



**Stellungnahme des IKK e.V.  
zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur  
Stärkung der pflegerischen Versorgung  
und zur Änderung weiterer Vorschriften**

**(Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II)**

**Stand 24.09.2015**

**IKK e.V.**  
Hegelplatz 1  
10117 Berlin  
030/202491-0  
info@ikkev.de

## Inhalt

A) Stellungnahme .....	3
1. Einschätzung zum leistungsrechtlichen Teil.....	3
2. Einschätzung zur Finanzierung.....	10
3. Einschätzung zu den Regelungen hinsichtlich der Qualitätssicherung.....	13
B) Weiterer Regelungsbedarf aus Sicht des IKK e.V. ....	15

## **A) Stellungnahme**

Nach Inkrafttreten des ersten Pflegestärkungsgesetzes zum 01.01.2015 legt das Bundesministerium für Gesundheit nun die geplante zweite Stufe der umfassenden Pflegereform vor. Im Zentrum des Gesetzentwurfs für ein zweites Pflegestärkungsgesetz (PSG II) stehen die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes sowie eine darauf beruhende neue Begutachtungsmethodik noch in dieser Legislaturperiode. Damit ist die Basis für eine Neuausrichtung der Pflegeversicherung am Grad der Selbständigkeit der Pflegebedürftigen geschaffen. Die Innungskrankenkassen begrüßen diesen seit langem überfälligen Schritt ausdrücklich. An der Ausgestaltung der Eckpunkte hatten die Innungskrankenkassen im Expertenbeirat 2011/2012 mitgewirkt.

Maßgeblicher Bestandteil der Reform wird die Umstellung des Systems von drei Pflegestufen in fünf Pflegegrade sein. Bisher haben die Zeitkorridore in der Pflege den tatsächlichen Pflegebedarf nicht angemessen widerspiegelt. Zudem wurden Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz nicht ausreichend versorgt. Dass dieses System nicht mehr dem aktuellen Wissensstand und realen Bedarf widerspiegelt, hatten bereits 2009 die Ergebnisse des Pflege-Expertenbeirates gezeigt. Mit dem Gesetzentwurf soll die Beurteilung des Pflegebedürftigen individueller und ressourcenorientierter gestaltet und die Benachteiligung von Personen mit kognitiven Einschränkungen beseitigt werden.

Der IKK e.V. nimmt im Folgenden Stellung zu einzelnen Aspekten des Gesetzentwurfes. Im Übrigen wird auf die detaillierte Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes verwiesen.

### **1. Einschätzung zum leistungsrechtlichen Teil**

#### *Pflegebedürftigkeitsbegriff und neues Begutachtungsassessment*

Mit der neu geschaffenen Systematik der Pflegegrade werden die Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege gegenüber den Pflegebedürftigen in der stationären Pflege besser gestellt. Damit wird erstmals eine dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ folgende Anreizstruktur geschaffen. Dies hatten auch die Innungskrankenkassen lange gefordert. Durch den gesetzlich festgelegten Bestandsschutz wird kein Pflegebedürftiger, der heute bereits in eine Pflegestufe eingestuft wurde, schlechter gestellt. Den Pflegebedürftigen wird freigestellt, eine Neubegutachtung zu beantragen, ohne diese Ansprüche zu verlieren. Hier wird ein Anreiz für eine Neubegutachtung gesetzt, deren Ausmaß im Au-

genblick noch nicht abgeschätzt werden kann. Die Bundesregierung folgt hier nicht dem Votum des zweiten Expertenbeirates. Dieser hatte sich dafür ausgesprochen, den Pflegebedürftigen nach dem tatsächlich sich aus dem Begutachtungsergebnis ergebenden Pflegegrad einzustufen, auch wenn dies unterhalb des durch den Bestandsschutz gewährten Leistungsniveaus liegen würde.

Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sowie eines neuen Begutachtungsassessments und die damit einhergehende Bestandsschutzregelung werden von den Innungskrankenkassen begrüßt.

### *Pflegeberatung*

Der Gesetzentwurf sieht eine Ausweitung der Pflegeberatung vor. Damit verbunden ist ein umfangreiches Maßnahmenpaket, welches u. a. den Zugang der Pflegebedürftigen zur Pflegeberatung durch die Benennung von Ansprechpartnern durch die Pflegekassen verbessern soll. Darüber hinaus wird der GKV-Spitzenverband beauftragt, qualitative Vorgaben zu erarbeiten, die Grundlage einer neutralen Beratung bilden sollen. Das Bundesministerium für Gesundheit will sich zukünftig vom GKV-Spitzenverband durch einen Bericht über die Weiterentwicklung der Beratung informieren lassen. Die Innungskrankenkassen erkennen den Ausbau der Beratungsangebote als sinnvoll an. Durch die vorgesehenen Maßnahmen, wie auch die Förderung der strukturierten Zusammenarbeit durch Landesrahmenvereinbarungen, kann das Beratungsangebot flächendeckend ausgebaut und verbessert werden.

Bereits heute leisten die Pflegekassen durch den Einsatz qualifizierter Fachkräfte in der häuslichen Umgebung bzw. in Pflegestützpunkten wichtige und hochwertige Beratungsarbeit. Eine kooperative Zusammenarbeit von Kommunen und Kassen ist durch den gemeinsamen Betrieb von Pflegestützpunkten gewährleistet. Eine darüber hinausgehende Ausweitung des Gestaltungsspielraums der Kommunen in der Beratung, wie von der Bund-Länder-Arbeitsgruppe gefordert, sehen die Innungskrankenkassen kritisch. Das Zusammenwirken von Kranken- und Pflegekassen in der Pflegeberatung hat sich bewährt. Das Beratungsgeschehen ist originäre Aufgabe der Pflegekassen. Eine Übertragung der Verantwortung für die Pflegeberatung auf die Kommunen führt nach Auffassung der Innungskrankenkassen auch unter Qualitätsgesichtspunkten nicht zur Verbesserung der Versorgungssituation. Häufig verfügen die eingesetzten externen Berater nicht über die notwendige Qualifikation. Die Pflegekassen leisten anerkannt gute

Arbeit. Die Innungskrankenkassen fordern deshalb, die wichtige Aufgabe der Pflegeberatung auch zukünftig in den Händen der Pflegekassen zu belassen und diese nicht an Dritte zu übertragen.

Die Stärkung des Informationsangebotes für Ratsuchende auch über niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote wird begrüßt. Die Umsetzung der Veröffentlichung zum 1. Januar 2016 ist aufgrund der auf Landesebene zu schließenden Verträge mit den Kreisen und kreisfreien Städten bzw. den Ländern und dem damit verbundenen verhandlungstechnischen Aufwand, in dieser Kurzfristigkeit nicht zu realisieren. Die Umsetzung zum 1. Juli 2016 ist hingegen zwar ambitioniert – scheint aus Sicht der Pflegekassen jedoch realisierbar.

Die Innungskrankenkassen begrüßen den Ausbau der Pflegeberatung und die Stärkung des Informationsangebotes. Die Frist zur Veröffentlichung des Informationsangebotes sollte auf den 1. Juli 2016 festgelegt werden. Die Pflegeberatung sollte zudem auch zukünftig in den Händen der Pflegekassen verbleiben.

Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung kommt auch dem präventiven und gesundheitsförderlichen Potenzial der Pflegeberatung eine wachsende Bedeutung zu, um häusliche Pflegesituationen zu verbessern und damit auch einen längeren Verbleib in der häuslichen Umgebung zu sichern. Von dem pflegepräventiven Ansatz des aktuell in Abstimmung befindlichen Präventionsstärkungsgesetzes sollen entgegen dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ ab 2016 nur Pflegebedürftige in voll- und teilstationären Einrichtungen, nicht jedoch im ambulanten Bereich profitieren. Die Innungskrankenkassen votieren daher weiter dafür, Prävention auch in der ambulanten Pflege zu fördern. Die Erweiterung des Pflegekursangebotes im häuslichen Bereich um diese Präventionsleistungen wird entsprechend als sinnvoll erachtet. Die immer wieder vorgebrachte Gegenargumentation der Bundesregierung, im ambulant pflegerischen Bereich wäre die gesetzliche Krankenversicherung gemäß § 20 SGB V zuständig, ist nicht stichhaltig, da hier wie im stationären Bereich die soziale Pflegeversicherung in der Leistungspflicht ist. Führt man den Gedanken der Prävention in der Pflege ein, so muss er auch für den gesamten Leistungsbereich des SGB XI gelten.

Prävention in der Pflege sollte nicht auf die stationäre Pflege beschränkt bleiben. Die Innungskrankenkassen empfehlen, Prävention auch im ambulanten Pflegebereich zu fördern.

### Änderungsvorschlag Pflegeberatung:

§ 5 Absatz 1 Satz 1 SGB XI (Stand 24. Juli 2015) wird wie folgt gefasst:

Die Pflegekassen sollen Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Absatz 2 sowie im ambulanten Bereich für in der sozialen Pflegeversicherung Versicherte erbringen, indem sie unter Beteiligung der versicherten Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtung Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickeln sowie deren Umsetzung unterstützen.

### *Rehabilitationsbedarf von Pflegebedürftigen*

Der Medizinische Dienst prüft im Zusammenhang mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit auch, ob und in welchem Umfang Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation dafür geeignet sind, die Pflegebedürftigkeit zu beseitigen oder zu vermindern. Das ist gelebte Praxis, allerdings nicht in allen Bundesländern. Denn der Grundsatz „Reha vor Pflege“ kann nur dann greifen, wenn den Pflegebedürftigen auch ein entsprechendes Angebot an geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen zur Verfügung steht.

Die Innungskrankenkassen rechnen damit, dass mit dem bestehenden Angebot der steigende Bedarf an geriatrischer Rehabilitation auf Dauer nicht gedeckt werden kann. Es gilt vor allem, strukturelle Herausforderungen zu überwinden. So sollte es zum Beispiel möglich sein, dass eine pflegebedürftige Person von ihren pflegenden Angehörigen zur Rehabilitationsmaßnahme begleitet wird. Aus Sicht der Innungskrankenkassen müssen dafür stärkere (auch finanzielle) Anreize (wie etwa mit einem Länderstrukturfonds) gesetzt werden, die es ermöglichen, dass sich die Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation auf die besonderen Bedarfe der Pflegebedürftigen besser einstellen.

Die Versorgung von Pflegebedürftigen mit bedarfsgerechten Rehabilitationsangeboten muss verbessert werden. Die Innungskrankenkassen sehen es als erforderlich an, dass die dafür notwendigen Strukturen weiter aufgebaut und gestärkt werden.

### *Kurzzeit- und Verhinderungspflege*

Die Innungskrankenkassen bedauern, dass es der Gesetzgeber versäumt hat, die Leistungen der Kurzzeit- und Verhinderungspflege gleichzusetzen bzw. zusammenzuführen. Schon im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum ersten Teil des Pflegestärkungsgesetzes gab es hierzu vielfältige Einlassungen unterschiedlichster Experten, die eine „Fusion“ befürworteten. Aus Perspektive der Versicherten ist es nicht nachvollziehbar, warum die Leistungen für Kurzzeitpflege nicht zu 100 Prozent auch für Leistungen der häuslichen Verhinderungspflege eingesetzt werden können, wie es im umgekehrten Falle möglich ist. Hierdurch werden pflegende Angehörige schlechter gestellt.

Um den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen die Nutzung des Angebotes der „Ersatz- oder Vertretungspflegeleistungen“ zu vereinfachen, müssten Kurzzeit- und Verhinderungspflege unter bestimmten Voraussetzungen langfristig zu einer Leistungsart weiterentwickelt werden.

Kurzzeit- und Verhinderungspflege sollten zu einer Leistungsart weiterentwickelt werden.

### Änderungsvorschlag Kurzzeit- und Verhinderungspflege:

Die Leistungen der Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) und Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI) werden zusammengefasst.

### *Vergütungszuschlag für zusätzliche Betreuung und Aktivierung*

Der bisherige Vergütungszuschlag für zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 87b SGB XI wird mit dem PSG II in den § 43b SGB XI überführt. Mit der pflegefachlichen Neuausrichtung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes und der einhergehenden Systematik wird ein ganzheitlicher Ansatz verfolgt, welcher in der Einstufung bereits die Belange von Menschen mit zusätzlichem Betreuungsbedarf berücksichtigt. Die Innungskrankenkassen halten es daher für sachgerechter, den separaten Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung nach § 43b zu streichen und in den Betrag für stationäre Pflegeleistungen zu integrieren. Dies hat so zu geschehen, dass sich der Leistungsanspruch dadurch nicht verändert, d.h. weder größer noch geringer wird. Durch den Wegfall einer Prüfposition können Einsparungen bei den Verwaltungskosten erzielt werden.

Der separate Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung nach § 43b ist zu streichen und in den Betrag für stationäre Pflegeleistungen leistungsneutral zu integrieren.

### *Übergangsregelung stationäre Pflege*

Alle zum Zeitpunkt der Verkündung des Gesetzes geltenden Pflegesatzvereinbarungen sind bis zum 31. Dezember 2016 befristet. Neuverhandlungen sind ab Inkrafttreten des Gesetzes eröffnet. Für die voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen, die bis zum 30. September 2016 keine neue Vereinbarung getroffen haben, ist eine alternative Überleitung der Pflegesätze vorgesehen. Die Innungskrankenkassen begrüßen das vorgesehene Verfahren. Allerdings könnten logistische Probleme bei der Verfahrensgestaltung auftreten.

Angesichts des (kurzen) Zeitraums können die neuen Pflegesätze voraussichtlich nicht für alle Pflegeheime auf dem Verhandlungswege vereinbart werden. Die Erwartungen der Pflegeeinrichtungen an die mit der Reform verbundene Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes sind hoch. Eine Anpassung aller Vergütungsvereinbarungen im Rahmen der Verhandlung wird nur schwer möglich sein. Die dann umgestellten Pflegesätze sollten für ein Kalenderjahr, d.h. bis zum 31. Dezember 2017 gesetzlich festgeschrieben werden. Hierdurch werden direkte Neuverhandlungen von Pflegesätzen nach Umsetzung der Regelungen und denkbare Schiedsstellenverfahren vermieden. Den Pflegebedürftigen in stationären Pflegeeinrichtungen, ihren Angehörigen sowie den Leistungsträgern gibt die Festschreibung der Leistungsbeträge zusätzlich Planungssicherheit.

Die neu ausgehandelten Pflegesätze sollten bis zum 31. Dezember 2017 gesetzlich festgeschrieben werden.

### Änderungsvorschlag Übergangsregelung stationäre Pflege:

Zu Artikel 1(Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 27:

§ 92c (neu) SGB XI wird wie folgt gefasst:

Die ab dem 1. Januar 2016 geltenden Pflegesatzvereinbarungen der zugelassenen Pflegeheime gelten bis zum 31. Dezember 2016 weiter. ~~Gleiches gilt für~~ Die Pflegesatzvereinbarungen, die neu auf Grundlage des § 84 Absatz 2 in der am 1. Januar 2016 geltenden Fassung abgeschlossen werden, werden bis zum 31. Dezember 2017

festgeschrieben. Für den vorgesehenen Übergang ab dem 1. Januar 2017 sind von den Vereinbarungspartnern nach § 85 des Elften Buches Sozialgesetzbuches für die Pflegeheime neue Pflegesätze im Hinblick auf die neuen fünf Pflegegrade zu vereinbaren. Davon ausgehend sind in der vollstationären Pflege für die Pflegegrade 2 bis 5 einrichtungseinheitliche Eigenanteile zu ermitteln. Dabei kann insbesondere die Pflegesatzkommission nach § 86 das Nähere für ein vereinfachtes Verfahren unter Einbezug der alternativen Überleitung nach § 92d sowie für einen angemessenen Zuschlag für die voraussichtlichen Kostensteigerungsraten bestimmen. § 85 Absatz 3 bis 7 gilt entsprechend.

## 2. Einschätzung zur Finanzierung

Der Gesetzgeber erhöht auf der Finanzierungsseite in einem zweiten Schritt den Beitragssatz noch einmal um 0,2 Prozentpunkte. Die Bereitstellung von mehr finanziellen Mitteln zur Finanzierung dringend notwendiger Leistungen ist nachvollziehbar. Kritisch sehen die Innungskrankenkassen jedoch den Umstand, dass im Zuge der Beitragssatzerhöhung keine stärkere Differenzierung der Beitragszahlungen von Kinderlosen und Familien in Betracht gezogen wird. Die Innungskrankenkassen fordern bereits seit geraumer Zeit eine Beitragsentlastung von Familien.

Konkret schlagen die Innungskrankenkassen vor, eine Beitragsentlastung in der SPV von Familien festzuschreiben und damit das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes von 2001 vollständig umzusetzen. Gestaffelt nach der Anzahl von Kindern sollte es eine Beitragsentlastung für die versicherungspflichtigen Personen geben. Mit einer solchen Regelung würdigte man, dass Kinder das Fundament für die Zukunft des Solidarsystems darstellen. Zudem sind Kinder eine potenzielle Chance, dass deren Eltern später länger zuhause gepflegt werden können.

Die Idee dahinter ist, die im Zuge des Kinderberücksichtigungsgesetzes (KiBG) eingeführte differenzierte Beitragserhebung von Kinderlosen und Mitgliedern mit Kindern weiterzuentwickeln. In einem umlagefinanzierten Sozialversicherungssystem können künftige Leistungsausgaben logischerweise auch nur von zukünftigen Beitragszahlern erwirtschaftet werden. In diesem Sinne hat Erziehungsleistung für ein umlagefinanziertes Sozialversicherungssystem eine konstitutive Bedeutung. Dies gilt insbesondere für die Pflegeversicherung, die regelhaft ein erst im späteren Alter auftretendes Lebensrisiko absichert.

Das Bundesverfassungsgericht hat diese Argumente in seinem Urteil zur Berücksichtigung von Kindererziehung bei der Beitragserhebung in der Pflegeversicherung aus dem Jahre 2001 aufgeführt und festgestellt, dass es mit dem grundgesetzlichen Gleichheitsgrundsatz und dem besonderen Schutz der Familie unvereinbar ist, dass „Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung, die Kinder betreuen und erziehen und damit neben dem Geldbeitrag einen generativen Beitrag zur Funktionsfähigkeit eines umlagefinanzierten Sozialversicherungssystems leisten, mit einem gleich hohen Pflegeversicherungsbeitrag wie Mitglieder ohne Kinder belastet werden“ (BVerfGE, 1 BvR 1629/94 vom 03.04.2001). Aufgrund dieser systemimmanenten Funktion muss Kindererziehung mit der monetären Beitragszahlung gleichgesetzt werden.

Der im Zuge des KiBG eingeführte Zusatzbeitrag für Kinderlose erlaubt in seiner jetzigen Ausgestaltung aber keine Differenzierung nach der tatsächlichen Kinderanzahl. Von da-

her schlagen die Innungskrankenkassen eine entsprechende Änderung der jetzigen Beitragsdifferenzierung vor.

Eine Möglichkeit könnte hierbei analog dem Einkommenssteuerrecht die Einführung von Kinderfreibeträgen oder alternativ die Einführung einer kinderbezogenen Beitragsstaffelung, bei der Erhebung des Pflegeversicherungsbeitrages sein, um die Erziehungsleistung von Familien mit der monetären Beitragszahlung gleichzusetzen.

Die Erhöhung des Beitrages zur Pflegeversicherung anlässlich der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes ist nachvollziehbar. Die Innungskrankenkassen fordern die Einführung einer Familienkomponente, mit der die Beitragslast/Steuerlast von Familien reduziert wird.

### *Verwaltungskosten*

Eine Absenkung des Anteils der Verwaltungskostenpauschale der Krankenversicherung an den Leistungsausgaben der Pflegeversicherung ist nicht nachzuvollziehen. Die Erhöhung der Leistungsausgaben der Pflegeversicherung, insbesondere im PSG II, ist zwangsweise mit erheblichem Verwaltungsaufwand verbunden, weil es sich zu einem erheblichen Teil um Leistungsausweitungen mit persönlich zu erbringendem Beratungs-, Administrations- und Prüfungsaufwand handelt. Ein Beispiel ist hier die Ausweitung der Beratungsfunktion der Kranken- und Pflegekassen durch die direkte und unverzügliche Benennung eines Ansprechpartners, aber auch die angedachte Erstellung und Veröffentlichung von Leistungs- und Preisvergleichslisten durch die Landesverbände der Pflegekassen. Diese insbesondere personalintensiven Verwaltungsaufwände können nur durch die Ausweitung des Personaleinsatzes in der Pflegeversicherung erledigt werden. Der Pflegeversicherung stehen damit die in der Krankenversicherung in der vergangenen Dekade zu beobachtenden Rationalisierungsmaßnahmen durch Verringerung des Personalbedarfs absehbar nicht zur Verfügung.

Das Bundesministerium bleibt eine Erläuterung, warum es trotzdem von einer Verringerung des Verwaltungs- und damit des Personalaufwands für die Pflegeversicherung ausgeht, schuldig. Die Folgen der beabsichtigten Regelung sind absehbar: Wenn trotz steigendem Beratungs- und Administrationsbedarf die notwendigen Verwaltungsaufwände der Krankenversicherung nicht adäquat erstattet werden, bleibt den Krankenkassen als belasteten Unternehmen nur die Verringerung von abgestellten Personalressourcen. Eine gesetzlich induzierte Verringerung des Personaleinsatzes in den Pflegekassen konterkariert daher die Absicht der Bundesregierung, einen vereinfachten,

schnelleren und anspruchsorientierten Zugang zu Pflegeleistungen zu ermöglichen. Die Absenkung der Verwaltungskostenpauschale schafft absehbar erhebliche Probleme durch eine Unterfinanzierung der dringend benötigten Lotsenfunktion der Pflegeversicherung.

Die Absenkung der Verwaltungskostenpauschale wird von den Innungskrankenkassen abgelehnt.

#### Änderungsvorschlag Verwaltungskosten:

Zu Artikel 2 (Weitere Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 30:

In § 46 Absatz 3 Satz 1 SGB XI wird die bisherige Formulierung beibehalten.

### **3. Einschätzung zu den Regelungen hinsichtlich der Qualitätssicherung**

Die Bundesregierung nimmt im Bereich der Pflege die Qualitätssicherung in den Fokus. Die bisherige Schiedsstelle wird durch einen Qualitätsausschuss ersetzt. Diesem sollen maximal je zehn Vertreter der Leistungserbringer und Kostenträger angehören. Vertreter der Selbsthilfe nehmen beratend teil. Bei Nichteinigung kann das Bundesministerium für Gesundheit einen unparteiischen Vorsitzenden benennen. Eine sogenannte qualifizierte Geschäftsstelle soll auf einen Zeitraum von fünf Jahren die Arbeit des Qualitätsausschusses unterstützen.

Die Innungskrankenkassen erachten die vorgesehene Straffung der Entscheidungsstrukturen mit der verpflichtenden Einbindung der Wissenschaft bei der Weiterentwicklung der Qualitätsmessungssysteme für angemessen. Die Schaffung eines neuen wissenschaftlich fundierten Bewertungssystems befürworten die Innungskrankenkassen. Aus Sicht der Innungskrankenkassen wäre es jedoch folgerichtig gewesen, das bestehende intransparente, teilweise irreführende Bewertungssystem der Pflegenoten nicht weiterzuführen, sondern bis zur Schaffung eines neuen Bewertungssystems auszusetzen. Ein an der Versorgungsrealität ausgerichtetes, neues Qualitätsprüfungssystem sollte nunmehr dringend unter der Maßgabe eingeführt werden, dass der GKV-Spitzenverband die Richtlinienkompetenz für die vollumfängliche Regelung der Inhalte und Verfahren der Qualitätsprüfung erhält.

Als nicht sachgerecht bewerten die Innungskrankenkassen den Vorschlag, die qualifizierte Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses aus Mitteln des Ausgleichsfonds nach § 8 SGB XI zu finanzieren. Die qualifizierte Geschäftsstelle sollte in erster Linie Koordinierungs- und Beratungsaufgaben übernehmen, keine Forschungsaufgaben.

Die Innungskrankenkassen bewerten es als äußerst kritisch, dass das Bundesministerium für Gesundheit den unparteiischen Vorsitzenden für den erweiterten Qualitätsausschuss benennen darf. Dies stellt einen erheblichen Eingriff in das Selbstverwaltungsrecht dar. Unter diesem Gesichtspunkt ist ebenfalls abzulehnen, dass alle Beschlüsse des Qualitätsausschusses unter dem Genehmigungsvorbehalt des Bundesministeriums für Gesundheit stehen. Für beide vorgesehenen Regelungen ist keinerlei fachliche Begründung ersichtlich.

Die Innungskrankenkassen befürworten eine paritätische Besetzung des Qualitätsausschusses. Allerdings wäre eine gesetzliche Festlegung hilfreich, welche Leistungserbringer-Organisation Mitglied des Ausschusses sein soll, analog § 118 Absatz 2 SGB XI. Dadurch steht der gesamte Ausschuss unter staatlicher Legitimierung.

Vorstellbar wären 26 Mitglieder, 13 auf Bank der Leistungserbringer und 13 auf Bank der Kostenträger.

Die Innungskrankenkassen halten es für sachgerecht, wenn jeder Kassenart mindestens ein Sitz zugesprochen wird.

Der Vorschlag, die qualifizierte Geschäftsstelle aus Mitteln des Ausgleichsfonds nach § 8 SGB XI zu finanzieren, wird von den Innungskrankenkassen abgelehnt. Darüber hinaus fordern die Innungskrankenkassen, dass jede Kasse mit mindestens einem Sitz im Qualitätsausschuss vertreten ist. Sowohl die Benennung des unparteiischen Vorsitzenden als auch der Genehmigungsvorbehalt des Bundesministeriums für Gesundheit gegenüber den Beschlüssen des Qualitätsausschusses sind ein erheblicher Eingriff in das Selbstverwaltungsrecht.

#### Änderungsvorschlag Qualitätssicherung:

Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 3:

§ 113 (neu) Absatz 2 Satz 1 SGB XI wird wie folgt gefasst:

Der Qualitätsausschuss besteht aus Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen (Leistungsträger) und aus Vertretern der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene (Leistungserbringer) in gleicher Zahl; Leistungsträger und Leistungserbringer können jeweils höchstens dreizehn Mitglieder entsenden.

## **B) Weiterer Regelungsbedarf aus Sicht des IKK e.V.**

### *Pflegesicherstellungsbetrag*

Bei plötzlich eintretender Pflegebedürftigkeit sind die Betroffenen und ihre Angehörigen auf schnelle unbürokratische Hilfe angewiesen. Kurzfristig entstandener Pflegebedarf, Arbeitsausfall des pflegenden Angehörigen und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen müssen vorfinanziert werden. Um dies gewährleisten zu können, hilft den Betroffenen häufig nur die Aufnahme eines Kredites. Die Innungskrankenkassen schlagen daher vor, den betroffenen Pflegebedürftigen beim erstmaligen Eintritt von Pflegebedürftigkeit einen Pflegesicherstellungsbetrag zur Sicherstellung der häuslichen Pflege anzubieten. Dieser könnte dem Pflegebedürftigen im ersten Jahr in einem zweckbestimmten Rahmen zur Verfügung gestellt werden. Der Gesamtbetrag setzt sich aus Leistungen der Kurzzeit- und Verhinderungspflege sowie aus Leistungen für bauliche Wohnraumanpassungen zusammen, welche variabel (deckungsgleich) eingesetzt werden und auf Nachweis erstattet werden können. Das Ausgabenvolumen für die Pflegeversicherung bleibt in gleicher Höhe bestehen, allerdings könnten die Betroffenen das Geld bedarfsgerechter bzw. speziell nach Ihren Bedürfnissen einsetzen. Die Versicherten könnten somit selbst entscheiden, welche Leistungen sie benötigen. Gleichzeitig würde weniger Verwaltungsaufwand entstehen.

Die Innungskrankenkassen schlagen vor, den Pflegebedürftigen beim erstmaligen Eintritt von Pflegebedürftigkeit einen Pflegesicherstellungsbetrag zur Sicherstellung der häuslichen Pflege anzubieten. Der Gesamtbetrag setzt sich aus Leistungen der Kurzzeit- und Verhinderungspflege sowie aus Leistungen für bauliche Wohnraumanpassungen zusammen, welche variabel eingesetzt werden können.

### *Einführung einer Familienkomponente*

Die Innungskrankenkassen fordern eine Familienkomponente bei der Finanzierung der Pflegeversicherung. Auf die Ausführungen unter A.2. wird verwiesen.