

Evaluation der Kostenabgrenzungs- Richtlinien nach § 17 Abs. 1b SGB XI

Evaluation der Richtlinien des GKV-Spitzenverbands zur Kostenabgrenzung zwischen Kranken- und Pflegeversicherung bei Pflegebedürftigen, die einen besonders hohen Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen haben (Kostenabgrenzungs-Richtlinien) gemäß § 17 Abs. 1b SGB XI

Abschlussbericht

Kontakt:

Hans-Dieter Nolting
T +49 30 230 809 62
hans-dieter.nolting@iges.com

IGES Institut GmbH

Friedrichstraße 180
10117 Berlin

www.iges.com

Abschlussbericht
für den GKV-Spitzenverband
Berlin, 20. Dezember 2018

Inhalt

Zusammenfassung	8
1. Hintergrund	10
2. Methodik	12
2.1 Fallzählerhebung	12
2.2 Befragungen	13
2.2.1 Operationalisierung der Auswirkungen auf die „Praktikabilität“	13
2.2.2 Ablauf der Befragungen	16
2.2.3 Auswertung der Befragungen	18
3. Ergebnisse	21
3.1 Anzahl von der Kostenabgrenzung betroffene Versicherte	21
3.2 Auswirkungen der Kostenabgrenzungs-Richtlinien auf Kranken- bzw. Pflegekassen	23
3.3 Auswirkungen der Kostenabgrenzungs-Richtlinien auf den MDK	30
3.4 Auswirkungen der Kostenabgrenzungs-Richtlinien auf Pflegedienste	33
3.5 Auswirkungen der Kostenabgrenzungs-Richtlinien auf Versicherte	43
4. Diskussion	52
Literaturverzeichnis	56
Abbildungen	4
Tabellen	6
Abkürzungsverzeichnis	7

Abbildungen

Abbildung 1:	Schätzung der Verteilung der von der Kostenabgrenzung betroffenen Versicherten nach Pflegegrad	22
Abbildung 2:	Beurteilung der Praktikabilität der Kostenabgrenzungs-Richtlinien im Vergleich zum Vorgehen vor dem 01.01.2017	23
Abbildung 3:	Veränderung des Arbeitsaufwands bei der Genehmigung von Verordnungen der häuslichen Krankenpflege für betroffene Versicherte durch das Inkrafttreten der Kostenabgrenzungs-Richtlinien	24
Abbildung 4:	Veränderung der Abrechnung mit Pflegediensten durch das Inkrafttreten der Kostenabgrenzungs-Richtlinien	25
Abbildung 5:	Veränderung des Beratungsbedarfs betroffener Versicherter bezüglich der Kostenabgrenzung durch das Inkrafttreten der Kostenabgrenzungs-Richtlinien	26
Abbildung 6:	Beauftragung des MDK mit Gutachten, die eine Zeitbemessung für die Grundpflege/körpernahe Pflege beinhalteten, nach Inkrafttreten der Kostenabgrenzungs-Richtlinien, also nach dem 01.01.2017	28
Abbildung 7:	Beurteilung der Praktikabilität der Kostenabgrenzungs-Richtlinien im Vergleich zum Vorgehen vor dem 01.01.2017	30
Abbildung 8:	Durchführung von Zeitbemessungen für die Grundpflege/körpernahe Pflege nach Inkrafttreten der Kostenabgrenzungs-Richtlinien, also nach dem 01.01.2017	31
Abbildung 9:	Veränderung des Arbeitsvolumens durch das Inkrafttreten der Kostenabgrenzungs-Richtlinien, außerhalb der Erstellung von Gutachten im Zusammenhang mit Widersprüchen oder Klagen	32
Abbildung 10:	Beurteilung der Praktikabilität der Kostenabgrenzungs-Richtlinien im Vergleich zum Vorgehen vor dem 01.01.2017	33
Abbildung 11:	Veränderung des Aufwands für den Abschluss eines Pflegevertrags mit einem betroffenen Kunden durch das Inkrafttreten der Kostenabgrenzungs-Richtlinien	34
Abbildung 12:	Veränderung der Abrechnung von Leistungen für betroffene Kunden durch das Inkrafttreten der Kostenabgrenzungs-Richtlinien	35
Abbildung 13:	Veränderung der Häufigkeit von Beanstandungen von Abrechnungen im Zusammenhang mit der Kostenabgrenzung durch das Inkrafttreten der Kostenabgrenzungs-Richtlinien	38
Abbildung 14:	Veränderung der Häufigkeit von Beanstandungen von Abrechnungen im Zusammenhang mit der Kostenabgrenzung durch das Inkrafttreten der Kostenabgrenzungs-Richtlinien	39

Abbildung 15:	Veränderung der Häufigkeit von Beanstandungen von Abrechnungen im Zusammenhang mit der Kostenabgrenzung durch das Inkrafttreten der Kostenabgrenzungs-Richtlinien	40
Abbildung 16:	Durchführung von Beratung betroffener Kunden speziell zum Thema Kostenabgrenzung	41
Abbildung 17:	Änderung des Beratungsbedarfs betroffener Kunden durch das Inkrafttreten der Kostenabgrenzungs-Richtlinien	42
Abbildung 18:	Anteil der betroffenen Versicherten, denen bereits bekannt war, dass bei ihren Pflegeleistungen eine Kostenabgrenzung erfolgt	44
Abbildung 19:	Anteil der betroffenen Versicherten, denen bereits bekannt war, dass bei ihren Pflegeleistungen eine Kostenabgrenzung erfolgt, unterteilt nach Art der Kostenabgrenzung	45
Abbildung 20:	Anteil der betroffenen Versicherten, denen bereits bekannt war, dass bei ihren Pflegeleistungen eine Kostenabgrenzung erfolgt, unterteilt nach Pflegegrad	46
Abbildung 21:	Anteil der betroffenen Versicherten, denen bereits bekannt war, dass bei ihren Pflegeleistungen eine Kostenabgrenzung erfolgt, unterteilt nach Altersgruppe	46
Abbildung 22:	Informationsquellen, aus denen betroffene Versicherte von der Kostenabgrenzung erfahren haben	47
Abbildung 23:	Anteil der betroffenen Versicherten, die sich ausreichend über die Kostenabgrenzung informiert fühlen	48
Abbildung 24:	Anteil der betroffenen Versicherten, die sich ausreichend über die Kostenabgrenzung informiert fühlen. Nur Versicherte, denen bereits bekannt war, dass bei ihren Pflegeleistungen eine Kostenabgrenzung erfolgt	49
Abbildung 25:	Anteil der betroffenen Versicherten, die sich ausreichend über die Kostenabgrenzung informiert fühlen, unterteilt nach Pflegegrad	50
Abbildung 26:	Anteil der betroffenen Versicherten, die sich ausreichend über die Kostenabgrenzung informiert fühlen, unterteilt nach Altersgruppe	50
Abbildung 27:	Informationsquellen, aus denen die betroffenen Versicherten mehr über die Kostenabgrenzung erfahren möchten	51

Tabellen

Tabelle 1:	Rücklauf der Befragungen	18
Tabelle 2:	Antworten betroffener Versicherter nach Pflegegrad	19
Tabelle 3:	Antworten betroffener Versicherter nach Altersgruppe	19
Tabelle 4:	Antworten betroffener Versicherter nach Art der Kostenabgrenzung	19
Tabelle 5:	Anzahl Widersprüche und Klagen in den Jahren 2016 und 2017 aufgrund der Kostenabgrenzung	27
Tabelle 6:	Anzahl der Pflegedienste, die die jeweilige Anzahl Beanstandungen von Abrechnungen für betroffene Kunden im Zusammenhang mit den Kostenabgrenzungs-Richtlinien im Jahr 2017 angaben	37

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
Abs.	Absatz
BSG	Bundessozialgericht
bzw.	beziehungsweise
d. h.	das heißt
ggf.	gegebenenfalls
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
S.	Satz
SGB	Sozialgesetzbuch
u. a.	unter anderem
z. B.	zum Beispiel

Zusammenfassung

Die Kostenabgrenzung ist ein Verfahren der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung, das ambulant versorgte Pflegebedürftige betrifft, die einen „besonders hohen Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen haben und Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 SGB V sowie Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI durch dieselbe Pflegekraft beziehen“¹. Die seit dem 01.01.2017 in Kraft getretenen Kostenabgrenzungs-Richtlinien regeln, nach welchem Verfahren die Zeitanteile zur Abgrenzung der Kosten zwischen Kranken- und Pflegeversicherung festgestellt werden. Dazu wird pauschal und gestaffelt nach Pflegegraden festgelegt, wie viele Minuten pro Tag über die Pflegekasse zu finanzieren sind. Dieser Zeitanteil der Pflegekasse wird vom Zeitaufwand, den die Krankenkasse zu tragen hat, in Abzug gebracht.

Die Kostenabgrenzungs-Richtlinien sind laut § 17 Abs. 1b S. 4 SGB XI einer wissenschaftlichen Evaluation zu unterziehen. Der vorliegende Bericht enthält die Ergebnisse dieser Evaluation.

Ziel der Evaluation war es, die Praktikabilität der Kostenabgrenzungs-Richtlinien aus Sicht der Kranken- bzw. Pflegekassen, des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK), an der Intensivpflege beteiligter Pflegedienste und betroffener Versicherter zu untersuchen. Weiterhin sollte die Fallzahl pro Pflegegrad, bei denen eine Kostenabgrenzung nach den Kostenabgrenzungs-Richtlinien erfolgt, eruiert werden.

Zur Eruiierung der Fallzahl wurde ausgehend von einer Fallzahlerhebung bei acht Kranken- bzw. Pflegekassen, die eine Mischung aus bundesweit geöffneten und regionalen Kassen darstellten, eine Schätzung durchgeführt. Die Schätzung bezieht sich dabei auf von der Kostenabgrenzung insgesamt betroffenen Versicherte (also die Summe der Betroffenen, für die noch die alte Regelung gilt und der bereits von den Kostenabgrenzungs-Richtlinien erfassten Personen). Dieser Ansatz wurde gewählt, da die Anzahl der von den Kostenabgrenzungs-Richtlinien betroffenen Versicherten zum Zeitpunkt der Evaluation aufgrund der erst kürzlich erfolgten Umstellung auf die Richtlinien noch keinen stabilen Wert erreicht hatte und somit nicht aussagekräftig wäre. Auf alters- und geschlechtsadjustierter Basis ergibt die Hochrechnung ca. 10,4 von der Kostenabgrenzung betroffene Versicherte je 100.000 GKV-Versicherte (95 %-Konfidenzintervall 5,4 bis 15,4). In absoluten Zahlen sind dies ca. 7.500 betroffene Versicherte (95 %-Konfidenzintervall 3.900 bis 11.200). Die betroffenen Versicherten haben überwiegend Pflegegrad 5 (45 Prozent) oder 4 (29 Prozent).

Die Praktikabilität der Kostenabgrenzungs-Richtlinien wurde mittels Befragungen untersucht. Es beteiligten sich 18 Kranken- bzw. Pflegekassen (von 24 eingeladenen), 14 MDK (von 15), 17 Pflegedienste (von 102) und 639 betroffene Versicher-

¹ Abschnitt 3 „Geltungsbereich“ der Kostenabgrenzungs-Richtlinien nach § 17 Abs. 1b SGB XI

te (von 1.218). Die Befragungsergebnisse zeigen, dass es bei der praktischen Umsetzung der Kostenabgrenzungs-Richtlinien bzw. der Kostenabgrenzung zu einzelnen Herausforderungen kommt. Hierfür sollte eine Information der Kranken- bzw. Pflegekassen erwogen werden. Insgesamt schätzen die Kranken- bzw. Pflegekassen und die MDK die Praktikabilität der Kostenabgrenzungs-Richtlinien als verbessert im Vergleich zum vorherigen Verfahren ein.

Seitens der Pflegedienste zeigt die Befragung ein durchmisches Bild wobei berücksichtigt werden muss, dass die Ergebnisse zum Teil auf Missverständnissen bzw. einer generellen Ablehnung der Kostenabgrenzung beruhen und nicht spezifisch sind für die Änderungen, die sich durch die Kostenabgrenzungs-Richtlinien ergaben. Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass die Rücklaufquote bei den Pflegediensten mit 17 Prozent relativ niedrig war, was die Allgemeingültigkeit der Ergebnisse einschränkt. Die Befragung der Versicherten ergab eine gute Praktikabilität der Kostenabgrenzungs-Richtlinien in dem Sinne, dass die Mehrzahl der Versicherten die Durchführung der Kostenabgrenzung nicht wahrnimmt. Die meisten Versicherten, die von der Kostenabgrenzung wussten, fühlen sich ausreichend über die Kostenabgrenzung informiert.

Aus Sicht der Evaluatoren ist insgesamt festzustellen, dass sich das in den Kostenabgrenzungs-Richtlinien beschriebene Verfahren für die Kostenabgrenzung eng an dem vorherigen Verfahren, das auf den Vorgaben des Bundessozialgerichtes² beruhte, orientiert: es erfolgt weiterhin eine Aufteilung der Zeit, die Anteile werden jedoch nicht mehr individuell ermittelt, sondern pauschal festgelegt. Die Kostenabgrenzungs-Richtlinien haben jedoch die Praktikabilität des Verfahrens der Kostenabgrenzung verbessert und es besteht lediglich in einzelnen Bereichen der praktischen Umsetzung Verbesserungspotenzial.

² Urteil vom 17.06.2010 (B 3 KR / 09 R)

1. Hintergrund

Wenn Versicherte mit sehr hohem Pflegebedarf (in der Regel im Umfang von 24 Stunden pro Tag) sowohl Leistungen der häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 SGB V, als auch häusliche Pflegehilfe gemäß § 36 SGB XI durch dieselbe Pflegefachkraft erhalten, ist eine Kostenabgrenzung zwischen Kranken- und Pflegeversicherung erforderlich. Nach einem Urteil des Bundessozialgerichts (BSG-Urteil B 3 KR 7/09 R vom 17.06.2010) sind in diesen Fällen die auf die „reine Grundpflege“ – d. h. die Zeiten, in denen keine krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen erfolgen – entfallenden Aufwände hälftig zwischen Kranken- und Pflegekasse aufzuteilen.

Bis zum Jahresende 2016 wurde die Kostenabgrenzung auf Grundlage des Zeitaufwands für die „reine Grundpflege“ vorgenommen, der vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) im Rahmen einer Begutachtung im Einzelfall ermittelt wurde. Der gemessene Zeitaufwand der „reinen Grundpflege“ wurde zur Berechnung der Kostenabgrenzung hälftig zwischen Krankenkasse und Pflegekasse aufgeteilt. Sofern die hauswirtschaftliche Versorgung von derselben Pflegekraft erbracht wurde, wurden diese Zeitanteile ebenfalls hälftig berücksichtigt. Mit Einführung des neuen Begutachtungsinstruments in der Sozialen Pflegeversicherung (§ 15 SGB XI) werden keine Zeitaufwände für pflegerische Verrichtungen mehr ermittelt und auch der Begriff der „Grundpflege“ wurde im SGB XI aufgegeben. Daher musste für die Kostenabgrenzung ein neuer Verfahrensansatz entwickelt werden. Der neue Ansatz muss den Vorgaben aus dem oben genannten BSG-Urteil gerecht werden und mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff (§ 14 SGB XI) sowie dem neuen Verfahren zur Begutachtung der Pflegebedürftigkeit (§ 15 SGB XI) in Einklang stehen.

Dem gesetzlichen Auftrag in § 17 Abs. 1b SGB XI folgend hat der GKV-Spitzenverband die „Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Kostenabgrenzung zwischen Kranken- und Pflegeversicherung bei Pflegebedürftigen, die einen besonders hohen Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen haben (Kostenabgrenzungs-Richtlinien) nach § 17 Abs. 1b SGB XI“ am 16.12.2016 erlassen. Die Kostenabgrenzungs-Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes gelten für Versicherte, die ab dem 01.01.2017 erstmals in den Geltungsbereich der Richtlinien fallen. Weiterhin gelten sie für Versicherte, bei deren Leistungen bereits vor dem 01.01.2017 eine Kostenabgrenzung stattfand, wenn für solche Bestandsversicherte nach dem 01.01.2017 eine erneute Begutachtung der Pflegebedürftigkeit (z. B. Änderungsbegutachtung, Wiederholungsbegutachtung) durchgeführt wurde. An dieser Stelle sei bereits angemerkt, dass hiermit gemeint ist, dass eine Umstellung nur erfolgt, wenn bei der erneuten Begutachtung ein anderer Pflegegrad festgestellt wurde (siehe Kapitel 3.2).

Das in den Richtlinien kodifizierte neue Verfahren sieht für die Pflegegrade 2 bis 5 jeweils einen bestimmten Minutenwert vor, für den die Pflegeversicherung aufzukommen hat. Das bedeutet konkret, dass die entsprechende Minutenzahl von

dem täglichen Zeitumfang der häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 SGB V in Abzug gebracht wird, ggf. korrigiert um Zeiten, in denen die pflegerische Versorgung von Angehörigen übernommen wird. Die pauschalen Minutenwerte wurden aus Daten zu den vom MDK im Jahr 2016 festgestellten Zeitaufwänden für die „reine Grundpflege“, differenziert nach Pflegestufen des alten Rechts, abgeleitet.

Nach § 17 Abs. 1b S. 4 SGB XI hat der GKV-Spitzenverband eine wissenschaftliche Evaluation der Kostenabgrenzungs-Richtlinien in Auftrag zu geben. Der hier vorliegende Abschlussbericht enthält die Ergebnisse dieser Evaluation.

Im Rahmen der Evaluation wurde untersucht, welche Auswirkungen die Kostenabgrenzungs-Richtlinien nach § 17 Abs. 1b SGB XI auf Pflege- bzw. Krankenkassen, den MDK, Leistungserbringer und Versicherte haben. Im Einzelnen sollten folgende Fragestellungen analysiert werden:³

- ◆ „Fallzahl pro Pflegegrad bei denen eine Kostenabgrenzung nach den Kostenabgrenzungs-Richtlinien erfolgt.“
- ◆ „Allgemeine Praktikabilität des Verfahrens
- ◆ Auswirkungen des Verfahrens auf die betroffenen Versicherten/Zufriedenheit,
- ◆ Auswirkungen des Verfahrens auf die Pflege- und Krankenkassen
 - Anzahl von Widerspruchs- und Klageverfahren
 - Sonstige Erfahrungen der Pflege- und Krankenkassen mit dem Kostenabgrenzungsverfahren ab dem 01.01.2017,
 - Es ist außerdem zu eruieren, ob in Einzelfällen des 24-Stunden-Bedarfs an häuslicher Krankenpflege neben der Pauschalregelung ein zusätzlicher Bedarf an Gutachten zur Zeitbemessung im Bereich der „Grundpflege“ besteht (z. B. im Rahmen von Widerspruchs- und Klageverfahren).
- ◆ Erfahrungen der an der Intensivpflege beteiligten Pflegedienste.“

Zur Untersuchung der genannten Fragestellungen wurden Befragungen bei Kranken- bzw. Pflegekassen, dem MDK, an der Intensivpflege beteiligten Pflegediensten und betroffenen Versicherten durchgeführt. Weiterhin wurden Fallzahlen bei ausgewählten Kranken- bzw. Pflegekassen erhoben. Die Vorgehensweise ist im Kapitel 2 (Methodik) näher beschrieben. Die Ergebnisse der Befragungen und der Fallzahlerhebung werden in Kapitel 3 (Ergebnisse) dargestellt. In Kapitel 4 schließt eine Diskussion der Ergebnisse an, einschließlich Schlussfolgerung bzw. Empfehlungen für die weitere Umsetzung der Kostenabgrenzungs-Richtlinien.

³ Leistungsbeschreibung „Evaluation der Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Kostenabgrenzung zwischen Kranken- und Pflegeversicherung bei Pflegebedürftigen, die einen besonderen hohen Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen haben (Kostenabgrenzungs-Richtlinien) gemäß § 17 Abs. 1b SGB XI“

2. Methodik

Die Evaluation der Kostenabgrenzungs-Richtlinien beruht auf zwei methodischen Ansätzen:

1. Erhebung von Fallzahlen durch Kranken- bzw. Pflegekassen (siehe Kapitel 2.1)
2. Befragungen von Kranken- bzw. Pflegekassen, MDK, Pflegediensten und betroffenen Versicherten (siehe Kapitel 2.2)

2.1 Fallzählerhebung

Ziel der Fallzählerhebung war es zu ermitteln, wie viele Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) von der Kostenabgrenzung betroffen sind. Dazu wurde bei einer Stichprobe von Kranken- bzw. Pflegekassen zunächst die Gesamtzahl ihrer betroffenen Versicherten erhoben. Ausgehend von den so erhobenen Daten wurde eine alters- und geschlechtsadjustierte Hochrechnung durchgeführt.

An der Fallzählerhebung waren acht Kranken- bzw. Pflegekassen beteiligt. Dabei handelte es sich um vier bundesweit geöffnete Kassen und vier regionale Kassen. Die acht Kassen gehören zu den Top 25 Krankenkassen gemäß den Mitgliederzahlen. Insgesamt haben die acht Kassen circa 26,8 Millionen Versicherte.

Die acht Kranken- bzw. Pflegekassen stellten folgende Daten zur Verfügung:

- ◆ **Vollerhebung der Anzahl der von der Kostenabgrenzung betroffenen Versicherten:** Anzahl betroffene Versicherte der jeweiligen Krankenkasse am Stichtag 31.03.2018. Betroffene Versicherte sind Versicherte, bei denen eine Kostenabgrenzung erfolgte. Die Anzahl der von der Kostenabgrenzung betroffenen Versicherten wurde unterteilt nach Art der Kostenabgrenzung (Kostenabgrenzungs-Richtlinien oder vor dem 01.01.2017 geltende Regelung), nach Alter und Geschlecht (Gruppierungen der KM6 Statistik) sowie nach Pflegegrad. Bei den Versicherten, bei denen die Kostenabgrenzung auf Grundlage der Regelung von vor dem 01.01.2017 erfolgte, wurde der übergeleitete Pflegegrad angegeben.
- ◆ **Vollerhebung der Gesamtzahl Versicherte:** Anzahl Versicherte der jeweiligen Krankenkasse am Stichtag 01.07.2018 bzw. 01.07.2017. Die Anzahl der Versicherten wurde unterteilt nach Alter und Geschlecht.

Für jedes Alters-Geschlechts-Stratum wurde der Anteil betroffener Versicherter im Verhältnis zu allen Versicherten der acht Kranken- bzw. Pflegekassen berechnet. Die Anteile wurden dann mit der Anzahl der Versicherten je Stratum in der GKV multipliziert und die daraus resultierenden Zahlen aufsummiert, um die Schätzung der Anzahl betroffener Versicherter in der gesamten GKV zu erhalten. Für die Alters- und Geschlechtsverteilung der Versicherten in der GKV wurde die KM6 Statistik vom 01.07.2018 verwendet.

Da es sich bei den acht teilnehmenden Kranken- bzw. Pflegekassen um eine Stichprobe der 110 Kranken- bzw. Pflegekassen der GKV handelt, wurde für die Schätzung der Anzahl betroffener Versicherter ein Konfidenzintervall ermittelt, das die statistische Genauigkeit der Schätzung beschreibt. Die Varianz der Anzahl betroffener Versicherter wurde mittels eines Jackknife Varianzschätzers für stratifizierte zweistufige Cluster Stichproben ermittelt (Lee *et al.* 2016). Die Jackknife-Methode wird bei einfachen Zufallsstichproben angewandt und stellt sicher, dass keine Unterschätzung der Varianz erfolgt. Das Konfidenzintervall wurde dann mittels der Standardabweichung (Wurzel der Varianz) multipliziert mit 1,96 berechnet.

Die Unterteilung nach Pflegegrad erfolgte anhand der durchschnittlichen Verteilung der Pflegegrade bei den betroffenen Versicherten der acht Kranken- bzw. Pflegekassen. Ausnahmefälle mit Pflegegrad 1 ($n = 19$) oder ohne Pflegegrad ($n = 13$) wurden bei der Verteilung auf die Pflegegrade nicht berücksichtigt.

Es ist zu beachten, dass die Hochrechnung basierend auf der Anzahl von der Kostenabgrenzung betroffener Versicherter durchgeführt wurde, also Versicherten, die entweder unter die Kostenabgrenzungs-Richtlinien fallen oder unter die Regelung von vor dem 01.01.2017. Dieser Ansatz wurde gewählt, da zum Zeitpunkt der Evaluation (Mitte 2018) noch nicht alle existierenden Fälle unter die Kostenabgrenzungs-Richtlinien fallen. Insofern wäre die Anzahl der von den Kostenabgrenzungs-Richtlinien betroffenen Versicherten nur eine vorübergehende Statistik, die keine Aussage über die insgesamt betroffene Anzahl von Versicherten macht. Da sich der Geltungsbereich der Kostenabgrenzung mit Einführung der Kostenabgrenzungs-Richtlinien nicht geändert hat, ist anzunehmen, dass sich die Gesamtzahl der von den Kostenabgrenzungs-Richtlinien betroffenen Versicherten im weiteren Zeitverlauf der im Rahmen der Evaluation geschätzten Anzahl der von der Kostenabgrenzung betroffenen Versicherten annähern wird. Somit ist die gewählte Vorgehensweise angemessen, um die Fallzahl zu eruieren.

2.2 Befragungen

Die Auswirkungen der Kostenabgrenzungs-Richtlinien auf Kranken- bzw. Pflegekassen, den MDK, Pflegedienste und betroffene Versicherte sowie die „allgemeine Praktikabilität des Verfahrens“ wurden durch Befragungen untersucht. Dazu wurde zunächst analysiert, welche Auswirkungen die Kostenabgrenzungs-Richtlinien auf Kranken- bzw. Pflegekassen, den MDK, Pflegedienste und betroffene Versicherte haben und welche Merkmale Auskunft über die „Praktikabilität“ der Kostenabgrenzungs-Richtlinien geben können. Diese Analyse war die Grundlage für die Entwicklung der Fragebögen.

2.2.1 Operationalisierung der Auswirkungen auf die „Praktikabilität“

Fünf Auswirkungen der Kostenabgrenzungs-Richtlinien wurden als besonders relevant für die Evaluation identifiziert:

- ◆ Arbeitsaufwand im Zusammenhang mit der Leistungsbewilligung
- ◆ Beratungsbedarf seitens betroffener Versicherter
- ◆ Widersprüche und Klagen seitens betroffener Versicherter
- ◆ Komplexität und Beanstandungen von Abrechnungen für Leistungen
- ◆ Bedarf an Gutachten zur Zeitbemessung

Diese Auswirkungen und ihr Zusammenhang mit der Praktikabilität der Kostenabgrenzungs-Richtlinien werden im Folgenden näher erläutert.

Arbeitsaufwand im Zusammenhang mit der Leistungsbewilligung

Die Kostenabgrenzungs-Richtlinien kommen in bestimmten Fällen bei der Bewilligung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege zum Einsatz. Ein Mitarbeiter der **Krankenkasse** muss hierfür zunächst entscheiden, ob bei einem Versicherten die Bedingungen für die Durchführung einer Kostenabgrenzung vorliegen. Dies ergibt sich aus dem Geltungsbereich der Kostenabgrenzungs-Richtlinien. Kommen die Kostenabgrenzungs-Richtlinien zur Anwendung, führt der Mitarbeiter der Krankenkasse die dazu notwendigen Schritte entsprechend der Richtlinien in den Abschnitten fünf bis sieben durch. Aus diesen Überlegungen heraus ergibt sich als ein Aspekt der Praktikabilität der Kostenabgrenzungs-Richtlinien, wie groß der Arbeitsaufwand ist, der der Krankenkasse aufgrund der Kostenabgrenzungs-Richtlinien bei der Bewilligung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege entsteht.

Die von der Krankenkasse bewilligten Leistungen der häuslichen Krankenpflege werden von **Pflegediensten** erbracht. Die Pflegedienste erbringen bei betroffenen Versicherten auch gleichzeitig Leistungen nach § 36 SGB XI. Für die Leistungen nach SGB XI schließen die Pflegedienste Pflegeverträge mit den betroffenen Versicherten ab. Auch wenn die SGB V-Leistungen der häuslichen Krankenpflege nicht Bestandteil der Pflegeverträge sind, müssen sie bei der Planung der Versorgung der Versicherten dennoch Berücksichtigung finden. Hieraus ergibt sich als ein Aspekt der Praktikabilität der Kostenabgrenzungs-Richtlinien, wie groß der Arbeitsaufwand ist, der den Pflegediensten aufgrund der Kostenabgrenzungs-Richtlinien beim Abschluss von Pflegeverträgen mit betroffenen Versicherten entsteht.

Die Inanspruchnahme von Leistungen nach SGB XI setzt voraus, dass Pflegebedürftigkeit nach §§ 14, 15 SGB XI vorliegt. Um dies feststellen zu können, beauftragt die Pflegekasse, anhand des vom Versicherten gestellten Antrags auf Leistungen der Pflegeversicherung, den **MDK** oder andere unabhängige Gutachter mit der Prüfung, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Pflegegrad vorliegt. Für die Kostenabgrenzung vor dem 01.01.2017 musste der MDK den individuellen Zeitaufwand für die „reine Grundpflege“ gesondert feststellen. Seit dem 01.01.2017 entfällt diese Ermittlung. Insofern ist zu erwarten, dass nach Inkrafttreten der Kostenabgrenzungs-Richtlinien für den MDK kein spezieller Arbeitsaufwand im Zusammenhang mit von der Kostenab-

grenzung betroffenen Versicherten entsteht. Dennoch wurde dies als ein Aspekt der Praktikabilität der Kostenabgrenzungs-Richtlinien überprüft.

Beratungsbedarf seitens betroffener Versicherter

Nach Prüfung ihres Leistungsantrags für häusliche Krankenpflege werden Versicherte über die bewilligten Leistungen informiert. Die Durchführung der Kostenabgrenzung kann bei betroffenen Versicherten Fragen aufwerfen. Daher ergibt sich als ein Aspekt der Praktikabilität der Kostenabgrenzungs-Richtlinien, wie groß der Beratungsbedarf betroffener Versicherter bezüglich der Kostenabgrenzung ist. Dieser Aspekt ist sowohl für die Kranken- bzw. Pflegekassen als auch die Pflegedienste relevant.

Widersprüche und Klagen seitens betroffener Versicherter

Der Versicherte kann Widerspruch gegen den Leistungsbescheid der Krankenkasse bezüglich der bewilligten Leistungen der häuslichen Krankenpflege einlegen. Im Rahmen des Widerspruchsverfahrens erfolgt eine erneute Prüfung des Leistungsantrags, zunächst durch die Krankenkasse, danach ggf. durch den Widerspruchsausschuss. Kommt es nicht zu einer Einigung, kann der Versicherte bei einem Sozialgericht Klage erheben. Ein weiterer Aspekt der Praktikabilität der Kostenabgrenzungs-Richtlinien ist daher, wie häufig es im Zusammenhang mit der Kostenabgrenzung zu Widersprüchen und Klagen seitens betroffener Versicherter kommt.

Komplexität und Beanstandungen von Abrechnungen für Leistungen

Die Kostenabgrenzung regelt, nach welchem Verfahren die Zeitanteile zur Abgrenzung der Kosten zwischen Kranken- und Pflegeversicherung festgestellt werden. Pflegedienste, die betroffene Versicherte versorgen, führen demnach eine Abrechnung mit der Krankenkasse (für Leistungen gem. § 37 SGB V) und mit der Pflegekasse (für Leistungen gem. § 36 SGB XI) durch. Zusätzlich kann eine Abrechnung mit dem betroffenen Versicherten (im Fall eines Eigenanteils) und/oder einem Sozialamt (im Fall von Hilfe zur Pflege) erfolgen. Durch die Kostenabgrenzungs-Richtlinien sollte sich das Abrechnungsverfahren nicht verändert haben. Dennoch ist es möglich, dass sich nicht intendierte Auswirkungen auf die Komplexität der Abrechnung ergeben. Daher wurde als ein weiterer Aspekt der Praktikabilität der Kostenabgrenzungs-Richtlinien untersucht, wie groß die Komplexität ist, die durch die Kostenabgrenzungs-Richtlinien bei der Abrechnung entsteht. Ein Indikator für die Komplexität kann dabei die Anzahl beanstandeter Abrechnungen sein.

Bedarf an Gutachten zur Zeitbemessung

Ein Aspekt der Praktikabilität der Kostenabgrenzungs-Richtlinien ist das mögliche Bestehen der Notwendigkeit einer Zeitbemessung durch den MDK. Entsprechend der Kostenabgrenzungs-Richtlinien werden festgelegte pauschale Minutenwerte je Pflegegrad angewendet, eine Ermittlung der Zeit für die „reine Grundpflege“ erfolgt nicht. Es ist jedoch denkbar, dass in bestimmten Fällen (z. B. im Zusam-

menhang mit Klagen) eine Zeitbemessung stattfindet. Daher wurde dieser Aspekt in die Befragungen der Kranken- bzw. Pflegekassen und des MDK aufgenommen.

Umsetzung der fünf Aspekte in den Befragungen

Die Operationalisierung der Praktikabilität der Kostenabgrenzungs-Richtlinien über die oben dargestellten fünf Aspekte (Arbeitsaufwand bei der Leistungsbeurteilung, Beratungsbedarf betroffener Versicherter, erhobene Widersprüche und Klagen seitens betroffener Versicherter, Komplexität der Abrechnung und Bedarf an Gutachten zur Zeitbemessung) ergibt keine absolut messbare Größe der Praktikabilität. Daher wurden die Fragen für die Kranken- bzw. Pflegekassen, den MDK und die Pflegedienste als Vergleiche zwischen der Situation vor und nach der Einführung der Kostenabgrenzungs-Richtlinien formuliert.

Für die Befragung der Versicherten ergaben sich zwei Besonderheiten: zum einen ist zu erwarten, dass die meisten Versicherten nur die Regelung vor oder nur die Regelung nach Inkrafttreten der Kostenabgrenzungs-Richtlinien kennen.⁴ Daher ist ein Vorher-Nachher-Vergleich durch die Versicherten nicht möglich. Zum anderen ist zu erwarten, dass es für Versicherte schwierig ist, spezifisch zu den Kostenabgrenzungs-Richtlinien Aussagen zu treffen, da die Kostenabgrenzung aus ihrer Perspektive lediglich ein kasseninternes Verfahren im Rahmen der Leistungsbewilligung durch die Krankenkasse darstellt.

Aufgrund dieser Überlegungen wurde von einer Erhebung der „Zufriedenheit“ der Versicherten mit den Kostenabgrenzungs-Richtlinien abgesehen. Stattdessen wurden für die Befragung der Versicherten solche Fragen gewählt, die die Bekanntheit der Kostenabgrenzung und den Beratungsbedarf zur Kostenabgrenzung behandeln. Dabei wurde die Annahme gemacht, dass die Kostenabgrenzungs-Richtlinien für die Versicherten eine gute „Praktikabilität“ aufweisen, wenn sie die Kostenabgrenzung nicht wahrnehmen bzw. kein Beratungsbedarf zur Kostenabgrenzung besteht.

2.2.2 Ablauf der Befragungen

Die Befragungen der Kranken- bzw. Pflegekassen, des MDK und der Pflegedienste fand mittels eines Online-Fragebogens statt. Die Fragebögen enthielten Ratingfragen zu den Aspekten der Praktikabilität sowie Freitext-Felder zur Begründung angegebener Veränderungen. Weiterhin kamen Ja-Nein-Fragen und Freitextfelder für die Angabe von Zahlen zum Einsatz. Die Befragung der Versicherten erfolgte mittels eines papiergebundenen Fragebogens. Der Fragebogen enthielt Eingruppierungs-Fragen (Alter und Pflegegrad) und Ja-Nein-Fragen.

Zu der Befragung der Kranken- bzw. Pflegekassen wurden 24 der größten Kranken- bzw. Pflegekassen in Hinsicht auf die Mitgliederzahl eingeladen. Hierbei

⁴ Ein Wechsel von der alten zu der neuen Regelung ist aufgrund des Bestandsschutzes selten.

handelt es sich um die acht Kranken- bzw. Pflegekassen, die Daten für die Fallzahlerhebung zur Verfügung stellen (siehe Kapitel 2.1), sowie 16 weitere Kranken- bzw. Pflegekassen. Zu der Befragung des MDK wurden alle 15 MDK eingeladen. Die Einladung zu der Befragung der Pflegedienste erhielten 102 Pflegedienste, die Einladung zu der Befragung der Versicherten erhielten 1.218 Versicherte.

Der Feldzugang für die Befragung der Pflegedienste und der betroffenen Versicherten wurde durch die acht Kranken- bzw. Pflegekassen, die auch Daten für die Fallzahlerhebung zur Verfügung stellen, hergestellt. Dadurch konnte sichergestellt werden, dass Pflegedienste kontaktiert wurden, die mit der Kostenabgrenzung Erfahrung haben, und dass die Befragung der Versicherten anonym verlief.

Die Pflegedienste wurden wie folgt kontaktiert: Jede der acht Kassen rief die letzten 20 Bewilligungsbescheide für Versicherte, die von der Kostenabgrenzung betroffen sind, auf. Dabei war es egal, ob die Kostenabgrenzung nach den Kostenabgrenzungs-Richtlinien oder nach der Regelung von vor dem 01.01.2017 stattfand. Die Kassen ermittelten die Pflegedienste, die die Leistungen auf den Bewilligungsbescheiden erbrachten, und übermittelten die resultierende Liste nach Entfernung von Dopplungen an das IGES Institut. Das IGES Institut entfernte Dopplungen zwischen den Listen der acht Kassen und versendete daraufhin Einladungen an die verbleibenden Pflegedienste.

Für die Befragung der Versicherten, sendete das IGES Institut die Befragungsunterlagen an die acht Kassen mit der Bitte, die Unterlagen an alle ihre Versicherten zu senden, bei deren Leistungen die Kostenabgrenzung nach den Kostenabgrenzungs-Richtlinien durchgeführt wird. Neben dem Fragebogen – der keinerlei die Person identifizierende Merkmale enthielt – umfassten die Befragungsunterlagen einen vorfrankierten und an das IGES Institut adressierten Rücksendeumschlag. Die beim IGES Institut zur Erfassung und Auswertung eingehenden Fragebögen waren somit anonym. Nach Ablauf von circa 4 Wochen erinnerten die Kranken- bzw. Pflegekassen die Versicherten an die Rücksendung des Fragebogens (aufgrund der Anonymität war keine Erinnerung nur der „Nicht-Antwörter“ möglich).

Obwohl sich die Befragung nur an Versicherte richten sollte, bei denen die Kostenabgrenzung nach den Kostenabgrenzungs-Richtlinien durchgeführt wird, kontaktierten einige Kassen auch Versicherte, bei denen die Kostenabgrenzung nach der vor dem 01.01.2017 geltenden Regelung stattfindet. In der Auswertung wurde dies entsprechend berücksichtigt (siehe Kapitel 2.2.3). Weiterhin entschieden einige Kassen, nur einen Teil ihrer betroffenen Versicherten zu kontaktieren. Insgesamt luden die Kassen 1.218 ihrer betroffenen Versicherten zu der Befragung ein. Hierbei handelt es sich um eine Subgruppe der im Rahmen der Vollerhebung für die Fallzahlschätzung (siehe Kapitel 2.1) ermittelten betroffenen Versicherten der acht Kranken- bzw. Pflegekassen.

Die Befragungen der Kranken- bzw. Pflegekassen, des MDK und der Pflegedienste fanden zwischen dem 23.05.2018 und dem 20.07.2018 statt. Die Fragebögen für die Versicherten wurden von den Kranken- bzw. Pflegekassen Ende Mai bzw. An-

fang Juni 2018 versendet. Die Erinnerungssendung erfolgte Anfang Juli 2018. Die Befragung der Versicherten endete am 03.08.2018.

2.2.3 Auswertung der Befragungen

Tabelle 1 zeigt den Rücklauf der Befragungen. Es wurden 24 Kranken- bzw. Pflegekassen eingeladen von denen 18 (75 Prozent) den Fragebogen beantworteten. Von den 15 eingeladenen MDK antworteten 14 (93 Prozent). Die Rücklaufquote der Pflegedienste betrug 17 von 102 (17 Prozent). Auch wenn diese Rücklaufquote niedrig ist, entspricht sie den Erfahrungen des IGES Instituts, die gezeigt haben, dass der Rücklauf bei Befragungen von Pflegediensten typischerweise niedrig ist. Die Kranken- bzw. Pflegekassen luden 1.218 ihrer betroffenen Versicherten zu der Befragung ein. Es antworteten 639 betroffene Versicherte (52 Prozent).

Je höher der Rücklauf ist, umso weniger fallen verzerrende Effekte auf die Ergebnisse ins Gewicht und umso eher können die Ergebnisse auf die Grundgesamtheit verallgemeinert werden. Die Frage einer Verzerrung der Ergebnisse stellt sich insbesondere in Bezug auf die Befragung der Pflegedienste. So ist nicht auszuschließen, dass unter den 17 antwortenden Pflegediensten sich überproportional viele Dienste befinden, die mit der Kostenabgrenzung besondere Erfahrungen gemacht haben oder spezifische Meinungen vertreten, die für die Gesamtheit der von der Thematik berührten Pflegedienste nicht repräsentativ sind. Inwieweit dies tatsächlich der Fall ist, kann aus den Daten nicht ermittelt werden. Insofern sind die Ergebnisse dieses Untersuchungsteils wegen des geringen Rücklaufs mit einer gewissen Vorsicht zu interpretieren.

Tabelle 1: Rücklauf der Befragungen

Befragte	Eingeladen	Geantwortet	Anteil Antworten
Kranken-/Pflegekassen	24	18	75%
MDK	15	14	93%
Pflegedienste	102	17	17%
Versicherte	1.218	639	52%

Quelle: IGES Institut

Tabelle 2 zeigt die Verteilung der Antworten betroffener Versicherter nach Pflegegrad. Wie basierend auf der Datenerhebung für die Fallzahlberechnung und dem typischen Krankheitsbild betroffener Versicherter zu erwarten, hatten die Versicherten überwiegend Pflegegrad 5 (51 Prozent) oder 4 (26 Prozent). 12 Versicherte (2 Prozent) machten keine Angabe zu ihrem Pflegegrad.

Tabelle 2: Antworten betroffener Versicherter nach Pflegegrad

	2	3	4	5	Keine Angabe	Gesamt
Absolut:	48	88	166	325	12	639
Prozent:	8%	14%	26%	51%	2%	100%

Quelle: Befragung von betroffenen Versicherten durch das IGES Institut

Tabelle 3 zeigt die Verteilung der Antworten betroffener Versicherter nach Altersgruppe. Die Gruppe der Kinder ist mit 55 Versicherten (9 Prozent) vertreten. Erwachsene stellten 278 der Befragten (44 Prozent) und ältere Menschen 299 (47 Prozent). Bei 7 Antwortenden (1 Prozent) lag keine Angabe zur Altersgruppe vor.

Tabelle 3: Antworten betroffener Versicherter nach Altersgruppe

	0-17	18-64	65+	Keine Angabe	Gesamt
Absolut:	55	278	299	7	639
Prozent:	9%	44%	47%	1%	100%

Quelle: Befragung von betroffenen Versicherten durch das IGES Institut

Versicherte, die ihren Pflegegrad oder ihre Altersgruppe auf dem Fragebogen nicht angaben, wurden bei der Auswertung nicht berücksichtigt. Dies betraf 14 Versicherte. Es verblieben demzufolge 625 Versicherte.

Tabelle 4 zeigt die Verteilung der Antworten betroffener Versicherter nach Art der Kostenabgrenzung. Es sind nur Versicherte gezeigt für die Alter und Pflegegrad angegeben wurden. Da einige Krankenkassen sowohl Versicherte kontaktierten, die von den Kostenabgrenzungs-Richtlinien, als auch von der Regelung von vor dem 01.01.2017 betroffen waren, kann bei diesen 374 Fällen (60 Prozent) die Art der Kostenabgrenzung nicht eindeutig festgestellt werden. Die übrigen 251 Fälle (40 Prozent) fallen unter die Kostenabgrenzungs-Richtlinien.

Tabelle 4: Antworten betroffener Versicherter nach Art der Kostenabgrenzung

	Nur Kostenabgrenzungs-Richtlinien	Kostenabgrenzungs-Richtlinien oder Regelung von vor dem 01.01.2017	Gesamt
Absolut:	251	374	625
Prozent:	40%	60%	100%

Quelle: Befragung von betroffenen Versicherten durch das IGES Institut

Von den 625 Versicherten mit Angaben zum Pflegegrad und der Altersgruppe gingen 26 Fälle nicht in die Auswertung ein, da sie die Frage nach der Kenntnis über die Anwendung der Kostenabgrenzung nicht beantworteten. Somit verblieben 599 Versicherte, die in die Analysen eingingen.

Die statistische Signifikanz von Unterschieden in den Häufigkeiten zwischen Gruppen von Versicherten wurde mittels des Chi-Quadrat-Tests ermittelt. Mithilfe des Tests lässt sich überprüfen, ob zwischen zwei Parametern ein statistisch signifikanter Zusammenhang besteht, beispielsweise im Antwortverhalten von Versicherten des Pflegegrads 2, 3, 4 oder 5 in Hinblick auf die Kenntnis über die Anwendung der Kostenabgrenzungs-Richtlinien. Um Aussagen hinsichtlich der Stärke des Effekts machen zu können, wurde bei einem positiven Signifikanztest zudem die Effektgröße Phi (ϕ) berechnet.

Im Rahmen der Signifikanztests wurde auch geprüft, ob sich diejenigen Personen, für die bekannt ist, dass sie von den Kostenabgrenzungs-Richtlinien betroffen sind, im Antwortverhalten unterscheiden von denjenigen, für die nicht bekannt ist, ob die neue oder die alte Regelung zum Tragen kommt. Auf einen vollständigen Ausschluss der Gruppe von Versicherten, die nicht sicher von den Kostenabgrenzungs-Richtlinien betroffen sind, wurde abgesehen. Zum einen, da die Analysen aufzeigen, dass sich die beiden Gruppen nur hinsichtlich einer Frage statistisch signifikant voneinander in ihrem Antwortverhalten unterscheiden und zum anderen, da die Auswertungseinheiten bei einigen statistischen Analysen für aussagekräftige Ergebnisse zu klein werden würden.

Die Freitextantworten zu den Gründen für Veränderungen wurden nach den angegebenen Gründen gruppiert und deskriptiv in die Ergebnisdarstellung aufgenommen. Freitextantworten mit weiteren Anmerkungen wurden dahingehend ausgewertet, sich wiederholende Themen zu identifizieren und diese in die Ergebnisdarstellung aufzunehmen. Dabei fanden, wo relevant, auch Anmerkungen aus den Begründungen für die Veränderungen Berücksichtigung.

3. Ergebnisse

In den nachfolgenden Kapiteln werden die Ergebnisse der einzelnen Evaluationsbausteine dargelegt. Kapitel 3.1 beschreibt die Schätzung der Anzahl der von der Kostenabgrenzung betroffenen Versicherten in der GKV. Kapitel 3.2 bis 3.5 berichten die Ergebnisse der Befragungen, untergliedert nach den vier Akteuren: Kranken- bzw. Pflegekassen, MDK, Pflegedienste sowie betroffene Versicherte. Es wird dargestellt, inwiefern das Inkrafttreten der Kostenabgrenzungs-Richtlinien Auswirkungen auf die Praktikabilität des Verfahrens der Kostenabgrenzung bei den einzelnen Institutionen bzw. Personengruppen hat.

3.1 Anzahl von der Kostenabgrenzung betroffene Versicherte

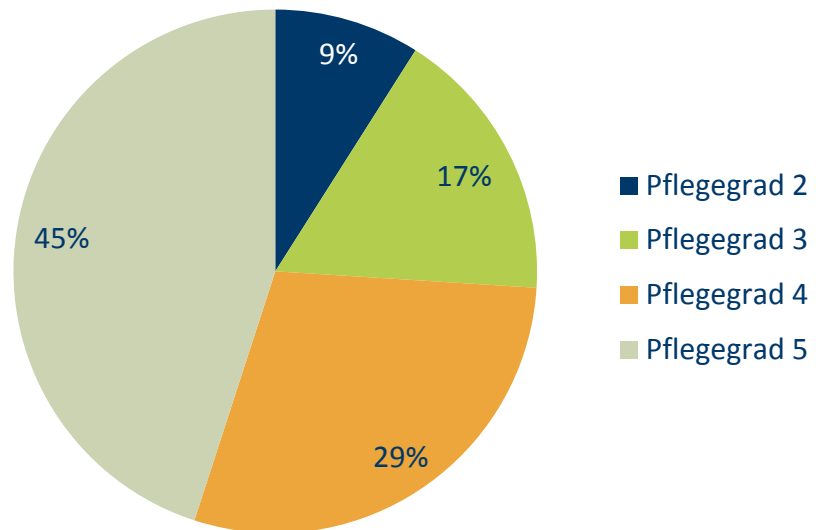
Die acht an der Fallzahlerhebung beteiligten Kranken- bzw. Pflegekassen stellten Daten zur Alters- und Geschlechtsverteilung der Gesamtheit ihrer Versicherten (26,8 Millionen) sowie der 2.774 Personen, die bei ihnen versichert und von der Kostenabgrenzung betroffen sind, zur Verfügung. Es handelte sich hierbei um Vollerhebungen der Versichertenzahlen bei den acht beteiligten Kassen.

Ausgehend von dieser Datenbasis ergibt eine alters- und geschlechtsadjustierte Hochrechnung⁵ 7.573 von der Kostenabgrenzung betroffene Versicherte in der GKV. Da die Hochrechnung auf einer Stichprobe von acht der 110 Kranken- bzw. Pflegekassen der GKV beruht, ist sie mit statistischer Unsicherheit behaftet. Die statistische Unsicherheit kann durch ein Konfidenzintervall ausgedrückt werden. Das 95 %-Konfidenzintervall für die Schätzung der von der Kostenabgrenzung betroffenen Versicherten in der GKV liegt zwischen 3.916 und 11.229 betroffenen Versicherten. Demnach liegt die tatsächliche Anzahl von betroffenen Versicherten zu 95 Prozent innerhalb dieser Spanne. Die Anzahl von 7.573 entspricht 10,4 betroffenen Versicherten je 100.000 GKV-Versicherten (95 %-Konfidenzintervall 5,4 bis 15,4 je 100.000 Versicherte).

Für die von der Kostenabgrenzung betroffenen Versicherten gaben die acht beteiligten Kranken- bzw. Pflegekassen auch die Verteilung auf die Pflegegrade an. Im Durchschnitt über die acht Kranken- bzw. Pflegekassen haben die betroffenen Versicherten überwiegend den Pflegegrad 5 (45 Prozent) oder Pflegegrad 4 (29 Prozent) (Abbildung 1). Nur 17 Prozent weisen einen Pflegegrad 3 auf, 9 Prozent einen Pflegegrad 2. In absoluten Zahlen bezogen auf die insgesamt geschätzten 7.573 betroffenen Versicherten in der GKV entspricht dies 3.376 betroffenen Versicherten mit Pflegegrad 5, 2.219 mit Pflegegrad 4, 1.263 mit Pflegegrad 3 und 715 mit Pflegegrad 2.

⁵ Die Methodik ist in Kapitel 2.1 beschrieben

Abbildung 1: Schätzung der Verteilung der von der Kostenabgrenzung betroffenen Versicherten nach Pflegegrad



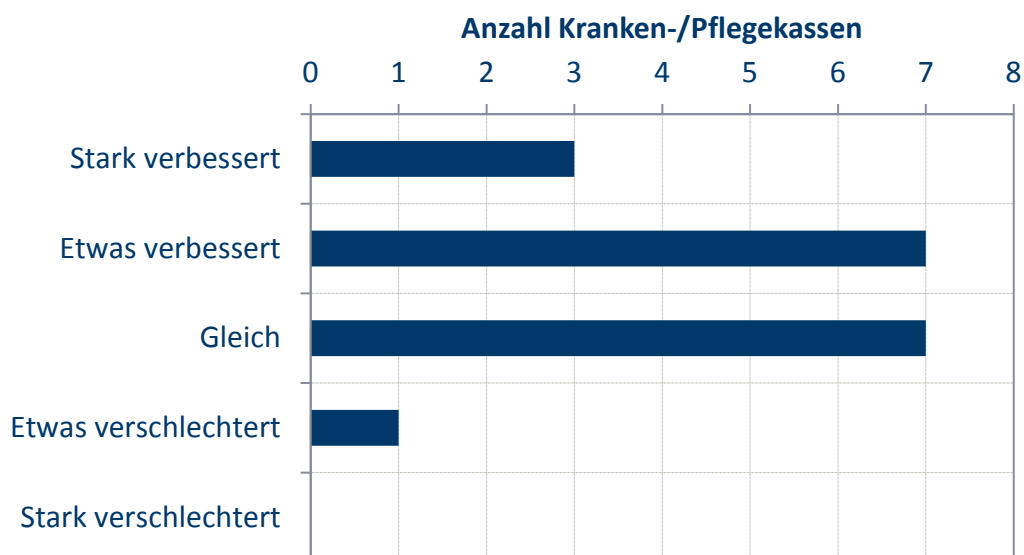
Quelle: Berechnung durch das IGES Institut basierend auf Daten von acht Krankenkassen bzw. Pflegekassen

3.2 Auswirkungen der Kostenabgrenzungs-Richtlinien auf Kranken- bzw. Pflegekassen

Die Auswirkungen der Kostenabgrenzungs-Richtlinien auf Kranken- bzw. Pflegekassen wurden mittels einer Online-Befragung untersucht (siehe Kapitel 2.2). Zu der Befragung waren 24 Kranken- bzw. Pflegekassen eingeladen. Die Rücklaufquote betrug 75 Prozent (n = 18). Aufgrund der relativ hohen Rücklaufquote kann von einer guten Repräsentativität der Ergebnisse ausgegangen werden und verzerrende Effekte sollten vernachlässigbar sein. Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass sich die Befragung an die größten Kranken- bzw. Pflegekassen nach Versicherungszahlen richtete. Bei kleineren Kranken- bzw. Pflegekassen könnten die Erfahrungen u. U. davon abweichen.

Abbildung 2 zeigt die Beurteilung der Praktikabilität der Kostenabgrenzungs-Richtlinien insgesamt für die 18 Kranken- bzw. Pflegekassen, die an der Befragung teilgenommen haben. Hierbei zeigt sich, dass die Mehrheit der Befragten die Praktikabilität im Vergleich zum Verfahren von vor dem 01.01.2017 als etwas oder stark verbessert bewertet. Lediglich eine Kranken- bzw. Pflegekasse berichtet von einer geringen Verschlechterung, die weiteren sieben Kassen nehmen keine Veränderung der Praktikabilität wahr. In der Tendenz scheint die Einführung der Kostenabgrenzungs-Richtlinien demnach für die beiden Sozialversicherungsträger positive Auswirkungen zu haben.

Abbildung 2: Beurteilung der Praktikabilität der Kostenabgrenzungs-Richtlinien im Vergleich zum Vorgehen vor dem 01.01.2017



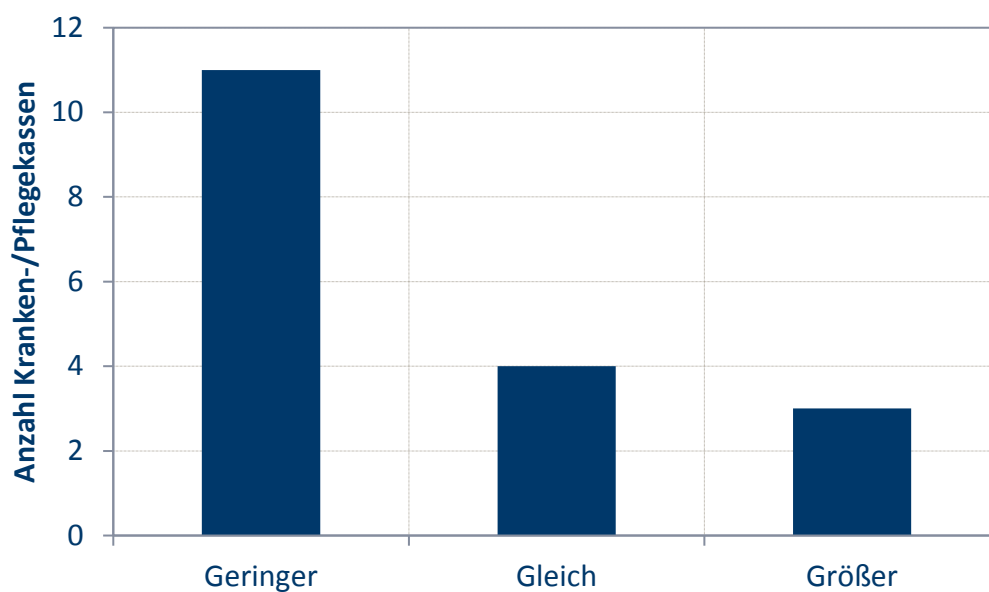
Anmerkungen: n = 18

Quelle: Befragung von Kranken- bzw. Pflegekassen durch das IGES Institut

Im folgenden Verlauf werden die Auswirkungen der Kostenabgrenzungs-Richtlinien auf die Kranken- bzw. Pflegekassen detaillierter dargestellt, indem einzelne Aspekte der Praktikabilität beleuchtet werden.

Bei der Frage nach der Veränderung des Arbeitsaufwandes (beispielsweise Anzahl oder Dauer der Arbeitsschritte, Anzahl involvierter Personen) bei der Genehmigung von Verordnungen der häuslichen Krankenpflege für betroffene Versicherte aufgrund der Einführung der Kostenabgrenzungs-Richtlinien, zeigt sich ein positives Gesamtbild. Elf der Kranken- bzw. Pflegekassen bewerten diesen Aufwand als geringer, vier als unverändert und lediglich drei Befragte empfinden den Arbeitsaufwand als größer im Vergleich zum vorher geltenden Verfahren (Abbildung 3).

Abbildung 3: Veränderung des Arbeitsaufwands bei der Genehmigung von Verordnungen der häuslichen Krankenpflege für betroffene Versicherte durch das Inkrafttreten der Kostenabgrenzungs-Richtlinien



Anmerkungen: n = 18

Quelle: Befragung von Kranken- bzw. Pflegekassen durch das IGES Institut

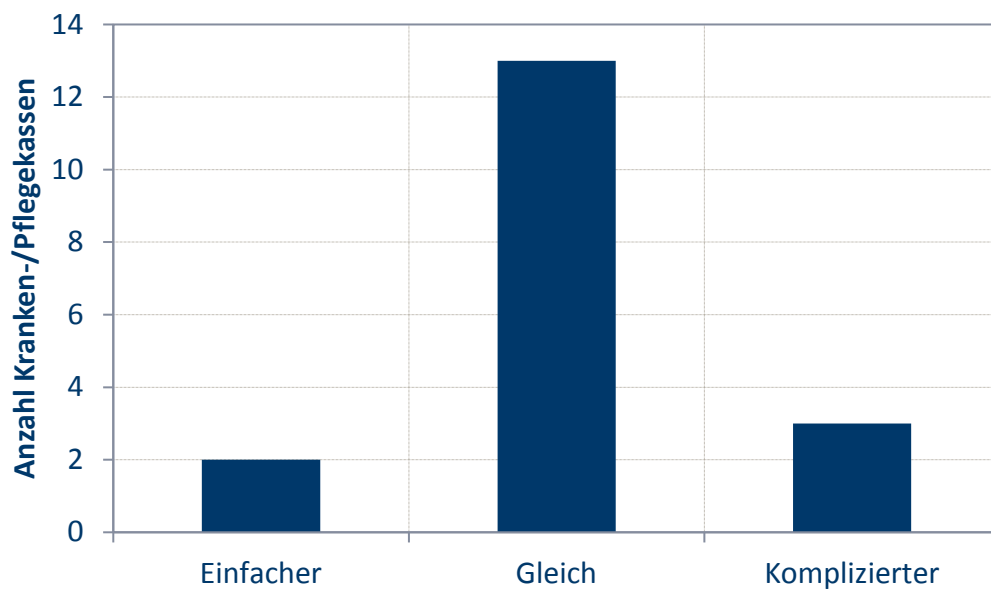
Als Argumente für eine Verringerung des Arbeitsaufwandes nennen die Teilnehmenden das Entfallen der Recherche nach der im Rahmen der Begutachtung durch den MDK ermittelten individuellen Minutenwerte für die Berechnung der Zeiteile, die höhere Akzeptanz der pauschalen Minutenwerte (im Vergleich zu den individuellen Werten) bei den Versicherten und bei den Leistungserbringern sowie die allgemeine Vereinfachung des Arbeitsvorgangs.

Die Gründe, die für einen größeren Aufwand angegeben wurden, reflektieren den vorübergehenden Aufwand im Rahmen der Umstellung (z. B. ist es erforderlich, bewilligte Stundensätze neu zu berechnen) oder weisen auf Herausforde-

rungen hin, die sich durch die Kostenabgrenzungs-Richtlinien nicht geändert haben, d. h. die auch schon bei dem vorher angewendeten Verfahren vorgeherrscht haben (z. B. „Klärung eindeutiger Zuordnung“ oder „Einbindung von zwei verschiedenen Kostenträgern in die Leistungsentscheidung“).

Weiterhin wurden die Befragten gebeten anzugeben, ob die Einführung der Kostenabgrenzungs-Richtlinien die Abrechnung von Leistungen mit den Pflegediensten beeinflusst. Dahingehend scheint es kaum Veränderungen zu geben, eine Kranken- bzw. Pflegekasse beurteilt diese als einfacher und zwei als komplizierter, während die Mehrheit keine Auswirkungen wahrnimmt (Abbildung 4).

Abbildung 4: Veränderung der Abrechnung mit Pflegediensten durch das Inkrafttreten der Kostenabgrenzungs-Richtlinien



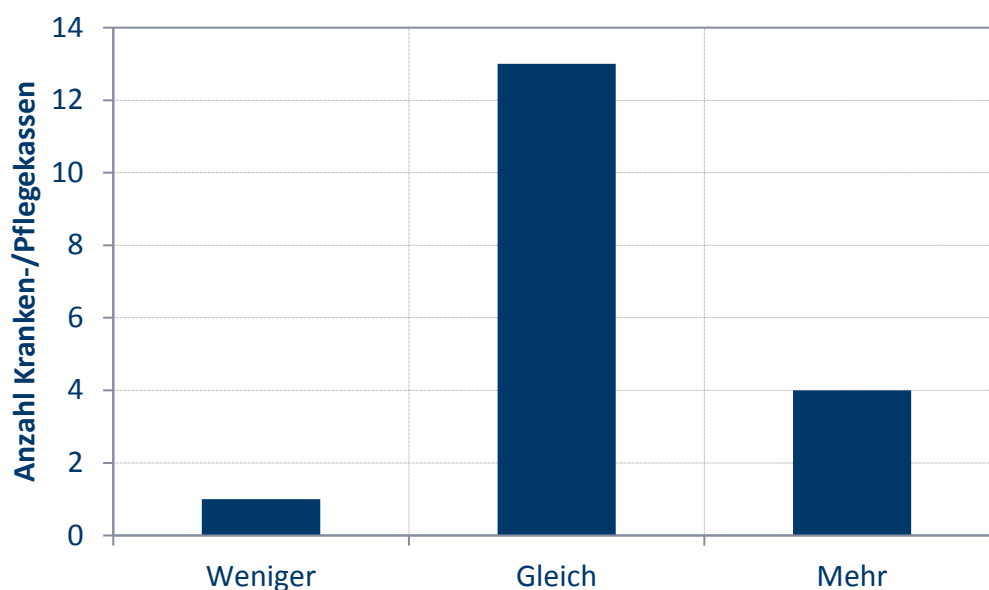
Anmerkungen: n = 18

Quelle: Befragung von Kranken- bzw. Pflegekassen durch das IGES Institut

Vereinfachte Abrechnungen werden durch die pauschalen Minutenwerte begründet, wodurch die Rechnungsstellung übersichtlicher geworden ist. Auch an dieser Stelle weisen die Argumente für eine erschwerte Abrechnung auf vorübergehende Herausforderungen im Rahmen der Umstellung hin. Als Beispiel werden u. a. Rückfragen und Beratungsbedarfe bei Pflegediensten aufgrund der Änderungen genannt.

Als weiterer Aspekt der Praktikabilität wurde die Veränderung des Beratungsbedarfs der betroffenen Versicherten durch das Inkrafttreten der Kostenabgrenzungs-Richtlinien untersucht. Dreizehn, d. h. über zwei Drittel, der befragten Kranken- bzw. Pflegekassen nehmen keine Veränderung des Beratungsbedarfes durch die Versicherten wahr, vier berichten von einem gestiegenen, eine Kasse von einem geringeren Beratungsbedarf (Abbildung 5).

Abbildung 5: Veränderung des Beratungsbedarfs betroffener Versicherter bezüglich der Kostenabgrenzung durch das Inkrafttreten der Kostenabgrenzungs-Richtlinien



Anmerkungen: n = 18

Quelle: Befragung von Kranken- bzw. Pflegekassen durch das IGES Institut

Der vermehrte Beratungsbedarf bei Versicherten wurde mit der Unsicherheit auf Seiten der Versicherten (und teilweise auch der Pflegedienste) im Rahmen der Neuregelung der Kostenabgrenzungs-Richtlinien begründet. Dies betrifft insbesondere solche Versicherte, die aufgrund eines Höherstufungsantrags von der alten Regelung auf die Regelung der Kostenabgrenzungs-Richtlinien umgestellt wurden.

Als Grund für den geringeren Beratungsbedarf bei Versicherten wurde angegeben, dass die Beratung zu „Zeitanteilen für krankheitsspezifische Maßnahmen sowie für hauswirtschaftliche Versorgung“ seit Einführung der Kostenabgrenzungs-Richtlinien wegfällt.

Eine weitere mögliche Auswirkung der Kostenabgrenzungs-Richtlinien ist eine Veränderung in der Anzahl Widersprüche oder Klagen mit Bezug zur Kostenabgrenzung. Tabelle 5 zeigt die Anzahl der Widersprüche und Klagen aufgrund der Kostenabgrenzung für die Jahre 2016 und 2017.

Tabelle 5: Anzahl Widersprüche und Klagen in den Jahren 2016 und 2017 aufgrund der Kostenabgrenzung

Kranken-/ Pflegekasse	Widersprüche 2016	Widersprüche 2017	Klagen 2016	Klagen 2017
A	3	9	0	0
B	K.A.	0	K.A.	0
C	0	1	0	0
D	4	2	0	0
E	0	3	0	0
F	K.A.	2	K.A.	1
G	0	0	0	0
H	0	0	0	0
I	K.A.	K.A.	0	0
J	K.A.	K.A.	5	0

Anmerkung: K.A. = Keine Angabe. n = 10. Die übrigen acht Kranken- bzw. Pflegekassen machten keine Angaben.

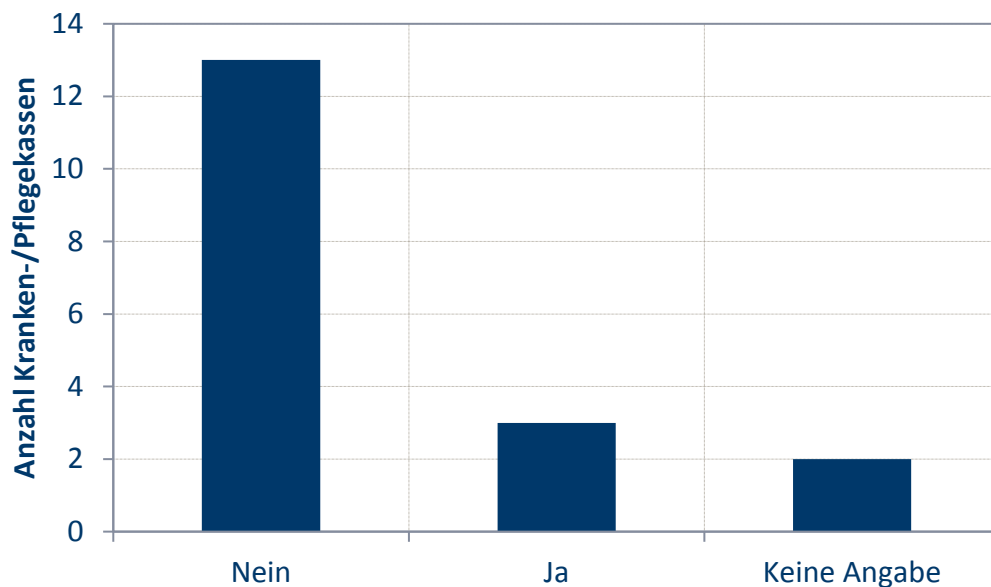
Quelle: Befragung von Kranken- bzw. Pflegekassen durch das IGES Institut.

Acht der 18 teilnehmenden Kassen machten Angaben zu Widersprüchen. Bei den anderen Kassen wurde keine Angabe gemacht, unter anderem weil die Kostenabgrenzung nicht als Grund für Widersprüche erfasst wird. Von den acht Kassen mit Angaben wurden ein bis neun Widersprüche je Jahr im Zusammenhang mit der Kostenabgrenzung gemeldet. Auch wenn aufgrund der niedrigen Anzahlen kein statistisch abgesichertes Ergebnis ermittelt werden kann, zeichnet sich keine Tendenz ab (siehe Tabelle 5), dass Widersprüche in 2017, d. h. dem ersten Jahr der Anwendung der Kostenabgrenzungs-Richtlinien, zugenommen hätten.

Zehn Kranken- bzw. Pflegekassen machten Angaben zu Klagen aufgrund der Kostenabgrenzung, wobei acht Kassen null Klagen aufgrund der Kostenabgrenzung meldeten. Eine Kasse meldete eine Klage in 2017, eine andere fünf Klagen in 2016. Es zeichnet sich auch bei den Klagen aufgrund der Kostenabgrenzung kein Trend zu einer Zunahme ab (siehe Tabelle 5).

Als ein Aspekt der Praktikabilität der Kostenabgrenzungs-Richtlinien wurde geprüft, ob nach Einführung der Richtlinien der MDK mit der Erstellung von Gutachten beauftragt wurde, die eine Zeitbemessung für die Grundpflege/körpernahe Pflege beinhalten. Diesbezüglich zeigt sich deutlich, dass dies nach Inkrafttreten der Kostenabgrenzungs-Richtlinien nur noch in Einzelfällen vorkommt (Abbildung 6). Lediglich drei der Kranken- bzw. Pflegekassen bestätigten, solche Gutachten in Auftrag gegeben zu haben.

Abbildung 6: Beauftragung des MDK mit Gutachten, die eine Zeitbemessung für die Grundpflege/körpernahe Pflege beinhalteten, nach Inkrafttreten der Kostenabgrenzungs-Richtlinien, also nach dem 01.01.2017



Anmerkungen: n = 18

Quelle: Befragung von Kranken- bzw. Pflegekassen durch das IGES Institut

Grund für die Beauftragung einer Zeitbemessung war in zwei Fällen Klärungsbedarf in Hinblick auf die Erbringung grundpflegerischer Leistungen durch Angehörige, was die Entscheidung der Anwendung der Kostenabgrenzungs-Richtlinien beeinflusste. Im dritten Fall ist anhand der Erklärung („Klärung Indikation“) kein Zusammenhang mit den Kostenabgrenzungs-Richtlinien erkenntlich.

In den Freitexten, die die Kranken- bzw. Pflegekassen im Rahmen der Befragung mitteilen konnten, finden sich Hinweise auf einzelne Herausforderungen mit der Umsetzung der Kostenabgrenzungs-Richtlinien bzw. der Kostenabgrenzung. Die folgenden Herausforderungen werden an zwei oder mehr Stellen erwähnt:

Die Übergangsregelung für die Kostenabgrenzungs-Richtlinien sieht vor, dass das Pauschalmodell der Kostenabgrenzung bei Versicherten zur Anwendung kommt, „die am 31.12.2016 bereits entsprechende Leistungen erhalten haben und bei

denen ab dem 01.01.2017 eine erneute Begutachtung erfolgt (z. B. Änderungsbegutachtung, Wiederholungsbegutachtung)⁶. Die Anwendung der Übergangsregelung erweist sich in Fällen als schwierig, in denen eine erneute Begutachtung nicht zu einer Änderung des Pflegegrads führt. In dieser Situation ist es für die Versicherten nicht nachvollziehbar, warum das Verfahren der Kostenabgrenzung geändert wird, wenn sich der Pflegegrad nicht änderte.

In Versorgungssituationen, in denen neben einem Pflegedienst auch Angehörige einen Teil der Pflege übernehmen, kann es sich als schwierig erweisen, die Kostenabgrenzung durchzuführen. Der Grund dafür ist, dass für jeden Einzelfall im Detail geklärt werden muss, zu welchen Anteilen der Pflegedienst bzw. die Angehörigen an der Versorgung beteiligt sind. Nur so kann die Versorgung durch Angehörige in Zeitanteile umgerechnet werden und von den pauschalen Minutenwerten anteilig nach kaufmännischer Rundung in Abzug gebracht werden.⁷

Schließlich weisen die Anmerkungen einer Kranken- bzw. Pflegekasse, eines Pflegedienstes und eines Versicherten darauf hin, dass es zu Unstimmigkeiten in Bezug auf Kombi-Leistungen kam. Die Aussagen scheinen darauf hinzuweisen, dass im Zusammenhang mit den Kostenabgrenzungs-Richtlinien eine Umstellung auf Kombi-Leistungen vorgenommen wurde. Es bleibt jedoch unklar, ob die Umstellung erfolgte, um die Kostenabgrenzung zu vermeiden oder ob – fälschlicherweise – auch bei Versicherten, die Kombi-Leistungen beziehen, die Kostenabgrenzung angewendet wurde.

⁶ Abschnitt 7 „Übergangsregelungen“ der Kostenabgrenzungs-Richtlinien nach § 17 Abs. 1b SGB XI.

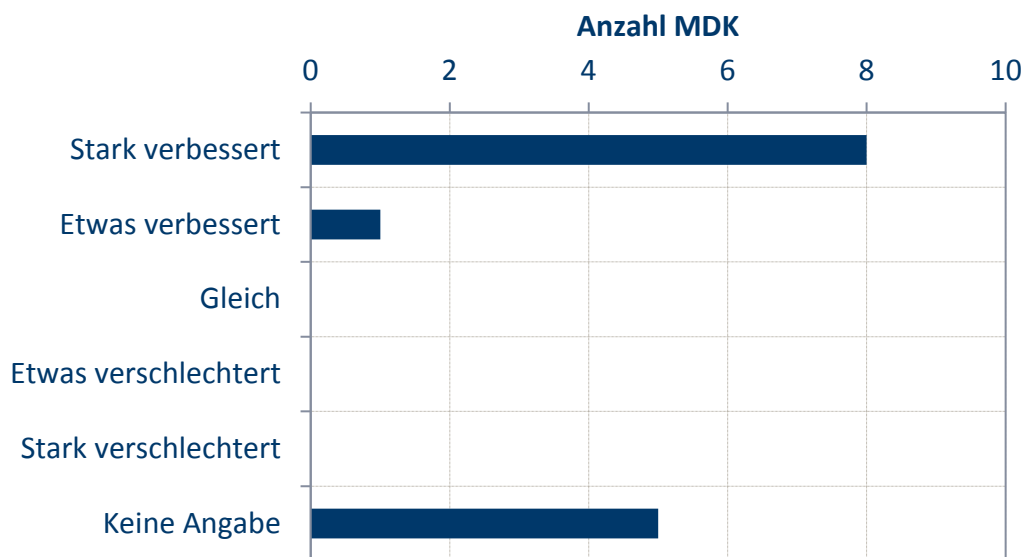
⁷ Abschnitt 6 „Pauschale Minutenwerte“ der Kostenabgrenzungs-Richtlinien nach § 17 Abs. 1b SGB XI.

3.3 Auswirkungen der Kostenabgrenzungs-Richtlinien auf den MDK

Die Auswirkungen der Kostenabgrenzungs-Richtlinien auf den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) wurden mittels einer Online-Befragung untersucht (siehe Kapitel 2.2). Zu der Befragung waren alle 15 MDK eingeladen. Die Rücklaufquote betrug 93 Prozent (n = 14). Es handelt sich somit fast um eine Vollerhebung.

Neun der MDK, die an der Befragung teilgenommen haben, bewerten die Praktikabilität der Kostenabgrenzungs-Richtlinien im Vergleich zum vorherigen Vorgehen als stark verbessert oder etwas verbessert (Abbildung 7). Fünf MDK machten keine Angabe. Das Ergebnis erscheint plausibel, da die spezielle Rolle des MDK bei der Ermittlung der individuellen Zeitaufwände wegfällt.

Abbildung 7: Beurteilung der Praktikabilität der Kostenabgrenzungs-Richtlinien im Vergleich zum Vorgehen vor dem 01.01.2017

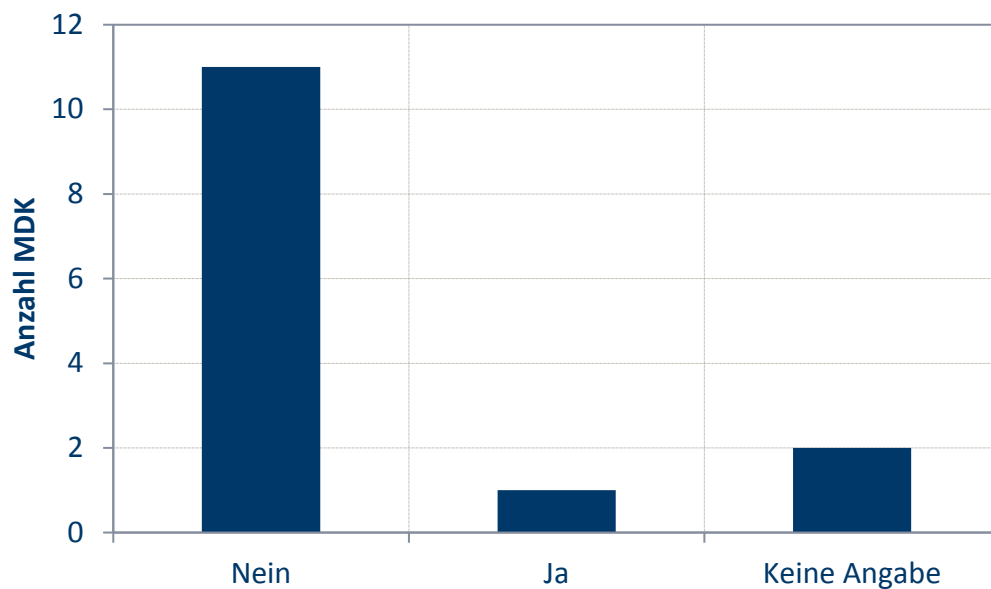


Anmerkungen: n = 14

Quelle: Befragung des MDK durch das IGES Institut

Die positive allgemeine Beurteilung spiegelt sich auch in den Bewertungen der einzelnen Aspekte der Praktikabilität wider. Zeitbemessungen für die Grundpflege/körpernahe Pflege wurden nach Inkrafttreten der Kostenabgrenzungs-Richtlinien, also nach dem 01.01.2017, wie zu erwarten grundsätzlich nicht mehr abgewickelt (Abbildung 8). Ein MDK gab zwar die Durchführung einer solchen Zeitbemessung an, allerdings handelte es sich hierbei um eine Begutachtung zu einem Antrag aus dem Jahr 2016.

Abbildung 8: Durchführung von Zeitbemessungen für die Grundpflege/körpernahe Pflege nach Inkrafttreten der Kostenabgrenzungs-Richtlinien, also nach dem 01.01.2017



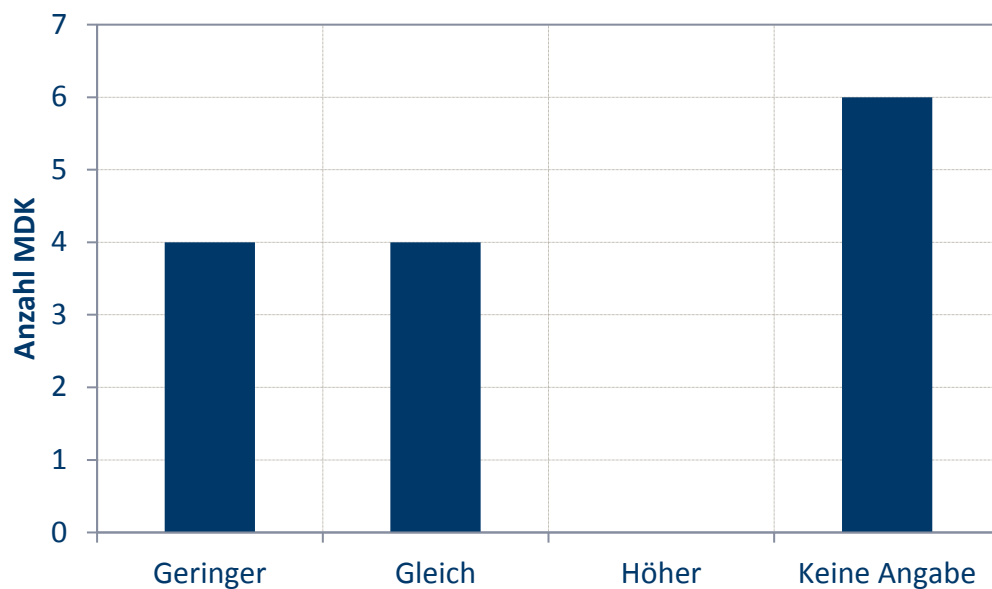
Anmerkungen: n = 14

Quelle: Befragung des MDK durch das IGES Institut

Neben den Kranken- bzw. Pflegekassen wurde auch die MDK zu Widersprüchen und Klagen aufgrund der Kostenabgrenzungs-Richtlinien befragt, indem diese Angaben zu der Erstellung von Gutachten im Rahmen von Widersprüchen und Klagen machten. Neun MDK gaben dabei an, keine Gutachten erstellt zu haben. Die übrigen fünf machten keine Angabe. Ein MDK begründete dies damit, dass sich Klagen und Widersprüche oft nicht auf die Kostenabgrenzung zurückführen lassen, da diese nicht als Grund für das Gutachten ausgewiesen wird.

Außerhalb der Erstellung von Gutachten im Rahmen von Widersprüchen oder Klagen scheint sich das Arbeitsvolumen der MDK im Zusammenhang mit der Begutachtung durch die Einführung der Kostenabgrenzungs-Richtlinien nicht verändert oder aber reduziert zu haben (Abbildung 9). Als Grund für einen verringerten Arbeitsaufwand wird beispielsweise das „Wegfallen von (wiederholten) Aufträgen zur Abgrenzung des Zeitaufwands“ genannt.

Abbildung 9: Veränderung des Arbeitsvolumens durch das Inkrafttreten der Kostenabgrenzungs-Richtlinien, außerhalb der Erstellung von Gutachten im Zusammenhang mit Widersprüchen oder Klagen



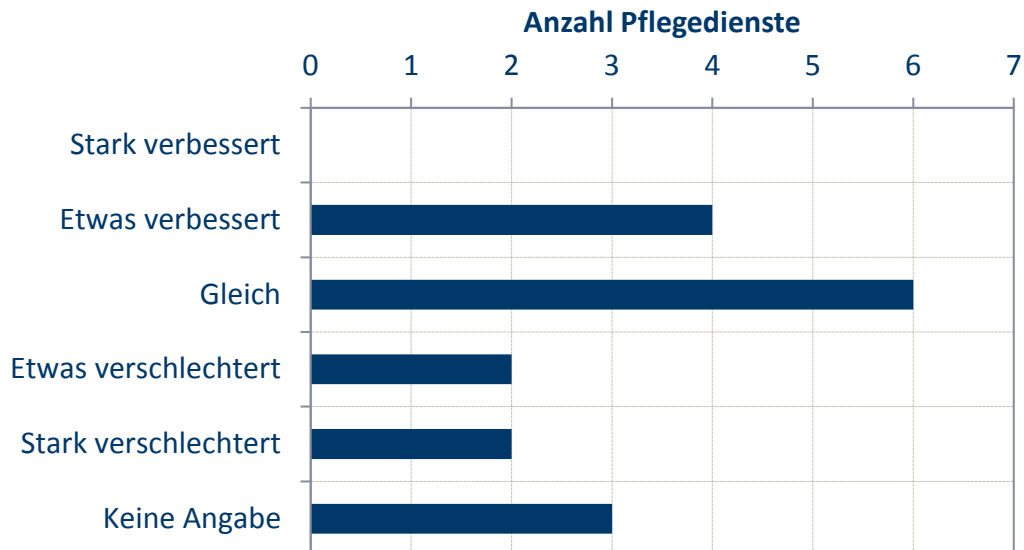
Anmerkungen: n = 14
Quelle: Befragung des MDK durch das IGES Institut

3.4 Auswirkungen der Kostenabgrenzungs-Richtlinien auf Pflegedienste

Die Auswirkungen der Kostenabgrenzungs-Richtlinien für an der Intensivpflege beteiligte Pflegedienste wurden mittels einer Online-Befragung untersucht (siehe Kapitel 2.2). Zu der Befragung waren alle 102 Pflegedienste eingeladen. Die Rücklaufquote betrug 17 Prozent ($n = 17$). Aufgrund der niedrigen Rücklaufquote ist zu berücksichtigen, dass die Allgemeingültigkeit der Antworten auf die Gesamtheit der in diesem Feld tätigen Pflegedienste einschränkt sein kann und Verzerrungseffekte gut möglich sind.

Die Befragung der Pflegedienste ergibt ein stärker durchwachsenes Bild im Vergleich zu den vorab dargestellten Ergebnissen der beiden anderen Akteure. Dies zeigt sich bereits bei der Beurteilung der Praktikabilität der Kostenabgrenzungs-Richtlinien insgesamt im Vergleich zum vor dem 01.01.2017 angewandten Vorgehen. Sechs der insgesamt 17 Pflegedienste empfinden die Praktikabilität als gleich, vier als etwas verbessert, jeweils zwei als etwas oder stark verschlechtert und drei Pflegedienste äußerten sich diesbezüglich nicht (Abbildung 10).

Abbildung 10: Beurteilung der Praktikabilität der Kostenabgrenzungs-Richtlinien im Vergleich zum Vorgehen vor dem 01.01.2017



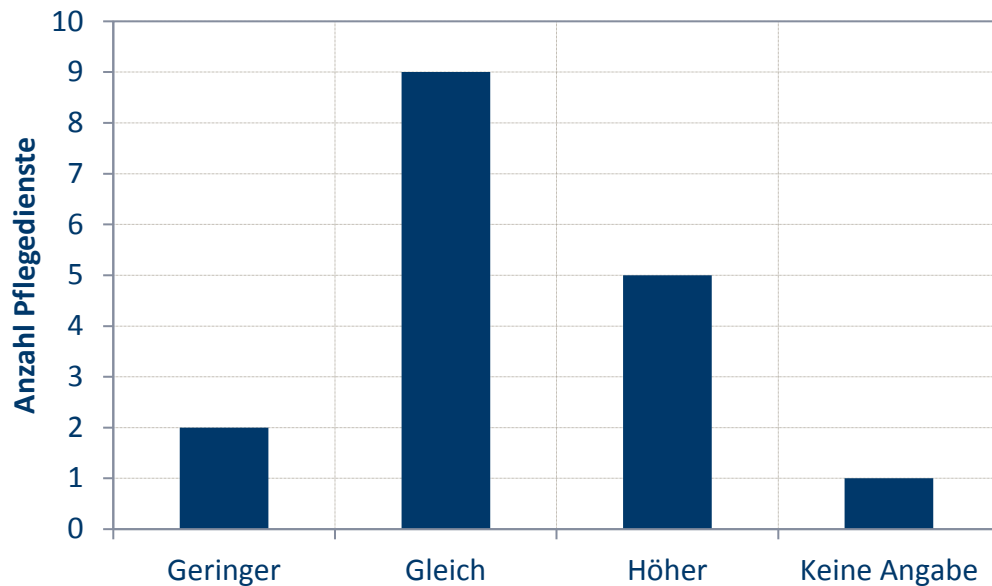
Anmerkungen: $n = 17$

Quelle: Befragung von Pflegediensten durch das IGES Institut

Abbildung 11 zeigt die Veränderung des Aufwandes (beispielsweise in Form von Abstimmungen der Leistungen, Klärung der Kostenübernahme mit der Kranken- und Pflegekasse) für den Abschluss eines Pflegevertrages mit einem von der Kostenabgrenzung betroffenen Kunden durch das Inkrafttreten der Richtlinien. Wäh-

rend neun Pflegedienste keine Veränderung wahrnehmen, berichten zwei einen geringeren und vier einen höheren Aufwand.

Abbildung 11: Veränderung des Aufwands für den Abschluss eines Pflegevertrags mit einem betroffenen Kunden durch das Inkrafttreten der Kostenabgrenzungs-Richtlinien



Anmerkungen: n = 17

Quelle: Befragung von Pflegediensten durch das IGES Institut

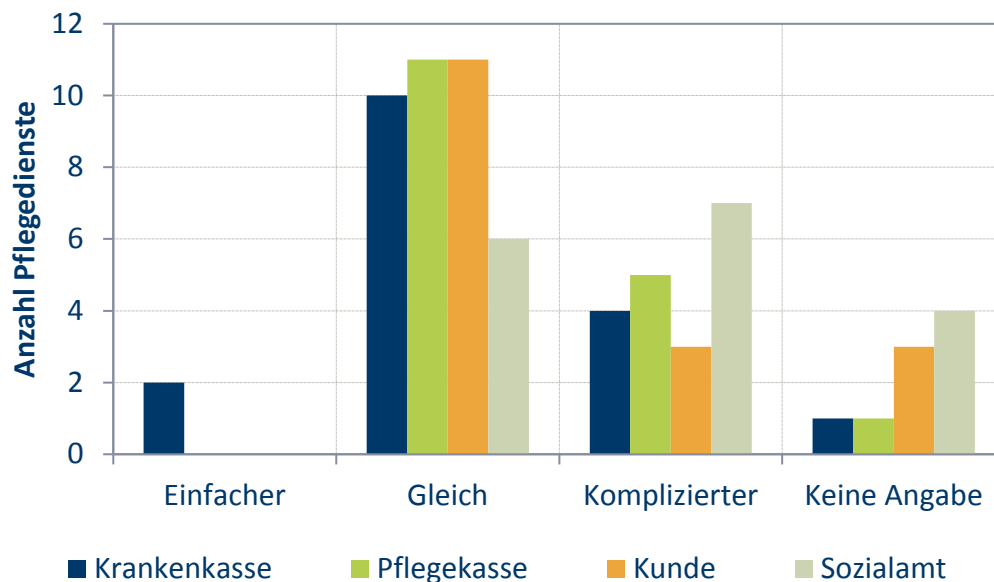
Als Grund für den geringeren Aufwand beim Abschluss eines Pflegevertrags wurde z. B. der einfache und für alle Kunden gleiche Umgang mit den pauschalen Minutenwerten, die aus dem Pflegegrad abgeleitet werden können, aufgeführt.

Die Gründe, die für einen größeren Zeitaufwand angegeben werden (z. B. „Höherer Erklärungsbedarf, da für Laien sehr kompliziert. Zudem fehlt jegliches Verständnis der Betroffenen hierfür.“), lassen sich nicht unbedingt auf die Umstellung auf das neue Verfahren zurückführen, sondern könnten sich auch generell auf die Kostenabgrenzung beziehen.

Insgesamt zeigen die Freitextantworten, dass es für die Pflegedienste schwierig ist, die Effekte der Kostenabgrenzungs-Richtlinien isoliert vom generellen Verfahren der Kostenabgrenzung und der eventuell herausfordernden Pflegesituationen der Versicherten zu bewerten. Es entsteht der Eindruck, dass Missverständnisse bezüglich der Kostenabgrenzung (z. B. eine Wahrnehmung der Kostenabgrenzung als unzulässige Kürzung von Leistungen oder eine Wahrnehmung evtl. entstehender Eigenanteile der Versicherten als durch die Kostenabgrenzung verursacht) und eine daraus resultierende Voreingenommenheit zu den negativeren Bewertungen durch die Pflegedienste beitragen.

Um einen weiteren Aspekt der Praktikabilität zu bewerten, wurden die Pflegedienste nach Veränderungen in der Abrechnung von Leistungen für betroffene Kunden durch das Inkrafttreten der Richtlinien gefragt. Abbildung 12 zeigt diese Veränderungen untergliedert nach den vier in Frage kommenden Kostenträgern: Krankenkasse, Pflegekasse, Sozialamt und Kunde. Während auch bei diesem Aspekt die Mehrheit der Befragten von einem gleich gebliebenen Aufwand der Abrechnung berichtet, nehmen einige Pflegedienste einen höheren Aufwand wahr. Insbesondere Abrechnungen mit dem Sozialamt scheinen sich als komplizierter zu gestalten (7 der 17 Pflegedienste [41 Prozent] bestätigen dies).

Abbildung 12: Veränderung der Abrechnung von Leistungen für betroffene Kunden durch das Inkrafttreten der Kostenabgrenzungs-Richtlinien



Anmerkungen: n = 17

Quelle: Befragung von Pflegediensten durch das IGES Institut

Als Ursachen für die kompliziertere Abrechnung mit Sozialämtern nennen die Pflegedienste beispielsweise längere Bearbeitungsfristen, vermehrte Leistungskürzungen und dass das Sozialamt meint, die Kosten seien durch Kranken- und Pflegekasse bereits abgedeckt. Da die Namen der Sozialämter nicht erfragt wurden, kann nicht festgestellt werden, ob es sich um Schwierigkeiten mit einem Sozialamt oder um ein weiter verbreitetes Problem handelt. Weiterhin könnte es sich auch hier um Herausforderungen mit der Kostenabgrenzung handeln, die sich nicht speziell auf die Kostenabgrenzungs-Richtlinien zurückführen lassen.

Die Gründe, die für eine kompliziertere Abrechnung mit Kranken- oder Pflegekassen aufgeführt werden, deuten zum Teil auf eine uneinheitliche Handhabung der Kostenabgrenzungs-Richtlinien durch die Kranken- bzw. Pflegekassen hin. Es ist jedoch wiederum zu berücksichtigen, dass nicht immer ein klarer Bezug zu den

Kostenabgrenzungs-Richtlinien im Gegensatz zur Kostenabgrenzung allgemein besteht. Weiterhin beziehen sich die Gründe genau genommen nicht auf die Abrechnung selber, sondern die zugrundeliegende leistungsrechtliche Entscheidung. Auf eine mögliche uneinheitliche Handhabung verweist z. B. die Anmerkung, dass jede Abrechnungsstelle – mit Hinweis auf alle Kostenträger – versuche, Vorteile aus der Richtlinie zu ziehen, um Kosten einzusparen. Dies führe zu häufigen Diskussionen und Änderungen von Bewilligungen und Stornierungen von Rechnungen. Ein weiterer Pflegedienst merkt an, dass die Abrechnung mit Pflegekassen komplizierter sei, „da einige KK die BSG Rechtsprechung anders auslegen z. B. wird der Zeitanteil PK mit demselben Stundensatz der KK Vereinbarung vergütet obwohl der Pflegedienst nur eine Vergütungsvereinbarung SGB XI über Leistungskomplexe hat. Zumal der Personalschlüssel für die KK Vereinbarung im Durchschnitt bei 1 zu 3 liegt und die Grundpflege immer 1 zu 1 erbracht wird. Selbst die bereits vorhandenen Sozialgerichtsurteile werden dabei missachtet und falsch ausgelegt. Vorreiter ist hier die [Krankenkasse X].“ Ein dritter Kommentar, der auch die oben erwähnte Schwierigkeit im Zusammenhang mit pflegenden Angehörigen thematisiert, spricht von einer unterschiedlichen Handhabung der Umsetzung der Richtlinie: „Insbesondere in der Kinderintensivpflege wird von pflegenden Eltern oftmals ein großer Teil der Grundpflege selbst übernommen. Viele Kostenträger stehen aber dennoch auf dem Standpunkt, dass trotzdem die volle Minuten-Pauschale der Kostenabgrenzungsrichtlinie abzuziehen ist und das Pflegegeld [sic!] dementsprechend (zu Unrecht) gekürzt wird. Die Meinungen gehen hier bei den Kostenträger sehr weit auseinander und dementsprechend unterschiedlich wird die Umsetzung der Richtlinie gehandhabt.“ Die Erwähnung von Pflegegeld in dem Kommentar ist unerwartet, da die Kostenabgrenzung bei Versicherten, die Pflegegeld beziehen (nach §§ 37 oder 38 SGB XI), nicht zur Anwendung kommen kann.

Zwei Pflegedienste geben an, dass sich die Abrechnung mit den Krankenkassen für sie vereinfacht hat. Dies führt einer der betroffenen Pflegedienste auf eine Verkürzung der Wartezeiten bei der Kostenzusage zurück. Der andere Pflegedienst machte keine Angabe zum Grund der Vereinfachung.

Die Praktikabilität der Kostenabgrenzungs-Richtlinien aus Sicht der Pflegedienste umfasst auch, wie viele Beanstandungen (mit Bezug auf die Kostenabgrenzungs-Richtlinien) von Rechnungen ein Pflegedienst erhält, wenn er Leistungen für betroffene Versicherte abrechnet. Um diesen Aspekt der Praktikabilität zu untersuchen, wurde zunächst erhoben, wie häufig Beanstandungen auftreten. Die so erhobenen Zahlen dienen als Vergleichspunkt für die in einer weiteren Frage ermittelten Änderungen durch das Inkrafttreten der Kostenabgrenzungs-Richtlinien in der Häufigkeit von Beanstandungen.

In Tabelle 6 wird dargestellt, wie viele Pflegedienste keine, zwischen einer und zehn oder mehr als zehn Beanstandungen von Abrechnungen im Jahr 2017 erhielten, untergliedert nach Krankenkassen, Pflegekassen, Kunden und dem Sozialamt. Die meisten Teilnehmenden berichten von keinen beanstandeten Rechnungen oder machten keine Angabe. Zwischen einer und zehn Beanstandungen

erhielten einige der Pflegedienste, wobei die Beanstandungen häufiger von Krankenkassen oder dem Sozialamt ausgingen. Mehr als zehn beanstandete Rechnungen im Zusammenhang mit den Kostenabgrenzungs-Richtlinien scheinen seltener der Fall zu sein. Innerhalb dieser Stichprobe bestätigen jeweils zwei Pflegedienste solche vermehrten Beanstandungen durch Kranken- und Pflegekassen.

Tabelle 6: Anzahl der Pflegedienste, die die jeweilige Anzahl Beanstandungen von Abrechnungen für betroffene Kunden im Zusammenhang mit den Kostenabgrenzungs-Richtlinien im Jahr 2017 angeben

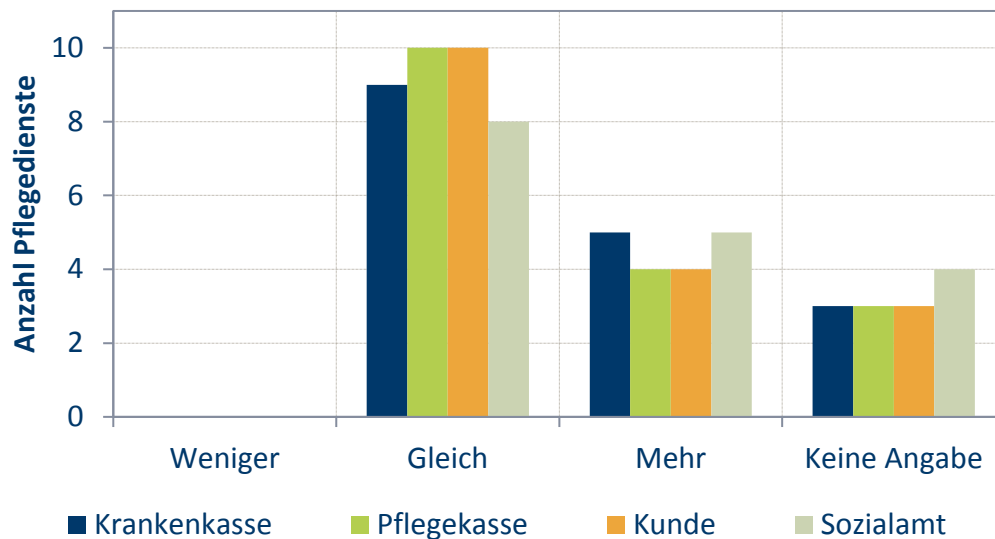
Anzahl Beanstandungen	Krankenkasse	Pflegekasse	Kunde	Sozialamt
0	4	7	9	8
1-10	5	2	1	3
>10	2	2	0	0
Keine Angabe	6	6	7	6

Anmerkungen: n = 17

Quelle: Befragung von Pflegediensten durch das IGES Institut

Auf die Frage, ob sich die Anzahl der Beanstandungen von Abrechnungen durch das Inkrafttreten der Kostenabgrenzungs-Richtlinien verändert hat, antworteten die meisten Pflegedienste, dass sie keine Veränderungen wahrnehmen. Ein kleinerer Anteil berichtet von einer gestiegenen Anzahl an beanstandeten Abrechnungen. Jeweils vier Pflegedienste bestätigen dies für Beanstandungen durch Pflegekassen und dem Kunden, jeweils fünf für Krankenkassen und Sozialämter (Abbildung 13).

Abbildung 13: Veränderung der Häufigkeit von Beanstandungen von Abrechnungen im Zusammenhang mit der Kostenabgrenzung durch das In-Krafttreten der Kostenabgrenzungs-Richtlinien



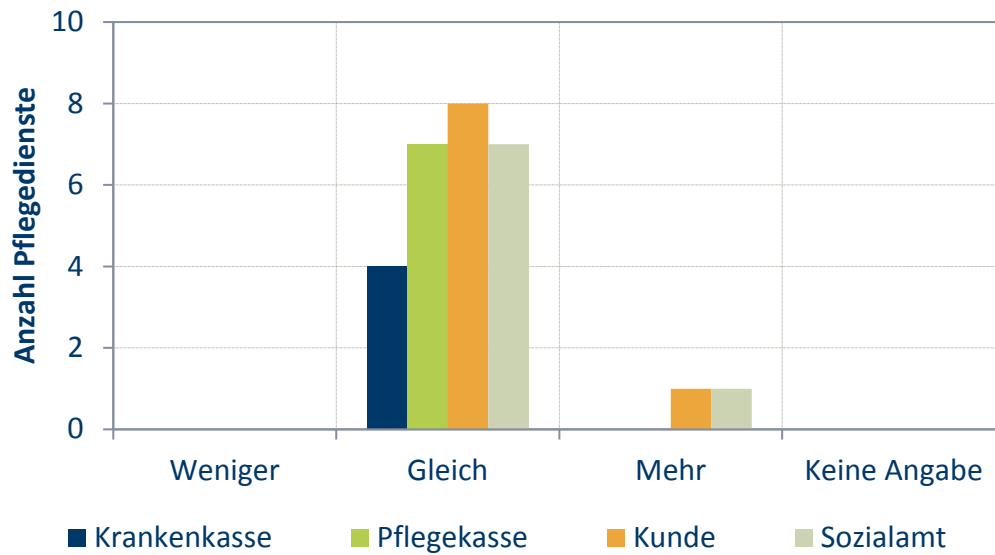
Anmerkungen: n = 17

Quelle: Befragung von Pflegediensten durch das IGES Institut

Als Ursachen für die Veränderungen wurden die bereits zu den Veränderungen beim Abschluss eines Pflegevertrags und bei der Abrechnung genannten Gründe angegeben.

Bei einer gesonderten Betrachtung dieser Veränderungen unterschieden nach Pflegediensten, bei denen im Jahr 2017 keine Rechnungen beanstandet wurden und solchen, bei denen mindestens eine Abrechnung angefochten wurde, zeigt sich – wie zu erwarten – ein unterschiedliches Bild. Pflegedienste ohne jegliche Beanstandungen im Zusammenhang mit der Kostenabgrenzung berichten überwiegend von keiner Veränderung (Abbildung 14), Pflegedienste mit mindestens einer beanstandeten Abrechnung bestätigen vermehrt einen Anstieg solcher Beschwerden (Abbildung 15).

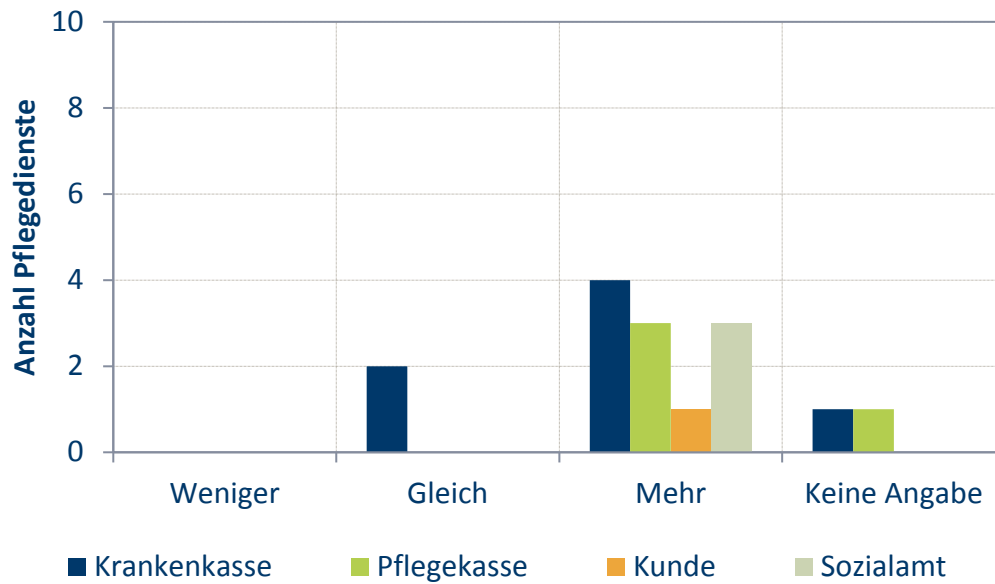
Abbildung 14: Veränderung der Häufigkeit von Beanstandungen von Abrechnungen im Zusammenhang mit der Kostenabgrenzung durch das In-krafttreten der Kostenabgrenzungs-Richtlinien



Anmerkungen: Auswertung beschränkt auf Pflegedienste ohne Beanstandungen in 2017. n = 4, 7, 9 und 8 für Krankenkasse, Pflegekasse, Kunde und Sozialamt.

Quelle: Befragung von Pflegediensten durch das IGES Institut

Abbildung 15: Veränderung der Häufigkeit von Beanstandungen von Abrechnungen im Zusammenhang mit der Kostenabgrenzung durch das In-krafttreten der Kostenabgrenzungs-Richtlinien

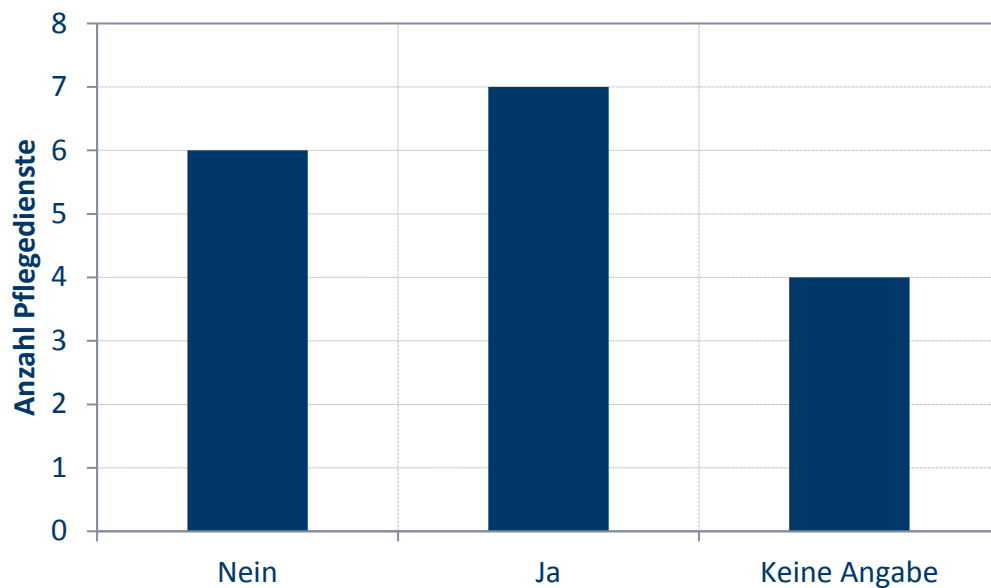


Anmerkungen: Auswertung beschränkt auf Pflegedienste mit min. einer Beanstandung in 2017. n = 7, 4, 1 und 3 für Krankenkasse, Pflegekasse, Kunde und Sozialamt.

Quelle: Befragung von Pflegediensten durch das IGES Institut

Die Kostenabgrenzung kann bei den betroffenen Kunden zu einem Beratungsbedarf führen. Inwiefern auch die an der Befragung beteiligten Pflegedienste Kunden dahingehend beraten, zeigt Abbildung 16. Sechs Befragte verneinen eine Beratung speziell zum Thema Kostenabgrenzung, sieben Pflegedienste führen solche Beratungen durch.

Abbildung 16: Durchführung von Beratung betroffener Kunden speziell zum Thema Kostenabgrenzung



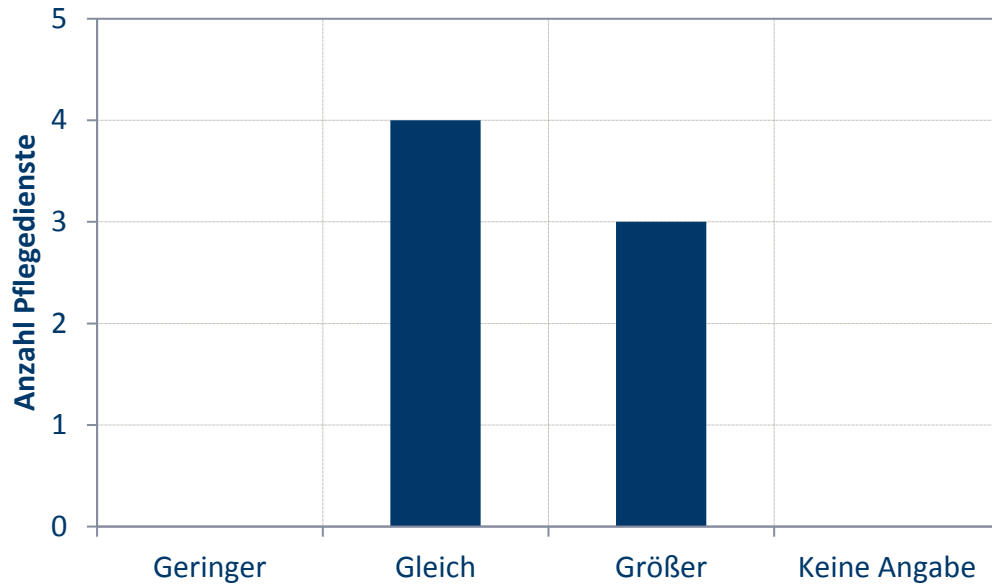
Anmerkungen: n = 17

Quelle: Befragung von Pflegediensten durch das IGES Institut

Im Fall einer Beratung sind vorrangige Themen die Aufteilung der Kosten und entstehende Eigenanteile, aber auch Anpassungen des Pflegegrads oder Finanzierungshilfen zur Pflege spielen in diesem Zusammenhang eine Rolle.

Vier der Pflegedienste, die betroffene Kunden zum Thema beraten haben, nehmen keine Änderung des Beratungsbedarfs aufgrund der Einführung der Kostenabgrenzungs-Richtlinien wahr. Drei weitere Pflegedienste empfinden einen vermehrten Aufklärungsbedarf auf Seiten der betroffenen Kunden (Abbildung 17). Als Gründe wurden die bereits zuvor aufgeführten Ursachen für Veränderungen genannt.

Abbildung 17: Änderung des Beratungsbedarfs betroffener Kunden durch das Inkrafttreten der Kostenabgrenzungs-Richtlinien



Anmerkungen: Die Frage traf nur für Pflegedienste zu, die speziell zum Thema Kostenabgrenzung Beratungen durchführten. n = 7

Quelle: Befragung von Pflegediensten durch das IGES Institut

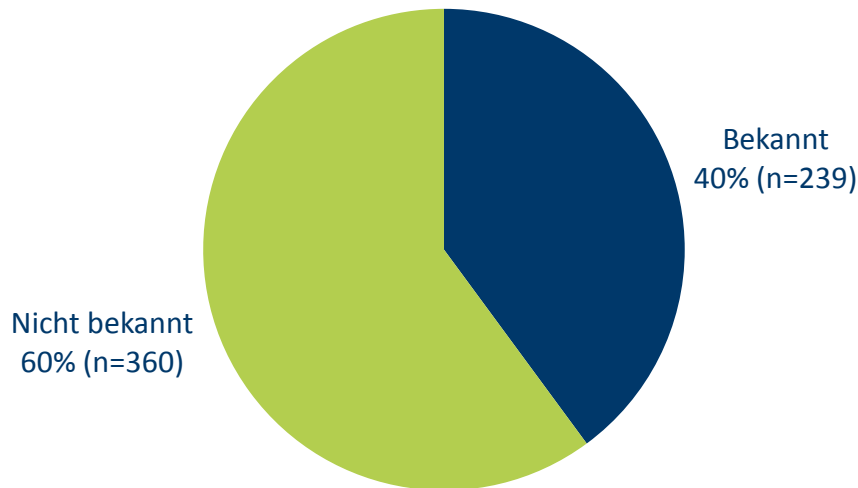
3.5 Auswirkungen der Kostenabgrenzungs-Richtlinien auf Versicherte

Als vierte von der Kostenabgrenzung betroffene Gruppe wurden Versicherte befragt, bei deren Leistungen eine Kostenabgrenzung durchgeführt wird (siehe Kapitel 2.2). Zu der Befragung waren 1.218 Versicherte eingeladen. Die Rücklaufquote betrug 52 Prozent (n = 639). Aufgrund der relativ hohen Rücklaufquote und der Abdeckung verschiedener Pflegegrade und Altersgruppen (siehe Kapitel 2.2.3) kann von einer guten Repräsentativität der Ergebnisse ausgegangen werden und verzerrende Effekte sollten vernachlässigbar sein.

Wie in Kapitel 2.2.1 ausgeführt, ist bei der Befragung von Versicherten zu den Kostenabgrenzungs-Richtlinien zu berücksichtigen, dass die Kostenabgrenzung und die sie regelnden Kostenabgrenzungs-Richtlinien aus Versichertensicht als ein kasseninternes Verfahren angesehen werden dürften und vertiefende Kenntnisse zur Thematik nicht zu erwarten sind. Dennoch ist die Perspektive der Versicherten wichtig, da sie letztendlich die Gruppe der von den Kostenabgrenzungs-Richtlinien Betroffenen darstellen.

Grundgedanke der Befragung der Versicherten war daher, dass eine gute Praktikabilität des Verfahrens aus Sicht der Versicherten vorliegt, wenn sie keine negativen Auswirkungen der Kostenabgrenzungs-Richtlinien wahrnehmen. Als ein Indikator für die „Praktikabilität“ wurde aus diesem Grund zunächst nach der Kenntnis der Durchführung der Kostenabgrenzung gefragt. Abbildung 18 zeigt, dass 60 Prozent der befragten Versicherten nicht wussten, dass bei ihren Leistungen eine Kostenabgrenzung erfolgt, wohingegen 40 Prozent Kenntnis darüber hatten. Dieses Ergebnis ist insofern plausibel, als dass Versicherte zwar zu Beginn ihrer Versorgung bzw. bei Veränderungen ihrer Versorgung über die Kostenabgrenzung informiert werden, diese Information zum Zeitpunkt der Befragung jedoch schon längere Zeit her sein konnte.

Abbildung 18: Anteil der betroffenen Versicherten, denen bereits bekannt war, dass bei ihren Pflegeleistungen eine Kostenabgrenzung erfolgt



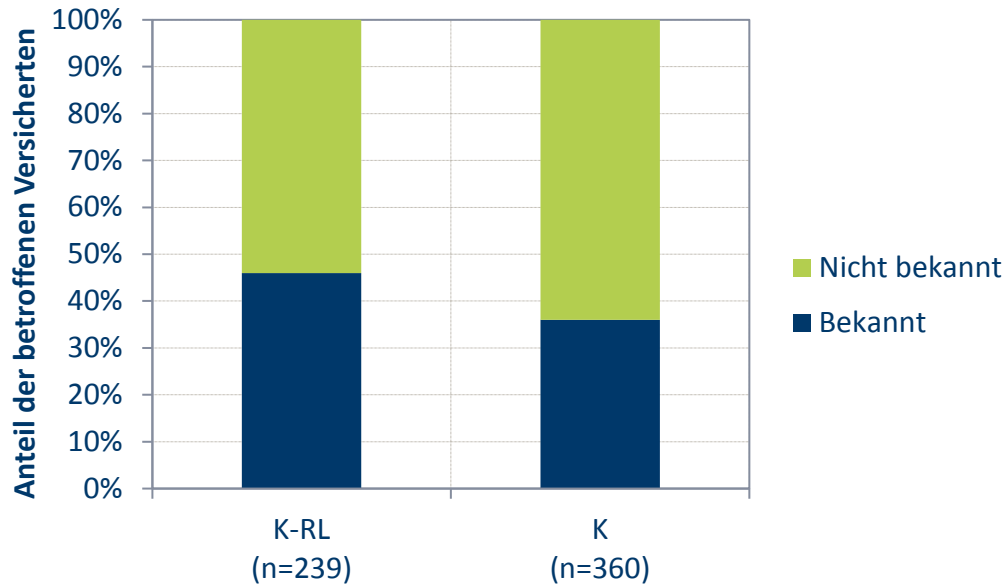
Anmerkungen: n = 599

Quelle: Befragung von betroffenen Versicherten durch das IGES Institut

Einige der acht Krankenkassen, die die Fragebögen an die Versicherten übermittelt haben, haben diese nicht nur an Versicherte, die von den **Kostenabgrenzungs-Richtlinien** betroffen sind, versendet, sondern auch an solche Versicherte, bei denen die **Kostenabgrenzung** noch nach dem Verfahren von vor dem 01.01.2017 erfolgt. Aus diesem Grund wurde geprüft, ob sich diejenigen Personen, für die bekannt ist, dass sie von den Kostenabgrenzungs-Richtlinien betroffen sind, im Antwortverhalten unterscheiden von denjenigen, für die nicht bekannt ist, ob die neue oder die alte Regelung zum Tragen kommt (Abbildung 19).

Versicherte, die definitiv von den Kostenabgrenzungs-Richtlinien betroffen sind, geben signifikant häufiger an, dass sie von der Kostenabgrenzung wussten, im Vergleich zu Versicherten, die entweder von den Kostenabgrenzungs-Richtlinien oder der Regelung von vor dem 01.01.2017 betroffen sind ($p < 0.05$), wobei der nachgewiesene Effekt jedoch sehr klein ist ($\phi = - .095$). Das Ergebnis erscheint plausibel, da die Versicherten, bei denen die Kostenabgrenzungs-Richtlinien zum Tragen kommen, erst vor kürzerer Zeit über ihre Leistungsansprüche im Rahmen der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit informiert wurden und demnach die Kostenabgrenzung eher erinnern dürften.

Abbildung 19: Anteil der betroffenen Versicherten, denen bereits bekannt war, dass bei ihren Pflegeleistungen eine Kostenabgrenzung erfolgt, unterteilt nach Art der Kostenabgrenzung

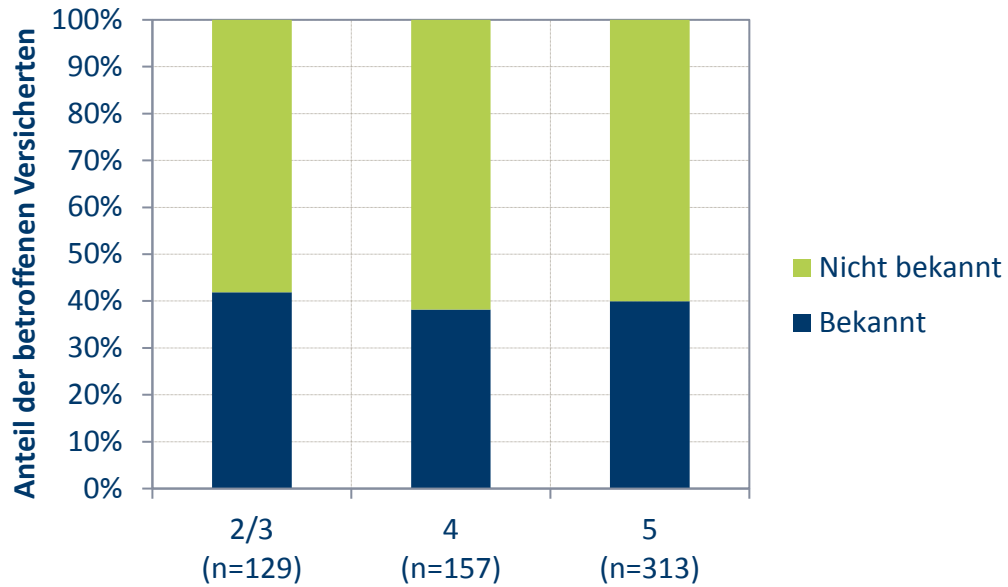


Anmerkungen: K-RL zeigt die Subgruppe von Versicherten, für die bekannt ist, dass sie von den Kostenabgrenzungs-Richtlinien, d. h. nicht von der Regelung von vor dem 01.01.2017, betroffen sind.
K zeigt die Subgruppe von Versicherten, für die nicht bekannt ist, ob sie von den Kostenabgrenzungs-Richtlinien oder von der Regelung von vor dem 01.01.2017 betroffen sind.

Quelle: Befragung von betroffenen Versicherten durch das IGES Institut

Bezogen auf alle an der Befragung beteiligten Versicherten unterscheiden sich diese bei einer Unterteilung nach Pflegegraden nicht signifikant in ihrem Wissen, ob bei ihren Leistungen eine Kostenabgrenzung erfolgt (Abbildung 20). Dasselbe gilt für eine Untergliederung nach Altersgruppen (Abbildung 21).

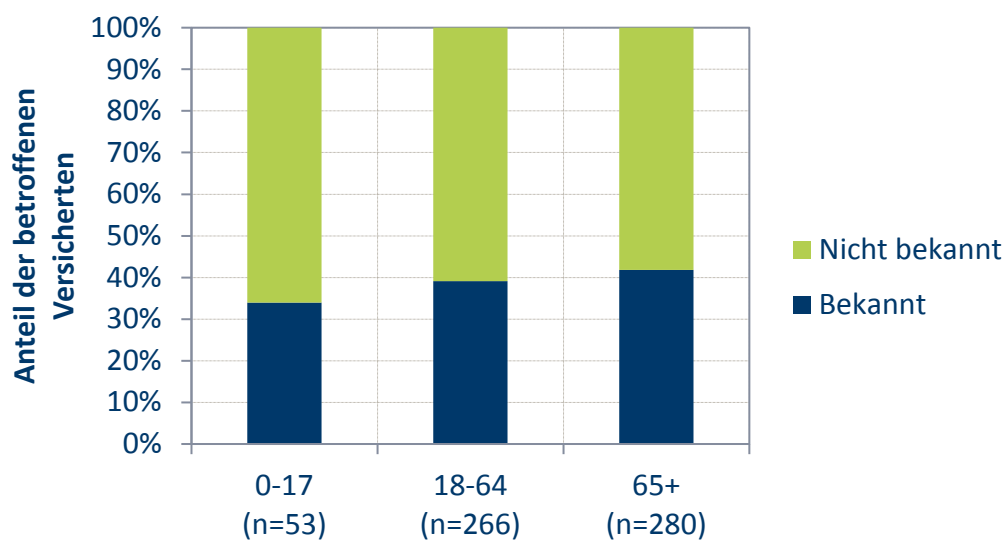
Abbildung 20: Anteil der betroffenen Versicherten, denen bereits bekannt war, dass bei ihren Pflegeleistungen eine Kostenabgrenzung erfolgt, unterteilt nach Pflegegrad



Anmerkungen: n = 599

Quelle: Befragung von betroffenen Versicherten durch das IGES Institut

Abbildung 21: Anteil der betroffenen Versicherten, denen bereits bekannt war, dass bei ihren Pflegeleistungen eine Kostenabgrenzung erfolgt, unterteilt nach Altersgruppe



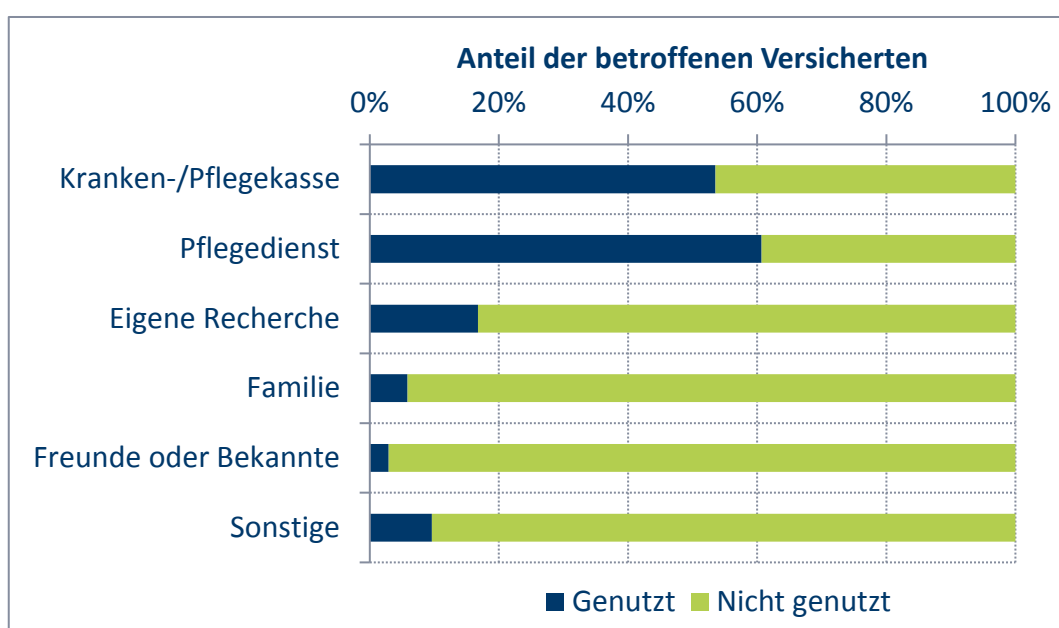
Anmerkungen: n = 599

Quelle: Befragung von betroffenen Versicherten durch das IGES Institut

Es wurde auch überprüft, ob sich die Ergebnisse bei der Unterteilung nach Pflegegrad oder Altersgruppe ändern, wenn nur diejenigen Versicherten in die Auswertung eingehen, von denen sicher bekannt ist, dass sie unter die Kostenabgrenzungs-Richtlinien fallen. Die Analyse zeigt jedoch, dass dies keine veränderten Erkenntnisse mit sich bringt.

Versicherte, denen bekannt war, dass bei ihren Leistungen eine Kostenabgrenzung erfolgt (40 Prozent aller Teilnehmenden, siehe Abbildung 18), wurden gefragt, wie sie an dieses Wissen gelangt sind. 60 Prozent der Versicherten wurden durch ihren Pflegedienst informiert, etwa 50 Prozent durch eine Kranken- bzw. Pflegekasse (Abbildung 22, Mehrfachnennungen waren möglich). Knapp 20 Prozent haben sich eigenständig über die Kostenabgrenzung informiert. Familie oder Freunde bzw. Bekannte spielen bei der Informationsbeschaffung nur eine untergeordnete Rolle. Circa 10 Prozent nutzten noch weitere Informationsquellen, beispielsweise den Sozialdienst, rechtliche Betreuungen oder die Pflegeberatung.

Abbildung 22: Informationsquellen, aus denen betroffene Versicherte von der Kostenabgrenzung erfahren haben

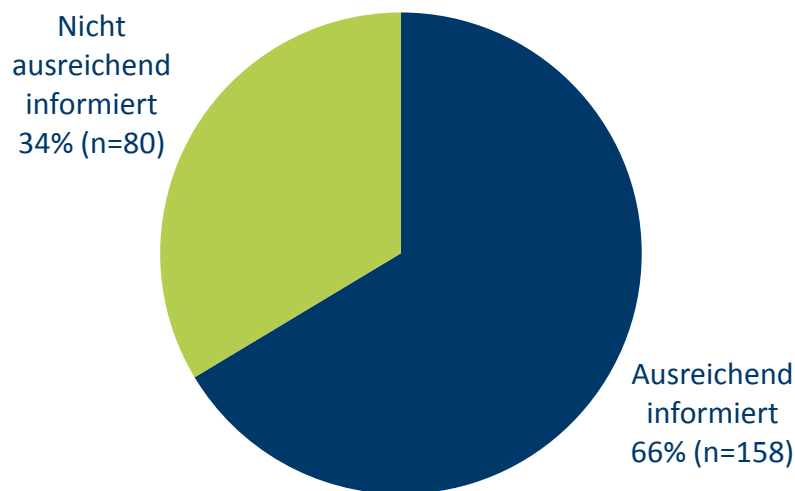


Anmerkungen: Nur Versicherte, denen bereits bekannt war, dass bei ihren Pflegeleistungen eine Kostenabgrenzung erfolgt. n = 239. Mehrfachnennung möglich.

Quelle: Befragung von betroffenen Versicherten durch das IGES Institut

Abbildung 23 zeigt, wie viele derjenigen Versicherten, die Kenntnis über die Kostenabgrenzung hatten, sich diesbezüglich ausreichend informiert fühlen. Circa zwei Drittel der Befragten bestätigt dies, das weitere Drittel fühlt sich nicht angemessen informiert.

Abbildung 23: Anteil der betroffenen Versicherten, die sich ausreichend über die Kostenabgrenzung informiert fühlen

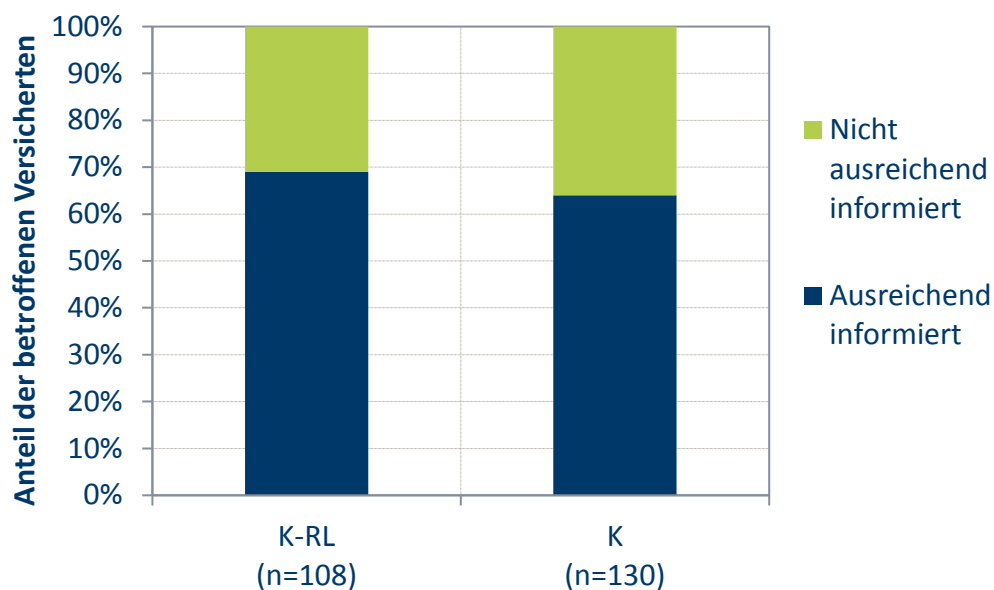


Anmerkungen: Nur Versicherte, denen bereits bekannt war, dass bei ihren Pflegeleistungen eine Kostenabgrenzung erfolgt. n = 238. n = 1 mit fehlender Antwort nicht gezeigt.

Quelle: Befragung von betroffenen Versicherten durch das IGES Institut

Auch an dieser Stelle wurde geprüft, ob sich das Ergebnis verändert, wenn nur die Versicherten betrachtet werden, bei denen bekannt ist, dass sie definitiv von den Kostenabgrenzungs-Richtlinien betroffen sind, wobei jedoch kein statistisch signifikanter Unterschied festgestellt werden konnte (Abbildung 24).

Abbildung 24: Anteil der betroffenen Versicherten, die sich ausreichend über die Kostenabgrenzung informiert fühlen. Nur Versicherte, denen bereits bekannt war, dass bei ihren Pflegeleistungen eine Kostenabgrenzung erfolgt



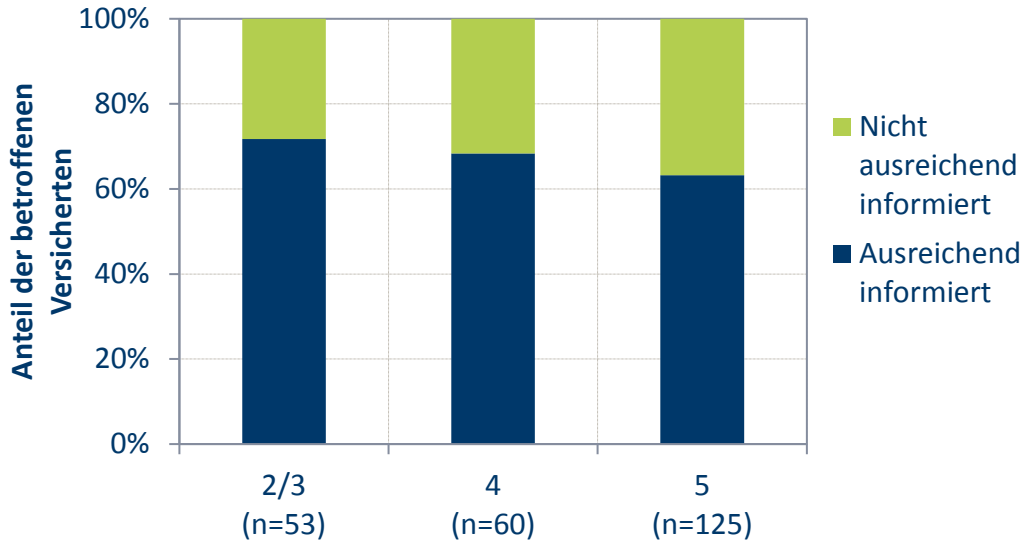
Anmerkungen: n = 238. n = 1 mit fehlender Antwort nicht gezeigt.
K-RL zeigt die Subgruppe von Versicherten, für die bekannt ist, dass sie von den Kostenabgrenzungs-Richtlinien, d. h. nicht von der Regelung von vor dem 01.01.2017, betroffen sind.

K zeigt die Subgruppe von Versicherten, für die nicht bekannt ist, ob sie von den Kostenabgrenzungs-Richtlinien oder von der Regelung von vor dem 01.01.2017 betroffen sind.

Quelle: Befragung von betroffenen Versicherten durch das IGES Institut

Weiterhin wurde untersucht, ob sich das Antwortverhalten der Versicherten je nach Pflegegrad oder Altersgruppe unterscheidet, wobei beide Auswertungen keine statistisch signifikanten Unterschiede hervorbringen (Abbildung 25 und Abbildung 26).

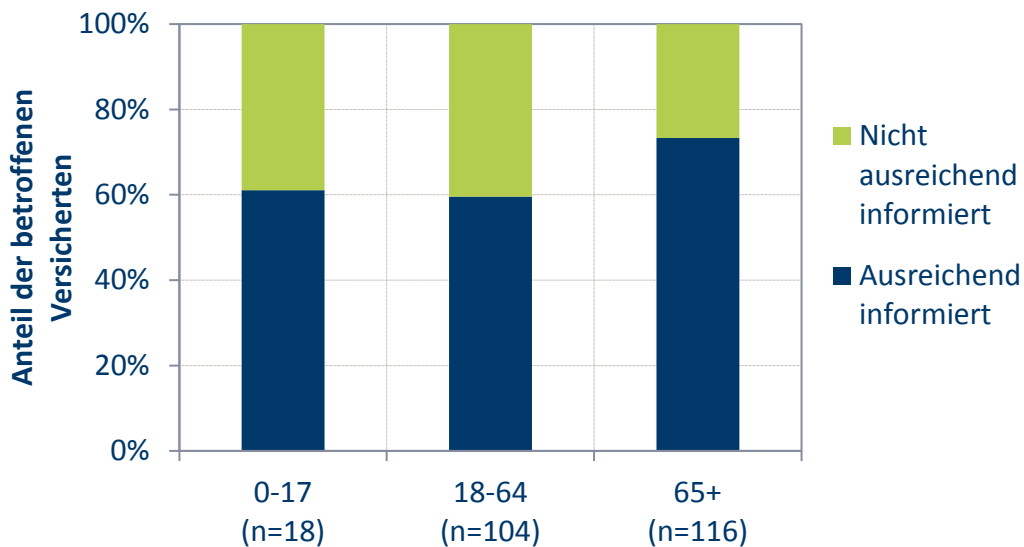
Abbildung 25: Anteil der betroffenen Versicherten, die sich ausreichend über die Kostenabgrenzung informiert fühlen, unterteilt nach Pflegegrad



Anmerkungen: Nur Versicherte, denen bereits bekannt war, dass bei ihren Pflegeleistungen eine Kostenabgrenzung erfolgt. n = 238

Quelle: Befragung von betroffenen Versicherten durch das IGES Institut

Abbildung 26: Anteil der betroffenen Versicherten, die sich ausreichend über die Kostenabgrenzung informiert fühlen, unterteilt nach Altersgruppe

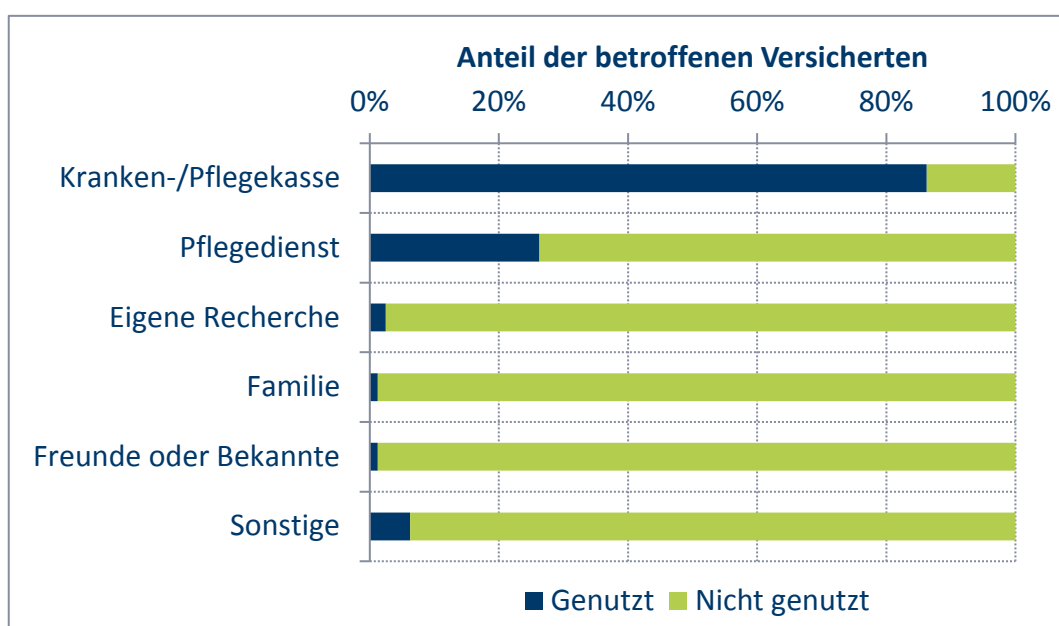


Anmerkungen: Nur Versicherte, denen bereits bekannt war, dass bei ihren Pflegeleistungen eine Kostenabgrenzung erfolgt. n = 238

Quelle: Befragung von betroffenen Versicherten durch das IGES Institut

Der überwiegende Anteil der Personen (circa 90 Prozent), die empfinden, nicht ausreichend über die Kostenabgrenzung informiert worden zu sein, wünschen sich Informationen von Kranken- bzw. Pflegekassen zu erhalten (Abbildung 27). Knapp 30 Prozent der Versicherten würden ihre Informationsdefizite gerne durch Gespräche mit einem Pflegedienst ausgleichen (Mehrfachnennungen waren möglich). Eigene Rechercheleistungen, Familie oder Freunde sowie sonstige Informationsquellen (u. a. Sozialverbände, unabhängige Beratungsstelle, Pflegestützpunkte, Sozialämter) spielen nur eine untergeordnete Rolle.

Abbildung 27: Informationsquellen, aus denen die betroffenen Versicherten mehr über die Kostenabgrenzung erfahren möchten



Anmerkungen: Nur Versicherte, die sich nicht ausreichend über die Kostenabgrenzung informiert fühlten. n = 80. Mehrfachnennung möglich

Quelle: Befragung von betroffenen Versicherten durch das IGES Institut

Als gewünschte Beratungsthemen wurden vornehmlich die Erläuterung der Abrechnung bzw. des Eigenanteils genannt. Auch grundsätzliche Erläuterungen zur Kostenabgrenzung, zu SGB V und SGB XI sowie zu Pflegegraden wurden genannt.

4. Diskussion

Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (§ 14 SGB XI) und des damit verbundenen neuen Verfahrens zur Begutachtung der Pflegebedürftigkeit (§ 15 SGB XI) erforderte die Entwicklung eines neuen Verfahrens für die Kostenabgrenzung. Bei der Kostenabgrenzung handelt es sich um ein Verfahren anhand dessen die Kostenübernahme durch die Kranken- und die Pflegekasse bei „Pflegebedürftigen, die einen besonders hohen Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen haben und Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V sowie Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 SGG XI durch dieselbe Pflegekraft beziehen“⁸ geregelt wird.

Das neue Verfahren wird in den „Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Kostenabgrenzung zwischen Kranken- und Pflegeversicherung bei Pflegebedürftigen, die einen besonders hohen Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen haben (Kostenabgrenzungs-Richtlinien) nach § 17 Abs. 1b SGB XI vom 16.12.2016“ beschrieben. Im Rahmen der Evaluation der Kostenabgrenzungs-Richtlinien wurde die Praktikabilität der Richtlinien aus Sicht der Kranken- bzw. Pflegekassen, des MDK, der Pflegedienste und der Versicherten untersucht. Weiterhin wurde eine Schätzung vorgenommen, wie viele Versicherte von der Kostenabgrenzung betroffen sind.

Anzahl betroffene Versicherte

Die alters- und geschlechtsadjustierte Hochrechnung zur Schätzung der Anzahl betroffener Versicherter zeigt, dass die Kostenabgrenzung eine kleine, überwiegend schwerkranke Gruppe von Versicherten betrifft. Die Schätzung ergab 10,4 von der Kostenabgrenzung betroffene Versicherte je 100.000 GKV-Versicherte (95 %-Konfidenzintervall 5,4 bis 15,4). Dies entspricht in absoluten Zahlen circa 7.500 betroffenen Versicherten (95 %-Konfidenzintervall circa 3.900 bis circa 11.200 betroffene Versicherte).

Die betroffenen Versicherten haben überwiegend Pflegegrad 5 (45 Prozent) oder Pflegegrad 4 (29 Prozent). Dies ist im Kontext der typischerweise schweren Erkrankungen der Versicherten, die sich in drei Gruppen unterteilen lassen, zu erwarten: (1) Pflegebedürftige mit (seltenen) neuromuskulären Erkrankungen (z. B. Amyotrophe Lateralsklerose, Muskeldystrophie), (2) Pflegebedürftige, die vorübergehend auf Intensivstationen behandelt und künstlich beatmet wurden (meist aufgrund fortgeschrittenen Alters, chronischer Krankheiten und Multimorbidität, eines schlechten Allgemeinzustands oder infolge Unfällen) und auch in der Nachsorge weiter beatmet werden müssen und (3) Pflegebedürftige, die lebensbedrohliche Krankheitsphasen überwunden haben, anschließend aber weiter von therapeutisch-technischen und medizinisch-pflegerischen Maßnahmen abhängig sind (Ewers und Lehmann 2017).

⁸ Abschnitt 3 „Geltungsbereich“ der Kostenabgrenzungs-Richtlinien nach § 17 Abs. 1b SGB XI

Praktikabilität der Kostenabgrenzungs-Richtlinien

Kranken- bzw. Pflegekassen

Aus Sicht der Kranken- bzw. Pflegekassen sind die Kostenabgrenzungs-Richtlinien praktikabel: In der Gesamtbetrachtung geben 55 Prozent der Kranken- bzw. Pflegekassen eine Verbesserung der Praktikabilität durch die Kostenabgrenzungs-Richtlinien im Vergleich zu dem Vorgehen vor dem 01.01.2017 an. 39 Prozent berichten von keiner Änderung. Auch bei den einzelnen Komponenten der Praktikabilität (Arbeitsaufwand bei der Genehmigung von Verordnungen der häuslichen Krankenpflege für betroffene Versicherte, Abrechnung mit Pflegediensten, Beratungsbedarf betroffener Versicherter, Widersprüche und Klagen sowie weitere Notwendigkeit von Zeitbemessungen durch den MDK) sehen die Kranken- bzw. Pflegekassen überwiegend eine Verbesserung oder keinen Unterschied.

In den Erläuterungen für die Veränderungen und den Anmerkungen weisen die Kranken- bzw. Pflegekassen auf einzelne Herausforderungen bei der Umsetzung der Richtlinien in der Praxis hin (siehe Kapitel 3.2). Dabei ist zu beachten, dass die Herausforderungen nur zum Teil ein Resultat der Kostenabgrenzungs-Richtlinien sind, teils bestanden diese Herausforderungen auch bereits vor Einführung der Kostenabgrenzungs-Richtlinien. Um den Herausforderungen zu begegnen, sollte eine Information bezüglich der praktischen Umsetzung der Kostenabgrenzungs-Richtlinien für die Kranken- bzw. Pflegekassen erwogen werden.

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung

Aus Sicht des MDK sind die Kostenabgrenzungs-Richtlinien praktikabel, insbesondere da die spezielle Rolle, die der MDK bei der Ermittlung der individuellen Minutenwerte spielte, wegfällt. In der Gesamtbetrachtung geben 64 Prozent der MDK eine Verbesserung der Praktikabilität durch die Kostenabgrenzungs-Richtlinien im Vergleich zu dem Vorgehen vor dem 01.01.2017 an. Die verbleibenden 36 Prozent machten keine Angabe. Bei Betrachtung der einzelnen Aspekte der Praktikabilität bestätigen die MDK, dass die Zeitbemessung für die Grundpflege/körpernahe Pflege – wie erwartet – nicht mehr durchgeführt wird, es also keinen Bedarf für solche Gutachten gibt. Gutachten im Rahmen von Widersprüchen oder Klagen bezüglich der Kostenabgrenzung wurden sowohl in 2016 als auch in 2017 nicht durchgeführt.

Pflegedienste

Für die Pflegedienste ergibt sich kein einheitliches Bild bezüglich der Veränderung der Praktikabilität der Kostenabgrenzung durch die Kostenabgrenzungs-Richtlinien. In der Gesamtbetrachtung geben 35 Prozent der Pflegedienste keine Veränderung der Praktikabilität beim Vergleich zwischen dem Vorgehen vor dem 01.01.2017 und dem Vorgehen nach den Kostenabgrenzungs-Richtlinien an. 24 Prozent berichten von einer leichten Verbesserung. Weitere 24 Prozent geben eine leichte oder starke Verschlechterung an. Die übrigen 18 Prozent machten keine Angabe. Bei den einzelnen Aspekten der Praktikabilität (Aufwand beim Abschluss eines Pflegevertrags, Abrechnung von Leistungen, Häufigkeit von Bean-

standungen und Beratungsbedarf betroffener Kunden) berichten die meisten Pflegedienste von keinen Veränderungen, wobei die zweit häufigste Nennung jeweils eine Verschlechterung ist. Insbesondere die von den Pflegediensten genannten Gründe für eine kompliziertere Abrechnung deuten darauf hin, dass eine uneinheitliche Handhabung der Kostenabgrenzung durch die Kranken- bzw. Pflegekassen vorliegen könnte. Dabei ist zu beachten, dass die Erläuterungen für die Verschlechterungen auch eine allgemeine Verunsicherung bezüglich bzw. Missverständnisse der Kostenabgrenzung erkennen lassen und nicht immer spezifisch für Veränderungen aufgrund der Kostenabgrenzungs-Richtlinien sind.

Versicherte

Die Auswirkungen der Kostenabgrenzungs-Richtlinien auf die Versicherten konnten nicht durch direkte Fragen zu den Kostenabgrenzungs-Richtlinien untersucht werden, da nicht zu erwarten war, dass die Versicherten von den Kostenabgrenzungs-Richtlinien, die ein kasseninternes Verfahren regeln, wussten. Daher wurde als Indikator für die „Praktikabilität“ der Kostenabgrenzungs-Richtlinien für die Versicherten gewählt, ob die Versicherten die Kostenabgrenzung wahrnehmen bzw. ob sie sich ausreichend über die Kostenabgrenzung informiert fühlen. Im Sinne dieses Indikators sind die Kostenabgrenzungs-Richtlinien aus Sicht der meisten Versicherten als „praktikabel“ einzuschätzen: Circa 60 Prozent der Versicherten wussten nicht, dass bei ihren Leistungen eine Kostenabgrenzung erfolgt. Von den circa 40 Prozent der Versicherten, denen die Kostenabgrenzung bekannt war, fühlen sich circa 65 Prozent ausreichend über die Kostenabgrenzung informiert.

Die Befragung der Versicherten zeigte auch, dass die meisten der circa 13 Prozent der Versicherten, die von der Kostenabgrenzung wussten sich jedoch nicht ausreichend informiert fühlten, wünschen, von einer Kranken- bzw. Pflegekasse weitere Informationen zu erhalten. Auch circa fünf Prozent der Versicherten, die nicht von der Kostenabgrenzung wussten, nutzten die Möglichkeit weitere Anmerkungen zu machen, um Fragen bezüglich der Kostenabgrenzung zu stellen. Daher sollten die Kranken- bzw. Pflegekassen Möglichkeiten identifizieren, wie die Information der Versicherten weiter verbessert werden kann.

Bei den Befragungsergebnissen ist zu berücksichtigen, dass die Rücklaufquoten unterschiedlich ausfielen: bei den MDK waren sie mit 93 % am höchsten, gefolgt von Kranken- bzw. Pflegekassen (75 %), Versicherten (52 %) und Pflegediensten (17 %). Aufgrund der höheren Rücklaufquoten bei MDK, Kranken- und Pflegekassen sowie Versicherten kann hier von einer guten Repräsentativität der Ergebnisse ausgegangen werden und verzerrende Effekte auf die Ergebnisse sollten vernachlässigbar sein. Die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse für die Pflegedienste könnte aufgrund des relativ geringen Rücklaufs eingeschränkt sein.

Gesamtfazit

Das in den Kostenabgrenzungs-Richtlinien beschriebene Verfahren zur Durchführung der Kostenabgrenzung orientiert sich eng an dem bis 31.12.2016 geltenden

Verfahren, das auf den Vorgaben des Bundessozialgerichts⁹ beruhte: es findet weiterhin eine Aufteilung der Zeit statt, um die Leistungen der Kranken- und Pflegekasse abzugrenzen; der durch die Pflegeversicherung zu tragende Zeitanteil wird jedoch nicht mehr individuell ermittelt, sondern pauschal festgelegt. Die Evaluation der Kostenabgrenzungs-Richtlinien zeigt, dass es zu einzelnen Themen Erläuterungsbedarf für die praktische Umsetzung der Kostenabgrenzungs-Richtlinien gibt und dass eine weitere Verbesserung der Information der Versicherten wünschenswert wäre. Insgesamt betrachtet haben die Kostenabgrenzungs-Richtlinien zu einer Verbesserung der Praktikabilität der Durchführung der Kostenabgrenzung geführt.

⁹ Urteil vom 17.06.2010 (B 3 KR / 09 R)

Literaturverzeichnis

Ewers M & Lehmann Y (2017): Pflegebedürftige mit komplexem therapeutisch-technischem Unterstützungsbedarf am Beispiel beatmeter Patienten. *Pflege-Report*, 63-72.

Lee SE, Lee PR & Shin K-I (2016): A composite estimator for stratified two stage cluster sampling. *Communications for Statistical Applications and Methods* 23(1), 47-55. ISSN: 2287-7843.
