

Pflegereform 2021

04.11.2020
Eckpunkte

Zum Download

Eckpunkte
Pflegereform 2021

Eckpunkte für Pflegereform 2021 veröffentlicht

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat am 04.11.2020 Eckpunkte für eine weitreichende Reform der sozialen Pflegeversicherung vorgelegt. Damit sollen 25 Jahre nach Einführung der Pflegeversicherung bestehende Strukturen, wie zum Beispiel das System der Teilleistung in der Pflege, grundlegend neu ausgerichtet werden.

Veränderungen an der Finanzierungssystematik der sozialen Pflegeversicherung

Der Eigenanteil für die Pflege in stationären Einrichtungen soll zukünftig auf maximal 700 Euro pro Monat und auf längstens 36 Monate begrenzt werden. Damit wird das bestehende Teilleistungssystem der sozialen Pflegeversicherung (SPV) grundlegend verändert. Ziel der Neuregelung ist es, Entlastung und Planbarkeit der Pflegeaufwendungen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen zu schaffen. Die damit verbundenen Mehrausgaben sollen künftig durch einen Bundeszuschuss abgesichert werden. Der Bund will in Zukunft auch die Beitragszahlungen an die Rentenversicherung für Menschen übernehmen, die Angehörige pflegen. Aktuell werden sie von der sozialen und privaten Pflegeversicherung getragen. Im der ambulanten Pflege sollen die Leistungsbeträge für Pflegegeld, Pflegesachleistung sowie Tages- und Nachtpflege zum 01.07.2021 einmalig um fünf Prozent erhöht werden und ab 2023 jährlich in Höhe der Inflationsrate. Die Länder sollen einen monatlichen Zuschuss zu den Investitionskosten von 100 Euro für jeden vollstationär versorgten Pflegebedürftigen leisten. Dies ist aus Sicht des BMG angemessen, da die Bundesländer durch die Deckelung der Eigenanteile um rund eine Milliarde Euro entlastet werden.

➔ **Die einmalige Anhebung und zukünftige Dynamisierung der ambulanten Pflegeleistungen sind wichtige Maßnahmen gegen eine weitere Entwertung der Leistungen. Mit der Begrenzung der Eigenanteile würde das Teilleistungssystem der beitragsfinanzierten Pflegeversicherung im stationären Bereich grundlegend verändert, dem Bundeshaushalt entstünden umfangreiche Mehrausgaben. Zudem würde die Pflege in stationären Einrichtungen gefördert – zu Lasten einer möglichen und erstrebenswerten ambulanten Pflege. Durch eine Verpflichtung der Länder zur Übernahme der Investitionskosten würde die finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen kurzfristig gesenkt. Mit den vorgesehenen 100 Euro können die entstehenden Mehrkosten jedoch nicht annähernd gedeckt werden, Berechnungen der Ersatzkassen beziffern diese bereits aktuell auf durchschnittlich über 450 Euro monatlich pro Versicherten. Um eine spürbare Entlastung für die Pflegebedürftigen zu ermöglichen ist es erforderlich, dass die Länder die Investitionskosten in voller Höhe tragen.**

Fehlanreize der Kombinationsleistungen sollen beseitigt werden

Das BMG will mit den Eckpunkten Fehlanreize in der pflegerischen Versorgung beseitigen. Anbieter setzen aus Sicht des Ministeriums oft auf Pflegeangebote, die betreutes Wohnen mit dem Angebot von Tagespflege kombinieren. Die Kombination aller im ambulanten Bereich möglichen Kombinationsleistungen in einem vermeintlichen „stationären Pflegesetting“ führe zu Leistungsausweitungen, ohne die Qualitätsanforderungen eines Pflegeheims zu erfüllen, so das BMG. Die Leistungen der Tagespflege sollen daher künftig bei Inanspruchnahme von ambulanter Pflegesach- oder Geldleistung ab dem 01.07.2022 auf 50 Prozent begrenzt werden.

➔ **Die BARMER hat bereits in ihrem Pflegereport 2019 darauf hingewiesen, dass sich immer mehr Wohn- und Pflegeformen entwickeln, die der stationären Pflege ähneln, aber in Form von ambulanten Pflegeleistungen aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung**

finanziert werden. Ob die pauschale Kürzung der Tagespflege um 50 Prozent zur Bereinigung der Angebote beiträgt, bleibt abzuwarten.

Jährliches Entlastungsbudget vorgesehen

Die Nutzung von Pflegeleistungen soll künftig stärker auf den Bedarf Pflegedürftiger und ihrer Angehörigen ausgerichtet werden. Daher wird für die Ansprüche auf Kurzzeit- und Verhinderungspflege ein jährliches Gesamtbudget in Höhe von insgesamt 3.300 Euro gebildet.

- Da bereits heute die Leistungsansprüche der Verhinderungs- und Kurzzeitpflege mit einander verknüpft werden können, ist die Zusammenlegung der beiden Leistungsansprüche nur folgerichtig. Die Inanspruchnahme der Pflegeleistungen kann dadurch erleichtert werden.

Ausweitung der Kapitaldeckung in der SPV

Das BMG plant, zwei Elemente der Kapitaldeckung in der SPV weiter auszubauen: Der Steu-
erzuschuss der privaten Pflegevorsorge („Pflege-Bahr“) soll von 5 auf bis zu 15 Euro verdreifacht werden. Außerdem wird die Ansparphase des 2015 eingerichteten Pflegevorsorgefonds um 15 Jahre bis 2050 verlängert. Als Auszahlungsbeginn ist hingegen weiterhin das Jahr 2035 vorgesehen. Zur Finanzierung des Fonds ist eine weitere Erhöhung der Beiträge für kinderlose Pflegeversicherte um 0,1 Prozentpunkt geplant.

- Anstatt die Kapitaldeckung in der SPV auszubauen, sollte sich die private Pflegeversicherung am Solidarausgleich mit der sozialen Pflegeversicherung beteiligen. Denn in der privaten Pflegeversicherung sind im Vergleich zur SPV vor allem einkommensstarke Personen mit geringerer Pflegewahrscheinlichkeit versichert.

Entwurf für weiteres Digitalisierungsgesetz vorgelegt

Das BMG treibt die Digitalisierung im Gesundheitswesen voran. Der am 16.11.2020 vorgelegte Referentenentwurf für ein „Digitale Versorgung und Pflege-Modernisierungs-Gesetz“ (DVPMG) setzt die bereits Anfang November bekannt gewordenen Eckpunkte umfassend um (wir berichteten in Berlin kompakt Nr. 13). Schwerpunkte sind der Ausbau der Telemedizin, die Weiterentwicklung der elektronischen Patientenakte (ePA) und der Ausbau digitaler Gesundheitsanwendungen. Mit digitalen Pflegeanwendungen ist auch die Einführung eines neuen Leistungselements in der Pflegeversicherung geplant.

Feste Fristen für ePA-Erweiterung

Der Referentenentwurf setzt den gesetzlichen Krankenkassen weitere Fristen für die Weiterentwicklung der ePA. So soll der Zugriff der Versicherten auf das neu eingerichtete Nationale Gesundheitsportal über die ePA-App ab 01.01.2022 möglich werden. Eine App für die Erklärung zur Organ- und Gewebespende müssen die Kassen ab 01.07.2022 anbieten. Neben der elektronischen Gesundheitskarte können Versicherte ab dem 01.01.2023 eine sogenannte digitale Identität nutzen, um sich für digitale Anwendungen zu authentisieren. Die digitale Identität wird nicht mehr an eine Chipkarte gebunden sein.

- Der straffe Zeitplan für die Umsetzung ist nachvollziehbar, da das Gesundheitssystem für die digitalen Anforderungen der Zukunft vorbereitet sein muss. Die gesetzlichen Krankenkassen tragen weiterhin das Risiko für die kurzfristige Umsetzung der Spezifikationsänderungen der gematik. Eine Alternative zu festen Fristen für die Krankenkassen wären

Digitale Versorgung und
Pflege-Modernisierungs-
Gesetz (DVPMG)

16.11.2020
Referentenentwurf

Zum Download
Referentenentwurf
DVPMG

Zeitkorridore, die in Abhängigkeit von der tatsächlichen Fertigstellung der Spezifikation gesetzt werden.

Veränderung bei gematik-Umlage

Der Entwurf sieht die Festsetzung der Finanzierungsumlage der gesetzlichen Krankenkassen für die gematik auf 1,50 Euro pro Mitglied vor. Dies entspricht im Vergleich zum Status Quo einer Kostensteigerung von insgesamt ca. 27 Mio. Euro auf dann 85 Mio. Euro pro Jahr. Begründet wird dies mit dem Inflationsausgleich sowie der Sicherstellung von ausreichenden Ressourcen für die Umsetzung der stark gewachsenen Aufgaben der gematik.

- **Der gematik werden nach und nach weitere Aufgaben übertragen: Sie wird gleichzeitig Koordinierungsstelle, Anbieter von Kundenanwendungen und Entwicklerin von Spezifikationen. Das Aufgabenprofil der gematik bleibt dabei unklar, eine Kontrollinstanz für die wachsende Einrichtung existiert nicht. Zudem kommt es zum Aufbau von Doppelstrukturen, denn die Institutionen der gemeinsamen Selbstverwaltung verfügen über ein breites Know-How, das genutzt werden sollte. Der Aufgabenzuwachs und die Erhöhung der GKV-Umlage werden deshalb kritisch gesehen.**

DiGA-Höchstpreise nicht verpflichtend

Im Gesetzentwurf wird das künftige Verfahren zur Preisgestaltung der Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) konkretisiert. Laut BMG ist die Festlegung gruppenbezogener Höchstbeträge durch die Vertragspartner ein wichtiges Instrument sowohl zur Kostenabschätzung für die gesetzliche Krankenversicherung als auch für die Investitionssicherheit der Hersteller von DiGA. Die Festlegung von Höchstbeträgen ist für die Vertragspartner aber nicht verpflichtend. Das Gesetz erlaubt dem BMG jedoch die Festlegung von Fristen, innerhalb derer sich die Partner auf Höchstbeträge für DiGA einigen. Andernfalls kann das BMG eine Schiedsstellenentscheidung herbeiführen.

DiGA-Hersteller können ihre Preise weiterhin ohne Evidenznachweis frei festlegen.

- **Notwendig sind DiGA-Preise, die in einem fairen Verhältnis zum Versorgungsnutzen stehen und an den tatsächlichen Gebrauch der Anwendungen gekoppelt sind. Nicht nachvollziehbar sind die von Herstellern eigenständig festgelegten Preise ohne Evidenznachweis. Da die DiGA durch Beiträge der GKV-Mitglieder getragen werden, muss eine verpflichtende Höchstbetragsregelung ab dem ersten Tag der Zulassung eingeführt werden.**

Reformperspektiven für das Gesundheitswesen nach Corona

Expertentalk über das „Richtungspapier“ der Autoren Boris Augurzky, Reinhard Busse, Ferdinand Gerlach und Gabriele Meyer

Weiterhin bestimmt die Corona-Pandemie das politische und wirtschaftliche Leben in Deutschland. Auch wenn die Infektionszahlen noch immer sehr hoch liegen, können bereits jetzt Lehren aus der „ersten Welle“ der Krise im Frühjahr gezogen werden. Auf Initiative der BARMER haben vier Wissenschaftler ein Richtungspapier erstellt, in welchem sie Reformperspektiven für das deutsche Gesundheitswesen aufzeigen. Das Richtungspapier wurde durch das BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung (bifg), die Robert Bosch Stiftung und die Bertelsmann Stiftung gefördert und durch das Zentralinstitut der kassenärztlichen Versorgung (ZI) durch Datenauswertungen unterstützt. Das Richtungspapier war Gegenstand eines digitalen Expertentalks, bei dem die Thesen der Wissenschaftler diskutiert wurden. Hier einige Highlights aus der Diskussion:

Zum Download

Richtungspapier zu mittel- und langfristigen Lehren, Zwischenbilanz nach der ersten Welle der Corona-Krise 2020

Öffentlichen Gesundheitsdienst stärken und vernetzen

Dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) komme nicht nur in Krisenzeiten eine wichtige Rolle zu, so die Autoren des Richtungspapiers. Weil er eine wesentliche Funktion für den Public Health Bereich und für die Versorgungssteuerung habe, so Prof. Dr. Reinhard Busse, müsse der ÖGD unter anderem personell gestärkt werden. Prof. Dr. Ferdinand Gerlach forderte eine grundlegende innere Reorganisation des ÖGD, die zu tragfähigen Entscheidungsstrukturen führen solle. Besonders wichtig sei auch, dass die Arbeit des ÖGD wissenschaftlich fundiert werde und die Gesundheitsämter mit anderen Akteuren des Gesundheitswesens verzahnt würden, wie niedergelassenen Ärzten, Kliniken und pflegerischen Einrichtungen. Die Digitalisierung des ÖGD müsse vorangetrieben werden, wie dies auch im „Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst“ vorgesehen sei.

Gestufte und vernetzte ambulante Primärversorgung

Als eine Stärke des deutschen Gesundheitswesens betrachten die Autoren die ambulanten Behandlungsstrukturen, die von Patienten als erste Anlaufstelle genutzt werden können. Prof. Dr. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der BARMER, teilt diese Position der Autoren: Es sei sehr wahrscheinlich, so Straub, dass Deutschland so gut durch die „erste Welle“ der Krise gekommen sei, weil wenig Patienten hospitalisiert worden seien. 80 Prozent der Corona-Patienten seien im ambulanten Bereich, und dort ganz überwiegend von Hausärzten, versorgt worden. Die primärmedizinische Versorgung, Basis jedes gut funktionierenden Systems, müsse weiter gestärkt werden. Auch könne man aus der Krise mitnehmen, dass größere Strukturen, wie etwa Medizinische Versorgungszentren, leistungsfähiger als Einzelpraxen seien.

Konzentration, Kooperation und Spezialisierung im Krankenhaus

Während der „ersten Welle“ der Corona-Pandemie habe sich gezeigt, so Prof. Dr. Boris Augurzký, dass schwer erkrankte Corona-Patienten am besten in spezialisierten Kliniken versorgt würden, die Intensivstationen und die notwendige technische Ausstattung besitzen. Man müsse also weiter in Richtung Konzentration und Spezialisierung von Leistungen denken. Für die Spitzenmedizin würden überregionale Zentren, Maximalversorger oder auch universitäre Zentren gebraucht, die sich um die Spitzenmedizin kümmern, aber auch um die überregionale Koordination der medizinischen Versorgung. Darüber hinaus müsse es eine regionale Regelversorgung geben und schließlich die Grundversorgung für die wohnortnahe Versorgung – die auch ambulante Versorgung umfasse.

Verstetigung der durch die Coronakrise angestoßenen Digitalisierung

„In der Coronakrise ist deutlich geworden, dass Digitalisierung und die Nutzung digitaler Technologien zur Erfassung und Verarbeitung von Massendaten, zum Online-Monitoring von Ressourcen und Kapazitäten, zur Koordination und Integration von Versorgung wertvolle Dienste leisten“, sagte Prof. Dr. Christoph Straub. Dass die Digitalisierung für das Gesundheitswesen genutzt werden muss, dafür macht sich auch Prof. Dr. Ferdinand Gerlach stark. Deutschland sei bei der Auslegung des Datenschutzes jedoch im internationalen Vergleich am restriktivsten. Es sei fahrlässig und ethisch bedenklich, wenn Gesundheitsdaten nicht genutzt würden, um die medizinische Versorgung zu verbessern.

[Zum Download](#)

Tabelle Gesetzgebung

BARMER

Termine laufender Gesetzgebungsverfahren

BARMER

Abteilung Politik, Ruth Rumke (V.i.S.d.P.)
politik@barmer.de, Tel. 030-23 00 22-012
www.barmer.de/politik

Seite 4 von 4