

**Gemeinsame Stellungnahme von BZÄK und KZBV  
zum Regierungsentwurf eines Gesetzes zur  
Neuausrichtung der Pflegeversicherung  
(Pflege-Neuausrichtungsgesetz-PNG)**

**BT-Drucks. 17/9369 vom 23.04.2012**

**sowie**

**zum Antrag der Abgeordneten Kathrin Senger-Schäfer, Diana Golze, Dr. Martina Bunge, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE  
(BT-Drucks. 17/9393 vom 24.04.2012)**

**und**

**zum Antrag der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, Birgitt Bender, Markus Kurth, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN  
(BT-Drucks 17/9566 vom 09.05.2012)**

<b>Deutscher Bundestag</b> Ausschuss f. Gesundheit
Ausschussdrucksache 17(14)0271(7) gel. VB zur öAnh. am 21.5. 12_Pflege-Neuausrichtungsgesetz 14.05.2012

**Allgemeine Bewertung:**

BZÄK und KZBV begrüßen die grundsätzliche Zielrichtung des Gesetzgebers mit dem PNG die Leistungsangebote in der Pflegeversicherung fortzuentwickeln und auszubauen. Dies betrifft insbesondere auch die vorgesehenen weiteren Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung. BZÄK und KZBV beschränken ihre Stellungnahme im Einzelnen aber auf solche vorgesehenen Neuregelungen mit unmittelbarem Bezug auf die (vertrags-)zahnärztliche Versorgung.

**§ 87 Abs. 2 i SGB V-E:**

Durch die vorgesehene Neufassung von § 87 Abs. 2 i SGB V soll die Abrechenbarkeit der dort vorgesehenen zusätzlichen Vergütung für das erforderliche Aufsuchen von Versicherten, die aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit oder Behinderung die Zahn-

arztpraxis nicht oder nur mit hohem Aufwand aufsuchen können, auch auf Personen ausgeweitet werden, die gem. § 45a SGB XI dauerhaft erheblich in ihrer Alltagskompetenz eingeschränkt sind.

Diese vorgesehene Ausweitung des Leistungsanspruches wird grundsätzlich begrüßt, da bei dem angesprochenen Personenkreis in der Tat eine vergleichbare Einschränkung der Möglichkeit zur Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen in der Zahnarztpraxis vorliegt wie bei den, bisher in § 87 Abs. 2 i SGB V genannten Personengruppen.

Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass die vorgesehenen Leistungen gem. § 87 Abs. 2 i SGB V-E für sich genommen und auch im Zusammenwirken mit den ferner vorgesehenen Leistungen gem. § 87 Abs. 2 j SGB V-E zwar grundsätzlich eine Verbesserung der Versorgung der jeweiligen Personengruppen im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung ermöglichen, damit aber weder die bestehenden Defizite bei den Möglichkeiten der Inanspruchnahme notwendiger vertragszahnärztlicher Leistungen beseitigt, noch die Inanspruchnahme der erforderlichen prophylaktischen Leistungen beim Zahnarzt ermöglicht werden.

Dies wird bereits dadurch unterstrichen, dass für die vorgesehene Ausweitung des anspruchsberechtigten Personenkreises in § 87 Abs. 2 i SGB V in den diesbezüglichen Begründungen kein eigener Betrag der damit für die gesetzliche Krankenversicherung verbundenen Mehrausgaben ausgewiesen ist. Insofern wird lediglich generell ausgeführt, dass mit der vorgesehenen Neufassung von § 87 Abs. 2 i SGB V und der zugleich vorgesehenen Einführung eines weiteren Leistungsanspruches in § 87 Abs. 2 j SGB V-E insgesamt für die gesetzliche Krankenversicherung jährliche Mehrausgaben in Höhe von ca. 3,5 Mio. Euro verbunden sein werden. Vor diesem Hintergrund kann auch durch die vorgesehenen Bestimmungen in § 87 Abs. 2 i und j SGB V-E keine sachgerechte, zahnmedizinisch-fachlich geboten, präventionsorientierte Versorgung der entsprechenden Versichertengruppen gewährleistet werden. Im Einzelnen wird hierzu auf die Stellungnahme zur vorgesehenen Neuregelung in § 87 Abs. 2 j SGB V-E verwiesen.

## **§ 87 Abs. 2 j SGB V-E:**

§ 87 Abs. 2 i SGB V sieht bereits jetzt eine Leistung im BEMA-Z für das erforderliche Aufsuchen von bestimmten pflegebedürftigen oder behinderten Versicherten vor, die eine Zahnarztpraxis nicht oder nur mit hohem Aufwand aufsuchen können. Darüber hinaus soll nunmehr gem. § 87 Abs. 2j SGB V-E im BEMA-Z eine weitere Leistung vorgesehen werden, die diejenige gem. Absatz 2i konsumieren und nur dann abrechenbar sein soll, wenn die gem. § 119b Abs. 2 SGB V-E festgelegten Anforderungen eingehalten werden. Gemäß den Ausführungen unter A. V. 4. in der Begründung sollen sich daraus sowie der vorgesehenen Neufassung von § 87 Abs. 2i SGB V insgesamt für die GKV jährliche Mehrausgaben in Höhe von ca. 3,5 Millionen Euro ergeben.

Die vorgesehene Neuregelung greift somit einen Ansatz auf, der bereits im Versorgungsstrukturgesetz zur Einführung einer besonderen Zuschlagsposition für die aufsuchende Versorgung behinderter und pflegebedürftiger Personen geführt hat. Die Erweiterung dieser, bereits vorgesehenen Leistung um eine weitere für die aufsuchende Versorgung nur von solchen Personen, die sich in stationären Pflegeeinrichtungen befinden auf der Grundlage von Kooperationsverträgen gem. § 119b SGB V, ist zwar als weiterer Schritt zur Verbesserung der vertragszahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen zu begrüßen, geht jedoch im Ergebnis in die falsche Richtung.

KZBV und BZÄK haben bereits im Juni 2010 gemeinsam mit den wissenschaftlichen Gesellschaften ein Konzept „Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter – Konzept zur vertragszahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen“ vorgelegt. Ziel des Konzeptes ist es, den oralen Gesundheitszustand von Pflegebedürftigen sowie von Menschen mit Behinderungen dauerhaft und nachhaltig zu verbessern. Dies erfordert über eine verbesserte Vergütung für die aufsuchende Versorgung dieses Patientenkreises hinaus zwingend einen ergänzenden präventionsorientierten Leistungskatalog, der auf die Bedürfnisse von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen abstellt und der dem größeren zahnärztlichen Behandlungsbedarf Rechnung trägt. Dabei kann auf den individualprophylaktischen Leistungen aufgebaut werden, die in § 22 SGB V bisher nur für Personen bis zur

Vollendung des 18. Lebensjahres vorgesehen sind und in ihrer Effektivität unbestritten sind. Gleichso macht es auch aus versorgungspolitischen Gründen Sinn für diese Patientengruppe die präventiven Potentiale zur Senkung meist akut veranlasster Behandlungen und gleichzeitig zur Verbesserung der Lebensqualität zu heben. Als erster Schritt müssten insbesondere bei pflegebedürftigen Patienten zumindest Maßnahmen des zahnärztlichen Präventionsmanagements, zu denen z.B. die Erhebung eines Mundhygienestatus, die Aufklärung des Patienten, seines Betreuers, des Pflegepersonals oder seiner Angehörigen über die Mundgesundheit und die Erstellung eines Plans zur individuellen Mund- und/oder Prothesenpflege zählen, vorgesehen werden.

Die nunmehr vorgesehene Beschränkung des Leistungsanspruches des Versicherten auf die unveränderten Leistungsinhalte des BEMA-Z unter bloßer Ergänzung um Leistungspositionen für die aufsuchende Versorgung wird dem besonderen Behandlungsbedarf dieser Personengruppe demgegenüber nicht gerecht. Dies gilt umso mehr, als diese Leistungen auf solche Personen beschränkt werden sollen, die sich in stationären Pflegeeinrichtungen befinden. Denn dadurch würden ohne sachlichen Grund diese Leistungen auf eine bestimmte Personengruppe beschränkt und damit alle anderen Personen, die ggf. in gleicher Weise behindert bzw. pflegebedürftig sind, alleine deshalb ausgeschlossen werden, weil sie sich nicht in einer stationären Pflegeeinrichtung befinden. Die Daten des statistischen Bundesamtes machen deutlich, dass nur ein Drittel aller Pflegebedürftigen in Deutschland in stationären Einrichtungen betreut werden. Bereits dies würde eine sachlich nicht gerechtfertigte Ungleichbehandlung dieser Personengruppen darstellen.

Es kommt hinzu, dass nach der vorgesehenen Neuregelung ein Leistungsanspruch nur dann bestehen soll, wenn die jeweilige stationäre Pflegeeinrichtung tatsächlich einen Kooperationsvertrag gem. § 119b Abs. 1 SGB V-E mit geeigneten vertragszahnärztlichen Leistungserbringern geschlossen hat. Der Leistungsanspruch des Versicherten soll damit von der Bereitschaft einer stationären Pflegeeinrichtung abhängig gemacht werden, einen entsprechenden Kooperationsvertrag zu schließen. Hieran ändert auch die, in der vorgesehenen Neufassung von § 119b Abs. 1 Satz 2 SGB V-E nunmehr vorgesehene Verpflichtung der KZV nichts, einen entsprechenden

Kooperationsvertrag „zu vermitteln“. Denn auch diese Verpflichtung der KZV ist danach weiterhin von einem Antrag der Pflegeeinrichtung bei der KZV abhängig.

Der Leistungsanspruch soll gem. § 87 Abs. 2j Satz 2 SGB V-E zudem noch zusätzlich dadurch eingeschränkt werden, dass dieser nicht nur den Abschluss eines Kooperationsvertrages gem. § 119b Abs. 1 SGB V-E, sondern zusätzlich noch eines solchen voraussetzt, der die, in § 119b Abs. 2 SGB V-E festzulegenden Anforderungen erfüllt. Unabhängig von der offengebliebenen Frage, wer für den Versicherten verbindlich über die Einhaltung dieser Voraussetzungen zu entscheiden hätte, wird der Leistungsanspruch des Versicherten danach von einer Vielzahl, weder vom Versicherten noch vom Vertragszahnarzt oder der KZV zu beeinflussenden Erfordernissen abhängig gemacht, die gerade im Hinblick auf die schwierige Lebenssituation von Personen in stationären Pflegeeinrichtungen eine tatsächliche Inanspruchnahme dieser Leistungen im erheblichen Umfang nicht erwarten lässt. Hiervon geht offenbar der Entwurf auch selber aus, da er ausweislich der diesbezüglichen Begründung infolge der neuen Leistung einschließlich der Mehrausgaben infolge der vorgesehenen Neufassung von § 87 Abs. 2i SGB V nur mit Mehrausgaben der GKV insgesamt in Höhe von 3,5 Millionen Euro im Jahr rechnet.

Soweit mit dem PNG insgesamt tatsächlich eine Verbesserung der zahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen und Personen mit Behinderungen erreicht werden soll, sollten die hierfür vorgesehenen Mittel daher zum einen nicht auf Personen beschränkt werden, die sich in stationären Pflegeeinrichtungen befinden, sondern allen Pflegebedürftigen und Personen mit Behinderungen in gleichem Maße zugutekommen. In Ergänzung zu der, bereits in § 87 Abs. 2i SGB V vorgesehenen Leistung im Rahmen der aufsuchenden Versorgung sollten die vorgesehenen Mittel zudem zumindest in einem ersten Schritt die Einführung eines zahnärztlichen Präventionsmanagements ermöglichen. Hierzu sind von BZÄK und KZBV bereits umfassende Regelungsvorschläge unterbreitet worden, die im weiteren Gesetzgebungsverfahren Berücksichtigung finden sollten.

## **§ 119b Abs. 1 Satz 2 SGB V-E**

Die bereits bisher in § 119b Abs. 2 SGB V bestehende Verpflichtung der KZV, auf Antrag der Pflegeeinrichtung Kooperationsverträge nach § 119b Satz 1 SGB V anzustreben, soll dadurch verbindlicher ausgestaltet werden, dass die KZV zukünftig derartige Verträge zu vermitteln hat.

Gemäß den obigen Ausführungen zur vorgesehenen Neufassung von § 87 SGB V stellt sowohl die Begrenzung besonderer Leistungen für Pflegebedürftige bzw. für Menschen mit Behinderungen auf solche der aufsuchenden Versorgung einerseits als auch auf die Versorgung solcher Personen, die sich in stationären Pflegeeinrichtungen befinden, auf der Grundlage von Kooperationsverträgen gem. § 119b SGB V jedenfalls im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung den falschen Weg dar. Dies zum einen deshalb, weil dadurch die fachlich erforderliche präventionsorientierte Ausrichtung der Behandlung dieser Personengruppen unterbleibt und zum anderen deshalb, weil auch die vorgesehene Förderung der aufsuchenden Versorgung ohne sachlichen Grund auf solche Personen beschränkt bleiben soll, die in stationären Pflegeeinrichtungen leben. Hieran vermag auch die nunmehr vorgesehene Verpflichtung der KZV, auf Antrag einer Pflegeeinrichtung einen entsprechenden Kooperationsvertrag zu vermitteln, nichts zu ändern.

Die KZV ist zunächst auch danach weiterhin von einem Antrag einer Pflegeeinrichtung abhängig. Die Verpflichtung zur Vermittlung eines Vertragsschlusses unabhängiger Vertragspartner beinhaltet zudem nicht die Möglichkeit der KZV, diese zum Abschluss eines Vertrages mit einem bestimmten, von der KZV für erforderlich angesehenen Vertragsinhalt zu verpflichten. Auch vor diesem Hintergrund kann nicht davon ausgegangen werden, dass infolge der vorgesehenen Neuregelung tatsächlich eine Verbesserung der zahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen bzw. von Personen mit Behinderungen generell oder auch nur von solchen erreicht werden könnte, die sich in einer stationären Pflegeeinrichtung befinden.

## **§ 119b Abs. 2 SGB V-E**

Infolge der Einfügung eines Absatzes 2 in § 119b SGB V sollen die Bundesmantelvertragspartner verpflichtet werden, im Benehmen mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sowie den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene, insbesondere zur Verbesserung der Qualität der Versorgung bis spätestens 30.09.2013 Anforderungen an eine kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen zu vereinbaren. Die Einhaltung dieser Anforderungen soll gem. § 87 Abs. 2j Satz 2 SGB V-E Voraussetzung für die Abrechnung der zusätzlichen Leistung gem. § 87 Abs. 2j SGB V-E sein.

Auch in diesem Zusammenhang wird zunächst auf die Bewertung oben zu § 87 Abs. 2j SGB V-E Bezug genommen. Vor diesem Hintergrund stellt sich auch die nunmehr vorgesehene Verpflichtung der Bundesmantelvertragspartner zur Vereinbarung von besonderen Anforderungen an die Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen, zumindest im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung, als nicht zielführend dar. Wie ausgeführt ist es bereits nicht sachgerecht, zusätzliche Leistungen auf solche Personen zu beschränken, die sich in stationären Pflegeeinrichtungen befinden und dadurch in gleichem Maße pflegebedürftige bzw. behinderte Patienten, die z.B. unter Nutzung ambulanter Pflegeleistungen weiterhin im häuslichen Umfeld leben, auszuschließen. Die Befunde und die daraus resultierenden Behandlungs- und Präventionserfordernisse hängen weder von der Wohnsituation des Patienten noch vom Abschluss eines Kooperationsvertrages i.S.v. § 119b SGB V ab. Daher kann auch der Leistungsanspruch des Versicherten nicht hierauf bezogen werden.

Im Gegensatz zur ärztlichen Behandlung setzt die zahnärztliche Versorgung auch in der Regel keine Zusammenarbeit verschiedener medizinischer Fachrichtungen voraus. Auch bedingen die erforderlichen zahnmedizinischen Präventions- und Behandlungsleistungen in der Regel weder stationäre Krankenhausaufenthalte noch damit verbundene Krankentransporte. Die zahnmedizinische Versorgung von pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen setzt vor diesem Hintergrund auch keine besonderen Maßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung z.B. an Wochenenden oder Regelungen zur Rufbereitschaft voraus, wie sie in der Begründung zur

vorgesehenen Neufassung von § 119b SGB V als Versorgungsziele im Bereich der ärztlichen Versorgung genannt werden. Fragestellungen der Kooperation und der Vernetzung stellen sich im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung daher, wenn überhaupt, in wesentlich geringerem Umfang als im Bereich der ärztlichen Versorgung. Daher ist die Vereinbarung spezieller Anforderungen insofern durch die Bundesmantelvertragspartner insbesondere dann sachlich nicht geboten, wenn deren Einhaltung zudem auch noch als Voraussetzung für einen Leistungsanspruch des Versicherten in einer stationären Pflegeeinrichtung ausgestaltet werden soll.

Es kommt hinzu, dass nach dem Wortlaut der vorgesehenen Neufassung von § 119b Abs. 2 SGB V-E die Vereinbarung „Anforderungen an eine kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Versorgungseinrichtungen“ umfassen soll. Demgegenüber wird in der Begründung zur vorgesehenen Neufassung von § 87 SGB V (Seite 107 des Regierungsentwurfes) ausgeführt, in einer solchen bundesweiten Vereinbarung seien konkret die Anforderungen, Aufgaben sowie Qualitäts- bzw. Versorgungsziele sowie das Nähere über das Abrechnungsverfahren der zusätzlichen Vergütung festzulegen. Diese Aussagen in der Begründung zu § 87 SGB V finden im vorgesehenen Wortlaut des § 119b Abs. 2 SGB V-E noch nicht einmal Anklang. Sie stehen auch jedenfalls in ihren Aussagen zu Regelungen zur Abrechnung der Vergütung im Widerspruch zur vorgesehenen Fassung von § 87 Abs. 2 j SGB V-E, wonach auch die vorgesehene zusätzliche Leistung für Leistungen, die im Rahmen eines Vertrages nach § 119b Abs. 1 SGB V erbracht werden, im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen zu regeln ist.

Auch hinsichtlich der Einbeziehung dieser Leistungen in die Gesamtvergütung und der sich daraus konkret ergebenden Vergütung für den Vertragszahnarzt sowie deren Abrechnung besteht keine Vertragskompetenz der Bundesmantelvertragspartner, sondern diese kommt gem. § 85 SGB V alleine den Gesamtvertragspartnern auf Landesebene zu. Dies auch deshalb, weil es sich auch bei dieser Vergütung um eine solche für vertragszahnärztliche Leistungen handelt, für deren Abrechnung die allgemeinen Bestimmungen in den §§ 294 ff SGB V gelten. Den Vertragspartnern gem. § 119b Abs. 2 SGB V-E kommt bereits danach, aber auch nach dem vorgesehenen

Inhalt von § 119b Abs. 2 SGB V-E keinerlei Kompetenz zu, von diesen Bestimmungen etwa abweichende Regelungen zu treffen.

Insbesondere besteht in diesem Zusammenhang keine Berechtigung dafür, etwa Regelungen zur Abrechnung der Vergütung vertragszahnärztlicher Leistungen im Benehmen mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sowie den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene zu treffen, die weder in die Leistungserbringung noch in die Leistungsabrechnung oder –prüfung einbezogen sind.

(14.05.2012)