Titelinterview mit Karl-Josef Laumann

„Pflege muss einen neuen Stellenwert bekommen“

Seit 2014 ist Karl-Josef Laumann Beauftragter der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten und Bevollmächtigter für Pflege. In dieser Funktion nimmt er kein Blatt vor den Mund, wenn er wortgewaltig und nachdrücklich die Missstände im System anprangert und für Lösungen kämpft. Das hat er natürlich auch als Minister für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes NRW getan, doch jetzt als Patientenbeauftragter umso mehr. Seine Aufmerksamkeit gilt dabei vor allem der Ausgestaltung und Implementierung des Patientenrechtegesetzes und vor allem des neuen, mehrstufigen Pflegegesetzes. Besonders das Thema Qualität im Gesundheitswesen und auch der Pflege liegt ihm dabei am Herzen.

>> Herr Laumann, das Amt des Patientenbeauftragten gibt es seit Januar 2004, das Amt des Pflegebevollmächtigten seit Januar 2014. Hier wird im Sinne des Patienten zusammengeführt, was zusammengehört: Gesundheitsversorgung nach SGB V und Pflege nach SGB XI. Doch von dieser SGB-übergreifenden Sichtweise ist die Realität noch weit entfernt. Sehen Sie den politischen Willen und auch die Durchsetzungsmöglichkeiten, die Versorgung und Pflege des Patienten zusammenzuführen – am besten von der Wiege über die Prävention bis zur Bahre?

Die Stärkung der Patienten in unserem Gesundheitssystem und die Stärkung der Pflege: Das sind zwei Seiten der gleichen Medaille. Eine gute medizinische Versorgung ist ohne eine gute Pflege gar nicht denkbar. Beispielsweise könnten wir ohne eine flächendeckende hausärztliche Versorgung keine menschenwürdige Pflege organisieren. Auch deshalb müssen wir endlich etwas gegen den drohenden Hausärztemangel unternehmen. Oder versetzen Sie sich einmal in die Situation eines Demenzerkrankten hinein, der gerade nach einer Operation unter Vollnarkose wieder aufwacht. Zusätzlich zur medizinischen Versorgung brauchen wir hier natürlich eine ganz andere pflegerische Betreuung als bei Menschen, die nicht an einer Form von Demenz erkrankt sind. Und darum wollen wir auch die Pflege in den Krankenhäusern stärken. Ja, wir verfolgen eine ganzheitliche Gesundheitspolitik, bei der ein Rad in das andere greifen soll.“

Sie selbst sind seit einem Jahr im Amt. Wie sind Ihre persönlichen Erfahrungen? Was haben Sie bisher schon bewirken können? Wo haben Sie bereits Enttäuschungen erlebt?

Die Pflege muss sowohl in der Politik als auch in der Gesellschaft endlich den Stellenwert bekommen, den sie verdient. Wir müssen – wie wir es etwa bei der U3-Betreuung getan haben – auch für über 80-Jährige die richtigen Strukturen schaffen. Stellen Sie sich zum Beispiel vor, Sie werden als Pflegebedürftiger zu Hause ambulant versorgt: Morgens um acht Uhr und abends um 18 Uhr kommt ein Pflegedienst, der Ihnen hilft. Doch was machen Sie in der Zeit dazwischen? Jeder kann sich ausmalen, dass ein Tag ohne richtige Beschäftigung sehr lang werden kann. Vor diesem Hintergrund bin ich sehr froh, dass wir mit dem Pflegestärkungsgesetz I beispielsweise die Mittel für die Tagespflege de facto verdoppelt haben.

Auch engagiere ich mich sehr dafür, den Pflegeberuf deutlich attraktiver zu gestalten. Mit der Entbürokratisierung der Pflegedokumentation machen wir hier derzeit einen wichtigen Schritt. Zudem bin ich froh, dass der Gesetzgeber noch einmal klargestellt hat, dass auch in der Pflege eine Bezahlung nach Tarif nicht unwirtschaftlich ist. Dadurch können sich die Kostenträger nicht aus ihrer Verantwortung stehlen und auf Niedriglöhnen bestehen. Unsere Pflegekräfte müssen endlich flächdeckend fair bezahlt werden. Und eine faire Bezahlung ist für mich die Bezahlung nach Tarif. Es hat sich also schon einiges bewegt, wobei das für mich natürlich kein Grund zum Ausruhen ist. Enttäuschungen habe ich zum Glück bisher noch nicht erlebt.

Wie ist die Patientenbeteiligung durch das Amt des Patientenbeauftragten in den letzten zehn Jahren gestärkt worden? An welchen Stellen hat der Patientenbeauftragte in das Gesundheitssystem eingreifen und es verbessern können?

Die Rechte und die Stellung der Patienten sind in den vergangenen Jahren deutlich verbessert worden. Vor allem das 2013 in Kraft getretene Patientenrechtegesetz ist ein erheblicher Fortschritt. Seitdem ist noch einmal klar gesetzlich geregelt worden: Mit dem Behandlungsvertrag ist der Arzt verpflichtet, verständlich und umfassend über die Chancen und Risiken einer Behandlung aufzuklären. Auch haben Sie inzwischen als Patient das Recht, grundsätzlich jederzeit Ihre vollständige Patientenakte einzusehen. Die Krankenkassen wiederum müssen klare Fristen einhalten, wenn sie über die Genehmigung einer Leistung entscheiden.

Wo liegt gerade Ihr Fokus?

Ich selbst setze mich gerade zum Beispiel dafür ein, dass wir inakzeptablen Auswüchsen beim Krankengeldfallmanagement einen Riegel vorschieben. Es kann nicht sein, dass Krankenkassen etwa durch regelmäßige Telefonanrufe oder sehr intime Fragen Versicherte unter Druck setzen, sich möglichst schnell wieder arbeitsfähig zu erklären. Mit dem geplanten Versorgungsstärkungsgesetz soll daher klargestellt werden, dass die Beratung für die Versicherten freiwillig ist. Das heißt: Die Zahlung des Krankengeldes darf nicht einfach eingestellt werden, wenn die Beratung ablehnt wird. Und: Versicherte müssen vorher umfassend informiert werden und grundsätzlich schriftlich in die Erhebung, Speicherung und Nutzung ihrer Daten einwilligen.

„Es hat sich schon einiges bewegt, wobei das für mich natürlich kein Grund zum Ausruhen ist“

Die Patientenbeteiligung hört oft bei der Selbstverwaltung auf. Sie wird zwar inzwischen gehört, aber ist an den Abstimmungen keine Stimme. Auch im neuen Qualitätsinstitut hat die Patientenvertretung keine eigene Stimme. Warum hat die Patientenvertretung in Deutschland, anders als in einigen anderen Ländern, in der Selbstverwaltung nicht mehr Gewicht?

Unser Gesundheitssystem muss den mündigen Patienten überhaupt nicht fürchten. Ganz im Gegenteil: Die Stimme der Patienten und ih-

rer Vertreter muss ernst genommen werden. Und ernst genommen wird man nur, wenn man auf gleicher Augenhöhe diskutiert und nicht nur am Katzentisch sitzt. Leider ist unsere Selbstverwaltung manchmal etwas schwerfällig. Das muss sich gerade im Hinblick auf die Patientenbeteiligung ändern. Im Gemeinsamen Bundesausschuss haben wir damit sehr gute Erfahrungen gemacht. Darum halte ich dort auch ein Mitbestimmungsrecht in Verfahrensfragen für den nächsten logischen und sinnvollen Schritt, den wir gehen sollten.



Wo kann man ansetzen, die Patientenbeteiligung auch sonst im System zu stärken und wirksamer zu machen? Zum einen individuell mit der Beteiligung des Patienten in seiner Versorgung (Stärkung von Compliance und Adherence), zum anderen mit der Beteiligung des Patienten im Gesundheitssystem. Fallen Absicht und Realität stark auseinander?

Nein. Hier ist wirklich schon eine Menge geschehen, wenn man sich die Entwicklung anschaut. Die Patienten haben heutzutage eine ganz andere Stellung in unserem Gesundheitssystem. Sie sind auch viel selbstbewusster geworden. Das können Sie alleine schon daran sehen, dass der MDK im Jahr 2013 rund 14.600 Verdachtsfällen auf einen Behandlungsfehler nachgegangen ist. Ein Jahr zuvor lag die Zahl noch bei rund 12.500. Das liegt nicht daran, dass wir plötzlich einen großen Anstieg an Behandlungsfehlern haben. Tatsächlich ist die Zahl der vom MDK bestätigten Behandlungsfehler sogar zurückgegangen. Nein, die steigende Zahl der MDK-Gutachten zeigt meines Erachtens auch, dass die Bürger heute häufiger als früher ihre Rechte wahrnehmen. Das ist gut so. Und wir sollten die Stellung der Patienten weiter stärken. Das Krankengeldfallmanagement und das Mitbestimmungsrecht in Verfahrensfragen im G-BA habe ich ja bereits erwähnt.

„Mit der Transparenz und den Qualitätsindikatoren tun sich das deutsche Gesundheitswesen und auch die Pflege sehr schwer."

Bundesgesundheitsminister Gröhe setzt auf Qualitätssicherung und qualitätsorientierte Steuerung des Gesundheitswesens. Er möchte von einer nachträglichen Messung der Qualität hin zu einer qualitätsorientierten Bedarfsplanung und auch einer qualitätsorientierten Honorierung. Wie wird das aus Ihrer Sicht funktionieren?

Im Zentrum der Gesundheitspolitik muss doch selbstverständlich eine gute medizinische Qualität stehen. Dafür werden wir die richtigen Strukturen und Anreize schaffen. Im Krankenhausfinanzierungsgesetz wollen wir die Qualität verbindlich als weiteres Kriterium für die Entscheidungen der Krankenhausplanung verankern. Das Qualitätsinstitut soll als unabhängige Instanz für mehr Transparenz sorgen, indem es die gesammelten und ausgewerteten Daten in leicht verständlicher Form veröffentlicht. Und für die Krankenhäuser muss es sich auch finanziell lohnen, wenn man qualitativ gut arbeitet. Für gute Leistungen soll es Zuschläge geben, für schlechte Abschläge.

Und was ist mit der Pflege? Die bisherigen Pflegeindikatoren, bei denen jedes „Heim" im Schnitt eine 1,2 bekommt, macht da wohl wenig Sinn. Sie sehen gerade bei der Qualitätssicherung im Bereich Pflege Reformbedarf, wie Sie gesagt haben. Sie fordern ein unabhängiges Expertengremium für den „Pflege TÜV". Was macht der MDK/MDS falsch? Differenzieren die bisherigen Qualitätsbeurteilungen die Pflegeeinrichtungen zu wenig? Sind sie für die Gepflegten und für die Angehörigen zu wenig transparent?

Das Problem ist hier nicht der MDK. Die Qualitätsprüfungen in den Pflegeeinrichtungen sind richtig und zwingend notwendig. Und die MDK-Prüfungen sind meiner Erfahrung nach auch gut. Das Problem liegt vielmehr in der Übersetzung der Prüfberichte in die Pflegenoten. Die ist gescheitert. Der Notendurchschnitt für alle rund 12.500 stationären Pflegeeinrichtungen liegt momentan bei 1,3. Das hat für die Menschen keine Aussagekraft. Im Gegenteil: Sie werden irregeführt. Daher fordere ich eine Aussetzung der Pflegenoten. Wir brauchen stattdessen endlich messbare und wissenschaftlich fundierte Kriterien, an denen sich die Qualität von Pflege festmachen und vergleichen lässt. Mit dem Pflegestärkungsgesetz II muss ein unabhängiges Expertengremium aus Wissenschaftlern geschaffen werden, das verbindlich festlegt, wie die Ergebnisse der MDK-Prüfungen künftig unverfälscht und in leicht verständlicher Form veröffentlicht werden können.

Ganz grundsätzlich auch für das Gesundheitssystem insgesamt gefragt: Es gibt in diversen Leitlinien nahezu 2.000 verschiedene Qualitätsindikatoren, die wenigsten davon sind evidenzgeprüft. Auch das Qualitätsindikatoren-Set, das im stationären Bereich in den vergangenen Jahren erarbeitet wurde, passt schlecht für eine qualitätsorientierte Steuerung. Welche Daten brauchen wir stattdessen? Welche fehlen? Erheben wir vielleicht mit viel Aufwand die falschen Qualitätsdaten? Sollte darüber nicht ein fachlicher Konsens geschaffen werden?

Mit der Transparenz und den Qualitätsindikatoren tun sich das deutsche Gesundheitswesen und auch die Pflege sehr schwer. Manchmal habe ich schon den Eindruck, dass es eigentlich keiner richtig will.

Wir evaluieren und dokumentieren jede Menge. Vergleichbarkeit und Transparenz wird dadurch aber selten hergestellt. Die Pflegenoten sind hier ein prominentes Beispiel. Darum will ich hier zusammen mit einer Reihe von Experten auch einen neuen Vorschlag machen.

Die große Baustelle der sektoren- und vielleicht auch SGB-übergreifenden Qualitätssicherung steht noch nahezu unberührt dar. Ein riesiges Vorhaben für den G-BA. Aus Ihrer Sicht: Wie kann der G-BA da weiterkommen?

Mit dem Innovationsfonds. Dieser hat ausdrücklich das Ziel, sektorenübergreifendes Handeln im Gesundheitswesen zu fördern. Und dazu soll eigens ein Innovationsausschuss beim G-BA eingerichtet werden. Ich bin sehr dafür, dass mithilfe des Fonds die Bereiche Krankenhaus und ambulante Versorgung auf der einen und der Bereich der Pflege auf der anderen Seite besser verzahnt werden. Das dient selbstverständlich auch der Qualitätssicherung. Deshalb wollen wir jetzt ja auch mit der generalistischen Ausbildung endlich den richtigen Weg bei der Alten- und Krankenpflege gehen.

Sehen Sie die großen Chancen durch Big Data? Wird durch die vielen Gesundheits-Apps und die Datenerhebung, die viele Bürger und Patienten selbst betreiben, nach und nach das Empowerment der Versicherten und Patienten verstärkt? Oder sehen Sie hier eher Gefahren?

Wenn die modernen digitalen Möglichkeiten helfen, einen gesunden Lebensstil zu führen und die richtige medizinische Versorgung sicherzustellen, ist das eine gute Sache. Ich halte es in diesem Zusammenhang übrigens für eine Katastrophe, dass nach so vielen Jahren auf der elektronischen Gesundheitskarte bislang nur ein Foto zu finden ist. Wir brauchen hier ganz klar ein schnelleres Tempo, klare Umsetzungsfristen und verbindliche Finanzierungsvereinbarungen.

Doch das Sammeln von Daten braucht auch klare Grenzen: Wenn beispielsweise eine App einer Krankenversicherung regelmäßig und quasi automatisch Daten zum Lebensstil übermittelt, stellt sich für mich die Frage des Persönlichkeitsschutzes und des Schutzes der Privatsphäre. Ich möchte nicht, dass Menschen wegen ihres Lebensstiles ausgegrenzt und diskreditiert werden. Eine ständige Überwachung der Bürger, womöglich noch verbunden mit einem System von Belohnung und Bestrafung, kann ich mir beim besten Willen nicht als menschengerecht vorstellen."

Die Idee der Pay for Performance (P4P), die ursprünglich aus den USA kam, ist für das deutsche Gesundheitssystem ausführlich geprüft worden. Eigentlich war das Ergebnis, die Idee ist gut, aber sie passt nicht in das deutsche System. Was ist bei der qualitätsorientierten Honorierung anders?

P4P ist auf den ersten Blick ein gut klingendes Schlagwort. Richtig umgesetzt führt es sicher auch zu einer Reihe von guten Effekten. Aber als Patientenbeauftragter muss ich auch auf die Nebenwirkungen achten: Führt es zu Fehlsteuerungen durch falsch gesetzte Anreize? Wird die Motivation und die Patientenorientierung der Ärzte negativ beeinträchtigt? Bekommen wir es womöglich mit weiteren bürokratischen Belastungen zu tun? Werden Patienten ungleich behandelt und so genannte vulnerable Gruppen benachteiligt, weil die Behandlung dieser Gruppen für mich als Arzt grundsätzlich auch höhere Risiken bergen kann? Hierauf gibt es bisher noch keine durchweg überzeugenden Antworten.

Als Pflegebevollmächtigter bringen Sie das 5. SGB XI-Änderungsgesetz (Pflegestärkungsgesetz I) voran. Was sind die Kernpunkte? Welche Fortschritte soll das Pflegestärkungsgesetz bringen?

Durch das Gesetz gelangt zunächst einmal mehr Geld in das System. Fast alle Leistungen der Pflegeversicherung werden um vier Prozent erhöht. Doch wir alle wissen natürlich auch: Geld allein pflegt nicht. Darum ist es mir besonders wichtig, dass wir klare Vereinfachungen und Flexibilisierungen beim Leistungsbezug geschaffen haben. Damit tragen wir den individuellen Lebenswelten der Menschen Rechnung. Beispielsweise können ab dem 1. Januar Kurzzeit- und Verhinderungspflege deutlich flexibler ausgeschöpft werden. Zudem verdoppeln sich de facto die Leistungen für die Tagespflege. Und es werden zusätzliche Betreuungskräfte für die stationären Heime bereitgestellt."

Lang wurden die neuen Pflegestufen, der neue Pflegebegriff diskutiert, nun sollen sie bis 2017 sukzessive eingeführt werden. Woran hat es so lange gehapert? Was wird dadurch verbessert?

Wir dürfen nicht vergessen, dass es sich bei der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes um die wohl größte Reform der Pflegeversicherung seit ihrer Einführung vor 20 Jahren handelt. Ich habe ja Verständnis dafür, dass es einigen nicht schnell genug damit gehen kann. Aber eine so grundsätzliche Reform kann man nicht von heute auf morgen über das Knie brechen. Doch ich kann Ihnen versichern: Wir werden das jetzt in dieser Wahlperiode umsetzen. Mit dem neuen Begriff werden wir eine völlig neue und gerechtere Systematik schaffen, bei der der Grad der Pflegebedürftigkeit nicht mehr nur allein anhand körperlicher Faktoren ermittelt wird. Künftig werden darüber hinaus auch geistige und kommunikative Kriterien eine ganz wichtige Rolle spielen. Davon profitieren gerade Demenzerkrankte, die von dem alten Begriff bislang völlig unzureichend erfasst wurden.

„Das Problem des Fachkräftemangels lässt sich nicht einfach durch Zuwanderung lösen."

Mehr Geld im Pflegesystem und neue Pflegestufen werden nichts nützen, wenn der Überalterung der deutschen Gesellschaft nicht durch qualifizierte Zuwanderung entgegengewirkt wird. Doch damit tun sich ethische Fragen auf: Was passiert in den Heimatländern, die oft mit ähnlichen Problemen wie Deutschland zu kämpfen haben?

Da sprechen Sie einen wichtigen Punkt an. Zum Beispiel ist jeder herzlich willkommen, der als Pflegekraft hier bei uns tätig sein will, wenn er erstens fair bezahlt, zweitens sozial-, kranken-, unfall- und haftpflichtversichert und drittens selbstverständlich gut untergebracht ist. Das ist nicht nur für unsere Pflegelandschaft eine Bereicherung.

Doch das Problem des Fachkräftemangels lässt sich nicht einfach durch Zuwanderung lösen. Wir müssen unsere Hausaufgaben schon selbst machen. Wir müssen den Pflegeberuf so attraktiv machen, dass ihn auch hierzulande möglichst viele Menschen erlernen und ausüben wollen. Und in der Tat sollten wir auch immer im Kopf haben, dass die Menschen, die zu uns kommen, womöglich auch in ihren Heimatländern gebraucht werden.

Herr Laumann, vielen Dank für das Gespräch. <<

Das Interview führten MVF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski und MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier