Medizinischer Dienst
Bund

Stellungnahme
des Medizinischen Dienstes Bund

vom 14. Juli 2025

zum

Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz (Pflegekompetenzgesetz-PKG)

Medizinischer Dienst
Bund

Inhalt der Stellungnahme

I Vorbemerkungen 3

II Stellungnahmez um Referentenentwurf 6

Zu Artikel 1 Nr. 2 b), § 5 Absatz 1a neu SGB XI, Leistungen der Krankenkassen zur Prävention in der häuslichen Pflege in Verbindung mit Artikel 2, Nr. 3 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung 6

Zu Artikel 1 Nr. 6 b), § 8 Absatz 3c neu SGB XI, Wissenschaftliche Expertisen zur konkreten Ausgestaltung der Inhalte von pflegerischen und heilkundlichen Leistungen 7

Zu Artikel 1 Nr. 12, § 15 Absatz 8 neu SGB XI, Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument 8

Zu Artikel 1 Nr. 14, § 17a neu SGB XI, Richtlinien zur Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln nach § 40 Absatz 6 in Verbindung mit Artikel 1 Nr. 25 b), § 40 Absatz 6 SGB XI, Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen 10

Zu Artikel 1, Nr. 16, § 18c Absatz 5 Satz 4 SGB XI Entscheidung über den Antrag, Fristen 11

Zu Artikel 1 Nr. 17a), § 18e Absatz 1 SGB XI, Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung durch Modellvorhaben, Studien und wissenschaftliche Expertisen 13

Zu Artikel 1 Nr. 14 b), § 18e Absatz 6 SGB XI, Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung durch Modellvorhaben, Studien und wissenschaftliche Expertisen 15

Zu Artikel 1 Nr. 43 b) und d), § 78a Absatz 4 Satz 3 Nummer 3 und Absatz 6 Nummer 2 SGB XI, Verträge über digitale Pflegeanwendungen und Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen, Verordnungsermächtigung 17

Zu Artikel 1 Nr. 43 e), § 78a Absatz 6a (neu) SGB XI, Verträge über digitale Pflegeanwendungen und Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen 19

Zu Artikel 1 Nr. 50, § 92c SGB XI, Verträge, Empfehlungen zu Vertragsinhalten in Verbindung mit Nr. 56, § 113 SGB XI Maßstäbe und Grundsätze, Nr. 57 c) aa), § 113b Absatz 4 Nr. 6 SGB XI, Wissenschaftliches Instrument für Qualitätsprüfungen, Nr. 60 c), § 114a Absatz 7 SGB XI Qualitätsprüfungsrichtlinien und Nr. 62 a), § 115 Absatz 1a SGB XI, Qualitätsdarstellung 21

Zu Artikel 1 Nr. 59 a), § 114 Absatz 1a neu SGB XI, Digitale Auftragserteilung von Qualitätsprüfungen, Daten- und Kommunikationsplattform 24

Zu Artikel 1, Nr. 18 Buchstabe c), § 28 neuer Absatz 5 SGB XI in Verbindung mit Artikel 2 Nr. 1 Buchstabe b), Pflegeprozessverantwortung, Nr. 2, § 15a - neu – SGB V; Behandlung durch Pflegefachpersonen, Pflegeprozessverantwortung; Artikel 4, Nr. 4, § 4a - neu – Pflegeberufegesetz; Eigenverantwortliche Heilkundeausübung, Nr. 5, § 14a - neu – Pflegeberufegesetz Standardisierte Kompetenzbeschreibungen für heilkundliche Aufgaben und Artikel 2 Nr. 12, § 73d SGB V, Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung; eigenverantwortliche Verordnung häuslicher Krankenpflege durch Pflegefachpersonen, Evaluation 26

III Ergänzender Änderungsbedarf 28

Weiterentwicklung und Modernisierung der Pflegebegutachtung 28

Medizinischer Dienst
Bund

I Vorbemerkungen

Der Medizinische Dienst Bund nimmt in Abstimmung mit den Medizinischen Diensten im Folgenden zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz (Pflegekompetenzgesetz – PKG) Stellung.

Der Medizinische Dienst Bund unterstützt grundsätzlich die Zielsetzung des vorliegenden Entwurfes, die pflegerische Versorgung durch eine Stärkung der Attraktivität des Pflegeberufes und eine Optimierung pflegerischer Versorgungsstrukturen zu verbessern. Der Medizinische Dienst Bund unterstützt zudem ausdrücklich die Kompetenzerweiterung bei Pflegefachpersonen. Seit Einführung der Pflegeversicherung hat der Medizinische Dienst mit der Pflegebegutachtung ein neues Tätigkeitsfeld für Pflegefachpersonen jenseits der praktischen Kranken- und Altenpflege etabliert und dafür die spezifische Qualifizierung zur Pflegegutachterin beziehungsweise zum Pflegegutachter entwickelt. Diese spezifische Qualifikation wird bis heute vom Medizinischen Dienst getragen und ist für seine Pflegegutachterinnen und Pflegegutachter verpflichtend.

Neben qualifizierten, kontinuierlich in der Begutachtung weitergebildeten Gutachterinnen und Gutachtern benötigt die Soziale Pflegeversicherung auch ein funktionierendes System der Begutachtung, das die Einheitlichkeit der Begutachtung, die Qualitätssicherung, Beschwerdeverfahren, Widersprüche und die kontinuierliche Weitentwicklung der Begutachtung konzeptionell, organisatorisch und finanziell garantiert, um den Ansprüchen der Versicherten gerecht zu werden. Somit ist es wesentlich, dass die Einstufung in Pflegegrade in der Verantwortung des unabhängigen Medizinischen Dienstes bleibt. So können sich die Versicherten darauf verlassen, dass ihre Begutachtung frei von Interessenkonflikten und mit hoher gutachtlicher Expertise erfolgt. Mit dem MDK-Reformgesetz wurde die Unabhängigkeit der Begutachtung durch die Medizinischen Dienste vom Gesetzgeber gestärkt. Diese unabhängige und von Interessen freie Begutachtung der Medizinischen Dienste sollte durch das Pflegekompetenzgesetz nicht in Frage gestellt werden.

Die Chance des Pflegekompetenzgesetzes liegt nach Auffassung des Medizinischen Dienstes Bund somit vielmehr darin, das fachliche Zusammenspiel zwischen Gutachterinnen und Gutachtern des Medizinischen Dienstes und den Pflegenden zu optimieren und zu intensivieren, um eine bedarfsgerechte und zeitnahe Pflegebegutachtung wirkungsvoll zu unterstützen. Der Medizinische Dienst Bund spricht sich in diesem Sinne auch ausdrücklich dafür aus, in Teilen des Pflegebegutachtungsprozesses, das Zusammenspiel von professionell Pflegenden und Begutachtenden zur Effizienzsteigerung zu optimieren. Dazu können auch Modellprojekte hilfreich sein. In diesem Zusammenhang sind auch Vorschläge zur Weiterentwicklung der Pflegebegutachtung im informellen Bereich zu erarbeiten und zu erproben. Gerade wenn keine professionelle Pflege involviert ist, ist die Pflegebegutachtung immer auch eine erste zugehende und niedrigschwellige Beratungs- und Unterstützungsmöglichkeit – nicht nur für den pflegebedürftigen Menschen selbst, sondern auch für seine pflegenden An- und Zugehörigen.

Das Vorhaben, auf der Grundlage unabhängiger wissenschaftlicher Expertise die Wirkungen des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des Begutachtungsinstruments zu untersuchen und daraus Weiterentwicklungsbedarfe für das Begutachtungsverfahren insgesamt abzuleiten, wird ausdrücklich begrüßt. Der vorgesehene Einbezug des Medizinischen Dienstes Bund von Beginn an wird befürwortet und ist unerlässlich, da dieser die Begutachtungserfahrungen der Medizinischen Dienste bündelt.

Der Medizinische Dienst Bund befürwortet, dass auch die Beratung pflegebedürftiger Menschen gestärkt werden soll - sowohl im Hinblick auf die Stärkung informeller Pflegearrangements als auch im Sinne der Förderung präventiver Potentiale. Der Medizinische Dienst stellt hier umfangreiche Expertise zur Verfügung: Die Gutach-

terinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes sind in der Regel die ersten professionellen Ansprechpersonen, wenn Pflegebedürftigkeit eingetreten ist und es darum geht, die neue Situation zu bewältigen und Hilfen und Unterstützung für den pflegebedürftigen Menschen anzubahnen. Sie stellen nicht nur fest, ob die Anspruchsvoraussetzungen eines Menschen auf Leistungen der Pflegeversicherung gegeben sind, sondern liefern mit ihrer umfassenden interessenunabhängigen Begutachtung und ihren Empfehlungen zur Prävention, Rehabilitation, Hilfsmitteln, Heilmitteln und zur Verbesserung der Pflegesituation eine Grundlage für weitere Entscheidungsprozesse anderer professioneller Akteure, wie Pflegekassen, Pflegeeinrichtungen, Kommunen.

Mit dem Pflegeunterstützungs- und –entlastungsgesetz (PUEG) wurde zudem eine Regelung eingeführt, nach der, wenn ein Verzögerungsgrund vorliegt, den die Pflegekasse nicht zu vertreten hat, die Begutachtungsfrist bis zur Beseitigung der Verzögerung unterbrochen wird. Danach läuft die Frist weiter. Die Zeit der Unterbrechung wird nicht auf die Frist angerechnet. Die Intention der Änderung war nachvollziehbar, in der Praxis hat sie sich allerdings als nicht praktikabel gezeigt. Es ist als ein Schritt in die richtige Richtung zu werten, dass der Entwurf eine gesetzliche Anpassung vorsieht, nach der in den Fällen, in denen ein durch die Pflegekasse nicht zu vertretender Verzögerungsgrund vorliegt, die 25-Tage Frist für 10 Arbeitstage gehemmt wird. Im Anschluss soll die Frist weiterlaufen. Um jedoch einen Zeitraum zu schaffen, in dem der Begutachtungsprozess auch tatsächlich praktikabel erneut organisiert und koordiniert werden kann, sollte, **statt der nun vorgesehenen 10 Arbeitstage, eine Frist von 15 Arbeitstagen vorgesehen werden**.

Insbesondere in den folgenden Punkten besteht nach Auffassung des Medizinischen Dienstes Bund Änderungsbedarf:

- Die fachliche Expertise des Medizinischen Dienstes Bund sollte bei der Erarbeitung einer Empfehlung zu einer systematischen und umfassenden Beschreibung der Aufgaben von Pflegefachpersonen, einschließlich erweiterter heilkundlicher Aufgaben, sowie bei der neuen Richtlinie gemäß § 17a SGB XI, in der festgelegt wird, über welches Qualifikationsniveau bei der Empfehlung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln die empfehlende Pflegefachperson verfügen soll, zwingend einbezogen werden.

- Die Absicht des Gesetzgebers, bei pflegebedürftigen Menschen, die professionell versorgt werden, die Kompetenzen professioneller Pflege stärker in die Pflegebegutachtung miteinzubeziehen und diese in diesem Sinne weiterzuentwickeln, ist grundsätzlich zu begrüßen. Wesentlich ist aber auch, dass auch in formellen Versorgungssettings die Pflegegradempfehlung weiter in der Verantwortung des unabhängigen Medizinischen Dienstes bleiben muss. Wie eine wirksame Verzahnung zwischen objektiver und unabhängiger Begutachtung individueller Leistungsansprüche durch den Medizinischen Dienst und professioneller Versorgungsverantwortung im Sinne einer bedarfsorientierten Versorgungsplanung pflegebedürftiger Menschen gelingen kann, sollte im Rahmen eines wissenschaftlichen Modellprojekts zunächst konzeptionell festgelegt und in einem zweiten Schritt evaluiert werden. Um Doppelarbeiten zu vermeiden, sollten dabei die Erkenntnisse aus abgeschlossenen oder bereits laufenden Modellprojekten und der zunehmende Mangel an Pflegefachpersonen im professionellen Setting berücksichtigt werden.

- Es ist klarzustellen, dass für Digitale Pflegeanwendungen (DiPA), die vornehmlich oder ausschließlich der Entlastung von pflegenden Angehörigen oder sonstigen ehrenamtlich Pflegenden dienen, auch eine Erhebung des pflegerischen Nutzens bzw. des Gesundheitsstatus der Pflegebedürftigen erforderlich ist. Für DiPA, die geeignet sind, die pflegenden Angehörigen oder sonstige ehrenamtlich Pflegende dabei zu unterstützen, die häusliche Versorgungssituation des Pflegebedürftigen zu stabilisieren, sollte ebenfalls der pflegerische Nutzen mit erhoben werden. Zudem sollte die Eignung solcher DiPA mit Entkopplung von den pflegerischen Kriterien spezifiziert werden.

- Von der Einführung einer Erprobungsphase und dem damit einhergehenden breiten Einsatz von DiPA, für die eine Prüfung von Nutzen und Schaden noch aussteht, ist grundsätzlich abzusehen. Angesichts der hohen Vulnerabilität der primären Zielpopulation der pflegebedürftigen Personen, sollten Nutzen und Schaden bereits vor Einführung einer DiPA in die Versorgung evaluiert werden.

- Der Vorschlag, Aufträge für Qualitätsprüfungen auf digitalem Weg zu erteilen, wird begrüßt. Hierzu ist ergänzend analog zur Pflegebegutachtung bidirektional eine Pflicht zur Übermittlung von Einzelaufträgen durch die Landesverbände der Pflegekassen an die Prüfdienste einerseits und zur Übermittlung der Prüfberichte durch die Prüfdienste an die Landesverbände der Pflegekassen andererseits in gesicherter elektronischer Form einzuführen. Durch die Etablierung eines flächendeckenden, einheitlichen und gesicherten elektronischen Datenaustausches zwischen Pflegekassen und Medizinischen Diensten im Kontext der Qualitätsprüfungen könnten auf Seiten der Medizinischen Dienste und der Landesverbände der Pflegekassen Effizienzsteigerungen erreicht werden. Die Einführung einer Daten- und Kommunikationsplattform ist hingegen nicht erforderlich.

Ergänzend wird vorgeschlagen, im Rahmen des Pflegekompetenzgesetzes die folgenden Sachverhalte zu regeln:

- Mit seiner Fachexpertise und in seiner Funktion als Körperschaft des öffentlichen Rechts, sollten Regelungen zur Stärkung der Pflegekompetenz sowie zu einer versichertenorientierten, zeitnahen und ressourcenschonenden Begutachtung nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen künftig durch den Medizinischen Dienst Bund angepasst werden können. Regelungen zu Art, Inhalt und Umfang des Begutachtungsverfahren sollten nicht mehr gesetzlich vorgegeben, sondern in den Begutachtungs-Richtlinien festgelegt werden, um Anpassungsbedarfe im Sinne der Versicherten bürokratiearm umzusetzen.

Medizinischer Dienst
Bund

II Stellungnahme zum Referentenentwurf

Zu Artikel 1 Nr. 2 b), § 5 Absatz 1a neu SGB XI, Leistungen der Krankenkassen zur Prävention in der häuslichen Pflege in Verbindung mit Artikel 2, Nr. 3 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

Die Pflegekassen sollen den Zugang zu Leistungen der Krankenkassen zur Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V für in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Pflegebedürftige in häuslicher Pflege unterstützen, indem sie unter Beteiligung der Pflegebedürftigen sowie, falls diese im Einzelfall an der Versorgung beteiligt sind, unter Beteiligung von ambulanten Pflegeeinrichtungen Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickeln sowie deren Umsetzung unterstützen. Dies umfasst neben einer Bedarfserhebung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen und der fachlichen Beratung zur Information und Sensibilisierung der Versicherten und ihrer Angehörigen sowie Pflegepersonen bezüglich der Möglichkeiten, die mittels Gesundheitsförderung und Prävention zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten bestehen, auch eine Präventionsempfehlung durch Pflegefachpersonen. Bedarfserhebung, Beratung und Empfehlung sollen frühestmöglich nach Feststellung der Pflegebedürftigkeit unter Berücksichtigung der Empfehlungen nach § 18b und auch während fortbestehender Pflegebedürftigkeit erfolgen.

Zudem wird durch eine Ergänzung in § 20 SGB V sichergestellt, dass die oben genannten Empfehlungen durch die Krankenkassen bei ihrer Entscheidung über eine Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention berücksichtigt werden.

Bewertung:

Die Regelung wird begrüßt, weil damit nun auch die Beratung, Aufklärung und Inanspruchnahme von präventiven Leistungen durch pflegebedürftige Menschen, die informell oder durch ambulante Pflegeeinrichtungen versorgt werden, gefördert wird. Im besten Falle sind dies Menschen, die noch vergleichsweise selbständig ihren Alltag bewältigen können und somit in einem besonderen Maße von präventiven Leistungen mit dem Ziel der Vermeidung oder Verzögerung des Eintritts von Pflegebedürftigkeit profitieren können. Die Pflegebegutachtung liefert für die Initiierung und Umsetzung präventiver Maßnahmen eine wichtige Grundlage. Um den Ansatz der Prävention noch besser unterstützen zu können, wollen die Medizinischen Dienste die Pflegebegutachtung künftig Setting-orientiert ausgestalten, damit insbesondere Pflegearrangements ohne professionelle Pflege gestärkt werden können. Um insgesamt die Nachfrage nach Pflegeleistungen zu reduzieren, sind jedoch auch die präventiven und rehabilitativen Potenziale alt werdender Menschen, die noch nicht pflegebedürftig sind, weiter zu fördern.

Die Ergänzung In § 20 Absatz 5 Satz 2 SGB V wird ebenso ausdrücklich begrüßt, da damit die Umsetzung ausgesprochener Präventionsempfehlungen gefördert wird.

Medizinischer Dienst
Bund

Zu Artikel 1 Nr. 6 b), § 8 Absatz 3c neu SGB XI, Wissenschaftliche Expertisen zur konkreten Ausgestaltung der Inhalte von pflegerischen und heilkundlichen Leistungen

Auf der Grundlage einer umfassenderen fachlichen Klärung der Aufgaben von Pflegefachpersonen in der Versorgung soll geprüft werden, ob über die Regelungen des Pflegekompetenzgesetzes hinaus perspektivisch weitergehende gesetzliche Änderungen zur Klarstellung und ggf. Erweiterung der Aufgaben von Pflegefachpersonen in der Versorgung sinnvoll und möglich sind. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird gemeinsam mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen verpflichtet, wissenschaftliche Expertisen zu beauftragen, deren Ergebnis ein sektorenübergreifender Katalog der Aufgaben von Pflegefachpersonen auf Grundlage vorhandener Qualifikationen ist.

Bewertung:

An der Erarbeitung einer Empfehlung zu einer systematischen und umfassenden Beschreibung der Aufgaben von Pflegefachpersonen, einschließlich erweiterter heilkundlicher Aufgaben (sog. Muster-Scope of Practice) ist auch die Expertise des Medizinischen Dienstes Bund einzubeziehen.

Änderungsvorschlag:

§ 8 Absatz 3c – neu – SGB XI wird wie folgt gefasst:

„(3c) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen fördert gemeinsam mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen wissenschaftliche Expertisen zur konkreten Ausgestaltung und Weiterentwicklung der Inhalte von Leistungen nach diesem und nach dem Fünften Buch, die durch Pflegefachpersonen jeweils abhängig von ihren Kompetenzen erbracht werden können. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und unter Beteiligung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend nach Anhörung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene die Dauer, Inhalte das Nähere zur Durchführung von wissenschaftlichen nach Satz 1. Die Beauftragung der Erstellung wissenschaftlicher Expertisen erfolgt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit unter Beteiligung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Bei der Beauftragung der Erstellung wissenschaftlicher Expertisen sowie bei ihrer Durchführung ist sicherzustellen, dass die Auftragnehmer die fachliche Expertise der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene und des Medizinischen Dienstes Bund in geeigneter Art und Weise einbeziehen. Weitere relevante Fachexpertinnen und Fachexperten sowie Fachorganisationen sollen an der Erstellung der Expertisen beteiligt werden. Für die Umsetzung der Aufgaben nach den Sätzen 1 bis 4 werden dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung für die Jahre 2025 bis 2030 Fördermittel von insgesamt zehn Millionen Euro bereitgestellt. Die gesetzlichen Krankenkassen tragen an den Ausgaben für die Fördermittel einen Anteil von 50 Prozent; § 150 Absatz 4 Satz 3 und 4 gilt entsprechend. Das Nähere über das Verfahren zur Auszahlung der Mittel regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen sowie der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung.“

Zu Artikel 1 Nr. 12, § 15 Absatz 8 neu SGB XI, Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

Mit dem geplanten Absatz 8 wird der Spitzenverband Bund der Pflegekassen verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit zum 30. Juni 2026 einen Bericht zu Erfahrungen und Wirkungsweisen des Begutachtungsinstruments nach dem geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriff sowie zu Gründen und Ursachen des seit 2017 zu beobachtenden Anstiegs der Zahl der Pflegebedürftigen vorzulegen.

Bewertung:

Die Erfahrungen der Medizinischen Dienste zeigen, dass das Begutachtungsinstrument grundsätzlich funktioniert, denn es bildet eins-zu-eins den auf einem breiten Konsens 2017 in die Pflegeversicherung eingeführten Pflegebedürftigkeitsbegriff ab. Die Einführung 2017 war für alle Beteiligten ein Kraftakt. Stand heute sind abermals Anstrengungen notwendig, um das Erreichte auch für die Zukunft zu sichern. Wir befinden uns in einer Situation, in der die Folgen tiefgreifender Krisen deutlich werden. Zuvorderst ist hier der demografischen Strukturwandel zu nennen, der in den nächsten Jahren kaum einen anderen Bereich so hart treffen wird, wie die pflegerische Langzeitversorgung.

Vor diesem Hintergrund sind Maßnahmen notwendig, die auch mittel- und langfristig eine qualitativ hochwertige und fristgerechte Begutachtungspraxis der Medizinischen Dienste sicherstellen. Der Medizinische Dienst Bund begrüßt das Vorhaben des Gesetzgebers, auf der Grundlage unabhängiger wissenschaftlicher Expertise die Wirkungen des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des Begutachtungsinstruments zu untersuchen und daraus Weiterentwicklungsbedarfe für das Begutachtungsverfahren insgesamt abzuleiten.

Mit Blick auf eine Analyse des Anstiegs der Zahl pflegebedürftiger Menschen seit Einführung des Begutachtungsinstruments ist es notwendig, pflegebiographische Verläufe genauer zu untersuchen und insbesondere das Thema Antragsverhalten in den Blick zu nehmen. Analysen des Medizinischen Dienstes Bund und der Medizinischen Dienste haben gezeigt, dass allein auf der Grundlage der demografischen Vorausberechnungen die Entwicklung der Antragszahlen und des Begutachtungsaufkommens nicht sicher prognostiziert werden kann und hier mehrere Ursachen eine Rolle spielen, die es insbesondere auch in ihrem Zusammenspiel zu eruieren gilt. Die Expertise und Vorarbeiten des Medizinischen Dienstes Bund sind im Rahmen der geplanten Evaluation miteinzubeziehen. Das ist insbesondere vor dem Hintergrund des gemäß § 18e durchzuführenden Modellprojekts sinnvoll.

Mit der Evaluation sollen auch grundlegende Aspekte der Bewertungssystematik des Begutachtungsinstruments angesprochen werden, wie etwa die Festlegung der Schwellenwerte je Pflegegrad. Wie auch in vorangegangenen Projekten sollte ein Beirat eingerichtet werden, der die Arbeiten im Evaluationsprojekt begleitet – insbesondere vor dem Hintergrund möglicher leistungsrechtlicher bzw. sozialpolitischer Implikationen, die mit dem Evaluationsprojekt verbunden sein werden.

Änderungsvorschlag:

„(8) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt gemeinsam mit dem Medizinischen Dienst Bund dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2026 unter Beteiligung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. einen unter unabhängiger wissenschaftlicher Begleitung zu erstellenden Bericht zu den Erfahrungen der Pflegekassen und der Medizinischen Dienste mit dem Begutachtungsinstrument nach den Absätzen 1 bis 7 einschließlich der Wirkungsweisen zur Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit hinterlegten Bewertungssystematik und zu möglichen Weiterentwicklungen vor. In dem Bericht ist auch die Entwicklung der

Zahl der Pflegebedürftigen seit 2017 unter Berücksichtigung insbesondere von medizinisch-pflegerischen Aspekten, demographischen Faktoren und sozioökonomischen Einflüssen auf wissenschaftlicher Grundlage zu untersuchen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen kann hierfür Mittel nach § 8 Absatz 3 einsetzen.“

Medizinischer Dienst
Bund

Zu Artikel 1 Nr. 14, § 17a neu SGB XI, Richtlinien zur Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln nach § 40 Absatz 6 in Verbindung mit Artikel 1 Nr. 25 b), § 40 Absatz 6 SGB XI, Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird beauftragt, seine Richtlinien nach § 17a (bisher § 40 Absatz 6 Satz 6) bis zum 31. Dezember 2026 inhaltlich zu überarbeiten. Bei der Prüfung des Katalogs an Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln, die von einer Empfehlung durch Pflegefachpersonen umfasst sein können, sollen zukünftig insbesondere die unterschiedlichen Qualifikationsniveaus der empfehlenden Pflegefachpersonen Berücksichtigung finden.

Ergänzend wird die in § 40 Absatz 6 SGB XI vorgesehene Möglichkeit, dass bei vorliegender Empfehlung einer Pflegefachperson für ein Pflegehilfsmittel und Hilfsmittel die Notwendigkeit der Versorgung vermutet wird, ausgeweitet, so dass auch für weitere Bereiche der Entscheidung der Pflegefachperson (vorbehaltlich der Prüfung der Wirtschaftlichkeit) eine fachliche Letztverbindlichkeit zugesprochen wird.

Bewertung:

Es ist ausdrücklich zu begrüßen, dass in der Richtlinie gemäß § 17a SGB XI zukünftig festgelegt wird, über welches Qualifikationsniveau bei der Empfehlung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln die empfehlende Pflegefachperson verfügen soll. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass dieser Empfehlung eine fachliche Letztverbindlichkeit zukommt.

Der Medizinische Dienst Bund bündelt sowohl technische Expertise als auch Expertise im Kontext der Pflegebegutachtung und der Empfehlung von Hilfsmitteln sowie Pflegehilfsmitteln. Diese Kompetenzen sind nicht nur bei der Evaluation nach § 40 Absatz 6 SGB XI, sondern auch bei der Prüfung des Katalogs an Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln, die von einer Empfehlung durch Pflegefachpersonen umfasst sein können und bei der Festlegung der erforderlichen Qualifikationsniveaus / Kompetenzen der Pflegefachpersonen, zu berücksichtigen.

Änderungsvorschlag:

§ 17a - neu – Absatz 1 SGB XI wird wie folgt gefasst:

„(1) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt bis zum 31. Dezember 2026 unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund in Richtlinien fest,

1. in welchen Fällen und für welche Pflegehilfsmittel und Hilfsmittel, die den Zielen von § 40 Absatz 1 Satz 1 dienen, die Notwendigkeit oder Erforderlichkeit der Versorgung mit Pflegehilfsmitteln oder Hilfsmitteln, die von Pflegefachpersonen gestaffelt nach Qualifikationsniveau, empfohlen werden, nach § 40 Absatz 6 Satz 2 vermutet wird, sowie
2. das Nähere zum Verfahren der Empfehlung gemäß § 40 Absatz 6 durch die Pflegefachperson bei der Antragstellung.
Dabei ist, soweit entsprechende Qualifikationsniveaus und Hilfsmittel betroffen sind, der Inhalt des Vertrags nach § 73d Absatz 1 des Fünften Buches zu beachten. Den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung über die Inhalte der Richtlinien Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen."

Zu Artikel 1, Nr. 16, § 18c Absatz 5 Satz 4 SGB XI Entscheidung über den Antrag, Fristen

Mit dem Pflegeunterstützungs- und –entlastungsgesetz (PUEG) wurde eine Regelung eingeführt, nach der, wenn ein Verzögerungsgrund vorliegt, den die Pflegekasse nicht zu vertreten hat, die Begutachtungsfrist bis zur Beseitigung der Verzögerung unterbrochen wird. Danach läuft die Frist weiter. Die Zeit der Unterbrechung wird nicht auf die Frist angerechnet. Die Neufassung ergänzt die bestehende Regelung, indem sie für die Fälle, in denen eine erneute Terminierung der Begutachtung erforderlich wird, eine zusätzliche Fristenhemmung von 10 Arbeitstagen vorsieht, die für die Durchführung der noch ausstehenden Begutachtung genutzt werden kann.

Bewertung:

Die Mehrzahl der Begutachtungen erfolgt zwischen dem 18. und dem 23. Tag der insgesamt 25-tägigen Begutachtungsfrist. Hintergrund ist, dass im Vorfeld einer Begutachtung der Einsatz der Gutachterinnen und Gutachter sowie ihre Routen wirtschaftlich geplant und die Versicherten per Post über den Termin in Kenntnis gesetzt werden müssen. Zudem ist sicherzustellen, dass die Versicherten zu dem Begutachtungstermin ihre Angehörigen und den ggf. beauftragten Pflegedienst hinzuziehen können.

Wird der vorgesehene Begutachtungstermin daraufhin abgesagt, muss der beschriebene Prozess neu beginnen, lässt sich in den verbleibenden Tagen der 25-Tage Frist jedoch oftmals nicht mehr vollständig umsetzen. Auch mit Hintergrund der verlängerten Postzustellung nach Inkrafttreten des neuen Postgesetzes sowie für die Planungen bei Versicherten, ihren Angehörigen und ggf. dem beauftragten Pflegedienst, ist eine derart kurze Frist zur Vorbereitung auf den neuen Begutachtungstermin kaum realisierbar.

Es ist daher als ein Schritt in die richtige Richtung zu werten, dass der Entwurf hier nun eine gesetzliche Anpassung vorsieht, nach der in den Fällen, in denen ein durch die Pflegekasse nicht zu vertretender Verzögerungsgrund vorliegt, die 25-Tage Frist für 10 Arbeitstage gehemmt wird. Im Anschluss soll die Frist weiterlaufen. Um jedoch einen Zeitraum zu schaffen, in dem der Begutachtungsprozess auch tatsächlich praktikabel erneut organisiert und koordiniert werden kann, sollte, **statt der nun vorgesehenen 10 Arbeitstage, eine Frist von 15 Arbeitstagen vorgesehen werden**.

Darüber hinaus wird die Forderung des GKV-Spitzenverbandes nach Klarstellung, ab wann die Pflegekasse 70 Euro an den Antragsteller zu zahlen hat, geteilt.

Änderungsvorschlag:

§ 18c Absatz 5 SGB XI wird wie folgt gefasst:

„(5) Erteilt die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrags oder wird eine der in § 18a Absatz 5 und 6 genannten verkürzten Fristen nicht eingehalten, hat die Pflegekasse nach ~~Fristablauf~~ Abschluss des Verwaltungsverfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung unverzüglich 70 Euro an den Antragsteller zu zahlen. Dies gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder wenn sich der Antragsteller in vollstationärer Pflege befindet und bereits bei ihm mindestens erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (mindestens Pflegegrad 2) festgestellt sind. Entsprechendes gilt für die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen. Liegt ein Verzögerungsgrund vor, den die Pflegekasse nicht zu vertreten hat, so ist der Lauf der Frist nach Satz 1 so lange gehemmt,

bis der Verzögerungsgrund weggefallen ist. Wird durch den Eintritt des Verzögerungsgrundes eine erneute Terminierung der Begutachtung erforderlich, so ist der Lauf der Frist bis zum Ablauf von ~~zehn~~ 15 Arbeitstagen nach Kenntnis des Medizinischen Dienstes oder der Pflegekasse über den Wegfall des Verzögerungsgrundes gehemmt. Die Frist nach Satz 1 beginnt mit der Antragstellung gemäß § 33 Absatz 1. Der Lauf der Frist von 25 Arbeitstagen nach Satz 1 bleibt von einer Entscheidung der Pflegekasse nach Absatz 1 Satz 2 unberührt. Die Pflegekasse hat den Antragsteller nach Eingang seines Antrags nach § 33 Absatz 1 Satz 1 auf die Frist für ihre Entscheidung sowie die verkürzten Begutachtungsfristen und die Folgen der Nichteinhaltung der Fristen hinzuweisen."

Zu Artikel 1 Nr. 17a), § 18e Absatz 1 SGB XI, Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung durch Modellvorhaben, Studien und wissenschaftliche Expertisen

Redaktionelle Klarstellung, die es dem Medizinischen Dienst Bund und den Medizinischen Diensten ermöglicht, Durchführungsvereinbarungen zu Modellvorhaben, Studien und wissenschaftlichen Expertisen zur Weiterentwicklung der ihnen nach den §§ 18 bis 18b zugewiesenen Aufgaben rechtssicher auch mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen abschließen zu können.

Bewertung:

Die Klarstellung wird begrüßt.

Der Referentenentwurf enthält zudem bereits wichtige Schritte zur Weitentwicklung des Begutachtungsverfahrens und der damit verbundenen Prozesse. Vor dem Hintergrund der aktuellen Herausforderungen, dem wachsenden Fachkräftemangel bei gleichzeitig steigender Zahl an Pflegebedürftigen, sind hier jedoch zusätzliche Regelungen erforderlich.

Hierbei sollte die Rolle des Medizinischen Dienstes Bund als unabhängige Organisation von Fachexpertinnen und -experten weiter gestärkt werden. Das Abschließen einer Vereinbarung mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen sollte daher bei Modellprojekten, die ausschließlich die Aufgaben der Medizinischen Dienste im Rahmen der Pflegebegutachtung betreffen, nicht erforderlich sein Eine gute Zusammenarbeit mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und den Pflegekassen ist hier auch weiterhin wesentlich.

Darüber hinaus wird insbesondere die Einbindung und Nutzung digitaler und technischer Möglichkeiten (einschließlich KI-Anwendungen) in der Pflegebegutachtung zu verfolgen sein. Hierfür ist aufgrund der hohen Spezifität des Themas eine gute Vorbereitung potenzieller Modellvorhaben und -projekte notwendig. Auch in diesen Fällen sollte es ermöglicht werden, dass der Medizinische Dienst Bund unabhängige wissenschaftliche Expertise beauftragen kann, ohne eine Vereinbarung mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zu schließen.

Darüber hinaus wird angeregt, Fördermittel, die im jeweiligen Kalenderjahr nicht in Anspruch genommen worden sind, in das jeweilige Folgejahr zu übertragen.

Änderungsvorschlag:

§ 18e Absatz 1 SGB XI wird wie folgt gefasst:

„(1) Der Medizinische Dienst Bund und die Medizinischen Dienste können Modellvorhaben, Studien und wissenschaftliche Expertisen zur Weiterentwicklung der den Medizinischen Diensten nach den §§ 18 bis 18b zugewiesenen Aufgaben durchführen. Für die Durchführung ist eine Vereinbarung mit den Pflegekassen erforderlich. Satz 2 findet keine Anwendung bei Modellprojekten, die ausschließlich die Aufgaben der Medizinischen Dienste im Rahmen der Pflegebegutachtung betreffen.“

In § 18e SGB XI wird nach Absatz 1 ein neuer Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Sofern wissenschaftliche Grundlagen, zum Beispiel in Form von Gutachten und wissenschaftlichen Expertisen zur Vorbereitung der in Absatz 1 genannten Vorhaben zur Weiterentwicklung der den Medizinischen Diensten nach den §§ 18 bis 18b zugewiesenen Aufgaben notwendig sind, kann der Medizinische Dienst Bund hierfür Mittel gemäß Absatz 3 verwenden. Absatz 1 Satz 2 findet keine Anwendung.”

§ 18 e Absatz 3 SGB XI wird wie folgt gefasst:

„(3) Für die Beauftragung und Durchführung der Modellvorhaben, der Studien und der wissenschaftlichen Expertisen kann der Medizinische Dienst Bund aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung bis zu 500 000 Euro im Kalenderjahr nutzen. Das Nähere über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Fördermittel regeln der Medizinische Dienst Bund und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung. Die Fördermittel, die im jeweiligen Kalenderjahr nicht in Anspruch genommen worden sind, erhöhen das Fördervolumen im Folgejahr."

Zu Artikel 1 Nr. 14 b), § 18e Absatz 6 SGB XI, Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung durch Modellvorhaben, Studien und wissenschaftliche Expertisen

Der Medizinische Dienst Bund soll bis zum 30. Juni 2026 fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige mit der Durchführung eines Modellprojekts beauftragen; bis spätestens 30. Juni 2028 soll der Abschlussbericht dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt werden. In dem Projekt sollen neben der Übernahme von Aufgaben im Rahmen des Pflegebegutachtungsverfahrens durch in der Versorgung tätige Pflegefachpersonen und möglichen Formen der Zusammenarbeit von Pflegefachpersonen und Medizinischem Dienst ebenfalls geprüft werden, welche Voraussetzungen für eine solche Zusammenarbeit ggf. bestehen.

Bewertung:

Die Absicht des Gesetzgebers, bei pflegebedürftigen Menschen, die professionell versorgt werden, die Kompetenzen professioneller Pflege stärker in die Pflegebegutachtung miteinzubeziehen und diese in diesem Sinne weiterzuentwickeln, ist grundsätzlich zu begrüßen. Zum einen verfügt professionelle Pflege über die für eine Objektivierung eines individuellen Leistungsanspruchs notwendigen Informationen. Zum anderen gehört es zu den Aufgaben professioneller Pflege, die Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen kontinuierlich zu evaluieren und positiv zu beeinflussen. Dem wird entsprechend mit der Neufassung von § 15a SGB V, § 64d SGB V bzw. § 73d SGB V, § 17a SGB XI i.V.m. § 40 SGB XI Absatz 6 im vorliegenden Entwurf Rechnung getragen.

Wesentlich ist, dass auch in formellen Versorgungssettings die Pflegegradempfehlung weiter in der Verantwortung des unabhängigen Medizinischen Dienstes bleiben muss. So können sich die versicherten Menschen darauf verlassen, dass die Begutachtung objektiv und frei von Interessenkonflikten und mit hoher gutachtlicher Expertise erfolgt. Wie eine wirksame Verzahnung zwischen objektiver und unabhängiger Begutachtung individueller Leistungsansprüche durch den Medizinischen Dienst und professioneller Versorgungsverantwortung im Sinne einer bedarfsorientierten Versorgungsplanung pflegebedürftiger Menschen gelingen kann, sollte im Rahmen eines wissenschaftlichen Modellprojekts zunächst konzeptionell festgelegt und in einem zweiten Schritt evaluiert werden.

Um unnötige Doppelarbeiten zu vermeiden, sollten auf jeden Fall die Erkenntnisse aus abgeschlossenen oder bereits laufenden Modellprojekten berücksichtigt werden können.

Der Medizinische Dienst Bund hat hierzu gemeinsam mit den Medizinischen Diensten und unter Einbezug unabhängiger wissenschaftlicher Expertise und in Abstimmung mit dem GKV-Spitzenverband ein Studienkonzept für ein Modellprojekt erarbeitet, das zeitnah umgesetzt werden kann und dessen Ergebnisse bereits im Jahr 2027 vorgelegt werden können. Das Modellprojekt greift nicht nur die Absicht des Gesetzgebers auf, professionelle Pflege stärker in die Pflegebegutachtung einzubinden. Vorgesehen ist auch, die Pflegebegutachtung für informelle Pflegearrangements weiterzuentwickeln, z. B. im Hinblick auf den Umgang mit den Empfehlungen der MD zum Erhalt und zur Förderung der Selbständigkeit. Hier sind Synergien zwischen den beteiligten Akteuren zu schaffen, damit auch ohne professionelle Pflege eine gute Versorgung pflegebedürftiger Menschen gelingt.

Medizinischer Dienst Bund

Äderungsvorschlag:

§ 18e Absatz 6 SGB XI wird wie folgt gefasst:

„(6) Der Medizinische Dienst Bund beauftragt bis zum 30. Juni 2026 fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige mit der Durchführung eines Modellprojekts nach den Absätzen 1 bis 5. In dem Modellprojekt ist zu prüfen,
1. unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang Pflegefachpersonen, die Leistungen nach diesem oder nach dem Fünften Buch erbringen, hinsichtlich der von ihnen versorgten Personen nach § 18 mit der Übernahme von Aufgaben im Rahmen des Begutachtungsverfahrens nach den §§ 18a, 18b und 142a beauftragt werden können,
2. ob und inwieweit sich die Feststellungen und Empfehlungen im Rahmen der Begutachtung zum Pflegegrad der in der Versorgung tätigen Pflegefachpersonen bezogen auf vergleichbare Gruppen von Pflegebedürftigen von den gutachterlichen Feststellungen und Empfehlungen des Medizinischen Dienstes, ~~insbesondere hinsichtlich des festzustellenden Pflegegrads~~, unterscheiden und
3. ob die Einbindung von Pflegefachpersonen, die Leistungen nach diesem oder nach dem Fünften Buch erbringen, zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit und die Empfehlung ~~eines Pflegegrads~~ zum Pflegebedarf ~~sowie weitere Feststellungen und Empfehlungen durch Pflegefachpersonen~~ zukünftig regelhaft erfolgen sollen und wie die regelhafte Durchführung von Feststellungen und Empfehlungen zur Pflegebedürftigkeit durch in der Versorgung tätige Pflegefachpersonen zukünftig ~~umgesetzt werden kann, insbesondere~~ in die Feststellung des Pflegegrades durch die Medizinischen Dienste eingebunden werden, insbesondere
a) für welche Antrags- und Versorgungssituationen eine Übernahme von Aufgaben im Sinne von Nummer 1 in Betracht käme,
b) welche nach § 18b zu treffenden Feststellungen und Empfehlungen für welche Gruppen von Pflegebedürftigen durch in der Versorgung tätige Pflegefachpersonen getroffen werden könnten und
c) welche Veränderungen im Verfahren der Begutachtung unter Bezugnahme auf die Richtlinien nach § 17 Absatz 1 Satz 1 dafür erforderlich wären; es ist gesondert darauf einzugehen, wie die Begutachtung neutral und unabhängig erfolgen kann.

Die Erkenntnisse aus abgeschlossenen oder bereits begonnenen Modellprojekten können im Benehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit auf das Modellprojekt nach den vorgenannten Nummern anerkannt werden.

Die Medizinischen Dienste sind bei der Durchführung des Modellprojekts zu beteiligen. Der Medizinische Dienst Bund hat einen Projektbericht und einen Abschlussbericht zu verfassen. Der Projektbericht und etwaige Zwischenberichte sind dem Bundesministerium für Gesundheit jeweils innerhalb eines Monats nach Fertigstellung vorzulegen. Der Abschlussbericht hat eine abschließende und begründete Empfehlung zu beinhalten und ist dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2028 vorzulegen.“

Zu Artikel 1 Nr. 43 b) und d), § 78a Absatz 4 Satz 3 Nummer 3 und Absatz 6 Nummer 2 SGB XI, Verträge über digitale Pflegeanwendungen und Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen, Verordnungsermächtigung

Die Ergänzung in § 78a Absatz 4 Satz 3 Nummer 3 sieht vor, dass der Hersteller alternativ zum Nachweis eines pflegerischen Nutzens den Nachweis erbringen kann, dass die digitale Pflegeanwendung (DiPA) nach § 40a Absatz 1a Satz 1 geeignet ist. Nach § 40a Absatz 1a Satz 1 sind DiPA auch solche Anwendungen, die pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtlich Pflegende unterstützen, die häusliche Versorgungssituation des Pflegebedürftigen zu stabilisieren oder pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtlich Pflegende zu entlasten.

Die Ergänzung in § 78a Absatz 6 Nummer 2 sieht entsprechend vor, dass durch Rechtsverordnung das Nähere zu der Geeignetheit der DiPA nach § 40a Absatz 1a Satz 1 geregelt wird.

In der Begründung wird zu § 78a Absatz 4 Satz 3 Nummer 3 ausgeführt, dass der Nachweis des Herstellers über den pflegerischen Nutzen einer DiPA, die allein auf die Entlastung häuslich Pflegender ausgerichtet ist, entbehrlich sei. Dies gelte auch für DiPA, die auf die Unterstützung häuslich Pflegender ausgerichtet und dadurch (laut § 40a Absatz 1a Satz 1) geeignet sind, die häusliche Versorgungssituation des Pflegebedürftigen zu stabilisieren. Dabei wird unterstellt, dass sich in diesen Fällen positive oder förderliche Wirkungen bei der pflegebedürftigen Person einstellen.

Bewertung:

Es ist grundsätzlich zu begrüßen, DiPA entsprechend den ergänzenden Regelungen in § 40a SGB XI auf solche Anwendungen zu erweitern, die primär auf die Unterstützung von pflegenden Angehörigen und ehrenamtlich Pflegenden ausgerichtet sind. In der Folge sind auch die Ergänzungen in § 78a Absatz 4 Satz 3 Nummer 3 und Absatz 6 Nummer 2 SGB XI grundsätzlich nachvollziehbar. Es stellt sich jedoch die Frage, ob die leistungsrechtliche Zuordnung im SGB XI, sofern die Regelung ausschließlich auf Nutzen für Pflegepersonen zielt, sachgerecht ist und hier nicht vielmehr eine Leistungspflicht im SGB V zu verorten wäre.

Sofern eine leistungsrechtliche Zuordnung im SGB XI als sachgerecht eingestuft werden kann, sollte bei DiPA, die vornehmlich oder ausschließlich der Entlastung von pflegenden Angehörigen oder sonstigen ehrenamtlich Pflegenden dienen, auch eine Erhebung des pflegerischen Nutzens bzw. des Gesundheitsstatus der Pflegebedürftigen erfolgen. Denn es ist anhand geeigneter Daten sicherzustellen, dass eine Entlastung von pflegenden Angehörigen oder sonstigen ehrenamtlich Pflegenden nicht mit einem pflegerischen bzw. gesundheitlichen Nachteil für die Pflegebedürftigen einhergeht.

Schließt die Zielgruppe der DiPA (auch) die pflegebedürftigen Personen ein oder sind diese unmittelbar von der Anwendung der DiPA durch die pflegenden Angehörigen oder ehrenamtlich Pflegenden betroffen, ist die Erhebung eines pflegerischen Nutzens, einschließlich möglicher Risiken und Schäden für die pflegebedürftige Person, unentbehrlich. Dazu zählt auch die Unterstützung von häuslich Pflegenden, um die häusliche Versorgungssituation des Pflegebedürftigen zu stabilisieren. Dies wird in § 9 der bestehenden Digitalen Pflegeanwendungen-Verordnung (DiPAV) ebenfalls als pflegerischer Nutzen eingeordnet.

In der neuen Regelung wird für DiPA, die geeignet sind, als DiPA häuslich Pflegende zu unterstützen, die häusliche Versorgungssituation zu stabilisieren, kein Nachweis eines pflegerischen Nutzens gefordert. Die Verknüpfung mit den Kriterien für das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit ist nach der neuen Regelung in § 40a nicht mehr erforderlich. Es ist unklar, wie die neue Regelung von dem pflegerischen Nutzen nach § 9 Absatz 3 DiPAV

abzugrenzen ist. Die Entkopplung der Stabilisierung der häuslichen Versorgungssituation von den pflegerischen Kriterien ist nicht schlüssig und sollte spezifiziert werden. Die Stabilisierung der häuslichen Versorgungssituation hat unmittelbare Relevanz für die pflegedürftige Person. Die fehlende Berücksichtigung des pflegerischen Nutzens erscheint daher nicht angemessen und birgt vor allem die Gefahr, dass mögliche Risiken und Nachteile für die Pflegebedürftigen in Form patientenrelevanter Endpunkte nicht adressiert werden.

Die Anforderungen an Studien zu DiPA, die ausschließlich die Entlastung für pflegende Angehörige und ehrenamtlich Pflegende adressieren, sollten den gleichen Anforderungen unterliegen, die für Studien zum Nachweis eines pflegerischen Nutzens gemäß § 11 Digitale Pflegeanwendungen-Verordnung (DiPAV) gelten.

Änderungsvorschlag:

Es ist eingehend zu prüfen, ob eine Regelung, die ausschließlich auf Pflegepersonen zielt, leistungsrechtlich dem SGB XI sachgerecht zuzuordnen ist. Gegebenenfalls ist der § 40a Absatz 1a Satz 1 SGB XI entsprechend anzupassen.

Es ist klarzustellen, dass für Digitale Pflegeanwendungen (DiPA), die vornehmlich oder ausschließlich der Entlastung von pflegenden Angehörigen oder sonstigen ehrenamtlich Pflegenden dienen, auch eine Erhebung des pflegerischen Nutzens bzw. des Gesundheitsstatus der Pflegebedürftigen erforderlich ist.

Zudem sollte die Eignung solcher DiPA mit Entkopplung von den pflegerischen Kriterien spezifiziert werden. Diese Spezifizierungen würden entsprechend auch die Ausführungen in § 40a Absatz 1a Satz 1 SGB XI betreffen.

Zu Artikel 1 Nr. 43 e), § 78a Absatz 6a (neu) SGB XI, Verträge über digitale Pflegeanwendungen und Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen

Die Regelung im neu eingefügten Absatz 6a sieht vor, dass der Hersteller nach § 78a Absatz 4 für die digitale Pflegeanwendung (DiPA) eine Erprobung für bis zu 12 Monate beantragen kann, wenn der Nachweis eines pflegerischen Nutzens oder die Geeignetheit nach § 40a Absatz 1a Satz 1 noch nicht möglich ist.

Der Hersteller hat dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte spätestens nach Ablauf des Erprobungszeitraums den Nachweis des pflegerischen Nutzens oder den Nachweis der Geeignetheit nach § 40a Absatz 1a Satz 1 vorzulegen.

In der Begründung wird ausgeführt, dass die neue Regelung der entsprechenden Erprobungsvorschrift für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) in § 139e Absatz 4 SGB V nachgebildet ist. Die Preisfindung soll auch für den Zeitraum der Erprobung durch Verhandlungen mit den Kostenträgern erfolgen.

Die Vergütungsvereinbarungen sollen gemäß § 78 Absatz 1 Satz 2 und § 40a Absatz 2 Satz 1 ab dem vereinbarten Zeitpunkt gelten.

Bewertung:

Der Einsatz einer DiPA, die primär oder auch die Zielgruppe pflegebedürftiger Personen adressiert, ist im Rahmen einer Erprobungsphase, in der Nachweise für einen Nutzen oder auch Hinweise auf einen Schaden (noch) nicht vorliegen, als sehr kritisch anzusehen. Es handelt sich bei der betroffenen Zielgruppe der pflegebedürftigen Personen um einen besonders vulnerablen Personenkreis. Es besteht die Gefahr einer pflegerischen Unter- oder Fehlversorgung durch die Anwendung einer DiPA, deren Nutzen nach Abschluss der Erprobungsphase nicht gezeigt wird. Zudem ist auch das Auftreten von Risiken und unerwünschten Ereignissen nicht auszuschließen, die während der Erprobungsphase noch nicht absehbar, sondern erst mit Generierung der Evidenz zur dauerhaften Aufnahme der DiPA sichtbar werden. Dies beträfe einen nicht unerheblichen Teil an versicherten pflegedürftigen Personen. Im vorliegenden Referentenentwurf werden Pflegebedürftige adressiert, die zu Hause von pflegenden Angehörigen oder sonstigen ehrenamtlich Pflegenden unterstützt werden. Insgesamt gibt es ungefähr 5,7 Millionen Pflegebedürftige in Deutschland, davon werden etwa 67 % zu Hause von Angehörigen oder sonstigen ehrenamtlich Pflegenden versorgt[1]. Die Zielgruppe erscheint im Vergleich zu den Zielgruppen der meisten gelisteten DiGA deutlich größer.

Aus dem Bereich der DiGA ist darüber hinaus bekannt, dass von den 57 derzeit endgültig beschiedenen Produkten nur 44 dauerhaft in das DiGA-Verzeichnis aufgenommen wurden und ein relevanter Anteil, nämlich 13 DiGA, dauerhaft gestrichen wurden. Die gestrichenen DiGA erfüllten, trotz positiver Prüfung auf vorläufige Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis, nicht den erwarteten positiven Versorgungseffekt nach Abschluss der Erprobungsphase oder Hersteller veranlassten ohne Nennung von Gründen die Streichung der DiGA aus dem Verzeichnis. Dies verdeutlicht, dass fast jede vierte DiGA, zu der ein endgültiger Bescheid vorliegt, den Anforderungen des BfArM am Ende der Erprobungszeit nicht genügt. Personen, die die DiGA während der Erprobung verwendeten, nutzten ein Medizinprodukt, welches keinen positiven Versorgungseffekt besitzt. Eine Unter- und Fehlversorgung ist in diesen Fällen nicht auszuschließen.

[1] https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Hintergruende-Auswirkungen/demografie-pflege.html

Von der Einführung einer Erprobungsphase und dem damit einhergehenden breiten Einsatz von DiPA mit der Zielgruppe pflegebedürftiger Personen, für die eine Prüfung von Nutzen und Schaden noch aussteht, ist daher grundsätzlich abzuraten.

Darüber hinaus ist es nicht nachvollziehbar, wie eine Preisfindung bereits für den Erprobungszeitraum erfolgen kann, ohne dass evidenzbasierte Nachweise zum Nutzen vorliegen. Evidenzbasierte Nutzen- und Schadensabwägungen sind elementare Bestandteile einer Vergütung durch die Versichertengemeinschaft. Liegen solche Nachweise noch nicht vor, da sich das betreffende Produkt noch in der Erprobungsphase befindet, so können in die Verhandlung zu Erstattungsbeträgen keine evidenzbasierten Aussagen zur betreffenden DiPA einbezogen werden. Dies steht den allgemeinen Grundsätzen einer evidenzbasierten bzw. gemäß § 12 Absatz 1 SGB V ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung entgegen.

Das vorgeschlagene Vorgehen würde auch den Regelungen zu DiGA entgegenstehen. So wird bei der Vereinbarung des Vergütungsbetrages einer DiGA gemäß § 134e Absatz 4 und 5 SGBV berücksichtigt, ob und inwieweit ein positiver Versorgungseffekt während der Erprobungsphase oder bereits zur Antragstellung auf finale Aufnahme der DiGA erbracht ist.

Es ist grundsätzlich zu begrüßen, dass Hersteller von DiPA keine freie Preiswahl im Falle der Durchführung einer Erprobungsphase haben. Dennoch geht die Finanzierung der DiPA während der Erprobungsphase bei unklarem Nutzen und Schaden zulasten der Versichertengemeinschaft.

Änderungsvorschlag:

§ 78 Absatz 6a –neu – SGB XI wird gestrichen, ebenso wie die entsprechenden Verweise auf Absatz 6a in § 78a Absatz 5 Satz 3 und Absatz Nummer 7 (neu) SGB XI.

Zu Artikel 1 Nr. 50, § 92c SGB XI, Verträge, Empfehlungen zu Vertragsinhalten in Verbindung mit Nr. 56, § 113 SGB XI Maßstäbe und Grundsätze, Nr. 57 c) aa), § 113b Absatz 4 Nr. 6 SGB XI, Wissenschaftliches Instrument für Qualitätsprüfungen, Nr. 60 c), § 114a Absatz 7 SGB XI Qualitätsprüfungsrichtlinien und Nr. 62 a), § 115 Absatz 1a SGB XI, Qualitätsdarstellung

Artikel 1 Nr. 50, § 92c SGB XI

Mit der Regelung des § 92c SGB XI wird eine Option für zugelassene ambulante Pflegeeinrichtungen ergänzt, Verträge für die Leistungserbringung in gemeinschaftlichen Wohnformen zu schließen. Die zugelassenen ambulanten Pflegedienste sollen in diesen gemeinschaftlichen Wohnformen ein Basispaket mit Leistungen körperbezogener Pflegemaßnahmen, pflegerischer Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung entsprechend § 36 sowie eine Versorgung mit Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V als Teil des Basispaketes zur gemeinsamen und individuellen Leistungsinanspruchnahme der Pflegebedürftigen sicherstellen. Darüber hinaus sollen weitere Leistungen, die über dieses Basispaket hinaus gehen, gesondert angeboten werden.

Gemäß § 92c Absatz. 5 sind die Vertragsinhalte für gemeinschaftliche Wohnformen spätestens zwölf Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes durch Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen, des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund und unter Einbeziehung weiterer Akteure näher auszugestalten.

Artikel 1 Nr. 56, § 113 SGB XI

In einem Zeitraum von zwölf Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes sind die entsprechenden Maßstäbe und Grundsätze zur Qualität nach § 113 SGB XI um Regelungen für die gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c zu ergänzen.

Artikel 1 Nr. 57 c) aa), § 113b Absatz 4 Nr. 6 SGB XI:

Die Vertragsparteien werden verpflichtet, einen wissenschaftlichen Auftrag zu vergeben, der die Vorlage eines Abschlussberichts bis zwei Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes umfasst, in dem dargelegt wird, wie spezifische Regelungen für die Prüfung der Qualität der Leistungen von ambulanten Pflegediensten und ihren Kooperationspartnern in gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 92c und für die Qualitätsberichterstattung gestaltet werden können.

Artikel 1 Nr. 60 c), § 114a Absatz 7 SGB XI:

Der Medizinische Dienst Bund wird in § 114a Absatz 7 SGB XI verpflichtet, bis spätestens 15 Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes Richtlinien für die Qualitätsprüfungen (QPR) in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c auf der Grundlage der Bundesempfehlungen nach § 92c Absatz 2, der Regelungen für gemeinschaftliche Wohnformen in den Maßstäben und Grundsätze nach § 113 und auf der Basis seiner langjährigen Expertise in der Qualitätssicherung zu beschließen. Dies kann gegebenenfalls auch durch Anpassung und Ergänzung der Richtlinien für die ambulante Pflege erfolgen. Sobald die wissenschaftlichen Ergebnisse des Auftrags nach § 113b Absatz 2 Satz 2 Nummer 6 vorliegen, hat der Medizinische Dienst Bund darüber hinaus die im Abschlussbericht vorgeschlagenen Anpassungen und Ergänzungen unverzüglich umzusetzen.

Artikel 1 Nr. 62 a): § 115 Absatz 1a SGB XI:

Die Qualitätsdarstellungsvereinbarungen für gemeinschaftliche Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c sind nach § 115 Absatz 1a SGB XI von den Vereinbarungspartnern unverzüglich nach Inkrafttreten der Richtlinien zu Qualitätsprüfungen in gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 114a Absatz 7 unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene zu schließen.

Bewertung:

Der Medizinische Dienst Bund begrüßt die durch § 92c SGB XI vorgesehene Einführung einer neuen Versorgungsform grundsätzlich. In dieser Versorgungsform wird ein hohes Maß an Selbstbestimmung für die Pflegebedürftigen ermöglicht, gleichzeitig wird für diese Personen Versorgungssicherheit und für die Pflegedienste Planungssicherheit gewährleistet.

Für die damit im Zusammenhang stehenden Umsetzungsschritte werden folgende Fristen und wird folgende Reihenfolge vorgegeben:

- Bundesempfehlung nach § 92c Absatz 5 SGB XI: zwölf Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes
- Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 SGB XI: zwölf Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes
- Qualitätsprüfungsrichtlinien nach § 114a Absatz 7 SGB XI: 15 Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes
- Qualitätsdarstellungsvereinbarung nach § 115 Absatz 1a SGB XI: unverzüglich nach Inkrafttreten der QPR
- Wissenschaftliches Prüfkonzept nach § 113b Absatz 4 Nr. 6. SGB XI: zwei Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes
- Anpassung der QPR: unverzüglich nach Vorlage des wissenschaftlichen Prüfkonzeptes.

Zu beachten ist bei diesem Regelungskomplex, dass eine Versorgungform etabliert werden soll, bei der neue Zuständigkeiten und auch neue Leistungszuordnungen geschaffen werden sollen. Einer fundierten Entwicklung von Empfehlungen für die Ausgestaltung dieser neuen gemeinschaftlichen Wohnform sowie der Vereinbarung von Qualitätsanforderungen für diese Versorgungsform muss ein angemessener Zeitrahmen eingeräumt werden. Dies ist mit den vorgesehenen Fristen bei weitem nicht gewährleistet. Zudem sind die Abstände zwischen den einzelnen Prozessschritten (z.B. zwischen Bundesempfehlung und Maßstäben und Grundsätzen – drei Monate; zwischen Maßstäben und Grundsätzen und QPR – drei Monate) erheblich zu kurz und berücksichtigen in keiner Weise die gesetzlich vorgesehenen Abstimmungs-, Beteiligungs-, Genehmigungs- und Umsetzungsschritte.

Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass Verträge nach § 92c SGB XI erst sinnvoll geschlossen werden können, wenn die Rahmenempfehlung nach § 92c Absatz 2 SGB XI vorliegen. Auch für diese Vertragsverhandlungen ist ein angemessener Zeitrahmen einzuplanen. Somit werden voraussichtlich 15 Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes Leistungserbringer noch gar nicht in nennenswertem Umfang Leistungen nach § 92c SGB XI anbieten und zugelassen sein. Zudem muss den neu gegründeten Leistungserbringern ein gewisser Zeitraum für den Aufbau der Organisation sowie die Gestaltung der Prozesse gewährt werden, bevor bei diesen Qualitätsprüfungen durchgeführt und Prüfergebnisse veröffentlicht werden. So ist auch bei der Einführung der Pflegeversicherung vorgegangen worden. Zunächst wurden Rahmenempfehlungen und Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringer definiert und erst anschließend sukzessive Konzepte für die Qualitätsprüfung entwickelt und anschließend umgesetzt. Vergleichbare Regelungen, wie für gemeinschaftliche Wohnformen, waren auch im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung ambulanter Betreuungsdienste vorgesehen. Obwohl es nach Angaben des statistischen Bundesamtes Ende 2021 bundeweit weniger als 70 Betreuungsdienste gegeben hat, wurde hier mit enormem Aufwand ein umfangreiches Qualitätssicherungssystem und eine gesonderte Qualitätsprüfungsrichtlinie etabliert, auf deren Grundlage lediglich eine Hand voll Qualitätsprüfungen in

Auftrag gegeben worden sind. Hier stellt sich sehr deutlich die Frage nach dem Verhältnis von Aufwand und Nutzen für die versorgten Versicherten.

Vor diesem Hintergrund ist es nicht sinnvoll, für einen kurzen Interimszeitraum bis zur Vorlage eines wissenschaftlich entwickelten Prüfkonzeptes eine Qualitätsprüfungsrichtlinie für gemeinschaftliche Wohnformen zu erstellen und diese nach Vorlage des wissenschaftlich entwickelten Prüfkonzeptes bereits wieder anzupassen.

Mit Blick auf einen angemessenen Ressourceneinsatz und eine möglichst aufwandsarme Umsetzung der vorgesehenen Prozessschritte, fordert der Medizinische Dienst Bund daher, die Fristen für die einzelnen Prozessschritte zu verlängern und eine Qualitätsprüfung erst dann umzusetzen, wenn ein im Auftrag des Qualitätsausschuss Pflege wissenschaftlich entwickeltes Prüfinstrument vorliegt. Der Medizinische Dienst Bund unterbreitet hierzu insbesondere folgenden Änderungsvorschlag.

Änderungsvorschlag:

In § 114a Absatz 7 SGB XI wird Satz 4 – neu – wie folgt gefasst:

„[...]Die Richtlinien für gemeinschaftliche Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c sind auf der Grundlage der Bundesempfehlungen nach § 92c Absatz 2, der Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 sowie des nach § 113b Absatz 4 Satz 2 Nr. 6 entwickelten Prüfkonzeptes zwölf Monate nach Vorlage des Konzeptes nach §113b Absatz 4 Satz 2 Nr. 6 ~~bis zum […] [15 Monate nach Inkrafttreten]~~ zu beschließen.“

Zu Artikel 1 Nr. 59 a), § 114 Absatz 1a neu SGB XI, Digitale Auftragserteilung von Qualitätsprüfungen, Daten- und Kommunikationsplattform

Mit der Einfügung des neuen § 114 Absatz 1a SGB XI soll geregelt werden, dass ab dem 1. Januar 2027 Aufträge für Qualitätsprüfungen digital an die Prüfinstitutionen übermittelt werden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird verpflichtet, im Einvernehmen mit dem Medizinischen Dienst Bund und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. bis zum 31. Oktober 2026 eine digitale Daten- und Kommunikationsplattform für die Planung, Beauftragung und Durchführung von Qualitätsprüfungen zu errichten.

Vor Erteilung der Prüfaufträge im vollstationären Bereich muss gemäß § 114c geprüft werden, ob die jeweilige Pflegeeinrichtung die Kriterien für eine angemeldete Prüfung sowie die Kriterien für den verlängerten Prüfrhythmus erfüllt. Die Ergebnisse dieser Prüfungen sollen zukünftig in der digitalen Daten- und Kommunikationsplattform abrufbar sein.

Bewertung:

Der Vorschlag, Prüfaufträge auf digitalem Weg zu erteilen, wird begrüßt. Hierzu ist analog zur Pflegebegutachtung bidirektional eine Pflicht zur Übermittlung von Einzelaufträgen durch die Landesverbände der Pflegekassen an die Prüfdienste einerseits und zur Übermittlung der Prüfberichte durch die Prüfdienste an die Landesverbände der Pflegekassen andererseits in gesicherter elektronischer Form einzuführen. General- bzw. Sammelaufträge, wie sie heute an die Prüfdienste übermittelt werden, müssen dabei beibehalten werden, damit unabhängig von den Einzelaufträgen eine Jahresplanung zur Durchführung der Qualitätsprüfungen durch die Prüfdienste möglich bleibt. Durch die Etablierung eines flächendeckenden, einheitlichen und gesicherten elektronischen Datenaustausches zwischen Pflegekassen und Prüfdiensten im Kontext der Qualitätsprüfungen könnten auf Seiten der Prüfdienste und der Landesverbände der Pflegekassen Effizienzsteigerungen erreicht werden. Dies ist durch die Anbindung an das bereits etablierte Datenaustauschverfahren zwischen den Kassen und den Medizinischen Diensten (DTA) möglich. Hier bestehen bereits definierte Standards und Normen für den Datenaustausch im Gesundheitswesen, die elementare Voraussetzungen für eine effiziente, transparente, sichere und wirtschaftliche Kommunikation zwischen den beteiligten Datenaustauschpartnern bieten. Durch MDConnect und das QPR-Portal besteht bereits eine Datenaustauschplattform für Auftraggeber, Prüfdienste, Leistungserbringer und Heimaufsichten zum Prüfbericht. Die Einführung einer Daten- und Kommunikationsplattform ist daher nicht erforderlich und wird abgelehnt, da hierdurch eine zusätzliche Schnittstelle eingeführt würde, mit der keinerlei Verbesserungen, sondern erhebliche zusätzliche Aufwände bei der Auftragsbearbeitung verbunden wären.

Der Prozess der Ermittlung von Einrichtungen, die dem zweijährlichen Prüfrhythmus unterliegen, kann durch die Einführung einer Daten- und Kommunikationsplattform nicht beschleunigt oder effizienter gestaltet werden, da ein fixer retrospektiver Anforderungserfüllungszeitraum und Verfahrensfristen (Zeitraum zwischen Indikatorenerhebung und Meldung der Daten an die Daten Clearing Stelle (DCS), Zeitraum für Prüfberichterstellung und Weiterleitung der Daten an die DCS, Kommentierungszeitraum) zu berücksichtigen sind

Die Kommunikation der Prüfdienste mit der Datenauswertungsstelle und der Datenclearingstelle funktioniert bereits heute reibungslos nach eingespielten Verfahren. Umsetzungsschwierigkeiten mit der Umsetzung der Richtlinie zur Verlängerung des Prüfrhythmus nach § 114c SGB XI sind durch eine Anpassung der Richtlinie behoben worden.

Soweit es das politische Ziel ist, mehr Transparenz über die Anzahl der Prüfaufträge und die Anzahl der zugelassenen Pflegeeinrichtungen zu erlangen, könnte alternativ eine Mitteilungspflicht der Landesverbände der Pflegekassen gegenüber dem BMG eingeführt werden. Aufgrund der beim Medizinischen Dienst Bund geführten jährlichen Statistik über die durch die Medizinischen Dienste durchgeführten Qualitätsprüfungen liegen

Daten zur Anzahl der Qualitätsprüfungen bereits vor. Ebenso liegen Daten über die Anzahl der durchgeführten Qualitätsprüfungen beim Prüfdienst der PKV vor. Diese Daten können bei Bedarf für die Feststellung des Anteils der durch den PKV-Prüfdienst durchgeführten Qualitätsprüfungen herangezogen werden. Hierfür ist die Einführung einer Informations- und Kommunikationsplattform beim GKV-Spitzenverband jedoch nicht erforderlich. Sofern politisch gewünscht, könnte eine Mitteilungspflicht der Medizinischen Dienste und des PKV-Prüfdienstes gegenüber dem BMG über die Anzahl der durchgeführten Qualitätsprüfungen eingeführt werden.

Im Übrigen liegen für jede Qualitätsprüfung, die durch die Medizinischen Dienste und den PKV-Prüfdienst durchgeführt wird, Daten bei der Datenclearingstelle vor. Daten über die Anzahl der Einrichtungen, die die Anforderungen an den zweijährlichen Prüfrhythmus erfüllen oder bei denen eine unangekündigte Regelprüfung erfolgen soll, liegen ebenfalls bei der Datenclearingstelle vor. Auch hierfür ist die Einführung einer Informations- und Kommunikationsplattform somit nicht erforderlich. Darüber hinaus sind die vorgesehenen Fristen (bis 31. Oktober 2026 Aufbau der Daten- und Kommunikationsplattform, ab 1. Januar 2027 Auftragserteilung über die Plattform) herausfordernd.

Änderungsvorschlag:

Der vorgesehene § 114 Absatz 1a SGB XI ist zu streichen.

Hilfsweise könnten Mitteilungspflichten der Prüfdienste über die Anzahl der durchgeführten Qualitätsprüfungen und der Landesverbände der Pflegekassen über die Anzahl der erteilten Prüfaufträge und der Anzahl der Einrichtungen mit einem verlängerten Prüfrhythmus bzw. die Anzahl der unangekündigt durchzuführenden Regelprüfungen eingeführt werden.

Zudem werden folgende Änderungen vorgeschlagen:

Nach § 114 Absatz 1 Satz 1 SGB XI wird folgender neuer Satz 2 eingefügt:

„Die Übermittlung des Prüfauftrages hat je Prüfung in gesicherter elektronischer Form zu erfolgen; eine davon abweichende Form der Auftragsübermittlung ist bis einschließlich 31. Dezember 2026 zulässig."

Nach § 115 Absatz 1 Satz 1 SGB XI wird folgender neuer Satz 2 eingefügt:

„Die Ergebnisse der Qualitätsprüfung werden den in Satz 1 genannten Adressaten in gesicherter elektronischer Form übermittelt; eine davon abweichende Form der Übermittlung ist noch bis einschließlich 31. Dezember 2026 zulässig."

Nach § 53d Absatz 3 Nummer 7 SGB XI wird folgende Nummer 8 eingefügt:

„8. Richtlinien zur verfahrensrechtlichen Konkretisierung der Übermittlung von Prüfaufträgen nach § 114 Absatz 1 Satz 2 SGB XI sowie der Übermittlung von Prüfergebnissen nach § 115 Absatz 1 Satz 2."

Zu Artikel 1, Nr. 18 Buchstabe c), § 28 neuer Absatz 5 SGB XI in Verbindung mit Artikel 2 Nr. 1 Buchstabe b), Pflegeprozessverantwortung, Nr. 2, § 15a - neu – SGB V; Behandlung durch Pflegefachpersonen, Pflegeprozessverantwortung; Artikel 4, Nr. 4, § 4a - neu – Pflegeberufegesetz; Eigenverantwortliche Heilkundeausübung, Nr. 5, § 14a - neu – Pflegeberufegesetz Standardisierte Kompetenzbeschreibungen für heilkundliche Aufgaben und Artikel 2 Nr. 12, § 73d SGB V, Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung; eigenverantwortliche Verordnung häuslicher Krankenpflege durch Pflegefachpersonen, Evaluation

Es wird geregelt, dass die Pflegeprozessverantwortung grundsätzlich bei Pflegefachpersonen und nicht bei Ärzten liegt. Zudem wird grundsätzlich geregelt, dass die Erbringung bestimmter Leistungen der ärztlichen Behandlung auch durch Pflegefachpersonen, die über die erforderlichen Kompetenzen verfügen, erfolgen kann.

Welche Leistungen im Rahmen der ambulanten ärztlichen Versorgung durch Pflegefachpersonen erbracht und zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden können, wird in einem Rahmenvertrag auf Grundlage von § 73d konkretisiert, mit dem auch die bisherigen Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3b, 3c und § 64d SGB V in die Regelversorgung überführt werden sollen.

Daneben wird eine Legaldefinition des Begriffs der Pflegefachperson für die Zwecke des Fünften und Elften Buches geschaffen. Damit wird die Bezeichnung für Personen, die eine Erlaubnis nach § 1 des Pflegeberufegesetzes haben, an die aktuelle berufsrechtliche Bezeichnung der Pflegefachperson angepasst.

Bewertung:

Die hier vorgesehenen Regelungen bilden die Grundlagen und Voraussetzungen für eine Kompetenzerweiterung von Pflegefachpersonen in unterschiedlichen Settings und werden begrüßt.

Bei der Erarbeitung des Rahmenvertrages nach § 73 d SGB V sollte der Medizinische Dienst Bund mit seiner pflegerischen und (sozial)-medizinischen Expertise eingebunden werden.

Für die selbständige heilkundliche und erweiterte heilkundliche Tätigkeit durch Pflegefachpersonen ist eine teambasierte, interprofessionelle Zusammenarbeit zukünftig unabdingbar. Damit diese gelingt, sollte man sich auf eine einheitliche professionsübergreifende und international anerkannte Sprache einigen. Hier würde sich die ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) anbieten. Mit dem der ICF zugrundeliegenden bio-psycho-sozialen Modell können Krankheitsauswirkungen auf den verschiedenen Ebenen der Funktionsfähigkeit (Körperfunktionen und –strukturen, Aktivitäten und Teilhabe) unter Berücksichtigung von Kontextfaktoren betrachtet werden. Pflegebedürftigkeit resultiert nicht aus einer Krankheits-Diagnose (ICD-10) sondern ist eine Folge der Krankheitsauswirkungen und deren Wechselwirkungen mit umwelt- und personbezogenen Faktoren. Gleiches gilt für die Ableitungen von Empfehlungen zu Prävention, Rehabilitation, Hilfsmitteln etc. Es wird daher angeregt, dies bei der Beschreibung und Konkretisierung der interprofessionellen Zusammenarbeit bzgl. der Rahmenvorgaben zu den Nummern 1 und 2 zu berücksichtigen.

Änderungsvorschlag

In § 73d Absatz 1 SGB V wird Satz 1 wie folgt gefasst:

„Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene und die Vereinigungen der Träger von Pflegeheimen im Sinne des § 71 Absatz 2 des Elften Buches vereinbaren *unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund* bis zum 31. Juli 2027 in einem Vertrag…“

III Ergänzender Änderungsbedarf

Weiterentwicklung und Modernisierung der Pflegebegutachtung

Der Medizinische Dienst begrüßt die im Referentenentwurf zum Pflegekompetenzgesetz beabsichtigten Maßnahmen zur Weiterentwicklung und Modernisierung der Pflegebegutachtung gemäß der §§ 15 Absatz 8, 17a, 18e Absatz 6. Über diese Maßnahmen hinaus sind weitere gesetzliche Änderungen erforderlich, damit die Pflegebegutachtung zukunftsfest ausgestaltet werden kann und sich die versicherten Menschen auf eine zeitnahe Begutachtung mit hoher gutachterlicher Expertise verlassen können.

Die Erfahrungen mit dem strukturierten Telefoninterview und der videobasierten Begutachtung zeigen, dass auch mit neuen digitalen ortsungebundenen Begutachtungsformaten, die für eine Begutachtung erforderliche Interaktion mit der antragstellenden Person möglich ist und alle für die Begutachtung notwendigen Informationen erhoben werden können. Die digitalen Begutachtungsformate werden auch von den antragstellenden Personen akzeptiert: Es kommt auf die jeweilige Fallkonstellation und die damit verbundenen Informationsbedarfe an und darauf, wie die Gutachterin bzw. der Gutachter die Interaktion entsprechend der jeweiligen kommunikativen Erfordernisse ausgestaltet. Und das gelingt bei kontinuierlichem Training kommunikativer Kompetenzen auch per Telefon und per Videotelefonie – wie die Ergebnisse aus der wissenschaftlichen Evaluation zeigen.

Werden pflegebedürftige Menschen begutachtet, die professionell versorgt werden, können bereits vorliegende Informationen u. a. der Pflegeeinrichtung durch Telefoninterviews oder Videotelefonie sinnvoll ergänzt und für die gutachterlichen Empfehlungen genutzt werden. Wie sich die Informationslage in der Begutachtungspraxis darstellt, ist von Fall zu Fall unterschiedlich. Hier spielen u. a. die zugrundeliegenden Gesundheitsprobleme der antragstellenden Person eine Rolle, der Versorgungskontext sowie die von anderen Akteuren beigebrachten Unterlagen. Aufgabe der Gutachterin und des Gutachters ist es, für seinen jeweiligen spezifischen Begutachtungsauftrag zu entscheiden, welche Informationen für sein Gutachten erforderlich sind und auf welche Weise er diese Informationen einholt.

Wenn beispielsweise Pflegebedürftige an langjährigen chronischen Erkrankungen, fortgeschrittenen Krebserkrankungen oder an einer Demenz leiden und sich eine rasche Verschlechterung des Grads der Selbstständigkeit prognostizieren lässt, sollten zügige Begutachtungen ohne Belastung für die Betroffenen möglich sein. Bei der Pflegebegutachtung sollte daher analog des sozialmedizinischen Begutachtungsbereich im SGB V der Medizinischen Dienste keine Vorgaben zur Begutachtungsart haben.

Deshalb ist es sachgerecht, den Umfang der für die Begutachtung einzuholenden Informationen sowie das Begutachtungsformat auf Grundlage der jeweiligen individuellen Fallkonstellation zu definieren. Zu Beginn der Pflegebedürftigkeit wird dies in vielen Fällen die persönliche Untersuchung in der eigenen Häuslichkeit sein. Es kann jedoch auch Fälle geben, in denen hierfür andere Formate, beispielsweise eine Videobegutachtung, angemessen ist, z.B. wenn anhand vorliegender Unterlagen deutlich wird, dass nur ein geringer Unterstützungsbedarf bei der Bewältigung des Alltags besteht. Daneben kann die persönliche Begutachtung in der Häuslichkeit auch im Rahmen von Folgebegutachtungen angezeigt sein, beispielsweise, wenn keine professionelle Pflege in die Versorgung involviert ist.

Die fachliche Einschätzung, welche Begutachtungsart in welchem Fall einzusetzen ist, steigert gleichwohl die Wertschätzung gegenüber Gutachterinnen und Gutachter und bringt ihre Pflegeexpertise zum Ausdruck, was sich wiederum auf die Attraktivität des Pflegeberufs auswirkt.

Die hierfür notwendige fachliche Festlegung nachvollziehbarer Kriterien ist über eine Anpassung der Begutachtungs-Richtlinien zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit vorzunehmen und nicht wie bislang durch Vorgaben gemäß § 18a SGB XI bzw. § 142a SGB XI. Auf diese Weise ist es auch möglich, unbürokratisch und auf der Grundlage fachlicher und wissenschaftlicher Erkenntnisse Anpassungsbedarfe des Begutachtungsverfahrens vorzunehmen, ohne dass hierfür gesetzliche Veränderungen notwendig werden. In jedem Fall soll das Recht des Antragsstellers auf Wunsch nach einem Hausbesuch weiterhin gesetzlich geregelt bleiben.

Änderungsvorschlag:

§ 142a Absatz 4 Satz 3 SGB XI sowie Hinweise zur Durchführung von Videotelefonie aus Absatz 4 sind in § 18a Absatz 2 SGB XI zu integrieren, § 142a Absatz 1,2,3, 5 SGB XI sind dann zu streichen.

§ 18a Absatz 2 SGB XI wird wie folgt gefasst:

„Der Versicherte ist ~~in seinem Wohnbereich~~ zur Feststellung der Voraussetzungen nach Absatz 1 zu begutachten. Erteilt der Versicherte dazu nicht sein Einverständnis, kann die Pflegekasse die beantragten Leistungen verweigern. Hinsichtlich der Grenzen der Mitwirkung des Versicherten und der Folgen fehlender Mitwirkung gelten die §§ 65 und 66 des Ersten Buches. Die Untersuchung ist in angemessenen Zeitabständen zu wiederholen.
~~Abweichend von Satz 1 kann die Begutachtung ausnahmsweise auch ohne Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich erfolgen, wenn~~
~~1. auf Grund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht oder~~
~~2. bei einer Krisensituation von nationaler Tragweite oder, bezogen auf den Aufenthaltsort des Versicherten, von regionaler Tragweite der Antrag auf Pflegeleistungen während der Krisensituation gestellt wird oder ein Untersuchungstermin, der bereits vereinbart war, in den Zeitraum einer Krisensituation fällt.~~
~~Eine Begutachtung nach Satz 5 Nummer 2 setzt voraus, dass die Krisensituation einer Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich entgegensteht; d~~ Der Wunsch des Versicherten, persönlich in seinem Wohnbereich untersucht zu werden, ist zu berücksichtigen; der Antragsteller ist über sein Wahlrecht durch die den Medizinischen Dienst zu informieren und die Entscheidung des Antragstellers ist im Begutachtungsformular schriftlich oder elektronisch zu dokumentieren.
~~Grundlage für eine Begutachtung nach Satz 5 Nummer 2 bilden die zum Versicherten zur Verfügung stehenden Unterlagen sowie die Angaben und Auskünfte, die beim Versicherten, seinen Angehörigen und sonstigen zur Auskunft fähigen Personen einzuholen sind. Das Nähere zu den Voraussetzungen und die weiteren, insbesondere inhaltlichen und organisatorischen Einzelheiten für eine Begutachtung nach Satz 5 Nummer 2 konkretisiert der Medizinische Dienst Bund im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen bis spätestens 31. Oktober 2023 in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1.~~ Bei der Durchführung der Begutachtung per Videotelefonie sind die nach § 365 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches vereinbarten Anforderungen an die technischen Verfahren zu Videosprechstunden einzuhalten.
Das Nähere zu den inhaltlichen und organisatorischen Einzelheiten für eine Begutachtung nach Absatz 1 ist vom Medizinischen Dienst Bund im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 zu konkretisieren.“