

„Mit regionalem Pragmatis zur zukunftsfesten Versorg

Im Interview: Steffen Bohm, Geschäftsführer der AGENON GmbH und Konsortialführer des Innovationsfondsprojekts ProReVers

„Kann ProReVers die sektorale Trennung im deutschen Gesundheitssystem endlich überwinden?“ Mit dieser Frage konfrontierte „Monitor Versorgungsforschung“ Steffen Bohm, Geschäftsführer der AGENON GmbH und Konsortialführer des Innovationsfondsprojekts ProReVers. Er gab in diesem interessanten Gespräch einen „Blick von unten“ auf das strategische Dilemma der Akteure und die notwendigen Hebel, die die Politik endlich bedienen müsste, wenn sie die Versorgung vor Ort nicht nur irgendwie ermöglichen, sondern stärken will. Dazu brauche es vor allem auch eine Strukturreform, mit der endlich die „unsägliche Sektorentrennung“ überwunden werden kann.

>> Herr Bohm, seit über zwei Dekaden mahnen der Sachverständigenrat und viele andere Expert:innen eine sektorenübergreifende Planung an, ohne dass sich strukturell Wesentliches geändert hat. Fast wirkt es wie eine Sisyphusarbeit: Gutachten folgen auf Gutachten, doch die Trennung zwischen ambulant und stationär bleibt zementiert. Warum sollte ausgerechnet Ihr Projekt „ProReVers“ mehr sein als nur eine weitere gut gemeinte Empfehlung, die in den Schubladen der Bürokratie verschwindet?

Ja, die Trennung ist ausgehend von bundesgesetzlichen Regelungen und untergesetzlichen Normen zementiert. Der Projektauftrag war nicht, ein Gutachten für die Neufassung von Bundesgesetzen und nachgeordneten Normgebungen auszuarbeiten. Er bestand darin, zum einen Instrumente und Analysedesigns zu entwickeln, die eine auf Daten und Fakten basierende Befassung mit der Versorgungssituation vor Ort ermöglichen sowie den bestehenden und zukünftigen Herausforderungen. Zum anderen sollte ein Vorschlag entwickelt werden, wie unter den gegebenen Bedingungen vorgegangen werden kann, um zu regional passenden Versorgungslösungen zu kommen, und weiter, wie man vorgehen könnte, damit erforderliche Entscheidungen auf überregionaler Ebene auch zustande kommen. Wir sind dazu – bildlich gesprochen – aus dem Elfenbeinturm der theoretischen Versorgungsforschung „hinabgestiegen“ in die konkrete Versorgungsrealität vor Ort. Die Idee zu „ProReVers“ entstand übrigens aus den Erfahrungen des in den Jahren 2017 bis 2020 vorausgegangenen Innovationsfondsprojekts „Strukturmigration im Mittelbereich Templin“, bei dem wir uns ganz pragmatisch mit den strukturellen Problemen einer Region – der Stadt Templin im Landkreis Uckermack – befasst haben. Hier wurde überdeutlich, dass Planungsansätze oft an der darin eingenommenen „Vogelperspektive“ kranken, weil fälschlicherweise geglaubt wird, aus der rein wissenschaftlichen, bundes- und auch landespolitischen Sicht heraus zentrale Lösungen für alle Regionen gleichermaßen finden zu können. Wir haben daher bei „ProReVers“ die Sichtweise komplett verändert: Im Projekt haben wir einen ganzen Instrumentenkoffer entwickelt, über den die spezifischen regionalen Gegebenheiten systematisch erfasst und aufgearbeitet werden können.

„ProReVers ist genau der Versuch, unter den gegebenen Bedingungen die bestmögliche Versorgung zu realisieren.“

Was bringt das?

Sehr viel, weil es aus der regionalen, ja lokalen Perspektive um eigentlich nur eine, aber sehr wesentliche Frage geht: Wie sehen die lokalen und regionalen Strukturen – sagen wir in der Prignitz oder in Ostprignitz-Ruppin – heute aus, wo liegen die konkreten Engpässe und wie können wir die durchaus ja vorhandenen Ressourcen intelligenter und effizienter nutzen?

Die übergeordnete Frage Ihres 10-Punkte-Papiers lautet: „Wie kann die Gesundheitsversorgung in strukturschwachen, ländlichen Regionen trotz knapper werdender Ressourcen sichergestellt werden?“. Das klingt für Kritiker:innen verdächtig nach Mangelverwaltung. Sollen die Bürger:innen im ländlichen Raum durch „ProReVers“ lernen, mit weniger stationärer Präsenz zufrieden zu sein, anstatt echte Mehrausgaben für die Fläche zu fordern?

„Mangelverwaltung“ ist mir als Begriff zu negativ besetzt und wird dem Kern des Projekts und auch des Problems nicht gerecht. Wir haben in Deutschland nicht primär ein Problem fehlender Mittel, sondern ein Problem der Fehlallokation. Wir geben enorme Summen aus, aber oft an den falschen Stellen.

Auch in den von Ihnen untersuchten Flächenregionen?

Es mag überraschen, aber unsere Versichertenbefragung zeigt zum Beispiel, dass die Zufriedenheit mit der Versorgung in den Modellregionen Prignitz und Ostprignitz-Ruppin recht hoch ist. Einer der Gründe dafür ist, dass Menschen auf dem Land offenbar ein gesundes Verständnis dafür haben, dass sie nicht jeden Facharzt oder jede Klinik direkt vor der Haustür haben können. Aber: Sie brauchen Verlässlichkeit in der Versorgung und eine belastbare Perspektive. „ProReVers“ ist genau der Versuch, unter den gegebenen Bedingungen – die Ressourcen an Personal und Geld sind nun einmal überall endlich – die bestmögliche Versorgung zu realisieren. Wenn wir beispielsweise erkennen, dass Patient:innen stationär aufgenommen werden, weil ab 16 Uhr keine Transportmöglichkeit via Taxi oder KTW besteht oder weil die Arztpraxis etwa bei Langzeitinfusionen in den üblichen Arbeitszeiten des Praxispersonals keine mehrstündige Überwachung leisten kann, dann ist das kein medizinischer Mangel, sondern ein Organisations- und Steuerungsproblem. Das zu lösen ist keine Mangelverwaltung, sondern vielmehr eine Frage der Gestaltung auf verschiedenen Ebenen – nicht nur der Gesundheitsversorgung.

Einer der zentralen Pfeiler des Projekts ist die genaue Kenntnis der Versorgungssituation vor Ort. Sie haben dafür einen umfangreichen Instrumentenkoffer entwickelt. Was waren denn, wenn Sie es auf den Punkt bringen müssen, Ihre wichtigsten Erkenntnisse aus dieser tiefen Analyse der Regionen Brandenburgs?

Es sind vor allem fünf Punkte, die dem ganzen Konsortium und auch mir als Konsortialführer des Innovationsfondsprojekts am Herzen liegen. Erstens: Die demografische Herausforderung ist kein theoretisches Schreckgespenst, sie ist bereits da und hat oft massive Auswirkungen. Zum Beispiel: In der Prignitz prognostizieren wir bis 2030 einen Altenquotienten von knapp 72 Prozent. Das bedeutet zweierlei: Die Last der Versorgung steigt deutlich an, während das Potenzial an helfenden Personen schrumpft. Zwei-

tens: Mehr und mehr zeichnet sich ein Nachbesetzungsproblem bei Hausärzt:innen ab. Fast jede zweite Ärzt:in in der Region ist über 60 Jahre alt. Drittens: Das theoretische Ambulantisierungspotenzial ist mit bis zu 31 Prozent der stationären Fälle relativ hoch. Viertens: Die größten Hürden für die Erschließung dieses Potenzials sind häufig nicht medizinischer, sondern infrastruktureller Natur – Stichworte: zielgenauere ambulante Nutzung auch der an Krankenhäusern vorhandenen Kapazitäten, Patientensteuerung, Transport und Nachsorge. Und fünftens: Die Kommunikation zwischen den Partner:innen in der Daseinsversorgung vor Ort ist oft noch ein großes Hindernis. Wenn Akteure nicht miteinander reden oder keine gemeinsame Datengrundlage haben, können keine sektorenübergreifenden Lösungen entstehen.

„Wenn wir ambulante statt stationärer Versorgung wollen, müssen wir auch die Voraussetzungen dafür schaffen: verlässliche Transportwege, Case Management und alternative Versorgungsmöglichkeiten."

Bleiben wir beim Thema „Ambulantisierung". Ihre Analysen zeigen ein theoretisches Potenzial von über 30 Prozent, doch sobald man Mediziner:innen fragt, schrumpft dieses Potenzial massiv zusammen. Werden hier nicht oft „soziale Umstände" vorgeschoben, um die stationären Pfründe zu sichern?

Das würde ich so pauschal nicht unterstellen. Unsere für ausgewählte Fallgruppen aufbereiteten Informationen haben geholfen, diese Diskussion sehr konkret zu führen. Ein Mediziner muss sich beispielsweise fragen: Was passiert mit meiner akut erkrankten Patient:in, wenn sie alleinstehend ist und zu Hause niemanden hat, der weiter nach ihr sieht, oder was soll ich machen, wenn ich zeitnah verschiedene Befunde brauche, damit ich die richtige Therapieentscheidung treffen kann, dann ist das Krankenhaus aus Sicht der Ärzt:in oft die einzig sichere Option.

Wie lautet der Lösungsvorschlag?

Wir haben es hier mit einem „System der kommunizierenden Röhren" oder auch Abhängigkeiten zwischen verschiedenen Bereichen der Daseinsversorgung zu tun: Wenn wir ambulante statt stationärer Versorgung wollen, müssen wir auch die Voraussetzungen dafür schaffen: verlässliche Transportwege, Case Management, alternative Versorgungsmöglichkeiten, zum Beispiel für die niedrigschwellige Überwachung und Übergangspflege von Akutpatient:innen, gezielte ambulante Nutzung von Krankenhausressourcen, Verbesserung der Steuerung und natürlich Telemedizin, was aber oft den weiteren Ausbau des 5G-Netzes voraussetzt. Ohne derlei strukturelle und technische Flankierungen bleibt jede noch so hohe Ambulantisierungsquote ein Luftschloss.

Hier kommt die Spieltheorie ins Spiel, die Professor Riedel auf dem „ProReVers"-Symposium bei Ihrem Konsortialpartner, der AOK Nordost (s. MVF 01/26), thematisiert hat. Er beschreibt die Situation zwischen Krankenkassen, KVen und Kliniken als ein „Spiel", in dem defensives Blockieren rationaler ist als Kooperation. Wie will „ProReVers" dieses tief in der menschlichen Natur verwurzelte Dilemma lösen oder gar auflösen?

Professor Riedel hat den Nagel auf den Kopf getroffen: Die Verständigung auf Regelungen zur Überwindung von Sektorengrenzen kann nicht gelingen, wenn die Akteure nicht bereit sind, zu kooperieren. Sobald kooperatives Verhalten aber mit dem Risiko verbunden ist, für die eigene Klientel ein schlechteres Ergebnis zu erzielen, als wenn nicht kooperiert wird, ist defensives Verhalten die rationale Strategie. Verhalten sich alle Akteure – oder wie in unserem Fall auch nur ein einzelner – in diesem Sinne rational, kommen entweder keine Lösungen oder nur solche zustande, die nur wenig am Status quo ändern. Aus der Perspektive der regionalen Planung schlagen wir deshalb vor, die „Spielregeln" an mehreren Stellen zu modifizieren: Ein wesentliches Instrument ist die „Regionale Planungskonferenz", kurz RPK. Dazu werden alle für die Daseinsversorgung in der Region wichtigen Akteure an einen Tisch geholt, um auf Basis einer einheitlichen Datengrundlage – dem „Regionaldossier" – für die Region passende Lösungen zu entwickeln. Aber – und das ist ein entscheidender Punkt: Für die weitere Umsetzung muss ein Transmissionsmechanismus klar definiert sein, der die Landesebene einschließt. Auf dieser Ebene muss es eine „Andockstelle" für die RPK-Vorschläge geben. Von ihr müssten dann die im Weiteren erforderlichen Schritte ausgehen. Wir schlagen dafür ein „Landesgremium der Gesundheitsakteure" vor. Das kann zum Beispiel ein Gremium nach § 90a SGB V sein. Wichtig ist, dass in diesem Gremium auch allgemeine Gestaltungsrichtlinien für die regionale Versorgung, kurz AGRs, vereinbart werden. Diese AGRs müssten eine Bindungswirkung für nachgeordnete Entscheidungen haben, damit gute regionale Vorschläge nicht am Veto Einzelner scheitern.

Das klingt nach noch mehr Gremien und noch mehr Komplexität. Professor Riedel schlug stattdessen vor, Versorgungsaufträge radikal an Konsortien zu vergeben, um Kooperation rational zu erzwingen. Warum findet sich dieser wettbewerbliche Ansatz nicht deutlicher in Ihren Empfehlungen? Haben Sie Angst vor der Selbstverwaltung?

Nein, das ist inhaltlich begründet. Der Vorschlag von Professor Riedel, Versorgungsaufgaben als Vergabeprojekte mit gemeinsamen Budgets zu organisieren, ist theoretisch fundiert und würde viele Blockaden lösen. Aber gerade mit Blick auf ländliche Regionen muss man die Realitäten anerkennen oder, passenderweise, die Kirche im Dorf lassen. Zum einen stoßen wettbewerbliche Ansätze hier an Grenzen, schlichtweg weil es zum verfügbaren Angebot keine mit vertretbarem Aufwand erreichbare Alternative gibt. Zum anderen können Versorgungspfade in diesen über die Jahre gewachsenen Strukturen nicht beliebig zerlegt und beispielsweise nach Kassenzugehörigkeit aufgespalten werden. Das stößt in der Versorgungspraxis organisatorisch rasch an Grenzen, findet wenig Akzeptanz bei den Versorgenden, verursacht zusätzliche Kosten und stiftet deshalb auch volkswirtschaftlich keinen Nutzen. Eine andere anzuerkennende Realität ist grundlegenderer Natur: Unser System der Selbstverwaltung ist historisch gewachsen und die Sektorentrennung hat tiefe Wurzeln geschlagen. Eine konsequente rechtliche Verankerung einer regionalbezogenen sektorenübergreifenden Pla-

nung würde unter anderem die im Grundgesetz, im Krankenhausfinanzierungsgesetz und im SGB V vorgenommenen Aufgabenzuweisungen berühren. Radikale Umbrüche dieser Art sind in Deutschland aktuell wohl kaum durchsetzbar. Wir haben uns darum in „ProReVers" darauf konzentriert, so weit als möglich innerhalb des bestehenden Rahmens gangbare Wege zu finden.

Michael Zaske vom Brandenburger Gesundheitsministerium fordert „regionale Öffnungsklauseln". Wenn das Geld nicht der Leistung folgen kann, bleibt „ProReVers" doch ein „zahnloser Tiger", oder?

Geld ist auch bei der Ambulantisierung wie so oft der „Elefant im Raum". Wenn mehr ambulant und weniger stationär versorgt werden soll, müssen dem auch die finanziellen Mittel folgen können, sonst wird das nichts. Das ist für die unter die sektorspezifischen Budgetierungen fallenden Leistungen – MGV-Leistungen hier und Leistungen unter hausindividuellen Budgets dort – alles andere als ein triviales Unterfangen. Regionale statt sektorale Budgets wären ein Ansatz. Dafür müssten rechtliche Freiräume aber erst noch geschaffen werden. Und für tiefergreifende Veränderungen des Status quo müsste ein Regionalbudget nicht nur sektorenübergreifend angelegt sein; es müsste – unter Einschluss der im Wettbewerb zueinander stehenden Krankenkassen – auch von allen Akteuren mitgetragen werden. Damit wären wir dann wieder beim bereits angesprochenen strategischen Dilemma. Für nicht unter Budgetierungen fallende Leistungen muss man differenzieren. Für die Hybrid-DRGs bin ich – vorsichtig formuliert – noch mehr als skeptisch, ob der eingeschlagene Weg am Ende zu den erwünschten ökonomischen und Verlagerungseffekten führen wird. Um auf den „zahnlosen Tiger" zurückzukommen: Dass im bestehenden System auch ohne Regionalbudgets Lösungen prinzipiell möglich sind, zeigt das Beispiel pädiatrische Versorgung in Templin. Das Beispiel zeigt aber auch, dass unter den gegebenen Rahmenbedingungen viele begünstigende Faktoren zusammenkommen müssen. Herrn Zaske ist deshalb zuzustimmen: Regionale Öffnungsklauseln würden vieles erleichtern. Hilfreich wäre auch ein Regelwerk, über das strategisches Verhalten ausbalanciert werden kann.



Steffen Bohm

ist seit Ende 2011 Gesellschafter und Geschäftsführer der AGENON Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen mbH mit Sitz in Berlin. Sein Arbeitsschwerpunkt liegt im Bereich der Konzeption und des Managements von Projekten zur sektorenübergreifenden Anpassung regionaler Versorgungsstrukturen sowie in der Durchführung vorbereitender Daten- und Machbarkeitsanalysen. Neben dem Projekt ProReVers bilden jüngere Beispiele das Innovationsfondsprojekt StimMT – Strukturmigration im Mittelbereich Templin sowie die gemeinsam mit dem IGES Institut im Auftrag der Wirtschaftsförderung Brandenburg durchgeführten Versorgungsbedarfsanalysen für die Gesundheitsregionen im Land Brandenburg.

In der RPK fordern Sie auch die Einbeziehung des ÖPNV und der digitalen Infrastruktur. Laufen Gesundheitsplaner hier nicht Gefahr, zu Verkehrsplanern zu mutieren und am Ende die Zeche für das strukturelle Versagen der ländlichen Daseinsvorsorge aus dem eh schon arg strapazierten Budget der Gesundheitsversorgung mit zu zahlen?

Wir mutieren nicht, aber wir erkennen die Abhängigkeiten an. Gesundheit findet nicht im luftleeren Raum statt. Wieder ein ganz pragmatisches und in der Realität vorkommendes Beispiel: Wenn eine 70-jährige Patientin nicht mehr zum Facharzt kommt, weil der Linienbus gleichzeitig auch noch als Schulbus fungiert, dann ist das ein ganz realer Versorgungsengpass. Gesundheitsplanung und Daseinsvorsorge müssen im regionalen Planungsgeschehen miteinander verknüpft werden. Das ist Teil unseres Vorschlags.

Kommen wir auf eine der Eingangsfragen zurück: Die Bürger:innen

Wer ist zuständig?

Die Kommune muss hier eine tragende Rolle übernehmen. Aber auch das Land ist gefordert, unter anderem für die Übernahme der Regiefunktion für Beschaffung, Aufbereitung und Bestellung von Daten und Fakten. Wir brauchen insgesamt einen „Pakt für Daseinsversorgung", der nicht nur die klassischen SGB-V-Akteure einschließt. Nur wenn es gelingt, Verkehr, digitale Infrastruktur und soziale Sicherung zusammenzubringen, wird die Versorgung im ländlichen Raum „in the long run" zukunftsfest gestaltet werden können. Idealerweise faktenbasiert.

Ein praktisches Problem Ihrer RPKs scheint die Moderation zu sein. Sie selbst verfügen über 30 Jahre Erfahrung. Wer soll solche hochkomplexen Konferenzen leiten, wenn kein Experte wie Sie greifbar ist? Ist der Ansatz überhaupt skalierbar?

Das ist in der Tat ein kritischer Punkt und aktuell sicherlich auch ein limitierender Faktor. Diese Moderationsfunktion wird oft stark unterschätzt. Man braucht jemanden, der nicht nur moderieren kann, sondern auch die Feinheiten des GKV-Systems kennt und die Interessenlagen der Akteure antizipiert. Benötigt werden qualifizierte Intermediäre. Das Projekt hat hier eine Lücke aufgezeigt. Eine Lösung könnte eine entsprechende Schulung oder Qualifizierung von Fachkräften auf Landes- und Kreisebene sein.

Zitationshinweis

Bohm, S., Stegmaier, P.: „Mit regionalem Pragmatismus zur zukunftsfesten Versorgung", in „Monitor Versorgungsforschung" (03/26), S. 14–18. http://doi.org/10.24945/MVF.03.26.1866-0533.2829

fordern in den im Projektverlauf durchgeführten Befragungen oft mehr Fachärzt:innen und kürzere Wege, während das Projekt eher auf Zentralisierung und Ambulantisierung setzt. Verkaufen Sie den Bürger:innen hier nicht eine „bessere" Versorgung, die sich für sie in Wahrheit nach „weniger" anfühlt?

Das Projekt antizipiert die Zentralisierung komplexer stationärer Leistungen durch die Krankenhausreform und Ambulantisierung als grundlegende versorgungspolitische Linie. Gegen katastrophisierende Stimmungsmache ist man leider nicht gefeit. Es gibt aber auch Beispiele dafür, dass mit einer vorausschauenden Öffentlichkeitsarbeit und Kommunikation Ängsten begegnet und Proteste verhindert werden können. Templin mit einer weithin geräuschlosen Schließung der stationären Pädiatrie ist ein solches Beispiel. Zu empfehlen ist, dass man von Anfang an Alternativangebote parat hat, die man auch mit gutem Gewissen als gleichwertig präsentieren kann. Man muss den Menschen glaubhaft vermitteln können, dass Veränderung nicht zwangsweise Verschlechterung bedeutet.

Die Förderung des Innovationsfondsprojekts endete im Januar 2026. Was passiert jetzt? Haben wir am Ende nur wieder einen schönen Abschlussbericht für den G-BA, oder gibt es eine verbindliche Zusage, die RPKs flächendeckend zu finanzieren?

Das Land Brandenburg hat bereits signalisiert, dass es die Ergebnisse sehr ernst nimmt. SPD und CDU sprechen sich im Koalitionsvertrag explizit für die Einrichtung regionaler Gesundheitskonferenzen in den Kreisen und kreisfeien Städten aus. Unser Instrumentenkoffer steht bereit und kann überall in Deutschland genutzt werden. Die Nachhaltigkeit hängt jetzt vom Willen der Akteure ab.

Zum Schluss, weil sicher irgendwann wieder Weihnachten sein wird: Wenn Sie einen Wunsch an die Bundesgesundheitsministerin frei hätten, welcher wäre das?

Dass eine Strukturreform auf den Weg gebracht wird, mit der die unsägliche Sektorentrennung mit einer funktional an den regionalen Erfordernissen ausgerichteten Planung, Zulassungspraxis und Vergütung überwunden werden kann. Ich würde mir wünschen, dass dazu ALLE bestehenden Zuständigkeiten und Befugnisse auf den Prüfstand gestellt und soweit erforderlich konsequent neu justiert werden. Die aktuelle Krankenhausreform wäre gemessen daran allerdings ein Reförmchen. Realistischerweise kann ein solch großer Wurf nicht erwartet werden. Die systemimmanenten Beharrungskräfte sind zu groß. Aber viele kleine Schritte führen dann ja doch vielleicht zum Ziel. ProReVers mag einer davon sein. Das wäre ja schon etwas.

Herr Bohm, vielen Dank für dieses interessante Gespräch und die Einblicke in Ihre Arbeit. <<

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Literatur

Innovationsfonds-Projektsite: https://t1p.de/in1ei
Artikel MVF 01/26 zu ProReVers: https://t1p.de/a17a1
10-Punkte-Papier: https://t1p.de/xyjr8
Instrumene ambulanter Bedarfsplanung (MGS): https://t1p.de/7zsem

Anstieg durch „politisch motivierte Abweichungen"

>> Mehr Menschen als je zuvor gelten in Deutschland als pflegebedürftig. Im Jahr 2024 bezogen 5,6 Millionen Versicherte der Sozialen Pflegeversicherung Leistungen – das entspricht einer Pflegeprävalenz von 7,6 Prozent. Zum Vergleich: Als 2017 mit dem Pflegestärkungsgesetz II ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt wurde, lag dieser Wert bei 4,6 Prozent. Hätte sich die Zahl der Pflegebedürftigen seither allein demografisch entwickelt, stünde sie noch heute auf diesem Ausgangsniveau. Doch war die Pflegereform von 2017 bewusst auf Ausweitung angelegt: Erstmals sollten auch Menschen mit psychischen und kognitiven Einschränkungen systematisch Zugang zu Pflegeleistungen erhalten. Dass die Zahl der Leistungsbeziehenden danach steigen würde, war erwartet worden. Dass sie aber so stark und so anhaltend wachsen würde, überraschte Fachleute und Kostenträger gleichermaßen. Eine Studie (1) des IGES Instituts im Auftrag des GKV-Spitzenverbands gibt Erklärungen.

Das IGES Institut hat in einem rund achtmonatigen Forschungsprozess Literatur ausgewertet, Begutachtungsdienste und Pflegeverbände befragt sowie umfangreiche Routinedaten analysiert, um den Treibern dieses Wachstums auf den Grund zu gehen. Ein zentrales Ergebnis: Der Anstieg geht vor allem auf die deutliche Zunahme von Erstanträgen auf ambulante Pflegeleistungen zurück – insbesondere in den niedrigsten Pflegegraden 1 und 2. Auffällig ist dabei, dass immer mehr jüngere Menschen in das System eintreten. Der Anteil der unter 65-Jährigen an den Neueintritten in Pflegebedürftigkeit ist inzwischen auf fast ein Viertel gewachsen. Da diese Personen im Durchschnitt weniger stark beeinträchtigt sind als ältere Antragstellende, verweilen sie länger im Leistungsbezug – was die Prävalenz weiter treibt. Bei Kindern und Jugendlichen fiel der Anstieg sogar noch ausgeprägter aus.

Als wesentliche gesellschaftliche Treiber identifiziert die Studie eine gestiegene Informiertheit der Bevölkerung über Pflegeleistungen sowie eine zunehmend aktive Weitergabe von Hinweisen auf Antragsrechte durch Akteure im Gesundheitswesen. Hinzu kommt eine gesellschaftliche Entstigmatisierung von Pflegebedürftigkeit: Sie wird heute vielfach als normale Folge altersbedingter Gesundheitseinschränkungen wahrgenommen. Das Antragsverfahren selbst ist bewusst niedrigschwellig gehalten. Diese Zugänglichkeit wurde in den Expertenbefragungen zwar als Vorteil gewürdigt, gleichzeitig aber auch als möglicher Faktor für die steigende Antragszahl benannt.

Der gewichtigste Befund betrifft das Begutachtungsinstrument selbst. Vor der Reform 2017 hatte ein Expertenbeirat bestimmte Parameterwerte für die Bewertungssystematik empfohlen. Der Gesetzgeber wich davon zugunsten einer großzügigeren Kalibrierung ab – mit dem erklärten Ziel, mehr Menschen den Zugang zu präventiven Leistungen des Pflegegrades 1 zu ermöglichen. Die Simulationsrechnungen des IGES Instituts zeigen, dass genau diese politisch motivierten Abweichungen erhebliche Auswirkungen auf die Pflegeprävalenz und die Verteilung der Versicherten auf die einzelnen Pflegegrade hatten.

Die Studienautor:innen – Hans-Dieter Nolting, Paul Roll und Julia Katharina Wolff – empfehlen daher, die aktuelle Bewertungssystematik zu überprüfen und eine Rückkehr zu den ursprünglichen Empfehlungen des Expertenbeirats ernsthaft in Betracht zu ziehen. <<

Link: 1: https://t1p.de/j5gy0