

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

zur Erörterung des Referentenentwurfs
eines Zweiten Gesetzes zur
Stärkung der pflegerischen Versorgung und
zur Änderung weiterer Vorschriften
(Zweites Pflegestärkungsgesetz –PSG II)

(Bearbeitungsstand: 22. Juni 2015)

am 9. Juli 2015 in Berlin

I Vorbemerkung:

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

Die Medizinischen Dienste begrüßen, dass mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (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 das Bundesministerium für Gesundheit nun systematisch auf.

Darüber hinaus ist das neue Begutachtungsassessment 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 Zweiten Pflegestärkungsgesetz vorgesehenen Leistungsverbesserungen und die flexiblere Ausgestaltung der Leistungsgewährung. Für den Übergang in das neue System sieht der Referentenentwurf eine Überleitung der bisherigen Leistungsempfänger durch eine standardisierte Überleitungsregel vor. Dies ist sachgerecht und vermeidet umfangreiche Antrags- und Begutachtungsverfahren und gewährleistet für die Betroffenen den notwendigen Vertrauens- und Bestandsschutz.

Trotz der umfassenden Überleitungsregelung wird es Leistungsanträge von Leistungsempfängern geben, die eine höhere Einstufung als die 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. Um unnötige Doppelbegutachtungen und Neuanträge in der Übergangsphase der Jahreswende 2016 / 2017 zu vermeiden, sollte die in Artikel 2 § 1 Absatz 1 vorgesehene Übergangsregelung flexibler ausgestaltet werden.

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.

Weiterhin wird es als notwendig erachtet, dass bei der Weiterentwicklung der Transparenz neben den von den Einrichtungen selbst erhobenen Ergebnisindikatoren weiterhin die Ergebnisse aus Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste bzw. des PKV-Prüfdienstes den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen als eine Entscheidungshilfe zur Auswahl einer geeigneten Pflegeeinrichtung an die

Hand gegeben werden sollen. Dass dabei sowohl die Ergebnis-, als auch die Prozess- und Strukturqualität einzubeziehen ist, wird befürwortet.

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.

Vor allem lehnen die Medizinischen Dienste die im Referentenentwurf angelegte Einflussnahme der Leistungserbringerverbände auf die Qualitätsprüfungs- Richtlinie ab. Hierin sehen wir einen Eingriff in die Prüfkompetenz der MDK und des PKV-Prüfdienstes. Damit besteht die Gefahr, dass negative Erfahrungen aus der Pflge-Transparenz 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 Referentenentwurf:

Zu einzelnen vorgeschlagenen Änderungen und Ergänzungen nehmen wir wie folgt Stellung:

Zu Artikel 1 Nr. 13 (§ 14 Abs. 1 SGB XI – neu -):

Die Neufassung der Definition von Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI fokussiert Menschen, die aufgrund ihrer Schädigungen bei relevanten Aktivitäten des Lebensalltags und damit in ihrer Selbständigkeit beeinträchtigt sind. 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 Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) 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 Referentenentwurf weitestgehend wiederfinden.

Aus der Praktikabilitätsstudie wissen wir, 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 Maß dafür sind, ob jemand die darin begründeten 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.

Damit sich die neue ressourcenorientierte Sichtweise auf Pflegebedürftigkeit auch in der Terminologie des Gesetzes widerspiegelt, regen wir an, die Begrifflichkeiten an die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der WHO (ICF) anzupassen, zumal auch die MDK-Begutachtungen schon lange mit den Begrifflichkeiten der ICF beschrieben werden.

Zu Artikel 1 Nr. 13 (§ 14 Abs. 2 SGB XI – neu -):

Das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit ist geknüpft an Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder Fähigkeitsstörungen eines Menschen in den sechs Bereichen: 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 im künftigen SGB XI, 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 1 Nr. 13 (§ 14 Abs. 3 SGB XI – neu -):

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

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 insbesondere in den Bereichen Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen und Selbstversorgung haben auch Auswirkungen auf die Haushaltsführung.

Es ist fachlich nachvollziehbar, dass § 18 Abs. 5a SGB XI zusätzlich regelt, dass im Rahmen der Begutachtung auch Beeinträchtigungen in der Selbständigkeit bei der Haushaltsführung erhoben werden. Für den Versorgungsplan nach § 7a SGB XI und das Versorgungsmanagement nach § 11 Abs. 4 SGB V ist diese differenzierte Erhebung notwendig. Es ist seit langem bekannt, dass beginnender personeller Unterstützungsbedarf im Alter, der dann regelmäßig in Pflegebedürftigkeit übergeht, im Bereich der Haushaltsführung offensichtlich wird und hier durch geeignete Maßnahmen der Beginn von Pflegebedürftigkeit zumindest hinausgezögert werden kann.

Zu Artikel 1 Nr. 14 (§ 15 Abs. 2 und 3 SGB XI – neu -):

Pflegebedürftigen wird abgestuft je nach Beeinträchtigung ihrer Selbständigkeit ein Pflegegrad zugemessen, der mittels eines pflegfachlich 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 Fähigkeitsstörung 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 aufaddiert, der auf einer Skala von 0 bis 100 Punkten liegt. Das Bundesministerium für Gesundheit legt die Punktbereiche und gewichteten Punktwerte im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales durch Rechtsverordnung fest, erstmals zum 1. Januar 2017.

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 pflegfachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden.

Pflegebedürftige Kinder zwischen 0 - 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. Mit 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 Medizinischen Dienste befürworten die im Referentenentwurf getroffene Regelung zur Einstufung von Kindern im Alter zwischen 0-18 Monaten. 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 Referentenentwurf 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 Punktbereiche und gewichteten Punktwerte sollen vom Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales durch Rechtsverordnung festgelegt werden. In dieser Rechtsverordnung sollte beschrieben werden, nach welchen Kriterien die Punktbereiche und gewichteten Punktwerte in der Rechtsverordnung durch das BMG normiert werden. Die Festlegung dieser Gewichtung sollte sich auch an pflegefachlichen Kriterien ausrichten. Um eine reibungslose Einführung des NBA zu gewährleisten, sollte die Rechtsverordnung bereits Anfang 2016 vorliegen.

Zu Artikel 1 Nr. 16 (§ 17 SGB XI):

In § 17 SGB XI werden die bestehenden Richtlinien-Kompetenzen an die veränderte Rechtslage angepasst und eine rechtliche Verknüpfung mit der Vorziehregelung des § 17a SGB XI (vgl. Artikel 6 des Präventionsgesetzes) geschaffen.

Bewertung:

Der Wegfall der Härtefall-Richtlinien und dessen ausdrückliche Erwähnung in der Begründung ist sachgerecht.

In den Absätzen 1 und 1a von § 17 SGB XI wird mit jeweils unterschiedlicher Formulierung die Beteiligungspflicht der Verbände normiert. Es wird vorgeschlagen, diese Formulierungen sprachlich identisch zu fassen.

Die vorgesehene Ersatzvornahmemöglichkeit bei der Erarbeitung der Begutachtungs-Richtlinie durch das BMG halten wir für entbehrlich.

Zu Artikel 1 Nr. 17 (§ 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 (§ 18 Abs. 3 Sätze 8 und 9 SGB XI –neu -).

Durch das veränderte Begutachtungsverfahren sollen sich auch die Möglichkeiten verbessern, 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 auch rechtlich kodifiziert werden.

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:

Eine regelhafte Übermittlung des Gutachtens mit dem Bescheid der Pflegekasse ist sachgerecht; es entfallen dadurch Nachfragen seitens der Versicherten und dessen Angehöriger, 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. Für viele Versicherte wäre eine regelhafte Zusendung des Pflegegutachtens gleichbedeutend mit dem Abbau einer weiteren bürokratischen Hürde.

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 sollte die Verbindlichkeit der Rehabilitationsempfehlung für die Gutachten von medicproof und der sie beauftragenden Versicherungen vom Gesetzgeber hier explizit normiert werden.

Die Gleichsetzung der gutachterlichen (Pflege-) Hilfsmittellempfehlung 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. Es sollte jedoch verdeutlicht werden, dass es hierbei nicht um alle Hilfsmittel, sondern nur um die im Zusammenhang mit der Pflege stehenden Hilfsmittel gehen kann.

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 1 Nr. 19 (§ 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 soll und in dem insbesondere pflegefachliche und wissenschaftliche Kompetenz repräsentiert ist.

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

Bewertung:

Die Einrichtung dieses pflegefachlich 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 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. 23 (§ 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.

Zu Artikel 1 Nr. 28 Doppelbuchstabe bb (§ 37 Abs. 3 SGB XI):

Durch die Neufassung der Sätze 4 bis 6 in § 37 Abs. 3 SGB XI soll sowohl für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 als auch für Pflegebedürftige, die Sachleistungen in Anspruch nehmen, ein halbjährlicher Anspruch für einen Beratungseinsatz eingeführt werden.

Bewertung:

Die Erweiterung des Beratungsanspruchs auf Sachleistungsempfänger und Pflegebedürftige mit dem Pflegegrad 1 wird begrüßt. Dies unterstützt die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit und prekären Pflegesituationen.

Zu Artikel 1 Nr. 28 Buchstabe d (§ 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, Empfehlung 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 beigelegt werden. Die Beseitigung der in dem Zusammenhang ggf. bestehenden datenschutzrechtlichen Hemmnisse sollte Gegenstand einer weiteren Prüfung sein.

Zu Artikel 1 Nr. 37 (§ 44 SGB XI):

Zur Verbesserung der sozialen Sicherung der Pflegepersonen im Sinne des § 19 SGB XI, die einen Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2 bis 5 pflegen, wird eine Neuregelung getroffen. Von der Pflegeversicherung sind für die Pflegeperson Beiträge an den Träger der Sozialen Rentenversicherung zu entrichten, wenn

- die Pflegeperson nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig ist und
- der MDK im Einzelfall feststellt, dass die Pflegeperson eine oder mehrere pflegebedürftige Personen regelmäßig an mindestens zwei Tagen in der Woche pflegt

Zudem wird geregelt, wie mit der sog. Additionspflege zu verfahren ist.

Bewertung:

Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs richtet sich die Beurteilung der Rentenversicherungspflicht für Pflegepersonen künftig nicht mehr nach den Pflegezeiten, sondern es erfolgt eine Anknüpfung an die Pflegegrade 2 bis 5. Dies ist sachgerecht, da die personale Hilfe mit dem Pflegegrad ansteigt.

Ferner soll der MDK in Zukunft im Einzelfall Feststellungen darüber treffen, ob die Pflegeperson regelmäßig und an mindestens 2 Tagen in der Woche eine oder mehrere Personen pflegt oder betreut. Auch die anteilige Erfragung der Zeiten durch den Gutachter des MDK, wenn die Pflegeperson mehrere Pflegebedürftige pflegt (Additionspflege), ist sachgerecht. In dem Zusammenhang regen wir an, bei der Ermittlung des 30-prozentigen Mindestpflegeaufwandes der Pflegepersonen sowohl gewerbliche Pflegeanbieter als auch nicht erwerbsmäßige Pflegepersonen in den Gesamtpflegeaufwand einzubeziehen.

Anmerkung:

Bei der Formulierung in § 44 Abs.1 SGB XI liegt offensichtlich ein redaktioneller Fehler vor: es sollte heißen: „Zur Verbesserung der sozialen Sicherung der Pflegepersonen im Sinne von § 19, die einen Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2,3,4, oder 5 pflegen,....“ Der Pflegegrad 4 fehlt bislang in der Aufzählung.

Zu Artikel 1 Nr.40 (§ 45a SGB XI – neu -):

Die bislang im Gesetz vorgesehenen niedragschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote werden im neuen § 45a SGBXI zusammengefasst und neu gegliedert. Zugleich werden sie unter dem neuen Oberbegriff „Angebote zur Unterstützung im Alltag“ kodifiziert.

Bewertung:

Die Angebote zur Unterstützung im Alltag, besonders für pflegende Angehörige, werden unterstützt.

Zu Artikel 1 Nr.42 (§ 53c SGB XI – neu -):

Der neue § 53c SGB XI sieht Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben zusätzlicher Betreuungskräfte in stationären Pflegeeinrichtungen vor und übernimmt inhaltlich unverändert den bisherigen Auftrag des Gesetzgebers an den GKV-Spitzenverband aus § 87b Abs. 3 SGB XI in der derzeitigen Fassung.

Bewertung:

Die Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben zusätzlicher Betreuungskräfte ist für uns Anlass, erneut auf eine Lücke in der Pflege und Betreuung gerontopsychiatrisch veränderter Pflegebedürftiger hinzuweisen. Die Betreuungskräfte bedürfen dringend der Flankierung durch gerontopsychiatrische Fachpfleger. Hier besteht Optimierungsbedarf zur Qualifizierung einer ausreichenden Zahl dieser Fachkräfte.

Zu Artikel 1 Nr.62 Buchst.a Doppelbuchst. cc (§ 113 Abs. 1 Satz 7 SGB XI):

Der neue Satz 7 wird aufgehoben. Damit entfallen die Regelungen zur Festlegung von Anforderungen an Sachverständige und Prüfinstitutionen (Abs. 1 Ziffer 3) sowie an die methodische Verlässlichkeit von Zertifizierungs- und Prüfverfahren (Abs. 1 Ziffer 4).

Bewertung:

Es wird begrüßt, dass die Regelungen zur Festlegung von Anforderungen an Sachverständige und Prüfinstitutionen (Abs. 1 Ziffer 3) sowie an die methodische Verlässlichkeit von Zertifizierungs- und Prüfverfahren (Abs. 1 Ziffer 4) u.a. aufgrund der Einführung von indikatorengestützten Verfahren zur vergleichenden Messung der Ergebnisqualität in der stationären Pflege aufgehoben werden.

Zu Artikel 1 Nr.62 Buchstabe 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 stationärem Bereich, das auf der Grundlage einer strukturierten Datenerhebung im Rahmen des internen Qualitätsmanagements eine Qualitätsberichterstattung und die externe Qualitätsprüfung ermöglicht, zu beschreiben ist. 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 der neuen Vorschrift wird allerdings mehr Unklarheit als Klarheit geschaffen. Unter Hinzuziehung der Ausführungen in der Gesetzesbegründung entsteht der Eindruck, dass in den Grundsätzen und Maßstäben nicht nur ein indikatorengestütztes Verfahren für die interne Qualitätssicherung und die darauf aufbauende Qualitätsberichterstattung festzulegen ist, sondern dass damit gleichzeitig auch konkrete Vorgaben für die Inhalte und das Verfahren der externen Qualitätsprüfungen durch MDK bzw. PKV-Prüfdienst gemacht werden sollen. Dies lehnen wir entschieden ab, da dies einen Eingriff in die Prüfkompetenz der Medizinischen Dienste darstellt und die Regelungskompetenz des GKV-Spitzenverbandes zur Verabschiedung der Prüf-Richtlinien nach § 114a Abs. 7 SGB XI massiv einschränkt. Es wird daher eine klare Trennung der Regelungskompetenzen gefordert.

Positiv wird hingegen die Verknüpfung des einrichtungsinternen indikatorengestützten Verfahrens mit der externen Qualitätsprüfung gesehen. Geteilt wird die Auffassung, dass sowohl das einrichtungsinterne indikatorengestützte Verfahren, als auch die externen Qualitätsprüfungen wissenschaftlich abgesichert werden sollen.

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 sind weitere Regelungen zur Datenvalidierung notwendig. Eine Datenplausibilitätsprüfung reicht nicht aus.

Insgesamt sollte rechtlich geprüft werden, ob eine gesetzliche Verpflichtung in § 72 Abs. 3 Nr. 3 SGB XI eingeführt werden muss, nach der zugelassene Einrichtungen die Datenerhebung und Datenweiterleitung nach den Regelungen gemäß § 113 SGB XI sicherzustellen haben.

Zu Artikel 1 Nr.62 Buchstabe b (§ 113 Abs. 1b SGB XI –neu-):

Die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI haben sicherzustellen, dass die entsprechend der Festlegungen nach § 113 Abs. 1a SGB XI erhobenen Daten an einer hierfür fachlich qualifizierten Stelle zusammengeführt sowie leistungserbringer- und fallbeziehbar nach Maßgabe von § 113 Abs. 1a SGB XI ausgewertet werden. Soweit andere Stellen die Auswertungen der Daten nach § 113 Abs. 1b Satz 1 SGB XI zur Erfüllung ihrer Aufgaben im Rahmen der verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung und Qualitätsdarstellung nach diesem Gesetz bedürfen, vereinbaren die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI entsprechende Verfahren zur Weiterleitung der Daten. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen sind jeweils zu beachten.

Bewertung:

Eine Verknüpfung von interner Qualitätssicherung auf der Grundlage von indikatorengestützten Verfahren und externer Qualitätsprüfung durch die Medizinischen Dienste und den PKV-Prüfdienst wird vorgesehen. Daher ist der Zugang dieser Prüfinstitutionen unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen auf die ausgewerteten Daten sicherzustellen. Es muss gesetzlich gewährleistet werden, dass den Prüfinstitutionen im Rahmen ihrer Aufgabenwahrnehmung uneingeschränkt Zugang zu den Daten eingeräumt wird.

Zu Artikel 1 Nr.64 (§ 113b Abs. 1 SGB XI – neu -):

Mit der Vorschrift werden die Schiedsstelle nach § 113b SGB XI in einen Qualitätsausschuss umgewandelt und dessen Zuständigkeiten neu geregelt. 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.

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 den § 115 Abs. 1a SGB XI jedoch anders zu regeln.

Zu Artikel 1 Nr.64 (§ 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.

Bewertung:

Es ist sinnvoll, in Konfliktfällen den erweiterten Qualitätsausschuss einzusetzen. Allerdings sollte dem Qualitätsausschuss die Benennung des unparteiischen Vorsitzenden sowie der beiden weiteren unparteiischen Mitglieder vorbehalten sein.

Zu Artikel 1 Nr.64 (§ 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.

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. Damit wird den Leistungserbringerverbänden über die Transparenz hinaus indirekt erhebliche Einflussmöglichkeiten auf Inhalte und Abläufe der externen Qualitätsprüfungen eingeräumt. Dies lehnen wir entschieden ab.

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 daher eine klare Trennung der Regelungszuständigkeiten wie folgt:

- § 113 SGB XI Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität – Vertragspartner nach § 113 SGB XI, Beteiligungsrechte der Organisationen nach § 118 SGB XI
- § 113a SGB XI Expertenstandards - Vertragspartner nach § 113 SGB XI, Beteiligungsrechte der Organisationen nach § 118 SGB XI
- § 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

Die vorgesehene wissenschaftliche Erarbeitung von Prüfkonzepten und Grundlagen für die Qualitätsberichterstattung wird grundsätzlich begrüßt.

Die Entwicklung eines Konzeptes zur Qualitätssicherung neuer Wohnformen wird begrüßt. In einem ersten Schritt sollte für Wohngruppen nach § 38a SGB XI eine verpflichtende jährliche Beratung durch den MDK eingeführt werden. Diese Beratungen können die Nachhaltigkeit dieser neuen Wohnformen unterstützen. Gleichzeitig kann über diese Beratung regelmäßig evaluiert werden, ob die Kriterien nach § 38a SGB XI weiterhin Bestand haben. Als Maßstab für diese Beratung sollten bereits kurzfristig Mindeststandards durch die Vertragspartner festgelegt werden.

In einem zweiten Schritt wird angeregt, für neue Wohnformen insgesamt eine wie folgt abgestufte Qualitätssicherung einzuführen:

- Selbstorganisierte neue Wohnformen – Qualitätssicherung in erster Linie durch Beratung anhand von Qualitätsstandards
- Trägerorganisierte neue Wohnformen – Qualitätssicherung durch niedrigschwellige Qualitätsprüfungen und Beratung anhand von Qualitätsstandards
- Wohnformen für Menschen mit intensivpflegerischem Bedarf, Beatmungsbedürftigkeit und Menschen im Wachkoma – Qualitätssicherung durch engmaschige spezialisierte Qualitätsprüfung und Beratung anhand von Qualitätsstandards.

Um die weitere Entwicklung von ambulant betreuten Wohngruppen nach § 38a SGB XI empirisch betrachten zu können, würde es sich darüber hinaus anbieten, die Pflegestatistiken nach § 109 SGB XI um diese Versorgungsform zu ergänzen.

Zu Artikel 1 Nr. 64 (§ 113b Abs. 6 SGB XI – neu -):

§ 113b Abs. 6 SGB XI soll die Einführung einer qualifizierten Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses, die die Aufgaben einer wissenschaftlichen Beratungs- und Koordinierungsstelle wahrnimmt, regeln.

Bewertung:

Die Einrichtung einer solchen Geschäftsstelle wird grundsätzlich begrüßt.

Zu Artikel 1 Nr.65 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb (§ 114 Abs. 2 Satz 6 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 lediglich 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 ist diese Vorschrift kaum umsetzbar, da hier eine pauschale Vergütung erfolgt. Sofern die Abrechnungsprüfung im Rahmen der Qualitätsprüfungen auch in der stationären Pflege durch den Gesetzgeber intendiert ist, sollte eine Konkretisierung erfolgen, worauf diese Abrechnungsprüfungen abzielen sollen.

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. 66 (§ 114a Absatz 7 SGB XI):

§ 114a Abs. 7 – neu SGB XI 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 wird die Regelungskompetenz des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen massiv eingeschränkt, indem lediglich noch verfahrenstechnische Konkretisierungen über die Durchführung der Prüfung der Qualität durch die Richtlinien nach §114a Abs. 7 SGB XI – neu -zu beschließen sind. Damit wird den Leistungserbringerverbänden ein Eingriff in die Prüfkompetenz der MDK / des PKV-Prüfdienstes eingeräumt.

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 für die Transparenz weitgehend ungeeigneten Lösungen geführt hat. Es wird dringend davon abgeraten, diesen Fehler bei der inhaltlichen Ausgestaltung der Qualitätsprüfungen durch MDK und PKV-Prüfdienst zu wiederholen.

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.67 Buchstabe c (§ 115 Abs. 1a SGB XI –neu-):

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 Vorschrift zur Weiterentwicklung der Transparenzvereinbarungen (neu: Qualitätsdarstellungsvereinbarungen) sind zielführend, insbesondere, dass die Qualitätsdarstellung sowohl auf den in den Einrichtungen erhobenen Qualitätsindikatoren als auch auf den Ergebnissen der externen Qualitätsprüfungen fußt.

Zu Artikel 2 :

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 :

Mit der Übergangsregelung des Artikel 2 § 1 Abs. 1 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 1 vorgesehenen Änderungen.

Bewertung:

Die Einführung einer Stichtagsregelung bei Inkrafttreten neuer gesetzlicher Rahmenbedingungen ist nachvollziehbar. Gleichwohl erscheint es zur Vermeidung von Doppelbegutachtungen und Neu-Anträgen nach der Jahreswende 2016/2017 sinnvoll, diese Übergangsregelung flexibler auszugestalten. Dies gilt insbesondere mit Blick auf solche Personenkreise, denen nach altem Recht keine Pflegestufe, aber nach neuem Recht ein Pflegegrad zuerkannt werden dürfte.

Zu Artikel 2 § 1 Abs. 3:

Die nach Artikel 2 Abs. 2 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.

Zu Artikel 2 § 3:

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.

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 Betreuungen 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 zu einem enormen bürokratischen und personellen Aufwand für Prüfer und Pflegeeinrichtungen bei der Rekrutierung der Personenstichprobe der in die Prüfung einzubeziehenden Pflegebedürftigen. 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 dokumentiert und durch seine Unterschrift bestätigt werden. Ist der Pflegebedürftige einwilligungsunfähig, ist die Einwilligung eines hierzu Berechtigten einzuholen.“