



Bundesministerium für Gesundheit · 11055 Berlin

1. Vorsitzende des  
Pflege-Selbsthilfeverbands e.V.  
Frau Adelheid von Stösser  
Am Ginsterhahn 16  
53562 St. Katharinen

**Christian Weber**

Leiter der Abteilung  
Grundsatzfragen der  
Gesundheitspolitik,  
Pflegesicherung,  
Prävention

HAUSANSCHRIFT Friedrichstraße 108, 10117 Berlin  
POSTANSCHRIFT 11055 Berlin

TEL +49 (0)30 18441-4430  
FAX +49 (0)30 18441-4439  
E-MAIL christian.weber@bmg.bund.de

Berlin, 21. Oktober 2013

Sehr geehrte Frau von Stösser,

vielen Dank für Ihr Schreiben vom 12. September 2013, in dem Sie Kritik an der Pflegestufeneinteilung in der gesetzlichen Pflegeversicherung und an der Begutachtungspraxis des MDK üben.

Die Einteilung der Pflegebedürftigkeit nach mehreren Stufen trägt dem Umstand Rechnung, dass Pflegebedürftigkeit in unterschiedlichen Schweregraden auftritt. Die mit Einführung der Pflegeversicherung getroffene Einteilung hat sich grundsätzlich bewährt; sie ist auch sinnvoll, um den Antragstellern Zugang auf Leistungen der Pflegeversicherung entsprechend der Schwere ihrer Pflegebedürftigkeit im Rahmen der Teilleistungssystematik der Pflegeversicherung zu verschaffen und damit ihren sozialrechtlichen Anspruch sicher zu stellen.

Das Verfahren der Begutachtung ist in den bundesweit einheitlich geltenden Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem Elften Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungs-Richtlinien) für alle Gutachterdienste verbindlich geregelt. Jeder Gutachter des MDK muss seine Begutachtungen auf der Grundlage dieser Richtlinien durchführen.

Wichtig ist dabei aber auch, dass die Begutachtung von weiterführender Information und Beratung bis hin zu einem individuellen Fallmanagement begleitet wird und zum Beispiel ein individuelle Versorgungsplan erstellt wird. Hierauf haben die Versicherten einen Anspruch gegenüber ihrer Pflegekasse.

Mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) ist auch dafür Sorge getragen worden, in der Breite der Tätigkeit der Medizinischen Dienste und der Gutachter nachhaltig die erforderliche Kundenorientierung zu verankern. Versicherte, die einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

gestellt haben, sollen durch das notwendige Begutachtungsverfahren so wenig wie möglich zusätzlich belastet werden. Um dies zu gewährleisten, wurde der Spitzenverband Bund der Pflegekassen verpflichtet, Richtlinien über die Servicefreundlichkeit, die Dienstleistungsorientierung und die Zusammenarbeit der Pflegekassen mit anderen unabhängigen Gutachtern der Medizinischen Dienste bei der Begutachtung zu erlassen. Diese Richtlinien sind für alle Medizinischen Dienste verbindlich und stellen deshalb ein geeignetes Instrument dar, mehr Transparenz und Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsgeschehen zu schaffen.

Insoweit Sie vermehrte Anstrengungen für Prävention und Rehabilitation ansprechen, darf ich darauf verweisen, dass durch das PNG der Grundsatz Rehabilitation vor Pflege weiter gestärkt wurde. Die Pflegekassen sind verpflichtet, Antragstellenden neben dem Leistungsbescheid eine im Rahmen der Begutachtung zu erstellende gesonderte Rehabilitationsempfehlung zu übermitteln. Die Versicherten erhalten damit konkrete und für sie nachvollziehbare Aussagen über für sie notwendige und empfehlenswerte Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation (einschl. geriatrischer Rehabilitation), aber auch über die Gründe, die gegebenenfalls einer Rehabilitationsempfehlung entgegenstehen. Damit wird Transparenz geschaffen und es können bestehende Ansprüche besser geltend gemacht werden. Zudem wurden Berichtspflichten der Pflegekassen festgelegt, um auf der Grundlage gesicherter Daten die Durchsetzung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ gezielt fördern zu können.

Mit diesen Maßnahmen korrespondiert die Stärkung der Pflegeberatung durch die Pflegekassen. Vor dem Hintergrund der umfassenden, konkreten und begründeten Information des Versicherten gehört es zu den Aufgaben der Pflegeberatung, für die Umsetzung angezeigter Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation mit allen an der Versorgung beteiligten Stellen – hierzu gehören vor allem auch die zuständigen Rehabilitationsträger – ein Angebot zu entwickeln, das auf die individuelle Unterstützung des Pflegebedürftigen zugeschnitten ist und die Inanspruchnahme dieses Angebots zu begleiten. Die Pflegekasse hat daher dem Antragsteller auch zu erläutern, welche konkreten Schritte zur Einleitung einer Maßnahme zur medizinischen Rehabilitation erforderlich sind.

Versicherte, die mit Entscheidungen ihrer Pflegekasse nicht einverstanden sind, haben auch die Möglichkeit Widerspruch einzulegen oder eine Überprüfung durch die zuständige Aufsichtsbehörde zu veranlassen.

Mit freundlichen Grüßen

