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

zur Anhörung zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung
eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung
und zur Änderung weiterer Vorschriften
(Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II)

BT-Drucksache 18/5926 -

(Stand: 7. September 2015)

am 30. September 2015 in Berlin

I Vorbemerkung:

Der Medizinische Dienst des GKV-Spitzenverbandes (MDS) nimmt in Abstimmung mit den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung (MDK) im Folgenden zum Gesetzentwurf eines Zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II) Stellung.

Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und neues Begutachtungsinstrument

Die Medizinischen Dienste begrüßen, dass mit dem PSG II ein Hauptkritikpunkt an der bestehenden Pflegeversicherung aufgegriffen wird, den Pflegebedürftigkeitsbegriff neu zu bestimmen und das damit verbundene Begutachtungsverfahren grundlegend neu auszurichten. Das neue Begutachtungsassessment ist in enger Zusammenarbeit von Pflegewissenschaft und MDK-Praxis erarbeitet und in einem wissenschaftlichen Verfahren erprobt worden. In zwei Beiräten beim Bundesministerium für Gesundheit sind die Änderungen der Grundlagen der Pflegebedürftigkeitsfeststellung und die sich daraus ergebenden Konsequenzen intensiv beraten und Empfehlungen zur Ausgestaltung und Umsetzung abgegeben worden. Diesen Vorbereitungsprozess greift der vorliegende Gesetzentwurf der Bundesregierung nun systematisch auf.

Darüber hinaus ist das neue Begutachtungsassessment (NBA) als das künftige Begutachtungsinstrument auf seine Praktikabilität im Rahmen einer Erprobungsstudie getestet worden. Die Gutachterinnen und Gutachter der MDK, aber auch der anderen Begutachtungsinstitutionen haben die Praktikabilität des NBA bestätigt. Darüber hinaus hat sich gezeigt, dass das neue Begutachtungsverfahren Beeinträchtigungen der Pflegebedürftigen umfassender abbildet und die individuelle Situation besser berücksichtigt. Damit wird es den Lebenslagen der Pflegebedürftigen besser gerecht. Des Weiteren leitet es den Übergang von einer defizitorientierten zu einer ressourcenorientierten Betrachtung von Pflegebedürftigkeit im gesamten pflegerischen Versorgungssystem ein.

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und das neue Begutachtungsassessment legen mit der neuen Einstufung der Pflegebedürftigen die Grundlage für die im PSG II vorgesehenen Leistungsverbesserungen und die flexiblere Ausgestaltung der Leistungsgewährung.

Überleitungsregelungen und Bestandsschutz

Für den Übergang in das neue System sieht der Gesetzentwurf eine Überleitung der bisherigen Leistungsempfänger durch eine standardisierte Überleitungsregel vor. Dies ist sachgerecht, weil sie umfangreiche Antrags- und Begutachtungsverfahren vermeidet und für die Betroffenen den notwendigen Vertrauens- und Bestandsschutz gewährleistet.

Allerdings wird es trotz der umfassenden Überleitungsregelung Leistungsanträge von Leistungsempfängern geben, die eine höhere Einstufung als die nach Überleitung erwarten oder von Pflegebedürftigen, die erst nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zum Kreis der pflegebedürftigen Personen, insbesondere aus dem Pflegegrad 1 zählen. Diese Anträge werden zu einem steigenden Begutachtungsaufkommen beim Medizinischen Dienst führen.

Weiterentwicklung der Qualitätsprüfungen

MDS und MDK unterstützen die Initiative im PSG II, die Qualitätssicherung, Qualitätsprüfung und Qualitätsberichterstattung weiterzuentwickeln. Die im Gesetzentwurf angelegte Verknüpfung von interner Qualitätssicherung auf der Basis von standardisierten (indikatorengestützten) Verfahren mit der externen Qualitätsprüfung durch die Medizinischen Dienste ist sachgerecht. Ebenso wird die vorgesehene wissenschaftliche Weiterentwicklung der Prüfgrundlagen und Konzepte unterstützt.

Darüber hinaus erachten wir es als notwendig, dass bei der Weiterentwicklung der Transparenz den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen als eine Entscheidungshilfe zur Auswahl einer geeigneten Pflegeeinrichtung neben den von den Einrichtungen selbst erhobenen Ergebnisindikatoren auch die Ergebnisse aus den Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste bzw. des PKV-Prüfdienstes an die Hand gegeben werden sollen. Dass dabei sowohl die Ergebnis- als auch die Prozess- und Strukturqualität einzubeziehen ist, halten wir für sachgerecht.

Die vorgesehene Verbesserung des Verfahrens der Entscheidungsfindung zu Fragen der Qualitätssicherung im Rahmen des Qualitätsausschusses wird grundsätzlich begrüßt. Bedenken bestehen jedoch hinsichtlich der erheblichen Ausweitung der Regelungszuständigkeiten der Vertragsparteien bzw. des Qualitätsausschusses. Daran ändert auch nichts, dass in Streitfragen der erweiterte Qualitätsausschuss unter unabhängigem Vorsitz Entscheidungen treffen kann. Dies zeigen die Erfahrungen mit der bisherigen Schiedsstelle nach § 113b SGB XI.

Die Benennung des unparteiischen Vorsitzenden des erweiterten Qualitätsausschusses durch das BMG stellt einen Eingriff in das Prinzip der Selbstverwaltung durch die Exekutive dar und wird abgelehnt

Vor allem lehnen die Medizinischen Dienste die im Gesetzentwurf in § 113 SGB XI angelegte Einflussnahme der Leistungserbringerverbände auf die inhaltliche Gestaltung der Prüfverfahren von MDK und PKV-Prüfdienst sowie die Erteilung von wissenschaftlichen Aufträgen für die Entwicklung von Prüfverfahren nach § 113b Abs. 4 SGB XI durch die Vertragsparteien ab. Ebenso wird die in § 114a Abs. 7 SGB XI vorgesehene Beschneidung der Richtlinien-Kompetenz des GKV-Spitzenverbandes auf verfahrenstechnische Konkretisierung entschieden abgelehnt. Hierin sehen wir einen Eingriff in die Prüfkompetenz der MDK und des PKV-Prüfdienstes. Damit besteht die Gefahr, dass negative Erfahrungen aus der Pflge­transparenz sich nun bei den MDK-Prüfungen und der Festlegung der Prüfkriterien des MDK wiederholen.

Vor diesem Hintergrund möchten wir mit dieser Stellungnahme Hinweise und Anregungen zur Ausgestaltung einzelner Regelungen geben.

II Stellungnahme zum Gesetzentwurf:

Zu Artikel 1 Nr. 13 Buchst a (§ 18 Absatz 6 SGB XI):

Durch das veränderte Begutachtungsverfahren sollen auch die Möglichkeiten verbessert werden, eine bestehende Rehabilitationsindikation zu erkennen und entsprechende Maßnahmen einzuleiten. Unter Berücksichtigung des zwischenzeitlich angewandten standardisierten Verfahrens zur Ermittlung von Rehabilitationsbedarf im Rahmen der Begutachtung nach SGB XI soll dieses Verfahren durch eine Ergänzung des § 18 Abs. 6 Satz 3 SGB XI nun auch rechtlich kodifiziert werden.

Bewertung:

Der Gesetzgeber schreibt bei der Rehabilitationsempfehlung durch die MDK künftig ein „bundeseinheitlich strukturiertes Verfahren“ vor, was der Einheitlichkeit dient und daher begrüßt wird. Es setzt insbesondere auf den bisherigen diesbezüglichen Aktivitäten der Medizinischen Dienste auf, die sich dem Ziel einer validen Feststellung des Rehabilitationsbedarfs verpflichtet fühlen.

In dem Zusammenhang wird angeregt, die Verbindlichkeit der Rehabilitationsempfehlung auch für die Gutachten von medicproof und der sie beauftragenden Privat-Versicherungen hier explizit gesetzlich zu normieren.

Zu Artikel 1 Nr. 13 Buchst b (§ 18 Absatz 6a SGB XI –neu-):

Durch den neuen Absatz 6a in § 18 SGB XI sollen die Empfehlungen der Gutachter zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung künftig zugleich auch als Leistungsantrag gelten, sofern der Versicherte zustimmt.

Bewertung:

Die Gleichsetzung der gutachterlichen (Pflege-) Hilfsmittlempfehlung mit einem Leistungsantrag (§ 18 Abs.6a SGB XI –neu -) stellt einen Beitrag zur Entbürokratisierung und Beschleunigung des Verfahrens dar und wird begrüßt. Dies zielt darauf, dass den meist hochaltrigen Pflegebedürftigen möglichst rasch ein (Pflege-)Hilfsmittel zur Verfügung steht. Für das Begutachtungsverfahren muss jedoch klargestellt sein, dass es bei diesem Verfahren nicht um alle Hilfsmittel, sondern nur um die Pflegehilfsmittel und doppelfunktionale Hilfsmittel gehen kann.

Bei der Überarbeitung der Begutachtungs-Richtlinien und der Hilfsmittel-Richtlinie des G-BA können die in der Begründung genannten Hilfsmittel als mögliche Grundlage verwendet werden.

Vor dem Hintergrund der erforderlichen Änderung der Richtlinien wird empfohlen zu prüfen, ob diese Vorschrift nicht erst zum 1. Januar 2017 zusammen mit den übrigen leistungsrechtlichen Veränderungen aus Artikel 2 in Kraft gesetzt werden sollte.

Zu Artikel 1 Nr. 15 (§ 18c SGB XI –neu-):

Durch den neuen § 18c SGB XI soll die Rechtsgrundlage für eine fachliche und wissenschaftliche Begleitung der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit geschaffen werden. Zu diesem Zweck soll das BMG ein Begleitgremium einrichten, das den Gesamtprozess unterstützen und in dem insbesondere pflegfachliche und wissenschaftliche Kompetenz vertreten sein soll.

In Absatz 2 ist geregelt, dass das BMG eine begleitende wissenschaftliche Evaluation der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs durchführen lassen soll.

Bewertung:

Die Einrichtung dieses pflegfachlich wie wissenschaftlich ausgewiesenen Begleitgremiums wird begrüßt. Bei den Erprobungsstudien zur Einführung des Begutachtungsverfahrens haben sich die jeweiligen Begleitgremien als fachlich hilfreich erwiesen, die frühzeitige Einbeziehung wissenschaftlicher Kompetenz sowie von Akteuren und Interessenvertretern trägt zudem zur Akzeptanz der Ergebnisse bei. Die in Absatz 2 normierte wissenschaftliche Evaluation ist angemessen, denn damit wird auch dem Anspruch des neuen Begutachtungsverfahrens Rechnung getragen, dass es sich um ein lernendes System handelt, das den aktuellen Stand des Wissens berücksichtigt und es werden Aussagen geliefert, um ein Monitoring des Gesamtprozesses zu gewährleisten.

Zu Artikel 1 Nr. 32 Buchst.) Doppelbuchst. aa (§ 113 Abs. 1 Satz 1 SGB XI):

Mit der Neuformulierung des Satzes 1 in § 113 Abs. 1 SGB XI soll eine Anpassung an die seit 2013 praktizierte Regelung erfolgen.

Bewertung:

Mit den Änderungen in § 113 Abs. 1 SGB XI wird grundsätzlich ein strukturierter und systematischer Aufbau der Regelungen und Verträge zur Qualität, Qualitätsprüfung und Qualitätsdarstellung gewährleistet. Dies ist sinnvoll.

Zu Artikel 1 Nr. 32 Buchst. a Doppelbuchst. bb (§ 113 Abs. 1 SGB XI):

Mit der Ergänzung des Absatzes 1 in § 113 SGB XI wird vorgegeben, dass die Vereinbarungen gemäß § 113 SGB XI auch die Anforderungen an eine praxistaugliche, den Pflegeprozess unterstützende und die Pflegequalität fördernde Pflegedokumentation regeln sollen. Erfahrungen und Erkenntnisse aus dem Projekt zur Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation sollen hierbei aufgegriffen werden.

Bewertung:

Der MDS und die MDK begleiten von Beginn an das Projekt zur Entwicklung und Umsetzung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation. Um die Prüfer der MDK und des PKV-Prüfdienstes auf Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen, die das Strukturmodell umsetzen, vorzubereiten, hat der MDS in drei Multiplikatorenseminaren 120 Multiplikatoren der MDK und des PKV-Prüfdienstes auf Bundesebene geschult. Bei diesen Schulungen waren auch Vertreter der Heimaufsichten aus den Bundesländern beteiligt, so dass ein gemeinsames Verständnis zur Qualitätsbewertung der Projekteinrichtungen entwickelt werden konnte. Die gemeinsamen Seminare wurden von allen Beteiligten positiv bewertet. Die Multiplikatoren haben anschließend alle Prüfer der MDK und des PKV-Prüfdienstes in den Bundesländern geschult. Auch hier wurden in vielen Bundesländern gemeinsame Schulungen mit den Heimaufsichten organisiert. Es ist folgerichtig, dass nun die Prinzipien des Strukturmodells verbindlichen Eingang finden in die Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität nach § 113 SGB XI.

Zu Artikel 1 Nr. 32 Buchst. b (§ 113 Abs. 1a SGB XI –neu-):

Die Vorschrift regelt, dass in den Maßstäben und Grundsätzen für die stationäre Pflege nach § 113 Abs. 1 SGB XI insbesondere das indikatorengestützte Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung der Ergebnisqualität im stationären Bereich, das auf der Grundlage einer strukturierten Datenerhebung im Rahmen des internen Qualitätsmanagements eine Qualitätsberichterstattung und die externe Qualitätsprüfung ermöglicht, beschrieben werden soll. Insbesondere sind die Indikatoren, das Datenerhebungsinstrument sowie die bundesweiten Verfahren für die Übermittlung, Auswertung und Bewertung der Daten sowie die von Externen durchzuführende Plausibilitätsprüfung festzulegen. Die Verfahren sollen wissenschaftlich abgesichert werden.

Bewertung:

Die Medizinischen Dienste haben sich bereits grundsätzlich für die Einführung eines indikatorengestützten Verfahrens für die interne Qualitätssicherung und die Qualitätsberichterstattung ausgesprochen. Mit den Grundsätzen und Maßstäben soll jedoch nicht nur ein indikatorengestütztes Verfahren für die interne Qualitätssicherung und die darauf aufbauende Qualitätsberichterstattung festgelegt werden. Vielmehr sollen gleichzeitig auch konkrete Vorgaben für die Inhalte und das Verfahren der externen Qualitätsprüfungen durch MDK bzw. PKV-Prüfdienst gemacht werden. Das lehnen wir entschieden ab, weil dies einen Eingriff in die Prüfkompetenz der Medizinischen Dienste darstellt (vgl. im Übrigen auch die Anmerkungen zu Artikel 1 Nr. 36 und 37).

Positiv sehen wir hingegen die Verknüpfung des einrichtungsinternen indikatorengestützten Verfahrens mit der externen Qualitätsprüfung. Wir teilen auch die Auffassung, dass sowohl das einrichtungsinterne indikatorengestützte Verfahren als auch die externen Qualitätsprüfungen wissenschaftlich abgesichert werden sollen. Allerdings sehen wir die Zuständigkeit für die Beauftragung wissenschaftlich abgesicherter Prüfverfahren beim GKV-Spitzenverband.

Bezüglich der Bewertungssystematik ist festzulegen, dass die Ergebnisse nicht ausschließlich mittels Mittelwertbildung dargestellt werden, sondern dass dabei auch Mindestniveaus festgelegt werden, die nicht unterschritten werden dürfen. Die alleinige Orientierung an Mittelwerten ist nicht sachgerecht, da unabhängig vom tatsächlich erreichten Qualitätsniveau ein Teil der Einrichtungen als überdurchschnittlich und damit vermeintlich gut dargestellt werden könnte, obwohl die erreichte Qualität (z.B. die Dekubitusrate) fachlich als schlecht zu bewerten wäre.

Mit Blick auf die zukünftige Bedeutung der erhobenen Indikatoren für die Qualitätsdarstellung und die Nutzung für externe Qualitätsprüfungen begrüßen wir es, dass die von den Pflegeeinrichtungen selbst erhobenen Daten nicht nur auf Plausibilität (statistische Prüfung) sondern auch auf Richtigkeit (inhaltliche Prüfung) zu überprüfen sind.

Wir halten es für erforderlich, die zugelassenen Pflegeeinrichtungen gesetzlich zur Mitwirkung am Indiktorenverfahren zu verpflichten. Es ist eine gesetzliche Regelung erforderlich, nach der die Datenerhebung und Datenweiterleitung nach den Regelungen gemäß § 113 SGB XI von den zugelassenen Pflegeeinrichtungen sicherzustellen ist.

Zu Artikel 1 Nr. 34 (§ 113b Abs. 1 und 2 SGB XI):

Die Schiedsstelle nach § 113b SGB XI soll in einen Qualitätsausschuss umgewandelt und dessen Zuständigkeiten neu geregelt werden. Vereinbarungen und Beschlüsse zu den §§ 37 Abs. 5, 113, 113a, 115 Abs. 1a SGB XI sollen grundsätzlich im neu einzurichtenden Qualitätsausschuss getroffen werden; in bestimmten Fällen soll der Ausschuss erweitert werden.

Der MDS soll an den Sitzungen und an den Beschlussfassungen im Qualitätsausschuss (auch in seiner erweiterten Form nach § 113b Abs. 3 SGB XI –neu-) beratend mitwirken.

Bewertung:

Grundsätzlich wird eine Straffung der Entscheidungsstrukturen durch einen Qualitätsausschuss begrüßt. Während die Zuständigkeiten für die §§ 37 Abs. 5, 113 sowie 113a SGB XI bei den bisherigen Vertragsparteien nach § 113 SGB XI gesehen wird, ist die Zuständigkeit für die Festlegung von Inhalten und Verfahren der Qualitätsprüfungen durch den MDK bzw. den PKV Prüfdienst jedoch anders zu regeln.

Als ständiges beratendes Mitglied im Qualitätsausschuss und im erweiterten Qualitätsausschuss wird der MDS seine fachliche und wissenschaftliche Kompetenz in die Beratungen einbringen.

Zu Artikel 1 Nr. 34 (§ 113b Abs. 3 SGB XI –neu-):

§ 113b Abs. 3 SGB XI –neu- soll regeln, wie, um welche Mitglieder, und in welchen Fällen ein erweiterter Qualitätsausschuss eingesetzt werden kann. Der unparteiische Vorsitzende des erweiterten Qualitätsausschuss soll durch das BMG ernannt werden.

Bewertung:

Es ist sinnvoll, in Konfliktfällen den erweiterten Qualitätsausschuss einzusetzen. Die Benennung des unparteiischen Vorsitzenden des erweiterten Qualitätsausschusses durch das BMG stellt einen Eingriff in das Prinzip der Selbstverwaltung durch die Exekutive dar. Dies wird abgelehnt.

Dem Qualitätsausschuss sollte die Benennung des unparteiischen Vorsitzenden sowie der beiden weiteren unparteiischen Mitglieder vorbehalten sein. Sofern sich die Vereinbarungspartner auf keinen Vorsitzenden einigen können, sollten in Analogie zur Regelung in § 87 Abs. 4 SGB V zum erweiterten Bewertungsausschuss der Ärzte und Krankenkassen die Beteiligten eine gemeinsame Liste aufstellen, die mindestens die Namen für zwei Vorsitzende enthalten muss. Kommt es nicht zu einer Einigung über den Vorsitzenden aus der gemeinsamen Liste, entscheidet das Los, wer das Amt des Vorsitzenden auszuüben hat. Die Amtsdauer sollte in diesem Fall ein Jahr betragen.

Zu Artikel 1 Nr. 34 (§ 113b Abs. 4 SGB XI –neu-):

Die Vertragsparteien sollen verpflichtet werden, schrittweise Instrumente für die Prüfung der Qualität stationärer Pflegeeinrichtungen und ambulanter Pflegedienste und für die jeweilige Qualitätsberichterstattung durch die Wissenschaft entwickeln zu lassen. Darüber hinaus soll ein Modul zur Befragung Pflegebedürftiger hinsichtlich der Bewertung ihrer Lebensqualität sowie ein Konzept zur Qualitätssicherung neuer Wohnformen entwickelt werden.

Bewertung:

Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass die Vertragspartner bereits einen Auftrag zur modellhaften Pilotierung der Ergebnisindikatoren von Wingenfeld et al. in Auftrag gegeben haben, der bis November 2016 abgeschlossen sein wird. Dies wird bei den vorgesehenen Forschungsprojekten nicht hinreichend berücksichtigt.

Im stationären Bereich sollen neben Daten aus einem indikatorengestützten Verfahren auch Aspekte der Struktur- und Prozessqualität für die Verbraucherinformation zugrunde gelegt werden. Dies halten wir für zielführend und notwendig, weil derzeit auf Grundlage von Indikatoren bei weitem nicht alle relevanten pflegerischen Leistungsbereiche für die Qualitätsprüfungen und die Qualitätsdarstellung abgedeckt werden können. Gerade für Qualitätsprüfungen halten wir es für erforderlich, die den Pflegeergebnissen zugrunde liegenden Strukturen und Prozesse zu erfassen, um Aussagen über die Versorgungs- und Betreuungsqualität treffen zu können und vor allem um die Landesverbände der Pflegekassen in die Lage zu versetzen, fachlich begründete Maßnahmenbescheide nach § 115 Abs. 2 SGB XI erteilen zu können.

Durch die Vorschrift wird deutlich, dass die Vertragsparteien nicht nur die Zuständigkeit für Regelungen zur Transparenz, sondern zusätzlich über den neuen § 113b Abs. 4 SGB XI in Verbindung mit § 113 Abs. 1a SGB XI – neu erheblichen Einfluss auf Inhalte und Abläufe der Qualitätsprüfungen durch MDK bzw. PKV-Prüfdienst erhalten sollen. Damit werden den Leistungserbringerverbänden über die Transparenz hinaus erhebliche Einflussmöglichkeiten auf Inhalte und Abläufe der externen Qualitätsprüfungen eingeräumt. Hiermit wird ein Fehler wiederholt, der bei der Transparenz zu den bekannten kritischen Ergebnissen geführt hat.

Zudem weisen wir darauf hin, dass aufgrund der Formulierungen in § 113 Abs. 1a - neu, 113b Abs. 4 SGB XI – neu- sowie § 114a Abs. 7 SGB XI – neu- erhebliche Unklarheiten über die jeweilige Reichweite und die Zusammenhänge entstehen, die durch die Gesetzesbegründung zu den entsprechenden Passagen noch verstärkt werden. Wir fordern insgesamt eine klare Trennung der Regelungszuständigkeiten wie folgt:

- § 113 SGB XI Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität – Vertragspartner nach § 113 SGB XI unter Wahrung der vorgesehenen Beteiligungsrechte
- § 113a SGB XI Expertenstandards - Vertragspartner nach § 113 SGB XI unter Wahrung der vorgesehenen Beteiligungsrechte
- § 114a Abs. 7 SGB XI Qualitätsprüfungsrichtlinien – GKV-Spitzenverband unter Beteiligung von MDS und PKV-Prüfdienst, Beteiligungsrechte der Leistungserbringer und der Organisationen nach § 118 SGB XI
- § 115 Abs. 1a SGB XI– Vertragspartner nach § 113 SGB XI unter Wahrung der vorgesehenen Beteiligungsrechte

Die vorgesehene wissenschaftliche Erarbeitung von Prüfkonzepten und Grundlagen für die Qualitätsberichterstattung wird grundsätzlich begrüßt. Allerdings ist auch hier eine klare Trennung der Zuständigkeiten vorzunehmen. Die Beauftragung zur wissenschaftlichen Erarbeitung von Prüfkonzepten für die Qualitätsprüfungen des MDK bzw. PKV-Prüfdienstes sollte in der alleinigen Zuständigkeit des GKV-Spitzenverbandes liegen und darf nicht den Vertragspartnern nach § 113 SGB XI übertragen werden. In die Entwicklung eines neuen Prüfverfahrens sollte die fachliche Expertise aus der Prüfpraxis der Medizinischen Dienste einfließen.

Die Entwicklung eines Konzeptes zur Qualitätssicherung neuer Wohnformen wird als ein Schritt in die richtige Richtung begrüßt. Er ist aber nicht ausreichend.

Bereits der Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages hat in der Begründung zur Einführung des § 38a SGB XI darauf hingewiesen, dass zu prüfen sei, wie die pflegfachliche Entwicklung unterstützt und ob in die gesetzlichen Regelungen zur Qualitätssicherung in der Pflege entsprechende Regelungen eingefügt werden müssen. Derzeit fallen Wohngruppen nach § 38a SGB XI nahezu vollständig durch das Raster externer Qualitätssicherungsmaßnahmen. Der MDS hält eine angemessene (im Vergleich zur stationären Pflege niedrigschwelligere) schrittweise Einführung gesetzlicher Regelungen für Wohngruppen nach § 38a SGB XI daher für geboten.

Zu Artikel 1 Nr. 36 Buchst a) (§ 114 Abs. 2 SGB XI):

Mit der Änderung von § 114 Abs. 2 Satz 6 SGB XI soll die Abrechnungsprüfung zum verbindlichen Bestandteil der Qualitätsprüfungen werden. Bisher war die Abrechnungsprüfung optional vorgesehen.

Bewertung:

Die Änderung der Vorschrift wird begrüßt. Abrechnungsprüfungen sind allerdings hauptsächlich in der ambulanten Pflege nach dem SGB XI praktikabel, bei der in der Regel Leistungskomplexe erbracht und abgerechnet werden bzw. in der ambulanten Pflege nach dem SGB V, bei der auf Verordnung eines Vertragsarztes in der Regel einzelne Leistungen der Behandlungspflege erbracht und abgerechnet werden. In der stationären Pflege sind Abrechnungsprüfungen enge Grenzen gesetzt.

Der Gesetzesbegründung ist zu entnehmen, dass das Nähere zu den Abrechnungsprüfungen in den Richtlinien nach § 114a Abs. 7 SGB XI des GKV-Spitzenverbandes zu regeln ist. Alleine dieses Beispiel unterstreicht, dass dem GKV-Spitzenverband unter Beteiligung des MDS und des PKV-Prüfdienstes die Zuständigkeit für die Ausgestaltung der Prüfrichtlinien erhalten bleiben muss und es nicht ausreicht, lediglich die Beschreibung des Prüfverfahren und der Prüfanleitung in der Regelungskompetenz des GKV-Spitzenverbandes zu belassen.

Zusätzlich ist aufgrund der vorgesehenen Neustrukturierung des Verhältnisses der internen Qualitätssicherung und der externen Qualitätsprüfungen eine Folgeänderung in § 114 Abs. 2 SGB XI – neu - erforderlich. Die Sätze 3 und 4 in § 114 Abs. 2 SGB XI sollten wie folgt gefasst werden:

„Die Regelprüfung erfasst Aspekte des Pflege- und Betreuungszustandes und die Wirksamkeit der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen (Ergebnisqualität). Sie erfasst ferner wesentliche Aspekte des Ablaufs, der Durchführung und der Evaluation der Leistungserbringung (Prozessqualität) sowie die unmittelbaren Rahmenbedingungen der Leistungserbringung (Strukturqualität).“

Ein weiterer Änderungsvorschlag betrifft die Personenstichprobe in der ambulanten Pflege. Dem 4. Pflege-Qualitätsbericht des MDS (2014) ist zu entnehmen, dass von den durch die ambulanten Pflegedienste betreuten Personen 15,8 % ausschließlich Leistungen nach dem SGB XI und ein Anteil von 29,3 % der betreuten Personen Leistungen nach dem SGB XI und nach § 37 SGB V erhielten. Das sind die Personengruppen, die in die Qualitätsprüfungen einbezogen werden. Zusätzlich erhielt ein Anteil von 35,5 % der betreuten Personen ausschließlich Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V. Diese Personen werden bisher nicht in die Prüfungen einbezogen. In § 114 Abs. 2 SGB XI sollte daher klargestellt

werden, dass auch Personen in die Prüfungen einbezogen werden können, die ausschließlich Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V erhalten. Dies ist sowohl im Hinblick auf die zukünftig obligate Abrechnungsprüfung als auch im Hinblick auf die Bewertung der Qualität der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V sinnvoll.

Für Pflegedienste, die Wohngruppen nach § 38a SGB XI betreuen, wird zudem vorgeschlagen, in § 114 Abs. 2 SGB XI verbindlich festzulegen, dass bei Qualitätsprüfungen in die Personenstichprobe bei diesen Pflegediensten mindestens eine Person aus der Wohngruppe einzubeziehen ist. Die ambulanten Pflegedienste sollten verpflichtet werden, den MDK bzw. den PKV-Prüfdienst bei Qualitätsprüfungen darüber zu informieren, in welchen Wohngruppen welche Pflegebedürftige betreut werden.

Zu Artikel 1 Nr. 37 (§ 114a Abs. 7 SGB XI –neu -):

§ 114a Abs. 7 SGB XI – neu - soll regeln, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen unter Berücksichtigung der Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des Prüfdienstes des Verbandes der Privaten Krankenversicherung zur verfahrensrechtlichen Konkretisierung Richtlinien über die Durchführung der Prüfung der Qualität nach § 114 SGB XI sowohl für den ambulanten als auch den stationären Bereich. Die Richtlinien für die stationäre Pflege sind bis zum 31. Oktober 2017 und die Richtlinien für die ambulante Pflege bis zum 31. Oktober 2018 zu beschließen. Sie sollen jeweils zeitgleich mit den entsprechenden Qualitätsdarstellungsvereinbarungen nach § 115 Abs. 1a SGB XI in Kraft treten.

Bewertung:

Mit dieser Änderung würde den Leistungserbringerverbänden ein Eingriff in die Prüfkompetenz der MDK / des PKV-Prüfdienstes eingeräumt (vgl. auch Anmerkungen zu Artikel 1 Nr. 32 Buchst. b und Artikel 1 Nr. 36).

Es wird eine erhebliche Abhängigkeit zu den von den Vertragsparteien nach § 113 SGB XI vorgegebenen Regelungen der Grundsätze und Maßstäbe hergestellt. Waren bisher sinnvoller Weise Maßstäbe und Grundsätze bei der Gestaltung der Richtlinien nach § 114a Abs. 7 SGB XI zu berücksichtigen, sollen nun weitgehende inhaltliche Vorgaben der Vertragspartner berücksichtigt werden. Hier wiederholt der Gesetzgeber einen Fehler, der bereits bei den Transparenzvereinbarungen nach § 115 Abs. 1a SGB XI begangen worden ist und zu weitgehend ungeeigneten Lösungen für die Transparenz geführt hat. Es wird dringend davon abgeraten, diesen Fehler bei der inhaltlichen Ausgestaltung der Qualitätsprüfungen durch MDK und PKV-Prüfdienst zu wiederholen.

Zudem konnte am Beispiel der Abrechnungsprüfung (Artikel 1 Nr. 36 Buchst. a): § 114 SGB XI) gezeigt werden, dass ein deutlich größerer inhaltlicher Gestaltungsspielraum erhalten bleiben muss, als dies in den – bisherigen - Regelungen zum PSG II vorgesehen ist.

Darüber hinaus wird angeregt, die bestehende Regelung zur Ankündigung von Qualitätsprüfungen bei ambulanten Pflegediensten zu modifizieren. Es ist nicht sachgerecht, dass Anlassprüfungen in ambulanten Pflegediensten am Tag zuvor anzukündigen sind. Wir schlagen daher vor, § 114a Abs. 1 Satz 3 SGB XI wie folgt zu fassen:

„Regelprüfungen und Wiederholungsprüfungen in ambulanten Pflegediensten sind am Tag zuvor anzukündigen, Anlassprüfungen in ambulanten Pflegediensten erfolgen unangekündigt.“

Zu Artikel 1 Nr. 38 (§ 115 Abs. 1a SGB XI):

Die Regelung befasst sich mit der Weiterentwicklung der Transparenzvereinbarungen (neu: Qualitätsdarstellungsvereinbarungen). Die Landesverbände der Pflegekassen haben weiterhin die Veröffentlichung der Qualität der Pflegeeinrichtungen sicherzustellen. Die Veröffentlichungen sollen auf der Grundlage der Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 SGB XI und der Richtlinien zur Durchführung der Qualitätsprüfungen nach § 114a Abs. 7 SGB XI vereinbart werden. Dabei ist zu vereinbaren, welche Ergebnisse wie und unter Anwendung welcher Bewertungssystematik bei der Darstellung der Qualität für die ambulante und stationäre Pflege zu Grunde zu legen sind.

Bewertung:

Die Vorschriften zur Weiterentwicklung der Transparenzvereinbarungen (neu: Qualitätsdarstellungsvereinbarungen) sind grundsätzlich zielführend. Der Gesetzesbegründung ist zu entnehmen, dass die Qualitätsdarstellung sowohl auf den in den Einrichtungen erhobenen Qualitätsindikatoren als auch auf den Ergebnissen der externen Qualitätsprüfungen fußen soll. Dies geht aus der vorgeschlagenen Formulierung des § 115 Abs. 1a SGB XI jedoch nicht klar hervor. Der MDS spricht sich daher für eine Klarstellung aus, damit die in der Gesetzesbegründung beschriebene Ausrichtung der Qualitätsdarstellungsvereinbarung deutlicher nachvollzogen werden kann.

Nach Vorlage der mit wissenschaftlicher Unterstützung entwickelten Prüfinstrumente und Qualitätsdarstellungskonzepte sollte geprüft werden, inwieweit zukünftig bei Anlassprüfungen die Ergebnisse aller in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen für die Veröffentlichung herangezogen werden können.

Zu Artikel 2 Nr. 7 (§ 14 Abs. 1 SGB XI):

Die Neufassung der Definition von Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI fokussiert Menschen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Im Gesetz werden abschließend festgelegte Aktivitäten zugeordnet und aus den Beeinträchtigungen dieser Aktivitäten muss sich ein personeller Unterstützungsbedarf ergeben.

Bewertung:

Die Medizinischen Dienste begrüßen, dass mit dem vorliegenden Gesetzentwurf Pflegebedürftigkeit neu definiert und über das NBA neu bemessen wird. Damit wird einer in der Fachwelt schon seit Beginn der Pflegeversicherung geäußerte Kritik Rechnung getragen. Zukünftig geht es nicht mehr um den verrichtungsbezogenen Hilfebedarf, gemessen in Minuten, sondern darum, wie selbständig ein Mensch bei der Bewältigung seines Alltags ist. Die Medizinischen Dienste haben sich in dem nun über zehn Jahre andauernden Entwicklungsprozess hin zu einer umfassenden Definition von Pflegebedürftigkeit mit hohem Engagement beteiligt. 2008 hat der MDS gemeinsam mit der Universität Bremen und in Kooperation mit den Medizinischen Diensten die Eignung des neuen Begutachtungsverfahrens bestätigt. Mit der Praktikabilitätsstudie, die 2014 in Zusammenarbeit mit der Hochschule für Gesundheit Bochum und Kooperation mit allen MDK und medicproof durchgeführt worden ist, konnten zu den offen gebliebenen Fragen des letzten Expertenbeirats Lösungen vorgeschlagen werden, die sich nun im Gesetzentwurf weitestgehend wiederfinden.

Die Praktikabilitätsstudie hat gezeigt, dass die Gutachter der MDK motiviert sind, diesen Paradigmenwechsel erfolgreich in die Praxis umzusetzen, damit dieser den Menschen, die auf personelle Unterstützung zur Bewältigung des Alltags angewiesen sind, zu Gute kommt.

Der Wechsel in der Betrachtung von Pflegebedürftigkeit bedeutet, dass nicht mehr wie in der bisher geltenden Sichtweise des SGB XI die sog. Verrichtungen des täglichen Lebens das Maß der Pflegebedürftigkeit sind (diesen liegen in der Regel Schädigungen und Aktivitätsstörungen auf körperlicher Ebene zugrunde), sondern sowohl die körperlichen als auch die psychischen und kognitiven Schädigungen und Beeinträchtigungen Maß dafür sind, ob jemand die daraus resultierenden Belastungen oder Anforderungen noch selbständig bewältigen oder kompensieren kann oder nicht. Ein Teil dieses Personenkreises, der auf Grund kognitiver und psychischer Schädigungen und Beeinträchtigungen bisher bereits der Hilfe und Unterstützung bedurfte, wurde seit 2002 in einem gesonderten Verfahren (Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz) nach § 45a SGB XI begutachtet. Die künftige Anwendung dieser Regelung wird durch den Neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff überflüssig; ihr Wegfall ab dem 1. Januar 2017 ist daher sachgerecht.

Die Verknüpfung der neuen Pflegebedürftigkeitsdefinition mit dem Aspekt der Dauerhaftigkeit (6 Monate) betont, dass es bei den Leistungen der Pflegeversicherung um Leistungen der Langzeitpflege und nicht der Akutpflege geht. Eine gutachterliche Prognose der voraussichtlichen Dauer der Pflegebedürftigkeit war seit Einführung der Pflegeversicherung gegeben. Die Ausnahmeregelung für pflegebedürftige Personen mit nur noch eingeschränkter Lebensdauer ist sachgerecht.

Ferner regen wir an, zur besseren Verständlichkeit § 14 Abs. 1 Satz 2 SGB XI wie folgt zu formulieren:

„Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen nicht kompensieren oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht bewältigen können.“

Zu Artikel 2 Nr. 7 (§ 14 Abs. 2 SGB XI):

Das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit ist geknüpft an Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten eines Menschen in den sechs Modulen: Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.

Bewertung:

Die neue umfassende Betrachtung von Pflegebedürftigkeit, die sich vor allem durch Integration der Bereiche *kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte* zeigt, stellt für die professionelle Langzeitpflege eine geeignete Grundlage für das pflegerische Assessment und die Pflegeprozessplanung dar. Damit ist zudem auch Anschlussfähigkeit an bereits initiierte Prozesse und Maßnahmen, wie z.B. dem Projekt Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Pflege geschaffen worden. Damit sind die gesetzgeberischen Voraussetzungen geschaffen, damit sich die professionelle Langzeitpflege weiterentwickeln kann, hin zu einer personenzentriert ausgerichteten Unterstützungskultur.

Zu Artikel 2 Nr. 7 (§ 14 Abs. 3 SGB XI):

Mögliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten im Bereich der Haushaltsführung sollen durch die in Absatz 2 genannten Bereiche erfasst werden.

Bewertung:

Das Begutachtungsinstrument ist so angelegt, dass für die Definition von Pflegebedürftigkeit die bisher gesonderte Erfassung des zeitlichen Hilfebedarfs im Bereich der Haushaltsführung entfällt. Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, insbesondere in den Bereichen Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen und Selbstversorgung, haben auch Auswirkungen auf die Haushaltsführung.

Zu Artikel 2 Nr. 7 (§ 15 SGB XI):

Pflegebedürftigen wird je nach Beeinträchtigung ihrer Selbständigkeit oder Fähigkeiten ein Pflegegrad zugemessen, der mittels eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt wird. Dieses Begutachtungsinstrument gliedert sich in 6 Module, nach den in § 14 Abs. 2 SGB XI neu genannten Bereichen. Jedes Modul bildet den Schweregrad der Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder Fähigkeiten in fünf Punktbereichen ab. Jedem Punktbereich wird mittels einer modulspezifischen Gewichtung ein gewichteter Punktwert zugeordnet. Die gewichteten Punktwerte bilden für jedes Modul eine Teilsumme. Diese Teilsummen werden über die Module hinweg zu einem Gesamtpunktwert addiert, der auf einer Skala von 0 bis 100 Punkten liegt. Die detaillierten Berechnungsschritte sind in den Anlagen 1 und 2 zu § 15 SGB XI –neu- geregelt.

Der Gesamtpunktwert wie folgt den Pflegegraden zugeordnet werden:

1. Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigung der Selbständigkeit (12,5 bis unter 27 Punkte)
2. Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigung der Selbständigkeit (27 bis unter 47,5 Punkte)
3. Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigung der Selbständigkeit (47,5 bis unter 70 Punkte)
4. Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit (70 bis unter 90 Punkte)
5. Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung (90 bis 100 Punkte).

Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können unabhängig vom Erreichen des Schwellenwerts von 90 Punkten aus pflegefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden.

Pflegebedürftige Kinder bis zu 18 Monaten werden bei gleichen Punktwerten regelhaft in einen höheren Pflegegrad eingestuft.

Geregelt wird außerdem, dass besondere Bedarfskonstellationen, die besondere Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, in besonderer Weise zu berücksichtigen sind, auch wenn der Schwellenwert von 90 Punkten nicht erreicht wird. Der GKV-Spitzenverband wird in Absatz 3 ermächtigt, im Rahmen seiner Richtlinienkompetenz nach § 17 Abs.1 SGB XI in den Begutachtungs-Richtlinien sog. besondere Bedarfskonstellationen zu konkretisieren. Bei Vorliegen dieser besonderen Bedarfskonstellationen können die betroffenen Pflegebedürftigen auch unabhängig vom Erreichen des Schwellenwertes von 90 Punkten in den Pflegegrad 5 eingestuft werden.

Bewertung:

Die Medizinischen Dienste halten eine Abbildung von Pflegebedürftigen in fünf Pflegegraden für sachgerecht. Aus der Festlegung von fünf Pflegegraden erwächst die Notwendigkeit, diese voneinander abzugrenzen. Während der Beratungen im Beirat, vor, während und nach der Praktikabilitätsstudie von 2014, wurden unter maßgeblicher Beteiligung des MDS zahlreiche Berechnungen und Fachdiskussionen zur Frage der nachvollziehbaren Ausgestaltung der Bewertungssystematik des Begutachtungsverfahrens durchgeführt. Das BMG hat mit den festgelegten Schwellenwerten einen pragmatischen Weg eingeschlagen, der sich einerseits an den vom Expertenbeirat vorgeschlagenen Schwellenwerten orientiert, andererseits von der Zielsetzung geleitet wird, Pflegebedürftigen den Zugang in die ersten drei Pflegegrade zu erleichtern, um den personellen Unterstützungsbedarf unterschiedlicher Personengruppen angemessen abzubilden.

Die vorgesehene Regelung zum Umgang mit besonderen Bedarfskonstellationen ist sachgerecht. In der Praktikabilitätsstudie des MDS konnte gezeigt werden, dass eine vollständige Gebrauchsunfähigkeit der Arme und Beine als eine besondere Bedarfskonstellation einzustufen ist. In der Praktikabilitätsstudie konnten keine weiteren besonderen Bedarfskonstellationen identifiziert werden, die eine besondere Einstufungsregelung rechtfertigen würden. Gleichwohl ist es aus unserer Sicht sachgerecht, im Rahmen der begleitenden Evaluation nach § 18 c SGB XI diesem Aspekt besondere Aufmerksamkeit zu widmen.

Die im Gesetzentwurf getroffene Regelung zur Einstufung von Kindern im Alter bis zu 18 Monaten wird befürwortet. Ursprünglich hatte der Expertenbeirat empfohlen, bei Kindern bis zum 18. Lebensmonat auf eine Differenzierung nach Pflegegraden zu verzichten und einen einheitlichen Pflegegrad vorzusehen. Der Zugang zu diesem Pflegegrad sollte einen mit dem NBA ermittelten Bedarf in den altersunabhängigen Modulen 3 und 5 und bei der in Modul 4 verankerten Fragestellung: „Bestehen gravierende Probleme bei der Nahrungsaufnahme, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf im Bereich der Ernährung auslösen?“ voraussetzen. In der Praktikabilitätsstudie des MDS hatte sich jedoch gezeigt, dass es auch Fallkonstellationen gab, bei denen laut gutachterlicher Einschätzung ein personeller Unterstützungsbedarf sowohl unterhalb als auch oberhalb 30 Punkten vorlag. Der Unterstützungsbedarf in dieser Gruppe variiert. Es ist daher sachgerecht, dies in unterschiedlichen Pflegegraden abzubilden und gleichzeitig zu berücksichtigen, dass wegen des natürlichen Entwicklungsprozesses Kinder dieser Altersstufe nicht die Voraussetzungen für das Erreichen der hohen Pflegegrade 4 und 5 erfüllen können. Insofern stellt die im Gesetzentwurf getroffene Regelung eine sachgerechte Weiterentwicklung der Empfehlung des Expertenbeirats dar, die auf den differenzierten Ergebnissen der Praktikabilitätsstudie aufsetzt.

Außerdem werden so auch häufige Höherstufungs- und Wiederholungsgutachten vermieden, die die betroffenen Kinder und deren Eltern unnötig belasten.

Die Einfügung der detaillierten Bewertungssystematik als Anlagen zum Gesetz erachten wir zur rechtssicheren Beschreibung des NBA im Gesetz als sinnvoll. Positiv beurteilen wir, dass bei der Festlegung der in Anlage 2 beschriebenen Einstiegsschwellen für die Module 1, 4 und 6 die Empfehlungen der Praktikabilitätsstudie Eingang in den Gesetzentwurf gefunden haben. Die Praktikabilitätsstudie hat gezeigt, dass durch eine Absenkung die Einstiegsschwellen in den genannten Modulen der personelle Unterstützungsbedarf der rein somatisch beeinträchtigten Pflegebedürftigen differenzierter abgebildet werden kann.

Wir weisen in dem Zusammenhang darauf hin, dass die weitere Änderung der Modulwerte von den bisherigen Empfehlungen des Expertenbeirats abweicht. Dies wird zu einem deutlichen Zuwachs des Personenkreises mit anerkanntem Pflegegrad und einer Verschiebung von den Pflegegraden 1 und 2 zum Pflegegrad 3 und 4 führen.

Zu Artikel 2 Nr. 7 (§ 16 SGB XI):

Das BMG soll ermächtigt werden, im Einvernehmen mit dem BMFSJ und dem BMA durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften zur pflegfachlichen Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstruments nach § 15 SGB XI sowie zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 18 SGB XI zu erlassen. Hierbei soll sich das BMG von unabhängigen Sachverständigen beraten lassen können.

Bewertung:

Das Begutachtungsinstrument soll erstmalig gesetzlich in § 15 SGB XI und den dazugehörigen Anlagen 1 und 2 kodifiziert werden. Ebenso soll das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch einen geänderten § 18 SGB XI dem neuen Recht angepasst werden. Das Begutachtungsinstrument versteht sich als lernendes System, das an die sich stetig ändernden aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse angepasst werden sollte (vgl. auch Anmerkungen zu Artikel 1 Nr. 15). Der Erlass einer Rechtsverordnung liefert ein flexibles Instrumentarium, diesen Erfordernissen zeitnah und mit einem vertretbaren Aufwand entsprechen zu können. Vor diesem Hintergrund wird die vorgeschlagene Regelung begrüßt.

Zu Artikel 2 Nr. 10 (§ 18 SGB XI):

Den Gutachten der Medizinischen Dienste zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit soll künftig eine noch höhere Bedeutung im Rahmen von Beratung und individueller Versorgungsplanung zu kommen. Deshalb soll das Gutachten auch regelhaft an den Versicherten übermittelt werden, sofern dieser nicht ausdrücklich widerspricht. Hierbei soll das Ergebnis des Gutachtens transparent dargestellt und dem Versicherten verständlich erläutert werden. Die Anforderungen an eine transparente Darstellungsweise und verständliche Erläuterung soll in den Begutachtungs-Richtlinien konkretisiert werden (§ 18 Abs. 3 Sätze 8 bis 11 SGB XI –neu -).

Bewertung:

Eine regelhafte Übermittlung des Gutachtens mit dem Bescheid der Pflegekasse ist sachgerecht; es entfallen dadurch Nachfragen seitens der Versicherten und deren Angehörigen, weil sich Antworten auf die Nachfragen vielfach aus dem Gutachten beantworten. Die Praktikabilitätsstudie hat aufgezeigt, dass die Versicherten hinsichtlich des Gutachtens Verständlichkeit, Transparenz und Nachvollziehbarkeit erwarten. Vergleichbare Anforderungen werden auch in der Versichertenbefragung zur Pflegebegutachtung 2014 von den Versicherten geäußert. Für viele Versicherte wäre eine regelhafte Zusendung des Pflegegutachtens gleichbedeutend mit dem Abbau einer weiteren bürokratischen Hürde.

Die transparente Darstellungsweise des Gutachtens sowie dessen verständliche Erläuterung gegenüber dem Versicherten als Inhalt der Richtlinie nach § 17 SGB XI zu formulieren, wird als sinnvoll erachtet. Ein transparentes und laienverständliches Gutachten erhöht die Akzeptanz des Begutachtungsergebnisses und stellt einen Beitrag zur Versichertenfreundlichkeit und Rechtssicherheit dar.

Anregung zu § 18 Abs. 7 SGB XI:

Es wird empfohlen, dass der Gesetzgeber nach mehr als 20 Jahren seit Einführung der Pflegeversicherung die gesetzlichen Formulierungen den gewachsenen und bewährten Strukturen entsprechend anpasst: Die Aufgaben der Medizinischen Dienste werden durch Ärzte und Pflegefachkräfte wahrgenommen. Bei Bedarf sind andere Fachkräfte zu beteiligen.

Zu Artikel 2 Nr. 14 (§ 28a SGB XI –neu-):

Für Menschen mit dem Pflegegrad 1, deren Beeinträchtigungen gering sind und vorrangig im somatischen Bereich liegen, kodifiziert der neue § 28a SGB XI die Leistungen der Pflegeversicherung.

Bewertung:

Die Leistungen für Pflegebedürftige mit dem Pflegegrad 1 entsprechen den Empfehlungen des Beirats von 2009 sowie denen des Expertenbeirates von 2013. Die hier aufgeführten Leistungen dienen der Vermeidung und Verzögerung von Pflegebedürftigkeit und verdeutlichen insbesondere den veränderten ressourcen-orientierten Ansatz der Pflegereform. Das Ziel, den Menschen einen möglichst langen Verbleib in ihrer häuslichen Umgebung zu ermöglichen, soll hierdurch nachhaltig unterstützt werden.

Zu Artikel 2 Nr. 18 Buchst. c) (§ 37 Abs. 5 SGB XI):

Der geänderte Absatz 5 in § 37 SGB XI sieht vor, dass die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI bis zum 1. Januar 2018 gemäß § 113b SGB XI neue Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche zu beschließen haben.

Bewertung:

Rund zwei Drittel (1.246.000) der zu Hause lebenden Pflegebedürftigen erhalten laut Pflegestatistik 2013 des Statistischen Bundesamtes Pflegegeld und stellen die Versorgung ausschließlich selbst sicher. Sie erhalten informelle Unterstützung von Angehörigen, Freunden oder Nachbarn. Den Beratungsbesuchen kommt eine hohe Bedeutung für die Aufrechterhaltung einer stabilen Versorgungssituation zu. Die Pflegeberatung kann einen längeren Verbleib des Pflegebedürftigen in der eigenen Häuslichkeit unterstützen. Auch bisher schon waren die Vertragspartner verpflichtet, Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche zu vereinbaren, jedoch sind diese Empfehlungen bisher nicht zustande gekommen. Durch die neue Regelung wird sichergestellt, dass die Empfehlungen bis zum 1. Januar 2018 im Qualitätsausschuss bzw. im erweiterten Qualitätsausschuss beschlossen werden. Dies wird begrüßt.

Aufgrund der hohen Bedeutung der Beratungseinsätze für die Qualität der häuslichen Laienpflege wird zudem empfohlen, die Qualitätsanforderungen an die Beratungsbesuche nicht als Empfehlungen, sondern als verbindliche Anforderung an die Pflegedienste festzulegen und die Einhaltung dieser Anforderungen auch im Rahmen der Qualitätsprüfungen nach § 114 ff SGB XI als Prüfgegenstand zu definieren.

Vielfach ist die Qualität der Versorgung bei den Pflegebedürftigen im häuslichen Setting, die Pflegegeld beziehen und die Pflege selbst organisieren, jedoch unbekannt, da die Ergebnisse der Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI nur mit Zustimmung des Versicherten an die Pflegekasse weitergeleitet werden dürfen. Es wird daher angeregt, die Weiterleitung der Beratungsergebnisse nicht von der Zustimmung des Versicherten abhängig zu machen, sondern regelhaft an die Pflegekasse zu übermitteln; im Falle eines Begutachtungsauftrages zur Feststellung des Pflegegrades an den MDK sollten die Beratungsergebnisse zudem dem Gutachtenauftrag beigefügt werden. Die Beseitigung der in dem Zusammenhang ggf. bestehenden datenschutzrechtlichen Hemmnisse sollte Gegenstand einer weiteren Prüfung sein.

Zu Artikel 2 Nr. 27 (§ 44 SGB XI):

Zur Verbesserung der sozialen Sicherung der Pflegepersonen im Sinne des § 19 SGB XI, die einen Pflegebedürftigen ab Pflegegrad 2 pflegen, wird eine Neuregelung getroffen. Von der Pflegeversicherung sind für diese Pflegeperson Beiträge an den Träger der gesetzlichen Rentenversicherung zu entrichten, wenn

- der MDK im Einzelfall ermittelt, dass die Pflegeperson eine oder mehrere pflegebedürftige Personen regelmäßig an 10 Stunden, verteilt auf mindestens zwei Tagen in der Woche pflegt
- und in den Fällen der Mehrfachpflege die Pfllegetätigkeit im Verhältnis zum Gesamtpflegeaufwand mindestens 30 Prozent umfasst.

Bewertung:

Die Neuausrichtung der sozialen Sicherheit für Pflegepersonen kann nachvollzogen werden. Insbesondere ist nachzuvollziehen, dass eine „maßvolle Mindestanforderung“ an den Aufwand der Pflegeperson vorgesehen ist. Den vorgeschlagenen Mindestzeitaufwand von 10 Stunden, der an mindestens zwei Tagen erbracht wird, halten wir für sachgerecht.

Um zu vermeiden, dass eine kleinteilige Erhebung und Befragung der Versicherten notwendig wird, sollte klargestellt werden, dass eine Prüfung dieses Mindestzeitaufwandes stattfinden soll. Dabei ist zu berücksichtigen, dass schon im Pflegegrad 2 regelhaft ein Pflegeaufwand von mehr als 10 Stunden vorliegt. Ab dem Pflegegrad 3 liegt regelmäßig ein Pflegeaufwand von mehr als 20 Stunden vor. Bei der Ausgestaltung der Pflegebegutachtung und der Ermittlung ist zu vermeiden, dass zukünftig allein für diesen Zweck eine umfangreiche Erhebung von Pflegezeiten stattfindet, die ansonsten bei der Definition der Pflegegrade keine Rolle mehr spielt.

Die vorgeschlagene 30 - Prozent - Mindestgrenze bei Pflege durch mehrere Pflegepersonen halten wir nicht für erforderlich. Da für jede einzelne beteiligte Pflegeperson ermittelt wird, ob sie den Mindestzeitaufwand von 10 Stunden, verteilt auf mindestens 2 Tagen erfüllt, ist eine ausreichende Regelung getroffen, dass geringfügige Pflegeunterstützung nicht zu Leistungen nach § 44 SGB XI führt.

Zu Artikel 2 Nr. 50 (§ 140 Abs. 1 SGB XI – neu -):

Mit der Übergangsregelung des § 140 Abs. 1 SGB XI – neu - soll sich die Feststellung der Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI nach dem zum Zeitpunkt der Antragstellung geltenden Recht richten. Dieser Grundsatz soll für das gesamte Verfahren gelten. Anträge, die bis zum 31. Dezember 2016 gestellt werden, müssen auf der Basis des bis zu diesem Zeitpunkt geltenden Rechts entschieden werden.

Für Anträge ab dem 1. Januar 2017 gelten dann die in Artikel 2 vorgesehenen Änderungen.

Bewertung:

Die Einführung einer Stichtagsregelung bei Inkrafttreten neuer gesetzlicher Rahmenbedingungen ist nachvollziehbar und sachgerecht. Trotzdem ist darauf hinzuweisen, dass es in der Übergangsphase 2016/2017 durch die Stichtagsregelung zu Doppelbegutachtungen kommen wird. Dies gilt insbesondere für Personen, die bereits Ende 2016 einen Antrag stellen, weil sie einen verbesserten Leistungsanspruch nach dem neuen Recht begehren.

Zu Artikel 2 Nr. 50 (§ 140 Abs. 2 SGB XI – neu -):

Versicherte, für die auf der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Rechtsgrundlage eine Pflegestufe festgestellt worden ist bzw. bei denen eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI festgestellt wurde, werden ohne erneute Begutachtung und ohne erneute Antragstellung mit Wirkung zum 1. Januar 2017 entsprechend der vorgesehenen Zuordnungsregelung einem Pflegegrad zugeordnet. Die Versicherten sind durch die Pflegekassen schriftlich über die neue Zuordnung zu informieren.

Bewertung:

Im Expertenbeirat bestand großes Einvernehmen, dass bei Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs eine Überleitung der bisherigen Leistungsempfänger durch eine standardisierte Überleitungsregel vorzusehen ist. Dies wird durch die vorgesehene Überleitungsregelung erfüllt.

Sie vermeidet insbesondere umfangreiche Antrags- und Begutachtungsverfahren und gewährleistet für die Betroffenen einen Vertrauensschutz.

Die höhere Bewertung der Menschen mit bereits bis zum 31. Dezember 2016 festgestellter eingeschränkter Alltagskompetenz stellt auch für diesen Personenkreis sicher, dass auch sie an der konzeptionellen Neuausrichtung der Pflegeversicherung teilhaben und ohne weitere Begutachtung in höhere Pflegegrade gelangen.

Zu Artikel 2 Nr. 50 (§ 140 Abs. 3 SGB XI – neu -):

Die nach § 140 Abs. 2 SGB XI – neu - vorgenommene Zuordnung zu einem Pflegegrad soll grundsätzlich auch nach dem 1. Januar 2017 bestehen bleiben. Hiervon ausgenommen sind die Konstellationen, in denen eine Begutachtung nach dem 1. Januar 2017 zu einer Anhebung des Pflegegrades führt oder zu der Feststellung, dass keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs mehr vorliegt.

Bewertung:

Die vorgeschlagene Regelung halten wir grundsätzlich für sachgerecht. Wir weisen allerdings darauf hin, dass die Ausführung in der Begründung nicht mit den Ausführungen im Gesetzestext korrespondiert.

In dem Zusammenhang weisen wir ferner darauf hin, dass die Anwendung der Begründung für bestimmte Personengruppen (z.B. pflegebedürftige Kinder), deren Pflegebedürftigkeit sich im Laufe der Zeit durch kurative oder rehabilitative Maßnahmen noch wesentlich ändern kann, unter Umständen zu einem lebenslangen „Besitzstand“ führen wird.

Zu Artikel 2 Nr. 50 (§ 142 SGB XI – neu -):

Durch diese Übergangsregelungen sollen zum einen die Wiederholungsbegutachtungen bis zum 1. Januar 2019 ausgesetzt werden; zum anderen sollen die Bearbeitungs- und Begutachtungsfristen des § 18 Abs. 3 Satz 2 SGB XI für die Dauer von zwölf Monaten bis zum 31. Dezember 2017 ausgesetzt werden. Hiervon ausgenommen werden sollen Anträge mit besonders dringlichem Entscheidungsbedarf. Hierzu soll der GKV-Spitzenverband bundesweit einheitliche Kriterien für das Vorliegen und die Feststellung eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs entwickeln.

Bewertung:

Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs dürfte nach Einschätzung der Medizinischen Dienste zu einem erhöhten Begutachtungsaufkommen führen. Dies dürfte im Zusammenhang damit stehen, dass der leistungsberechtigte Personenkreis erweitert und Leistungsempfänger trotz der vorgesehenen Überleitungsregelung einen höheren Pflegegrad erwarten. Vor diesem Hintergrund halten wir die vorgesehene Aussetzung sowohl der Begutachtungsfristen als auch der Wiederholungsbegutachtungen für sachgerecht.

Ergänzend schlagen wir vor, die Frist nach § 18 Abs. 3 Satz 2 SGB XI bereits ab 1. Juli 2016 auszusetzen, da bereits im 2. Halbjahr 2016 mit einem verstärkten Begutachtungsaufkommen zu rechnen ist.

Die Möglichkeit, in dringlichen Fällen, innerhalb von fünf Wochen zu entscheiden halten wir grundsätzlich für sinnvoll. Allerdings weisen wir darauf hin, dass die in der Gesetzesbegründung aufgeführten Verfahrens- und Antragssituationen nahezu alle Fälle abdecken. Eine so weitreichende Regelung würde die Absicht der Entlastung des MDK konterkarieren. Insofern schließen wir uns dem Änderungsvorschlag des GKV-Spitzenverbandes an.

Außerhalb des Gesetzgebungsverfahrens:

Zu § 114a Abs. 3a SGB XI:

Der Absatz regelt die Form der Einwilligung, die von den Pflegebedürftigen bzw. den hierzu Berechtigten eingeholt werden muss. Nur wenn diese Einwilligung vorliegt, ist es möglich, den Pflegebedürftigen in die Prüfung einzubeziehen. Geregelt ist in § 114a Abs. 3a, dass die Einwilligung in einer Urkunde oder auf andere zur dauerhaften Wiedergabe in Schriftzeichen geeignete Weise abgegeben werden, die Person des Erklärenden benennen und den Abschluss der Erklärung durch Nachbildung der Namensunterschrift oder anders erkennbar machen muss (Textform). Ist der Pflegebedürftige einwilligungsunfähig, ist die Einwilligung eines hierzu Berechtigten einzuholen.

Bewertung:

Es ist selbstverständlich, dass Pflegebedürftige nur mit deren Einwilligung bzw. mit der Einwilligung eines Berechtigten in die Prüfung einbezogen werden. Daran soll weiterhin festgehalten werden. Viele Pflegebedürftige haben jedoch Bedenken, eine Einwilligung zu unterschreiben und insbesondere im Falle einer eingerichteten Betreuung ist es oft unmöglich, der Textform Genüge zu tun, da im Rahmen der Prüfung die Betreuer die Einwilligung nicht rechtzeitig in der geforderten Form vorlegen können. Viele gerade vulnerable Pflegebedürftige können aufgrund der Problematik einzig aufgrund der geforderten Form der Einwilligung nicht in die Prüfung einbezogen werden. Zudem führt die geforderte Form der Einwilligung bei der Rekrutierung der Personenstichprobe der in die Prüfung einzubeziehenden Pflegebedürftigen zu einem enormen bürokratischen und personellen Aufwand für Prüfer und Pflegeeinrichtungen.

Generell haben Formvorschriften bezüglich der Einwilligung den Sinn, dass sie bei bindenden Rechtsgeschäften vor einer übereilten Entscheidung schützen und eine ausreichende Information des Betroffenen gewährleisten sollen. Kommt es später zu Streitigkeiten, dient ein Schriftstück außerdem als Beweis. Da die Qualitätsprüfung des MDK jedoch für die Pflegebedürftigen keine rechtlichen Folgen mit sich bringt, verfehlt die Textform in diesem Fall ihren Zweck. Einrichtungen dürfen sich grundsätzlich nicht auf das Fehlen oder die Unwirksamkeit von Einwilligungserklärungen berufen, da sie von dem Schutzzweck der Norm nicht erfasst sind.

Dass auch andere nachvollziehbare Verfahren zur Einholung einer Einwilligung möglich sind, zeigt die vorgesehene Regelung in Artikel 1 Ziffer 13b. Dort soll die Zustimmung des Antragsstellers zu Empfehlungen über die Hilfsmittelversorgung im Begutachtungsformular schriftlich dokumentiert werden. Dieses Verfahren halten wir auch für Zustimmung eines Pflegebedürftigen zur Teilnahme an einer Qualitätsprüfung für sachgerecht. Aus diesem Grund wird folgende Änderung des § 114a Abs. 3a vorgeschlagen:

„Die Einwilligung nach Absatz 2 oder 3 muss die Person des Erklärenden benennen, durch den Prüfer schriftlich im Prüfbericht dokumentiert und durch seine Unterschrift bestätigt werden. Ist der Pflegebedürftige einwilligungsunfähig, ist die Einwilligung eines hierzu Berechtigten einzuholen.“