

15. LANDTAG VON BADEN-WÜRTTEMBERG

Enquetekommission

„Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“

Öffentlicher Teil

11. Sitzung

Freitag, 3. Juli 2015, 10:00 Uhr

Stuttgart, Plenarsaal

(Kunstgebäude)

Beginn: 10:03 Uhr

(Mittagspause: 12:44 bis 13:29)

Schluss: 15:56 Uhr

T a g e s o r d n u n g

Teil I – öffentlich

- Anhörung: „Prävention und Rehabilitation“ S. 1

Teil II – öffentlich

- Anhörung: „Pflegekammer“ S. 53

Teil III – nicht öffentlich

- Allgemeiner Beratungsstoff (Punkte 1 bis 4).....(gesondertes Protokoll)



15. Landtag von Baden-Württemberg
Enquetekommission „Pflege in Baden-Württemberg
zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“

Öffentliche Anhörung
am Freitag, 03. Juli 2015, 10:00 Uhr,
Plenarsaal (Kunstgebäude)
„Prävention und Rehabilitation“

Ablaufplan

Stand: 15.06.2015

Uhrzeit	Referent/in	Funktion/Institution
10:00	Helmut W. Rüeck	Vorsitzender der Enquetekommission „Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“
10:10 bis 10:25	Ellio Schneider	Geschäftsführer der Waldburg-Zeil Kliniken
20 Minuten Fragerunde		
10:45 bis 11:00	Dr. Kilian Rapp	Privat-Dozent, Facharzt für Innere Medizin und Klinische Geriatrie, Oberarzt am Robert-Bosch-Krankenhaus
20 Minuten Fragerunde		
11:20 bis 11:35	Olaf Werner	Geschäftsführer Kur- und Klinikverwaltung Kompetenzzentrum für medizinische Rehabilitation und Prävention Bad Rappenau
20 Minuten Fragerunde		
11:55 bis 12:10	Dr. Michael Jamour	Chefarzt der Geriatrischen Rehabilitationsklinik Ehingen, Facharzt für Innere Medizin, Klinische Geriatrie, Physikalische Therapie
20 Minuten Fragerunde		
12:30	Allgemeine Fragerunde	
12:45 Abschluss		



15. Landtag von Baden-Württemberg
Enquetekommission „Pflege in Baden-Württemberg
zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“

Öffentliche Anhörung
am Freitag, 03. Juli 2015, 13:30 Uhr,
Plenarsaal (Kunstgebäude)
„Pflegekammer“

Ablaufplan

Stand: 15.06.2015

Uhrzeit	Referent/in	Funktion/Institution
13:30	Helmut W. Rüeck	Vorsitzender der Enquetekommission „Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“
13:40 bis 13:55	Dr. phil. Helmut Müller	1. Vorsitzender der Landesarbeitsgemeinschaft der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe Rheinland-Pfalz e.V.; Vorsitzender des Dachverbands der Pflegeorganisationen (DPO) und Mitglied der Landespflegekonferenz
20 Minuten Fragerunde		
14:15 bis 14:30	Bernhard Schneider	Hauptgeschäftsführer Evangelische Heimstiftung GmbH
20 Minuten Fragerunde		
14:50 bis 15:05	Univ.-Prof. Dr. phil. Frank Weidner	Gründungsdekan der Pflegewissenschaftlichen Fakultät der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar, Lehrstuhl für Pflegewissenschaft
20 Minuten Fragerunde		
15:25 bis 15:40	Tom Rutert-Klein	Leiter der Abteilung 65 Sozialversicherungen, Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz
20 Minuten Fragerunde		
16:00	Allgemeine Fragerunde	
16:15 Abschluss		

(Beginn des öffentlichen Teils: 10:03 Uhr)

Teil I – öffentlich

Anhörung: „Prävention und Rehabilitation“

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Grüß Gott, meine sehr geehrten Damen und Herren! Ich darf Sie alle sehr herzlich zur Anhörung der Enquetekommission „Pfleger“ zum Thema „Prävention und Rehabilitation“ begrüßen. Ich wurde um etwas gebeten und möchte das gleich am Anfang machen. Ich weiß nicht, ob es für Anhörungen auch gilt, aber ich möchte die Damen und Herren – insbesondere die Herren – von der Jackettpflicht, die sonst bei Landtagssitzungen herrscht, befreien. Das gilt selbstverständlich auch für die Mitarbeiter und Referenten. Ich denke, bei den herrschenden Temperaturen ist das angemessen, und wir werden ja heute auch noch heiße Themen behandeln.

Ich freue mich, dass Sie alle gekommen sind. Ich darf auch unsere Gäste sehr herzlich begrüßen, die Vertreter des Sozialministeriums und insbesondere die Referenten des heutigen Vormittags. Dies sind Herr Ellio Schneider – Geschäftsführer der Waldburg-Zeil Kliniken –, Herr Dr. Kilian Rapp – Privatdozent, Facharzt für Innere Medizin und Klinische Geriatrie, Oberarzt am Robert-Bosch-Krankenhaus –, Herr Olaf Werner – Geschäftsführer der Kur- und Klinikverwaltung, Kompetenzzentrum für medizinische Rehabilitation und Prävention in Bad Rappenau –, und Herr Dr. Michael Jamour – Chefarzt der Geriatrischen Rehabilitationsklinik in Ehingen, Facharzt für Innere Medizin, Klinische Geriatrie und Physikalische Therapie. Ich darf Sie alle sehr herzlich begrüßen. Wir freuen uns, dass Sie sich heute Zeit nehmen und uns an Ihrem Wissen teilhaben lassen.

Meine sehr geehrten Damen und Herren, ich möchte heute keine langen Vorreden halten. Wir wollen gleich ins Thema einsteigen. Vielleicht für die Referenten noch einige Hinweise zum Ablauf: Ich werde Sie jeweils ans Rednerpult bitten. Dort läuft eine Uhr mit – wir müssen ja die Redezeit begrenzen –, und an dieser Uhr können Sie ersehen, wie viel Redezeit verbleibt. Etwa eine Minute vor Ende der Redezeit werde ich ein ganz dezentes visuelles Signal geben – „Redezeit beachten“ –, und wenn ich dann zwei, drei Mal öfter drücke, sollten Sie allmählich zum Schluss kommen. Wir schließen gleich danach eine 20-minütige Fragerunde an; ich würde Sie bitten, dazu vorn am Rednerpult zu bleiben. Nach den vier Vorträgen und speziellen Fragerunden werden wir dann noch eine allgemeine Fragerunde anschließen, wenn noch Fragen an die Referenten offen sind.

Ich möchte jetzt als Ersten Herrn Ellio Schneider, Geschäftsführer der Waldburg-Zeil Kliniken, ans Rednerpult bitten.

Sv. Herr Ellio Schneider: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete, sehr geehrte Damen und Herren! Von meiner Seite einen guten

Morgen. Vielen Dank, dass ich heute zum Thema „Prävention und Rehabilitation“ zu Ihnen sprechen darf.

(Der Redner begleitet seinen Vortrag mit einer Präsentation, *Anlage 1.*)

Die Aufgabenstellung sieht in der aktuellen Situation so aus – das ist in der Volkswirtschaft und in der Bevölkerung bekannt –, dass, obwohl medizinische Rehabilitation als Säule der Gesundheitsversorgung in Deutschland rundum anerkannt und die Effektivität an vielen Ecken nachgewiesen ist, oft – aus anderen Gründen, die ich im Laufe des Vortrags gern ausführen möchte – nicht ausreichend in die entsprechenden Leistungen investiert wird.

Wenn man sich die Mühe macht, eine Einschätzung vorzunehmen, wie sich insbesondere in der Gesetzlichen Krankenversicherung im Zeitraum von 2003 bis 2013 die entsprechenden Kosten entwickelt haben, kann man vom Grundsatz her sagen, dass die Ausgaben für Vorsorge und Rehabilitation, wenn man von absoluten Beträgen ausgeht, von 2,57 Milliarden € nur auf 2,62 Milliarden € angestiegen sind. Dies bedeutet eine Steigerung um 2 % in einem Zehnjahreszeitraum. Dieser Wert liegt sogar um 8,4 % niedriger als die Veränderungsrate. Das heißt, jede Prognose der Kostenentwicklung ist massiv unterschritten.

Schaut man sich die Entwicklung anderer Leistungsbereiche und damit die Komplettversorgung an, muss man klar und eindeutig zumindest zur Kenntnis nehmen, dass wir von 2003 auf 2013 eine Steigerung von 133 Milliarden € auf 180 Milliarden € haben, was eine Veränderungsrate von rund 30 % ergibt. Auch dazu im Laufe des Vortrags die eine oder andere Kommentierung von meiner Seite.

Geht man auf die Aufgabenstellung, auf die regionale und überregionale Versorgung ein, muss man sagen, dass Rehabilitation eindeutig Lebensqualität sichert, Selbstständigkeit bis ins hohe Alter garantiert und damit für die Betroffenen – auch für die Familien und besonders für pflegende Angehörige – von hohem Wert ist. Es ist die Überschrift, die heißt „Teilhabe am Berufsleben, Teilhabe am sozialen Leben“. Dies bedeutet weniger Einschränkung, mehr Chancen, weiterhin tätig zu sein, und damit einen Beitrag zur Volkswirtschaft zu leisten und nicht in der Rentenkasse oder bezogen auf das Übergangsgeld massiv aufzuschlagen.

Rehabilitation ist damit eine lohnende Investition. Ich möchte hier nicht auf einzelne Gutachten eingehen. Egal, welcher Gutachter in den letzten fünf bis acht Jahre Reha betrachtet hat, ist zu dem Ergebnis gekommen, dass man einen Return on Investment der geleisteten Investitionen von drei bis fünf Monaten hat. Ich stelle mir da als Geschäftsführer eines Unternehmens Folgendes vor: Wenn Sie den Aufwand – sprich: das Geld, das Sie für Reha ausgeben – letztendlich nach drei bis fünf Monaten zurückhaben, ist das immer eine lohnende Investition. Darüber kann man streiten, aber der Trend ist in jedem Fall richtig.

Das beseitigt natürlich auch Fachkräftemangel, und es verhindert – das zu sagen ist mir ganz wichtig –, wenn Renten nicht zu Erwerbsminderungsrenten werden, sicherlich auch Altersarmut. Das ist eindeutig und klar auch eine gesetzliche Aufgabe.

Es gibt – das werden Sie schon des Öfteren gesehen haben – die Rehakampagne über die BWKG. Uns war wichtig, dass nicht wir immer in eigener Sache reden, sondern dass man einfach einmal Patienten sprechen lässt, die die Fragen beantworten: Was brauche ich denn? Wie geht es mir? Was wird mir helfen?

Ich gehöre zu den Menschen, die sagen: Es hilft nichts, Konfrontationen im Gesundheitswesen zu erzeugen. Ich glaube, wir müssen uns auf etwas verständigen, wie wir Lösungen gemeinschaftlich hinbekommen, und dies nicht gegen einzelne Beteiligte – weder gegen Patienten noch gegen Krankenkassen noch gegen Rentenversicherungsträger –, sondern das Miteinander der Rahmenbedingungen, die sich weiterentwickeln, ist, glaube ich, entscheidend.

Vermeidung von Pflege, im Gesetz heißt es: Reha vor Pflege. In der Pflegestufe I beträgt die monatliche Geldleistung 1 064 €, und der Betroffene zahlt im Regelfall 1 500 € dazu. Wenn man sich das anschaut, kommt man auch hier wieder zu dem Ergebnis: Es lohnt sich, zu investieren.

Zugang zu den Leistungen: Rehaleistungen sind dem Grundsatz nach Pflichtleistungen. Der Zugang erfolgt z. B. über die Verordnung der niedergelassenen Ärzte im sogenannten Antragsverfahren oder im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung in der Weiterbehandlung, sogenannte Anschlussreha.

Der frühzeitige Zugang zu Rehaleistungen ist besonders für ältere Menschen schwierig. Denn: Wer stellt den Bedarf fest? Ist jeder Hausarzt in der Lage, frühzeitig zu sagen: „Dieser Mensch braucht Reha; Reha bringt Anteil“? Und: Ist das Motiv der handelnden Person so, dass ein Nutzen entsteht? Wenn man nicht sicherstellen kann, dass ein Nutzen entsteht, wird man Reha nicht in Anspruch nehmen, so wirksam sie auch sein mag.

Die Auswahl der Rehaeinrichtung orientiert sich häufig nicht ausreichend an medizinischen Aspekten und dem Wohl des Patienten, sondern gegebenenfalls auch an Budgetdeckeln, an sonstigen Restriktionen oder wirtschaftlichen Rahmenbedingungen, die Dritte letztendlich mit in den Markt tragen.

Zur Antrags- und Genehmigungsstatistik: Wir haben versucht, das zusammenzustellen, wobei das äußerst schwierig ist, weil Landesstatistiken und Bundesstatistiken nicht eindeutig und nicht klar sind. Wie hoch sind Ablehnungsquoten z. B. bei stationären Heilverfahren? Sie liegen in Baden-Württemberg bei bis zu 40 %. Wie unterschiedlich ist das, wenn man die Werte der Kassen, für die man Statistiken hat, vergleicht, und was heißt das?

Das heißt auch ganz klar, dass dann, wenn Budget fehlt, die Ablehnungsquote steigen muss. Das heißt ganz klar – wenn man es auch bei ausgewerteten Statistiken sieht –, dass man dann, wenn in der Rentenversicherung das Budget erreicht und ausgeschöpft ist, letztendlich nur die Möglichkeit hat, die Ablehnungsquote zu erhöhen und Reha zu verschieben. Medizinisch ist das nicht sinnvoll.

Zwischenfazit und Empfehlungen: Meiner Meinung nach muss sichergestellt werden, dass Rehaanträge nicht ohne medizinische Begründung abgelehnt werden. Meines Erachtens ist es wichtig, dass der niedergelassene Arzt – das ist im Regelfall der Hausarzt, der den Patienten sehr gut kennt – damit ein stärkeres Gewicht bekommt. Und wenn ein Prüfrecht eines MDK berechtigterweise wahrgenommen wird, dann sollte man sich meiner Meinung nach nicht über die Patientenakte auseinandersetzen, sondern den Patienten sehen. Ich halte es auch für wichtig, dass dann, wenn ein MDK-Arzt zu einem anderen Ergebnis kommt – was möglicherweise berechtigt ist –, er sich mit dem Hausarzt oder niedergelassenen Arzt verständigen muss. Ich glaube, das wäre zumindest für das Wohl der Patienten wichtig. Wenn man zu dem Ergebnis kommt, dass die Ablehnung gerechtfertigt ist, sollte man die Begründung klar und deutlich auch an die Bevölkerung und an den Patienten transportieren.

Einen frühzeitigen Zugang zu Rehamaßnahmen zu ermöglichen heißt auch, dass man die Potenziale ausschöpft. Da gibt es im Moment viele gesetzliche Initiativen auf Landes- oder Bundesebene. Die zielen alle in die richtige Richtung. Meines Erachtens ist es wichtig, dass man den Weg konsequent verfolgt.

Es geht aber auch darum, aufzuklären und zu sagen: Welche Möglichkeit bietet Reha? Welche Möglichkeit habe ich, nicht in die Erwerbsminderungsrente hineinzufallen, sondern weiter zu arbeiten und damit auch selbst für ein auskömmliches Renteneinkommen zu sorgen und nicht in Altersarmut abzudriften?

Eine künftige Herausforderung ist aber auch der zunehmende Bedarf an professionell Pflegenden. Wir haben einen massiven Fachkräftemangel. Es gibt einen zunehmenden Bedarf auch für pflegende Angehörige. Wir müssen eigentlich froh sein, wenn Angehörige pflegen, aber sie sind damit auch körperlich belastet. Da ist auch die Frage – da gibt es Initiativen –, wie man das weiterentwickeln kann. Es ist vor allem auch wichtig, dass man Pflegebedürftigkeit vermeidet.

Investitionen in die Reha werden sowohl in der Kranken- als auch in der Rentenversicherung meines Erachtens aufgrund der Alterspyramide und der sonstigen Umfeldbedingungen wichtiger. Was steht dem im Weg? Zum einen die Deckelung der Ausgaben in der Rentenversicherung und zum Zweiten, dass eine Krankenkasse gar kein Motiv und keine Motivation hat, etwas zu tun, wenn „Reha vor Pflege“ angesagt ist. Man müsste der GKV nicht nur im Gesetz einen Ausgleichsmechanismus geben, sondern diesen so einfach und nachvollziehbar machen, dass tatsächlich Geldmitteltransfer stattfindet. Ich habe da weder die eine noch die andere Position, aber ich sage: Es

macht keinen Sinn, die GKV an diesem Punkt alleinzulassen; das hilft weder dem Patienten noch uns.

Zwischenfazit und Empfehlungen auch hier: Jede medizinisch notwendige Reha muss genehmigt und finanziert werden. Die Nichtanpassung an den tatsächlichen Bedarf, was das Ausgabenvolumen angeht – – Wir haben immer die Begrenzung oder Veränderungsrate. Aber was passiert denn, wenn der Bedarf höher als die Veränderungsrate ist? Im Zweifelsfall sagt man uns als Leistungsanbieter: „Da ist noch Rationalisierungspotenzial mit drin.“ Zu was sind wir gezwungen? Schlicht und einfach dazu, Leistungen anzupassen, was dann sinnvoll medizinisch entsprechend organisiert werden soll.

Wenn man – ich habe es gerade angesprochen – vermeiden will, dass zulasten der Pflegeversicherung Maßnahmen gemacht werden, bzw. wenn man vermeiden will, dass die gesetzlichen Krankenkassen die Maßnahmen nicht durchführen, muss man einfach sagen: komplett ausgleichen, nicht teilweise ausgleichen. Man sollte sagen: „Dann nehmen Sie es wahr.“ Die GKV kann Reha – was sie an vielen Ecken beweist –, aber wenn ich ihr das Geld für die Aufgaben nicht gebe, dann wird sie das wahrscheinlich nur in begrenztem Maß tun.

Zur Versorgungssituation in Baden-Württemberg, was medizinische Reha angeht: Wir haben – es ist mir wichtig, das kurz noch darzustellen – natürlich auf der einen Seite die Krankenhausstatistikverordnung, insbesondere die entsprechenden Grunddaten zu Vorsorge- und Rehaeinrichtungen für Bund und Land. Wir haben Diagnosedaten, aber – Achtung – nur für Einrichtungen mit mehr als 100 Betten. Wir haben auch Statistiken der für Reha zuständigen Kostenträger; in der GKV-Statistik ist es genannt, aber das ist nicht vollständig. Und es gibt eine DRV-Rehastatistik, die mit der GKV-Statistik nicht übereinstimmt.

Schaut man sich einmal die Unterschiede an: Wo liegt das Problem? Aufbau, Detaillierungsgrad, Veröffentlichungszeitpunkt sind letztendlich die Punkte, die sich unterscheiden. Dies bedeutet: Sie bekommen insbesondere im Vergleich von Bund und Land keine vernünftige Darstellung einer Statistik, aus der Sie ablesen können, wie es sich verändert oder nicht verändert.

Die übergreifende Problematik ist: fehlende Transparenz aufgrund der Unterscheidung bundes- und landesunmittelbarer Krankenkassen, das heißt fehlende Vergleichbarkeit der Krankenkassen auf Landesebene und Genauigkeitsverlust durch Miteinbezug von Versicherten anderer Länder. Also: Wenn ich im Land diskutieren will, was ich ausgeben will, und das in einem anderen Bundesland differenzierter machen will, dann haben wir nicht im notwendigen Maß Datenmaterial, das wirklich zu 100 % aussagekräftig ist.

Es fehlt in der GKV-Statistik insbesondere die Aufgliederung in Indikationsbereiche, auch eine Diagnosestatistik der GKV fehlt komplett, und es gibt z. B. keine Angaben zum Wohnort der Versicherten.

Die Deutsche Rentenversicherung – ich habe es vorhin schon angedeutet – weist folgende bundeslandspezifische Angaben aus. Ich habe hier eine ganze Latte aufgelistet. So viel müsste man nicht machen, aber zumindest die fett markierten Punkte – Alter, Personenkreis, Wohnort und Behandlungsort – sollte man wissen.

Es ist klar: Es ist schwierig. Wir haben sowohl einzeln als auch über Verbandsmitgliedschaften die Thematik diskutiert. Es ist nicht einfach, das umzustellen; es bedarf sicherlich einer Abstimmung zwischen den einzelnen Bundesländern, der Bund muss mitmachen, und einer muss initiativ werden. Wenn Sie dies aber als Entscheidungsgrundlage wollen und/oder brauchen, sind dies die Änderungen, die man in Angriff nehmen muss.

Zwischenfazit aus meiner Sicht zu dieser Thematik: In Zukunft sollten alle Statistiken gleich aufgebaut und stärker detailliert sein. Man kann es auch so machen: Wenn die Rentenversicherung mehr braucht, lässt man das aus der Gesamtstatistik einfach raus; weniger ist dann also mehr, es sollte aber vielleicht gleich verteilt sein. Man hat dabei aus meiner Sicht darauf zu achten, dass man eine Anschlussfähigkeit an die bisherigen Daten hat; denn sonst hat man keine Zeitreihen, aufgrund derer man sagen kann, wie die Veränderung aussieht. Es müsste, wenn wir die Dinge organisieren wollen, in der Folge eine Meldepflicht für Kostenträger in der medizinischen Reha eingeführt werden. Ferner müssen aus unserer Sicht die Daten beim Statistischen Bundesamt einfach und im optimalen Fall kostenlos zugänglich sein.

Ich möchte jetzt die letzte Minute dazu nutzen, das in einfachen Worten – nicht auf Niveau der „Bild“-Zeitung, aber vielleicht einmal sehr platt – aus Sicht von Erna Müller als Patientin zu sagen: Wenn wir medizinische Versorgung sehen – die sieht meines Erachtens in Stuttgart anders aus als auf dem flachen Land, was Rehabilitation angeht, weil schon allein der öffentliche Nahverkehr oder die Zugänglichkeit oder Verteilung auf dem Land anders aussieht –: Wir müssen sicherstellen, dass der Zugang zu allen medizinisch notwendigen Leistungen für Patienten gewährleistet ist. Das heißt: Alles, was ich angesprochen habe, was ein Hindernis sein kann, ist zu verändern. Nur dann ist es möglich, die Dinge zu realisieren.

Wenn die Patientin Erna Müller dann im System angekommen und nicht an abgelehnten Anträgen oder Ähnlichem gescheitert ist, müsste klar sein, was die medizinisch notwendige Leistung ist. Auf Basis der medizinisch notwendigen Leistung müsste es dann einen klaren Auftrag des jeweils zuständigen Kostenträgers geben, und daran müsste sich die Vergütung orientieren, und dies unabhängig von der Budgetausstattung – sofern Sie sich meiner Meinung anschließen, was die Randbedingungen der vorliegenden Folien betrifft.

Wenn ich dann die Inhalte und den Zugang geregelt habe und wissen will, ob sich Einzelne – sprich: auch wir – an die Spielregeln halten, ist Transparenz in einem größeren Maß als heute notwendig; ich brauche an der einen oder anderen Ecke dafür Statistiken. Ich habe mit der Durchführung dieser regionalen Versorgung die Chance, zu sagen: Es gibt mehr als bisher Teilhabe am sozialen Leben, das heißt, Pflege findet eher

zu Hause statt. Nichtpflege durch Rehabilitation findet beispielsweise in der Form statt, dass jemand ein selbstbestimmtes Leben noch länger – ein, zwei Jahre – zu Hause vollziehen kann. Ferner kommen die Rehabilitanden im Regelfall mehrheitlich eher in den Beruf zurück, bleiben dort noch mehrere Monate oder Jahre und leisten damit auch aktiv einen Beitrag in die Sozialversicherung.

Damit ist es möglich, auch Altersarmut zu verhindern, weil – ich habe es gesagt – Erwerbsminderungsrenten dann letztendlich wegfallen und mehr Rente entsteht. Und wir hätten in den Betrieben die Chance, eine adäquate Vergütung an Mitarbeiter zu zahlen bei Fachkräftemangel und bei dem diesbezüglichen berechtigten Anspruch.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Vielen Herzlichen Dank, Herr Schneider.

Bevor wir zur Fragerunde kommen, möchte ich noch den Hinweis an unsere Besucher geben: Es stehen hier vorn Getränke bereit. Bitte bedienen Sie sich. Bei den heutigen Temperaturen sind Flüssigkeitszufuhr und Flüssigkeitsausgleich natürlich wichtig.

Für diejenigen Damen und Herren Mitglieder der Enquetekommission, denen ich es nicht persönlich sagen konnte: Wir werden die nicht öffentliche Sitzung aus Temperaturgründen heute Nachmittag hier in diesem Raum stattfinden lassen. Ich möchte die parlamentarischen Berater bitten, Kolleginnen und Kollegen – sofern diese noch nicht da sind – dies entsprechend mitzuteilen, damit sie nicht drüben in der Königstraße 9 bei über 40 °C verschmoren müssen und auf uns warten.

Jetzt kommen wir aber zu den Fragen. Gemeldet haben sich bisher Herr Dr. Patrick Rapp, der Kollege Lucha, der Kollege Haußmann und der Kollege Hinderer. Ich sehe sonst im Moment keine Wortmeldungen. – Dr. Patrick Rapp.

Wir werden die Fragen zunächst sammeln und Ihnen, Herr Schneider, dann die Gelegenheit geben, zu antworten.

Abg. Dr. Patrick Rapp CDU: Herr Vorsitzender, vielen Dank. – Herr Schneider, Ihnen ein Dankeschön für Ihren Vortrag. Sie haben von den Hauptfragen, die wir uns im Vorfeld überlegt haben, nicht viel übrig gelassen, was es an Fragen zu stellen gibt, und ich will hier auch kein Korreferat halten. In Ihren Zwischenfaziten und Empfehlungen ist vieles bereits abgedeckt.

Sie haben u. a. den Punkt „Auswahl der Rehaanbieter“ angesprochen und da Optimierung angemahnt. Da hätte ich an Sie die Nachfrage: An welcher Stelle müsste man hier ansetzen? Wie müsste man das gestalten?

Meine zweite Frage, aus dieser Finanzierungsschiene heraus, ist, inwieweit Sie die Fallsteuerung durch die Krankenkassen in diesem Zusammenhang für sinnvoll halten.

Der dritte Punkt, mit Blick auf die pflegenden Angehörigen: Inwieweit sehen Sie da Möglichkeiten, eine Art Familienreha einzurichten? Haben Sie bei Ihnen in der Gruppe diesbezüglich Beispiele?

Vielen Dank.

Abg. Manfred Lucha GRÜNE: Herr Vorsitzender! Lieber Herr Schneider, herzlichen Dank. Sie haben mir sehr aus dem Herzen gesprochen. – Ich möchte jetzt noch ein paar Details nachfragen, etwas praxisbezogen für das Konkrete. Die frühzeitige Einleitung von Rehamaßnahmen und ihre stetige Anpassung an das aktuelle Krankheitsbild sind ja bekanntermaßen für den Erfolg maßgeblich. Wird denn die Möglichkeit der Frührehabilitation nach § 39 SGB V Ihrer Meinung nach ausreichend berücksichtigt und in Anspruch genommen? Falls nein: Was muss getan werden, um dies zu ändern?

Eine weitere Frage: Wird Ihrer Meinung nach das rehabilitative Potenzial einer Person in der Begutachterpraxis des MDK ausreichend berücksichtigt und in der Pflegebegutachtung erkannt, und werden entsprechende Maßnahmen empfohlen? Wenn nicht: Wie wäre dem abzuhelpen?

Daran schließt die Frage an: Ist denn das Beratungsangebot bezüglich Reha- und Präventionsansprüchen ausreichend? Oder was müsste da im Vorfeld gemacht werden?

Das Stichwort „zielgruppenbezogen“ können wir in der zweiten Runde ansprechen, damit es jetzt nicht zu lang wird.

Was mich noch interessieren würde, weil Sie dazu nichts gesagt haben: Wo würden Sie in Zukunft die geriatrische Rehabilitation in der Leistungssystematik ansiedeln? Ist sie dort, wo sie heute verankert ist, am richtigen Fleck, oder ist es nicht tatsächlich so, dass wir hier nicht den gewünschten Einsatz haben, weil sie vielleicht fehlplatziert ist?

Herzlichen Dank.

Vorsitzender Helmut Walter Rück: Danke, Herr Kollege Lucha. – Herr Haußmann.

Abg. Jochen Haußmann FDP/DVP: Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Sehr geehrter Herr Schneider, herzlichen Dank für Ihren Vortrag. – Ich will mich auf ein paar wenige Punkte beschränken. Sie haben jetzt die Rehabilitation überwiegend über den Klinikbereich dargestellt. Es gibt ja aber auch andere Bereiche, z. B. den ambulanten Bereich. Mich würde interessieren: Welche Konzepte können Sie sich vorstellen, damit wir eine Verbindung zwischen ambulanter und stationärer Rehabilitation schaffen? Denn nach der Zeit im Klinikum geht es ja noch weiter.

Sie haben ja die Problematik bezogen auf Pflege- und Krankenversicherung beschrieben. Wie könnte man da konkret ansetzen? Sie haben das ja auch mit Zahlen dargestellt. Gibt es da Modelle, die Sie vorschlagen könnten, wie man das ermittelt oder wie man das vielleicht durch einen Case-Manager begleitet?

Ich würde gern noch zu einem zweiten Punkt etwas hören, da wir ja auch den Fachkraftmangel als Thema in der Enquetekommission haben: Sind es in Ihrem Bereich der Rehakliniken eher die Pflegekräfte, bezogen auf die Sie vor Herausforderungen stehen, oder sind es die Gesundheitsberufe – Ergotherapeuten, Logopäden und Physiotherapeuten?

Und meine letzte Frage: Wie soll sich die Meldepflicht, die Sie angesprochen haben, Ihrer Meinung nach konkret darstellen?

Danke.

Abg. Rainer Hinderer SPD: Herr Schneider, auch von unserer Seite vielen Dank für den gut strukturierten und interessanten Vortrag. – Ich nehme noch einmal Bezug auf die von Ihnen auch vorgetragene hohe Ablehnungsquote. In Ihrem Handout schreiben Sie, dass sie bei 40 % liegt und dass nur jeder Fünfte einen Widerspruch gegen die Ablehnung einlegt. Können Sie auch einschätzen, in wie vielen Fällen der Widerspruch erfolgreich ist? Also: Lohnt es sich, Widerspruch einzulegen? Und welche Rolle spielt der MDK bei der Beurteilung?

Danke.

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Danke, Herr Hinderer. – Frau Wölfle, bitte.

Abg. Sabine Wölfle SPD: Vielen Dank, Herr Vorsitzender. – Ich habe eine Frage zu einer speziellen Gruppe, nämlich der mit der Nebendiagnose „Demenz“. Da scheint es ja so zu sein, dass bei der hohen Ablehnungsquote unter Umständen auch ein größerer Anteil von demenziell Erkrankten dabei ist. Es gibt, glaube ich, keine empirischen Untersuchungen dazu, aber das kann man allerorten nachlesen. Können Sie abschätzen, wie hoch hier der Anteil bei den Ablehnungen ist, aber auch überhaupt in der Reha, und ob man hier ein Umdenken benötigt, um z. B. begleitende Maßnahmen in der Reha für diese Patientengruppe umzusetzen, also etwa zur Stärkung der kognitiven Fähigkeiten, auch die Familie mit einzubeziehen, damit die Reha auch hier zum Erfolg führt?

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Spannende Fragen warten auf Antworten. Herr Schneider, Sie haben das Wort.

Sv. Herr Ellio Schneider: Vielen Dank. – Ich versuche, es vornweg zu beantworten: Optimierung der Betriebe. Wenn nichts mehr geht und kein Budget reicht, heißt bei uns die Aufforderung: „Einer geht immer noch.“ Das heißt: Die Schraube anziehen, Prozes-

se verbessern. Wenn ich aber sehe – es gibt ja Umfragen von Krankenhausgesellschaften und anderen Verbänden –, wie viele Betreiber von Akut- und Rehaeinrichtungen mit wie vielen Einrichtungen wo im Minus stehen, dann kann ich nur sagen: Auch wenn ich Prozesse optimiere, auch wenn ich morgen die Dinge in der Zusammenstellung optimiere, wenn ich aus drei Einzelkrankengymnastikanwendungen zwei mache und eine Gruppentherapie, dann habe ich so einen Teil Einsparungen zu so einer Finanzierungslücke.

Also: Entweder wir kommen hin und sagen, wir wollen die medizinische Leistung finanzieren und damit Budget zur Verfügung stellen, oder wir werden als Betriebe in der Summe irgendwann wirtschaftlich am Ende sein oder gezwungen sein, mittlere Qualität am unteren Ende zu bieten.

Das ist aber eine Diskussion, die man politisch, die man gesellschaftlich führen muss. Es ist sicherlich klar, dass es einen Unterschied gibt, egal, welcher Träger das ist – privat, kommunal oder freigemeinnützig. Einzelne machen es ein Stück besser, aber das wird die Welt nicht retten. Um da die Frage zu beantworten: Wir brauchen auch den anderen Teil.

Fallsteuerung der GKV: Ich habe es vorhin angedeutet. Eine GKV kann nur so steuern, wie sie Geld hat, wie sie einen Rahmen hat. Auch eine Rentenversicherung steuert nur so, wie das Budget ausreicht. Herr Seiter von der DRV Baden-Württemberg hat halt gesagt: „Ist mir doch egal, wenn ich Strafe zahle; ich überziehe eigentlich, weil die Menschen das brauchen.“ Der Kollege in einem anderen Bundesland sagt: „Nein, ich folge den Vorgaben, die ich habe.“ Allein schon da sehen Sie die Problematik, die tagtäglich den Patienten erreicht. Warum machen sie aber ein Budget, wenn klar ist, dass 1 €, der eingesetzt wird, mehr Effekt hat als 1 €, der zurückkommt? Die GKV hat gar kein Budget und macht trotzdem weniger Leistung. Also: Es kann nicht an diesem Punkt liegen.

Familienreha: Sie haben viele Aspekte in Ihrer Fragestellung, von denen ich einige aufgreife. Wäre es sinnvoll, die Familie einzubeziehen? Verhaltensänderung ist ja oft ein Thema, Wiedereingliederung unter anderen Bedingungen: Ja – es kostet aber auch mehr Geld.

Ist es sinnvoll, wenn Jugendliche Probleme haben und das mit ihrer Ernährung zu tun hat? Selbstverständlich – denn nur dann, wenn die Mutter nach der Rückkehr anders kocht, erreicht man eine Verhaltensänderung. Um die platten Beispiele zu nennen.

Ich brauche Ihnen das nicht extra zu sagen: Wenn Sie statt nur dem Patienten auch eine Begleitperson haben – egal, wie das im Detail finanziell aussieht –, kostet das einen Tick mehr. Volkswirtschaftlich ist das sinnvoll, insbesondere dann, wenn Sie in den Schulen anfangen würden, Prävention durch Aufklärung zu machen: Was hat Ernährung für Folgen? Was haben Gebrauchsmittel und anderes für Folgen? Da könnte man mit wenig Geld viel machen. Aber es ist eine Kombination.

Es würde für mich keinen Sinn machen, zu sagen: „Ich mache Prävention, aber ich ziehe das vom Rehabudget ab“ oder: „Ich mache Reha und ziehe das von einem anderen Budget ab.“ Im Zweifelsfall bekomme ich dann auf der Bundesebene – als ein Mensch, der da auch tätig ist – zurück: „Beitragsstabilität geht über alles.“ Dann sage ich: „Okay, dann müssen wir die anderen Folgen akzeptieren.“ Also: Einen Tod werden Sie sterben müssen – auch wenn das vielleicht nicht die gewünschte Antwort ist.

Frühzeitige Einleitung: Ich bin ein Überzeugungstäter, weil wir in Isny im Allgäu auf dem Land sind und uns ganz anders behelfen müssen als in der Großstadt. Wenn der Hausarzt die Hausarztfunktion nicht zurückbekommt und wir nur noch apparative Fachärzte erzeugen, werden wir nicht wissen, was dem Patienten wirklich fehlt, und wenn wir das nicht wissen, können wir nicht frühzeitig Maßnahmen einleiten. Wenn kein Transfer stattfindet zwischen dem Hausarzt, der den Menschen, die Familie und das Umfeld kennt – es ist nämlich nicht nur apparative Medizin notwendig –, dann wird auch der Dialog mit dem MDK nicht klappen.

Ich nenne immer so ein plattes Beispiel: Da liegt ein Berg Akten – das vom MDK, der in Kiel sitzt –, und ganz da drüben im Eck sitzt der Hausarzt in Oberstdorf mit dem Patienten. Wie sollen die außer über die Aktenlage oder Telefonieren in persönlichen Kontakt kommen?

Das ist jetzt überzeichnet und an Extremen festgemacht. Aber ich glaube, wenn man das lösen will, muss man denen, die zahlen sollen, Geld zur Verfügung stellen. Denn wenn ich damit zur GKV gehe, sagt die mir: „Ich habe es auch nicht.“ Das stimmt. Aber das ist ein Problem, das man dann vielleicht hier im Raum lösen muss.

Wenn der MDK – ich wiederhole mich bei diesem Punkt – feststellt, es ist anders, als es der Hausarzt hingeschrieben hat, dann könnte das ja auch einmal den Grund haben, dass der Hausarzt – – Wenn Sie sich die Praxis vorstellen: Er fängt morgens früh um 7 Uhr an, sitzt abends um 19 Uhr immer noch da und hat einen großen Patientendurchlauf, und dann sagt der: „Jetzt bekomme ich noch 17 Formulare; die soll ich für 20 € oder für noch weniger oder gar nichts ausfüllen.“ Da wäre es notwendig, dass wir in Deutschland eine Kultur hinbekommen, die heißt: Wenn ein Fehler in einem Antrag ist, lehne ich den Antrag nicht aus Fehlergründen ab, sondern ich rufe bei dem Arzt an. Das wird Geld und Personal kosten, aber Sie hätten damit letztendlich eine wesentlich bessere Finanzierung, und Sie würden am Ende die viel teurere Frühverrentung und Ähnliches im Gesundheitswesen runternehmen.

Ich bin kein Illusionist. Wenn wir diese Entscheidung in den Legislaturperioden unterbringen müssen, ist natürlich die Frage, wie man das am gescheitesten anfängt.

Der richtige Ort der Geriatrie in der Leistungssystematik: Ich sage jetzt nur meine persönliche Meinung, weil ich weiß, dass ich damit jedem auf die Füße trete. Politisch war gewollt – Baden-Württemberg hat es entschieden; da gibt es nichts zu diskutieren, es ist so –: Wir haben einen Geriatrieplan, und der Geriatrieplan führt dazu, dass wir in den

alten internistischen Außenstationen Geriatrie im Akutbereich haben, weil wir diese Betten, diese Orte und diese Arbeitskräfte nutzen wollten. Ich selbst kann aus eigener Erfahrung im Unternehmen sagen: Wir haben geriatrische Reha über Jahre abgelehnt. Wir machen sie jetzt an einem Standort, aber unter der Bedingung, dass wir eine orthopädisch-internistische Rehaklinik mit 200 Betten haben und 27 bis 40 Betten Geriatrie dazu machen.

Was hat das – das geht auf die erste Frage von Ihnen zurück – für einen Effekt? Damit bekomme ich natürlich Wirtschaftlichkeit hin. Ich habe alle Berufsgruppen schon an Bord. Ich habe im Zweifelsfall die begleitenden Chefärzte alle schon finanziert. Ich habe die Kompetenz im Haus, nämlich Schwerpunkt Reha. Die Folge ist: Ich brauche noch Pflegepersonal, und ich brauche noch Geriater und, und, und, aber ich brauche nicht die komplette Ausstattung, und ich habe eine Betriebsgröße, die nicht bei 40 oder 60 Betten liegt, sondern bei 200 Betten plus x.

Da muss man zuerst entscheiden, was man politisch will. Wenn Sie mich betriebswirtschaftlich und vom Prozess her fragen: Es ist eine Umverteilung, die hier stattfindet. Denn was machen Sie damit, wenn Sie es anders entscheiden? Sie nehmen einem etwas weg und geben es jemand anderem. Die Frage ist, wenn Sie es von mir wissen wollen: Aus Patientensicht brauchen Sie eine Versorgung lokal da, wo sie nachgefragt ist, und Sie brauchen sie medizinisch-qualifiziert. Oder Sie müssen sagen: Ich lasse das im Akutbereich. Aber dann muss ich mehr Geld hineinstecken, weil die Struktur einfach einen höheren Geldbedarf hat.

Ambulante Reha oder mobile Reha: Aus meiner Sicht gibt es kein Entweder-oder. Ich sage es ganz klar: Wir sind zu 99 % ein Anbieter von stationären Rehaleistungen. Wir haben an jedem Standort – Achtung: aber ländlich – die Zulassung für ambulante Reha, und da, wo sie nachgefragt wird, wird sie angeboten.

Es gibt verschiedene Leistungsnachfrager. Ich mache das ganz allgemein, weil es nicht relevant ist, wer was will. Klar kann man eine Kombination aus stationärer und ambulanter Reha machen, klar kann man es so oder so tun. Nur: Dann müsste man hingehen und sagen: Bevor der Patient in einen Versorgungskreislauf geht, mache ich eine Patientenklassifikation. Ich gebe Geld aus und schaue mir genau an: Was braucht er? Dann geht halt der eine, der Sportler ist, ein neues Knie bekommt – warum auch immer – und in Stuttgart wohnt, in die ambulante Reha, und bei gleicher Indikationsstellung geht Erna Müller, die 70 Jahre alt ist, Begleiterkrankungen x, y und z hat, halt zwei Wochen in die stationäre Einrichtung und wird dann eine Woche ambulant betreut, wenn es das vor Ort gibt. Und der alleinstehende ältere Herr geht für die komplette Zeit in die stationäre Einrichtung. Das ist gliederbar. Aber wenn aus Budgetgründen gesagt wird: „Wir brauchen 20 % ambulante Reha oder 30 %“ – es gibt solche Verfechter – oder: „Der Durchschnitt ist in Baden-Württemberg niedriger als in Nordrhein-Westfalen“, dann sage ich: „Es ist aber auch von der Struktur und der Dichte der Bevölkerung her ein anderes Land.“

Also ein klares Bekenntnis: Wir brauchen die Versorgungsformen alle; die sind auch sinnvoll. Aber an sich geht es eigentlich mit dem ersten Schritt los, die Dinge zu tun.

Fachkräftemangel haben wir an jeder Ecke. Ich gebe zwei Beispiele. Erstes Beispiel: Eine Frau war vor 15 Jahren für zehn Jahre in der Pflege tätig. Sie hat drei Kinder bekommen – also kein untypisches Beispiel. Sie kommt wieder in den Beruf zurück und möchte Teilzeit arbeiten, und jetzt haben wir formelle Auflagen: Fachquote. Raten Sie einmal, wie das ausgeht.

Die fachlichen Voraussetzungen hat dann eine 27-Jährige, die direkt von der Schule kommt und alle Scheine beieinander hat. Sie soll dann die 50-Jährige mit Lebenserfahrung, die richtig weiß, wie Pflege geht, führen und ihr sagen, wie das Leben aussieht. Ich sage das so platt, weil das nicht funktioniert. Wenn wir die Leute, die Teilzeit arbeiten wollen, nicht immer verscheuchen wollen, dann müsse wir sagen: Wenn sie es kann, ist das der Ersatz für Formalien, und dann müssen wir diejenige, die es kann, obwohl sie den Schein nicht hat, weil sie halt aus Versehen drei Kinder bekommen hat und aus Versehen nicht die Ausbildung beendet hat, arbeiten lassen. Dann haben wir aber keinen Fachkräftemangel.

Wenn Sie sich das bei den Ärzten anschauen: Wenn ich jeden Tag in der Zeitung und im Fernsehen hören würde: „Die Bezahlung ist schlecht, es gibt Ärger, und in der Pharmaindustrie verdienst du mehr, und in der Schweiz ist alles besser“: Warum sollen die Menschen dann Medizin studieren? Warum sollen sie etwas tun, wenn Medizin weiblicher wird – 70 % vom Trend her? Sie sagen: „80-Stunden-Woche ist nicht das, was ich machen will, denn ich habe ja noch Familie zu Hause.“ Dann muss ich mir auch da überlegen, ob wir bereit sind, die Rahmenbedingungen zu ändern. Wir werden das als Mittelstandsbetrieb tun, aber es genügt nicht, wenn das Einzelne tun. Insoweit glaube ich, dass wir auch da eine ähnliche Situation haben.

Zum Thema Demenz können, glaube ich, die drei Kollegen, die hier sind, viel mehr sagen. Das möchte ich gern an sie weitergeben; sie nicken gerade. Wenn Sie bitte netterweise etwas dazu sagen; denn da bin ich viel weniger drin, und das ist gerade das Spezialgebiet von zwei der drei Herren.

Wenn man es zusammenfasst: Es ist einfach irgendwann die Entscheidung nötig: Es dominieren medizinische Notwendigkeit und Inhalt, und wir haben nicht im ersten Schritt Angst vor der Rechnung, davor, was Geld kostet. Im Moment werden ja Gesetze anders gebaut. Man hat fünf Initiativen, die schraubt man zu einem Gesetz zusammen, dann fängt man an, Geld zusammenzuzählen. Ich verstehe, was Sie mir sagen werden: „Es langt nicht.“ Dann haben Sie das Thema „Geld langt nicht. Das führt zu Priorisierung.“ Aber wenn Sie diese Themen lösen wollen – ich kann sagen, dies ist extrem wichtig, nicht nur für uns, sondern auch für die Industrie, für die Beschäftigung in Deutschland und für die Volkswirtschaft –, dann werden Sie diese Dinge anpacken müssen.

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Vielen Dank. Es wären noch 1 Minute und 20 Sekunden für eine Frage und eine kurze Antwort übrig. – Das ist nicht der Fall. Herr Schneider, vielen herzlichen Dank für Ihren Vortrag und dafür, dass Sie Rede und Antwort standen.

(Beifall)

Wir kommen nun zu Herrn Dr. Kilian Rapp.

Sv. Herr Dr. Kilian Rapp: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Abgeordnete, sehr geehrte Damen und Herren! Zum Thema „Prävention und Rehabilitation“ hören Sie heute gleich zwei Geriater. Herr Jamour und ich haben uns dahin gehend abgestimmt, dass ich mich auf das Thema Prävention konzentrieren werde und er auf das Thema Rehabilitation.

(Der Redner begleitet seinen Vortrag mit einer Präsentation, *Anlage 2.*)

Wie Sie wissen, ist die Lebenserwartung in den letzten 100 Jahren kontinuierlich angestiegen. Das ist in der ersten Zeit ganz überwiegend darauf zurückzuführen gewesen, dass die Kinder- und Säuglingssterblichkeit zurückgegangen ist. Seit den Siebzigerjahren haben wir allerdings ein neues Phänomen, nämlich dass die alten Leute immer älter geworden sind, was sehr erfreulich und mit ein Erfolg der klassischen Prävention ist. Dadurch ist es aber auch zu einer Zunahme der Zahl von Personen gekommen, die immer mehr Erkrankungen haben – was wir Multimorbidität nennen. Das sehen Sie hier in dieser Grafik aufgeführt, nämlich dass mit zunehmendem Alter die körperliche Gesundheit immer mehr abnimmt; das ist die gepunktete Linie. Dies ist gleichbedeutend mit einer Zunahme der Zahl an Erkrankungen und auch der Intensität der Erkrankungen.

Der eigentliche Grund, warum ich Ihnen diese Grafik zeige, ist aber die blau gestrichelte Linie, und zwar sprechen wir von der „funktionalen Gesundheit“; das ist die Motorik, die Kognition, die Psyche. Die ist am Anfang noch relativ wenig eingeschränkt, aber an irgendeinem Punkt, wenn immer mehr Krankheiten auftreten und diese immer schwerer werden, kommt es zu einer Situation, dass eine Schwelle überschritten wird, dass die Funktionen eingeschränkt werden und Behinderung auftritt. Das ist für uns in der Altersmedizin deshalb so entscheidend, weil diese funktionale Gesundheit diejenige ist, die die Selbstständigkeit und den Verbleib zu Hause determiniert.

Da müssen wir, wenn wir über Prävention und Rehabilitation im Alter sprechen, auch sagen, dass hier nicht mehr die einzelne Erkrankung adressiert wird – das ist ein Paradigmenwechsel –, sondern wir adressieren, wenn wir über Prävention und Rehabilitation sprechen, in erster Linie die Funktion, die körperliche Funktion.

Im Alter haben wir als übergeordnetes Ziel auch nicht mehr eine Verlängerung der Lebenserwartung. Wenn dies gelingt, ist das schön, aber wir haben vor allem das Ziel, die Lebensqualität, die Selbstständigkeit und den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit zu erhalten, und die Voraussetzung dafür ist eben die funktionale Gesundheit. Kognition und Psyche sind sicherlich präventiv auch beeinflussbar, aber nicht in dem Ausmaß – zumindest im Alter –, wie wir das bei der Motorik können, wie z. B. bei Kraft und Balance, die wir unbedingt brauchen, wenn wir Treppen steigen, beim Toilettengang oder wenn wir uns ankleiden müssen.

Deshalb werde ich im Folgenden insbesondere auf die Motorik Bezug nehmen und darauf, was wir da erreichen können. Denn wir wissen, dass wir hier effektiv sind. Wir haben Maßnahmen, die vielfach nachgewiesen haben, dass sie effizient sind. Es gibt z. B. eine Großzahl an Studien, die zeigen, dass Stürze verhindert werden können. Wir wissen auch aus guten Publikationen, dass die geriatrische Rehabilitation effizient ist bei den Outcomes, die uns interessieren, wie Funktionalität oder Institutionalisierung.

Die Frage ist nun aber: Welche Maßnahmen sind denn die, die im Bereich der Prävention sinnvoll sind? Sie sehen hier auf dieser Folie ein Ehepaar, dem wir wahrscheinlich gar nichts mehr raten müssen; sie sind schon ganz gut unterwegs. Aber die Personen, die wir ganz häufig behandeln, sehen so aus wie auf dem rechten Bild. Sie sind gebrechlich, haben eine verminderte Muskelmasse und sind vielleicht schon kognitiv eingeschränkt. Wenn wir dieser Dame empfehlen, sie solle an der Walkinggruppe der zwei älteren Herrschaften, die auf der linken Folie abgebildet sind, teilnehmen, wird das wahrscheinlich die letzte Empfehlung von uns gewesen sein, der die Dame folgen wird. Das heißt: Wir haben das Problem, dass sich die funktionellen Ausgangsniveaus im Alter unterscheiden und wir unsere präventiven Maßnahmen an diese unterschiedlichen funktionellen Ausgangsniveaus anpassen müssen.

Wir haben verschiedene Personengruppen; ich habe einmal versucht, sie herauszuarbeiten. Wir haben zum einen ältere Personen, die noch keinen Hilfs- oder Pflegebedarf haben, wir haben gebrechliche ältere Personen, die möglicherweise schon Hilfs- und Pflegebedarf haben – da unterscheidet sich noch einmal zwischen denen, die ihr Haus noch verlassen können, und denen, die es kaum noch verlassen –, und die gebrechlichste Gruppe sind diejenigen, die im Pflegeheim leben.

Ich will nun überlegen: Was ist denn präventiv sinnvoll, was ist das Ziel, und wo sind die Barrieren bei diesen Gruppen? Ich beginne mit der ersten Gruppe. Das Ziel ist hier ganz klar, die noch bestehende Mobilität zu erhalten, vielleicht sogar zu verbessern. Was ist sinnvoll? Wir brauchen eine gute Angebotsstruktur an Bewegungsangeboten für Ältere und auch für diejenigen, die bisher z. B. noch gar nicht im Sportverein waren. Das heißt: Wir brauchen einen guten Zugang zur Information; die muss einfach erreichbar sein. Die Angebote müssen ferner sehr niedrigschwellig sein; die Leute wollen da nicht mehr Mitglied werden; das sehen wir immer wieder. Sie wollen sich nicht für ein, zwei Jahre verpflichten; das muss niedrigschwellig sein.

Ein gutes Beispiel für einen einfachen Zugangsweg ist z. B. die Broschüre der Stadt Stuttgart „Fit ab 50“, in der die Bewegungsangebote aufgeführt sind. Vorbildlich ist, dass bei den einzelnen Angeboten auch aufgelistet ist, was das funktionelle Ausgangsniveau sein muss.

Weitere Beispiele in die richtige Richtung sind „Rezept für Bewegung“, ein Modellversuch der Ärztekammer mit verschiedenen Partnern, z. B. DOSB, und Rehasport.

Wer setzt das um? Da wird schon eine ganze Reihe durch die Vereine umgesetzt. Die Volkshochschulen bieten viel an, DRK und auch private Anbieter. Diejenigen Angebote, die über die Kostenträger erstattungsfähig sind, sind neuerdings in der Zentralen Prüfstelle Prävention gelistet. Das ist auch ein Schritt in die richtige Richtung.

Wo haben wir noch Entwicklungsbedarf? Wir wollen ja genau die Personen erreichen, die bisher weniger mobil waren. Das heißt: Wir müssen auch in Bewusstseinsbildung investieren – dass Bewegung nicht nur im jüngeren Alter, sondern auch im hohem Alter sinnvoll ist, dass sie die Autonomie bewahrt und dass sie auch Freude machen kann.

Ein Beispiel ist die BZgA-Kampagne „Älter werden in Balance“, die gerade startet. Daran sind wir mit beteiligt. Ein anderes Beispiel ist ein Projekt, das wir in Reutlingen durchgeführt haben – „Schritt halten“ –, das das Ziel hatte, dass sich Personen über 65 Jahren mehr bewegen. Ein Teil war hier Bewusstseinsbildung.

Wenn man es etwas weiter sieht, erkennt man, dass viele Politikfelder betroffen sind. Es kommt auch darauf an, das Umfeld so zu gestalten, dass ältere Leute Lust haben, überhaupt noch hinauszugehen – dass die Ampelschaltungen so sind, dass auch ein älterer Mensch da noch, ohne Angst zu haben, über die Straße kommt, dass auch Toiletten verfügbar sind usw.

Grundsätzlich ist mir aber um diese Gruppe nicht bange. Hier ist Dynamik drin. Ich denke, da reicht wenig Treibstoff, um das zu befeuern.

Wo es viel schlechter aussieht, ist die nächste Gruppe – gebrechliche ältere Personen mit Hilfs- oder Pflegebedarf. Das Ziel muss hier sein, den Verlust von Mobilität und Selbstständigkeit zu verhindern. Hier brauchen wir sehr viel spezifischere Bewegungsangebote, mit dem Fokus auf Kraft und Balance. Ideal sind, schon aus ökonomischen Gründen, Gruppenprogramme. Aber auch der soziale Aspekt ist natürlich nicht zu unterschätzen. Nach einer gewissen Zeit gehen die Leute nicht mehr so sehr wegen des Bewegungsprogramms dahin, sondern weil sie sich austauschen wollen und danach noch etwas miteinander trinken gehen usw.

Es gibt aber auch Personen, die dort nicht mehr hinkommen. Sie brauchen aufsuchende Programme. Für manche Personen reicht die Intensität nicht aus. Ich bin der Mei-

nung, dass ambulante Rehabilitation – insbesondere ambulante geriatrische Rehabilitation – da ideal geeignet wäre; sie muss natürlich wohnortnah erfolgen.

Ich will Ihnen ein paar Beispiele der Umsetzung zeigen. Erstens: Gruppenprogramme. Wir planen im Moment zusammen mit der Landwirtschaftlichen Krankenversicherung, dem Deutschen Landfrauenverband und dem DTB das groß angelegte Projekt „Trittsicher durchs Leben“, das in 47 Landkreisen in fünf Bundesländern angeboten wird; in Baden-Württemberg betrifft dies neun Landkreise. Wir versuchen hier, ein dichtes Netzwerk von Bewegungsgruppen im ländlichen Raum, wo ja die Struktur besonders schwierig ist, aufzubauen, und wollen da auch unkonventionelle Wege gehen, wie dass die Gruppen im Feuerwehrhaus, im Nebenraum einer Gaststätte usw. stattfinden. Wir haben jetzt im ersten Halbjahr schon mehr als 500 Übungsleiter und Physiotherapeuten geschult. Das zeigt uns, dass auch auf dieser Seite durchaus eine Bereitschaft besteht, da einzusteigen. Das Projekt wird im vierten Quartal dieses Jahres beginnen.

Aufsuchende Programme: Da will ich mich auf das OTAGO-Programm konzentrieren. Das ist sozusagen die Mutter aller aufsuchenden Sturzpräventionsprogramme und das Programm mit der höchsten internationalen Evidenz. Es ist uns gelungen, in Reutlingen die Bosch BKK und die AOK davon zu überzeugen, dass das sinnvoll ist und außerbudgetär erstattet wird. Die AOK hat jetzt eine Absichtserklärung gegeben, das auf Teile von Baden-Württemberg auszudehnen; wir hoffen, dass das bald der Fall sein wird.

Wir haben hier allerdings eine ganze Menge an Barrieren und Entwicklungsbedarf. Wir haben viel zu wenige Angebote, und sie sind auch schwierig zu finden. Wir haben eine erhebliche Schnittstellenproblematik. Der Hausarzt hat hier aus meiner Sicht eine ganz wichtige Mittlerfunktion, aber im Moment gibt es ja noch kaum Angebote, die er vermitteln kann.

In Zukunft würde ich mir das so vorstellen: So wie der Hausarzt regelmäßig ein Blutbild macht, macht er auch regelmäßig ein Assessment und schaut nach: Wird die Funktion schlechter? Im Moment hat er gar keine große Handlungsmöglichkeit. Es sollte in Zukunft so sein, dass er dann über eine einfache Informationsplattform zu den entsprechenden Angeboten kommt und sagt: „Hör her, da oder da kannst du hingehen“ oder vielleicht auch eine ambulante Reha verordnen kann. Eine ambulante Reha aus präventiven Gesichtspunkten zu verordnen geht im Moment überhaupt nicht; hier findet eindeutig eine implizite Rationierung statt. Ich kann Ihnen nachher in der Fragerunde noch erklären, wie das geht, und Sie werden sehen: Das ist im Grunde genommen fast nicht möglich.

Wir sind aber umgekehrt auch überhaupt nicht gut aufgestellt, wenn es um die Schnittstelle „Vom Krankenhaus oder der Reha zurück in die Ambulanz“ geht. Da müssen wir uns an die eigene Nase fassen. Da ist die Nachhaltigkeit bisher ein großes Problem. Geriatrische Institutsambulanzen lösen das Problem sicherlich nicht vollständig, aber könnten hier eine Vorreiterrolle einnehmen.

Ein ganz banales Problem, das aber im Alltag erheblich ist, ist das Transportproblem. Auch das muss gelöst werden, wenn gebrechliche Personen richtig in Gruppen vermittelt werden sollen.

Ich komme zur letzten Gruppe: Personen, die im Pflegeheim leben. Hier geht es natürlich nicht mehr darum, Pflegebedürftigkeit zu verhindern; die ist gegeben. Hier geht es darum, Komplikationen zu verhindern und die Teilhabe zu fördern. Hier gibt es sicherlich unterschiedliche präventive Ansätze. Ein wichtiger Ansatz ist aus unserer Sicht, eine sichere Mobilisierung zu schaffen; denn die Frakturrate bei Personen in Pflegeheimen ist extrem hoch. Der kleine Anteil der Pflegeheimbewohner an der Bevölkerung – es sind etwa 4 % der Menschen über 65 Jahre – hat z. B. über 20 % der Hüftfrakturen.

Ein Beispiel für die Umsetzung ist das Sturzpräventionsprojekt, das wir zusammen mit der AOK mittlerweile in über 2 000 Pflegeheimen implementiert haben und das durchaus erfolgreich ist; wir haben in Bayern eine Reduktion der Hüftfrakturrate um fast 20 % im ersten Interventionsjahr gehabt.

Die Fragen sind hier: Wie sieht es mit der Nachhaltigkeit aus? Wir müssen ja dahin kommen, dass es nicht nur Programme sind, sondern dass die Programme zur Routine werden. Das wollen wir in den nächsten zwei Jahren untersuchen; da habe ich noch keine ganz klare Antwort.

Es sind möglicherweise auch unkonventionelle Wege zu gehen. Da ist eine Idee, die aus einem Verein kommt, zu sagen: „Wenn wir Partnerschaften des Vereins mit Kindergarten oder Schule haben, warum nicht auch Partnerschaften mit einem Pflegeheim?“ Ja, warum eigentlich nicht?

Ein letztes Problem sehe ich in der Kurzzeitpflege. Die Gründe, warum Personen in einer Kurzzeitpflege sind, sind ja häufig sehr unterschiedlich. Aber für viele Personen, die in der Kurzzeitpflege sind, ist in ihrer Biografie ein ganz entscheidender Punkt: Wie wird es danach weitergehen? Wir vermitteln auch häufig Leute in die Kurzzeitpflege und sagen: „Sehen wir mal; vielleicht geht es danach ja wieder nach Hause“, aber wir wissen eigentlich genau, dass das wahrscheinlich nicht geschehen wird, weil in der Kurzzeitpflege eine entsprechende Mobilisierung nicht stattfindet und deshalb der Patient, die Person, der alte Mensch eigentlich kaum mehr eine Chance hat, den Weg zurück nach Hause zu finden. Hier würde ich auch unbedingt Entwicklungsbedarf sehen.

Ich fasse zusammen: Ich denke, ich konnte Ihnen zeigen, dass Programme und Maßnahmen zur Sicherung von Autonomie und Lebensqualität grundsätzlich verfügbar sind. Wie gesagt, ich spreche hier von der Prävention; die Rehabilitation wird nachher Herr Jamour adressieren. Ich sehe aber noch einen erheblichen Entwicklungsbedarf, wenn es um die Menge der Angebote geht, und zwar insbesondere für gebrechliche Personen. Für weniger Gebrechliche wird sich das, glaube ich, von selbst regeln. Die Angebote sind viel zu selten, nicht passgenau und nicht gut erreichbar.

Es gibt kaum eine vernünftige Organisation der Schnittstellen der Versorgung für alte Personen, wenn es um Prävention geht. Bei anderem klappt das sehr wohl, aber ich spreche über Prävention und geriatrische Rehabilitation unter dem Fokus der Vorbeugung. Prävention existiert praktisch nicht.

Die Fragen, die eher Sie beantworten müssen, sind: Was davon soll umgesetzt werden? Welche Anreize sind sinnvoll? Wie schaffen wir es, effektivere Prozesse zu schaffen, um z. B. die Schnittstellenproblematik besser zu bearbeiten? Wir sind gern bereit, Ihnen da mit Rat und Tat zur Seite zu stehen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vorsitzender Helmut Walter Rück: Vielen Dank, Herr Dr. Rapp.

Ich habe jetzt Wortmeldungen – in der Reihenfolge, wie sie bei mir eingegangen sind – vorliegen von Herrn Hinderer, Frau Mielich, Herrn Dr. Patrick Rapp und Herrn Haußmann. Gibt es weitere Wortmeldungen? – Dann Herr Hinderer.

Abg. Rainer Hinderer SPD: Herr Dr. Rapp, vielen Dank für den Vortrag. – Sie sagten, es sind Programme verfügbar, wenn auch vielleicht noch nicht in der Quantität, wie es wünschenswert wäre. Erfahrungsgemäß geht es natürlich auch immer um die Motivation der Personen, für die Präventionsmaßnahmen angesagt wären. Jetzt ist natürlich das Geld nicht immer das allerbeste Steuerungsmittel, vielleicht aber hier doch. Was halten Sie von Überlegungen, z. B. Kassenbeiträge an der Frage der Teilnahme an Präventionsangeboten festzumachen? Sprich: Vergünstigungen, wenn Präventionsmaßnahmen regelmäßig durchgeführt werden, oder Sanktionierung, wenn sie nicht durchgeführt werden. Ist das aus Ihrer Sicht ein Instrument, oder stünde der bürokratische Aufwand in keinem Verhältnis zum Nutzen? Wie schätzen Sie das ein?

Abg. Bärbl Mielich GRÜNE: Herr Rapp, ich empfand Ihren Vortrag als sehr inspirierend und halte es auch für sehr gut, dass Sie das aufgeteilt und jetzt erst einmal diesen Präventionsaspekt sehr gründlich beleuchtet haben. Ich teile auch Ihre Einschätzung und empfand es als sehr hilfreich, dass Sie diese Schnittstellenproblematik angesprochen haben. Es war ein Vortrag, der uns ganz konkret gesagt hat, was Sie glauben, was unser Job ist; auch das empfand ich als sehr hilfreich.

Ich denke, der Ansatz, zu sagen, der Hausarzt müsste z. B. ein regelmäßiges Assessment machen, ist richtig. Da könnte wirklich im Präventivbereich viel getan werden und könnten auch Kosten vermieden werden. In welchen Bereichen müsste die Forschung noch intensiviert werden, wenn es um Geriatrie und Prävention geht? Das große Problem, das ich immer wieder sehe, ist die Umsetzung. Sie haben jetzt das Beispiel mit der AOK genannt; das ist ja sozusagen einmal ein positives Beispiel. Aber in der Regel ist

es ja so, dass die Kostenträger sehr stark zum Jagen getragen werden müssen, wenn es darum geht, sich überzeugen zu lassen, dass geriatrische Maßnahmen auch im Präventivbereich sinnvoll sind und sich letztendlich auch volkswirtschaftlich und betriebswirtschaftlich rechnen. Da wäre meine Frage: Brauchen wir da z. B. noch einen Ansatz in Richtung Forschung, der uns vielleicht auch die entsprechenden Daten liefert?

Abg. Dr. Patrick Rapp CDU: Vielen Dank, Herr Dr. Rapp. – Von mir ganz konkret die Frage – Herr Hinderer hat es schon anklingen lassen – im Hinblick auf die finanzielle Steuerung, wie man ältere Patienten motivieren kann, diese Angebote, die Sie aufgezeigt haben, anzunehmen. Da möchte ich an Sie die Frage richten: Welche Möglichkeiten sehen Sie denn außerhalb finanzieller Steuerungsregularien?

Das Zweite wäre die Frage, wie man erreichen kann, dass die Betroffenen, die nicht aktiv oder engagiert von Angehörigen unterstützt werden oder unterstützt werden können, trotzdem den Zugang zu Präventivmaßnahmen haben, vor allem bezogen auf die Fläche des Landes. Ich kann mir vorstellen, dass das im urbanen Umfeld einfacher zu gestalten ist als in der Fläche. Dort haben wir ja oftmals die Problematik, dass es bisher, wenn überhaupt, nur punktuell entstehen kann.

Die Frage der Rehareife ist ja an manchen Stellen – Schnittstelle usw. – auch schon angeklungen.

Sv. Herr Dr. Kilian Rapp: Die Rehareife? Refähigkeit.

Abg. Dr. Patrick Rapp CDU: Ja. Der Übergang von der Klinik in die Reha etc.

Und dann noch ein Letztes: Professor Rothgang führt ja im Barmer-GEK-Pflegereport aus, dem weiteren Ausbau der Reha stehe gegenüber, dass es an Belegen für die Rehawirksamkeit mangeln würde. Sie haben vorhin ein Stück weit anders argumentiert. Wie sehen Sie diese Aussage von Professor Rothgang?

Vielen Dank.

Abg. Jochen Haußmann FDP/DVP: Vielen Dank, Herr Dr. Rapp. – Da könnte man sofort anschließen, indem man die Frage stellt: Wenn man all die idealen Maßnahmen machen könnte, wie viel Pflegebedarf sparen wir dann tatsächlich ein?

Ich will aber einen anderen Punkt ansprechen. Sie haben ja eine sehr ausführliche Dokumentation geschrieben; die empfand ich als ganz interessant. Sie haben auch die Babyboomergeneration angesprochen, wenn wir da einmal einen Blick nach vorn werfen.

Sie haben auch einen Aspekt genannt, auf den ich noch eingehen möchte; das ist das Thema „Telemedizin, Altersassistenzsysteme“. Das vermisse ich ein wenig in Ihrem Vortrag.

Aus eigener Erfahrung und als Ehrenamtlicher auch in Sportvereinen weiß ich: Wir kommen da an unsere Grenzen, auch wenn das Angebot wünschenswert wäre. Wir haben schon relativ viel, und wir sind in Baden-Württemberg sicherlich, was das ehrenamtliche Engagement anbelangt, bundesweit die Nummer 1. Wir werden es aber im Hinblick auf die Babyboomergeneration überhaupt nicht schaffen, diese Anforderungen abzudecken. Da würde ich mir schon wünschen, dass auch Sie stärker das Thema der Technik heranziehen. Wir reden von „Industrie 4.0“. In diesem Bereich wird das alles vor uns hergeschoben.

Deswegen da die Frage: Wir können in diesem Bereich – auch im Bereich der Prävention – mit Technikunterstützung sehr viel machen. Ich will nicht den Menschen verdrängen, aber wenn ich sehe, wie wir auf den Fachkräftemangel zusteuern, erkenne ich, dass wir hier massive Unterstützung brauchen. Dazu habe ich in Ihrem Vortrag und in Ihrer Präsentation gar nichts gehört. Sie haben nur ganz wenig dazu hineingeschrieben; das ist mir aber viel zu wenig. Da würde ich mir wünschen, dass aus dem medizinischen Bereich da mehr kommt.

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Vielen Dank, Herr Haußmann. – Kolleginnen und Kollegen, gibt es noch weitere Wortmeldungen? – Dann bitte ich Sie, Herr Dr. Rapp, um Beantwortung.

Sv. Herr Dr. Kilian Rapp: Ich beginne einmal mit der Äußerung von Herrn Rothgang, den wir kennen, zur fehlenden Wirksamkeit der Reha. Ich kenne jetzt das Zitat nicht. Es gibt im „British Medical Journal“ – das ist eines der etabliertesten Journals weltweit – eine sehr schöne Metaanalyse, die verschiedene Studien zur geriatrischen Rehabilitation zusammenfasst – man nennt das „Metaanalyse“. Da sieht man eindeutig, dass eine geriatrische Rehabilitation, verglichen mit der Kontrollgruppe, zu einer Verbesserung der Funktionalität führt, dass die Institutionalisierung vermindert wird und dass sogar – was jetzt nicht unser Hauptziel ist – die Mortalität verringert wird.

Das Problem mit aktuellen Studien ist, dass Sie ein bestimmtes Studiendesign nicht mehr durch eine Ethikkommission durchbekommen würden. Unser „Goldstandard“ ist ja die Randomisierung, dass man also zufällig zuteilt: Die einen Personen bekommen eine Reha, die anderen nicht. Das können Sie aufgrund unserer Gesetzeslage nicht machen; Sie können niemandem eine Reha vorenthalten. Und wenn Sie Leute, die eine Reha machen, mit denen, die keine machen, vergleichen, vergleichen Sie natürlich Äpfel mit Birnen. Es ist für uns im Moment ein gewisses Problem, so eine Studie mit ganz „harten“ wissenschaftlichen Standards zu machen.

Wir haben aber eine ganze Reihe von Qualitäts- und Prozessdaten. Darauf wird, glaube ich, Herr Jamour noch näher eingehen – auf die KODAS-Daten usw., wo wir sehen: Wie

ist die Funktionalität zu Beginn der Reha, und wie ist sie am Ende der Reha? Wenn Sie da im täglichen Leben drinstecken, sehen Sie das täglich und fragen sich: Wie soll das zu Hause gehen? Und nach drei Wochen bringen wir die Leute nach Hause. Da habe ich eigentlich überhaupt keinen Zweifel, dass Rehabilitation wirksam ist.

Die Frage, die sich auch angeschlossen hat, ist: Inwieweit ist das für unser Gesundheitssystem kosteneffektiv? Ich spreche über Prävention, und bei Prävention ist es ja so: Präventionsleistungen, die dazu führen, dass ich mehr Gesundheit bekomme und das Ganze auch noch billiger ist, sind sehr, sehr selten. Die sind natürlich das Ideale. Meistens ist es so, dass ich Geld investieren muss, um eine gewisses Maß an mehr Gesundheit herauszuholen, und das ist ein gesellschaftlicher Diskurs: Wie viel mehr hineinzustecken bin ich denn bereit?

Ich glaube aber, dass wir da viel größere Probleme bei den klassischen Präventionsfeldern haben. Denn da sehen wir den direkten Erfolg viel später. Ich habe Ihnen ja gesagt: Die Lebenserwartung hat zugenommen, weil die kardiovaskuläre Mortalität abnimmt. Da haben wir wahrscheinlich tatsächlich langfristig Erfolge gehabt. Aber wir können ja wirklich direkt sagen: Wie viel bringt es, wenn wir verhindern, dass jemand Pflegestufe I bekommt? Dann können wir schon im nächsten Monat sagen, wie viel wir gespart haben und ab welchem Zeitraum es sich amortisiert hat.

Jetzt ist es natürlich relativ schwierig, zu sagen: Was haben wir bei jedem erreicht? Er ist zwar nicht ins Heim gekommen, aber er nimmt einen Pflegedienst in Anspruch; was spare ich da pro Monat? Das müssen GesundheitsökonomInnen beantworten; das sehe ich jetzt nicht als meine Hauptaufgabe an. Aber wir bekommen direkte Kostenersparnisse vom einen Monat auf den anderen; das werden Sie kaum in einem anderen Gesundheitsbereich so direkt haben.

Dann war eine Frage nach dem Hausarztassessment. Die Frage war, ob das sinnvoll ist oder warum das nicht öfter durchgeführt wird. Nun muss man sagen: Die Geriatrie ist eine relativ junge Disziplin. Multimorbidität ist etwas, bei dem die Welle erst auf uns zukommt. Die Hausärzte sind in diesem Bereich noch nicht in dem Maß ausgebildet. Ich habe in meinem Studium noch nicht ein Wort zur Geriatrie gehört. Inzwischen machen wir das im Studium. Das ist ein Prozess, der nicht von einem Tag auf den anderen möglich sein wird.

Ich habe das Reutlinger Projekt erwähnt. Wir haben da z. B. Fortbildungen für Angestellte in den Arztpraxen gemacht, wie man so ein Assessment durchführen könnte und wie man dann in geeignete Angebote vermitteln könnte. Dass das alles nicht am ersten Tag perfekt funktioniert, ist klar, aber ich denke, wir müssen in diese Richtung gehen.

Motivation: Da gebe ich die Frage fast an Sie zurück. Sind Sie denn motivierbar? Ist das nur ein Problem des hohen Alters? Ich glaube, der Schweinehund sitzt überall ganz ähnlich, auch bei mir.

(Heiterkeit)

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Bitte ins Protokoll.

Sv. Herr Dr. Kilian Rapp: Es geht bei diesen Personen ja häufig um deutlich mehr. Es geht wirklich darum: Inwieweit schaffe ich es, noch zu Hause zu leben und die Mobilität so aufrechtzuerhalten, dass ich möglicherweise noch zum Markt gehen kann? Natürlich machen die nicht so, und das funktioniert alles; das ist ganz klar. Aber mir ist auch hier nicht ganz bange; denn es kommen ja jetzt zunehmend Generationen ins Alter – Baby-boomergeneration –, die schon viel mehr daran gewöhnt sind, dass Bewegung etwas ist, das sinnvoll ist und einen höheren Wert darstellt.

Ich habe die soziale Komponente erwähnt. Ich habe jetzt gar nicht groß über die Psyche gesprochen, über Einsamkeit, was ein großes Problem im Alter ist, das wir präventiv angehen müssen. Da sehe ich ein erhebliches Potenzial gerade in Bewegungsangeboten.

Die Frage „An Beiträgen festmachen“: Sanktionen, denke ich, sollten auf keinen Fall angewandt werden. Das ist, glaube ich, keine richtige Maßnahme. Ob eine Rückerstattung von 10 € oder so sinnvoll ist, kann ich Ihnen nicht sagen; das müsste man ausprobieren.

Ein Problem ist natürlich, wie Sie sagten, dass die Ehrenamtlichen an die Grenze kommen. Das Engagement nimmt sogar eher ab. Das heißt: Wir müssen immer mehr auch in die Hände Hauptberuflicher legen. Ich hatte das „Trittsicher“-Projekt genannt. Wir haben eine große Nachfrage der Physiotherapeuten, die das gern machen wollen. Ich weiß von Sportvereinen, die eigene Geschäftsbereiche aufmachen, in denen sie fast nur Hauptberufliche beschäftigen. Es wird in diese Richtung gehen – da bin ich absolut einer Meinung mit Ihnen –; ehrenamtliches Engagement in allen Ehren, aber das wird das Problem allein sicher nicht lösen.

(Abg. Bärbl Mielich GRÜNE: Die Frage nach der Forschung!)

– Zur Forschung war noch eine Frage gewesen. Die Forschung, inwieweit sich das rechnet: Zum Rechnen habe ich Ihnen schon eine gewisse Ausführung gemacht. Forschung „Geriatric, Prävention“: Klar, wir machen die, und wir sind froh, wenn wir dafür Geld bekommen. Auf der anderen Seite hatte ich versucht, Ihnen darzustellen, dass wir im Bereich Prävention auch schon eine ganze Menge an Erkenntnissen haben, was wirkt. Von daher ist es manchmal ein bisschen ein Alibi, wenn man sagt: „Wir brauchen noch einmal Forschung, noch einmal Forschung und noch einmal.“ Ich denke, man muss auch irgendwann an den Punkt kommen, zu sagen: „Jetzt ist es Zeit für eine Translation von Wissen in die Praxis.“

Dass das geht, haben wir, glaube ich, im Pflegeheim sehr schön nachweisen können. Wir hoffen auch, dass uns das im ländlichen Raum gelingt. Aber es ist ganz sicher ein großes Experiment.

Ich komme aus der Forschung. Wenn Sie mich fragen, was in der geriatrischen Forschung notwendig ist: Wir machen sehr viel Versorgungsforschung. Das ist das, was Sie vor allem interessiert. Ich glaube, da sind wir international nicht schlecht aufgestellt. In der Grundlagenforschung besteht sicherlich noch Nachholbedarf, auch im geriatrischen Bereich.

Dann war noch die Frage nach den Angehörigen. Ein Problem ist, dass natürlich sehr viele alte Menschen allein leben, verwitwet sind und die Familienstrukturen nicht mehr so sind, wie sie früher waren. Früher war die Familie da und hat sich um die Menschen kümmern können, hat Fahrten übernehmen können. Das ist jetzt nicht mehr gegeben. Bezogen auf Prävention – das sagte ich Ihnen auch – gibt es ganz erheblich auch ein Transportproblem. Ich denke, da kann ich Ihnen keine abschließend gute Antwort geben, aber da müsste man in Verhandlungen z. B. mit den Wohlfahrtsverbänden treten, wie solche Transporte vernünftig organisiert werden können.

Professor Becker hatte ein Projekt in Ulm laufen. Da sind Personen, die schon pflegebedürftig waren, über Mitarbeiter der Sozialdienste „antrainiert“ worden, sodass auch die Hemmschwelle etwas herunterging, und dann in Gruppen mitgenommen worden, die außerhalb stattgefunden haben – also Leute, die in ihrer Mobilität schon sehr eingeschränkt waren. Das wurde über die Wohlfahrtsverbände mitgefördert. Es war ein kleiner Beitrag erforderlich; ich glaube, 5 € mussten die Teilnehmer für die Fahrt bezahlen. Das war sicherlich nicht kostendeckend. Hier ist so eine Kooperation gelungen, und es wäre natürlich sinnvoll, so etwas auszudehnen. Kleine Projekte sind schön, aber wir müssen jetzt, glaube ich, dorthin kommen, dass wir das einmal in größerem Maß denken und machen.

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Vielen Dank, Herr Dr. Rapp. – Zu einer Nachfrage hat sich Herr Dr. Patrick Rapp gemeldet. Bitte eine kurze Frage und eine kurze Antwort.

Sv. Herr Dr. Kilian Rapp: Entschuldigung, eines hatte ich vergessen. Die Telemedizin war Ihnen noch wichtig gewesen.

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Wenn Sie das dann mit beantworten wollen. – Herr Dr. Rapp, eine kurze Frage?

Abg. Dr. Patrick Rapp CDU: Ganz kurz, und zwar: Wo sollte Prävention aus Ihrer Sicht denn idealerweise ansetzen?

Sv. Herr Dr. Kilian Rapp: Der Anfang von Prävention liegt im Kindesalter – ganz klar. Die klassische Prävention betrifft eben die Bereiche Bewegung, Ernährung, Rauchen natürlich, die typischen kardiovaskulären Risikofaktoren. Dann gibt es natürlich noch andere Bereiche wie Suchtprävention usw., die nicht unbedingt mein Feld sind. Was ich Ihnen darzustellen versucht habe, ist, dass diese klassischen Präventionsfelder in der letzten Lebensphase nicht mehr entscheidend sind. Es ist schön, wenn die weiter bestehen, und wir stellen natürlich selbstverständlich auch weiterhin den Blutdruck vernünftig ein. Wenn Sie noch einmal das Bild Hausarztvermittlung sehen: Der Hausarzt hat im Moment die Möglichkeit – ich überspitze es einmal; es ist ja meine eigene Profession –, ein bisschen an den Medikamenten hoch- und runterzudrehen. Der alte Mensch, der Patient wird deutlich mehr davon haben, wenn der Hausarzt ihm vernünftig vermitteln und sagen kann: „Das ist etwas für dich, und das machst du“, und er das auch wahrnimmt.

Das Zweite: Telemedizin. Das Thema ist gerade groß in der Diskussion. Wir haben am Robert-Bosch-Krankenhaus selbst ein telemedizinisches Zentrum. Das Thema wird bei uns auch immer wieder diskutiert. Es gab ja auch eine Ausschreibung vom Sozialministerium zu telemedizinischen Projekten. Ich denke, Telemedizin hat auf jeden Fall Potenzial. Die technische Ausgestaltung ist ähnlich wie bei Ambient Assisted Living. Das Problem ist, dass die Technik oft schon weiter ist, wenn man an der Lösung dran ist.

Die Bosch-Gesellschaft hat z. B. ein telemedizinisches Gerät entwickelt, zu dem man heute sagen muss: Das ist schon vollkommen veraltet. Man muss wahrscheinlich bei der Telemedizin auf Produkte und Techniken zurückgreifen – das ist zumindest meine Meinung –, die voraussichtlich gut handelbar und im normalen Leben über sehr lange Zeit verfügbar sein werden. Der Klassiker ist das Telefon; das gibt es schon sehr lange, und das wird wahrscheinlich auch noch die nächsten 20 Jahre verfügbar sein; ich bin einmal vorsichtig. Vielleicht hat der Fernseher auch eine Chance, vielleicht auch das Tablet.

Wo ich jetzt für unseren Bereich besonders eine Chance sehen würde, ist für die Nachhaltigkeit der Reha die Telerehabilitation. Auch z. B. das OTAGO-Programm wäre, denke ich, möglich, indem man Ressourcen schont. Im Moment gehen da fünfmal Physiotherapeuten vor Ort; das ist eigentlich schon ein gewisser Aufwand an Ressourcen. Es wäre denkbar, dass das in Zukunft nur noch zweimal gemacht wird und der Rest über Telemedizin läuft, was auch den Vorteil hätte, dass ständig eine Rückkopplung erfolgt.

Da kommen wir wieder auf den inneren Schweinehund zu sprechen: Wenn ich jemanden habe, der mich immer fragt: „Was hast du denn gemacht, und wie war es?“ und auch weitere Anforderungen stellt – es ist, denke ich, beim Training notwendig, dass ich die Anforderungsschwelle immer anpasse –, dann hat das, denke ich, auf jeden Fall Potenzial.

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Vielen Dank, Herr Dr. Rapp. – Wir kommen nun zum nächsten Referenten, Herrn Olaf Werner.

Sv. Herr Werner: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Mitglieder der Enquetekommission, meine Damen und Herren! Ich sage erst einmal Dankeschön für die Einladung hierher und freue mich natürlich, dass ich hier zu Ihnen sprechen darf und Ihnen weg von der hohen Wissenschaft aus den täglichen Gründen der Arbeit in einer Rehaklinik bzw. in einem Verbund von Rehakliniken berichten darf. Neben meinem Amt als Geschäftsführer in Bad Rappenau bin ich auch Sprecher des Qualitätsverbunds Gesundheit. Das sind 29 Rehaeinrichtungen in Baden-Württemberg, die sich dem Thema Qualität verschrieben haben. Ich glaube auch, ich bin ein bisschen ein Bindeglied zwischen den Waldburg-Zeil Kliniken und den Geriatern, die hier sitzen, weil wir an unserem Standort alle Indikationen vorhalten und uns auch deswegen als Kompetenzzentrum bezeichnen.

(Der Redner begleitet seinen Vortrag mit einer Präsentation, *Anlage 3.*)

Ich habe versucht, Ihnen in vier Thesen deutlich zu machen, was uns in der täglichen Arbeit drückt und was wir als kleiner bzw. mittelständischer Anbieter tun, um die Reha nach vorn zu bringen, auch mit kleinen wissenschaftlichen Anteilen.

Sie kennen alle die Prognos-Studie zum volkswirtschaftlichen Nutzen von Reha und deren positiven Impulsen. Wir haben jetzt einen neuen Ansatz gewählt und haben im Qualitätsverbund geschaut: Wie sieht ein Outcome bei Patienten aus? Die gemeinsame Betrachtung dieser empirischen Ergebnisse aus Patientenumfragen und statistischen Daten haben wir mit Daten der Rentenversicherung sowie Daten zu Beitragszahlungen in die Sozialversicherungssysteme in Verbindung gebracht. In dieser Studie kam klar und deutlich heraus: Reha verbessert Gesundheit und Lebensqualität, macht fit für Familie und Beruf, vermeidet Krankenstand und Pflegebedürftigkeit und sichert Einkommen; weiter werden die Sozialkassen entlastet.

Zwei Daten hieraus: Die Zahl der Krankenhaustage wird nach einer Rehamaßnahme um bis zu 63 % und die Zahl der Arztbesuche um 12 % vermindert.

Weitere Inhalte: Reha erhält die Leistungsfähigkeit und wirkt stabilisierend vor allem in Zeiten des Fachkräftemangels. Reha sorgt dafür, dass arbeitsunfähige Beschäftigte schneller wieder an den Arbeitsplatz zurückkehren.

Auch hierzu Daten: Wir konnten in unseren Vergleichen feststellen, dass die Patienten nach der Reha um 5 % niedrigere Krankschreibungsquoten hatten, die Krankschreibungsdauer sogar um 62 % reduziert wurde und die Rückkehrquote von krankheitsbedingt Arbeitsunfähigen innerhalb eines Jahres zwischen 75 und 83 % lag, je nach Indikation – in der einen Indikation höher, in der anderen Indikation etwas geringer.

So weit ein paar Zahlen zu dieser Studie. Darin enthalten sind Daten von 21 der 29 Mitgliedskliniken des Qualitätsverbunds.

„Ausreichende Finanzierungsmittel“ ist das nächste Thema, dem ich mich widmen möchte. Leider hat sich die Finanzierungssituation in den vergangenen Jahren diametral entwickelt. Anhand dieser Folie erkennen Sie, dass die Ausgaben für Reha und Vorsorge zwischen 1995 und 2012 um 14,5 % von 7,6 auf 8,7 Milliarden € gestiegen sind; das ist der rote Balken, den Sie hier sehen. Der Anteil an den Gesamtausgaben ist jedoch geringer geworden, und zwar um fast 30 % – von 4,1 % auf 3,1 % der Gesamtausgaben –, während die gesamten Gesundheitsausgaben in dem Zeitraum um nahezu 62 % stiegen, von 185 auf 300 Milliarden €. Somit wurde aus unserer Sicht in dem Bereich „Reha und Prävention“ massiv gespart.

Die Deckelung des Rehabudgets verhindert, dass ausreichende Mittel zur Verfügung stehen. Das Budget entspricht nicht dem Bedarf. Ist die Obergrenze erreicht bzw. in Sicht, werden Maßnahmen gekürzt oder nicht genehmigt, mit nachteiligen Effekten für Gesundheit und Leistungsfähigkeit sowie hohen Folgekosten für die Solidargemeinschaft.

Die zur Verfügung stehende Zeit für somatische Rehamassnahmen wurde seitens der Rentenversicherung schon vor Jahren von im Schnitt 24 auf 22 Tage verringert; die Folge sind Leistungsverdichtungen in der Rehaklinik, um das angestrebte Therapieziel zu erreichen. Der Trend zu „Reha light“ oder „Reha im Schnelldurchgang“ ist leider unvermeidlich, aber nur vermeintlich billiger.

Aus unserer Sicht trägt eine „Morbidityskomponente“ mehr als die derzeit diskutierte Demografiekomponente, die aus unserer Sicht ohnehin nur kurzfristig Vorteile bringt.

Auch bei der Krankenversicherung haben sich die Ausgaben trotz zunehmender Versichertenzahlen in den reharelevanten Jahrgängen kontinuierlich verringert. Im Hinblick auf diesen Kostenträger unterstützen wir die Sichtweise des Sachverständigenrats Gesundheit, der in seinem Gutachten 2014 empfohlen hat, die Schnittstellen im Gesundheitsfinanzierungswesen durchlässiger zu gestalten und für einen Ausgleich zwischen Pflege- und Krankenversicherung zu sorgen.

Die bisherigen Erfahrungen nach der Einführung der Rehaschiedsstelle zeigen auf, dass den berechtigten Ansprüchen der Kliniken noch nicht in hinreichender Weise stattgegeben wird; siehe auch die BWKG-Positionen zur letzten Legislaturperiode des Bundestags.

Hier möchte ich nun ein Beispiel aus unserer geriatrischen Klinik anführen, das hochinteressant ist. Um alle Strukturanforderungen, die die Krankenkassen an uns stellen, zu erfüllen, benötigen wir einen Tagessatz pro Patient von rund 215 €. Derzeit ist unsere Klinik zu „nur“ 10 % unterfinanziert. Dies wiederum führt an unserem Standort pro Jahr – bei Vollbelegung, wohlgemerkt – zu einem Defizit von über 400 000 €. Hierbei sind Investitionen und laufende Kostensteigerungen noch nicht berücksichtigt.

Trotz dieser Situation investieren wir an unserem Standort in Bad Rappenau über 16 Millionen € in die bauliche Neustrukturierung unserer Kliniken, wobei hier noch nicht alle Bereiche berücksichtigt sind – also Diagnostik und anderes. Am Ende soll ein integrierter Klinikkomplex stehen, der eine effiziente Versorgung auf hohem Niveau ermöglichen wird. Bei zunehmender Multimorbidität standen hier nicht funktionale Gebäude modernen Therapie- und Pflegekonzepten im Wege.

Nicht nur solche Investitionen, sondern auch stetig steigende Personalkosten sowie laufende Kostensteigerungen, die zur Sicherung der Qualität anfallen, werden in den Vergütungssatzverhandlungen nicht berücksichtigt. Auf dieses Problem verweist auch der Sachverständigenrat mit Analysen, die zeigen, dass in den letzten Jahren die Vergütungssteigerungen unterhalb der Wachstumsraten der Inputpreise lagen. Somit hat der wirtschaftliche Druck auf die Leistungserbringer nochmals zugenommen.

Genehmigungsverfahren bei medizinisch notwendiger Reha: Dies ist für den niedergelassenen Bereich schon angesprochen worden. Wir beobachten seit Jahren einen Rückgang der sogenannten Heilverfahren in der medizinischen Reha. Hieraus lässt sich schließen, dass die Zugangswege aus der ambulanten Versorgung heraus verbesserungswürdig sind. Medizinisch sinnvolle Maßnahmen müssen genehmigt werden.

Vereinfachung des Antragsverfahrens bei der GKV: Hierzu ein schönes Bild. Der niedergelassene Arzt bemängelt den hohen bürokratischen Aufwand bei der Beantragung einer Reha-Maßnahme, der zudem nicht angemessen vergütet wird; Herr Schneider hat es bereits angesprochen. Darüber hinaus – auch das ist schon angesprochen worden – wird die mangelnde Transparenz im Falle der Ablehnungen bemängelt, die von den Krankenkassen häufig nicht begründet werden. 2013 wurden im niedergelassenen Bereich rund 1,6 Millionen Anträge gestellt, von denen mehr als 600 000 meist ohne Begründung abgelehnt wurden. Diese restriktive Genehmigungspraxis führt dazu, dass die betroffenen Patienten kaum noch Reha-Maßnahmen bekommen; der erste Antrag wird hier offensichtlich generell abgelehnt. Mittlerweile gibt es Hinweise darauf, dass bestehende Rehapotenziale von den zuständigen MDK-Mitarbeitern bisher nicht hinreichend erkannt werden.

Entscheidungsautonomie: Gerade in der Rehabehandlung, bei der Eigeninitiative und Selbstverantwortung wesentlich zum langfristigen Therapieerfolg beitragen, sind wir gut beraten, das heutige Rollenverständnis des „mündigen Patienten“ zu respektieren und zu fördern. Gerade für den Patienten als Experten in eigener Sache muss das Wunsch- und Wahlrecht bei der Auswahl der Rehaklinik unverzichtbar gestärkt werden.

Ich habe hier eines von vielen Beispielen genannt, dass ein Patient in eine unserer Kliniken wollte – seine Wunschklinik – und was daraufhin passiert ist. Aufgrund von Kliniklisten oder besonderen Belegungsverträgen mit niedrigen Pauschalen musste dieser Patient bei uns 487 € draufzahlen, und dies ist nur einer von vielen. Nur so durfte er seine Anschlussrehabilitation nach Totalendoprothesenoperation wunschgemäß in un-

serem Haus durchführen. Hiermit untergraben aus unserer Sicht einige Krankenkassen das im SGB IX definierte Recht.

Auch in diesem Punkt möchten wir der entsprechenden Empfehlung des Sachverständigenrats folgen, dass eine verbesserte Aufklärung über das Bestehen des Wunsch- und Wahlrechts sowie die Hilfestellung zu potenziell relevanten Kriterien der Auswahlentscheidung durchgeführt wird. Hierzu erachtet es der Sachverständigenrat als sinnvoll, Daten auf der Grundlage von Qualitätssicherungsmaßnahmen der Rehaträger laienverständlich aufzubereiten. Hierzu wäre es notwendig, dass die Rehakliniken eine Veröffentlichungspflicht auferlegt bekommen.

Sicherung der Qualität: Die Mitglieder des Qualitätsverbunds Gesundheit treten dafür ein, mit ihrem Motto „Gemeinsam für die beste Reha“ die Realität zu beglücken. Dafür haben wir ein gemeinsames Qualitätsmanagementsystem eingeführt, das einen systematischen Qualitätsvergleich unter den Mitgliedern vornimmt und einen Verbesserungsprozess einleitet. Nun hat diese veröffentlichte Reha-Outcome-Studie tatsächliche Effekte durch ein systematisches Qualitätsmanagementsystem analysiert und validiert. Dadurch wurde deutlich, dass systematische Qualitätssicherung auch tatsächlich zu besseren Ergebnissen führt.

So schneiden beispielsweise die Rehabilitanden der Kliniken im Qualitätsverbund im Hinblick auf die nach der Reha geleisteten Beitragszahlungen besser ab als die der Vergleichsgruppe; die Differenz beträgt ein Jahr nach der Reha 9 % mehr an Beitragsmonaten. Weiter besagen die Ergebnisse, dass die Rehabilitanden schneller an den Arbeitsplatz zurückkehren, die Beschäftigungstage um nahezu 9 % gesteigert werden können und das durchschnittliche Einkommen knapp 13 % höher liegt.

Diese Ergebnisse sprechen dafür, dass die uneinheitlichen Qualitätsstandards unter den Rehaanbietern strengeren Kontrollen zu unterziehen wären. Billigpauschalen, bei denen medizinisch Abstriche gemacht werden, müssen transparent gemacht werden. Wenn Zuweisungen weiterhin ungeachtet der Qualität dem günstigen Preis folgen, zieht das nicht nur negative Entwicklungen für den Patienten nach sich, sondern ist auch für uns als Solidargemeinschaft langfristig die teurere Lösung.

Mein Fazit: Unsere alternde Gesellschaft kann es sich nicht länger leisten, auf den umfassenden Nutzen einer qualitätsorientierten Reha zu verzichten. Sparmaßnahmen bei medizinischen notwendigen Leistungen kommen den Einzelnen, die Solidargemeinschaft und unsere Wirtschaft teuer zu stehen. Eine vorausschauende Politik schafft geeignete Rahmenbedingungen, damit das Potenzial dieser zunehmend wichtigen Säule unseres Gesundheitssystems besser ausgeschöpft werden kann.

Ich schließe meinen Vortrag mit einem Zitat des ersten Direktors der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg, den Sie wahrscheinlich alle gut kennen, Herrn Hubert Seiter, der sagte: „Nicht an der Reha, sondern durch Reha sparen.“

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Vielen Dank, Herr Werner. – Ich habe jetzt Wortmeldungen vorliegen von Herrn Dr. Rapp, Kollegin Schneidewind-Hartnagel, Herrn Hinderer und Herrn Haußmann. – Ich möchte gleich die Gelegenheit nutzen, nachdem alle Obleute da sind, mitzuteilen: Ich würde im Anschluss an den ersten Teil, die erste öffentliche Anhörung, die Obleute und Herrn Kollegen Lucha bitten, zu einer kurzen Besprechung zu mir vorzukommen. – Herr Dr. Rapp.

Abg. Dr. Patrick Rapp CDU: Herr Vorsitzender, vielen Dank. – Herr Werner, auch Ihnen einen Dank für Ihre Ausführungen. Sie haben sich ja schon ein Stück weit in des Pudels Kern begeben, im Hinblick auf Finanzierung und Unterdeckung, die sie dargestellt haben. Sie haben – zumindest aus meiner Sicht – an vielen Stellen keine Fragen offengelassen. Ich habe trotzdem zwei Punkte, bei denen ich gern nachhaken würde.

Erstens: Sie haben ja als Rehaklinikträger die Möglichkeit, die entsprechenden Schiedsstellen anzurufen bei entsprechenden Fällen, die Sie auch vorgetragen haben. Zum einen: Haben Sie das schon gemacht? Zum Zweiten: Welche Auswirkungen könnte das dann für Sie als Klinikträger haben?

Meine zweite Frage, einfach um die Situation vielleicht ein bisschen schärfer zu zeichnen: Ist denn zu erwarten, dass angesichts der Unterfinanzierung, die Sie darstellen und die mir selber bei einigen Besuchen in Rehaeinrichtungen immer als Allererstes angetragen wurde, in den nächsten Jahren weitere Kliniken im Rehabereich, auch im geriatrischen Bereich, schließen werden?

Abg. Charlotte Schneidewind-Hartnagel GRÜNE: Vielen herzlichen Dank, Herr Werner, für Ihren Vortrag, der sehr informationsreich war. Ich muss ganz ehrlich sagen, dass ich immer froh bin, dass wir alle Unterlagen auch schriftlich vorliegen haben, damit wir uns das, was wir hier in so geballter Form an Informationen bekommen, vorab und natürlich auch hinterher in Ruhe anschauen können. Vielen herzlichen Dank noch einmal für Ihre Ausarbeitung, die sehr umfangreich und für uns sehr wichtig ist.

Sie haben uns die Problematik mehr von der Angebotsseite her vorgestellt. Ich habe aber eine Frage, die die Nachfrageseite betrifft bzw. darauf abzielt, wie man beides miteinander verbindet: Wo fehlt es Ihrer Meinung nach noch an Forschung und Evaluation, um Angebot und Nachfrage übereinanderbringen zu können bzw. beides zu unterstützen? Wo sehen Sie Möglichkeiten – in der pflegerischen Ausbildung, aber auch in der ärztlichen Ausbildung –, Zusammenarbeit und Weiterentwicklung stärker voranzubringen?

Danke.

Abg. Rainer Hinderer SPD: Herr Werner, vielen Dank für den Vortrag. – Ich habe zwei Fragen, die erste zu dem Stichwort „Entlassmanagement“. Das ist ja im Akutbereich gerade ein großes Thema, und Verbesserungen werden angemahnt. Wie bewerten Sie das Entlassmanagement insbesondere im Bereich der geriatrischen Reha? Welche Verbesserungen sind da erforderlich? Vielleicht auch: Welche Erfahrungen haben Sie, welche Best-Practice-Modelle haben Sie, gerade um die Schnittstelle zwischen Reha und ambulanten und/oder stationären Pflegeeinrichtungen zu verbessern?

Zweitens – das habe ich vorhin schon einmal nachgefragt; Sie haben es auch noch einmal angesprochen, jetzt für den Bereich der geriatrischen Pflege – zum Stichwort „Hohe Ablehnungsquote“. Welche Erfahrungen gibt es in Sachen Widerspruchsverfahren? Wie erfolgreich sind diese?

Abg. Jochen Haußmann FDP/DVP: Vielen Dank, Herr Werner. – Sie haben die Herausforderungen und Schwierigkeiten sehr ausführlich dargestellt, die Sie auch in Ihrem Unternehmen haben. Trotzdem glauben Sie noch an das Gute; das stelle ich fest, wenn ich höre, wie Sie investieren. Wenn Sie sagen, Sie haben so hohe Verluste, dann ist es faszinierend, dass Sie trotzdem noch so viel Geld in die Hand nehmen. Deswegen, denke ich einmal, glauben Sie schon noch, dass sich das insgesamt auch lohnt.

Das Thema Widersprüche ist von Herrn Hinderer angesprochen worden.

Ich will noch einmal das Thema Entlassmanagement ansprechen. Da ist ja auch das Ziel, dass die Kliniken im Grunde das Thema schon bei der Aufnahme aufgreifen und nicht erst, wenn man sagt: „Jetzt ist es durch.“ Ist denn nicht die kürzere Verweildauer, die Sie kritisiert haben, auch eine Chance für Ihre Bereiche, durch aktive Kommunikation genau dort anzusetzen, dass man nämlich frühzeitig mit der Reha einsteigt? Denn wenn man sagte – ich übertreibe jetzt einmal –, man würde die Verweildauer verdoppeln, würde das ja im Grunde genommen bei der Rehazeit fehlen. Es bietet sich doch durch eine intensive Kommunikation eigentlich eine Chance. Also: Was tun Sie dafür, dass Sie im Dialog mit den Akutkliniken stehen, um genau diese Schnittstelle aktiv zu begleiten?

Sv. Herr Werner: Ich beginne, hoffe ich, der Reihenfolge nach. Die erste Frage war zu dem Thema Schiedsstelle und danach, welche Erfahrungen wir damit haben. Die Schwierigkeit steckt, glaube ich, in der gesetzlichen Verankerung. Die Vergütung ist für den Akutbereich und für den niedergelassenen Bereich geregelt; für den Rehabereich ist es aus unserer Sicht immer noch eine Kannlösung. Nirgends steht, dass wir für einen Fall der geriatrischen Reha mit bestimmten Nebenindikationen einen Betrag x verlangen können – weil es auch keine einheitlichen Strukturvorgaben dazu gibt, die eingehalten werden oder auch nicht.

Wir als qualitätsgestützte Anbieter – ich glaube, wir sind alle vier, die hier sind, qualitätsgestützt – haben einen anderen Standard als manch anderer. Wir haben unsere ärztlichen Stellen besetzt, wir haben unsere Therapeutenstellen besetzt, wir haben die

Pflegekräfte, die wir benötigen, und brauchen unser Geld dafür. Es gibt Anbieter und auch Krankenversicherungen – das müssen wir auch ansprechen –, die eben auf fünf pflegerische Kräfte, auf zwei Therapeuten und auf einen Facharzt verzichten, und schwuppdwupp kann ich so eine Reha Maßnahme vielleicht 20 oder 30 % günstiger anbieten. Das Resultat: Der Patient kommt in einem schlechteren Zustand nach Hause – wenn er überhaupt nach Hause kommt. Das ist ein Beispiel.

Das heißt – um zur Schiedsstelle zurückzukommen –: Es ist ganz schlecht, wenn die gesetzliche Grundlage nicht vorhanden ist, zu sagen: „Wir haben einen Anspruch auf Vergütung in einer bestimmten Höhe.“ Da muss, denke ich, auch die Landesregierung – da sind Sie ja die richtigen Ansprechpartner – dementsprechende Lösungen gemeinsam mit uns, den Verbänden erarbeiten, wie wir dieses Thema gemeinsam angehen können. Die Versorgung wird aus unserer Sicht sonst leiden.

Damit sind wir auch schon beim Thema Unterfinanzierung. Da nehme ich vielleicht den kurzen Einwand von Herrn Haußmann mit der Frage nach der Investition dazu. Wir sind unterfinanziert; das ist vor allem im geriatrischen Bereich ein Thema. Wir haben in den letzten zwei, drei Jahren einiges bewirken können; das muss man auch dazusagen. In unserer geriatrischen Einrichtung lagen die Vergütungssätze vor vier Jahren bei knapp 160 € pro Tag. Damit hatten wir in jedem Jahr einen Verlust von fast einer Dreiviertel-million Euro. Alle anderen Bereiche, die wir in Bad Rappenau bedienen, mussten für dieses Defizit mit aufkommen, ganz klar. Aus dieser Überlegung heraus haben wir dann auch über die Landesarbeitsgemeinschaft Geriatrie gemeinsam mit der BWKG erreichen können, dass sich die Kassen bewegt haben, diesen geriatrischen Bereich besser zu finanzieren. Die Sätze liegen mittlerweile im Schnitt 30 € höher. Aber das reicht immer noch nicht aus, um die vollen Strukturen vorzuhalten.

Ich bin überzeugt: Wenn die Situation, vor allem in der geriatrischen Reha, nicht verändert wird, dann werden noch geriatrische Rehakliniken schließen. Bei uns in Baden-Württemberg ist es so, dass ein großer Anteil kleine geriatrische Einrichtungen sind, mit zwischen 20 und 40 Betten. Wir haben vorhin über einen Chefarzt oder Geschäftsführer oder eine Pflegedienstleitung geredet, also über die Leitungsebenen; das können Sie mit so einer kleinen Klinik nicht darstellen. Bei 20, 40 Betten können Sie die Leitungsfunktionen nicht wirtschaftlich darstellen. Somit wird es hochwahrscheinlich so kommen, dass gerade kleine Kliniken schließen, wenn sie nicht irgendwo im Akutbereich angesiedelt oder angedockt werden können. Das ist meine feste Überzeugung.

Wir haben mit 60 Betten eine mittelgroße Geriatrie. Ohne diese Zentrumsgeschichte in Bad Rappenau hätten auch wir mit diesem 60-Betten-Haus keine wirtschaftliche Führung in den Händen; das würde nicht funktionieren. Es ist also klar: Es werden Rehakliniken schließen.

Forschung: Da bin ich ein bisschen der falsche Ansprechpartner. Vielleicht könnte Herr Jamour noch etwas zu den Fragen sagen.

Angebots- und Nachfrageseite: Das ist schwierig. Ich kann es echt nicht beurteilen, ob man da irgendetwas kreieren könnte. Ich glaube, schon, aber inhaltlich etwas Fundiertes dazu sagen fällt mir schwer bzw. kann ich nicht.

Ich kann wohl etwas sagen, was die pflegerische und medizinische Ausbildung betrifft. Herr Dr. Rapp hat es gerade vorhin angesprochen. Mittlerweile kennen die Mediziner das Thema „Rehabilitation“ im Studium. Sie kennen auch mittlerweile ein bisschen das Thema „Geriatrische Rehabilitation“. Da müssen wir in der Ausbildung von Ärzten auch weitergehen und diesen Bereich verstärken.

Bezogen auf die pflegerische Ausbildung habe ich zwei Herzen in der Brust. Einerseits sind die Ausbildungsmöglichkeiten, die wir heute haben, grundsätzlich ausreichend. Ich weiß nicht, ob wir in allen Bereichen der Pflege auch diplomierte Kräfte brauchen; das entzieht sich jetzt wirklich meiner Kenntnis. Ich kann nur sagen: Für die Betriebe, die ich zu verantworten habe, ist die Ausbildung völlig ausreichend.

Ein Beispiel vielleicht: Für eine geriatrische Rehaklinik ist das Thema Ausbildung eigentlich gar kein Thema. Unsere Kräfte sind hochausgebildet, beginnend mit dem leitenden Arzt, der hochausgebildet ist als Internist, Geriater und mit mehreren weiteren Zusatzbezeichnungen. Wir setzen an unserem Standort nur examinierte Pflegekräfte ein. Wir wollen keine Hilfskräfte haben; wir wollen eine ordentliche, adäquate Pflege bieten. Und – in den letzten Jahren hat sich das ein bisschen verändert – wir setzen teilweise auch examinierte Altenpfleger ein. Das war bis vor ein paar Jahren anders. Da existierte bei uns in Bad Rappenau nur der Pflegebereich; jetzt haben wir den Altenpflegebereich mit eingeführt, um auch den geriatrischen Patienten pflegerisch besser zu betreuen.

Ansonsten ist vorhin das Thema Kurzzeitpflege aufgekommen. Es ist mir ein Anliegen, dazu etwas auszuführen. Aus meiner Einschätzung heraus kann jede geriatrische Rehaklinik Kurzzeitpflege anbieten. Wir müssen da gar nichts tun. Wir haben die Pflegekräfte, wir haben sogar Therapeuten, die die Patienten aktivieren könnten, damit sie vielleicht nach der Kurzzeitpflege gar nicht ins Pflegeheim müssen. Wir haben Mediziner; es muss also nicht der Hausarzt ins Pflegeheim kommen, um den Patienten zu besuchen, sondern wir haben die Ärzte im Haus. Gerade da ist auch aus meiner Sicht das Thema „Kombination aus Pflege und Reha“ ein ganz, ganz wichtiges.

Zur Ausbildung: Ich denke, in der geriatrischen Reha oder in der Reha sind gut ausgebildete Fachkräfte tätig. Ob man da Zusätzliches braucht, entzieht sich meiner Kenntnis.

Beim Entlassmanagement kann ich auch ein bisschen zusammenfassen; da gab es zwei Fragen. An unserem Standort ist es eigentlich selbstverständlich, dass wir im Akuthaus beginnen. Manche unserer Mitarbeiter – vor allem Sozialarbeiter – gehen ein- oder zweimal pro Woche ins Akuthaus, holen dort den Patienten ab, machen dort vor Ort Beratung – wenn es sein muss, am Bett –, was das Beste für den Patienten ist, der da nach einem Akuteingriff vielleicht eine Anschlussheilbehandlung braucht. Wir infor-

mieren nicht nur auf unseren Standort bezogen, sondern allgemein zu dem Thema Reha: Worauf hast du Anspruch? Was passiert überhaupt in der Reha mit dir? Da sind wir, glaube ich, schon ganz weit, und auch viele unserer Kollegen sind, denke ich, da schon sehr, sehr weit.

Das große Problem bei diesem Übergang von „Akut“ zu Reha – vor allem geriatrische Reha – ist: Wir bekommen Patienten ins Haus, die nicht gescreent sind. Alte Menschen sind sehr anfällig. Das kann Herr Jamour vielleicht ein bisschen stärker ausführen; ich bin da eher der allgemeine Mensch; ich kann allgemein reden, so wie ich es verstehe. Da kommt der Patient am Montagmorgen um 10 Uhr an, 86 Jahre alt, und hat MRSA; wir stellen das, wenn wir Glück haben, am zweiten Tag fest. Dann muss er isoliert werden. Das Therapieangebot fängt später an. Er bekommt wahrscheinlich auch weniger Therapien, weil es Schwierigkeiten macht, auch für den Pflegedienst, ihn immer wieder an- und ausziehen. Es werden uns also teilweise vom Akutbereich Punkte verschwiegen, einfach um den Patienten loszuwerden.

Aber grundsätzlich ist das Entlassmanagement in der Region, in der wir jetzt verankert sind – im Großraum Heilbronn –, relativ gut. Wir wissen auch, welche Krankenhäuser uns Patienten schicken, die vielleicht nicht einfach sind. Auch das passiert. Wir können Ihnen heute schon sagen: Von diesen beiden Krankenhäusern nehmen wir keine Patienten mehr; denn jeder Zweite hat einen Norovirus oder MRSA oder was auch immer. Das ist ganz, ganz schwierig.

Nach hinten – das hat Herr Dr. Rapp schon angesprochen –, in den ambulanten Bereich gibt es eine große Schwierigkeit. Wir haben zwar in Bad Rappenau den Vorteil, dass wir drei Pflegeheime um uns herum haben, aber es gehen relativ wenige in ein Pflegeheim. Wir schaffen es ja Gott sei Dank, rund 80 % unserer Klientel wieder ins häusliche Umfeld zurückzubringen, und mit den 20 %, die in ein Pflegeheim müssen, haben wir in Bad Rappenau kein Problem. Wir haben sehr kurze Wege; ein Haus ist direkt neben unserem; da gibt es keine Probleme.

Weiter haben wir in Heilbronn vor einigen Jahren gemeinsam mit den Pflegediensten aus der Region ein sogenanntes Pflegenetz eingerichtet. Da starten wir gerade ein neues Projekt, bei dem es auch um das Thema „Digitale Übergabe von Informationen innerhalb der Region“ geht – also vom Hausarzt über das Krankenhaus, über die Reha, über ambulante Dienste wieder zurück zum Hausarzt. Ich denke, das ist so etwas, was für das Entlassmanagement in Zukunft hilfreich sein wird. Der tägliche Kontakt zu allen Diensten, die nach der Reha irgendwie möglich sind, ist fast unmöglich.

Die Ablehnungsquote habe ich als letzten Punkt auf meiner Liste. Ich kann bezogen auf den geriatrischen Bereich recht wenig dazu beitragen. Es ist aber so, dass die Zahl der Fälle stark zugenommen hat – ich glaube, 120 % ist die Größenordnung des Anstiegs in den letzten acht bis zehn Jahren –, in denen die Akuthäuser ältere Menschen direkt ins Pflegeheim entlassen. Das ist ein solches Datum. Bei welchem Wert dann letztendlich die Ablehnungsquote liegt, wenn sich ein Sozialdienst entscheidet, eine Rehamaßnah-

me im geriatrischen Bereich einzuleiten, kann ich Ihnen nicht sagen. Wir wissen aber wohl: Wenn ein Widerspruch eingelegt wurde, erhalten 75 % davon keine Ablehnung mehr, sondern eine Zusage für die Maßnahme. Aber bei dem relativ geringen Anteil der Versicherten, die wissen, dass sie widersprechen dürfen und können, ist das eine relativ kleine Gruppe, die dann beim zweiten Anlauf letztendlich doch eine Rehamassnahme bekommt.

Bei einer Ablehnung müssen Sie es sich so vorstellen: Die Ablehnung kommt, der Patient müsste zurück zum Hausarzt. Der Hausarzt hat keine Lust mehr, nach einem 16-seitigen Antrag noch einmal einen Antrag zu stellen, wenn es nicht unbedingt notwendig ist; denn er bekommt es auch nicht vergütet. Wenn der Patient einen guten Arzt hat, der sagt: „Ich habe meinen medizinischen Beruf gewählt, weil ich helfen will“, dann macht der Arzt diese Formulierung für den Widerspruch, und dann bekommt man im Regelfall die Rehamassnahme auch genehmigt.

Ich hoffe, ich habe jetzt alle Fragen einigermaßen beantwortet.

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Wir hätten noch kurz Zeit für kurze Fragen. – Wieder nur Herr Dr. Rapp.

Abg. Dr. Patrick Rapp CDU: Vielen Dank. – Eine Ergänzungsfrage, und zwar noch einmal mit Blick auf die Kassen – es ist schade, dass wir keine Kassenvertreter hier haben –: Haben Sie Einblick, wie stark die Krankenkassen im Hinblick auf die Reha steuern, mit Blick auf Wunsch- und Wahlrecht der Patienten?

Danke.

Sv. Herr Werner: Es gibt solche und solche.

(Vereinzelt Heiterkeit)

Die solchen sehen es als ihre Aufgabe an, kranken Versicherten zu helfen. Andere sagen: „Ich habe ein Problem in meiner Versichertenstruktur oder wo auch immer, und deswegen versuche ich jetzt, zu sparen.“ Das heißt für so eine Klinik auf der grünen Wiese irgendwo in Baden-Württemberg, die da allein steht, mit einem „kleinen“ Eigentümer bzw. Unternehmer und 150 Betten und 70 Mitarbeitern: Sie soll sich gegen eine Krankenversicherung behaupten, die sagt: „Wenn du weiterhin von mir Patienten haben möchtest, dann senkst du deine Preise um 20, 30 % ab. Du darfst rechts unten unterschreiben und Ja sagen, oder es ist ab morgen keine Belegung mehr da.“ Das sind keine Märchen, die ich Ihnen erzähle; das ist seit Jahren Livebetrieb in Baden-Württemberg – spezifisch auch in Baden-Württemberg. Der Norden hat schon vor Jahren außerhalb der Geriatrie damit begonnen, aber der Süden hat jetzt vor ein paar Jahren nachgelegt; auch wir sind da angekommen.

Das Schlimme daran ist: Von der Gesamtsumme der Gesundheitsausgaben der Krankenkassen entfallen, glaube ich, 1,4 % auf den Rehabereich. Wenn dann eine Krankenkasse, die deutschlandweit tätig ist, auch noch sagt: „Ich will 50 % meiner Rehaausgaben einsparen und damit das Gesundheitswesen in Deutschland retten“, dann ist für mich damit diese Frage beantwortet. Da hilft in der Zukunft auch kein Zusatzbeitrag mehr, sondern diese Kasse muss vom Markt; denn die hat nicht gelernt, ordentlich zu wirtschaften. Das ist Livebetrieb.

Es gibt auch andere, die z. B. sagen: „Jawohl, uns ist Geriatrie wichtig.“ Man kann sich natürlich über Inhalte streiten. Da gibt es die AOK Baden-Württemberg, die jetzt ein Projekt „AOK-proReha Geriatrie“ gestartet hat. Vor ein paar Jahren ist dieses Thema von der AOK mit „AOK-proReha“ begonnen worden. Das ist im Prinzip eine Leistungsbeschreibung: Was ist in einer Rehaklinik innerhalb von drei oder vier Wochen zu leisten? Das ist auch mengenmäßig beschrieben. Dafür gibt es auch eine bestimmte Summe an Geld. Diesen Weg beschreiten wir jetzt in den nächsten ein, zwei Jahren mit der AOK Baden-Württemberg, um zu definieren, welche Patienten welche Leistungen brauchen. Das ist beim geriatrischen Patienten schwierig; dazu kann aber Herr Jamour vielleicht ein bisschen mehr ausführen. Bei einer Hüftfrakturoperation ist es einfacher, zu beschreiben, welche Leistungen nötig sind, als bei einem multimorbiden geriatrischen Patienten. Aber ich glaube, es ist der Weg in die richtige Richtung, zu sagen: Wir beschreiben Leistungen, die für mindestens 80 % der Klientel notwendig sind, und zu 20 % kann man noch variieren und auf den einzelnen Patienten eingehen, um eine Maßnahme durchzuführen.

Also: Es gibt die Guten, und es gibt auch ein paar andere.

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Vielen Dank, Herr Werner, dass Sie uns Ihres Wissen haben teilhaftig werden lassen, und auch für die Beantwortung der Fragen.

Ich darf nun Herrn Dr. Michael Jamour ans Mikrofon bitten.

Sv. Herr Dr. Jamour: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Abgeordnete, sehr geehrte Damen und Herren! Wir sind jetzt so langsam auf der Zielgeraden. Versuchen wir, noch einmal die Konzentration zu finden, für das Finale. Ich habe mir ein paar Stichworte notiert, die zum Teil noch unbeantwortet sind, und will versuchen, das in meinem Beitrag und vielleicht danach auch in der Fragerunde zu integrieren. Da waren das Thema Demenz und das Thema Forschung. Ich möchte auch noch einmal etwas zum Thema Rehawirksamkeit sagen, zum Entlassmanagement und zu der Frage, wo geriatrische Rehabilitation angesiedelt werden soll.

(Der Redner begleitet seinen Vortrag mit einer Präsentation, *Anlage 4*.)

Ich denke, was Rehabilitation bedeutet, das wissen alle Beteiligten hier im Raum. Deswegen sehen Sie hier die Definition nur noch einmal ganz allgemein. Ich möchte stärker

fokussieren auf die Rehabilitation bei Hochaltrigen, also die geriatrische Rehabilitation. Da ist es, denke ich, sehr wichtig, dass Sie wissen, dass bei den 70- bis 85-Jährigen – das ist die Zielgruppe – jeder Vierte an mindestens fünf gleichzeitig zu behandelnden Erkrankungen leidet. Das heißt: Sie brauchen da schon sehr breit ausgebildete Ärzte, die das managen können. Nur mit dem Orthopäden oder Kardiologen oder Neurologen allein können Sie das nicht hinbekommen. Sie brauchen da viel Know-how. Wenn Sie es ganz optimal anfinden, haben Sie das in der Personalunion bei einem einzigen Arzt, aber oftmals ist das nicht gewährleistet.

Dann ist, denke ich, sehr wichtig, dass wir uns – das Stichwort hat Herr Rapp heute ja schon genannt – die funktionale Gesundheit klarmachen: Worauf kommt es denn bei einem älteren multimorbiden Patienten an? Er ist einmal darin bedroht, seine Selbstständigkeit in den Basisaktivitäten des täglichen Lebens zu verlieren; das sind die ADL-Beeinträchtigungen. Es geht schlicht und einfach darum, dass man noch allein auf die Toilette gehen und sich anziehen kann, dass man noch Treppen steigen und gehen kann. Diese Basisaktivitäten sind gefährdet. Dann geht es um die Kognition. Viele ältere Menschen haben kognitive Einschränkungen. Das muss nicht immer eine Demenz sein, aber es ist auf jeden Fall ein Faktor, der zu berücksichtigen ist. Weiter geht es natürlich ganz zentral auch um das Thema Mobilität.

Wir müssen, wenn wir in diesen drei Bereichen am Patienten besser werden wollen, vor allem die geriatrischen Syndrome, das heißt Stürze, Inkontinenz, Depression, Polypharmazie, Mangelernährung und auch Verwirrtheit optimal behandeln und managen. Wenn wir das nicht tun, werden wir in den anderen Bereichen keine Erfolge haben. Und das erfordert eine hohe Kompetenz im gesamten therapeutischen Team.

Sie sollten das einfach mitnehmen: Der geriatrische Patient ist hochkomplex; und vieles ist zu bedenken. Diese Komplexität erfordert natürlich auch Zeit, erfordert qualifiziertes Personal, aber auch zahlenmäßig ausreichend Personal, und es ist völlig absurd, die Vorstellung nach vorn zu tragen, man könnte diese Patienten mit einem Tagessatz von 160 € adäquat rehabilitieren. Das ist absolut absurd.

Wir brauchen dieses Team, und wir können mit diesem Team enorme Fortschritte erzielen. Ich zeige Ihnen nachher auch ein paar Daten dazu. Dabei geht es natürlich auch darum – darüber ist ja jetzt schon gesprochen worden –, dass im Alter auch gewisse Reserven nachlassen. Die Muskelkraft lässt nach, die Nierenfunktion lässt nach, die Nervenleitgeschwindigkeit, auch die Herz-Lungen-Belastbarkeit. Aber das Tolle ist: Dies kann durch eine ganz einfache Maßnahme verbessert werden: durch Training. Es gibt keine Medikamente, mit denen Sie die Muskelkraft in so kurzer Zeit so nach oben beschleunigen können, dass es auch nur annähernd in den Bereich von Krafttraining kommt. Das ist eine ganz zentrale Botschaft.

Hier sind die Daten – eine Studie, die vor mittlerweile 20 Jahren im „New England Journal of Medicine“ publiziert worden ist und die bei hochbetagten, im Durchschnitt 87 Jahre alten Heimbewohnern durchgeführt wurde, die noch gefähig waren und zehn Wo-

chen lang dreimal 45 Minuten pro Woche Krafttraining mit Gewichten bekommen haben. Was in den zehn Wochen erreicht worden ist, ist in der Grafik in der roten Säule abgebildet. Das sind Patienten, die das Krafttraining und eine optimale Ernährung bekommen haben. Sie haben in nur zehn Wochen ihre Muskelkraft um 130 % steigern können.

Das schaffen Sie und ich niemals in zehn Wochen. Warum? Weil die älteren gebrechlichen Menschen von einem sehr niedrigen Level kommen, aber auch in kurzer Zeit enorme Fortschritte erreichen können. Sie sind dann wieder in der Lage, von einem Stuhl aufzustehen. Ein älterer Mensch braucht zum Aufstehen aus dem Stuhl heute oft die Armlehne; er kommt ohne die Armlehne nicht mehr hoch. Wir wissen aber, dass 40 % von denen, die die Armlehnen beim Aufstehen benötigen, dann, wenn nichts gemacht wird, drei Jahre später komplett pflegebedürftig sind. Also muss allerspätestens dann Prävention beginnen – und zwar eben nicht Krankheitsprävention, wie es Herr Kollege Rapp ausgeführt hat, sondern funktional bezogene Prävention.

Also: Rehabilitation ist Training, und wir können sehr viel durch Training erreichen.

Wichtig ist dabei auch: Der Schwerpunkt ist anders zu setzen. Bei den mehrfach Erkrankten ist es ganz einfach so, dass die Menschen wissen, dass sie chronische Erkrankungen haben. Sie haben nicht die Erwartung, davon geheilt zu werden; das ist ihnen allen klar. Aber was sie sich wünschen, ist, dass sie wieder nach Hause können, wieder zur Familie können und die Teilhabe am sozialen Leben gewahrt haben. Das ist die Zielsetzung, und darauf müssen wir stärker fokussieren. Die Apparatedizin ist nicht darauf ausgerichtet, diese Ziele zu fokussieren. Da ist ein erheblicher Mangel, und der fängt schon im Medizinstudium an.

Das heißt: In der Rehabilitation geht es vor allem um die Ziele Aktivität und Partizipation. In diesen Bereich investieren wir im Moment vor dem Hintergrund des demografischen Wandels, den wir haben, 1,4 % des gesamten Gesundheitsbudgets – das muss uns nachdenklich machen.

Man arbeitet in der Rehabilitation immer in einem aktivitätsfördernden Milieu, und natürlich bedient man sich auch moderner Technik. Der Begriff ist heute gefallen. Sie sehen z. B. hier auf dieser Folie ganz links unten eine gewichtsunterstützte Laufbandtherapie. Das kostet ungefähr 40 000 bis 50 000 € – so viel wie ein guter Mittelklassewagen. Oder der Armeo; das ist ein Armroboter, mit dem wir eine Armrehabilitation machen können.

Aber Sie wissen auch: Geriatrische Rehabilitation ist monistisch finanziert. Woher sollen wir die Investitionsmittel holen? Bei uns, an meiner Klinik, wird das über Kreismittel finanziert. Das kann aber doch nicht wirklich die Absicht sein; an dieser Stelle muss etwas passieren.

Ich denke, die Konzeption in der geriatrischen Rehabilitation ist klar. Wir machen Rehabilitation wie die fachspezifischen Rehaeinrichtungen auch, müssen aber zusätzlich die geriatrischen Syndrome adressieren, die ich vorhin genannt habe; denn nur, wenn wir die wirksam eindämmen, können wir auch den funktionellen Erfolg nachhaltig gewährleisten. Das heißt: Hier kommt die Komponente „Geriatrische Medizin“ dazu; also muss geriatrische Rehabilitation zwangsläufig auch mehr kosten.

Auf dieser Folie ist noch einmal die Methodik dargestellt; darauf will ich jetzt nicht im Einzelnen eingehen. Die geriatrische Rehabilitation ist eben inzwischen nach 20 Jahren Erfahrung ein spezialisierter Zweig der Rehabilitationsmedizin geworden.

Jetzt zur Wirksamkeit. Wir sammeln in Baden-Württemberg seit etwa 15 Jahren flächendeckend an über 30 geriatrischen Einrichtungen qualitätsbezogene Daten, die KODAS-Daten. Dazu könnte ich Ihnen jetzt viele Daten zeigen. Ich habe einfach einmal die wichtigste Folie herausgenommen. Sie sehen an dieser Übersicht, wie viele unserer Rehabilitanden wieder nach Hause gehen; das sind die roten Balken. Das heißt: Im Mittel knapp 80 % der Rehabilitanden können wieder in ihr gewohntes häusliches Umfeld zurück. Also: Hier ist die Zielsetzung „Teilhabe“ realisiert. Das ist eine enorme Erfolgsquote. Es ist schon erstaunlich, dass es immer noch Leute gibt, die die Wirksamkeit der geriatrischen Rehabilitation infrage stellen, nachdem wir ja jetzt – Herr Rapp hat das erwähnt – Metaanalysen haben, also kontrollierte Daten, die die Überlegenheit gegenüber jeder anderen Versorgungsform zeigen konnten. Ich habe die entsprechende Folie am Schluss – falls Sie die sehen möchten.

Vielleicht eine Zahl, um Ihnen noch einmal anschaulich zu machen, über welche Menschen wir reden: 70 % der geriatrischen Rehabilitanden kommen in die Rehaklinik und sind nicht in der Lage, aus dem Bett aufzustehen und sich auf einen Stuhl oder in einen Rollstuhl zu setzen – 70 % können das nicht ohne personelle Hilfe. Am Ende einer drei- bis vierwöchigen Rehabilitation sind es nur noch 30 %, die hier personelle Hilfe benötigen. Ich denke, diese eine Zahl reicht aus, um zu zeigen, was in drei, vier Wochen möglich ist. Jetzt müsste man halt die Frage stellen: Will man, braucht man hier jetzt noch einen Ethikbeschluss, um eine kontrollierte Studie gegen Placebo laufen zu lassen? Das müssen dann wiederum Sie beantworten.

Ich hatte es schon gesagt: 1,4 % für den Rehabereich. Ich halte auch diese Tabelle für sehr beeindruckend, nämlich zu sehen, wie sich die GKV-Ausgaben in den letzten Jahren entwickelt haben. Man sieht hier, dass Reha- und Vorsorgeleistungen der einzige Bereich sind, der nicht gewachsen ist. Ich halte es auch für pikant, dass wir z. B. für die Fahrtkosten mit 4 Milliarden € fast doppelt so viel ausgeben wie für den ganzen Reha- und Vorsorgebereich. Das macht mich auch etwas nachdenklich. Man sieht auch, dass der geriatrische Anteil am gesamten Rehabudget vergleichsweise gering ist; wir bewegen uns hier im Promillebereich. Da ist dann trotzdem nicht genügend Geld da, um die geriatrische Rehabilitation auskömmlich zu finanzieren.

Vielleicht ist auch diese Folie noch sehr wichtig: Wie sind wir denn in Baden-Württemberg im Vergleich zu anderen Bundesländern aufgestellt? Sie sehen hier die akutgeriatrischen Versorgungsplätze rot und die geriatrischen Rehabetten blau dargestellt. Baden-Württemberg galt in der Geriatricszene vor 20 Jahren als das Musterländle; alle Bundesländer haben neidisch auf uns geschaut, wie vorausschauend und visionär das Geriatriekonzept 1989 auf den Weg gebracht worden ist. Hier sehen Sie, wo wir heute stehen; wir sind ins untere Mittelfeld abgesunken. Ich denke, es ist Zeit für einen Wendepunkt an dieser Stelle.

Das vor allem auch vor dem folgenden Hintergrund – das ist ja vorhin schon angedeutet worden –: Wir haben einen dramatischen Anstieg von Entlassungen vom Krankenhaus ins Pflegeheim: um 135 % in nur acht Jahren. Demografiebedingt dürften das maximal 20 % sein. Die Frage ist: Was läuft hier an dieser Stelle schief? Die Akutbehandlung verläuft erfolgreich, aber der Patient droht scheinbar doch pflegebedürftig zu werden.

Das ist natürlich der kurzen Liegezeit im Krankenhaus geschuldet. Wir wissen nicht, was mit diesen Patienten passiert, wenn sie ins Pflegeheim kommen und nicht die Reha bekommen. Kommen sie da wieder heraus, oder bleiben sie da? Das ist unklar; wir haben gar keine Daten darüber. Darüber müssen wir nachdenken.

Vor allem müssen wir uns klarmachen, wo es hinführt, wenn wir an dieser Situation nichts ändern. Sie sehen auf dieser Grafik, grün dargestellt, die wachsende Anzahl der Hochaltrigen. Die Zahl der über 60-Jährigen wird auch ansteigen, aber nicht so dramatisch. Aber die Zahl derer, die im Hinblick auf Pflegebedürftigkeit am stärksten gefährdet sind, wird enorm ansteigen, und Sie sehen es ja auch an der Kurve: Die Babyboomer kommen. Wenn wir jetzt so weitermachen, wie wir es in den letzten acht Jahren gemacht haben, in denen es nur einen 30-prozentigen Anstieg der Zahl an Hochaltrige gab, aber einen 135-prozentigen Anstieg der Zahl an Überweisungen in die Pflegeheime – – Wir müssen wir jetzt anfangen, zu reagieren. In 20 Jahren ist es zu spät.

Jetzt noch einmal zum Thema Wirtschaftlichkeit: Ein namhaftes Institut hat einmal ausgerechnet, welchen volkswirtschaftlichen Nutzen wir hätten, wenn wir die geriatrische Rehabilitation einfach auskömmlich finanzieren würden. Denn wenn wir nur bei 10 % der Rehabilitanden eine Einstufung in eine Pflegestufe verhindern könnten – 10 % ist eine sehr defensive Schätzung; ich denke, es sind eher 30 oder 40 % –, dann hätten wir volkswirtschaftlich gesehen ein Einsparpotenzial von 162 Millionen €. Aber Sie kennen das Problem: Die GKV bezahlt die Rehabilitation, und Nutznießer ist die Pflegeversicherung.

Die nächste Grafik ist noch einmal ein Ausblick in die Zukunft. Wir reden schon heute – 2015 – über Fachkräftemangel. Wenn Sie sich das jetzt einmal anschauen: Die gelben Balken bilden die Zahl an Personen ab, die 80 Jahre oder älter sind; über sie reden wir. Sie sehen, welche kleine Gruppe sie heute noch darstellen. Im Vergleich dazu sind die unter 20-Jährigen – die grünen Balken – noch eine deutlich stärkere Gruppe. Sie sehen, wo wir im Jahr 2050 stehen werden; da werden beiden Gruppen fast gleich groß sein.

Wir können nicht ernsthaft glauben, dass diese kleine Gruppe, die der grüne Balken darstellt, 1 : 1 die älteren Menschen – 80 plus – pflegerisch versorgt. Ich denke nicht, dass das der Weg sein kann. Der beste Weg ist im Grunde genommen, Pflegebedürftigkeit zu verhindern, und wir sollten wirklich alles Investment da hineinstecken, diese Zielsetzung zu erreichen.

Ich bin aber auch positiv. Ich glaube schon, dass – das ist auch schon angeklungen – gerade auch bei den Babyboomern das Bewusstsein zunimmt, dass man etwas tun muss, dass man aktiv sein muss, um Pflegedürftigkeit weiter nach hinten zu verschieben. Es muss nicht so dramatisch kommen; aber wir wissen es nicht genau, und wir sollten wenigstens im Rückblick sagen können: Wie auch immer es kommt, wir haben von uns aus an dieser Stelle das maximal Mögliche getan.

Jetzt vielleicht noch ein Punkt zu dem Thema: Wie kommt denn der Patient an den richtigen Ort? Es gibt, gesamtsystemisch betrachtet, ein Riesenproblem, wenn der Hausarzt nicht mehr weiterweiß, wenn er merkt, dass ein Patient abbaut und zunehmend hilfs- und pflegebedürftig wird, aber auch nicht so richtig etwas Akutmedizinisches hat. Wo soll er den Patienten im Zweifel hinschicken? Er kann ihn nur – über den roten Einweisungszettel – ins Krankenhaus einweisen, also in das teuerste Segment, weil der andere Weg, direkt in die Rehabilitation – Sie haben das gehört – durch enorme administrative Hürden behindert wird, obwohl der Patient dort eigentlich wesentlich besser und auch preisgünstiger aufgehoben wäre. Das müssen wir ändern. Das muss durch die Gesetzgebung geändert werden, damit das System durchlässiger wird.

Vielleicht noch ein Punkt: Wo soll man geriatrische Reha ansiedeln? Wir haben etwa 25 Jahre Erfahrung, und wir können feststellen, dass die geriatrische Rehabilitation das Segment ist, das sich wirklich an der Schnittstelle zwischen Akutmedizin und Rehabilitation bewegt. Herr Schneider hat das vorhin schon erwähnt. Stark aufgestellte Rehasentren sind natürlich, wenn sie Internisten und Neurologen haben, in der Lage, auch geriatrische Patienten adäquat zu versorgen, weil da Synergieeffekte genutzt werden können, das heißt beispielsweise schon ein Therapeutenteam da ist. Aber umgekehrt ist es natürlich auch so: Wo geriatrische Rehabilitation am Krankenhaus angesiedelt ist und gleichzeitig schon Akutgeriatrien da sind – das ist im Land Baden-Württemberg zunehmend im Kommen –, sind auch Geriater, da ist auch schon ein Therapeutenteam. Insofern sollten wir hier keine Schwarz-Weiß-Diskussion führen, sondern einfach schauen, welche Einrichtungen leistungsfähig sind und wo die Strukturqualität gegeben ist, und dort die geriatrische Reha machen. Dann passt das.

Man muss vor allem auch eines bedenken: Für eine geriatrische Rehabilitation ist wohnortnahe Rehabilitation entscheidend. Denken Sie an einen 80-jährigen Menschen, den sein 85-jähriger Partner begleiten muss; da kann es natürlich nicht sein, dass der Partner 80 km entfernt – über öffentliche Verkehrsmittel – in die Rehaklinik kommt. Wir müssen also das im Land so aufstellen, dass das Ganze auch wohnortnah gewährleistet ist.

Ich fasse zusammen: Geriatrische Reha ist ein spezialisierter und wirksamer Zweig der Rehabilitationsmedizin. Sie verhindert und vermindert Hilfs- und Pflegebedürftigkeit im Alter und stärkt die Selbstständigkeit und Teilhabe am sozialen Leben. Sie senkt die Sozialkosten. Niemand zweifelt an dem volkswirtschaftlichen Mehrwert.

Aber sie ist strukturell unterfinanziert. Wir haben ein deutliches Missverhältnis zwischen der Fallschwere einerseits und dem medizinischen Betreuungsaufwand und dem Therapieerfordernis andererseits. Hier haben wir auch einen enormen Rationierungsdruck; es gibt inzwischen die Patienten, die nicht in die Reha kommen können, obwohl wir wissen, dass sie von einer Reha profitieren würden. Das muss ich dazusagen. Die geriatrische Reha ist durch die sektorale Trennung der Finanzierungssysteme in ihrem Fortbestand bedroht; das ist ganz klar.

Mit Blick auf die hiesige demografische Entwicklung muss ich sagen: Die Fragestellung der Enquetekommission war ja auch: Wie sichern wir qualitativ hochwertige und auch bezahlbare Pflege? Ja, das müssen wir tun; das ist eine ganz wichtige Aufgabe. Aber ich glaube auch, dass wir diesem Ziel am nächsten kommen, wenn wir so viel Pflegebedürftigkeit wie möglich vermeiden.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Vielen Dank, Herr Dr. Jamour. – Ich habe jetzt Wortmeldungen von Herrn Dr. Rapp, Frau Mielich, Herrn Reusch-Frey und Herrn Haußmann vorliegen. – Dr. Rapp.

Abg. Dr. Patrick Rapp CDU: Vielen Dank, Herr Dr. Jamour. – Sie haben es zwar schon angesprochen, aber ich glaube, es bedarf noch einmal einer tieferen Darstellung. Es geht um die nachhaltige Wirkung geriatrischer Reha, sprich: Was wären, was die Zeiträume angeht, die Maßnahmen, die flankierend von den entsprechend beteiligten Angehörigen dazukommen?

Meine zweite Frage: Welche begleitenden Maßnahmen müssen aus Ihrer Sicht gegeben sein, damit man die nachhaltige Wirkung bei möglichst vielen Menschen, in der Fläche erreichen kann? Ich glaube, das wird auch eine Herausforderung sein, die sich letztendlich an den Finanzressourcen orientieren muss.

Abg. Bärbl Mielich GRÜNE: Herr Jamour, herzlichen Dank für diesen wirklich sehr konkreten Vortrag. Ich glaube, da können wir eine ganze Menge verwerten. Sie haben uns ein paar Fragestellungen mit auf den Weg gegeben, die ich wirklich für spannend halte und die ich gern noch einmal ein bisschen vertiefen möchte.

Sie sagen, das Schnittstellenproblem zwischen Krankenhaus und Pflegeheim sei ein ganz besonderes. Haben Sie Ideen, wie man damit umgehen könnte, damit genau das nicht passiert? Ich denke, dass diese Konsequenz wirklich eine fatale ist, nämlich dass Menschen zu früh entlassen werden, ins Pflegeheim gehen und dann nicht entsprechend therapiert werden, sodass Dauerpflegebedürftigkeit die Konsequenz ist.

Weiter haben Sie die beiden Versicherungssysteme – Krankenversicherung und Pflegeversicherung – angesprochen. Das ist uns allen bewusst. Das ist ja nicht das erste Mal, dass wir darüber sprechen. Aber wir sind alle immer ziemlich ratlos, wenn es darum geht, wie man so etwas aufgelöst bekommt. Das ist ein ganz dickes Brett, das da gebohrt werden muss. Vielleicht haben Sie hier als Praktiker eine Idee.

Das Dritte ist das Thema Unterfinanzierung. Auch das ist uns bekannt, aber wir haben hier als Politiker natürlich wenig Handlungsmöglichkeiten. Es ist die Frage: Wie sind die Kassen aufgestellt, und wie bereitwillig sind die Kassen, anzuerkennen, dass dieser volkswirtschaftliche Nutzen entsteht, wenn Pflegebedürftigkeit vermieden wird? Es ist ja nach wie vor so, dass, wenn eine geriatrische Reha eigentlich angesagt wäre, z. B. bei einem Oberschenkelhalsbruch eine orthopädische Reha gemacht wird, weil sie billiger ist – aber das möglicherweise mit ganz schlechten Ergebnissen, weil die Pflegebedürftigkeit dann eben nicht verhindert wird. Da ist für mich auch die Frage: Haben Sie da für uns Ratschläge?

Meine letzte Frage – es ist ein bisschen viel heute –: Ich weiß nicht, ob ich Sie richtig verstanden habe. Sie haben gesagt, der Mangel fängt schon beim Medizinstudium an. Würden Sie sagen, dass sich das Medizinstudium da deutlich stärker für den geriatrischen Bereich öffnen muss?

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Sie können so viele Fragen stellen, wie Sie wollen, aber die Zeit für die Antworten wird dadurch natürlich nicht länger. – Herr Reusch-Frey.

Abg. Thomas Reusch-Frey SPD: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, Herr Dr. Jamour, meine Damen und Herren! Ich möchte noch einmal bei dem Thema Unterfinanzierung einhaken. Sie sprachen von 1,4 %. Wie hoch ist denn die Unterfinanzierung? Wie viel bräuchten Sie? Wenn Sie das vielleicht in den Prozentbereich einordnen könnten.

Dann, das aufnehmend, was Frau Mielich gesagt hat: das Gegeneinander von Krankenkassen und Pflegekassen. Ihr Vortrag war so bestechend, dass ich mir nicht vorstellen kann, dass dies der einzige Grund ist, warum die geriatrische Reha nicht entsprechend gewürdigt wird und zum Zuge kommt. Hier einfach noch einmal die kritische Nachfrage, ob es nicht auch vom Fachlichen her ein paar Hindernisse gibt, die zu bedenken sind.

Meine dritte Frage: Sie haben von einem sehr komplexen und anspruchsvollen Arbeitsgebiet für die Medizin gesprochen. Jetzt stelle ich mir vor: Wenn eine Person vier bis fünf Krankheiten hat und sie nach Hause kommt, wie soll die Familie und das ganze Umfeld diese Kompetenz aufnehmen und dem Betroffenen helfen?

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Vielen Dank. – Herr Haußmann.

Abg. Jochen Haußmann FDP/DVP: Vielen Dank, Herr Dr. Jamour. Das war ein guter Schlussvortrag von vier guten Vorträgen heute Vormittag. – Ich will noch einmal das Thema der Durchlässigkeit zwischen den Versorgungsstrukturen ansprechen. Sie haben den Hausarzt als Lotsen. Wir haben vorhin auch gehört, dass wir bei diesem Thema auch die Fachlichkeit bei den Hausärzten intensivieren müssten. Aber wie müsste das dann aussehen, damit eben nicht die Einweisung in die Akutklinik erfolgt?

Sie haben auch die Technikunterstützung angesprochen und gesagt, dass dies in der Tat ein Thema ist. Man würde sich vielleicht mehr anschaffen, wenn die Finanzierungsstruktur besser wäre. Das heißt also: Wir haben noch Potenziale, die wir nicht nutzen. Das wäre dazu meine Frage.

Und abschließend sagen Sie zum einen natürlich, wir brauchen geriatrische Rehabilitationseinrichtungen, aber gleichzeitig ist es wichtig, die wohnortnahe Versorgung zu haben. Müssten wir hier in der Struktur etwas ändern? Bräuchten wir mehr stationäre Einrichtungen? Wie sehen Sie das in der Versorgungslandschaft in Baden-Württemberg?

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Herr Jamour, Sie haben wieder das Wort.

Sv. Herr Dr. Jamour: Herzlichen Dank. Wie viel Zeit habe ich denn? 15 Minuten?

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: 13 Minuten und 50 Sekunden.

Sv. Herr Dr. Jamour: Okay, 13 Minuten, 50 Sekunden. Gut.

Ich versuche es einmal der Reihe nach. Ich denke, Nachhaltigkeit ist ein ganz wichtiges Stichwort gewesen, und da kann ich eigentlich nur an das anknüpfen, was Herr Kollege Rapp gesagt hat. Wir wissen im Grunde genommen: Reha bedeutet sehr intensive Maßnahmen in einem begrenzten Zeitraum von drei, vier Wochen. Das ist so, wie wenn man am Anfang ein Medikament – z. B. ein Antibiotikum – hochdosiert geben muss, um die Sepsis oder die schwere Lungenentzündung abzuwehren. Hinterher, nach der Rehabilitation brauchen wir nur noch eine Erhaltungstherapie, das heißt, wir brauchen deutlich weniger; wir brauchen niederschwellige Angebote, aber die müssen leicht zu beschreiten sein. Wir wissen, dass der Rehaerfolg konserviert wird.

Das geht, und wir brauchen nur das umzusetzen, was Herr Kollege Rapp eben dargestellt hat. Da müssen wir natürlich sicher auch kreativ sein, mit Vereinen, mit den Land-

frauen Überlegungen anstellen. Da geht es wirklich um viel Kreativität. Wir brauchen auch die Ausbildung von vielen Übungsleitern, die auch diese Programme – wie z. B. ein Sturzpräventionsprogramm – gekonnt einsetzen. So ganz allgemein gesprochen.

Dann diese Schnittstelle zwischen Krankenhaus und Pflegeheim: Ja, das ist wirklich ein echtes Problem. Klassischerweise wird ja der Rehaantrag von den Krankenhaussozialdiensten ausgefüllt. Allerdings besteht bei der derzeitigen Genehmigungspraxis und dieser massiven Abwehr – der Medizinische Dienst der Krankenkassen ist hochgerüstet mit ebenfalls qualifizierten Ärzten, die genau schauen, wo vielleicht etwas nicht stimmig ist – sozusagen eine Asymmetrie, eine Kompetenzasymmetrie. Wir stellen einfach fest, dass nur noch hochqualifizierte Ärzte den Rehaantrag auch so umfassend formulieren, dass er beim MDK ankommt und auch akzeptiert wird.

Wie lösen wir das Problem? Vielleicht durch einen Rehamanager. Das könnte ein eigenes Berufsbild im Krankenhaus sein. Ich weiß es nicht, aber es ist eine Idee. Aber es muss jemand sein, der medizinisch, pflegerisch, sozialdienstmäßig viel Kompetenz in sich trägt.

Dann das Thema Unterfinanzierung – das ist ja auch schon mehrfach adressiert worden –: Wie viel brauchen wir? Ich kann vorweg eines sagen: Ich glaube, wir brauchen nicht mehr stationäre Rehaplätze. Ich denke, Baden-Württemberg hat genug. Wir müssen aber schauen, dass das Team, das sich dort um die Menschen kümmert, ausgestattet wird. Da ist es, muss ich sagen, nach meinem Gefühl schon nicht mehr fünf vor zwölf, sondern manchmal schon fünf nach zwölf. Wir müssen die finanzielle Ausstattung der Einrichtungen, die wir haben, reformieren. Wenn wir das machen, dann bin ich guter Dinge, dass wir auch wieder wesentlich leistungsfähiger sein können, und vor allem können wir auch gutes Personal halten. Denn das ist unsere größte Gefahr, nämlich dass das gute Personal im Rehabereich abwandert in andere, lukrativere Bereiche.

Ich will einmal ein Beispiel nennen, weil ja auch die Forschung angesprochen worden ist. In Deutschland gibt es 36 Medizinische Fakultäten; an sieben Medizinischen Fakultäten ist ein Lehrstuhl für Geriatrie angesiedelt. Wenn Sie dann schauen, wie viele Mediziner in diesem Bereich forschen, erkennen Sie, dass das ein Mikrobereich ist, wenn Sie das mit der Kardiologie oder mit der Orthopädie vergleichen. Wir sehen da auch international nicht gut aus. Wenn man den anderen europäischen Kollegen mitteilt, wie viele Lehrstühle wir haben, kommt manchmal ein bisschen ein Schmunzeln herüber. Ich weiß natürlich auch nicht, wie man das von heute auf morgen ändern kann, aber das ist schon auch ein strukturelles Problem. Es muss für junge Leute auch attraktiv sein, in diesen Fachbereich hineinzugehen; da geht es auch um das Thema Karrieremöglichkeit.

„Hausärzte“ war noch ein wesentlicher Punkt. Wir haben begonnen. Inzwischen gibt es das geriatrische Curriculum der Bundesärztekammer, also einen 60-Stunden-Lehrgang für Hausärzte, um sie in den wichtigsten geriatrischen Fragestellungen fit zu machen. Das ist eine super Sache; das wird jetzt in den Ärztekammern in Baden-Württemberg

bereits durchgeführt. Allerdings gibt es keine Verpflichtung für die Hausärzte, daran teilzunehmen. Es sind eben die am höchsten motivierten Hausärzte, die da kommen, und man könnte fast sagen: Diejenigen haben es eigentlich am wenigsten nötig. Es ist natürlich schön, mit den Kollegen diesen Austausch zu haben, man lernt auch als Kliniker immer viel dazu. Aber ich glaube schon, dass wir – auch wenn das unpopulär ist – für die Hausärzte eine Verpflichtung daraus werden lassen sollten. Ich mache mich an dieser Stelle natürlich jetzt nicht sehr beliebt.

Dann, glaube ich, könnte man auch viele Mängel praktischer Art abstellen. Man könnte den Hausärzten vor allem auch Tipps geben, wie sie den Patienten leichter in die Reha bekommen. Denn das ist inzwischen schon eine sehr spezielle Kompetenz, die man haben muss. Es wurde bereits erwähnt: Schon ein Kreuz an der falschen Stelle im Antragsformular, und die Sache ist vorbei, obwohl der Patient die Reha dringend braucht. Das kann ja nicht der Weg sein.

Medizinstudium – Dr. Rapp hat das ja erwähnt –: Es hat ja jetzt begonnen; es gibt jetzt das Querschnittsfach „Medizin im Alter“ im Studium. Man merkt schon: Da tut sich etwas. Gleichzeitig haben die jungen Kollegen aber auch das Problem, dass sie im Fallpauschalensystem arbeiten. Das heißt, sie lernen vom ersten Tag in der Klinik an: Der Patient soll schnell wieder raus. Da ist irgendwo auch ein Widerspruch in sich gegeben. Man muss an dieser Stelle eben weitermachen. Ich denke, man muss vor allem die funktionsorientierte Medizin nach vorn bringen. Wir sind alle im Medizinstudium enorm darauf geschult, Organdefizite zu diagnostizieren; das Herzultraschall, die Nierenfunktion, die Leberfunktion – das können wir alles aus dem Effeff. Aber das ist, wie Sie ja heute schon gehört haben, für den Hochaltrigen nicht der springende Punkt. Da geht es um Mobilität, da geht es um Kognition, da geht es um Selbstständigkeit.

Jetzt erlaube ich mir, doch noch das Thema Demenz anzusprechen. Das ist ja auch noch eine Frage gewesen. Das Tolle am geriatrischen Team ist: Die Pflegemitarbeiter, die Therapeuten, die Ärzte sind im Bereich Demenz bereits gut ausgebildet und gut geschult. Es gibt von den Verbänden beispielsweise das zertifizierte Curriculum „Geriatric“; da kann man sich auch im Bereich der Demenz weiterqualifizieren. Das ist definitiv nicht das Problem; da müssen wir nichts tun; wir haben das schon alles. Wir müssen lediglich vielleicht dafür sorgen, dass die Mitarbeiter an diesen Schulungen teilnehmen. Das kostet halt auch ein paar Euro, und da fängt es auch schon wieder an: Wenn eine Rehaeinrichtung defizitär ist, dann knapst sie natürlich auch am Fortbildungsbudget; das ist also auch ein Hemmnis.

Wir haben beim Thema Demenz die Effektivität im leichten bis mittelgradigen Stadium – dass wir da im Bereich der Mobilität die gleichen Fortschritte erzielen können wie bei den kognitiv Gesunden. Nur, wie gesagt, in der Endphase der demenziellen Entwicklung, wenn keine Lernfähigkeit mehr möglich und der Patient nicht mehr therapierbar ist, macht Rehabilitation natürlich keinen Sinn mehr.

Ich würde jetzt noch einmal gern die Stichworte bekommen, die ich auf meiner langen Liste vergessen habe.

(Abg. Bärbl Mielich GRÜNE: Pflegeversicherung!)

– Ach so, genau. Sehen Sie, da bin ich ähnlich ratlos wie Sie. Ich bin ja auch Mediziner und kenne mich in dem ganzen SGB V und IX nicht so gut aus. Aber ich glaube, Herr Schneider hat das erwähnt. Dieser Geldtransfer muss sehr einfach und simpel sein. Wie auch immer man das organisiert; es darf kein bürokratisches Irgendetwas werden. Ich glaube in jedem Fall, dass man die Pflegeversicherung in irgendeiner Form beteiligen muss, aber ich würde sie nicht ausschließlich zum Träger der geriatrischen Rehabilitation machen. Auch das wäre falsch; denn es finden in der geriatrischen Rehabilitation auch hochspezialisierte Medizin und Therapie statt, originär auch medizinische Leistungen.

Wir bekommen Patienten aus dem Krankenhaus, die gerade ein akutes Nierenversagen, eine akute Verwirrtheit, eine Herzdekompensation haben. Das ist für mich auch so ein bisschen ein Punkt, zu sagen: Ein ordentlicher Anteil an geriatrischer Rehabilitation muss meiner Einschätzung nach schon auch im Krankenhaus bleiben. Gerade wenn die Patienten Komplikationen haben, bin ich froh, wenn ich sie auch wieder zurückverlegen kann.

In der einen Grafik konnten Sie sehen, wie viele Patienten nach Hause gehen: Etwa 80 % gehen nach Hause, etwa 10 % müssen trotzdem ins Pflegeheim, und die restlichen 10 % sind Patienten, die wieder rückverlegt werden, weil medizinische Probleme noch nicht adäquat gelöst wurden oder weil sich gezeigt hat, dass der Patient zu vulnerabel ist. Da muss man dann auch wieder schauen: Transportkosten usw.

Ich könnte mir theoretisch eine gewisse Form von Phasenmodell vorstellen, ähnlich wie in der Neurologie, dass man sagt: Die eher leicht betroffenen geriatrischen Patienten können auch in ein Rehaszentrum auf der grünen Wiese, die eher schwer betroffenen bleiben im Krankenhaus, aber dann natürlich auch mit einer ganz anderen finanziellen Ausstattung. Das sind alles Modelle, die man diskutieren kann.

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Alle Frager fühlen, dass ihre Fragen beantwortet sind. – Dann vielen Dank, Herr Dr. Jamour.

Wir hätten jetzt noch kurz Gelegenheit, falls sich im Rahmen der Vorträge oder der Beantwortung der Fragen zusätzliche Fragen an einen oder mehrere der Referenten ergeben hätten, diese zu stellen. – Frau Schneidewind-Hartnagel.

Abg. Charlotte Schneidewind-Hartnagel GRÜNE: Wunderbar, vielen Dank. – Ich habe eine Frage an alle Referenten, die das gern beantworten möchten und sich dazu in der Lage fühlen, und zwar: Müssten Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen nicht

zielgruppenspezifisch angeboten werden? Gibt es dafür schon gute Beispiele? Wo sehen Sie die Hauptgruppen, die von Ihnen erreicht werden müssen? Würden Sie auch sagen, dass auf jeden Fall Alter, Geschlecht und soziale Lage verbindliche oder definierende Kriterien sein müssen?

Ich habe noch eine zweite Frage. Ich habe neulich ein gutes Projekt angesehen. Da haben sich Pflegeheime zusammengeschlossen und gesagt, sie bräuchten auch Broschüren, Angebote und vor allem Vermittlung in sogenannter einfacher Sprache. Das hat mich sehr überzeugt, und ich halte das für eine wirklich bedenkenswerte generelle formale Einheit, um alle Menschen auch mit Angeboten erreichen zu können, bei denen sich das nicht in persönlicher Gegenübersprache erledigen lässt.

Danke.

Vorsitzender Helmut Walter Rück: Welche der Herren möchten antworten?

Sv. Herr Dr. Jamour: Ich fange vielleicht einmal an, und Herr Rapp ergänzt. – Zielgruppenspezifisch: Ich denke, es gibt eine sehr große Gruppe, das sind die Patienten, die sturzbedingte Verletzungen erlitten haben, also Knochenbrüche – hauptsächlich Patienten mit Oberschenkelbruch, aber auch alle anderen; denken Sie an Patienten mit schwerer Osteoporose, die wiederholt Wirbelkörperbrüche erleiden. Ich denke, da geschieht noch viel zu wenig. Wir wissen, dass das eine Hochrisikogruppe ist, und wir wissen: Wir haben wirksame Möglichkeiten, da eine Linderung zu schaffen – die Knochenfestigkeit zu verbessern durch geeignete Trainingsprogramme, durch gezielten Einsatz von Medikamenten. Hinzu kommen Sturzpräventionsprogramme. Das muss natürlich auch im ambulanten Bereich organisiert werden; ganz klar. Die Kliniken allein werden das nicht stemmen können.

Die Patienten müssen identifiziert werden. Ich weiß nicht, ob das jetzt ein Weg ist, aber ich habe einmal davon gehört, dass es im angloamerikanischen Bereich Länder gibt, die ein Register für Frakturpatienten haben, wo dann Sorge dafür getragen wird, dass diese Patienten auch poststationär angeschrieben werden, in Sportgruppen integriert werden. Dort nimmt man sozusagen auch eine Bringschuld wahr, indem man die Patienten zu Hause abholt und in diese sozialen und mobilitätsbezogenen Aktivitäten einschleust. Denn wir wissen natürlich, dass sich gerade ältere Menschen manchmal – wenn sie keine engagierten Angehörige haben – schwertun, solche Angebote aufzufinden.

Broschüre: Sie sprechen hier einen ganz wichtigen Punkt an. Wir haben ein Landesgeriatriekonzept, und wir haben im Sozialministerium darüber gesprochen: Warum sollte man dieses Landesgeriatriekonzept nicht auch in einer ganz einfachen Broschüre unterbrechen für den Laien, für die Bevölkerung, unter Weglassung aller Fachbegriffe, und einfach nur die Möglichkeiten aufzeigen, die es im heutigen Versorgungsangebot gibt? Das Versorgungsangebot ist ja breit, aber die Unkenntnis ist immer noch groß, und das wäre, denke ich, eine wertvolle Anregung.

Sv. Herr Dr. Kilian Rapp: Ich will noch kurz ergänzen. Zielgruppenspezifische Rehabilitation widerspricht ja ein Stück weit dem geriatrischen Gedanken. Wir haben organspezifische Rehabilitation, orthopädische, kardiologische usw. In der Geriatrie sagen wir: Wir haben so viele konkurrierende Probleme, dass wir hier eigentlich einen generalistischen Ansatz brauchen.

Nichtsdestotrotz gibt es bestimmte Dinge, wo das vorstellbar wäre. Ich greife zwei heraus: Z. B. bei Patienten, die eine Amputation hinter sich haben, brauche ich wirklich ein hochspezialisiertes Team, das sich damit auskennt, das sehr eng mit Orthopädiemechanikern zusammenarbeitet.

Ein Problem sehe ich nur darin, dass es dann nicht mehr wohnortnah sein kann. Das ist heute fast noch zu wenig deutlich geworden. Da, denke ich, gibt es überhaupt kein Vertun. Das ist absolut notwendig, und zwar nicht nur, weil der Partner zu Besuch kommen muss. Man hat eine begrenzte Lebenszeit vor sich; die Lebensqualität steht ganz oben; da will ich von meinem Partner auch einmal besucht werden können. Das ist ganz entscheidend. Aber das ist nicht das Einzige, sondern entscheidend ist ja auch, dass wir Maßnahmen organisieren können. Wir schicken Teams hinaus, die z. B. eine Wohnraumanpassung machen. Dies ist nicht möglich, wenn sie es nicht wohnortnah machen. Es ist wichtig, dass ein enger Kontakt mit den Pflegediensten besteht usw. Das ist alles nur möglich, wenn es wohnortnah ist.

Ein zweites Beispiel ist die Rehabilitation von Patienten, die eine Demenz haben. Das ist ein ganz schwieriges Gebiet. Demenz bedeutet einen Verlust von Vertrautheit. Wenn eine gewisse Demenz weiter fortgeschritten ist, ist es schwierig, diese Menschen in einer stationären Einrichtung unterzubringen, weil das sehr unvertraut ist, weil Orientierungsstörungen auftreten usw. Da gibt es aus meiner Sicht zwei Möglichkeiten. Zunächst ist, wenn ein Partner verfügbar ist, ein Rooming-in möglich. Das machen wir manchmal. Aber wir bekommen noch nicht einmal das Essen für den Partner von den Kassen erstattet. Da stoßen wir absolut auf Granit, obwohl das absolut notwendig ist, weil wir sagen: Wir können sonst nicht rehabilitieren.

Ein ganz großer Anteil der Patienten kommt ja nach einer Operation zu uns, und Delir ist bei diesen Patienten fast eher die Regel als die Ausnahme. Wenn wir es da schaffen, eine gute Rehabilitation zu machen, wenn wir ein Rooming-in hinbekommen – das reicht oft für ein paar Tage –, dann ist das schon wunderbar.

Eine zweite Sache ist, dass zunehmend Partner auch miteinander alt werden und ein Partner eine demenzielle Entwicklung hat. Hier muss die Gesellschaft größte Anstrengungen darauf verwenden, dass beide weiterhin zu Hause bleiben können – und das ist nur möglich, wenn der nicht demente Partner entsprechend unterstützt wird.

Was ich als eine große Chance sehen würde, ist etwas, was es stationär z. B. in Bad Aibling gibt, aber schwierig zu bekommen ist, nämlich dass der demente Patient und der Partner zusammen in die Reha gehen und der Partner lernt, wie mit Demenz umzu-

gehen ist, wie mit Aggression umzugehen ist usw. Aber ich glaube, es ist nicht die Lösung, dass wir sie ewig weit wegschicken, sondern so etwas wäre gut über ambulante Reha machbar. Dann würde der Demente sogar zu Hause übernachten, was sehr viel vorteilhafter wäre. Wir könnten hier spezialisierte Rehabilitation für Demente mit Partnern anbieten. Aber im Moment gibt es dafür kein Gefäß der Vergütung.

Sv. Herr Ellio Schneider: Zwei ganz kurze Bemerkungen. Ich kann den Kollegen nur zustimmen; zielgruppenspezifisch – ja, das ist notwendig. Das wird im Einzelfall Probleme geben, aber ich glaube, es ist auch deswegen notwendig, weil Prävention neben den speziellen Fragestellungen nach meiner persönlichen Überzeugung zu Hause, im Kindergarten, in der Schule und in den Betrieben anfängt. Ich glaube, dort legt man entweder die Wurzeln dafür oder nicht, dass wir ein soziales System auf Dauer finanzieren können.

Zu dem Thema „Einfachheit der Sprache“: Bei mir heißt der Arbeitstitel im Unternehmen – das führt immer ein bisschen zu Missstimmungen – „Bild-Zeitung fürs Gesundheitswesen“. Warum? Wir haben 1 % Experten, die so kompliziert reden, dass sie sich kaum selbst verstehen, und wir haben 99 % Bevölkerung. Wer soll denn das, was wir hier heute diskutiert haben, in dem Text, wie er da ist, ernsthaft verstehen? Also: Ich brauche ein Bild, ich brauche ein Verfahrensschema, und ich brauche ganz einfache Aussagen, und dann muss der Leser wissen: Ja oder nein. Wenn Sie dazu einen Beitrag leisten können, helfen Sie der Bevölkerung massiv, und löst man auch die Probleme und die Fragen, die Sie uns gestellt haben; denn dann versteht es der Wähler, der Patient, der Angehörige. Dann weiß er wenigstens, wohin er muss, selbst wenn wir dann noch Zugangshürden behalten.

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Jetzt hat sich noch Frau Kollegin Wölfle gemeldet. Eine ganz kurze Frage, und dann ganz kurze Antworten.

Abg. Sabine Wölfle SPD: Ein Teil meiner Frage von eben ist beantwortet worden, aber ein Teil bleibt noch offen: die Frage nach den Ablehnungen. Wenn ein dementer Mensch einen Oberschenkelhalsbruch hat oder ein künstliches Gelenk bekommt – Hüftgelenk, Kniegelenk – und dann eine Reha braucht, wird das sehr schwierig. Ich habe das in der Familie selbst erlebt. Man sagt dann: „Der Patient kann ja an dieser Reha-Maßnahme nicht mehr aktiv teilnehmen.“ Kann das zu einer Ablehnung führen? Gibt es da irgendwelche Zahlen, dass tatsächlich so eine Reha nicht stattfindet? Denn dann muss man auch die Operation infrage stellen, weil die Menschen ja hinterher in der Tat weiter Schmerzen haben oder sich nicht mehr richtig bewegen können.

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Wer möchte antworten?

Sv. Herr Dr. Jamour: Das ist eine gute Frage und eine, die auch immer wieder im Tagesgeschäft auftaucht. Fangen wir einmal damit an: Patienten, die eine mittelschwere Demenz haben und schon vorher Einschränkungen, Schmerzen und bewegungsbezogene Probleme hatten. Oftmals haben diese Menschen ja auch schon eine Pflegestufe,

und wir erleben, dass, gerade wenn sie die Pflegestufe II haben, dies fast schon wie ein Alarmsignal für den Medizinischen Dienst der Krankenkassen ist: Lohnt sich da Reha noch? So fängt das ganz praktisch an.

Man muss sehr detailliert darlegen, was denn prämorbid – also vor der Operation – noch an Fähigkeiten möglich war und was sich jetzt beispielsweise im Zuge der Operation erst einmal schlechter darstellt, und dann muss man Bezug auf den prämorbidem Zustand nehmen. Da brauche ich Informationen, da muss ich mit den Angehörigen sprechen, da muss ich mit dem Hausarzt sprechen, da muss mir der Medizinische Dienst der Krankenkassen glauben, dass der Patient vorher noch 100 m mit dem Rollator gehen konnte und, und, und. Es wird eine enorm hohe Hürde gesetzt.

Trotz alledem: Wenn Sie jemanden haben, der sich empathisch um die Sache kümmert, dann bekommen Sie die Reha, dann kommt auch der Widerspruch durch. Aber an diesem enormen administrativen Aufwand führt kein Weg vorbei.

Ich muss aber auch dazusagen, in Ergänzung zu dem, was Herr Rapp gesagt hat: Wenn ein bestimmter Punkt der Demenz überschritten ist, ist es im Allgemeinen besser, den Betroffenen schnellstmöglich wieder in seine vertraute häusliche Umgebung, oder wo immer er auch lebt, zurückzubekommen und dann eben zu schauen, dass man durch ambulante oder mobile Rehaangebote dort die Mobilisierung wiederherstellt. Das heißt: Das ist am Ende immer auch eine Einzelfallentscheidung.

Sv. Herr Elio Schneider: Eine Ergänzung dazu: Wir haben hier ja nicht, wie andere europäische Länder, grundsätzlich eine Rationierung. Insoweit würde ich nicht die Operation infrage stellen, wenn sie z. B. auch in der Pflege – es muss ja nicht in der Reha oder im häuslichen Umfeld sein – letztendlich den Nutzen stiftet, sondern ich würde es künftig kombinieren und würde sagen: Wenn das eine stattfindet, dann kann ich im Pflegeheim auch aktivierende Pflege leisten, damit sich der Mensch leichter tut und ein bisschen mehr Teilhabe hat. Es mag zwar sein, dass aus den 100 m dann nur 50 m werden, aber das ist besser, als wenn er auf Dauer im Bett gepflegt werden muss und gar nicht mehr herauskommt. Ich glaube, das ist ein Aspekt, der bezogen auf Geld und in der Diskussion und in den Formalien untergeht, und da müssten wir hinschauen.

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen. – Ich darf mich ganz herzlich noch einmal bei unseren vier Referenten des heutigen Vormittags – Herrn Schneider, Herrn Dr. Rapp, Herrn Werner und Herrn Dr. Jamour – bedanken. Ich glaube nicht nur, sondern ich weiß jetzt: Sie haben uns wichtige Impulse für unsere Arbeit gegeben. Herzlichen Dank, dass Sie heute Vormittag da waren und Wissen mit uns geteilt haben.

Ich darf mich ganz herzlich bei allen, die zur Vorbereitung und Durchführung dieser Anhörung beigetragen haben, bedanken. Die Anhörung ist hiermit beendet, und ich bitte die Obleute und den Kollegen Lucha noch zu einer kurzen Besprechung zu mir.

Ich wünsche denjenigen, die zum Essen gehen, guten Appetit, und denen, die in der Stadt spazieren gehen, wenig Schwitzen.

(Unterbrechung der Sitzung: 12:44 Uhr)

(Wiederaufnahme der Sitzung: 13:29 Uhr)

Teil II – öffentlich
Anhörung: „Pflegekammer“

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Punkt 13:30 Uhr. Meine sehr geehrten Damen und Herren! Ich darf Sie alle zur öffentlichen Anhörung der Enquetekommission „Pflege“ begrüßen, heute zum spannenden Thema Pflegekammer. Ich freue mich, dass wir bei diesem interessanten Thema auch zahlreiche Gäste haben, und ich freue mich, dass es den Fraktionen gelungen ist, interessante Sachverständige für den heutigen Nachmittag zu gewinnen.

Ich darf ganz herzlich als Referenten des heutigen Nachmittags Herrn Dr. Helmut Müller begrüßen. Er ist 1. Vorsitzender der Landesarbeitsgemeinschaft der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe Rheinland-Pfalz e. V., Vorsitzender des Dachverbands der Pflegeorganisationen (DPO) und Mitglied der Landespflegekonferenz. Seien Sie uns sehr herzlich willkommen. Ich begrüße des Weiteren Herrn Bernhard Schneider, Hauptgeschäftsführer der Evangelischen Heimstiftung. Ein weiterer Referent – und nicht weniger herzlich begrüßt – ist Herr Professor Dr. Frank Weidner. Er ist Gründungsdekan der Pflegewissenschaftlichen Fakultät der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar und hat dort einen Lehrstuhl für Pflegewissenschaft inne. Herzlich willkommen! Last, but not least Herr Tom Rutert-Klein, Leiter der Abteilung 65 – Sozialversicherungen – des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie in Rheinland-Pfalz.

Meine sehr geehrten Damen und Herren, ich möchte, wie bei jeder Anhörung, keine großen Vorreden halten. Wir wollen uns auf unsere Gäste konzentrieren. Zum Ablauf für die Referenten: Wir wünschen uns von Ihnen ein Referat von 15 Minuten, am besten genau 15 Minuten. Ich würde Ihnen auch eine Minute vor Ende der Redezeit ein akustisches Signal am Redepult geben. Auf der rechten Seite läuft die Zeit rückwärts mit, so dass Sie das etwas kontrollieren können. Nach jedem Redner würden wir eine Frageunde von 20 Minuten anschließen, bei der die Damen und Herren Mitglieder der Enquetekommission Fragen an den jeweiligen Referenten stellen. Ich würde den Referenten auch bitten, dafür gleich vorn am Redepult zu bleiben. Falls es zum Abschluss noch an einen oder mehrere Referenten separate Fragen gibt, die sich im Laufe der Anhörung ergeben haben, besteht dann noch die Möglichkeit zu einer allgemeinen Frageunde.

Ich darf nun Herrn Dr. Helmut Müller als Ersten ans Redepult bitten. Wir sind auf Ihre Ausführungen gespannt.

Vielleicht noch vorab: Ich habe es in der Anhörung, die heute Morgen stattgefunden hat, schon gesagt: Bei Landtagssitzungen herrscht hier normalerweise Jackettpflicht. Ich

würde alle, egal, ob Mitarbeiter des Sozialministeriums – ich hatte vergessen, Sie zu begrüßen –, Mitarbeiter der Enquetekommission oder andere Personen, heute selbstverständlich davon – bei diesen Temperaturen – entbinden und würde das jetzt auch selbst machen.

(Heiterkeit)

Nun, Herr Dr. Müller, haben Sie endgültig das Wort.

Sv. Herr Dr. Müller: Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren Mitglieder der Enquetekommission! Nicht zuletzt einen herzlichen Gruß vom alten Kollegen aus Rheinland-Pfalz, der von Ihnen steht. Rheinland-Pfalz hat ja schon gezeigt, dass Pflegekammer nichts ist, was sich berufsfremde, weit der Praxis entthobene Funktionäre ausgedacht haben, sondern dass es ein Element ist, das wir in unserem Beruf benötigen, um das zu tun, weshalb wir diesen Beruf ergriffen haben. Wir wollen nämlich pflegen können, und wir wollen so pflegen können, wie es in den Berufszulassungsgesetzen – dem Altenpflegegesetz und dem Krankenpflegegesetz – bereits spätestens seit 2003 formuliert ist, nämlich dass wir eigenverantwortliche Tätigkeiten ausüben können.

Sie merken: Ich nähere mich dem Thema mit dem Engagement eines Gesundheits- und Krankenpflegers. Keine Bange, der Doktor stimmt. Aber ich bekenne mich schuldig, dass ich diesen Doktor erst gemacht habe, nachdem feststand, dass altersmäßig die Berentung im Spiel war. Irgendetwas muss man dann ja auch noch tun.

(Heiterkeit)

Ich habe am 1. April 1964 als Krankenpfleger begonnen. Die Welt der Pflege, die Welt des Krankenhauses, die Bedeutung von Krankheit waren damals völlig anders, als wir es jetzt, 51 Jahre später, haben. In diesem sich verändernden Spektrum der Mortalität, bei den Möglichkeiten, die wir in der Rehabilitation, in der Prävention und nicht zuletzt auch in der Therapie und in der Begleitung Erkrankter, Hilfebedürftiger und vielfach auch alter Menschen haben, liegen die Herausforderungen und die Chancen für unseren Beruf. Wir wollen diese Chancen zum Wohle der uns anvertrauten pflegebedürftigen Menschen aufnehmen.

Sie merken: Bei den Themen Pflege, Pflegeentwicklung, Pflegekammer ist bei mir ein bisschen viel Herzblut und Engagement mit dabei.

Der Gedanke, Pflege zu „verkammern“ – ein schreckliches Wort; besser nennt man es „Selbstverwaltung“ –, der Gedanke, pflegerische Selbstverwaltung einzufordern, ist in der Pflege angekommen, als 1985 das Krankenpflegegesetz geändert worden ist. Darin stand zum ersten Mal, dass Pflege nicht nur eine ausführende Tätigkeit ist, die das tut, was der Doktor sagt, sondern dass Pflege eigenverantwortliche Aufgaben hat. Wenn ich

eigenverantwortliche Aufgaben habe, dann muss auch das Gerüst dafür da sein, dass ich in dieser Eigenverantwortlichkeit arbeiten kann.

Wenn etwas Neues kommt, löst das natürlich immer Befürchtungen, Skepsis und auch Begeisterung aus. Die Begeisterung haben wir eben vor dem Landtag gesehen. Skepsis und Ablehnung liegen aber auch nebeneinander. Dann wird unter Umständen einmal gesagt: „Die Pflegekammer bringt doch nichts, die ist nur ein Placebo.“ Zumindest diejenigen, die Gesundheitspflege, Krankenpflege, Kinderkrankenpflege, Altenpflege gelernt haben oder lernen, wissen, dass ein Placebo manchmal sehr gute Wirkungen erzielt.

(Vereinzelt Heiterkeit)

Wir haben in den Pflegeverbänden über mindestens zehn Jahre einen intensiven Diskussionsprozess gehabt, weil sich natürlich auch in den Pflegeverbänden, bei uns die Fragen gestellt haben: Was ist Pflegekammer? Was bedeutet Selbstverwaltung? Welche Verantwortungen übernehmen wir damit? Können wir die Verantwortung tragen? Wollen wir die Verantwortung tragen? Was wird aus den Pflegeverbänden? Wie verändert sich deren Rolle? Das sind alles Fragen, die wir diskutiert haben.

Das breite Spektrum der Pflegeverbände, die es in Deutschland traditionell bedingt gibt, ist einhellig der Meinung: Ja, wir benötigen als Weiterentwicklung, im Rahmen der Selbstverwaltung eine Pflegekammer. Uns, den Pflegeverbänden, wird dies natürlich neue Aufgaben und neue Betätigungsfelder in der Begleitung der Selbstverwaltung beschaffen.

Wenn, wie wir es in Rheinland-Pfalz geschafft haben, eine Pflegekammer, nach einem langen Diskussionsprozess und einem langen Werdeprozess, ins Leben gerufen wird – wir werden am 1. Januar 2016 mit der Pflegekammer starten –, dann müssen wir dabei auch immer etwas antizipieren, was Pflegekammer machen soll, und haben wir mit dem scheinbar normativ festgesetzten Faktischen zu kämpfen: „So haben wir doch immer schon gearbeitet, und daran wollen wir doch bitte schön nicht rühren.“ Was soll das Ganze?

Meine Damen und Herren, eine Pflegekammer ist nicht Selbstzweck für Pflegefunktionäre, sondern eine Pflegekammer hat eine doppelte Zielsetzung. Sie hat zum einen die Zielsetzung, jedem, der in diesem Land pflegebedürftig ist oder von Pflegebedürftigkeit bedroht ist – egal, in welchem Pflegesetting –, die bestmögliche pflegerische Versorgung nach unserem Pflegewissensstand zu gewährleisten. Das ist das eine. Das nennt man Verbraucherschutz.

Das pflegerische Tätigkeitsfeld hat, wie eigentlich jedes Tätigkeitsfeld, ungeheure Spannungen und im Einzelfall anzugehende, zu thematisierende Probleme. Wir können unsere Kollegen vor Ort nicht damit alleinlassen. Spätestens, wenn der Grundsatz „Am-

bulant vor stationär“ ernst genommen wird, brauchen die Kollegen, die ohne den Schutz einer großen Institution arbeiten, ihre Selbstverwaltung, die ihnen mit Schutz, Rat und auch Tat zur Seite steht. Das ist der Schutz der Berufsangehörigen.

Wir stehen bezogen auf den Pflegeberuf vor gewaltigen Veränderungen: Die Mortalitätsveränderungen habe ich bereits genannt. Wir bekommen ein neues Pflegegesetz, mit dem aus drei Berufen einer gemacht werden soll. Diese Gestaltung des neuen Berufs, des neuen Pflegeberufs, ist für uns alle Neuland. Wir wollen selbst bestimmen, welche Inhalte damit verbunden sind. Wir wollen uns da nicht fremd bestimmen lassen. Wir haben Probleme, nicht Probleme, eher Entwicklungstendenzen, dass sich Pflege zunehmend akademisiert.

Es stellen sich auch die Fragen: Wie sind die beruflichen pflegerischen Aufgaben zu verteilen? Was kennzeichnet Pflegequalität? Das sind Aufgaben, die wir lösen müssen, die wir bearbeiten müssen, und zwar als Beruf in unserer Selbstverwaltung.

Wir sind in Rheinland-Pfalz mit der Pflegekammer im Heilsberufsgesetz verortet, zusammen mit den anderen, schon lange verkammerten Berufen, wie beispielsweise Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Psychotherapeuten, Tierärzte. Das ist eine Stelle, an die Pflege auch hingehört – auf Augenhöhe mit den anderen. Denn mit dieser Augenhöhe wird uns deutlich gemacht: Wir reden von Pflege als gesellschaftlich wichtige Aufgabe, die wir unter allen Umständen unterstützen müssen. Wir reden nicht nur in Sonntagsreden darüber, sondern es ist uns ernst damit. Die Botschaft unseres Landes Rheinland-Pfalz, die übrigens parteiübergreifend war – wir hatten einen einstimmigen Landtagsbeschluss zur Errichtung einer Pflegekammer –, ist für uns ein Beweis des Vertrauens, ein Beweis des Respekts vor unserer Arbeit und Ansporn, dieser Verantwortung in der Pflege der Menschen in Rheinland-Pfalz auch gerecht zu werden. Ich bin sicher, in jedem anderen Bundesland und auch hier in Baden-Württemberg wird dieser Ansporn selbstverständlich auch vorhanden sein.

Die Kammer hat Aufgaben, die im Heilberufsgesetz festgelegt sind. Eine der Aufgaben ist die Wahrung des Ansehens des Berufsstands. Ich habe in allen Lebensumfeldern, die ich habe, niemanden getroffen, der gesagt hat: Das, was ihr da macht mit der Kammer, ist Blödsinn. Alle haben gesagt: „Jawohl, prima. Da erhält Pflege ein deutliches Zeichen der Wertschätzung.“

Wahrung des Berufsstands heißt auch: Kooperation – nicht Konkurrenz – mit den anderen Berufsgruppen auf Augenhöhe, mit Augenmaß. Wir haben alle das Ziel der Gesundung der Patienten. Augenhöhe heißt „gegenseitiger Respekt“.

Mitglieder der Pflegekammer Rheinland-Pfalz sind selbstverständlich alle, die eine mindestens dreijährige Ausbildung in einem der zurzeit noch drei Pflegeberufe durchlaufen haben.

Ein Totschlagargument, das immer wieder angeführt wird, ist: „Die Zwangsmitgliedschaft, da muss ich ja etwas machen, das ist demokratiefeindlich.“ Wenn ich einen Beruf erlerne und es in diesem Beruf Selbstverwaltung gibt, dann heißt das so viel wie: Ich bin dann auch in den Selbstverwaltungsgremien aktiv, versuche auch mitzugestalten, bin auf alle Fälle dabei und kann mich nicht ausklinken.

Was wir an Aufgaben haben: Viele Aufgaben sind bundesgesetzlich geregelt. Es ist aber Sache der Länder, die Bundesgesetze auszugestalten. Da gibt es ein breites Feld an Themen, die pflegerelevant sind. Wir sind in Rheinland-Pfalz gesetzlich dann Mitglied in unterschiedlichen Gremien wie dem Krankenhausplanungsausschuss, dem Landespflegeausschuss, dem Gemeinsamen Landesgremium nach SGB V, in denen Pflegesachverständigen von uns, von allen, die ebenfalls Mitglieder in diesen Gremien sind, gefordert wird.

Ich habe mich gewundert, als ich den Fragekatalog las, dass nicht die Frage gestellt wurde: Was haben Sie, die für die Pflege, für die Pflegepolitik, für die Ausgestaltung hier in diesem Land Verantwortlichen, von einer Pflegekammer? Ich denke, dass ich auch für die Kollegen hier aus Baden-Württemberg spreche. Sie bekommen mit der Pflegekammer einen Ansprechpartner, der bereit ist, Ihnen seine Kompetenzen, sein Wissen, zur Verfügung zu stellen in der gesetzlich vorgeschriebenen Aufgabe der Beratung, der Mitwirkung dabei. Sie gewinnen einen Partner, der Aufgaben der Pflege mit Ihnen gemeinsam zu lösen bereit ist.

Meine Damen und Herren, ich danke Ihnen für die Aufmerksamkeit und freue mich auf die Diskussion.

(Beifall)

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Herzlichen Dank, Herr Dr. Müller. Es war zeitlich eine absolute Punktlandung, auf die Sekunde.

(Vereinzelt Heiterkeit)

Ich habe jetzt bereits einige Wortmeldungen vorliegen: Frau Kollegin Schiller, Herr Dr. Schirmer, Herr Hinderer, Herr Haußmann, Herr Wahl und Frau Mielich. Ich darf daran erinnern: Kurze Fragen ermöglichen möglichst lange und ausgiebige Antworten. – Frau Schiller.

Abg. Jutta Schiller CDU: Vielen Dank. – Vielen Dank, Herr Dr. Müller, für Ihren sehr engagierten Vortrag. Man merkt Ihnen an, dass Sie das Thema leben. Nichtsdestotrotz möchte ich zwei Fragen an Sie stellen. Sie haben in Ihrem Manuskript, das wir vorher bekommen haben, geschrieben:

Ergebnis dieses intensiven

– weil sehr langen –

Diskussionsprozesses ist die einhellige Forderung nach Errichtung einer Pflegekammer ...

Da würde ich fragen: Wer waren diese Personen oder Organisationen? Ich kann sagen, dass ich dazu nicht nur einhellige Zustimmung signalisiert bekomme, sei es per Brief oder allen möglichen anderen Kommunikationsformen. Vielleicht könnten Sie da ein bisschen genauer Auskunft geben.

Dann schreiben Sie weiter, als Zielsetzung der Kammern:

Die Kammer dient dem Schutz der Bevölkerung vor „unsachgemäßer“ Pflege.

Jetzt habe ich einfach die Frage: Ist daran gedacht, gemeinsam mit dem MDK oder der Heimaufsicht das Thema der – sagen wir einmal – unsachgemäßen Pflege anzugehen bzw. die Kontrolle auszuführen? Und: Haben Sie Weisungsbefugnis in die Träger hinein?

Danke schön.

Dr. Uwe B. Schirmer, stellvertretendes externes Mitglied: Danke schön, Herr Dr. Müller, auch ganz persönlich von mir – ich bin Krankenpfleger wie Sie. Ich würde ganz gern ganz praktische Fragen stellen, die ich manchmal von meinen Kolleginnen und Kollegen aus der Pflege höre und die Sie sicher kennen – da Sie erste Praxiserfahrungen in der Gründung einer Pflegekammer gemacht haben, und auf viele Fragen, die sich uns stellen, bereits Antworten haben. Zunächst einmal: Wie reagieren die rheinland-pfälzischen Kolleginnen und Kollegen, die bekanntlich niedrig organisiert sind – unsere Berufsgruppe ist niedrig organisiert, egal, ob bei den Gewerkschaften oder bei den Berufsverbänden oder wo auch immer –, auf eine Zwangsverkammerung?

Der zweite Teil der Frage: Sehen Sie Möglichkeiten für eine freiwillige Mitgliedschaft? Haben Sie das erörtert, diskutiert, überlegt?

Zum Schluss noch die Frage nach dem Geld. Was würde eine junge Krankenschwester eine Mitgliedschaft in Ihrer Kammer in Rheinland-Pfalz pro Monat kosten?

Vielen Dank.

Abg. Rainer Hinderer SPD: Herr Dr. Müller, vielen Dank für den engagierten Vortrag. – Ich habe Ihr Stichwort „Gegenseitiger Respekt“ aufgegriffen. Dazu möchte ich in zwei Richtungen fragen. Auf der einen Seite zum gegenseitigen Respekt auch mit allen anderen im Pflegesystem tätigen Akteuren, ich nenne einmal die Arbeitgeberseite, ich

nenne ver.di, ich nenne die Gewerkschaften: Wie ist es Ihnen gelungen, auch diese wichtigen Akteure und Gruppen mit ins Boot zu bekommen und einen, sage ich jetzt einmal, Friedensschutz zu erzielen?

Ein weiteres Stichwort ist die gegenseitige Solidarität unter den an der Pflege beteiligten Berufsgruppen. Es sind ja nicht nur die Pflegefachkräfte; da wünschen wir uns einen hohen Anteil, Fachkraftquote usw. Die Praxis ist die: Es gibt insbesondere in der Altenpflege, aber auch in der Krankenpflege die Pflegehelferinnen und Pflegehelfer, die nicht Mitglied der Kammer sein können, sein dürfen. Wie ist vor und nach der Initiative zur Gründung einer Kammer das Verhältnis zu diesen Fachkräften, Nichtfachkräften? Gibt es Überlegungen, diese zukünftig auch mit einzubeziehen und ihnen Wege in die Kammer zu eröffnen?

Abg. Jochen Haußmann FDP/DVP: Vielen Dank, Herr Dr. Müller. – Es sind schon einige Fragen gestellt worden; da kann ich mich dann begrenzen. Sie hatten in Ihrem Vortragsmanuskript die Zielsetzungen einer Pflegekammer, die Sie in doppelter Hinsicht sehen, erwähnt:

*Die Kammer dient dem Schutz vor „unsachgemäßer“ Pflege ...
Und: Die Kammer dient dem Schutz der beruflich Pflegenden vor
„unsachgemäßen“ Anforderungen.*

Es würde mich einfach interessieren, welche Ansätze Sie haben bzw. welche Defizite es in diesem Bereich in Rheinland-Pfalz gab. Sie haben andere Selbstverwaltungen angesprochen. Es stimmt, wir haben sehr gute Erfahrungen damit gemacht, dass die Politik Verantwortungen auf die Selbstverwaltungen verlagert. Wir haben aber bei den Pflegeberufen die Besonderheit, dass es dort einen sehr großen Anteil – ich glaube, über 90 % – an Angestellten gibt. Insofern: Wie beurteilen Sie das Thema – in der Selbstverwaltung sind ansonsten tendenziell eher Personen, die selbstständig sind; nennen wir einmal Ärzte oder beispielsweise auch Architekten – in dieser Hinsicht?

Dann hatten Sie gesagt, Sie wollten die Pflegeausbildung, die gerade in der Diskussion ist, selbst bestimmen. Da wäre die Frage: Sind Sie da schon in diesen Dialog, in diesen Prozess in Rheinland-Pfalz mit eingestiegen? Auf Bundesebene gibt es sehr intensive Diskussionen zu der generalistischen Pflegeausbildung.

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Vielen Dank. – Herr Kollege Wahl.

Abg. Florian Wahl SPD: Herr Vorsitzender! Herr Dr. Müller, herzlichen Dank auch von meiner Seite für Ihren engagierten und couragierten Vortrag. Mich hat dieser sehr gefreut, zumal ich schon seit Längerem ein absoluter Befürworter der Pflegekammer bin. Aber ich hätte noch drei Fragen. Die erste Frage geht auch nochmals in die Richtung, wie sich die Zusammenarbeit gerade auch mit den Gewerkschaften bei der Erstellung oder Errichtung allgemein dargestellt hat bzw. diese Zusammenarbeit aussieht.

Die zweite Frage bezieht sich auf den Entstehungsprozess hin zur Pflegekammer: Wie viel war bezogen auf die Ausgestaltung der Pflegekammer vorgegeben? Vielleicht könnten Sie darauf noch einmal eingehen.

Und drittens: Wir haben in Deutschland gerade auch in Richtung Selbstverwaltung unterschiedliche Debatten. Rheinland-Pfalz hat sich beispielsweise für den einen Weg entschieden, Bayern für den anderen. Was wären denn aus rheinland-pfälzischer Sicht, aus Ihrer Sicht, die Vorteile von Pflegekammer bzw. Pflegering?

Herzlichen Dank.

Abg. Bärbl Mielich GRÜNE: Herzlichen Dank auch von meiner Seite. – Sie haben angesprochen, dass ein ganz zentrales Ziel der Pflegekammern das Mehr an politischem Einfluss ist. Das ist für mich auch gut nachvollziehbar. Sie haben da auch die Beispiele – Ausgestaltung der Pflegeausbildung usw. – genannt. Welchen Einfluss kann die Pflege ausüben, wenn es darum geht, z. B. die Rahmenbedingungen auf Bundesebene auch zu verbessern?

Nun ist es so, dass wir auf Landesebene – das haben Sie aus Rheinland-Pfalz auch genannt – verschiedene Möglichkeiten haben. Diese bestehen schon; die Einrichtung einer Pflegekammer würde das noch verstärken. Das ist jetzt nicht ausgeschlossen. Zentral ist für mich die Frage: Was passiert auf Bundesebene? Das frage ich Sie jetzt.

Die Mitgliedschaft im G-BA wäre über eine Pflegekammer. Wenn es zwei Landespflegekammern gibt, kann es auch eine Bundespflegekammer geben. Gäbe es dann sozusagen das Ziel und auch die Möglichkeit, gleichberechtigtes Mitglied im G-BA zu werden, analog z. B. zu der Regelung bei der Ärzteschaft? Wobei man da sagen muss: Die Bundesärztekammer ist nicht Mitglied, sondern die Bundesvereinigung der Kassenärzte. Das ist mir einfach unklar, da bin ich mir unsicher. Da erhoffe ich mir von Ihnen eine Klarstellung.

Danke.

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Vielen Dank für die Fragen. – Herr Dr. Müller, wir harren der Antworten.

Sv. Herr Dr. Müller: Wie viel Zeit bekomme ich denn jetzt?

(Vereinzelt Heiterkeit)

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: 11 Minuten und 34 Sekunden. Ich schreibe Ihnen noch fünf Sekunden für meine Intervention gut.

Sv. Herr Dr. Müller: Schönen Dank für die Fragen. Ich freue mich, dass mein Vortrag bei Ihnen auch etwas ausgelöst hat und dass Sie nachfragen; denn von der Diskussion lebt der Prozess. Ich werde versuchen, die Fragen zusammenzufassen.

Sie fragten nach denjenigen, die eigentlich zugestimmt haben. Die Diskussion über die Pflegekammer ist in den Verbänden geführt worden, die in den Landespflegeräten bzw. im – so heißt das bei uns – Dachverband der Pflegeorganisationen vertreten sind. Wir hatten zu Beginn Zweifel, als unsere jetzige Ministerpräsidentin und damalige Gesundheitsministerin zu unser aller Überraschung, das muss ich fairerweise auch sagen, den Startschuss gab: „Jawohl, wir trauen euch das zu, aber nur, wenn die Pflegeverbände und die Betroffenen mit zustimmen.“ Die zehn im Dachverband zusammengeschlossenen Verbände haben einhellig gesagt: „Jawohl, wir tun das.“ Das Spektrum geht von generalistischen Verbänden, wie dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe, über die Fachverbände, also mein eigener Verband, der Verband der Pflegepädagogen oder der Pflegemanager, bis hin zu den konfessionell geprägten Verbänden im katholischen und evangelischen Bereich. Das ist das.

Die Frage nach „unsachgemäßer“ Pflege und „unsachgemäßen“ Anforderungen: Ich habe in meinen schriftlichen Ausführungen, die Ihnen ja vorliegen, den Begriff „unsachgemäß“ absichtlich in Anführungszeichen gesetzt. „Unsachgemäß“ heißt: Von mir wird erwartet, dass ich, warum auch immer, etwas tun muss oder tun soll, was mit meinem pflegerischen fundierten Berufsverständnis nicht übereinstimmt. Pflege ist der typische Fall einer personenorientierten Dienstleistung. Und personenorientierten Dienstleistungen entziehen sich einer tayloristischen Betrachtung, dass ich funktionell etwas tun kann. Eine Vorgabe, wie Waschen in 15 Minuten, ist in diesem Sinn unsachgemäß. Das ist ein Beispiel unsachgemäßer Pflege, das man ansprechen und verdeutlichen sollte. Ich empfand es in meiner eigenen Berufstätigkeit immer als ungeheuer spannend, sei es als Krankenpfleger vor Ort oder später als Lehrer für Pflegeberufe: Ich wusste nie, was auf mich zukommt, wenn ich in ein Patientenzimmer ging: Wie sind sie drauf? Was haben sie? Und in der Schule weiß man das auch nie.

(Vereinzelt Heiterkeit)

Das ist so, und das ist das Spannende daran.

Die Frage nach der Zwangsverkammerung bzw. freiwilligen Mitgliedschaft: Ich denke, ich habe es ausgeführt: Eine Kammer hat die Aufgabe, das Gesamte eines Berufs zu vertreten, und da gehören alle dazu, die diesen Beruf auch tatsächlich ausüben, und die sagen: „Ich führe pflegerische Tätigkeiten unter dieser Berufsbezeichnung aus.“

Freiwillige Mitgliedschaft: Ja. Ich bin als Rentner selbst freiwilliges Mitglied in der Pflegekammer. Wir wollen die Schüler mit hineinnehmen, damit sie von Anfang an in den Prozess der Selbstverwaltung mit den Möglichkeiten, die Selbstverwaltung bietet, hineinkommen und hineinwachsen, damit es zu einer Selbstverständlichkeit wird.

Die Frage nach den Helfern: Jetzt spreche ich hier etwas an, was nicht von Ihnen gefragt wurde – ich sage es aber trotzdem –, nämlich die Frage des Berufs der Heilerziehungspflege. Das hat uns in den Vorbereitungen schon umgetrieben: „Wie gehen wir damit um?“ Im ersten Entwurf hatten wir die einjährig ausgebildeten Altenpflegehelfer und Krankenpflegehelfer auch mit enthalten. Wir haben sie rausgenommen, rausnehmen müssen, weil ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahr 2001, glaube ich, vorliegt, aus dem klar hervorgeht: Altenpflegehilfe ist kein Heilberuf, sondern ein Sozialberuf. Damit handelt es sich um eine andere Kategorie. Wir haben nicht riskiert – es würde geradezu zur Klage auffordern –, darauf zu bestehen, im ersten Ansatz die Pflegehelfer mit hineinzunehmen.

Wie haben wir es geschafft, ver.di sowie Trägerverbände und große Träger für die Kammer zu begeistern? Durch Argumentationen und indem wir zeigen, dass wir es können und dass wir kein Konkurrenzunternehmen errichten wollen. Wir haben nicht vor, den Arbeitgebern dirigistisch etwas aufzudrücken. Wir hatten das große Glück, dass die großen Träger in Rheinland-Pfalz, große katholische Träger, von Anfang an voll hinter der Kammer standen. Schwester Basina Kloos von den Waldbreitbacher Franziskanerinnen, die Vorstandsvorsitzende der Marienhaus Stiftung – bei uns der größte Träger von sozialen Einrichtungen und Krankenhauseinrichtungen –, war Vorsitzende der Gründungskonferenz. Hier wird deutlich, dass ein Träger die Pflegekammer wegen der Unterstützung für sein karitatives Engagement schätzt. Erwarten Sie auch, dass Pflege ebenfalls den Bezug zum Menschen hat, wie er beispielsweise in der Caritas oder der Diakonie vertreten wird.

Als wir anfangen, über die Kammer zu reden, gab es des Öfteren Schlagabtausche mit ver.di-Vertretern, die, wie gesagt, immer die Placebofunktion hervorhoben und zum Ausdruck brachten, dass alles nichts bringen würde, im Übrigen Bezahlung gemacht werden müsse und die Arbeitsbedingungen geändert werden müssten.

Wir sind der festen Überzeugung: Der Dreiklang aus Kammer, Berufsverband und Gewerkschaft stärkt unseren Beruf. Mit dieser Botschaft sind wir durch das Land gezogen und haben wir, denke ich, in Rheinland-Pfalz auch ver.di erreicht; denn die Kolleginnen, die in der Gründungskonferenz, jetzt im Gründungsausschuss, mitarbeiten, arbeiten konstruktiv mit – das kann ich nur betonen – und bringen ihre Sichtweisen ein. Wir reden miteinander, wir profitieren voneinander. Das ist meines Wissens gelungen, das ist sogar gut gelungen.

Politischer Einfluss: Ja, es ist auch die Aufgabe einer Kammer, einer beruflichen Vertretung, den politischen Einfluss zu benutzen, um den Bekanntheitsgrad zu stärken, miteinander zu reden und ihre Gedanken in die Diskussion mit hineinzubringen. Wenn ich nicht nur „schwafeln“ will, muss ich fundiert arbeiten. Dafür benötigt man einen Apparat. Die verbandliche Vertretung der Pflege findet ehrenamtlich statt. Das geht nicht mehr. 40 000 Leute können nicht mehr ehrenamtlich vertreten werden, zumindest nicht mehr ausschließlich. Wir brauchen einen unterstützenden Verwaltungsapparat, juristischen

Apparat und vor allem auch wissenschaftlichen Apparat, um wirklich fundiert mitreden zu können.

Mitzureden nützt einem nichts, wenn man nicht an den Stellen ist, an denen tatsächlich die Normen gesetzt werden. Das macht der G-BA; ein Gegenstück fehlt meines Wissens im Bereich des SGB XI. In diese normgebenden Instanzen wollen wir hinein; da wollen wir unseren Sachverstand mit einbringen. Wir sind sicher, wenn es zwei, drei Landespflegekammern gibt, werden wir eine Bundespflegekammer e. V. gründen. Mit den entsprechenden Forderungen hoffen wir dann auch offene Türen einzurennen und Gehör zu finden.

Pflegeausbildung und Prozess der Gestaltung: Wir, der Lehrerverband, waren in Rheinland-Pfalz von Anfang an bei den Diskussionen, die schon lange um das neue Pflegegesetz köcheln, mit einbezogen. Wir haben den zuständigen Referenten zu uns eingeladen, haben mit ihm diskutiert und haben ihn auch bei einigem davon überzeugt, dass das so nicht funktionieren kann. Das ist ein sehr gutes Arbeitsverhältnis. Das bedeutet dann auch, dass man die entsprechende Manpower und den Willen hat, die Verantwortung zu übernehmen. Wir haben in Rheinland-Pfalz bei d e n beiden Lehrplänen – Altenpflege, Krankenpflege – mitgearbeitet, und wir, die Pflegenden, nehmen den Prüfungsvorsitz in den Prüfungen im Bereich der Gesundheits-, Kranken- und Kinderkrankenpflege wahr.

Jetzt bekomme ich gezeigt, dass ich still sein soll.

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Sie haben noch 30 Sekunden plus die fünf Sekunden, die ich Ihnen gutgeschrieben habe.

Sv. Herr Dr. Müller: Das heißt, ich kann noch 35 Sekunden reden.

Das Thema, das Sie ja interessiert, ist der bayerische Weg. Also, ich weiß nicht recht. Das hat den Eindruck, dass da versucht wird, Pflege mal wieder nach dem Motto einzufangen: „Wir tun das doch schon für euch.“ Das kann es doch bitte schön nicht sein. Es ist kein Wunder, dass die bayerischen Pflegeverbände unisono gesagt haben: „Nein, das wollen wir nicht.“

Mitarbeit, Zusammenarbeit: Ja, gern. Aber wir wollen uns nicht mehr fremdbestimmen lassen, sondern wir wollen – das ist unser Angebot an Sie – unsere Sachen in der Kooperation selbstverantwortlich weitergestalten.

Schönen Dank.

(Beifall)

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Vielen Dank, Herr Dr. Müller. – Das Wort hat nun Herr Bernhard Schneider.

Sv. Herr Bernhard Schneider: Sehr geehrter Herr Vorsitzender Rüeck, sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete, sehr geehrte Damen und Herren! Ich möchte mich sehr herzlich bedanken, dass Sie mich eingeladen haben, um heute vor der Enquete-kommission zu sprechen. Gleichwohl muss ich Ihnen gestehen, dass ich mich ein klein wenig darüber gewundert habe, dass ich als „Kammerspezialist“ bzw. als Sachverständiger zum Thema Pflegekammer sprechen soll. Ich habe trotzdem sehr gern zugestimmt, habe aber überlegt, wo dieser Zuspruch, als „Kammerspezialist“ zu gelten, herkommt. Vielleicht kommt es daher, dass ich vor 35 Jahren als Pflegehelfer angefangen habe und mich seither engagiert für die Pflege einsetze, vielleicht aber auch deshalb, weil ich vor einiger Zeit eine Presseinformation zum Thema Pflegekammer veröffentlicht habe, die vielleicht auch die Runde gemacht hat. Daher könnte ich als jemand bekannt sein, der zu bestimmten Themen kritische Fragen stellt.

(Der Redner begleitet seinen Vortrag mit einer Präsentation, *Anlage 5*.)

Dass ich kritische Fragen stelle, ist durch dieses Lesezeichen ausgelöst worden, das ich einmal auf einer Messe gesehen habe und auf dem steht:

„Nichts ist mächtiger als eine Idee, deren Zeit gekommen ist.“

Das war im Vorfeld der Gründung der Pflegekammer in Rheinland-Pfalz. Als ich das gesehen habe, habe ich mir gedacht: Holla, da könnte möglicherweise etwas falsch laufen. Denn das eine ist, eine gute Idee zu haben. Was aber mindestens genauso wichtig wie gute Ideen ist, sind gute Argumente; und die habe ich kaum gelesen. Ich habe mich einmal mit diesen Argumenten auseinandergesetzt und bin zu dem Ergebnis gekommen, dass man zumindest die Frage stellen kann, ob es wirklich eine gute Idee ist.

Die zweite Motivation, etwas dazu zu sagen, ist, dass viele und alle etwas zu diesem Thema sagen können. Unsere Sozialministerin Altpeter hat gesagt: „Die Pflegeberufe im Land brauchen dringend eine Selbstverwaltung.“ Das war auch dem engagierten Vortrag von Herrn Müller zu entnehmen. Der DBfK sagt, dass die Entwicklung der vergangenen Jahre und die drängenden Herausforderungen im Gesundheitssystem zeigen, wie nötig eine starke Stimme ist. Der DBfK setzt sich deshalb mit aller Konsequenz für die Errichtung von Pflegekammern in allen Bundesländern und die Gründung einer Bundespflegekammer ein. Ich suche immer nach Argumenten, aber bislang habe ich noch keines gefunden, außer das, dass es sehr dringend und nötig ist. Herr Professor Weidner hat schon vor längerer Zeit gesagt: „Unser Herzensanliegen ist es, der Pflege zu einer starken Stimme zu verhelfen.“ Ich unterschreibe nicht jeden Satz, den Sie sagen, aber diesen unterschreibe ich vorbehaltlos.

Die Frage ist, mit welchen Mitteln wir das tun. Er hat in dem Folder, den er Ihnen ausgehändigt hat, auch dargelegt – das halte ich für eine wichtige Feststellung –, er fordere die Modernisierung der Pflegeberufe – nur so könne die Herausforderung in der Pflege bewältigt werden. Eine große Gefahr dabei besteht darin, dass die beiden Bereiche, Pflegeberufe und Pflege, miteinander vermischt werden. Jeder versteht etwas anderes darunter. Momentan diskutieren wir in der Enquetekommission „Pflege“ sehr stark auch über das Thema Altenpflege, über die gesamte Branche der Altenpflege. Das hat nicht unbedingt etwas mit der Pflege als Heilberuf zu tun, über den wir diskutieren, wenn es jetzt um die Pflegekammer geht. In der Altenpflege – das wissen Sie – spielt der Heilberuf Pflege eine immer weiter zurückgehende Rolle.

Dann habe ich gedacht, dass ich als Vertreter der Evangelischen Heimstiftung auch etwas zu diesem Thema sagen kann. Wir betreiben 83 Einrichtungen – darunter 81 Pflegeheime, eine Rehaklinik, ein Behindertenzentrum –, 40 betreute Wohnanlagen, 17 mobile Dienste mit knapp 2 000 Kunden. In Baden-Württemberg betreuen wir insgesamt 10 300 Kunden.

Heute darf ich in meiner Funktion als Hauptgeschäftsführer der Evangelischen Heimstiftung, aber auch als Vorsitzender des Diakonischen Dienstgeberverbands in Württemberg und als Vorstandsmitglied des Deutschen Evangelischen Fachverbands für Altenpflege und Pflege zu Ihnen sprechen. Mich erfreut es besonders – ich habe heute Morgen noch eine Pressemitteilung von ver.di gelesen –, dass ich auch im Namen von Frau Gölz sprechen darf – Frau Gölz, vorhin haben Sie es gesagt –, da wir bei diesem Thema derselben Meinung sind. Es ist schön, wenn man es an anderen Stellen auch vorfindet. Ich habe Ihre Pressemitteilung durchaus als Zuspruch erlebt.

Das Weitere, was mich motiviert hat, ist diese Karte gewesen, auf der „Keep calm and trust the Pflegekammer“ steht. Auf der Rückseite dieser Karte steht:

Vertrauen Sie der Pflegekammer – lassen Sie sich in Ihrer Meinungsbildung nicht von den oft irreführenden Argumenten der Pflegekammergegner beeinflussen, sondern machen Sie sich Ihr eigenes Bild.

Dazu möchte ich einen Beitrag leisten. Ich würde mich jetzt nicht als vehementen Pflegekammergegner bezeichnen, sondern als einen, der kritische Fragen stellt und nach sachlichen Argumenten sucht. Das habe ich in meinem Vortrag zu verdeutlichen versucht.

Ich überspringe jetzt ein paar Folien, damit ich auch meine Zeitschiene einhalte, und komme zum ersten Fazit. Die Ausführungen können Sie auch nachlesen.

Das erste Fazit lautet: Pflegekammern sind unnötig, weil es bereits an der Grundvoraussetzung mangelt, da nur 5 % der Pflegenden als „Freie“ berufsständlich tätig sind. Die meisten, also 95 %, sind angestellt bzw. beschäftigt, und das bei bundesweit

12 400 Pflegeheimen, 12 300 Pflegediensten und 2 000 Krankenhäusern – die baden-württembergischen Zahlen sehen Sie auf dieser Folie daneben. Immer, wenn ich sage, dass es in Baden-Württemberg 1 600 Pflegeheime gibt, höre ich: „Was? Das sind mehr, als es Städte und Gemeinden gibt.“ Das ist tatsächlich der Fall. Pflegekammern können nicht die Unternehmen vertreten, in denen 95 % der Pflegenden arbeiten, und berufsständische Aufgaben wie bei Kammern der freien Berufe fallen bei Pflegeberufen nicht an. Natürlich frage ich, auch als Vertreter der Altenhilfe: Wer vertritt Pflegehilfs- und vor allem auch die Betreuungskräfte?

Ich habe mich dann mit diesem Folder, den Sie vielleicht kennen, auseinandergesetzt, der im Vorfeld der Errichtung der Landespflegekammer veröffentlicht wurde, in dem elf Erwartungen, Wünsche und Hoffnungen an die Pflegekammer formuliert werden. Diese habe ich mir einmal vorgenommen und bin ich Punkt für Punkt in aller Ruhe und Sachlichkeit durchgegangen.

Eine dieser Forderungen ist die eigenständige Regelung des pflegerischen Handelns. Da muss ich ganz klar sagen: Die Festlegung der Berufsordnung und die Entwicklung ethischer Standards sind selbstverständlich. Bereits heute würde niemand, kein Träger, kein Geschäftsführer – niemand –, den Pflegefachkräften ernsthaft eine eigene Berufsordnung verwehren und ihnen in ihr Handwerk hineinreden. Das tue ich als Geschäftsführer ebenso wenig wie unsere Heimleiter. Dazu haben wir Pflegefachkräfte; da reden wir nicht hinein. In der Entwicklung ethischer Standards in der Pflege müssen auch andere Betroffene an den Tisch. Als erstes Fazit: Diese Forderung lässt sich mit bestehenden und bewährten Strukturen gemeinsam mit anderen Betroffenen erfüllen.

Die zweite Erwartung war eine Unterstützung im Arbeitsalltag und bei der Rechtsberatung. Da stelle ich die kritische Frage: Müssen wir wirklich 16 plus 1 Pflegekammern aufbauen? Es würden Doppel- und Dreifachstrukturen entstehen. Ich habe schon gehört: „Wenn Baden-Württemberg einmal eine Landespflegekammer hat, dann muss es den Regierungsbezirken entsprechend auch noch regionale Kammern geben.“ Das habe ich alles schon gehört. Institute, Berufsverbände, Wohlfahrtsverbände und Träger bieten bereits heute zahlreiche Fachtagungen und Beratungen an. Für mich als Verantwortlichem des Diakonischen Werks stellt sich die Frage: Können wir dann unsere Fachberatungen zulasten der von den Pflegenden zu finanzierenden Pflegekammern einsparen? Das wäre durchaus eine Überlegung, um Doppelstrukturen abzubauen. Das Rechtsberatungsverbot würde natürlich auch im Falle der Pflegekammern gelten – das nur als kleiner Nebensatz. Das zweite Fazit lautet: Für die Unterstützung im Pflegealltag und für Beratung braucht es meiner Ansicht nach keine Pflegekammer.

Das Thema „Höheres Ansehen der Pflegeberufe“: Ich glaube, ich kann für mich und die Diakonie in Anspruch nehmen, dass wir seit vielen, vielen Jahren engagiert für gute Pflege und ein gutes Ansehen kämpfen. In diesem und im letzten Jahr haben wir das mit dem „Tag der Pflege“ gezeigt. Private Pflegeverbände, das „Bündnis für gute Pflege“ auf Bundesebene, Arbeitgeberverbände, der DEVAP vom Diakonieverband, aber

auch andere Fach-, Berufs- und Interessensverbände, natürlich auch die Gewerkschaften treten vehement und engagiert für die Sache der Pflege ein.

Pflegeberufe erhalten mit 16 plus 1 Landespflegekammern und 16 plus 1 verschiedenen Regelungen auf der Länderebene nicht automatisch mehr Gewicht. Mir erscheint dies als zu einfach gedacht: „Mach Pflegekammern, dann gibt es mehr Gewicht.“ Ich meine, dass man mit mehr Bürokratie manchmal genau das Gegenteil erreicht. Eine stärkere Stimme lässt sich nicht unbedingt mit mehr Bürokratie aufbauen. Das ist mein drittes Fazit.

„Bessere Bezahlung“, liest man immer wieder. Herr Weidner sagt zu Recht, dass sich die Pflegekammer natürlich nicht in Tarifpolitik einmischt; das sehe ich auch so. Trotzdem hört man das immer: Bessere Haltung, mehr Wert für die Pflege, hat auch etwas mit Bezahlung zu tun. Dafür setzen wir uns ein. Natürlich liegt die Tarifautonomie in Händen der Sozialpartner und würde durch die Einführung einer Pflegekammer nicht berührt. Mit der Einrichtung einer Pflegekammer wäre aber unweigerlich eine Zwangsmitgliedschaft verbunden. Die Kosten – deren Höhe ist heute noch nicht absehbar – müssten – das muss man sagen – ausschließlich durch die Mitglieder, also durch die Pflegenden, bezahlt werden. Deshalb auch dieses Fazit: Eine Pflegekammer kann selbstverständlich nicht für eine bessere Bezahlung der Pflegenden sorgen, vielmehr würden dadurch auf die Pflegenden höhere Kosten zukommen.

Das fünfte Argument, das wir natürlich verständlicherweise aus der Sicht der Pflegenden hören: „Die Pflegekammer könnte für bessere Arbeitsbedingungen sorgen.“ Da muss man einfach konstatieren, dass Arbeitsbedingungen in der Pflege, für Pflegedienste und für Pflegeeinrichtungen, also für Pflegeheime, auf der gesetzlichen Grundlage im Rahmen der Selbstverwaltung zwischen Leistungserbringern und Leistungsträgern verhandelt werden. Ich nenne einmal ein Beispiel: „Rahmenbedingungen verbessern“ heißt für uns seit vielen Jahren: höhere Personalschlüssel und eine höhere Fachkraftquote.

Wir kämpfen Seite an Seite mit den Gewerkschaften seit vielen Jahren für bessere Personalschlüssel in der Pflege hier in Baden-Württemberg. Viele von Ihnen wissen, dass dies ein Thema der Selbstverwaltung im Rahmen der Verhandlung über den Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI ist. Darin stehen die Personalschlüssel für Baden-Württemberg. Die Diakonie fordert zusammen mit den anderen Verbänden seit Jahren eine Verbesserung, weil sich seit dem Jahr 1986 nichts an diesem Personalschlüssel geändert hat. Das ist ein Skandal.

Dafür kämpfen wir in der Diakonie; dafür würde auch eine Pflegekammer kämpfen. Sie könnte jedoch nicht den Schalter umlegen, da sie möglicherweise ein weiterer Verband in diesen Verhandlungen wäre – wobei man das noch im Gesetz verankern müsste. Die besseren Arbeitsbedingungen gehen aber über die Selbstverwaltung. Die Pflegekammer wäre lediglich ein weiterer Player am Tisch. Die Pflegekammer hätte auf die Verbesserung der Arbeitsbedingungen – das ist mein nächstes Fazit – nur einen margina-

len Anteil, einen Anteil von einem Zehntel, einen Einfluss wie andere auch. Die anderen Verbände haben natürlich genauso ein virulentes Interesse an diesen Rahmenbedingungen. Auch wir, die Arbeitgeber, die Dienstgeber, wollen beste Bedingungen für unsere Mitarbeiter. Dies wollen auch Gewerkschaften, Berufsverbände und andere.

„Einheitliche Interessenvertretung durch die Pflegekammer“, liest man immer wieder. Fragen Sie sich jedoch, wenn Sie darüber entscheiden: Wessen Interessen werden durch die Pflegekammer vertreten? Wenn wir nun an Heilberufe denken, dann die der Pflegefachkräfte. Die Pflege wird aber in Pflegediensten und Pflegeheimen im Kontext mit vielen Berufsgruppen erbracht – ich erwähnte dies bereits eingangs –: Hauswirtschaft, Sozialdienst und Betreuungskräfte. Sie alle kennen die Betreuungskräfte nach § 87 b SGB XI, die über die Bundesebene eine große Entlastung in den Heimen bringen; im PSG II sind sie anders zugeordnet. Pflegende haben mit Berufsverbänden, Gewerkschaften und zahlreichen Netzwerken bereits jetzt viele Möglichkeiten, ihre Interessen deutlich vertreten zu lassen.

Fazit: Eine einheitliche Interessenvertretung wird es durch die Pflegekammer nicht geben. Dies ist eine Illusion. Sie ist lediglich ein weiterer Player. Im Gegenzug würde die Pflegekammer wichtige Akteure in der Pflege ausschließen. Deren Interessen müssten aber auch mit anderen Verbänden abgestimmt werden. Die Pflegekammer ist im Pflegesetting ein Player und müsste sich natürlich mit anderen abstimmen.

„Mitbestimmung bei pflegerelevanten politischen Entscheidungen.“ Alle politischen Entscheidungen z. B. zum SGB XI und SGB V sind pflegerelevant. Ich habe wirklich überlegt, welche Entscheidung beim Rahmenvertrag, beim WTPG auf Landesebene, bei der Landesheimbauverordnung, beim Pflegeberufegesetz, und, und, und nicht pflegerelevant wäre. Wann also ist die Pflegekammer und wann z. B. ein Wohlfahrtsverband oder ein Dienstgeberverband Ansprechpartner für die Politik? Die häufig ausgesprochene Hoffnung: „Wenn ich eine Pflegekammer hätte, hätte ich einen Ansprechpartner für das ganze Thema Pflege“, ist eine Illusion. Es gäbe lediglich einen weiteren Akteur, mit dem sich die Pflegekammern selbstverständlich abstimmen müssten. Dies wären Leistungserbringerverbände, und, und, und. Daher das Fazit: Den erhofften einen Ansprechpartner für die Pflege, der die Pflege voranbringt, in Form von 16 plus 1 Pflegekammern, wird es definitiv nicht geben.

Das achte Argument, der achte Wunsch: „Mitbestimmung bei Verteilungsentscheidungen im G-BA.“ Hierzu kann Herr Weidner vielleicht mehr ausführen. Das Kammersystem baut nicht auf eine geschlossene, starke berufsständische Organisation auf. Die Bildung einer Bundespflegekammer setzt die Zustimmung mehrheitlich bestehender Landespflegekammern voraus; es wäre denkbar. Trotzdem bleibt die Entscheidung in der Mitwirkung im G-BA dem BMG vorbehalten. Deshalb ist es fraglich, ob die Pflegekammer einen Sitz bekommt. Gut, der politische Wind möge es vielleicht richten.

Das Thema Qualitätssicherung ist auch bei der Bildung von Pflegekammern ein ganz wichtiger Aspekt. Wir sind schon auch der Meinung, wie die Pflegekammerbefürworter

auch, dass die – verzeihen Sie mir diesen martialischen Ausdruck – Lufthoheit des MDK und damit der Pflegekassen in Fragen der Qualität gebrochen werden muss. Pflegequalität kann nicht einseitig von Kassen und MDK festgelegt werden. Da bedarf es auch der Einbeziehung von Pflegesachverständigen, auch von den Einrichtungsverbänden. Für einheitliche Standards in der Aus-, Fort- und Weiterbildung oder für ein Punktesystem und Fortbildungsverpflichtungen bestehen bereits bewährte Ansätze. Ein bürokratischer Überbau von Landespflegekammern wäre aus meiner Sicht für einheitliche Qualitäts- und Fortbildungsstandards unnötig. Vielmehr sollten bereits bewährte Verfahren und Strukturen genutzt werden.

Ein Punkt, der vorhin schon zu Recht angesprochen worden ist, ist der Schutz der Bevölkerung vor unsachgemäßer Pflege. Ich frage etwas provokativ, wie diese Frage, diese Forderung, gemeint ist. Wo passiert unsachgemäße Pflege? Wie soll die Pflegekammer aktiv werden? Pflege passiert in der Häuslichkeit durch Angehörige, durch mobile Pflegedienste. Wie kann die Pflegekammer da aktiv werden? Pflege passiert auch in Pflegeheimen, durch einen Pflegedienst. Wie wird da die Pflegekammer aktiv, um die Bevölkerung zu schützen? Ich glaube vielmehr, dass der Schutz durch verantwortliche Träger, durch ein gutes Qualitätsmanagementsystem, Kontrolle durch Angehörige, durch die Ärzte, die ins Haus kommen, durch die Heimaufsicht, durch den MDK gut ausgebaut ist. Deshalb glaube ich, dass die Pflegekammern den Schutz vor unsachgemäßer Pflege nicht garantieren können.

Ich komme jetzt gleich zum Ende, auch wenn ich bereits eine Minute über meiner Zeit bin.

Pflegekammer bedeutet Zwangsmitgliedschaft. Alle Pflegefachkräfte müssten für die Leistungen zahlen, die sie bereits heute erhalten können. Es ist zweifelhaft, ob sich durch eine Zwangsmitgliedschaft in einer Pflegekammer eine persönliche Bereitschaft zum Engagement entwickelt. Diese Möglichkeit bestünde bereits heute in den Berufsverbänden, selbstverständlich in den Gewerkschaften, auch in den anderen Netzwerken. Die Berufsverbände, die Netzwerke sollten sich eher fragen, wie sie Pflegende zu Engagement motivieren können. Ich habe bei „Pflegekammer“ und beim Thema Motivation immer ein Bild der extrinsischen Motivation vor Augen, sprich: Man wird dazu gezwungen, sich zu engagieren. Ich meine, dass sich auf lange Sicht eher die intrinsische Motivation auszahlt. Deshalb bin ich der Meinung, dass Pflegekammern die in der Pflege bestehenden Probleme nicht lösen. Ich würde auch sagen, sie würden keine zusätzlichen Probleme schaffen. Wenn sie nicht kommen, wäre es okay, wenn sie kommen, ist es okay. Jeder, der es zu entscheiden hat, soll es entscheiden.

Vielleicht haben Ihnen meine Argumente bei dieser Abwägung ein wenig geholfen. Insofern danke ich sehr herzlich für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Vielen Dank, Herr Schneider. – Mir liegen Wortmeldungen von Kollegin Schiller, Herrn Kollegen Hinderer, Herrn Kollegen Haußmann und Herrn Kollegen Reusch-Frey vor. – Frau Schiller.

Abg. Jutta Schiller CDU: Herr Schneider, vielen Dank für Ihre klaren und kritischen Worte. – Wenn ich das etwas Revue passieren lasse, stellt sich mir die Frage: Sehen Sie die Gefahr, dass das Image durch die Einrichtung der Pflegekammer sogar negativ besetzt wird?

Sie haben aufgezählt, dass einige wichtige Akteure nicht in der Pflegekammer vertreten sind. Können Sie sich vorstellen, warum diese ausgeschlossen wurden?

Gibt es eine Alternative zur Pflegekammer? Man spürt, dass es eine Tendenz gibt, sich zusammenzuschließen und gemeinsam aufzutreten.

Gibt es eventuell sogar einen Mittelweg zwischen dem jetzigen Organisationsgrad und dem der Pflegekammer?

Abg. Rainer Hinderer SPD: Vielen Dank, Herr Schneider, für diesen kritischen Vortrag. – Wir wissen, dass Sie innerhalb der Diakonie der größte Träger für den Bereich der Altenhilfe sind. Insofern hat Ihre Stellungnahme natürlich ein Gewicht.

Sie haben erwähnt, dass Sie ebenfalls Vertreter der diakonischen Dienstgeber sind. Daher meine Frage: Gibt es bereits eine Positionierung der Diakonie insgesamt und weitergehend der Diakonie als Mitglied der Liga der freien Wohlfahrtspflege? Wie schätzen Sie die Positionierung der Ligaverbände insgesamt bezogen auf diese Frage ein?

Vielen Dank.

Abg. Jochen Haußmann FDP/DVP: Vielen Dank, Herr Schneider. – Ich möchte drei Punkte ansprechen. Wir, Herr Rüeck und die Obleute, haben vor einigen Wochen 17 000 Unterschriften für die Pflegekammer überreicht bekommen. Mich würde interessieren – Sie haben diese Diskussion sicherlich auch in der Heimstiftung; Sie haben ja über 7 000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter –, wie in Ihren Häusern, in der Heimstiftung die Diskussion stattfindet. Es waren sicherlich auch einige Unterschriften von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Heimstiftung dabei. Wir haben jetzt nicht alle 17 000 Unterschriften angeschaut, sie liegen noch bei Herrn Rüeck – das kann er dann noch einmal prüfen.

Ich kenne es aus dem Industriebereich. Da ist es seit vielen Jahren selbstverständlich, dass Unternehmen, die ausbilden möchten, dies über die Industrie- und Handelskammer oder über die Handwerkskammer laufen lassen. Dies ist eine Struktur, die man

nicht infrage stellt, weil die Ausbildungsrollen und auch die Ausbildungsbereiche festgelegt werden. Wäre es nicht auch ein Vorteil, wenn man solche Strukturen hätte?

Ich möchte noch fragen: Wie schätzen Sie die Auswirkungen auf die Heimstiftung ein, wenn eine Kammer kommt? Das haben Sie am Schluss bereits beantwortet, ob sie kommt oder nicht. Ich gehe jetzt davon aus, dass Sie keine negativen Auswirkungen erwarten.

Abg. Thomas Reusch-Frey SPD: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrter Herr Schneider, meine Damen und Herren! Wir haben ja jetzt von Ihnen verschiedene Aspekte zur Pflegekammer gehört. Sie haben scharf analysiert, bewertet, entkräftet und infrage gestellt. Mir geht es jetzt um diese einzelnen Aspekte. Ich weiß, dass Sie als Geschäftsführer einer solch großen Einrichtung auch den Begriff der Synergie kennen. Deshalb die Frage – Sie haben jetzt die Einzelteile analysiert; man muss doch auch auf das Gesamte schauen –: Könnte die Summe aller Punkte mehr ergeben als das, was Sie analysiert haben? Mich würde interessieren, wie Sie den Effekt der Synergie bezogen auf Pflegekammer bewerten.

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Herr Schneider, wir freuen uns auf Ihre Antworten.

Sv. Herr Bernhard Schneider: Vielen Dank für die Fragen. – Ich möchte vielleicht mit Ihren Fragen, Frau Schiller, beginnen. Eines kann ich klar sagen: Ich habe keinerlei Befürchtungen, dass sich das Image verschlechtern könnte. Es wäre natürlich so, dass eine installierte Pflegekammer, die mit Nachdruck, mit Überzeugung die berufspolitische und pflegfachliche Position der Pflegefachkräfte, der Heilberufe vertritt, im Konzert derjenigen, die sich für Pflege einsetzen, eine Verstärkung bedeuten würde. Dies will ich gar nicht in Abrede stellen. Meine Frage ist, ob sie nötig ist. Wenn sie es wäre – so überzeugt, wie Herr Müller und viele andere, die ich kenne, es vortragen –, dann wäre sie sicherlich kein Schaden. Dies habe ich auch in meinem Schlusswort gesagt.

Warum andere Berufe ausgeschlossen werden, vermag ich nicht abschließend, nicht genau zu sagen, da ich kein „Kammerspezialist“ bin. Wenn man sich jedoch die Diskussion daraufhin anschaut, wo sie herkommt, erkennt man, dass sie aus berufspolitischer Sicht, aus der Feststellung kommt, dass Pflege ein Heilberuf ist. Man erkennt die Ableitung: „Pflege ist gleich Heilberuf, also kammerberechtigt“; das ist sehr unsachlich; ich bitte um Nachsicht. Deshalb ist diese Entwicklung für mich nachvollziehbar. Für mich ist auch nachvollziehbar, wenn Pflegehilfskräfte, Betreuungskräfte, Alltagsbegleiter, Servicekräfte, Betreuungskräfte zu Hause nicht daran beteiligt sind. Hier geht es nicht um die Altenpflege, also die Pflege an sich, sondern um die berufspolitische Betrachtung des Heilberufs Pflege. Diese wichtige Unterscheidung ist vielleicht auch für Sie, die politischen Entscheidungsträger, wichtig ist.

Frau Schiller, ich kann Ihnen nicht sagen, ob es einen Mittelweg gibt. Da bin ich vermutlich auch der falsche Ansprechpartner. Die Mitvortragenden des heutigen Tages können dies bestimmt beantworten.

Herr Hinderer, zu Ihrer Frage, zur Einschätzung der Liga. Ich habe keine Befugnis, für die Liga insgesamt zu sprechen. Bei den Vertretern der Verbände, mit denen ich darüber gesprochen habe, ist eindeutig die Position zu hören, dass die Sache der Pflege – nicht berufspolitisch, sondern die Sache der Pflege insgesamt – umfassend und gut durch die bestehenden Akteure vertreten wird. Ein zusätzlicher Akteur wird von ihnen mit einem Fragezeichen versehen. Das kann ich, glaube ich, mit der nötigen Diplomatie so sagen. Für den Verband, für den ich auf Bundesebene sprechen darf, für den Deutschen Evangelischen Fachverband für Altenpflege und Pflege, kann ich klar sagen, dass die Pflegekammer nicht für nötig erachtet wird.

Herr Haußmann, die 17 000 Unterschriften, die Sie angesprochen haben, und die Diskussion in der Heimstiftung: Auch da ist die jeweilige Perspektive die ausschlaggebende. Ich habe natürlich mit Pflegedienstleitungen gesprochen, die ihr ganzes Berufsleben berufspolitisch aktiv sind und für den Pflegeberuf eintreten. Diese sind auch für die Generalistik, die ich als Vertreter der Altenpflege sehr kritisch sehe. Wir schaffen einen der aus der Sicht der Altenpflege wichtigsten, erfolgreichsten Berufe ab. Da mache ich ein ganz großes Fragezeichen dahinter. Dadurch sehe ich große Probleme auf uns zukommen.

Wenn sich jetzt eine berufspolitisch bewegte Pflegefachkraft diese Sache anschaut, ist sie natürlich für die Pflegekammer. Viele andere haben mir geschrieben: „Herr Schneider, ich würde Ihre Pressemitteilung sofort unterschreiben.“ Mich hat besonders gefreut, dass sich unsere Vertreter in den Mitarbeitervertretungen und unsere Konzernmitarbeitervertretung ebenfalls hinter diese Position der Heimstiftung stellen. Insofern ist natürlich auch in der Heimstiftung – je nach Perspektive – die Haltung der Mitarbeiter unterschiedlich. „Repräsentativ“ ist vielleicht die Einschätzung unserer Konzernmitarbeitervertretung.

Zu den Auswirkungen habe ich mich bereits geäußert. Hier möchte ich mich nicht wiederholen.

Das Thema Synergie, Herr Reusch-Frey, ist ein sehr interessantes Thema, für mich als Trägervertreter natürlich erst recht. Wenn Sie es gestatten, würde ich die Frage gern mit einer Gegenfrage bzw. mit einer rhetorischen Frage beantworten. Wir hatten viele guten Kontakte zum Thema „Bürokratie in der Pflege“. Wenn Sie als Abgeordneter so ein Thema haben, dass Sie die Entbürokratisierung voranbringen möchten: Mit wem hätten Sie – nehmen wir einmal an, es hätte die Pflegekammer zu dem Zeitpunkt bereits gegeben – dann gesprochen? Hoffentlich hätten Sie dann auch mit Herrn Schneider, mit vielen anderen Vertretern und hoffentlich auch mit der Diakonie gesprochen. Sicherlich hätten Sie aber auch mit der Pflegekammer gesprochen – selbstverständlich.

Sie können die Frage der Synergie an diesem Beispiel, glaube ich, sehr gut beantworten.

Wenn ich die Gesamtsumme anschau – –

(Abg. Manfred Lucha GRÜNE: Es lebe die Monarchie! Entschuldigung!)

– Wie bitte? Das wäre meine Einschätzung zur Synergie.

Wenn ich auf das Gesamte schaue, möchte ich den Anfang meiner Antworten aufgreifen: Ich glaube, wenn die Pflegekammer da ist, mit all ihren Auswirkungen, die sie auf die gesamte Systematik hat, dann wäre die Pflegekammer sicherlich ein weiterer engagierter Vertreter der Sache der Pflege. Ob sie dafür tatsächlich nötig ist, müssen Sie entscheiden. Ich muss es nicht entscheiden. Wenn es so kommt, dann akzeptiere, respektiere ich es und arbeite ich aufrichtig und partnerschaftlich selbstverständlich auch mit der Pflegekammer zusammen. Das ist gar keine Frage.

Ich hoffe, ich konnte Ihre Fragen beantworten.

Herr Vorsitzender, heißt das jetzt „minus neun Minuten“?

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Nein, Sie hätten noch Zeit. Ich stelle natürlich gern die Frage, ob noch Fragen an Herrn Schneider offen sind. – Dann wurde konzentriert gefragt und geantwortet. So wünschen wir uns das. – Vielen herzlichen Dank, Herr Schneider.

Sv. Herr Bernhard Schneider: Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Ich würde dann jetzt für den nächsten Redner an Herrn Kollegen Lucha übergeben.

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Dann fahren wir fort. Ich darf Herrn Professor Weidner bitten. Sie haben Ihren Platz bereits eingenommen. Dann fangen wir gleich an, damit wir die Synergieeffekte, den Zeitgewinn fortsetzen können.

Sv. Herr Dr. Weidner: Herzlichen Dank. – Herr stellvertretender Vorsitzender, sehr geehrte Abgeordnete, sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich freue mich sehr, dass ich heute hier sprechen und als Sachverständiger zur Verfügung stehen darf. Ich danke auch den Fraktionen und der Enquetekommission, dass Sie sich in dieser Breite dem Thema Pflege angenommen haben. Sie haben nun schon seit geraumer Zeit viele Themen angesprochen. Das ist etwas, was mich auch sehr be-

wegt. Denn Pflege ist ein unglaublich komplexes Thema, ein Kosmos. Wenn man dahin eintaucht, dann sieht man, wie kompliziert das ist. Pflegekammer ist heute ein Ausschnittsthema, aber sie gehört zu dieser Komplexität. Als Wissenschaftler versuche ich immer, die Komplexität zu berücksichtigen und es dann zu reduzieren. Ich hoffe, dass mir dies gleich auch gelingen wird.

Wenn ich „Kolleginnen und Kollegen“ sage, dann ist es mir wichtig, dass Sie wissen, dass ich ein berufserfahrener Gesundheits- und Krankenpfleger bin. Ich schaue jedoch, mit Verlaub, nur nicht auf eine so lange Berufserfahrung wie Herr Müller zurück. Ich blicke nun bereits auf 35 Jahre zurück, in denen ich in der Pflege tätig bin. Angefangen habe ich als Zivildienstleistender, danach habe ich die Berufsausbildung gemacht und Berufserfahrung gesammelt. Dann bin ich – das habe ich bereits dargelegt – in die Forschung gegangen – denn dies war ein Desiderat – und war in der Qualifizierung wissenschaftlichen Nachwuchses in der Pflege tätig. Die Universität, an der ich die Fakultät aufbauen konnte, ist die erste Universität in Deutschland, die eine pflegewissenschaftliche Fakultät aufgebaut hat. Eine Frage, die man diskutieren kann, lautet: Gehört die Pflege an die Universität? Meine Antwort: Ja. Dies ist aber heute nicht das Thema.

Ich möchte aber noch Folgendes sagen: 1995 bin ich aus der praktischen Pflege ausgestiegen – nicht aus dem Grund, dass ich es nicht mehr ausgehalten hätte, aber es war der berufliche Weg auf anderer Ebene, der mich gereizt hat, weiter für die Pflege zu wirken. Was war 1995 – das ist jetzt 20 Jahre her – los? Da wurde gerade das Pflegeversicherungsgesetz eingeführt und die Pflegepersonalregelung im Krankenhaus ausgesetzt. Diese war mit dem Gesundheitsstrukturgesetz gekommen. Die Themen waren: Personalknappheit, Arbeitsbedingungen, Stress am Arbeitsplatz, die Vergütungsfrage und die Frage der Wertschätzung in der Gesellschaft – alles Themen, die wir auch heute noch haben. Das ist wichtig. Das ist mir auch wichtig, weil ich aus verschiedenen Perspektiven eben genau an diesen Themenstellungen wissenschaftlich und durch Forschung arbeite. Ich komme gleich noch einmal darauf zurück, dass wir versuchen, diese Fragen anzugehen. Wir tragen sie bereits sehr lange mit uns herum. Das berührt natürlich auch die Pflegekammer – wie dies geschieht, will ich noch auszuführen versuchen.

Seit dieser Zeit haben sich aber auch die Anforderungen an die Pflegeberufe erheblich verändert, über das Pflegeversicherungsgesetz; das heißt, insbesondere die Thematik der Feststellung von Pflegebedarf, die Prozesssteuerung, die Beratung in der Pflege sind Aufgaben, die insbesondere im SGB XI festgeschrieben und die auf die Pflege zugekommen sind. Ich sage auch, dass sich die Bewohnerschaft in der stationären Versorgung deutlich verändert hat. Hier ist viel auch an medizinischen Leistungen bzw. pflegemedizinischen Leistungen, also etwa Wundversorgung, zu leisten. Es ist gar nicht mehr so einfach, zwischen Alten- und Krankenpflege zu trennen.

Auf der anderen Seite – das ist mir auch wichtig – ist dies auch im Krankenhaus der Fall. Das heißt, dort, wo man es gar nicht vermuten würde, dass es einen wie auch immer gearteten arztfreien Raum gebe, bei der Intensivpflege; jeder würde denken, da würden die Ärzte im Grunde genommen alles minutiös bestimmen und vorgeben, da

hätte die Pflege nicht so viel Eigenverantwortung. Dies ist genau andersherum. Wir haben das 2012 empirisch im Pflege-Thermometer, einer Studie aus meinem Institut in Köln, dargelegt. Wir haben gezeigt, dass auch in der Intensivpflege, sozusagen im Palast der Medizin, in dem man vermuten würde, dass die Medizin dort die Prozesse führt, Pflegenden inzwischen Beatmungsregime, Medikamentenregime führen und hohe Verantwortung tragen. Diese Verantwortung nehmen sie auch an.

Das heißt, wir haben es bei diesen Themenstellungen, die sich in den letzten 20 Jahren verschärft haben – also den Rahmenbedingungen der Pflege –, mit steigenden Anforderungen zu tun. Das hat auch mit der Gesellschaft und dem demografischen Wandel zu tun, das hat aber auch mit der veränderten Versorgung zu tun, mit dem ökonomischen Druck, der vorhanden ist, und das prägt unser heutiges Bild. Deswegen ist es auch eine markante Stelle, an der wir uns fragen müssen: Was müssen wir für die Zukunft tun? Das ist auch die Frage, die sich die Enquetekommission gestellt hat.

Der renommierte Jurist Gerhard Igl hat bereits 2008 in seinem Gutachten, in dem er der Frage nachgegangen ist, ob eine Kammer rechtlich möglich ist und welche Grundlagen genau auf diesen Punkt verweisen, dargelegt: Inzwischen sind die Pflegeberufe zu einem beachtlichen Leistungsfaktor mit Eigenverantwortung im Leistungsbetrieb „Pflege- und Gesundheitswesen“ geworden. Er bezieht sich natürlich ausdrücklich auch auf ihre Aufgabe, ihren Auftrag, Heilkunde auszuüben und somit als Heilberufler zu fungieren. Das besagte Urteil des Bundesverfassungsgerichts von 2002, das die Altenpflege auch als Heilberuf kennzeichnet, hat dies noch einmal bestätigt. Das ist die Grundlage seines Gutachtens gewesen, ausgehend von dem er – er hat es dort herausgenommen – klar formuliert hat: Die Verkammerung der Pflege ist nun einer der Schritte, der diese Rahmenbedingungen fortschreibt, sodass dieser Heilberuf tatsächlich auch als solcher wirken kann – so wie es für Heilberufe auch üblich ist.

Ich habe darauf hingewiesen, dass es inzwischen auch durchaus eine ganze Reihe prominenter Stellungnahmen gibt, die über diesen Kontext von Fortschritt, zukünftiger Entwicklung und – wie Herr Schneider es angesprochen hat und ich es gern sage – Modernisierung der Pflege diskutieren. Der Wissenschaftsrat oder auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen – alle weisen auf die veränderten Rahmenbedingungen, die veränderten Aufgaben und Verantwortlichkeiten in der Pflege hin und weisen – übrigens auch mit Blick aufs Ausland – in die Zukunft. Der Wissenschaftsrat hat beispielsweise Schweden als Beispiel herangezogen und hat dargelegt, dass dort, wie in vielen anderen Ländern auch, eine viel größere Eigenständigkeit in der Pflege vorzufinden ist. Der Sachverständigenrat spricht ausdrücklich für eine Professionalisierung, und dazu gehört nun einmal die berufsständische Selbstverwaltung; das ist in gewisser Weise Grundlage.

Konsequenterweise finden wir nun auch, dass bezogen auf den Entwurf des Pflegeberufegesetzes zur Generalisierung der Pflegeausbildung die Aufgaben der Pflege betreffend – § 4 – vorschlagsweise – das ist natürlich noch nicht Gesetz; es wird als vorbehal-

tene Aufgabe diskutiert – diagnostische Fragen, Prozesssteuerungsfragen, Fragen der Evaluation, der Qualitätssicherung diskutiert werden bzw. darinstehen.

Wir haben gerade gehört, dass es natürlich Kritik gibt, mit der wir uns auseinandersetzen müssen, mit der ich mich natürlich auseinandersetzen muss. Herr Schneider hat deutlich gemacht, dass er nicht zu den vehementen Kritikern gehört, die der Prozess, den ich jetzt seit einigen Jahren, u. a. auch in Rheinland-Pfalz, begleiten darf, hervorbringt. Da ist es eben genau so, dass diese Argumente, diese Situation, die ich gerade geschildert habe, also die Problemlagen von Personalmangel, von nicht hinreichender Vergütung, von fehlender Wertschätzung, zusammengepackt werden, der Pflegekammer, die noch nicht vorhanden ist, vor die Füße gelegt werden und gesagt wird: „Die wird es auch nicht richten.“

Das ist – das muss man an dieser Stelle auch einmal aufklären – schon ein Stück weit umständlich formuliert; denn eigentlich ist das eine Kritik an sich selbst. Da muss man einfach ehrlich sagen: In den letzten 20 Jahren ist diese Situation nicht verbessert worden. Obwohl wir jede Menge Daten geliefert haben, hat sich die Situation sogar eigentlich zugespitzt. Insofern ist es zunächst einmal eine Selbstkritik; das muss man klar sagen. Vor diesem Hintergrund ist dann natürlich eine Kritik, die dann sagt: „Es ist weiter so zu machen“, erst recht zu kritisieren. Ich habe sie, wenn sie so, in dieser Form, formuliert wird, eben als verwerflich bezeichnet; denn ihr geht es offensichtlich um etwas anderes. Es geht ihr offensichtlich nicht darum, voranzukommen.

Das heißt also, dass ein „Weiter so“ die Probleme nicht lösen kann; das ist sozusagen mein Statement. Jetzt geht es darum, den Hebel tatsächlich umzulegen, und zu sagen, was man in den nächsten zehn, 15 Jahren machen soll. Da spreche ich von einer Modernisierung der Pflegelandschaft; dazu gehört die berufliche Selbstverwaltung, dazu gehört übrigens auch die Generalisierung, die den Altenpflegeberuf als solchen vielleicht in einen Gesamtberuf integriert. Aber die Pflege alter Menschen bleibt auf dem Niveau erhalten und wird weiterentwickelt. Wir müssen immer unterscheiden, um was es geht.

Dazu gehört auch die Akademisierung. Selbstverständlich schauen Sie ins Nachbarland, schauen Sie in die Länder, an die wir auch Pflegepersonal verlieren, gerade Baden-Württemberg verliert an die Schweiz. Die Akademisierung wird andersorts viel aktiver diskutiert. Das gehört zusammen, das ist ein Gesamtpaket. Das ist Modernisierung der Pflege, und das ist das, was uns umtreibt, mich als sozusagen berufserfahrenen Pflegenden, aber auch als Wissenschaftler, der reihenweise Studien kennt und auch selbst vorlegt, durchführt und immer wieder zeigt, dass es so, wie es bisher läuft, nicht weitergehen kann.

Die rechtlichen Fragen zu einer Pflegekammer, die von einem Bundesland auf den Weg gebracht wird, sind weithin geklärt. Wir haben noch vor einigen Jahren diskutiert, ob dies ein Bundesland darf, ob es überhaupt erlaubt ist, auch im Kontext der hohen Abhängigkeit beruflicher Beschäftigter, eben abhängig Beschäftigter. Das ist weithin ge-

klärt. Da liegen die ganzen Gutachten vor. Das müssen wir heute also gar nicht mehr diskutieren.

Insofern ist vor dem Hintergrund der Feststellung: „Heilberuf, veränderte Anforderung, damit auch mehr Verantwortung in den Händen der Pflegefachkräfte“, die Zeit für die Gesellschaft reif, zu sagen: Dann muss das gelten, was für andere Heilberufe auch gilt, nämlich die berufsständische Selbstverwaltung mit dem Ziel, die Beruflichkeit voranzubringen und dort zu wirken – wie wir es gerade gehört haben – und auf der anderen Seite die Versorgung mit sicherzustellen.

Ich habe Verständnis dafür, dass Skepsis herrscht und Fragen gestellt werden. Das ist überhaupt keine Frage, dass das immer stattfindet. Wir waren in Rheinland-Pfalz viel unterwegs, haben mit vielen Kollegen gesprochen. Ich habe sehr viel Verständnis dafür, dass Pflegekräfte sagen: „Ich traue dem Ganzen nicht. Mir wurde so oft versprochen, dass es jetzt besser wird, und es ist nicht besser geworden.“ Ich habe Verständnis für eine in gewisser Weise desillusionierte Perspektive in der Pflege. Deswegen weiß ich, wo man anfangen muss, die Leute langsam mit auf den Weg zu nehmen und zu überzeugen.

Auch das Thema Pflichtmitgliedschaft ist eines, das mich sozusagen auch nicht so ganz einfach überzeugt, über das ich nicht einmal nachgedacht habe. Es gibt das Argument, dass es sich um einen Heilberuf handelt und dass mit der vorhandenen Verantwortung die Pflichtmitgliedschaft die Grundlage einer solchen berufsständischen Selbstverwaltung ist. Das ist die Eintrittskarte in einen Beruf, der auf die Augenhöhe mit den anderen Heilberufen aufsteigt. Ich bin da guten Gewissens, dass man diese Überzeugung leisten kann. Aber wir haben sie immer wieder auch zu diskutieren; denn es gibt bezogen auf die Pflegekammer noch viel Informationsbedarf.

Vielleicht kann man als gewisses Zwischenfazit und allmählich zum Ende kommend formulieren: Die Pflegekammer wird sicherlich nicht alle Probleme lösen, von denen wir gerade schon gehört haben, die ich auch selbst angesprochen habe. Aber ohne Pflegekammer wurden und werden sie bestimmt nicht gelöst. Das ist eine der Kernaussagen. Insofern freut es mich, dass Herr Schneider sagt, er zähle sich nicht zu den vehementen und verbissenen Gegnern, sondern er würde es auch mittragen. Sie sagen, dass Sie es annehmen, dass Sie es akzeptieren, wenn eine Kammer im Land Baden-Württemberg errichtet werden würde. Das ist ein wichtiges Signal. Das möchte ich einfach noch einmal herausstellen. Dann werden Sie auch davon überzeugt sein, dass die Kammer ihre Beiträge leisten wird, in einer gemeinsamen Problemlösung. Das ist im Grunde genommen wieder die Zielrichtung.

Lassen Sie mich noch zwei Punkte ansprechen; zwei Minuten habe ich noch.

Es ist tatsächlich so, dass es einen enormen Informationsbedarf gibt. Die Enquetekommission informiert sich jetzt, und Sie merken, was das für eine Materie ist und wie schwierig diese ist. Das gilt auch für die Berufsangehörigen; das muss man klar sagen.

Ich habe in meinem Statement – ich gehe jetzt nicht mehr auf die Fragen ein – darauf hingewiesen, dass unsere Analyse gezeigt hat, dass dort, wo die Berufsangehörigen im Vorfeld von Befragung oder Abstimmung besonders gut informiert worden sind, die Zustimmung signifikant zugenommen hat. Dort, wo nicht informiert wurde – wie eben in Hamburg, wo die Menschen mehr oder minder überfallen wurden –, haben 56 % der Befragten gesagt, dass sie zum ersten Mal davon hören. Sie haben dann die Frage gestellt bekommen: „Wollt ihr eine Kammer, die euch eine Zwangsmitgliedschaft aufdrängt und die euch Mitgliedsbeiträge abringt? Stimmt ihr einer solchen Kammer zu?“ Da haben sie gesagt: „Nein, einer solchen Kammer nicht; da gib mir lieber eine andere.“ Vor diesem Hintergrund ist das verständlich. Das war unseriös. Vor diesem Hintergrund appelliere ich dahin gehend, dass man, wenn man diesen Weg in Baden-Württemberg beschreitet, unbedingt erst informiert und sich dann für einen Weg entscheidet, vielleicht auch für einen, wie Rheinland-Pfalz ihn gegangen ist, nämlich eine Abstimmung. Rheinland-Pfalz hat als einziges Land abstimmen lassen und damit eine Urabstimmung herbeigeführt. Immerhin ein erheblicher Teil, nämlich 7 500 Pflegende, haben sich daran beteiligt, obwohl sie sich registrieren lassen mussten; das ist natürlich auch schon entsprechend aufwendig gewesen.

Letzte Bemerkung: „Modernisierung der Pflege“ und Finanzierung sind immer wichtige Themen. Wenn wir über Generalisierung sprechen, dann wissen Sie: Es hakt auch an der Frage, wie die Finanzierung zukünftig zwischen den jetzt Beteiligten aufgeteilt wird. Wenn wir über Akademisierung sprechen, dann holen alle sofort ihre Rechenschieber heraus und fragen: Wie teuer wird das für die Hochschulen und das Land, wenn wir die Ausbildung jetzt plötzlich übernehmen und sozusagen aus dem Kassensystem abziehen?

Bei der beruflichen Selbstverwaltung hat man dieses Problem eigentlich nicht. Das möchte ich einfach noch sagen. Da gibt es ein anderes Problem, nämlich dass die Berufsangehörigen fragen: Wie viel muss ich denn bezahlen? Ja, das ist ein Thema. Aber die öffentliche Hand muss nicht Sorge haben, dass sie jetzt Milliarden oder Millionen aufbringen muss, um eine Kammer zu finanzieren. Es ist die Chance, in die Zukunft zu gehen. Es ist die Chance, jetzt, an dieser Stelle einen Schritt in Richtung Modernisierung zu gehen, und es ist die Chance, das zu tun, ohne große oder überhaupt finanzielle Belastungen zu haben; das ist immer das, was bei einer Gesetzesinitiative ganz oben steht: „Finanzielle Auswirkungen: keine“. Das werden Sie bei einem Heilberufsgesetz, das die Kammer aufnimmt, auch haben.

Insofern endet hier mein Vortrag. Danke für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Herzlichen Dank, Herr Professor Dr. Weidner. – Kollegin Schiller, bitte.

Abg. Jutta Schiller CDU: Vielen Dank, Herr Professor Weidner, für Ihre Ausführungen. – Ich hätte ein paar Fragen. Sie haben vorhin nochmals betont, dass sich die Befragten einer Umfrage in Rheinland-Pfalz für die Pflegekammer ausgesprochen haben. Ein gegenteiliges Ergebnis gab es in Hamburg. Hamburg hat sich gegen die Pflegekammer ausgesprochen. Kritiker dieser Umfrage sagen, sie sei wohl nicht repräsentativ gewesen. Wie sieht eine repräsentative Umfrage aus, und wie ist diese durchzuführen?

Sie haben vorhin auch von den Bedenken der Pflegekräfte gesprochen. Wir, die Abgeordneten, werden im Moment stark vermehrt von Pflegekräften, die Kritiker der Pflegekammer sind, mit Briefen, E-Mails und Anrufen kontaktiert. Vielleicht könnten Sie zu den Bedenken noch etwas sagen.

Kammern haben bis jetzt für ihre Mitglieder immer eine eigene Altersvorsorge installiert. Im Krankenhaus angestellte Ärzte sind von der Krankenversicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung befreit und sind bei ihrer Kammer in der Mitgliedschaft. Es gab zwar Probleme, aber das ist wohl inzwischen geklärt. Gehen Sie davon aus, dass die Pflegekammer kein eigenes Versorgungswerk errichten wird? Halten Sie das für langfristig realistisch? Denn die Begehrlichkeit ausgehend von der Basis wird nicht lange auf sich warten lassen.

Danke schön.

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Herzlichen Dank, Frau Schiller. – Herr Dr. Schirmer.

Dr. Uwe B. Schirmer, stellvertretendes externes Mitglied: Vielen Dank, Herr Professor Weidner. – Sie haben ausgeführt, dass es in der Pflege erhöhte und veränderte Anforderungen gibt und dass die Problemlagen breiter werden. Dies ist eine Situation, die von Pflegenden schon seit Längerem gesehen wird. Mit den bestehenden Strukturen hatte man in den letzten 20 Jahren nicht die Möglichkeit, da Abhilfe zu schaffen. Von der Gesellschaft wird dieses Problem inzwischen auch gesehen.

Was könnte eine Pflegekammer denn in dieser Situation ausrichten? Ich möchte mir zwei ganz bestimmte Punkte herauspicken, nämlich die Themen Imagegewinn und „Identitätsstiftende Wirkung“. Welchen Beitrag könnte die Pflegekammer da leisten? Wenn man heute Vertretern von Krankenpflegeschulen und auch Altenpflegeschulen zuhört, dann weiß man, dass es nicht leicht ist, Nachwuchs zu gewinnen. Das wird in Zukunft vermutlich nicht leichter. Deshalb sind, glaube ich, diese zwei Punkte sehr wichtig. Identitätsbildung ist auch wichtig, um in einem Beruf, der manchmal anstrengend

und schwierig ist und bei dem die Arbeitsbedingungen nicht glänzend sind, bleiben zu können, weil man Klarheit hat, was man möchte.

Danke.

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Vielen Dank, Herr Dr. Schirmer. – Kollege Hinderer.

Abg. Rainer Hinderer SPD: Herr Professor Weidner, ich gehe davon aus bzw. bin mir sicher, dass Sie aufgrund Ihrer beruflichen Tätigkeiten einen guten Einblick und einen guten Überblick bezogen auf die heilberufliche Szene insgesamt haben. Vorhin gab es bei der Demonstration großen Beifall für die Aussage meiner Kollegin Mielich: „Dann können die Pflegefachkräfte mit den Ärzten endlich auf Augenhöhe verhandeln.“ Das Zitat von Montgomery, das Herr Schneider vorhin verwendet hat, könnte man auch so auslegen: „Die Pflegekammer kommt auf jeden Fall. Es ist uns aber wurst, ob die kommt. Wir sind immer noch die Ärzte.“ Wie lange dauert es, bis die Pflegekräfte, wenn sie eine Kammer haben, mit den Ärzten tatsächlich auf Augenhöhe verhandeln können? Was ist erforderlich, damit diese Kammer so kraftvoll wirkt wie die Ärztekammer nach wie vor?

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Herr Haußmann, bitte. – Vielen Dank, Herr Hinderer.

Abg. Jochen Haußmann FDP/DVP: Sehr geehrter Herr Professor Weidner, Herrn Schneider haben Sie glücklicherweise nicht zu den, wie Sie es formuliert haben, Kritikern gezählt, deren Kritik unsachlich, widersprüchlich und in der Strategie verwerflich ist. Insofern bin ich natürlich schon ein bisschen neugierig – Herr Schneider hat sehr klare Thesen aufgestellt –, was Sie zu diesen Punkten sagen, um es zu konkretisieren. Sie sind in Ihrem Vortrag nicht direkt darauf eingegangen. Mich hätten schon noch ein paar Punkte direkt auf den Vortrag von Herrn Schneider bezogen interessiert.

Weiter würde mich der internationale Blick interessieren. Das heißt: Wie sieht es denn in anderen Ländern bezüglich des Themas Pflegekammer aus?

Sie haben auch ausgeführt, dass das Thema Informationsbedarf sehr wichtig ist. Welchen Weg würden Sie denn für Baden-Württemberg vorschlagen, wenn man beim Thema Pflegekammer jetzt einen Schritt weiterginge?

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Vielen Dank, Herr Haußmann. – Herr Weisbrod-Frey, bitte.

Herbert Weisbrod-Frey, externes Mitglied: Auch von mir einen ganz herzlichen Dank an Herrn Weidner. Wir kennen uns schon sehr lange. Das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung mit seinem Pflege-Thermometer schätze ich sehr. Da gibt es

immer wieder gute wissenschaftliche Grundlagen, mit denen z. B. auch bezogen auf das Thema „Personalnotstand in der Krankenpflege“ gearbeitet werden kann.

Die Einrichtung einer Pflegekammer betreffend haben Sie sehr stark für die Pflichtmitgliedschaft argumentiert, die ja in einem demokratischen Staat doch an große Hürden gebunden ist. Sie haben sicherlich in der Begleitung in Rheinland-Pfalz erlebt, welche Hürden es gibt. Z. B. ist es nicht möglich gewesen, die Pflegehilfskräfte mit in die Kammer aufzunehmen.

Wenn man Pflichtmitglieder und dadurch mehr Mitglieder hat, hat man aber nicht unbedingt mehr Engagierte. Ich weiß natürlich, wie schwierig es in Gewerkschaften, in den Berufsverbänden ist, immer die engagierten Menschen zu finden. Entsteht da dann nicht eigentlich eine Konkurrenz zur Kammer dahin gehend, dass sich diejenigen, die sich schon jetzt engagieren, künftig dort noch einmal zusätzlich engagieren müssen und der Rest der Pflegekräfte, die dann zwangsweise Pflichtmitglied werden müssen, doch wieder außen vor bleibt und wenig davon profitiert?

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Kollegin Mielich. – Vielen Dank, Herr Weisbrod-Frey.

Abg. Bärbel Mielich GRÜNE: Herzlichen Dank auch von meiner Seite. – Ich habe eine kleine Frage, und zwar: In der Aufgabenbeschreibung der Pflegekammer für Rheinland-Pfalz steht, dass die Pflegekammer auch Belange der Qualitätssicherung wahrnehmen soll. Könnten Sie das noch ein bisschen erläutern?

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Herzlichen Dank, Frau Mielich. – Ich sehe jetzt keine Wortmeldungen mehr. Dann bitte ich um die Beantwortung.

Sv. Herr Dr. Weidner: Danke sehr. – Danke auch für Ihre Fragen, die die Bandbreite wieder aufmachen. Ich versuche einmal, die Fragen von vorn durchzugehen.

Frau Schiller, Sie hatten nach der Abstimmung oder repräsentativen Befragung gefragt. Ich kann sagen, dass sich die Hamburger sehr viel Mühe gegeben haben, eine hohe Repräsentativität zu erreichen. Sie haben methodisch einen richtigen – unter uns – Zirkus aufgeführt. Aber dann haben sie eben die falschen Fragen gestellt und sind auch noch von den falschen Voraussetzungen ausgegangen; das habe ich gesagt. Das gilt auch für andere Bundesländer. Es gab das Bemühen, eine repräsentative Befragung hinzubekommen. Allerdings muss man eigentlich genau wissen, wie viele Personen es insgesamt sind; erst dann kann man repräsentativ befragen. Alle haben sich sehr bemüht, repräsentativ zu befragen. Deswegen waren es immer ungefähr 1 000 Pflegekräfte, die befragt wurden.

Rheinland-Pfalz hat abstimmen lassen. In einer Abstimmung geht es nicht um Repräsentativität. Sie würden sich auch sehr wundern, wenn man das Ergebnis der Land-

tagswahlen infrage stellen würde mit der Begründung, sie wären nicht repräsentativ gewesen. Da sehen Sie den Unterschied. Das ist auch ein Stück weit demokratische Kultur, die man begreifen muss. Auch viele der vehementen Kritiker haben das bis heute nicht begriffen.

Wie sollte man mit der Kritik aus der Praxis umgehen? Man sollte immer wieder aufgreifen, dass das ein dickes Brett ist. Auch wenn die Kammer in Rheinland-Pfalz da sein wird, sollten Sie bitte nicht davon ausgehen, dass dann plötzlich in Rheinland-Pfalz alle Pflegekräfte einen Meter über dem Boden schweben; das tun sie nicht. Es wird weiter Überzeugungsarbeit nötig sein.

Wir haben seit Anfang des Jahres im ganzen Land schon wieder 276 Veranstaltungen durchgeführt. Im letzten Jahr haben wir über 11 000 Pflegekräfte erreicht. Man muss immer wieder hineingehen. Es ist wirklich ein mühseliges Unterfangen, aber es lohnt sich. Man muss immer wieder hinein, langsam aber sicher, um da voranzukommen.

Über die Altersversorgung haben wir auch diskutiert. Hier greift eigentlich Bundesrecht, hier greift eigentlich die Festlegung von Anfang der Neunzigerjahre, Bundesverwaltungsgericht. Jetzt bin ich kein Jurist. Vielleicht wissen Sie, Herr Rutert-Klein, es besser; dann können Sie es vielleicht noch einmal aufgreifen. Also: Kammerrecht kann an dieser Stelle Bundesrecht oder eben die Rechtsprechung nicht brechen. Es wäre nicht möglich, über ein Heilberufsgesetz ein Versorgungswerk zu errichten, das im Grunde zigtausend Menschen aus der gesetzlichen Rentenversicherung abzieht.

(Abg. Bärbl Mielich GRÜNE: Genau!)

Das ist auch verantwortbar. Ehrlich gesagt war das in der Pflege nie ein großes Thema. Das, was Sie sagen, habe ich kaum gehört: „Dann wollen wir auch ein Versorgungswerk haben.“ Das ist also kein Thema.

Herr Schirmer, Sie haben nach dem Imagegewinn und nach der identitätsstiftenden Wirkung gefragt. Das ist das, was ich im Ausland erlebe. Ich gehe davon aus, dass es auf Dauer eine identitätsstiftende Wirkung hat, wenn alle Pflegekräfte sozusagen in einer Organisation verbunden sind – egal, ob sie im ambulanten Bereich auf dem Land oder in einer großen Uniklinikum arbeiten. Ich kann nur sagen: Im Ausland – dort bin ich oft – erlebe ich es. Dort sagen mir die Pflegekräfte auf Kongressen oder in Einrichtungen, die ich mir anschau, immer wieder: „Das ist ein Statement, das ist eine Grundlage, das ist eine Verordnung, das ist ein Hinweis unserer Kammer, unserer berufsständischen Vereinigung.“ Diese identitätsstiftende Wirkung gibt es dort, und ich erlebe es jetzt auch schon in Rheinland-Pfalz. Allein der Prozess der letzten zweieinhalb Jahre war identitätsstiftend – um das klar zu sagen.

Der Imagegewinn ist extrem wichtig. Die Kammer wird natürlich u. a. dazu beitragen – Das ist vielleicht auch noch einmal ein Hinweis, zu überlegen, wie der Weg in Baden-

Württemberg sein soll. Wir haben in Rheinland-Pfalz – das gibt es auch in anderen Bundesländern – Schlichtungsstellen als Anlaufstellen für die Bevölkerung. Das muss man überlegen. Ich habe das im Heilberufe-Kammergesetz Baden-Württemberg nicht gefunden. Für die Wahrnehmung einer Kammer in der Bevölkerung ist es natürlich enorm wichtig, dass man zur Kammer hingehen und sich dort beschweren kann: „Ich glaube, mein Vater ist hier nicht richtig gut versorgt worden.“

Ich sage Ihnen das auch als Gutachter. Ich bin in ganz Deutschland als Gutachter an Gerichten tätig. Die Fragen des Haftungsrechts bezogen auf pflegerische Verantwortung nehmen zu. Ob Sie es glauben oder nicht: Ich berate auch Richter, allmählich darüber nachzudenken, dass nicht überall Medizinrecht gültig ist, wirkt und funktioniert, sondern dass wir zusehends Verantwortung der Pflege bekommen und wir deswegen ein pflegerisches Haftungsrecht und entsprechende Rechtsprechung brauchen. Das wäre etwas, was bezogen auf den Imagegewinn auch funktionieren könnte.

Herr Hinderer, Sie haben nach der Ärztekammer und der Frage der wahren Augenhöhe – nach dem Motto: „Na gut, dann machen wir eine Pflegekammer, und dann gibt es diese Unterschiede immer noch“ – gefragt. Gerade in Deutschland gibt es – wenn ich das sagen darf – im Gesundheitswesen doch einen extremen Arztzentrismus.

(Abg. Bärbl Mielich GRÜNE: Genau!)

Das gibt es in anderen Ländern nicht so extrem. Trotzdem gibt es auch dort Auseinandersetzungen. Wenn Sie die Menschen in Finnland fragen, sagen diese auch: „Es knallt manchmal ganz schön.“ Am Schluss hat dann auch der leitende Mediziner das letzte Wort. Es ist also nicht so, dass es ausgeräumt wäre. Aber vielleicht ist das wichtig.

In Rheinland-Pfalz haben die Ärztekammern diesen Prozess von Anfang an unterstützt, allerdings auch mit Respekt beobachtet. Sie ahnen das, was auf sie zukommt, nämlich dass es eine Kammer ist, die nicht wie die Ärztekammer in Bezirkskammern aufgeteilt ist, sondern als eine Kammer mit rund 40 000 Mitgliedern sofort ein gewisses Gewicht hat. Das wird mit Respekt beachtet, aber es wird unterstützt. Übrigens auch die Psychotherapeutenkammer, die Apothekerkammer; wir haben dort mit allen Kammern Kontakt. Da ist Augenhöhe de facto schon hergestellt. Es bleibt dabei: Es wird nicht alle Probleme lösen, aber diese Entwicklung ist absehbar. Insofern lohnt sich dieser Weg natürlich entsprechend.

Es wurde die Frage gestellt, wie denn diese vehementen Gegner in gewisser Weise zu unterscheiden sind von dem, was Herr Schneider gerade angesprochen hat. Wenn ich es richtig verstanden habe, war dies, Herr Haußmann, Ihre Frage.

Ich empfand es als extrem wichtig, zu sagen – – Es gibt eine Menge Fragen, die auch Sie gestellt haben – was ist mit der Bezahlung, was ist mit den Arbeitsbedingungen? –, die Felder betreffen, die sehr brennend sind und bei denen die Kammer nicht viel ma-

chen kann. Warum also eine Kammer? Diese Fragen kann man stellen. Wenn man am Ende zu dem Ergebnis kommt: „Ich höre noch weiter zu“ – das macht Herr Schneider gerade auch – und wenn man sagt: „In meinen Augen kann die Kammer kommen, sie richtet keinen Schaden an. Ich bin bereit, mit einer Kammer zu arbeiten,“ dann sehe ich genau das, was ich in einer konstruktiven Diskussion erwarten kann, nämlich dass man sich aufeinander zubewegt. Teile der Gegnerschaft können das überhaupt nicht und tun es überhaupt nicht. Sie sind relativ kampagnenstark und in den Bundesländern relativ aktiv. Das ist schon sehr markant.

In Rheinland-Pfalz hat das zum Glück keine große Rolle gespielt. Ich will das auch deutlich hervorheben. Wir haben in Rheinland-Pfalz nach der Abstimmung unter den Pflegekräften – – Diese Abstimmung hat übrigens mein Institut organisiert. Vorher hatte ich mit der Kammer eigentlich gar nicht viel zu tun. Ich hatte mich um andere Themen gekümmert. Meine Studenten haben mich dann immer angesprochen: „Was machst du denn jetzt mit der Pflegekammer? Das war doch gar nicht dein Thema.“ Ich bin von dem, was ich mitbekommen habe, was in Rheinland-Pfalz los war, als wir diese Abstimmung organisiert haben, einfach angesteckt worden. Innerhalb kurzer Zeit gab es 12 000 Kontakte. Ich habe ein relativ kleines Institut. Stellen Sie sich nicht so eine große Abteilung vor. Da war bei uns Notstand, in gewisser Weise eine Art Kammerflimmern im positiven Sinn.

(Heiterkeit)

Es mussten teilweise alle anderen Projekte liegen bleiben, weil wir das machen mussten. Klar, das war natürlich auch der Punkt, an dem ich gesehen habe: Hier bietet sich eine historische Chance. Hier ist es an der Zeit. Hier muss man zugreifen und zupacken. Deswegen habe ich das sozusagen entsprechend mit aufgenommen.

Die Debatte in Rheinland-Pfalz ist extrem sachlich geführt worden, nachdem bestimmte Gruppen nicht mehr beteiligt worden sind. Die haben sich selbst herauskatapultiert. Das ist im Grunde genommen aufgrund dieser uneinsichtigen, wirklich vehementen und auch unsachlichen, unwürdigen Form der Kritik an dieser Entwicklung geschehen. Dann hat es eine sachliche Debatte ausdrücklich auch unter Einbezug von ver.di gegeben. Ich habe das miterlebt. Ich muss wirklich sagen: Das ist schon ein richtiger kleiner Prozess gewesen, auf den man schauen sollte – die Abstimmung im Landtag am Ende fiel einstimmig aus. Das sind schon fast traumhafte Verhältnisse – es sind traumhafte Verhältnisse. Es geht sicherlich auch anders.

So weit dazu. Mehr kann und will ich an dieser Stelle dazu nicht sagen.

Dann noch, Herr Weisbrod-Frey, zu der Frage der Pflichtmitgliedschaft. In der Tat war das etwas, was auch ich mich anfangs, als ich mich diesem Thema angenähert habe, gefragt habe, aber in Abwägung dessen, welche Verantwortung Pflegende tragen und was in Heilberufen üblich ist, auch vor dem Hintergrund des Aspekts der Augenhöhe.

Noch ein Argument lege ich auf die Waagschale: Bitte für die Pflege nicht wieder einen Sonderweg. Das ist die übliche Durchmogelei, die wir auch kennen: immer wieder Sonderwege. Der bayerische Weg ist ein Sonderweg, der wieder überhaupt keinen Fortschritt bringen wird, der die Pflege abhängiger machen und sozusagen in der Mitbestimmung nicht voranbringen wird, in der Selbstbestimmung vielleicht schon gar nicht. Diese Pflichtmitgliedschaft ist also notwendig.

Ich verstehe es, wenn Sie sagen: Ist es nicht so, dass die, wenn es hoch kommt, 10, 15 % engagierten Pflegenden in die Kammer abgesogen werden? Ein Stück weit ist das tatsächlich zu befürchten, insbesondere für die Berufsverbände, die sich starkgemacht haben. Das ist auch noch einmal wichtig zu wissen. Es sind ja die Pflegeberufsverbände, die sich für die Kammer starkgemacht haben und die jetzt tatsächlich einen gewissen Aderlass befürchten müssen. Denn die Decke der Engagierten ist momentan noch dünn.

Aber, jetzt kommt mein Aber – – Auch das erlebe ich schon. In Rheinland-Pfalz befinden wir uns jetzt in der Vorbereitung auf die Registrierung – sie läuft – und die Kammerwahlen. Momentan erleben wir eine Diskussion über die Fragen: Wer tritt an? Welche Listen setzen sich zusammen? Das, was an richtigem Listenwahlkampf zu erwarten ist, übersteigt alle unsere Erwartungen, die wir bisher hatten. Mit anderen Worten: Hier zeigen sich erste Signale, dass über diese große Mobilisierung tatsächlich auch weitere Kreise der Pflegenden für das Engagement gewonnen werden. Eine Kammer ist darauf auch angewiesen. Sie wird nicht einfach einmal ein Präsidium wählen, und dann ist fünf Jahre Ruhe.

Für die Arbeit, die eine Kammer in ihren Ausschüssen bezogen auf das Thema Qualität, bezogen auf das Thema Bildung – die gesamte Fort- und Weiterbildung modernisieren; das ist ein riesiger Apparat – leisten muss, braucht man jede Menge Berufsangehörige, die sich in der Kammer engagieren, die mitmachen. Das ist die nächste Stufe, die wir da erreichen müssen.

Da sehe ich tatsächlich die Entwicklung, dass man es über eine Pflichtmitgliedschaft schafft, in gewisser Weise größere Kreise zu erreichen, zu solidarisieren und für die Mitarbeit zu gewinnen.

Insofern ist die Pflichtmitgliedschaft gesetzt. Denn dies ist der normale Weg einer Heilberufskammer, und es geht auch mit der Verantwortung einher. Es zeichnet sich ab – dazu habe ich keine Daten vorliegen; dazu gibt es auch keine Untersuchungen –, dass das Engagement mittelfristig nicht darunter leiden, sondern sich verstärken wird. Ich gehe auch davon aus, dass – wir haben es gerade schon gehört – mittelfristig die Gewerkschaften, Berufsverbände und Kammern sehr wohl zusammenwirken werden. Ich sehe jetzt schon eine Kampagne 2022, in der Arbeitgeberverbände, Kammer, Gewerkschaft das Image der Pflege voranbringen. Das ist überhaupt keine Frage. Dann wird man auch an anderen Stellen über bestimmte Fragen streiten.

Die letzte Frage, die Frage von Frau Mielich, bezog sich darauf, inwieweit die Kammer etwas zur Qualitätssicherung beitragen kann. Das ist in der Tat eine Frage, die immer mehrere Perspektiven hat nach dem Motto: „Ist dann neben dem MDK-Prüfer immer noch ein Kammerjäger dabei, der schaut, was ich mache?“

(Heiterkeit)

Das ist eine Sorge, die auftaucht. Einmal ganz abgesehen davon, dass eine Kammer überhaupt nicht die entsprechenden Ressourcen hätte, ist das auch nicht ihr Auftrag – keine Frage.

Aber hier wirkt es ein Stück weit in Richtung Synergie – das haben Sie gefragt –, aber auch in die Tiefe. Sie müssen davon ausgehen, dass eine Kammer als berufsständische Organisation das Thema Qualität anpackt, die Mitglieder regelmäßig informiert, auch veröffentlicht, wo Qualitätsstandards verletzt werden, auch Argumente liefert, wie man als Berufsangehöriger Qualität in der Praxis sichern kann, auch in Fort- und Weiterbildung zum Thema Qualitätssicherung beiträgt und hier auch sozusagen Nuancen, Richtungen vorgeben kann. Das ist auch ein spürbarer und ein wirksamer Beitrag zum Thema Qualitätssicherung, mittelfristig nicht direkt über Prüfung, aber über Bildung. – Null, meine Zeit ist um.

Ich danke für Ihre Fragen.

(Beifall)

Stellv. Vorsitzender Manfred Lucha: Herzlichen Dank. – Frau Schiller, wollen Sie noch nachfragen? – Nein.

Wir bedanken uns vor allem für Ihre schönen Bilder vom Kammerflimmern, Kammerjäger. Im Bayerischen sagt man auch noch Kammerln.

(Heiterkeit)

Da gibt es auch noch gewisse Assoziationen. Herzlichen Dank.

Nun darf ich unseren letzten Referenten, Herrn Rutert-Klein, bitten, zu uns zu kommen.

Sv. Herr Rutert-Klein: Herr Vorsitzender, meine sehr geehrten Damen und Herren Mitglieder der Enquetekommission, liebe Vertreter der Öffentlichkeit auf den Zuschauerbänken hier im Plenarsaal, herzlich willkommen auch an die Vertreter von ver.di!

(Vereinzelt Heiterkeit)

Ich möchte vier Fragen an den Anfang meines Vortrags stellen. Die erste Frage ist zu-gegebenermaßen eine rhetorische: Sind die Pflegekräfte in unserem Land mit ihrer Situation zufrieden?

(Zuruf: Nein!)

Ich glaube, die Antwort ist klar: Nein. Ich nehme stark an – ohne ein großer Prophet oder Interpretator sein zu müssen –, dass das auch einer der Hauptgründe war, warum der Landtag, dieses Haus die Enquetekommission eingesetzt und ihr sehr konkrete, detaillierte Aufgaben gegeben hat.

Die zweite Frage, die sich daran anschließt: Warum sind sie nicht zufrieden? Wenn man mit Pflegekräften spricht – Sie alle tun das; zum Teil sind Sie selbst Vertreter der Profession –, weiß man, dass viele Gründe angeführt werden, dass aber ein Grund immer auftaucht – das ist meine Erfahrung –, nämlich die Klage, dass man unter mangelnder Anerkennung leidet und man in der Gesellschaft allgemein, auch in der politischen Diskussion zu wenig Ansehen für den eigenen Berufsstand zu spüren meint.

Dritte Frage: Beruhen auch die in der Pflege bereits vorhandenen und die sich in Zukunft sogar noch verschärfenden Nachwuchsprobleme – was wir wissen – auch auf dieser Unzufriedenheit? Auch da wäre meine Antwort ein eindeutiges Ja. Denn wenn ein Berufsstand nicht attraktiv ist, schreckt es ab, einen entsprechenden Beruf zu ergreifen. Es wird in Kürze beispielsweise wieder eine Studie der Universität Trier geben. Für diese Studie wurden jetzt Pflegeschülerinnen und -schüler befragt, welche Berufsperspektive sie für sich sehen. Sie kommt – das hat man mir informell schon einmal mitgeteilt – zu dem eindeutigen Ergebnis: Gerade die Altenpflege und vor allem die ambulante Pflege haben ein massives Imageproblem und schrecken Nachwuchskräfte ab.

Mein Zwischenfazit nach diesen ersten drei – wie schon gesagt – eher rhetorischen Fragen: Wir brauchen eine deutliche Stärkung des Pflegeberufs. Wir brauchen das, was für die Enquetekommission dieses Landtags auch in ihrem Einsetzungsbeschluss ausdrücklich als Ziel formuliert wurde: Es gilt, das Ansehen dieser Tätigkeit in der Öffentlichkeit zu steigern und den Beruf auch für junge Menschen, aber auch für Quereinsteiger attraktiver zu machen.

Das führt zu meiner vierten und letzten Eingangsfrage, die sich aber ohne Schwierigkeiten auch als Auslöser dieser heutigen Veranstaltung wiederfinden lässt: Kann der Pflegeberuf durch die Einrichtung einer Pflegekammer gestärkt werden? Auch hier wird Sie meine Antwort nicht überraschen – nach allem, was hier heute über Rheinland-Pfalz schon Positives, Traumhaftes gesagt wurde;

(Vereinzelt Heiterkeit)

vielen Dank, Herr Dr. Weidner; ich hoffe, es belastet jetzt nicht die bilateralen Beziehungen zwischen unseren Ländern.

(Vereinzelt Heiterkeit)

Meine Antwort auf diese Frage ist auch völlig klar: Natürlich haben wir uns bewusst nach einem zugegebenermaßen langen Abwägungsprozess, in dem wir es uns auch nicht einfach gemacht haben, in dem wir natürlich Gegenargumente und Proargumente abgewogen und viele Gespräche geführt haben, für ein eindeutiges Ja entschieden. Die Einrichtung einer Pflegekammer stärkt den Pflegeberuf.

Ich möchte das im Folgenden mit insgesamt sieben Thesen noch einmal etwas näher beleuchten. Ich setze mich dabei – das werden Sie sehr schnell merken – auch mit den Argumenten, die Kritiker ins Feld führen, auseinander.

Erste These: Eine Pflegekammer ersetzt keine aktive Politik für die Pflege, ersetzt keine aktive Politik für die dort Beschäftigten und auch nicht für die zu Pflegenden.

Ich bitte, auch noch einmal mit zu bedenken: Alles, was wir an der Situation der Pflege verbessern können, wirkt sich natürlich unmittelbar auf die Situation der zu Pflegenden, der Patientinnen und Patienten aus. Dieser Schritt muss, denke ich, also immer mit bedacht werden.

Also: Eine Pflegekammer ersetzt diese aktive Politik nicht; sie ist weiterhin notwendig. Aber eine Pflegekammer ergänzt diese Politik oder kann sie ergänzen. Sie ist also eben gerade kein Politikersatz und auch kein Placebo, wie heute aus aktuellem Anlass wieder gemutmaßt wird. Vielmehr eröffnet sie der „Politik“ die Chance eines neuen Dialogpartners und einer Beratung durch eine Körperschaft, die alle in der Pflege Tätigen in sich vereint und repräsentiert somit deren Know-how und Interessen bündelt.

Ich glaube nicht, dass das jetzt ein einfacher Prozess sein wird. Auch die Vertreterversammlung, die mit 81 gewählten Vertreterinnen und Vertretern der Pflege im Januar nächsten Jahres in Rheinland-Pfalz zum ersten Mal zusammentreten wird, wird einen Prozess des – so sage ich es einmal – Zusammenraufens erleben. Da werden viele Personen hineinkommen, die sich kennen, die wissen, wie der jeweils andere denkt, wie er tickt, welche Interessen er vielleicht in den Vordergrund seiner Politik „Pro Pflege“ stellt. Aber es werden auch neue Personen dabei sein. Die müssen sich – ich sage es noch einmal – zusammenraufen.

Ich bitte Sie – auch die Kritiker –, der Pflege an dieser Stelle doch einfach endlich einmal etwas zuzutrauen. Ich bin der festen Überzeugung: Die Pflege in Rheinland-Pfalz in toto hat die Chance erkannt, die mit der Pflegekammer und dieser ersten Wahl eröffnet wird. Sie haben, wenn sie da als gewählte Vertreter in einem „Parlament der Pflege“ – so würde ich es nennen – zusammenkommen, die Chance und die Verantwortung –

diese werden sie auch übernehmen –, sich zu vereinen und zu schauen, auf welchem Weg sie die Pflege in Rheinland-Pfalz künftig repräsentieren und in Teilen als Selbstverwaltung vor allem selbst gestalten.

Die Politik hat mit der Pflegekammer die Chance – zumindest in unserem Land; das haben wir aber auch schon gesetzestechnisch abgebildet –, bezogen auf die Gremien, in denen wir im Sinne einer aktiven Pflegepolitik schon in der Vergangenheit immer Wert darauf gelegt haben, dass auch Vertreterinnen und Vertreter der Pflege mit am Tisch sitzen – Krankenhausplanungsausschuss, Gemeinsames Landesgremium und, und, und –, künftig nicht mehr die Frage beantworten zu müssen: Welchen Verband oder welchen Zusammenschluss von Verbänden bitten wir jetzt, Vertreter zu entsenden? Bei uns ist die Antwort auf diese Frage künftig klar: Wir haben eine Pflegekammer, und die Pflegekammer wird als eine ihrer Aufgaben haben, zu entscheiden, wen sie als ihren Vertreter, den Vertreter der gesamten Pflege in Rheinland-Pfalz, in solche Gremien entsendet, um dort das Know-how, das Wissen, das ich gerade angesprochen habe, einbringen zu können. So gesehen gewinnt die Politik an dieser Stelle auch.

Die politische Entscheidung, der Prozess in Richtung einer Pflegekammer – das ist auch unsere Erfahrung und ist auch von Professor Weidner gerade angesprochen worden – braucht natürlich auch Zeit. Bei uns ist die Grundsatzentscheidung im Frühjahr 2011 gefallen. Ich habe zumindest den Mitgliedern der Enquetekommission noch eine Aufstellung zur Chronologie zuleiten können, in der das etwas aufgedröselte wird. Wir haben uns bewusst lange Zeit genommen, um auch mit den vorhandenen Kammern zu sprechen und wirklich von vornherein mit denen zu thematisieren, die Pflegekammer gleichberechtigt neben diese Kammern zu setzen, auf Augenhöhe – wie wir das immer genannt haben.

Wir haben wirklich die erfreuliche Erfahrung gemacht, dass die sämtlichen vier bei uns vorhandenen Kammern – Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und Psychotherapeuten – den Weg absolut konstruktiv nicht nur mitgegangen sind, sondern sogar als Berater für die Pflegekammer, für das Aufbaugremium fungieren. Zum Teil sind jetzt auch schon Kooperationen entstanden, was Softwarenutzung und dergleichen angeht. Es ist auch das ganze Know-how zur Verfügung gestellt worden. Das war insbesondere bei der Psychotherapeutenkammer der Fall und ein großer Gewinn. Denn das ist die jüngste Kammer. Sie ist auch erst vor, glaube ich, mittlerweile zehn Jahren oder etwas früher entstanden. Sie hat den Aufbauprozess noch relativ verinnerlicht. Die anderen Kammern gibt es schon deutlich länger. Da gibt es – wie gerade schon zu Recht gesagt wurde – schon jetzt einen Austausch, eine Augenhöhe.

Zweite These: Eine Pflegekammer ist kein Konkurrenzunternehmen zu den Gewerkschaften und bedroht damit auch nicht deren Existenzberechtigung. Tarifpolitik ist und bleibt Aufgabe der Tarifparteien. Wer anderes mutmaßt oder anderes in Aussicht stellt, tut dies wider besseren Wissens und versucht auf diesem Weg – ich muss das einmal so deutlich sagen –, dem Kammergedanken Schaden zuzufügen, indem er da eine Konkurrenzsituation herbeiredet, die es so nicht geben wird.

Das Beispiel von Rheinland-Pfalz – auch danach ist schon gefragt worden – zeigt: Natürlich haben wir auch mit den Kritikern, natürlich haben wir auch mit ver.di immer geredet, und wir reden auch heute weiterhin mit ver.di. Ver.di hat bei uns in Rheinland-Pfalz zu einem sehr frühen Zeitpunkt eine absolut konstruktive Grundhaltung zum Thema Pflegekammer eingenommen und hat von Anfang an die dort wichtigen Belange mit eingebracht, hat in der Gründungskonferenz eine wirklich tragende Rolle gespielt. Ich weiß von ver.di-Vertretern, dass sie jetzt auch dabei sind – das ist gerade auch noch angesprochen worden –, sich für eine Kandidatur für die Vertreterversammlung zu rüsten – ob als ver.di-Liste oder nicht, wird ver.di selbst entscheiden; darauf hat der Staat auch überhaupt keinen Einfluss zu nehmen; das ist völlig klar. Aber sie werden antreten, sie werden in dieser Kammer, die sie jetzt über längere Zeit grundsätzlich konstruktiv begleitet haben, eine „Rolle“ spielen wollen. Das ist auch völlig legitim. Sie stellen sich dem Votum der Wählerinnen und Wähler, also der Pflegekräfte in Rheinland-Pfalz.

Dritte These: Eine Pflegekammer dient nicht der Entlastung des Staates von Aufgaben. Wir verlagern in Rheinland-Pfalz beispielsweise aktuell im Heilberufsgesetz überhaupt keine staatliche Aufgabe auf die Kammer. Es gibt andere Ansätze, beispielsweise den, die Berufszulassung dorthin zu geben, oder zumindest entsprechende Überlegungen. Niedersachsen tut das. Aber dort besteht eine andere Struktur. Bei uns regelt ein Landesamt die Berufszulassung. Dies gilt im Übrigen auch in Bezug auf die Ärzte. In Niedersachsen machen dies schon die Ärztekammern. Dort hat man eine andere Historie. Daher liegt das wahrscheinlich näher.

Jetzt weiche ich etwas von der Thesenform, die ich vorgesehen hatte, ab.

Wir haben auch niemanden aus der Kammer ausgeschlossen. Die Einbeziehung der mehrfach angesprochenen Helfer war aus Gründen, die das Bundesverfassungsgericht genannt hat, nicht möglich. Ich verrate Ihnen kein Geheimnis: Im ersten Entwurf waren sie alle als Kammermitglieder vorgesehen. Dann sind auch wir auf dieses Urteil des Bundesverfassungsgerichts gestoßen und haben uns – ich muss das einmal so offen sagen – gedacht: Wir müssen den Kammergegnern auch nicht eine willkommene Einladung präsentieren, an dieser Stelle gegen die Kammer zu klagen und dann sicherlich auch noch Erfolg zu haben. Also haben wir nach einer Alternative gesucht. Ich finde, diese Alternative haben wir gefunden.

Diese Alternative ist noch nicht angesprochen worden; deshalb mache ich es jetzt. Wir haben eine Konstruktion, in der es ordentliche Kammermitglieder und freiwillige Kammermitglieder gibt. Es gibt noch eine dritte Kategorie; die Kammern – und zwar alle; damit auch die Pflegekammer – können auch noch andere Mitglieder aufnehmen. Das ist eine Regelung – so sagen wir es einmal – speziell für die Pflegehelfer. Das heißt: Sie können Mitglied der Kammer werden, wenn sie es wollen. Sie unterliegen nicht dem Kammerrecht; das wäre wieder problematisch. Sie unterliegen also nicht den Berufspflichten und dergleichen. Aber sie haben die Chance, einbezogen zu werden und Teil des neu entstehenden Gesamtgebildes „die Pflege Rheinland-Pfalz“ zu werden. Dort ist also keine Ausgrenzung, keine Separierung oder was auch immer zu befürchten. Viel-

mehr machen wir unter den obwaltenden Umständen auch hier ein Angebot, das hoffentlich auch angenommen wird.

Vierte These: Die Tatsache, dass eine Pflegekammer nicht für das sprichwörtliche „Alles“ zuständig ist, entwertet sie nicht, sondern ermöglicht ihr die Konzentration auf die ihr übertragbaren und übertragenen Aufgaben und deren wirksame Wahrnehmung in engem Schulterschluss mit ihren Kammermitgliedern. Darin stecken jetzt verschiedene Aspekte. Ich hatte es schon gesagt: Wir gehen davon aus: Mit der Vertreterversammlung entsteht ein „Parlament der Pflege“. Das heißt, die Personen, die darin sitzen, sind, mit Verlaub, ähnlich wie Sie als gewählte Abgeordnete ihren Wählerinnen und Wählern verpflichtet. Das wird dort auch nicht anders sein. Das heißt, sie kommen aus der aktiven Pflege, sie sind nicht fern der Profession da einmal hineingewählt worden, sondern sie kommen aus der Pflege, sind aktive Pflegekräfte. Sie werden dort andere repräsentieren. Sie wissen, was im Berufsalltag derjenigen, die sie dort repräsentieren und vertreten, eine Rolle spielt. Der These: „Da sind dann irgendwelche abgehobenen Leute zugange“ muss ich an dieser Stelle ganz deutlich – zumindest was meine Erwartung angeht – widersprechen.

Das Parlament der Pflege wird dann eine Bündelung von Kräften, Ideen und auch Konzepten bedeuten. Wie gesagt, am Anfang wird der Prozess an der einen oder anderen Stelle sicherlich einmal knirschen. Sie alle wissen, dass unser menschliches Tun auch darauf ausgerichtet ist, weiter zu lernen, sich weiterzuentwickeln und auch Interessen auszutarieren. Das traue ich denen in vollem Umfang zu.

Sie werden eine selbstbewusste Selbstverwaltung sein, sie werden nicht an dem Gängelband oder einem goldenen Zügel des Staates geführt werden. Sie unterstehen der Rechtsaufsicht, nicht der Fachaufsicht. Das heißt: Wenn sie gegen Recht und Gesetz verstoßen – – Wenn Verordnungen, Satzungen beschlossen werden, sind diese natürlich der Rechtsaufsicht zur Genehmigung vorzulegen. Aber das andere Portfolio, die Themenliste – welche Ausschüsse sie bilden, welche Themen sie besetzen, ob sie Veranstaltungen zu irgendwelchen Themen machen –, unterliegt der Selbstverwaltung. Wenn sich die Selbstverwaltung an den Wünschen und Interessen ihrer Mitglieder orientiert, derjenigen, die sie vertreten, sehe ich da überhaupt kein Problem.

Fünfte These: Die Zahl der Kammerkritiker bzw. -gegner ist überschaubar; sie verfügen nicht über wirklich überzeugende Gründe gegen eine Kammer. Arbeitgeber, die einem paternalistischen Weltbild folgen, sind in der Minderheit und isoliert.

Ich muss, glaube ich, erläutern, was mit „paternalistisches Selbstbild“ gemeint ist. Das ist, wenn ich es richtig verstanden habe, ein Begriff aus dem 19. Jahrhundert. Mit Paternalismus ist eine Haltung gemeint, bei der ein Arbeitgeber beispielsweise die Kammer ablehnt, weil er der Meinung ist, seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter würden eine solche nicht brauchen, weil er als guter Arbeitgeber am besten wüsste, was gut für sie ist. – Wer auch immer sich angesprochen fühlen mag.

(Vereinzelt Heiterkeit)

Ich empfinde dies, mit Verlaub, als eine aus der Zeit gefallene Haltung. Ich würde sagen, sie passt in die Zeit vor den bismarckschen Sozialgesetzen, aber in die Zeit danach dann vielleicht nicht mehr unbedingt.

Sechste These – auch das ist schon gesagt worden –: Unter den in der Pflege Beschäftigten steigt die Zahl der Kammerbefürworter in dem Maß, in dem sich diese besser und umfassender über die Kammer, über Hintergründe, Aufgaben, Arbeitsweise, sicherlich auch Kritik, die an der Kammer geübt werden kann, informiert fühlen. Dies ist eine Erkenntnis – da stimme ich Herrn Professor Weidner zu –, die man aus allen Umfragen, die stattgefunden haben, herauslesen kann.

Die siebte These spare ich mir jetzt, da ich nur noch 30 Sekunden habe. Vielleicht kann ich sie Ihnen als Antwort auf eine Frage präsentieren.

Ich möchte mit Folgendem enden: Der Weg zur Pflegekammer ist machbar. Er erfordert einen langen Vorlauf. Er erfordert viele Informationen, viele Gespräche, viel Bereitschaft, sich damit auseinanderzusetzen, um möglichst viele Menschen auf diesem Weg mitzunehmen. Aber aus unserer festen Überzeugung lohnt er sich. Wir in Rheinland-Pfalz leben gut damit, dass wir die Vorreiter waren und sind. Wir gehen voran, wir sammeln vielleicht auch stellvertretend für Sie Erfahrungen; das machen wir gern. Wir sind auch gern bereit, Sie, dieses Parlament, aber auch alle anderen Länder davon profitieren zu lassen, wie wir das angegangen sind und welche guten oder auch schlechten Erfahrungen wir dabei gemacht haben.

Vielen Dank erst einmal bis dahin.

(Beifall)

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Herzlichen Dank, Herr Rutert-Klein.

Sv. Herr Rutert-Klein: Ach, der Vorsitzende wieder.

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Der Vorsitzende ist wieder da.

(Vereinzelt Heiterkeit)

Mich hat das Ganze „Kammerln“ usw. nicht abgeschreckt, wieder hier hoch zu kommen.

Ich habe jetzt schon Wortmeldungen von Frau Kollegin Schiller, Frau Kollegin Mielich, Herrn Kollegen Hinderer, Herrn Kollegen Haußmann und Herrn Kollegen Lucha vorliegen. In dieser Reihenfolge. – Frau Schiller, bitte.

Abg. Jutta Schiller CDU: Vielen Dank. – Herr Rutert-Klein, vielen Dank für Ihren Vortrag und auch für die Zusendung der Unterlagen, die wir im Vorfeld bekommen haben. Sie waren auch so freundlich, uns eine Aufstellung zu der chronologischen Abfolge zukommen zu lassen. Es hat mich ein bisschen erschreckt, dass der Prozess vom Beginn, vom Startschuss bis zur Konstituierung der Vertreterversammlung fünf Jahre dauert. Für mich stellt sich jetzt die Frage: Ab wann ist die Pflegekammer in Rheinland-Pfalz voll einsatzfähig? Sie braucht ja Personal, sie braucht unheimlich viel Infrastruktur. Wie viel Zeit planen Sie noch draufzusetzen? Wer zahlt das bis dahin? Das würde mich interessieren.

Dann hätte ich noch eine weitere Frage: Neben den Berufsgruppen der Ärzte und der Pflegekräfte zählen natürlich auch andere Berufsgruppen, z. B. Hebammen, zu den Heilberufen. Ist nicht mit der Schaffung einer Pflegekammer auch die Gefahr verbunden bzw. gehen damit auch Bestrebungen einher, dass sich auch andere Heilberufe zu einer Kammer zusammenschließen möchten? Wäre es nicht vielleicht sinnvoller bzw. was halten Sie davon, eine heilberufsübergreifende Gesundheitskammer zu installieren?

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Liebe Kollegin Mielich.

(Abg. Bärbl Mielich GRÜNE: Entschuldigung!)

– Sie brauchen sich nicht zu entschuldigen; Sie sind dran.

(Vereinzelt Heiterkeit)

Abg. Bärbl Mielich GRÜNE: Erst einmal einen ganz herzlichen Dank für Ihren auch sehr inspirierenden Vortrag. – Meine Frage zielt in die Richtung: Sie sind in diesem Verfahren ja sozusagen mit der Praktiker gewesen, haben diesen Prozess begleitet. Was würden Sie uns denn für Baden-Württemberg empfehlen? Wir haben eben von Herrn Weidner gehört: Eigentlich ist es egal, ob man eine Abstimmung oder eine Umfrage macht. Eigentlich ist es besser, man macht eine Abstimmung. Denn es geht letztendlich darum – ich finde es sehr charmant, dass dies in Rheinland-Pfalz gelungen ist –, die Kritikerinnen und Kritiker mit einzubinden, und zwar zu einem sehr frühen Zeitpunkt. Da ist Ihr Weg, diese Abstimmung durchzuführen, mit Sicherheit ein ganz sinnvoller gewesen, um da kraftvoll auftreten zu können. Dazu würde ich von Ihnen gern noch ein paar Sätze hören.

Danke.

Abg. Rainer Hinderer SPD: Herr Rutert-Klein, vielen Dank für den engagierten Vortrag. – Man hört heraus, dass Sie, die Akteure – da sind sicher verschiedene Akteure zu nennen; Schwester Basina wurde schon genannt; Kathrin Anklam-Trapp ist uns auch

bekannt – ins Gelingen verliebt waren. Ich glaube, das muss man bei so einem Unterfangen auch sein.

Meine Frage geht in eine ganz ähnliche Richtung wie die von Frau Mielich – ich formuliere es einfach einmal andersherum –: Welche drei Fehler sollte man tunlichst vermeiden, wenn man sich auf den Weg macht?

(Heiterkeit)

Abg. Jochen Haußmann FDP/DVP: Herr Rutert-Klein, wenn sich Baden-Württemberg aufmacht, so einen Weg zu gehen – wenn ich sehe, dass Sie bald durch sind, erkenne ich, dass Sie jetzt wieder Kapazitäten freihätten, die Sie dann vielleicht in Baden-Württemberg nutzen könnten –,

(Heiterkeit)

könnten wir Sie vielleicht ausleihen. Dann brauchen wir bei diesem Thema das Rad nicht neu zu erfinden.

Zur Frage: Sie hatten gesagt, die Aufgabe der Berufszulassungen zu übertragen sei nicht vorgesehen. Das heißt aber nicht, dass es generell nicht geht, sondern dass man es jetzt im ersten Schritt nicht macht. Grundsätzlich wäre es wohl möglich, auch dieses Thema aufzugreifen. Dies betrifft beispielsweise ausländische Zulassungen.

Mich würde noch interessieren, auf welchen Betrag sich der Beitrag konkret beläuft? Steht das schon fest? Er muss sicherlich beschlossen werden. Auf welchen Betrag wird sich der Beitrag für diejenigen, die dann dort Mitglied sind, belaufen?

Können Sie schon sagen, welcher Personalbedarf da in Rheinland-Pfalz in etwa gegeben sein wird? Das wäre hier ja etwas mehr. Wenn Sie vielleicht noch ein bisschen konkretisieren könnten, welche Planung es diesbezüglich in Rheinland-Pfalz gibt.

Danke.

Abg. Manfred Lucha GRÜNE: Ich möchte noch einmal darauf eingehen, dass die Pflegehilfsberufe quasi Mitglied anderer Ordnungen seien. Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts ist ja schon 14 Jahre alt. Es ist z. B. gefällt worden, bevor es die UN-Behindertenrechtskonvention, das Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, gegeben hat. Ich glaube, dass die genannte Begriffsdefinition heute nicht mehr Bestand hat. Wenn ich unsere Arbeit in der Enquete reflektiere und sehe, welche soziale Dimensionierung wir im Pflegebegriff immer wieder feststellen, glaube ich, dass dieses Urteil den aktuellen Herausforderungen zeithistorisch eigentlich überhaupt nicht mehr angemessen ist. Insofern wäre meine Frage – weil Sie ja richtigerweise vom „Parlament der Pflege“ gesprochen haben –: Dürfen sie dann auch selbst

mitbestimmen, oder werden sie dann benannt, also par ordre du mufti? Wäre es nicht doch tatsächlich wert, es zu wagen und diese Auseinandersetzung mit dem Verfassungsgericht zu wählen, um genau diesen modernen sozialorientierten Pflegebegriff einzuführen und die alte Aufteilung der Heilberuflichkeit und der sozialen Dimension aufzugeben? Man könnte darin eine Chance sehen. Das wäre für uns schon noch einmal ein wichtiger Ansatz.

Danke sehr.

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Mir liegt jetzt noch eine Wortmeldung von Frau Kollegin Wölfle vor. – Ich möchte Herrn Rutert-Klein bitten, im Anschluss an diese Frage zu antworten.

Abg. Sabine Wölfle SPD: Wäre ich nicht schon vorher von der Pflegekammer überzeugt gewesen, dann hätte man mich heute Nachmittag überzeugen können.

Jetzt sind allerdings die Fragen, die ich stellen wollte, alle schon gestellt worden. Aber es ist mir gerade noch eine sehr spekulative Frage eingefallen. Sehen Sie sich in Rheinland-Pfalz als Vorreiter? Würden Sie mit einem Blick in die Zukunft sagen, dass es in zehn Jahren in allen Bundesländern eine Pflegekammer gibt? Oder wird es diese Entwicklung nur in einzelnen Bundesländern geben?

Sv. Herr Rutert-Klein: Auf die letzte Frage hatte ich gehofft, aber ich muss sie trotzdem zuletzt beantworten, Frau Abgeordnete.

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Aber sie war hoffentlich nicht bestellt.

(Vereinzelt Heiterkeit)

Sv. Herr Rutert-Klein: Nein, das war sie nicht.

Frau Schiller, zu Ihrer Frage nach der Zeit zwischen dem Startschuss und der Konstituierung der ersten Vertreterversammlung: Ich habe versucht, in der Ihnen übersandten Aufstellung zur Chronologie, die nun wirklich sehr knapp ausgefallen ist, deutlich zu machen: Wir haben uns zu dem Grundsatz entschieden, dass es eine Pflegekammer geben soll; aber es wurden auch politisch noch gewisse Hürden definiert. Diese Hürden wurden relativ schnell genommen. Das betrifft zumindest die erste; die Verbände in Rheinland-Pfalz haben unisono und sehr schnell erklärt, sie wären schon immer für eine Pflegekammer gewesen, und natürlich seien sie dies auch im Jahr 2011.

Dann haben wir aber einen längeren Zeitraum gebraucht, um genau die Frage, die von Frau Mielich auch schon gestellt worden ist, zu beantworten, nämlich: Wie sollen wir das Votum der Pflegenden in Erfahrung bringen? Denn die zweite Hürde war, dass sich eine Mehrheit der Pflegekräfte in Rheinland-Pfalz für eine Kammer aussprechen soll,

dafür sein soll. Es gab natürlich die ganze Bandbreite von einer demoskopischen Umfrage bis hin zu dem, für was wir uns letztendlich entschieden haben, nämlich die Durchführung einer Abstimmung, also wirklich eines demokratischen Prozesses. Das hat eine gewisse Zeit gedauert. Es gab viele Varianten, wie dies hätte durchgeführt werden können.

Es gab natürlich insbesondere das Problem: Wie stellt man sicher, dass diejenigen, die abstimmen, auch wirklich in der Pflege beschäftigt sind, und nicht jeder, weil er meint, auch er hätte Interesse an dem Thema, abstimmen kann. Wir wollten ja die unmittelbar Betroffenen, die Pflegekräfte selbst, dafür gewinnen. Das hat eine Zeitlang gedauert. Es hat eine Ausschreibung gegeben. Das Institut von Herrn Professor Weidner, das die, war erfolgreicher Sieger dieser Ausschreibung.

Parallel gab es – das wurde auch schon angesprochen und war uns auch von vornherein klar – die wirklich massive Informationskampagne, das Angebot, mit Veranstaltungen vor Ort möglichst viele zu erreichen, und zu erklären, was die Pflegekammer bedeutet und dass sie sich, wenn sie sich dafür registrieren lassen, mit Ja oder Nein votieren können.

In diese Kampagne sind auch Vertreter von ver.di aktiv einbezogen worden. Bei jeder Veranstaltung – ich selbst habe auch welche bestritten – saßen auf dem Podium Vertreter des DPO, der Organisation von Herrn Dr. Müller, Vertreter von ver.di – als Kritiker – und Vertreter des Ministeriums, die – sagen wir einmal so – die neutrale Position eingenommen und erklärt haben, worum es in der Sache geht und worüber wie entschieden wird.

Bei der Frage, wie man das macht, ob man eine Abstimmung durchführt oder

(Abg. Bärbl Mielich GRÜNE: Meinungsumfrage!)

die Demoskopie beauftragt, möchte ich mich zurückhalten. Aus meiner Sicht besteht einzig die unabdingbare Notwendigkeit, vor jeder Art, die Meinung der Pflege selbst festzustellen, dafür zu sorgen, dass die Pflege wirklich weiß, worum es geht.

Meine These ist an dieser Stelle wirklich – nochmals –: Je besser sie informiert sind, je besser sie sich informiert fühlen, umso größer wird die Zustimmungsrates sein. Auch das erfordert seine Zeit. Es gab über 200 Veranstaltungen mit bis zu – so hatten wir einmal kalkuliert – 11 000 Teilnehmern, die man in diesem Zusammenhang erreicht hat – in Krankenhäusern, Einrichtungen usw. Das ist ein Kraftakt, aber einer, der, wie ich es empfand und es auch heute noch empfinde, sich gelohnt hat.

Dann gibt es natürlich noch die Hürde, dass das ganze Heilberufsgesetz – – Wir haben es bewusst nicht als Kammergesetz gemacht, sondern es in das Heilberufsgesetz aufgenommen – 122 Paragraphen, die sowieso einer grundlegenden Revision zu unterzie-

hen waren –, und haben da dann die Pflegekammer auf völliger Augenhöhe mit allen anderen Kammern integriert.

Ich brauche es Ihnen nicht zu sagen: So ein Gesetzgebungsvorhaben erfordert auch Vorbereitungszeit, viele Abstimmungsgespräche, die Berücksichtigung von Beteiligungsrechten, Anhörungsverfahren und dergleichen mehr. Es muss auch den parlamentarischen Prozess durchlaufen. Dort wurden auch zwei Anhörungen durchgeführt, einmal zum HeilBG selbst, einmal speziell zum Thema Pflegekammer.

Es war von vornherein vorgesehen, dass man nicht gleich am ersten Tag die Pflegekammer bildet – das kann man nicht –, sondern dass es ein Vorgremium gibt. Wir haben es jetzt „Gründungsausschuss“ genannt; das kann man auch anders nennen. Der Gründungsausschuss hat genau ein Jahr Zeit – zwischen dem 1. Januar und dem 31. Dezember dieses Jahres –, die eigentliche, letzte Vorbereitung zu treffen, nämlich die Wahl zur Vertreterversammlung zu organisieren, durchzuführen, auszuwerten, auszuzählen und dann dafür Sorge zu tragen, dass im Januar eine Einladung an die dann Gewählten für die konstituierende Sitzung herausgehen kann. Also: Die Pflegekammer Rheinland-Pfalz als solche wird zum 1. Januar 2016 errichtet sein.

Der Gründungsausschuss braucht für seine Arbeit natürlich schon einen Personalbestand. Damit komme ich zu der Frage des Aufwands. Wir haben immer gesagt – das hat aber auch immer die Unterstützung aller Beteiligten gefunden –: Wir brauchen eine schlanke und trotzdem schlagkräftige Kammer. Alle Vorwürfe, da würde eine überbordende Bürokratie entstehen und dergleichen mehr, gehen aus unserer festen Überzeugung bei unserem Konzept völlig ins Leere. Sie haben einen kleinen Stab, der unglaublich viel arbeitet; das sind richtig engagierte Leute. Neben vielen anderen kommt selbstverständlich auch diesen Personen ein großes Verdienst zu, dass das alles klappt. Jedenfalls im Moment läuft es gut. Zum Schluss komme ich gleich auch noch einmal darauf zu sprechen, wie gut es im Moment läuft.

Das, was dort gemacht wird, kann noch nicht aus Einnahmen der Kammermitglieder finanziert werden. Denn dafür müsste die Kammer erst einmal existieren. Der Gründungsausschuss ist zwar auch schon eine Körperschaft unter der Rechtsaufsicht des Ministeriums, hat aber keine Einnahmen. Er bekommt vom Land Rheinland-Pfalz einen Zuschuss für seine Arbeit, hat aber am Kapitalmarkt auch ein Darlehen, einen Kredit aufgenommen. Dies stellte auch keine unüberwindbare Hürde dar, weil die Banken sehr schnell damit beruhigt werden konnten, dass dieses Geld niemals verloren sein wird. Denn der Gründungsausschuss als Körperschaft kann – platt gesagt – nicht insolvent gehen. Im Zweifelsfall steht immer der Staat dahinter und fängt es auf. Daher waren die Banken in diesem Fall – Rheinland-Pfalz – bereit, aus der Sicht des Kreditnehmers sehr günstige Konditionen zu gewähren.

Dieses ganze Geld ist natürlich schon eine gewisse Hypothek – abzüglich des Landeszuschusses – und muss dann, wenn die ersten Einnahmen fließen – das wird aber dann vermutlich auch erst Mitte 2016 der Fall sein –, aus den Kammerbeiträgen im

Rahmen des mit der Bank jetzt abgeschlossenen Kreditvertrags irgendwann wieder zurückgezahlt werden.

Alles, was der Gründungsausschuss jetzt macht, wird in die eigentliche Kammer übertragen. Das Personal, das dort jetzt eingestellt wird, wird also genauso in die Kammer überführt – und muss dann nicht neu ausgewählt, die Stellen müssen nicht neu ausgeschrieben werden – wie z. B. auch diese Verpflichtung, die man jetzt bei dem Kredit eingegangen ist, oder die bei der Anmietung von Räumlichkeiten, der Anschaffung von Mobiliar, Software, Hardware – was man da so alles braucht.

Der Gründungsausschuss kommt nach seiner Kalkulation mit grob 1,6 Millionen € – der Haushalt wurde auch aufgestellt – über dieses Jahr. Dabei sind auch Mittel für die Fortführung der Informationskampagne einkalkuliert, die ich nun schon mehrfach positiv hervorzuheben versucht habe.

Zu der Frage von Frau Schiller nach anderen Berufsgruppen: Wir haben im Vorfeld auch diskutiert, ob wir eine reine Pflegekammer gründen wollen, oder ob wir den Wunsch zumindest eines Teils der Physiotherapeuten aufgreifen, eine gemeinsame Kammer zu gründen. Die Hebammen sind bis jetzt nie vorstellig geworden, auch andere Heilberufsgruppen nicht. Aber die Physiotherapeuten haben, mit Verlaub, die erste Hürde, die wir aufgestellt haben, nämlich die, dass alle Verbände dafür sein müssen, schon nicht nehmen können; sie haben diese Hürde gerissen. Denn mitten in der Physiotherapeutenchaft gibt es einen Riss: Die einen fordern es, die anderen lehnen es ab. Wir haben gesagt: Damit ist diese politisch gesetzte Voraussetzung nicht erfüllt.

Zu der Frage, ob es irgendwann einmal eine heilberufsübergreifende Kammer geben wird: Ich rechne eher nicht damit – aber ich bin auch kein Prophet.

Die Frage nach Empfehlungen für Baden-Württemberg habe ich, glaube ich, schon beantwortet, Frau Mielich.

Herr Hinderer, Sie haben Schwester Basina Kloos erwähnt, die sich bei uns wirklich absolut große Verdienste um das Thema Pflegekammer erworben hat. Ich bin etwas daran gehindert, jetzt nur sie herauszugreifen. Es gibt auch viele andere, die engagiert mitgearbeitet haben, die es auch heute noch tun und die alle irgendwann zu Recht für sich reklamieren können, Vater oder Mutter der Pflegekammer zu sein.

Bezogen auf die Frage nach den drei Fehlern bin ich jetzt zurückhaltend, welche ich auswählen soll.

(Vereinzelt Heiterkeit)

Man kann natürlich Fehler machen – wie bei allem, wenn man Gutes bewirken will und man es dann in irgendeiner Form vielleicht doch nicht so gut umsetzt.

Ich möchte noch einmal auf mein Schlusswort von gerade eben zurückgreifen: Die Kammer ist machbar. Man muss nicht politisch, pflegepolitisch, juristisch – wie auch immer – Angst davor haben, so einen Weg zu beschreiten. Wie gesagt, Sie können sich, wenn Sie es denn tun wollen – wozu ich Sie im Rahmen meiner Möglichkeiten gern ermuntern möchte –, dabei natürlich auch auf Erfahrungswerte, die andere vor Ihnen gesammelt haben, berufen und aus den Fehlern lernen bzw. sie vermeiden.

Herr Haußmann, Ihr Angebot zum Wechseln nach Baden-Württemberg werde ich erwägen, mich dazu aber heute nicht äußern.

(Vereinzelt Heiterkeit – Abg. Jochen Haußmann FDP/DVP: Ausleihen!)

– Ein Ausleihen müsste ich dann im Zweifelsfall mit meiner Ministerin klären. Das stellen wir an dieser Stelle vielleicht einmal zurück.

Wir haben nicht vor, die Berufszulassung der Pflegekammer zu übertragen. Sondern wir haben das Prinzip, dass das weiter bei dem Landesamt, das diese Fälle bearbeitet – für die akademischen Berufe genauso wie für die Gesundheitsfachberufe –, bleiben wird.

Den Personalbedarf hatte ich, glaube ich, schon angesprochen.

Die Beitragshöhe ist ein immer wieder allseits beliebtes Thema. Es gibt Vorentscheidungen, aber diese müssen natürlich alle von der Vertreterversammlung der zu Wählenden in der Beitragsordnung umgesetzt werden, aufgegriffen werden, auch Bestand haben. Und diese Beitragsordnung muss vom Land Rheinland-Pfalz als Rechtsaufsicht auch genehmigt werden.

Im Gesetz ist vorgesehen, dass die Kammer Mitglieder sogar beitragsfrei stellen kann, wenn sie meint, trotzdem den Haushalt aufstellen zu können. Wir haben ganz bewusst eine Regelung vorgesehen, dass aus sozialen Gründen selbst ein Mindestbeitrag, der im Moment diskutiert wird, bei einzelnen Gruppen, die es sich nicht leisten können, nicht greift. Ansonsten ist die Konzeption im Gründungsausschuss im Moment die, zu sagen: Es gibt einen Mindestbeitrag, und es wird ein prozentualer Anteil, der sich nach dem Bruttoeinkommen berechnet, draufgerechnet. Ziel dessen ist, eine soziale Staffelung zu haben und zu verhindern, dass – überspitzt gesagt – eine einfache Kraft, die in der ambulanten Pflege beschäftigt ist, denselben Beitrag zahlt wie die Pflegedirektorin bzw. der Pflegedirektor eines großen Krankenhauses oder dergleichen. Ich denke, da klafft eine gewisse Lücke bezogen auf die Brutto- und Nettoeinkommen, die beim Beitrag natürlich bedacht werden soll. Der Gründungsausschuss bewegt sich dabei im einstelligen Bereich für die normale – so sage ich jetzt einmal; „kleine“ kann ich jetzt nicht sagen, das wäre ein falscher Zungenschlag – Pflegekraft.

Aber wie gesagt: Das hängt davon ab, welche Aufgaben sich die Kammer vornimmt, wie sie den ersten Haushalt aufstellt, was sie alles an Aufgaben erledigen will. Danach wird dann umgerechnet, was das für den Beitragssatz bedeutet.

Herr Lucha, die Helfer sind nach unserer Ansicht keine Mitglieder minderer Qualität, aber wir haben an dieser Stelle – das sage ich Ihnen ganz offen – angesichts der klaren Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts den Konflikt eines langjährigen Rechtsstreits einfach nicht eingehen wollen. Das hätte nämlich dazu geführt, dass die fünf Jahre, die gerade ins Feld geführt worden sind – auch wenn es uns subjektiv viel kürzer vorkommt –, nicht ausgereicht hätten und es wahrscheinlich noch deutlich länger gedauert hätte. Daran wollten wir es nicht scheitern lassen.

Sie werden nicht erleben, dass ich das Bundesverfassungsgericht für ewiggestrig oder dergleichen erkläre. Das liegt mir fern. Diese Entscheidung des höchsten deutschen Gerichts ist in der Welt und ist zu beachten. Punkt.

Frau Wölfle, ja, wir sind gern Vorreiter. Wir haben uns das nicht unbedingt ausgesucht; es hat sich so ergeben. Aber wir füllen diese Rolle gern aus.

Wo werden wir in zehn Jahren stehen? Ich glaube, dass es in zehn Jahren viele Pflegekammern geben wird. Schon jetzt wissen wir: Rheinland-Pfalz wird sie demnächst haben. Schleswig-Holstein wird, glaube ich, am 15. Juli über das dortige Gesetz abstimmen. Niedersachsen wird den Gesetzentwurf einbringen. Mecklenburg-Vorpommern scheint sich auf diesen Weg begeben zu können; ich sage es einmal ganz vorsichtig, ich kann es Ihnen nicht definitiv sagen. In Berlin gibt es diese Diskussion innerhalb der Regierungskoalition; die einen sind vehement dafür, die anderen sind eher skeptisch oder dagegen. Es wird eine gewisse Bewegung entstehen. Wenn Sie mir eine politische Einschätzung erlauben: Ich glaube, es wird eine Art Sogwirkung entstehen, der sich auch andere Länder über kurz oder lang nicht entziehen können. Sie können selbstverständlich anderer politischer Auffassung sein; um Gottes willen, das ist selbstverständlich Ihre ureigene Entscheidung. Aber das, was ich genannt habe, ist meine Überzeugung.

Was „über kurz oder lang“ dann konkret in Jahreszahlen bedeutet – ob „lang“ dann in zehn Jahren ist –, wird man sehen.

Meine letzte Bemerkung – weil meine Zeit dann doch gravierend abläuft –: Ich möchte Sie informieren: Der Prozess in Rheinland-Pfalz verläuft so, dass wir im Moment wirklich hochzufrieden sind. Der Gründungsausschuss ist gerade dabei – das ist eine seiner Aufgaben –, das Wählerverzeichnis zu erstellen, das heißt, die Personen zu registrieren, die wahlberechtigt sind und wählen können. Dieser Prozess dauert noch bis zum 16. Oktober. Man hat jetzt schon Adressen von über 31 000 Pflegekräften. Zum Verständnis: Wir gehen bezogen auf ganz Rheinland-Pfalz von rund 40 000 aus. Sie müssen sich jetzt noch alle registrieren lassen, sie müssen noch nachweisen, dass sie wirklich in der Pflege arbeiten. Dafür gibt es einen Meldebogen und ein Meldeverfahren.

Aber da sie zum Großteil von ihren Arbeitgebern gemeldet worden sind – eine Regelung, die wir ausdrücklich im Heilberufsgesetz vorgesehen haben –, ist davon auszugehen, dass sie alle wirklich in der Pflege beschäftigt und dafür entsprechend ausgebildet sind. Wir werden also in Kürze, denke ich, ein Wählerverzeichnis haben, das wirklich alle Erwartungen, die man selbst positiver Art haben konnte, sprengen dürfte.

Dann wird natürlich noch spannend sein, wie viele wirklich die Gelegenheit wahrnehmen werden, an dieser Briefwahl teilzunehmen. Wir sind optimistisch. Wir fühlen uns auf einem guten Weg. Ich hoffe, ich habe Ihnen das einigermaßen vermitteln können.

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Herzlichen Dank, Herr Rutert-Klein. – Wir kämen dann noch, falls es ergänzende Fragen an einen oder alle vier Referenten gibt, zu einer Abschlussfragerunde. – Frau Schiller, Herr Haußmann. Sonst niemand? Ich bitte Sie dann, zu sagen, an wen die Frage gerichtet ist. Die Herren können dann selbstverständlich vom Platz aus antworten.

Abg. Jutta Schiller CDU: Vielen Dank. – Ich habe eine Nachfrage an Herrn Rutert-Klein. Viele Nachbarländer haben bereits Pflegekammern. Sie haben in diesen vielen Jahren eine unglaubliche Erstarbeit leisten müssen. Das nötigt auch meinen höchsten Respekt ab. Konnte man nicht die Konzepte für Pflegekammern aus anderen Ländern übernehmen? Oder sind die Strukturen dort einfach ganz anders?

Abg. Jochen Haußmann FDP/DVP: Auch meine Frage geht an Herrn Rutert-Klein. Eine kurze Nachfrage: Wir haben auch über andere Heilberufe gesprochen. Gab es Reaktionen aus anderen Bereichen? Ich denke an den Hauswirtschaftsverband; wir stehen auch mit dem Hauswirtschaftsverband immer im Dialog. War es in Rheinland-Pfalz Thema, dass andere Berufsgruppen gesagt hätten: „Jetzt würden wir auch gern eine Kammer einrichten“? Oder war das kein Thema?

Sv. Herr Rutert-Klein: Wünsche von anderen Heilberuflern oder auch anderen Berufsgruppen haben uns bislang nicht ereilt. Ich will an dieser Stelle nicht ausschließen, dass, wenn die Pflegekammer am Werk ist und hoffentlich den erhofften Erfolg und die öffentliche Resonanz findet, das Thema dadurch noch eine neue Brisanz oder Dynamik gewinnt. Aber das kann ich nicht vorhersehen.

Frau Schiller, ich weiß, ehrlich gesagt, nicht, welche anderen Pflegekammern Sie meinten. Andere europäische Staaten oder Länder?

(Abg. Jutta Schiller CDU: Ja!)

Ich muss gestehen, daran haben wir uns wenig orientiert.

(Abg. Jutta Schiller CDU: Okay!)

Denn – das wissen Sie im Zweifelsfall auch – die Verhältnisse in anderen europäischen Ländern unterscheiden sich – trotz aller Bemühungen seitens der EU, was die gesundheitliche, medizinische und auch pflegerische Versorgung angeht –, doch sehr vom deutschen System. Wir bewegen uns natürlich auf deutschem Boden.

Herr Vorsitzender, ich habe die eine Frage, die mir vorhin von Herrn Weidner weitergegeben wurde, die Frage nach dem Versorgungswerk, noch nicht beantwortet. Ich verspreche auch: Das kann ich ganz schnell beantworten. Darf ich das noch beantworten?

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Ich höre mich nicht Nein sagen.

(Vereinzelt Heiterkeit)

Sv. Herr Rutert-Klein: Ich Sie auch nicht. Vielen Dank. – Die Frage, die vorhin gestellt wurde, lautete, warum die Pflegekammer Rheinland-Pfalz kein Versorgungswerk, also kein Alterssicherungssystem für ihre Mitglieder anbietet. Das ist schlichtweg nach der gegenwärtigen Rechtslage schon seit Jahren nicht mehr möglich. In § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB VI war einmal eine entsprechende Regelung enthalten. Man konnte das bis einschließlich 1995 machen. Berufe, die damals schon verkammert waren, hätten quasi über ihre Kammer noch ein Versorgungswerk gründen können. Bekanntlich sind wir einige Jahre später dran, sodass diese Frage von vornherein gescheitert ist. Wir konnten oder wollten uns nicht auf den Weg begeben, eine Änderung des SGB VI über ein Bundesratsverfahren oder dergleichen anzustreben. Wir haben das so hingenommen – auch in der Gewissheit, dass die Meisten über ihre Tätigkeit bereits rentenversichert sind. Insofern dürfte ein Versorgungswerk auch inhaltlich zur sozialen Absicherung – sagen wir es vorsichtig – vermutlich nicht erforderlich sein.

(Abg. Jutta Schiller CDU: Vielen Dank!)

Vorsitzender Helmut Walter Rüeck: Herr Dr. Müller, Herr Schneider, Herr Professor Dr. Weidner und Herr Rutert-Klein, herzlichen Dank, dass Sie diesen heißen Nachmittag mit uns geteilt haben. „Heiß“ inhaltlich, heiß aber auch temperaturmäßig. Herzlichen Dank vor allem dafür, dass Sie uns an Ihrem Wissen und an Ihren Überzeugungen haben teilhaben lassen. Wir werden das sicherlich alles aufnehmen und dann hoffentlich – davon gehe ich aus – weise Entscheidungen treffen und gute Handlungsempfehlungen geben. Herzlichen Dank, dass Sie heute Nachmittag bei uns waren.

Wir sind nun am Ende der öffentlichen Anhörung angelangt. Ich darf mich wieder bei allen, die in der Vorbereitung und Durchführung zum Gelingen dieser Anhörung beige-

tragen haben – hauptsächlich die Mitarbeiter des Landtags, der Geschäftsstelle, des Stenografischen Dienstes – ganz, ganz herzlich bedanken.

Ich schließe die öffentliche Anhörung und berufe die nicht öffentliche Sitzung der Enquetekommission – für uns geht es jetzt nämlich noch weiter – für in zehn Minuten hier in diesem Raum ein. Das heißt, alle anderen dürfen innerhalb dieser zehn Minuten den Raum verlassen.

Vielen herzlichen Dank.

(Beifall – Schluss des öffentlichen Teils: 15:56 Uhr)

– folgt nicht öffentlicher Teil –

(gesondertes Protokoll)

Zentrale

www.wz-kliniken.de

Prävention und Rehabilitation

Öffentliche Anhörung der Enquetekommission

„Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“

3. Juli 2015

Ellio Schneider

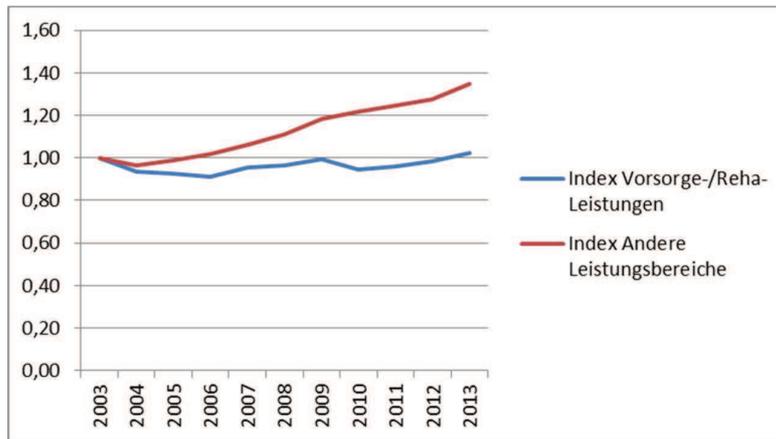
Geschäftsführer der Waldburg-Zeil Kliniken

Medizinische Rehabilitation – Einführung und aktuelle Situation

- Medizinische Rehabilitation ist als eine Säule der Gesundheitsversorgung in Deutschland anerkannt.
- Dennoch wird nicht ausreichend in diese Leistungen investiert.

Medizinische Rehabilitation – Einführung und aktuelle Situation

Entwicklung der Leistungsausgaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung 2003 - 2013



**Entwicklung der Ausgaben für
Vorsorge und Reha seit 2003 -
8,4 % geringer als die
Veränderungsrate**

Vorsorge und Reha

2003 = 2,57 Mrd. EUR

2013 = 2,62 Mrd. EUR

+ 0,05 Mrd. EUR

Andere Leistungsbereiche

2003 = 133,65 Mrd. EUR

2013 = 180,12 Mrd. EUR

+ 46,47 Mrd. EUR

Quelle: Eigene Berechnungen nach KJ 1-Statistik (gesetzliche Krankenversicherung: endgültige Rechnungsergebnisse)

Medizinische Rehabilitation – Potenzial

- Reha sichert Lebensqualität und Selbständigkeit bis ins hohe Alter.
- Reha ist für die Betroffenen und ihre Familien, besonders für pflegende Angehörige, von hohem Wert.
- Reha ist auch volkswirtschaftlich gesehen eine lohnende Investition.

Medizinische Rehabilitation – Potenzial



Vermeidung oder Verschiebung einer Versorgung im Pflegeheim (Reha vor Pflege)

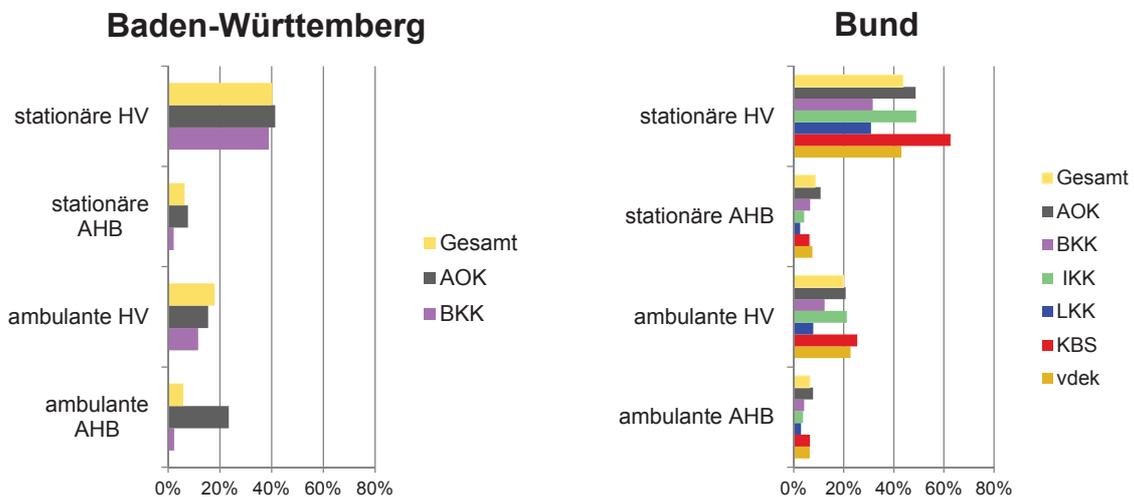
- monatliche Geldleistung Pflegeversicherung (Pflegestufe 1): 1.064 EUR
- Eigenanteil Betroffener (oder Sozialhilfeträger): mindestens 1.500 EUR

Medizinische Rehabilitation – Zugang zu Leistungen

- Reha-Leistungen sind Pflichtleistungen – der Zugang erfolgt durch Verordnung niedergelassener Ärzte (sog. Antragsverfahren) oder im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung (sog. AR-Verfahren).
- Der frühzeitige Zugang zu Reha-Leistungen ist besonders für ältere Menschen sehr schwierig.
- Die Auswahl der Reha-Einrichtung orientiert sich häufig nicht ausreichend an medizinischen Aspekten und dem Wohl des Patienten.

Medizinische Rehabilitation – Zugang zu Leistungen

Antrags- und Genehmigungsstatistik – hier: Ablehnungsquoten



Medizinische Rehabilitation – Zwischenfazit und Empfehlungen (Teil 1)

- Es muss sichergestellt werden, dass Reha-Anträge nicht ohne medizinische Begründung abgelehnt werden. Die Bewertung des niedergelassenen Arztes muss stärkeres Gewicht erhalten. Abweichungen von seiner Indikationsstellung oder seinem Zuweisungsvorschlag müssen begründet werden.
- Um einen frühzeitigen Zugang zu Reha-Maßnahmen zu ermöglichen, sollten Betroffene, Angehörige sowie niedergelassene Ärzte stärker über die Potenziale der medizinischen Rehabilitation informiert werden.
- Eine bessere Aufklärung und Beratung der Betroffenen ist auch im Hinblick auf die Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts sowie die Rechtsschutzmöglichkeiten im Falle einer Ablehnung des Reha-Antrags erforderlich.

Medizinische Rehabilitation – künftige Herausforderungen

- zunehmender Bedarf an medizinischen Rehabilitationsleistungen für professionell Pflegende – massiver Fachkräftemangel!
- zunehmender Bedarf auch für pflegende Angehörige
- zunehmender Bedarf für ältere Menschen zur Vermeidung oder Verminderung von Pflegebedürftigkeit

Medizinische Rehabilitation – künftige Herausforderungen

- Investitionen in Reha werden sowohl für die Kranken- wie auch für die Rentenversicherung zunehmend wichtig.
- aber: Deckelung der Reha-Ausgaben im SGB VI
- und: Krankenversicherung profitiert selbst nicht, wenn durch eine Rehabilitation Pflegebedürftigkeit aufgeschoben wird

Medizinische Rehabilitation – Zwischenfazit und Empfehlungen (Teil 2)

- Jede medizinisch notwendige Reha muss genehmigt und finanziert werden. Nach Jahren der Nichtanpassung an den tatsächlichen Bedarf muss das Ausgabevolumen für Reha-Maßnahmen wieder steigen.
- Dazu ist auch die Deckelung der Reha-Ausgaben in der Gesetzlichen Rentenversicherung abzuschaffen, so dass jederzeit eine bedarfsgerechte Inanspruchnahme von Reha-Leistungen ermöglicht wird.
- Um zu vermeiden, dass die Gesetzliche Krankenversicherung zu Lasten der Pflegeversicherung an notwendigen Reha-Leistungen spart, müssen wirksame Anreize geschaffen werden oder die Zuständigkeiten neu geregelt werden.

Medizinische Rehabilitation – Versorgungssituation in Baden-Württemberg

Zur **Bewertung** der Versorgungssituation ist man auf **Statistiken** angewiesen:

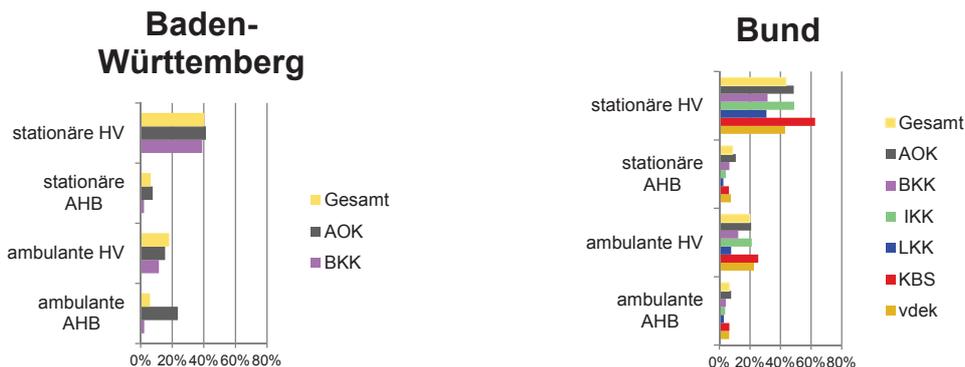
- Krankenhausstatistikverordnung, insbesondere
 - Grunddaten Vorsorge- und Reha-Einrichtungen (Bund/Land)
 - Diagnosedaten (nur Einrichtungen mit mehr als 100 Betten)
- Statistiken der für Reha zuständigen Kostenträger
 - GKV- Finanz- und Antragsstatistik (KJ1, KV45, KG5)
 - DRV Reha-Statistik
 - Für andere Kostenträger fehlen aufbereitete reha-spezifische Angaben weitgehend.

Unterschiede z. B. in Aufbau, Detaillierungsgrad, Veröffentlichungszeitpunkt zwischen den Kostenträgern und Schwachstellen innerhalb der einzelnen Statistiken erlauben **keine zuverlässige Gesamtbetrachtung** des Reha-Geschehens in Baden-Württemberg.

Medizinische Rehabilitation – Versorgungssituation in Baden-Württemberg

Übergreifende Problematik der GKV-Statistik: Fehlende Transparenz aufgrund Unterscheidung bundes- und landesunmittelbarer Krankenkassen

- fehlende Vergleichbarkeit der Krankenkassen auf Landesebene
- Genauigkeitsverlust durch Miteinbezug Versicherter anderer Länder



Medizinische Rehabilitation – Versorgungssituation in Baden-Württemberg

In der **GKV-Statistik** fehlende Angaben:

- keine Aufgliederung in **Indikationsbereiche** (also keine Information z. B. über Entwicklung des Bedarfs an geriatrischer Rehabilitation)
- auch eine **Diagnosestatistik der GKV** fehlt komplett; die KH-Statistik heilt dies nicht (nur Daten aus KH ab 100 Betten, keine Aufteilung nach Kostenträgern)
- keine Angaben zum **Wohnort** der Versicherten (also keine Information zur Versorgung baden-württembergischer Versicherter)

Die **Deutsche Rentenversicherung** weist hingegen folgende bundeslandspezifische Angaben aus:

Alter, Geschlecht, Familienstand, Staatsangehörigkeit, Arbeit vor Antragstellung, Berufsgruppe, Stellung im Beruf, **Personenkreis**, **Wohnort**, **Behandlungsort**, Erstdiagnose, 2. Diagnose, Ursache der Erkrankung, Maßnahmeart, Zuzahlungspflicht, durchschnittliche Pflege- bzw. Behandlungstage, Behandlungsergebnis, Entlassungsform, Entlassungsstatus

Medizinische Rehabilitation – Zwischenfazit und Empfehlungen (Teil 3)

- Alle Statistiken müssen in Zukunft gleich aufgebaut und stärker detailliert sein, dabei ist die Erhaltung der Anschlussfähigkeit an alte Datensätze zu gewährleisten.
- Eine Meldepflicht für alle Kostenträger in der medizinischen Rehabilitation wird eingeführt.
- Die Daten müssen beim Statistischen Bundesamt einfach und kostenlos zugänglich sein.

Vielen Dank!

Ich freue mich auf Ihre Fragen ...

Elio Schneider

Geschäftsführer der Waldburg-Zeil Kliniken

Riedstraße 16

88316 Isny-Neutrauchburg

Telefon: 07562 71-1109

Fax: 07562 71-1070

ellio.schneider@wz-kliniken.de

www.wz-kliniken.de

Prävention und Rehabilitation

Öffentliche Anhörung

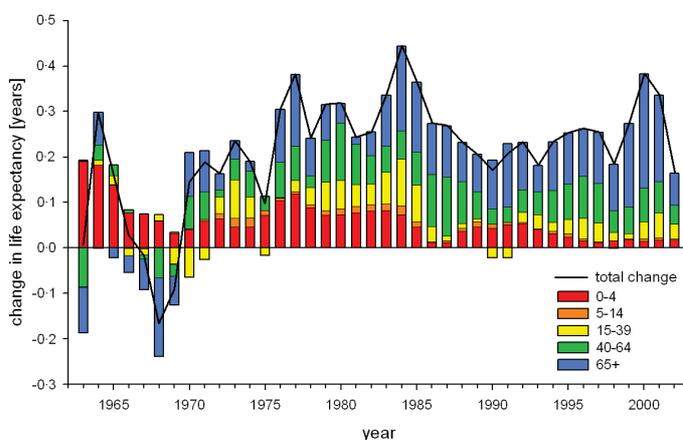
Priv. Doz. Dr. med. Kilian Rapp, MPH

Geriatrische Rehabilitationsklinik, Robert Bosch Krankenhaus Stuttgart

Stuttgart, 3.07.2015

Einleitung

Jährlicher Beitrag verschiedener Altersgruppen zur
Änderung der Lebenserwartung bei Männern
Deutschland 1962 - 2002

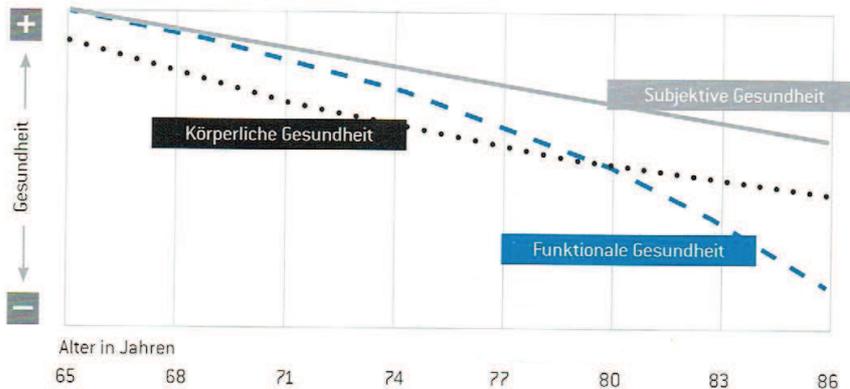


Klenk, Rapp et al., Eur J Public Health. 2007

- Lebenserwartung steigt
 - Rückgang der altersspezifischen kardiovaskulären Mortalität
 - Zunahme von alten Menschen mit vielen Erkrankungen (Multimorbidität)

Körperliche Erkrankungen vs. körperliche Funktionen

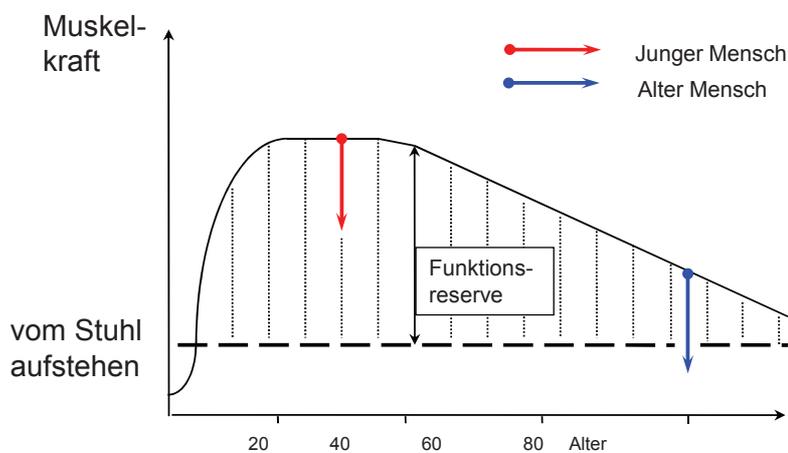
Veränderungen körperlicher, funktionaler und subjektiver Gesundheit mit steigendem Alter



» Abb. 7. Veränderungen körperlicher, funktionaler und subjektiver Gesundheit mit steigendem Alter, Deutscher Alterssurvey 1996–2011 (BMFSFJ 2013, S. 31)

- Funktionale Gesundheit (Motorik, Kognition, Psyche) determiniert
 - Selbständigkeit, Verbleib im eigenen Zuhause

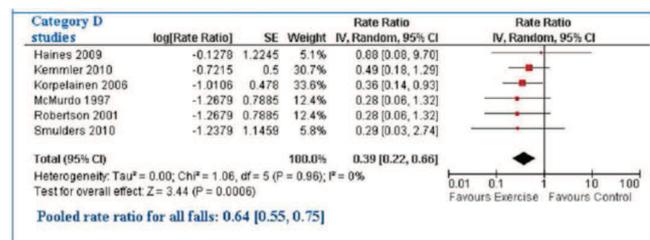
Funktionsreserve und Alter



- Prävention und Rehabilitation im Alter: adressiert die Funktion, nicht die einzelne Erkrankung

Ziele der Prävention und Rehabilitation im Alter

- Lebensqualität, Erhalt der Selbständigkeit, Verbleib in der eigenen Häuslichkeit
- Voraussetzung: funktionale Gesundheit (Motorik, Kognition, Psyche)
 - Motorik lässt sich im Alter am besten beeinflussen
 - z.B. Kraft, Balance – Transfer, Gehen, Treppensteigen, Toilettengang, Waschen, Kleiden
 - Maßnahmen sind effektiv
 - 2 Beispiele
 - Stürze und Frakturen
 - Geriatrische Rehabilitation



EI-Khoury et al., BMJ 2013

Welche Maßnahmen für wen?



- Funktionelles Ausgangsniveau sehr unterschiedlich
 - Präventive Maßnahmen müssen den funktionellen Status berücksichtigen
- Personengruppen
 1. Ältere Personen ohne Hilfs- oder Pflegebedarf
 2. Gebrechliche ältere Personen (mit Hilfs- oder Pflegebedarf)
 - a) die das Zuhause noch regelmäßig verlassen
 - b) die das Zuhause so gut wie nicht mehr verlassen
 3. Personen, die im Pflegeheim leben

1. Ältere Personen ohne Hilfs- oder Pflegebedarf

Ziel: bestehende Mobilität erhalten bzw. fördern

Was ist sinnvoll?

- Gute Angebotsstruktur an Bewegungsangeboten für Ältere
- Einfacher Zugang zur Information
- Niedrigschwellig

Beispiele der Umsetzung

- Stuttgart: Broschüre
- Rezept für Bewegung
- Rehasport



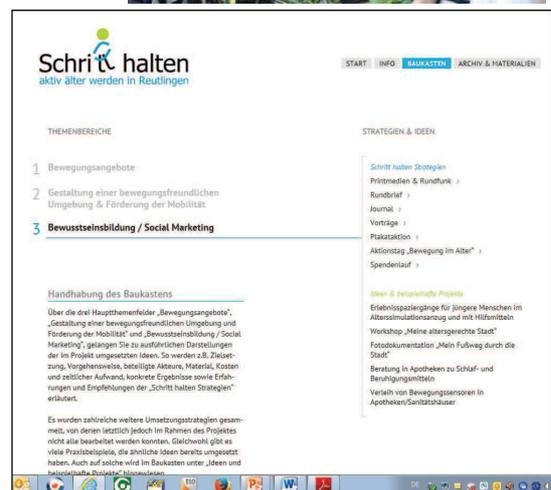
Beispiele der Umsetzung

- Vereine, VHS, DRK, ...
- ZPP

Barrieren / Entwicklungsbedarf

- Bewusstseinsbildung
 - „Schritthalten, aktiv älter werden in Reutlingen“
 - BZgA „älter werden in Balance“
- Viele Politikfelder betroffen

LANDESPORTBUND
NORDRHEIN-WESTFALEN



Gefördert durch das  Bundesministerium für Bildung und Forschung

<http://www.schritthalten.info>

2. Gebrechliche ältere Personen (mit Hilfs- oder Pflegebedarf)

Ziel: Verlust der Mobilität / Selbständigkeit verhindern

Was ist sinnvoll?

- Spezifische Bewegungsangebote (Fokus: Kraft, Balance)
 - Gruppenprogramme
 - Sozialer Aspekt
 - Aufsuchende Programme
- Ambulante / stationäre Rehabilitation
 - wohnortnah



Beispiele der Umsetzung

- Trittsicher durchs Leben
 - Partner: SVLFG, Dt. Land-Frauenverband; DTB, RBK
 - Implementierungsprojekt im ländlichen Raum (47 Landkreise in 5 Bundesländern)
 - Aufbau von Trittsicher-Bewegungskursen
 - In 2 Jahren werden ca. 11.000 Versicherte direkt kontaktiert werden
 - www.trittsicher.org

SVLFG
Sozialversicherung
für Landwirtschaft,
Forsten und Gartenbau



Trittsicher
durchs Leben



Gefördert durch das



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Land Frauen
Deutscher LandFrauenverband e.V.

DTB
DEUTSCHER TURNER-BUND

RBK

Robert-Bosch-Krankenhaus

Beispiele der Umsetzung

- Aufsuchende Programme
 - Aktivierender Hausbesuch (DRK)
 - Otago-Programm (Reutlingen)
 - Programm mit der höchsten Evidenz



Schritt halten
aktiv älter werden in Reutlingen

Das OTAGO-Trainingsprogramm

Aktiv und selbständig im Alter

Wer regelmäßig seine Kraft und sein Gleichgewicht trainiert, kann die Anforderungen des Alltags besser meistern und dazu beitragen länger selbständig im eigenen Zuhause zu bleiben.

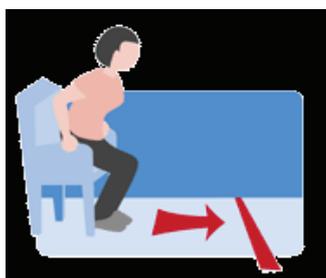


Das Otago-Trainingsprogramm



Barrieren / Entwicklungsbedarf

- Viel zu wenige Angebote – schwierig zu finden
- Schnittstellenproblematik
 - Hausarzt → Angebot
 - Krankenhaus/Reha → Angebot
- Genehmigungsverfahren für Reha ungeeignet
 - Ambulante Reha kaum mehr verfügbar
- Geriatrische Institutsambulanzen
- Transport



Vermittlung



(amb.) Reha

3. Personen, die im Pflegeheim leben

Ziel: Verhinderung von Komplikationen, Förderung der Teilhabe

Was ist sinnvoll?

- Sichere Mobilisierung

Beispiele der Umsetzung

- AOK Sturzpräventionsprojekt in Anlehnung an das „Ulmer Modell“ (multifaktorielles Sturzpräventionsprogramm)
- Seit 2003 über 2000 Pflegeheime in Deutschland eingeschlossen
- Bayern: Reduktion der Hüftfrakturen um fast 20%

Barrieren / Entwicklungsbedarf

- Nachhaltigkeit
 - vom Programm zur Routine
- Partnerschaft Verein - Pflegeheim
- Kurzzeitpflege



Robert-Bosch-Krankenhaus

Zusammenfassung



Robert-Bosch-Krankenhaus

- Programme / Maßnahmen zur Sicherung von Autonomie und Lebensqualität sind grundsätzlich verfügbar

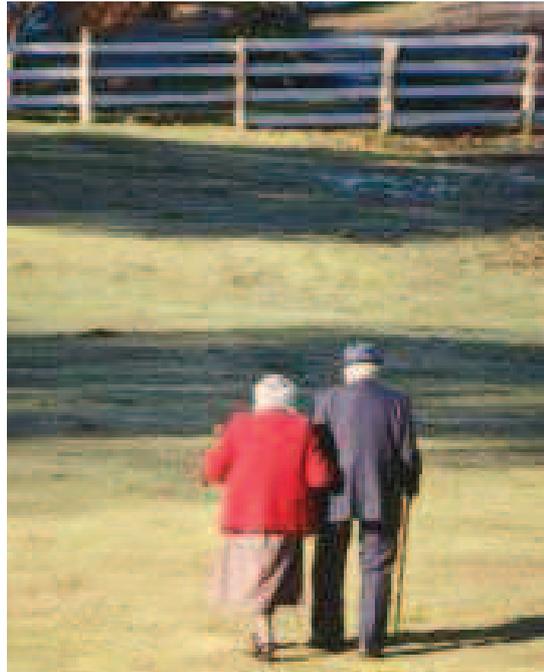
Entwicklungsbedarf

- Menge der Angebote
 - Insbesondere für gebrechliche Personen (viel zu selten, nicht passgenau, nicht erreichbar)
- An den Schnittstellen der Versorgung
- Geriatrische Rehabilitation als vorbeugende Maßnahme existiert nicht

Politische Frage-/Weichenstellungen

- Was soll umgesetzt werden?
- Welche Anreize sind sinnvoll?
- Wie werden effektive Prozesse geschaffen?

Prävention und Rehabilitation - Öffentliche Anhörung



Stuttgart, 3.07.2015

Öffentliche Anhörung

am Freitag, 03. Juli 2015

Enquetekommission
**„Pflege in Baden-Württemberg
zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“**

Referat
Olaf Werner
Geschäftsführer Kur- und Klinikverwaltung
Kompetenzzentrum für medizinische Rehabilitation
und Prävention Bad Rappenau



Kompetenzzentrum für medizinische Rehabilitation und Prävention Bad Rappenau – Rosentrittklinik / Salinenklinik / Sophie-Luisen-Klinik / Stimmheilzentrum / Therapiezentrum



**Kur- und
Klinikverwaltung
Bad Rappenau**

**Aktiv für Ihre
Gesundheit**

**Kompetenzzentrum für
medizinische Rehabilitation
und Prävention**



Kompetenzzentrum für medizinische Rehabilitation und Prävention Bad Rappenau – Rosentrittklinik / Salinenklinik / Sophie-Luisen-Klinik / Stimmheilzentrum / Therapiezentrum

Unsere Einrichtungen



Kur- und
Klinikverwaltung
Bad Rappenau



Schwärzberg Klinik
Ein Unternehmen der Kur- und
Klinikverwaltung Bad Rappenau



Salinen Klinik
Ein Unternehmen der Kur- und
Klinikverwaltung Bad Rappenau



Rosentritt Klinik
Kurklinik Bad Rappenau
Ein Unternehmen der Kur- und
Klinikverwaltung Bad Rappenau



Stimmheilzentrum
Schwärzberg Klinik
Ein Unternehmen der Kur- und
Klinikverwaltung Bad Rappenau



Therapiezentrum
Bad Rappenau
Ein Unternehmen der Kur- und
Klinikverwaltung Bad Rappenau



Sophie-Luisen-Klinik
Kurklinik Bad Rappenau
Ein Unternehmen der Kur- und
Klinikverwaltung Bad Rappenau

Kompetenzzentrum für medizinische Rehabilitation und Prävention Bad Rappenau – Rosentrittklinik / Salinenklinik / Sophie-Luisen-Klinik / Stimmheilzentrum / Therapiezentrum



Thesen im Überblick

- **Der nachweisbare Nutzen medizinischer Reha wird bislang noch nicht hinreichend anerkannt und in adäquater Weise bei gesundheitspolitischen und -ökonomischen Entscheidungen berücksichtigt.**
- Das hohe Nutzenpotenzial der medizinischen Reha kann erst mit der Bereitstellung ausreichender Finanzierungsmittel und leistungsgerechter Vergütung der Reha-Kliniken effektiv ausgeschöpft werden.
- Die Genehmigungsverfahren bei medizinisch notwendigem Reha-Bedarf müssen vereinfacht werden: Mehr Transparenz für Zuweiser und Wahlmöglichkeiten für Patienten!
- Die Sicherung der Qualität in Reha-Kliniken und finanzielle Besserstellung von Qualitätsanbietern ist ein richtiger Schritt, um den Sektor der medizinischen Rehabilitation zukunftsfähig aufzustellen.

Kompetenzzentrum für medizinische Rehabilitation und Prävention Bad Rappenau – Rosentrittklinik / Salinenklinik / Sophie-Luisen-Klinik / Stimmheilzentrum / Therapiezentrum



Reha-QM-Outcome-Studie

- **Titel:**
Analyse des Behandlungserfolgs in der Medizinischen Rehabilitation –
Konsequenzen für das interne Qualitätsmanagement
- **Initiatoren:**
Qualitätsverbund Gesundheit – Gemeinsam für die beste Reha
Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg
- **Interdisziplinäre Forschungsgruppe**
Projektleitung von Prof. Dr. Edwin Toepler, Hochschule Bonn-Rhein-Sieg
in Koop. mit Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen, Karlsruhe,
Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung, Univ. Ulm
und weiteren Institutionen
- **Teilnehmer:**
21 Reha-Kliniken aus dem Qualitätsverbund Gesundheit
- **Abschlussbericht:** Februar 2015



Reha rechnet sich für den Einzelnen und für die Solidargemeinschaft

- Reha verbessert die Gesundheit, Lebensqualität und Teilhabe.
- Reha macht die Menschen fit für Familie und Beruf.
- Reha vermeidet Krankenstand und Pflegebedürftigkeit.
- Reha sichert Einkommen.
- Reha entlastet das Sozialversicherungssystem.

➤ **REHA-QM-OUTCOME-STUDIE:**
Verringerung der Krankenhaustage um bis zu 63%
und der Arztbesuche um 12 %!



Von Reha profitiert auch die Wirtschaft

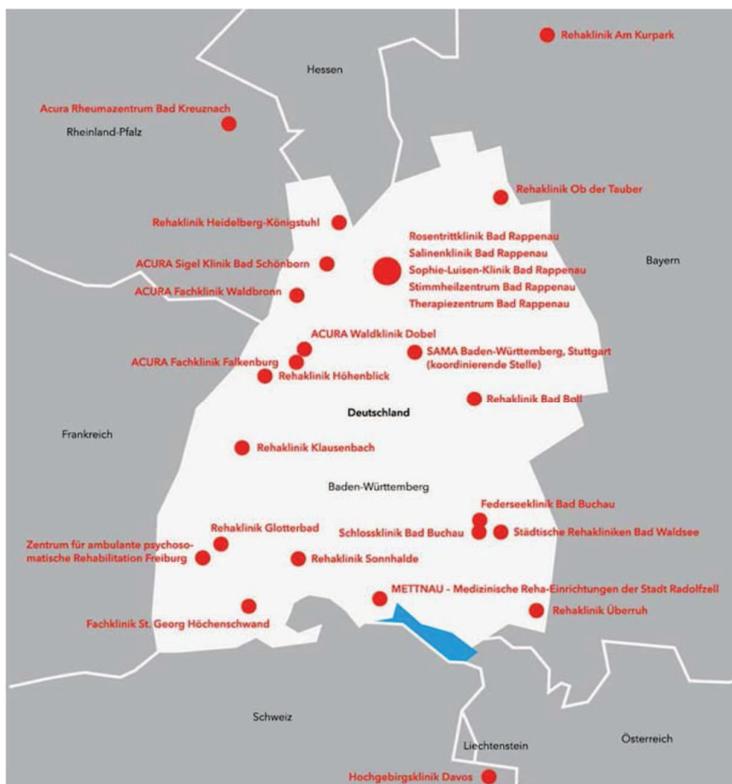
- Reha erhält die Leistungsfähigkeit der Beschäftigten.
- Reha wirkt stabilisierend in Zeiten des Fachkräftemangels.
- Reha sorgt dafür, dass arbeitsunfähig gewordene Beschäftigte schneller an den Arbeitsplatz zurückkehren.

➤ REHA-QM-OUTCOME-STUDIE:

Erfolgreiche Reha reduziert die Krankschreibungsquote um 5 % und die Krankschreibungsdauer um 62 %. Im Zeitraum eines Jahres kehren 75 -83 % der krankheitsbedingt Arbeitsunfähigen wieder zu ihrer Arbeit zurück!



Qualitätsverbund Gesundheit



„Gemeinsam für die beste Reha“

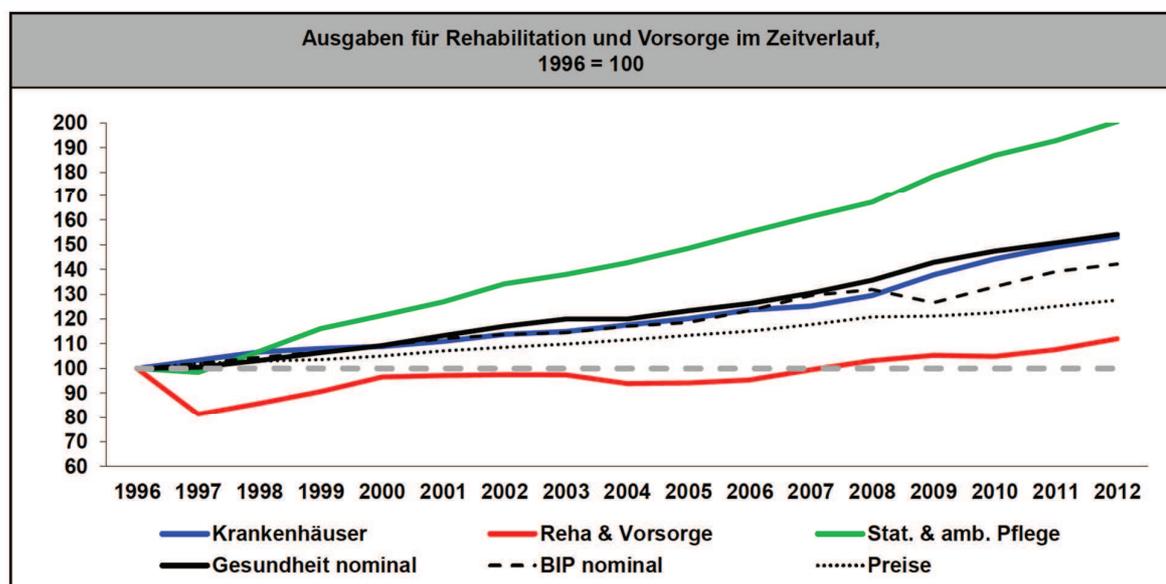


Thesen im Überblick

- Der nachweisbare Nutzen medizinischer Reha wird bislang noch nicht hinreichend anerkannt und in adäquater Weise bei gesundheitspolitischen und -ökonomischen Entscheidungen berücksichtigt.
- Das hohe Nutzenpotenzial der medizinischen Reha kann erst mit der Bereitstellung ausreichender Finanzierungsmittel und leistungsgerechter Vergütung der Reha-Kliniken effektiv ausgeschöpft werden.
- Die Genehmigungsverfahren bei medizinisch notwendigem Reha-Bedarf müssen vereinfacht werden: Mehr Transparenz für Zuweiser und Wahlmöglichkeiten für Patienten!
- Die Sicherung der Qualität in Reha-Kliniken und finanzielle Besserstellung von Qualitätsanbietern ist ein richtiger Schritt, um den Sektor der medizinischen Rehabilitation zukunftsfähig aufzustellen.

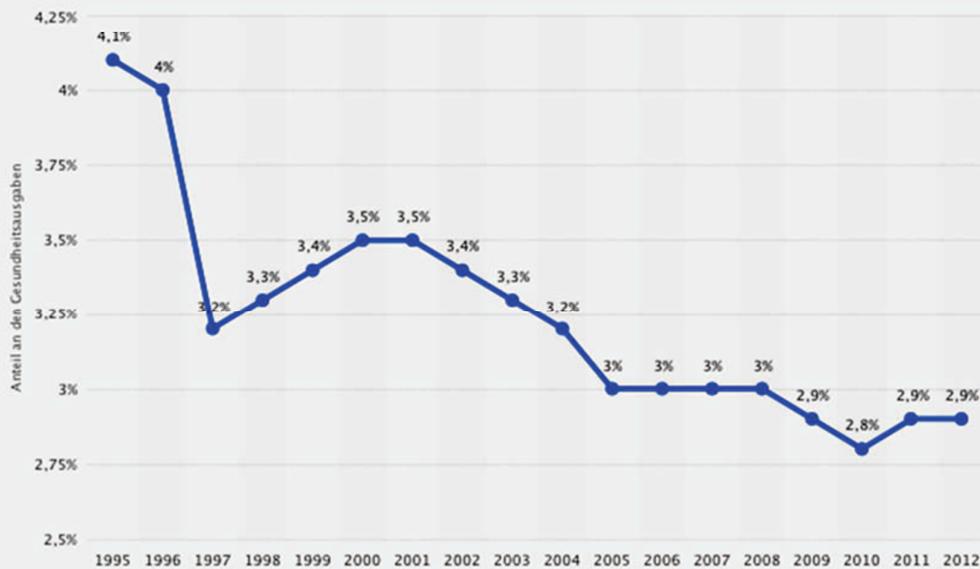


Entwicklung der Ausgaben im Gesundheitssektor



Anteil der Ausgaben für medizinische Reha und Vorsorge an den gesamten Gesundheitsausgaben in Deutschland in den Jahren von 1995 bis 2012

Die vorliegende Statistik zeigt den Anteil der Ausgaben für medizinische Reha und Vorsorge an den gesamten Gesundheitsausgaben in Deutschland in den Jahren von 1995 bis 2012. Im Jahr 2008 belief sich der Anteil der Ausgaben für medizinische Reha und Vorsorge auf rund drei Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben.



DRV: Budgetdeckelung aufheben oder Bemessungsgrundlage ändern

- Das Reha-Budget entspricht nicht dem Reha-Bedarf.
- Verweildauer-Verkürzung ist kontraproduktiv.
- An Reha-Kliniken verdichten sich die Leistungsanforderungen.
- Die Veränderungen im Krankheitsspektrum der Rehabilitanden und der medizinische Fortschritt lassen eine „Morbiditätskomponente“ bei der Bemessung des zukünftigen Reha-Budgets sinnvoll erscheinen.



GKV: „Reha vor Rente“ stärken und Vergütung realistisch gestalten

- Ein finanzieller Ausgleich zwischen Pflege- und Krankenkassen ist unverzichtbar.
- Trotz Schiedsstellenregelung kann der Anspruch der Reha-Kliniken auf eine leistungsgerechte Vergütung nicht realisiert werden.
- Konsequenz: Chronische Unterfinanzierung!
- Notwendige Investitionen und laufende Kostensteigerungen müssen berücksichtigt werden.



Investitionen in moderne Reha-Klinik müssen geschultert werden



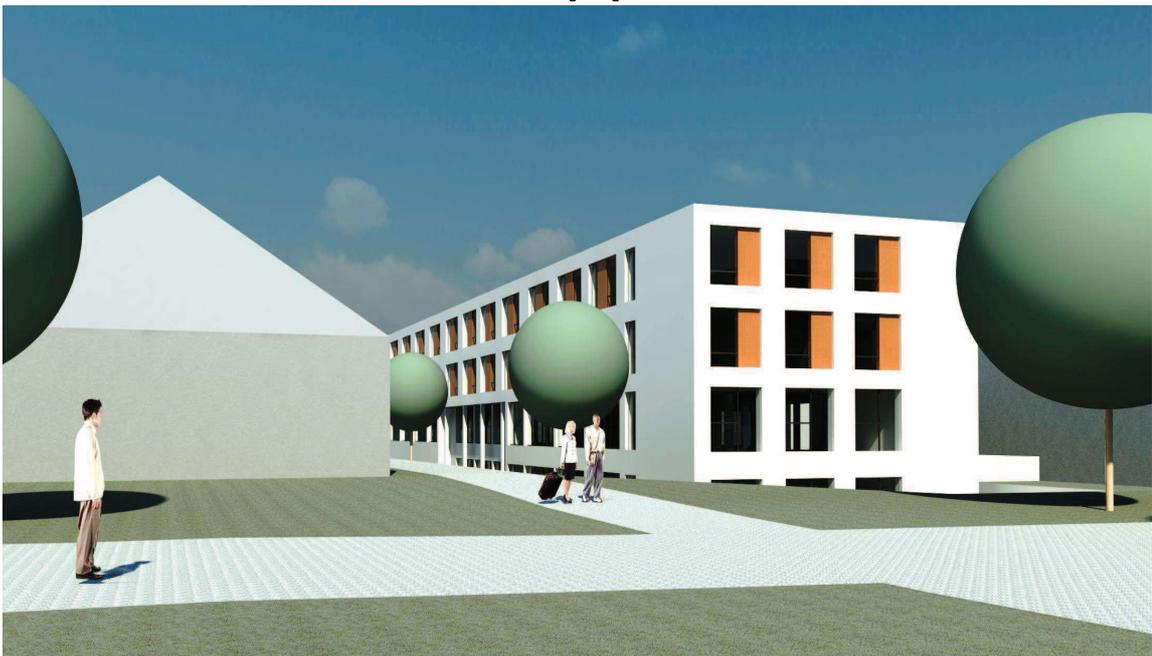
„Klinik 2015“-Projekt in Bad Rappenau



Kompetenzzentrum für medizinische Rehabilitation und Prävention Bad Rappenau – Rosentrittklinik / Salinenklinik / Sophie-Luisen-Klinik / Stimmheilzentrum / Therapiezentrum



„Klinik 2015“-Projekt in Bad Rappenau



Kompetenzzentrum für medizinische Rehabilitation und Prävention Bad Rappenau – Rosentrittklinik / Salinenklinik / Sophie-Luisen-Klinik / Stimmheilzentrum / Therapiezentrum



Thesen im Überblick

- Der nachweisbare Nutzen medizinischer Reha wird bislang noch nicht hinreichend anerkannt und in adäquater Weise bei gesundheitspolitischen und -ökonomischen Entscheidungen berücksichtigt.
- Das hohe Nutzenpotenzial der medizinischen Reha kann erst mit der Bereitstellung ausreichender Finanzierungsmittel und leistungsgerechter Vergütung der Reha-Kliniken effektiv ausgeschöpft werden.
- **Die Genehmigungsverfahren bei medizinisch notwendigem Reha-Bedarf müssen vereinfacht werden: Mehr Transparenz für Zuweiser und Wahlmöglichkeiten für Patienten!**
- Die Sicherung der Qualität in Reha-Kliniken und finanzielle Besserstellung von Qualitätsanbietern ist ein richtiger Schritt, um den Sektor der medizinischen Rehabilitation zukunftsfähig aufzustellen.



GKV: Vereinfachung des Reha-Antrags und mehr Transparenz



Reha-Antragsverfahren frustriert Hausärzte



Verbesserungswürdige Zugangswege zur Reha aus ambulantem Bereich

- Hausärzte bemängeln hohen bürokratischen Aufwand, der nicht angemessen vergütet wird.
- Bei abgelehnten Reha-Anträgen fehlt die Transparenz über Entscheidungskriterien.
- Berentete Patienten erhalten kaum noch Reha-Maßnahmen.
- Gutachter des MDK erkennen das Potenzial der Reha selten an.



Mehr Entscheidungsautonomie für den „mündigen Patienten“

- Die Entscheidungsautonomie des mündigen Patienten muss respektiert werden.
- Das Wunsch- und Wahlrecht gemäß § 9 SGB IX darf nicht über Belegungsverträge untergraben werden.
- Damit Patienten relevante Kriterien für ihre Auswahlentscheidung erhalten, sind Vergleichsportale und die Veröffentlichung von Qualitätsdaten sinnvoll.



Thesen im Überblick

- Der nachweisbare Nutzen medizinischer Reha wird bislang noch nicht hinreichend anerkannt und in adäquater Weise bei gesundheitspolitischen und -ökonomischen Entscheidungen berücksichtigt.
- Das hohe Nutzenpotenzial der medizinischen Reha kann erst mit der Bereitstellung ausreichender Finanzierungsmittel und leistungsgerechter Vergütung der Reha-Kliniken effektiv ausgeschöpft werden.
- Die Genehmigungsverfahren bei medizinisch notwendigem Reha-Bedarf müssen vereinfacht werden: Mehr Transparenz für Zuweiser und Wahlmöglichkeiten für Patienten!
- Die Sicherung der Qualität in Reha-Kliniken und finanzielle Besserstellung von Qualitätsanbietern ist ein richtiger Schritt, um den Sektor der medizinischen Rehabilitation zukunftsfähig aufzustellen.



QV-Kliniken: Ergebnis- & Prozessqualität

VERGLEICHENDE DATEN

Externe Qualitätssicherung

	ACURA SigelKlinik Bad Schönborn	ACURA Evaklinik Falkenberg	ACURA Evaklinik Waldbrunn	ACURA Waldklinik Döbel	Fachklinik St. Georg Hochschonbrunn	FederweilKlinik Bad Bruchau	Hochbergklinik Döbel	METTNAU Gesundheitszentrum	Rehaklinik Am Körperpark	Rehaklinik Bad Boll	Rehaklinik Birkensbuck	Rehaklinik Glöttelbad	Rehaklinik Heudöberg	Rehaklinik Hohenbuck	Rehaklinik Klausimbach	Rehaklinik Ob der Tauber	Rehaklinik Sornshilde	Rehaklinik Uehren	Rosentrittklinik Bad Rappenau	Schönwaldklinik Bad Rappenau	Schönwaldklinik Bad Bruchau	Sophie-Luisen-Klinik Bad Rappenau	Rehaklinik Bad Waldsee	Stimmheilzentrum Bad Rappenau	Therapiezentrum Bad Rappenau	
Rehabilitandenbefragung																										
Rehabilitandenzufriedenheit	80,1	68,8	67,2	69,5	75,3	72,7	85,8	89,7	78,9	**	71,6	76,2	74,4	67,7	68,3	72,6	69,0	69,6	75,2	80,0	77,0	**	84,0	93,7	75,0	
Subjektiver Behandlungserfolg	69,3	67,1	68,4	64,4	68,9	67,3	93,5	101,4	80,1	**	72,4	63,5	68,1	69,2	63,3	61,7	62,0	68,5	79,9	89,5	72,2	**	88,1	87,7	65,0	
Therapeutische Versorgung																										
Leistungsmenge	75,6	90,5	79,6	88,3	86,9	92,4	69,2	97,6	78,9	**	49,0	74,6	86,0	85,6	39,6	59,6	73,8	69,9	96,0	67,9	85,6	**	63,8	94,1	***	
Leistungsdauer	81,2	93,8	78,6	73,0	86,1	94,7	59,0	64,9	76,1	**	77,0	89,4	88,1	92,5	95,9	90,1	78,0	92,7	83,0	94,8	84,2	**	89,2	80,1	***	
Leistungsverteilung	80,3	83,9	85,8	89,3	82,2	95,5	91,0	47,5	99,1	**	78,1	97,3	48,5	59,6	89,9	64,3	76,2	67,0	91,4	99,4	94,4	**	99,5	95,7	***	
Peer Review																										
Peer Review Gesamt	80,0	*	59,0	61,0	65,0	86,0	76,0	74,0	84,0	**	73,0	83,0	86,0	84,0	42,0	67,0	65,0	75,0	70,0	85,0	77,5	**	79,2	70,0	***	

Externe Qualitätssicherung

	ACURA SigelKlinik Bad Schönborn	ACURA Evaklinik Falkenberg	ACURA Evaklinik Waldbrunn	ACURA Waldklinik Döbel	Fachklinik St. Georg Hochschonbrunn	FederweilKlinik Bad Bruchau	Hochbergklinik Döbel	METTNAU Gesundheitszentrum	Rehaklinik Am Körperpark	Rehaklinik Bad Boll	Rehaklinik Birkensbuck	Rehaklinik Glöttelbad	Rehaklinik Heudöberg	Rehaklinik Hohenbuck	Rehaklinik Klausimbach	Rehaklinik Ob der Tauber	Rehaklinik Sornshilde	Rehaklinik Uehren	Rosentrittklinik Bad Rappenau	Schönwaldklinik Bad Rappenau	Schönwaldklinik Bad Bruchau	Sophie-Luisen-Klinik Bad Rappenau	Rehaklinik Bad Waldsee	Stimmheilzentrum Bad Rappenau	Therapiezentrum Bad Rappenau	
E-Bericht																										
Laufzeit in Tagen	6,8	4,7	8,8	12,8	1	10,3	17,1	12	8,5	5,9	11	9	20	12	13	7,5	10	7,3	5,7	5,9	9,3	**	11	2,9	***	

* Keine Teilnahme am Qualitätssicherungsprogramm der DRV.
 ** Hier liegen keine Daten vor, da die Rehaklinik Bad Boll und die Sophie-Luisen-Klinik hauptsächlich durch die Krankenkassen beauftragt werden und dadurch nicht am Verfahren der Qualitätssicherung der Rentenversicherung teilnehmen.
 *** Diese Zahlen werden aufgrund des ambulanten Aufbaus des Therapiezentrums bisher nicht erfasst.



Eine qualitätsgesicherte Reha eröffnet noch bessere Erfolgschancen

- **Rehabilitanden der Reha-Kliniken im Qualitätsverbund Gesundheit profitieren stärker von der Reha als eine Vergleichsgruppe aus anderen Reha-Kliniken:**

➤ **REHA-QM-OUTCOME-STUDIE:**

Die Differenz der geleisteten Beitragszahlungen in Monaten beträgt 9,05 %. Die Rückkehr an den Arbeitsplatz erfolgt schneller und es kommt zu weniger Fehltagen. Die Beschäftigungstage werden um 8,9 % gesteigert. Der Unterschied im durchschnittlichen Einkommen nach der Reha beträgt 12,99 %.



Fazit

- **Unsere alternde Gesellschaft kann es sich nicht länger leisten, auf den umfassenden Nutzen einer qualitätsorientierten medizinischen Reha zu verzichten.**
- **Sparmaßnahmen bei medizinisch notwendigen Reha-Leistungen kommen den Einzelnen, die Solidargemeinschaft und unsere Wirtschaft teuer zu stehen.**
- **Eine vorausschauende Politik schafft geeignete Rahmenbedingungen, damit das Potenzial dieser zunehmend wichtigen Säule unseres Gesundheitssystems in Zukunft noch besser ausgeschöpft werden kann.**





Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Olaf Werner, Geschäftsführer
Kur- und Klinikverwaltung Bad Rappenau GmbH
Salinenstraße 30, 74906 Bad Rappenau
Tel.: 07264/862100; email: olafwerner@kur-br.de



Prävention und Rehabilitation

Öffentliche Anhörung



Dr. med. Michael Jamour

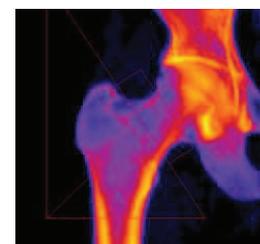
Geriatrische Rehabilitationsklinik Ehingen, Alb-Donau-Klinikum

Stuttgart, 3. Juli 2015

Rehabilitation

Rehabilitation (nach WHO 1980) bezeichnet den Einsatz und die Wirkung von Maßnahmen, die darauf zielen, die

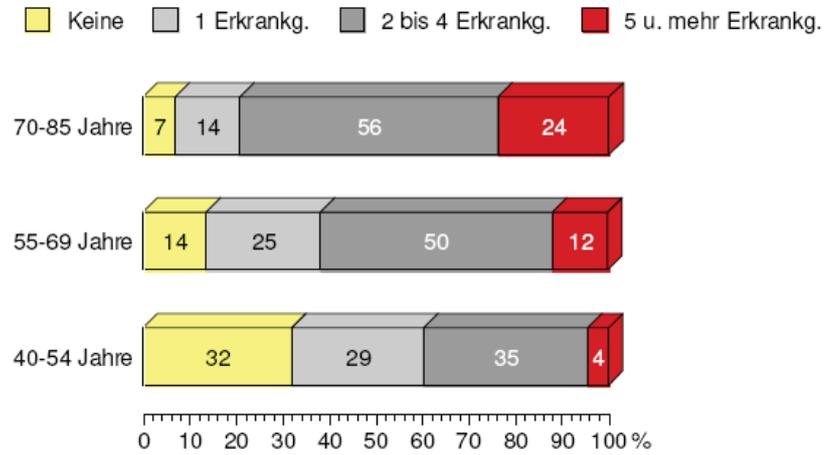
- körperlichen
- psychischen und
- sozialen Folgen



eines Gesundheitsschadens auf ein Minimum zu beschränken.

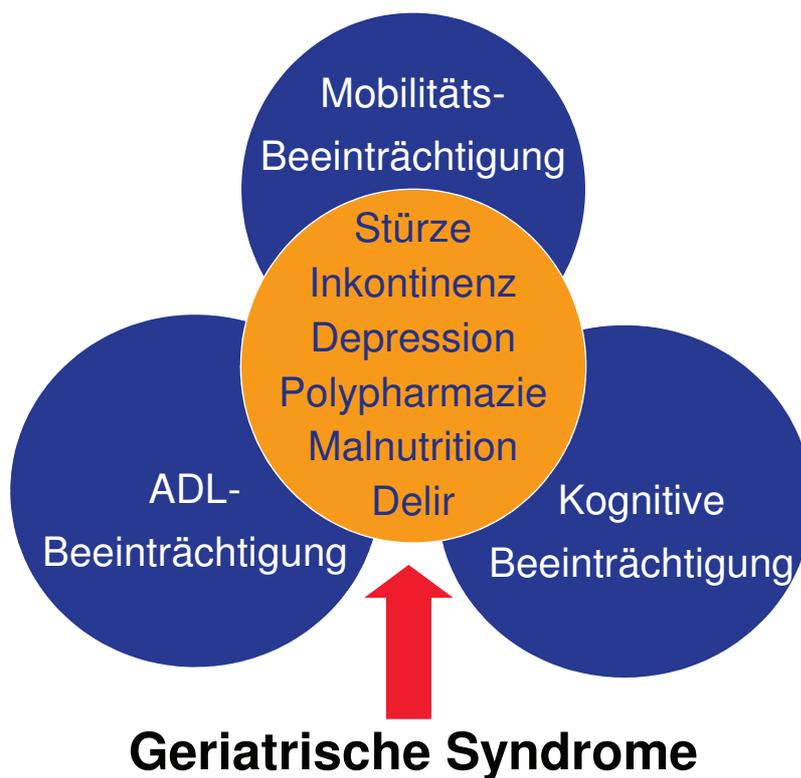
Rehabilitation bei Hochaltrigen

Erkrankungen im Alter - Multimorbidität

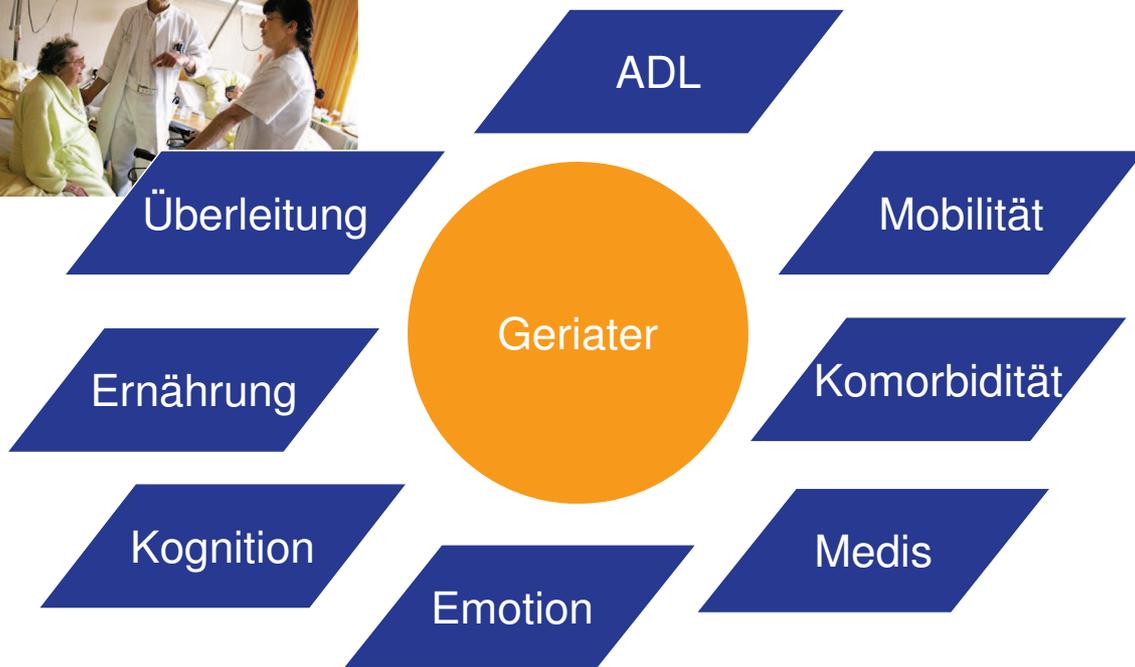


Quelle: Replikationsstichprobe - Alterssurvey 2002, gewichtet

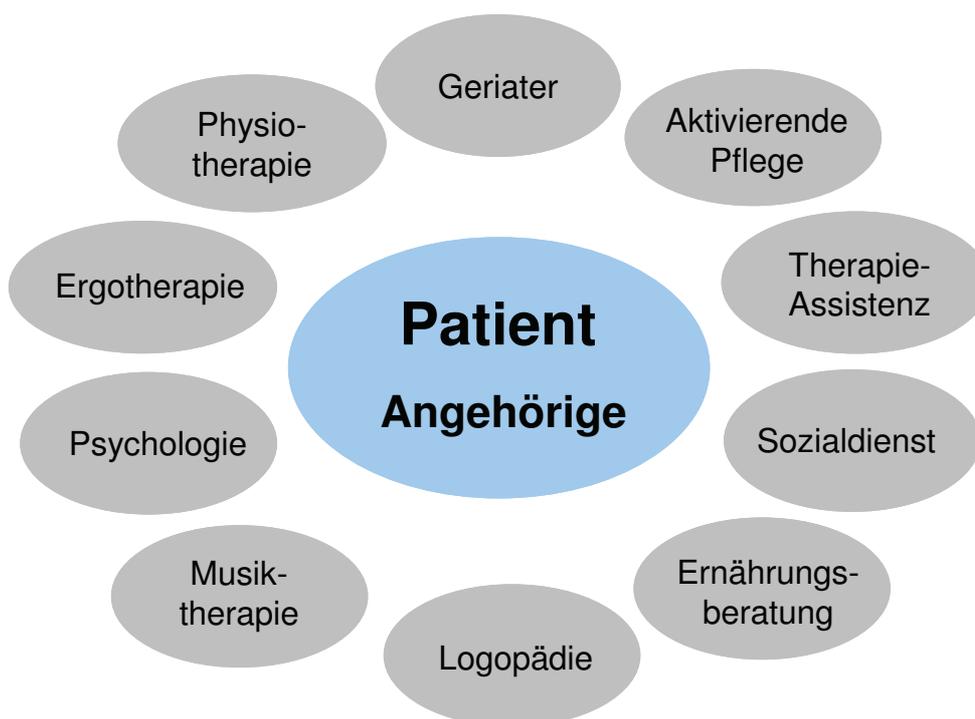
Geriatrische Syndrome



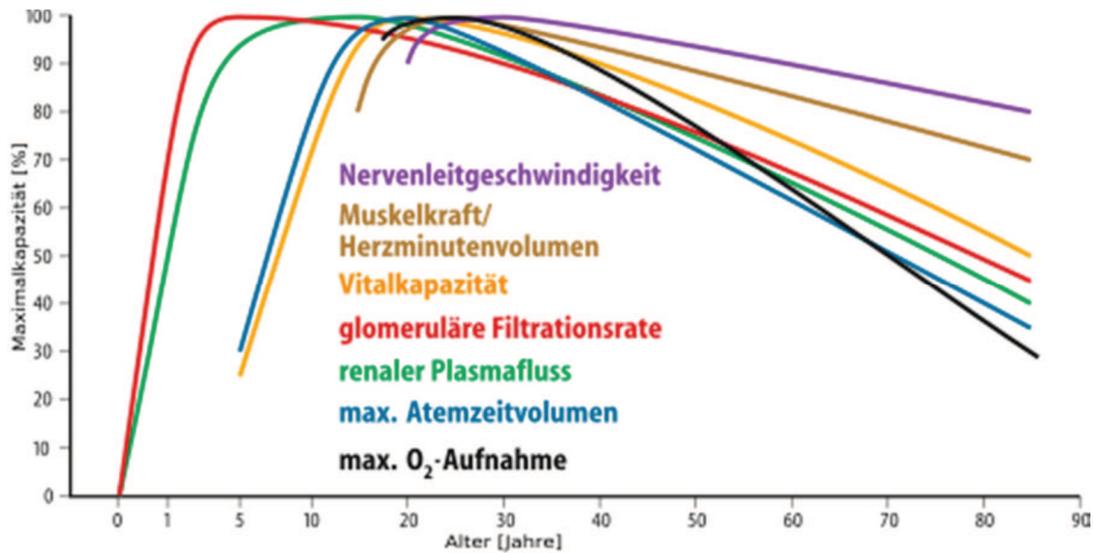
Komplexität des geriatrischen Patienten



Das geriatrische Team

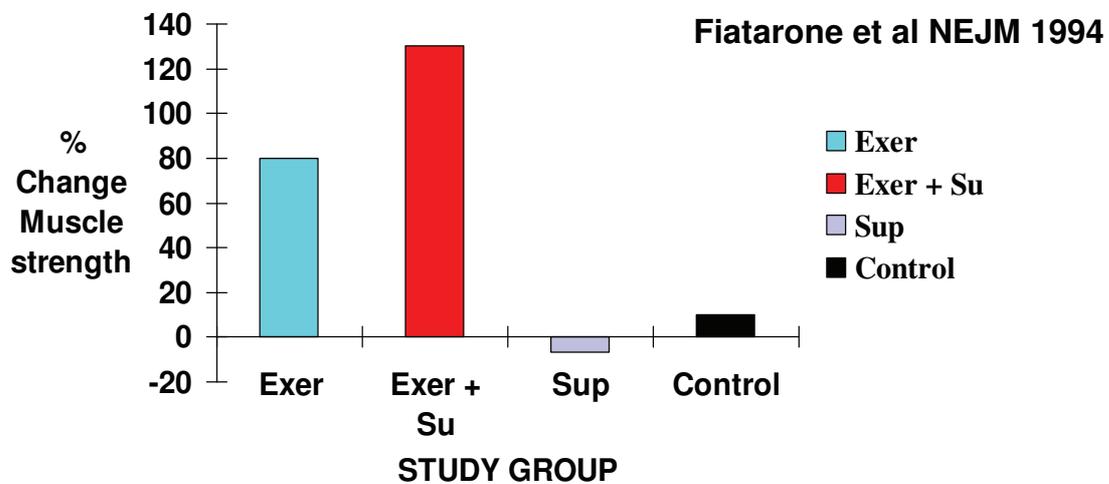


Physiologische Veränderungen verschiedener Organsysteme in Abhängigkeit vom Alter



R. F. Schmidt, F. Lang und G. Thews: *Physiologie des Menschen*. Verlag Springer, 2005

Krafttraining (Exer) & Ernährung (Sup)



10-wöchige Intervention:
Krafttraining 3 mal wöchentlich plus Nahrungsergänzung zur Erhöhung der Kalorienzufuhr und Deckung des Vitamin- und Mineralbedarfs.

Studienpopulation:
100 hochbetagte Pflegeheimbewohner (Durchschnittsalter: 87 Jahre)

Repetitives Training

REHABILITATION = TRAINING

Sämtliche motorische Grundfähigkeiten lassen sich auch im hohen Alter erfolgreich trainieren und verbessern:

- Kraft
- Ausdauer
- Balance
- Koordination
- Beweglichkeit



Funktionale Gesundheit

Hochbetagte leiden an vielen Krankheiten (Multimorbidität).

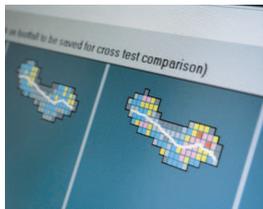
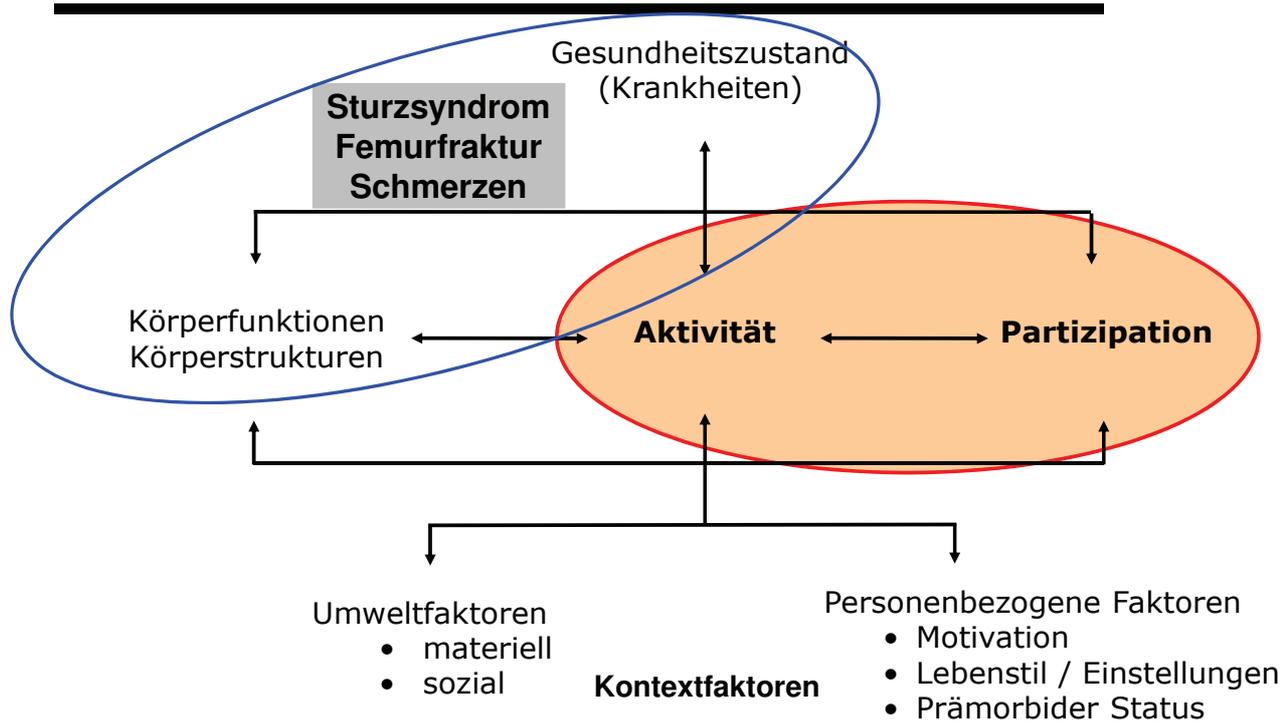
Die meisten Hochaltrigen wissen, dass sie auf Dauer durch diese Krankheiten begleitet werden. Sie erwarten daher keine Heilung.

Etwas anderes ist ihnen wichtiger:

Unabhängigkeit und Selbstständigkeit – trotz ihrer Erkrankungen.



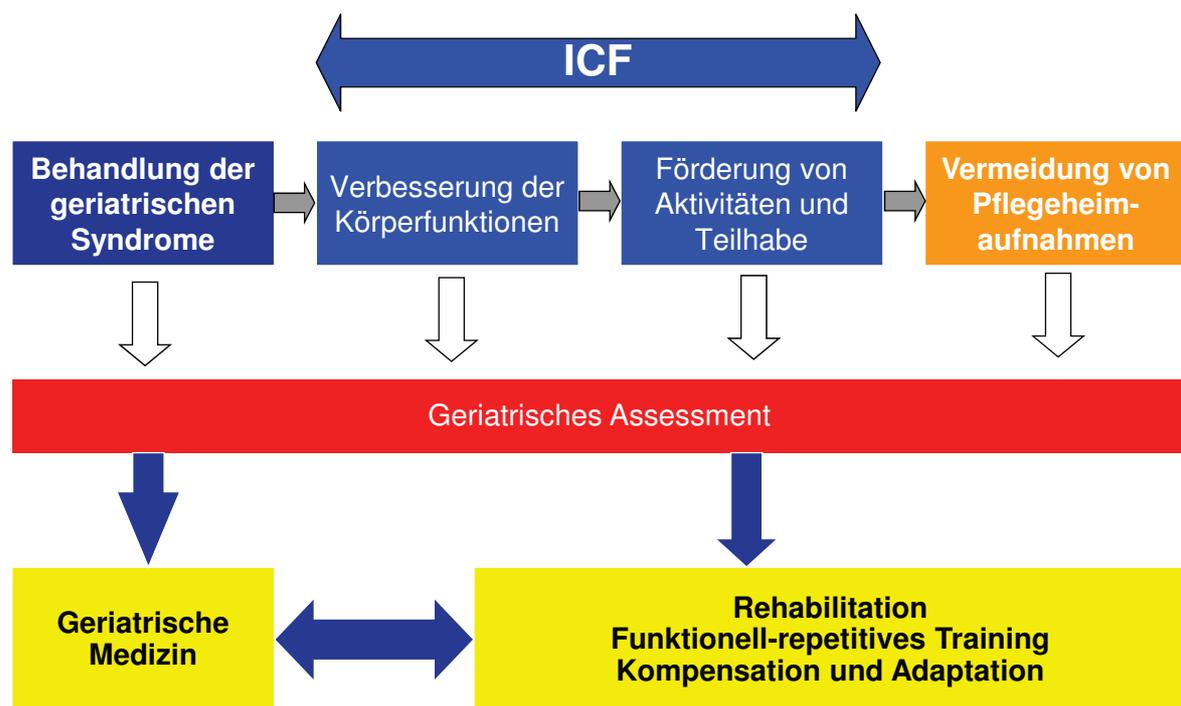
International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)



Aktivitätsförderndes Milieu



Konzept der Geriatrischen Rehabilitation



Geriatrische Rehabilitation

Versorgungspolitischer Auftrag:

Rückgewinn der Alltagskompetenz durch **Wiedererlangung** und **Beibehaltung** verlorengangener Fähigkeiten in den **Aktivitäten des täglichen Lebens** (ADL's)

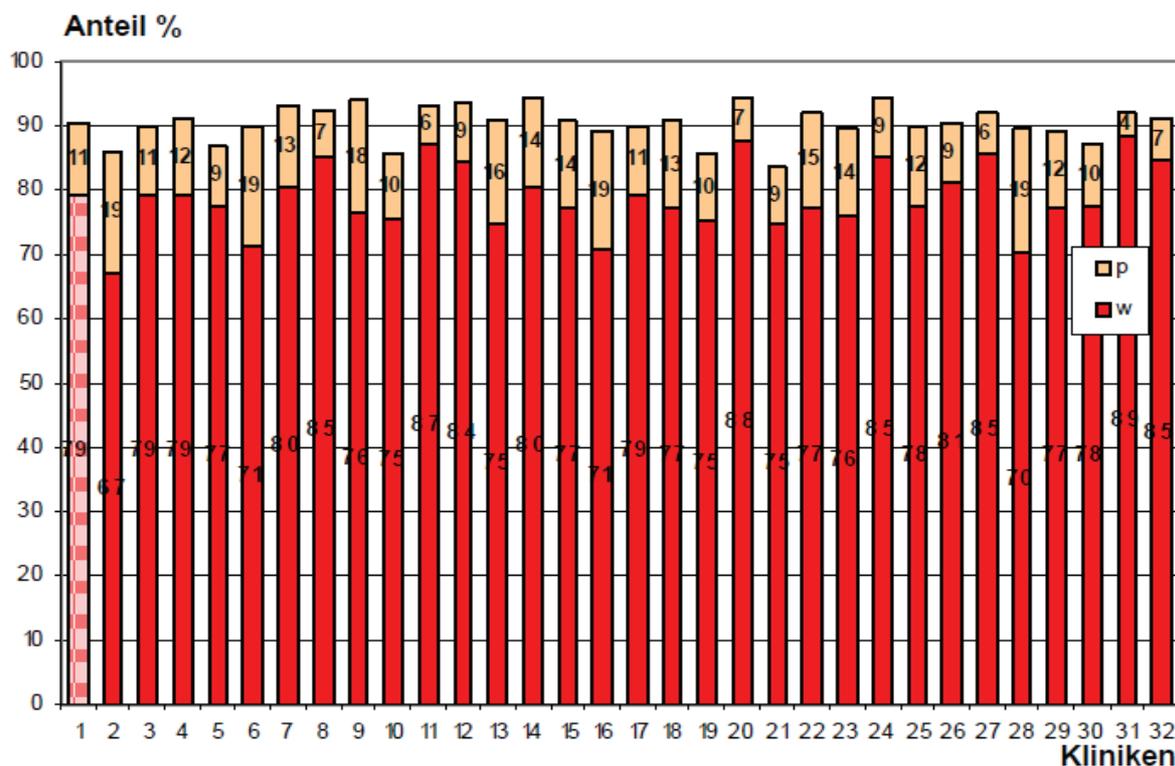
➔ **Rehabilitation vor Pflege**

**Spezialisierte(r) Zweig der
Rehabilitationsmedizin**

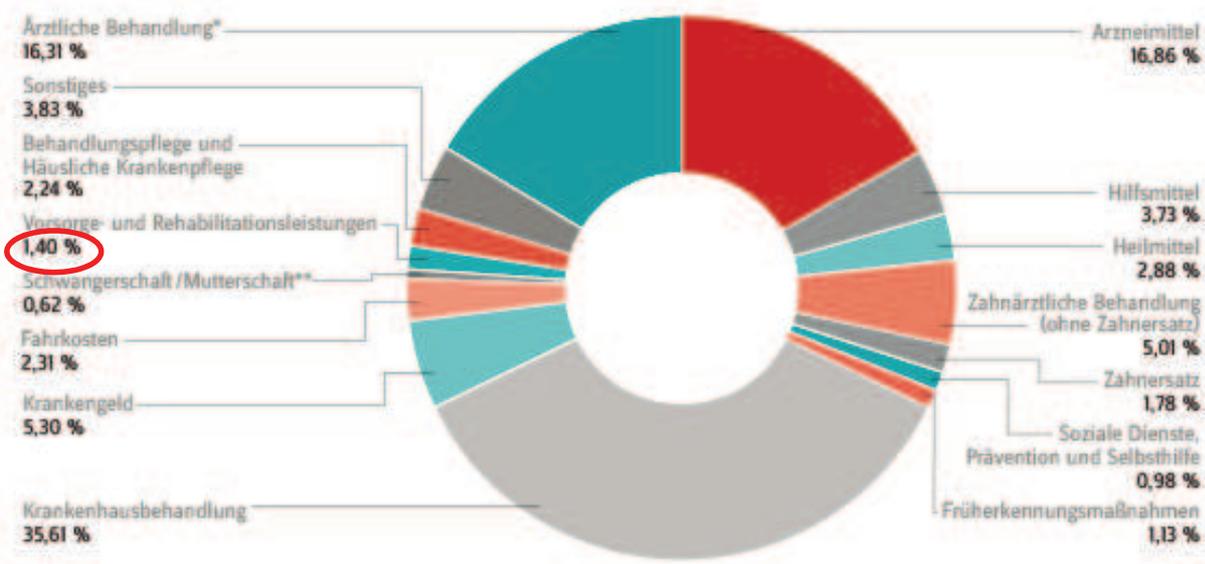
Arbeitsmethodik:

- ➔ *Geriatrisches Assessment*
- ➔ *ICF-basierte Erfassung aktivitäts- und teilhabeorientierter Rehabilitationsziele*
- ➔ *Eindämmung der geriatrischen Syndrome*
- ➔ *funktionelle Verbesserungen durch repetitives Training*
- ➔ *Kompensation durch Förderung vorhandener Ressourcen*
- ➔ *ganzheitliches Therapiekonzept im interdisziplinären Team*
- ➔ *Adaptation durch optimale Personen-Umwelt-Passung*
- ➔ *Sekundärprävention*

Rückkehr in die häusliche Umgebung nach stationärer geriatrischer Rehabilitation KODAS-Daten 2013



Ausgaben für einzelne Leistungsbereiche der GKV 2012 in Prozent



* Nicht berücksichtigt wurden die gezahlten Beträge für Früherkennung, Impfungen, ehemals Sonstige Hilfen und Dialyse-Sachkosten
 ** ohne stationäre Entbindung
 Summen können rundungsbedingt abweichen
 Darstellung: GKV-Spitzenverband; Quelle: Amtliche Statistik KJ 1

GKV-Ausgabenentwicklung 2007-2012

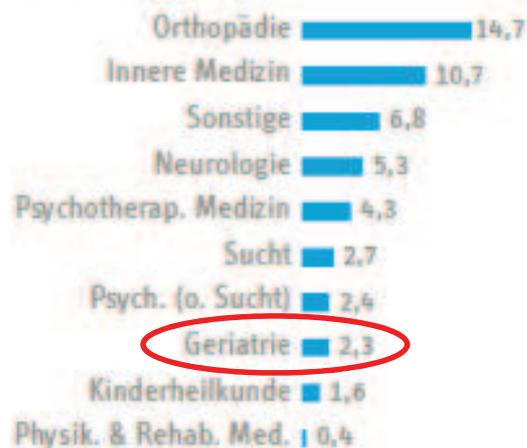
	Ausgaben in €	Zuwachs in €
Gesamtausgaben	173,15 Mrd.	+ 28,72 Mrd.
Krankenhausbehandlung	61,66 Mrd.	+ 11,24 Mrd.
Arzneimittel	29,20 Mrd.	+ 2,16 Mrd.
Ärztliche Behandlung	28,25 Mrd.	+ 4,70 Mrd.
Zahnärztliche Behandlung	8,67 Mrd.	+ 0,82 Mrd.
Hilfsmittel	6,46 Mrd.	+ 0,94 Mrd.
Heilmittel	4,99 Mrd.	+ 1,08 Mrd.
Häusliche Krankenpflege	3,88 Mrd.	+ 1,27 Mrd.
Krankengeld	9,17 Mrd.	+ 3,15 Mrd.
Fahrtkosten	4,01 Mrd.	+ 0,97 Mrd.
Reha- und Vorsorgeleistungen	2,42 Mrd.	- 0,03 Mrd.

Schaubild 12

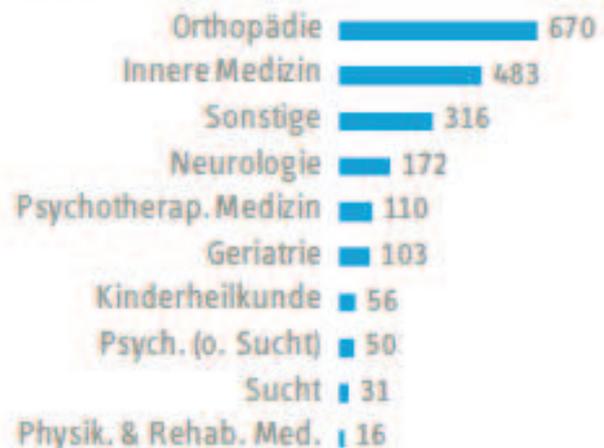
Zahl der Pflegetage und Fälle nach Fachabteilungen

2009

Zahl der Pflegetage 2009 in Mill.
(Reha und Vorsorge)

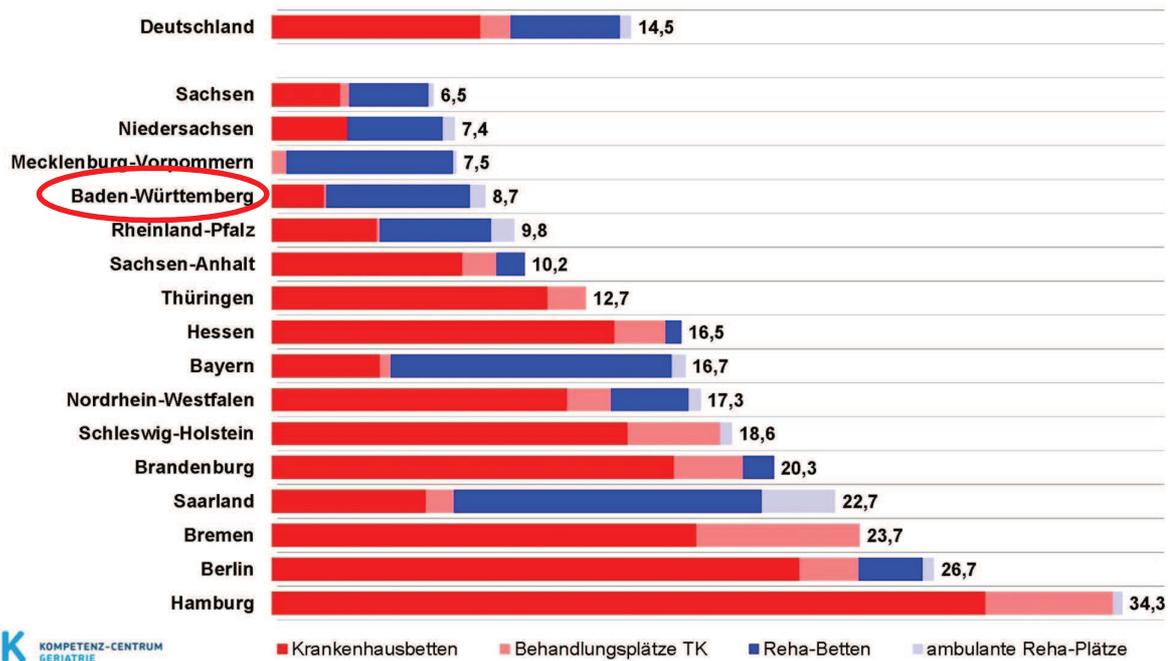


Zahl der Fälle 2009 in Tsd.
(Reha und Vorsorge)



Quelle: Statistisches Bundesamt (2011b). - Die Fachabteilungen Allgemeinmedizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Haut- und Geschlechtskrankheiten sowie sonstige Fachbereiche sind in „Sonstige“ zusammengefasst.

Geriatrische Versorgungsstrukturen in Deutschland



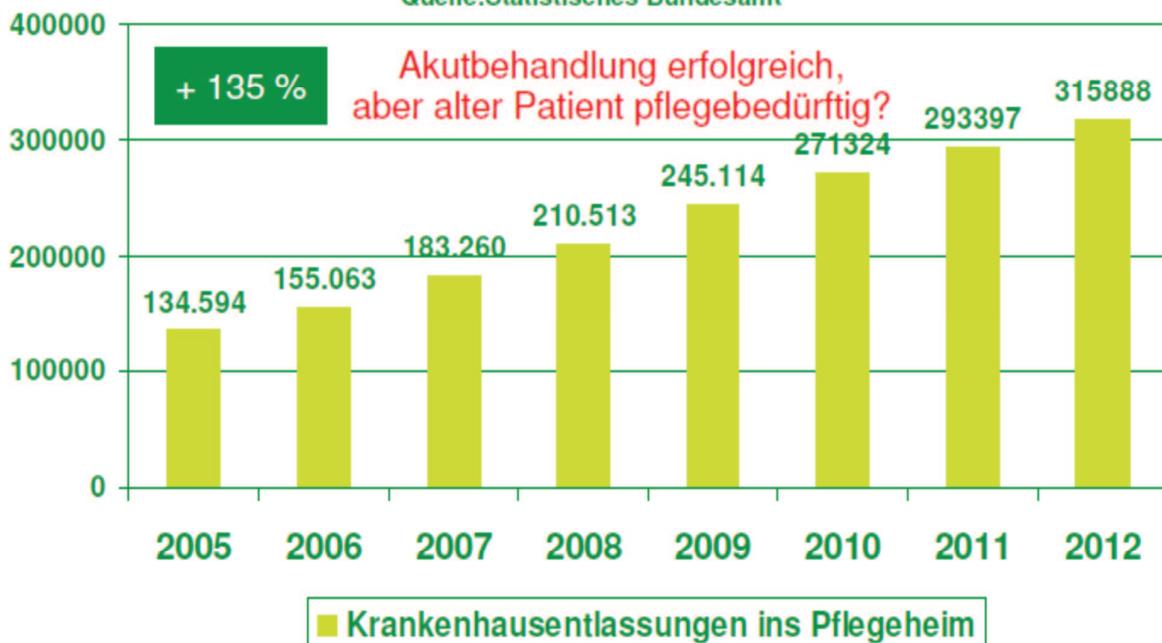
MDK KOMPETENZ-CENTRUM GERIATRIE

bezogen auf je 10.000 Einwohner, 65 Jahre und älter

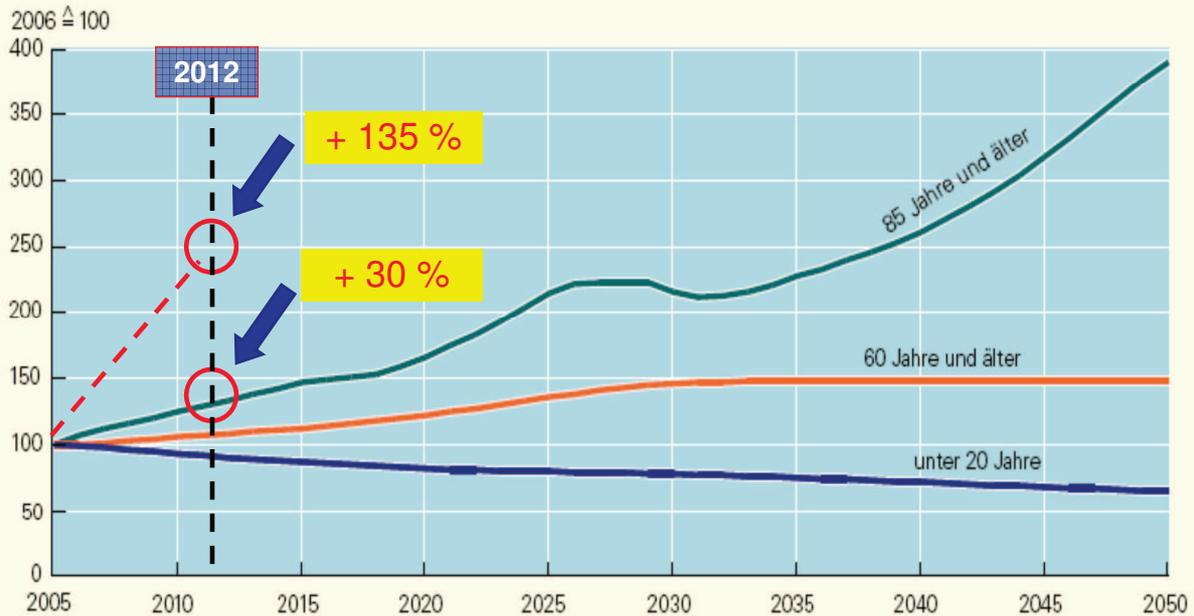
Stand 31.12.2013 (Statistisches Bundesamt 2014)

Auszug aus der DRG-Statistik

Quelle: Statistisches Bundesamt



Im Jahre 2050 fast viermal so viele 85-Jährige und Ältere wie heute*)



*) 2005 Ist-Werte, danach Voraussrechnung Basis 2005, Variante 1: Wanderungsgewinne von jährlich 17 000 Personen unterstellt.

Boris Augurzky
Arndt Rüdiger Reichert
Markus Scheuer

Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung
Hohenzollernstraße 1-3, 45128 Essen, Tel. 0201 - 8149-0

Faktenbuch Medizinische Rehabilitation 2011

Volkswirtschaftlicher Nutzen der Geriatrischen Rehabilitation

Annahme: Minderung der Pflegebedürftigkeit um **eine Pflegestufe** bei **10% der Patienten** für den Zeitraum von **einem Jahr**.

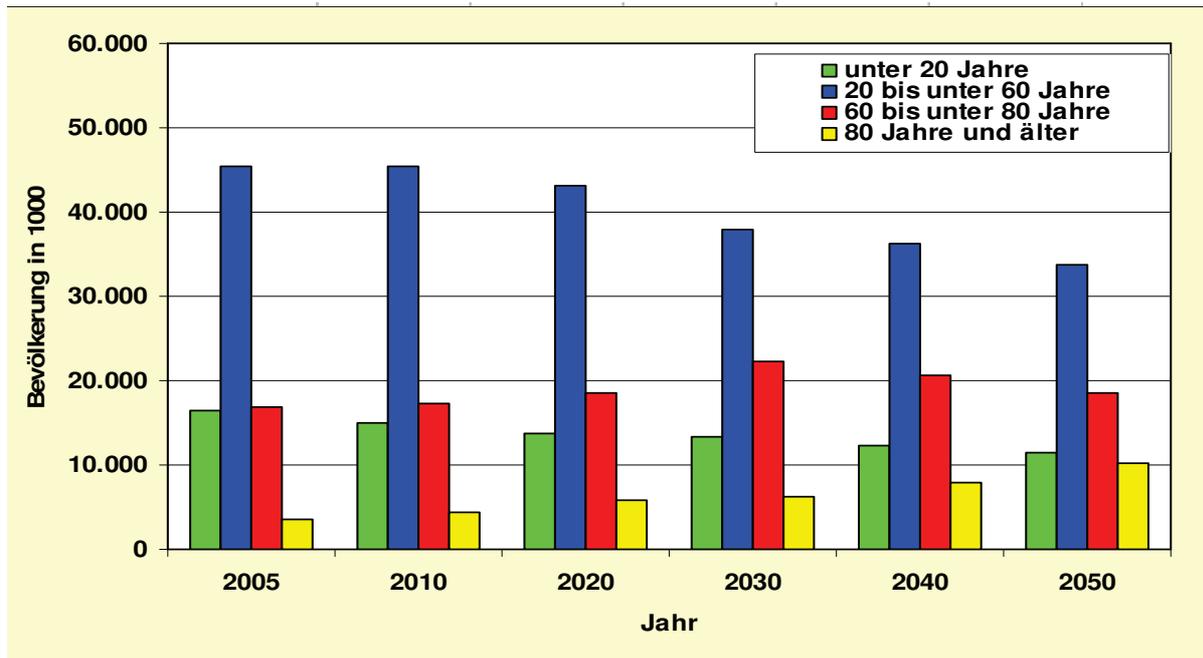
Rechnerische Einsparung der Pflegekosten: rund **455 Mill. € / Jahr**

Einmalige Ausgaben: rund **293 Mill. € / Jahr** für die stationäre geriatrische Rehabilitation

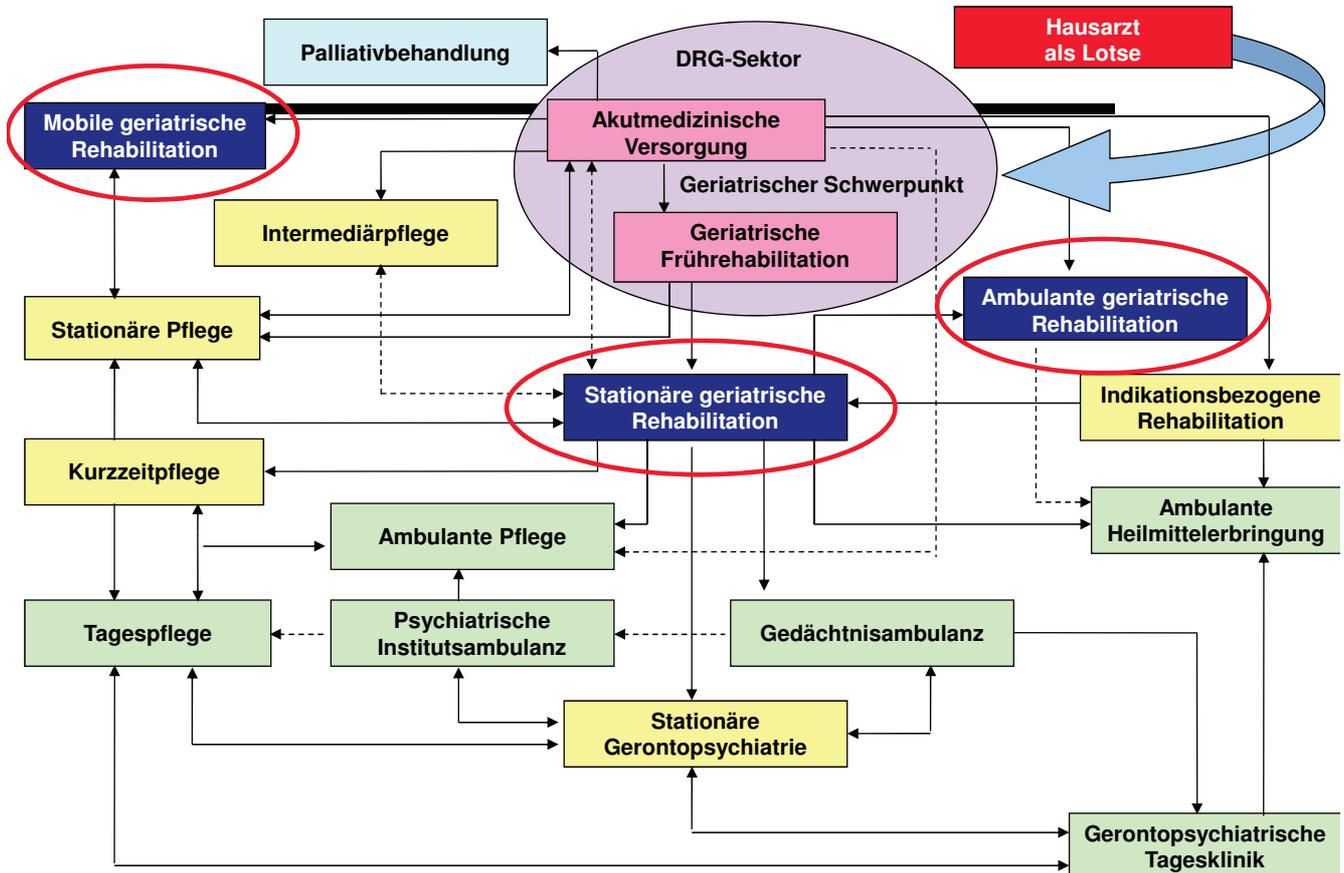
Rechnerisches **Einsparpotential**: rund **162 Mill. € / Jahr** bei dieser Patientengruppe.

Bevölkerung in 1000 (Prognose)

nach der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung



Integratives Postakutkonzept



Zusammenfassung I

Geriatrische Rehabilitation

- ist ein spezialisierter und wirksamer Zweig der Rehabilitationsmedizin
- verhindert und vermindert Hilfs- und Pflegebedürftigkeit im Alter
- stärkt die Selbstständigkeit und Teilhabe am sozialen Leben
- senkt die Sozialkosten (volkswirtschaftlicher Mehrwert)
- ist strukturell unterfinanziert (Missverhältnis zwischen Fallschwere einerseits und medizinischem Betreuungsaufwand und Therapieerfordernis andererseits ➔ Rationierungsdruck)
- ist in seinem Fortbestand durch die sektorale Trennung der Finanzierungssysteme (Krankenkasse versus Pflegekasse) bedroht

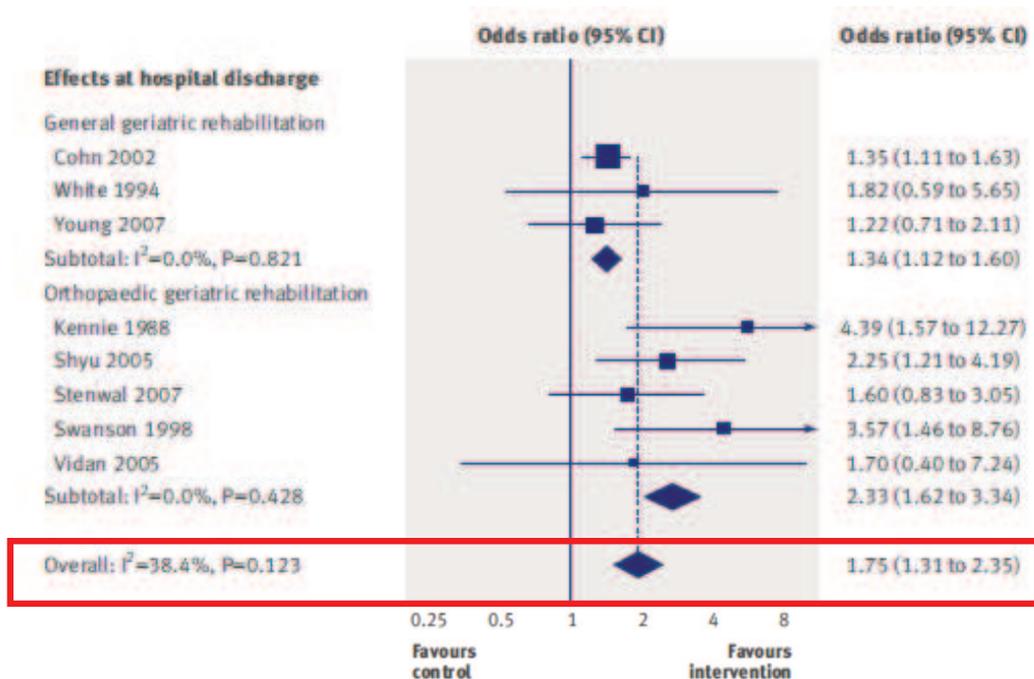
Zusammenfassung II

Der sinnvollste Weg zur Sicherstellung **qualitativ hochwertiger** und **bezahlbarer Pflege** ist die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit.



Danke für Ihre Aufmerksamkeit !

Effect of geriatric rehabilitation on functional status at hospital discharge



Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials- Bachmann S. et al., BMJ 2010

Öffentliche Anhörung der Enquetekommission „Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“

Thema: Pflegekammer

Pflegekammern sind bürokratischer Unsinn!?

Bernhard Schneider

*Hauptgeschäftsführer
der Evangelischen Heimstiftung*

Gute Pflege hat einen Namen!



„Nichts
ist mächtiger
als eine Idee,
deren Zeit
gekommen ist.“

Victor Hugo
(franz. Schriftsteller, 1802-1885)

**Mitbestimmung statt
Fremdbestimmung:
Jetzt für die
Pflegekammer
ein LeseZeichen
setzen.**

www.pflegekammer-jetzt.de



Jeder kann etwas dazu sagen....

- Frau Sozialministerin Altpeter:
„Die Pflegeberufe im Land brauchen dringend eine Selbstverwaltung“
- DBfK (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe):
„Die Entwicklungen der vergangenen Jahre und die drängenden Herausforderungen im Gesundheitssystem zeigen, wie nötig eine starke Stimme der Pflegenden im Konzert der gesundheitspolitischen Interessenvertreter ist. Der DBfK setzt sich deshalb mit aller Konsequenz für die Errichtung von Pflegekammern in allen Bundesländern und die Gründung einer Bundespflegekammer ein.“



Jeder kann etwas dazu sagen....

- Herr Prof. Dr. Weidner:
„Unser Herzensanliegen ist es, der Pflege zu einer starken Stimme zu verhelfen.“
- Herr Montgomery:
„Ob Sie eine Pflegekammer wollen oder nicht – Sie werden diese bekommen.“
- Herr Laumann:
„Die Pflege braucht eine starke Stimme wie z. B. der Marburger Bund bei den Ärzten.“



Unternehmenszahlen 2015

Dienstleistung	Kunden
83 Einrichtungen	7.200
81 Pflegeheime	6.565
1 Rehabilitationsklinik	150
1 Behindertenzentrum	485
46 Betreute Wohnanlagen	1.300
17 Mobile Dienste	1.800
Kunden insgesamt	10.300
Mitarbeiter	7.200
davon Azubis	560



Gute Pflege
hat einen Namen!





Was ist eine Kammer?

Eine Kammer ist eine **berufsständische Körperschaft**, die

- öffentlich-rechtlich und landesrechtlich organisiert ist und
- Aufgaben der berufsständischen Selbstverwaltung übernimmt.

Beispiele für Kammern:

- Freie Berufe wie Ärzte-, Rechtsanwalts-, Notar-, Steuerberater-, Apotheker-, Architekten- oder Zahnärztekammern
- Gewerbekammern wie Handwerks- oder Industrie- und Handelskammern
- Landwirtschaftskammern



Aufgaben Rechtsanwaltskammer

- Örtlicher Zusammenschluss von Rechtsanwälten.
- Sie nimmt als Teil der sog. „mittelbaren Staatsverwaltung“ die ihr durch Gesetz übertragenen staatlichen Aufgaben wahr.
- Als Aufgaben obliegen ihr z. B. die Zulassung zur Rechtsanwaltschaft, die Überwachung der Einhaltung des Berufsrechts, die Vermittlung bei Streitigkeiten zwischen Rechtsanwalt und Mandanten und Altersversorgung der Rechtsanwälte.
- Den Anwaltskammern angegliedert sind die sog. Anwaltsgerichte, die über berufsrechtlich relevante Verfehlungen von Rechtsanwälten entscheiden und neben Geldstrafen auch Berufsverbote gegen Anwälte aussprechen können.



Aufgaben Ärztekammer

- Organisation auf Landesebene (16 Länder, 17 Kammern).
- In Baden-Württemberg sind 19.300 Ärzte ambulant tätig und Mitglied in der Landesärztekammer (LÄK).
- Die LÄK ist Träger der ärztlichen Selbstverwaltung und nimmt die ihr gesetzlich übertragenen Aufgaben wahr.
- Z. B. die Abnahme von Prüfungen, die Überwachung der Berufsausübung, die Förderung ärztlicher Fortbildungsmaßnahmen, die Vermittlung bei Streitigkeiten der Ärzte untereinander sowie zwischen Arzt und Patient, auch zur Klärung von Behandlungsfehlern im Bereich der Arzthaftung.
- Aber insbesondere Verteilung der Arztsitze und der Honorare.



Welche vergleichbaren Aufgaben könnten Pflegekammern wahrnehmen?

- Honorare verteilen analog der Ärztekammern?
- „Pflegedienstsitze“ verteilen analog BezÄK?
- Zulassung zur Berufsausübung oder Entzug der Berufsfähigkeit?
- Altersversorgung anbieten wie Rechtsanwaltskammer?
- Streitigkeiten klären zwischen Pflegefachkräften und Kunden?
- Streitigkeiten zwischen Pflegefachkräften schlichten?
- „Pflegegerichte“ aufbauen um Verfehlungen zu ahnden?



Erstes Fazit: Pflegekammern sind unnötig, weil es bereits an der Grundvoraussetzung mangelt

- Nur 5 % der Pflegenden sind als „Freie“ berufsständisch tätig
- Die meisten - also rd. 95 % - sind angestellt beschäftigt bei

<u>Bundesweit</u>	<u>Landesweit</u>
12.400 Pflegeheimen	1.661 Pflegeheimen
12.300 Pflegediensten	1.140 Pflegediensten
2.000 Krankenhäusern	272 Krankenhäusern
- Pflegekammern können nicht diese Unternehmen vertreten
- Berufsständische Aufgaben wie bei Kammern der freien Berufe fallen bei Pflegeberufen nicht an
- Wer vertritt Pflegehilfs- oder Betreuungskräfte?

Gute Pflege hat einen Namen!

11
Erwartungen,
Hoffnungen,
Wünsche,

an die Pflegekammer

■ Rheinland-Pfalz
 ... das ist meine Kammer

Informationen zur Einrichtung
 der Landespflegekammer
 Rheinland-Pfalz





1. Eigenständige Regelungen des pflegerischen Handelns

Festlegung der Berufsordnung und Entwicklung ethischer Standards. Das ist selbstverständlich!!!

Bereits heute wird niemand, kein Träger und kein Geschäftsführer den Pflegefachkräften ernsthaft eine Berufsordnung verwehren und ihnen in ihr Handwerk hineinreden.

Bei der Entwicklung ethischer Standards in der Pflege müssen auch andere Betroffene an den Tisch.

Fazit: Diese Forderung lässt sich mit bestehenden und bewährten Strukturen gemeinsam mit anderen Betroffenen erfüllen.



2. Unterstützung im Arbeitsalltag und Rechtsberatung

Müssen dafür wirklich 16+1 Pflegekammern aufgebaut werden?
Es würden damit Doppel- und Dreifachstrukturen entstehen.

Institute, Berufsverbände, Wohlfahrtsverbände und Träger bieten bereits heute zahlreiche Fachtage und Beratungen an.

Können sich die Diakonischen Werke ihre Fachberatungen zu Lasten der von den Pflegenden zu finanzierenden Pflegekammern sparen?

Rechtsberatungsverbot würde auch für Pflegekammern gelten.

Fazit: Für die Unterstützung im Pflegealltag und für Beratung braucht es keine Pflegekammern.



3. Höheres Ansehen der Pflegeberufe

Wohlfahrtsverbände, private Pflegeverbände, Bündnis für gute Pflege, Arbeitgeberverbände, Fach-, Berufs- und Interessenverbände sowie Gewerkschaften treten engagiert für die Sache der Pflege ein.

Pflegeberufe erhalten mit 16+1 Landespflegekammern und 16+1 verschiedenen Regelungen nicht automatisch mehr Gewicht.

Fazit: Mit mehr Bürokratie, zusätzlichen Strukturen und Zwangsmitgliedschaft lässt sich keine stärkere Stimme für die Pflege aufbauen.



4. Bessere Bezahlung des Pflegepersonals

Die Tarifautonomie liegt in Händen der Sozialpartner (Gewerkschaften und Arbeitgeber) und würde durch die Einführung einer Pflegekammer nicht berührt.

Mit der Einrichtung einer Pflegekammer wäre unweigerlich eine Zwangsmitgliedschaft verbunden. Die Kosten, deren Höhe heute nicht absehbar ist, müssten ausschließlich die Mitglieder tragen.

Fazit: Die Pflegekammer kann keine bessere Bezahlung der Pflegenden durchsetzen. Vielmehr würden auf diese zusätzliche Kosten zukommen.



5. Bessere Arbeitsbedingungen

Arbeitsbedingungen der Pflege werden für Pflegedienste und Pflegeheime auf der gesetzlichen Grundlage im Rahmen der Selbstverwaltung zwischen Leistungserbringer und Leistungsträger verhandelt (z. B. Personalschlüssel und Fachkraftquote).

Welche Rolle können da Pflegekammern spielen?

Fazit: Eine Pflegekammer hätte auf die Verbesserung der Arbeitsbedingungen nur marginalen Einfluss.



6. Einheitliche Interessenvertretung durch Pflegekammern

Wessen Interessen werden vertreten? Die der Pflegefachkräfte?

Pflege wird in Pflegediensten und Pflegeheimen im Kontext mit vielen Berufsgruppen erbracht, Hauswirtschaft, Sozialdienst Betreuungskräfte etc.

Pflegende haben mit Berufsverbänden, Gewerkschaften und zahlreichen Netzwerken bereits viele Möglichkeiten, Ihre Interessen deutlich zu vertreten.

Fazit: Wichtige Akteure der Pflege werden durch die Pflegekammer ausgeschlossen. Deren Interessen müssen mit deren Verbänden abgestimmt werden.



7. Mitbestimmung an pflegerelevanten politischen Entscheidungen

Alle politischen Entscheidungen z. B. zum SGB XI oder SGB V sind pflegerelevant. Wann ist also die Pflegekammer und wann z. B. ein Wohlfahrtsverband Ansprechpartner für die Politik?

Pflegerelevante Entscheidungen betreffen auch andere Berufsgruppen wie Betreuungskräfte, Sozialdienst oder Hauswirtschaft.

Die Pflegekammern müssen sich mit allen anderen Akteuren der Pflegebranche insbesondere den Leistungserbringer-Verbänden abstimmen.

Fazit: Den erhofften einen Ansprechpartner für die Pflege in Form von **16+1** Pflegekammern wird es nicht geben.



8. Mitbestimmung an Verteilungsentscheidungen im G-BA

Das Kammersystem baut nicht auf eine geschlossene starke berufsständische Organisation der Pflegenden auf.

Die Bildung einer Bundespflegekammer setzt die Zustimmung mehrheitlich bestehender Landespflegekammern voraus. Die Entscheidung darüber, ob diese im G-BA vertreten sein wird, ist dem BMG vorbehalten.

Fazit: Die Entscheidung des BMG für einen Sitz im G-BA ist fraglich.



9. Qualitätssicherung sowie Aus,- Fort- und Weiterbildung

Die Lufthoheit des MDK und damit der Kassen in Fragen der Qualität in der Pflege muss gebrochen werden.

Für einheitliche Standards in der Aus, Fort- und Weiterbildung oder für ein Punktesystem und Fortbildungsverpflichtungen bestehen bereits bewährte Ansätze.

Fazit: Ein bürokratischer Überbau von 16+1 Landespflegekammern für einheitliche Qualitäts- und Fortbildungsstandards ist unnötig. Vielmehr sollten bereits bewährte Verfahren und Strukturen genutzt werden.



10. Schutz der Bevölkerung vor unsachgemäßer Pflege

Ist diese Forderung ernst gemeint?

Wo passiert unsachgemäße Pflege und wie soll die Pflegekammer da aktiv werden?

... Pflege in der Häuslichkeit durch Angehörige?

... Pflege durch einen Pflegedienst oder im Pflegeheim?

Schutz durch verantwortliche Träger und gutes QM System.

Kontrolle durch Angehörige, Heimaufsicht und MDK.

Fazit: Pflegekammern können den Schutz vor unsachgemäßer Pflege nicht garantieren.



11. Pflegekammer bedeutet Zwangsmitgliedschaft

Alle Pflegefachkräfte müssen für Leistungen zahlen, die sie bereits jetzt kostenlos erhalten oder erhalten können.

Es ist zweifelhaft, ob sich durch eine Zwangsmitgliedschaft in einer Pflegekammer eine persönliche Bereitschaft zum Engagement entwickelt.

Diese Möglichkeit besteht bereits heute z. B. in Berufsverbänden, Gewerkschaften und Netzwerken. Sie sollten sich eher fragen, wie sie Pflegenden zum Engagement motivieren können.

Fazit: Auf lange Sicht trägt die extrinsische Motivation einer Zwangsmitgliedschaft nicht.

Gute Pflege
hat einen Namen!



Pflegekammern lösen die bestehenden Probleme in der Pflege nicht!

