



Die Pflege zukunftsfest machen

Positionspapier der
CDU/CSU-Fraktion im Deutschen Bundestag

Beschluss vom 10. Oktober 2023

Das deutsche Gesundheits- und Pflegewesen gehört zu den stärksten und mit am besten ausgestatteten Systemen weltweit. Wir sind uns jedoch des Umstandes bewusst, dass wir in vielen Bereichen noch Potential haben. Vor dem Hintergrund unserer alternden Gesellschaft und eines großen Personalmangels zeigt sich, dass gerade die Pflege, ob ambulant oder stationär, von jungen oder älteren Menschen, unsere gesamtgesellschaftliche Unterstützung braucht. In den vergangenen Jahren hat sich die CDU/CSU-Bundestagsfraktion immer wieder für die Pflege stark gemacht und in Regierungsverantwortung erste Schritte hin zu besseren Arbeitsbedingungen für die Pflegekräfte unternommen. Auf diese gilt es nun weiter aufzubauen, damit die Pflege auch unter dem wachsenden demografischen Druck und den schwieriger werdenden Bedingungen ein attraktiver und anerkannter Beruf bleibt.

Hierzu braucht es neben dem politischen Willen auch Konzepte und Ideen, um den drängenden Herausforderungen entgegen treten zu können. Mit dem vorliegenden pflegepolitischen Positionspapier wollen wir als CDU/CSU-Bundestagsfraktion unsere Antworten auf diese Herausforderungen geben.

Finanzierung

Wir brauchen eine klare Finanzierungsstruktur für die Pflege, denn gute Pflege hat ihren Preis. Als CDU/CSU-Bundestagsfraktion stehen wir weiterhin zum Teilleistungsmodell der Sozialen Pflegeversicherung. Solide Finanzierungskonzepte, die ihre Basis auf den Ergebnissen unserer leistungsstarken Wirtschaft haben, müssen entwickelt und politisch umgesetzt werden. Zudem werden momentan viele versicherungsfremde Leistungen von der Sozialen Pflegeversicherung übernommen. Deshalb bedarf es eines Finanzierungsmix bestehend aus der gesetzlichen Pflegeversicherung, betrieblicher Mitfinanzierung sowie einer eigenverantwortlichen Vorsorge. Insbesondere die junge Generation kann bereits durch geringe Beiträge ein späteres Pflegerisiko im Alter finanziell absichern.

Verbesserung der Arbeitsbedingungen

Als CDU/CSU-Bundestagsfraktion bekennen wir uns ganz klar zur Pflege und stehen an der Seite der Pflegebedürftigen, ihrer Angehörigen und der vielen Menschen, die sich täglich für die vulnerablen Gruppen in unserer Gesellschaft einsetzen. Dazu gehört für uns auch eine Stärkung der Pflegeeinrichtungen. Um Personal für die Kranken-, Alten- sowie pädiatrische Pflege und die Rehabilitationseinrichtungen sowie die ambulanten Dienste halten, motivieren oder auch zurückgewinnen zu können, braucht es eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen und des Arbeitsumfeldes in vielfältiger Form.

Pflegende Angehörige

Wir brauchen mehr Verständnis für die häufig sehr angespannte Situation der Angehörigen. Pflegende Angehörige bilden das Rückgrat des deutschen Pflegesystems. Diese Menschen benötigen unsere Unterstützung und zeitnah klare Entlastungsmaßnahmen, um die Versorgung der Pflegebedürftigen auch weiterhin gewährleisten zu können.

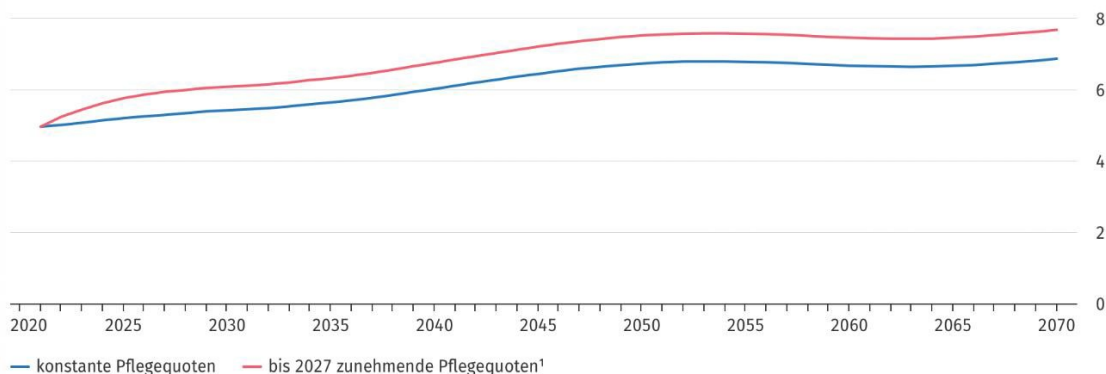
Die Pflege zukunftsfest machen

Die Situation in der Pflege ist angespannt. Dies betrifft alle Bereiche, die mit pflegerischer Versorgung in Verbindung stehen; so beispielsweise die Alten- und Krankenpflege, die pädiatrische Pflege sowie auch die Pflege von geistig oder körperlich behinderten Menschen. Die Stimmung unter den Beschäftigten ist problematisch und hat Abwanderungsbewegungen aus vielen Bereichen der Pflegeberufe zur Folge. Dies führt zusammen mit dem demografiebedingten Mehrbedarf unweigerlich zu einer unzureichenden Personalausstattung in allen medizinischen und pflegerischen Bereichen. Zahlreiche Beschäftigte haben ihrem bisherigen Job in der Pflege in den vergangenen Jahren den Rücken gekehrt oder sich neu orientiert und werden in Kürze altersbedingt ausscheiden, wobei der Pflegebedarf aufgrund des demografischen Wandels gleichzeitig steigen wird. Zudem beginnen weniger junge Menschen als bisher eine Ausbildung in der Pflege. Nach Berechnungen der Initiative für eine nachhaltige und generationengerechte Pflegereform könnten 2040 rund 190.000 Pflegestellen unbesetzt sein. Bereits 2025 würden 57.800 Pflegekräfte fehlen, wobei die altersbedingte Nachbesetzung beispielsweise noch nicht berücksichtigt ist. In diesem schwer zu prognostizierenden Fall könnten bis 2040 rund 225.000 Stellen unbesetzt sein.

Diese Situation führt dazu, dass immer mehr pflegerische Einrichtungen schließen bzw. Insolvenz anmelden müssen. Obwohl die Pflegeplätze mehr als dringend benötigt werden, beklagen viele Betreiberinnen und Betreiber, dass die Einrichtungen nicht mehr zu halten sind. Darüber hinaus stehen auch pflegende Angehörige unter hohem Druck, die heimische Pflege ihrer Angehörigen leisten zu können. Gerade in dieser schwierigen Situation gilt: Als CDU/CSU-Bundestagsfraktion stehen wir klar an der Seite aller Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen sowie der Pflegekräfte und der Pflegeeinrichtungen.

Pflegebedürftige 2021 bis 2070

Ab 2022 Varianten der Pflegevorausberechnung mit moderater demografischer Entwicklung, in Millionen



1 noch Einführungseffekte des erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriffs

© Statistisches Bundesamt (Destatis), 2023

In der Pflege wird niemand allein gelassen, von der Hilfe zur Pflege über die ambulanten Leistungen bis hin zur Pflege im Heim steht eine große Bandbreite an Leistungen zur Verfügung. Diese pflegerische und medizinische Hilfe im Alter, die sich aus den entsprechenden Sozialgesetzbüchern ergibt, wollen wir auch künftig gewährleisten.

Für eine leistungsfähige, professionelle Pflege, ein gestärktes Miteinander der Berufsgruppen auf Augenhöhe und eine fachgerechte, berufsständische Weiterentwicklung der Pflege braucht es – wie auch der Deutsche Pflegerat fordert – eine gebündelte Vertretung in Form einer Pflegekammer auf Bundesebene. Dabei ist auf eine bürokratiearme Ausgestaltung zu achten. Die Bildung entsprechender Landesvertretungen in den Ländern sowie der Einbezug bereits bestehender, landesrechtlicher Pflegevereinigungen in den Ländern sind ebenso zu unterstützen.

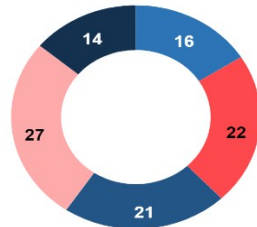
Die aktuelle Finanzlage der Pflegeversicherung ist eine weitere Belastung: Immer mehr Pflegebedürftigen stehen immer weniger Beitragszahler gegenüber. So dürfte die Zahl der Pflegebedürftigen bis 2035 auf 5,6 Millionen Menschen ansteigen. Bereits 2040 könnte es über 6 Millionen Pflegebedürftige geben.

Seit ihrer Einführung im Jahr 1995 hat es zahlreiche notwendige Reformen der Sozialen Pflegeversicherung gegeben, die regelmäßig auch mit Leistungsausweitungen einhergingen. Als CDU/CSU-Bundestagsfraktion stehen wir weiterhin zur sozialen Pflegeversicherung als Teilleistungsmodell. Es muss konstatiert werden, dass das Defizit in der Pflegeversicherung in den letzten Jahren größer geworden ist. Zudem sehen sich insbesondere in der stationären Pflege viele Pflegebedürftige mit stark steigenden Eigenanteilen konfrontiert, welche die eigene Leistungsfähigkeit überschreiten. Hier braucht es Finanzierungskonzepte, die untrennbar mit einer leistungsstarken Wirtschaft verbunden sind. Denn nur mit einer soliden Wachstumspolitik können die finanziellen Grundlagen für eine zukunftsfähige Pflege-, Gesundheits- und auch Rentenpolitik geschaffen werden.

Nach drei Jahren Pandemie sind das Ansehen und die Aufmerksamkeit für die Profession Pflege in der Gesellschaft nochmals deutlich gestiegen. Der letzten Bundesregierung ist es gelungen, erste wichtige Schritte für eine Verbesserung der Arbeits- und Rahmenbedingungen zu gehen, auf die jetzt weiter aufgebaut werden muss. Die Pandemie hat die Situation jedoch nochmals stark belastet. Der Fachkräftemangel und die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen sind nur zwei Herausforderungen, denen sich Einrichtungen im Angesicht der demographischen Entwicklung heute stellen müssen. Um den Bedarf zu decken, sind mehr Angebote und mehr Personal erforderlich. Fest steht: Um dem Mangel an professionellen Pflegekräften zu beheben, müssen sich die Maßnahmen zuallererst intensiv darauf konzentrieren, Personal zu halten und neu zu gewinnen, denn viele der Beschäftigten in der Pflege werden schon altersbedingt in den kommenden Jahren aus dem Berufsleben ausscheiden.

Gesundheitspersonal nach Altersgruppen 2018

in %, insgesamt 5,7 Millionen



■ unter 30 Jahre ■ 30 bis unter 40 Jahre ■ 40 bis unter 50 Jahre ■ 50 bis unter 60 Jahre
■ 60 und mehr Jahre

Rundungsbedingte Abweichung möglich.

© Statistisches Bundesamt (Destatis), 2023

Laut dem aktuellen BARMER Pflegereport 2021 werden bei gleichbleibenden Tendenzen in Deutschland bereits 2030 etwa 81.000 Pflegefachkräfte, 87.000 Pflegehilfskräfte mit sowie 14.000 Pflegehilfskräfte ohne Ausbildung fehlen. Gute Qualität in der Pflege wird nicht am Geld, sondern eher am politischen Handeln und dem fehlenden Personal in den Einrichtungen, ambulanten Diensten sowie Rehabilitationseinrichtungen scheitern. Als CDU/CSU-Bundestagsfraktion sind wir uns der drängenden Herausforderungen sehr bewusst und wollen die Pflege durch konkrete Veränderungen im bestehenden System zukunftsfähig aufstellen.

Folgende politische Schwerpunkte sind aus Sicht der CDU/CSU-Bundestagsfraktion notwendig, um die Situation in der Pflege zu verbessern:

I. Finanzierungsperspektive für die Pflege

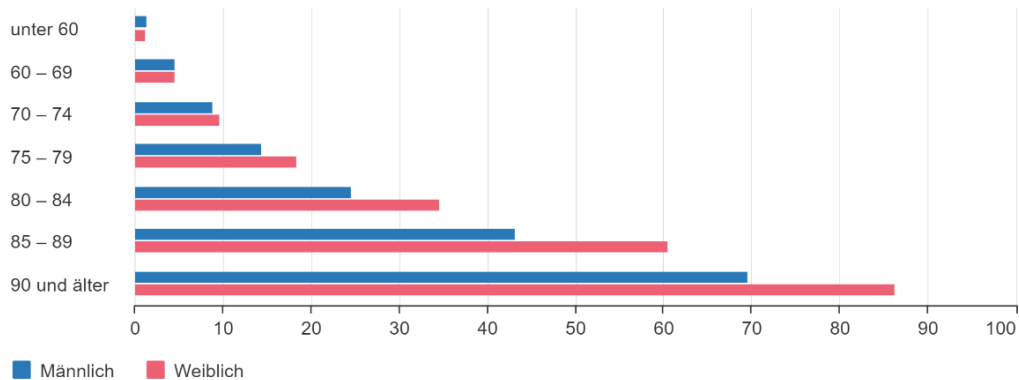
Personenorientierte, qualitativ hochwertige Pflege hat ihren Preis. Auch werden momentan viele versicherungsfremde Leistungen von der Sozialen Pflegeversicherung übernommen. Deshalb bedarf es eines neuen Finanzierungsmix bestehend aus der gesetzlichen Pflegeversicherung, betrieblicher Mitfinanzierung sowie einer eigenverantwortlichen Vorsorge. Zudem sind die Bundesländer gefordert, ihren Beitrag zur Entlastung der Pflegebedürftigen zu leisten, indem sie die Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen übernehmen.

II. Prävention der Pflegebedürftigkeit

Das Risiko einer Pflegebedürftigkeit steigt naturgemäß mit zunehmendem Alter stark an. Der demografische Wandel beschleunigt diese Entwicklung.

Pflegequote nach Altersgruppen 2021

Anteil an der jeweiligen Bevölkerungsgruppe in %



© Statistisches Bundesamt (Destatis), 2023

Im Sinne der Eigenverantwortung wollen wir die Prävention in allen Lebenswelten der Menschen stärken. Das Ziel muss die Vermeidung und Verzögerung von Pflegebedürftigkeit durch Prävention sein.

- In anderen Worten ausgedrückt: Menschen sollten so lange wie möglich eigenständig, eigenverantwortlich und vor allem gesund in ihrer gewohnten Umgebung leben können.
- Um eine wirksame Prävention zu erreichen, ist ein integriertes Konzept notwendig, das alle Versorgungsbereiche umfasst. Dazu zählen auch Fragen des Entlass-Managements der Kliniken oder der geriatrischen Rehabilitation.
- Mehr wohnumfeldverbessernde Maßnahmen: um das Wohnen in den eigenen vier Wänden möglichst lange zu ermöglichen, sind Umbaumaßnahmen für ein alterstaugliches Wohnen auszubauen. Auch brauchen innovative Wohnformen, wie beispielsweise ambulant betreute Pflege-WGs, mehr Unterstützung.
- Wir brauchen flächendeckend Pflegestützpunkte und sektorenübergreifende Netzwerke wie das Quartiersmanagement, das auch aufsuchende Beratung und präventive Hausbesuche im Quartier umfasst, um Bedarfe frühzeitig zu erkennen bevor Pflegebedürftigkeit oder Hilflosigkeit überhaupt auftreten. Gemeinsam mit den Pflegestützpunkten erhalten Pflegebedürftige und deren Angehörige sowie weitere Hilfsbedürftige einerseits eine niedrigschwellige, wohnortnahe Möglichkeit, sich über Unterstützungsangebote zu informieren, damit die Häuslichkeit so lange wie möglich aufrechterhalten werden kann; andererseits können so auch Akteure im Sozialraum besser vernetzt und Freizeitangebote bedarfsgerecht organisiert werden. Hierfür gilt es, die ehrenamtlichen Strukturen wie Nachbarschaftshilfen zu stärken. Die Umsetzung des

Grundsatzes „ambulant vor stationär“ bedeutet auch eine Prävention vor der Überlastung des Pflegeversicherungssystems. Dafür müssen neue Wohnformen wie ambulante betreute Pflege-WGs besser finanziert und flächendeckend etabliert werden.

- Zudem wäre es sinnvoll, die Präventionsangebote, etwa durch ein flexibles Präventionsbudget -insbesondere für Seniorinnen und Senioren- zu stärken.

III. Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der professionellen Pflege durch Entlastung

Entgegen vielen Behauptungen sind es nicht nur die Gehälter, die zum Personal-mangel in der Pflege beitragen, sondern insbesondere die Arbeitsbedingungen. Bereits vor der Pandemie war die Arbeitsbelastung in der Pflege aufgrund verschiedener Faktoren sehr hoch. Um Pflegepersonal für die Kranken-, Alten- sowie die pädiatrische Pflege und die Rehabilitationseinrichtungen sowie die ambulanten Dienste halten, motivieren oder gar zurückgewinnen zu können, braucht es eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen und des Arbeitsumfeldes. Entlastungen können beispielsweise sein:

- Zwischen Arbeitgeber- und Arbeitnehmerseite vereinbarte Lebensarbeitszeitmodelle, an die Berufsjahre gekoppelte Stundenreduzierungskonzepte bei Vollzeitkräften ohne finanzielle Nachteile, regelmäßige Kur-, Rehabilitations- und Erholungsangebote sowie die Implementierung von betrieblichem Gesundheitsmanagement;
- eine Überstundenregelung, die Mehrarbeit attraktiver macht, um Anreize für diejenigen zu schaffen, die mehr arbeiten wollen und können;
- Ausbau der an die Schichtzeiten orientierten Kinderbetreuung. Denkbar wäre eine Bonuszahlung für Träger von Kindertagesbetreuungseinrichtungen, die auch Randzeiten der Kinderbetreuung mit abdecken (Stärkung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf);
- Karrierewege in der Pflege ermöglichen, indem Durchlässigkeit mit Aufstiegsmöglichkeiten geschaffen wird. Dabei wäre die Anerkennung von Berufsjahren und die Anerkennung gezielter Weiterbildungen ein wichtiger Anreiz für berufliche Perspektiven. Dazu gehört, in Kooperation mit den relevanten ärztlichen Verbänden, die Vorbehaltsaufgaben neu zu regeln;
- Pflegebereich entbürokratisieren, Digitalisierung vorantreiben und digitale sowie technische Kompetenzen im Arbeitsalltag und zu Dienstzeiten vermitteln (Schulungen als Dienstzeit, wie in manchen Regionen bereits Praxis);
- digitale Gesundheits-/Pflegekompetenz von pflegebedürftigen Menschen und pflegenden Angehörigen fördern: Bündelung und Ausweitung bestehender

Apps für den Bereich der Seniorinnen und Senioren sowie pflegenden Angehörigen bei positivem Nutznachweis und Ausbau von Angeboten zur Steigerung der Digitalkompetenz;

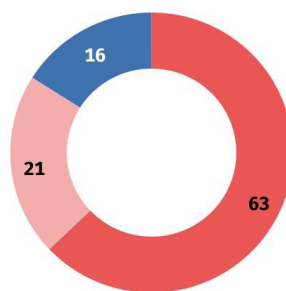
- eine Vereinheitlichung und Digitalisierung der Dokumentations- und Datenaustauschprozesse mit den Kostenträgern, dem Medizinischen Dienst und den Aufsichtsbehörden, die Refinanzierung der qualitätsorientierten Digitalinfrastruktur als Regelleistung (sowohl in den Betriebs-, als auch den Investitionskosten) sowie eine Harmonisierung zwischen den Bundesländern und den Sektoren;
- die Einberufung eines Bund-Länder-Gipfels mit den relevanten Akteuren zur Vereinheitlichung der Kontrollstrukturen, um überflüssige Doppelstrukturen und damit unnötige Bürokratie und Belastungen abzubauen;
- Maßnahmen zur Schaffung bezahlbaren Wohnraums für Pflegekräfte, unter anderem mittels entsprechender Anreize bei den Einrichtungen (Förderung von Betriebswohnungen);
- Etablierung und gesicherte Finanzierung von zusätzlichen Kräften in Form von Springerpools, die z.B. Ausfälle bei Krankheit abfedern und vor zusätzlichen Belastungen schützen, die Mehrkosten solcher Konzepte dürfen nicht zu Lasten der Pflegebedürftigen gehen;
- Ausbau der Supervision in den Teams und der betrieblichen Gesundheitsförderung in den Einrichtungen sowie gesicherte Refinanzierung entsprechender Maßnahmen;
- Maßnahmen zur Etablierung einer Sicherheitskultur ergreifen;
- im Kontext des vorzeitigen Berufsausstieges ist eine Ursachenforschung erforderlich. Es wäre hilfreich, aktuelle und repräsentative Längsschnittdaten zu erheben, die aktuell jedoch nicht vorliegen;
- Aufwertung der Pflege und Stärkung der Berufsautonomie durch mehr Verantwortungsübernahme mittels Übertragung ärztlicher Tätigkeiten im Sinne von § 64d SGB V entlang der Qualitätsniveaus der Pflegekräfte;
- Verbindliche bundesweite Abgrenzung der Aufgaben von Pflegefachkräften gegenüber Pflegeassistentenkräften und Evaluation der bestehenden Fachkraftquote;
- Förderung des Einsatzes und der Zusammenarbeit multiprofessioneller Teams und Fachkräften unterschiedlicher Qualifikationsstufen in den Einrichtungen. Dazu gehört auch entsprechendes Hilfspersonal, um professionell Pflegenden von berufsfremden Tätigkeiten zu entlasten.

IV. Förderung pflegender Angehöriger; bedarfsgerechte Pflege und Betreuung

Pflegende Angehörige sind eine der tragenden Säulen für die Aufrechterhaltung der pflegerischen Versorgungsstrukturen. Um es deutlich zu machen: Über 80 Prozent der Menschen mit Pflegebedarf werden in den eigenen vier Wänden von knapp fünf Millionen pflegenden Angehörigen gepflegt.

Pflegebedürftige nach Versorgungsart 2021

in %, insgesamt 5,0 Millionen



- Pflegebedürftige zu Hause versorgt (überwiegend durch Angehörige)
- Pflegebedürftige zu Hause versorgt (ambulante Pflege- / Betreuungsdienste)
- Pflegebedürftige vollstationär in Heimen

Rundungsbedingte Abweichung möglich.

© Statistisches Bundesamt (Destatis), 2023

Dem größten „Pflegedienst“ Deutschlands gebührt mehr Respekt und Unterstützung. Es braucht einen Maßnahmenkatalog, beispielhaft bestehend aus:

- einem Entlastungsbudget, das alle bisherigen Leistungen zu einem Topf zusammenführt, damit Pflegebedürftige und deren Angehörige Unterstützungsangebote bürokratiearm und flexibel entsprechend ihrer Bedürfnisse in Anspruch nehmen können. Die Maßnahmen des Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetzes (PUEG) sind hier nicht weitreichend genug;
- einer Weiterentwicklung von Tages- und Nachtpflegeangeboten sowie ambulanter Pflegeversorgung;
- Pflegeberaterinnen und -berater in den Pflegestützpunkten vor Ort, die eine Schlüsselrolle für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen in einem langfristigen Case- und Care-Management spielen; flankiert werden sollte dies darüber hinaus mit einem Quartiersmanagement. Denn wer gut informiert ist und auf ein gut organisiertes, breit aufgestelltes Netzwerk zurückgreift, kann seine oder die Pflege seiner Angehörigen bestmöglich organisieren;
- dem Einsatz von unabhängigen, trägerneutralen Pflegelotsen;

- einer verbesserten rentenrechtlichen Absicherung von pflegenden Angehörigen;
- der Einführung einer regelmäßig tagenden Bund-Länder-Kommission unter Einbeziehung von pflegenden Angehörigen, Selbsthilfeorganisationen pflegender Angehöriger sowie Verbänden der Pflegeberufe und Pflegeeinrichtungen;
- der Fortschreibung des Hilfsmittelkatalogs hinsichtlich der Finanzierung technischer und digitaler Hilfsmittel über die Pflegeversicherung;
- der Anhebung des an den Pflegegrad gekoppelten Pflegepauschbetrags gemäß § 33b Abs. 6 Einkommensteuergesetz.

Unser Ziel ist der Einstieg in eine Entgeltersatzleistung/Lohnersatzleistung bei der Pflegezeit bzw. Familienpflegezeit, wenn dies im Bundeshaushalt abgebildet werden kann.

Um unzumutbar lange Wartezeiten der Versicherten auf die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst zu vermeiden, muss die Begutachtung flexibilisiert werden.

Der Diözesan-Caritasverband Paderborn hat in Kooperation mit Caritas Polen im Rahmen des Projektes „CariFair“ ein Konzept entwickelt, das Haushalte bei der legalen und fairen Beschäftigung einer osteuropäischen Haushalts- und Betreuungskraft (24 Stunden Betreuung) im Arbeitgebermodell berät und unterstützt. Diese praxisnahen Modelle sollten ausgeweitet werden, um rechtskonforme Regelungen umzusetzen und Schwarzarbeit in der Pflege zu vermeiden.

Es ist daher zu prüfen, inwieweit ein solches Modellprojekt auch Basis für eine gesetzliche Regelung sein könnte. Die letzte unionsgeführte Bundesregierung hat hier bereits Vorarbeit geleistet und im Rahmen der Arbeiten zum damaligen Pflegereformgesetz eine Anpassung in § 45f SGB XI betreffend der Unterstützung in der häuslichen Betreuung erwogen. Konkrete Vorgaben zu Mindeststandards der Vermittlung von häuslicher Betreuung im Privathaushalt der Pflegebedürftigen, zu Mindestanforderungen für die Qualifikation von im Haushalt von Pflegebedürftigen lebenden Betreuungspersonen, zum Nachweis der Aufwendungen sowie zu Anforderungen an die Haushalte der Pflegebedürftigen sollten nach den seinerzeitigen Vorstellungen im Verordnungswege getroffen werden.

Komplementär zu diesem Maßnahmenkatalog sollten wir bereit sein, grundsätzlich neue Wege zu gehen, um den „Pflegedienst“ pflegende Angehörige durch passgenaue Hilfen im Sinne der Selbstbestimmtheit und Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen zielgerichtet zu unterstützen: Innovative Konzepte, wie sie bei der Caritas Hochrhein mit der „Abrechnung nach Zeit“ (Ist-Zeit-Pflege) modellhaft bereits praktiziert werden, oder wie die stambulante Pflege, die pflegende Ange-

hörige aktiv in die stationäre Pflege einbindet, müssen flächendeckend für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen als Option offenstehen. Insbesondere für jüngere Pflegebedürftige, z.B. mit körperlichen oder geistigen Behinderungen, die mitten im Berufsleben stehen und/oder eine Familie gegründet haben und möglichst selbstbestimmt am gesellschaftlichen Leben teilhaben möchten, könnte die „Abrechnung nach Zeit“ ein geeignetes Modell darstellen.

V. Weitere Anpassungen in der Pflegeausbildung / Akademisierung der Pflege

Ohne gute Ausbildung ist gute Pflege nicht möglich. Nur eine solide, praxisorientierte Ausbildung kann zukünftige Pflegerinnen und Pfleger auf ihren stationären oder ambulanten Arbeitseinsatz vorbereiten. Maßnahmen, die in der vergangenen Legislatur angestoßen wurden, waren sinnvoll, brauchen aber eine Fortschreibung, um ein gestuftes, durchlässiges Bildungssystem in der Pflege gemäß dem Grundsatz „Kein Abschluss ohne Anschluss“ weiter zu stärken.

- Eine vollständige Akademisierung der Pflege ist realitätsfern, da so ein Großteil des Nachwuchses ohne Hochschulzugangsberechtigung ausgeschlossen würde. Pflege darf nicht exklusiv sein, jeder fehlende Berufseinsteiger ist einer zu viel. Hinzu kommt: Die Kernkompetenzen der Pflege sind und bleiben praktischer, personenbezogener Natur. Die schulische sowie die hochschulische Pflegeausbildung tragen dieser Tatsache auf fachlich hohem Niveau Rechnung.
- Eine Akademisierungsquote, die sich an den Empfehlungen des Deutschen Wissenschaftsrates zu hochschulischen Qualifikationen im Gesundheitswesen orientiert, ist anzustreben, dafür ist ein Ausbau der Pflegepädagogik an den Hochschulen notwendig. Die hochschulische Ausbildung von Pflegekräften muss wie die berufliche Ausbildung dabei immer hin zum Menschen ausgerichtet sein. Pflegekräfte mit einem Hochschulabschluss müssen, wie ausgebildete Pflegekräfte auch, in der direkten pflegerischen Versorgung tätig werden.
- Die Ergebnisse der Akademisierung müssen sich sowohl beim Wissensstand als auch in der praktischen Kompetenz widerspiegeln; Bund und Länder müssen gemeinsam mit den maßgeblichen Verbänden zeitnah Arbeitsfelddefinitionen und Einsatzgebiete hochschulisch ausgebildeter Pflegekräfte etablieren.
- Neue Berufsbilder in der Pflege wie die der Community Health Nurse, die Advanced Practice Nurse (APN) oder der Schulgesundheitsfachkraft sind inklusive ihrer Tätigkeitsfelder und Finanzierungsmöglichkeiten dabei zu etablieren. Denjenigen Fachkräften, die sich weiterentwickeln möchten, wollen wir damit attraktive Karrieremöglichkeiten in der Pflege bieten.
- Bundeseinheitliche Regelungen der Ausbildung von Pflegehilfs- bzw. Assistenzkräften können zur Steigerung der Attraktivität der Ausbildung beitragen.

- Die Generalisierung der Pflegeausbildung ist grundsätzlich dort positiv zu bewerten, wo es Gemeinsamkeiten gibt. Im Hinblick auf die Qualitätssicherung und den aktuellen Mangel in der pädiatrischen Pflege sollte eine Spezialisierung in der Ausbildung erneut und ergebnisoffen diskutiert werden.
- Die Möglichkeiten der Digitalisierung müssen bei der Pflegeausbildung konsequent ermöglicht werden; insbesondere muss die Videopräsenzlehre als gleichwertig anerkannt werden.

VI. Wohnortnahe Pflege

Es braucht mehr kommunale Verantwortung für die Pflege und die Pflegestrukturen – ohne die Kommunen dabei finanziell und personell zu überlasten. Deshalb braucht es eine faire Lastenverteilung zwischen Bund, Ländern und den relevanten Kostenträgern. Pflege regional und vor Ort soll für alle möglich gemacht werden, um so dem Bedürfnis, zuhause alt werden zu können, nachzukommen. Dabei gilt der Grundsatz „ambulant vor stationär“. Wir fordern aus diesem Grund, dass:

- Angebote wie die Tagespflege sowie Kurzzeit- und Nachtpflege entsprechend den Bedarfen vor Ort weiter ausgebaut werden;
- Pflegestützpunkte unterstützt werden. Sie bilden in den Kommunen den Dreh- und Angelpunkt der pflegerischen Versorgung;
- auch die flächendeckende Einführung des Systems der Quartierspflege weiter verfolgt wird. Sie ist sinnvoll und zielführend, um eine ortsnahe Versorgung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen zu erreichen;
- Wohnkonzepte wie Mehrgenerationenhäuser, Seniorenwohngemeinschaften, Wohngruppen oder altersgerechtes Wohnen sollten als relevante Instrumente zur Verfügung stehen.

Das Ziel der Pflegeversicherung ist es, finanzielle Unterstützung zu gewährleisten, wenn Pflege benötigt wird. Angesichts der aktuell hohen Inflation bedarf es daher einer deutlichen Erhöhung und jährlichen Dynamisierung der Sachleistungsbeiträge für die ambulante und stationäre Pflege.

Zurzeit sind die Gestaltungsmöglichkeiten der Kommunen in der Steuerung von Pflege und Versorgung massiv eingeschränkt, da den Kommunen hierarchische Steuerungsmöglichkeiten weitgehend fehlen. Denn mit der Einführung der Pflegeversicherung wurden die Steuerungskompetenzen im Pflegesystem auf Bundes- und Landesebene zentralisiert.

Um also die Kommunen als Wohn- und Lebensort der pflegebedürftigen Menschen im Sinne des Subsidiaritätsprinzips dazu zu befähigen, die Pflegeinfrastruktur vor Ort zu organisieren, sollten diesen deutlich mehr entsprechende Kompetenzen eröffnet und ermöglicht werden. Im Sinne der Prävention ist das Potential

in den Kommunen, etwa für Arbeit für pflegebedürftige Menschen oder soziale bzw. familiäre Pflege-Netzwerke, zu fördern. Zur Stärkung dieser quartiersbezogenen Arbeit existieren aktuell nur indirekte Ansätze, wie in Berlin, wo nur an einen ambulanten Pflegedienst in einem Bezirk Parkausweise herausgegeben werden. Deshalb sollte der Modus der Ausschreibung für ambulante Pflegedienste regional ähnlich dem Modus der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung nach § 132d SGB V ermöglicht werden. Dies fördert auch die bereits im Pflegestärkungsgesetz III angelegte Absprache der Pflegedienste untereinander.

Die letzte unionsgeführte Regierungskoalition hat dafür gesorgt, dass die außerklinische Intensivpflege jetzt endlich einen eigenen Status hat, also erstmals explizit in §37c SGB V gesetzlich geregelt wird. Wichtig ist und bleibt aber die untergesetzliche Umsetzung. Die Umsetzung der neuen Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses mit Blick auf die Verwirklichung des Wunsch- und Wahlrechtes bezüglich der Versorgungsform und des Versorgungsortes muss daher auch künftig eng begleitet werden.

VII. Sektorenübergreifende Lösungen anstreben

Alle Veränderungen im Pflegebereich führen zu Veränderungen in anderen Gesundheits- bzw. Versorgungsbereichen und umgekehrt. Die medizinische wie pflegerische Versorgung muss deshalb verstärkt sektorenübergreifend geplant werden. Denn für die Versorgung Pflegebedürftiger ist die sektorenübergreifende, horizontale wie vertikale Kooperation unterschiedlicher Akteure von enormer Bedeutung. Unabdingbar dafür ist auch eine stabile häusliche Pflege.

Dies ist zentral für den Erfolg medizinischer, pflegerischer und rehabilitativer Maßnahmen und Therapien, darüber hinaus könnten nach Expertenmeinung 3,5 Mrd. Euro durch die Verhinderung von Drehtüreffekten eingespart werden. Nicht zuletzt müssen sich die Bürgerinnen und Bürger angesichts des zu erwartenden Anstiegs ambulanter Behandlungen einer verlässlichen, qualitativ hochwertigen Anschlussversorgung sicher sein. Das Zusammenspiel zwischen Pflege, dem Entlass-Management der Kliniken und der Rehabilitation verhindert, dass eine Politik der „blutigen Entlassung“ etwa dazu führt, dass Patientinnen und Patienten noch nicht „rehabfähig“ sind und einen kurzfristigen Pflegeplatz brauchen oder zum Pflegefall werden. Am Grundsatz „Reha vor Pflege“ wollen wir festhalten.

Die Rehabilitation ist der wesentliche Ansatzpunkt, um Menschen einerseits länger im Berufsleben zu halten und andererseits die Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern. Durch die Rehabilitation werden potenziell auch die pflegenden Angehörigen und die ambulanten Dienste entlastet. Eine zentrale Forderung ergibt sich hieraus: Die Pflegekassen müssen in die Lage versetzt werden, Reha-Maßnahmen genehmigen zu dürfen.

Notwendig ist auch der bedarfsspezifische Ausbau von Fallsteuerung / Case and Care Management durch die kommunal verankerten Pflegestützpunkte – ganz im Sinne der personenzentrierten Versorgungs- und Quartiers-Angebote:

- die Qualifikation ehemaliger Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Medizinischen Dienste kann besser genutzt werden, indem sie zukünftig in den Pflegestützpunkten eingesetzt werden und dort das Case Management durchführen. So werden Strukturen gebündelt;
- wichtig ist zudem, dass Beratungs-, Assistenz-, Pflege- und sonstige Unterstützungsangebote für pflegebedürftige und beeinträchtigte Menschen trägerübergreifend und aus einer Hand erbracht werden. Hierzu bedarf es entsprechender Anlaufstellen, idealerweise in den Städten und Gemeinden vor Ort, die Unterstützungs- und Förderangebote kombinieren und bündeln, aber auch mit Beratungsangeboten z.B. der Ergänzenden Unabhängigen Teilhabeberatung (EUTB), Pflegestützpunkten sowie Angeboten der Freiwilligendienste und Engagementförderung kooperieren. Wo immer es geht, sollten hier Synergieeffekte genutzt werden;
- Schaffung von „Gesundheits-MVZs“ (Medizinischen Versorgungszentren) oder Gesundheitszentren: ein multiprofessionell zusammengesetztes Team bietet hier aufeinander bezogene, integrierte Versorgungsangebote. Es gäbe idealerweise Angebote für Menschen mit Behinderung, Pflegebedürftige, Betroffene von Seltenen Erkrankungen, demenziell Erkrankte, chronisch oder mehrfach Erkrankte, zu Selbsthilfegruppen, für werdende Eltern, Familien, Säuglinge, Kinder, Jugendliche usw.;
- das Modell der „(Kommunalen) pflegerischen Versorgungszentren“ (KpVZ): In einem KpVZ übernehmen hochqualifizierte Pflegefachkräfte einen Teil der Primärversorgung und helfen so, die längst obsolete strikte Trennung zwischen ärztlichem und pflegerischem Versorgungsbereich zu überwinden; Entlastungen bei den grundversorgenden Hausärztinnen und Hausärzten können zu positiven Synergieeffekten im Pflegebereich führen. Doppelstrukturen müssen dabei vermieden werden.

VIII. Die Digitalisierung und ihre Erkenntnisse nutzen

Die Digitalisierung kann auch in der Pflege ein enormes Unterstützungspotenzial entfalten. Diese Chance müssen wir im Sinne der Versorgungsqualität aber auch zur Entlastung der Pflegekräfte ergreifen. Digitale Hilfsmittel und eine Vielzahl an digitalen Anwendungen, wie etwa Spracherkennungsprogramme für die Dokumentation, können Pflegebedürftige, Angehörige und Fachkräfte unterstützen und die Pflegesituation erleichtern. Gerade in den Pflegeeinrichtungen und Stationen bietet die Digitalisierung die Möglichkeit, Strukturen zu vereinfachen und damit das Personal zu entlasten. Dazu müssen in Aus-, Fort-, und Weiterbildung verstärkt auch digitale Kompetenzen vermittelt werden. Die Pflege ist und bleibt aber

eine personenbezogene Arbeit am Menschen, die durch die Digitalisierung unterstützt, nicht aber ersetzt werden kann.

Hier gibt es bereits gute Beispiele. Der Freistaat Bayern hat Ende 2022 das Projekt „Robo.Care“ initiiert und fördert mit 4,7 Millionen Euro für Sachmittel die Forschung zu Assistenzsystemen in Medizin und Pflege. Am TUM Campus für Geriatrie in Garmisch-Partenkirchen werden die Bereiche Geriatrie und Robotik erforscht, indem KI-Robotik-Technologien zu alltagstauglichen Anwendungen für den Medizin- und Gesundheitssektor weiterentwickelt werden. Dabei werden auch Themen wie Datenschutz sowie soziale und ethische Aspekte in der Mensch-Maschine-Interaktion beachtet.

Die pädiatrische Pflege befindet sich ebenso wie die Altenpflege in einer überaus schwierigen Situation. Dies zeigte nicht zuletzt die dramatische Lage in der vergangenen RSV-Welle. Sowohl die pädiatrische Pflege als auch die Altenpflege sind seit Einführung der Generalistik stets unterrepräsentiert. Entscheidungen im Bereich der generalistischen Pflegeausbildung der vergangenen Jahre waren für die pädiatrische Pflege sowie die Altenpflege falsch. Die Personalsituation sowie die Versorgungslage in der pädiatrischen Pflege sind rückläufig und bedürfen frühestmöglich einer umfassenden wissenschaftlichen Evaluierung. Um notwendige Änderungen einzuleiten und die Versorgung von Kleinkindern und jungen pflegebedürftigen Kindern zu verbessern, muss die Eigenständigkeit dieser Profession wiederhergestellt werden. Die Evaluation der Generalistik muss vorgezogen werden.

IX. Fortsetzung der Anwerbung ausländischer Pflegekräfte

Ohne die gezielte Gewinnung von Pflegekräften aus dem Ausland wird es nicht möglich sein, den Personalbedarf in Deutschland kurz- und mittelfristig zu decken. Das vom Bundesministerium für Gesundheit geschaffene Gütesiegel „Faire Anwerbung Pflege Deutschland“ setzt dabei hohe ethische Maßstäbe für Vermittlungsagenturen. Im Bereich der Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen müssen Standards vereinfacht und Bürokratie abgebaut werden. Das Verkürzen von Visaverfahren, der Aufbau von Kapazitäten in den Konsulaten und Botschaften - der Bund muss auch seine Auslandsvertretungen personell so ausstatten, dass innerhalb eines vertretbaren Zeitraums ein Visum ausgestellt wird - sowie die Vereinheitlichung der Anerkennungsprozesse von Berufsabschlüssen sind unabdingbar für eine erfolgreiche Auslandsanwerbung. Eine von der CDU/CSU-Bundestagsfraktion geforderte bundesweite Agentur zur Anwerbung von Fachkräften würde hier einen wichtigen Beitrag leisten.

Hierbei sind wichtige Grundlagen mit dem Fachkräfteeinwanderungsgesetz 2019 und der Konzierten Aktion Pflege geschaffen worden. Neben der Gewinnung ist die anschließende Weiterbeschäftigung der Pflegekräfte in Einrichtungen und

ambulanten Diensten von enormer Bedeutung. Gerade nach einer abgeschlossenen Pflegeausbildung in Deutschland oder im jeweiligen Ausland müssen Anreize gesetzt werden, damit die Menschen nicht unmittelbar wieder zurück in ihr Heimatland gehen oder in andere Staaten abwandern. Auch sollten wir einen Teil der ukrainischen Flüchtlinge mit entsprechender Qualifikation möglichst unbürokratisch und rasch in die Pflegeprofession integrieren. Grundvoraussetzung müssen jedoch ausreichende Kenntnisse der deutschen Sprache sein. Auch die Bundesländer sind hier in der Verantwortung, zusätzliche Angebote zu schaffen.

Bei der weiteren Verbesserung der Anwerbung ausländischer Pflegekräfte sind darüber hinaus folgende Maßnahmen notwendig:

- Die Wartezeiten für Antragsteller auf Anerkennung ihrer Berufsqualifikation unterscheiden sich je nach Bundesland zum Teil erheblich. So müssen sich Gesundheits- und Krankenpfleger im Bundesdurchschnitt 77 Tage gedulden, bis ihr Antrag erstmalig beschieden wird. Die Verfahren müssen kürzer werden;
- Sprachniveau B2 als Voraussetzung ist eine erhebliche Hürde und nicht wirklich erforderlich für alle Beschäftigten in der Pflege. Analog zu den Regelungen in Bayern sollte das Sprachniveau B1 für die Tätigkeiten von Pflegehilfskräften ausreichen, Pflegefachkräfte müssen die Möglichkeit zur schnellen Erlangung des Niveaus B2 haben, in dieser Zeit sollte eine Tätigkeit als Pflegehilfskraft möglich sein;
- die Ausstellung des Defizitbescheids ist nicht bundeseinheitlich geregelt und dauert zu lange, eine Verfahrenslaufzeit von drei bis neun Monaten ist den Trägern nicht zumutbar. Eine Beschleunigung des Defizitbescheid-Verfahrens kann durch auf das Herkunftsland bezogene Musterprüfverfahren mit Festlegung des Anerkennungspraktikums, d.h. eine Abkehr von der Einzelfallprüfung, erfolgen. Außerdem brauchen wir die gegenseitige Anerkennung der Defizitbescheide zwischen den Bundesländern.

X. Reform der Leiharbeit

Gute Arbeitsbedingungen und sozialer Frieden in der Pflege basieren auf gerechten Dienstplänen, gerechter Bezahlung sowie gerechten Zuständigkeiten und einheitlichen Rahmenbedingungen, welche nur durch eine qualitätsorientierte Reduktion der Leiharbeit umgesetzt werden können. Leiharbeit kann in einer Notsituation eine befristete Lösung sein, darf jedoch nicht zu einer dauerhaften Lösung werden.

Ein vollständiges Verbot der Leiharbeit ist nicht realitätsnah, jedoch müssen Maßnahmen gefunden werden, die eine Regulierung und Steuerung ermöglichen. So können beispielsweise Springerkonzepte und Kooperationen mit anderen Einrichtungen Bausteine für verlässliche Arbeitszeiten und Dienstpläne sein. Leiharbeit

darf pflegerische und medizinische Einrichtungen nicht in eine dauerhafte Schieflage bringen.

Die dringende Notwendigkeit einer Reform liegt auf der Hand: Leiharbeiter verursachen in den Einrichtungen enorme Mehrkosten und Unzufriedenheit beim Stammpersonal. Diese Kosten müssen in den Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen finanziert werden, da das Pflegebudget diese Kosten nicht abbildet.

Diese Veröffentlichung der CDU/CSU-Fraktion im Deutschen Bundestag dient ausschließlich der Information. Sie darf während eines Wahlkampfes nicht zum Zweck der Wahlwerbung verwendet werden.

Herausgeber: CDU/CSU-Fraktion im Deutschen Bundestag
Thorsten Frei MdB
Stefan Müller MdB
Platz der Republik 1
11011 Berlin