

Die fünfte Säule der Sozial- versicherungen

Von Erwin Rüdell MdB

Königswinterer *Notizen*

Die fünfte Säule der Sozial- versicherungen

Von Erwin Rüdell MdB

Königswinterer *Notizen*

Impressum

Königswinterer Notizen, Nr. 26, Mai 2019

Herausgeber: Stiftung Christlich-Soziale Politik e.V., (CSP)

Karl Schiewerling, Vorsitzender

Johannes-Albers-Allee 3, 53639 Königswinter

Redaktion: Karsten Matthis

Lektorat: Julia Beier

Tel. 02223-73119; E-Mail info@azk.de

Internet: www.azk.de

Produktion: TiPP 4, Rheinbach

Die Ausgaben der Königswinterer Notizen erscheinen
in unregelmäßigen Abständen.

Vorwort


Liebe Leserinnen, liebe Leser,

es ist ein Grundrisiko im Leben eines jeden Menschen, pflegebedürftig zu werden. Mit zunehmendem Alter steigt dieses Risiko, aber auch Jüngere kann es jederzeit treffen. Umso entscheidender ist es, dass die Politik diese Gefahr erkannt und durch die Pflegestärkungsgesetze auf eine rechtliche Basis gestellt hat.

Ein wichtiger Gradmesser für den Stellenwert der Humanität in einer Gesellschaft ist ihr Umgang mit den Schwachen. In den Veranstaltungen der Johannes-Albers-Bildungsforum gGmbH thematisieren wir in regelmäßigen Abständen die Neuerungen im Bereich der Pflege sowohl in politischer als auch juristischer Hinsicht. Seminare, die sozialpolitische Themen aufgreifen, finden großen Anklang bei unseren Teilnehmerinnen und Teilnehmern, da eine steigende Anzahl von Menschen in Deutschland persönlich oder durch betroffene Angehörige gezwungen ist, sich mit dem Thema auseinanderzusetzen.

Daher war es an der Zeit, nun auch eine Ausgabe unserer „Königswinterer Notizen“ diesem Thema zu widmen. Der Autor dieses Beitrages, Erwin Rüdell MdB, bietet einen Überblick über die Entwicklungen in Deutschland seit dem Beschluss zur Einführung einer Sozialen Pflegeversicherung als Pflichtversicherung im Jahre 1994. Einen besonderen Schwerpunkt legt Rüdell auf die Betrachtung der Pflegestärkungsgesetze und das „Sofortprogramm Pflege 2018“ zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege.

Wir danken unserem Kollegen Erwin Rüdell MdB für seinen sozial- und gesundheitspolitischen Beitrag aus christlich-sozialer Sicht und wünschen unseren Leserinnen und Lesern eine anregende Lektüre.



Karl Schiewerling
Vorsitzender der Stiftung CSP

Die fünfte Säule der Sozialversicherungen

Die Menschen in Deutschland werden immer älter. Diese erfreuliche Entwicklung führte nach der Mitte des 20. Jahrhunderts allerdings auch dazu, dass die Zahl pflegebedürftiger Senioren kontinuierlich wuchs – ebenso wie die Dauer ihrer Pflegebedürftigkeit.

Während die Kosten der Sozialhilfeträger immer weiter anstiegen, setzte sich in der Politik die Erkenntnis durch, dass der Staat dringend aufgerufen war, sich um die Finanzierung ambulanter und stationärer Pflegedienste zu kümmern.

Nach langen und kontroversen Debatten in der Öffentlichkeit und im Parlament beschlossen im April 1994 Bundestag und Bundesrat mit Wirkung zum 1. Januar 1995 durch Verabschiedung des SGB XI die Einführung der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) als Pflichtversicherung.

Versicherungspflichtig sind alle Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung oder einer privaten Krankenversicherung. Damit bildet die Pflegepflichtversicherung – neben der gesetzlichen Kranken-, Unfall-, Renten- und Arbeitslosenversicherung – die „fünfte Säule“ der Sozialversicherungen. Alle gesetzlichen und privaten Krankenkassen müssen ihren Versicherten auch eine Pflegeversicherung anbieten.

Die Einführung der Sozialen Pflegeversicherung wird für immer mit der seinerzeitigen Bundesregierung unter Bundeskanzler Helmut Kohl und insbesondere mit dem Namen des damals verantwortlichen Bundesministers Norbert Blüm verbunden bleiben.

Grundlegende Reformen und bedeutende Leistungsverbesserungen in der Wahlperiode von 2013 bis 2017

In den Jahren seit 1995 stieg nicht nur der Finanzbedarf in der Pflegeversicherung. Es wurden auch Defizite in ihrer Struktur sichtbar. Abgesehen vom Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz (2002) sowie dem im Oktober 2012 in Kraft getretenen Pflege-Neuausrichtung-Gesetz war es aber bis zum Beginn der vorangegangenen Legislaturperiode (2013) zu keinen grundlegenden Veränderungen gekommen.

Die tiefgreifende Neuausrichtung der Pflegeunterstützung wurde dann mit dem zum 1. Januar 2015 wirksam gewordenen Pflegestärkungsgesetz I

eingeläutet. Immer mehr ältere Menschen und immer mehr Pflegebedürftige – 2030 könnte ihre Zahl schon bei 3,5 Millionen liegen – veranlassten die unionsgeführte Bundesregierung, ein umfangreiches Gesetzespaket in Angriff zu nehmen.

Unser Ziel: Gute Pflege im Alter für ein Leben in Würde. Unsere Maßnahmen: Vielfältige gesetzliche Verbesserungen für Betroffene, Angehörige und Pflegekräfte.

In der Summe haben wir die umfassendste Reform der sozialen Pflegeversicherung seit ihrer Einführung vor über 20 Jahren verwirklicht und eine so massive Aufstockung dieses Sicherungssystems bewirkt – nämlich um über 50 Prozent! – wie es sie nie zuvor in einer deutschen Sozialversicherung gegeben hat. Wir haben viele zusätzliche Milliarden mobilisiert und endlich auch Menschen mit demenziellen Erkrankungen in der Versorgung gleichgestellt.

Eine Reform in drei Stufen

Mit der ersten Stufe der Reform, die zum 1. Januar 2015 in Kraft trat, wurden die Pflegeleistungen umfassend verbessert. Zur Finanzierung der Kosten wurden die Beiträge leicht erhöht. Ein Drittel dieser Mittel fließt auf Drängen der Unionsfraktion in einen neu aufgelegten Vorsorgefonds. Mit den Rücklagen wird dafür gesorgt, dass die Beiträge stabil bleiben – auch dann, wenn die geburtenstarken Jahrgänge in das typische Pflegealter kommen werden.

Mit dem zweiten Reformgesetz wurden die drei Pflegestufen zum 1. Januar 2017 in fünf Pflegegrade überführt, damit die Hilfe punktgenauer dort ankommt, wo sie gebraucht wird. Außerdem spielt nun die Ursache der Pflegebedürftigkeit – also körperliche oder geistige Beeinträchtigung – keine Rolle mehr.

Schließlich wurden im dritten Reformschritt ab 2017 die Handlungsmöglichkeiten der Kommunen ausgeweitet. Da die Kommunen näher an den Menschen sind, können sie im Rahmen ihrer Zuständigkeit maßgeblich zu einer guten Versorgung Pflegebedürftiger beitragen. Vor Ort geht es insbesondere um eine Verbesserung der Kooperation von Dienstleistern sowie um die Koordination und Steuerung von Hilfeleistungen.

Mit der dreistufigen Reform haben wir die Bedingungen für die Versorgung pflegebedürftiger Menschen entscheidend verbessert und das System der Pflegeversicherung an die gewachsenen Herausforderungen einer alternden Gesellschaft angepasst.

Was wurde erreicht?

Nicht nur die klassische Pflege – etwa die Hilfe bei der Körperpflege, die Gabe von Medikamenten oder die Mobilisierung des Bewegungsapparates – wurde ausgebaut. Auch die Selbstständigkeit der Betroffenen wird besser unterstützt, denn die meisten Menschen wünschen sich auch im Alter ein selbst bestimmtes Leben.

Wer trotz Pflegebedürftigkeit in den eigenen vier Wänden wohnen bleiben möchte, muss häufig umbauen. Pro Umbaumaßnahme werden nun bis zu 4.000 Euro Unterstützung gezahlt, z.B. für den Einbau einer barrierefreien Dusche oder die Verbreiterung einer Tür.

Neben den Pflegeleistungen können Betroffene auch Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen. Hierzu zählen insbesondere haushaltsnahe Dienstleistungen wie Einkaufen oder Wäsche waschen, aber auch soziale Betreuung wie gemeinsame Spaziergänge oder Lesestunden. Jeder Pflegedienst hat nun solche Leistungen anzubieten.

Zwei Drittel aller Pflegebedürftigen werden von Angehörigen betreut. Diese brauchen neben einer höheren finanziellen Unterstützung vor allem mehr zeitliche Flexibilität. Zu diesem Zweck wurde die Kurzzeit- und Verhinderungspflege genauso wie die Tages- und Nachtpflege deutlich ausgebaut und flexibilisiert. Den Angehörigen wird so ermöglicht, eine Auszeit vom anstrengenden Pflegealltag zu nehmen, etwa wenn sie Urlaub machen wollen oder anderen Verpflichtungen nachkommen müssen.

Die Finanzierung

Der Beitragssatz zur Pflegeversicherung wurde zum 1. Januar 2015 um 0,3 Prozentpunkte angehoben und stieg zum 1. Januar 2017 nochmals um 0,2 Prozentpunkte. Der Großteil der Mehreinnahmen fließt in konkrete Verbesserungen für die Pflegebedürftigen, ihre Angehörigen und die Pflege-

kräfte. Seit 2017 stehen dafür jährlich rund fünf Milliarden Euro zur Verfügung.

Mit dem Geld aus der ersten Erhöhung wurden auch die Vergütungen für fast alle Pflegeleistungen erhöht und die Preissteigerungen der vergangenen Jahre ausgeglichen. Ferner fließen seit 2015 jährlich 0,1 Prozentpunkte der Pflegeversicherungsbeiträge in einen Vorsorgefonds, damit die Beitragssätze auch nach 2035 stabil gehalten werden können.

Die neuen Pflegegrade

Bei der Einführung der Pflegeversicherung 1995 standen die rein körperlichen Gebrechen im Vordergrund. Zunehmend aber benötigen Menschen im Alter Hilfe, weil sie an Demenz erkrankt sind. Deshalb haben wir die Pflegebedürftigkeit neu definiert. Die drei Pflegestufen wurden in fünf Pflegegrade überführt.

Jetzt werden Pflegebedürftige danach eingestuft, wie selbstbestimmt und selbstständig sie ihr Leben gestalten können. Dafür ausschlaggebend sind unter anderem ihre Fähigkeiten in den Bereichen Mobilität, geistige Auffassungsgabe und Kommunikation. Es wird auch darauf geschaut, ob die Betroffenen sich selbst versorgen oder soziale Kontakte unterhalten können. Eine Rolle spielen außerdem psychische Probleme oder Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Therapien.

Abhängig von der Einschränkung der Fähigkeiten und damit der Selbstständigkeit in diesen Bereichen wird eine Gesamtbewertung vorgenommen. Dementsprechend erfolgt die Einstufung in einen der fünf Pflegegrade. Bei der Umstellung war es uns besonders wichtig, einen Bestandschutz zu schaffen, so dass kein Pflegebedürftiger, der bisher schon Leistungen erhielt, schlechter gestellt wird. Menschen mit körperlichen Einschränkungen wurden in den nächsthöheren Pflegegrad übergeleitet, Menschen mit geistigen oder psychischen Einschränkungen, die natürlich auch körperlich beeinträchtigt sein können, kamen in den übernächsten Pflegegrad. Auf diese Weise sind zahlreiche Menschen heute sogar deutlich besser gestellt als zuvor.

Demenzkranke erhielten bereits 2015 Anspruch auf Leistungen der Kurzzeit- und Verhinderungspflege, was eine starke Entlastung für die Angehörigen bedeutete. Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff haben Demenz-

krankte nun einen gleichberechtigten Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung. Sie profitieren zugleich vom verbesserten Leistungsniveau.

Entlastung der Pflegekräfte, Entbürokratisierung, Betrugs-bekämpfung

Rund eine Million Menschen sind in Deutschland bei Pflegediensten und in Pflegeheimen beschäftigt. Um die Pflegerinnen und Pfleger in den Heimen zu entlasten, sind dort seit 2015 zusätzliche Betreuungskräfte für alle pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner tätig. Mittlerweile sorgen mehr als 49.000 Frauen und Männer für Verbesserungen im Pflegealltag. Sie haben Zeit für Gespräche oder einen Spaziergang, sie lesen vor und kümmern sich vor allem um die menschliche Seite im Pflegealltag. Das ermöglicht den professionellen Pflegekräften mehr Zeit für eine qualitativ hochwertige Pflege.

Für Pflegebedürftige, die erstmals Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen wollen, kommt das neue Begutachtungsinstrument automatisch im Rahmen der Pflegebegutachtung durch den Medizinischen Dienst zum Einsatz. Für Pflegebedürftige, Angehörige und Pflegekräfte fallen aus gutem Grund keine zusätzlichen Schritte an und sie werden von bürokratischen Aufgaben entlastet.

Betrugsfällen bei mobilen Pflegediensten begegnen wir mit umfangreichen Instrumenten zur Verhinderung von Abrechnungsbetrügereien. Bisherige Regelungslücken haben wir im Vorjahr geschlossen. Der Medizinische Dienst der Krankenkassen hat mehr Kontrollrechte im Bereich der häuslichen Krankenpflege bekommen und kann Abrechnungen jetzt systematisch überprüfen. Das waren wir nicht nur den Patienten, ihren Angehörigen und den Beitragszahlern, sondern nicht zuletzt auch dem Ruf der zahlreichen korrekt arbeitenden Pflegedienste schuldig.

Schutz künftiger Generationen vor Überforderung

Von der Beitragserhöhung aus dem Jahr 2015 fließen 0,1 Prozentpunkte in einen

Vorsorgefonds. Dieser Topf soll mindestens 20 Jahre angespart werden. Darauf hat die Union bei den koalitionsinternen Beratungen mit Nachdruck

bestanden. Denn wenn – ab 2035 – die sog. „Babyboomer-Generation“ der 1960er-Jahre das typische Pflegealter erreicht, können mit diesen Mitteln künftige Beitragszahler entlastet werden.

Flankierende Maßnahmen

Mit dem sogenannten Strukturmodell werden Pflegekräfte von Bürokratie entlastet. Dadurch soll mehr Zeit für die Pflegebedürftigen zur Verfügung stehen. Durch die vereinfachte Pflegedokumentation müssen Mitarbeiter zum Beispiel in der Grundpflege keine Routinearbeiten mehr dokumentieren, sondern nur noch außerplanmäßige Ereignisse und Leistungen.

Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung wurde die Palliativversorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege gestärkt, u.a. durch die Vernetzung unterschiedlicher Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung. Ärzte, die mit einer vollstationären Pflegeeinrichtung eine Kooperationsvereinbarung abschließen, um die ärztliche Versorgung der Bewohner weiter zu verbessern, können diese Leistung nun extrabudgetär abrechnen.

Die finanzielle Ausstattung stationärer Hospize wurde verbessert. Die Krankenkassen tragen 95 Prozent der zuschussfähigen Kosten. Pflegeheime können ihren Bewohnerinnen und Bewohnern eine individuelle und umfassende Betreuung in der letzten Lebensphase anbieten. Und auch in den Krankenhäusern wurde die Palliativversorgung gestärkt.

Immer noch sterben in Deutschland zu viele Menschen an gefährlichen Arzneimittelwechselwirkungen. Durch das e-Health-Gesetz erhalten Menschen, die drei oder mehr Arzneimittel anwenden, seit Oktober 2016 einen Anspruch auf einen Medikationsplan. Das ist vor allem für ältere und alleinlebende, multimorbide Menschen eine große Hilfe. Der Arzt muss den Versicherten über seinen Anspruch informieren. Apotheker sind von Anfang an einbezogen und bei Änderungen der Medikation auf Wunsch des Versicherten zur Aktualisierung verpflichtet. Künftig ist der Medikationsplan auch elektronisch von der Gesundheitskarte abrufbar.

Das neue Hilfs- und Heilmittel-Gesetz verpflichtet die Krankenkassen, bei Ausschreibungen (von z.B. Rollstühlen oder Windeln) neben dem Preis verstärkt Qualitätsaspekte zu berücksichtigen. Versicherte haben die Wahl zwischen mehreren aufzahlungsfreien Hilfsmitteln. Dazu wird das Hilfs-

mittelverzeichnis fortlaufend aktualisiert und die Krankenkassen werden verpflichtet, Stichproben- und Auffälligkeitsprüfungen durchzuführen.

Mit dem Familienpflegezeitgesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf erhalten pflegende Angehörige das Recht, ihre Arbeitszeit zu reduzieren. Bei einem akut eingetretenen Pflegefall können sich Angehörige bis zu zehn Tagen zur Organisation der neuen Pflegesituation freinehmen und erhalten in dieser Zeit eine Lohnersatzleistung. Außerdem können Angehörige die Arbeitszeit im Rahmen der Familienpflegezeit bis zu 24 Monaten reduzieren und haben währenddessen einen Anspruch auf ein zinsloses Darlehen.

2018: Sofortprogramm Pflege

Nachdem in der letzten Legislaturperiode die Leistungsverbesserungen um über 7 Milliarden Euro, d.h. um mehr als 50 Prozent, in der Pflegeversicherung eine dominierende Rolle gespielt haben, geht es jetzt darum, die Arbeitsbedingungen in der Pflege konsequent und zügig zu verbessern. Dass Gesundheitsminister Jens Spahn genau dies in Angriff nimmt, ist entschieden zu begrüßen.

Im Mittelpunkt steht das vom Gesundheitsminister vorgelegte Pflegepersonal-Stärkungsgesetz. Das Ziel: Bessere Rahmenbedingungen für die Pflegenden:

- im Krankenhaus durch Personaluntergrenzen und neue Finanzierungsstruktur
- im Pflegeheim durch zusätzliches Personal.

Ab Januar 2019 können in stationären Pflegeeinrichtungen 13.000 Pflegekräfte neu eingestellt werden. Jede zusätzliche oder aufgestockte Stelle für Pflegekräfte in Krankenhäusern wird voll von der Krankenversicherung finanziert. Auch die Tarifsteigerungen in der Krankenhauspflege werden vollständig von den Kostenträgern übernommen, und zwar rückwirkend ab dem Jahr 2018.

Wir wollen, dass die Pflegekräfte endlich die Kolleginnen und Kollegen finanziert bekommen, die sie für gute Arbeitsbedingungen in ihrem Job brauchen.

Es wird erheblicher Anstrengungen bedürfen, diese neuen Pflegekräfte für zusätzliche Arbeitsplätze auch zu finden. Zusammen mit den derzeit nicht besetzten Stellen werden in der Altenpflege in den kommenden Jahren

mehr als 40.000 Stellen zu besetzen sein. Hier sind Kreativität und neue Wege gefragt.

Unsere „Konzertierte Aktion Pflege“ umfasst deshalb eine Ausbildungs-offensive, Anreize für eine bessere Rückkehr von Teil- in Vollzeit, ein Wiedereinstiegsprogramm, eine bessere Gesundheitsvorsorge für die Beschäftigten, eine weitere Qualifizierung von Pflegehelferinnen und -helfern zu Pflegefachkräften, aber auch das Gewinnen von weiteren Pflegekräften aus dem Ausland.

Zusätzlich wird eine gute Bezahlung in der Altenpflege einen wesentlichen Beitrag dazu leisten können, Menschen in der Pflege zu halten beziehungsweise für die Pflege zu begeistern.

Eine weitere Entlastung der Pflege streben wir durch Investitionen in die Digitalisierung sowie eine bessere Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten an. Insgesamt geht es um eine wirksame Steigerung der Attraktivität von Kranken- und Altenpflege, verbunden mit einer besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf für die Pflegekräfte.

Mit Blick auf die Krankenhäuser wollen wir bis 2020 die Personalkosten aus den bisherigen DRG-Pauschalen ausgliedern. Das heißt: Geld, das für die Pflege vorgesehen ist, muss auch vollständig für die Pflege aufgewandt werden. Die Pflege ist für die Kliniken nicht länger „Kostenfaktor“, sondern „Erlösfaktor“. Deshalb werden die Kliniken künftig nachweisen müssen, dass entsprechende finanzielle Mittel auch tatsächlich bei den Pflegekräften ankommen.

Und schließlich werden wir Personaluntergrenzen für alle bettenführenden Abteilungen im Krankenhaus sowie verbindliche Personalbemessungsinstrumente für die Langzeitpflege einführen.

Die Zukunft der Pflege

Selbstverständlich werden wir auch künftig daran arbeiten, durch Angebote altersgerechter Begleitung das Wohnen im vertrauten Zuhause sowie Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige zu fördern. Dazu muss auch die verstärkte Bereitschaft von Unternehmen gehören, sich an Programmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege und Beruf zu beteiligen.

Ferner wollen wir ambulante Rehabilitationsleistungen ausbauen und ihr präventives Potenzial stärker nutzen, indem wir das Verfahren der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst so bürokratiearm wie möglich

gestalten. Dem Prinzip „Reha vor Pflege“ dient – gerade mit Blick auf geriatrische Rehabilitationsleistungen – unser Vorschlag, die Finanzierung von Rehabilitationsmaßnahmen nach dem SGB XI auf die Pflegeversicherung zu übertragen und im Gegenzug die medizinische Behandlungspflege künftig durch eine pauschale Zahlung der GKV an die Pflegeversicherung zu finanzieren. Auf diese Weise wird ein aufwändiges bürokratisches Verfahren zur detaillierten Abgrenzung und zur Einzelabrechnung vermieden.

Das bestehende Notensystem zur Bewertung eines Pflegeheims bzw. eines Pflegedienstes muss durch ein neues System ersetzt werden, da das bisherige Modell der Pflegenoten nicht aussagekräftig war. Zukünftig muss zusätzlich zur Strukturqualität auch die Ergebnisqualität berücksichtigt werden und der bürokratische Aufwand für die Prüfungen auf ein notwendiges Minimum reduziert werden. Entscheidend ist, dass die Pflege „am Bett ankommt“. Die Grundlage haben wir bereits mit dem PSG II gelegt; wir werden die Umsetzung vorantreiben und ggf. nachsteuern.

Dreh- und Angelpunkt für eine menschenwürdige Pflege sind und bleiben aber möglichst viele qualifizierte Fachkräfte. Die Ausbildungszahlen entwickeln sich erfreulich, und die langfristigen Berufsaussichten sind angesichts des demografischen Wandels ja auch sehr gut. Es müssen faire Löhne gezahlt und es muss alles Notwendige getan werden, um den Pflegeberuf im Alltag attraktiver zu machen – durch Reduzierung und Digitalisierung von Dokumentation ebenso wie durch eine stärkere gesellschaftliche Anerkennung. Darüber hinaus müssen wir auch die Vermittlung von qualifizierten Pflegekräften aus Drittstaaten aktiv fördern. In allen diesen Fragen ist der vorliegende Gesetzentwurf aus dem Haus des Bundesgesundheitsministers auf dem richtigen Weg.

Die Schlüsselfrage nach ausreichenden Fachkräften in der Pflege steht allerdings in engem Zusammenhang mit zwei anderen Herausforderungen – Fortschritten bei der Digitalisierung und bei der Überwindung der bisherigen Sektorengrenzen.

„Smart Home“ und Digitalisierung

In Japan rollen bereits Serviceroboter durch die Flure der Pflegeheime. Auch bei uns gibt es schon Roboter, die Wassergläser füllen, Wäsche transportieren, Nachtwache halten und sogar Patienten in ihrem Bett umwenden können.

Vor allem aber gibt es inzwischen vielfältige technische Lösungen, die ein längeres Verbleiben in der eigenen Häuslichkeit ermöglichen. Deshalb setzen wir auf altersgerechte Assistenzsysteme und eHealth-Lösungen. Dazu zählen sensorüberwachte Anti-Dekubitus-Betten, die das sogenannte „Wundliegen“ verhindern sollen, und intelligente Notrufsysteme ebenso wie chipgesteuerte Türen, Bewegungsmelder, Rufanlagen und Webcams für Angehörige.

Sowohl in der vertrauten häuslichen Umgebung – Stichwort: „intelligentes Heim“ – wie auch in den Pflegeheimen können es digitale Innovationen den Pflegekräfte ermöglichen, sich auf die menschliche Zuwendung für ihre Patienten zu konzentrieren.

Digitale Lösungen eröffnen im Übrigen noch viele andere Wege, um Mitarbeiter und Pflegekräfte zu entlasten. Das reicht vom Zugang zum elektronischen Entlassbrief der Krankenhäuser und dem elektronischen Medikationsplan über die Digitalisierung der Pflegedokumentation und die Tourenplanung für Pflegedienste und im stationären Bereich bis zur Erfassung von Risikofaktoren, darauf abgestimmten Dienstplänen und dem jederzeit gegebenen Zugriff auf alle relevanten Daten und Informationen dank digitaler Assistenz.

Bei der digitalen „Revolution“ in der Pflege kommt es darauf an, dass die Technik hilft, die soziale Zuwendung in den Mittelpunkt zu stellen, ohne die es eine menschenwürdige Pflege nicht geben kann.

Auch die medizinische Versorgung in der Fläche wird morgen anders sein als heute. Damit sie noch besser wird, werden konsequente Digitalisierung und Vernetzung, Prozesssteuerung und technische Assistenz hohe Priorität haben.

Nur so werden wir die Herausforderungen durch den demografischen Wandel und die schleichende Entvölkerung mancher ländlicher Regionen bewältigen können.

Sektorengrenzen überwinden

Ausschlaggebend für eine gute Pflege sollte nach meiner Überzeugung ausschließlich die Qualität der Versorgung sein – und nicht der Ort der Pflege. Die bisherige Trennung der Pflege in ambulant und stationär ist unflexibel und bürokratisch. In der ambulanten Versorgung spielt die Familienpflege

eine bedeutende Rolle. In der stationären Pflege ist sie verboten, wodurch Pflege im Heim besonders teuer wird. Viele Familien wollen aus Verantwortung für ihre Angehörigen, aber auch aus Kostengründen gern einen Beitrag zur Pflege leisten. Das sollte ermöglicht werden.

Dazu müsste definiert werden, welche Aufgaben Betreuer in der Pflege erfüllen dürfen und welche Aufgaben ausgebildeten Pflegekräften vorbehalten sind. Es stellt sich also die Frage, ob und wie die sektorale Fragmentierung überwunden werden kann. Mit anderen Worten: wie können die leistungsrechtlichen und ordnungsrechtlichen Unterschiede zwischen ambulanter und stationärer Versorgung eingeebnet werden? Innovative und pragmatische Versorgungsformen könnten entwickelt werden, um sogar die Angehörigenpflege in alle Versorgungskonzepte einzubinden.

Hierdurch könnten Potenziale gehoben werden und der Mangel an Pflegefachkräften gemildert werden.

Es gibt in Deutschland bereits erste, vielversprechende Modellvorhaben in dieser Richtung – und übrigens auch im europäischen Ausland vergleichbare Lösungsansätze. Ich verspreche mir persönlich von der hier skizzierten Überwindung der Sektorengrenzen einen entscheidenden Schritt zur Sicherung einer qualitativ hochwertigen Pflege auch in den vor uns liegenden Jahren.

Eigenanteile begrenzen

Gute Pflege sollte nicht länger nur eine Herausforderung für Pflegekräfte und Pflegebedürftige sein, sondern als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe begriffen werden. Unter dieser Prämisse stellt sich die Frage nach einer generellen Begrenzung der Eigenanteile für stationär versorgte Pflegebedürftige.

Während im Krankenhaus die Pflegekräfte über die Krankenversicherung finanziert werden, geschieht dies in der stationären Altenpflege durch die Pflegebedürftigen. Unabhängig von der Anzahl der Pflegekräfte und ihrer Entlohnung zahlt die Pflegeversicherung im Heim einen Festbetrag. Alle Mehrkosten für mehr und besser bezahlte Pflegekräfte werden den Pflegebedürftigen über Eigenanteile aufgebürdet. Während also die Krankenhauspflege ohne Eigenanteile der Patienten finanziert wird, führt die allseits erwünschte bessere Bezahlung in der Altenpflege zu einer weiteren individuellen Belastung der Pflegebedürftigen. Hier müssen wir dringend

Lösungen im Sinne einer gerechten Begrenzung finden. Ein erster wichtiger Schritt ist, dass die 13.000 zusätzlichen Stellen für die stationäre Altenpflege über die Behandlungspflege und somit über die Krankenversicherung voll finanziert werden.

Klar ist aber auch: Die Pflegeversicherung ist keine Vollversicherung. Wir alle sind gehalten, das Risiko der Pflegebedürftigkeit zusätzlich eigenständig abzusichern und private Vorsorge für den Pflegefall zu treffen.

Pflegebedürftige Menschen brauchen Zuwendung

In unserer rasch alternden Gesellschaft werden künftig immer mehr ältere und behinderte Menschen auf eine professionelle Pflege angewiesen sein. Der Personalnotstand in der Pflege ist eine Tatsache. Die Koalition hat sich gerade in diesem Bereich auf sehr ambitionierte Vorhaben verständigt. Dennoch wird es auch in Zukunft sowohl im stationären wie im ambulanten Bereich personelle Engpässe geben. Und die Kosten werden ohnehin weiter steigen.

In dieser Lage bietet die Digitalisierung gerade mit Blick auf die Pflege vielversprechende Chancen. Denn der Einsatz von digitaler Technik und Kommunikation schafft zweifellos Entlastung und Erleichterung im Alltag der Pflege. Und natürlich muss es unser Anspruch sein, alle Maßnahmen zu ergreifen, um pflegebedürftigen Menschen ihr Schicksal zu erleichtern und einer Verschlimmerung ihrer Pflegebedürftigkeit vorzubeugen.

Trotzdem muss nicht alles, was technisch möglich ist, auch gut und sinnvoll sein. Zu berücksichtigen ist überdies die geringe Technikaffinität der überwiegend betagten Patientinnen und Patienten. Ohne Menschlichkeit ist die beste Technik wertlos. Das gilt besonders für Menschen, die ohnehin durch Krankheit und Alter in ihren Fähigkeiten und ihrer Selbständigkeit reduziert sind.

Umso mehr spricht auch in diesem Kontext für die Lockerung der bisherigen Sektorengrenzen zwischen ambulanter und stationärer Pflege. Denn was könnte besser sein für pflegebedürftige Menschen als die Einbindung enger Angehöriger und vertrauter Gesichter in den häufig mühsamen und beschwerlichen Pflegealltag der Betroffenen?

Wir dürfen nicht zulassen, dass pflegebedürftige Menschen ihrem eigenen Leben entfremdet werden. Die Nöte, die Ängste und die Sorgen alter

und pflegebedürftiger Patienten erfordern auch im Zeitalter einer fortschreitenden Digitalisierung vor allem eines – nämlich menschliche Wärme und Zuwendung. Das sollten wir nicht vergessen.

Daten, Fakten und Zahlen zur Pflege

Die Pflegesituation in Deutschland

Mehr Pflegebedürftige durch demografischen Wandel

- 2013 waren rund 2,6 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig
- Prognose: Für 2030 geht man von rund 3,5 Millionen Pflegebedürftigen aus
- 1,5 Millionen Personen sind in Deutschland aktuell an Demenz erkrankt
- Prognose: 2050 wird die Zahl der Demenzkranken voraussichtlich etwa doppelt so hoch sein
- 71 Prozent der Pflegebedürftigen werden zu Hause versorgt
- 48 Prozent der zu Hause gepflegten Menschen werden von Angehörigen versorgt
- 23 Prozent erhalten Unterstützung durch Pflegedienste
- 29 Prozent werden vollstationär gepflegt
- Rund 12.750 ambulante Pflegedienste helfen Pflegebedürftigen, so lange wie möglich in den eigenen vier Wänden bleiben zu können
- Mehr als 13.000 Pflegeeinrichtungen sichern die stationäre Pflege
- Über 1.000.000 Personen sind in Pflegediensten und Pflegeheimen beschäftigt. Mehr als 85 Prozent davon sind Frauen

Erstes Pflegestärkungsgesetz (PSG I)

Das erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I) bewirkte ab Anfang 2015 erhebliche Mehrleistungen der Pflegeversicherung für alle Leistungsempfänger mit anerkannter Pflegebedürftigkeit, eine bessere Förderung von Tages- und Nachtpflege, mehr Flexibilität sowie einen Ausbau der Betreuung in Alten- und Pflegeheimen.

Die wichtigsten Neuerungen des PSG I seit 01.01.2015 waren:

- Mehr Geld für alle Leistungsempfänger
- Betreuungsleistungen für alle

- Mehr Leistungen für Demenzkranke
- Mehr Mittel für Tages- und Nachtpflege
- Mehr Verhinderungspflege oder Kurzzeitpflege
- Mehr Geld für altersgerechten Wohnraumbau
- Höhere Zuschüsse für Hilfsmittel
- Pflegevorsorgefonds

Die Leistungsausweitungen der Pflegeversicherung sowie der Aufbau des neuen Pflegevorsorgefonds wurden mit einer Erhöhung der Beitragssätze zur Pflegeversicherung um 0,3 Prozentpunkte monatlich ab 1. Januar 2015 finanziert.

Zweites Pflegestärkungsgesetz (PSG II)

Als bedeutendste Reform der Pflegeversicherung seit ihrer Gründung 1995 gilt das seit Januar 2016 geltende zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II), das der Bundestag im November 2015 beschlossen hat. Demenzkranke und weiter eingeschränkt alltagskompetente Versicherte erhalten dadurch seit 01.01.2017 die gleichen Leistungen wie dauerhaft körperlich kranke Pflegebedürftige und der Kreis der Leistungsempfänger wurde deutlich ausgeweitet.

Die wichtigsten Neuerungen des PSG II sind:

- Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff
- Neues Begutachtungssystem
- Fünf Pflegegrade statt drei Pflegestufen
- Leistungsempfänger werden durch das PSG II nicht schlechter gestellt

Zum 1. Januar 2017 wurden die Beiträge zur Pflegeversicherung noch einmal um weitere 0,2 Prozentpunkte auf 2,55 Prozent des Bruttolohns (2,8 Prozent für Kinderlose) angehoben.

Drittes Pflegestärkungsgesetz (PSG III)

Mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetz wurde vor allem die Rolle der Kommunen im Bereich der Steuerung, Kooperation und Koordination von Beratung und Pflege verankert. Die Leistungen der Pflegeversicherung wurden mit den letzten beiden Pflegestärkungsgesetzen sowohl deutlich ausgeweitet als auch flexibilisiert. Damit die Pflegebedürftigen eine individuell auf sie zugeschnittene Pflege erhalten, ist eine möglichst umfassende Beratung erforderlich. Deshalb sollen auch mehr Pflegestützpunkte zur Beratung Hilfesuchender in unterversorgten Regionen geschaffen werden.

Leistungen der sozialen Pflegeversicherung 2018

Seit dem 1. Januar 2017 gelten statt der bisherigen drei Pflegestufen die neuen fünf Pflegegrade. Menschen mit einer Pflegestufe werden ohne erneute Begutachtung ins System der Pflegegrade übergeleitet.

Für die Überleitung gilt: Pflegebedürftige mit ausschließlich körperlichen Einschränkungen erhalten den jeweils nächsthöheren Pflegegrad. Beispielsweise werden Pflegebedürftige, die bis dato Leistungen der Pflegestufe 1 bezogen haben, seit der Umstellung in den Pflegegrad 2 eingestuft. Menschen mit kognitiven und kommunikativen Einschränkungen wurden automatisch in den übernächsten Pflegegrad übertragen. So wurden beispielsweise ein Pflegebedürftiger mit der Pflegestufe 2 und einer eingeschränkten Alltagskompetenz in den Pflegegrad 4 übergeleitet.

Ebenfalls seit dem 1. Januar 2017 erhalten alle Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege einen Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich. Das heißt: Versicherte können Rechnungen für Leistungen zur Unterstützung im Alltag einreichen und bis zu 125 Euro monatlich erstattet bekommen. Dabei handelt es sich beispielsweise um hauswirtschaftliche Hilfen oder Betreuung des Pflegebedürftigen. Voraussetzung ist, dass die Leistungen nach jeweiligem Landesrecht anerkannt sind. Außerdem kann der Entlastungsbetrag für die Tages- und Nachtpflege sowie Kurzzeitpflege eingesetzt werden, ohne auf die sonstigen Leistungen der Pflegekasse angerechnet zu werden.

2016	2017
Pflegestufe 0 mit eingeschränkter Alltagskompetenz	Pflegegrad 2
Pflegestufe I	Pflegegrad 2
Pflegestufe I mit eingeschränkter Alltagskompetenz	Pflegegrad 3
Pflegestufe II	Pflegegrad 3
Pflegestufe II mit eingeschränkter Alltagskompetenz	Pflegegrad 4
Pflegestufe III	Pflegegrad 4
Pflegestufe III / Härtefall	Pflegegrad 5
Pflegestufe III mit eingeschränkter Alltagskompetenz	Pflegegrad 5

Monatliche Leistungen im Überblick

Sachleistung Häusliche Pflege:

- Pflegegrad 1: 0 Euro
- Pflegegrad 2: 689 Euro
- Pflegegrad 3: 1.298 Euro
- Pflegegrad 4: 1.612 Euro
- Pflegegrad 5: 1.995 Euro

Pflegegeld bei häuslicher Pflege durch Angehörige:

- Pflegegrad 1: 0 Euro
- Pflegegrad 2: 316 Euro
- Pflegegrad 3: 545 Euro
- Pflegegrad 4: 728 Euro
- Pflegegrad 5: 901 Euro

Vollstationäre Pflege:

- Pflegegrad 1: 125 Euro
- Pflegegrad 2: 770 Euro
- Pflegegrad 3: 1.262 Euro
- Pflegegrad 4: 1.775 Euro
- Pflegegrad 5: 2.005 Euro

Seit dem 1. Januar 2015 können Leistungen der Kurzzeit- und der Verhinderungspflege auch kombiniert werden. Wenn eine Pflegeperson beispielsweise verhindert ist und der Pflegebedürftige seine Leistungen aus der Kurzzeitpflege nicht aufgebraucht hat, kann er diese bis zur Hälfte (also 806 Euro und insgesamt somit maximal 2.424 Euro jährlich) für die Verhinderungspflege einsetzen. Nicht genutzte Leistungen aus der Verhinderungspflege können seit 2016 sogar komplett in der Kurzzeitpflege eingesetzt werden. Pflegebedürftige können somit bis zu 3.224 Euro in der Kurzzeitpflege nutzen.

Angehörige, die mehr als 10 Stunden in der Woche pflegen, sind automatisch renten- und unfallversichert. Fallen betreuende Angehörige wegen Krankheit oder Urlaub aus, übernimmt die Pflegekasse die Aufwendungen für eine Ersatzpflegekraft in Höhe von bis zu 1.612 Euro jährlich (Verhinderungspflege).

Teilstationäre und Kurzzeitpflege:

Tages-/Nachtpflege Pflegegrad 1: 0 Euro

Tages-/Nachtpflege Pflegegrad 2: 689 Euro

Tages-/Nachtpflege Pflegestufe 3: 1.298 Euro

Tages-/Nachtpflege Pflegestufe 4: 1.612 Euro

Tages-/Nachtpflege Pflegestufe 5: 1.995 Euro

Kurzzeitpflege: 1.612 Euro (jährlich, Leistungszeitraum 8 Wochen)

Seit 2013 werden selbst organisierte, ambulant betreute Wohngruppen gefördert. Pro pflegebedürftigen Mitbewohner gibt es maximal 2.500 Euro bis zu einem Höchstbetrag von 10.000 Euro je Wohngruppe für die altersgerechte oder barrierefreie Umgestaltung der Wohnung. Der monatliche Zuschlag für Wohngruppen ab 2018 liegt bei 214 Euro monatlich.

Rentenansprüche

Die Pflegeversicherung zahlt für Pflegepersonen Beiträge zur Rentenversicherung, wenn die Pflegeperson regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig ist, sie noch keine Vollrente wegen Alters bezieht und die Regelaltersgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung noch nicht erreicht hat. Die Höhe der Beiträge richtet sich dabei nach dem Pflegegrad sowie der bezogenen Leistungsart (nur Pflegegeldbezug, Bezug der Kombinationsleistung oder voller Bezug der ambulanten Pflegesachleistungen).

Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen für Pflegepersonen:

Die Pflegekasse zahlt Rentenversicherungsbeiträge zwischen 107,04 und 566,37 Euro monatlich (Werte 2018 – alte Bundesländer) beziehungsweise zwischen 94,74 und 501,27 Euro monatlich (Werte 2018 – neue Bundesländer). Die Pflegepersonen werden so gestellt, als würden sie ein Arbeitsentgelt zwischen 575,51 und 3.045,00 Euro monatlich (Werte 2018 – alte Bundesländer) beziehungsweise zwischen 509,36 und 2.695,00 Euro monatlich (Werte 2018 – neue Bundesländer) erhalten.

Durchschnittlich ergibt ein Jahr Pfl egetätigkeit einen monatlichen Rentenanspruch zwischen 5,66 und 29,94 Euro (Wert: 1. Januar 2018 – alte Bundesländer) beziehungsweise zwischen 5,39 und 28,52 Euro (Wert: 1. Januar 2018 – neue Bundesländer).

Sofortprogramm Pflege – Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz)

Am 1. August 2018 wurde der Gesetzentwurf zur Stärkung des Pflegepersonals vom Kabinett beschlossen. Im Zentrum stehen die Pflege im Krankenhaus und in Pflegeeinrichtungen sowie die Steigerung der Attraktivität von Kranken- und Altenpflege.

- Ab Januar 2019 können in stationären Pflegeeinrichtungen 13.000 Pflegekräfte neu eingestellt werden
- Erhöhte Vergütung für mehr Pflegekräfte. Damit die Krankenhäuser die zusätzliche Vergütung zukünftig auf einer gesicherten Basis abrechnen können, werden die Krankenkassen verpflichtet, den Krankenhäusern die hierfür erforderlichen Informationen zur Pflegebedürftigkeit der bei ihnen versicherten Patientinnen und Patienten mitzuteilen
- Zur Verbesserung der Personalausstattung in Krankenhäusern sowie der Gewährleistung von Patientensicherheit in der pflegerischen Patientenversorgung wird berechnet, wie das Verhältnis von eingesetztem Pflegepersonal zum individuellen Pflegeaufwand eines Krankenhauses ist. Krankenhäuser dürfen dabei einen noch festzulegenden Wert nicht unterschreiten, da ansonsten Mittel gekürzt werden könnten
- Die Krankenhausvergütung wird ab dem Jahr 2020 auf eine Kombination von Fallpauschalen und einer Pflegepersonalkostenvergütung umgestellt. Die Pflegepersonalkostenvergütung berücksichtigt die Aufwendungen für den krankenhausindividuellen Pflegepersonalbedarf in der Patientenversorgung und die krankenhausindividuellen Pflegepersonalkosten. Die DRG-Berechnungen werden um diese Pflegepersonalkosten bereinigt
- Jede Altenpflegeeinrichtung soll mehr Personal bekommen: bis 40 Bewohner: halbe Stelle; 41 bis 80 Bewohner: eine Stelle; 81 bis 120 Bewohner: anderthalb Stellen; ab 120 Bewohner: zwei Stellen
- Entlastung der Pflege durch Investitionen in Digitalisierung. Mit dem Ziel, Fachkräfte in der Pflege zu entlasten, unterstützt die Pflegeversicherung über eine 40-prozentige Kofinanzierung einmalig die Anschaffung von entsprechender digitaler oder technischer Ausrüstung durch ambulante oder stationäre Pflegeeinrichtungen

mit bis zu 12.000 Euro. Insgesamt können somit Maßnahmen im Umfang von bis zu 30.000 Euro je Einrichtung finanziert werden

- Die Verpflichtung der Pflegeeinrichtungen, Kooperationsverträge mit geeigneten vertrags(zahn)ärztlichen Leistungserbringern zu schließen, wird verbindlich gemacht
- Der Besuch von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen, die im Heim oder zu Hause leben, in der Praxis des Fach- oder Zahnarztes wird erleichtert, indem das Verfahren zur Fahrtkostenübernahme durch die Krankenkasse vereinfacht wird
- Für pflegende Angehörige wird auf ärztliche Verordnung und mit Genehmigung der Krankenkasse ein Anspruch auf stationäre Rehabilitation geschaffen
- Die Krankenkassen werden verpflichtet, zusätzlich mehr als 70 Mio. Euro jährlich für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung der Pflegekräfte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen aufzuwenden
- Zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf oder auch von Pflege und Beruf werden zielgerichtet Maßnahmen finanziell unterstützt, die besondere Betreuungsbedarfe bzw. die Familienfreundlichkeit fördern

Auf einen Blick

Erfolge in der Altenpflege:

- Fast 6 Milliarden Euro und 25 Prozent mehr Leistungen
- 500.000 Menschen erhalten zusätzliche Pflegeleistungen
- Tagespflege verdreifacht
- Kurz-, Tag-, Nacht-, Verhinderungspflege flexibler
- Erstmals niederschwellige Entlastungsangebote
- Demenzkranke gleichgestellt
- Familien-Pflegezeit
- Lokale Allianz für Menschen mit Demenz
- Förderung neuer Wohnformen
- Mehr Geld für Barrierefreiheit
- Rentenpunkte

- Verbesserte Absicherung in der Arbeitslosen- und Unfallversicherung
- Beratung
- 60.000 zusätzliche Betreuungskräfte
- Pflege-TÜV reformiert
- neue Personalbedarfsbemessung
- Bürokratieabbau / mehr Zeit für Zuwendung
- Heimgleiche Zuzahlung
- Reha gestärkt
- Arzt im Pflegeheim
- Medikationsplan
- Tariflohn ist Gesetz

Erfolge im Krankenhaus:

- Pflegestellen-Förderprogramm
- Pflegezuschlag
- Anpassung DRG-System für bessere Pflege
- Bessere Sterbebegleitung

Ziele in der laufenden Legislaturperiode:

- Digitalisierung / Entbürokratisierung
- Technische Assistenz
- Bessere Vergütung
- Mehr Flexibilität
- bessere Personalschlüssel
- Delegation von Leistungen
- Sektorengrenzen lockern
- Ende der Misstrauenskultur
- Erhöhung der Leistungen der Pflegeversicherung im Heim
- Mitspracherechte der Pflegemitarbeiter

Quellen und weiterführende Informationen:

www.bundestag.de

Bundestagsdrucksachen

18/1798 Pflegestärkungsgesetz I

18/5926 Pflegestärkungsgesetz II

18/9518 Pflegestärkungsgesetz III

www.bundesrat.de
Bundesratsdrucksache
376/18 Pflegepersonal-Stärkungsgesetz

www.bmg.bund.de/Pflege
Umfassende Informationen, Online-Ratgeber,
Pflegeleistungs-Helfer

Biografie:

Erwin Rüdell, MdB

63 Jahre, verheiratet, zwei erwachsene Kinder.

- Dipl. Betriebswirt, 25 Jahre in der freien Wirtschaft tätig, zunächst im Verlagswesen, dann als Geschäftsführer einer gemeinnützigen Senioreneinrichtung.
- Mit 17 Eintritt in die Junge Union und die CDU. Danach zahlreiche Funktionen in der Union auf kommunaler, Bezirks- und Landesebene sowie vielfältiges Engagement in der Kommunalpolitik.
- Insgesamt elf Jahre (bis 2009) Mitglied des Landtags Rheinland-Pfalz; u.a. Seniorenpolitischer Sprecher und Medienpolitischer Sprecher der CDU-Landtagsfraktion.
- Beauftragter für Sportfragen der CDU Rheinland-Pfalz.
- Langjährige Tätigkeit in der Jugendarbeit von Vereinen und Kirche. Aktiver Sportler und Vorsitzender der Leichtathletik Gemeinschaft (LG) Rhein-Wied.
- Seit 2009 als direkt gewählter Abgeordneter im Wahlkreis Neuwied/Altenkirchen Mitglied des Deutschen Bundestags. Parallel bis heute in der Kommunalpolitik engagiert.
- Von 2009 bis 2013 Berichterstatter der CDU/CSU-Bundestagsfraktion für Patientenrechte.
- 2013 bis 2018 Pflegepolitischer Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion.
- Seit 2014 Mitglied des Bundesfachausschusses „Gesundheit und Pflege“ der CDU Deutschlands.
- Seit Januar 2018 Vorsitzender des Ausschusses für Gesundheit im 19. Deutschen Bundestag.



Stiftung Christlich-Soziale Politik e. V.
Arbeitnehmer-Zentrum Königswinter (AZK)
Johannes-Albers-Allee 3
53639 Königswinter
Tel.: 02223 / 73 119
www.azk.de