

# Antrag zum 59. Bundeskongress

Antrag 308

59. Bundeskongress vom 11. bis 13. Oktober in Oldenburg

Antragsteller: BAK Gesundheit und Innovation

Status:  angenommen  nicht angenommen  verwiesen an \_\_\_\_\_

Der 59. Bundeskongress möge beschließen:

## 1 Kur für die Pflege

2 Der würdevolle Umgang mit pflegebedürftigen Menschen ist eine zentrale Aufgabe eines  
3 liberalen Gesundheitssystems. Diejenigen die auf Hilfe angewiesen sind, sei es aufgrund ihres  
4 Alters, einer Krankheit oder sogar einem Zusammenspiel aus beidem benötigen eine gute  
5 Versorgung, die ihren individuellen Bedürfnissen gerecht wird. Die Pflege ist dabei ein  
6 vielschichtiges Themenfeld. Einerseits spielt die Finanzierung des Pflegesystems eine zentrale  
7 Bedeutung, aber auch die Ausbildung, Verfügbarkeit und Zufriedenheit von Pflegepersonal ist  
8 von elementarer Bedeutung für ein gut funktionierendes Pflegesystem. Nicht zuletzt spielen die  
9 Prävention, zur Vermeidung von Pflege und die Anreize zur kurativen Behandlung eine wichtige  
10 Rolle in einem guten Pflegesystem.

11 Als Junge Liberale ist eine umfassende Pflegereform ein zentrales Anliegen, denn auch ein trag-  
12 und leistungsfähiges Pflegesystem ist eine Zentrale Frage der Generationengerechtigkeit. Ein  
13 System, das maßgeschneiderte Pflege, ermöglicht ohne dabei nachfolgende Generationen  
14 übermäßig zu belasten ist deshalb ein Kernanliegen jungliberaler Gesundheitspolitik. Vor diesem  
15 Hintergrund sprechen wir uns für umfassende Reformen im Pflegesystem aus.

## 16 Pflegekammern - Bundesweite Standards

### 17 und Anerkennung

18 Die Jungen Liberalen begrüßen die Entscheidung des Deutschen Pflegerats, eine  
19 Bundespflegekammer zu schaffen. Mit dieser als Spitzenorganisation der pflegerischen  
20 Selbstverwaltung ist es möglich, Pflegende bundesweit zu repräsentieren und einheitliche  
21 Standards für Aus- und Weiterbildungen zu schaffen.

22 Für uns ist es essentiell, dass Pflegende und deren Meinung anerkannt und in der öffentlichen  
23 Debatte gehört werden. Unser Ziel ist deshalb, dass die Bundespflegekammer einen Sitz im  
24 gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erhält und somit auch die Pflegenden Innovationen im  
25 Gesundheitswesen, Zulassungsverfahren und Nutzenbewertungen aus pflegerischer Sicht  
26 begleiten können.

27 Des Weiteren bietet die Organisation über eine Bundespflegekammer den Vorteil der Schaffung  
28 von einheitlichen Standards, insbesondere im Bereich der Weiterbildungsmöglichkeiten. Es ist  
29 schon heute so, dass Pflegerinnen und Pfleger sich nach der Ausbildung auf unterschiedliche  
30 Bereiche spezialisieren und weiterbilden können. Für einige dieser Bereiche gibt es festgelegte  
31 Standards für die Weiterbildung, wodurch eine Anerkennung bundesweit möglich ist, ein Beispiel  
32 dafür ist die Intensiv-Pflege.

33 Allerdings gilt das für einen großen Teil der Weiterbildungsmöglichkeiten nicht, wodurch ein

34 Hemmnis für das lebenslange Lernen und Erweitern der Fähigkeiten besteht. Die  
35 Bundespflegekammer kann an dieser Stelle ansetzen und für die vielen  
36 Spezialisierungsmöglichkeiten Standards schaffen, was mehr Perspektive und Anerkennung für  
37 die Pflegenden schafft.

## 38 **Fachkräftemangel beheben -**

### 39 **Pflegeausbildung reformieren**

40 Eine gute Ausbildung, Aufstiegschancen und gerechte Arbeitsbelastungen stellen  
41 Schlüsselpunkte für die Behebung des Fachkräftemangels im Pflegesektor dar. Ein einfacher  
42 Einstieg in den Pflegeberuf spielt dabei eine genauso wichtige Rolle wie stetige  
43 Weiterqualifizierungsmöglichkeiten, um auch Pflegekräften im Beruf stets neue  
44 Entwicklungsmöglichkeiten aufzuzeigen und Pflege nicht als Karriere-Sackgasse zu verstehen.  
45 Hierfür wollen wir sowohl den Zugang zum Pflegeberuf, als auch die  
46 Qualifizierungsmöglichkeiten modular und bundeseinheitlich reformieren. Einen zentralen  
47 Bestandteil nimmt dabei die Duale-Ausbildung ein, welche um einfache Einstiegsmöglichkeiten  
48 sowie akademische Qualifikationsmöglichkeiten ergänzt wird.

49 Grundsätzlich fordern wir daher:

- 50 • Eine stärkere Vernetzung theoretischer und praktischer Ausbildungsinhalte im Lehrplan,  
51 sofern dies organisatorisch umsetzbar ist.
- 52 • Die Verankerung der Pflegewissenschaften in der universitären Forschung und Lehre,  
53 genau wie dies schon für die Medizin der Fall ist.
- 54 • Die Lehr- und Forschungsinhalte dieser Lehrstühle und Institute soll sich dabei im  
55 Rahmen der Freiheit von Forschung und Lehre an den Bedürfnissen der Pflege  
56 orientieren
- 57 • Die Einrichtung einer bundesweiten Pflegekammer sowie die Einrichtung von  
58 Pflegekammern in den Ländern, um als Selbstverwaltungsorgan der Pflegenden zu  
59 fungieren. Eine Zentrale Aufgabe der Pflegekammer ist dabei die Festlegung von  
60 Ausbildungsstandards sowie die Vertretung z.B. im Gemeinsamen Bundesausschuss, in  
61 dem aktuell noch keine Pflegenden vertreten sind.

62 Um den Pflegeberuf sowohl niederschwellig zu öffnen, aber auch gleichzeitig, im Sinne des  
63 lebenslangen Lernens, Aufstiegs- und Qualifikationsmöglichkeiten zu schaffen fordern wir die  
64 Qualifikationsstufen im Pflegebereich künftig bundeseinheitlich wie folgt zu glieder (eine genaue  
65 Ausgestaltung obliegt dann der Pflegekammer im Rahmen der Selbstverwaltung):

#### 66 **1. Stufe: Pflegehelfer (kurzfristige Ausbildung)**

67 Pflegehelfer soll künftig zur Schaffung von Mindeststandard für die pflegerische Versorgung, eine  
68 Ausbildung von 3-monatiger Dauer durchlaufen. Diese Ausbildung soll nach Möglichkeit auch  
69 Berufs-/Praktikumsbegleitend ermöglicht werden. Aushilfskräfte auf Stationen, die die  
70 Pflegekräfte abseits der pflegerischen Tätigkeiten unterstützen sollen weiterhin erhalten bleiben,  
71 aber eine andere Berufsbezeichnung (z.B. Stationshilfe) erhalten, die sie von der eigentlichen  
72 Krankenpflege abgrenzt.

#### 73 **2. Stufe: Examierte Pflegekraft (3-jährige Ausbildung in Vollzeit)**

74 Wir halten an der dualen Ausbildung zur examinierten Pflegekraft fest. Zur Erreichung soll  
75 weiterhin wie im bisherigen System eine dreijährige Ausbildung mit staatlicher Prüfung  
76 (Staatsexamen) stattfinden.

### 77 **3. Stufe (Spezialisierung):**

#### 78 **3.1 Fachpfleger**

79 Fachpfleger stellen eine Qualifikation analog zur Facharztausbildung dar und sollen künftig eine  
80 fachliche Vertiefung ermöglichen. So kann sich eine Pflegekraft in einem durch die Kammern  
81 festgelegtes Prüfungsprofil beispielsweise für die Intensivpflege, Palliativpflege oder als  
82 Hygienefachkraft qualifizieren und somit ihrem individuellen Werdegang neue Wege  
83 ermöglichen.

#### 84 **3.2 Master in Pflegewissenschaften**

85 Der Master in Pflegewissenschaften soll als berufsbegleitender Studiengang sowie als vollzeit  
86 Studiengang etabliert werden und ein wissenschaftliches Studium im Bereich der  
87 Pflegewissenschaften nach bereits erfolgter Berufserfahrung ermöglichen. Vergleichbar wäre  
88 dieser Master z.B. mit dem MBA oder ähnlichen Abschlüssen. Hierbei werden sowohl  
89 pflegewissenschaftliche Kompetenzen im Pflegesystem aufgebaut, als auch Führungs- und  
90 Leitungspersonal ausgebildet.

#### 91 **4. Stufe: Fachpfleger mit arztähnlichen Befähigungen**

92 Der Fachpfleger mit arztähnlichen Befähigungen bildet künftig eine Schnittstelle zwischen  
93 Krankenpflege und Ärzten und dient auch dazu mehr gegenseitiges Verständnis und Respekt für  
94 die jeweiligen Tätigkeiten zu ermöglichen. Der Ausbildungsgang soll dabei ein tiefgehendes  
95 Verständnis der gängigen Krankheitsbilder und sowohl ärztlicher als auch pflegerischer  
96 Behandlungswege vermitteln und soll berufsbegleitend erfolgen. Weiterhin sollen die Fachkräfte  
97 hier zum selbstständigen Durchführen einzelner vormals ärztlicher Aufgaben befähigt werden,  
98 die die pflegerische Situation des Gepflegten akut verbessern können. Dies bietet insbesondere  
99 viele Chancen im ambulanten Sektor, oder auf Stationen wo oftmals nicht sofort ein Arzt zu  
100 Verfügung steht.

## 101 **Welten verbinden - Medizin und Pflege**

102 In der Klinik aber auch in Alten- und Pflegeheimen kommt ärztliches und Pflegepersonal  
103 zusammen, um die bestmögliche Versorgung für jeden Patient zu ermöglichen. Dabei kommen  
104 beiden Gruppen unterschiedliche, wichtige Aufgaben zu. Diese Arbeitsteilung ist auch nötig, darf  
105 aber nicht zu einer Trennung der beiden Gruppen führen.

106 Als Junge Liberale setzen wir uns dafür ein, dass in diesem "Biotop" eine gegenseitige, neue  
107 Symbiose entsteht, die gewährleistet, dass die stationäre Patientenversorgung und direkte  
108 Betreuung auf höchstem Niveau stattfindet und dabei ärztliche Behandlungen gezielter und  
109 abgestimmter einfließen können. Dazu braucht es vor allem eine stärkere, kollegiale Kooperation  
110 zwischen Pflegekräften und ärztlichem Personal, die insbesondere durch effektivere  
111 Rückkopplungsmechanismen gewährleistet wird, als dies bei der allmorgendlichen Visite der  
112 Fall ist. Da ein ständiger Austausch zwischen den beiden Gruppen über die Patienten im direkten  
113 Gespräch durch den engen Zeitplan so sicherlich nicht möglich ist und eher zusätzliche  
114 Arbeitsbelastung schaffen würde, braucht es hierbei auch die konsequente Einbindung von  
115 Computersystemen, die z.B. eine einfache Konsiliumforderung auch von der Pflege an den  
116 Stationsarzt ermöglichen.

117 Die Pflege bildet nämlich durch die Versorgung auf der Station das medizinische Fundament, auf  
118 welches die ärztlich gesteuerte Therapie aufbaut.

119 Neben dieser Annäherung und besseren Verknüpfung des jeweiligen Workflows, möchten wir  
120 aber auch eine neue Form des Gegenübertretens erreichen: auch durch die Pflegekammer, die  
121 Weiterbildung zum Fachpfleger und weitere Maßnahmen sollen die Pflegekräfte mehr

122 Selbstbewusstsein entwickeln. Gerade auch dadurch kann die Pflege wieder an Attraktivität  
123 gewinnen.

## 124 **Prävention schafft Lebensqualität**

125 Pflege ist kein wünschenswerter Zustand. Vielmehr ist Pflege immer ein Ausdruck von  
126 unselbstständigkeit, die wir Liberale Menschen ersparen wollen. Hierfür spielt die Vorsorge von  
127 Pflege eine zentrale Rolle. Durch geeignete Maßnahmen könnten schon heute viele Pflegefälle  
128 vermieden oder zumindest vermindert werden. Dies ist sowohl für die möglichen Patienten von  
129 Vorteil und liefert Lebensqualität und spart gleichzeitig Kosten im Gesundheitssystem ein. Für die  
130 Prävention von Pflege spielen insbesondere 3 Faktoren für uns eine zentrale Rolle:

### 131 **1. Soziale Aspekte**

132 Insbesondere bei Pflegefällen im Alter stellen soziale Aspekte einen zentralen Risikofaktor dar.  
133 Wer einen nahen Verwandten, Ehepartner oder Freund im Alter verliert, wer kaum noch soziale  
134 Kontakte pflegt ist anfällig dafür pflegebedürftig zu werden. Andererseits ist das biologische und  
135 das soziale Alter immer häufiger voneinander entkoppelt. In werden Angebote für Senioren sich  
136 nicht mehr nach dem biologischen Alter sondern vermehrt nach deren Fähigkeiten und  
137 Bedürfnissen richten. Konkret sehen wir in folgenden Punkten Handlungsbedarf:

- 138 • Eine Übernahme der Trauerbegleitung bei Verlust von Lebenspartnern oder nahen  
139 Verwandten durch die Krankenkassen kann einen wichtigen Schritt zur Prävention von  
140 Pflege darstellen.
- 141 • Die Förderung von Seniorenzentren/Netzwerken stellt ein wichtiges Mittel für den Erhalt  
142 sozialer Kontakte dar.
- 143 • Das Modell der Flexi-Rente der FDP stellt auch aus Präventionsgesichtspunkten ein  
144 vorteilhaftes Modell dar.
- 145 • Darüber hinaus sehen wir in der Mitgliedschaft in Vereinen sowie in Projekten wie  
146 Senioren Villages geeignete Mittel um die soziale Präventionskomponente im Bereich der  
147 Pflege zu bedienen.

### 148 **2. Individualisierung der Medizin und Prävention**

149 Die individualisierte Medizin stellt nicht nur für die Behandlung von schweren Erkrankungen wie  
150 Krebserkrankungen ein wichtiges Werkzeug dar, auch bei der prävention individueller  
151 Gesundheitsrisiken und auch der prävention von Pflegefällen kann die individualisierte Medizin  
152 als Schlüsseltechnologie betrachtet werden. Konkret sehen wir hier folgenden Handlungsbedarf:

- 153 • Insbesondere Gesundheitsrisiken sind von Mensch zu Mensch enorm unterschiedlich.  
154 Die aktuellen Präventionsmaßnahmen und Risikoabschätzungen sind fast ausschließlich  
155 gruppenspezifisch. Die molekulare Medizin bietet hier enormes Potential für die  
156 frühzeitige Erkennung und Einschätzung von Risiken. Wir setzen uns für eine zügige  
157 Implementierung in den Leistungskatalog der Krankenkassen sowie einen verstärkten  
158 Fokus auf Präventionsmaßnahmen ein.
- 159 • Insbesondere Hürden für die Nutzung molekularer Marker müssen abgebaut werden.
- 160 • Darüber hinaus können auch klassische Vorsorgeuntersuchungen eine wichtige Rolle  
161 erfüllen. Hierfür muss eine verstärkte Sensibilisierung und Incentivierung stattfinden.
- 162 • Zuletzt ist auch die fehlende Therapietreue bei bestehenden Erkrankungen eine häufige  
163 Ursache für Pflegefälle. Hier wollen wir einerseits positive Anreize setzen, aber auch  
164 gleichzeitig bei wiederholter Therapieuntreue Patienten in die finanzielle Verantwortung  
165 nehmen und eine Rückerstattung der Kassenleistungen erwirken.

### 166 **3. Ernährung und Sport**

167 Eine der zentralsten Faktoren für die Vermeidung von Krankheiten und damit verbunden  
168 Pflegefällen ist eine gesunde Lebensführung. Regelmäßige körperliche Bewegung sowie eine  
169 gesunde und ausgewogene Ernährung sind die besten Präventionsmaßnahmen für  
170 Gesundheitsrisiken. Hier sehen wir verschiedene Möglichkeiten, um beides zu ermöglichen ohne  
171 Verbote oder Gebote auszusprechen:

- 172 • Um eine Gesunde Ernährung transparenter zu ermöglichen ist es erforderlich, dass  
173 Ernährungsempfehlungen an aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse angepasst werden  
174 und künftig schneller erneut angepasst werden können
- 175 • Darüber hinaus sollen Kennzeichnungen auf Lebensmitteln vereinfacht werden, um  
176 verständlich und nachvollziehbar Informationen für den Verbraucher zusammenzutragen
- 177 • Insbesondere bei der Prävention von Übergewicht und den damit verbunden  
178 Folgeerkrankungen sehen wir auch die Schulen in der Pflicht. Hier sollte einerseits im  
179 Unterricht intensiver als bisher eine Gesunde Ernährung thematisiert werden und  
180 andererseits sollten Mensen in Schulen primär Lebensmittel für eine gesunde Ernährung  
181 anbieten und Empfehlungen ausgeben.
- 182 • Darüber hinaus sollen auch Betriebe vermehrt Präventionsmaßnahmen anbieten. Kleine  
183 Betriebe unter 100 Mitarbeiter sollen dabei bei der Umsetzung von freiwilligen  
184 Maßnahmen unterstützt werden. Betriebe mit mehr als 100 Mitarbeitern sollen darüber  
185 hinaus zu bestimmten Maßnahmen, wie z.B. dem Vorhalten von Duschen, für Mitarbeiter  
186 die mit dem Fahrrad kommen, verpflichtet werden können, sofern dies einen nachweislich  
187 positiven Effekt hat.

## 188 **Gesunde Finanzen statt pflegebedürftige**

### 189 **Kassen**

190 Als zentraler Bestandteil einer guten Pflegeversorgung ist auch eine nachhaltige,  
191 generationengerechte und individuell anpassbare Finanzierung des Pflegesystems unerlässlich.  
192 Ein rein umlagefinanziertes System ist zum scheitern verurteilt. Stattdessen sehen wir in die  
193 Zukunft in einem 3-Säulen-System, bei dem Basisabsicherung, Zusatzvorsorge und  
194 Betriebliche/Private Vorsorge miteinander kombiniert, eine individuelle Pflegeversorgung  
195 ermöglichen.

196 Die erste Säule soll dabei eine verpflichtende Basisabsicherung darstellen.

197 Alternative 1: Dabei soll die erste Säule auch weiterhin umlagefinanziert bestehen bleiben.

198 Alternative 2: Dabei soll die erste Säule steuerfinanziert umgestaltet werden.

199 Alternative 3. Dabei soll die erste Säule beitragsfinanziert und kapitalgedeckt erfolgen.

200 Die zweite Säule stellt dabei eine zusätzliche Versicherung mit staatlicher Unterstützung und  
201 einem verpflichtendem Arbeitgeberanteil dar. Hierfür wollen wir den "Pflege-Bahr"  
202 weiterentwickeln, sodass diese sich aus Arbeitgeberanteil, staatlichem Zuschuss und Eigenanteil  
203 zusammensetzt und eine individuelle Zusatzversicherung ermöglicht.

204 Alternative 1: Die Auswahl eines Produktes aus der zweiten Säule soll ebenfalls verpflichtend  
205 erfolgen.

206 Alternative 2: Die Auswahl eines Produktes aus der zweiten Säule soll freiwillig erfolgen.

207 Die dritte Säule soll durch freiwillige, private Vorsorgemöglichkeiten abgedeckt werden. Hier  
208 können auch betriebliche Angebote einfließen.

## 209 **Anreize in der Pflege richtig Setzen**

210 Neben der Finanzierung auf Seiten der Versicherten bedarf auch die Anreizsetzung in der  
211 Abrechnung von Pflege eine Neuausrichtung. Hier muss insbesondere der Patient in den Fokus  
212 gerückt werden und die Prämisse gelten, dass Pflege immer mit dem Ziel der  
213 Zustandsverbesserung erfolgen sollte. Um dies zu erreichen müssen einige Anreize und  
214 Mechanismen geändert werden.

- 215 • Eine Verbesserung der Pflegestufe soll für Pflegeeinrichtungen künftig finanziell lukrativer  
216 werden. Hierfür könnte ein Modell z.B. über Bonus- oder einmalige Ausgleichszahlungen  
217 erfolgen
- 218 • Künftig soll die Möglichkeit bestehen Pflegegutachten auch durch den Hausarzt  
219 durchführen zu lassen, sofern dies vom Patienten gewünscht ist, da dieser die Situation  
220 der Patienten häufig besser beurteilen kann.
- 221 • Sofern keine betrieblichen Gründe dem entgegenstehen ist auch ein Rückkehrrecht für  
222 pflegende Angehörige von der Teilzeit in eine Vollzeitbeschäftigung zu prüfen.
- 223 • Die Angleichung der Pflegesätze für die ambulante Pflege bzw. die Pflege durch die  
224 Angehörigen an die stationäre Pflege soll zudem den Grundsatz Ambulant vor  
225 stationär Rechnung tragen.

*Achtung: Die Darstellung des gezeigten Antrags erfolgt als reine Vorschau. Verbindlich ist der Antragstext im offiziellen Antragsbuch zum 59. Bundeskongress vom 11. bis 13. Oktober in Oldenburg.*