

**Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e.V. (DPR)
Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit
Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere
Prüfungen – MDK-Reformgesetz**

Der Deutsche Pflegerat (DPR) vertritt als Dachverband der bedeutendsten Berufsverbände des deutschen Pflege- und Hebammenwesens die Positionen der Pflegeorganisationen und ist primärer Ansprechpartner für die Politik. Im Nachfolgenden nimmt der DPR Stellung zum MDK-Reformgesetz.

Der DPR begrüßt außerordentlich, dass der bisherige „Medizinische Dienst der Krankenkasse (MDK)“ bzw. der „Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS)“ zu Körperschaften öffentlichen Rechts umgestaltet werden sollen, wodurch unabhängige Institutionen entstehen. In den vergangenen Jahren wurden immer wieder Zweifel daran geäußert, dass abschlägige Bescheide des MDK rein fachlich oder strukturell begründet waren und nicht dem Interesse der Krankenkassen dienen, Kosten zu sparen. Diese Zweifel können mit unabhängigen Strukturen ausgeräumt werden.

Der DPR begrüßt zudem die Stärkung der Pflege im neuen „Medizinischen Dienst (MD)“: So sind Vertreter/innen der Verbände der Pflegeberufe bzw. der Landespflegekammern im Verwaltungsrat vertreten und können in den Vorstand gewählt werden.

Bei der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit bzw. Einstufung in einen Pflegegrad war in der Vergangenheit häufig festzustellen, dass die dafür benötigte Bearbeitungszeit einen erheblichen Zeitraum in Anspruch nahm. Da sich die Pflegepersonalausstattung auf den Pflegegrad der zu versorgenden Patient/innen und Bewohner/innen bezieht, führte dies zu zusätzlichen Personalengpässen. Im ambulanten Bereich erfolgen bei einer verzögerten Bearbeitung der Begutachtung Ausgleichszahlungen. Dies scheint dazu zu führen, dass die Begutachtung im ambulanten Bereich der im stationären Bereich zeitlich vorgezogen wird, was den Personalengpass im stationären Bereich verstärkt. Aus Sicht des DPR besteht hier Nachbesserungsbedarf.

Zu den Anmerkungen des DPR im Einzelnen:

B. Lösung

Seite 2, Absatz 4:

Der „Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK)“ soll in „Medizinischen Dienst (MD)“ umbenannt werden.

Stellungnahme

Der Medizinische Dienst nimmt Aufgaben im Bereich der Abrechnungssystematik von Krankenhäusern und Pflegediensten, der Qualitätsmanagementsysteme von Pflegeeinrichtungen und der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit wahr. Der Name „Medizinischer Dienst“ misst der Berufsgruppe der Mediziner einen erheblichen Stellenwert bei, wohingegen die Berufsgruppe der professionell Pflegenden nicht vorkommt.

Änderungsvorschlag

Aus Sicht des DPR sollte daher der Name des „Medizinischen Dienstes“ in einen Namen umgewandelt werden, der die o.g. Aufgaben widerspiegelt. So könnte ein zukünftiger Name „Medizinisch Pflegerischer Dienst“ oder „Pflegerisch Medizinischer Dienst“ lauten. Der Name müsste in den entsprechenden, folgenden Paragraphen angepasst werden.

Seite 2, Absatz 6:

Der „Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS)“ soll in „Medizinischer Dienst Bund (MD Bund)“ umbenannt werden.

Änderungsvorschlag

Aus Sicht des DPR sollte der bisherige MDS in „Medizinisch Pflegerischer Dienst Bund“ oder „Pflegerisch Medizinischer Dienst Bund“ umbenannt werden, um die tatsächlichen Aufgaben dieses Dienstes bereits im Titel abzubilden. Der Name müsste in den entsprechenden folgenden Paragraphen angepasst werden.

Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nummer 1

§ 91 Absatz 7 Satz 6

In Absatz 7 Satz 6 wird geregelt, dass die Sitzungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) im Internet abrufbar sind und damit einer größeren Öffentlichkeit zugänglich werden.

Stellungnahme

Der DPR begrüßt diese Regelung, weil sie die Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Entscheidungen des G-BA erhöht.

Nummer 2

§ 109, Absatz 6

In Absatz 6 wird geregelt, dass gegen Forderungen von Krankenhäusern auf Vergütung erbrachter Leistungen, Krankenkassen nicht mit Ansprüchen auf Rückforderung geleisteter Vergütungen aufrechnen können.

Stellungnahme

Der DPR begrüßt diese Regelung. Bisher mussten Krankenhäuser die Krankenkassen verklagen, wenn sie mit Prüfergebnissen nicht einverstanden waren, da die Krankenkassen erbrachte Leistungen über die Aufrechnung mit anderen Rechnungen nicht bezahlt haben.

Nummer 3

§ 115b Ambulantes Operieren im Krankenhaus

aa)

In Absatz 1 Satz 1 Ziffer 1 wird geregelt, dass ein Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationsersetzender Eingriffe und stationsersetzender Behandlungen vereinbart werden soll.

Stellungnahme

In den vergangenen Jahren wurden Operationen bereits zunehmend in den ambulanten Bereich verlagert. Allerdings umfassen Operationen auch pflegerische Interventionen im Bereich der prä- und postoperativen Versorgung, für die im Krankenhaus Pflegefachpersonen vorgehalten werden. Bei einer Verlagerung von für Patient/innen notwendige Pflegeleistungen in den ambulanten Bereich muss die sachgerechte Durchführung entsprechender pflegerischer Interventionen gewährleistet sein. Dazu bedarf es einer ausreichenden Anzahl von Pflegefachpersonen in den ambulanten Pflegediensten, die zudem über die entsprechende Qualifikation zur Versorgung der Patient/innen mit den entsprechenden Operationen verfügen. Die Interventionen müssen außerdem in dem Katalog Berücksichtigung finden. Darüber hinaus ist zu prüfen, ob die erforderlichen pflegerischen Interventionen im Rahmen der Häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 SGB V verordnet werden können.

Änderungsvorschlag

Der DPR schlägt daher folgende Ergänzungen vor:

1. einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationersetzender Eingriffe und stationersetzender Behandlungen **sowie ergänzender pflegerische Interventionen**,

Die nachfolgenden Regelungen wären dann entsprechend anzupassen:

In die Vereinbarung nach Satz 1 sind die in dem Gutachten nach Absatz 1a benannten ambulant durchführbaren Operationen, stationersetzenden Eingriffe und stationersetzenden Behandlungen **sowie ergänzende pflegerische Interventionen** aufzunehmen, ...

Ebenso wäre b) Absatz 1a anzupassen:

(1a) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen geben bis zum 31. März 2020 ein gemeinsames Gutachten in Auftrag, in dem der Stand der medizinischen **und pflegerischen** Erkenntnisse zu ambulant durchführbaren Operationen, stationersetzenden Eingriffen und stationersetzenden Behandlungen **sowie ergänzenden pflegerischen Interventionen** untersucht wird. Das Gutachten nach Satz 1 hat ambulant durchführbare Operationen, stationersetzende Eingriffe und stationersetzende Behandlungen **sowie ergänzende pflegerische Interventionen** konkret zu benennen und in Verbindung damit verschiedene Maßnahmen zur Differenzierung der Fälle nach dem Schweregrad zu analysieren...

Weitere Ergänzungen würden sich für c) Absatz 2 aa) ergeben:

In Satz 1 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und nach dem Wort „Eingriffe“ die Wörter „und stationersetzenden Behandlungen **sowie ergänzende pflegerische Interventionen**“ eingefügt.

c) Absatz 2 bb)

In Absatz 2 wird geregelt, dass Leistungen, die Krankenhäuser auf Grundlage des Kataloges nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 erbringen, nicht der Prüfung durch den MD unterliegen.

Stellungnahme

Aus Sicht des DPR sollten vereinbarte Strukturvorgaben, die die Pflege betreffen, geprüft werden.

Änderungsvorschlag

Der DPR schlägt daher vor den Satz zu streichen.

Nummer 7

§ 275 Begutachtung und Beratung

Absatz 5 f) aa) und bb)

In Absatz 5 wird geregelt, dass Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes bei der Wahrnehmung ihrer fachlichen Aufgaben nur ihrem Gewissen unterworfen sind und dass sie nicht berechtigt sind, in die ärztliche Behandlung und pflegerische Versorgung der Versicherten einzugreifen.

Stellungnahme

Der DPR begrüßt diese Regelung, weil sie die fachliche Unabhängigkeit pflegerischer Gutachter/innen stärkt.

Nummer 9

§ 275c Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst

Absatz 2 und 3

In Absatz 2 werden gestaffelte, quartalbezogene Prüfquoten je Krankenhaus in Abhängigkeit des Anteils korrekter Abrechnungen für die Krankenkassen vorgeschlagen. Ferner werden in Absatz 3 zwei Malusregelungen vorgesehen.

Stellungnahme

Aus Sicht des DPR dürfen sich Prüfquoten nicht nur auf das gesamte Haus beziehen. Diese Regelung muss auch auf Fachabteilungsebene übertragen werden. Strafzahlungen sind abzulehnen – es sei denn, es wurde absichtlich falsche Rechnung gestellt (z.B. nicht erbrachte OP-Leistungen): Häufig handelt es sich bei strittigen Abrechnungen um Interpretationsspielräume in der Kodierung bzw. fehlende Handzeichen, unzureichende Dokumentationen von Teamsitzungen u.Ä.

Psychiatrie:

Korrekte Abrechnungen sind im Sinne der Solidargemeinschaft oberstes Gebot. Allerdings sind im Bereich der Psychiatrie die Leistungen nicht eindeutig und objektiv in dem „Pauschalierenden Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP)“ und „Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS)“ beschrieben, sodass die Erstellung „zweifelsfrei korrekter“ Abrechnungen grundsätzlich fraglich ist. Zum einen können die Psych-OPS nicht durch objektive Faktoren bestimmt werden. Zum anderen sind im

psychiatrischen Bereich die ICD-10-Kodierung und die Beurteilung der stationären Behandlungsbedürftigkeit nicht immer eindeutig belegbar. Die Behandlung und ihre Dauer sind oft stark abhängig vom sozialen Kontext und den Eigenschaften der Patient/innen, die zu den unterschiedlichen Ausprägungen ein und derselben Erkrankung und somit zu einem unterschiedlichen Behandlungsbedarf führen.

Bereits jetzt zeigen sich große Unterschiede bei der Begutachtung: So werden z.B. gleichartige Verläufe mit vergleichbarer Dokumentation und Abrechnung teilweise völlig unterschiedlich beurteilt. Bei den Prüfungen des MDK wurden häufig erbrachte Leistungen im Kontext der Behandlung nicht berücksichtigt, sondern nur die Erfüllung von OPS-Anforderungen an die ärztliche und pflegerische Dokumentation. Zudem wurde die Verweildauer der Patient/innen ohne nachvollziehbare Begründung gekürzt.

Die Koppelung der Prüfquote an den Anteil der korrekten Abrechnungen und die damit verbundenen Malusregelungen bedeutet für die psychiatrischen Krankenhäuser, dass Behandlungen, die aus fachlicher Sicht notwendig sind, nicht immer abgerechnet werden können und damit nicht finanziert werden.

Änderungsvorschlag

Psychiatrie:

Die Prüfquote für die Psychiatrie ist gesetzgeberisch fest auf ein überschaubares Maß, etwa fünf Prozent, zu begrenzen. Die Prüfquote muss von den Ergebnissen der Leistungsprüfung unabhängig bleiben. Ausnahmen können Hinweise auf eine systematische Fehlabbrechnung darstellen, die sich aber ausschließlich in Kodierungsfragen begründet. Hilfsweise muss für die Psychiatrie ein Moratorium eingerichtet werden, bis zu einer rechtssicheren Klärung von strittigen Finanzierungs- und Versorgungsfragen.

Absatz 6 Ziffer 1

In Absatz 6 Ziffer 1 soll die Unzulässigkeit der einzelfallbezogenen Prüfung bei der Abrechnung der tagesbezogenen Pflegeentgelte (§ 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a) geregelt werden. Eine entsprechende Ausweitung auf die Bundespflegesatzverordnung ist hier nicht vorgesehen. Eine Änderung der Bundespflegesatzverordnung ist ebenfalls nicht geplant.

Stellungnahme

Der DPR begrüßt diese Regelung.

Entsprechend der Regelungen des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) wurden für die psychiatrischen Krankenhäuser das Erlösbudget und die Erlössumme wiedereingeführt. Die PEPPs dienen nur als Abrechnungseinheit, d.h. als Abschlagszahlung auf das Erlösbudget.

Änderungsvorschlag

Hier muss eine Klarstellung erfolgen, dass sich die Unzulässigkeit der Prüfung in Bezug auf die Pflege auch auf den Bereich der Psychiatrie bezieht. Es sollte auch eine Klarstellung für das restliche Budget erfolgen.

Nummer 9

§ 275d Prüfung von Strukturmerkmalen

Absätze 1, 2 und 5

In Absatz 1 wird geregelt, dass Krankenhäuser die Einhaltung von Strukturmerkmalen aufgrund des vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2 durch den Medizinischen Dienst oder durch einen anderen Gutachterdienst begutachten zu lassen haben, bevor sie entsprechende Leistungen abrechnen.

In Absatz 2 wird auch „ein anderer Gutachterdienst“ erwähnt.

In Absatz 5 wird u.a. geregelt, dass wenn ein Krankenhaus für die Begutachtung einen anderen Gutachterdienst als den MD beauftragt, die Kosten hierfür selber zu tragen hat.

Stellungnahme

Der DPR begrüßt die Regelungen und gesetzliche Verankerung von Strukturprüfungen. Kennzeichnung von Strukturmerkmalen in OPS-Komplexziffern sind notwendig.

Allerdings ist die Unabhängigkeit bei der Begutachtung nicht gewährleistet, wenn Krankenhäuser Gutachterdienste benennen dürfen, die sie zudem selbst bezahlen. Daher sollten „die anderen Gutachterdienste“ gestrichen werden.

Änderungsvorschlag

Der DPR schlägt folgende Änderungen vor:

Absatz 1:

Krankenhäuser haben die Einhaltung von Strukturmerkmalen aufgrund des vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2 durch den Medizinischen Dienst ~~oder durch einen anderen Gutachterdienst~~ begutachten zu lassen, bevor sie entsprechende Leistungen abrechnen. Grundlage der Begutachtung nach Satz 1 ist die Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3. Krankenhäuser haben die für die Begutachtung erforderlichen personen- und einrichtungsbezogenen Daten an den Medizinischen Dienst ~~oder an den anderen Gutachterdienst~~ zu übermitteln.

Absatz 2:

Die Krankenhäuser erhalten vom Medizinischen Dienst ~~oder von dem anderen Gutachterdienst~~ eine Bescheinigung über das Ergebnis der Prüfung, die auch Angaben darüber enthält, für welchen Zeitraum die Einhaltung der jeweiligen Strukturmerkmale als erfüllt angesehen wird.

Absatz 5: Streichung des zweiten Satzes

~~Beauftragt ein Krankenhaus für die Begutachtung einen anderen Gutachterdienst, hat es die Kosten hierfür zu tragen.~~

Nummer 11

§ 278 Medizinischer Dienst

Absatz 2

In Absatz 2 wird geregelt, dass bei der Beteiligung unterschiedlicher Berufsgruppen die Gesamtverantwortung bei der Begutachtung medizinischer Sachverhalte bei ärztlichen Gutachterinnen und Gutachtern und bei ausschließlich pflegefachlichen Sachverhalten bei Pflegefachkräften liegt.

Stellungnahme

Der DPR begrüßt, dass bei der Begutachtung pflegefachlicher Sachverhalte die Gesamtverantwortung bei Pflegefachpersonen liegt.

Allerdings sollte bei der Beteiligung unterschiedlicher Berufsgruppen die Gesamtverantwortung bei der Begutachtung nicht bei den ärztlichen Gutachter/innen liegen, sondern entsprechend der Sachverhalte zwischen den Berufsgruppen Pflege und Medizin aufgeteilt werden.

Änderungsvorschlag

Der DPR schlägt daher folgende Umformulierung des Absatz 2 vor:

Die Fachaufgaben des Medizinischen Dienstes werden von Ärztinnen und Ärzten, Pflegefachkräften sowie Angehörigen anderer geeigneter Berufe im Gesundheitswesen wahrgenommen. Die Medizinischen Dienste stellen sicher, dass bei der Beteiligung unterschiedlicher Berufsgruppen die **Gesamt**Verantwortung bei der Begutachtung medizinischer Sachverhalte bei ärztlichen Gutachterinnen und Gutachtern und bei **ausschließlich** pflegefachlichen Sachverhalten bei Pflegefachkräften liegt.

Absatz 3

In Absatz 3 wird geregelt, dass bei jedem Medizinischen Dienst eine unabhängige Ombudsperson bestellt wird, an die sich sowohl Beschäftigte des Medizinischen Dienstes bei Beobachtung von Unregelmäßigkeiten, insbesondere Beeinflussungsversuchen durch Dritte, als auch Versicherte bei Beschwerden über die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes vertraulich wenden können.

Stellungnahme

Der DPR begrüßt diese Regelung.

Nummer 11

§ 279 SGB V Verwaltungsrat und Vorstand

Absatz 3 Ziffer 3

In Absatz 3 Ziffer 3 wird geregelt, dass vier Vertreter auf Vorschlag der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe auf Landesebene und der Landesärztekammern für den Verwaltungsrat benannt werden.

Stellungnahme

Aus der Begründung geht hervor, dass auch Vertreter/innen der Pflegekammern benannt werden können, insofern in dem jeweiligen Bundesland eine Pflegekammer eingerichtet wurde. Daher sollten sie im Gesetzestext erwähnt werden.

Zudem müssen die vier Vertreter/innen aus den Verbänden der Pflegeberufe und Landespflegekammern einerseits und den Landesärztekammern andererseits paritätisch aufgeteilt werden.

Änderungsvorschlag

Der DPR schlägt daher folgende Umformulierung vor:

3. ~~vier~~ zwei Vertreter auf Vorschlag der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe auf Landesebene **oder der Landespflegekammern** und **zwei Vertreter auf Vorschlag** der Landesärztekammern.

Nummer 11

§ 283 Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund

In Absatz 2 wird u.a. geregelt, dass der Medizinische Dienst Bund verschiedenen Organisationen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben hat. Unter Ziffer 2 werden die Bundesärztekammer und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene genannt.

Stellungnahme

Der DPR spricht sich dafür aus den DPR bzw. die Bundespflegekammer nach deren Gründung in die Formulierung aufzunehmen.

Änderungsvorschlag

Der DPR schlägt daher vor Ziffer 2 folgendermaßen zu formulieren:

2. der Bundesärztekammer und **dem Deutschen Pflegerat**,

Artikel 7 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nummer 5

§ 18 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Absatz 3 und 7

In Absatz 3 ist bisher u.a. geregelt, dass die Pflegekasse die Anträge zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit unverzüglich an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter weiterleitet und dass dem Antragsteller spätestens 25 Arbeitstage nach Eingang des Antrags die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen ist.

In Absatz 7 Satz 1 wird geregelt, dass die Aufgaben des Medizinischen Dienstes durch Pflegefachkräfte oder Ärztinnen und Ärzte in enger Zusammenarbeit mit anderen geeigneten Fachkräften wahrgenommen werden.

Stellungnahme

Bzgl. Absatz 3 schlägt der DPR vor, die Frist für die Weiterleitung der Anträge an die Antragssteller/innen von 25 auf 30 Tage zu verlängern. Durch diese Änderung steigt die Wahrscheinlichkeit, dass vom MD angeforderte Unterlagen tatsächlich bei der Begutachtung vorliegen, was aktuell wegen der kurzen Fristen oft nicht der Fall ist. Zudem kommt der MD mit etwas weniger Pflegegutachtern aus. Den Antragsteller/innen entstehen keine Nachteile, weil sie ihr Geld ab Antragstellung erhalten; sie verlieren also nichts. Die Fristverlängerung würde Ressourcen sparen, um den Begutachtungsprozess besser abzubilden.

Bzgl. Absatz 7 Satz 1 ist es aus Sicht des DPR Aufgabe entsprechend qualifizierter Pflegefachpersonen, Qualitätsprüfungen, Abrechnungsprüfungen und Begutachtungen zur Ermittlung der Pflegebedürftigkeit durchzuführen. Dazu arbeiten sie mit anderen geeigneten Gesundheitsfachberufen zusammen.

Änderungsvorschlag

Der DPR schlägt folgende Änderung in Absatz 3 Satz 2 vor:

Die Pflegekasse leitet die Anträge zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit unverzüglich an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter weiter. Dem Antragsteller ist spätestens **25 30** Arbeitstage nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen.

Der DPR schlägt daher folgende Umformulierung in Absatz 7 Satz 1 vor:

Die Aufgaben des Medizinischen Dienstes werden durch Pflegefachkräfte ~~oder Ärztinnen und Ärzte~~ in enger Zusammenarbeit mit anderen geeigneten **Gesundheitsfachberufen Fachkräften** wahrgenommen.“

Nummer 13

§ 53d Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund

Absatz 3 Ziffer 4

In Absatz 3 Ziffer 4 wird geregelt, dass der Medizinische Dienst Bund unter Beteiligung des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen Richtlinien über die Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114a Absatz 7 sowie zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfung erlässt.

Stellungnahme

Aus Sicht des DPR sollten Regelungen zu Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) in den Aufgabenbereich des Qualitätsausschusses nach § 113b SGB XI überführt werden. Da der Qualitätsausschuss die Entwicklung der QPR eng begleitet hat, wäre hier die entsprechende Regelungskompetenz gegeben.

§ 114a Durchführung der Qualitätsprüfungen

Absatz 6

In Absatz 6 ist bisher geregelt, dass die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen regelmäßig über die Qualitätsprüfungen, Pflegequalität und der Qualitätssicherung berichten.

Stellungnahme

Da nach § 114c, Abs. 3 der Spitzenverband Bund der Pflegekassen dem Bundesministerium für Gesundheit zum 30. September 2020, zum 31. März 2021 und danach jährlich über die Erfahrungen der Pflegekassen mit der Erhebung und Übermittlung von indikatorbezogenen Daten zur vergleichenden Messung und

Darstellung von Ergebnisqualität in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach § 114b Absatz 1 und über die Qualitätsprüfungen, die ab dem 1. November 2019 nach § 114 in vollstationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt werden, berichtet, ist der Absatz 6 verzichtbar.

Änderungsvorschlag

Der DPR schlägt vor den Absatz 6 zu streichen

§ 114c Richtlinien zur Verlängerung des Prüfrhythmus in vollstationären Einrichtungen bei guter Qualität und zur Veranlassung unangemeldeter Prüfungen; Berichtspflicht

Absatz 3

In Absatz 3 ist bisher geregelt, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen dem BMG regelmäßig über die Erhebung von indikatorenbezogenen Daten und die Qualitätsprüfungen berichtet. Für die Berichterstattung zum 31. März 2021 beauftragt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen eine unabhängige wissenschaftliche Einrichtung oder einen unabhängigen Sachverständigen mit der Evaluation der in den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen festgelegten Bewertungssystematik für die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen.

Stellungnahme

Die Evaluation der in den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen festgelegten Bewertungssystematik gemäß § 114c Absatz 3 sollte aus Sicht des DPR in den Qualitätsausschuss nach § 113b SGB XI überführt werden.

Berlin, 04. Juni 2019

Deutscher Pflegerat e.V. – DPR
Alt- Moabit 91
10559 Berlin
Tel.: + 49 30 / 398 77 303
Fax: + 49 30 / 398 77 304
E-Mail: info@deutscher-pflegerat.de
www.deutscher-pflegerat.de