

# GESUNDHEITSWESEN AKTUELL 2016

## BEITRÄGE UND ANALYSEN

herausgegeben von Uwe Repschläger,  
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

Monika Kücking  
Reformen für Pflegebedürftige – wohin führt der Weg?

AUSZUG aus:  
BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2016 (Seite 180–193)

Monika Kücking

## REFORMEN FÜR PFLEGEBEDÜRFTIGE – WOHIN FÜHRT DER WEG?

Der Beitrag gibt einen umfassenden Überblick über die Pflegegesetze der letzten Zeit und öffnet die Perspektive auf die Wirkungen dieser Gesetze in der nahen Zukunft. Dabei werden die Folgen für die Pflegebedürftigen und älteren Menschen aufgezeigt. Insbesondere mit den Pflegestärkungsgesetzen werden die Handlungsfelder zum Teil deutlich erweitert. Eine neue Herausforderung liegt in dem mit der Einführung des neuen Pflegebegriffs verbundenen Perspektivwechsel bei der Organisation der Pflege. Neben den Pflegekassen kommen hierbei auch auf die Länder und Kommunen zum Teil erhebliche neue Aufgaben bei der Organisation und Finanzierung zu.

### Auf dem Weg – Überblick über die gesetzlichen Änderungen mit Wirkung für die Pflegebedürftigen und älteren Menschen

In der laufenden Legislaturperiode wurde eine Reihe von Gesetzen auf den Weg gebracht, die wesentlich und umfangreich Einfluss auf die Versorgung der Pflegebedürftigen haben. Gegenstand dieser Gesetze sind einerseits sowohl höhere Leistungsbeträge als auch erweiterte Leistungen. Andererseits zielen sie auch auf eine bessere Verzahnung der Schnittstellen Prävention, ambulante und stationäre Versorgung und Rehabilitation ab und berücksichtigen die besonderen Anforderungen an die Versorgung am Lebensende. Diese Verbesserungen sind angesichts eines steigenden Lebensalters mit wachsendem Anteil gesunder Lebensjahre geboten, um diesem Personenkreis eine angemessene und verbesserte Versorgung zur Verfügung zu stellen.

Der ebenfalls durch den demografischen Wandel induzierte befürchtete Fachkräftemangel führt jedoch angesichts der stärkeren Konkurrenz der Branchen um qualifiziertes Personal zu dem Erfordernis, das knappe Pflegefachpersonal dort einzusetzen, wo es unbedingt erforderlich ist. Ergänzende Versorgungsoptionen müssen gegebenenfalls entwickelt werden. Inwieweit hier technische Unterstützung geeignet sein kann, Pflegekräfte zu entlasten, lässt sich gegenwärtig nicht abschließend beurteilen. Ein Beispiel ist das Modellprojekt „Technik für mehr Lebensqualität trotz Pflegebedürftigkeit bei Demenz“, das auf Basis von Tabletcomputern und mittels speziell zu entwickelnder

Software ein integriertes System für den Pflegebereich in der Versorgung von Demenzerkrankten erprobt. Die Möglichkeiten und Grenzen des Einsatzes technischer Unterstützungssysteme sind jedoch noch Gegenstand von Forschung und Evaluation (GKV-SV 2016 und BMG 2013). Entscheidend wird auch sein, ob beziehungsweise inwieweit solche technischen Unterstützungssysteme Akzeptanz bei den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen finden und ob sie in der jeweiligen Versorgungssituation Insellösungen darstellen oder sich in das jeweilige Setting integrieren lassen.

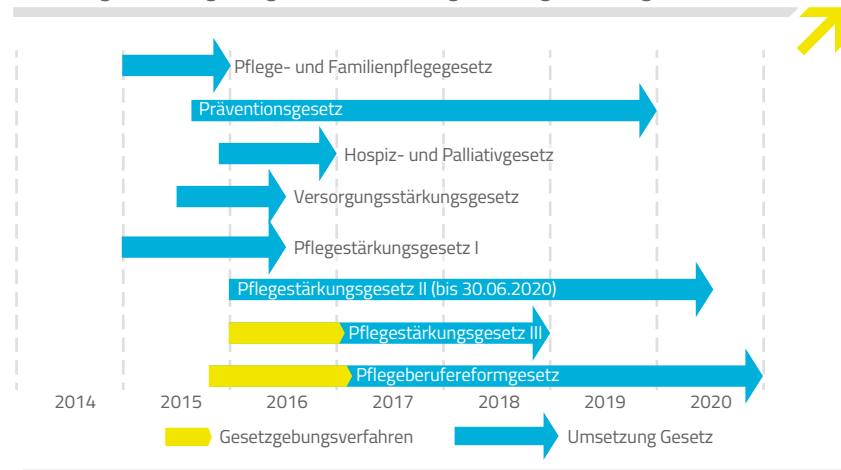
Jedenfalls erfordert diese Entwicklung, sich mit der zukünftigen Qualifizierung der eingesetzten Mitarbeiter auseinanderzusetzen – und dies jenseits der Diskussion um eine generalistische Ausbildung der Pflegeberufe, wie sie derzeit im Pflegeberufegesetz geführt wird. Vielmehr besteht die zentrale Herausforderung darin, die Inhalte der Ausbildungen und der Tätigkeiten, aber auch die Arbeitsbedingungen zu einem attraktiven Berufsfeld mit unterschiedlichen Qualifikationsniveaus und Durchlässigkeit zwischen den verschiedenen Bereichen weiterzuentwickeln. Damit wird ein wesentlicher Beitrag dazu geleistet, dass sich auch in Zukunft eine hinreichende Anzahl von Beschäftigten entscheidet, in dieses Berufsfeld zu gehen und auch längerfristig dort zu bleiben.

Einen Beitrag kann dabei auch die Entbürokratisierung in der Pflege leisten, die derzeit in über 8.000 Einrichtungen eingeführt wird (BMG 2014). Ebenfalls von Bedeutung ist der Auftrag an die Vertragspartner der Pflege, bis zum Jahr 2020 eine Grundlage für die Personalbemessung entwickeln zu lassen. Ziel ist es, ein wissenschaftlich entwickeltes, strukturiertes, empirisch abgesichertes und valides Verfahren, das die Anforderungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs berücksichtigt (§ 113 c Absatz 1 SGB XI), zu erarbeiten und bis zum 30. Dezember 2020 zu erproben. Mit diesem Instrument als Grundlage für eine gleichmäßig und qualitativ entwickelte Personalbemessung soll auch die Qualität der Versorgung verbessert werden.

Eine Reihe von Gesetzen wurde in dieser Legislaturperiode auf den Weg gebracht. Sie enthalten, wie das Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II vom 21.12.2015), neben der Erhöhung der Leistungsbeträge weitere Leistungsverbesserungen, beispielsweise zusätzliche niedrigschwellige Betreuungsleistungen, Verbesserung der Beratung für

Pflegebedürftige und deren Angehörige sowie mehr Flexibilität. Künftig stehen körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen zur Haushaltsführung gleichberechtigt nebeneinander, sodass Versicherte individuell die Leistungen zusammenstellen können.

Abbildung 1: Gesetzgebungen mit Auswirkung auf Pflegebedürftige



Quelle: GKV-SV, eigene Darstellung

Mit der Einführung des neuen Begutachtungsverfahrens (NBA) wird die Selbstständigkeit der betroffenen Personen zur Grundlage der Bemessung des Grades der Pflegebedürftigkeit gemacht. Damit wird ein seit der Einführung der Pflegeversicherung bestehender Konstruktionsmangel, die Orientierung an Zeiten, ersetzt durch die Orientierung an den vorhandenen Ressourcen der Pflegebedürftigen. Die drei Pflegestufen werden zum 1. Januar 2017 durch fünf Pflegegrade abgelöst. Bei der Begutachtung werden die Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit in sechs verschiedenen Bereichen beurteilt:

- Mobilität
- kognitive und kommunikative Fähigkeiten
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
- Selbstversorgung

- Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte  
(zur Ausgestaltung siehe GKV-Spitzenverband 2011, 2015 a und 2015 b)

Zur Unterstützung von Pflegebedürftigen und Angehörigen wird bei allen Anträgen auf die wesentlichen ambulanten und stationären Leistungen eine Pflegeberatung innerhalb von 14 Tagen nach Antragsstellung durch die Pflegekassen angeboten (§ 7 b Absatz 1 SGB XI). Die Pflegekassen veröffentlichen die regional verfügbaren Pflege- und Unterstützungsleistungen einschließlich der Kosten im Internet.

Neu ist, dass die Empfehlung für Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel, die der Erleichterung der Pflege, der Linderung der Beschwerden oder der Ermöglichung einer selbstständigeren Lebensführung dienen, bei Zustimmung des Versicherten als Anträge gelten. Ein gesonderter Antrag ist nicht mehr erforderlich. In diesen Fällen bedarf es auch keiner ärztlichen Verordnung. Darüber hinaus obliegt es dem MDK, im Rahmen der Begutachtung eine Präventionsempfehlung abzugeben.

Prävention für Ältere, auch Pflegebedürftige, war bereits seit dem Jahr 2014 im Leitfaden Prävention der GKV als Leistung der GKV im Setting der Kommune verankert (Leitfaden Prävention 2014: 32). Gesundheit, Lebensqualität, Selbstbestimmung, Mobilität und Selbstständigkeit sollen möglichst bis in das hohe Alter erhalten werden, die Entstehung von Krankheiten und Pflegebedürftigkeit soll vermieden und hinausgezögert werden.

Mit dem Präventionsgesetz, das am 25. Juli 2015 in Kraft trat, werden die Handlungsfelder erweitert. Es setzt auf die zielgerichtete Zusammenarbeit der Akteure in der Prävention und Gesundheitsförderung: Neben der gesetzlichen Krankenversicherung werden auch die gesetzliche Rentenversicherung, die gesetzliche Unfallversicherung und die Soziale Pflegeversicherung eingebunden. In der Nationalen Präventionskonferenz legen die Sozialversicherungsträger unter Beteiligung insbesondere von Bund, Ländern, Kommunen, der Bundesagentur für Arbeit und der Sozialpartner gemeinsame Ziele fest und verständigen sich auf ein gemeinsames Vorgehen. In der Bundesrahmenempfehlung

der Nationalen Präventionskonferenz wird das Ziel „Gesund im Alter“ mit den Zielgruppen „Personen nach der Erwerbsphase in der Kommune“ und der Zielgruppe „Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen“ trägerübergreifend etabliert. Mit dem Präventionsgesetz fördern nun die Pflegekassen Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen zusätzlich mit 30 Cent je Versicherten. Diese Leistungen sollen die Qualitätsanforderungen des für die Pflege adaptierten „Leitfaden Prävention“ erfüllen und sich von den bisherigen Leistungen der Pflegeversicherung abgrenzen lassen, etwa durch ein auf einem Präventionskonzept basierendes Vorgehen, das sich an Gruppen im Setting „Pflegeeinrichtung“ richtet. Der Fokus liegt hier auf den Themenfeldern Ernährung, Bewegung, psychosoziale Gesundheit inklusive Stress- und Gewaltprävention, Suchtmittelkonsum sowie der Stärkung kognitiver Ressourcen. Damit wird auch ein Beitrag zur Förderung der Selbstständigkeit geleistet und der Ansatz unterstützt, der dem Neuen Begutachtungs-Assessment (NBA) zugrunde liegt.

Verbessert werden auch die Schnittstellen zwischen den Versorgungsbereichen. Im „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung“ vom 25. Februar 2015 wurde ein Leistungsanspruch des Versicherten auf ein Versorgungsmanagement eingeführt, mit dem alle Leistungserbringer, also Vertragsärzte, Krankenhäuser, Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen, verpflichtet werden, für eine sachgerechte Anschlussversorgung der Versicherten zu sorgen (§ 11 Absatz 4 SGB V). Die Krankenkassen unterstützen dabei die Leistungserbringer. Dies umfasst auch das Zusammenwirken mit den Pflegeberatern der Pflegekassen.

Mit dem Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) wird seit dem 8. Dezember 2015 sowohl die ambulante und stationäre als auch die allgemeine beziehungsweise spezialisierte Palliativversorgung verbessert. Dieses Gesetz sieht im ambulanten Bereich neben dem Ausbau der häuslichen Krankenpflege auch den Ausbau der entsprechenden vertragsärztlichen Versorgung und verbesserte Förderbedingungen ambulanter Hospizdienste vor. Im stationären Bereich soll ein Palliativdienst im Krankenhaus zu einer palliativen Breitenversorgung (insbesondere außerhalb von Palliativstationen) beitragen. Darüber hinaus wird eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase etabliert. Zusätzlich wird die Finanzierung stationärer Hospize verbessert.

Diese Leistungen richten sich an alle Versicherten und stehen damit auch den Pflegebedürftigen zur Verfügung. Auf der Grundlage der von einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe entwickelten Eckpunkte soll das Dritte Pflegestärkungsgesetz (PSG III) insbesondere die Rolle der Kommunen bei der Versorgung Älterer im Quartier in den Blick nehmen. Die Kommunen reklamieren hier für sich den Anspruch, die Versorgung vor Ort zu gestalten. Offen ist bisher insbesondere, wie die Vielfalt an regionalen Gestaltungen zur Entwicklung von in wesentlichen Punkten einheitlichen Ansprüchen für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen führen und wie vermieden werden kann, dass sich die Kommunen ihrer auch finanziellen Verantwortung entziehen könnten. Allein die Verschiebung von Beitragsmitteln hin zu den Kommunen für Aufgaben wie Beratung, die bisher der Pflegeversicherung zugewiesen sind (und dem Grunde nach bleiben sollen), führt noch nicht zu einer besseren Versorgung. Die Erfahrungen mit den Pflegestützpunkten, die von den Kranken- und Pflegekassen auf Initiative eines Bundeslandes eingerichtet und den Hilfesuchenden Beratung und Unterstützung anbieten, zeigt außerdem eindrücklich, dass die regionalen Unterschiede in der Realisierung und Sicherstellung der Beratung erheblich sind, auch da die Umsetzung abhängig ist von der teilweise nicht vorliegenden Zustimmung der Länder.

Neben der grundsätzlichen Frage der Aufgabenzuweisung an beitrags- oder steuerfinanzierte Träger und der damit einhergehenden Frage der Aufgabenzuweisung im Sozialstaat insgesamt darf jedenfalls das Nebeneinander von Strukturen (wie etwa in der Beratung) nicht zu einer Vermischung der Aufgaben führen.

Diese Auflistung der vorhandenen Initiativen zeigt, dass der Gesetzgeber ältere Menschen und Pflegebedürftige aus unterschiedlichen Perspektiven im Blick hat und vielfältige Verbesserungen auf den Weg gebracht hat. Im Folgenden soll der Versuch unternommen werden, in einer Gesamtsicht zu beleuchten, welches Versorgungsziel mit diesen Maßnahmen erreichbar scheint, welche ergänzenden Schritte erfolgen sollten und wie aus Perspektive der Kranken- und Pflegeversicherung eine sinnvolle Weiterentwicklung aussehen kann.

## Weggabelung neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff: Konsequenzen für die Versorgung?

Die zentrale Herausforderung liegt in dem mit der Einführung des neuen Pflegebegriffs verbundenen Perspektivwechsel hin zu einer Ressourcenorientierung (auch BARMER GEK Pflegereport 2015: 28f). Er wird ab dem Jahr 2017 für alle Pflegebedürftigen etabliert und damit Grundlage der Leistungsansprüche. Die Möglichkeiten und nicht die Defizite werden zugrunde gelegt und damit das, was für den Betroffenen (noch) möglich ist. Dieser Perspektivwechsel bezieht sich jedoch bisher alleine auf die Erfassung und Einstufung der Pflegebedürftigen. Nicht explizit berücksichtigt sind die Inhalte der Pflegeleistungen, die sich ebenfalls an den Ressourcen orientieren sollten, um einen Bezug zum Begutachtungsinstrument und zur Situation der Pflegebedürftigen herzustellen. Zwar muss die Versorgung schon bisher dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnis entsprechen (§ 69 SGB XI). Jedoch fehlt ein expliziter Bezug zum Grad der Selbstständigkeit und zu den entsprechenden pflegerischen Handlungsoptionen. Zum Zeitpunkt der Umstellung auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ergibt sich dadurch noch keine andere Erkenntnislage, jedoch besteht Entwicklungsbedarf bezogen auf pflegerische Inhalte, die nachweislich den Erhalt der Selbstständigkeit fördern oder eine Verschlechterung vermeiden und dabei den jeweiligen Kontext einbeziehen.

Dieser umfassende Perspektivwechsel wird sich auch in veränderten Anforderungen an das, was Pflege leisten soll, in den Inhalten der Pflege und in der Qualifizierung der Pflegenden abbilden müssen. Das Versorgungsziel „Erhalt beziehungsweise Stärkung der Selbstständigkeit“ wird auch bei den pflegerischen und Betreuungstätigkeiten einen zentralen Stellenwert erhalten. Dabei sind die Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen und seine Präferenzen zugrunde zu legen. Der Erhalt von Selbstständigkeit muss zudem auch in der pflegerischen Ausbildung zentrale Berücksichtigung finden, dies wird auch ein wesentliches Kriterium bei der Bewertung der Reform der Pflegeberufe darstellen. Hier sind die Pflegeeinrichtungen selbst als wichtigster Akteur gefragt, wichtige Beiträge können aber auch Forschung und Lehre leisten.

Stellt man den Erhalt der Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen stärker als Versorgungsziel heraus, bedeutet dies, dass auch die Prävention einen höheren Stellenwert erhalten sollte. Dies hat der Gesetzgeber bereits im Präventionsgesetz aufgegriffen, es wird nach einer Anlauf- und Aufbauphase zu weiteren Präventionsangeboten für Ältere und Pflegebedürftige führen. Diese sollten evaluiert und auf ihre Wirksamkeit hin überprüft werden und im Kontext von pflegerischen Leistungen abgrenzbar bleiben. Zentral ist dabei, dass die primärpräventiven Leistungen das Setting und damit Angebote für Gruppen vorsehen.

Stellt man den Erhalt der Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen ins Zentrum der Bemühungen, wie durch den neuen Pflegebegriff intendiert, dann kommt auch den Maßnahmen der Rehabilitation der GKV für Ältere und Pflegebedürftige eine wachsende Bedeutung zu. Etwa 85 Prozent der Rehabilitanden der GKV sind schon heute über 65 Jahre und damit schon jetzt die zentrale Zielgruppe für Rehabilitationsmaßnahmen der GKV (Amtliche Statistik KG 5, 2014), die über drei Zugangswege erfolgen kann.

Der wichtigste Zugang erfolgte im Jahr 2014 über die Anschlussheilbehandlung beziehungsweise die Anschlussrehabilitation in 720.199 Fällen (69 Prozent aller Fälle). Der Antrag über den Vertragsarzt war bei 317.390 (30 Prozent aller Fälle) der gewählte Zugangsweg und über die Empfehlung der Pflegebegutachtung erhielten 7.296 (1 Prozent aller Fälle) einen Zugang (Amtliche Statistik KG 5 2014 und GKV-SV 2015). Sowohl beim Zugangsweg über den Vertragsarzt als auch über die Pflegegutachten wurden die Verfahren vereinfacht beziehungsweise für Pflegebedürftige optimiert.

Ab dem 1. April 2016 wird beim Zugang über den Vertragsarzt das zweistufige durch ein einstufiges Verfahren abgelöst und kann nun statt wie bisher nur durch besonders qualifizierte Ärzte durch jeden Vertragsarzt erfolgen. Auch der Zugangsweg über die Pflegegutachten wurde und wird weiterhin einer Prozessoptimierung unterzogen, die beispielsweise Schulungen der Gutachter beinhaltet (MDS 2014). Hervorzuheben ist, dass insbesondere Ältere von Rehabilitationsmaßnahmen der GKV profitieren. So erhielten etwa ein Fünftel der Betroffenen im Jahr vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit eine Rehabilitationsmaßnahme. Weitere Leistungen wie die Versorgung mit

physikalischer Therapie (21 Prozent), mit Ergotherapie (4 Prozent) und Hilfsmitteln (98 Prozent der im Rahmen einer Pflegebegutachtung begutachteten Personen) unterstützen ebenfalls den Erhalt der Selbstständigkeit (GKV-SV 2015). Alle diese Leistungen tragen bereits jetzt zur Erreichung des Versorgungsziels „Vermeidung der Pflegebedürftigkeit“ bei.

Inwieweit besondere Versorgungsangebote, wie etwa die mobile geriatrische Rehabilitation, zu einer breiteren Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen durch Pflegebedürftige und zum Erhalt der Selbstständigkeit beitragen können, bleibt abzuwarten. Jedenfalls weisen in dieser Versorgungsform etwa 75 Prozent der Rehabilitanden schon jetzt eine Pflegestufe auf, 31 Prozent sind Bewohner einer Pflegeeinrichtung und neun Prozent erhielten diese Maßnahme zumindest teilweise in Kurzzeitpflegeeinrichtungen (MDS 2014). Diese Befunde zeigen, dass auch jenseits der Pflegeversicherung Leistungen zum Erhalt der Selbstständigkeit erbracht werden.

### Ausweg oder Irrweg Kommunen?

Zunehmend wird auch von den Kommunen selbst eingefordert, dass sie ihre Verantwortung bei der Gestaltung der Kommunalen Settings stärker wahrnehmen. Auch der Entwurf des PSG III enthält dazu Regelungen. Beabsichtigt ist, die Aufgaben der Kommunen in der Pflege in ihrer Abgrenzung zu den Aufgaben der Pflegekassen zu verändern. Dabei ist es schon bisher Aufgabe der Kommunen, im Rahmen ihrer Zuständigkeit für leistungsfähige Versorgungsstrukturen zu sorgen. Aufgabe der Pflegekassen ist unter anderem die Beratung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen, sowohl als allgemeine Beratung nach § 7 SGB XI als auch im Rahmen des Fallmanagements nach § 7 a SGB XI. Dies umfasst auch die Information der Pflegebedürftigen über geeignete Anbieter. Bei den Ländern liegt die Verantwortung für die Infrastruktur (§ 9 SGB XI).

Die Eckpunkte der Bund-Länder-Arbeitsgruppe umfassen beispielsweise eine Strukturplanung der Länder als optionales Instrument einschließlich der Sozialplanung und Stärkung regionaler Sorgestrukturen und stellen den Sozialraum insgesamt stärker ins Zentrum. Dabei sollen Aufgaben wie die Beratung zwar bei den Pflegekassen verbleiben, wenn eine Kommune jedoch selbst ein entsprechendes Angebot unterbreitet, haben

die Pflegekassen dieses zu finanzieren und nur die Wahl, ob sie entweder entgegen ihrem gesetzlichen Auftrag auf die Beratung ihrer Versicherten verzichten oder diese zusätzlich aus Beitragsmitteln finanzieren. Damit liegt dann aber auch sofort der Verdacht der Mischfinanzierung dieser Aufgabe nahe.

Die Verfassung trennt öffentliche von Aufgaben der Sozialversicherungen und erlaubt keine sogenannte Mischverwaltung. Sofern Aufgaben der Pflegekassen, wie etwa die Beratung ihrer Versicherten, den Kommunen übertragen würden, die Finanzierung jedoch über Beitragsmittel erhalten bleibt, besteht die erhebliche Gefahr einer Mischverwaltung. Auch die im Rahmen von Modellkommunen mögliche modellhafte Erprobung beinhaltet das Risiko, dass diese gegebenenfalls dem Verbot einer Mischverwaltung widersprechen könnten.

Offen bleibt insbesondere, warum Kommunen bisher ihre Aufgaben teilweise nicht, teilweise eingeschränkt, teilweise auch umfassend wahrgenommen haben. Sollte dies im Falle der eingeschränkten Aufgabenwahrnehmung finanzielle Gründe haben, dann drängt sich der Verdacht auf, dass die Kommunen für ihre Aufgaben neue Finanzierungsquellen suchen.

Auch die Erfahrungen mit der Etablierung von Pflegestützpunkten zeigt, wie uneinheitlich diese umgesetzt wurden, die Länder Sachsen und Sachsen-Anhalt verzichteten trotz der Möglichkeit der Anschubfinanzierung ganz darauf. Zu befürchten ist, dass mit dem PSG III eine Versorgungslandschaft entsteht, die einem Flickenteppich gleichkommt. Erfahrungen aus der Evaluation der Pflegestützpunkte zeigen auch, dass die Zusammenarbeit in Pflegestützpunkten unter gleichen Rahmenbedingungen teilweise sehr erfolgreich, teilweise jedoch auch weniger erfolgreich verlief. Dies weist darauf hin, dass wohl auch weitere zentrale Einflussgrößen, wie etwa das Engagement der Akteure oder die Bereitschaft zur Zusammenarbeit, erfolgskritisch sind (GKV-SV 2012).

Abzuwarten bleibt, ob der Gesetzentwurf diese rechtlichen Hürden nehmen kann und sich als Ausweg aus kommunaler Finanzknappheit zulasten der Pflegeversicherung oder als Irrweg, der eine Umkehr ermöglicht, erweisen wird. Die Kooperation der Akteure, die etwa im Präventionsgesetz als zentraler Steuerungsgrundsatz herangezogen wurde, könnte in diesem Kontext vielleicht einen geeigneteren Ansatz darstellen. Sie kommt bereits im § 8 Absatz 2 SGB XI zum Ausdruck.

## Am Ziel? Pflege 2020

Wohin führt der Weg der Pflegeversicherung und wie wird die Versorgung im Jahr 2020 aussehen? Die in den vorliegenden beziehungsweise angekündigten umfangreichen Gesetzen verankerten neuen Leistungen und erweiterten Ansprüche werden realisiert sein. Dabei wurde mit der Einführung des neuen Pflegebegriffs eine zentrale Weichenstellung für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen vorgenommen, die erhebliche Auswirkungen auf die Inhalte der pflegerischen und Betreuungsleistungen hatte und Eingang in Aus- und Fortbildungen gefunden haben.

Insgesamt steht der Mensch mit seinen Fähigkeiten, Ressourcen und Wünschen im Mittelpunkt der Versorgung, der flexibel diejenigen Leistungen abrufen kann, die ihn in seinem Versorgungssetting am besten unterstützen. Um ihn kümmern sich gut ausgebildete und hoch motivierte (Alten-)Pflegekräfte, die in ihrer Ausbildung das NBA, evaluierte Qualitätsstandards guter Pflege und ein gutes Management der Verzahnung zu allen anderen Versorgungsbereichen erlernt haben sowie eine aufwandsarme Pflegedokumentation vornehmen. Die Pflegemitarbeiter werden entsprechend dem wissenschaftlich entwickelten Personalbemessungsinstrument mit unterschiedlichen Aufgabenschwerpunkten eingesetzt. Gestützt werden sie dabei von einer überall gut ausgebauten kommunalen Infrastruktur, die auf ein kooperatives Miteinander der Akteure abzielt und die jeweiligen Zuständigkeiten akzeptiert und nutzt.

Zwar bleibt das Teilleistungssystem erhalten, jedoch haben Pflegebedürftige als Krankenversicherte weiterhin Ansprüche auf das gesamte Spektrum der Gesundheitsversorgung einschließlich Schnittstellenmanagement, Prävention und Rehabilitation im vollen Leistungsumfang und mit speziellen Versorgungsangeboten sowie auf die

Leistungen der Hospiz- und Palliativversorgung. Sie unterliegen damit nicht der Einschränkung des Teilleistungsanspruchs der Pflegeversicherung. Weiterhin sind die Träger des SGB XII ergänzend für die Existenzsicherung zuständig.

Der Weg ist ausgemessen und geplant, die Baumaterialien sind geordert und damit wichtige Grundlagen geschaffen. Offen bleibt, wie die Bausteine zusammengefügt werden und ob die Umsetzung des Plans im Detail gelingen wird. Besonders genau und sorgfältig muss die Aufgabenteilung zwischen Kommunen und Sozialversicherung betrachtet werden, denn eine Baustelle, bei der ein Bauherr Material bestellt und einsetzt, das der andere bezahlen muss und dem das Geld dann an der eigenen Baustelle fehlt, wird insgesamt nicht zu einer gut befahrbaren Straße, zu der oben skizzierten, gut abgestimmten Versorgung für Pflegebedürftige führen.

## Literatur

Amtliche Statistik KG 5 (2014) vom 29.07.2015.

BARMER GEK (2016): Pflegereport 2015. Schriften zur Gesundheitsanalyse, Band 36. Berlin.

Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung (Hrsg.) (2016): Deutschlands demografische Herausforderungen. Discussion Paper Nr. 18. Berlin.

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2013): Abschlussbericht zur Studie „Unterstützung Pflegebedürftiger durch technische Assistenzsysteme“. Berlin.

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2014): Projekt „Praktische Anwendung des Strukturmodells – Effizienzsteigerung in der ambulanten und stationären Langzeitpflege“. Berlin.

Bundesrahmenempfehlung der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20 d Abs. 3 SGB V. Verabschiedet am 19. Februar 2016. [www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2016/Praevention\\_NPK\\_BRE\\_verabschiedet\\_am\\_19022016.pdf](http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2016/Praevention_NPK_BRE_verabschiedet_am_19022016.pdf)

GKV-Spitzenverband (2015): Bericht des GKV-Spitzenverbandes nach § 18a Abs. 3 SGB XI über die Erfahrungen der Pflegekassen mit der Umsetzung der Empfehlungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und der beauftragten unabhängigen Gutachter zur medizinischen Rehabilitation im Rahmen der

- Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Bericht des GKV-Spitzenverbandes nach § 18 a Absatz 3 SGB XI, Berlin. [www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien\\_\\_vereinbarungen\\_\\_formulare/pflege\\_berichte/2015\\_09\\_01\\_Pflegebericht\\_18a.pdf](http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien__vereinbarungen__formulare/pflege_berichte/2015_09_01_Pflegebericht_18a.pdf)
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2015a): Praktikabilitätsstudie zur Einführung des neuen Begutachtungsassessments NBA in der Pflegeversicherung. Schriftenreihe Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Band 12. Hürth.
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2015b): Versorgungsaufwände in stationären Einrichtungen. Schriftenreihe Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Band 13. Hürth.
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2012): Pflegeberatung. Schriftenreihe Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Band 10. Hürth.
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2011): Das neue Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Schriftenreihe Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Band 2. Hürth.
- GKV Kompetenz-Centrum Geriatrie beim medizinischen Dienst der Krankenversicherung Nord (2014): Basisdokumentation Mobile Rehabilitation – Jahresbericht 2014, Essen. (unveröffentlicht)
- Leitfaden Prävention, Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20 und 20 a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Dezember 2014 in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene. Berlin.
- MDS (Hrsg.) (2014): Expertengespräch des MDS am 8. Oktober 2014, Reha vor und bei Pflege. Essen.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2015): Bevölkerung Deutschlands bis 2016. 13. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden.