

B Änderungen in der sozialen Pflegeversicherung

Bislang fehlt angesichts der drängenden Finanzierungsprobleme der Pflegeversicherung eine Reform, die sich als „großer Wurf“ bezeichnen ließe, weil zu erwarten wäre, dass durch die Neuregelungen die Schwierigkeiten dieses wichtigen sozialversicherungsrechtlichen Zweiges wirklich für die Zukunft überwunden würden.

Dem Bundesrat dürfte in seiner eingangs zitierten pessimistischen Bewertung zuzustimmen sein, dass auch die neuesten Reformanstrengungen im Hinblick auf die Zukunftsprobleme der Sozialversicherung nicht die vielfach erhoffte „große Reform“ bringen, sondern sich stattdessen auf gewichtige, aber nichtsdestotrotz sektorale Verbesserungen konzentrieren. Zumindest in dieser Hinsicht enthält das Gesetz aber für die Pflegeversicherung einige bemerkenswerte Ansätze.

1 Allgemeines

1.1 Grundsätze der Leistungserbringung

§ 1 Abs. 4a SGB XI n.F. bestimmt, dass geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich der Pflegebedürftigkeit von Männern und Frauen und ihres Bedarfes an Leistungen Berücksichtigung finden sollen. Außerdem soll nach Möglichkeit Bedürfnissen nach „kultursensibler Pflege“ Rechnung getragen werden.

Diese Bestimmung, die auf die Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit zurückgeht (BT-Drs. 16/8525), nimmt in ihrem ersten Teil eine Forderung des Bundesrates aus der Stellungnahme zu dem ursprünglichen Regierungsentwurf auf, die damit begründet wurde, dass bezüglich der Pflegebedürftigkeit geschlechtsspezifische Unterschiede zu verzeichnen seien (vgl. BT-Drs. 16/7439, S. 110). Der Ausschuss für Gesundheit ergänzte den Vorschlag um den Aspekt der „kultursensiblen Pflege“, die im Hinblick auf die zunehmende Zahl Pflegebedürftiger mit Migrationshintergrund erforderlich sei (BT-Drs. 16/8525, elektronische Vorabfassung, S. 128, zu Nummer 1a).

Ergänzend dazu bestimmt § 2 Abs. 2 Satz 3 SGB XI n.F., dass nach Möglichkeit Wünsche des Pflegebedürftigen nach gleichgeschlechtlicher Pflege Berücksichtigung finden sollen.

Hinweis



Obwohl dem Betroffenen kein entsprechender Rechtsanspruch eingeräumt wird – in der amtlichen Begründung heißt es, dass ein solcher Schritt im Hinblick auf die Prädominanz weiblicher Pflegekräfte ausgeschlossen sei –, verpflichtet die Bestimmung die Pflegeeinrichtungen doch dazu, entsprechenden Wünschen wann immer möglich Rechnung zu tragen (BT-Drs. 16/7439, S. 45).

1.2 Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung

Nach § 8 Abs. 3 Satz 1 SGB XI können die Spitzenverbände der Pflegekassen im Kalenderjahr Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung mit 5 Millionen EUR aus dem Ausgleichsfond durchführen. Der neue Satz 4 bestimmt, dass, soweit die Mittel im jeweiligen Haushaltsjahr nicht verbraucht werden, diese in das Folgejahr übertragen werden können. Auf diese Weise soll mehr Flexibilität im zeitlichen Ablauf der Modellvorhaben bewirkt werden (vgl. BT-Drs. 16/7439, S. 50).

Durch eine weitere Änderung § 8 Abs. 3 Satz 3 SGB XI betreffend wird außerdem die Möglichkeit eröffnet, zur Entwicklung besonders pauschalierter Pflegesätze von den Vorgaben des § 84 Abs. 2 Satz 2 SGB XI abzuweichen. Diese Vorschrift bestimmt, dass die leistungsgerechten Pflegesätze nach dem Versorgungsaufwand, den der Pflegebedürftige nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit benötigt, in drei Pflegeklassen einzuteilen sind. Mit dieser Ergänzung soll die Erprobung neuer Vergütungs- und Organisationsstrukturen anhand der individuellen Bedürfnisse der Pflegeeinrichtungen ermöglicht werden, die zu mehr Leistungsgerechtigkeit oder Transparenz bzw. zum Bürokratieabbau beitragen sollen.

Beispiel



Zulässig sind etwa Modellvorhaben, mit denen einerseits einheitliche bzw. stationsbezogene Pflegesätze oder andererseits stärker untergliederte Strukturen erprobt werden (BT-Drs. 16/7439, S. 49 f.).

1.3 Pflegebericht der Bundesregierung

Vor Inkrafttreten der Reform trug § 10 SGB XI a.F. die Überschrift „Aufgaben des Bundes“ und regelte die Bildung eines Ausschusses für Fragen der Pflegeversicherung beim Bundesministerium für Gesundheit. § 10 SGB XI n.F. betrifft nur noch die früher in § 10 Abs. 4 SGB XI normierte Verpflichtung der Bundesregierung, den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes turnusmäßig über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland zu berichten. Während das Bundesministerium für Gesundheit früher dazu verpflichtet war, diesen Pflegebericht im Abstand von jeweils drei Jahren vorzulegen, sieht § 10 SGB XI n.F. für die Zeit ab 2011 einen Vier-Jahres-Turnus vor.

1.4 Aufgaben der Pflegekassen

Gemäß § 12 Abs. 1 SGB XI sind die Pflegekassen für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ihrer Versicherten verantwortlich (vgl. § 69 SGB XI). Dabei arbeiten sie mit allen an der pflegerischen, gesundheitlichen und sozialen Versorgung Beteiligten eng zusammen. Durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurden in § 12 Abs. 1 Satz 2 SGB XI n.F. als Mittel zur Verbesserung der wohnortnahen Versorgung pflege- und betreuungsbedürftiger Menschen die Pflegestützpunkte nach § 92c SGB XI n.F. aufgenommen (ausführlich dazu Kapitel B3).

Das Zusammenwirken der Pflegekassen mit den übrigen Trägern hat gemäß § 12 Abs. 2 SGB XI den Zweck, die für den Pflegebedürftigen zur Verfügung stehenden Hilfen zu koordinieren. Die Pflegekassen haben insoweit sicherzustellen, dass im Einzelfall ärztliche Behand-

lung, Behandlungspflege, medizinische Rehabilitation und Grundpflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung nahtlos und störungsfrei ineinander greifen.

Als neues Mittel, um dieses Ziel zu erreichen, nennt § 12 Abs. 2 Satz 2 SGB XI n.F. jetzt insbesondere die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI n.F.

Außerdem bestimmt § 12 Abs. 2 Satz 3 SGB XI n.F., dass die Pflegekassen das Instrument der integrierten Versorgung (§ 92b SGB XI) nutzen und zur Sicherstellung der haus-, fach- und zahnärztlichen Versorgung darauf hinwirken, dass die stationären Pflegeeinrichtungen Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten eingehen oder nach den Regelungen des § 119b SGB V n.F. über die ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen verfahren. Diese Vorschrift bestimmt, dass die stationären Pflegeeinrichtungen unbeschadet des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigungen (§ 75 SGB V) einzeln oder gemeinsam mit dafür geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern Kooperationsverträge abschließen können.

Durch diese Neuregelung soll die teils als unzureichend kritisierte ambulante ärztliche Betreuung der Pflegebedürftigen in den Pflegeheimen verbessert werden. Zugleich können der gesetzlichen Krankenversicherung so Transport- und Krankenhauskosten erspart werden (BT-Drs. 16/7439, S. 97).

1.5 Feststellung der Pflegebedürftigkeit: Ausweitung der Begutachtung und Verfahrensbeschleunigung

Die Pflegebedürftigkeit i.S. der §§ 14, 15 SGB XI ist die wesentliche Voraussetzung dafür, dass der Betroffene Leistungen der Pflegeversicherung erhalten kann. Das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist im Wesentlichen in § 18 SGB XI geregelt:

Die Pflegekassen haben durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung prüfen zu lassen, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welche Stufe der Pflegebedürftigkeit vorliegt.

1.5.1 Besondere Berücksichtigung von Demenz und ähnlichen Leiden

Im Zuge der Erweiterung des Kreises der Leistungsberechtigten auf Personen, die, ohne pflegebedürftig zu sein, durch demenzbedingte Fähigkeitsstörungen etc. einen erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung haben, mussten auch die Aufgaben des Medizinischen Dienstes in § 18 Abs. 1 Satz 2 SGB XI n.F. erweitert werden. Entsprechende Untersuchungen hat der Medizinische Dienst der Krankenversicherung jetzt bei jedem Antragsteller durchzuführen (BT-Drs. 16/7439, S. 51). Darüber hinaus wurde durch die Änderung von § 18 Abs. 1 Satz 3 SGB XI klargestellt, dass der Anspruch des Versicherten auf medizinische Rehabilitationsleistungen nicht eingeschränkt ist (vgl. BT-Drs. 16/7439, S. 51).

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung führte nach eigenen statistischen Angaben 2006 im Rahmen der Pflegeversicherung 1.315.254 Begutachtungen durch. Nach § 18 Abs. 7 SGB XI können für die Erfüllung dieser Aufgaben Ärzte, aber auch Pflegefachkräfte etc. eingesetzt werden. 2005 bestand zwischen ärztlichen Begutachtungen und solchen durch Pflegefachkräfte ein Verhältnis von 18,2 % zu 69,3 %. Der Rest wurde von externen Gutachtern durchgeführt. Legt man einerseits die Fallzahlen von 2006, die sich ebenfalls auf rund 1,3 Millionen belaufen, sowie andererseits die Beschäftigtenzahlen von 1.948 Vollzeitstellen für Ärzte bzw. 1.183,5 Stellen für Pflegefachkräfte zu Grunde, kommen auf einen Vollzeitbediensteten des Medizinischen Dienstes allein für die Pflegeversicherung pro Jahr

rund 420 Begutachtungen. Die angesichts dessen nicht weiter verwunderliche mittlere Erledigungsdauer betrug im Jahr 2000 im ambulanten Bereich rund 59 Tage. Bis 2005 ist sie immerhin auf „nur“ noch 45,5 Tage bei einer beachtlichen „Streubreite“ von mindestens 28,3 bis zu höchstens 62,4 Tagen gesunken.²

1.5.2 Verfahrensbeschleunigung

Ungeachtet dieser statistischen Verbesserung um mehr als zwei Wochen ist der amtlichen Begründung des Regierungsentwurfes zu § 18 SGB XI n.F. darin zuzustimmen, dass im Interesse der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen noch zeitnähere Entscheidungen erforderlich sind, damit die Pflege des Betroffenen geplant und organisiert werden kann (BT-Drs. 16/7439, S. 51). Zu diesem Zweck schreibt § 18 Abs. 3 Satz 2 SGB XI n.F. vor, dass dem Betroffenen die schriftliche Entscheidung der Pflegekasse **fünf Wochen** nach der Antragstellung mitgeteilt werden soll.

Erhebliche Veränderungen hat im Interesse einer Beschleunigung in besonders dringenden Fällen bzw. Notsituationen außerdem § 18 Abs. 3, 6 und 7 SGB XI durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz erfahren (BT-Drs. 16/7439, S. 51 f.). Um das hochgesteckte Ziel einer Gesamtverfahrensdauer von nur fünf Wochen zu erreichen, bestimmt § 18 Abs. 3 Satz 1 SGB XI n.F., dass die Pflegekassen die Anträge unverzüglich an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung weiterzuleiten haben.

Auch für die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und für die Abgabe seiner Stellungnahme sieht das Gesetz relativ kurze Fristen vor:

Einwöchige Frist bei stationärer oder palliativer Versorgung oder Pflegezeit

- Befindet sich der Antragsteller im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung und liegen Hinweise darauf vor, dass er zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung in der Einrichtung begutachtet werden muss, ist die Begutachtung gemäß § 18 Abs. 3 Satz 3 SGB XI n.F. unverzüglich, spätestens aber **innerhalb einer Woche nach Antragsingang** bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen.
- Die Wochenfrist gilt auch, wenn ein naher Angehöriger des Pflegebedürftigen seinem Arbeitgeber gegenüber angekündigt hat, seinen Freistellungsanspruch nach dem Pflegezeitgesetz (sog. „Pflegezeit“) in Anspruch zu nehmen, wenn sich der Antragsteller gemäß § 18 Abs. 3 Satz 4 SGB XI n.F. in einem Hospiz befindet oder er ambulant palliativ versorgt wird.

Entsprechende Fristverkürzungen sahen bereits die Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI (Begutachtungs-Richtlinien) vom 21.03.1997 i.d.F. vom 11.05.2006 unter C 2.4, vor. Durch regionale Vereinbarungen kann die Wochenfrist in allen genannten Fällen weiter verkürzt werden.

Zweiwöchige Frist in sonstigen Fällen

Befindet sich der Antragsteller nicht im Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung, sondern in häuslicher Umgebung, ist die Begutachtung spätestens **innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrags** durchzuführen, wenn ein pflegender naher Angehöriger die Inanspruchnahme von Pflegezeit gegenüber seinem Arbeitgeber angekündigt hat.

² Vgl. Wagner/Brucker, Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2005, 2007, S. 5, 12 f., sowie die Daten für 2006 unter www.mdk.de/314.htm, abgerufen am 24.04.2008.

In demselben Zeitraum ist der Antragsteller durch den Medizinischen Dienst schriftlich über dessen Empfehlungen an die Pflegekasse zu informieren.

Hinweis



Die im Vergleich zu den Fällen, in denen sich der Pflegebedürftige in einer stationären Einrichtung aufhält, längere Frist geht auf die Überlegung zurück, dass die Begutachtung unter ambulanten Bedingungen schwieriger ist. Schließlich werden die erforderlichen Unterlagen im Krankenhaus oder in einer Rehabilitationseinrichtung in der Regel vorliegen. Wird der Pflegebedürftige dagegen häuslich gepflegt, müssen sie zunächst durch den Medizinischen Dienst gemäß § 18 Abs. 5 SGB XI von den Pflege- und Krankenkassen sowie den Leistungserbringern beschafft werden.

Gegenstand der Empfehlung des Medizinischen Dienstes

In Fällen, in denen eine beschleunigte Begutachtung vorgeschrieben ist (§ 18 Abs. 3 Satz 3 und 4 SGB XI n.F.), muss sich die Empfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung gemäß § 18 Abs. 3 Satz 6 SGB XI n.F. nur zum Vorliegen der Pflegebedürftigkeit i.S. der §§ 14 und 15 SGB XI äußern. Die weitere Begutachtung, insbesondere auch hinsichtlich der Pflegestufe, ist anschließend durchzuführen. Die Begutachtungs-Richtlinien geben vor, dass diese Schritte bei geplanter ambulanter Pflege unverzüglich im häuslichen Umfeld des Betroffenen nachzuholen sind.

Nach dem Eingang der Empfehlung des Medizinischen Dienstes bei der Pflegekasse hat diese ihre Entscheidung dem Antragsteller unverzüglich schriftlich mitzuteilen (§ 18 Abs. 3 Satz 7 SGB XI n.F.).

Durch § 18 Abs. 6 SGB XI n.F. wird die Pflicht des Medizinischen Dienstes, der Pflegekasse das Prüfungsergebnis zu übermitteln, gegenüber der vorherigen Gesetzesfassung stärker betont und außerdem gefordert, dass diese Übermittlung „unverzüglich“ geschieht, um so eine weitere Beschleunigung des Begutachtungsverfahrens sicherzustellen. Außerdem soll mit der Neufassung erreicht werden, dass tatsächlich in jedem Gutachten Aussagen dazu getroffen werden, ob und ggf. welche Maßnahmen der Prävention und medizinischen Rehabilitation im konkreten Fall erforderlich und zumutbar sind (BT-Drs. 16/7439, S. 52).

§ 18 Abs. 7 Satz 2 SGB XI n.F. befasst sich mit der Prüfung der Pflegebedürftigkeit von Kindern. Diese ist in der Regel durch besonders geschulte Gutachter mit einer Qualifikation als Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger bzw. als Kinderarzt vorzunehmen.

1.6 Dynamisierung: Überprüfung und Anpassung der Leistungen

Aus der bloßen Ermächtigung der Bundesregierung zur Anpassung der Leistungshöhe in § 30 SGB XI a.F. ist durch die Reform eine Verpflichtung geworden, ab dem Jahr 2014 im Abstand von jeweils drei Jahren die Notwendigkeit und Höhe einer Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung zu prüfen. Bei der Prüfung ist sicherzustellen, dass der Anstieg der Leistungsbeträge nicht höher ausfällt als die Bruttolohnentwicklung im gleichen Zeitraum. Obwohl in der amtlichen Begründung zu lesen steht, dass durch die Neufassung der Dynamisierungsvorschrift erreicht werden sollte, „dass die Kaufkraft der Versicherungsleistung im Interesse der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen langfristig erhalten bleibt“ (BT-Drs. 16/7439, S. 53), ergibt sich aus dem Wortlaut von § 30 SGB XI n.F. keineswegs zwingend, dass die geforderten Anpassungen lediglich Erhöhungen und nicht auch Kürzungen darstellen können. Gegen Kürzungen spricht aber, dass die kumulierte Preisentwicklung in den letzten

drei abgeschlossenen Kalenderjahren als Orientierungswert für die Anpassungen fungiert und dass sicherzustellen ist, dass der *Anstieg* der Leistungsbeträge nicht höher ausfällt als die Bruttolohnentwicklung im gleichen Zeitraum.

1.7 Vorrang der Rehabilitation vor der Pflege

§ 31 SGB XI normiert den Vorrang von Rehabilitationsmaßnahmen vor der Pflege. Zu diesem Zweck müssen die Pflegekassen im Einzelfall prüfen, welche medizinischen Rehabilitationsleistungen etc. geeignet und zumutbar sind, um die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten.

§ 31 Abs. 3 SGB XI a.F. bestimmte außerdem, dass die Pflegekasse entsprechende positive Feststellungen unverzüglich dem Versicherten und dem zuständigen Rehabilitationsträger mitzuteilen hatte. Mit der Ergänzung dieser Vorschrift will der Gesetzgeber dafür Sorge tragen, dass Möglichkeiten der Prävention und Rehabilitation zur Vermeidung der Pflegebedürftigkeit oder zur Verbesserung des Zustandes des Betroffenen besser als bisher genutzt und ausgeschöpft werden (BT-Drs. 16/7439, S. 53).

- Die Neufassung bestimmt präziser als bisher, dass die Pflegekasse den Versicherten unverzüglich informiert, wenn sie durch die Feststellungen des Medizinischen Dienstes i.S. von § 18 Abs. 6 SGB XI oder auf andere Weise feststellt, dass im konkreten Fall medizinische Rehabilitationsleistungen indiziert sind.
- Ausschließlich mit Einwilligung des Versicherten werden der behandelnde Arzt und – wie bereits früher – der zuständige Rehabilitationsträger in Kenntnis gesetzt.
- Außerdem hat die Pflegekasse den Versicherten auf seine Eigenverantwortung und Mitwirkungspflichten hinzuweisen.
- Mit Einwilligung des Betroffenen gilt die Mitteilung der Pflegekasse zudem als Antragstellung gegenüber dem Rehabilitationsträger i.S. von § 14 SGB IX. Nach der Gesetzesbegründung sollen in diesem Fall, weil kein weiteres Gutachten erforderlich ist und der zuständige Träger feststeht, die Voraussetzungen des § 14 Abs. 2 Satz 2 SGB IX vorliegen, sodass über den Antrag innerhalb von drei Wochen zu entscheiden ist. § 31 Abs. 3 Satz 4 SGB XI n.F. sieht ergänzend die unverzügliche Information der Pflegekasse über die Entscheidung des Rehabilitationsträgers vor.
- Abschließend wird die Pflegekasse verpflichtet, in angemessenem Zeitabstand zu überprüfen, ob die entsprechenden Maßnahmen tatsächlich durchgeführt wurden. Erforderlichenfalls kann die Pflegekasse außerdem Rehabilitationsleistungen nach § 32 Abs. 1 SGB XI selbst vorläufig erbringen. Auf diese Weise soll sichergestellt werden, dass der Betroffene die erforderlichen Leistungen selbst dann erhält, wenn der zuständige Rehabilitationsträger nicht tätig wird. Eine (weitere) Unterrichtung i.S. von § 32 Abs. 2 SGB XI ist dabei nicht vorgesehen (BT-Drs. 16/7439, S. 53).

Gemäß § 40 Abs. 3 Satz 6 bis 8 SGB V n.F. zahlt die Krankenkasse der Pflegekasse außerdem 3.072 EUR pro pflegebedürftigem Versicherten, für den innerhalb von sechs Monaten nach der entsprechenden Antragstellung notwendige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nicht erbracht wurden, es sei denn, die Krankenkasse hat das Ausbleiben der Leistungen nicht zu vertreten.

§ 31 Abs. 4 SGB XI a.F., der bestimmte, dass die Pflegekassen den Versicherten bei der Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitationsleistungen unterstützen, wurde im Hinblick auf diese Regelungen aufgehoben (BT-Drs. 16/7439, S. 53).

2 Beratung des Pflegebedürftigen

Ein wesentlicher Schwerpunkt der Reform ist die Verbesserung der Aufklärung und Beratung bzw. Unterstützung des Pflegebedürftigen.

2.1 Aufklärung, Beratung

Pflegebedürftige können zwischen Einrichtungen und Diensten verschiedener Träger wählen, wobei ihren angemessenen Wünschen so weit wie möglich entsprochen werden soll (sog. „Wahl- und Wunschrecht“; § 2 Abs. 2 SGB XI). Im Hinblick darauf bestimmt § 7 Abs. 3 SGB XI n.F. wie schon bereits die vorherige Fassung, dass der Pflegebedürftige Unterstützung bei der Ausübung dieser Rechte erhalten soll.

Leistungs- und Preisvergleichsliste

Zur Förderung des Wettbewerbs zwischen den Leistungserbringern und auch zur besseren Überschaubarkeit des vorhandenen Angebots soll dem Betroffenen unverzüglich nach Antragstellung durch die Pflegekasse eine Vergleichsliste über die Leistungen und Vergütungen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen ausgehändigt werden.

Anders als nach der alten Gesetzesfassung, die die Übergabe erst zusammen mit dem Bescheid verlangte, sieht die Neufassung vor, dass dem Betroffenen diese Leistungs- und Preisvergleichsliste unverzüglich nach der Antragstellung zu übermitteln ist. Diese Liste ist durch den Landesverband der Pflegekassen zur Verfügung zu stellen und zeitnah fortzuschreiben.

Notwendige Inhalte der Liste

Die Liste muss mindestens die für die jeweilige Einrichtung geltenden Festlegungen der Vergütungsvereinbarungen nach den §§ 82 ff. SGB XI und zur wohnortnahen Versorgung gemäß § 92c SGB XI enthalten und ist von der Pflegekasse um die Festlegungen in den Verträgen zur integrierten Versorgung gemäß § 92b SGB XI, an denen sie beteiligt ist, zu ergänzen.

Außerdem ist die Liste gemäß § 87b Abs. 1 Satz 4 SGB XI n.F. um Angaben zu ergänzen, welche Pflegeheime Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf erhalten, um so eine bessere Versorgung demenziell Erkrankter und vergleichbarer Personen sicherzustellen.

Neu ist außerdem, dass der Pflegebedürftige durch die Pflegekasse gleichzeitig mit der Übermittlung der Liste über

- den nächstgelegenen Pflegestützpunkt i.S. von § 92c SGB XI n.F.,
- die neu geschaffene Pflegeberatung (§ 7a SGB XI n.F.) sowie über
- die Unentgeltlichkeit von Beratung und Unterstützung zu informieren ist.

Darüber hinaus ist dem Pflegebedürftigen eine Beratung über die in seiner persönlichen Situation in Betracht kommenden Pflegeleistungen anzubieten, wobei Versicherte mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf insbesondere über anerkannte niedrigschwellige Betreuungsangebote zu unterrichten und zu beraten sind.

Zu guter Letzt ist der Pflegebedürftige von der Pflegekasse auf die Veröffentlichung der Ergebnisse von Qualitätsprüfungen hinzuweisen.

2.2 Pflegeberatung und Case-Management

Die Betroffenen haben oft einen erheblichen Unterstützungsbedarf bei Gestaltung und Durchführung der Versorgung, der sich durch bloße Beratung und Auskunft, wie sie gemäß § 7 SGB XI vorgesehen ist, nicht befriedigen lässt. Aus diesem Grund sieht § 7a SGB XI n.F. die Bereitstellung eines persönlichen Ansprechpartners vor, der Hilfe und Unterstützung im Sinne eines Fallmanagements oder „Case Managements“ leisten soll.

Im Einzelnen soll der Pflegeberater über die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung entscheiden und diese mit den Leistungen der anderen beteiligten Träger koordinieren. Durch den neuen Anspruch auf Pflegeberatung soll sichergestellt werden, dass „die Entscheidungsbefugnis über die Kernleistungen bei Pflegebedürftigkeit mit der Koordinierungsfunktion zusammenfällt“ (BT-Drs. 16/7439, S. 46).

Hinweis



Die Einführung der „Pflegeberatung“ ist eine relevante Neuerung der Reform. Als umfassendes Case-Management soll sie von der ersten Beratung des Pflegebedürftigen, seiner Angehörigen etc. über die Zusammenstellung der erforderlichen Hilfe- und Betreuungsleistungen, die Entscheidung über die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung bis hin zur Koordinierung und Abstimmung mit anderen Leistungsträgern und der anschließenden Begleitung der Leistungsanspruchnahme reichen. Der Gesetzgeber erfüllt damit Forderungen, die von Seiten der Pflegewissenschaften bereits länger erhoben wurden.