

MDS | 45116 Essen

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Die Vorsitzende
Platz der Republik 1
11011 Berlin

**Ihr(e) Zeichen/
Ihre Nachricht vom**

**Unser(e) Zeichen/
Unsere Nachricht vom**

Name

Dr. Peter Pick

Telefon / Fax

0201 8327-110 / -492

E-Mail

P.Pick@mds-ev.de

Datum

15. Januar 2008

Stellungnahme zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz und den Anträgen der Bundestagsfraktionen

Sehr geehrte Damen und Herren,

anlässlich der Anhörungen am 21. und 23. Juni 2008 in Berlin übersende ich Ihnen die Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) zum Gesetzentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – PfwG)“ Bt.-Drs. 16/7439 und den Anträgen der BT-Fraktionen.

Freundliche Grüße



Dr. Peter Pick

Anlage



MDS
Medizinischer Dienst
der Spitzenverbände der
Krankenkassen e. V.

**Stellungnahme
des Medizinischen Dienstes
der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.
(MDS)**

**zum Gesetzentwurf der Bundesregierung
„Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der
Pflegeversicherung
(Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – PfwG)“
BT-Drs. 16/7439**

**und
den Anträgen der Bundestagsfraktionen**

anlässlich der Anhörungen

**am 21. und 23. Januar 2008
in Berlin**

Stand: 15. Januar 2008

Der MDS begrüßt die Initiative der Bundesregierung, durch zahlreiche Änderungen im SGB XI die Pflegeversicherung zukunftsfest zu machen. In der vorliegenden Stellungnahme positioniert sich der MDS in Abstimmung mit den Medizinischen Diensten (MDK) zu den Regelungen, die die Aufgaben der Medizinischen Dienste betreffen.

Zusammenfassung

Ausbau der Qualitätssicherung

1. Mit den Qualitätsprüfungen des MDK in ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeheimen konnte ein systematischer Überblick über die Qualitätssituation deutscher Pflegeeinrichtungen erreicht werden. Wie die Veröffentlichung des letzten Pflege-Qualitätsberichts gezeigt hat, haben viele Pflegeeinrichtungen nach wie vor Qualitätsprobleme, aus denen sich erheblicher Optimierungsbedarf ergibt. Es sind in den letzten Jahren allerdings auch Verbesserungen eingetreten, die es auszubauen gilt. Die Prüfungen des MDK haben zu diesen Verbesserungen beigetragen. Bei Pflegeeinrichtungen mit schlechter Qualität nehmen die MDK-Prüfungen die Funktion des Verbraucherschutzes wahr. Den Ausbau der externen Qualitätssicherung durch den MDK und die Einführung der Regelprüfungen bewertet der MDS daher positiv. Eine Qualitätsprüfung in jeder Pflegeeinrichtung im Abstand von spätestens drei Jahren ist ein richtiger Schritt zum Ausbau der externen Qualitätssicherung.
2. Nach Auffassung des MDS können Zertifizierungsverfahren den Aufbau eines einrichtungsinernen Qualitätsmanagements unterstützend begleiten. Solche Zertifizierungsverfahren bzw. landesweiten Prüfverfahren sind jedoch nicht geeignet, die externe Qualitätssicherung durch den MDK zu ersetzen. Auch die Kritik des Bundesrates (Drucksache 718/07 Ziffer 28) an einrichtungs- oder trägerorganisierten Prüfverfahren teilt der MDS. Die Gleichstellung von einrichtungs- bzw. trägerinitiierten Prüfungen, nach Landesrecht durchgeführten Prüfverfahren und Zertifizierungen mit der unabhängigen und bundeseinheitlichen MDK-Qualitätsprüfung lehnt der MDS daher ab. Bei diesen Prüfungen wird eine Unabhängigkeit der Qualitätsmessung und damit auch der Prüfergebnisse nicht erreicht werden können. Der MDS fordert daher eine klare Trennung zwischen der externen Qualitätssicherung durch den MDK und anderen Prüfverfahren.

Hinsichtlich des Verhältnisses der MDK-Prüfungen zu Heimaufsichtsprüfungen wäre es konsequent und sachgerecht, die jeweiligen Prüftätigkeiten inhaltlich gegeneinander abzugrenzen. Mit den Qualitätsprüfungs-Richtlinien vom 10. November 2005 sind bereits wesentliche Abgrenzungen vorgenommen worden.

3. Mit der Veröffentlichung von MDK-Prüfergebnissen können Informationen über die Qualität von Einrichtungen bereit gestellt werden. Dies wird zu mehr Transparenz für Pflegebedürftige, Angehörige und Verbraucher insgesamt führen. Gleichzeitig wird damit die Grundlage für ein Benchmarking und einen Qualitätswettbewerb zwischen Pflegeeinrichtungen geschaffen. Der MDS begrüßt daher ausdrücklich, dass die Veröffentlichung von MDK-Prüfergebnissen durch die Pflegereform ermöglicht werden soll.

Um die Unabhängigkeit des MDK in seinen Empfehlungen und fachlichen Beurteilungen zu unterstreichen, hat der Gesetzgeber bereits mit dem Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG) festgeschrieben, dass die MDK-Prüfberichte direkt vom MDK an die Pflegeeinrichtung und alle anderen Adressaten zu versenden sind. Aus den gleichen Gründen fordert der MDS auch, dass die zu veröffentlichenden MDK-Prüfergebnisse in einem bundesweit einheitlichen Internetportal veröffentlicht werden. Dazu ist es zwingend erforderlich, die Prüfer-

gebnisse nach einheitlichen und bundesweit gültigen Vorgaben aufzubereiten und darzustellen.

4. Als nicht zielführend wird es angesehen, dass die Leistungserbringerverbände über Anforderungen für die Veröffentlichung der Ergebnisse der MDK-Qualitätsprüfungen mitentscheiden sollen. Den Leistungserbringerverbänden, den Betroffenenverbänden und den Verbraucherverbänden sollte stattdessen ein Beteiligungsrecht eingeräumt werden, wie es bei den Richtlinien zur Prüfung der Qualität (§ 114a Abs. 7) in angemessener Weise vorgesehen ist. Ein Mitentscheidungsrecht der Leistungserbringerverbände über die öffentliche Darstellung der Prüfergebnisse ihrer Mitgliedseinrichtungen steht im Gegensatz zu den Verantwortlichkeiten der Prüfinstitutionen und widerspricht zudem den im Verbraucherschutz sonst üblichen Vorgehensweisen.
5. Bei der in § 114a Abs. 6 angesprochenen Berichtspflicht handelt es sich um die Fortführung der bisherigen Berichtspflicht der MDK und des MDS gegenüber den Landesverbänden der Pflegekassen, dem BMG und anderen Adressaten. Der MDS begrüßt die Wiederaufnahme des bisherigen Berichtsintervalls von drei Jahren.
6. Der MDS befürwortet die Intensivierung und die Institutionalisierung der Entwicklung von Expertenstandards. Dabei sollte auf den bisherigen Erfahrungen mit der Erarbeitung von Expertenstandards aufgebaut werden. Mit den vom Deutschen Netzwerk zur Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) bisher vorgelegten Expertenstandards wurde ein wesentlicher Beitrag zur Definition des allgemein anerkannten Standes medizinisch-pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse geleistet. Bereits heute sind diese Expertenstandards Maßstab zur Prüfung der Qualität der Pflege durch den MDK. Der MDS hält es nicht für erforderlich, für bereits bestehende Empfehlungen zur Hygiene Expertenstandards zu erarbeiten (Vorschlag des Bundesrates, Drucksache 718/07 Ziffer 27).

Leistungsverbesserungen und Begutachtungsverfahren

7. Nach 12 Jahren Erfahrung mit der Pflegeversicherung sollen durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) wichtige Impulse zur Weiterentwicklung der Versorgungslandschaft gegeben werden. Positive Akzente werden gesetzt durch die Einführung von Casemanagement durch Pflegebegleiter, die eine wichtige Lotsenfunktion für Betroffene und deren pflegende Angehörige erfüllen können. Hierzu sollte frühzeitig eine Vernetzung zum MDK sowohl in Bezug auf die Begutachtung der Pflegebedürftigen wie auf die Erkenntnisse aus den Qualitätsprüfungen des MDK erfolgen.
8. Die Verbesserung der Leistungen für Demenzerkrankte schreibt positiv das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz aus dem Jahre 2002 fort. Sie ist ein weiterer Schritt in die Richtung, den Hilfebedarf von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz mit dem Hilfebedarf von Personen mit somatisch begründeter Pflegebedürftigkeit leistungsrechtlich gleichzustellen. Die volle Gleichstellung dieser Menschen erwarten wir durch die Einführung eines erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriffs in einem weiteren Reformschritt des SGB XI. Wir rechnen weiter damit, dass dann auch der Gesetzgeber die aus dem Modellversuch zur Entwicklung eines alternativen Begutachtungsverfahrens resultierenden Konsequenzen für die Begutachtung von Pflegebedürftigkeit zieht.
9. Menschen mit einer beginnenden Demenzerkrankung oder mit anderen psychischen Erkrankungen, die noch keinen ausgeprägten verrichtungsbezogenen Hilfebedarf und damit keine Pflegestufe haben, erhalten erstmals Leistungen der Pflegeversicherung. Die Erhöhung der Leistungen kommt nicht nur den Betroffenen und ihren Angehörigen zugute, sondern kann auch Impulse für den Aufbau einer notwendigen Infrastruktur für diese Betroffenen setzen.

10. Darüber hinaus ist vorgesehen, die Leistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz in abgestufter Form zu gewähren. Der MDS rät, hiervon Abstand zu nehmen, da die Abgrenzung mit dem vorgesehenen Instrument nicht möglich ist und darüber hinaus bei einer Krankheit mit progredientem Verlauf schwierig sein wird. Diese Abgrenzung wird den Versicherten und ihren Angehörigen schlecht vermittelt werden können.
11. Der MDS tritt für eine zeitnahe Begutachtung ein. Trotzdem bittet er, die Festlegung auf eine Fünf-Wochen-Frist zu überdenken. Die im Entwurf vorgesehene Bearbeitungszeit von fünf Wochen wird die Fahrzeiten erhöhen, da die Möglichkeiten einer kostengünstigeren Routenplanung eingeschränkt werden. In ländlichen Regionen dürfte die Begrenzung auf fünf Wochen nur zum Preis von Personalaufstockungen zu erreichen sein. Außerdem erweitert der Gesetzgeber den Begutachtungsauftrag an den MDK und damit auch den zeitlichen Aufwand durch den neu geschaffenen § 31 Abs. 3 SGB XI. Der MDK wird in Zukunft durch das Pflegegutachten nicht nur unmittelbar Leistungen der Pflegeversicherung auslösen, sondern auch Leistungen der Rehabilitationsträger. Die dafür erforderliche Prüfung des Vorliegens der Rehabilitationsvoraussetzungen im Rahmen der Pflegebegutachtung bedarf besonderer Sorgfalt und gestaltet sich vielfach zeitintensiv. Der MDS hält aus den genannten Gründen eine Bearbeitungsfrist von sechs bis acht Wochen für wirtschaftlich und sachgerecht.

Stellungnahme zu den einzelnen Gesetzesvorschriften (Artikel 1)

Leistungsverbesserungen und Begutachtungsverfahren

zu Nr. 3: § 7 Aufklärung und Beratung

zu Absatz 3, Satz 2

Das Pflegegutachten des Medizinischen Dienstes bildet eine zentrale Grundlage des Casemanagements. Der Gutachter des MDK ist oft der erste professionelle Ansprechpartner vor Ort, der den Versicherten in seiner Wohnung sieht und dessen pflegerische Versorgung erfasst. Daher sollte der Gesetzentwurf sicherstellen, dass der MDK-Gutachter in der Regel den Kontakt zum Pflegebegleiter bahnt und dieser Zugang zum Pflegegutachten erhält. Umgekehrt sollte der Pflegebegleiter dem MDK Hinweise zur Beantragung einer (höheren) Pflegestufe, Anbahnung einer Rehabilitation oder aktivierenden Kurzzeitpflege geben.

Es benötigen gerade diejenigen Pflegebedürftigen und deren Angehörige Unterstützung durch Pflegestützpunkte und Fallmanagement, die besonders informationsbedürftig sind. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass diese Personen bereits hinreichend wissen, welche Leistungen sie erwarten, wenn nur die Begriffe oder Namen genannt werden. Daher sollten die Träger von Pflegestützpunkten und Fallmanagement in anschaulicher Weise die Antragsteller darüber aufklären. Dabei sind die Erfahrungen aus der Angehörigenberatung der Alzheimergesellschaften, der Kommunen und der Träger der Freien Wohlfahrtspflege zu berücksichtigen, die zeigen, dass Angehörige oft erst dann Beratung in Anspruch nehmen, wenn sie durch die Pflegesituation bereits stark überfordert sind. In diesem Zusammenhang zeigen die Erfahrungen insbesondere mit Angehörigen von Demenzkranken, dass oft nur eine zugehende, d.h. die Betroffenen in ihrer Häuslichkeit aufsuchende Beratung, zielführend ist. Deshalb müssen Angehörige und Betroffene gezielt angesprochen, informiert und beraten werden. Um den „Vernetzungsgedanken“ auch praktisch umzusetzen, ist mit anderen Beratungsstellen, Selbsthilfeorganisationen und z.B. Akutkrankenhäusern / gerontopsychiatrischen Abteilungen zusammenzuarbeiten. Dies schließt die Beteiligung am Entlassungsmanagement der Krankenhäuser ein.

zu Nr. 4: § 7a Pflegeberatung

Die Einführung eines als „Pflegeberatung“ bezeichneten Kostenträger-übergreifenden Casemanagements hält der MDS grundsätzlich für angezeigt. Die Beschreibung der „Pflegeberatung“ im vorgelegten Text entspricht weitgehend dem eines Fall- bzw. Casemanagers. Der Ansatz entspricht der Stärkung des Prinzips „ambulant vor stationär“ und kann bei ausreichender Bekanntheit durch die Pflegekassen helfen, eine Überforderung der Angehörigen zu vermeiden und so das Verbleiben in der eigenen Häuslichkeit sichern. Der MDS stimmt dem Vorschlag des Bundesrates zu, die Pflegeberatung als zugehende Hilfe auszugestalten.

zu Nr. 9: § 18 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

zu Absatz 1

Der MDS hält die verpflichtende Prüfung des Vorliegens einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a durch die MDK-Gutachter bei jedem Antragsteller für richtig.

zu Absatz 3

Folgende Änderung wird vorgeschlagen:

„Die Pflegekasse leitet die Anträge zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit unverzüglich an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung weiter. Dem Antragsteller soll spätestens sechs bis acht Wochen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitgeteilt werden.“

Begründung:

Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung stimmen mit der Absicht des Gesetzentwurfes überein, dass die Zeiten zwischen Antragstellung und Leistungsbescheid im Interesse der Planungssicherheit der Versicherten so kurz wie möglich zu halten sind. Die Reduzierung der Bearbeitungszeiten von Pflegegutachten ist für die MDK ein hohes Qualitätsziel. Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung haben ausweislich dreier Untersuchungen des MDS (Pflegeberichte des MDS 2003, 2005 und 2007) in den vergangenen Jahren signifikante Verkürzungen der Bearbeitungszeiten von Pflegegutachten erreicht.

Angesichts der nach wie vor bestehenden Bestrebungen, die Bearbeitungszeiten bei den Pflegegutachten in allen MDK weiter zu senken, weist der MDS darauf hin, dass die im Entwurf vorgesehene Bearbeitungszeit von fünf Wochen die Fahrzeiten erhöhen wird, da die Möglichkeiten einer kostengünstigeren Routenplanung eingeschränkt werden. In ländlichen Regionen dürfte die Begrenzung auf fünf Wochen nur zum Preis von Personalaufstockungen zu erreichen sein. Zudem ist zu berücksichtigen, dass die vorgesehene Frist die gesamte Bearbeitungszeit vom Eingang des Antrags bei der Pflegekasse bis zum Versand des Leistungsbescheids durch die Pflegekasse umfasst und damit nicht allein im organisatorischen Verantwortungsbereich des MDK liegt. Deshalb hält der MDS eine Festschreibung der Bearbeitungszeit auf sechs bis acht Wochen im Gesetz für eine erreichbare und realistische Zielvorgabe.

Fälle, in denen eine Fristüberschreitung nicht dem MDK zur Last gelegt werden kann, wie z.B. nicht zur Begutachtung angetroffene Antragsteller, müssen im Gesetz von der Frist ausgenommen werden.

zu Absatz 6

Der MDS weist darauf hin, dass die in Absatz 6 vorgenommene Präzisierung der Aussagen des Pflegegutachters zu Maßnahmen der Rehabilitation und Prävention eine „umfassende Prüfung“ (siehe auch die Gesetzesbegründung zu dieser Vorschrift) seitens der MDK-Gutachter verlangt. Das bedeutet, dass der Begutachtungsauftrag im Vergleich zum derzeit gültigen Verfahren ausgeweitet wird. Betrachtet man diese von uns für sinnvoll erachtete Regelung im Zusammenspiel mit dem ebenfalls neu geschaffenen § 31 Abs. 3 SGB XI, so wird deutlich, dass der MDK in Zukunft durch das Pflegegutachten nicht nur Leistungen des SGB XI unmittelbar auslöst, sondern auch Leistungen der Rehabilitationsträger. Dafür ist es erforderlich, dass das Vorliegen der Rehabilitationsvoraussetzungen im Rahmen der Pflegebegutachtung geprüft wird. Dies bedarf besonderer Sorgfalt und gestaltet sich vielfach zeitintensiv. Dies ist ein weiterer Grund, der es geboten erscheinen lässt, die zeitliche Bemessung der Fünf-Wochen-Frist zu überdenken.

zu Absatz 7

Die Medizinischen Dienste sind der Auffassung, dass bei der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit von Kindern besonders ausgewiesener und qualifizierter Sachverstand erforderlich ist. Überwiegend folgen die Medizinischen Dienste bereits der im Gesetzentwurf beschriebenen Vorgehensweise. Um dies auch flächendeckend ermöglichen zu können, hält der MDS die Aufnahme einer Übergangsregelung im Gesetz für geboten.

Um die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit von Kindern zu optimieren, muss allerdings nicht nur die Qualifikation der Gutachter sichergestellt sein. Vielmehr bedarf es dazu eines validen Begutachtungsverfahrens, das den Hilfebedarf von pflegebedürftigen Kindern zuverlässig abbil-

den kann. Das derzeitige an erwachsenen Pflegebedürftigen orientierte Begutachtungsverfahren erfüllt diese Voraussetzungen bekanntermaßen nicht. Im Rahmen der Erarbeitung eines neuen Begutachtungsverfahrens auf der Grundlage eines erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriffs soll deshalb ein Verfahren entwickelt werden, das auch für die Zwecke der Kinderbegutachtung geeignet ist.

zu Nr. 27: § 45 b Zusätzliche Betreuungsleistungen

Das aktuelle Verfahren zur Identifizierung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz ist wegen der fehlenden Graduierung nicht geeignet, den Schweregrad der Beeinträchtigung der Alltagskompetenz abgestuft abzubilden. Es wurde für die dichotome Aussage „erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz ja/nein“ konzipiert. Eine Einschätzung des Schweregrades anhand der Aufzählung der Häufigkeit und des bloßen Vorhandenseins der im Gesetz genannten Items erscheint dem MDS – unter anderem wegen der Abgrenzungsschwierigkeiten der Items untereinander – problematisch.

Ausbau der Qualitätssicherung

zu Nr. 39. b): § 71 Abs. 3 Pflegeeinrichtungen

Von entscheidender Bedeutung für die Qualität der Pflege ist die Managementqualifikation der verantwortlichen Pflegefachkraft einer Pflegeeinrichtung. Durch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Az. B 3 P 14/01 R) war zuletzt die hierzu in den Grundsätzen und Maßstäben zur Qualität in der Pflege aufgestellte Anforderung strittig, nach der die verantwortliche Pflegefachkraft eines ambulanten Pflegedienstes oder einer stationären Pflegeeinrichtung über eine Weiterbildung für leitende Funktionen im Umfang von mindestens 460 Stunden verfügen muss. Wegen der hohen Bedeutung der Qualifikation der Leitungskraft für die Qualität der pflegerischen Versorgung begrüßt der MDS daher ausdrücklich, dass diese Anforderung nun gesetzlich festgelegt wird. Der Umfang der Weiterbildung stellt jedoch nur eine Mindestanforderung dar.

zu Nr. 70: § 113 Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität

zu Absatz 1

zu Nr. 1

Auch ohne eine explizite Nennung im Gesetzestext hätten die Vereinbarungspartner der Qualitätsgrundsätze bereits bisher die Möglichkeit gehabt, konkrete Anforderungen an die Pflegedokumentation zu definieren. Diese Vorschrift vernachlässigt die im Rahmen der Untersuchungen des Runden Tisches Pflege gewonnenen Erkenntnisse, wonach die oft überbordende Pflegedokumentation (Stichwort Bürokratie) meist auf einrichtungsintern nicht gelösten Pflegeplanungsproblemen beruht. Eine weitgehende Festlegung von Anforderungen an die Pflegedokumentation wird auch deshalb an Grenzen stoßen, da die Ausgestaltung der Pflegedokumentation weitgehend davon abhängig ist, welches Pflegemodell von der jeweiligen Pflegeeinrichtung gewählt worden ist.

zu Nr. 2 und 3

Der MDS hält es für nicht sachgerecht, den Leistungserbringerverbänden ein Mitentscheidungsrecht darüber zuzuweisen, welche Anforderungen an Sachverständige und Prüfinstitutionen im Hinblick auf Zuverlässigkeit, Unabhängigkeit und Qualifikation gestellt werden sollen und welche Anforderungen an die methodische Verlässlichkeit solcher die MDK-Prüfung ersetzenden Zertifizierungs- und Prüfverfahren zu stellen sind. Dies kann nicht in die Hände von Verbänden gelegt werden, die nicht nur die zu prüfenden Pflegeeinrichtungen vertreten, sondern in ihrem Unternehmensverbund meist selbst über entsprechende Sachverständige und Prüffirmen verfügen.

zu Absatz 3

Die Umsetzung der auch schon in der Vergangenheit bestehenden Aufgabe der gemeinsamen Pflegeselbstverwaltung, Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für ein auf Weiterentwicklung ausgerichtetes einrichtungsinternes Qualitätsmanagement in der ambulanten und stationären Pflege zu vereinbaren, war aufgrund eines fehlenden Konfliktlösungsmechanismus erschwert. Der MDS begrüßt daher das vorgesehene Schiedsstellenverfahren.

zu Nr. 71: § 113a Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege

Der MDS befürwortet die Intensivierung und die Institutionalisierung der Entwicklung von Expertenstandards. Dabei sollte auf den bisherigen Erfahrungen mit der Erarbeitung von Expertenstandards aufgebaut werden. Mit den vom Deutschen Netzwerk zur Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) bisher vorgelegten Expertenstandards, die es im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit entwickelt hat, wurde ein wesentlicher Beitrag zur Definition des allgemein anerkannten Standes medizinisch-pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse geleistet. Bereits heute sind diese Expertenstandards Maßstab zur Prüfung der Qualität der Pflege durch den MDK.

Bei der Institutionalisierung ist sicherzustellen, dass die Standardentwicklung, –testung und –konsentierung auch in Zukunft unabhängig, z.B. durch das DNQP, erfolgen kann. Die Arbeit des DNQP ist sowohl hinsichtlich der Verfahrensentwicklung als auch der Güte der Ergebnisse vorbildlich.

Um die Expertenstandards in Zukunft erfolgreich flächendeckend in der Praxis implementieren zu können, ist es erforderlich, die Pflegeeinrichtung durch Implementierungshilfen zu unterstützen. Die Entwicklung und modellhafte Erprobung von Expertenstandards reicht nicht aus.

zu Nr. 72: § 114 Qualitätsprüfungen

Den Ausbau der externen Qualitätssicherung durch den MDK und die Einführung der Regelprüfungen bewertet der MDS positiv. Mit den Qualitätsprüfungen des MDK in ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeheimen konnte ein systematischer Überblick über die Qualitätssituation deutscher Pflegeeinrichtungen erreicht werden. Wie die Veröffentlichung des letzten Pflege-Qualitätsberichts gezeigt hat, haben viele Pflegeeinrichtungen nach wie vor Qualitätsprobleme, aus denen sich erheblicher Optimierungsbedarf ergibt. Es sind in den letzten Jahren allerdings auch Verbesserungen eingetreten, die es auszubauen gilt. Die Prüfungen des MDK haben zu diesen Verbesserungen beigetragen. Bei Pflegeeinrichtungen mit schlechter Qualität nehmen die MDK-Prüfungen die Funktion des Verbraucherschutzes wahr. Nach Auffassung des MDS können Zertifizierungsverfahren den Aufbau eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements unterstützend begleiten. Solche Zertifizierungsverfahren bzw. landesweiten Prüfverfahren sind jedoch nicht geeignet, die externe Qualitätssicherung durch den MDK zu ersetzen. Daher ist eine klare Trennung zwischen der externen Qualitätssicherung durch den MDK und anderen Prüfverfahren einzuhalten. Die Kritik des Bundesrates (Drucksache 718/07 Ziffer 28) an

einrichtungs- oder trägerorganisierten Prüfverfahren teilt der MDS. Vergleiche zwischen Pflegeeinrichtungen mit und ohne zertifiziertem Qualitätsmanagement haben darüber hinaus gezeigt, dass zertifizierte Pflegeeinrichtungen in der Ergebnisqualität keine besseren Ergebnisse erzielen. Weiterhin ist darauf hinzuweisen, dass in aller Regel bei Zertifizierungsverfahren die Ergebnisqualität nur mit Hilfe von Zufriedenheitsbefragungen der Pflegebedürftigen erfasst wird, die zudem nur bei einem Teil der Pflegebedürftigen möglich sind.

zu Absatz 1 und 2

Die vorgesehene Intensivierung der Prüftätigkeit des MDK und die Einführung der Regelprüfungen bewertet der MDS positiv. Eine Qualitätsprüfung in jeder Pflegeeinrichtung im Abstand von spätestens drei Jahren ist ein richtiger Schritt zum Ausbau der externen Qualitätssicherung. Die Abgrenzung der Regelprüfung von den Anlass-, Stichproben- und vergleichenden Prüfungen ist auch im Regierungsentwurf weiterhin nicht nachvollziehbar. Hier sollte eine klarere Beschreibung vorgenommen werden.

Die Qualitätsprüfung des MDK soll auch darauf abzielen, ob die Versorgung der Pflegebedürftigen in der stationären Pflege den Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention nach § 23 Abs. 2 des Infektionsschutzgesetzes entspricht. Damit wird eine Angleichung an die Prüfinhalte für die ambulante Pflege vorgenommen. Auch in der ambulanten Pflege werden entsprechende Empfehlungen bei der Prüfung durch den MDK nur insoweit berücksichtigt, wie sie auf die Situation in der ambulanten Pflege anwendbar sind. In der stationären Pflege können die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention eine wichtige Richtschnur sein. Eine Festlegung dieser Anforderungen in Form von Expertenstandards, wie es in der Stellungnahme des Bundesrates (Drucksache 718/07 Ziffer 27) vorgesehen ist, hält der MDS jedoch nicht für erforderlich. Wir schlagen vor, § 114 Abs. 3 Satz 4 wie folgt zu fassen: „Unter Beachtung der Rahmenbedingungen in der stationären Pflege ist auch zu prüfen, ob die Versorgung der Pflegebedürftigen den Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention nach § 23 Abs. 2 des Infektionsschutzgesetzes entspricht.“

zu Absatz 3

Die Gleichstellung von einrichtungs- bzw. trägerinitiierten Prüfungen, nach Landesrecht durchgeführten Prüfverfahren und Zertifizierungen mit der unabhängigen und bundeseinheitlichen MDK-Qualitätsprüfung lehnt der MDS ab. Zur Begründung ist anzuführen, dass Trägerschaft und Funktion eine Unabhängigkeit nicht gewährleisten und dass die Inhalte nicht mit den MDK-Prüfungen vergleichbar sind. Bei diesen Prüfungen wird eine Unabhängigkeit der Qualitätsmessung und damit auch der Prüfergebnisse nicht erreicht werden können. Die Kritik des Bundesrates (Drucksache 718/07 Ziffer 28) an einrichtungs- oder trägerorganisierten Prüfverfahren teilt der MDS. Der MDS fordert daher eine klare Trennung zwischen der externen Qualitätssicherung durch den MDK und anderen Prüfverfahren.

Insbesondere die Gleichstellung mit einrichtungs- bzw. trägerinitiierten Prüfungen und mit nach Landesrecht durchgeführten Prüfverfahren läuft auf eine Fortführung der gescheiterten Leistungs- und Qualitätsnachweise unter einem anderen Namen hinaus; einziger Unterschied ist, dass die Anforderungen an diese Zertifizierungen nicht mehr per Rechtsverordnung sondern durch die gemeinsame Pflegeselbstverwaltung festgelegt werden sollen. Nach der Gesetzesbegründung zu § 113 wird die Abschaffung der Leistungs- und Qualitätsnachweise nicht zuletzt damit begründet, dass eine externe Qualitätssicherung durch den MDK bereits gewährleistet wird. Vor diesem Hintergrund ist nicht nachvollziehbar, dass als Ersatz für die nicht realisierten Leistungs- und Qualitätsnachweise dennoch Alternativen vorgeschlagen werden. Bei der Realisierung alternativer Prüfverfahren wäre zudem zu bedenken, dass die Kosten für diese Prüfungen die Pflegebedürftigen belasten würden.

Einrichtungs- bzw. trägerinitiierte Prüfungen können aus systematischen Gründen nicht unabhängig erbracht werden, da sich solche Prüfverfahren immer in einer wirtschaftlichen Abhängig-

keit zu den Pflegeeinrichtungen befinden und in einer Konkurrenzsituation zu anderen Zertifikat-anbietern stehen. Bei trägernahen Prüfverfahren kommt darüber hinaus noch eine Trägerabhängigkeit hinzu. Insofern unterstreicht der MDS insbesondere die vom Bundesrat (Drucksache 718/07 Ziffer 28) geäußerte Forderung, bei vorliegenden einrichtungs- oder trägerveranlassten Prüfungen weder die MDK-Prüfintervalle auszudehnen noch die Prüftiefe des MDK zu verringern.

Aber auch gegenüber anderen marktorganisierten Prüfverfahren bleibt die im System angelegte Kritik des MDS bestehen, dass diese nicht unabhängig organisiert werden können. Darüber hinaus wird bei Zertifizierungsverfahren die Ergebnisqualität nur marginal in Form von Zufriedenheitsbefragungen ermittelt. Eine fachlich objektivierende Ergebnisqualitätsmessung ist bei Prüfunternehmen, die untereinander im Wettbewerb um Prüfaufträge stehen, nicht zu erwarten. Die Ergebnisqualitätsmessung, die die körperliche Inaugenscheinnahme pflegebedürftiger Menschen umfasst, kann auch aus ethischen Gründen nicht Zertifizierungsunternehmen überantwortet werden, die im Wettbewerb um Prüfaufträge stehen.

Der MDK ist in der Durchführung seiner Prüfungen wirtschaftlich und in seinen fachlichen Feststellungen inhaltlich unabhängig und ist aufgrund dieser Unabhängigkeit besonders geeignet, auch die Ergebnisqualität differenziert zu erfassen. Daher lehnt es der MDS ab, die Prüffrequenz des MDK zu verringern, wenn Zertifikate vorliegen. Bei Einrichtungen mit einem zertifiziertem Qualitätsmanagement könnte die MDK-Prüfung allerdings auf die Ergebnisqualität konzentriert werden. Wenn dabei keine Qualitätsdefizite festgestellt werden, kann die Prüfung der übrigen Prüfinhalte bei diesen Pflegeeinrichtungen entfallen. Finden sich Qualitätsdefizite, ist auch bei diesen Einrichtungen eine vollständige Prüfung erforderlich.

In Bezug auf das Verhältnis von MDK-Prüfungen zu Heimaufsichtsprüfungen wäre es konsequent und sachgerecht, inhaltliche Abgrenzungen der jeweiligen Prüftätigkeit vorzunehmen. Mit den Qualitätsprüfungs-Richtlinien vom 10. November 2005 sind bereits wesentliche Abgrenzungen vorgenommen worden. Es ist zu beachten, dass die Heimaufsichten andere Funktionen als der MDK wahrnehmen und dass die Qualifikation ihrer Mitarbeiter der Heimaufsichtsbehörden vielfach nicht auf die Prüfung der Ergebnisqualität ausgerichtet ist. Gerade aufgrund dieser unterschiedlichen Funktionen von MDK und Heimaufsicht ist es unverzichtbar, dass der MDK in stationären Einrichtungen neben den jährlichen Qualitätsprüfungen der Heimaufsichtsbehörden in regelmäßigen Abständen Qualitätsprüfungen mit dem Schwerpunkt in der Ergebnisqualität durchführt.

Darüber hinaus verweisen wir hinsichtlich des Verhältnisses von Heimaufsichtsprüfungen und MDK-Prüfungen auf die Empfehlungen der Arbeitsgruppe 3 des Runden Tisches Pflege, nach denen die Inhalte der Prüfungen durch Heimaufsicht und Medizinischen Dienst eindeutig aufeinander abgegrenzt und aufeinander abgestimmt werden sollen. Dieser Vorschlag ist von den Pflegekassen und dem Medizinischen Dienst bereits mit den seit 1. Januar 2006 geltenden Prüfgrundlagen (Qualitäts-Prüfungsrichtlinien vom 10. November 2005) aufgegriffen worden; dabei wurde bei den Prüfinhalten des MDK auf eine Reihe von Prüfkriterien verzichtet, die in den Zuständigkeitsbereich der Heimaufsicht fallen.

zu Absatz 4

Diese Regelung legt die Widersprüche der Gleichsetzung von einrichtungsinitierten Prüfungen und MDK-Prüfungen offen. Bei den hier vorgesehenen Stichprobenprüfungen ist auf Grund der bisherigen Erfahrungen mit zertifizierten Pflegeeinrichtungen zu erwarten, dass die Ergebnisse der MDK-Prüfung von den Ergebnissen der Prüfungen durch andere Sachverständige abweichen werden. Mit der vorgesehenen Regelung wird die Wirksamkeit von einrichtungsinitierten Prüfverfahren zu Recht in Frage gestellt. Die im Regierungsentwurf im Vergleich zum Referentenentwurf vorgenommene Ausweitung der Stichprobenprüfquote auf jährlich 20 Prozent bestätigt diesen Widerspruch anstatt ihn aufzuheben.

zu Nr. 73: § 114a Durchführung der Qualitätsprüfungen

Der MDS begrüßt die Konkretisierung der Rahmenbedingungen für die Durchführung der MDK-Qualitätsprüfungen. Allerdings ist auch hier eine klare Trennung der MDK-Qualitätsprüfungen von anderen Prüfungen erforderlich.

zu Absatz 1

In der Öffentlichkeit wird vielfach kritisiert, dass Prüfungen durch den MDK angemeldet werden. Der MDS begrüßt daher, dass im Regierungsentwurf Festlegungen darüber getroffen worden sind, welche Prüfarten unangemeldet durchzuführen sind.

Vor dem Hintergrund der beabsichtigten Veröffentlichung von Prüfergebnissen des MDK ist es gerechtfertigt, Pflegeeinrichtungen, die sich verbessert haben, die Gelegenheit zu geben, dies auch nachzuweisen. Die in der Stellungnahme des Bundesrates (Drucksache 718/07 Ziffer 29) vorgeschlagene Ergänzung, nach der der MDK auf begründeten Antrag der Pflegeeinrichtung eine Nachprüfung durchführen kann, wird vom MDS geteilt. Damit kann ein befürchteter Wettbewerbsnachteil für Pflegeeinrichtungen, die bei einer vorhergehenden Qualitätsprüfung schlechte Ergebnisse erzielt haben, zügig entgegen gewirkt werden, wenn die Mängel beseitigt worden sind. Für solche begründete Antragsprüfungen ist eine Kostenerstattung notwendig. Die Aktualität der zu veröffentlichenden Prüfergebnisse und der Verbraucherinformation kann mit einer solchen Regelung im Interesse der betroffenen Pflegeeinrichtung erhöht werden.

zu Absatz 3

Die der gängigen Prüfpraxis entsprechende Klarstellung, dass die Prüfung auch die Inaugenscheinnahme des Pflegebedürftigen umfasst, begrüßt der MDS. Selbstverständlich wird auch heute schon entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen die Zustimmung der in die Prüfung einzubeziehenden Pflegebedürftigen, seiner Vertretungspersonen bzw. gesetzlichen Betreuer vor der Prüfung eingeholt und über die Freiwilligkeit der Teilnahme und den Sinn und Zweck der Einbeziehung informiert. Die Zustimmung wird im Rahmen der Prüfung dokumentiert (siehe Anlage 1 zur QPR Nr. 9.2.h sowie Anlage 2 zur QPR Nr. 11.2.h). Die in der Gesetzesbegründung dargestellte standardmäßige Schriftform der Zustimmung geht allerdings an den Realitäten der Prüfpraxis vorbei, da viele in die Prüfung einzubeziehende Pflegebedürftige aus physischen Gründen nicht zu einer Unterschrift in der Lage sind oder, bei einer bestehenden Betreuung, die Zustimmung des Betreuers nur telefonisch eingeholt werden kann.

zu Absatz 6

Bei der hier angesprochenen Berichtspflicht handelt es sich um die Fortführung der bisherigen Berichtspflicht des MDK und des MDS gegenüber den Spitzenverbänden der Pflegekassen, dem BMG, dem BMA sowie den zuständigen Landessozialministerien. Der MDS begrüßt die Wiederaufnahme des Berichtsintervalls von drei Jahren, zumal zukünftig alle Pflegeeinrichtungen in einem Zeitraum von drei Jahren einer Qualitätsprüfung durch den MDK unterzogen werden sollen.

zu Absatz 7

Während die gemeinsame Pflegeselbstverwaltung mit § 113 (§ 80 alte Fassung) die Kompetenz dazu erhält, Qualitätsanforderungen für die Pflegeeinrichtungen zu definieren, ist es Aufgabe der Spitzenverbände der Pflegekassen unter Beteiligung des MDS, Richtlinien über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität zu beschließen. Eine Mitentscheidung der Leistungserbringerverbände lehnt der MDS ab; eine Beteiligung insbesondere der Leistungserbringerverbände bei der Erstellung dieser Richtlinien hält der MDS dagegen für sachgerecht.

zu Nr. 74 b): § 115 Abs. 1a Ergebnisse von Qualitätsprüfungen

Um Transparenz in der Pflege zu erreichen und einen Qualitätswettbewerb zwischen Pflegeeinrichtungen zu initiieren, fordert der MDS seit langem, dass die gesetzlichen Grundlagen für eine laienverständliche Veröffentlichung von Prüfergebnissen des MDK geschaffen werden. Der MDS begrüßt daher ausdrücklich, dass die Veröffentlichung von MDK-Prüfergebnissen durch die Pflegereform ermöglicht werden soll. Die Prüfinhalte des MDK umfassen eine Vielzahl von Informationen, die für Verbraucher relevant sind. Diese Informationen können einheitlich, übersichtlich und laienverständlich dargestellt werden. Um die Unabhängigkeit des MDK in seinen Empfehlungen und fachlichen Beurteilungen zu unterstreichen, hat der Gesetzgeber bereits mit dem PQsG festgeschrieben, dass die MDK-Prüfberichte direkt vom MDK an die Pflegeeinrichtung und alle anderen Adressaten zu versenden sind. Aus den gleichen Gründen fordert der MDS, dass die zu veröffentlichenden MDK-Prüfergebnisse in einem bundesweit einheitlichen Internetportal veröffentlicht werden.

Darüber hinaus ist es zwingend erforderlich, die Prüfergebnisse nach einheitlichen und bundesweit gültigen Vorgaben aufzubereiten und darzustellen. Nur so kann eine Vergleichbarkeit erreicht werden und den Versicherten auch über die Grenzen der einzelnen Bundesländer hinaus die Suche nach geeigneten Pflegeeinrichtungen ermöglicht werden (z.B. Suche im Internet nach Postleitzahl und Umfeld von X km). Auch aus diesem Grund macht es keinen Sinn, Prüfergebnisse von bundeseinheitlich durchgeführten MDK-Qualitätsprüfungen mit Prüfungen nach Landesrecht oder mit anderen regional geregelten Prüfungen gleichzustellen. Dies zeigt auch die Stellungnahme des Bundesrates (Drucksache 718/07 Ziffer 31), in der gefordert wird, dass die Kriterien für die Veröffentlichung von Heimaufsichtsprüfergebnissen durch die Länder festgelegt werden sollen. Dies widerspricht einer bundesweit einheitlichen Vorgehensweise und unterstreicht die zentrale Bedeutung der Prüfergebnisse des MDK für eine sachgerechte und bundesweit einheitliche Verbraucherinformation.

Bei der Veröffentlichung von Prüfergebnissen würde der MDS es jedoch begrüßen, dass ergänzend zu den MDK-Prüfergebnissen auch Ergebnisse anderer Prüfungen veröffentlicht werden können, sofern diese andere oder weitergehendere Inhalte umfassen. So ist z.B. denkbar, dass Qualitätsbewertungen von Betroffenenverbänden oder von Verbraucherverbänden ebenfalls öffentlich bereit gestellt werden.

Als nicht zielführend wird angesehen, dass die gemeinsame Pflegeselbstverwaltung einschließlich der Leistungserbringerverbände Anforderungen für die Veröffentlichung der Ergebnisse der MDK-Qualitätsprüfungen regeln sollen. Dies muss dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen unter Beteiligung des MDS vorbehalten sein. Ein Mitentscheidungsrecht der Leistungserbringerverbände steht im Gegensatz zu den Verantwortlichkeiten der Prüfinstitutionen und wird die Bemühungen um Transparenz konterkarieren. Den Leistungserbringerverbänden, den Betroffenenverbänden und den Verbraucherverbänden sollte ein Beteiligungsrecht eingeräumt werden, wie es bei den Richtlinien zur Prüfung der Qualität (§ 114a Abs. 7) in angemessener Weise vorgesehen ist.