



**Stellungnahme
des Medizinischen Dienstes
der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.
(MDS)**

**zum Referentenentwurf eines
„Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der
Pflegeversicherung
(Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – PFWG)“
mit Stand vom 10. September 2007**

anlässlich der Anhörung

**am 24. September 2007
in Bonn**

Stand: 20. September 2007

Der MDS begrüßt die Initiative der Bundesregierung, durch zahlreiche Änderungen im SGB XI die Pflegeversicherung zukunftsfest zu machen. In der vorliegenden Stellungnahme positioniert sich der MDS in Abstimmung mit den MDK zu den Regelungen, die Aufgaben der Medizinischen Dienste betreffen.

Zusammenfassung

Ausbau der Qualitätssicherung

1. Die vorgesehene Intensivierung der Prüftätigkeit des MDK und die Einführung der Regelprüfungen bewertet der MDS positiv. Eine Qualitätsprüfung in jeder Pflegeeinrichtung im Abstand von 3 Jahren stellt eine Verbesserung zur bisherigen Prüffrequenz des MDK dar. Die Gleichstellung der unabhängigen und bundeseinheitlichen MDK-Qualitätsprüfungen mit Prüfungen der Heimaufsichtsbehörden, nach Landesrecht durchgeführten Prüfverfahren sowie einrichtungs- bzw. trägerinitiierten Prüfungen wird vom MDS abgelehnt. Bei den nach Landesrecht durchgeführten Prüfverfahren sowie einrichtungs- bzw. trägerinitiierten Prüfungen wird eine Unabhängigkeit der Prüfungen und damit auch der Prüfergebnisse nicht erreicht werden können. Hinsichtlich des Verhältnisses der MDK-Prüfungen zu Heimaufsichtsprüfungen wäre es konsequent und sachgerecht, inhaltliche Abgrenzungen der jeweiligen Prüftätigkeit vorzunehmen. Mit den Qualitätsprüfungs-Richtlinien vom 10. November 2005 sind bereits wesentliche Abgrenzungen vorgenommen worden.
2. Unabhängig von der grundsätzlichen Kritik des MDS an den die MDK-Prüfungen ersetzenden Prüfverfahren hält es der MDS nicht für sachgerecht, den Leistungserbringerverbänden ein Mitentscheidungsrecht darüber einzuräumen, welche Anforderungen im Hinblick auf Zuverlässigkeit, Unabhängigkeit und Qualifikation an solche die MDK-Prüfungen ersetzenden zusätzlichen Prüfverfahren zu stellen sind.
3. Um Transparenz in der Pflege zu erreichen und einen Qualitätswettbewerb zwischen Pflegeeinrichtungen zu initiieren, fordert der MDS seit langem, dass die gesetzlichen Grundlagen für eine laienverständliche Veröffentlichung von Prüfergebnissen des MDK geschaffen werden. Der MDS begrüßt daher ausdrücklich, dass die Veröffentlichung von MDK-Prüfergebnissen durch die Pflegereform ermöglicht werden soll. Um die Unabhängigkeit des MDK in seinen Empfehlungen und fachlichen Beurteilungen zu unterstreichen, hat der Gesetzgeber bereits mit dem Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG) festgeschrieben, dass die MDK-Prüfberichte direkt vom MDK an die Pflegeeinrichtung und alle anderen Adressaten zu versenden sind. Aus den gleichen Gründen fordert der MDS auch, dass die zu veröffentlichenden Prüfergebnisse vom Medizinischen Dienst in einem einheitlichen Internetportal der MDK-Gemeinschaft veröffentlicht werden. Darüber hinaus ist es zwingend erforderlich, die Prüfergebnisse nach einheitlichen und bundesweit gültigen Vorgaben aufzubereiten und darzustellen.
4. Als nicht zielführend wird es angesehen, dass die Leistungserbringerverbände über Anforderungen für die Veröffentlichung der Ergebnisse der MDK-Qualitätsprüfungen mitentscheiden sollen. Es sollte für die Leistungserbringerverbände, die Betroffenenverbände und die Verbraucherverbände ein Beteiligungsrecht eingeräumt werden, wie es bei den Richtlinien zur Prüfung der Qualität (§ 114a Abs. 7) in angemessener Weise vorgesehen ist. Ein Mitentscheidungsrecht der Leistungserbringerverbände wird die Verantwortlichkeiten weg von den Prüfinstitutionen verschieben.
5. Bei der in § 114a Abs. 6 angesprochenen Berichtspflicht handelt es sich um die Fortführung der bisherigen Berichtspflicht der MDK und des MDS gegenüber den Landesverbänden der

Pflegekassen, dem BMG und anderen Adressaten. Das bisherige Berichtsintervall von drei Jahren ist sachgerecht, die Erweiterung des Berichtszeitraumes auf vier Jahre ist nicht nachvollziehbar, zumal zukünftig alle Pflegeeinrichtungen in einem Zeitraum von drei Jahren einer Qualitätsprüfung durch den MDK unterzogen werden sollen.

6. Wir befürworten die Intensivierung und die Institutionalisierung der Expertenstandardentwicklung. Dabei sollte auf die bisherigen Erfahrungen mit der Erarbeitung von Expertenstandards zurückgegriffen werden. Mit den vom Deutschen Netzwerk zur Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) bisher vorgelegten Expertenstandards wurde ein wesentlicher Beitrag zur Definition des allgemein anerkannten Standes medizinisch-pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse geleistet. Bereits heute sind diese Expertenstandards Maßstab zur Prüfung der Qualität der Pflege durch den MDK.

Leistungsverbesserungen und Begutachtungsverfahren

7. Nach 12 Jahren Erfahrung mit der Pflegeversicherung sollen durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) wichtige Impulse zur Weiterentwicklung der Versorgungslandschaft gegeben werden. Positive Akzente werden gesetzt durch die Einführung von Casemanagement durch Pflegebegleiter, die eine wichtige Lotsenfunktion für Betroffene und deren pflegende Angehörige erfüllen können. Hierzu sollte frühzeitig eine Vernetzung zum MDK sowohl in Bezug auf die Begutachtung der Pflegebedürftigen wie auf die Erkenntnisse aus den Qualitätsprüfungen des MDK erfolgen.
8. Die Verbesserung der Leistungen für Demenzerkrankte schreibt positiv die ersten Entwicklungen des Pflegeleistungsergänzungsgesetzes aus dem Jahre 2002 fort und ist ein weiterer Schritt in Richtung leistungsrechtlicher Gleichstellung des Hilfebedarfs von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz gegenüber Personen mit somatisch begründetem Hilfebedarf. Die volle Gleichstellung dieser Menschen erwarten wir durch die Einführung eines erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriffs in einem weiteren Reformschritt des SGB XI. Wir rechnen weiter damit, dass dann auch vom Gesetzgeber die aus dem Modellversuch zur Entwicklung eines alternativen Begutachtungsverfahrens resultierenden Konsequenzen für die Begutachtung von Pflegebedürftigkeit gezogen werden.
9. Menschen mit einer beginnenden Demenzerkrankung oder mit anderen psychischen Erkrankungen, die noch keinen ausgeprägten verrichtungsbezogenen Hilfebedarf haben, werden erstmals leistungsrechtlich berücksichtigt. Die Erhöhung der Leistungen kommt nicht nur den Betroffenen und ihren Angehörigen zugute, sondern kann auch Impulse für den Aufbau einer notwendigen Infrastruktur für diese Betroffenen setzen.
10. Zur vorgesehenen abgestuften Leistungsgewährung bei Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz erlauben wir uns einen unseres Erachtens besser handhabbaren Alternativvorschlag für die zukünftige Begutachtung dieses Personenkreises zu unterbreiten.

Stellungnahme zu den einzelnen Gesetzesvorschriften (Artikel 1)

Leistungsverbesserungen und Begutachtungsverfahren

zu Nr. 3: § 7 Aufklärung und Beratung

zu Absatz 3, Satz 3

Das Pflegegutachten des Medizinischen Dienstes bildet eine zentrale Grundlage des Casemanagements. Der Gutachter des MDK ist oft der erste professionelle Ansprechpartner vor Ort, der im häuslichen Umfeld des Versicherten dessen pflegerische Versorgung erfasst. Daher sollte der Gesetzentwurf sicherstellen, dass der MDK-Gutachter in der Regel den Kontakt zum Pflegebegleiter bahnt und dieser Zugang zum Pflegegutachten erhält. Umgekehrt sollte der Pflegebegleiter dem MDK Hinweise zur Beantragung einer Pflegestufe, Anbahnung einer Rehabilitation oder aktivierenden Kurzzeitpflege geben.

Es bedürfen gerade diejenigen Pflegebedürftigen und deren Angehörige der Unterstützung durch Pflegestützpunkte und Fallmanagement, die besonders informationsbedürftig sind. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass diese Personen mit der Nennung der reinen Begriffe bereits hinreichend wissen, welche Leistungen sie dort erwarten. Daher sollten die Träger von Pflegestützpunkten und Fallmanagement in anschaulicher Weise die Antragsteller darüber aufklären. Dabei sind die Erfahrungen aus der Angehörigenberatung der Alzheimergesellschaften, der Kommunen und der Träger der Freien Wohlfahrtspflege zu berücksichtigen, die zeigen, dass Angehörige oft erst dann Beratung in Anspruch nehmen, wenn sie durch die Pflegesituation bereits stark überfordert sind. In diesem Zusammenhang zeigen die Erfahrungen insbesondere mit Angehörigen von Demenzkranken, dass oft nur eine zugehende, d.h. die Betroffenen in ihrer Häuslichkeit aufsuchende Beratung, zielführend ist. Deshalb müssen Angehörige und Betroffene gezielt angesprochen, informiert und beraten werden. Um den „Vernetzungsgedanken“ auch praktisch umzusetzen ist mit anderen Beratungsstellen, Selbsthilfeorganisationen und z.B. Akutkrankenhäusern / gerontopsychiatrischen Abteilungen zusammenzuarbeiten. Dies schließt die Beteiligung am Entlassungsmanagement der Krankenhäuser ein.

zu Nr. 4: § 7a Pflegebegleitung

Der Einführung eines als „Pflegebegleitung“ bezeichneten Kostenträger-übergreifenden Casemanagements hält der MDS grundsätzlich für angezeigt. Die Beschreibung des „Pflegebegleiters“ im vorgelegten Text entspricht weitgehend dem eines Fall- bzw. Casemanagers. Der Ansatz entspricht der Stärkung des Prinzips „ambulant vor stationär“ und kann bei ausreichender Bekanntmachung durch die Pflegekassen helfen, eine Überforderung der Angehörigen zu vermeiden und so das Verbleiben in der eigenen Häuslichkeit sichern.

zu Nr. 9: § 18 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

zu Absatz 1

Der MDS hält die verpflichtende Prüfung des Vorliegens einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a durch die MDK-Gutachter bei jedem Antragsteller für sinnvoll.

zu Absatz 3

Folgende Änderung wird vorgeschlagen:

„Die Pflegekasse leitet die Anträge zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit unverzüglich an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung weiter. Dem Antragsteller soll spätestens sechs bis acht Wochen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitgeteilt werden.“

Begründung: Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung stimmen mit der Absicht des Gesetzentwurfes überein, dass die Zeiten zwischen Antragstellung und Leistungsbescheid im Interesse der Planungssicherheit der Versicherten so kurz wie möglich zu halten sind. Die Reduzierung der Bearbeitungszeiten von Pflegegutachten ist für die MDK ein hohes Qualitätsziel. Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung haben ausweislich dreier Untersuchungen des MDS (Pflegeberichte des MDS 2003, 2005 und 2007) in den vergangenen Jahren signifikante Verkürzungen der Bearbeitungszeiten von Pflegegutachten erreicht.

Angesichts der nach wie vor bestehenden Bestrebungen, die Bearbeitungszeiten bei den Pflegegutachten in allen MDK weiter zu senken, weist der MDS darauf hin, dass die im Entwurf vorgesehene Bearbeitungszeit von 5 Wochen die Fahrtzeiten erhöhen wird, da die Möglichkeiten einer kostengünstigeren Routenplanung eingeschränkt werden. In ländlichen Regionen dürfte die Begrenzung auf 5 Wochen nur zum Preis von Personalaufstockungen zu erreichen sein. Zudem ist zu berücksichtigen, dass die vorgesehene Frist die gesamte Bearbeitungszeit vom Eingang des Antrags bei der Pflegekasse bis zum Versand des Leistungsbescheids durch die Pflegekasse umfasst und damit nicht allein im organisatorischen Verantwortungsbereich des MDK liegt. Deshalb hält der MDS eine Festschreibung der Bearbeitungszeit auf sechs bis acht Wochen im Gesetz für eine erreichbare und realistische Zielvorgabe.

Fälle, in denen eine Fristüberschreitung nicht dem MDK zur Last gelegt werden kann, wie z.B. nicht zur Begutachtung angetroffene Antragsteller, müssen im Gesetz von der engen Frist ausgenommen werden.

zu Absatz 7

Die Medizinischen Dienste sind der Auffassung, dass bei der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit von Kindern besonders ausgewiesener und qualifizierter Sachverstand erforderlich ist. Überwiegend folgen die Medizinischen Dienste bereits der im Referentenentwurf beschriebenen Vorgehensweise. Um dies auch flächendeckend ermöglichen zu können, hält der MDS die Aufnahme einer Übergangsregelung im Gesetz für geboten.

Zur Optimierung der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit von Kindern muss allerdings nicht nur die Qualifikation der Gutachter sichergestellt sein, vielmehr bedarf es dazu eines validen Begutachtungsverfahrens, das den Hilfebedarf von pflegebedürftigen Kindern zuverlässig abbilden kann. Das derzeitige Begutachtungsverfahren erfüllt diese Voraussetzungen bekanntermaßen nicht. Im Rahmen der Erarbeitung eines neuen Begutachtungsverfahrens auf der Grundlage eines erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriffs soll deshalb ein Verfahren entwickelt werden, das auch für die Zwecke der Kinderbegutachtung geeignet ist.

zu Nr. 27: § 45 b Zusätzliche Betreuungsleistungen

Das aktuelle Verfahren zur Identifizierung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz ist wegen der fehlenden Graduierung nur bedingt geeignet, den Schweregrad der Beeinträchtigung der Alltagskompetenz abgestuft abzubilden. Es wurde für die dichotome Aussage „erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz ja/nein“ konzipiert. Eine Einschätzung des Schweregrades anhand der Aufzählung der Häufigkeit und des bloßen Vorhandenseins der im Gesetz genannten Items erscheint dem MDS – unter anderem wegen der Abgrenzungsschwierigkeiten der Items untereinander – nicht unproblematisch. Eine alternative Möglichkeit könnte

der von MDK/MDS entwickelte Vorschlag auf der Basis von sechs jeweils vierstufigen psychosozialen ATL-Bereichen sein. Durch die Graduierung wäre auch eine Abbildung des Schweregrades der Beeinträchtigungen möglich.

Ausbau der Qualitätssicherung

zu Nr. 38. b): § 71 Abs. 3 Pflegeeinrichtungen

Von entscheidender Bedeutung für die Qualität der Pflege ist die Managementqualifikation der verantwortlichen Pflegefachkraft einer Pflegeeinrichtung. Durch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Az. B 3 P 14/01 R) war zuletzt die hierzu in den Grundsätzen und Maßstäben zur Qualität in der Pflege aufgestellte Anforderung strittig, nach der die verantwortliche Pflegefachkraft eines ambulanten Pflegedienstes oder einer stationären Pflegeeinrichtung über eine Weiterbildung für leitende Funktionen im Umfang von mindestens 460 Stunden verfügen muss. Der MDS begrüßt daher ausdrücklich, dass diese Anforderung nun gesetzlich festgelegt wird. Der Umfang der Weiterbildung stellt jedoch nur eine Mindestanforderung dar.

zu Nr. 69: § 113 Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität

zu Absatz 1

zu Nr. 1

Auch ohne eine explizite Nennung im Gesetzestext hätten die Vereinbarungspartner der Qualitätsgrundsätze bereits bisher die Möglichkeit gehabt, konkretere Anforderungen an die Pflegedokumentation zu definieren. Eine weitgehende allgemeinverbindliche Festlegung von Anforderungen an die Pflegedokumentation wird auch an Grenzen stoßen, da die Ausgestaltung der Pflegedokumentation weitgehend davon abhängig ist, welches Pflegemodell von der jeweiligen Pflegeeinrichtung gewählt worden ist.

zu Nr. 2 und 3

Der MDS hält es für nicht sachgerecht, dass den Leistungserbringerverbänden als ein Teil der gemeinsamen Pflegeselbstverwaltung ein Mitentscheidungsrecht darüber zugewiesen werden soll, welche Anforderungen an Sachverständige und Prüfinstitutionen im Hinblick auf Zuverlässigkeit, Unabhängigkeit und Qualifikation gestellt werden sollen und welche Anforderungen an die methodische Verlässlichkeit solcher die MDK-Prüfung ersetzenden Zertifizierungs- und Prüfverfahren zu stellen sind. Dies kann nicht in die Hände von Verbänden gelegt werden, die die zu prüfenden Pflegeeinrichtungen vertreten.

zu Nr. 4

Als nicht zielführend wird angesehen, dass die gemeinsame Pflegeselbstverwaltung einschließlich der Leistungserbringerverbände Anforderungen für die Veröffentlichung der Ergebnisse der MDK-Qualitätsprüfungen regeln sollen. Dies sollte dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen unter Beteiligung des MDS vorbehalten sein. Dabei sollte den Leistungserbringerverbänden, den Betroffenenverbänden und den Verbraucherverbänden ein Beteiligungsrecht eingeräumt werden, wie es bei den Richtlinien zur Prüfung der Qualität (§ 114a Abs. 7) in angemessener Weise vorgesehen ist. Ein Mitentscheidungsrecht der Leistungserbringerverbände wird die Verantwortlichkeiten weg von den Prüfinstitutionen verschieben.

zu Absatz 3

Die Umsetzung der auch schon in der Vergangenheit bestehenden Aufgabe der gemeinsamen Pflegeselbstverwaltung, Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für ein auf Weiterentwicklung ausgerichtetes einrichtungsinternes Qualitätsmanagement in der ambulanten und stationären Pflege zu vereinbaren, war aufgrund eines fehlenden Konfliktlösungsmechanismus erschwert. Der MDS begrüßt daher das vorgesehene Schiedsstellenverfahren.

zu Nr. 70: § 113a Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege

Wir befürworten die Intensivierung und die Institutionalisierung der Expertenstandardentwicklung. Dabei sollte auf die bisherigen Erfahrungen mit der Erarbeitung von Expertenstandards zurückgegriffen werden. Mit den vom Deutschen Netzwerk zur Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit bisher vorgelegten Expertenstandards wurde ein wesentlicher Beitrag zur Definition des allgemein anerkannten Standes medizinisch-pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse geleistet. Bereits heute sind diese Expertenstandards Maßstab zur Prüfung der Qualität der Pflege durch den MDK.

Bei der Institutionalisierung ist sicherzustellen, dass die Standardentwicklung, –testung und –konsentierung auch in Zukunft unabhängig z.B. durch das DNQP erfolgen kann. Die Arbeit des DNQP ist sowohl hinsichtlich der Verfahrensentwicklung als auch der Güte der Ergebnisse vorbildlich.

zu Nr. 71: § 114 Qualitätsprüfungen

Den Ausbau der externen Qualitätssicherung durch den MDK und die Unterstützung einrichtungsinterner Qualitätsbemühungen durch die Implementierung von Zertifizierungsverfahren befürwortet der MDS. Nach Auffassung des MDS können Zertifizierungsverfahren den Aufbau eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements unterstützend begleiten. Solche Zertifizierungsverfahren bzw. landesweiten Prüfverfahren sind jedoch nicht geeignet, die externe Qualitätssicherung durch den MDK zu ersetzen. Daher ist eine strikte Trennung zwischen der externen Qualitätssicherung durch den MDK und anderen Prüfverfahren einzuhalten. Vergleiche zwischen Pflegeeinrichtungen mit und ohne zertifiziertem Qualitätsmanagement haben darüber hinaus gezeigt, dass zertifizierte Pflegeeinrichtungen in der Ergebnisqualität nicht besser abschneiden. Weiterhin ist darauf hinzuweisen, dass sich in aller Regel bei Zertifizierungsverfahren die Erfassung der Ergebnisqualität ausschließlich auf Zufriedenheitsbefragung der Pflegebedürftigen beschränkt, die nur bei einem Teil der Pflegebedürftigen möglich ist.

zu Absatz 1 und 2

Die vorgesehene Intensivierung der Prüftätigkeit des MDK und die Einführung der Regelprüfungen bewertet der MDS positiv. Eine Qualitätsprüfung in jeder Pflegeeinrichtung im Abstand von 3 Jahren stellt eine Verbesserung zur bisherigen Prüffrequenz des MDK dar. Die Abgrenzung der Regelprüfung von den Anlass-; Stichproben- und vergleichenden Prüfungen ist nicht eindeutig nachvollziehbar. Hier sollte eine klarere Beschreibung vorgenommen werden.

zu Absatz 3

Der MDS lehnt eine Gleichstellung der unabhängigen und bundeseinheitlichen MDK-Qualitätsprüfungen mit Prüfungen der Heimaufsichtsbehörden, nach Landesrecht durchgeführten Prüfverfahren sowie einrichtungs- bzw. trägerinitiierten Prüfungen wegen der unterschiedlichen Trägerschaft, Funktion und Inhalte ab. Insbesondere die Gleichstellung mit nach Landesrecht durchgeführten Prüfverfahren und mit einrichtungs- bzw. trägerinitiierten Prüfungen läuft auf eine Fortführung der gescheiterten Leistungs- und Qualitätsnachweise unter einem anderen Namen hinaus; einziger Unterschied ist, dass die Anforderungen an diese Zertifizierungen nicht

mehr per Rechtsverordnung sondern, durch die gemeinsame Pflegeselbstverwaltung festgelegt werden sollen. Nach der Gesetzesbegründung zu § 113 wird die Abschaffung der Leistungs- und Qualitätsnachweise nicht zuletzt damit begründet, dass eine externe Qualitätssicherung durch den MDK bereits gewährleistet wird. Vor diesem Hintergrund ist nicht nachvollziehbar, dass als Ersatz für die nicht realisierten Leistungs- und Qualitätsnachweise nun erneut Alternativen vorgeschlagen werden. Bei der Realisierung alternativer Prüfverfahren wäre zudem zu bedenken, dass die Kosten für diese Prüfungen die Pflegebedürftigen belasten würden.

Nach Landesrecht durchgeführte Prüfverfahren sowie einrichtungs- bzw. trägerinitiierte Prüfungen können aus systematischen Gründen nicht unabhängig erbracht werden, da sich solche Prüfverfahren immer in einer wirtschaftlichen Abhängigkeit zu den Pflegeeinrichtungen befinden und in einer Konkurrenzsituation zu anderen Zertifikatanbietern stehen. Der MDK ist hingegen in der Durchführung seiner Prüfungen wirtschaftlich und in seinen fachlichen Feststellungen inhaltlich unabhängig. Auch weil die Prüfinhalte und -kriterien dieser zusätzlich zum MDK genannten Prüfstellen und Zertifizierungsverfahren mit denen des MDK gleich sein sollen, ist die Errichtung zusätzlicher Prüfverfahren und Institutionen entbehrlich.

Auch ein genereller Ersatz der MDK-Prüfungen durch Heimaufsichtsprüfungen ist nicht zielführend, da die Heimaufsichtsbehörden im Gegensatz zum MDK nach landesheimrechtlichen Regelungen Prüfungen durchführen und dabei zum einen in den Bundesländern unterschiedliche Aufgaben wahrnehmen und zum anderen eine andere Funktion als der MDK ausfüllen. Auch die Qualifikation der Mitarbeiter der Heimaufsichtsbehörden ist vielfach nicht auf die Prüfung der Ergebnisqualität ausgerichtet. Gerade aufgrund dieser unterschiedlichen Funktionen von MDK und Heimaufsicht ist es unverzichtbar, dass der MDK neben den jährlichen Qualitätsprüfungen der Heimaufsichtsbehörden im Abstand von drei Jahren Qualitätsprüfungen mit dem Schwerpunkt in der Ergebnisqualität in stationären Einrichtungen durchführt.

Darüber hinaus verweisen wir hinsichtlich des Verhältnisses von Heimaufsichtsprüfungen und MDK-Prüfungen auf die Empfehlungen der Arbeitsgruppe drei des Runden Tisches Pflege, nach denen die Inhalte der Prüfungen durch Heimaufsicht und Medizinischen Dienst eindeutig aufeinander abgegrenzt und abgestimmt werden sollen. Dieser Vorschlag ist bereits weitgehend mit den seit 1. Januar 2006 geltenden Prüfgrundlagen (Qualitäts-Prüfungsrichtlinien vom 10. November 2005) aufgegriffen worden; dabei wurde bei den Prüfinhalten des MDK auf eine Reihe von Prüfkriterien verzichtet, die in den Zuständigkeitsbereich der Heimaufsicht fallen.

zu Absatz 4

Diese Regelung legt die Widersprüche der Gleichsetzung von einrichtungsinitierten Prüfungen und MDK-Prüfungen offen. Bei den hier vorgesehenen Stichprobenprüfungen ist auf Grund der bisherigen Erfahrungen mit zertifizierten Pflegeeinrichtungen zu erwarten, dass die Ergebnisse der MDK-Prüfung von den Ergebnissen der Prüfungen durch andere Sachverständige abweichen werden. Mit der vorgesehenen Regelung wird die Wirksamkeit von einrichtungsinitierten Prüfverfahren zu Recht in Frage gestellt.

zu Nr. 72: § 114a Durchführung der Qualitätsprüfungen

Der MDS begrüßt die Konkretisierung der Rahmenbedingungen für die Durchführung der MDK-Qualitätsprüfungen. Dabei ist allerdings auch hier eine strikte Trennung der MDK-Qualitätsprüfungen von anderen Prüfungen erforderlich.

zu Absatz 1

In der Öffentlichkeit wird vielfach kritisiert, dass Prüfungen durch den MDK angemeldet durchgeführt werden. Daher sollten in den Gesetzestext orientierende Kriterien dafür aufgenommen werden, bei welchen Prüfarten bevorzugt angemeldet oder unangemeldet geprüft werden soll. Die nach § 114 Abs. 4 vorgesehenen Stichprobenprüfungen sind unangemeldet durchzuführen.

Nach Auffassung des MDS sind darüber hinaus auch die Anlassprüfungen und die Evaluationsprüfungen (Wiederholungsprüfungen) unangemeldet durchzuführen. Bei den übrigen Stichprobenprüfungen sowie den Vergleichsprüfungen sind beide Optionen denkbar.

zu Absatz 3

Die der gängigen Prüfpraxis entsprechende Klarstellung, dass die Prüfung auch die Inaugenscheinnahme des Pflegebedürftigen umfasst, begrüßt der MDS. Selbstverständlich wird auch heute schon entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen die Zustimmung der in die Prüfung einzubeziehenden Pflegebedürftigen, seiner Vertretungspersonen bzw. gesetzlichen Betreuer vor der Einbeziehung in die Prüfung eingeholt und über die Freiwilligkeit der Teilnahme und den Sinn und Zweck der Einbeziehung informiert. Die Zustimmung wird im Rahmen der Prüfung dokumentiert (siehe Anlage 1 zur QPR Nr. 9.2.h sowie Anlage 2 zur QPR Nr. 11.2.h). Die in der Gesetzesbegründung dargestellte standardmäßige Schriftform der Zustimmung geht allerdings an den Realitäten der Prüfpraxis vorbei, da viele in die Prüfung einzubeziehende Pflegebedürftige aus physischen Gründen nicht zu einer Unterschrift in der Lage sind oder, bei einer bestehenden Betreuung, die Zustimmung des Betreuers nur telefonisch eingeholt werden kann.

zu Absatz 6

Bei der hier angesprochenen Berichtspflicht handelt es sich um die Fortführung der bisherigen Berichtspflicht des MDK und des MDS gegenüber den Landesverbänden der Pflegekassen, dem BMG, dem BMA sowie den zuständigen Landessozialministerien. Das bisherige Berichtsintervall von drei Jahren ist sachgerecht, die Erweiterung des Berichtszeitraumes auf vier Jahre ist aus Sicht des MDS nicht nachvollziehbar, zumal zukünftig alle Pflegeeinrichtungen in einem Zeitraum von drei Jahren einer Qualitätsprüfung durch den MDK unterzogen werden sollen. Daher wird vorgeschlagen, das bisherige Berichtintervall von drei Jahren beizubehalten.

zu Absatz 7

Während die gemeinsame Pflegeselbstverwaltung mit § 113 (§ 80 alte Fassung) die Kompetenz dazu erhält, Qualitätsanforderungen für die Pflegeeinrichtungen zu definieren, ist es Aufgabe der Spitzenverbände der Pflegekassen unter Beteiligung des MDS, Richtlinien über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität zu beschließen. Eine Beteiligung insbesondere der Leistungserbringerverbände bei der Erstellung dieser Richtlinien hält der MDS für sachgerecht.

zu Nr. 73: § 115 Ergebnisse von Qualitätsprüfungen

zu Absatz 1

Um Transparenz in der Pflege zu erreichen und einen Qualitätswettbewerb zwischen Pflegeeinrichtungen zu initiieren, fordert der MDS seit langem, dass die gesetzlichen Grundlagen für eine laienverständliche Veröffentlichung von Prüfergebnissen des MDK geschaffen werden. Der MDS begrüßt daher ausdrücklich, dass die Veröffentlichung von MDK-Prüfergebnissen durch die Pflegereform ermöglicht werden soll. Um die Unabhängigkeit des MDK in seinen Empfehlungen und fachlichen Beurteilungen zu unterstreichen, hat der Gesetzgeber bereits mit dem PQsG festgeschrieben, dass die MDK-Prüfberichte direkt vom MDK an die Pflegeeinrichtung und alle anderen Adressaten zu versenden sind. Aus den gleichen Gründen fordert der MDS, dass die zu veröffentlichenden Prüfergebnisse vom Medizinischen Dienst auf einem unabhängigen, neutralen und einheitlichen Internetportal der MDK-Gemeinschaft veröffentlicht werden.

Darüber hinaus ist es zwingend erforderlich, die Prüfergebnisse nach einheitlichen und bundesweit gültigen Vorgaben aufzubereiten und darzustellen. Nur so kann eine Vergleichbarkeit erreicht werden und den Versicherten auch über die Grenzen der einzelnen Bundesländer hinaus die Suche nach geeigneten Pflegeeinrichtungen ermöglicht werden (z.B. Suche im Internet nach Postleitzahl und Umfeld von X km). Auch aus diesem Grund macht es keinen Sinn, Prüfergebnisse von bundeseinheitlich durchgeführten MDK-Qualitätsprüfungen mit Prüfungen nach Landesrecht oder mit anderen regional geregelten Prüfungen gleichzustellen.

Zwar lehnt der MDS die Gleichstellung von Prüfungen des MDK mit anderen Prüfungen und auch die alternative Veröffentlichung von Prüfergebnissen ab. Bei der Veröffentlichung von Prüfergebnissen würde der MDS es jedoch begrüßen, dass ergänzend zu den MDK-Prüfergebnissen auch Ergebnisse anderer Prüfungen veröffentlicht werden können, sofern diese andere oder weitergehendere Inhalte umfassen. So ist z.B. denkbar, dass Qualitätsbewertungen von Betroffenenverbänden (z.B. Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen - BAGSO) oder von Verbraucherverbänden ebenfalls öffentlich bereit gestellt werden.