

AOK-POSITIONSPAPIER ZUR

Weiterentwicklung der Pflege 2030



Die Weichen für eine personenzentrierte Versorgung in der Pflege sind gestellt. Weitere Strukturreformen sind erforderlich!

Die Pflegepolitik in der letzten Legislaturperiode war geprägt durch die neue sozialrechtliche Definition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und durch die Ausweitung des Leistungsspektrums der Pflegeversicherung. Mit diesen Weichenstellungen werden die Bedarfslagen, die individuellen Fähigkeiten und Ressourcen der pflegebedürftigen Menschen in den Mittelpunkt der Versorgung gestellt.

Dieses Positionspapier greift Entwicklungen auf, geht auf neue gesellschaftliche Anforderungen ein und eröffnet mit Vorschlägen struktureller Natur alternative Wege zur Verbesserung des Pflege-settings für pflegebedürftige Menschen und ihren Angehörigen. Im Fokus steht ein ausgewogener Finanzierungsmix, der sowohl die zu Pflegenden als auch die Beitragszahlenden der sozialen Pflegeversicherung vor wirtschaftlicher Überforderung bewahrt.

Die aufgerufenen Vorschläge mit den genannten Zielen beziehen sich auf die zu gestaltende kommende Dekade. In einigen Leitsätzen werden zunächst die grundsätzlichen Ziele aus der Perspektive der AOK-Kranken- und Pflegekassen beschrieben.

A. Leitsätze

- a. Der pflegebedürftige Mensch steht im Mittelpunkt der Versorgung. Die Pflege muss sich an den Bedarfslagen der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen ausrichten. Unser Anliegen ist es, die individuellen Fähigkeiten und Ressourcen der pflegebedürftigen Menschen in allen relevanten Lebensbereichen in den Blick zu nehmen. Die pflegebedürftigen Menschen sind dabei zu unterstützen, ein möglichst autonomes und selbstständiges Leben zu führen sowie ihre Selbstpflegekompetenzen, aber auch die Pflegekompetenzen der An- und Zugehörigen zu stärken und ihre Versorgungssituation zu stabilisieren.
- b. Pflege findet vor Ort statt. Entsprechend den Bedarfslagen von pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen sind die sozialräumlichen Sorgestrukturen lokal zu gestalten. Eine qualitativ gute medizinische und pflegerische Versorgung kann nur gelingen, wenn den unterschiedlichen lokalen Herausforderungen für ländliche Regionen und Städte Rechnung getragen wird.

- c. Vom Payer zum Player. Wir wollen die Expertisen und Potenziale der Kranken und Pflegekassen zur Verbesserung der Pflege stärker nutzbar machen. Dazu müssen ihre Gestaltungsspielräume zur Entwicklung von integrierten Versorgungsangeboten bei hoher Qualität erweitert werden. Ihre Beratungsleistungen für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen sollen ausgebaut werden. Kranken- und Pflegekassen sind zu „echten“ Systemlotsen im Sinne eines Case Managements weiterzuentwickeln.
- d. Gute Arbeit fördert Pflegequalität. Der seit 2017 geltende Pflegebedürftigkeitsbegriff stellt die Stärkung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmung von Pflegebedürftigen in den Mittelpunkt pflegerischen Handelns. Zu einer fachlich angemessenen Pflege gehören vor diesem Hintergrund auch eine angemessene Personalausstattung und ausreichend Zeit für die Durchführung von pflegerischen Aufgaben. Voraussetzung für die Überwindung des Pflegepersonalnotstandes sind gute Arbeitsbedingungen, die verpflichtend einzuführen sind.
- e. Pflege ist und bleibt eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Bund, Länder, Kommunen sowie Kranken- und Pflegekassen sind in einer gemeinsamen Verantwortung zur Schaffung bedarfsgerechter Angebote für eine gesundheitliche und pflegerische Versorgung. Die soziale Pflegeversicherung ist hierbei eine wichtige Säule. Sie stellt in ihrer Ausprägung als Teilleistungssystem eine Absicherung in Form von unterstützenden Hilfeleistungen zur Verfügung, die Eigenleistungen der Versicherten jedoch nicht unentbehrlich machen.
- f. Für alle Menschen ist eine qualitativ gute Pflege sicherzustellen, ohne den Einzelnen einerseits und die Solidargemeinschaft andererseits zu überfordern. Dabei muss gewährleistet sein, dass die pflegebedürftigen Menschen und ihre Angehörigen finanziell nicht überfordert werden. Wesentliche Voraussetzung für die Beitragssatzstabilität der Pflegeversicherung ist eine staatliche Finanzierung von versicherungsfremden Leistungen.

B. Vorschläge für eine Strukturreform

1. Flexibilisierung des Leistungsrechts und Aufhebung der Sektorengrenzen

ambulant/stationär zur Stärkung der Personenzentrierung und Selbstbestimmung

Zur Flexibilisierung des Leistungsrechts sowie zur Stärkung der Personenzentrierung und Selbstbestimmung soll unabhängig vom Ort der Leistungserbringung (Setting) ein Anspruch auf ein Basisbudget (Geldleistung) und ein Sachleistungsbudget, aber abhängig vom Pflegegrad, bestehen. Bei ausschließlich informeller Pflege soll ein verpflichtendes Case Management aus einer Hand eingeführt werden.

- Der Leistungskatalog der Pflegeversicherung erschwert heute eine passgenaue und individualisierte Gestaltung des Pflegesettings. Mit einer Flexibilisierung des Leistungsrechts, durch die Zusammenfassung in Budgets, werden individuelle Versorgungslösungen besser möglich, die auch Angehörige entlasten und die Mittel der Pflegeversicherung effizienter einsetzen.
- Die AOK spricht sich deshalb für die Flexibilisierung des Leistungsrechts und eine ausgabenneutrale Aufhebung der ambulanten und stationären Sektorentrennung innerhalb der Pflegeversicherung aus. Insgesamt erfolgt damit eine generelle Neuordnung des Leistungsrechts unabhängig vom Ort der Leistungserbringung. Das Leistungsrecht kann dadurch insgesamt vereinfacht und durch die pflegebedürftigen Menschen flexibel und bedarfsgerecht in Anspruch genommen werden.

2. Beratung aus einer Hand – Systemlotse der Kranken und Pflegekassen

Die bisherigen Beratungsansprüche gegenüber der Kranken und Pflegekasse werden zu einem Beratungsanspruch zusammengefasst und aus einer Hand gewährt. Pflegebedürftige Menschen, die ausschließlich durch informelle Pflege versorgt werden, werden verpflichtet, ein erweitertes Case Management zur Stabilisierung des Pflegesettings und zur Sicherstellung der Pflege in Anspruch zu nehmen.

- Mit der Weiterentwicklung des Pflegeversicherungsrechts wurden auch die Beratungsansprüche der Versicherten (die Information/Aufklärung/Beratung, die Pflegeberatung sowie die Pflegekurse und die Beratungsbesuche zur Prüfung der Sicherstellung der Pflege in der Häuslichkeit) gegenüber ihrer Kranken- und Pflegekassen kontinuierlich erweitert. Allen Beratungsansprüchen ist gleich, dass die pflegebedürftigen Personen sie auch zu Hause in Anspruch nehmen können. Zweifelsohne lassen sich Synergieeffekte bei der Zusammenführung der Beratungsansprüche realisieren und den pflegebedürftigen Personen eine Beratung aus einer Hand gewähren.
- Die Belastungsfaktoren für pflegebedürftige Menschen und Angehörige könnten minimiert werden, indem insbesondere die Pflege und Selbstpflegekompetenzen durch Begleitung, Beratung, Anleitung und Edukation gestärkt werden.

3. Erweiterte Vertragsformen in der pflegerischen Versorgung schaffen

Um pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen eine qualitäts- und bedarfsgerechte Versorgung anbieten zu können, werden über regionale Gestaltungsspielräume der Kranken- und Pflegekassen passgenaue, umfassende und ineinandergreifende Versorgungsangebote ermöglicht. Die Kranken- und Pflegekassen erhalten durch erweiterte Vertragsformen die Möglichkeit, die Primär- und Langzeitversorgung sektorenübergreifend weiterzuentwickeln, so dass sich die Versorgung am medizinisch-pflegerischen Bedarf der Pflegebedürftigen ausrichtet.

- Die AOK schlägt vor, auch in der Pflege die vor Ort vorhandenen Gestaltungsspielräume besser zu nutzen und die Vertragsmöglichkeiten der einzelnen Kranken- und Pflegekasse auch im grundsätzlich kassenübergreifenden Vertragssystem der Pflegeversicherung zu erweitern – dies mit dem Ziel, eine gute Erreichbarkeit, integrierte Versorgungsangebote und ein breites Versorgungsspektrum bei hoher Qualität zu gewährleisten.
- Darüber hinaus bieten diese Vertragsspielräume eine Chance, das gesamte Spektrum an Pflegestrategien von der Gesundheitsförderung bis zur palliativen Betreuung für eine Verbesserung der Versorgung zu nutzen, beispielsweise bei der Überleitung von pflegebedürftigen Menschen im jeweiligen Setting, zur Unterstützung der Angehörigen oder zur Begleitung in der letzten Lebensphase. Eigeneinrichtungen der Pflegekassen sollten zudem ermöglicht werden.
- Dadurch kann ein wesentlicher Beitrag zur Beseitigung von Ineffizienzen durch Versorgungsbrüche, wachsende Unterversorgung in der professionellen und informellen Pflege, unzureichend genutzte Möglichkeiten der Steuerung der Leistungsanspruchnahme sowie Unwirtschaftlichkeiten geleistet werden.

4. Gemeinsame infrastrukturelle Sicherstellungsplanung

Die Kommunen sollen verpflichtet werden, die Bedarfs- und Infrastrukturplanung im Einvernehmen mit den Pflegekassen durchzuführen. Eine Landesstrukturplanung bildet den Rahmen für die kommunale Bedarfs- und Infrastrukturplanung. Die Altenhilfe ist im Rahmen der Stärkung der kommunalen Daseinsvorsorge eine Pflichtaufgabe, die Konnexität von Aufgaben und Finanzverantwortung wird gewährleistet.

- Der Kontrahierungszwang der Pflegekassen zum Abschluss von Verträgen mit Leistungserbringern soll aufgehoben werden. Für den Abschluss von Versorgungsverträgen beziehen die Pflegekassen die Erkenntnisse aus der Bedarfs- und Infrastrukturplanung ein (Vermeidung von Fehlversorgung). Damit könnte gezielt eine bedarfsgerechte Pflegeangebotsstruktur (z. B. Angebot von Kurzzeitpflegeplätzen) aufgebaut werden.
- Pflege findet vor Ort statt. Entsprechend den Bedarfslagen von pflegebedürftigen Menschen sind die sozialräumlichen Sorgestrukturen lokal zu gestalten. Damit kommt nicht nur den Kranken- und Pflegekassen eine Verantwortung zu, sondern auch gleichermaßen dem Land, den Kommunen und dem Sozialhilfeträger.
- Allerdings stehen den Kommunen mit der Infrastrukturplanungsverantwortung und den Pflegekassen mit ihrem individuellen Sicherstellungsauftrag jeweils nur begrenzte Handlungs- und Gestaltungsmöglichkeiten zur Verfügung.
- Die AOK schlägt vor, die Kommunen stärker in die Pflicht zu nehmen, um die Bedarfs- und Infrastrukturplanung im Einvernehmen mit den Pflegekassen verbindlich umzusetzen. Damit gelingt eine bessere Verzahnung der kommunalen Aufgaben im Rahmen der Daseinsvorsorge und der Beratungs- und Sicherstellungsaufgaben der Pflegekassen; insbesondere im Bereich der Abstimmung können Synergiepotenziale gewonnen werden. Unberührt hiervon bleibt die Investitionskostenverantwortung der Länder. Auch der infrastrukturelle Sicherstellungsauftrag gilt weiterhin.
- Die Pflegekassen würden unter Berücksichtigung der kommunalen Bedarfs- und Infrastrukturplanung die Versorgung sicherstellen (individueller Sicherstellungsauftrag liegt weiterhin bei der Pflegekasse). Sie schließen weiterhin gemeinsam und einheitlich Verträge mit den Pflegeeinrichtungen und auch der Sozialhilfeträger bleibt unverändert Vertragspartner.
- In der Altenhilfe soll im Rahmen der Stärkung der kommunalen Daseinsvorsorge die Konnexität von Aufgaben und Finanzverantwortung sichergestellt werden.

C. Vorschläge für ergänzende Maßnahmen zur Sicherung des Teilleistungssystems und zur Förderung spezifischer Leistungen

Für ausgewählte, besonders förderungswürdige Leistungen der Pflegeversicherung sollen die pflegebedingten Aufwendungen gänzlich finanziert werden. Steigende Belastungen der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen bei ihren Eigenanteilen werden dadurch unvermindert, und durch eine gezielte bessere pflegerische Versorgung werden Folgekosten zur Entlastung der Beitragszahlenden vermieden.

1. Kurzzeitpflege (Pflege Plus)

Die Kurzzeitpflege wird von dem heutigen Versorgungsauftrag einer stationären Verhinderungspflege zu einem ressourcenorientierten, pflegerisch-therapeutischen Versorgungsansatz für alle pflegebedürftigen Menschen weiterentwickelt, der die Aufrechterhaltung oder Wiedererlangung der größtmöglichen Selbstständigkeit des pflegebedürftigen Menschen in einem weitestgehend selbstbestimmten Alltag zum Ziel hat.

- Pflegebedürftige Menschen zeichnen sich insbesondere dadurch aus, dass sie einen umfassenden und kontinuierlichen Langzeitversorgungsbedarf haben und dieser eine interdisziplinäre Zusammenarbeit, insbesondere von Pflege, Medizin und Heilmitteln, erfordert. Zeitlich begrenzte Interventionen, wie beispielsweise eine Rehabilitation, geben Impulse zur Wiederherstellung von Fähigkeiten. Für eine Langzeitwirkung bedarf es aber gerade bei pflegebedürftigen Menschen einer dauerhaften Form der pflegerisch-therapeutischen Versorgung. Als strukturelle Voraussetzungen für diesen sektorenübergreifenden Ansatz ist die Einbindung von Physio- und ErgotherapeutInnen sowie LogopädInnen für einen pflegerisch-therapeutischen Versorgungsansatz unerlässlich. Die Ansprüche auf Heil- und Hilfsmittelversorgungen gemäß SGB V bleiben hiervon unberührt.
- Eine Eigenbeteiligung für die pflegebedingten Aufwendungen bei der Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege für pflegebedingte Aufwendungen entfällt für acht Wochen im Jahr. Diese werden von der Pflegeversicherung finanziert.

2. Häusliche Krankenpflege / medizinische Behandlungspflege

Die GKV-Leistung „Häusliche Krankenpflege“ und die SPV-Leistung „Medizinische Behandlungspflege“ werden zusammengeführt und als Leistungsanspruch für pflegebedürftige Menschen unabhängig vom Ort der Leistungserbringung in die GKV integriert.

- Eine Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege unabhängig vom Ort der Leistungserbringung führt zur Angleichung der Rahmenbedingungen in der ambulanten und vollstationären Pflege und beseitigt mögliche Fehlanreize. Die Zuordnung in die GKV ist konsequent, da die Heilbehandlung Versicherter elementare Aufgabe der GKV ist.

3. Digitale Unterstützungsangebote

Digitale Unterstützungsangebote zur Stabilisierung pflegerischer Settings werden voll finanziert und im Rahmen der Pflegehilfsmittelversorgung aufgenommen. „Ambient-assisted -living-Systeme werden in Rahmen bundeseinheitlicher Rahmenvorgaben und Abgrenzungskriterien in die Leistungen zur Verbesserung des Wohnumfeldes aufgenommen.

- Digitale und technische Unterstützungssysteme können unter Wahrung der Privatsphäre zur Stärkung der Gesundheitskompetenz zu mehr Selbstständigkeit und einer höheren Lebenserwartung beitragen. Sie haben das Potenzial, pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen dabei zu unterstützen, länger selbstbestimmt, selbstständig und auf eigenen Wunsch in ihrem gewohnten privaten Umfeld zu verbleiben.
- Eine größere Selbstständigkeit der pflegebedürftigen Menschen entlastet in der Regel auch die informell und beruflich Pflegenden. Hierdurch können auch Folgekosten vermieden werden.

4. Dynamisierung

Einführung einer jährlichen Dynamisierung, die auf einem regelbezogenen jährlichen Automatismus im Rahmen der steigenden Beitragseinnahmen aufgrund von Bruttolohnzuwächsen ähnlich der Rentenversicherung aufsetzt.

- Die Teilleistungen der Pflegeversicherung sollen jährlich regelgebunden dynamisiert werden, um den weiteren Anstieg der pflegebedingten Eigenanteile zu begrenzen. Die Dynamisierung sollte für das Basis- und Sachleistungsbudget regelgebunden umgesetzt werden.
- Die Verknüpfung mit dem Anstieg der Beitragseinnahmen sichert den Grundsatz der Beitragssatzstabilität der SPV.

D. Vorschläge für eine breitere Finanzierungsbasis

Die AOK spricht sich für einen Finanzierungsmix unter Beibehaltung des Teilleistungsprinzips in der Pflegeversicherung aus. Dessen Ziele sind sowohl die Verhinderung der wirtschaftlichen Überforderung von pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen als auch die Sicherstellung von Beitragssatzstabilität in der sozialen Pflegeversicherung bis 2030.

Bundesbeitrag in Höhe von aktuell 3,2 Mrd. Euro/ Jahr

Einführung eines zweckgebundenen Bundesbeitrags zur Finanzierung der gesamtgesellschaftlichen Aufgaben, die von der Pflegeversicherung getragen werden. Dieser Bundesbeitrag muss verlässlich finanziert und regelmäßig dynamisiert werden.

- Von der Pflegeversicherung werden gesamtgesellschaftliche Aufgaben finanziert, beispielsweise zur sozialen Absicherung der pflegenden Angehörigen im Umfang von etwa 2,4 Mrd. Euro, zur Infrastruktur im Rahmen von Daseinsvorsorge der Länder und kommunalen Aufgaben von ca. 0,8 Mrd. Euro. Deshalb ist aus Sicht der AOK die Einführung eines zweckgebundenen Bundesbeitrags auch in der Pflegeversicherung erforderlich.
- Der Bundesbeitrag muss eine verlässliche Einnahmenquelle für die soziale Pflegeversicherung darstellen. Er darf sich nicht nach der Haushaltslage des Bundes richten und darf keinen Schwankungen nach unten unterliegen.
- Die AOK schlägt vor, einen zweckgebundenen Bundesbeitrag zur Finanzierung der Ausgaben zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen einzuführen, die bislang nach §§ 44 und 44a SGB XI von der sozialen Pflegeversicherung getragen werden.
- Die Finanzierung von Aufgaben für Infrastruktur im Rahmen der Daseinsvorsorge und kommunaler Aufgaben als gesamtgesellschaftliche Aufgaben muss aus den Haushalten von Bund, Ländern und Kommunen finanziert werden. Dafür müssten diese Haushalte die erforderliche Finanzausstattung erhalten. Geeignet wäre dazu eine Art nationaler Kraftakt, mit dem ein „Bund/Länder-Pflege-Pakt“ oder ein Programm „Altenhilfe und Daseinsvorsorge“ geschnürt wird.

Länderbeitrag in Höhe von aktuell 5,5 Mrd. Euro/ Jahr

Darüber hinaus müssen die Länder insgesamt ihrer finanziellen Verantwortung für die Investitionskosten nachkommen, damit auch hier die pflegebedürftigen Menschen bei ihren Eigenanteilen entlastet werden.

- Durchschnittlich werden pflegebedürftige Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen für Investitionskosten mit etwa 450 Euro im Monat oder 5.400 Euro im Jahr zur Kasse gebeten. In neu gebauten Einrichtungen gehen die finanziellen Belastungen teils weit darüber hinaus. Bis 1.000 Euro im Monat betragen dort die Investitionskostenbelastungen der Bewohnerinnen und Bewohner. So finanzieren die auf stationäre Pflege angewiesenen Menschen den Bau der Pflegeeinrichtungen. Diese Einrichtungen sind elementarer Bestandteil der Daseinsvorsorge, für deren Finanzierung der Staat zuständig ist. Die Länder haben die Aufgabe, die den pflegebedürftigen Menschen aufgebürdeten Investitionskosten vollumfänglich zu tragen.

E. Fazit

Die vorgeschlagenen Maßnahmen sind geeignet, die Pflegeversicherung innerhalb dieses Jahrzehnts strukturell nachhaltig zu verbessern. Das Teilleistungsprinzip der Pflegeversicherung wird durch die Leistungsergänzungen gesichert und weiterentwickelt. Zusammen mit der Übernahme der Investitionskosten von Pflegeeinrichtungen durch die Länder sinken die durchschnittlichen Eigenbeteiligungen in der stationären Pflege um 25 % bis 30 %. Die vorgesehene Dynamisierungsregelung bremst weitere Preissteigerungen für pflegebedürftige Menschen ab und gewährleistet zusammen mit einem gesicherten Bundeszuschuss den Grundsatz der Beitragssatzstabilität für die Beitragszahlenden in der sozialen Pflegeversicherung.

IMPRESSUM:

Herausgeber: AOK Bundesverband GbR

Gestaltung und umsetzung: KomPart Verlagsgesellschaft
mbH & Co. KG,

Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin

Creative Director: Sybilla Weidinger

Stand: Beschluss Aufsichtsrat 17.03.2021

www.aok-bv.de

