



## **Stellungnahme des IKK e.V. zum Referentenentwurf**

### **Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung**

**(Pflege-Neuausrichtungsgesetz)**

**Stand 10.02.2012**

**IKK e.V.**

Hegelplatz 1  
10117 Berlin  
030/202491-0  
info@ikkev.de

## Inhalt

Grundsätzliche Anmerkungen .....	3
Themenpunkt 1: Leistungsverbesserungen für demenziell Erkrankte .....	6
Themenpunkt 2: Flexibilisierung der Leistungsinanspruchnahme .....	7
Themenpunkt 3: Stärkung Grundsatz Rehabilitation vor Pflege .....	10
Themenpunkt 4: Gleichzeitige Gewährung von Pflegegeld und Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflege .....	12
Themenpunkt 5: Verbesserung der rentenrechtlichen Berücksichtigung bei Pflege von gleichzeitig mehreren Pflegebedürftigen .....	13
Themenpunkt 6: Stärkung neuer Wohn- und Betreuungsformen .....	14
Themenpunkt 7: Verbesserung der medizinischen Versorgung in Heimen .....	17
Themenpunkt 8: Stärkere Dienstleistungsorientierung bei der Begutachtung von Antragstellern auf Leistungen der Pflegeversicherung .....	19
Themenpunkt 9: Verbesserung Beratung und Koordinierung .....	22
Themenpunkt 10: Finanzierung .....	23

## **Grundsätzliche Anmerkungen**

Die Bundesregierung beabsichtigt mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) die Leistungen bzw. den Leistungsumfang der Pflegeversicherung anzupassen. So sollen etwa – im Vorgriff auf eine Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs – die Leistungen der Pflegeversicherung für demenziell Erkrankte ausgeweitet werden. Ferner sollen neue Wohnformen mit finanziellen Anreizen gefördert und die Bedürfnisse der pflegenden Angehörigen mehr in den Blick genommen werden. Die Kosten der damit verbundenen konkreten Maßnahmen sollen durch eine Erhöhung des Beitragssatzes zur Pflegeversicherung um 0,1 Beitragssatzpunkte gedeckt werden.

Darüber hinaus hat sich der Gesetzgeber zum Ziel gesetzt, die Stellung der Versicherten gegenüber den Trägern der Pflegeversicherung und mit den mit der Pflege betrauten Institutionen und Personen zu verbessern. So sollen die zu Pflegenden und deren Angehörige selbstbestimmter als bislang möglich Leistungen auswählen können, die Selbsthilfe und die Betroffenenbeteiligung gefördert und eine höhere Serviceorientierung sowie schnellere Beratung sichergestellt werden. Schließlich will man dem Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ mehr Rechnung tragen als bisher.

Diese Zielstellungen werden vom IKK e.V. ausdrücklich unterstützt. Eine zügige Umsetzung im Interesse der zu Pflegenden und deren Angehörigen ist geboten. Dabei darf aber nicht vergessen werden, dass mit den hier vorgeschlagenen Regelungen erst Teile der vom Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs empfohlenen und im breiten Konsens aller Beteiligten erarbeiteten Vorschläge umgesetzt werden. So sehen die Innungskrankenkassen die Notwendigkeit einer zügigen Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und erhoffen sich durch die nun angekündigte (Wieder-) Aufnahme der Diskussion im Expertenbeirat unter neuer Leitung Bewegung im Hinblick auf die hiermit einhergehenden umfangreichen Anpassungsarbeiten. Diese Arbeiten und Diskussionen müssen nun konsequent vorangetrieben werden, damit das politische Ziel einer großen Reform schnellstmöglich sichergestellt ist.

Die Innungskrankenkassen haben überdies bei einigen der vorgeschlagenen Reformpunkte Anlass zur Kritik:

- Die flexiblere Gestaltung der Leistungsanspruchnahme birgt einige Gefahren für die Versicherten. So ist nicht eindeutig geregelt, dass die Kündigung des Pflegevertrags ausschließlich vom Versicherten jederzeit und fristlos möglich ist. Es besteht vielmehr die Gefahr, dass auch der Pflegedienst in den Genuss dieser Regelung kommt. Aus Verbraucherschutzsicht bedarf es hier einer dringenden Klarstellung. Zudem könnte ein Vertrag zwischen dem Versicherten und dem

Pflegedienst bei Einführung einer zeitabhängigen Abrechnung zur Folge haben, dass sich der finanzielle Eigenanteil für den Versicherten erhöht.

- Die Strafzahlungen für die Pflegekassen in Höhe von zehn Euro pro Verzögerungstag sind abzulehnen. In den wenigsten Fällen sind verzögerte Bescheide den Pflegekassen anzulasten. Die Regelung würde zudem einen hohen bürokratischen Aufwand mit sich bringen, weil allein der Nachweis des Nichtverschuldens einen zusätzlichen Dokumentationsaufwand der Pflegekasse erfordert.
- Die Möglichkeit, neben dem MDK auch externe Gutachter mit der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit zu beauftragen, lehnt der IKK e.V. ab.
- Das Ansinnen der Bundesregierung, Beratungsgutscheine für unabhängige und neutrale Beratungsstellen auszustellen, lehnen die Innungskrankenkassen ab. Die Pflegekassen kommen ihrer Pflicht der Pflegeberatung nach. Die Neugründung von „unabhängigen und neutralen Beratungsstellen“ ist unnötig. Zudem ist mit dem Entwurf nicht geklärt, was die Bundesregierung unter „unabhängig und neutral“ versteht. Die Schaffung einer neuen, zusätzlichen Institution der Pflegeberatung führt zu einer weiteren Zergliederung der Beratungslandschaft.
- Durch einige der angestrebten Neuregelungen besteht die Gefahr einer Übernormierung. Für viele Standards werden unnötigerweise zusätzliche Regelungen eingeführt. Eine Verbesserung der Praxis ist damit allerdings nicht zu erwarten. Vielmehr dürften damit teils erhebliche Bürokratisierungseffekte einhergehen.
- Dem Ziel, alternative Wohnformen zu fördern, steht der IKK e.V. wohlwollend gegenüber. Es muss aber dringend sichergestellt werden, dass die üblichen Qualitätsstandards auch in den neuen Wohnformen zu gelten haben und kein Einfallstor für missbräuchliche Aktivitäten geöffnet wird. Der Gesetzgeber steht in der Verantwortung, die Förderung der neuen Wohnformen so zu gestalten, dass den Pflegekassen keine überbordenden prüftechnischen Aufwendungen entstehen. So erscheint etwa der Prüfaufwand für die Anspruchsvoraussetzungen für die Auszahlung der zusätzlichen Pauschale sehr hoch, etwa wenn geprüft werden muss, ob mindestens drei Personen in der Wohngruppe wohnen. Zudem müssen Übergangsregelungen sicherstellen, dass kurzfristige Verluste der Anspruchsvoraussetzungen (etwa durch einen stationären Aufenthalt oder Versterben) nicht dazu führen, dass den verbliebenen Pflegebedürftigen kein Nachteil entsteht.

- Verschiebepflegeleistungen zur Lasten der Pflegeversicherung müssen dringend vermieden werden. Insbesondere bei der Einbeziehung der häuslichen Betreuung in die ambulante Sachleistung muss darauf geachtet werden, dass eine Kostenverlagerung von der Eingliederungshilfe oder anderen Sozialleistungsträgern auf die Pflegeversicherung ausgeschlossen wird.

Zustimmung finden u. a. folgende Regelungen:

- Die angedachte rentenrechtliche Verbesserung für jene Pflegepersonen, die zwei oder mehrere Pflegebedürftige pflegen, wird begrüßt.
- Die Weiterzahlung des hälftigen Pflegegeldes bei Inanspruchnahme der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege wird begrüßt. Um die Regelung bürokratieärmer zu gestalten, schlagen die Innungskrankenkassen vor, das Pflegegeld in voller Höhe weiter zu zahlen.

## **Themenpunkt 1: Leistungsverbesserungen für demenziell Erkrankte**

### **Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

#### **Nr. 51**

#### **§ 123 SGB XI – neu: Verbesserte Pflegeleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz als Übergangsregelung**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Mit dem eingeführten Paragraphen gehen Leistungsverbesserungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz einher, die als Übergangsregelung bis zur Geltung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen Begutachtungsverfahrens fungieren soll. Wichtigste Neuerung ist, dass Leistungen für Versicherte ohne Pflegestufe festgeschrieben werden (Pflegestufe 0). Die Höhe beträgt 50 Prozent der Leistungen nach Pflegestufe I. Der nach § 45a SGB XI berechnete Personenkreis erhält Pflegegeld, Pflegesachleistungen oder Kombinationsleistungen. Ferner besteht ein Anspruch auf Verhinderungspflege und auf Pflegehilfsmittel sowie wohnumfeldverbessernde Maßnahmen.

Pflegebedürftige der Pflegestufen I und II mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz erhalten ebenfalls erhöhte Leistungen.

#### **Bewertung**

Die Regelungen erscheinen im Bezug zu den Leistungsarten und dem Leistungsumfang angemessen.

#### **Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Themenpunkt 2: Flexibilisierung der Leistungsanspruchnahme**

### **Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

**Nrn. 2, 13, 31**

### **§§ 4, 36, 77 SGB XI – Einführung der häuslichen Betreuung / Verträge mit einzelnen Pflegekräften**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Neben der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung sollen die Versicherten zukünftig auch häusliche Betreuungsleistungen abrufen können. Insofern führt die Bundesregierung eine neue Leistungsart ein.

Nach den Regelungen gem. § 77 Abs. 1 sollen die Pflegekassen zur Sicherstellung der häuslichen Pflege, der hauswirtschaftlichen Versorgung und der häuslichen Betreuung mit einzelnen geeigneten *Pflegekräften* Verträge schließen. Zur Förderung ambulant betreuter Wohngruppen sollen gem. § 77 Abs. 1a Verträge mit einzelnen *Kräften* geschlossen werden.

#### **Bewertung**

Grundsätzlich erscheint die häusliche Betreuung, für die sich die Versicherten entscheiden können, sinnvoll.

Ablehnend stehen die Innungskrankenkassen der Regelung gegenüber, dass mit einzelnen Pflegekräften Verträge geschlossen werden sollen. Stattdessen sollten wie bisher Pflegekräfte von Pflegediensten in Anspruch genommen werden. Möglich wäre es sicherlich auch, dass die Pflegekassen gemeinsam und einheitlich Verträge mit einzelnen geeigneten Pflegekräften abschließen.

Im Bereich der betreuten Wohngruppen ergibt sich durchaus die Notwendigkeit einer Präsenzkraft. Sofern allerdings Einzelverträge geschlossen werden müssen, könnte dies zur Folge haben, dass im Falle unterschiedlicher Kassenmitgliedschaften der Bewohner erhebliche Unklarheiten über den Vertragsschluss mit einer Pflegekraft entstehen. Hier stellt sich beispielsweise die Frage, welche Kasse den Vertrag mit der Pflegekraft abschließt, die für alle Bewohner tätig ist. Stattdessen sollten die Pflegekassen gemeinsam und einheitlich Verträge mit einzelnen geeigneten Pflegekräften abschließen.

In diesem Falle müsste gewährleistet sein, dass keine qualitativen Abstriche bei der Betreuung in Wohngruppen gemacht werden. Die Innungskrankenkassen empfehlen, auch für den Bereich der betreuten Wohngruppen ausschließlich examinierte Pflegekräfte in Anspruch zu nehmen.

### **Änderungsvorschlag**

In § 77 Abs. 1, S. 1, erster Halbsatz wird „einzelnen geeigneten“ ersatzlos gestrichen.

In § 77 Abs. 1a – neu wird nach „Pflegekasse“ die Worte „einheitlich und gemeinsam“ eingefügt. Zudem sind die Worte „geeignete Kräfte“ durch „geeignete Pflegekräfte“ zu ersetzen.

## **Themenpunkt 2: Flexibilisierung der Leistungsanspruchnahme**

### **Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

#### **Nr. 50 b)**

#### **§ 120 Abs. 2 SGB XI – Pflegevertrag bei häuslicher Pflege**

#### **Beabsichtigte Neuregelungen**

Die Regelung zur Kündigung von Pflegeverträgen soll verändert werden. Der Pflegevertrag soll jederzeit fristlos kündbar sein.

#### **Bewertung**

Gesetzestext und Begründung stehen in einem Widerspruch. Es bedarf einer Klarstellung, dass diese Regelung nur für den Pflegebedürftigen gilt. Es kann nicht intendiert sein – und dies zeigt auch die Gesetzesbegründung – dass auch für den Pflegedienst eine fristlose Kündigung ermöglicht wird. Gleichzeitig sollte die Kündigungsfrist für den Pflegedienst gesetzlich geregelt werden.

#### **Änderungsvorschlag**

In § 120 Abs. 2 S. 2 werden nach dem Wort „ist“ die Worte „vom Pflegebedürftigen“ eingefügt.

Satz 3 – neu – wird wie folgt gefasst:

„Die Kündigungsfrist für den Pflegedienst beträgt mindestens 14 Tage“.

## **Themenpunkt 3: Stärkung Grundsatz Rehabilitation vor Pflege**

### **Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

#### **Nr. 6**

#### **§ 18 Abs. 6, 8, 9 SGB IX – Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit**

#### **Beabsichtigte Neuregelungen**

Schon heute soll der Medizinische Dienst der Krankenkassen bei seiner Stellungnahme im Rahmen der Prüfung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit mitteilen, ob eine Rehabilitation angezeigt ist. Die beabsichtigte Neuregelung in Absatz 6 soll regeln, dass die Feststellungen zur medizinischen Rehabilitation durch den medizinischen Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter in einer gesonderten Rehabilitationsempfehlung zu dokumentieren sind. Damit soll dem Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ mehr Gewicht verschafft werden.

Die Rehabilitationsempfehlung soll gemäß Absatz 8 spätestens mit der Mitteilung der Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit dem Antragssteller durch die Pflegekassen weitergeleitet werden. Der Antragsteller muss zustimmen, dass die Pflegekasse aufgrund der Rehabilitationsempfehlung gegenüber dem zuständigen Rehabilitationsträger ein Antragsverfahren in Gang setzt

In Artikel 9 ist geregelt, dass die Pflegekassen für die Geschäftsjahre 2012 bis 2015 ihre Erfahrungen mit der Umsetzung der Rehabilitationsempfehlung des MDK an den GKV-Spitzenverband berichten müssen. Der GKV-Spitzenverband hat die aufbereiteten Daten dem BMG zuzuleiten.

#### **Bewertung**

Der IKK e.V. empfiehlt, auf die gesonderte Rehabilitationsempfehlung zu verzichten. Die heutigen Regelungen sind ausreichend. Eine gesonderte Rehabilitationsempfehlung führt zu einem erheblich höheren bürokratischen Aufwand, der zur Folge haben könnte, dass sich die Antragslaufzeit zur Pflege unnötig verlängert.

Gemäß der derzeitigen gesetzlichen Vorgaben haben nach § 5 SGB XI in Verbindung mit dem Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§18 SGB XI) die Pflegekassen schon jetzt die Möglichkeit, einen Rehabilitationsbedarf zu erkennen und

die notwendigen Maßnahmen einzuleiten. Eine Erhöhung der Bürokratie führt nicht unweigerlich zu einer erhöhten Inanspruchnahme von medizinischen Reha-Maßnahmen bei den Pflegeantragsstellern. Außerdem ist die Regelung so konzipiert, dass selbst bei unmittelbar zuvor durchgeführter Reha-Maßnahme und anschließendem Pflegeantrag der Reha-Bedarf ein weiteres Mal ermittelt werden muss, was in diesem Falle nicht notwendig wäre.

Im Übrigen müsste klargestellt werden, welche Auswirkung ein festgestellter Rehabilitationsbedarf auf die Leistungen zur Pflege hat.

Auch die Berichtspflichten gegenüber dem GKV-Spitzenverband erhöhen den Personalaufwand sowohl in den Pflegekassen als auch beim GKV-Spitzenverband.

### **Änderungsvorschlag**

Streichung der betreffenden Passagen.

## **Themenpunkt 4: Gleichzeitige Gewährung von Pflegegeld und Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflege**

### **Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

**Nrn. 14, 15**

### **§§ 37, 38 – Pflegegeld, Kombinationsleistungen**

#### **Beabsichtigte Neuregelungen**

Pflegende Angehörige sollen für bis zu vier Wochen je Kalenderjahr trotz der Leistungen der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege das halbe Pflegegeld erhalten. Mit dieser Regelung soll den pflegenden Angehörigen eine Auszeit von der Pflege erleichtert werden.

#### **Bewertung**

Der IKK e.V. begrüßt diese Regelung grundsätzlich, weil Sie den pflegenden Angehörigen in den Blick nimmt. Allerdings führt die angedachte Regelung zu zusätzlicher Bürokratie auf Seiten der Pflegekassen. Bezüglich der möglichen Kürzungstatbestände müssen Prüfungen, Berechnungen und Umbuchungen durchgeführt werden. Von daher sollte der Gesetzgeber prüfen, ob es nicht möglich wäre, das anteilige Pflegegeld ungekürzt an den Pflegebedürftigen auszuzahlen.

#### **Änderungsvorschlag**

In § 37 Abs. 2 S. 2 – neu – werden die Worte „Die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes“ gestrichen und ersetzt durch „Das bisher gezahlte Pflegegeld“.

In § 38 S. 4 – neu – wird das Wort „Anteiliges“ gestrichen.

## **Themenpunkt 5: Verbesserung der rentenrechtlichen Berücksichtigung bei Pflege von gleichzeitig mehreren Pflegebedürftigen**

### **Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

#### **Nr. 8**

#### **§ 19 – Begriff der Pflegeperson**

#### **Beabsichtigte Neuregelungen**

Mit der Regelung soll eine rentenrechtliche Verbesserung für jene Pflegepersonen einhergehen, die zwei oder mehrere Pflegebedürftige pflegt. Bisher war eine Addition der rentenrechtlich wirksamen Zeiten (14 Stunden) nicht vorgesehen. Dies sieht der Gesetzentwurf allerdings jetzt vor, wenn bei den zu Pflegenden mindestens die Pflegestufe I anerkannt ist.

#### **Bewertung**

Der IKK e.V. begrüßt diese Regelung ausdrücklich.

#### **Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Themenpunkt 6: Stärkung neuer Wohn- und Betreuungsformen**

### **Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

#### **Nr. 16**

#### **§ 38a – neu – Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen**

##### **Beabsichtigte Neuregelungen**

Pflegebedürftige, die in einer betreuten Wohngruppe wohnen, erhalten einen Anspruch auf die Zahlung einer zusätzlichen Pauschale in Höhe von 200 Euro pro Monat. Voraussetzung ist, dass mindestens drei Pflegebedürftige – die nicht gleichzeitig Leistungen nach SGB XII, SGB VIII oder nach dem Bundesversorgungsgesetz erhalten – dieser Wohngruppe angehören.

##### **Bewertung**

Der IKK e.V. begrüßt, dass die Bundesregierung die alternativen Wohnformen fördern möchte. Insofern erscheint die Pauschale sinnvoll und in der Höhe angemessen. Kritisch erscheint der zu erwartende Aufwand, die Anspruchsvoraussetzungen zu prüfen. Jede der jeweiligen Pflegekassen der Pflegebedürftigen müssten regelmäßig überprüfen, ob die Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind.

Die Bedingung, dass es mindestens dreier Pflegebedürftiger bedarf, ist zwar nachvollziehbar, dürfte aber zu Problemen führen. Fällt ein Bewohner plötzlich aus, dürfen die verbliebenen Pflegebedürftigen keinen Nachteil davon tragen. Daher schlägt der IKK e.V. vor, dass die Mindestanzahl in Ausnahmefällen (z. B. im Falle eines plötzlichen Auszugs eines Bewohners oder bei Versterben) für einen Zeitraum von vier Wochen unterschritten werden kann, sodass die anderen Bewohner die Pauschale für diesen Zeitraum auch weiterhin erhalten.

##### **Änderungsvorschlag**

Der Gesetzgeber möge eine Regelung zur Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen einführen, die praktikabel, bürokratiearm und nicht missbrauchsanfällig ist.

In § 38a – neu – nach Satz 1 folgender Satz eingeführt:

„In Fällen, in denen die Mindestanzahl der Bewohner vorübergehend nicht gewährleistet werden kann, besteht der Anspruch auf die Pauschale für einen Zeitraum von vier Wochen.“

## **Themenpunkt 6: Stärkung neuer Wohn- und Betreuungsformen**

### **Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

#### **Nr. 21**

#### **§§ 45e, 45f – neu – Initiativprogramm zur Förderung neuer Wohnformen**

#### **Beabsichtigte Neuregelungen**

Zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen soll ein Gesamtbudget von 45 Millionen Euro bereitgestellt werden. So ist in § 45e geregelt, dass zur Gründung von Wohngemeinschaften eine Anschubfinanzierung gezahlt wird. Für diese Förderung werden 30 Millionen Euro bereitgestellt. Solange, wie das Budget nicht erschöpft ist, erhält auf Antrag jede Pflegeperson, die sich an der Gründung einer Wohngruppe beteiligen möchte, einen einmaligen Förderbetrag von bis zu 2.500 Euro. Pro Wohngruppe ist der Betrag auf 10.000 Euro begrenzt.

Der GKV-Spitzenverband regelt die Einzelheiten und stellt mit dem PKV-Verband ein Einvernehmen her. Die Pflegekassen melden die ausgezahlten Fördermittel dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung. Das Bundesversicherungsamt informiert den GKV-Spitzenverband und den PKV-Verband, wenn das Budget verbraucht ist.

§ 45f will die Voraussetzung für die Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Wohnformen schaffen. Dafür werden weitere 15 Millionen Euro bereitgestellt. Der GKV-Spitzenverband soll das Verfahren der Förderung regeln und die Gelder bereitstellen.

#### **Bewertung**

Die Förderung neuer Wohnformen wird begrüßt. Allerdings erscheinen die in der Gesetzesbegründung formulierten Antrags- und Nachweiserleichterungen als missbrauchsanfällig. Es muss sichergestellt werden, dass Anspruchsvoraussetzungen klar definiert und geprüft werden. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund eines begrenzten Budgets. Nur derjenige erhält die Förderung, der zügig die Anschubfinanzierung beantragt.

#### **Änderungsvorschlag**

Keiner. Die Anspruchsvoraussetzungen sind durch den GKV-Spitzenverband zu regeln.

## **Themenpunkt 7: Verbesserung der medizinischen Versorgung in Heimen**

### **Zu Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

**Nrn. 3, 4, 6**

**§§ 87 Abs. 2j – neu, 87a, 119b SGB V**

#### **Beabsichtigte Neuregelungen**

Die Vertragspartner nach § 82 Absatz 1 und § 87 Absatz 1 SGB V sollen im Benehmen mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sowie den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene zur Verbesserung der Qualität der Versorgung bis spätestens 30. September 2013 Anforderungen an eine kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen vereinbaren.

Um eine kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von Pflegebedürftigen in stationären Pflegeeinrichtungen im Rahmen eines Kooperationsvertrags zu fördern, soll in den Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (Bema) eine zusätzliche Leistung aufgenommen werden. Ziel ist es, die Hausbesuchstätigkeit von Zahnärzten zu fördern. Dafür sollen die Vertragspartner auf Landesebene Zuschläge vereinbaren können. Die Regelung knüpft damit an die zum 1.1.2012 in Kraft getretene Regelung des § 87 Abs. 2i SGB V an.

Durch zusätzliche Vergütungen für das Aufsuchen von Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung sollen sich für die gesetzliche Krankenversicherung jährliche Mehrausgaben in Höhe von circa 3 Millionen Euro ergeben, denen nicht quantifizierbare Einsparungen durch eine Verbesserung der Mundgesundheit, die Stärkung der Prophylaxe und Zahnerhaltung sowie die Vermeidung von Komplikationen bei pflegebedürftigen Menschen gegenüberstehen.

#### **Bewertung**

Das Ziel einer koordinierten und verpflichtenden Zusammenarbeit an der sektorübergreifenden Versorgung der Versicherten wird von den Innungskrankenkassen begrüßt. Die vorgesehene Ergänzung im SGB V ist allerdings zu unpräzise, um eine Abgrenzung zu dem am 1.1.2012 in Kraft getretenen § 87 Abs. 2i SGB V zu ermöglichen. Während die Regelung in § 87 Abs. 2i SGB V von einer ergänzenden

Leistungspauschale beim Besuch von pflegebedürftigen Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen ausgeht, sieht der geplante § 87 Abs. 2j SGB V nun eine weitere Leistung vor. Denkbar ist hier die Vereinbarung einer weiteren Pauschale, mit der der Koordinations- und Kooperationsaufwand für den betreuenden Zahnarzt mit der stationären Pflegeeinrichtung abgegolten wird. Damit könnten z. B. Schulungsmaßnahmen des Pflegepersonals, ein notwendiger erhöhter apparativer Aufwand für die Behandlung oder auch Terminkoordinationen abgegolten sein. Die gesetzliche Formulierung sollte eindeutiger formuliert werden, um Abgrenzungsprobleme zum § 87 Abs. 2i SGB V ausschließen zu können.

Die zusätzliche Vergütung stellt einen Anreiz für die Verbesserung der Versorgungsstruktur in den Pflegeeinrichtungen dar, die von den Einrichtungsträgern in Zusammenarbeit mit den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, die zu einer Förderung und Koordinierung verpflichtet werden, in großem Umfang genutzt werden dürften. Die finanziellen Auswirkungen sind nicht abschätzbar, zumal diese Leistungen extrabudgetär finanziert werden sollen.

### **Änderungsvorschlag**

Die gesetzliche Formulierung des § 87 Abs. 2j SGB V sollte eindeutiger formuliert werden, um Abgrenzungsprobleme zum § 87 Abs. 2i SGB V ausschließen zu können.

## **Themenpunkt 8: Stärkere Dienstleistungsorientierung bei der Begutachtung von Antragstellern auf Leistungen der Pflegeversicherung**

### **Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

#### **Nr. 7**

#### **§ 18a SGB XI – neu – Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren**

#### **Beabsichtigte Neuregelungen**

Der GKV-Spitzenverband soll bis zum 31.03.2013 eine für alle Medizinischen Dienste der Krankenkassen verbindliche Dienstleistungsrichtlinie erlassen: Damit soll der MDK zur Entwicklung und Veröffentlichung von Servicegrundsätzen wie allgemeine Verhaltensgrundsätze und zur Errichtung eines Beschwerdemanagements verpflichtet werden.

#### **Bewertung**

Der IKK e.V. steht der Errichtung eines Beschwerdemanagements des MDK positiv gegenüber. Dies lässt eine differenzierte Betrachtungsweise auf die Beschwerden der Versicherten und deren Angehörigen zu und ist geeignet, die Qualität der Begutachtung auf einem hohen Niveau zu halten. Abgelehnt wird, in einer Richtlinie bestimmte Verhaltensgrundsätze festzuschreiben, weil hiermit der Eindruck erweckt wird, dass die Gutachter des MDK grundsätzlich gegen Verhaltensgrundsätze verstoßen. Dies ist nicht der Fall.

#### **Änderungsvorschlag**

§ 18a – neu wird wie folgt gefasst:

„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt bis zum 31. März 2013 unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen für alle Medizinischen Dienste verbindliche Richtlinien, die

1. die Pflicht der Medizinischen Dienste zur individuellen und umfassenden Information des Versicherten über das Begutachtungsverfahren, insbesondere über den Ablauf, die Rechtsgrundlagen und Beschwerdemöglichkeiten, und
2. ein einheitliches Verfahren zum Umgang mit Beschwerden betreffen.“

Die folgenden Passagen bleiben unverändert.

## **Themenpunkt 8: Stärkere Dienstleistungsorientierung bei der Begutachtung von Antragstellern auf Leistungen der Pflegeversicherung**

**Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

**Nrn. 25, 41, 6**

**§§ 53b – neu, 97d – neu, 18 SGB XI – Unabhängige Gutachter**

### **Beabsichtigte Neuregelungen**

Die Pflegekassen sollen neben dem MDK auch andere unabhängige Gutachter mit der Prüfung auf Pflegebedürftigkeit beauftragen.

### **Bewertung**

Die Möglichkeit, externe Gutachter mit der Prüfung auf Pflegebedürftigkeit zu beauftragen, wird abgelehnt. Es steht zu befürchten, dass die Qualität der Prüfung nicht sichergestellt werden kann, wenn die Begutachtung in die Hände Dritter gelegt wird. Zudem kann der MDK schon heute externe Gutachter berufen, bleibt damit aber in der Verantwortung für die Qualität der Prüfer.

### **Änderungsvorschlag**

Streichung der betreffenden Regelungen.

## **Themenpunkt 8: Stärkere Dienstleistungsorientierung bei der Begutachtung von Antragstellern auf Leistungen der Pflegeversicherung**

### **Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

#### **Nr. 6**

#### **§ 18 Abs. 3a SGB XI – neu – Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit**

#### **Beabsichtigte Neuregelungen**

Wird bei einem Antrag zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit die Entscheidungsfrist (fünf Wochen) nicht eingehalten, erhält der Versicherte ab diesem Zeitpunkt einen Betrag (zehn Euro) als nicht rückzahlbaren oder verrechenbaren Ausgleich.

#### **Bewertung**

Die Strafzahlungen für die Pflegekassen in Höhe von zehn Euro pro Verzögerungstag werden vom IKK e.V. abgelehnt. In den wenigsten Fällen sind verzögerte Bescheide den Pflegekassen anzulasten. Die Regelung würde zudem einen hohen bürokratischen Aufwand mit sich bringen, weil allein der Nachweis des Nichtverschuldens einen zusätzlichen Dokumentationsaufwand für die Pflegekasse erfordert.

#### **Änderungsvorschlag**

Streichung.

## **Themenpunkt 9: Verbesserung Beratung und Koordinierung**

### **Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

#### **Nr. 4**

#### **§ 7b SGB XI – neu – Beratungsgutscheine**

#### **Beabsichtigte Neuregelungen**

Die Kassen sollen einen konkreten Termin für eine umfassende Pflegeberatung vor Ort innerhalb von 14 Tagen anbieten oder einen Beratungsgutschein ausstellen, in dem Beratungsstellen benannt sind. Zudem soll die Kasse die Qualität der Beratung sicherstellen. Dazu soll sie Verträge mit Beratungsstellen schließen, die Anforderungen an die Beratungsleistungen und die Beratungsperson, Haftungsfragen und die Vergütung regeln.

#### **Bewertung**

Die 14-Tage-Frist ist redundant, weil eine kurzfristige Kontaktaufnahme zum Pflegebedürftigen schon in § 7 SGB XI geregelt ist und zur gelebten Praxis gehört. Der Beratungsgutschein wird abgelehnt. Die Krankenkassen sind heute per Gesetz zur Pflegeberatung verpflichtet. Diesem Auftrag gehen die Krankenkassen nach. Vereinbarungen mit unabhängigen und neutralen Beratungsstellen sind daher nicht nachzuvollziehen, zumal „unabhängig und neutral“ nicht definiert wird.

#### **Änderungsvorschlag**

Streichung.

## **Themenpunkt 10: Finanzierung**

### **Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

**Nr. 26**

**§ 55 SGB XI – Beitragssatz**

#### **Beabsichtigte Neuregelungen**

Erhöhung des Beitrags auf 2,05 % zum 1.1.2013.

#### **Bewertung**

Die Regelung ist nachvollziehbar.

#### **Änderungsvorschlag**

Keiner.