



Dr. Roy Kühne

Mitglied des Deutschen Bundestages

1 Pflegepolitische Forderungen

Die Herausforderungen in der Pflege sind so groß wie nie zuvor. Das betrifft zum einen die Pflegeberufe, zum anderen aber auch die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung in Gänze. Der Fachkräfte- und Personalmangel einerseits und die stetig steigende Nachfrage andererseits werden zu einer Gefährdung der Sicherstellung der pflegerischen Versorgung in Deutschland führen. 2020 sollen die ersten Ergebnisse des neuen Personalbemessungsverfahrens präsentiert werden. Diese werden den Bedarf an Pflegekräften aller Voraussicht nach weiter erhöhen. Die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung kann künftig durch die existierenden Mechanismen allein nicht ausreichend gedeckt werden. Dies lässt sich schon erahnen, wenn man bedenkt, dass die Anzahl der Pflegebedürftigen bis 2050 auf mehr als sechs Millionen Menschen ansteigen wird. Schätzungen zufolge werden bereits in zehn Jahren zwanzig Prozent der Pflegebedürftigen keine entsprechenden Angebote finden.

Die Politik ist also stärker als bisher gefordert, die Weichen richtig zu stellen und allen Beteiligten die Gewissheit zu geben, dass eine qualitativ hochwertige Pflege nicht zu einer Überlastung der einzelnen Akteure führen darf. Wir brauchen zusätzliche Pflegefach- und Pflegeassistentenkräfte, um die bereits aktiven zu entlasten und die künftigen Pflegebedürftigen zu versorgen. Pflege muss dabei finanzierbar sein, pflegerische Leistungen müssen gut bezahlt und die Angehörigen weiter entlastet werden.

Welche konkreten Schritte sind dringend erforderlich, um die Umgestaltung der Pflege zu erreichen?

1. Wertigkeit der Pflege in der öffentlichen Wahrnehmung stärken!

Die Arbeit, die Pflegefach- und Pflegeassistentenkräfte täglich leisten, ist unverzichtbar und immens wertvoll. Umso wichtiger ist es daher, eine entsprechende gesellschaftliche Würdigung der Pflegekräfte und des Berufs insgesamt zu erreichen. Durch eine entsprechende finanzielle Ausstattung der Anbieter und Einrichtungen, angemessene Pflegegehälter und die notwendige gesellschaftliche Anerkennung der Berufe können wir dazu aktiv beitragen. Die Würde der Berufe fängt nicht beim Geld an, darf daran aber auch nicht scheitern. Ebenso wichtig sind aber auch die Arbeitsbedingungen, mit denen Pflegekräfte und auf Pflege Angewiesene gleichermaßen zurechtkommen müssen. Um Versicherte und Pflegekräfte zu stärken, fordere ich folgende Maßnahmen, die die Wertigkeit und Funktionalität der Pflege insgesamt erhöhen sollen.

Der ärztliche Bereitschaftsdienst hat mit der Hotline 116 117 eine zentrale Anlaufstelle für Patienten, die außerhalb der regulären Sprechzeiten dringend ärztliche Hilfe benötigen. Wir brauchen eine ähnliche zentrale Anlaufstelle auch für Pflegebedürftige und Angehörige, die nach einer Versorgungsmöglichkeit suchen. Die zentrale Stelle muss über Informationen der Anbieter und deren Kapazitäten verfügen und soll mindestens die zeitnahe, vorübergehende Versorgung sicherstellen. Eine Einbindung von Krankenkassen, Bund, Ländern und Kommunen unter einer eigenen Stabsstelle für die Einrichtung der „Pflegehotline“ ist unerlässlich, um die Kapazitäten der einzelnen Einrichtungen deutschlandweit wie landesspezifisch abzugleichen. Diese soll keinesfalls die pflegerische Beratung durch die Einrichtungen und Dienste ersetzen. Stattdessen soll sie in Situationen, in denen noch kein Ansprechpartner bekannt ist, erste Anlaufstelle sein und an Einrichtungen und Pflegedienste vermitteln, die Kapazitäten zur Verfügung haben. Ziel muss es sein, Betroffenen und Angehörigen schnelle und unkomplizierte Hilfe geben zu können. Durch die Vielfältigkeit der Digitalisierung können Meldesysteme über freie Plätze oder verfügbare pflegerische



Dr. Roy Kühne

Mitglied des Deutschen Bundestages

43 Leistungen angeboten werden, ohne die Leistungserbringer mit überbordender Bürokratie zu
44 belasten.

45 Ebenso wie das Bundesministerium über einen eigenen Pflegebeauftragten verfügt, müssen auch die
46 Länder ihre Verantwortung wahrnehmen und entsprechende Strukturen schaffen, die den Bürgern
47 die Gewissheit geben, zentrale Ansprechpartner zu haben.

48 Der Qualitätsausschuss Pflege und seine Geschäftsstelle haben sich als Selbstverwaltungsorgan
49 bewährt. Die Arbeit sollte deshalb über den bisherigen Zeitraum hinaus verlängert werden.

50 Meines Erachtens muss die Wertigkeit der Pflegeberufe auch mit der nächsten Ressortverteilung
51 innerhalb des Bundeskabinetts stärker in den Fokus der Öffentlichkeit gelangen. Ich fordere daher,
52 die Personalstrukturen im Bundesministerium für Gesundheit zu verstärken. Das Ziel, die
53 notwendigen Änderungen in der Pflegesystematik aktiv voranzutreiben, muss stärker als bisher in
54 Angriff genommen werden.

55 **2. Digitalisierung – Chancen nutzen, Möglichkeiten erweitern**

56 Mit dem Anschluss an die Telematikinfrastruktur, wofür wir mit dem Digitale-Versorgungs-Gesetz
57 (DVG) eine Grundlage geschaffen haben, ist ein erster Schritt getan. Dieser wird aber längst nicht
58 ausreichen, um digitale Innovationen im Gesundheits- und Pflegesystem entscheidend
59 voranzubringen. Mit dem DVG II, das zeitnah folgen soll, muss es gelingen, weitere Anwendungen in
60 die elektronische Patientenakte zu integrieren. Davon müssen auch die Pflegeeinrichtungen stärker
61 profitieren. Auch sind die Zugriffsrechte auf die elektronische Patientenakte für Pflegekräfte zeitnah
62 zu ermöglichen. Um den (bürokratischen) Mehraufwand schultern zu können, müssen
63 Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste die Möglichkeit haben, Personal bereitzustellen, das sich
64 verstärkt mit der Digitalisierung beschäftigt. Diese Mehrbelastung darf nicht auf Kosten der
65 pflegerischen Versorgung geschehen, indem sie von den Fachkräften „on top“ erledigt werden muss.
66 Wir brauchen Pflegekräfte, die als „Pflege-Digitalberater“ eingestuft werden können und von den
67 Kranken- und Pflegekassen refinanziert werden müssen. Bei gleichbleibendem Gehalt muss diesen
68 innerhalb der Arbeitszeit die Möglichkeit gegeben werden, sich neben der pflegerischen Tätigkeit auf
69 die digitalen Aufgaben zu konzentrieren. Dazu soll gehören, die Einrichtungen bei der Beantragung
70 der im Pflegepersonalstärkungsgesetz verankerten Anschubfinanzierung für digitale Technik und
71 entsprechender Weiterbildungsangebote zu unterstützen. Die im Bundeshaushalt eingestellten 300
72 Millionen Euro sind bislang nicht ausreichend in Anspruch genommen worden, um diesen Teil des
73 Pflegepersonalstärkungsgesetzes als Erfolg werten zu können.

74 Zusätzlich zu den neuerdings möglichen Erstattungen von Gesundheitsapps ausschließlich auf
75 ärztliches Rezept müssen Verordnungsmöglichkeiten auch für Pflegekräfte geschaffen werden. Das
76 bedeutet eine enorme Attraktivitätssteigerung für die Pflegekräfte und führt gleichzeitig zu einer
77 Entlastung der Ärzte. Gleichmaßen müssen Vollmachten und Folgeverordnungen digitalisiert in die
78 Abläufe eingebunden werden können, dies reduziert den bürokratischen Aufwand in
79 Pflegeeinrichtungen um ein Vielfaches. Zu besonders hohen Hürden kommt es auch im Bereich der
80 Annahme- und Abgabevollmachten bei der Ausgabe von Medikamenten durch Apotheken. Auch
81 diese müssen vollständig in die digitale Infrastruktur eingebunden werden können, um die Ausgabe
82 an bevollmächtigte Personen in Pflegeeinrichtungen zu vereinfachen. Eine entsprechende rechtliche
83 Änderung muss dringend geprüft werden. Die Rennerei für Pflegekräfte und Patienten, um



Dr. Roy Kühne

Mitglied des Deutschen Bundestages

84 Unterschriften von Ärzten einzuholen, muss ein Ende haben! Die Potentiale der Digitalisierung und
85 die Kompetenzen der Pflegefachkräfte müssen endlich ausgeschöpft werden.

86 **3. Bürokratieabbau – Strukturen verschlanken und zielführender ausrichten**

87 Das Übermaß an Bürokratie in der Pflege bleibt auch weiterhin ein großes Hindernis, um die
88 Attraktivität der Berufe zu steigern. Die Initiative zur Einführung eines Strukturmodells zur
89 Entbürokratisierung der Pflegedokumentation (Ein Step) lässt den Ansatz, den überbordenden
90 Bürokratismus auf ein überschaubares Maß einzuschränken, realitätsnah werden. Das Konzept, das
91 in der ambulanten, (teil-)stationären und Kurzzeit-Pflege Anwendung finden kann, ist auszuweiten
92 und in allen Bereichen verpflichtend umzusetzen. Regelmäßige Leistungen sollen nur einmalig
93 dokumentiert werden müssen. Eine darüber hinausgehende Dokumentationspflicht darf nur
94 entstehen, wenn Leistungen von der individuellen grundpflegerischen Regelversorgung und
95 Betreuung abweichen.

96 Der Abbau der Sektorengrenze muss konkretisiert werden. Die Wahlfreiheit der Versicherten muss
97 dabei gewährleistet werden. Die Wohnformunabhängigkeit herzustellen, muss politisches Ziel
98 bleiben, welches einer zeitnahen und tatsächlichen Umsetzung bedarf. Die Pflegeversicherung muss
99 dabei ihrer Aufgabe weiterhin gerecht werden und vor pflegebedürftiger Sozialhilfeabhängigkeit
100 schützen.

101 Um Verhandlungen und Schiedsverhandlungen auf Augenhöhe führen zu können, müssen die
102 geltenden Regelungen zu Schiedsverfahren dringend vereinfacht und beschleunigt werden. Ich
103 fordere daher eine automatische Zusammensetzung der Schiedsinstanzen, wenn die Vertragspartner
104 sich zuvor nicht auf eine Besetzung einigen konnten. Die bisherige Schiedspersonen-Lösung für die
105 häusliche Krankenpflege muss durch eine Schiedsstellen-Lösung ersetzt werden. Damit kann es
106 gelingen, Festsetzungsfristen, innerhalb derer ein Schiedsspruch festgelegt werden muss,
107 umzusetzen und einzuhalten. Aufschiebende Wirkungen von Einsprüchen gegen Schiedssprüche sind
108 zu vermeiden. Dies sichert die Wettbewerbsfähigkeit aller beteiligten Verfahrenspartner und sorgt
109 für Chancengleichheit. So wie § 85 Abs. 5 SGB XI dieses für Pflegesatzverfahren der
110 Pflegeversicherung festlegt, muss eine entsprechende Regelung auch für die häusliche Krankenpflege
111 eingeführt werden. Die Forderungen von Staatssekretär Westerfellhaus zur Vereinfachung von
112 Schiedsverfahren und Schiedsverhandlungen auf Augenhöhe unterstütze ich dabei ausdrücklich.

113 Nicht nur im Alltag des Pflegepersonals müssen bürokratische Hürden abgebaut werden, sondern
114 auch im Bereich der Personalgewinnung. Ich begrüße die von Bundesminister Spahn und vom
115 saarländischen Ministerpräsidenten Hans gegründete Agentur, die sich künftig um Anträge für Visa,
116 Berufsanerkennung und Arbeitserlaubnis ausländischer Fachkräfte kümmern soll. Ziel muss es
117 dennoch sein, einheitliche, verständliche und transparente Rahmenbedingungen zu schaffen, um
118 Berufsanerkennung und Arbeitserlaubnis unkompliziert zu erlangen. Weiterhin besteht die Sorge,
119 dass Wartezeiten – z.B. bei der Beantragung eines Visums – von bis zu sechs Monaten noch immer zu
120 lang sind, um Bewerber in den deutschen Arbeitsmarkt zu holen. Hierfür sind eine verbesserte
121 personelle Ausstattung der deutschen Botschaften und der Anerkennungsbehörden sowie
122 vereinfachte Verfahren unerlässlich.

123 Die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung muss unser primäres Ziel sein. Auf ausländische
124 Fachkräfte kann derzeit nicht verzichtet werden. Dafür muss aber auch sichergestellt sein, dass die
125 Regelungen zu Einreisebestimmungen eingehalten werden und ausreichende Sprachkenntnisse



Dr. Roy Kühne

Mitglied des Deutschen Bundestages

126 anerkannt werden. Dies bedeutet auch, dass wir das Erfolgsmodell Goethe-Institut weltweit stärker
127 fördern. Die finanziellen Mittel für die Ausbildung von Pflegefachkräften im Ausland müssen so
128 erweitert werden, dass die Ausbildung wie der Erwerb notwendiger sprachlicher Qualifikationen
129 sichergestellt sind. Gleichzeitig muss die Anerkennung anderer Bildungseinrichtungen mit
130 Sprachangeboten bei gleichbleibenden Qualitätsansprüchen gewährleistet werden. Feststeht:
131 Sprachkenntnisse müssen auch weiterhin während der Ausbildung erworben werden dürfen.
132 Wenngleich die Kenntnisse über mindestens B1 oder B2 nachgewiesen werden müssen, bevor ein
133 Berufszugang für eigenverantwortliche pflegerische Tätigkeiten ermöglicht werden kann, muss die
134 Einreise mit einem vorliegenden Ausbildungsvertrag schon davor möglich sein. Insgesamt muss eine
135 bundeseinheitliche standardisierte, digitale Erfassung von Visa-, Anerkennungs- und
136 Nachqualifizierungsprozessen erfolgen, um die Abläufe zu beschleunigen. Intensiv müssen wir
137 parallel darauf achten, die Attraktivität der Berufe auch im Inland weiter zu steigern. Eine jährliche
138 Evaluation und Feststellung des Bedarfs von Personal soll dieses Ziel sicherstellen.

139 Auf die Kommunen kommt eine wesentliche Rolle in Bezug auf die pflegerische Versorgung zu, mit
140 der sie nicht alleine gelassen werden dürfen: Eine Verlagerung von Kompetenzen der Kranken- und
141 Pflegekassen auf die Kommunen ist daher nicht zielführend. Die Kommunen sollen im Rahmen der
142 Altenhilfeplanung durch wettbewerbsneutrale Förderung für Anreize einer ausreichenden
143 Versorgungsstruktur vor Ort sorgen und dafür die Daten zur demographischen Entwicklung
144 einbeziehen. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sollen weiter über die Auswahl der richtigen
145 Pflegeeinrichtung selbst entscheiden können. Die Förderung von Forschungsprojekten, die in
146 Zusammenarbeit von Bund, Ländern und Kommunen entstehen, müssen bundesanteilig
147 umfangreicher finanziert werden.

148 **4. Erweiterte Einbindung in die Versorgung – Zukunft der Berufe**

149 Es muss politisches Ziel sein, neben der Vergütung auch die tägliche Arbeitsbelastung sowie die
150 Rahmenbedingungen von Angestellten in der Pflege stärker in den Fokus zu nehmen.

151 Um die Attraktivität der pflegerischen Berufe zu steigern, müssen wir die Delegation und Substitution
152 ärztlicher Leistungen stärker in den Fokus nehmen. Dadurch können wir auch das Ziel der
153 notwendigen Entlastung der Ärzte erreichen. Die Regelungen nach §§ 63 (3b), 63 (3c) SGB V wie die
154 Heilkundeübertragung müssen grundlegend weitergedacht werden. Zum einen benötigen wir ein
155 Umdenken, dass die Erkenntnisgewinne aus erfolgreich durchgeführten Modellvorhaben zeitnah
156 innerhalb der Regelversorgung übernommen werden können. Zum anderen brauchen wir ein
157 Weiterdenken innerhalb der Modellvorhaben. Einschränkungen auf bestimmte Indikationen (wie
158 Bluthochdruck, Demenz, chronische Wunden, Diabetes) sind dabei nicht sinnvoll, hier muss auch ein
159 Umdenken innerhalb des Gemeinsamen Bundesausschusses stattfinden.

160 Insgesamt ist die Durchführbarkeit von Modellvorhaben zu vereinfachen und zu beschleunigen.

161 Die Möglichkeiten für Empfehlungen für Heil- und Hilfsmittel durch Pflegekräfte müssen eingerichtet
162 werden. Gleiches muss auch für die Bereiche der enteralen Ernährung gelten. Langfristig muss es uns
163 gelingen, Pflegekräften - losgelöst von einer Budgetverantwortung - eine Verordnungsmöglichkeit zu
164 schaffen. Der ständige Kontakt mit den Versicherten und die direkte Arbeit am Pflegebedürftigen
165 sind hierfür von klarem Vorteil.

166 Dosierungsänderungen auf Anweisung von Ärzten und unter Mitbetreuung durch Pflegekräfte
167 müssen fernmündlich oder auf elektronischem Wege erfolgen dürfen.



Dr. Roy Kühne

Mitglied des Deutschen Bundestages

168 Die im Pflegeberufereformgesetz vereinbarten Grundlagen müssen ab 2020 verpflichtend in den
169 Schulen und Ausbildungsstätten umgesetzt werden. Damit verfolgen wir das Ziel einer
170 zukunftsfähigen und qualitativ hochwertigen Pflegeausbildung für die Kranken-, Kinderkranken- und
171 Altenpflege. Auch im Anschluss an eine hochwertige pflegerische Ausbildung muss die Möglichkeit
172 zum Erwerb von erweitertem Fachwissen gegeben sein. Die Anzahl der angehenden Pflegekräfte ist
173 deutlich zu erhöhen, hierfür müssen alle möglichen Maßnahmen von Bund und Ländern ergriffen
174 werden. Das Pflegeberufegesetz geht davon aus, dass Auszubildende ab dem zweiten
175 Ausbildungsjahr in einem gewissen Umfang zur personellen Entlastung in der pflegerischen
176 Versorgung und zum Gewinn beitragen (vgl. § 27 Abs. 2 PflBG). Mit der im GSAV beschlossenen
177 Anrechnungsfreiheit für das erste Ausbildungsjahr haben wir den Einrichtungen eine kostenneutrale
178 Ausbildungsvergütung ermöglicht. Hieraus müssen wir dringend eine Komplettfinanzierung für alle
179 Pflegeberufe über die gesamte Regelausbildungszeit ableiten.

180 Auch der unterschiedlichen Finanzierung zwischen Auszubildenden in der Pflege und den
181 Pflegehilfskräften müssen wir entgegenwirken. Wir müssen alle Potentiale nutzen, um dem
182 Pflegefachkräftemangel zu begegnen. Dazu zählt insbesondere die Weiterqualifizierung von
183 Pflegehilfskräften zu Pflegefachkräften. Wir bieten damit Menschen, die schon viele Jahre in der
184 Pflege arbeiten, eine hervorragende Perspektive. Aber Pflegehilfskräfte machen nur eine Ausbildung
185 zur Pflegefachkraft, wenn sie in dieser Zeit nicht auf das Ausbildungsgehalt heruntergestuft werden.
186 Deswegen setze ich mich dafür ein, dass die Differenz zwischen dem Ausbildungsgehalt und dem
187 bisherigen Pflegehelfergehalt dauerhaft und vollumfänglich von der Bundesagentur für Arbeit
188 übernommen wird.

189 Gleichzeitig müssen wir auch die Möglichkeiten durch die Akademisierung der Pflegeberufe deutlich
190 stärker nutzen. Die Akademisierungsquote hat im Bereich der Pflegeberufe noch (enormen)
191 Spielraum. Um den Einsatz von akademisch qualifizierten Pflegefachkräften sicherzustellen, ist eine
192 entsprechende Refinanzierung durch die Kostenträger zu gewährleisten. Neben einer Erhöhung der
193 Anzahl der akademisierten Pflegekräfte brauchen wir insbesondere eine zukunftsweisende
194 akademische Ausbildung, die die Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen vorantreibt. Die
195 skandinavischen Länder sind Vorreiter in der Entwicklung derartiger Modelle, hieran sollten wir uns
196 ein Beispiel nehmen. Ein Leuchtturm-Projekt kann die Einbindung akademisierter Pflegefachkräfte in
197 die Röntgenuntersuchungen, wie die Auswertung der bildgebenden Verfahren sein, bei der
198 heilkundliche Maßnahmen in die pflegerische Versorgung integriert werden. Langfristig kann dies
199 noch unabhängiger von der Ärzteschaft organisiert werden.

200 Im Bereich der Erweiterten Pflegepraxis (Advanced Practice Nurse - APN) hat Deutschland insgesamt
201 Nachholbedarf. Unabhängig vom Grad der Akademisierung muss die Spezialisierung auf ein
202 bestimmtes pflegerisches Fachgebiet noch feinkörniger erfolgen, als es bislang geschieht. Hierbei
203 kann auf bestimmte chronische oder häufig auftauchende Krankheiten genauso eingegangen werden
204 wie auf bestimmte Versorgungsformen im Sinne einer Erweiterung der pflegerischen Praxis. Die
205 Beispiele aus den USA, unter anderem aus dem lokalen Gesundheitsprogramm „LIFE - Living
206 Independently For the Elderly“ aus Philadelphia, können als Vorlage dienen.

207 **5. Finanzierung der Pflege – Umdenken erforderlich**

208 Höhere Löhne und das Personalbemessungssystem bedeuten höhere Kosten für die Pflege. Dass
209 immer mehr Menschen im hohen Alter aufgrund der steigenden Kosten für pflegerische Leistungen
210 in die sozialen Sicherungssysteme abrutschen, ist nicht hinnehmbar und widerspricht exhaustiv der



Dr. Roy Kühne

Mitglied des Deutschen Bundestages

211 im deutschen Sozialdiktum verankerten Idee eines konservativen Wohlfahrtsstaates. Wenngleich die
212 Zahlen der Personen, die auf Hilfe zur Pflege angewiesen sind, seit 1995 insgesamt deutlich
213 zurückgegangen sind, müssen wir im Vergleich zum Vorjahr einen ersten Wiederanstieg beobachten.
214 Die Pflegeversicherung wird dem Auftrag offenbar nicht gerecht, die Vermeidung pflegebedingter
215 Sozialhilfeabhängigkeit zu erreichen. Daher müssen wir uns grundsätzliche Gedanken zur
216 Finanzierbarkeit des Systems machen, die die wesentliche Neuaufstellung forcieren und Fehler aus
217 den bisherigen Grundlagen vermeiden. Eine umfassende Pflicht zur Absicherung bleibt dabei
218 unverzichtbar, entbindet jedoch nicht von dem Prinzip der Eigenverantwortung des Einzelnen und
219 der Angehörigen. Eine sogenannte Pflegevollkaskoversicherung wäre ein vollkommen falsches Signal
220 an die Versicherten und die Solidargemeinschaft. Gleichzeitig müssen versicherungsfremde
221 Leistungen stärker als bisher durch Bundeszuschüsse abgegolten werden, um die Finanzierbarkeit
222 des Systems auch künftig sicherzustellen.

223 Die Initiative, die sich mit einer Deckelung der Eigenanteile und einer Pflegepflichtversicherung
224 auseinandersetzt, wird derzeit zu stark aus politischer Ideologie und zu wenig aus
225 Verantwortungsbewusstsein gegenüber kommenden Generationen getragen. Eine Verschiebung, die
226 zur Entlastung der Länder und zu deutlichen Mehrbelastungen der Beitragszahler und des Bundes
227 führt, darf es nicht geben. Gleichwohl lohnt es sich, über weitere verpflichtende Sicherungssysteme
228 nachzudenken, die geeignet sind, den steigenden Kosten der pflegerischen Versorgung einerseits und
229 den Herausforderungen des demographischen Wandels andererseits, zu begegnen. Deswegen
230 müssen wir an einem weiterführenden Konzept der Finanzierung arbeiten. Das Umlageverfahren
231 stößt bereits jetzt – endgültig aber spätestens in wenigen Jahren – an seine Grenzen. Eine
232 verpflichtende kapitalgedeckte Pflegezusatzversicherung unter Einbeziehung der Ressourcen von
233 Bund und Ländern kann dazu beitragen, auch künftig ein generationengerechtes
234 Pflegesicherungssystem außerhalb der Sozialhilfe aufzustellen. Hierfür muss die Stärkung des
235 Pflegevorsorgefonds in Betracht gezogen werden.

236 Insgesamt müssen wir vor dem Hintergrund der Unterfinanzierung der Pflegeversicherung und der
237 sich verändernden demographischen Entwicklung in unserem Land dazu übergehen,
238 versicherungsfremde Leistungen anderweitig zu finanzieren. Rentenzahlungen für pflegende
239 Angehörige und die Finanzierung der Kinderbetreuung, die bislang aus Mitteln der
240 Pflegeversicherung finanziert wird, müssen durch einen Steuerzuschuss gedeckt werden. Außerdem
241 müssen die Länder die Investitionskosten für die Pflegeeinrichtungen übernehmen (§ 9 SGB XI),
242 damit nicht die Pflegebedürftigen weiter belastet werden. Das gleiche gilt auch für die
243 Investitionskosten der Pflegeschulen.

244 Die Kosten, die sich aus der medizinischen Behandlungspflege ergeben, müssen von den
245 Krankenkassen vollständig übernommen werden, auch für Bewohner von Pflegeeinrichtungen. Die
246 Benachteiligung der Heimbewohner durch die fehlende Kostenübernahme führt zu steigenden
247 Eigenanteilen, die für viele Bewohner den Weg in die Sozialhilfe bedeuten. Dies muss ein Ende
248 haben.

249 Die Übernahme von Pflegehilfsmitteln zum Verbrauch (Produktgruppe 54) muss vollständig, folglich
250 auch oberhalb der 40-Euro-Grenze, ermöglicht werden. Alles andere stellt einen unzulässigen Eingriff
251 in die persönliche Freiheit dar. Die im Koalitionsvertrag vereinbarte kontinuierliche Anpassung der
252 Sachleistungen an die Personalentwicklung muss zeitnah angegangen werden.



Dr. Roy Kühne

Mitglied des Deutschen Bundestages

253 Unabhängig von diesen Kernforderungen werden wir steigende Kosten in der Pflege akzeptieren
254 müssen. Es muss stärker als bisher politische Aufgabe sein, dies ehrlich zu kommunizieren. Besonders
255 die jüngeren Generationen sind, auch aufgrund der steigenden Lebenserwartung, gefordert, sich mit
256 der Frage der Finanzierung stärker zu beschäftigen. Eine verpflichtende Zusatzversicherung ab dem 1.
257 Einkommensjahr kann auch dazu beitragen, diesen gesellschaftlichen Prozess voranzutreiben.

258 **Die Herausforderungen in der Pflege angehen**

259 Die Pflegeberufe und die pflegerische Versorgung stehen vor immensen Herausforderungen. Wir
260 brauchen mehr Investitionen in die Pflege, um die Versorgung sicherzustellen. Dabei kann es der
261 Staat nicht alleine richten, sondern wir brauchen das Engagement der vielen Pflegeeinrichtungen in
262 Trägerschaft der Freien Wohlfahrtspflege wie in privater Trägerschaft. Ihnen muss die Möglichkeit
263 gegeben werden, den erforderlichen Ausbau der Pflegeinfrastruktur in Deutschland zu
264 gewährleisten. Die hier skizzierten Lösungsansätze müssen in den kommenden Jahren konsequent
265 umgesetzt werden, um den langfristigen Prognosen zu begegnen und die pflegerische Versorgung,
266 wie die dafür notwendige Finanzierung auch auf Dauer sicherzustellen. Es muss unsere oberste
267 Priorität sein, eine zukunftssichere und generationengerechte Pflege zu schaffen.

268

269

270

271

272

273

274

275

276

277

278

279

280

281

282

283

284

285

286 Dr. Roy Kühne ist seit 2013 Mitglied des Deutschen Bundestags und Ordentliches Mitglied im
287 Ausschuss für Gesundheit. Seit 2017 ist er zuständiger Berichterstatter der CDU für Pflege und
288 Pflegeberufe innerhalb der CDU/CSU-Bundestagsfraktion.



Dr. Roy Kühne

Mitglied des Deutschen Bundestages

289 **Zusammenfassung der pflegepolitischen Forderungen**

290 1. Wertigkeit der Pflege in der öffentlichen Wahrnehmung stärken!

- 291 - Einrichtung einer zentralen „Pflege-Hotline“ nach dem Vorbild des ärztlichen
- 292 Bereitschaftsdienstes (116 117)
- 293 - eigene Pflegebeauftragte in den Bundesländern
- 294 - Verlängerung des Qualitätsausschusses Pflege und seiner Geschäftsstelle über den
- 295 vereinbarten Zeitraum hinaus
- 296 - mehr Personalkapazitäten im Bundesministerium für Gesundheit

297 2. Digitalisierung – Chancen nutzen, Möglichkeiten erweitern

- 298 - Zugriffsrecht der Pflegeeinrichtungen auf die elektronische Patientenakte (ePa) und den
- 299 elektronischen Medikationsplan
- 300 - Refinanzierung von „Pflege-Digitalberatern“ in bestehenden Personalstrukturen
- 301 - Verordnungsmöglichkeit für Gesundheitsapps durch Pflegekräfte
- 302 - Abbau bürokratischer Hürden bei Annahme- und Abgabevollmachten durch Einbindung in
- 303 die digitale Infrastruktur

304 3. Bürokratieabbau – Strukturen verschlanken und zielführender ausrichten

- 305 - Vereinfachte Dokumentationspflicht in der Regelversorgung
- 306 - Sicherstellung der Wahlfreiheit der Versicherten (Wohnformunabhängigkeit)
- 307 - Schiedsstellen statt Schiedspersonen, Schiedsverhandlungen auf Augenhöhe
- 308 - Abbau bürokratischer Hürden bei der Gewinnung ausländischer Fachkräfte
- 309 - Vereinfachte Anerkennung von Sprachzertifikaten aus dem Ausland
- 310 - bundeseinheitlich standardisierte, digitale Erfassung von Visa-, Anerkennungs- und
- 311 Nachqualifizierungsprozessen

312 4. Erweiterte Einbindung in die Versorgung – Zukunft der Berufe

- 313 - Erweiterung der Möglichkeiten zu Modellvorhaben nach §§ 63 (3b) und 63 (3c) SGB V
- 314 - Empfehlungsmöglichkeit für Heil- und Hilfsmittel durch Pflegepersonal
- 315 - Vereinfachung der Regelungen zu Dosierungsanweisungen
- 316 - Komplettfinanzierung der Pflegeberufe-Ausbildungsvergütungen
- 317 - Vollständige Übernahme der Differenz zwischen dem Ausbildungsgehalt und dem
- 318 Pflegehelfergehalt bei Weiterqualifizierung von Pflegehilfskräften
- 319 - Förderung der Erweiterten Pflegepraxis (Advanced Practice Nurse - APN)
- 320

321 5. Finanzierung der Pflege – Umdenken erforderlich

- 322 - Übernahme von versicherungsfremden Leistungen durch Steuerzuschüsse
- 323 - Einführung einer verpflichtenden kapitalgedeckten Pflegezusatzversicherung
- 324 - Stärkung des Pflegevorsorgefonds
- 325 - Ausgliederung von Rentenzahlungen für pflegende Angehörige, Finanzierung der
- 326 Kinderbetreuung (die bislang aus Mitteln der Pflegeversicherung finanziert werden) und der
- 327 medizinischen Behandlungspflege
- 328 - Übernahmemöglichkeit von Pflegehilfsmitteln auch oberhalb der 40-Euro-Grenze