



Wortprotokoll der 100. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 9. September 2020, 16:00 Uhr
Marie-Elisabeth-Lüders-Haus, Saal 3 101, Adele-
Schreiber-Krieger-Straße 1, 10557 Berlin

Vorsitz: Erwin Rüdell, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Tagesordnungspunkt

Seite 5

- a) Antrag der Abgeordneten Kordula Schulz-Asche, Maria Klein-Schmeink, Dr. Kirsten Kappert-Gonthier, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Pflegende Angehörige unterstützen – Nicht nur in der Corona-Krise

BT-Drucksache 19/18957

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Arbeit und Soziales
Haushaltsausschuss

- b) Antrag der Abgeordneten Kordula Schulz-Asche, Beate Müller-Gemmeke, Maria Klein-Schmeink, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Professionelle Pflegekräfte wertschätzen und entlasten - Nicht nur in der Corona-Krise

BT-Drucksache 19/19136

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Arbeit und Soziales
Haushaltsausschuss

**Mitglieder des Ausschusses**

	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
CDU/CSU	Henke, Rudolf Henrich, 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	Hoffmann, Dr. Bettina Kappert-Gonther, Dr. Kirsten Klein-Schmeink, Maria Schulz-Asche, Kordula	Dörner, Katja Kurth, Markus Rottmann, Dr. Manuela Rüffer, Corinna



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



Beginn der Sitzung: 16:00 Uhr

Der **stellvertretende Vorsitzende**, Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Guten Tag meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer, meine sehr verehrten Sachverständigen, sehr geehrte Vertreter der Bundesregierung. Ich habe jetzt die Ehre, dass möchte ich betonen, die 100. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit zu leiten, stellvertretend für Herrn Rüdell, dem wir von dieser Seite alles Gute und gute Genesung wünschen. Ich begrüße Sie sehr herzlich zur zweiten öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit am heutigen Tag, die ebenfalls eine Mischung aus Präsenzsitzung und Online-Meeting mit unseren Sachverständigen ist. Vorab möchte ich Sie bitten, sich mit Ihrem Namen in WebEx anzumelden, sodass Ihre Teilnahme für uns erkennbar ist. Die Sachverständigen bitte ich, Ihre Mikrofone vorerst stumm zu schalten, damit wir keine Rückkopplungseffekte haben und uns wechselseitig vernünftig verstehen können. Die im Saal anwesenden Abgeordneten bitte ich, sich mit einem Endgerät in die Sitzung einzuwählen und dieses Gerät stumm zu schalten. Die Fragen stellen Sie über die Tischmikrofone. Zum weiteren Verfahren komme ich gleich noch einmal zurück. Wir behandeln heute zwei Anträge der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, einmal mit dem Titel „Pflegerische Angehörige unterstützen – Nicht nur in der Corona-Krise“ auf Drucksache 19/18957 sowie „Professionelle Pflegekräfte wertschätzen und entlasten - Nicht nur in der Corona-Krise“ auf Drucksache 19/19136. Meine sehr verehrten Damen und Herren, die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN dringt in ihrem ersten Antrag darauf, den Infektionsschutz für pflegebedürftige Personen und Pflegepersonen zu verbessern, indem diese Zugang zu regelmäßigen Tests auf Covid-19 bekommen und mit ausreichender Schutzkleidung ausgestattet werden. Zudem sollen neben anderen vorgeschlagenen Maßnahmen die Kommunen dabei unterstützt werden, ein Register für Notfalleinrichtungen der Kurzzeit- und Tagespflege einzurichten, an das sich pflegende Angehörige wenden können. In dem zweiten Antrag setzt sich die Fraktion dafür ein, dass Beschäftigte im Gesundheitsbereich, die besonderen Risiken durch Corona ausgesetzt sind, eine aus Steuermitteln finanzierte Prämie erhalten. Außerdem soll unter anderem die Ausweitung der Arbeitszeit auf bis zu

zwölf Stunden und die Verkürzung der Ruhezeiten auf bis zu neun Stunden durch die COVID-19-Arbeitszeitverordnung umgehend zurückgenommen werden, um professionelle Pflegekräfte zu schützen. Ich freue mich auf eine spannende Diskussion mit unseren Sachverständigen zu diesen Fragen. Bevor wir beginnen, will ich einige Anmerkungen zum Ablauf der heutigen Sitzung machen: Die Anhörung dauert insgesamt 90 Minuten. In dieser Zeit werden die Fraktionen ihre Fragen abwechselnd, in einer festen Reihenfolge an die Sachverständigen stellen. Die Reihenfolge orientiert sich an der Stärke der Fraktionen. Es wird immer eine Frage an eine Sachverständige oder einen Sachverständigen gestellt. Nach genau 90 Minuten werde ich die Anhörung schließen. Ich darf darum bitten, die einzelnen Wortbeiträge, Fragen und Antworten, möglichst kurz zu halten, damit in dieser Zeit viele Fragen gestellt werden können und viele Sachverständige zu Wort kommen. Am besten wäre es, wenn wir es hinbekämen, dass die Frage und die dazugehörige Antwort zwei bis drei Minuten nicht überschreiten würden. Ich bitte die aufgerufenen Sachverständigen, bei der Beantwortung der Frage ihre Mikrofone einzuschalten und sich mit ihrem 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 bzw. Institutionen zuordnen. Den Sachverständigen, die eine schriftliche Stellungnahme eingereicht haben, möchte ich an dieser Stelle herzlich danken. Des Weiteren bitte ich alle Anwesenden, ihre Mobiltelefone auszuschalten. Ein Klingeln kostet, das ist bei uns stehende Übung, 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. Das waren die Formalien. Jetzt geht es in die Anhörung. Mein Damen und Herren, wir beginnen mit der Fraktion der CDU/CSU und Herr Hennrich stellt die erste Frage.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Die erste Frage geht an den Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste. Wir haben mit dem Zweiten Bevölkerungsschutzgesetz beschlossen, allen Beschäftigten in der Altenpflege im Jahr 2020 einen gestaffelten



Anspruch auf eine einmalige Sonderleistung in Höhe von bis 1 500 Euro zukommen zu lassen. Ich wäre Ihnen dankbar, wenn Sie berichten könnten, wie die Umsetzung dieser Auszahlung in der Praxis bisher funktioniert und vor allem, ob alle Bundesländer den entsprechenden Betrag auf 1 500 Euro aufgestockt haben.

SV Herbert Mauel (bpa - Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)): Wir wissen das durchaus zu schätzen, dass in einem so großen Umfang die Leistung anerkannt wurde. Trotz der knappen Fristen muss man sagen, dass die Abwicklung sehr, sehr gut funktioniert hat. Das betrifft sowohl die Seite der Pflegekassen als auch die Länder. Alle Länder haben sich zum Schluss beteiligt, Bayern mit einem etwas anderen Weg. Überall dort, wo es Einrichtungen gab, die nur auf Landesebene tätig waren, hat dieses Verfahren reibungslos geklappt. Dass, was noch übersehen wurde, kann in einem zweiten Schritt nachgeholt werden. Wir wissen das sehr zu schätzen, dass dort fast 1,5 Milliarden Euro als Anerkennung für die Beschäftigten in den Pflegeeinrichtungen zur Verfügung gestellt wurden.

Abg. Sabine Dittmar (SPD): Meine Frage geht an Herrn Prof. Dr. Rothgang. In der Pandemie hat sich gezeigt, wie wichtig ausreichendes Pflegepersonal ist. Die nach Ihnen benannte Rothgang-Studie zur Personalbemessung hat ergeben, dass es in der Altenpflege vor allem am Pflege- und Assistenzpersonal mangelt. Wie können wir sicherstellen, dass genügend gut ausgebildete Pflegehelferinnen und -helfer dem Markt zur Verfügung stehen?

ESV Prof. Dr. Heinz Rothgang: Wenn wir uns die Arbeitsmarktlage ansehen, sehen wir, dass bei den Fachkräften ein großes Defizit herrscht. Auf eine Person, die sich arbeitsuchend meldet, haben wir fünf offene Stellen. Bei den Assistenzkräften ist das ganz anders. Da haben wir im Moment noch mehr Arbeitsuchende als offene Stellen. Das heißt, da ist noch viel mehr Luft. Wenn wir uns auf die Personen konzentrieren, die wir in erster Linie angesprochen haben, nämlich Assistenzkräfte mit ein- bis zweijähriger Ausbildung nach Landesrecht, ist der Arbeitsmarkt dort einigermaßen ausgewogen. Es ist

bei weitem nicht so schlimm wie bei den Fachkräften, aber trotzdem müssen wir gerade bei diesen Personen Anstrengungen unternehmen, die wir als QN3, Qualitätsniveau 3, nach dem europäischen, deutschen Qualifikationsrahmen bezeichnet haben. Da müssen noch weitere Kapazitäten geschaffen werden. Der Vorteil ist, die Ausbildung dauert nur ein bis zwei Jahre, das heißt, das Personal wäre sehr viel schneller auf dem Markt. Ich bedauere es ein wenig, dass wir in den Diskussionen, die wir bei der Konzertierte(n) Aktion Pflege hatten, diese Personengruppe nicht explizit ins Auge nehmen. Das wäre mein Plädoyer, dass wir alles das tun, was wir tun müssen, um Fachkräfte zu gewinnen und zu halten. Das ist alles gut und richtig, aber auch auf die zweite Linie gucken. Personen mit ein- bis zweijähriger Ausbildung nach Landesrecht, dass wir da die Ausbildungskapazitäten verbessern, Aufstiegschancen in die Gruppe hinein und aus der Gruppe heraus schaffen und so über die Zeit das Personal bereitstellen, was wir vermisst haben in den Einrichtungen.

Abg. Detlev Spangenberg (AfD): Meine Frage geht an Frau Brigitte Bührlen von WIR! Stiftung pflegender Angehöriger. Frau Bührlen, es wird die Einrichtung eines Registers gefordert. Freie Notbetreuungsangebote zum Beispiel in Kurzzeit- oder Tagespflegeeinrichtungen sollen so besser vermittelt werden. Sie befürworten ein solches Register. Soll die Meldung freier Plätze durch die Anbieter freiwillig erfolgen oder soll es eine Meldepflicht geben? Wenn die Meldung freiwillig erfolgen soll, welche Anreize soll es dafür geben? Es ist ein gewisser Mehraufwand für die Anbieter zu erwarten.

ESVe Brigitte Bührlen: Ich weiß nicht, ob ich es ganz genau verstanden habe. Sie fragen nach einem Melderegister für Einrichtungen vor Ort in den Sozialräumen, wo man sich melden oder Pflegebedürftige sich melden sollen, wenn sie einen Pflegebedarf haben. Habe ich das richtig verstanden?

Abg. Detlev Spangenberg (AfD): Die Frage war, ob die Meldung freier Plätze durch die Anbieter freiwillig erfolgen oder ob es eine Meldepflicht geben soll.



ESVe **Brigitte Bührlen**: Ich würde einmal so sagen, es wäre aus Sicht von Angehörigen und auch von Pflegebedürftigen sehr sinnvoll, wenn man wüsste, welche Plätze frei sind. Ob es eine Meldepflicht sein soll, die gesetzlich geregelt ist und jeder muss die freien Plätze melden? Ja, aus unserer Sicht wäre das sehr sinnvoll. Inwieweit das die professionellen Anbieter machen, weiß ich nicht, aber es wäre aus unserer Sicht sehr sinnvoll.

Abg. **Detlev Spangenberg** (AfD): Die Frage ging noch weiter, das haben Sie nicht beantwortet.

ESVe **Brigitte Bührlen**: Ich höre Sie ganz schlecht.

Abg. **Lothar Riebsamen** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband. Sie haben gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft am 3. September 2020 ein Konzept für eine Corona-Prämie auch für Pflegekräfte im Krankenhaus vorgestellt. Wir werden dies umsetzen. Können Sie uns das Konzept hier bitte kurz erläutern?

SV **Gernot Kiefer** (GKV-Spitzenverband): Man muss zunächst vorausschicken, bevor ich die Einzelheiten nenne, wir haben sehr effektiv eine Prämie auf den Weg gebracht für die Beschäftigten in der Altenhilfe und -pflege. Man muss aber schon sehen, dass die Beschäftigten in der akutstationären Pflege ebenfalls zum Teil durchaus nennenswerte Belastungen durch Covid-19 stemmen mussten und auch einer besonderen Risikolage ausgesetzt sind. Darauf zielt dieser Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes und der DKG. Im Konkreten glaube wir, dass es wichtig ist, einen zielgenau Weg zu finden. Das heißt, es sollen diejenigen Beschäftigten und Häuser erreicht werden, die tatsächlich Covid-19-Patienten behandelt haben und es sollen unter den verschiedenen Gruppen der Krankenhausbeschäftigten auch diejenigen erreicht werden, die mit der Pflege oder mit vergleichbaren Dingen befasst waren. Das ist die Grundidee dieses Konzepts. Wir haben ein Volumen von circa 100 Millionen Euro vorgesehen und wir schlagen vor, dass der Gesetzgeber definiert, dass die Vorgehensweise in der konkreten Ausgestaltung zwischen den Arbeitgebern, also den Krankenhausträgern und den Interessensvertretungen des Personals, im Detail ausgehandelt wird. Unser Fokus liegt dabei auf den Pflegekräften, die

am Bett die Versorgung von Covid-19-Patienten durchgeführt haben. Das ist eine vernünftige und zielgenaue Operationalisierung, denn wir haben im Gegensatz zur Altenpflege eine Situation, die ich gar nicht kritisiere, aber die man zur Kenntnis nehmen muss, dass auf Grund des Lockdowns und der vorsorglich nicht durchgeführten planbaren Eingriffe eine nennenswert große Beschäftigungsgruppe im Krankenhaus nicht voll ausgelastet war. Die Arbeit konzentrierte sich ein Stück weit auf diejenigen, die Covid-19-Patienten zu versorgen hatten. Das ist die Idee, das Prinzip der Anerkennung zielgenau auszugestalten. Es gibt einen Unterschied zur Altenpflege und natürlich mussten alle Beschäftigungsgruppen in unterschiedlichem Umfang mit der Situation umgehen.

Abg. **Nicole Westig** (FDP): Ich habe eine Frage an Herrn Carsten Drude vom BLGS. In der BLGS-Stellungnahme wird die Ausbildungsinitiative Pflege angesprochen, die als Fortsetzung der Arbeitsgruppe I der Konzentrierten Aktion Pflege ihre Arbeit weiterführt. Inwiefern sehen Sie das Ziel der Erhöhung der Ausbildungskapazitäten durch Mängel in der Lehrerausbildung und bei der Qualifikation der Praxisanleitenden gefährdet und warum?

ESV **Carsten Drude**: Das ist in der Tat flächendeckend bei den Rückmeldungen unserer Mitglieder und Mitgliedsschulen ein sehr, sehr heikles Thema. Wir arbeiten gerne mit in der AG, das ist keine Frage, wir haben uns das Ziel auf die Fahnen geschrieben, die Kapazitäten zu erhöhen, aber wo fängt gute Pflege an? In der Tat, in der Ausbildung und strukturell ist es so, dass flächendeckend viel zu wenig Lehrende an den Schulen vorhanden sind. Das liegt unter anderem an den Studienkapazitäten der Hochschulen. Es gibt nach wie vor Bundesländer, die überhaupt keine Pflegepädagogen ausbilden. Andererseits gibt es inhaltliche Mängel an den Hochschulen. Es gibt explizit einige Hochschulen, die nicht einmal das Kernfach Pflegewissenschaft in ihrem Lehrplan, in ihren Curriculae oder Prüfungsordnungen haben. Und der zweite Teil der Frage: Es hat sich jetzt vor allem in Corona-Zeiten gezeigt, dass diese wichtige Tätigkeit noch nicht die Wertschätzung erfährt, die sie eigentlich erfahren müsste. Die Praxisanleitung wird sehr, sehr häufig, trotz der erhöhten Stundenvorgaben im Gesetz oder in der Prüfungsordnung, immer noch



sehr, sehr rudimentär behandelt. Die Personen in den Einrichtungen müssen das nebenbei durchführen und das ist ein katastrophaler Zustand, wie ich finde. Da sind dringend strukturelle Nachbesserungen durchzuführen.

Abg. Cornelia Möhring (DIE LINKE.): Ich habe eine Frage an die Einzelsachverständige Dr. Tine Haubner. Sie weisen in Ihrer Stellungnahme auf grundlegende Defizite hin, die Sie sogar als Dilemma beschreiben. Es sei zu befürchten, dass jede Verbesserung für pflegende Angehörige zugleich die Gefahr erhöht, dass geringqualifizierte Laienpflege im häuslichen Bereich als Standard zementiert wird. Dennoch fordern Betroffene und regierungsnahe Beiräte verständlicherweise dringend Sofortmaßnahmen für pflegende Angehörige. Meine Frage ist, wie könnte dieses Dilemma aufgelöst werden?

ESVe Dr. Tine Haubner: Erst einmal begrüße ich den Antrag der Bundestagsfraktion von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Grünen zum besseren Schutz und zur Unterstützung pflegender Angehöriger, weil damit eine lange oder meist vernachlässigte Thematik, nämlich die informelle häusliche Pflege, die die tragende Säule der pflegerischen Versorgung in Deutschland ist, auf die politische Agenda gesetzt wird. Ich habe ein bisschen Probleme mit dem Begriff der Systemrelevanz, weil wir uns immer fragen müssen, für welches System diese informelle häusliche Pflege relevant ist und inwiefern dieses auch Rücksicht auf die enorme Belastung der informellen häuslichen Pflege nimmt. Was ich vor dem Hintergrund der extremen Belastung von pflegenden Angehörigen, nicht nur in Pandemiezeiten – das ist mir sehr wichtig darauf hinzuweisen – sagen würde ist, dass es auf der einen Seite, wenn man überhaupt Dilemmata dieser Größenordnung auflösen kann, einen Ausbau von professionellen Versorgungsangeboten braucht. Damit schließe ich mich der Empfehlung des Unabhängigen Beirats zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege an, die eine Verbesserung im Sinne eines Ausbaus der professionellen Pflegeinfrastruktur über Investitionen in professionelle pflegerische Versorgung gefordert haben. Auf der anderen Seite sollte die informelle häusliche Laienpflege aus meiner Perspektive eine zusätzliche, ergänzende und keine materiell sozialpolitische oder infrastrukturell indirekt erzwungene Leistungserbringung sein. Das heißt, dass die

Pflege durch Angehörige ihren spezifischen Eigensinn entfalten kann, der sich grundsätzlich von professioneller Pflege unterscheidet und eine ganz eigene Qualität darstellt. Das funktioniert nur, wenn häusliche Pflege durch Angehörige nicht mehr mit einem Armuts- und Gesundheitsrisiko verbunden ist, wie es leider immer noch in der Bundesrepublik der Fall ist. Um das zu verändern bzw. zu verbessern, brauchen wir eine qualifizierte Bedarfsplanung und professionelle Versorgungsangebote und wir brauchen ausreichende Kompensationsleistungen und soziale Absicherung für pflegende Angehörige wie Lohnersatz- und Rentenleistungen.

Abg. Kordula Schulz-Asche (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Herrn Pälme. Ich möchte fragen, welche Probleme sich ganz besonders und zusätzlich während der Corona-Pandemie bislang in der Versorgung älterer und pflegebedürftiger Menschen, gerade auch für pflegende Angehörige, ergeben haben und welche Empfehlungen sich daraus neben der Flexibilisierung zum Beispiel von Geldleistungen ergeben, um die professionelle pflegerische Versorgung zu verbessern. Sind die aktuellen professionellen Pflegestrukturen ausreichend, um die Angehörigen in ihrer Arbeit zu unterstützen?

ESV Christian Pälme: Da lässt sich jetzt vieles zu erzählen. Es ist so, dass die Situation in der häuslichen Pflege schon vor Corona schlecht war. Das muss man sich in Erinnerung rufen, das ist jetzt nicht erst durch Corona passiert, es hat sich bei vielen durch Corona zugespitzt. Das hängt auch damit zusammen, dass man im Vorfeld vieles versäumt hat. Ich nenne nur einmal die Stichwörter Vereinbarkeit von Pflege und Beruf, das ist gerade schon gefallen, Lohnersatz für pflegende Angehörige, aber auch zum Beispiel Entlastungsbudget, was im Koalitionsvertrag drinsteht, aber immer noch nicht umgesetzt wurde. Das wäre wahnsinnig wichtig, darauf in der aktuellen Situation zurückgreifen zu können. Wenn man den Blick auf die Pflegeinfrastruktur richtet, wäre es mir wichtig, auf die Kurzzeitpflege einzugehen, denn die Entwicklung ist auch dort dramatisch. Anstatt dass wir einen Ausbau in der Kurzzeitpflege haben, erleben wir einen Rückgang. Diese ist von 2011 bis 2017 um 470 Einrichtungen geschrumpft. Im gleichen Zeitraum sind



achthunderttausend Menschen in der häuslichen Pflege hinzugekommen. Da kann man sich ausrechnen und ausmalen, dass die Wartezeiten auf so einen Platz immer weiter steigen und oft bei einem Jahr liegen. Das ist eine Leistung, die im Akutfall greifen muss, wenn zum Beispiel Pflegepersonen erkranken. Das ist ein absolutes No-Go. Das ist eine Leistung, die auf dem Papier existiert, aber vor Ort nicht wirklich genutzt werden kann, weil die Strukturen nicht existieren. Das müssen dann die Familien auffangen und umso mehr steigt die Belastung. Da muss man dringend ansetzen, das ist schon gesagt worden. Man sollte auch nicht mit einer Zeigefingermentalität da rangehen, nach dem Motto, wer hat jetzt die Verantwortung, sondern da müssen Bund und Länder gemeinsam ein Investitionsprogramm auflegen. Eine feste Quotierung in der stationären Pflege mit Kurzzeitpflegeplätzen wäre eine Option. Das ist sehr, sehr wichtig. Ich möchte noch kurz auf das Register eingehen. Ich finde es eine gute Idee, vor Ort eine Übersicht zu schaffen, aber wir müssen dieses Register auch füllen. Wir brauchen keine Register, die alles zeigen, was wir nicht haben, wir brauchen ein Register, das zeigt, was geht, und da muss immer auch an den Ausbau der Pflegeinfrastruktur gedacht werden.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Meine Frage richtet sich an die BAG-Selbsthilfe. Frau Dr. Doka. Welche Maßnahmen halten Sie für besonders wichtig, um diejenigen die pflegen, und alle, die gepflegt werden, vor Infektionen zu schützen, nicht nur vor SARS-CoV-2, sondern insgesamt? Wie kann man die Betroffenen vor Infektionen noch besser schützen?

SVe **Dr. Siiri Doka** (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG Selbsthilfe)): Für uns ist die Versorgung mit Masken und Schutzausrüstungen während der Pandemie ganz zentral gewesen. Das war auch eines der Hauptthemen in den Video-Chats bei den Selbsthilfegruppen. Offenbar hat es teilweise an der Erstattung gehakt. Wir haben Rückmeldungen, dass Masken auf einmal als Alltagsgegenstände des täglichen Bedarfs eingestuft werden und mitgeteilt wurde, dass sie nicht mehr erstattungsfähig sind. Wir haben die Rückmeldung, dass die Pauschalen nicht ganz ausreichen, gerade bei schutzintensiven

Versorgungen. Insoweit würden wir uns wünschen, dass es eine Ausnahmeregelung über diese Erhöhung der Pauschalen für schutzintensive Versorgung hinaus gibt, die sehr viele Schutzmaterialien, Hilfsmittel und entsprechende Unterstützung bedürfen, damit eine angemessene Versorgung stattfindet. Es ist tatsächlich so, dass das genau die Personengruppen sind, die zu schützen sind und wo eine Ausbreitung verhindert werden muss.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Ich richte meine Frage an die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di. Bereits heute besteht die Möglichkeit, Sonderprämien durch Tarifverhandlungen für das Pflegepersonal in den Kliniken zu erreichen. Inwiefern konnten solche Sonderprämien für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bisher in den Krankenhäusern verhandelt werden?

SVe **Grit Genster** (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di): Die beschlossene Corona-Prämie für die Altenpflege ist ein Erfolg der Initiative für die allgemeinverbindlichen Regelungen in der Altenpflege. Das ist wichtig. Ver.di will aber den Bonus auch für alle Beschäftigten in den Krankenhäusern, in den Reha-Kliniken, in der Behindertenhilfe und in allen anderen Bereichen, die in der Krise besonders gefordert sind, und zwar unabhängig davon, ob sie unmittelbar mit Covid-19-Patientinnen und Patienten zu tun haben, weil die Anforderungen, beispielsweise durch die persönliche Schutzausrüstung überall besonders hoch und gegeben sind. Zu Ihrer konkreten Frage: Dort, wo Klinikarbeitsgeber mit uns gemeinsam der Auffassung sind, dass es ein Signal der Würdigung und der Anerkennung angesichts der enormen Arbeitsbelastung braucht, haben wir eine tarifliche Prämie vereinbaren können. Das ist zuletzt im Klinikum in Magdeburg passiert. Davor auch für Beschäftigte in Bayern, in der Sozialstiftung Bamberg. So gibt es weitere Beispiele, wo wir es konkret vereinbaren konnten. Doch ich will deutlich betonen, im Konflikt, wenn Arbeitgeber nicht dazu bereit sind, ist diese Prämie nicht durchzusetzen und das widerspricht dem Sinn der Corona-Prämie, die ein Zeichen der Anerkennung und der Wertschätzung und Würdigung sein soll, dass sie von Beschäftigten im Konflikt und im Zweifel im Streik durchgesetzt werden müsste. Wenn wir streiken müssen, tun wir das nicht für eine einmalige Prämie, sondern für eine



nachhaltige Aufwertung der Pflegeberufe und das ist notwendig, ganz unabhängig von der Pandemie.

Abg. **Lothar Riebsamen** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Herrn Hug. Bereits heute haben wir in den Krankenhäusern Pflegepersonaluntergrenzen. Wie beurteilen Sie vor diesem Hintergrund die Forderung der Antragsteller, wissenschaftlich basierte Personalbemessungsinstrumente in der Krankenpflege einzusetzen?

ESV **Josef Hug**: Ich befürworte nach wie vor uneingeschränkt die Pflegepersonaluntergrenzen, die eingeführt wurden. Überall dort, wo ich Kritik höre an den Untergrenzen, stelle ich fest, dass oft nicht die begleitenden organisatorischen oder strukturellen Maßnahmen bei der Einführung berücksichtigt wurden. Erstmals wird jetzt die rote Linie gezogen, um die Patientensicherheit tatsächlich auch sicherzustellen. Unterhalb der Untergrenzen muss man diese Frage kritisch stellen, ob die Patientensicherheit noch gewährleistet ist. Untergrenzen alleine reichen aus meiner Sicht nicht aus, um für nachhaltige Verbesserungen zu sorgen, und darum begrüße ich ausdrücklich die Einführung oder würde die Wiedereinführung eines Personalbemessungsinstrumentes begrüßen. Wir haben jetzt seit dreiundzwanzig Jahren kein gültiges Personalbemessungsinstrument mehr im Krankenhaus und ich halte dieses für zwingend notwendig. Ich habe vor zwei Jahren in der Anhörung hier im Gesundheitsausschuss bereits die Aussage gemacht, dass die Pflegepersonaluntergrenzenverordnung, das Pflegebudget und ein Bemessungsinstrument, drei für mich gleichwichtige Elemente sind, die sich gegenseitig bedienen, um für eine nachhaltige Verbesserung in den Pflegediensten zu sorgen. Die PPR 2.0 (aktualisierte Pflegepersonalregelung) bietet sich deshalb an, weil sie ein Scoring-System hat, das im Wesentlichen auf die Fallschwere eingeht, einen Fall- und einen Grundwert für Tätigkeiten, die jeden Tag anfallen, unabhängig vom tatsächlichen Pflegebedarf und zum Beispiel Führungskräfte und Nachtdienste separat bewertet. Die Untergrenzen übrigens werden im Klinikum Karlsruhe, einem Maximalversorgungshaus mit fünfzehnhundert Betten, in den dort achtzehn Stationen, wo sie derzeit gültig sind, zu neunundneunzig bis hundert Prozent eingehalten.

Abg. **Claudia Moll** (SPD): Meine Frage geht an die Stiftung pflegender Angehöriger. Wie stehen Sie zu der Forderung, die Leistungsbeiträge der Verhinderungs- und Kurzzeitpflege zu einem einheitlichen Budget zusammenzuführen?

ESVe **Brigitte Bührlen**: Aus meiner Sicht und aus der Sicht sehr vieler pflegender Angehöriger wäre es eine gute Sache, diese Budgets zu einem Gesamtbudget fortzuführen, einfach damit man mehr Flexibilität in der Verwendung und im Einsatz der Gelder hat, damit man individueller planen kann. Wir wären sehr dafür.

Abg. **Detlev Spangenberg** (AfD): Meine Frage geht an Frau Nadya Klarmann von der Pflegekammer Niedersachsen. Es wird eine Unterstützung für den Aufbau einer Bundespflegekammer gefordert. Eine solche befindet sich im Aufbau. Welche Unterstützung konkret durch die Bundesregierung können Sie sich vorstellen? Die Mehrheit ihrer Mitglieder hat in Niedersachsen kürzlich gegen die Pflegekammer gestimmt. Welche Lehren würden Sie aus dieser Entwicklung für den Aufbau dieser Bundespflegekammer ziehen und könnten Sie einmal das Problem ausführen?

Der **Vorsitzende**: Für Frau Klarmann nimmt Frau Wehrstedt an der Anhörung teil.

Abg. **Detlev Spangenberg** (AfD): Dann würde ich die Frage dort hinrichten.

SVe **Nora Wehrstedt** (Pflegekammer Niedersachsen – Vorstand): Ich hoffe, Sie können mich hören. Ich habe leider nur einen ganz geringen Teil dieser Frage akustisch verstanden. Ich hoffe, ich kann Ihnen trotzdem Rede und Antwort stehen. Was wir brauchen ist eine kleine Finanzierung, damit wir unsere Arbeit beginnen können, ohne direkt den Fehler wie in Niedersachsen zu machen und gleich Mitgliedsbeiträge zu erheben. Wir benötigen politische Rückendeckung und Ansprechpartner, mit denen wir ins Gespräch kommen können, um gemeinsam Projekte zu denken, die bei der Pflege ankommen. Es gibt nichts Schlimmeres, als ganz oben auf irgendeiner Ebene Projekte zu denken, die der Pflege aber am Ende am Bett überhaupt nichts bringen.



Abg. **Dr. Roy Kühne** (CDU/CSU): Meine Frage geht an den BPA. Wie ist Ihre Einschätzung zu der Forderung der Antragsteller, wissenschaftlich basierte Personalbemessungsinstrumente in der Altenpflege einzusetzen?

SV **Herbert Mauel** (bpa - Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)): Wir waren intensiv an diesem Projekt beteiligt und haben das sehr unterstützt. Es gilt mehrere Folgerungen daraus zu ziehen. Ein Effekt ist, dass die heutige Fachkraftquote dadurch nicht mehr bestätigt wird, wir aber eine fundierte Grundlage für Änderungen bekommen. Das wäre etwas, was in den Ländern zu machen ist. Dann, der zweite Schritt, wir bekommen klare Hinweise dazu, was eine angemessene und wünschenswerte Ausstattung wäre. Wir werden uns in Zukunft damit auseinandersetzen müssen, wie das mit verfügbaren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und der Zahl der wachsenden Pflegebedürftigen passt. Wir freuen uns durchaus, dass jetzt im ersten Schritt die 20 000 Assistenzkräfte, um einen Schritt in diese Richtung zu machen, finanziert werden, weisen aber deutlich darauf hin, dass wir dafür sorgen müssen, dass das auch funktioniert. Wir dürfen das nicht im ersten Schritt schon so mit Qualifikationsanforderungen belasten, dass wir in zwei bis drei Jahren dastehen und haben 4 000 dieser 20 000 Stellen besetzt. Wir brauchen einen etwas längeren Atem und sollten in den Erfolg und nicht in die formalen Vorgaben verliebt sein.

Abg. **Nicole Westig** (FDP): Meine Frage geht an Frau Brigitte Bührlen. Inwieweit sollten pflegende Angehörige in kommunale Entscheidungsprozesse miteinbezogen werden, gerade wenn es um die Entwicklung quartiernaher Angebote geht, und wie stellen Sie sich das vor?

ESVe **Brigitte Bührlen**: Pflegende Angehörige jeden Alters sollten unbedingt eingebunden werden in sozialräumliche, kommunale Entscheidungen. Sie sollten bei allen relevanten Fragen mit einer gewichtigen Stimme miteinbezogen werden. Ich halte es für wichtig, dass die Kommunen und auch die politische Seite einen Überblick bekommen, wieviel Angehörige in dem jeweiligen Sozialraum überhaupt pflegen und dass sie diese Angehörigen

mit an die Runden Tische nehmen und bei allen relevanten Fragen, die die Kommune betreffen, miteinbeziehen. Diesen Überblick kann man bekommen, indem man zum Beispiel ein World-Café veranstaltet und die Pflegenden in unserem Sozialraum fragt, was sie sich vorstellen, was ihnen fehlt, was sie gut finden und sie miteinbezieht auch in Verwaltungsentscheidungen. Gemeinsam mit Verwaltungen und der Politik vor Ort sollte versucht werden die Bedarfe festzustellen und diese Bedarfe in geeigneter Form mit den vorhandenen Strukturen vor Ort umzusetzen. Es gibt sehr viele soziale Runde Tische in Kommunen, an denen selbstverständlich auch die Vertreter von Angehörigen und Pflegebedürftigen unterschiedlichen Alters sitzen, so zum Beispiel auch die Eltern von behinderten Kindern und Jugendlichen, die überall rausfallen. Es gibt Pflegebedürftige und Pflegende in jedem Alter und es ist wichtig, dass ihre Erfahrungen und Expertisen vor Ort in alle Entscheidungen miteinfließen.

Abg. **Cornelia Möhring** (DIE LINKE.): Meine Frage geht diesmal an den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Rothgang. Sie haben gestern eine Online-Befragung mit pflegenden Angehörigen veröffentlicht und ich würde Sie gerne fragen, welche zentralen Erkenntnisse es da gab und welche Sofortmaßnahmen Sie als Schlussfolgerung aus dieser Befragung vorschlagen.

ESV **Prof. Dr. Heinz Rothgang**: In der Tat, wir haben mehr als 1 000 pflegende Angehörige befragt, wie sie in der Corona-Zeit klar gekommen sind und die Ergebnisse waren nicht wirklich überraschend. Sie haben bestätigt, dass sich die Situation pflegender Angehöriger, die vorher schon schwierig war, noch einmal erheblich verschlechtert hat. Das bezieht sich darauf, dass die Nutzung professioneller Angebote zurückgehen musste, weil die Anbieter nicht mehr da waren. Die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf ist deutlich schlechter geworden, auch der Gesundheitszustand hat sich verschlechtert. Die empfundene Belastung hat zugenommen und die Qualität der erfahrenen Unterstützung hat abgenommen. Das alles sind keine Befunde, die einen wirklich überraschen können, die aber doch, wenn man sie schwarz auf weiß vor sich sieht, beeindruckend und deutlich machen, hier ist etwas, das im Moment nicht so gut läuft. Wenn wir dann fragen,



und wir haben das die pflegenden Angehörigen gefragt, was könnte man denn tun, um sie zu entlasten, ist eine Botschaft, dass sich die pflegenden Angehörigen in der Corona-Krise nicht wirklich gesehen fühlen. Das heißt, wir reden über Krankenhäuser, über Intensivstationen und eventuell noch über Pflegeheime. Über pflegende Angehörige haben wir sehr wenig geredet. Das ist etwas, was nicht viel kostet, aber die Anerkennung, die diese Menschen verdienen, geeignet zum Ausdruck bringt. Was noch helfen würde wären einfache Dinge wie eine Notrufnummer, ein Kummertelefon etc. Auch das kostet nicht die Welt. Die Freistellung von der Erwerbsarbeit mit Lohnfortzahlung wurde besonders häufig genannt, wenn es notwendig ist. Wir haben das in den anderen Bereichen. Viele von uns haben das erlebt, wenn Kinderbetreuungspflichten angefallen sind in der Corona-Zeit, wenn andere Care-Arbeiten angefallen sind, wir konnten uns zurückziehen aus der Erwerbstätigkeit, schrittweise, ein bisschen. Das müsste in Bezug auf Pflege noch sehr viel stärker ausgebaut werden, die Freistellung von Erwerbsarbeit mit Lohnfortzahlung. Das andere Thema, was immer wieder genannt wurde, war die freie Verwendung des Entlastungsbetrags, und die Flexibilisierung des Leistungsrechts. Das ist auch langfristig strukturell das Thema. Pflegende Angehörige sind unersetzbar, sie sind aber eine Ressource, die wir im Moment tendenziell überfordern. Was wir brauchen sind passgenaue Unterstützungsmöglichkeiten, die sich die Angehörigen selber suchen können. Deshalb Flexibilisierung statt Bürokratie.

Abg. **Dr. Roy Kühne** (CDU/CSU): Meine Frage geht an den Einzelsachverständigen Herrn Josef Hug. Um den Fachkräftemangel im Gesundheitswesen entscheidender zu bekämpfen, fordern die Antragsteller eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Hier würde mich Ihre Erfahrung aus der Praxis interessieren. Was für Personalkonzepte gibt es bei Ihnen im Klinikum, um eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu ermöglichen?

ESV **Josef Hug**: Das städtische Klinikum hat bereits vor über zehn Jahren ein Konzept entwickelt, das sich lebensphasengerechtes Arbeiten im Pflegedienst nennt. Bei einem Frauenanteil von 87 Prozent, derzeit auch bundesweit, spielt das Thema

Vereinbarkeit von Familie, Karriere, Beruf und Arbeitszeiten eine wichtige Rolle. Dieses Konzept ist vom Bundesgesundheitsministerium als Modellprojekt anerkannt worden. Derzeit bieten wir alleine im Rahmendienstplan 54 verschiedene Arbeitsvertragsformen und darüber hinaus ungefähr noch einmal die gleiche Anzahl an individuellen Arbeitsverträgen an. Man muss wissen, dass der Schichtdienst nicht immer nur belastende Faktoren hat, sondern eine große Anzahl von unterschiedlichen Arbeitsvertragsformen überhaupt möglich macht. Insgesamt haben wir ein Sieben-Punkte-Programm entwickelt. Das beginnt bei starker Finanzierung oder Mitfinanzierung der Job-Tickets, bei der Wohnraumakquise, bis hin zum Ausbau der Kindertagesstätte, bezahlten Hospitationen und Auszeitregelungen, aber auch Arbeitszeitmodellen im Sinne von flexiblen und Standby-Diensten. Wir beschäftigen uns derzeit sehr stark mit dem Thema Arbeiten nach regulärem Renteneintritt ebenso wie mit der Auszubildendenübernahme und wir bauen derzeit unsere Kinderbetreuung von 56 auf 98 Plätze aus. Das ist ein ganz wichtiges Element. Das sind die wesentlichen Maßnahmen. Wir halten nichts von großen Aktionen mit Antrittsprämien und Antrittsgeschenken im Sinne von Tablets und iPhones, sondern wir legen großen Wert darauf, dass diese Maßnahmen, die ich kurz aufgeführt habe, nachhaltig und seriös sind. Im Prinzip ist das ein ganzes Paket von Maßnahmen, was in ein Konzept „Beste Bedingungen für gute Pflege beim größten Gesundheitsdienstleister der Region“ übergeht.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage richtet sich an Prof. Dr. Fischer. Sehen Sie die professionelle Pflege in Deutschland gut aufgestellt, so dass wir ähnlichen Krisensituationen wie der Corona-Pandemie gelassen entgegenblicken können, falls eine solche Situation wiederkommt, oder was braucht es, damit in Deutschland vom Potenzial der pflegerischen Professionalität in der Gesundheitsversorgung profitiert werden kann?

ESV **Prof. Dr. Thomas Fischer** (Evangelische Hochschule Dresden): Ich würde gerne sagen, es ist alles prima, aber das kann ich nicht sagen, denn wir haben auf vielen Ebenen keinen systematischen Einbezug der pflegfachlichen Expertise und das betrifft, was die Pandemie angeht, insbesondere den



öffentlichen Gesundheitsdienst, sodass wir heute sehen, dass die Zusammenarbeit zwischen den Pflegeeinrichtungen und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) von Kommune zu Kommune sehr unterschiedlich läuft. Bei der Reform des ÖGD ist es sinnvoll, dass hier pflegerische Expertise einbezogen wird. Es fehlt deutlich an dem Verständnis dafür, dass es bei Pflege auch um Angehörige, ambulante Pflege und soziale Teilhabe geht. Grundsätzlich kann man sagen, wir würden besser dastehen, hätten wir eine funktionierende berufliche Selbstverwaltung in den unterschiedlichen Bundesländern, so dass wir überhaupt für solche Krisenfälle planen könnten. Dann wüssten wir nämlich, welche Qualifikationen wo und wie in der Pflege vorhanden sind. Das tun wir im Moment nicht, sodass die Planung deutlich erschwert ist. Auch die Frage der Mobilisierung von Fachkraftressourcen würde sich in Krisensituationen deutlich besser gestalten, hätten wir eine vernünftige berufliche Selbstverwaltung, also Kammern in den Ländern. Grundsätzlich stellt sich die Frage, ob unter den jetzigen Arbeitsbedingungen überhaupt genügend Pflegenden zur Verfügung stehen. Das muss man kritisch beobachten, ob wir jetzt noch weitere Abwanderungsbewegungen aus dem Beruf sehen werden, die sich einfach aus der Erfahrung heraus ergeben, wie schwierig diese Lage insbesondere in den SGB XI-Einrichtungen, aber auch im Krankenhaus war. Insofern begrüße ich auf jeden Fall die Forderung, eine klarere Personalbemessungsgrundlage einzurichten. Im Bildungsbereich müssen wir sicher zulegen. Während jetzt hier über die Hilfs- und die Assistenzkräfte gesprochen wurde, wo es sinnvoll ist, strukturierte Ausbildungen einzuführen, dort wo es sie nicht gibt. Sie sollten, dort, wo es sie bereits gibt, gestärkt werden. Man muss über die vertiefte erweiterte pflegerische Praxis nachdenken und Pflegefachkräften, insbesondere im Bereich Public Health ermöglichen, Aufgaben zu übernehmen, die sie im Moment nicht übernehmen können. Das betrifft vor allen Dingen auch das, was gerade schon angesprochen wurde, die kommunale Ebene, denn der Erfolg oder der Misserfolg dieses Pandemie-Managements entscheidet sich im Moment in der Kommune, im Quartier, im kleinen Ort. Dort fehlt es eindeutig an pflegefachlicher Expertise, die zum Beispiel auch in der Lage ist, pflegende Angehörige und Pflegebedürftige in der Häuslichkeit so zu unterstützen, dass eine gute Kri-

senbewältigung klappt. Mein Fazit ist, es gibt Potenzial, aber das ist bei weitem nicht ausgeschöpft und die Kompetenzen der Pflegefachleute werden nicht hinreichend genutzt.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Meine Frage geht an die Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege, Frau Dr. Fix. Wie bewerten Sie die von der Koalition vorgenommenen Erleichterungen und Flexibilisierungen bei der Inanspruchnahme von Pflegezeit und Familienpflegezeit? Welche Weiterentwicklungsbedarfe sehen Sie, damit die Pflegezeiten besser in Anspruch werden können?

Sve **Dr. Elisabeth Fix** (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)): Zunächst einmal begrüßen wir sehr, dass mit dem Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) die Flexibilisierung der Inanspruchnahme von Familienpflegezeit und Pflegezeit weiter erleichtert wird. Diese starre Regelung in der Abfolge hat bisher dazu beigetragen, dass die Pflegezeiten nicht so abgerufen wurden, wie sie abgerufen werden könnten. Wir würden uns wünschen, dass diese Regelung verstetigt wird. Es wurde auch schon angesprochen, dass der Unabhängige Beirat für die Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf eine Lösung für die Finanzierung der Pflegezeiten vorgeschlagen hat. Das unterstützen wir als freie Wohlfahrtspflege. Zuletzt wünschen wir uns auch, dass Familienpflegezeit und Pflegezeit zu einem Gesetz zusammengeführt werden, um solche Probleme zu lösen, wie etwa, dass es für beide Pflegezeiten unterschiedliche Betriebsgrößen als Voraussetzung für die Inanspruchnahme gibt. Des Weiteren noch drei kleine Punkte, die auch sehr wichtig sind. Auch Pflegebedürftige im Pflegegrad 1 und ihre Angehörigen brauchen diese Entlastung und der Pflegegrad 1 sollte sowohl für die Familienpflegezeit als auch für die Pflegezeit ermöglicht werden. Des Weiteren sollte auch vorgesehen werden, dass die Sterbekarenz von drei Monaten nicht auf die Höchstgrenze von insgesamt vierundzwanzig Monaten angerechnet wird. Wir unterstützen als Wohlfahrtspflege den Vorschlag, den die Grünen jetzt in dem Antrag gemacht haben, nämlich nicht nur Verwandte in die Pflegezeiten miteinzubeziehen, sondern alle Angehörigen. Das können Freundinnen und Freunde sein, aber genauso Nachbarn.



Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Ich richte meine Frage an den GKV-Spitzenverband. Wir haben bereits Maßnahmen zur Unterstützung und Entlastung von pflegenden Angehörigen im Hinblick auf das Corona-Virus auf den Weg gebracht. Können Sie uns bitte erläutern, welche Maßnahmen unternommen wurden, um Entlastungen für pflegende Angehörige zu schaffen und vor allem, erachten Sie diese Maßnahmen als ausreichend?

SV **Gernot Kiefer** (GKV-Spitzenverband): Richtig, die Maßnahmen sind auf den Weg gebracht. Ich will eine prägnante Zahl nennen. Wir haben insgesamt eine Situation, dass die pflegenden Angehörigen etwas stärker von der Erhöhung der Pauschalen für die entsprechenden Schutzgegenstände profitieren, auch wenn geschrieben worden ist, dass es hier an der einen oder anderen Stelle etwas geruckelt hat. So ist unsere Tendenz, dass es insgesamt gut gelaufen ist und dass sich die Preisentwicklung nicht mehr so exorbitant ist, sodass der Betrag von sechzig Euro ausreicht und die Mittel für die Angehörigen zur Verfügung stehen. Aus meiner Perspektive ist es richtig, dass die angesprochenen Maßnahmen, die auf der gesetzgeberischen Ebene hinsichtlich des Pflegeunterstützungsgeldes und Ähnlichem eine Rolle spielen, zum Greifen kommen. Da kann man einige notwendige kurzfristige Maßnahmen ergreifen.

Abg. **Detlev Spangenberg** (AfD): Meine Frage geht an Herrn Gernot Kiefer vom GKV-Spitzenverband. Zur Entlastung der Ärzteschaft während der Corona-Krise sind den Pflegenden heilkundliche Tätigkeiten gestattet worden. Diese Regelung soll verstetigt werden. Wie ist Ihre Meinung dazu? Ist dieser Bereich evaluiert worden? Haben Sie Kenntnisse darüber, ob sich diese Regelung während der Krise bewährt hat?

SV **Gernot Kiefer** (GKV-Spitzenverband): Mein Eindruck ist, und das zeigt auch die Erfahrung in der Corona-Pandemie, dass die Pflegenden mit der Übernahme bestimmter ärztliche Tätigkeiten stärker in ihre Möglichkeiten und in ihre Zuordnungen gehen können, als es in der Vergangenheit der Fall war. Es gibt dazu eine Grundgesetzeslage, die schon seit Jahren mindestens im Sinne der Erprobung vorliegt. Die Position des Spitzenverbandes

ist, wir müssen die Zuordnung pflegerischer und medizinischer Leistungen in der Absetzung neu diskutieren und nicht alles, was wir heute mit Arzt- oder Medizinvorbehalt sehen, muss in Zukunft noch so betrachtet werden. Unser Ziel ist eine stärkere Partizipation. Bestimmte, derzeit Ärzten vorbehaltene Leistungen, kann man, ohne hier ein unvertretbares Risiko einzugehen, Pflegekräften durchaus zuordnen.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Meine Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Carsten Drude vom Bundesverband der lehrenden Gesundheits- und Sozialberufe. Ich möchte das Thema Heilkundeübertragung etwas vertiefen. Welche Aufgaben beziehungsweise Tätigkeiten eignen sich aus Ihrer Sicht grundsätzlich für eine Heilkundeübertragung ohne bzw. gegebenenfalls mit ergänzender Qualifikation der Pflegefachperson?

ESV **Carsten Drude**: Herr Kiefer hat es schon richtig gesagt, wir diskutieren das seit Jahren und grundsätzlich sollte man dahinkommen, diese Diskussion neu zu führen. Wenn Sie nach konkreten Aufgaben fragen, kann ich Ihnen aus der Praxis in den Einrichtungen eine lange Liste von Tätigkeiten aufzählen. Aber das trifft es genau nicht. Wir brauchen einen ganz anderen Blick. Es geht nicht um diesen elendig langen Streit von Delegation, Substitution, wer ist zuständig, sondern ganz grundsätzlich geht es darum, wer die anfallende Aufgabe unter den gegebenen Voraussetzungen am besten erledigen kann. Wir haben dazu im Pflegeberufegesetz übrigens eine große Chance. Wir haben einen zugebenermaßen eher rudimentär ausgebildeten akademisierten Bereich, der verankert ist. Den könnte man nutzen. Zusätzlich haben wir diesen neuen Paragraphen mit den Vorbehaltstätigkeiten. Es gibt also in der bestehenden Gesetzgebung schon Chancen, sich in die Richtung auf den Weg zu machen.

Abg. **Lothar Rietsamen** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Herrn Josef Hug. Die Antragsteller fordern in ihrem Antrag, Hürden bei der Zuwanderung weiter abzubauen. Hier würde mich Ihre Einschätzung aus der Praxis interessieren. Wie sind Ihre Erfahrungen mit der Einstellung von ausländischen Fachkräften? Sehen Sie vor Ort grundsätzliche Probleme?



ESV **Josef Hug**: Ich halte eine regelmäßige Zuwanderung von internationalen Pflegekräften für wichtig, um den steigenden Bedarf in den Krankenhäusern, im Pflegebereich insgesamt, decken zu können. Allerdings kann dies aus meiner Sicht nur ein wichtiger Baustein einer umfassenden strategischen Planung zur Personalgewinnung sein. Dies einmal grundsätzlich vorneweg. Wir haben in unserem Klinikum die Rahmenbedingungen dafür geschaffen. Wir haben in den letzten eineinhalb Jahren ein Department für internationale Pflegekräfte in der Pflegedirektion mit insgesamt 3,5 Vollkraftstellen, das sind Pflegemanager, Sozialarbeiter, Pflege- und Sprachpädagogen, aufgebaut. Die fünf Mitarbeiter kümmern sich gemeinsam um derzeit 27 Kolleg/-innen aus den Philippinen, Mexiko, Kolumbien und Albanien. In der Zukunft planen wir im Schnitt zwei bis drei Prozent unseres Vollkraftstellenanteils mit ausländischen Mitarbeiter/-innen zu besetzen. Wir wissen, das ist ein wichtiger Bestandteil, aber mit der Einstellung von ausländischen und internationalen Pflegekräften allein werden wir unser Problem sicher nicht lösen können. Was wir feststellen, es braucht eine maximal lange Vorlaufzeit von circa achtzehn Monaten von der ersten Kontaktaufnahme bis zur Anerkennung im Betrieb. Der Bürokratieabbau im Prozess der Visavergabe muss aus unserer Sicht noch einmal deutlich beschleunigter ablaufen. Hier wirkt sich das beschleunigte Fachkräfteverfahren nach § 81a des Aufenthaltsgesetzes im Prinzip positiv aus. Wir haben es mit langen Anerkennungsverfahren zu tun, drei bis neun Monate, und sind deshalb dazu übergegangen, die Pflegekräfte selbst zu unterrichten und führen sie dann mit den Regierungspräsidien für die Kenntnisprüfung zusammen. Wir haben auch festgestellt, dass die Sprachkenntnisse B2 nicht immer ausreichend sind für einen Pflegeberuf und dass es große kulturelle Unterschiede bei den Themen Nähe, Distanz und Intimität gibt. Weiter sind internationale Pflegekräfte oft gar nicht in grundpflegerischen Kenntnissen ausgebildet, so dass das für sie völlig neue Themenfelder sind. Das Thema selbst ist natürlich nicht neu. Wir haben im Klinikum Karlsruhe vor über vierzig Jahren bereits Mitarbeiter/-innen aus den Philippinen und aus Indien gehabt und haben das vor vier Wochen noch einmal erfasst. Von den derzeit 4 500 Mitarbeiter/-innen in unserem Klinikum kommen Mitarbeiter aus 80 unterschiedlichen Nationen dieser Erde.

Von daher haben wir eine breite Anzahl von internationalen, nicht nur Pflegekräften, sondern Mitarbeiter/-innen im Klinikum im Einsatz.

Abg. **Nicole Westig** (FDP): Ich habe eine Frage an den Einzelsachverständigen Herrn Carsten Drude. Wie stellt sich die technische und auch personelle Situation in den Schulen im Hinblick auf Digitalisierung, E-Learning und virtuellem Unterricht unter Corona-Bedingungen, aber auch dauerhaft dar? Können Schulen im Gesundheitswesen diese Mittel unbürokratisch abrufen und landen die Mittel des Digitalpakts Schule auch zielgerichtet dort, wofür sie gedacht waren?

ESV **Carsten Drude**: Unbürokratisch? Nein, das funktioniert nicht. Es wird in den verschiedenen Bundesländern sehr, sehr unterschiedlich gehandhabt. Wir haben Vorzeigebundesländer, die von Anfang an die Schulen im Gesundheitswesen beim Digitalpakt einbezogen und die sogar noch etwas draufgelegt haben aus Landesmitteln. Das gibt es in der Tat, und wir haben Länder, wo die Pflegeschulen expressis verbis erst einmal hinten angestellt wurden. Da gibt es eine riesengroße Bandbreite und bürokratisch ist das allemal. Das ist nicht einfach, so eben einen Antrag ausfüllen und ich bekomme hier meine Ausstattung, Konzepte und Geräte. Zum ersten Teil Ihrer Frage, wie sich das grundsätzlich darstellt? Wir haben gesehen, dass auch in den Gesundheitsschulen ein großes Maß an Flexibilität vorherrscht, eine Umstellung funktionierte. Das hat schon sehr gut geklappt. Wir sind aber nicht vergleichbar mit Schulen im allgemeinbildenden Bereich. Wir haben einen ganz anderen Praxisanteil, allein stundenmäßig, und wir haben immer den direkten Kontakt. Das ist ein himmelweiter Unterschied zu allgemeinbildenden Schulen, wo man digital einiges mehr veranstalten konnte. Im Großen und Ganzen waren die Kolleginnen und Kollegen in den Schulen sehr flexibel. Die Lernenden übrigens auch. Es hat sich aber auch gezeigt, wie an anderen Schulen auch, dass nicht alle Lernenden über Geräte verfügen, die das Homeschooling möglich machen. Digitalpakt - da wäre der dringende Appell, bundeseinheitlich die Empfehlung auszusprechen, ich weiß, dass das Ländersache ist, von Seiten der Bundesregierung, dass das unbürokratisch zu handhaben ist und die Gesundheitsschulen einzubeziehen sind. Das wäre hilfreich.



Abg. **Dr. Roy Kühne** (CDU/CSU): Meine Frage geht an den Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste. Mit der Testverordnung des Bundes ist es möglich, dass sich Pflegekräfte in Pflegeeinrichtungen auch dann testen können, wenn keine Symptome für eine Infektion mit dem Corona-Virus erkennbar sind. Wie findet die Umsetzung dieser Testverordnung vor Ort statt?

SV **Herbert Mauel** (bpa - Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)): Die Bundesregelung ist gut, dass kann man nicht anders sagen. Diese Bundesregelung macht es möglich, dass vor Ort die mögliche Sicherheit gegeben ist. Es hapert allerdings sehr stark an der Umsetzung. Wir haben längst nicht die notwendige Sicherheit, die nötig wäre. Wir haben Begriffsverwirrungen, wenn von Reihentestungen gesprochen wird. Ich benutze diesen Begriff höchst ungern. Wir haben ja hier, gerade in den Pflegeheimen, eine Situation, dass wir Risikogruppen haben. Wir haben ganz besondere Risikogruppen und dort mögliche Sicherheit zu vermitteln, ist dringend notwendig. Das fängt insbesondere bei der Aufnahme an, bei der Rückverlegung aus dem Krankenhaus. Die Grundbedingungen sind gegeben. Die Abrechnungsmöglichkeit wäre da, aber das Nadelöhr ist häufig noch die Beauftragung durch die Gesundheitsämter. Dort wünschen wir uns sehr viel mehr Unterstützung. Ich will die Diskussion der letzten Wochen aufgreifen. Lockerungen hängen davon ab, dass wir möglichst hohe Sicherheit vermitteln. Mit Tests haben wir eine verlässliche Momentaufnahme. Die Risiken sind hoch und wenn Sie sich die Zahlen derjenigen, die verstorben sind, ansehen, ist es durchaus sehr gerechtfertigt, dass wir die Risikogruppen im Pflegeheim, das sind die Beschäftigten, wie auch die Pflegebedürftigen, besonders berücksichtigen.

Abg. **Claudia Moll** (SPD): Meine Frage geht an den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Rothgang. Wie bewerten Sie die Regelungen im Entwurf zum Versorgungsverbesserungsgesetz, in einem ersten Schritt zur Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens 20 000 zusätzliche Stellen für Pflegehilfskräfte in der stationären Pflege zu schaffen?

ESV **Prof. Dr. Heinz Rothgang**: Vielen Dank für die Frage, die durchaus komplex ist. Ich fange vorne an. Wir haben dieses Personalbemessungsverfahren

entwickelt. Damit sind wir fertig. Der Abschlussbericht ist übergeben. Die Instrumente sind übergeben. Wir sind da jetzt erst einmal raus und hoffen auf die Umsetzung. Was wir im angesprochenen Gesetz sehen ist ein erster Schritt, nicht mehr und nicht weniger. Der erste Schritt ist meines Erachtens nach vollkommen richtig, 20 000 Stellen, Assistenzkraftstellen, differenziert nach Pflegegraden, das ist uns wichtig gewesen. Diese Stellen werden finanziert. Die müssen aber nicht vorgehalten werden, es ist also eine Kann-Regelung. Damit wird auf die Situation auf dem Arbeitsmarkt Rücksicht genommen. Die Finanzierung erfolgt ohne den Pflegeersatz, um damit den Eigenanteil nicht zu erhöhen. Soweit ist das alles in Ordnung und gut. Ich hoffe nur, dass die Umsetzung funktioniert, dass nicht der Nachweis von zusätzlichen Kräften irgendwann ein bürokratisches Monstrum wird. Ansonsten finde ich das als ersten Schritt in Ordnung. Allerdings ist es nur ein erster Schritt, und das ist wichtig zu betonen. Wir haben festgestellt, wir haben Personalmehrbedarf in einem Umfang von eher 100 000 Personen und wir reden jetzt von 20 000 Stellen. Was mich ein bisschen beunruhigt ist, dass in dem Gesetz kein Zeitplan angedeutet wird, wie die nächsten Schritte sein sollen. Das wäre aber wichtig, wenn man in die Szene ein Signal senden will, dass die Situation in der Pflege tatsächlich besser wird, dass es attraktiv ist, diesen Beruf auszuüben. Das braucht ein etwas kraftvolleres Signal, nicht nur 20 000 Stellen und dann gucken wir später, sondern das ist unser Zeitplan, das ist unsere Roadmap, das soll passieren. Angesprochen werden muss auch die Organisationsentwicklung, denn unser Personalbemessungsverfahren funktioniert nur, wenn in den Einrichtungen auch kompetenzorientiert gepflegt wird, das heißt, wenn die Pflegefachkräfte Aufgaben abgeben, für die sie gar nicht benötigt werden. Dann können wir durch die Assistenzkräfte das Niveau insgesamt anheben. Auch da ist im Gesetzentwurf noch nicht angedeutet, wie eine solche Organisationsentwicklung unterstützt werden könnte. Das sind Dinge, die erhoffe ich mir für einen zweiten Schritt und ich erhoffe mir auch, dass der zweite Schritt nicht erst am Sankt Nimmerleinstag erfolgt, sondern dass das zügig weiter auf den Weg gebracht wird. Dann, aber auch nur dann, wäre das gut.



Abg. **Cornelia Möhring** (DIE LINKE.): Ich habe wieder eine Frage an die Einzelsachverständige Frau Dr. Haubner und ich würde gerne noch einmal auf das Thema Vereinbarkeit Pflege und Beruf zurückkommen. Wir wissen, und das ist besonders unter Covid-Pandemiebedingungen sichtbar geworden, dass die Vereinbarkeit sehr schlecht und schwierig ist. Ich würde Sie gerne fragen, Frau Dr. Haubner, wie Sie vor diesem Hintergrund die Vorschläge zur Erweiterung des Pflegezeit- und Familienpflegezeitgesetzes für eine Lohnersatzleistung und zum Homeoffice beurteilen und welche weiteren Regelungen Sie vorschlagen würden.

ESVe Dr **Tine Haubner**: Für das Protokoll: Was ich vorhin versäumt habe, mein Kontext ist die Friedrich-Schiller-Universität in Jena. Zu den Fragen: Vielleicht fünf ganz knappe, kurze Punkte. Die Forderung nach einer dreimonatigen PflegeZeit Plus als Lohnersatzleistung ist aus meiner Sicht zu befürworten. Dabei sollte überlegt werden, ob die Dauer bei nicht vorhandenen zusätzlichen professionellen Unterstützungsangeboten, wie jetzt auch in der Pandemie, auf die gesamte Dauer der Pflegeübernahme ausgeweitet werden sollte. Wir müssen im Hinterkopf behalten, auch unabhängig von Corona, dass die durchschnittliche Pflegedauer zwischen fünf und acht Jahren beträgt. Das sagt uns einiges in Bezug auf die bisherige Familienpflegezeitregelung, die dieser Durchschnittsdauer reichlich hinterherhinkt. Wenn es zum Beispiel um die Anspruchsberechtigung im Antrag geht, dass alle Erwerbstätigen, auch Selbständige, unabhängig von der jeweiligen Betriebsgröße als anspruchsberechtigt gelten sollen, finde ich das absolut unterstützenswert. Was vielleicht auch noch eine Möglichkeit wäre, dass man die Empfehlung des Unabhängigen Beirats zur Vereinbarung von Pflege und Beruf nach einem Anspruch auf 36 Monate vollständiger Freistellung, zum Beispiel bei einer wöchentlichen Mindestarbeitszeit von 15 Stunden, umsetzt. Dieser Vorschlag existiert schon seit 2019. Darüber könnte man einmal nachdenken. Wir haben hier einiges an Material in der Schublade, auf das wir zurückgreifen können, ohne das neu erfinden zu müssen. Weil Sie Homeoffice ansprechen und die Vereinbarkeit. Hier ist noch einmal wichtig, dass wir die Seite der Unternehmen berücksichtigen müssen. Da sieht es ziemlich düster aus, zumindest nach meinem bisherigen Wissensstand. Es gab vor ein paar Jahren eine Umfrage des Zentrums für

Qualität in der Pflege, das festgestellt hat, dass in 58 Prozent der Unternehmen, die befragt wurden, die Beschäftigten keine betrieblichen Angebote zur Vereinbarkeitsverbesserung nutzten und 43 Prozent der Unternehmen selber der Ansicht sind, diese Angebote sind zu aufwendig, oder weniger wichtig, und 34 Prozent der Unternehmen sagen, auch die Umsetzung von Vereinbarkeitsverbesserungsangeboten ist schlichtweg zu teuer. Wir haben auf der Seite der Unternehmen gehörigen Verbesserungsbedarf, wenn es um die Problematik häuslicher Pflegeübernahme geht. Auch bei den pflegenden Angehörigen selber können wir in Studien sehen, dass Homeoffice etwas zurückhaltend beurteilt wird in Bezug auf wirkliche Erleichterungen im Hinblick auf die Vereinbarkeit. Ich finde aber nichtsdestotrotz die Forderung nach einem Recht auf Homeoffice gut und begrüßenswert, würde mir aber wünschen, dass es noch mehr Sicherheit gegenüber Arbeitgebern gibt und vor allem eine Präzisierung in Bezug auf die klaren Regeln, die wir schon im Antrag finden, die aber noch einer beschäftigungspolitischen Präzisierung bedürfen, wenn es um Arbeitsumfang, Zeit und so weiter geht. Wir wissen, dass Homeoffice auch mit Entgrenzung von Arbeitszeit zu tun hat. Wer einen demenzkranken Angehörigen zu Hause betreuen muss, der kann sich vorstellen, dass Homeoffice eher die Quadratur des Kreises als eine wirkliche Verbesserung. Ganz zum Schluss, vielleicht noch einmal die Forderung aufgreifend, dass der Kreis der Anspruchsberechtigten bei der PflegeZeit Plus auch auf Freunde und Nachbarn und so weiter ausgedehnt werden soll. Eine weitere Forderung ist es, die Entlastungsbeträge nach § 45b SGB XI zu erhöhen und sie von der Bindung an zugelassene Leistungserbringer zu befreien. Bei allen Vorteilen, die solche Flexibilisierungsvorschläge bringen, gerade in Notsituationen, möchte ich trotzdem noch einmal kritisch anmerken, und das hat jetzt eine Relevanz für diese zwanzigtausend Hilfskräfte, dass wir auch in der Forschung schon gut sehen können, dass wir gerade im deutschen Pflegesystem, nicht nur im internationalen Vergleich, einen ganz geringen Professionalisierungsgrad haben, sondern wir haben auch eine Polarisierung zwischen höher und gut qualifizierten Beschäftigungssegmenten in der fachlichen Pflege und eine Expansion gering qualifizierter informeller Beschäftigungssegmente. Das heißt, wir müssen hier immer berücksichtigen, dass wir es mit einer Expansion von Grauzonen auf dem Pflegemarkt zu tun haben,



was ich aus meiner eigenen Forschung kenne, wo wir aufpassen müssen, ob wir hier nicht Tür und Tor für eine Prekarisierung und eine Informalisierung von pflegerischer Unterstützungsarbeit öffnen. Das ist deswegen wichtig, da wir gerade, wenn es um die Professionalisierung der Pflege geht, immer schauen müssen, dass es eine sehr umkämpfte Profession ist, die als unvollständig gilt und die in den meisten Köpfen der Menschen als eine Jederfrau-Tätigkeit zählt. Um die berufliche Attraktivität der Fachpflege aufzuwerten, was ich ganz wichtig finde, müssen wir immer schauen, dass wir Informalisierung und Prekarisierungstendenzen einhegen.

Abg. Kordula Schulz-Asche (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich möchte Frau Wehrstedt von der Pflegekammer Niedersachsen fragen, welchen gesellschaftlichen Wert, welchen Auftrag, welche Bedeutung die professionelle Pflege aus Ihrer Sicht hat und welche Potenziale beziehungsweise Voraussetzungen geschaffen werden müssen, damit eine Zusammenarbeit der verschiedenen Gesundheitsberufe im Sinne der pflegebedürftigen Menschen oder der kranken Menschen umgesetzt werden können. Es würde mich interessieren, wie Sie das sehen und welche Strukturen Sie da für notwendig halten.

SV Nora Wehrstedt (Pflegekammer Niedersachsen – Vorstand): Wir haben einen riesigen Mehrwert und einen großen gesellschaftlichen Stellenwert als professionell Pflegende, weil wir die Versorgung der gesamten Bevölkerung von der Geburt bis zum Tod sicherstellen und Pflege deutlich mehr ist als satt, sauber und trocken. Das jetzt hier auszuführen würde den Rahmen deutlich sprengen. Ich denke, alle, die näher an der Pflege dran sind, wissen das. Wir sind nicht nur Pflegende, sondern auch primär Anwälte unserer Pflegebedürftigen und wir schätzen dabei die Gesamtsituation individuell ein und richten unsere Versorgung danach aus. Die professionelle Pflege übernimmt auf dieser Grundlage und auf Grundlage des Wissens schon jetzt eigenverantwortliche Aufgaben. Damit kommen wir direkt dazu, was für ein Potenzial unsere Berufsgruppe hat. Unser aktuelles System ist ziemlich krankheitsorientiert und unsere individuelle pflegerische Versorgung richtet sich an den Bedarfen

und Bedürfnissen der Pflegebedürftigen aus. Solange diese Versorgungsprozesse nicht aus der Sicht der Pflegebedürftigen gedacht werden, wird es schwer für uns als Berufsgruppe, unsere pflegerische Expertise mit einzubringen. Wir müssen uns einbringen, um politisch und hausintern bei jedem Arbeitsgeber Entscheidungen mitbestimmen zu können. Wir brauchen diese Entscheidungsspielräume, um etwas verändern zu können. Dafür lässt sich, wie schon gesagt, die Substitution nennen, also nicht nur Delegation, sondern die Substitution und die Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten. Ein Beispiel, ohne jetzt die Liste aufzumachen, wäre die Wundversorgung. Wir müssen unser pflegerisches Potenzial nutzen, um nicht nur hausintern, sondern auch politisch mitentscheiden zu können. Das geht wunderbar über eine berufsständische Selbstverwaltung, wie Herr Prof. Dr. Fischer das vorhin schon angerissen hat. Das war schon ein großer Inhalt, aber nur ein Teil dessen, was eine berufsständische Selbstverwaltung kann. Wir sehen das immer wieder an den anderen Berufsgruppen, die selbstverwaltet sind, was sie damit erreichen können und deswegen brauchen wir eine Pflegekammer, um uns in den einzelnen Bundesländern und auch auf Bundesebene beweisen und darüber Projekte und Verbesserungen anstoßen zu können.

Abg. Detlev Spangenberg (AfD): Meine Frage geht an die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände, Herrn Hahn. Soweit ich weiß, wenden Sie sich in Ihrer Stellungnahme gegen den Zugang von pflegenden Angehörigen zu regelmäßigen PCR-Tests. Wie begründen Sie das? Ist es die Aussagefähigkeit dieser Tests, die Sie da bemängeln oder ist es der Aufwand und die Belastung für die, die diesen Test über sich ergehen lassen sollen?

SV Stefan Hahn (Bundesverband der kommunalen Spitzenverbände): Die Frage des Zugangs zu Tests, egal für welche Personengruppen, verbindet sich immer auch mit der Sorge um Kapazitäten, wie viele Laborkapazitäten, insbesondere Reagenzien, stehen zur Verfügung. Das ist eine ganz schwierige Fragestellung, über die nicht nur auf kommunaler Seite, es ist gar nicht in erster Linie die kommunale Seite, die darüber diskutiert, sondern auch bei Bund und Ländern diskutiert wird. Wir können die Möglichkeit von Testungen für asymptomatische



Personen nicht ohne weiteres immer weiter ausdehnen, wenn die Kapazitäten begrenzt sind. Wir müssen darauf gemeinsam achten, dass am ehesten dort getestet wird, wo es im Hinblick auf die Ausbreitung des Virus am effektivsten ist. Von daher möchte ich in dem Sinne antworten, dass wir die Notwendigkeit sehen, den Schutz von vulnerablen Gruppen und insbesondere auch von Angehörigen zu gewährleisten. Wir sehen die Notwendigkeit, gerade wenn man sieht, dass beispielsweise in vielen Bundesländern auch Personal an Schulen und in Kitas asymptomatisch alle zwei Wochen getestet wird. Da gibt es einen Bruch in der Denke, aber wir stehen nun einmal unter dem Zwang, dass die Laborkapazitäten begrenzt sind. Es geht gar nicht in erster Linie um die Frage der Finanzierung, sondern tatsächlich mehr um die Frage, wie viele Kapazitäten stehen zur Verfügung.

Abg. **Dr. Roy Kühne** (CDU/CSU): Meine Frage geht an die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände. Wie bewerten Sie die Forderung der Antragsteller, einen Anspruch pflegender Angehöriger auf Pflegeunterstützungsgeld von bis zu zwanzig Tagen zu schaffen? Gehen Sie hierbei bitte auch auf die aktuell bereits bestehenden Möglichkeiten einer besseren Unterstützung zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf, auch vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie, ein.

SV **Stefan Hahn** (Bundesverband der kommunalen Spitzenverbände): Wir sehen, dass die Möglichkeiten, gerade in der Situation, bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit, Pflege zu organisieren, durch die Neuregelungen ausgeweitet wurden. Man muss sehen, dass diese Leistungen bereitgestellt werden, nicht, um perspektivisch Pflege für diese Übergangsphase zu leisten, sondern dann, wenn man einfach viele Dinge organisieren muss. Dafür steht diese Leistung zur Verfügung. Wir glauben, dass dieser Zeitraum, der jetzt durch die Sondergesetze im Rahmen der Corona-Pandemie von zehn auf zwanzig Tage verlängert wurde, ausreichend sein kann, um sich zu organisieren. Dass im Anschluss viele Themen, die wir von den Experten eben schon gehört haben, nämlich die Frage nach der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf, familiäre Pflege, Anreizsysteme und Rahmenbedingungen zu verbessern, eine Rolle spielen, ist unbestritten, aber hier an der Stelle haben wir eine Regelung, die das

Organisieren bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit betrifft. Da haben wir den Eindruck, dass der Zeitraum, der jetzt auf zwanzig Tage verlängert wurde, ausreichend ist.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Ich richte meine Frage an die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Wie können die Krankenhäuser schon heute Beschäftigte auf den Umgang mit Pandemien wie die Corona-Pandemie vorzubereiten?

SV **Peer Köpf** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Es ist so, dass Krankenhäuser grundsätzlich auf Infektionsgeschehen vorbereitet sind und auch über andere Maßnahmen eine gewisse Kompetenz vorhalten. Insofern ist das ein Punkt, der für die Krankenhäuser wichtig ist und wir gehen davon aus, und das sind auch die Rückmeldungen, die wir bekommen haben, dass die Krankenhäuser ihre Beschäftigten auf diese neue Herausforderung im Rahmen der Corona-Pandemie vorbereiten. Das ist an der Stelle das, was die Krankenhäuser machen. Sie machen das im Rahmen einer Risikobewertung der Krankenhäuser. Es gibt Regelungen für die Krankenhäuser zum Schutz ihrer Beschäftigten. Das sind zum Beispiel die Biostoffverordnung oder die technischen Regeln für biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege. Krankenhäuser haben immer einen Alarm- und Einsatzplan, in dem auch Regelungen für die Beschäftigten in den Krankenhäusern getroffen sind.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Meine Frage geht noch einmal an die Bundesarbeitsgemeinschaft freie Wohlfahrtspflege, Frau Dr. Fix. Teilen Sie die Auffassung der Antragsteller, dass die Bindung des Entlastungsbetrages an anerkannte Leistungserbringer aufgehoben werden sollte? Bitte erläutern Sie uns Ihre Einschätzung.

SVe **Dr. Elisabeth Fix** (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)): Die freie Wohlfahrtspflege unterstützt diese Maßnahme. Viele Nachbarn und anderen Personen erbringen sehr wertvolle und gezielte Unterstützungsleistungen im Alltag, schon immer, auch schon vor der Pandemie. Daher halten wir es für



sachgerecht, dass diese Regelung während der Pandemie so ausgeweitet wird. Wir können uns perspektivisch gut vorstellen, dass die Regelung auch darüber hinaus verstetigt werden sollte.

Abg. **Nicole Westig** (FDP): Meine Frage geht auch an die Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege, Frau Dr. Fix. Die Pandemie hat dazu geführt, dass manche starre Regelung erleichtert wurde, zum Beispiel zu den Verordnungen des Gemeinsamen Bundesausschusses. Wo sehen Sie Anknüpfungspunkte für die von niemandem bestrittene Notwendigkeit zur Entbürokratisierung in der Pflege?

Sve **Dr. Elisabeth Fix** (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)): Wir haben insbesondere bei den Regelungen in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gesehen, dass sich die Erleichterungen, die da getroffen wurden, beispielsweise die Verlängerung der Genehmigung bei der HKP-SAP-Verordnung, Soziotherapieverordnung von drei auf zehn Tage, die rückwirkende Geltung von Folgeverordnungen, die Möglichkeit, dass Folgeverordnungen nicht mehr drei Tage vor Ablauf der Erstverordnung ausgestellt werden müssen, bewährt haben. Sie haben eine enorme Entlastung für die Pflegekräfte im Alltag, aber auch für die Versicherten, die sich um die Verordnungen selbst bemühen müssen, geschaffen, ohne zu einer Leistungsausweitung zu führen. Wir würden uns wünschen, dass solche Regelungen auch in Zukunft geprüft und verstetigt werden. Das ist der eine Punkt. Der andere Punkt, der sich auch sehr bewährt hat, ist die digitale Leistungserbringung. Das Thema ist vorhin schon einmal angeklungen. Viele Leistungen konnten nur digital erbracht werden während des Lockdowns und auch diese Regelungen haben sich bewährt. Auch da stellen wir fest, dass es wieder Einschränkungen gibt, die entfallen sollten. Wir sollten die Chancen der digitalen Leistungserbringung auch in Zukunft viel stärker nutzen können. Dafür brauchen wir entsprechende Rahmenbedingungen, die über die Pandemie hinaus verstetigt werden.

Abg. **Dr. Roy Kühne** (CDU/CSU): Die Frage geht an die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände. Wie beurteilen Sie die Forderung nach

einer bundesweit einheitlichen und barrierefreien Notfall-Hotline, an die sich Pflegepersonen wenden können? Gehen Sie bitte dabei auch auf die bereits bestehenden Unterstützungsangebote für die pflegebedürftigen Personen und deren Angehörige vor Ort ein.

SV **Stefan Hahn** (Bundesverband der kommunalen Spitzenverbände): Die bundesweit einheitliche Rufnummer. Ich verstehe das jetzt nicht so, dass Fragen aus einer bundesweiten Perspektive beantwortet werden. Das wäre sehr abstrakt, sondern eine bundesweit einheitliche Rufnummer, die irgendwo in einer kommunalen Struktur aufläuft, wo dann Fragen beantwortet werden können. Da sieht man, dass dieser Gedanke einer einheitlichen Rufnummer ein guter Gedanke ist, aber es erfordert eine dahinterliegende Infrastruktur. Der Weg dorthin, eine Rufnummer zu kommunizieren, ist der zweite, dritte oder vierte Schritt. Der wichtigere Teil ist eine effiziente kommunale Beratungsstruktur. Ich meine das jetzt nicht im Sinne von durch das Rathaus bereitgestellt, sondern auf den kommunalen Kontext bezogen, räumlich gesehen, dass dort eine gute Beratungsinfrastruktur da ist. Wir haben diese Beratungsinfrastruktur durch die Pflegekassen, durch Wohlfahrtspflege, durch Leistungsanbieter, auch durch Kommunen, in unterschiedlicher Qualität. Wir haben das Zusammenwirken der gerade Genannten in der Beratung, in unterschiedlicher Qualität. Das ist etwas, was wir uns schon seit langem aus kommunaler Sicht wünschen, nämlich eine homogene, auf kommunaler Ebene innerhalb einer Gemeinde, einer Stadt, organisierte Beratung, wo alle Beteiligten zusammenwirken. Dafür brauchen wir aber entsprechende gesetzliche Rahmenbedingungen. Die Antwort unter dem Strich: Eine Rufnummer, darüber kann nachgedacht werden, wenn eine entsprechende flächendeckend gute Beratungsstruktur vorhanden ist. Wir haben gute Beispiele, aber wir haben sie nicht in der Fläche. Das ist der Schwerpunkt, über den wir in der nächsten Zeit noch einmal intensiver beraten müssten, wie es gelingen kann, in der Fläche eine konsistente, gute und effiziente Beratungsstruktur mit allen Beteiligten in der Pflege aufzubauen.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Meine Frage richtet sich an die BAGFW, Frau Dr. Fix. Mit dem Krankenhausentlastungsgesetz wurden Regelungen zur



Aufrechterhaltung der pflegerischen Versorgung während der Corona-Pandemie getroffen. Welche Bedeutung messen Sie diesen Regelungen bei und welche Schlüsse für deren Fortführung ziehen Sie daraus?

SVe Dr. Elisabeth Fix (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)): Diese Regelungen waren sehr wichtig. Wir sind sehr froh, dass mit dem KHZG, was wir nächste Woche diskutieren, der Schutzschirm für die Pflegeeinrichtungen bis zum 31. Dezember 2020 verlängert wird. Ich will jetzt aber auf die pflegenden Angehörigen eingehen. Da sind sehr viele sinnvolle Regelungen getroffen, beispielsweise die Kostenerstattung nach § 36 SGB XI, wenn keine entsprechenden professionellen Angebote vorhanden sind. Hier hätten wir, als kleine Ergänzung den Wunsch, dass auch der Leistungsanspruch auf die Tagespflege, die nicht voll abgerufen werden konnte, verfügbar gemacht werden sollte. Vorhin hatte ich schon die Gelegenheit, kurz zum Thema Entlastungsbetrag für die Nachbarn auszuführen. Dazu würde ich jetzt nichts mehr sagen wollen. Sehr wichtig ist uns auch die Regelung, dass die Unterstützungsangebote im Alltag, die für das Kalenderjahr 2019 nicht abgerufen wurden, noch bis Ende diesen Jahres abgerufen werden können, insbesondere bei den familienunterstützenden Leistungen für Menschen mit Behinderung ist das unglaublich wichtig. Auch die Verlängerung der Regeln zu den Pflegehilfsmitteln ist ein sehr wichtiger Beitrag. Darauf ist Frau Dr. Doka vorhin schon eingegangen. Das kann ich nur unterstützen, was sie sagte. Das brauchen wir nach wie vor sehr dringend, weil viele Pflegehilfsmittel nach wie vor noch teurer sind und manchmal auch teurer werden, wenn bestimmte Knappheiten auf dem Pflegemarkt auftreten. Nicht zuletzt das Thema Pflegeunterstützungsgeld. Die Verlängerung auf zwanzig Tage ist eine Maßnahme, die aus unserer Sicht unabdingbar und sehr sinnvoll ist, verbunden mit der Möglichkeit, dass zehn schon genommene Arbeitstage Pflegeunterstützungsgeld auf diese Maßnahme nicht angerechnet werden.

Abg. Detlev Spangenberg (AfD): Meine Frage geht an Peer Köpf von der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Sie betrifft das Thema Arbeitsrecht, und zwar die Zwölf-Stunden-Regelung, die bis 31. Juli 2020 galt. Meine Frage lautet: Für den Fall, dass

eine solche Regelung wieder eingeführt werden müsste oder wird, liegen Ihnen Erkenntnisse darüber vor, in welchem Umfang davon überhaupt Gebrauch gemacht wurde und welche Folgen das für die Pflegekräfte hat? Gab es da irgendwelche Reaktionen?

SV Peer Köpf (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Wir wissen, dass in den Krankenhäusern schon heute durch entsprechende tarifvertragliche Regelungen Abweichungen bei der Arbeitszeit möglich sind. Das bedeutet, die Tarifverträge lassen einen gewissen Spielraum zu. Insofern ist für uns die Frage gewesen, welche Auswirkungen diese Verlängerung auf zwölf Stunden hatte. Uns liegen momentan keine verlässlichen Rückmeldungen vor. Es ist eine Maßnahme gewesen in den Krankenhäusern, insbesondere in den Hotspots, in den Krankenhäusern, die sehr schwer betroffen waren, um die Versorgung, insbesondere in den Intensivbereichen, sicherzustellen. Insofern denken wir, dass das entsprechend verantwortungsbewusst in den Krankenhäusern eingesetzt worden ist, wirklich nur da, wo es benötigt worden ist, weil es am Ende dazu führt, dass später Ausgleichszeiträume gewährt werden müssen. Das muss mitberücksichtigt werden, auch an der Stelle. Auf Grund von Rückmeldungen, die wir haben, gehen wir davon aus, dass die Krankenhäuser sehr zurückhaltend davon Gebrauch gemacht haben.

Abg. Cornelia Möhring (DIE LINKE.): Meine Frage geht an Grit Genster von ver.di. Wenn Sie es schaffen könnten, uns in der einen Minute kurz zu erläutern, welchen besonderen Stellenwert eine verbindliche tarifliche Bezahlung in der Pflege für eine spürbare Aufwertung und Anerkennung des Pflegeberufes hat, wäre ich Ihnen dankbar.

SVe Grit Genster (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di): Eine verbindliche tarifliche Bezahlung ist deshalb wichtig, um eine untere Haltelinie einzuziehen. Der Pflegemindestlohn, den wir haben, reicht dafür nicht aus. Ich möchte etwas zum Stand der Tarifverhandlungen sagen. Wir sind sehr zuversichtlich, dass wir hier mit den Verhandlungen in der nächsten Woche voran und zügig zu einem Abschluss kommen werden. Die Tarifvertragsparteien haben den festen Willen geäußert, dass das



die letzte Verhandlungsrunde ist, so dass das Ziel erreicht werden kann, dass spätestens Anfang 2021 ein Tarifvertrag auf die gesamte Branche erstreckt wird. Da ziehen wir mit den Beteiligten an einem Strang.

Der **Vorsitzende**: Vielen herzlichen Dank, vielen Dank an alle Sachverständigen und Verbandsvertreter, an die Kolleginnen und Kollegen, die die Fragen gestellt haben. Wir haben einige Erkenntnisse mitnehmen können und damit schließe ich die Anhörung.

Schluss der Sitzung: 17:34 Uhr

gez.

Erwin Rüdgel, MdB

Vorsitzender