Wahlprogramm-Check: Das planen die Parteien in der Pflegepolitik

Name, Partei, Aufzeichnung, Themen, Fragen	Dr. Roy Kühne, CDU youtube.com/watch?v=hlHHKt2n5yPk&feature=share	Heike Baehrens, SPD youtube.com/watch?v=k-jylUWaAt0&feature=share	Kordula Schulz-Asche, B'90/DIE GRÜNEN https://youtube.com/watch?v=qD9aUfqBKS4&feature=share	Nicole Westig, FDP youtube.com/watch?v=u-8MROzNqAw&feature=share	Britta Pietsch, DIE LINKE youtube.com/watch?v=oNz7LfdBp-8&feature=share
Finanzierung: Wie sieht aus Sicht Ihrer Partei eine zukunftsfähige Krankenhausfinanzierung in Zeiten von DRG-System und Pflegebudget aus? Wie kann ihrer Einschätzung nach, die Refinanzierung von höherqualifiziertem Personal in der Langzeitpflege gelingen, ohne die Bürger und Bürgerinnen noch stärker zu belasten?	**SGB V: Wir brauchen weniger Krankenhäuser, aber bessere Patientenversorgungszentren**	**SGB V: Es muss überprüft werden, ob überhaupt das DRG-System das System der Zukunft ist**	**SGB V: Wir wollen die sektorenübergreifende Versorgung stärken sowie Vorhaltestrukturen, das Thema „Green Hospital" und eine patientenorientierte Digitalisierungsstrategie einbringen**	**SGB V: Wir brauchen bessere Planung bei der Versorgungsstruktur, ein Mix aus spezialisierten Zentren, Allgemeinversorgung und einen Ausbau von medizinischen Versorgungszentren. Im ländlichen Raum würden wir u. a. Telemedizin und Community Health Nursing einbringen**	**Wir möchten die DRGs abschaffen. Die Trägerschaft von Krankenhäusern und Einrichtungen muss gemeinwohlorientiert sein**
	Der Pflegenotstand ist das Resultat der Anreize, die für den Beruf Pflege in der Gesellschaft gesetzt wurden. Und wenn wir die Anreize für den Beruf Pflege so setzen wie aktuell und er sich in den letzten 16 Jahren so negativ entwickelt hat, dann müssen wir uns über die jetzige Situation nicht wundern. Wir können durch Mengensteuerung Krankenhäuser dazu bewegen, eine gewisse Qualität abzuliefern. Keiner von uns will sich von einem Arzt im Krankenhaus operieren lassen (z. B. Linksherzkatheter), der in seiner Region vielleicht drei bis fünf Fälle operiert. Sondern Sie werden sich ganz sicher ein Krankenhaus suchen, in dem der Arzt viele dieser Eingriffe durchführt, also viel Erfahrung hat. Also müssen wir gucken, ob wir die Mengensteuerung in Verbindung mit Qualitätskriterien zur Bewertung von Krankenhäusern hinzuziehen können. Auch müssen wir uns überlegen, wie die Krankenhauslandschaft in Zukunft aussehen soll. Benötigen wir ein neues Bewertungssystem oder müssen die DRGs umgestaltet werden? Ich glaube schon, dass wir über eine Restrukturierung der Krankenhauslandschaft Geld einsparen können, aber die Qualität am Patienten erhöhen können.	Das DRG-System hat eben seine Tücken und die haben in der Vergangenheit auch dazu geführt, dass man vor allem zu Lasten der Pflege gespart hat. Darum haben wir jetzt in dieser Legislaturperiode gegengesteuert, indem wir die Pflegepersonalkosten aus den DRGs herauslösten und dieses Pflegebudget nun voll finanziert wird - einschließlich der Tarifsteigerungen. Und es gibt die zusätzliche Zusage: Wenn es im Klinikum gelingt, zusätzliches Pflegepersonal zu gewinnen, wird dieses auch refinanziert. Damit hat man zwei Dinge erreicht: Auf der einen Seite die Refinanzierung und auf der anderen Seite die Möglichkeit, wirklich auch mehr Pflegepersonal anstellen zu können. Aber es ist völlig klar, dass es nur eine Übergangslösung ist; es ist nicht die dauerhafte Lösung. Wenn man diesen Teil des Pflegebudget aus den DRGs herauslöst, muss man eigentlich das gesamte DRG-System neu ordnen, die Schwachstellen ausmerzen und vor allem auch dafür sorgen, dass es nicht so aufwendig und bürokratisch bleibt wie bisher. Es braucht eine Krankenhausfinanzierung, die zukunftsfähiger ist als die jetzige Regelung.	Wir haben in dieser Legislaturperiode sehr daran gearbeitet, diese ganzen Finanzierungsfragen zu formulieren. Wir sehen sowohl bei der Krankenhausfinanzierung als auch bei der Pflege einen erheblichen Bedarf. Wir verstehen Krankenhäuser als Teil der Daseinsvorsorge und deswegen soll eine bundesweite gute Versorgung sichergestellt werden. Dafür brauchen wir eine gewisse Planung, die nicht auf dem Papier entsteht, sondern auf den unterschiedlichen Niveaus der Krankenhausanbieter - bedarfsorientiert vom kleinen Krankenhaus vor Ort bis eben zum Maximalversorger. Es bedarf einer auskömmlichen Finanzierung der notwendigen Häuser. Außerdem sollen die Krankenhäuser in die sektorübergreifende Versorgung eingebunden werden. Das heißt, es soll nicht das isolierte einfache Krankenhaus geben, sondern tatsächlich auch die ambulante Versorgung und zwar sowohl die ärztliche, die hausärztliche, die fachärztliche, als auch die pflegerische Versorgung einbezogen werden. Im Bereich der Planung schlagen wir konkret vor, eine neue Säule der Strukturfinanzierung, die Vorhaltestrukturen einzuführen, sodass die Fallpauschalen, also die DRGs, als verbleibende Säule stärker nach Versorgungsstufen differenziert werden können. Das verbinden wir mit einer bedarfsgerechten Versorgungs- und Krankenhausplanung. Zur Differenzierung der Versorgungsstufen gehört zunächst die Differenzierung in verschiedene Leistungsbereiche statt wie bisher in Betten oder Sonstiges. Und wir wollen Qualitätsanforderung sowie Versorgungsanalysen, also mehr wissenschaftlich basierte Aussagekraft. Im Bereich der Investitionsfinanzierung schlagen wir eine dauerhafte hälftige Beteiligung von Bund und Ländern vor, unter der Voraussetzung, dass man eine bundesweite Planung hat, in der man festlegt, wo die High-quality-Maximalversorger usw. sind. Wir sollen außerdem die Einführung einer am Investitionsbedarf ausgerichteten Mindestinvestitionsquote, um eine wirkliche Sicherheit auch in der Investitionsförderung hinzubekommen. Und natürlich wollen wir in diesen Investitionen das Thema Green Hospitals mit einbeziehen. Das heißt, bei den Investitionen auch darauf zu schauen, welche energetischen und sonstigen Nachhaltigkeitskonzepte und welche baulichen und Investitionskosten dafür notwendig sind. Wir wollen ebenfalls das Thema Digitalisierung berücksichtigen, weil wir der festen Überzeugung sind, dass die Digitalisierung im Gesundheitswesen eine der großen Herausforderung sein wird. Und die wird nur funktionieren, wenn tatsächlich die technischen und damit auch die Investitionen vor Ort sichergestellt sind. Wir glauben, dass die Digitalisierung tatsächlich auch in Zukunft dazu beitragen wird, die Patientenversorgung zu verbessern. Daher fordern wir die patientenorientierte Digitalisierungsstrategie; also eine, die sich nicht unbedingt an den Krankenhausbedarfen, sondern tatsächlich patientenorientiert aufstellt.	Auch die Freien Demokraten sehen natürlich Handlungsbedarf, um die Gesundheitsversorgung künftig für alle sicherzustellen. Wir sehen in der Akutversorgung in erster Linie Reformbedarf bei den bestehenden Krankenhausstrukturen. Da muss mehr getan werden, als diese Strukturen nur zu verwalten. Wir brauchen bessere Planung bei der Versorgungsstruktur, ein Mix aus spezialisierten Zentren, Allgemeinversorgung und einen Ausbau von medizinischen Versorgungszentren. So könnte man die Qualität auch mit wenigen Krankenhäusern steigern. Im ländlichen Raum gibt es durchaus Schwierigkeiten bei der Pflege- und Gesundheitsversorgung. Deshalb würden wir dort, wo möglich, gerne flankieren mit Telemedizin sowie mit Projekten wie der Community Health Nurse. Ich denke gerade jetzt durch die Pandemie haben wir gesehen, dass in diesem Bereich ein enormer Handlungsbedarf ist. Die Schließung der Pflegewissenschaftlichen Fakultät in Vallendar finde ich geradezu sträflich. Wir brauchen mehr Forschung, um wirklich für die Patientinnen und Patienten, für die Menschen mit Pflegebedarf, die beste Versorgung sicherzustellen. Wir sprechen uns ganz klar für mehr Kompetenzübertragung, Delegation und Substitution in der Pflege aus, insbesondere wenn es darum geht, akademische Pflegekräfte in die Prozesse einzubinden. Auch sollten wir stärker auf die Behandlungsergebnisse, also die Outcome-Qualität, schauen, was im Moment noch nicht genug passiert. Das DRG-System setzt da nicht genug Anreize, um eine besonders gute Versorgungsqualität zu erreichen. An manchen Stellen wäre eine ambulante Behandlung vielleicht genauso effektiv und könnte natürlich kostengünstiger und auch mit weniger Risiken. Beispiel: Krankenhauskeime, vorstattengehen. Mit dieser Restrukturierung versprechen wir uns, dass gerade auch im Bereich des Personals durch Verlagerung, Entlastung geschaffen werden kann.	Wir als DIE LINKE sind Verfechter derjenigen, die sagen, Pflege kann nicht jeder. Pflege ist nicht Familienangelegenheit, Pflege ist eine Profession und eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die von uns allen getragen werden muss. Das DRG-System, das haben wir von Anfang an gesagt, hat nichts damit zu tun, die Qualität der Gesundheitsversorgung anzuheben. Ganz im Gegenteil: Es ist interessengeleitet und geht an den Interessen der Beschäftigten (ich darf das so sagen, denn ich bin eine) genauso wie an denen der Patienten vorbei. Deshalb würden wir DRGs abschaffen. Wir wollen das System der Kostendeckung wieder einführen. Das heißt, wenn wir eine bestimmte Situation haben, eine Pflegebedürftigkeit oder in der Behandlungspflege, dann muss gewährleistet sein, dass sie optimal gelöst werden kann. Das bedarf einer guten Ausbildung und das bedarf eines konzeptionellen Umdenkens. Es ist keine betriebswirtschaftliche Angelegenheit. Eine betriebswirtschaftliche Vorstellung von Gesundheit wird letztendlich volkswirtschaftlich teurer: Wenn ich eine gute Pflege habe, eine gute Versorgung habe, dann habe ich weniger Sekundärerkrankungen. Die Trägerschaft von Krankenhäusern oder Einrichtungen muss gemeinwohlorientiert sein. Und das wiegt auch noch nicht auf, dass wir auch refinanziert, das haben wir ausgerechnet. Das ist eine Aufgabe der gesamten Bevölkerung. Das darf nicht weiter privatisiert werden und ist vor allen Dingen kein Erfolgsmodell. DRGs sind die ökonomische Logik und die wurde zum Maß aller Dinge erhoben. Und das ist keine Herangehensweise an die Gesundheits- und die Pflegeversorgung.
	SGB XI: Ich glaube nicht, dass wir das Problem durch die Anzahl der Pflegekräfte verbessern können, sondern wir müssen hier auch die Organisation innerhalb der Pflege besser organisieren	**SGB XI: Die medizinische Behandlungspflege ist originär eine Aufgabe der Krankenversicherung und muss insofern auch von der Krankenversicherung finanziert werden**	**SGB XI: Wir sehen eine doppelte Pflegegarantie vor, in der wir sowohl die Eigenanteile für Pflege drastisch senken als auch eine patientenorientierte Pflegebedarfsunterstützung fördern**	**SGB XI: Wir sind für konsequente Entbürokratisierung und Förderung der Digitalisierungsprozesse in der Pflege und fordern Rechtssicherheit im Umgang mit osteuropäischen Betreuungskräften**	
	Es besteht ein großer Unterschied in der Vergütung: Die Krankenhäuser werden nach TVÖD bezahlt, in der ambulanten Versorgung ist das nicht vorhanden, da haben wir die Pflegesätze. Das heißt, wir haben hier unterschiedliche Leistungsbewertungen und deshalb wechseln z.B. ja auch Pflegekräfte aus dem ambulanten Bereich in den stationären Bereich, weil sie dann mehr Geld verdienen. Deshalb die Frage nach den Anreizen. Ich glaube nicht, dass wir das Problem durch die Anzahl der Pflegekräfte in den Griff bekommen können, sondern wir müssen hier auch die Organisation innerhalb der Pflege besser organisieren. Im Bereich der Betreuungskräfte und in den häuslichen Settings haben wir noch viele Perspektiven. Auch die akademischen Pflegekräfte müssen wir mehr betrachten. Im internationalen Vergleich habe ich manchmal das Gefühl, dass wir in Deutschland weitaus mehr Potential durch unsere hoch motivierten Pflegekräfte haben, die mehr können und auch mehr wollen. Aber es gibt teilweise noch gesetzliche Herausforderungen, die einer Entwicklung von guten Gesundheitsfacherberufen im Wege stehen.	Wir sprechen uns für eine Pflege-Bürgerversicherung aus. Das ist auch relativ einfach möglich, weil die private Pflegeversicherung genauso gestrickt ist wie die gesetzliche Pflegeversicherung. Die Privatversicherten bekämen also nicht weniger Leistungen, wenn diese zusammengeführt werden. Es würde aber dazu führen, dass immiteilbar ungefähr zwei Milliarden Euro jährlich mehr zur Verfügung stehen, um eine gute Pflege zu gestalten. Im ambulanten Bereich brauchen wir dringend ein Entlastungsbudget, um pflegende Angehörige zu entlasten und ihnen auch mehr Handlungsspielraum zu geben, die unterschiedlichen Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch zu nehmen. In der stationären Pflege ist dringend notwendig, dass die Krankenversicherung ihren Teil übernimmt. Genau das fordern wir: Die medizinische Behandlungspflege ist originär eine Aufgabe der Krankenversicherung und muss insofern auch von der Krankenversicherung finanziert werden. Es ist völlig falsch, dass Pflegebedürftige selbst für diese Kosten aufkommen. Wir haben das ja schon in einem kleinen Teil geheilt, indem tatsächlich die Krankenversicherung einen jährlichen Zuschuss an die Pflegeversicherung zahlt und dafür zusätzliche Fachkräfte angestellt werden können. Damit wird bisher aber nur ein kleiner Teil der medizinischen Behandlungspflege abgedeckt. Die Finanzierung des höher qualifizierten Personals muss nach aktueller Rechtslage auf der Ebene der Rahmenvertragsverhandlungen in den Bundesländern ausgehandelt werden. Jedoch ist in diesen Rahmenverträgen unzureichend geregelt, dass es auch Leitungsstellen bzw. mehr Funktionsstellen geben muss. Das permanente Wachstum in der Pflege ist nicht einhergegangen damit, dass man auch die Führungsstrukturen verbessert hat. Das heißt, wir brauchen den Blick darauf, wie wir diese Führungsstrukturen weiterentwickeln mit höher dotierten Stellen und zukünftig mehr akademisch ausgebildetem Pflegepersonal.	Unsere Refinanzierungsstrategie nennen wir doppelte Pflegegarantie. Diese soll im ersten Teil vor allem im stationären, aber auch im ambulanten Bereich dafür sorgen, dass wir eine Absicherung der Pflegebedürftigen und deren Familien in Bezug auf die Höhe der Eigenanteile für Pflege brauchen, wenn sich die Arbeitsbedingungen und die Bezahlung von Pflegekräften weiter bessert. Neben der Minderung des Armutsrisikos im Alter wollen wir im zweiten Teil über ein konkretes Case-Management sicherstellen, dass die Pflegebedürftigen über eine fachpflegerische Beratung die Pflegeleistung bekommen, die sie brauchen. Wir nennen das doppelte Pflegegarantie, weil wir einerseits die Eigenanteile für Pflege wirklich drastisch senken und dann auch dauerhaft deckeln wollen. Und das ist, glaube ich, diese Kombination aus der Entlastung auf der finanziellen Seite und der Verbesserung auf der anderen Seite. Das heißt, eine tatsächlich unabhängige Pflegebedarfsuntersützung, die wirklich patientenorientiert oder am Bewohner orientiert ist und nicht Kassen oder sonstige Geldgeber im Vordergrund hat. Aufgrund der demografischen Situation müssen wir die Pflegeversicherung verändern, wenn wir auf Dauer Sicherheit in der Versorgung wollen. Deswegen fordern wir eine Pflege-Bürgerversicherung. Hierbei wollen wir die privaten Pflegeversicherungen nicht abschaffen, sondern die Beitragsbasis angleichen. Das heißt, einkommensbezogene Beiträge bei den privaten und gesetzlichen Pflegeversicherungen, mit den gleichen Leistungen und der gleichen einkommensbezogenen Beitragsgestaltung.	In der Langzeitpflege brauchen wir einheitliche Qualitätsstandards für die Pflegeassistenzausbildung, um den Trägern eine gewisse Sicherheit zu geben. Bei den Betreuungskräften aus Osteuropa muss zunächst Rechtssicherheit geschaffen werden; und zwar sowohl für die Betreuungskräfte selbst (Schutz vor Ausbeutung), aber auch für die Zupflegenden. Denn wenn beispielsweise nicht genug Deutschkenntnisse vorhanden sind, kann das im schlimmsten Fall lebensgefährlich werden, weil beispielsweise Medikamente nicht entsprechend gegeben werden können. Wir sind außerdem für eine wirklich konsequente Entbürokratisierung in allen Bereichen, gerade auch in der Pflege. Hier wollen wir im ersten Schritt Bürokrate abbauen und dann den Digitalisierungsprozess aufsetzen.	
Personalbedarf und -verpflegung: Wie sieht für Sie eine leistungsgerechte Personalbedarfsmessung aus? Wie stellen Sie eine konsequente Einbindung der Kompetenzen des Pflegemanagements in die Gestaltung der künftigen gesetzlichen Regelungen sicher? Welche Maßnahmen planen Sie, um neu geschaffene Stellen zu besetzen bzw. die bürokratischen Hürden bei der Besetzung dieser zusätzlichen Stellen abzubauen?	**Die Finanzierung von guter Pflege sind keine Kosten, sondern nachhaltige Investitionen**	**SGB V: Es macht nur ein Personalbemessungsverfahren Sinn, das auch aus der Praxis heraus erarbeitet und vereinbart wird**	**SGB V: Wir brauchen ein Personalbemessungsinstrument, das auf pflegewissenschaftlicher Expertise basiert und für bestimmte Fachbereiche bestimmte Pflegebedarfe und Intensitäten definiert**	**SGB V: Wir sehen die PPR 2.0 als lernendes System, als einen guten Ansatz, um zu besseren Lösungen zu kommen**	**SGB V: Wir wollen die Privatisierung in diesem Gesundheitssystem abschaffen und durch ein System der öffentlichen Hand ersetzen, was auch in anderen Ländern funktioniert. In diesem System werden dann keine Profite gemacht, sondern Leute gepflegt und geheilt und anständig versorgt**
	Vielleicht brauchen wir auch neue Modelle der Finanzierung, die auch die Trennung von SGB V und SGB XI überwinden. Zum Beispiel ist die medizinische Behandlungspflege ja durchaus in unterschiedlichen Bereichen abrechenbar. Was nicht passieren darf ist, dass der SGB V-Bereich in dem vergleichbaren Leistungsbereich wieder vom SGB XI-Bereich entkoppelt wird. Das müssen vergleichbare Leistungen sein, sonst werden wir immer, gerade in einer Mangelverwaltung, einen Personalwettkampf haben. Und ich glaube, wir müssen ab einem gewissen Zeitraum auch über eine Quersubvention mit Steuermitteln reden. Denn wir müssen den Unterschied zwischen den Einnahmen und den Ausgaben finanzieren. Da haben wir in den letzten Jahren sehr viel getan, da bin ich sehr stolz darauf. Wir zahlen mehr im Bereich der Pflege (siehe Pflegestärkungsgesetze). Das ist sehr wertvoll gerade in dem Bereich. In den Krankenhäusern brauchen wir eine angemessene Arbeitsatmosphäre. Das heißt, zu Pflege gehört Empathie und logischerweise auch ausreichend Zeit. Daher müssen wir uns überlegen, wie wir das Ganze von der Finanzierung her so gestalten, dass im Krankenhaus auch Zufriedenheit am Arbeitsplatz möglich ist. Wir müssen weiterhin überlegen wie wir die Anreize, da bin ich im Dialog mit den Krankenkassen, so darstellen, dass die Krankenkassen in guter Pflege eine Nachhaltigkeit sehen. Das heißt, ich rede nicht von Kosten, ich rede von Investitionen. Beispiel Inkontinenzeinlagen. Die waren so billig, dass wir einen prozentualen Anstieg bei Begleiterkrankungen hatten. Das heißt, wenn ein Produkt qualitativ schlechter zu einem billigen Preis gefertigt wird, dann entstehen andere Probleme. Ich bin davon überzeugt, dass wir uns viele Begleiterkrankungen sparen könnten, wenn sich ambulante Pflegekräfte mehr Zeit nehmen könnten. Und ich glaube, dass das gut investiertes Geld ist.	Wir brauchen beim Thema Personalbedarfsbemessung in den Krankenhäusern mehr Klarheit. Die PPR 2.0 ist ja als Übergangsvorschlag erarbeitet worden. Sie hat vor allem die Stärke, dass da wirklich alle Ebenen beteiligt waren, der Deutsche Pflegerat, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und Verdi. Denn ein Personalbemessungsverfahren macht nur Sinn, wenn es aus der Praxis heraus erarbeitet und vereinbart wird. Von daher glaube ich schon, dass die PPR 2.0 ein guter nächster Schritt sein kann, um dann aber wirklich weiter intensiv mit der Praxis unter Einbeziehung der Wissenschaft zu einem Personalbemessungsverfahren zu kommen, das dann auch wirklich zukunftsfähig ist. Das ist, glaube ich, nichts, was Politik setzen kann, sondern wo die Fachlichkeit unterschiedlicher Professionen gefordert ist. Zur Situation der Rehabilitationseinrichtungen: Da haben wir in den letzten zwei Jahren ganz wichtige Maßnahmen beschlossen, die in der Reha-Szene sehr begrüßt wurden. So haben wir z.B. die Rahmenbedingungen für die Refinanzierung der Rehabilitationseinrichtung deutlich verbessert.	Im Moment haben wir noch keine fertigen Personalbemessungsinstrumente, sondern lediglich den Vorschlag der PPR 2.0 für die Übergangsphase. Für uns ist klar, dass wir ein Personalbemessungsinstrument brauchen, bei dem gerade auch die wissenschaftliche Expertise der Pflege einbezogen wird. Das muss als Bemessungsgrundlage für alle Bereiche definiert werden. Die PPR 2.0 hat zumindest den Vorteil, dass sie eine Einigung verschiedener Akteure ist, mit der man erst einmal arbeiten kann. Ich bin ein großer Fan von Bezugspflege, bei der der Patient im engen Kontakt mit einer Pflegefachperson durch den gesamten Krankenhausaufenthalt von der Aufnahme bis zum Entlassmanagement begleitet wird. sowohl in medizinischer als auch pflegerischer Hinsicht. Damit wird aber klar, dass die gesamte Krankenhaustätigkeit sehr viel stärker am Patienten orientiert werden muss. Und da sehe ich auch die akademische Fachpflege als die große Chance für die Pflege, ihre tatsächlichen Potenziale auch einbringen zu können. Das heißt natürlich, dass man von einem Personalbemessungsinstrument nicht von der jetzigen Situation ausgehen kann, sondern dass man natürlich für bestimmte Fachbereiche bestimmte Pflegebedarfe und Intensitäten definieren muss.	Als FDP haben wir die Personaluntergrenzen immer kritisch gesehen, weil das Risiko besteht, dass Untergrenzen Obergrenzen werden. Deswegen sind wir schon froh, wenn wir das so schnell wie möglich ablösen könnten. Und darum sehen wir die PPR 2.0 nicht so negativ. Diese sind sicherlich nicht perfekt, aber sie wurden ja von unterschiedlichen Akteuren gemeinsam vorangebracht und sollten deshalb eine Chance bekommen. Aber wir sehen die PPR 2.0 als lernendes System, als einen guten Ansatz, um zu besseren Lösungen zu kommen. Und auch da brauchen wir mehr Forschung, gerade für die Funktionsabteilung und für Hochleistungsbereiche, wie Intensiv, Neonatologie, etc. Wir müssen erforschen, was wir brauchen, um gute Pflege zu realisieren, und ab welchem Pflege-Patienten-Verhältnis die Versorgungsqualität leidet. Das müssen wir entsprechend evaluieren. Und wenn wir das gemeinsam mit der PPR 2.0 machen und offen aufdrängen, dass das nicht fertig ist, wenn wir es installiert haben, sondern wir es lernend immer weiter anpassen, dann könnte man zu besseren Ergebnissen kommen als aktuell. Auch in Sklills-Mix liegt eine ganz große Chance: Wie muss das Team zusammengestellt werden, um gute Qualität zu erreichen? Und alles steht und fällt einfach mit der Zeit, die ich brauche, um meinen Job so gut zu machen, wie er meinen eigenen Anforderungen entspricht. Und das ist, glaube ich, ein ganz großer Knackpunkt im Moment.	Was politisch im Moment im Bereich Pflege stattfindet, ist ein Rumdoktern und Rumschrauben am System. Aber das Ursächliche wird nicht angegangen. Jahrelang sagen die Berufsverbände: Leute, das fliegt uns hier um die Ohren, das funktioniert nicht das System. Wenn man einen Buschbrand hat, dann kann man nicht mit der Gießkanne hier mal ein bisschen Wasser geben und da mal ein bisschen Wasser geben. Da muss man gucken, woher kommt das Feuer? Wie können wir es löschen? Wir haben eine massive Belastung aller Beschäftigten in der Pandemie gehabt, ganz viele sagen: Es reicht uns, wir können nicht mehr, wir sind fertig, wir verlassen den Beruf. Parallel dazu haben wir 335.000 examinierte Pflegekräfte, die den Beruf verlassen haben. Das heißt, was machen wir, um sie wieder zurückzuholen in einen, wie ich immer sage, schönsten Beruf der Welt. Wenn man sich dann mal umhört, dann sagen die Pflegekräfte: Das sind die Arbeitsbedingungen, das ist das ethische Dilemma. Dabei soll Arbeit den Menschen nicht krank machen. Und das erreicht man, wenn man die Arbeitsdichte auseinanderzerrt. Es muss die Möglichkeit geben, die Profession auch ausüben zu können. Das heißt die Rahmenbedingungen müssen auch dahingehend sein, dass ich auch pflegen kann und das ich auch bedarfs-, also auf den Patienten orientiert meinen Beruf ausüben kann. Wenn wir die Arbeitsbedingungen verbessern, kann es ein Selbstläufer ist. Wenn ich mehr Personal habe, kann ich besser pflegen. Wir haben Zahlen rausgesucht: Die DKG rechnet mit 40.000 zusätzlichen Stellen, ver.di mit 80.000. Die Pflegewissenschaft geht von 100.000 Pflegekräften aus. Wir haben uns an der Pflegewissenschaft orientiert und sagen, wir wollen 100.000 Pflegekräfte mehr haben. Und wir wollen einen flächendeckenden Tarifvertrag, das heißt die Pflegekräfte wissen, wenn sie arbeiten, was sie genau bekommen. Deshalb wollen wir die Privatisierung in diesem Gesundheitssystem abschaffen und durch ein System ersetzen, was auch in anderen Ländern funktioniert. Es soll ausschließlich durch die öffentliche Hand qualifiziert werden, keine Profite gemacht werden, sondern Leute gepflegt, geheilt und anständig versorgt werden. Wir fordern außerdem eine 30-Stunden-Woche für jeden bei vollem Lohnausgleich. Es gibt genug Menschen, die arbeiten wollen. Überstunden können wir auf mehrere Schultern lagern. 30-Stunden-Woche und eine Entlastung auf der Arbeit selber, was die Arbeitsdichte anbelangt und noch eine vernünftige Entlohnung – ich glaube, das wird ein toller Beruf.
		SGB XI: Uns als Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten ist es wichtig, eine echte Qualifizierungsoffensive zu gestalten	**SGB XI: Wir müssen auf der lokalen Ebene neue Formen der pflegerischen, sozialen und medizinischen Betreuung finden und da ist für mich die hochqualifizierte Langzeitpflege einer der Kernberufe der Zukunft**	**SGB XI: Der Schlüssel zur Bewältigung des akuten Fachkräftemangels liegt in der Ausbildung. Wir müssen unsere Auszubildenden besser behandeln, als das bisher geschieht**	**SGB XI: Wenn man eines wirklich nicht berechnen kann, dann ist es Arbeit mit Menschen. Und das ist in dem ganzen Raster der Pflege, wie Politik sie versteht, überhaupt gar nicht enthalten**
		In der Langzeitpflege hat das Rothgang-Gutachten gezeigt, dass fast 40% zu wenig Personal in den Einrichtungen vorhanden ist. Rothgang hat aber auch herausgearbeitet, dass in der Pflege vor allem mehr Assistenz- und Hilfskräfte gebraucht werden. Das ist ein Punkt, bei dem ich mir ehrlich gesagt eine breitere, fachliche Debatte gewünscht hätte. Ich wundere mich, dass es da aus den Pflegewissenschaften kaum Widerstand gibt. Uns als Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten ist es wichtig, eine echte Qualifizierungsoffensive anzustoßen, um einerseits Hilfe und Assistenzkräfte zu gewinnen, aber andererseits auch erfahrene Kräfte weiter zu qualifizieren und ihnen die Voll-Ausbildung zu ermöglichen. Wer einen ersten Ausbildungsschritt gemacht hat, sollte die Möglichkeit bekommen, darauf aufzubauen, um bspw. Fachkraft werden zu können. Das erfordert allerdings, dass die Bundesländer ihre Ausbildungsgänge unterhalb der Fachkraftausbildung auch modernisieren, zwischen den Bundesländern harmonisieren und an die generalistische Pflegeausbildung anschlussfähig machen. In den SPD-geführten Bundesländern versuchen wir darauf hinzuwirken. Persönlich halte ich zusätzlich eine Dequalifizierung der Pflegefachkräfte für nicht sinnvoll. Das wäre falsch. Eine der größten Herausforderungen für die Zukunft ist, mehr qual qualifiziertes Personal zu gewinnen und im Beruf zu halten. Im Rahmen der Pflegeausbildung ist es auch wichtig, die Hauswirtschaft stärker mitzudenken, denn sie hat in der Langzeitpflege sowohl ambulant wie auch stationär eine zentrale Bedeutung für die Lebensqualität. Im Übrigen beginnt der erste Unterstützungsbedarf oft im Haushalt und gar nicht unbedingt unmittelbar mit Körperpflege.	Meiner Meinung nach ist gerade die qualifizierte Langzeitpflege für mich eine der zentralen Schlüsselberufe, um das Problem des demografischen Wandels mit steigendem Pflegebedarf und Fachkräftemangel tatsächlich anzugehen und zwar in mehrfacher Hinsicht. Es muss eine Pflegeprofession geben, die sowohl die Pflege einen erheblichen Bedarf. Wir verstehen Krankenhäuser als Teil der Daseinsvorsorge und deswegen soll eine bundesweite gute Versorgung sichergestellt werden. Dafür brauchen wir eine gewisse Planung, die nicht auf dem Papier entsteht, sondern auf den unterschiedlichen Niveaus der Krankenhausanbieter - bedarfsorientiert vom kleinen Krankenhaus vor Ort bis eben zum Maximalversorger. Es bedarf einer auskömmlichen Finanzierung der notwendigen Häuser. Außerdem sollen die Krankenhäuser in die sektorübergreifende Versorgung eingebunden werden. Das heißt, es soll nicht das isolierte einfache Krankenhaus geben, sondern tatsächlich auch die ambulante Versorgung und zwar sowohl die ärztliche, die hausärztliche, die fachärztliche, als auch die pflegerische Versorgung einbezogen werden. Im Bereich der Planung schlagen wir konkret vor, eine neue Säule der Strukturfinanzierung, die Vorhaltestrukturen einzuführen, sodass die Fallpauschalen, also die DRGs, als verbleibende Säule stärker nach Versorgungsstufen differenziert werden können. Das verbinden wir mit einer bedarfsgerechten Versorgungs- und Krankenhausplanung. Zur Differenzierung der Versorgungsstufen gehört zunächst die Differenzierung in verschiedene Leistungsbereiche statt wie bisher in Betten oder Sonstiges. Und wir wollen Qualitätsanforderung sowie Versorgungsanalysen, also mehr wissenschaftlich basierte Aussagekraft. Im Bereich der Investitionsfinanzierung schlagen wir eine dauerhafte hälftige Beteiligung von Bund und Ländern vor, unter der Voraussetzung, dass man eine bundesweite Planung hat, in der man festlegt, wo die High-quality-Maximalversorger usw. sind. Wir sollen außerdem die Einführung einer am Investitionsbedarf ausgerichteten Mindestinvestitionsquote, um eine wirkliche Sicherheit auch in der Investitionsförderung hinzubekommen. Und natürlich wollen wir in diesen Investitionen das Thema Green Hospitals mit einbeziehen. Das heißt, bei den Investitionen auch darauf zu schauen, welche energetischen und sonstigen Nachhaltigkeitskonzepte und welche baulichen und Investitionskosten dafür notwendig sind. Wir wollen ebenfalls das Thema Digitalisierung berücksichtigen, weil wir der festen Überzeugung sind, dass die Digitalisierung im Gesundheitswesen eine der großen Herausforderung sein wird. Und die wird nur funktionieren, wenn tatsächlich die technischen und damit auch die Investitionen vor Ort sichergestellt sind. Wir glauben, dass die Digitalisierung tatsächlich auch in Zukunft dazu beitragen wird, die Patientenversorgung zu verbessern. Daher fordern wir die patientenorientierte Digitalisierungsstrategie; also eine, die sich nicht unbedingt an den Krankenhausbedarfen, sondern tatsächlich patientenorientiert aufstellt.	In der Langzeitpflege müssen wir viel mehr als bisher darauf schauen, was wir schon im Vorfeld tun können, beispielsweise durch mehr Prävention, um die Pflegebedürftigkeit so lange wie möglich hinauszuögern. Und wir müssen gleichzeitig dafür sorgen, dass Menschen auch mit Unterstützungsbedarf länger in ihrer gewohnten Umgebung bleiben können. Dabei sage ich bewusst „gewohnte Umgebung", nicht zu Hause: Wir brauchen viel mehr innovative Wohnformen und Unterstützungsmöglichkeiten vor Ort. Zort Beispiel haben wir in fast allen Orten die Corona-Einkaufshilfen gehabt, teilweise mit unterschiedlichen Sprachangeboten. Das möchte ich gerne rüber retten in die Zeit nach Corona. Wir müssen auch etwas gegen die drohende Einsamkeit tun. Auch da liegt ein großer Schlüssel. Denn wer einsam ist, wird schneller krank und schneller pflegebedürftig. Das ist eine gesellschaftliche Aufgabe, die vor Ort in den Kommunen geschehen muss. Aber aus bundespolitischer Sicht müssen wir den Blick darauf haben, wie wir Kommunen dabei unterstützen können, das sie diese Strukturen schaffen. Der Schlüssel für die Bewältigung des akuten Fachkräftemangels liegt in der Ausbildung. Wir müssen unsere Auszubildenden besser behandeln, als das bisher passiert ist. Dass sie für die Covid-Tests hinzugezogen werden sollten, hat bei mir für einen Aufschrei gesorgt. Denn sie sind nicht nur Lernende, sie sind auch Botschaftenren und Botschafter für diesen wichtigen Beruf und wir können es uns nicht leisten, dass die jungen Menschen da frustriert werden und uns abwenden und dann schlecht darüber reden. Das heißt wir halten die zeitliche Entlastung, die Attraktivitätssteigerung der Ausbildung und die Schaffung von mehr Durchlässigkeit für ganz wichtig. Es muss möglich sein, von der Pflegassistenz bis zur Pflegeprofessur eine Karriere durchlaufen zu können. Wir haben ja auch das Problem, dass viele Pflegekräfte ab einem gewissen Alter die Pflege kräftemäßig nicht mehr schaffen. Hier bedarf es kluger Überlegungen, wie wir diese im Job halten können, beispielsweise indem sie mehr Praxisanleitung bekommen. Ich glaube, wenn wir insgesamt da auch Role Models finden, könnten wir sehr wichtige Beiträge dafür leisten, die Pflege wieder attraktiv zu machen.	Ich persönlich sehe die generalistische Pflegeausbildung sehr kritisch. Einerseits wird gesagt „ambulant vor stationär" und man möchte eine super häusliche Versorgung haben. Andererseits krankt es schon ganz einfach am Entlassmanagement, die Patienten entlassen uns dem Krankenhaus, weil sie sonst Strafe zahlen müssen. So kann kein nahtloser Übergang in der Versorgung stattfinden. Und was die Finanzierung der Pflege im ambulanten Bereich angeht, so gibt es einen Satz für eine bestimmte Pflegebtätigkeit, die in einem bestimmten Zeitpunkt stattfinden muss. Wenn man eines wirklich nicht berechnen kann, dann ist es Arbeit mit Menschen. Wenn bei einem Patienten alles gemacht ist und ich dreh mich um und er macht irgendetwas, wo das alles zunichte gemacht wird, dann kann ich nicht einfach gehen. Sondern dann muss ich meine Arbeit noch mal von vorne machen, damit der Patient gut versorgt ist. Und das ist in dem ganzen Raster der Pflege, wie Politik sie versteht, überhaupt gar nicht enthalten. Ich habe manchmal das Gefühl, die denken, wir sind bei Ford, an der Strecke, das heißt, hier mal was drehen, da mal was drehen, hier was lackieren – fertig. So funktioniert die Arbeit im Menschen nicht. Und gerade diese Verständnis noch bei denen im