestellt wurde, wenn Pflegeassessments stattfanden und die Qualität der Pflege erlebte da durchaus einen enormen Aufwind. Insgesamt aber führte das bei Krankenhäusern gar nicht zu der Begeisterung, denn hierdurch entstand auch eine besondere Transparenz und – natürlich können Sie sich vorstellen – wurden dann auch MDK-Prüfungen durchgeführt. Insofern gab es einige Kliniken, die hier sehr versiert waren, und Pflegekräfte haben auch diese Lösung – Pflegekomplexmaßnahmenscore war der Begriff, PKMS abgekürzt – sehr geschätzt. Die Pflege hatte sich verändert, aber wie gesagt, die Transparenz war von den Kliniken nicht nur beliebt. Blicken wir fünf Jahre zurück. Kurz vor Ende der letzten Wahlperiode wurden die Pflegepersonaluntergrenzen auf den Weg gebracht. Diese definierten für ausgewählte Bereiche des Krankenhauses ein Mindestniveau in der Besetzung mit Pflegepersonal. Das müssen Sie sich vorstellen wie eine rote Linie, unter die nicht gegangen werden kann, dass ein Patientenschutz sozusagen nicht mehr gewährleistet wäre. Dieses Instrument hat erstmal Transparenz geschaffen in den Stationen, wie viele Pflegekräfte sind tätig, auch in der Nacht, auch am Wochenende. Sie müssen sich vorstellen, bis dahin war die Pflege durchaus eine Blackbox. Es war nicht klar, wie viele Pflegekräfte sind am Patientenbett tätig. In dieser Wahlperiode schließlich wurden die Pflegekosten ganz komplett aus dem Pflegebudget ausgegliedert. Zumindest aus Sicht der Krankenhäuser wurde so eine solide Basis geschaffen für die Finanzierung von Pflegekräften. Wir als Beitragszahlende der gesetzlichen Krankenversicherung zahlen seither zu 100 Prozent die Kosten für Pflegekräfte im Krankenhaus. Also eigentlich auch schon jetzt gibt es keine Ausreden mehr für das Krankenhausmanagement, notwendiges Personal einzustellen. Dieses ungedeckelte Pflegebudget – wir werden darauf noch genauer eingehen – hat natürlich aus unserer Sicht auch die Gefahr von Fehlanreizen, denn auch nichtpflegerische Leistungen werden jetzt auf Pflegepersonen delegiert. Mit anderen Worten: Es ist für ein Krankenhaus durchaus lohnend, Pflegekräfte im Putzdienst einzusetzen. Zudem mit dem Pflegebudget ging auch die Abbildung der pflegerischen Leistungen komplett verloren. Ich hatte vorhin angesprochen

Pflegekomplexmaßnahmenscore als Abbildung, welche Pflege findet statt. Dieser Impuls ist jetzt nicht mehr vorhanden, wurde gleichzeitig abgeschafft. Was können wir aus der Geschichte lernen? Allein ein Laufenlassen der Entwicklung und Regelung durch die Krankenhausleiter führte nicht zum Erfolg. Allein viel Geld ins System geben war auch nicht erfolgreich und aus unserer Sicht gibt es zwei ganz maßgebliche Stellschrauben. Die erste Stellschraube ist: Wir müssen Anreize setzen, in Pflegepersonal zu investieren. Sie haben gehört, aktuell gibt es eine Vollfinanzierung. Das hat die Politik geregelt über das Pflegebudget. Aber aus der Erfahrung ist eine solche Vollfinanzierung auch nicht auf Dauer leistbar. Insofern wird es perspektivisch darum gehen, wie werden die Pflegeleistungen auch in der Einnahmeseite der Krankenhäuser abgebildet. Aktuell sind es die medizinischen Leistungen, die letztlich über Prozeduren in den DIGs vergütet werden, aber auch als es noch kein Pflegebudget gab, waren die pflegerischen Leistungen nicht in den DIGs in dieser Form abgebildet und das wäre aus unserer Sicht ein Impuls, wenn eben die Pflegekosten sozusagen nicht nur sichtbar wären, sondern die pflegerische Leistung auch auf der Einnahmenseite, dass es sich für das Krankenhausmanagement lohnt, in Pflegekräfte zu investieren, weil die pflegerischen Leistungen vergütet würden. Der zweite Punkt, der als Stellschraube ganz wichtig ist, das ist der Aspekt, dass wir die Fallzahlen im Krankenhaus reduzieren müssen, dass wir das knappe Personal letztlich vor Überlastung schützen müssen, indem wir eben medizinisch nicht notwendige Fälle nicht im Krankenhaus versorgen. Hierauf gehe ich gleich auch noch etwas genauer ein. Wie hat sich die Pandemie auf die allgemeine Situation der Pflege ausgewirkt? Um diese Frage zu beantworten, muss ich einmal kurz zurückschauen auf die Ausgangsbasis. Hier sehen wir in der Grafik, wie sich die Dichte an Pflegepersonal – das sind Alten- und Krankenhauspflege hier zusammengefasst – im Verhältnis zur Bevölkerung zeigen. Hier sehen Sie, dass im Verhältnis zu 1.000 Einwohnern Deutschland im EU-Vergleich sehr weit vorn, nämlich auf dem 2. Platz liegt. In Deutschland sind 3,2 Pflegekräfte auf 1.000 Einwohner tätig und damit liegt vor uns nur Finnland mit 14,3 und der EU-Durchschnitt mit 8,2 Pflegekräften je 1.000 Einwohnern ist deutlich dahinter. Dänemark erwähne ich, weil ich nachher nochmal auf Dänemark zurückkomme, mit 10,1 über dem EU-Durchschnitt, aber doch weit entfernt von Deutschland. Außerhalb der EU sind Norwegen und Schweiz noch besser mit mehr als 17 Pflegekräften je 1.000 Einwohner. Insgesamt lässt sich aber sagen: Die Ausgangssituation im internationalen Vergleich ist in Deutschland durchaus gut. Wir haben eine überdurchschnittliche Dichte an Pflegekräften je Einwohner. In dieser Grafik noch erkennbar ist mit diesem weißen Kreis im Verhältnis zum blauen Kreis: Von 2008 zu 2018 ist die Anzahl an Pflegekräften auch angestiegen. Jetzt noch eine zweite Grafik zur Ausgangssituation. Hier wird dargestellt, wie ist das Verhältnis des Krankenhauspersonals – das sind Pflegekräfte und Ärzte betrachtet – im Verhältnis zur Krankenhausfallzahl. Wiederum zugrunde gelegt 1.000 Fälle, also Krankenhausfallzahl. Das ist ein OECD-Vergleich und Deutschland – sehen Sie – liegt nicht mehr auf einem der Spitzenplätze, sondern ganz im Gegenteil, gehört zu den Schlusslichtern. In Deutschland sind 47

Mitarbeitende eines Krankenhauses tätig auf 1.000 Fälle. In Dänemark sind es mit 124 Krankenhausmitarbeitenden 2,5-mal mehr sozusagen Personal, was eingesetzt ist, um die gleiche Fallzahl zu versorgen. In der Schweiz und Norwegen sind es mit 108 und 107 immer noch mehr als doppelt so viele Krankenhausmitarbeitende – Ärzte, Pflegekräfte – mit Blick auf die Fallzahl gesehen. Das heißt, es ist durchaus nachvollziehbar und hier erklärbar, dass sich Pflegekräfte in Deutschland überlastet fühlen. Wir haben eine überdurchschnittliche Dichte an Pflegekräften, aber in Deutschland stimmt einfach das Verhältnis der Pflegekräfte zu den Patientenzahlen, zu den Fallzahlen im Krankenhaus nicht. Wenn wir darauf schauen, wie hat sich die Corona-Pandemie ganz allgemein ausgewirkt auf diese Situation der Pflege im Krankenhaus, dann zeigt sich ein ganz wesentlicher Effekt, nämlich ein Rückgang der Fallzahlen. Hier sehen Sie in der Grafik mit der roten Linie den Ausgangswert 2019 und mit den grauen Balken das Jahr 2020 dargestellt in der ersten Welle ein Fallzahlrückgang von 27 Prozent, insbesondere eben ein ganz großer Fallzahleinbruch im Zeitraum von März bis Mai. Hintergrund war natürlich die politische Vorgabe, dass möglichst planbare Fälle zurückgefahren werden sollten. Es sollten Kapazitäten freigehalten werden für die intensivmedizinische Versorgung von COVID-Patienten. Im weiteren Verlauf des Jahres 2020 sind die Fälle wieder angestiegen, aber Sie sehen, wir verbleiben unterhalb des Ausgangswertes 2019. Die Werte stagnieren dann sozusagen in dem Abstand und auch in 2020 gibt es keine Rückkehr auf das Fallzahlenniveau 2019. Das sind hier die rosa Balken. Das heißt, unsere These ist, dass nach den angeordneten Freihaltungen die Patienten auch freiwillig nicht mehr sozusagen ins Krankenhaus gingen. Die Patienten sind weggeblieben, wenngleich es nicht mehr angeordnet war und das ist ein Trend, der sich fortsetzen wird. Die Fallzahlen im Krankenhaus werden sinken. Diese These stützt auch der Bundesrechnungshof. Der hat einen Bericht am 9. Juni herausgegeben und auch darin sozusagen ausgeführt, dass der über das normale Maß hinausgehende Leerstand in den Krankenhäusern weniger auf verschobene OPs zurückzuführen ist als eben auf eine geringere Inanspruchnahme durch die Patientinnen und Patienten. Zugleich mit Blick auf die Pflegesituation im Krankenhaus zeigt sich eine günstige Entwicklung. Bei der Betrachtung von verschiedenen Quellen wie Bundesagentur für Arbeit, Statistisches Bundesamt zeigt sich ein Zuwachs an Pflegekräften. Wie hoch der genau liegt, das ermitteln wir zurzeit noch, aber es ist ein positiver Trend erkennbar. Wenn ich jetzt auf die Fallzahlen eingegangen bin im Zuge der Pandemie, dann ist es jetzt natürlich nur ein ganz nüchterner Blick auf Zahlen. Völlig uneingeschränkt anzuerkennen sind die hohen Leistungen der im Krankenhaus tätigen Pflegekräfte, also im Zuge der Pandemie, in der Zeit der Pandemie und ich denke hier insbesondere auch an den Beginn der Pandemie, wo gerade die Mitarbeitenden im Krankenhaus wirklich mit hohem Mut, also mit viel Engagement ihre Arbeit sozusagen verrichtet haben, teilweise eben auch ohne besonderen Schutz am Patientenbett tätig waren und sich hier sozusagen eingesetzt haben und natürlich ist auch klar, dass diejenigen Pflegekräfte, die auf besonderen COVID-Stationen tätig waren, mehr Belastungen hingenommen haben, ertragen mussten durch besondere Hygieneanforderungen, durch

Isolationsmaßnahmen und natürlich auch die gesamte psychische Situation, also die psychische Belastung aufgrund der hohen Zahl von verstorbenen Patienten. Wir werden sicher schon sehr zeitnah darüber diskutieren, wie wir mit der sinkenden Nachfrage im Krankenhausbereich umgehen. Wir gehen davon aus, dass wir das im Zuge auch von Strukturdiskussionen machen. Für die Situation der Pflege sehen wir in der Fallzahlreduktion eine große Chance und im Dezember 2020 hat der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes ein Positionspapier beschlossen. Hier wird in sozusagen zwölf Positionen beschrieben, welche Reformbedarfe in den nächsten Jahren anstehen. Hier sind richtungsweisend verschiedene Themenbereiche aufgegriffen worden und natürlich ist auch eingeflossen die Erfahrung aus der Pandemie. Insbesondere für den Bereich der Pflege im Krankenhaus haben wir Vorschläge entwickelt und wir verfolgen hier einen ganz grundsätzlichen, einen nachhaltigen Ansatz, der durchaus einen längeren Atem erfordert. Das ist ein Gesamtmodell, was wir sehen für den Bereich der Pflege, und das fußt auf drei Säulen. Zum einen wollen wir eine sichere Pflege, und zwar durch Pflegepersonaluntergrenzen, also die beschriebenen roten Linien, die nicht unterschritten werden dürfen zum Wohle der Patienten, aber eben auch zum Schutz der eingesetzten Pflegekräfte. Damit wollen wir ein Mindestversorgungsniveau schaffen. Als zweites brauchen wir eine gute Pflege und gute Pflege braucht natürlich hinreichend Pflegekräfte auf der Basis einer modernen Pflegepersonalbedarfsermittlung. Klar ist, dass diese gute Pflege bei der Besetzung auf Station einen ganz anderen Personalschlüssel braucht im Vergleich zur Mindestversorgung. Aus unserer Sicht aber Pflegepersonaluntergrenzen und diese Pflegepersonalbedarfsbemessung, die widersprechen sich nicht und das eine ersetzt auch nicht das andere, sondern die ergänzen sich, haben unterschiedliche Zielrichtungen und wir werden jetzt auch im weiteren Verlauf Ihnen das noch entsprechend erläutern. Die dritte Säule ist ganz wichtig aus unserer Sicht: Es braucht bedarfsgerechte Krankenhausstrukturen. Also wir wollen letztlich die knappe Ressource des Personals, des Pflegepersonals effizient einsetzen am Bett der Patientinnen und Patienten und diejenigen, die ambulant versorgt werden können, sollen auch letztendlich zur Entlastung des Pflegepersonals im Krankenhaus ambulant versorgt werden können. Für die weiteren Erläuterungen übergebe ich jetzt an Herrn Dr. Leber.

### **Dr. Wulf-Dietrich Leber**

Seien Sie aufs Herzlichste begrüßt. Seit vier Jahren gibt es den Versuch, Pflegepersonaluntergrenzen festzulegen und wir sind ein ganzes Stück weitergekommen. Der eine oder andere wird sich noch erinnern, dass dem Ganzen eine Expertenkommission vorgeschaltet war, also vor der gesetzlichen Regelung, und auch Gutachten von Prof. Schreyögg gemacht wurden, die ein klares Ergebnis hatten, nämlich – hier rechts – die Erfahrungen, die mit Personalmindeststandards gemacht worden sind, zeigen, dass diese eine wichtige Voraussetzung zur Entlastung des Pflegepersonals in Krankenhäusern sind. Diese Erfahrungen waren natürlich international und es ist der Verdienst gewesen, das

ordentlich zusammenzustellen. Wie kann das nun in Deutschland funktionieren? Man muss sagen, vor vier Jahren war die Pflege eine empirische Wüste. Es gab keine Transparenz über die Personalbesetzung in den Krankenhäusern. Es gab keine Transparenz darüber, wann und wo Fehler geschehen und sofern einmal Studien gemacht wurden, waren sie fast ausnahmslos aus dem Ausland und sagten wenig über die deutsche Situation. Wir aber als Spitzenverbandspartner waren aufgefordert, solche Grenzen für Deutschland festzulegen und haben deshalb einen Vorschlag aufgegriffen, nämlich empirisch verteilungsbasiert solche Regelungen festzulegen, nämlich den sogenannten Perzentilansatz zu wählen. Hier sehen Sie schematisch zwölf Krankenhäuser mit unterschiedlichen Personalbesetzungen und es war eine Art normativer Eingriff zu sagen, beim unteren Viertel muss auf alle Fälle etwas geschehen. Deswegen dieses untere Quartil, wo die Situation auf alle verbessert werden müssen und das sehen Sie hier in den roten Bereichen. Die Krankenhäuser, die im untersten Bereich lagen, müssen Personal aufbauen oder eben entsprechend Fälle reduzieren. Das war der theoretische Ansatz, der verfolgt wurde. Man hat mit bestimmten Stationen angefangen, die als pflegesensitiv bezeichnet worden sind, also dort, wo ein starker Zusammenhang zwischen der Personalausstattung und der Qualität der Pflege vermutet werden konnte – so die Berechnungen von Schreyögg. Es kam ein Aufbau und es kam ein Aussetzen. Man muss sagen, dass wir ein etwas schwieriges Bild haben. Sie sehen, Geriatrie, Intensivmedizin, Kardiologie und Unfallchirurgie waren die Startstationen im Jahre 2019. Es wurden im Januar 2020 Herzchirurgie, Neurologie, Frühreha und Schlaganfalleinheiten hinzugenommen, aber dann kam Corona und alle Grenzen wurden ausgesetzt. Inzwischen sind Pflegepersonalgrenzen in vielen Bereichen in Kraft, inzwischen sozusagen für die gesamte innere Medizin und für die Allgemein Chirurgie. Es ist ein wenig bedauerlich, dass wir die Aussetzung während der Corona-Pandemie hatten. Ich glaube, es hätte gezeigt, dass bei dem starken Fallzahlrückgang sehr wohl eine gute Einhaltung in den Untergrenzen in den Krankenhäusern existiert. Wie regelt man das? Man macht eine Nachweisregelung und die war hart umkämpft und wurde im Grunde in einer Art BMG-Moderation dann als Einhaltung von monatlichen Durchschnittswerten festgelegt. Wir hätten uns etwas Anderes gewünscht, nämlich die Orientierung an den erfüllten Schichten. Sie sehen hier rechts, man kann im Augenblick nach der jetzigen Regelung mehrfach in mehreren nächsten sozusagen die Schichten reißen und trotzdem ist man im Monatsdurchschnitt sozusagen auf der positiven Seite. Das ist nicht besonders gut für die Patienten, aber die Qualitätsinformation, wie viele Schichten gerissen worden sind, haben wir und wir werden sie auch gleich zeigen. Die Sanktionsregelung orientiert sich an diesen Monatsdurchschnitten, hat aber bisher – das muss man sagen – keine allzu große Bedeutung gehabt, weil es eben im letzten Jahr zum Aussetzen der Regelung kam. Übrigens ist in dem Vertrag schon von Anfang an festgelegt, dass Epidemien und sonstige Sondersituationen zum Aussetzen führen. Man hätte das nicht unbedingt gesetzlich machen müssen. Wie sind nun die Ergebnisse des letzten Quartals? Zuerst sehen Sie unten, wir haben inzwischen 74.000 Datensätze über die Stationsbesetzung in den deutschen Krankenhäusern. Das ist ein Quantensprung gegenüber der Situation vor

vier Jahren, wo wir überhaupt keine einzige Zahl hatten darüber, wie eigentlich die Stationsbesetzung ist. Sie sehen hier die verschiedenen Bereiche, zwölf pflegesensitive Bereiche, die ich Ihnen eben erläutert habe, aus 1.300 Krankenhäusern mit 8.400 Stationen. Der Rest ist sozusagen für die Stillarbeit zur Nachlese, aber eines ist schon wichtig, nämlich der Unterschied zwischen Monatsdurchschnitten und unterbesetzten Schichten. Sie sehen oben die 4,8 Prozent, das sind die Nichteinhaltungen der Monatsdurchschnitte. Aber wenn man auf die unterbesetzten Schichten kommt, dann kommt man natürlich auf eine sehr viel höhere Zahl, weil dort nicht aufgerechnet wird zwischen über- und unterbesetzten Schichten. Das heißt, unser Blick sollte in Zukunft auf die Anzahl der unterbesetzten Schichten gehen und dann findet man durchaus schon bedenkliche Werte, wie zum Beispiel die erste Zeile neurologische Schlaganfall-Einheiten, wo im Grunde 20 Prozent der Schichten gerissen worden sind. Hier besteht aus unserer Sicht Handlungsbedarf. Die Daten sind so, dass sie auch nach Bundesländern verfügbar sind und es obliegt hier Ihrer Interpretation, den einen oder anderen Bekannten aus Problemländern sozusagen wiederzuerkennen. Wichtig ist, die Zahlen sind da und können im Einzelnen interpretiert werden. Hat das Ganze was gebracht? Hier sehen Sie die Intensivmedizin in Rot und die Geriatrie in Grau gezeichnet im Verlauf der Quartale, wo die Untergrenzen festgelegt waren und da kann man sagen, es gibt einen Effekt. Im ersten Quartal waren noch sehr viele – sagen wir mal – Krankenhäuser mit schlechten Werten, dieses ist runtergegangen. Es gab einen kleinen Anstieg, der aber damit zusammenhing, dass die Kriterien hier geändert worden sind von dem Jahr 2019 auf 2020. Jetzt wieder ganz rechts die Werte eigentlich hoffnungsfroh stimmend, es ist zu einer Verbesserung gekommen. Wir hoffen, dass diese Verbesserung nicht nur statistisch ist und wir hoffen auch, dass sie nicht zugunsten anderer Stationen gegangen ist. Das kann man auf Dauer nur dadurch verhindern, dass sämtliche Stationen im Grunde mit Pflegepersonaluntergrenzen geregelt werden. Lassen Sie mich ein kleines Zwischenresümee ziehen: Solche Untergrenzen schützen Patienten, sie garantieren, dass auch nachts und in allen Schichten jemand da ist. Sie sind ein wichtiges Instrument für das Krankenhausmanagement für die Dienstplangestaltung und sie hätten unserer Meinung nach in der Corona-Epidemie nicht ausgesetzt werden müssen. Um Verschiebungen zu vermeiden, sollten sie für alle bettenführenden Bereiche eingeführt sein. Das steht übrigens auch im Koalitionsvertrag. Da steht schon drin, dass es für alle Stationen gemacht wird. Deswegen sind wir gespannt, wie die nächsten Regelungen zur Ausweitung im Krankenhaus festgelegt werden. Sie müssen natürlich bei einem begründeten Verdacht auf Falschangaben künftig auch etwas überprüft werden. Da sie irgendwann finanzrelevant sind, ist der Zug, dort ein wenig manipulativ einzugreifen, groß und in solchen Fällen muss man in Ausnahmefällen wenigstens gucken können, ob das alles stimmt. Der Hauptfehler sozusagen oder das Hauptmanko ist, dass wir den Schweregrad noch nicht berücksichtigen in diesen Untergrenzen. Damit kommen wir zum nächsten Bereich, nämlich zu der Frage: Wie definiert man eigentlich den Pflegebedarf und wie garantiert man gute Pflege? Hier haben wir seit wenigen Wochen eine neue Regelung. Sie sehen den 137 K. Der Gesetzgeber hat den

Spitzenverbänden aufgegeben, den individuellen Pflegebedarf zu berücksichtigen und hat erstmal nicht das gemacht, was andere wollten, nämlich eine Interimslösung zu suchen. Wir haben im Grunde eine Interimslösung, die da besagt „Zusätzliche Pflegekräfte werden im vollen Umfang finanziert“ und wir haben den Schutz durch die Untergrenzen. Aber wir brauchen eben die Berücksichtigung des individuellen Bedarfs und haben dazu mit der DKG den Auftrag, zur Sicherstellung ein Instrument in Auftrag zu geben, das dann im nächsten Jahr in Auftrag gegeben wird und in zwei Jahren zur Verfügung steht. Es sind viele beteiligt, der Patientenbeauftragte, Pflegebeauftragte, Gewerkschaften und viele andere mehr, wissenschaftliche Fachgesellschaften, um eine breite Partizipation zu sichern. Der kompetente Aufstieg dieses Instruments stellt sich wie folgt dar: Bis Dezember dieses Jahres sind die wesentlichen Einigungen dem BMG mitzuteilen, dann die Vergabe am 30.06. nächsten Jahres und am Ende 2024 die Entwicklung und Erprobung. Danach kommt erst die Entscheidung zur Einführung dieses Instruments. Ich komme am Ende darauf noch zurück. Wenn wir das jetzt vergeben, worauf kommt es an? Es kommt darauf an, dass wir neue pflegewissenschaftliche Dinge berücksichtigen und die sagen: Ihr müsst den Pflegebedarf beim einzelnen Patienten ermitteln, Ihr müsst ein Pflegeassessment machen und eine Art Pflegediagnose erstellen und dieses in einen planerischen Prozess einfügen. Das erfordert ein wenig, dass man eine einheitliche Pflegeterminologie hat, die dann in allen Krankenhäusern angewendet werden muss. Sie wissen, dass wir für Tätigkeiten im ärztlichen Bereich irgendwie über 20.000 Codes haben, aber wenn Sie sich den pflegerischen Bereich angucken, ist das sehr dünn gesät. Hinter solche Aktivitäten muss man dann entsprechende Aufwandszeiten legen, um den Bedarf für gute Pflege definieren zu können. Wir erhoffen uns davon einen Qualitätsschub durch dieses geregelte Pflegeassessment. Natürlich passiert sowas, aber es passiert überall anders und die Pflegekräfte werden mit ihrer Tätigkeit auch sichtbar und werden geschützt. Wir haben eine gewisse Überprüfbarkeit der Pflege. Es kommt ja nicht nur darauf an, ob ein Patient gefüttert werden muss, sondern ob er auch gefüttert worden ist und deswegen kommt es drauf an, dass man bestimmte Dinge auch erfasst. Dieses alles sollte differenziert werden – letzter Punkt –, je nachdem ob eine Pflegefachkraft oder Pflegehilfskräfte dieses tun können. Bei dem einen oder anderen mag sich die Frage stellen: Ist das denn alles machbar? Die Antwort lautet: Es ist natürlich nur durch konsequente Digitalisierung erreichbar. Diese Pflegedokumentationen müssen Teil des jeweiligen Krankenhausinformationssystems, des KIS sein, in dem ja sowieso sämtliche pflegerische Maßnahmen erfasst werden müssen. Das heißt, es kommt darauf an, dass wir die Patientenakte digitalisieren und die pflegerischen Dinge dort mitberücksichtigen. Das schafft auch für das Pflegepersonal eine Art Echtzeitmonitoring. Das heißt, die Dienstpläne können besser gestaltet werden. Sind wir soweit? Nun, die Regierung hat zumindest gesagt: Alle Vorbereitungen werden getroffen. Im KHZG wurde ein Krankenhauszukunftsfonds eingerichtet, der insgesamt 4,3 Milliarden just für diesen Bereich für die Digitalisierung in die Krankenhäuser schleust, und da spielt bei den Kriterien die Pflegedokumentation eine bedeutende Rolle. Da ist auch festgelegt, dass die Stammdaten erfasst werden müssen, die



Pflegeanamnese, Therapie- und Medikamentenplan, Durchführungsnachweise, Wunddokumentation, all dieses soll Teil der digitalen Akte sein und es ist auch so, im Jahr 2025 wird überprüft, Krankenhäuser, die diesen Mindeststandard nicht erreichen, sollen Rechnungsabschläge bekommen, damit nicht nur gefördert, sondern auch gefordert wird. Also klarer Schritt in Richtung digitale Patientenakte und Erfassung in der Akte. Was noch wichtig ist, dass wir einerseits in einer Stichprobe Zeiten erheben und erfassen, was gute Pflege ist. Aber wir müssen auch die Pflegepersonalbemessung in allen Krankenhäusern machen und beides miteinander abgleichen, um zu sehen, was sind die Folgen, wenn ich diese neugefundenen optimalen Pflegeeinrichtungen... Es wäre ja nicht besonders gut, wenn man sagt „Dieses sind unsere neuen Pflegepersonaluntergrenzen“ und am nächsten Tag muss ich 50 Prozent der Kinderkrankenhäuser zumachen, sondern man braucht immer einen Abgleich zwischen dem, was man als optimale Pflege an der einen Stelle identifiziert, und dem, was in allen Krankenhäusern passiert. Dafür gibt es schon zum Teil eine InEK-Datenzusammenführung, die muss hier ausgeweitet werden. Sie haben mitbekommen, dass es eine Ausstellung darüber gibt, ob jetzt zwischenzeitlich als Interimslösung noch die sogenannte PPR 2.0 eingeführt wird. Die Krankenhausgesellschaft, Pflegerat und Ver.di haben das empfohlen. Wir raten dringend davon ab. Es ist keine gute Idee. Wir hatten ja schon darauf hingewiesen, dass die Selbstkostendeckung das Finanzierungsproblem löst und die Untergrenzen für einen gewissen Schutz sorgen. Die PPR ist im Grunde eine vordigitale Lösung, 30 Jahre alt und dort wird jeden Tag der Pflegebedarf erfasst. Es ist Zusatzdokumentation für das Pflegepersonal. Diesen Extraaufwand wollen wir vermeiden. In unserem Modell sind sämtliche Bedarfswerte aus der digitalen Patientenakte ableitbar. Außerdem bildet er nicht gerade, weil es eben ein 30 Jahre altes Instrument ist, die pflegerische pflegewissenschaftliche Entwicklung ab. Hier gibt es sehr viel mehr inzwischen, auch in der Pflege hat sich einiges getan. Es fehlt auch die Unterscheidung in Tag- und Nachtschichten und beim Pflegepersonal wird in der PPR nicht berücksichtigt, ob es eine vollausgebildete Pflegekraft oder eine Pflegehilfskraft sein muss, die die entsprechende Tätigkeit ausführt. Aus unserer Sicht kann dieses Instrument auf keinen Fall die Pflegeuntergrenzen ersetzen. Wir brauchen auf Dauer die Pflegeuntergrenzen als eine Form des Patientenschutzes. Darüber hinaus muss natürlich der Bedarf ermittelt werden. Was ein wenig überraschend ist, ist die Tatsache, dass die genaue Verwendung dieses Instruments gesetzlich noch nicht geklärt ist. Man kann da unterschiedliche Dinge machen, zum Beispiel die Selbstkostendeckung ablösen und diesen Pflegebedarf als neue Bestimmungsgröße für das Pflegebudget nehmen. Das sehen Sie auf der linken Seite. Oder – das finden wir besonders wichtig – auch den Schweregrad angemessen in die Pflegepersonaluntergrenzen einführen, denn wir haben dann einen individuellen Pflegebedarf, der mehr ist und besser ist als wenn ich überall den Durchschnitt mache. Wichtig ist, wir brauchen, egal wie sich dieses Instrument weiterentwickelt, auf alle Fälle die Untergrenzen. Es darf nicht operiert werden, wenn kein Anästhesist dabei ist und es darf auch nicht operiert werden, wenn auf der Aufwachstation nicht genug Pflegekräfte sind. Dies ist eine wichtige Regel, die auf Dauer

einzuhalten ist. Was man dafür tun muss, damit das in allen Krankenhäusern funktioniert und auch finanzierbar und organisierbar ist, das ist der Bereich, den Frau Stoff-Ahnis jetzt vorstellt.

### **Stefanie Stoff-Ahnis**

Vielen Dank. Wie angesprochen, wir sehen die notwendigen Veränderungen in einem etwas längerfristigen Zeithorizont und dritte ganz wesentliche Säule unseres gesamten Modells ist eben die Entwicklung von bedarfsgerechten Krankenhausstrukturen. Gerade der Abgleich vorhin, also der Personaldichte zu den Fallzahlen, der hat ja gezeigt: Wenn alles so verbleibt und nur einzelne Stellschrauben gedreht werden, dann wird sich die Situation für die Pflegekräfte weiterhin wie in so einem Hamsterrad bewegen. Um dauerhaft mehr Personal am Patientenbett zu haben, genau da, wo es nämlich gebraucht wird, sind sozusagen verschiedene Reformansätze erforderlich, die miteinander zu verzahnen sind. Wir hatten im Dezember ein sehr umfassendes Positionspapier vorgestellt, wo genau sozusagen die relevanten, die reformbedürftigen Bereiche aufgegriffen wurden und Vorschläge entwickelt wurden. Ich möchte jetzt hier nur beispielhaft einzelne benennen. Wir brauchen bundeseinheitliche Strukturvorgaben, wie Sie die kennen aus den Notfallstufen. Wir brauchen auch eine digital vernetzte Notfallrettung, um letztlich Patienten in einem Notfall sogleich ins richtige Konzept zu bringen. Das ist natürlich mit Blick auf die Qualität der dann möglichen Versorgung überzeugend, aber es vermeidet eben auch unnötige Verlegungen von Patientinnen und Patienten. Durch das Schließen von nicht bedarfsnotwendigen Krankenhäusern vor allem natürlich in Ballungsräumen schwindet der Anreiz, dass eben auch unnötige medizinische Behandlungen und Operationen im Krankenhaus durchgeführt werden. Indem wir Mindestmengen ausbauen, fördern wir eine Spezialisierung der Krankenhausversorgung, was auch aus Qualitätsgründen für die Patienten natürlich extrem sinnvoll ist. Wir vermeiden eine Gelegenheitschirurgie und ein Aspekt, der hier jetzt auch nochmal aufgegriffen werden soll: Wichtig ist aus unserer Sicht, dass es uns gelingt wie auch sonst international sozusagen gesehen das stattfindet, wir müssen das Potenzial von ambulanter Versorgung stärker nutzen. Ein Festhalten an stationären Überversorgungen macht einfach versorgungspolitisch überhaupt keinen Sinn. Finanzierbar ist das auf Dauer auch nicht, aber auch vor allem das knappe Personal wird unnötig gebunden. Hier sehen Sie als Stichwort sogenannte Ein-Tages-Fälle. Die möchten wir hier auch nochmals aufgreifen um den Punkt zu unterstreichen. Im Jahr 2019 wurden in deutschen Krankenhäusern etwa vier Millionen Menschen lediglich für eine Nacht im Krankenhaus behalten. Das sind die sogenannten Ein-Tages-Fälle. In der Wissenschaft wird schon lange die These vertreten, dass ein großer Teil davon eben auch hätte ambulant versorgt werden können. Das heißt, das sind unnötige Krankenhausaufenthalte, das ist unnötige Belastung für Pflegekräfte im Krankenhaus. Ein Indiz ist, dass bei ausgewählten operativen Leistungen, denen sozusagen ambulantes Potenzial zuzuordnen ist, im Jahr 2020 um 28 Prozent zurückgegangen sind. Also in der Zeit der Pandemie wurden also solche im Krankenhaus nicht notwendigen

Eingriffe deutlich weniger vorgenommen. Insofern die Schaffung von bedarfsgerechten Strukturen, die ist einfach ein ganz wesentlicher Schlüssel, um die Situation in der Pflege ganz nachhaltig zu verbessern. Der Weg zu einer wirklich sicheren und guten Pflege ist noch weit. Wir haben soeben ausgeführt, also im Status Quo ist die Personalausstattung mit Pflegekräften auf vielen Stationen eine Zumutung, also auch eine gesundheitsgefährdende Zumutung. Herr Dr. Leber hat ausgeführt, also im Durchschnitt der 1.300 Krankenhäuser, für die Pflegepersonaluntergrenzen gelten, sind 12 Prozent aller Schichten unterbesetzt. Das heißt, dort ist nicht einmal ein Mindestmaß an Pflegepersonal vorhanden und einzelne Bereiche waren ja gerade auch aufgeführt. Also in der Herzchirurgie waren das wirklich 12 Prozent, wo die Untergrenzen nicht erreicht werden. Im Bereich der Neurologie waren es 14 Prozent und ehrlich gesagt richtig dramatisch ist es im Bereich der neurologischen Schlaganfalleneinheiten, weil da wird in jeder fünften Schicht die Mindestanzahl von Pflegepersonal nicht erreicht. Also keiner, der einen Schlaganfall erlitten hat, möchte vermutlich dort versorgt werden. Eine sichere Pflege im Krankenhaus aus unserer Sicht braucht ganz klar Transparenz. Das bieten die Pflegepersonaluntergrenzen. Wir brauchen diese für alle Stationen im gesamten Krankenhaus. Blinde Flecken, so wie es vormals gab und eben teilweise auch noch gibt, die darf es nicht mehr geben. Das sind wir zum einen natürlich Patientinnen und Patienten schuldig, zum andere aber auch den Pflegekräften, die dort arbeiten. Ohne Untergrenzen geht aus unserer Sicht für die Pflege gar nichts, aber wir wollen ja nicht nur eine ausreichende Pflege. Hier die zweite Säule: Wir wollen auch eine gute Pflege und das heißt, wir brauchen eine moderne Pflegepersonalbemessung. Entscheidend muss sein, wie hoch ist der tatsächliche Bedarf, der leistbare Bedarf auf Station. Nicht betriebswirtschaftliche Argumente, Erwägungen des Krankenhausmanagements dürfen hier entscheidend sein. Maßgeblich ist auch für die Zukunft, wir brauchen ein verbindliches Instrument, was also bundesweit einheitlich angewendet wird. Wir brauchen eines, das volldigitalisiert ist und was letztlich wirklich auf jeder Station im Krankenhaus dann auch angewendet werden muss. Bis Ende 2024 ist das neue Pflegepersonalbemessungsinstrument nach der gesetzlichen Vorgabe zu entwickeln und auch zu erproben. Das ist – ja, klar – eine gesetzliche Frist, die uns gesetzt wurde, aber für uns ist es auch ein Anspruch, denn es hat schon lange genug oder zu lange gedauert für eine Verbesserung der Situation in der Pflege. Insofern ist da jetzt auch keine Zeit mehr zu verlieren und ich bin ehrlich gesagt froh, dass über die Gesetzgebung jetzt die ersten Schritte veranlasst wurden. Bis zu diesem Zeitpunkt Ende 2024 haben wir eine Übergangslösung, die Patientensicht sozusagen abdeckt mit Patientenschutz über die Pflegepersonaluntergrenzen und wir haben auch die Finanzierungsfrage gelöst über das Pflegebudget. Insofern gibt es jetzt eine praktikable Interimslösung und wir können die Zeit nutzen, um eben ein modernes Instrument zu entwickeln. Zur dritten Säule, also die bedarfsgerechten Krankenhausstrukturen brauchen wir, um einfach nicht notwendige medizinische Aufenthalte im Krankenhaus zu verhindern. Wir müssen die Bettenanzahl an dem Versorgungsbedarf der Patienten ausrichten und insofern reduzieren. Die Pflegekräfte, die dadurch frei werden, die können in spezialisierten

Krankenhäusern eingesetzt werden, also im Bereich der verbesserten Krebsversorgung, die können wir einsetzen dann in den ländlichen Krankenhäusern, die wir für eine flächendeckende Versorgung brauchen. Denken Sie an die Kinderheilkunde. Also wir müssen das Personal tatsächlich dort einsetzen, wo es auch medizinisch und aus sozusagen Versorgungsbedarfsgründen gebraucht wird und dann werden wir auch eine bessere Pflege am Krankenbett haben. In der Digitalisierung, die Herr Dr. Leber auch schon angesprochen hat, liegt eine ganz große Chance und mir ist es nochmal wichtig zu unterstreichen, dass die Überlegungen, die wir anstellen im Hinblick auf die Pflegepersonalbemessung und das Instrument, was volldigitalisiert entwickelt werden soll, die gehen genau im Gleichklang zu der jetzt hier gesetzlich veranlassten Digitalisierung von Krankenhäusern. Also wir entwickeln mit unserem Pflegepersonalbemessungsinstrument eins zu eins auch ein Instrument, was sich über die Förderung nach dem Krankenhauszukunftsfonds bis 2025 im Krankenhaus etablieren soll. Also das Stichwort eben einer elektronischen Patientenakte und elektronische Pflegedokumentation. Insofern ist das also eine zeitgemäße Entwicklung, die wir hier vorschlagen, die einfach einen modernen Pflegestandard im Krankenhaus in Zukunft sichern kann. Also insofern richte ich den Blick jetzt noch etwas weiter und möchte ganz grundsätzlich nochmal unterstreichen, dass wir mit einer modernen Pflegepersonalbedarfsmessung eine Chance sehen, dass die Pflege endlich aus ihrem Schattendasein heraustreten kann, weil ein Punkt ist ganz zentral aus unserer Sicht: Wenn die Pflege, die am Bett geleistet wird bedarfsorientiert, wenn wir die entsprechend sozusagen der erbrachten Leistung nachgewiesen, wenn wir die bezahlen, dann bekommt Pflege einen Wert, der letztlich also für die Krankenhausleitung auch ein ganz entscheidender Faktor ist, in die Pflege zu investieren. Dann hat das zwei Folgen. Der erste Punkt ist, die Pflege wird nicht mehr die Spardbüchse sein des Krankenhausmanagements und der zweite Punkt ist, wir wertschätzen dann auch die Pflege, indem sie eben auf der Einnahmenseite wie auch die medizinische Leistung sichtbar ist. Insofern aus unserer Sicht, es ist an der Zeit, dass wir die Pflege tatsächlich mehr wertschätzen und das Pflegepersonalbemessungsinstrument wäre genau ein ganz wichtiger Schritt in diese Richtung. Bald ist die Bundestagswahl. Erlauben Sie mir an der Stelle auch schon einen Appell in Richtung der neuen Bundesregierung der sozusagen neuen Verantwortlichen: Bitte bleiben Sie standhaft, wenn die Krankenhausverbände versuchen, das Rad zurückzudrehen und die Pflege sozusagen an der Stelle nicht weiterentwickeln wollen. Wir brauchen eine moderne Pflegepersonalbedarfsermittlung, wir brauchen volldigitalisierte Pflege als sozusagen Voraussetzung als Herzstück auch für die gute Pflege am Bett und das ist die Basis, dass sich die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte tatsächlich weiter verbessern können. Vielen Dank.

### **Florian Lanz**

Vielen Dank, Frau Stoff-Ahnis. Vielen Dank, Herr Dr. Leber. Jetzt frage ich Sie, ob es Fragen gibt? Sie können gerne einfach in MS Teams Ihre Fragen stellen, sich zu Wort melden oder

auch in den Chat etwas schreiben. Die Herausforderung ist jetzt ja, dass wir lauter Kürzel auf unseren Bildschirmen sehen. Ich sehe CK, OH, HT, aber kann natürlich Ihr Minenspiel schlecht interpretieren auf dieser Basis. Herr Hommel hat sich gemeldet.

### **Thomas Hommel**

Schönen guten Morgen. Ich hoffe, Sie können mich hören. Können Sie mich hören?

### **Florian Lanz**

Wunderbar. Danke schön.

### **Thomas Hommel**

Vielen Dank, Herr Lanz. Herr Leber, ich habe eine Frage. Sie sprachen mit Blick auf die Entwicklung des Pflegepersonalbedarfsinstruments, das der Gesetzgeber jetzt auf den Weg gebracht hat oder womit er Sie jetzt beauftragt hat und die DKG zusammen. Da sprachen Sie von einem kompetentem Aufstieg und hatten ein leichtes Schmunzeln, soweit ich das von hier aus erkennen konnte, im Gesicht. Darf ich das so interpretieren, dass Ihnen das etwas zu langsam geht, wie das jetzt geplant ist? Ich glaube, bis 2024 soll das aufgesetzt sein, erprobt sein, dann 2025 der Bundestag nochmal entscheiden, vielleicht dann irgendwann danach kommt das, vielleicht auch nicht. Habe ich Sie da richtig verstanden, dass das schneller gehen könnte, müsste? Vielen Dank.

### **Dr. Wulf-Dietrich Leber**

Also das Kommetenhafte war natürlich eine kleine Kommentierung der grafischen Darstellung. Was schon erstaunlich ist, ist, dass wir die letztendliche Verwendung dieses Instrumentariums überhaupt noch nicht gesetzgeberisch geklärt haben und das macht es ein wenig schwieriger. Ich glaube, mit einer Sache muss man sofort anfangen, nämlich eine einheitliche Terminologie in allen Krankenhäusern einzuführen, um sozusagen zu sehen, was Stand der Dinge ist. Das war auch das Wichtige bei den Pflegepersonaluntergrenzen, dass man ein System geschaffen hat, wo wir die Werte von allen Stationen haben und ich glaube, an diesem Punkt brauchen wir sehr schnell eine Aktion, auch eine begleitende Aktion des Ministeriums, damit wir eine einheitliche Terminologie haben und erfassen können, wie der Stand der Pflege in den einzelnen Krankenhäusern auf den einzelnen Stationen ist. Ich glaube, wir sind nicht viel weiter, wenn wir jetzt einfach irgendeine Expertengruppe mit einer kleinen Anzahl von Krankenhäusern sozusagen die optimale Pflege entwickeln lassen und alle anderen machen so weiter wie bisher und wir wissen nicht, was passiert. Das heißt, um diesen Abgleich schnell zu ermöglichen, brauchen wir die Erfassung in möglichst vielen Häusern und das heißt auch die Durchsetzung der digitalen Möglichkeiten möglichst schnell in allen Häusern.

### **Florian Lanz**

Vielen Dank. Herr Dr. Leber, es gab jetzt noch eine Nachfrage, nämlich nochmal die Bitte, kurz deutlich zu machen, wo genau der Unterschied ist zwischen der PPR, die jetzt unter anderem von der DKG und Ver.di vorgeschlagen wird, also sozusagen das alte System zu recyceln, und unserem Ansatz. Vielleicht nochmal prägnant die drei zentralen Unterschiede.

### **Dr. Wulf-Dietrich Leber**

Das PPR-System ist 30 Jahre alt und basiert darauf, dass man den Pflegebedarf pro Patient jeden Nachmittag eingibt in eine Stufung von vier oder fünf Kategorien. Das scheint uns nicht ausreichend, weil es nur den Bedarf ermittelt, aber nicht ermittelt, was denn nun auch noch im Einzelnen getan werden muss. Es ist also nur sozusagen eine aggregierte Bestimmung des Schweregrads, ohne dass es im Pflegemanagement hilft. Unserer Meinung nach müssen alle wesentlichen Dinge aus der Pflegedokumentation ableitbar sein. Wir wollen nicht, dass extra erfasst wird, sondern wir wollen, dass das, was notwendig ist in der Pflegedokumentation, nutzbar gemacht wird für die Planung und die Berechnung in der Pflegebemessung. Die anderen Sachen gehen sehr ins Detail, also hat man es für alle Stationen, in der PPR fehlen einige, die Tag-/Nacht-Differenzierung fehlt und auch die Berücksichtigung des Qualifikationsmixes. Von daher ein neues digital orientiertes System, wo Pflegekräfte nicht extra durch Erfassung belastet werden.

### **Florian Lanz**

Gut, vielen Dank, Herr Dr. Leber. Ich schaue Sie noch einmal virtuell fragend an. Es bleibt still. Dann bedanke ich mich für Ihre Aufmerksamkeit. Frau Stoff-Ahnis, Herr Dr. Leber, vielen Dank und an die Runde sozusagen daheim und an den Bildschirmen. Ich wünsche Ihnen noch einen schönen Tag. Tschüss.