



MDS
Medizinischer Dienst
des Spitzenverbandes Bund
der Krankenkassen e.V.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0271(18)
gel. VB zur öAnh. am 21.5.
12_Pflege-Neuausrichtung-Gesetz
15.05.2012

Stellungnahme
des Medizinischen Dienstes
des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.
(MDS)

zur öffentlichen Anhörung zum
Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung
(Pflege-Neuausrichtungsgesetz – PNG)

BT-Drs. 17/9369

am 21. Mai 2012 in Berlin

Der MDS nimmt im Folgenden in Abstimmung mit den MDK zu der mit dem vorliegenden Gesetzentwurf beabsichtigten Neuausrichtung der Pflegeversicherung Stellung.

Das Anliegen des BMG, die Leistungen der Pflegeversicherung entsprechend den Versorgungsbedarfen der Pflegebedürftigen weiter zu entwickeln, ist aus fachlicher Sicht sachgerecht. Dabei kommt den Bedarfen von Menschen mit Demenz und anderer Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz zentrale Bedeutung zu. Die mit den vorgeschlagenen Leistungsverbesserungen verfolgte Zielstellung ist geeignet, die Situation der Menschen mit Demenz zu verbessern und bestehende Benachteiligungen gegenüber anderen Pflegebedürftigen teilweise auszugleichen.

Eine Gleichstellung von Menschen mit gerontopsychiatrischem Hilfebedarf und Menschen mit körperbezogenem Hilfebedarf ist jedoch nur mit einem neuen Pflegebegriff zu erreichen. Dessen Einführung ist im Sinne einer neuen Ausrichtung der Pflegeversicherung dringend erforderlich. Erfahrungen aus der Begutachtungspraxis zeigen, dass der aktuell gültige Pflegebedürftigkeitsbegriff und das ihm folgende gültige Begutachtungsverfahren nicht mehr den Anforderungen an eine moderne Pflege und Betreuung entsprechen. Mit den Arbeiten des Beirates zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und dem in Zusammenarbeit von Pflegewissenschaften und MDK-Gemeinschaft entwickelten und erprobten neuen Begutachtungsassessment stehen die notwendigen Vorarbeiten zur Verfügung. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff sollte zügig im Gesetz verankert und die notwendigen Umsetzungsschritte eingeleitet werden.

Die vorgesehenen Leistungsverbesserungen für Menschen mit Demenz und auch die Einführung eines neuen Pflegebegriffs sind durch ein nachhaltiges Finanzierungskonzept zu unterlegen.

Die Hervorhebung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ wird von uns grundsätzlich als sinnvoll betrachtet. Wir schlagen allerdings vor, den Fokus nicht zu sehr auf die medizinische Rehabilitation zu verengen. Vielmehr sollten alltagsrelevante Rehabilitationsziele für die betroffenen Pflegebedürftigen im Vordergrund stehen. Diese lassen sich oftmals besser durch umfassende Nutzung der Angebote aus dem Heil- und Hilfsmittelbereich realisieren.

Die vom Gesetzentwurf vorgeschlagene stärkere Dienstleistungsorientierung bei der Begutachtung von Antragsstellern auf Leistungen der Pflegeversicherung ist bereits heute gelebte Praxis in der Pflegebegutachtung. Wir halten es für sachgerecht, dass der MDK legitimiert wird, im Vorfeld einer Begutachtung mit individuellen und umfassenden Informationen über das bevorstehende Begutachtungsverfahren aufzuklären. Beschwerdemanagement-Verfahren bestehen bereits in allen Medizinischen Diensten. Ebenso werden in den Medizinischen Diensten bereits Versichertenbefragungen durchgeführt und für die Weiterentwicklung des Dienstleistungsverhaltens genutzt. Insofern sind die vorgeschlagenen Servicegrundsätze einschließlich der Einrichtung eines Beschwerdemanagements bei den Medizinischen Diensten längst gelebte Realität. Das Dienstleistungsverhalten gesetzlich über eine Richtlinie regeln zu wollen, verursacht dagegen bürokratischen Aufwand und geht an der Wirklichkeit vorbei. Für eine solche Richtlinie sehen wir keine sachliche Notwendigkeit.

Der Einführung einer „Strafzahlung“ bei Nichteinhaltung der gesetzlichen Fristen bei der Bearbeitung von Anträgen auf Pflegeleistungen stehen wir skeptisch gegenüber. In den vergangenen Jahren sind die Laufzeiten der MDK-Gutachten in der Pflegebegutachtung systematisch reduziert worden. Seit 2006 erfolgte im ambulanten Bereich eine Reduzierung um fast 40 % von 40 auf 24,9 Tage, im gleichen Zeitraum wurde im stationären Bereich die

Laufzeit noch deutlicher von 30 auf 15,4 Tage fast halbiert. Eine Überschreitung der gesetzlichen Fristen kann im Übrigen verschiedene Ursachen haben. Sie kann auf Seiten des Versicherten z. B. durch einen Krankenhausaufenthalt bzw. durch ein Nichtantreffen bei einem angekündigten Hausbesuch oder durch den Medizinischen Dienst oder die Pflegekassen verursacht sein. Der vorgesehene Überschreibungsbetrag wird in diesen Konstellationen zu einem bürokratischen Verfahren führen und vielfältigen Streit zwischen Versicherten, MDK und Pflegekassen auslösen. Von daher sollte auf den vorgesehenen Überschreibungsbetrag verzichtet werden. In dieser Ablehnung sehen wir uns durch den Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundesrates (BR-Drs. 170/1/12) sowie die Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates bestätigt.

Auch ist darauf hinzuweisen, dass die Versicherten bei Anerkennung der Pflegebedürftigkeit und Zuerkennung einer Pflegestufe die Leistungen rückwirkend nachgezahlt erhalten. Größere Probleme dürften deshalb nur bei solchen Versicherten eintreten, die aufgrund einer akuten Veränderung der Pflege- und Betreuungssituation in eine Notlage geraten und dringend einer Sachleistung bedürfen. Diesen Versicherten könnte ein Antragsrecht auf eine Eilbegutachtung eingeräumt werden, über die – wie bei der Palliativpflege – innerhalb einer Zweiwochenfrist zu entscheiden ist.

Auch den Vorschlag, den Pflegekassen zu ermöglichen, in Zukunft neben dem Medizinischen Dienst auch andere unabhängige Gutachter mit der Prüfung der Pflegebedürftigkeit beauftragen zu können, halten wir sachlich nicht für geboten. Bei den MDK hat sich zwischenzeitlich mehr als 15 Jahre nach Einführung der Pflegeversicherung ein Verfahren etabliert, das flexibel auf eventuelle „Begutachtungsspitzen“ reagieren kann. Die Beauftragung externer Gutachter durch den MDK bietet im Übrigen den großen Vorteil, dass diese Personen ohne größere Friktionen in die bestehende Organisation und die bestehenden Verfahren integriert werden können. Die für die Richtlinien gemäß § 53 b SGB XI – neu- vorgesehenen Inhalte sind hier bereits geregelt, insbesondere die Fragen der Qualifikation, die Begutachtungs-Maßstäbe sowie nicht zuletzt die Qualitätssicherungs-Maßnahmen.

Auch die vorgeschlagene „Wahlmöglichkeit“ zwischen drei Gutachtern wird im Ergebnis nicht zu einer Verbesserung für die Versicherten führen, sondern nur den bürokratischen Aufwand erhöhen, mehr Kosten produzieren und den Betroffenen eine „Pseudo“-Wahl vorgaukeln.

Die vorgeschlagenen verbesserten Zusammenarbeitsformen zwischen den Medizinischen Diensten und der Heimaufsicht sind vom Ansatz her zu begrüßen. Allerdings sollte hier der heterogenen Ausgangssituation in den einzelnen Bundesländern Rechnung getragen werden. Gänzlich abzulehnen sind allerdings Einschränkungen bei der Qualitätsprüfung unter dem Motto einer „Vermeidung von Doppelprüfungen“. Die Kompetenzbereiche der Heimaufsicht und der Medizinischen Dienste sind klar voneinander getrennt. Die terminliche Inanspruchnahme der Pflegeeinrichtungen sollte sicherlich durch eine gute Koordination vor Ort in Grenzen gehalten werden. Dies darf allerdings nicht zu Einschränkungen im Prüfungsumfang führen. Letztlich stellen die Qualitätsprüfungen einen effektiven Patienten- und Verbraucherschutz dar, wie zuletzt noch der 3. Bericht des MDS zur Qualität in der ambulanten und stationären Pflege aus April 2012 beweist.

Zu den vorgeschlagenen Änderungen und Ergänzungen im Einzelnen nehmen wir wie folgt Stellung:

Zu Artikel 1 Nr. 4 Buchstabe a) bis c) (§ 18 SGB XI):

Die Pflegekassen sollen künftig auch andere unabhängige Gutachter mit der Prüfung der Pflegebedürftigkeit beauftragen können.

Siehe hierzu die Anmerkungen zu Artikel 1 Nr. 23 (§ 53 b).

Zu Artikel 1 Nr. 4 Buchst. c) Doppelbuchstabe ee) (§ 18 Abs. 3 Sätze 8-10 SGB XI):

Der Antragsteller hat ein Recht auf die Übermittlung des Gutachtens. Bei der Begutachtung ist zu erfassen, ob der Antragsteller von diesem Recht Gebrauch machen will.

Bewertung:

Obwohl die Versicherten schon heute gemäß § 25 SGB X ein Einsichtsrecht in das Gutachten haben, wird diese Regelung begrüßt. Sie erweitert und vereinfacht für die Versicherten die Transparenz, indem sie selbst bereits bei der Begutachtung entscheiden können, ob sie das MDK-Gutachten von der Pflegekasse erhalten möchten.

Zu Artikel 1 Nr. 4 Buchst. d) (§ 18 Absatz 3a SGB XI –neu-):

Für jeden Tag einer Überschreitung der im Gesetz genannten Fristen soll die Pflegekasse zukünftig 10 € an den Antragsteller zahlen, sofern dieser nicht die Fristüberschreitung zu vertreten hat.

Bewertung:

Eine Strafgebühr wird abgelehnt. Sie wird dazu beitragen, Streitfälle zwischen Pflegekassen, MDK und Antragsteller zu Fragen zu produzieren, wer für die Fristüberschreitung Verantwortung trägt. Vielfältige Gründe können dazu führen, dass ein einmal geplanter Begutachtungstermin nicht zustande kommt. Für derlei Verschiebungen ist nicht in jedem Fall der Medizinische Dienst oder die Pflegekasse verantwortlich zu machen. Von daher wird durch diese Regelung zusätzliche und unnötige Bürokratie für alle Beteiligten entstehen.

Die Medizinischen Dienste haben im Zeitraum von 2006 bis 2011 bei ansteigender Zahl der zu begutachtenden Versicherten von 1,32 auf 1,6 Mio, die Laufzeiten der Begutachtungen signifikant reduzieren können. So sind die Laufzeiten im ambulanten Bereich von 40 auf 24,9 Tage und im stationären Bereich von 30,2 auf 15,4 Tage annähernd halbiert worden.

Eine aktuelle Auswertung bei vier großen Medizinischen Diensten, die rund 45 Prozent der Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung betreuen, zeigt darüber hinaus, dass es bei rund 9,5 Prozent der Anträge aus den unterschiedlichsten Gründen zu keiner fristgerechten Erledigung gekommen ist.

Im Einzelnen handelt es sich im Wesentlichen um

- Versicherte, die sich zum Zeitpunkt der Begutachtung in stationärer Behandlung oder Rehabilitation befinden (3,85%);
- Versicherte, die den vereinbarten Besuchstermin aus privaten Gründen absagen(3,27%);
- Versicherte, die am Tage der geplanten Begutachtung einen wichtigen Behandlungstermin wahrnehmen müssen (1,14%);

- Versicherte, die inzwischen umgezogen sind und/oder beim angekündigten Besuch nicht angetroffen wurden (1,43%).

Diese Verzögerungen sind weder von den Pflegekassen noch von den Medizinischen Diensten zu vertreten.

Vor diesem Hintergrund begrüßen wir auch die Empfehlungen des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundsrats (Bundsrats-Drucksache 170/1/12 zur 896. Sitzung des Bundesrates am 11. Mai 2012), die geplante Vorschrift ersatzlos zu streichen, weil sie nicht zielführend wäre und zu keiner Beschleunigung des Verfahrens führen würde. Die angeführte – als repräsentativ anzusehende - MDK-Untersuchung unterstreicht diese Argumentation.

Auch ist darauf hinzuweisen, dass die Versicherten bei Anerkennung der Pflegebedürftigkeit und Zuerkennung einer Pflegestufe die Leistungen rückwirkend nachgezahlt erhalten. Größere Probleme dürften deshalb nur bei solchen Versicherten eintreten, die aufgrund einer akuten Veränderung der Pflege- und Betreuungssituation in eine Notlage geraten und dringend einer Sachleistung bedürfen. Diesen Versicherten könnte ein Antragsrecht auf eine Eilbegutachtung eingeräumt werden, über die – wie bei der Palliativpflege – innerhalb einer Zweiwochenfrist zu entscheiden ist.

Ungeachtet dessen, werden die Medizinischen Dienste ihre bisherigen Aktivitäten weiter forcieren, um die Laufzeiten noch weiter zu verkürzen. Dabei ist aber zu berücksichtigen, dass es bei allen Bemühungen zur Verkürzung der Laufzeiten stets einen Anteil von Anträgen geben wird, der aus den oben genannten Gründen nicht innerhalb der gesetzlich festgelegten Fristen erledigt werden kann.

In dieser Vorgehensweise sehen wir uns auch durch die Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates (vgl. Anlage zu Bundsrats-Drucksache 170/12) in vollem Umfang bestätigt, der u.a. eine Verfahrensbeschleunigung als kostengünstigeres Mittel empfiehlt, zumal auch er der angedachten „Strafgeld-Zahlung“ keine nennenswerte Wirksamkeit beimisst.

Zu Artikel 1 Nr. 5 (§ 18a SGB XI –neu-):

Die Feststellungen zur medizinischen Rehabilitation sind durch den Medizinischen Dienst oder die durch die Pflegekasse beauftragten Gutachter in einer gesonderten Rehabilitationsempfehlung zu dokumentieren.

Die Regelung soll dazu dienen, die Rechte der Pflegebedürftigen auf zielgerichtete umfassende Beratung durch die Pflegekassen zu stärken. Dies soll dadurch erreicht werden, dass die Pflegekassen dem Versicherten die gesonderte Rehabilitationsempfehlung zuleiten. Weiterhin soll die Pflegekasse verpflichtet werden, umfassend und begründet dazu Stellung zu nehmen, inwieweit auf der Grundlage der gesonderten Rehabilitationsempfehlung die Durchführung einer Maßnahme zur medizinischen Rehabilitation angezeigt ist.

Grundlage der Information für die Versicherten ist die Reha-Empfehlung des MDK. Laut Begründung haben die Pflegekassen darauf zu achten, dass die Stellungnahme des MDK vollständig ist und den Versicherten insbesondere darüber zu informieren, ob

- Empfehlungen für die Durchführung von Reha-Maßnahmen ausgesprochen werden, wobei das gesamte Spektrum möglicher Leistungsformen zu beachten ist, oder

- keine Empfehlungen ausgesprochen wurden, weil kurative, ausschließlich pflegerische oder andere Maßnahmen vorzuziehen oder derzeit ausreichend sind.

Bewertung:

Dem grundsätzlichen Ansatz wird zugestimmt. Schon heute geben die Medizinische Dienste Empfehlungen zur Rehabilitation.

Die Chancen auf praktische Umsetzung hängen jedoch vor allem davon ab, dass Hinweise auf eine Indikation zur medizinischen Rehabilitation bei der Pflegebegutachtung richtig erkannt und zur definitiven Indikationsstellung ein Arzt hinzugezogen wird. Beides wird bereits heute durch den MDK sichergestellt. Es ist außerdem davon auszugehen, dass neben der Motivierbarkeit des Versicherten die Einbindung des behandelnden Arztes von besonderer Bedeutung ist. Letztere ist derzeit nur als Informationspflicht der Pflegekasse ausgestaltet (§ 31 Absatz 3 SGB XI). Durch dessen frühzeitige Beteiligung könnte auch eine höhere Akzeptanz der vorgeschlagenen Maßnahmen erreicht werden.

Vor diesem Hintergrund muss bezweifelt werden, dass die vorgesehene alleinige Ausgliederung der auch bisher schon unter Ziffer 6.3 des Formulargutachtens dokumentierten Rehabilitationsempfehlung aus dem Pflegegutachten nennenswert zur Verbesserung der praktischen Umsetzung der Rehabilitationsbedarfe der Betroffenen beiträgt. Die alleinige Umstellung der Dokumentation der Rehabilitationsempfehlung kann die o.g. Einflussfaktoren auf die Umsetzung von Rehabilitationsbedarf nicht nachhaltig beeinflussen.

Der Sinn einer Stellungnahme der Pflegekasse erschließt sich nicht. Nach bisherigem Recht ist die Pflegekasse verpflichtet, eine Empfehlung des MDK zur Durchführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation an den Rehabilitationsträger weiterzuleiten, was eine Antragstellung nach § 14 SGB IX auslöst. Eine zusätzliche Stellungnahme der Pflegekasse bringt hier keinen Vorteil und ist nicht notwendig. Durch die vorgesehene Regelung besteht vielmehr die Gefahr, dass die Vorgabe dahingehend fehlinterpretiert wird, dass die Pflegekasse die Indikationsstellung zur medizinischen Rehabilitation durch den MDK in Ihrer Stellungnahme noch einmal zu bestätigen oder abzulehnen hätte. Dies wäre ein deutlicher Rückschritt im Vergleich zum bisherigen Recht.

Insgesamt scheidet die Umsetzung rehabilitativer Maßnahmen erfahrungsgemäß nicht an einer unzureichenden Information des Versicherten über die Rehabilitationsempfehlung. Vielmehr ist in der Praxis das Fehlen von auf die Zielgruppe zugeschnittenen niedrigschwelligen Angeboten mit rehabilitativer Zielsetzung das Problem. Die komplexen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden den Bedürfnissen vieler Pflegebedürftiger nicht gerecht. Vor diesem Hintergrund ist die Fokussierung der vorgesehenen Neuregelungen auf Leistungen der medizinische Rehabilitation eher nicht zielführend. Zur Stärkung des Grundsatzes „Reha vor Pflege“ wäre die Entwicklung und Implementierung von niedrigschwelligen, auf der gezielten Anwendung von Heilmitteln basierenden rehabilitativen Angeboten zielführend. Entsprechende Erfahrungen liegen aus zahlreichen Modellprojekten vor. Diese Aspekte werden in dem vorliegenden Gesetzentwurf bislang vernachlässigt.

Zu Artikel 1 Nr. 5 (§ 18b SGB XI –neu-):

Der GKV-Spitzenverband soll unter Beteiligung des MDS und der Selbsthilfeorganisationen bis zum 31. März 2013 eine für alle MDK verbindliche Richtlinie erlassen, die das Ziel verfolgt, die Dienstleistungsorientierung für die Versicherten im Begutachtungsverfahren zu

stärken. Dabei sind insbesondere allgemeine Verhaltensgrundsätze für Gutachter und andere Mitarbeiter der MDK, Beschwerdemöglichkeiten sowie die regelhafte Durchführung von Versichertenbefragungen zu regeln.

Bewertung

Die in der Pflegebegutachtung eingesetzten MDK-Gutachterinnen und -Gutachter werden für das besondere Aufgabenfeld der Pflegebegutachtung vorbereitet und geschult. Ihnen ist bewusst, in welcher besonderen Situation sich die Antragsteller befinden. Sie gehen deshalb sensibel auf diese Situation ein.

Dies schließt nicht aus, dass es in Einzelfällen zu Diskussionen zwischen Begutachtendem und Gutachter über die Empfehlung zur Einstufung oder zum Vorgehen des Gutachters kommt. Hierzu haben die Medizinischen Dienste ein Beschwerdemanagement wie auch ein übergreifendes Qualitätssicherungsverfahren im Zusammenhang mit der Begutachtung implementiert. Darüber hinaus darf nicht übersehen werden, dass beim Gutachter auch häufig Ärger und Enttäuschung über die aktuell gültige enge Definition von Pflegebedürftigkeit und den Teilleistungscharakter der Pflegeversicherung abgeladen werden.

Seit dem Jahr 2004 erfolgt eine MDK-interne und MDK-übergreifende Qualitätssicherung der Pflegebegutachtung nach einer von den Spitzenverbänden der Pflegekassen erlassenen Richtlinie. Der Schwerpunkt dieser Qualitätsprüfungen konzentriert sich auf die inhaltlichen Aspekte der Pflegegutachten (Transparenz und Kompetenz der inhaltlichen Bewertungen sowie Nachvollziehbarkeit der gutachterlichen Empfehlungen). Die Ergebnisse dieser Prüfverfahren belegen seit Jahren einen hohen Qualitätsstandard in der Pflegebegutachtung durch den MDK.

Auch das Instrument der Versichertenbefragung wird bereits in den Medizinischen Diensten genutzt. Ergebnisse von Befragungen unter Antragstellern, die vom MDK begutachtet wurden, weisen sehr hohe Zufriedenheitswerte aus. Im MDK Sachsen-Anhalt, der eine solche Befragung durch ein externes Institut hat durchführen lassen, waren dabei 96 % der Befragten mit dem Verhalten der Gutachter sehr gut zufrieden. Hinsichtlich der Beurteilung des Verhaltens des Gutachters gaben sogar diejenigen Befragten, deren Antrag abgelehnt wurde, ein nur geringfügiges schlechteres Urteil ab als diejenigen, deren Antrag befürwortet wurde. Auch bei den abgelehnten Antragstellern bewerten 89 % das Verhalten des Gutachters als gut bis sehr gut.

Angesichts all dieser Maßnahmen und Ergebnisse ist es überraschend und für die Medizinischen Dienste und deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter irritierend, wenn Einzelfälle in Bezug auf das Verhalten im Begutachtungsverfahren vom Gesetzgeber zum Anlass genommen werden, einen Verhaltenskodex per Richtlinie im Gesetz zu verankern.

Dagegen wird der Teil der Regelung, der sich auf die Erweiterung der Beratung durch den MDK im Rahmen der Begutachtung bezieht und die eine Information über die Begutachtungsgrundlage und das Begutachtungsverfahren ermöglicht, begrüßt. Im Rahmen einer ersten Impulsberatung kann der MDK über das weitere Verfahren, aber auch über mögliche Versorgungsstrukturen vor Ort informieren. Im Interesse der Betroffenen sollte es dabei auch möglich sein, dem Versicherten eine erste Einschätzung zur Empfehlung der Pflegestufe an die Pflegekasse im Sinne einer Tendenzaussage zu geben.

Zu Artikel 1 Nr. 13 (§ 38a SGB XI –neu-):

Es sollen zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen eingeführt werden.

Bewertung:

Die Weiterentwicklung und Flexibilisierung der unterschiedlichen Wohnformen für Pflegebedürftige wird grundsätzlich begrüßt.

Allerdings fehlen bei den bereits heute bestehenden ambulant betreuten Wohnformen Qualitätsstandards und die Organisationsform der ambulant betreuten Wohnformen entzieht sich derzeit weitgehend einer externen Qualitätsprüfung.

Daher wird angeregt, für ambulant betreute Wohnformen Mindeststandards zu definieren und diese ambulant betreuten Wohnformen in eine systematische externe Qualitätsprüfung einzubeziehen.

Zu Artikel 1 Nr. 23 (§ 53b SGB XI –neu-) i.V.m. Artikel 1 Nr. 4 Buchstabe a-c) (§ 18 SGB XI):

Die Pflegekassen sollen künftig auch andere unabhängige Gutachter mit der Prüfung der Pflegebedürftigkeit beauftragen können.

In der Begründung heißt es zu den Änderungen in § 18, dass das Verfahren zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit so gestaltet werden soll, dass es den Interessen und Ansprüchen der Antragsteller hinsichtlich einer zügigen Bescheid-Erteilung und einer umfassenden Information besser gerecht wird. Dazu soll auch die Möglichkeit beitragen, dass die Pflegekassen andere unabhängige Gutachter beauftragen können. Wie die Begründung weiter dazu ausführt, sind Anlass für die Änderung Fälle von Fristüberschreitungen zum Nachteil der Antragsteller.

Für die Akzeptanz der anderen Gutachter sei die Transparenz des Auswahlverfahrens ein wichtiges Kriterium. Für die Betroffenen sei nicht ohne Weiteres erkennbar, aufgrund welcher Kriterien die Wahl auf den konkreten Gutachter gefallen sei. Deshalb werde dem Versicherten ein Wahlrecht eingeräumt. Es werde zudem festgelegt, dass dem Versicherten in der Regel drei Gutachter, auf deren Qualität und Unabhängigkeit hinzuweisen ist, zur Auswahl zu benennen sind. Habe sich der Antragsteller für einen der genannten Gutachter entschieden, werde dem Wunsch Rechnung getragen. Sei innerhalb einer Woche bei der Pflegekasse keine Auswahlentscheidung eingegangen, bestimme die Pflegekasse einen Gutachter aus der übersandten Liste.

Der GKV-Spitzenverband wird beauftragt, bis zum 31. März 2013 Richtlinien zur Zusammenarbeit der Pflegekassen mit anderen unabhängigen Gutachtern im Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit mit dem Ziel einer einheitlichen Rechtsanwendung zu erlassen.

Bewertung:

Es erscheint zweifelhaft, ob das vom Gesetzgeber gewählte Mittel geeignet ist, die Zielsetzung zu erreichen. Wie bereits dargelegt, haben die Medizinischen Dienste die durchschnittliche Laufzeit zwischen 2006 und 2011 deutlich reduziert. Die Medizinischen Dienste werden auch weiterhin organisatorische und sonstige Maßnahmen treffen, um die Laufzeiten weiter zu verkürzen. Trotz aller Bemühungen wird es aber immer einen gewissen

Anteil von Anträgen geben, der aus Gründen, die weder die Pflegekasse noch der MDK zu vertreten hat, nicht in der gesetzlich vorgesehenen Frist erledigt werden kann.

Darüber hinaus erscheint die Regelung nicht geboten. Zum Einen ist herauszustellen, dass die Medizinischen Dienste schon heute die Möglichkeit haben und bei Bedarf nutzen, externe Gutachter einzusetzen. Im Übrigen würden mit der Neuregelung Doppelstrukturen in der Begutachtung aufgebaut. Dies wäre mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot nur schwer in Einklang zu bringen, da für den Bereich der anderen Gutachter gesonderte Maßnahmen zur Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung, zur Qualitätssicherung sowie zur statistischen Erfassung der Gutachten-Ergebnisse entwickelt werden müssten. Andere Gutachter haben die gleichen fachlichen Anforderungen wie der MDK - was neben der Feststellung des Hilfebedarfs auch die Empfehlung rehabilitativer wie anderer Leistungen einschließt – zu erfüllen. Darüber hinaus müssen sie unabhängig von Leistungserbringungs-Interessen sein. Dies setzt dem Einsatz anderer Gutachter enge Grenzen.

Inhaltlich und sachlich nicht nachvollziehbar ist es, den Versicherten bei der Entscheidung für einen anderen Gutachter ein „Wahlrecht“ einzuräumen. Mit dieser geplanten Maßnahme setzt sich der Gesetzgeber selbst in Widerspruch. Auf der einen Seite verweist er (zu Recht) darauf, dass für die Akzeptanz des Gutachters „Transparenz“ ein wichtiges Kriterium sei. Auf der anderen Seite werden Personen zu einer sogenannten Wahlentscheidung gezwungen, die sie nach aller Erfahrung des Alltags aufgrund fehlender Informationen schlichtweg überfordern dürfte. In dem einen oder anderen Fall mag es zu einer Entscheidung kommen, die auf dem „Hören und Sagen“ beruhen wird, in anderen Fällen nach eher sachfremden Erwägungen. Festzuhalten bleibt jedenfalls, dass der hier zu betreibende Aufwand zu keinen nachhaltigen Verbesserungen in der Begutachtung führen dürfte, vermutlich eher im Gegenteil.

Zu Artikel 1 Nr. 43 (§ 114a Abs. 1 Sätze 3 und 4 SGB XI –neu):

Wenn organisatorische Gründe es erfordern, soll die Qualitätsprüfung in ambulanten Pflegeeinrichtungen kurzfristig angekündigt werden. Die Gründe sind den Landesverbänden der Pflegekassen mit dem Prüfbericht schriftlich mitzuteilen.

Bewertung:

Eine kurzfristige Ankündigung am Tag vor der Prüfung ist bei ambulanten Pflegeeinrichtungen sachgerecht, weil damit eine reibungslosere Durchführung von Qualitätsprüfungen in ambulanten Einrichtungen ermöglicht wird. Diese Regelung sollte nicht nur für kleinere ambulante Dienste, sondern für alle ambulanten Pflegedienste, unabhängig von der Größe, gelten. Eine formale Begründung bei jeder kurzfristigen Ankündigung wäre damit entbehrlich. Dieser Vorschlag deckt sich mit dem Änderungsantrag des Bundesrates (a.a.O).

Der derzeitige § 114 a Absatz 3 SGB XI enthält die Vorschrift, dass Inaugenscheinnahmen von Pflegebedürftigen, Befragungen von Personen nach § 114 a Absatz 3 Satz 2 sowie die damit jeweils zusammenhängende Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten von Pflegebedürftigen zum Zwecke der Erstellung eines Prüfberichtes der Einwilligung der betroffenen Pflegebedürftigen bedürfen. Bisherige Erfahrungen in der Praxis lassen eine Klarstellung zur Form der Einwilligung sinnvoll erscheinen. Die im Gesetz geforderte Textform (z.B. per Mail oder Fax) ist nicht praktikabel. Mit dieser Regelung würden unangemeldete Prüfungen deutlich erschwert, wenn nicht sogar faktisch unmöglich. Prüfungen könnten nicht mehr an einem Tag durchgeführt werden, der Zeitaufwand für Pflegeeinrichtung und MDK würde steigen und Prüfergebnisse würden

deutlich verzerrt werden. Darüber hinaus würde für die vielfach ehrenamtlich tätigen Bevollmächtigten und Betreuer unnötiger zusätzlicher bürokratischer Aufwand entstehen. Vor dem Hintergrund der gesammelten Erfahrungen reicht für Pflegebedürftige, die aus physischen Gründen (z.B. Halbseitenlähmung) zu einer Unterschrift nicht fähig sind oder für die eine gesetzliche Betreuung eingerichtet ist bzw. eine Bevollmächtigung vorliegt, eine mündliche Einwilligung, die durch den Prüfer dokumentiert wird, aus. Die Landesdatenschutzbeauftragten des Landes Hamburg und des Landes Nordrhein-Westfalen haben keine Einwände gegen eine diesem Vorschlag entsprechende Vorgehensweise.

Zu Artikel 1 Nr. 45 (§ 117 SGB XI):

Durch eine Ergänzung des Absatzes 1 in § 117 SGB XI soll die Zusammenarbeit der Pflegekassen, des MDK und der Heimaufsicht weiter intensiviert und verstärkt werden. Zudem soll die Beteiligung an Vereinbarungen zur besseren Abstimmung der Prüftätigkeiten von MDK und Heimaufsicht verpflichtender ausgestaltet werden.

Zusätzlich soll mit dem Änderungsvorschlag zum § 117 Abs. 2 SGB XI die Möglichkeit geschaffen werden, Modellvorhaben zu vereinbaren, die zum Ziel haben, eine abgestimmte Vorgehensweise zu erarbeiten. Bei der Durchführung solcher Modellvorhaben soll von den bundesweit geltenden Vereinbarungen zur Transparenz nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI abgewichen werden können.

Bewertung:

Die Ergänzung des § 117 Abs. 1 SGB XI wird begrüßt. Eine sinnvolle Abstimmung liegt im Interesse aller Beteiligten.

Modellvorhaben, wie sie in der Änderung zum § 117 Abs. 2 SGB XI vorgeschlagen werden, sind jedoch nicht erforderlich. Kooperationsformen werden bereits heute – soweit es die unterschiedlichen Verfahren, Zielsetzungen und Inhalte der bundesweit einheitlich geregelten Qualitätsprüfungen des MDK und der nach Landesrecht geregelten Prüfungen der Aufsichtsbehörden ermöglichen – angewandt. Dies geht u.a. auch aus den Kurzberichten der MDK hervor, die im 3. Bericht des MDS zur Qualität in der Pflege vom April 2012 als Anlage enthalten sind.

Die vorgesehene Möglichkeit, von den Vereinbarungen nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI abweichen zu können, steht einer einheitlichen Information der Bürger über die Qualität von Pflegeeinrichtungen entgegen und wird daher abgelehnt.

Zu Artikel 1 Nr. 48 (§ 123 SGB XI –neu-):

Verbesserte Leistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA)

Bewertung:

Die Zielsetzung der Leistungsverbesserungen für demenziell Erkrankte wird aus fachlicher Sicht befürwortet. Die Anknüpfung an die PEA-Feststellung durch den Medizinischen Dienst ist sachgerecht. Diese Neuregelungen sollten jedoch nur eine Übergangsregelung darstellen. Um den Betroffenen gerecht zu werden, sollte der Gesetzgeber schnellstmöglich einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff gesetzlich verankern und umsetzen. Auf die in Zusammenarbeit von MDK-Gemeinschaft und Pflegewissenschaften geleisteten Vorarbeiten

in Form des neuen Begutachtungsassessments, die in die Arbeiten des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs eingeflossen sind, sollte dabei zurückgegriffen werden.

Ergänzende Stellungnahme zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungsgesetz - PNG) (Ausschussdrucksache des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages. Ausschussdrucksache 17[14]0269):

Zu Änderungsantrag 2 zu Artikel 1 Nummer 41 (§ 113):

Es wird vorgeschlagen, in den Maßstäben und Grundsätzen zur Qualität nach § 113 SGB XI Anforderungen an ein indikatorengestütztes Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung der Ergebnisqualität im stationären Bereich zu vereinbaren, das auf der Grundlage einer strukturierten Datenerhebung im Rahmen des internen Qualitätsmanagements eine Qualitätsberichterstattung ermöglicht und in die externe Qualitätsprüfung einfließen soll.

Bewertung:

Abgestellt wird bei diesem Vorschlag auf das im Auftrag von BMG und BMFSFJ durchgeführte Projekt „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“. Dieses Projekt hat auf der Basis internationaler Erfahrungen wissenschaftlich begründete Vorschläge für Qualitätsindikatoren in der stationären Pflege erbracht. Diese Vorschläge werden als eine orientierende Perspektive für die Weiterentwicklung der internen Qualitätssicherung und der externen Qualitätsprüfung vom MDS begrüßt. Die Einführung dieser Qualitätsindikatoren bedarf eines systematischen Vorbereitungsprozesses. So sind die vorgeschlagenen Indikatoren in einem Diskurs mit Pflegepraxis und Wissenschaft und den Pflegeakteuren zu konsentieren. Auch ist zu klären, wie mit den Themenfeldern umgegangen wird, in denen keine Qualitätsindikatoren identifiziert werden konnten.

Die Einführung von Qualitätsindikatoren auf der Basis von Selbsterhebungen durch die Pflegeeinrichtungen würde einen Systemwechsel mit sich bringen, der erhebliche Auswirkungen auf die interne Qualitätssicherung und die externe Qualitätsprüfung hätte. So bedarf es eines Verfahrens, das eine einheitliche Erhebung der Qualitätsindikatoren in den Einrichtungen sicherstellt. Auch bedarf es eines Validierungsverfahrens, um sie in die externe Qualitätsprüfungen einfließen zu lassen.

Vor diesem Hintergrund halten wir den Gesetzesvorschlag, Anforderungen an ein Indikatoren-gestütztes Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung der Ergebnisqualität im stationären Bereich in den „Maßstäbe und Grundsätze“ nach § 113 SGB XI zu verankern, für nicht sachgerecht. Dies käme einem Schnellschuss gleich, der eine übereilte Einführung dieses grundsätzlich nützlichen Instruments auslöst und in der Gefahr steht, die Schwierigkeiten der Einführung der Pflegetransparenz zu wiederholen.

Die Einführung der Ergebnisindikatoren sollte in einem gemeinsamen Projekt aller für die Qualitätssicherung Verantwortlichen und unter Beteiligung der Wissenschaft vorbereitet werden. Im Rahmen des Projektes ist zu klären, welche gesetzlichen Regelungen erforderlich sind, um die Einführung der Qualitätssicherungsindikatoren zu ermöglichen.

Zu Änderungsantrag 3 zu Artikel 1 Nummer 43 (§114a):

Es wird vorgeschlagen, bezüglich Durchführung von Qualitätsprüfungen als Anforderung aufzunehmen, dass bei der Beurteilung der Pflegequalität die Pflegedokumentation, die Inaugenscheinnahme von Pflegebedürftigen und Befragungen der Beschäftigten der Pflegeeinrichtung sowie der Pflegebedürftigen, ihrer Angehörigen und der Vertretungsberechtigten Personen angemessen zu berücksichtigen sind.

Bewertung:

Bereits heute sind die Grundlagen der Datenerhebung im Gesetzestext angemessen aufgeführt. Eine weitere Spezifizierung ist nicht sinnvoll. Konkretisierungen sind in den Prüfgrundlagen für die Prüfinstitutionen vorgenommen (Qualitätsprüfungs-Richtlinien).

Die Reihenfolge der genannten Quellen kann bei einem unvoreingenommenen Betrachter den Eindruck einer Wertung hervorrufen. Dies hielten wir im Interesse der Sache für unangebracht.

An erster Stelle steht auch aus unserer Sicht die Inaugenscheinnahme durch den Prüfer, deren Ergebnisse mit der Pflegedokumentation abgeglichen werden. Die Analyse der Pflegedokumentation findet bereits heute regelmäßig im Beisein von Mitarbeitern der Pflegeeinrichtungen statt, so dass offene Fragen geklärt werden können. Für eine objektive externe Wertung muss der Gutachter sich ein eigenes Bild machen. Dabei kann die Befragung von Mitarbeitern eine Analyse der Pflegedokumentation nicht ersetzen. Grundsätzlich gilt der Grundsatz, dass wesentliche Dinge in der Pflegedokumentation festgehalten sein müssen. Einerseits, weil nur so eine kontinuierliche und am individuellen Bedarf der Pflegebedürftigen orientierte Versorgung gewährleistet werden kann und andererseits auch, weil u.a. die Pflegebedürftigen in der ambulanten Pflege großen Wert darauf legen, dass die Leistungen der Pflegeeinrichtungen für alle beteiligten nachvollziehbar und überprüfbar sind (siehe hierzu Bundesministerium für Gesundheit – BMG (Hrsg.) (2011): Abschlussbericht zur Studie „Wirkung des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes“. München; S. 59).

In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass auch die Bewertung von Ergebnisindikatoren im Verlauf nur auf der Grundlage einer fundierten Pflegedokumentation möglich ist. Im Übrigen hat der 3. Bericht des MDS zur Qualität in der ambulanten und stationären Pflege von April 2012 anhand der Beispiele Ernährung, Flüssigkeitsversorgung und Vermeidung von Druckgeschwüren eindrücklich belegt, dass bei MDK-Qualitätsprüfungen die konkrete Versorgungsqualität der Pflegebedürftigen erfasst und eben nicht – wie vielfach unterstellt – lediglich die Qualität der Dokumentation abgebildet wird. So konnte gezeigt werden, dass in den Fällen, in denen die notwendigen Pflegehandlungen nicht nachgewiesen durchgeführt waren, die Dekubitusrate doppelt so hoch und die Rate der unbeabsichtigten Gewichtsverluste viermal so hoch waren.

Eine regelhafte Befragung der Angehörigen oder vertretungsberechtigten Personen ist im Rahmen dieser Qualitätsprüfungen nicht vorgesehen. Es ist zu klären, ob dies regelhaft zu leisten ist. Im Indikatorenprojekt ist vorgesehen, insbesondere zur Lebensqualitätserfahrung Angehörigenbefragungen durchzuführen. Auch macht es Sinn, im Sinne der Qualitätsentwicklung und Mitarbeiterförderung Befragungen von Mitarbeitern in Pflegeeinrichtungen durchzuführen. Jedoch ist zu prüfen, ob dies in das Aufgabenfeld des MDK fällt.