

HIGHLIGHTS

MAGAZIN



**PFLEGEPOLITIK IN DER
18. LEGISLATURPERIODE**
Interview mit Erwin Rüdell

Pflegepolitik in der 18. Legislaturperiode

Interview mit Erwin Rüdgel MdB, Pflegepolitischer Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion



Das PSG II ist unter Dach und Fach. Sind Sie mit den durch dieses Gesetz erreichten Verbesserungen zufrieden?

Absolut. Wir haben in dieser Legislaturperiode für die Pflege viel erreicht, und zwar nicht nur durch die Pflegestärkungsgesetze I und II. In dieser Legislaturperiode ist kein Gesetz verabschiedet worden, in dem nicht auch Aspekte der Pflege berücksichtigt wurden. In der Krankenhausreform war es das Pflegestellenförderprogramm, in der Palliativgesetzgebung die bessere ärztliche Versorgung in Heimen, im Präventionsgesetz

eine bessere Unterstützung der Sturzprävention. Eigentlich muss man mit dem, was in den letzten zwei Jahren erreicht wurde, zufrieden sein.

Mit das Wichtigste ist aber der Paradigmenwechsel mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff, der über 10 Jahre und länger diskutiert wurde.

Nun wird der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt.

Wir haben deutlich mehr Geld für Pflege, insbesondere, wenn man das Geld aus der Krankenhausreform hinzunimmt. Insgesamt stehen der Pflege 7 Milliarden € jährlich



Pflegebedürftigen, für die Familien, aber auch für die Pflegemitarbeiter einiges erreichen konnten. Wir haben noch die große Aufgabe vor uns, dass alles das, was wir als Gesetz verabschiedet haben, bei den einzelnen Pflegebedürftigen, ihren Familien, den Pflegenden und den Pflegemitarbeitern ankommt.

Dazu kommen wir, wenn wir über die Umsetzung sprechen.

Zunächst einmal bitte ich

Sie, auch einige Kritikpunkte zu formulieren. Was hätte besser, pragmatischer oder praxisnäher gelöst werden können?

mehr zur Verfügung.

Vor allem – alles wird flexibler. Praktisch kann sich jeder einen Maßanzug zusammenstellen, um so pflegerisch in Zukunft besser versorgt zu werden.

Sie verstehen etwas von Pflege von Haus aus. Sicherlich war es nicht immer einfach, wenn man als Experte unter Laien agiert, die sich aber für Experten halten. Man hatte nach einiger Zeit den Eindruck, die Politik bestehe nur noch aus Pflegeexperten. Sie sind bekanntermaßen ein geduldiger Mensch, aber hat Sie das nicht manchmal auf die Palme gebracht?

Es ist immer äußerst positiv über Pflege diskutiert worden. Ich habe das nicht als Belastung empfunden, sondern empfand es als höchst anregend, dass plötzlich das Thema Pflege im Mittelpunkt stand, und wir für die

Für das PSG I und das PSG II fällt mir nichts ein, was nicht sehr praxisnah gelöst worden ist.

Wir werden noch einige Herausforderungen meistern müssen, aber die Grundsätze sind gesetzlich fixiert, so dass alles flexibler wird, dass mehr Betreuungskräfte eingesetzt werden – d.h. mehr Hände, mehr Geld und mehr Zeit für Zuwendung. Parallel haben wir auch noch die Entbürokratisierung in der Pflege auf den Weg gebracht.

Kritikpunkte kann ich demnach nur schwer formulieren.

Es gibt vielleicht noch den einen oder anderen Punkt, bei denen man beobachten muss, wie sie sich entwickeln.

Ich will Ihnen ein Beispiel geben. Wird von

Pflegestufen auf Pflegegrade umgestellt, dann ist der Pflegegrad 2 stationär schlechter gestellt als heute die Pflegestufe 1. Man muss beobachten, wie sich dies in der stationären Versorgung entwickelt.

Unter dem Grundsatz ambulant vor stationär muss man sich allerdings die Frage stellen, ob die Menschen mit Pflegestufe 1 heute, Pflegegrad 2 nach der Umstellung, nicht besser in ihrer häuslichen Umgebung oder in einer der neuen Wohnformen untergebracht sind. Dafür gibt es dann deutlich mehr Geld.

Wenn man heute – für diejenigen, die schon eingestuft sind, gilt die alte Regelung – neu in Pflegegrad 2 eingestuft wird und stationär versorgt werden will, bedeutet dies eine Einschränkung. Sie haben weniger Mittel zur Verfügung als vorher die Pflegestufe I. Aber wenn sie ambulant versorgt werden, haben sie deutlich mehr Geld zur Verfügung als heute in Pflegestufe I.

verabschieden werden. Wir bereiten uns im Moment schon auf das Pflegestärkungsgesetz III vor.

Wir werden auch in Bezug auf Hilfs- und Heilmittel in dieser Legislaturperiode noch einiges regeln, ob das dann PSG IV oder Heilmittel- und Hilfsmittelreformgesetz heißt, ist eigentlich egal.

Auf jeden Fall wird Pflege ein Dauerthema bleiben. Entwicklungen, die nicht so laufen, wie wir uns das heute vorstellen, werden wir korrigieren und dagegen steuern. Da gibt es kein Dogma. Allerdings haben wir einige Grundsätze. Die Menschen wollen heute länger in ihrer vertrauten Umgebung bleiben, wollen von ihren Angehörigen so weit wie möglich versorgt werden. Auch die Angehörigen wollen ihre pflegebedürftigen

?

Ist das bewusst als Anreiz für die ambulante Pflege gesetzt worden, oder ist das ein Zufall?

Ich gehe davon aus, dass dies bewusst als Anreiz gesetzt worden ist. Aber wir haben auch gesagt, dass die Pflegegesetzgebung auf Dauer ein lernendes System sein und bleiben muss.

Oft wird uns die Frage gestellt, was kommt nach der Gesetzgebung? Ihr habt in den letzten 2 Jahren viel verbessert, aber herrscht dann wieder 20 Jahre Ruhe, wie das vorher auch der Fall war?

Ich bin überzeugt, dass wir demnächst in regelmäßigen Abständen neue Pflegegesetze



Verwandten und Freunde zu Hause oder in betreuten Wohnformen versorgen. Dem haben wir Rechnung getragen und den Schwerpunkt der Pflegegesetzgebung in der ambulanten Pflege gesetzt. Sie steht an erster Stelle.

Deshalb ist diese Schnittstelle Pflegegrad 2/ Pflegestufe 1 auch wohl eine bewusste Entscheidung.

Sollten dadurch in der stationären Versorgung Probleme entstehen, muss man gegensteuern.

?

Eine Frage zum politischen Prozess – war es im Nachhinein richtig, so viel schon im Koalitionsvertrag zu konsentieren?

Wir wären nicht so weit, wenn vorher nicht schon vieles im Koalitionsvertrag festgeschrieben worden wäre.

Aber zur Wahrheit gehört auch, dass in der letzten Koalition schon vieles vorbereitet worden war.



Ein Kritikpunkt lautete damals, dass diese Union/FDP-Koalition Erwartungen geschürt und dann nicht erfüllt habe. Aber vieles, auch die Definition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und vieles mehr, war schon vorbereitet, und in den Koalitionsverhandlungen konnte man einfach darauf zugreifen. Darauf aufbauend konnten wir die Gesetzgebung zügig auf die Schiene setzen.

Die Pflegereform ist mit einem durchsetzungsstarken, entscheidungsfreudigen Minister wirklich optimal gelaufen.

Ich bin völlig zufrieden damit, was wir in dieser kurzen Zeit für die Pflege an großartigen Dingen auf den Weg gebracht haben.

Wie schätzen Sie die Rolle der Länder ein? Waren sie Bremser oder hilfreich?

?

Ich glaube nicht, dass die Länder gebremst haben, aber ich habe sie auch nicht als großen Impulsgeber wahrgenommen.

Wir haben gerade für das PSG III mit den Ländern vernünftige Dinge ausgehandelt. Die Länder hatten in der Pflege einen ziemlichen Flickenteppich produziert. Dadurch, dass der Bund die Entwicklung und Dynamik in die Hand genommen hat, sind positive Dinge herausgekommen. Um es auf den Punkt zu bringen, ich sehe die Rolle der Länder eher als neutral an.

Neutral? Das PSG III mit der besonderen Rolle der Kommunen ist doch eigentlich

?

das ureigene Feld der Länder. Nun sagen Sie, dass vor allem der Impulsgeber wieder einmal der Bund gewesen sei.

Wir kommen mit Sicherheit nachher noch auf das Thema Pflegeberufereformgesetz. Die Länder haben durch die Föderalismusreform seinerzeit mehr Kompetenzen für die Pflege erhalten. Sie sind dieser Rolle nicht wirklich in der Form gerecht geworden, wie man es hätte erwarten können. Dann ist der Bund eher der Impulsgeber.

Ich bin froh, dass wir, was die Beratung angeht, mit den Ländern eine Lösung gefunden haben. Sie hatten weiter reichende Vorstellungen und wollten stärker in die Planung eingreifen.

Wir sind aber der Meinung, dass die Pflege sich über Markt und Qualität weiterentwickeln muss. Zur Kontrolle, ob die Angebote unseren Standards entsprechen, haben wir einen Pflege-TÜV, haben wir den MDK und die Heimaufsichten. Wir benötigen nach meiner Wahrnehmung keine noch stärkere Regulierung der Entwicklungen in der Pflege Landschaft durch Länder oder Kommunen. Das war aber ein Wunsch des Bundesrates. Wir haben uns nun verständigt, dass wir versuchen wollen, das Ganze über Qualität und Wettbewerb zu regeln und konzentrieren uns auf die Beratung.

Das wird in den nächsten Jahren eines der zentralen Themen in der Gesundheitspolitik sein.

Der Patient oder der Pflegebedürftige müssen wissen, müssen informiert werden, welche Möglichkeiten ihnen das Gesundheits- oder Pflegesystem bietet.

Wir reden in der Gesundheitspolitik von

personalisierter Medizin, aber dann muss ich als Patient doch wissen, auf was ich ein Anrecht habe, welche Chancen mir der Markt bietet.

Ebenso verhält ist es sich mit der Pflege.

Wir haben die Pflege wesentlich flexibilisiert, man kann heute Verhinderungspflege, Kurzzeitpflege besser kombinieren, niederschwellige Leistungen stärker nutzen. Aber all diese Möglichkeiten machen das System selbstverständlich auch komplizierter. Dementsprechend benötigen wir immer bessere Beratungsstrukturen, damit derjenige, der Hilfe benötigt, seinen Maßanzug wirklich erhält. Er soll nicht nur einen Rechtsanspruch auf Hilfe haben, sondern seine Pflege- und Betreuungsleistungen seinen persönlichen Bedürfnissen entsprechend abrufen können.

Beratungsstellen sind doch bereits in den Kommunen vorhanden, z.B. in einigen Ländern die Pflegestützpunkte. Hat man jetzt ein einheitliches System gefunden, oder sagt man, lasst 100 Blumen blühen, schaut Euch an, was in den Kommunen am besten funktioniert?

Die Kompetenzen sollen den Kommunen übertragen werden, um Netzwerke zu bilden. Die Kommunen können selbst beraten und können Beratungsleistungen über die Kranken- und Pflegeversicherung abrechnen, können aber auch vorhandene Angebote vernetzen, wie die Pflegestützpunkte. Die Beratung ist in den Regionen unterschiedlich auf- und ausgebaut. Viele Beratungsstellen laufen über Krankenkassen, über Pflegestützpunkte, über Pflegedienste,



über Mehrgenerationenhäuser, über den VdK, über Seniorenbeiräte. Hier kam die Vorstellung zum Tragen, dass die Kommunen nah an den Menschen sind, und sie eine optimale Beratungsstruktur in ihrem Bereich aufbauen sollen. Die Informationen, die in einer Kommune vorhanden sind, sollen den Menschen zugänglich gemacht werden.

? *Sie haben eben von einem Wettbewerb gesprochen, der es regeln soll. Wir wissen aber aus Erfahrung, der Wettbewerb regelt nicht alles, und auch gar nicht so viel, wie manche glauben und hoffen. In der Regel muss man doch Stellschrauben einsetzen und oft mehrmals nachziehen. Dann sind wir wieder bei dem unangenehmen Thema Pflegenoten. Was wird aus den Pflegenoten?*



Dieser Wettbewerb soll ein Qualitätswettbewerb sein. Zurzeit sollen diesen die Pflegenoten leisten. Sie bieten aber keine konkrete Aussage mehr über die Qualität einer Einrichtung oder eines Pflegedienstes. In diesem lernenden System haben diese sich auf die Prüfungssystematik eingestellt und alle erreichen praktisch eine Note, die nahe 1 liegt. Der Verbraucher kann nicht mehr differenzieren, ob eine 1,2 wirklich sehr gut ist und die 1,6 schlecht, wenn alle eine 1 vor dem Komma erzielen. Das suggeriert, dass es nur gute Pflege in Deutschland gibt. Von den Pflegediensten und Pflegeeinrichtungen wird tatsächlich hervorragende Arbeit geleistet, aber wir benötigen ein

System, das die Spreu vom Weizen trennt, damit der Verbraucher eine Orientierung erhält.

Wir werden deshalb den Pflege-TÜV neu aufstellen. In ihm werden zwei Bänke, die Leistungserbringer und die Kostenträger, mit gleichem Stimmengewicht vertreten sein, die mit Unterstützung der Pflegewissenschaft die Standards für die Qualität erarbeiten sollen. Dazu kommt ein unabhängiger Vorsitzender, der bei Stimmengleichheit das letzte Wort hat, so dass wir klare Entscheidungsstrukturen implementiert haben.

Ende 2017 werden wir im stationären Bereich Ergebnisse präsentieren können und Ende 2018 im ambulanten Bereich. Wir sind

auf einem guten Weg, und wenn das System funktioniert, überlassen wir die Qualität dem Wettbewerb, denn dazu haben wir den Pflege-TÜV, den MDK, die Heimaufsichten. Sie bilden gemeinsam den Rahmen für eine gute Qualität der Pflege in Deutschland.

? Ist jetzt auch das leidige Thema Reha vor Pflege gelöst? Dieser Grundsatz galt doch immer, es hat sich nur niemand danach gerichtet.

Gibt es Hoffnung, dass er endlich ernstgenommen und umgesetzt wird?

Welche Maßnahmen sollen das gewährleisten?



Wir haben durch diese Gesetzgebung eine einheitliche Strukturierung festgelegt. Es muss konkret über Reha-Maßnahmen informiert und beraten werden, Reha-Maßnahmen müssen im Begutachtungsprozess berücksichtigt werden.

Reha vor Pflege ist seit vielen, vielen Jahren ein Thema. Wir haben jetzt die Schrauben stärker angezogen. Man wird sehen, ob sich das Verhalten so ändert, wie wir uns das vorstellen.

Ich bin nicht euphorisch, weil ich in der Vergangenheit gesehen habe, wie schwer man sich damit tut.

Aber wir sind auf jeden Fall mehr als einen Schritt weiter, um Reha vor Pflege in die Tat umzusetzen.

Aber – wie vorhin schon erwähnt – haben wir ein lernendes System geschaffen, es wird in Zukunft regelmäßig neue Pflegegesetzgebungen geben.

Werden die Dinge nicht so umgesetzt, wie wir uns das wünschen, wird die Politik Wege finden, dass Reha vor Pflege durchgesetzt wird.

? Das PSG III mit der besonderen Rolle der Kommunen und die weiteren gesetzlichen Maßnahmen – was wird das zusätzlich kosten?

Das PSG III ist mehr ein Strukturgesetz als ein Leistungsgesetz, es wird keine hohen Mehrkosten verursachen. Es wird nur mehr Möglichkeiten eröffnen, Beratung anzubieten.

Der zusätzliche Nutzen dieses PSG III ist eine stärkere Vernetzung vorhandener Informationen.

**Kommen wir zur Umsetzung. Sie wird doch nicht ganz einfach werden.**

Wir haben eine besondere Herausforderung zu meistern, die Pflege war bisher noch nicht in einer derart herausfordernden Situation.

Wir müssen ein neues Begutachtungsassessment umsetzen, der MDK muss lernen, wie das neue Begutachtungsverfahren funktioniert, dann müssen die Einrichtungen lernen, damit umzugehen.

Dann müssen wir den neuen Pflege-TÜV aufbauen und mitten in dieser Umstellung den Entbürokratisierungsprozess für die Pflegedokumentationen umsetzen.

Zurzeit beschäftigt sich ca. 1/3 der Pflegeeinrichtungen mit diesem Entbürokratisierungsprozess.

Nach meiner Überzeugung wird in den nächsten zwei Jahren die Implementierung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wie auch die Entbürokratisierung abgeschlossen sein. Das wird die Pflegeeinrichtungen, die Leistungserbringer, aber auch den MDK besonders fordern. Alle sind hoch motiviert, weil das Ergebnis wesentlich besser sein wird als der Ist-Zustand.

**Was muss man sich praktisch unter diesem Entbürokratisierungsprozess vorstellen?**

Das ist ein genialer Schritt. Man hat bisher alles dokumentiert, was an Leistung erbracht wurde. Das neue Verfahren beschränkt sich auf das Wesentliche, man dokumentiert nicht mehr positiv, sondern negativ. Es wird analysiert, welche Pflegeziele im nächsten halben Jahr erreicht werden sollen und

auch durch welche Maßnahmen. Diese Ziele und Maßnahmen dokumentiert man ausführlichst. Weicht man von diesen Maßnahmen im nächsten halben Jahr nicht ab, muss das, was zu Beginn aufgeschrieben wurde, nicht jeden Tag wiederholt werden. Wird zu einer bestimmten Zeit das Essen gereicht, muss das nicht noch einmal neu aufgeschrieben werden, es sei denn, derjenige war zu diesem Zeitpunkt nicht in der Lage, Essen zu sich zu nehmen. Dann schreibt man das auf, was man nicht realisieren konnte.

Wird das getan, was man sich vorgenommen hatte, muss nicht mehr neu dokumentiert werden. Nach einem halben Jahr findet eine interne Pflegekonferenz statt, auf der man selbst unter Kollegen analysiert, ob das Ziel erreicht wurde. Dies wird dokumentiert und aus dem Ergebnis heraus werden wieder neue Ziele und Maßnahmen formuliert.

An diese interne Qualitätsprüfung dockt die Qualitätsprüfung des MDKs an, so dass hoffentlich auch der Prüfungsaufwand von MDK und Heimaufsicht geringer wird, weil man ein permanentes Qualitätsmanagement im Hause vorfindet.

Man rechnet damit, dass damit der Bürokratieaufwand um ein Drittel gesenkt werden kann.

Diese gewonnene Zeit, darin sind sich alle einig – bis auf die kommunalen Spitzenverbände, die haben wir mehr oder weniger dazu zwingen müssen – soll für mehr Zuwendung der Pflegekräfte für die Pflegebedürftigen verwandt werden. Damit soll Stress von den Pflegekräften genommen werden und mehr Zeit für Pflegebedürftige zur Verfügung stehen.



Im Beratungsprozess PSG II kamen die kommunalen Spitzenverbände auf die Idee, diese neu gewonnene Zeit zu nutzen, um die Pflegesätze zu kürzen. Die Kommunen waren der Meinung, es wäre ihr Geld, das man zur Sanierung der Haushalte nutzen könnte. Dann haben wir auf den letzten Drücker ins PSG II noch eine Regelung eingebracht, dass die Entbürokratisierung nicht zur Haushaltskonsolidierung der Kommunen genutzt werden darf, sondern dass diese Zeit für die Menschen, die in der Pflege arbeiten, und die Menschen, die pflegebedürftig sind, verwandt werden muss.

Umsetzung ist immer schwierig, es knirscht immer irgendwo. Sie haben eben schon implizit gesagt, durch das Problem Pflegestufe 1 / Pflegegrad 2 könnte eine gewisse Missstimmung entstehen. Können Sie noch andere Beispiele anführen, die eine solche Missstimmung befürchten lassen?

Es gilt ein Bestandsschutz. Wer bis zum 31.12.2016 eingestuft wurde, behält die damit erworbenen Leistungen bis zu seinem Lebensende.

Kostet das viel?

Der Bestandsschutz? Wir haben eine Leistungsausweitung von insgesamt über 6 Mrd. € beschlossen, die zusätzlich zur Verfügung stehen.

War bisher jemand in Pflegestufe 2 eingestuft und der pflegerische Zustand, der Gesundheitszustand verbesserte sich, wurde man in Pflegestufe 1 zurückgestuft.

Bestandsschutz heißt nun auch, dass dies für sogenannte Altfälle nicht mehr möglich ist. Sie werden, so lange sie pflegebedürftig sind, diese Leistungen erhalten und das auch bei regelmäßigen Neubegutachtungen. Sie können nur mehr Leistungen erhalten, aber nicht weniger.

Das wird schon etwas kosten, aber man muss den betroffenen Menschen auch Sicherheit bieten. Das haben wir mit dem Bestandsschutz gewährleistet. Die damit verbundenen Kosten sind überschaubar und sind es wert. In Zukunft haben wir auch einheitliche Zuzahlungen in allen Pflegestufen oder Pflegegraden.

Das ist heute anders, je höher die Pflegestufe ist, umso höher ist der private Anteil.



Das hat mancherorts dazu geführt, dass ein höherer Pflegebedarf vorlag, aber die Betroffenen eine Neubegutachtung verweigerten, so dass die Einnahmenseite der Pflegeeinrichtung belastet wurde, weil der zusätzliche Pflegeaufwand offensichtlich war.

Die Sorge von Pflegebedürftigen und Familien, den Eigenanteil eventuell nicht selbst zahlen zu können, hat dazu geführt, dass man die Begutachtung so lange wie möglich hinausgezögert hat.

Einheitliche private Zuzahlungen werden demnächst pro Haus definiert, was in den Pflegegraden 4 und 5 zu Verbesserungen führen wird.

In Pflegegrad 3 wird sich wenig ändern.

Wo Verbesserungen, gibt es oft auch Verschlechterungen, und das ist so beim Pflegegrad 2, die aber sehr überschaubar sind. Man wird beobachten müssen, ob immer noch so viele Leute mit Pflegegrad 2, heute Pflegestufe 1, stationär versorgt werden müssen und ob sie auf Dauer durch diese zusätzlichen Kosten finanziell überfordert werden, oder ob dies ein Anreiz ist, länger ambulant versorgt zu werden. Es werden sich durch die Stärkung des ambulanten Bereichs auch neue Wohnformen entwickeln, so dass dieses Problem wahrscheinlich nicht gravierend und in einem großen Ausmaß auftritt und deshalb gesetzliche Veränderungen nicht notwendig werden.

Wo liegen weitere Fallstricke?

Die Personalbemessung wird neu erarbeitet und das wird einige Jahre dauern. Die Frage wird sein, wie sich der stationäre Pflegebedarf

und wie sich die Refinanzierung der Personalkosten dazu entwickeln.

Das muss man genau beobachten, weil wir eine Entlastung für die Pflegekräfte erreichen wollen. Deren Verweildauern im Beruf sind nicht wirklich lang. Wenn man junge Leute motivieren will, den Pflegeberuf zu ergreifen, muss man auch darüber diskutieren, dass und warum schon nach 10, 15 Jahren viele aus diesem Beruf wieder aussteigen. Sonst können wir nicht motivieren, in den Beruf überhaupt einzusteigen. Deshalb müssen wir ein Paket schnüren, damit der Pflegeberuf attraktiv wird. Das heißt auch, dass er besser bezahlt wird, und die Bezahlung ist heute von Bundesland zu Bundesland höchst unterschiedlich. Im Süden werden die Pflegekräfte wesentlich besser bezahlt als im Norden und im Osten der Bundesrepublik.

Da, denke ich, müssen wir noch tatkräftig überzeugen, damit die Kostenträger bereit sind, zur Verbesserung der Personalsituation höhere Pflegesätze zu akzeptieren. Zudem benötigen wir auch Entlastung der Arbeit. Dazu dient u.a. die Entbürokratisierung.

Wir haben aber auch im E-Health-Gesetz Perspektiven aufgezeigt, in 2, 3 Jahren Pflegeeinrichtungen digital anzubinden – mit einem engeren Kontakt zur Apotheke, zum Arzt, zum Krankenhaus, mit einem optimierten Entlassmanagement usw.

Grundsätzlich ist die medizinische Versorgung von Pflegeeinrichtungen optimierungsbedürftig.

Viele Pflegekräfte beklagen sich darüber, dass sie eine bestimmte Versorgung nicht durchführen können, obwohl sie die dazu notwendigen Kompetenzen hätten. Da müssen wir noch...

? **Kommt so etwas ins PSG IV?**

Im Pflegeberufereformgesetz werden wir einheitliche Kompetenzen für Pflegekräfte verankern. Das ist derzeit ein ziemlicher Flickenteppich, dass...

? **Soweit zum Guten des Pflegeberufegesetzes.**

Das werden wir nicht im PSG III oder PSG IV regeln.

Viele Dinge sind schon erledigt.

Im Hospiz- und Palliativgesetz haben wir festgelegt, dass Pflegeeinrichtungen mit Ärztenetzen Vereinbarungen treffen können. Wenn Ärzte sich verpflichten, im Netz einen 24-Stunden-Service anzubieten, können diese Ärztenetze mit den Kassen höhere Leistungen abrechnen. Wir benötigen auch mehr Delegation, dazu haben wir die Grundlagen schon im Versorgungstärkungsgesetz geschaffen. Teilweise sind die Dinge von uns geregelt, aber müssen im System noch umgesetzt werden.

Dann geht es oft auch um die Frage der Bezahlung und die der Kompetenzen. Urologen behandeln Patienten nicht gern ambulant zu Hause oder in Pflegeeinrichtungen,

sondern haben oft die Erwartung, dass die Patienten ihre Praxis aufsuchen.

Das ist für Pflegebedürftige äußerst schwierig, weil oft Begleitpersonen benötigt werden, die aber nicht vorhanden sind.

Deshalb wird überlegt, dass speziell als urologische Fachschwestern Ausgebildete in Delegation für den Urologen Hausbesuche



oder Einrichtungsbesuche übernehmen, so dass die medizinische Versorgung besser wird.

Unter dem Gesichtspunkt der Verbesserung der Versorgung müssen auch die Regelungen im Hospiz- und Palliativgesetz gesehen werden, durch die Ärztenetze um Einrichtungen herum besser bezahlt werden.

Wenn eine Nachtschwester mit vielen Pflegebedürftigen allein ist, war im Notfall oft kein Arzt verfügbar und dann wurde der Rettungsdienst informiert.

oder Einrichtungsbesuche übernehmen, so dass die medizinische Versorgung besser wird.

Das ist eine Belastung für die Pflegekraft, ebenso für den Pflegebedürftigen, aber auch finanziell für das ganze System.

Wir haben Rahmenbedingungen geschaffen, damit Ärzte besser verfügbar sind, und das bedeutet auch eine Entlastung der Pflegekräfte.

Wir haben uns vorgenommen, die Pflege weiter zu entlasten, besser zu bezahlen, mehr Hände und mehr Kompetenzen zur Verfügung zu stellen, so dass der Pflegeberuf insgesamt attraktiver wird.

Die Pflege benötigt ein gutes Image, im Wettbewerb auf dem Fachkräftemarkt wird nur der gewinnen, der vernünftige Rahmenbedingungen für den Job anbieten kann.

Darf ich nochmal nachfragen – was wird davon im PSG III verankert und was vielleicht in einem PSG IV?

Die Pflegeausbildung wird im Pflegeberufereformgesetz neu organisiert und nicht in einem weiteren PSG.

Was wird denn dort geregelt?

Die Beratung im PSG III, ob dann noch ein PSG IV oder ein Hilfsmittelreformgesetz verabschiedet wird, weiß ich nicht.

Es ist auch egal, wie es heißt, die Pflegebedürftigen müssen auf jeden Fall ordentlich mit Hilfsmitteln ausgestattet werden. Seit Jahren wird z.B. die Ausstattung mit Windeln qualitativ immer schlechter, und die Kassen schauen meiner Meinung nach einfach weg. Es wird eine ordentliche Qualität ausgeschrieben, aber was geliefert wird, entspricht nicht der Qualität, die

ausgeschrieben wurde. Die Kassen kontrollieren das meiner Wahrnehmung nach nicht. Auch Karl-Josef Laumann hat das in den Fokus genommen. Wir werden Regelungen treffen, dass der Hilfsmittelkatalog überarbeitet wird, dass neue Qualitäten definiert werden.

Noch in dieser Legislatur?

Auf jeden Fall noch in dieser Legislaturperiode. Es muss eine ordentliche Qualität festgeschrieben werden, die dann 1:1 beim Patienten ankommt.

Der Patient muss informiert werden, welcher Standard an Ausstattung ihm zusteht, der MDK stichprobenartig kontrollieren, ob das Hilfsmittel der ausgeschriebenen Qualität entspricht.

Dann weiß der Patient auch, ob er von Zuzahlungen befreit ist oder Zuzahlungen leisten muss.

Wir wollen mehr Klarheit und bessere Qualitätsstandards der Hilfsmittel und das auf jeden Fall noch in dieser Legislaturperiode.

Sie haben das Pflegeberufegesetz schon mehrmals angesprochen. Es erregt die Gemüter zurzeit doch stark. Was spricht für Generalistik, was dagegen?

Für Generalistik spricht eine einheitliche Pflegeausbildung. Für die Krankenpflege haben wir eine einheitliche Ausbildung in Deutschland, aber da die Länder für die Altenpflegeausbildung zuständig sind, haben wir dort einen Flickenteppich.

Das Pflegeberufereformgesetz regelt die Pflegeausbildung einheitlich, die dann

auch für die Altenpflege gilt. Das ist positiv.

Positiv ist auch, dass kein Schulgeld mehr erhoben wird. In 6 Bundesländern müssen Altenpflegeschüler dafür bezahlen, dass sie ausgebildet werden. Das wird es also nach diesem neuen Gesetz nicht geben.

Immer wichtiger wird, dass Pflegekräfte im Krankenhaus mehr über ältere Menschen, Pflegebedürftige wissen. Aber auch immer mehr multimorbide Menschen werden in Altenpflegeeinrichtungen versorgt, so dass die Altenpflege mehr Kompetenzen in der Krankenpflege benötigt...



?

Darf ich kurz unterbrechen, Herr Rüdell? Sie wollen die Altenpflege an die Krankenpflege, was Bezahlung usw. angeht, annähern.

Aber es werden doch Unterschiede gemacht, z.B. dass für die Krankenpflegeausbildung keine Wertschöpfung angerechnet wird, wohl aber für die Pflegeausbildung, für die ambulanten Dienste in Höhe von beinahe 30%.

Ob nachher bei diesem Gesetz herauskommt, dass Pflege einheitlich bezahlt wird, das wird die Zeit zeigen. Ich bin skeptisch, weil wir im Krankenhaus mit einer

Vollkasko-Krankenversicherung finanzieren, in der Pflegeversicherung mit einer Teilkaskoversicherung. Es bleiben immer Eigenanteile für die Pflegebedürftigen übrig.

Muss der Versicherte die Ausbildung bezahlen?

Die Finanzierung ist noch nicht abschließend geklärt. Nach dem jetzigen Stand wird

?

die Pflegeversicherung jährlich mit 300 Mio Euro belastet – und damit die Beitragszahler.

Kein Schulgeld, eine einheitliche Ausbildung, dass jeder von allen Bereichen mehr weiß, sind positive Aspekte. Manche haben aber die Sorge, dass, wenn man in drei Jahren drei Berufe erlernt, Hauptschüler, die doch einen Zugang zur Pflegeausbildung haben, dann auf der Strecke bleiben.

Heute wird die Kinderkrankenpflege zu 100% durch Abiturienten besetzt, in der Krankenpflege sind es etwa 70%. In der Altenpflege dagegen sind ca. 35, 40% Hauptschüler.

Die Herausforderung ist, eine gute Ausbildung anzubieten, die, wenn man keinen verlieren will, auch die Chance bieten muss, dass ca. 20% Hauptschüler diesen Abschluss schaffen.

Die Altenpflege kann es sich nicht erlauben, auf Fachkräfte zu verzichten, allein schon, weil wir eine 50% Fachkraftquote in Pflegeeinrichtungen festgeschrieben haben.

Karl-Josef Laumann soll auf einer Pressekonferenz kürzlich gesagt haben, nur Nordrhein-Westfalen stelle sich dagegen. Aber das stimmt doch nicht so ganz, es sind auch andere Länder und es sind viele Verbände, viele Fachgruppen, die sich gegen die Generalistik in dieser Form stellen.

Warum ist man auf dieses schmale Brett Generalistik gehüpft?

Gab es dafür einen vernünftigen Grund?

Die drei Gründe, die ich zu Anfang genannt habe.

Sind nicht auch Interessen und Ideologie

Gründe?

Berufspolitische Überzeugungen spielen sicherlich eine Rolle.

Man muss bei diesem Gesetz darauf achten, dass man nicht mehr Versorgungsprobleme schafft, als man versucht, damit zu lösen.

Einige sagen offen, mit diesem Gesetz würden keine Versorgungsprobleme gelöst, sondern berufspolitische Wünsche erfüllt.

Eine Akademisierung und eine stärkere Differenzierung bestimmter Berufe steht auch dahinter.

Hätte man denn nicht einfach noch stärker differenzieren können?

Jemand, der grundpflegerische Aufgaben übernimmt, muss kein Akademiker sein.

Einen gewissen Teil an Akademisierung benötigen wir, meiner Wahrnehmung nach stärker in der Kinderkrankenpflege und der Krankenpflege, weniger ausgeprägt bei der Altenpflege.

Es wäre sicherlich reizvoll gewesen zu überprüfen, ob man die einzelnen Berufe bei eingehender Betrachtung nicht individueller, praxisbezogener hätte entwickeln können, anstatt sich so stark auf die Generalistik zu fokussieren.

Andere sagen, ein Teil Generalistik ist in Ordnung, dann wird diskutiert, ob ein oder zwei Jahre Generalistik, gemeinsame Ausbildung richtig sind, und danach eine entsprechende Spezialisierung. Man könnte in dieser Spezialisierungszeit auf die besonderen Anforderungen der Berufsgruppe, aber auch auf die Leistungsfähigkeit der

Auszubildenden stärker eingehen. Seit dem 2. März liegen die Eckpunkte zur Verordnung vor.

Am 18. März findet die erste Lesung zum Gesetz statt und dann stoppt das Gesetzgebungsverfahren, bis die Verordnung mit Curriculum und Stundentafel auf dem Tisch liegen. Dann werden die Fraktionen diese Verordnung daraufhin überprüfen, ob alle betroffenen Berufsgruppen entsprechend ihrer Bedürfnisse berücksichtigt sind.

Die Verordnung wird belegen müssen, dass Hauptschüler nicht nur ein Anrecht darauf haben, diese Ausbildung zu beginnen, sondern auch eine Chance haben, diese Ausbildung abzuschließen.

Es darf nicht geschehen, dass 300 Mio. € aus der Pflegeversicherung genommen werden und am Ende die Altenpflege der Verlierer dieser Reform ist.

Man wird ein besonderes Augenmerk darauf richten müssen, ob die Bedürfnisse der Altenpflege entsprechend berücksichtigt werden.

Ich habe das Gefühl, dass diese Reform etwas krankpfelegelastig gesteuert wird.

Es wird auch noch andere Kritik an diesem Gesetz laut, z.B. die Finanzierung. Stichwort Länderfonds, gleichlange Spieße ambulant und stationär, Eingriffe in die Ländersouveränität usw.

Die Länder haben gut verhandelt, so dass aus der

Pflegeversicherung jetzt 300 Mio. € jährlich in die generalistische Ausbildung fließen.

Das ist ein Zeichen, dass man den Ländern weit entgegengekommen ist. Das sind überwiegend Kosten, die von den Ländern hätten getragen werden müssen.

Die Länder sprechen sich auch unterschiedlich stark sich für die Generalistik aus. Die eher zurückhaltend sind, äußern verfassungsrechtliche Bedenken. Die meisten Länder würden es aber eher begrüßen, wenn der Bund noch mehr Geld zur Verfügung stellen würde. Aber ich bin mir sicher, dass diese Koalition nicht mehr als diese 300 Mio. € in die Generalistik steckt.

Kann man sich einen vernünftigen Kompromiss vorstellen?

Dieses Pflegeberufgesetz ist doch ein Lieblingskind der SPD. Ist die SPD in diesen Fragen überhaupt kompromissfähig?





Das wird sich zeigen. Ich sehe es als eine Riesenherausforderung an, den besonderen Interessen der Krankenpflege und der Altenpflege gleichzeitig gerecht zu werden. Keine der beiden darf ein Verlierer sein. Man wird im Verfahren sehen, ob das möglich ist. Dann werden sich die entsprechenden Protagonisten äußern.

Für mich wäre eine Kompromisslinie der Vorschlag von ver.di. Er sieht ein Integrationsmodell vor, zwei Jahre Generalistik und ein Jahr Spezialisierung. Viele, die mit dieser Generalistik insgesamt fremdeln, könnten sich gut auf diesen ver.di Vorschlag verständigen.

? Glauben Sie, dass bis zum Sommer eine Einigung gefunden wird?

Nein, es wird sicherlich noch einige Monate dauern, bis die Verordnung kommt. Es liegt im Grunde daran, wie schnell das Ministerium die einzelnen Bestandteile der Verordnung vorlegen kann.

Wir haben die Zusage, dass das Parlament entscheidet, wann die zweite, dritte Lesung stattfindet. Wir haben weiterhin die Zusage, dass erst die Verordnung in aller Breite diskutiert und geprüft wird, bevor die zweite, dritte Lesung stattfindet.

Es hängt jetzt davon ab, wie schnell wir die komplette Verordnung sehen und bewerten können. Wir werden den Herbst noch brauchen.

Aber es gibt aus den Ländern Stimmen auch hier in Berlin, Stimmen pro Generalistik, die sagen, es hängt jetzt nicht daran, ob wir mit der neuen Ausbildung 2018 oder 2019

beginnen. Wir wollen ein vernünftiges, praktikables Gesetz auf den Weg bringen. Das wird nicht an 3 Monaten Beratung scheitern, sondern wird dann ab 2019 umgesetzt.

Kommen wir zum Schluss nochmal zum Generellen: Wenn Sie diesen politischen Prozess mit allem, über das was wir jetzt gesprochen haben, insgesamt charakterisieren würden...

Es ist wesentlich mehr, als ich mir am Anfang dieser Legislaturperiode habe vorstellen können, diese riesige Dynamik, die die Pflege bewegt hat.

Am Anfang, als wir über darüber gesprochen haben, was wir in Gesetze gießen wollten, kamen relativ viel Zweifel aus der Branche.

Mittlerweile haben wir die Menschen, die in der Pflege arbeiten oder pflegebedürftig sind, überzeugt, dass wir es mit der Reform der Pflege ernst meinen.

Es wird daraus ein permanenter Reformprozess entstehen.

Pflegepolitik ist im Zentrum der Gesundheitspolitik angekommen und wird auch auf Dauer im Zentrum bleiben.

Glauben Sie, dass wir mit dem Geld auskommen?

Offiziell bis 2022. Wir werden uns immer wieder die Frage stellen müssen, was die Pflege uns wert ist.

Ich bin völlig begeistert, wie unkompliziert es war, die Pflegeversicherungsbeiträge um 0,5 Prozentpunkte zu erhöhen. Es gab weder bei den Arbeitnehmern noch bei den





Arbeitgebern Proteste.

Das wird man dynamisch so nicht fortsetzen können.

Aber ich glaube, den Menschen ist bewusst, dass wir in Deutschland eine gute Pflege benötigen, und dass sie Geld kostet. In den nächsten 4, 5 Jahren werden wir die Beiträge wohl nicht erhöhen müssen. Aber wir müssen uns darauf einstellen, dass Pflege teurer wird.

Wenn wir Menschen gewinnen wollen, die in der Pflege arbeiten, müssen wir für sie ordentliche Rahmenbedingungen schaffen, und das kostet Geld.

Die Alternative wäre, dass die Familien selbst wieder stärker in die Pflege einsteigen müssen – ohne die Unterstützung professioneller Hilfen.



***Pflegepolitik in der
18. Legislaturperiode
Interview mit
Erwin Rüdell***

Radiobeitrag anhören

FORUM
FÜR GESUNDHEITSPOLITIK

L&V
Verlag GmbH
5-6/15

Agenda 2016/2017

Forum für Gesundheitspolitik

Ausgabe 5–6/2015

- Jens Baas
- Andreas Meusch
- Thomas Bublitz
- Martin Degenhardt
- Ulrike Elsner
- Henning Fahrenkamp
- Franz Knieps
- Christine Richter
- Friedemann Schmidt
- Ulrich Weigeldt

ONLINE LESEN

Highlights Magazin

Ausgabe 2/16

Und Radio Interviews mit:

- Werner Baumgärtner
- Andreas Gassen
- Dirk Heinrich
- Günther Jonitz
- Wolfgang Krombholz
- Frank Ulrich Montgomery
- Harald Terpe
- Ulrich Weigeldt
- Wolfgang Wesiack
- Theo Windhorst

ONLINE LESEN

ONLINE HÖREN

AUSGABE 2/16 – 27. JANUAR 2016

HIGHLIGHTS
MAGAZIN

BUNDESÄRZTEKAMMER

Außerordentlicher Deutscher Ärztetag
23. Januar 2016, Berlin
Estrel Saal

NOVELLIERUNG DER GOÄ

L&V
Verlag GmbH
Das Onlinemagazin zur Gesundheitspolitik



Psychotherapie im Aufbruch

Interview mit
Barbara Lubisch

[Radiobeitrag anhören](#)



Highlights Magazin

Ausgabe 4/16

**Krankenkasse der Zukunft
Interview mit Christoph Straub**

ONLINE LESEN

ONLINE HÖREN

Highlights Magazin



Ausgabe 3/16



Ausgabe 5/16



Ausgabe 6/16

Impressum

ISSN 1614-029X 13. Jahrgang 2016

Herausgeber:

Prof. Dr. Andreas Lehr, Dr. Jutta Visarius
Loeschckestr. 37, 53129 Bonn,
Tel. 02 28 – 6 19 59 25, Fax. 02 28 – 6 19 59 26,
E-Mail: highlights@letv-verlag.de



LetV Verlag GmbH

Redaktion:

Prof. Dr. Andreas Lehr, Dr. Jutta Visarius, Julian Visarius M.A., Maike Visarius M.A. – Luisenstr. 41, 10117 Berlin,
Tel. 0 30 – 22 60 56 84, Fax. 0 30 – 20 67 46 43, Mobil. 01 71 – 6 46 57 00 oder 01 71 – 4 84 77 73,
E-Mail: highlights@letv-verlag.de

Crossmedia Internetplattform:

www.letv-verlag.de

Satz und Layout:

THE BRETINGHAMS GmbH,
Wielandstr. 33, 10629 Berlin,
www.brettingham.de

Audiointerview und Fotos – mit freundlicher Unterstützung der GTA German Top Agency GmbH.

Sämtliche Nutzungsrechte am Highlights Magazin liegen beim LetV Verlag. Jegliche Nutzung, insbesondere die Vervielfältigung, Verbreitung, öffentliche Wiedergabe oder öffentliche Zugänglichmachung ist ohne die vorherige schriftliche Einwilligung des LetV Verlags unzulässig.

Besuchen Sie unsere Crossmedia Plattform:

www.letv-verlag.de