

**Stellungnahme
des Medizinischen Dienstes**

**des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.
(MDS)**

**zur Anhörung des Entwurfs der Bundesregierung
eines Dritten Gesetzes zur
Stärkung der pflegerischen Versorgung (PSG III)
und zur Änderung weiterer Gesetze einschließlich der
Änderungsanträge der Fraktionen CDU/CSU und SPD
(Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III)**

am 17. Oktober 2016 in Berlin

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0204(40)
gel. VB zur öAnhörung am 17.10.
2016_PSGIII
12.10.2016

I Vorbemerkung:

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

Das dritte Pflegestärkungsgesetz hat zum einen das Ziel, die pflegerische Versorgung vor Ort zu verbessern. Dazu sollen insbesondere angemessene Steuerungsmöglichkeiten der Angebotsstruktur vor Ort sowie effiziente Kooperations- und Koordinationsstrukturen auf kommunaler Ebene geschaffen werden. Gleichzeitig sollen die Beratungsangebote der Kommunen, die aus ihrer Funktion als Sozialleistungsträger resultieren, besser mit den Beratungsangeboten und den Beratungsaufgaben der Pflegekassen verzahnt werden.

Der Eintritt von Pflegebedürftigkeit stellt für die Betroffenen und deren Angehörige einen massiven Einschnitt in ihr bisheriges Leben dar. Deshalb bedarf es der frühzeitigen, umfassenden und zielgerichteten Beratung und Information der Betroffenen. Im Rahmen der seit dem Jahre 2014 regelmäßig von einem unabhängigen Marktforschungsinstitut durchgeführten repräsentativen Befragung der Versicherten zum Begutachtungsverfahren in der Pflegeversicherung¹ artikulieren die Befragten den Wunsch nach guter Beratung und nützlichen Hinweisen zur Verbesserung der Pflegesituation bereits zum Zeitpunkt der Begutachtung durch den MDK. Diesem Umstand trägt die MDK Gemeinschaft bereits Rechnung, indem MDK-Gutachter den Versicherten Informationen an die Hand geben und Ansprechpartner benennen, die bei Fragen weiterhelfen können. Hierbei erfolgen gezielte Hinweise auf die Beratungsangebote von Pflegekassen, Pflegestützpunkten und -zentren, damit die Versicherten unmittelbar kompetente Auskünfte und weitergehende Hilfen erhalten können.

Als weiteres Ziel postuliert das PSG III die Wahrung der Identität der Pflegebedürftigkeitsbegriffe von SGB XI, SGB XII und BVG. Mit dem PSG III soll dementsprechend der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff des SGB XI auf das SGB XII übertragen werden. Aus unserer Sicht wird der Gesetzentwurf diesem Anspruch nicht hinreichend gerecht. Insbesondere bewerten wir kritisch, dass im Gesetzentwurf die Übernahme der Module 7 und 8 in den Bereich des SGB XII nicht vorgesehen ist. Vor dem Hintergrund, dass nach dem SGB XII auch Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung und die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zum Leistungsumfang gehören, muss dies überraschen und sollte aus unserer Sicht auch mit Blick auf ein einheitliches Begutachtungsinstrument für das SGB XI und das SGB XII noch einmal geprüft werden.

In diesem Zusammenhang halten wir es zwar für grundsätzlich sachgerecht, den MDK als Sachverständigen zur Durchführung einer Pflegebegutachtung in den Fällen vorzusehen, in denen keine Entscheidung der Pflegekasse vorliegt. Es kann jedoch nicht sein, dass den Kommunen ein Wahlrecht eingeräumt wird eigene Sachverständige einzusetzen und – wenn sie von dem Wahlrecht keinen Gebrauch machen – der MDK auf Anforderung tätig werden muss. Hier sollte sowohl für die MDK als auch für die eigenen Sachverständigen eine „Kann-Regelung“ gelten.

Wir begrüßen zudem, dass mit den vorgesehenen Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen für Leistungserbringer der häuslichen Krankenpflege eine Lücke in der externen Qualitätssicherung geschlossen wird. Wir halten die Regelung für notwendig, um in Zukunft Abrechnungsbetrug ebenso wie Fehlrechnungen, wie sie zuletzt in der Öffentlichkeit bekannt geworden sind, vorzubeugen. Mit Blick auf die Schutzinteressen der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen schlagen wir vor im Rahmen der neu eingeführten Abrechnungsprüfungen nach § 79 auch die Pflegeverträge nach § 120 Abs. 3 in die Abrechnungsprüfung mit einzubeziehen. Sachgerecht ist dabei auch, die Prüfung der Qualität und der Abrechnung der Leistungen eines Pflegedienstes im Rahmen der HKP im Rahmen

¹ Vgl. MDS-Gesamtbericht zur Versichertenbefragung 2015 unter www.mds-ev.de

einer zeitlich zusammenhängenden Prüfung und entsprechend den Prüfvorgaben gemäß § § 114 und 114 a SGB XI vorzusehen.

In diesem Zusammenhang halten wir es auch für sachgerecht und zur Sicherung der Durchführung von Qualitätsprüfungen für geboten, wenn – wie es der Änderungsantrag von CDU/CSU und SPD vorsieht – eine gesetzliche Regelungen dafür geschaffen wird, um zukünftig standardisierte Widersprüche der von ambulanten Pflegediensten betreuten Versicherten zu verhindern.

Mit dieser Stellungnahme möchten wir deshalb Hinweise und Anregungen zur Ausgestaltung einzelner Regelungen geben.

II Stellungnahme zum Gesetzentwurf:

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

Zu Artikel 1 Nr. 10 (§ 37 Abs. 8 SGB XI):

Die Vorschrift erweitert die Personengruppe derjenigen, die Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI durchführen, um entsprechend qualifizierte Pflegeberaterinnen und Pflegeberater im Sinne des § 7a SGB XI oder um anerkannte Beratungspersonen der Kommunen.

Bewertung:

Die Erweiterung des Personenkreises, der Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI durchführt, ist sinnvoll, soweit die pflegfachliche Qualifikation dieser Beraterinnen und Berater gewährleistet ist.

Artikel 1 Nr. 17 (§ 79 Absatz 4 SGB XI –neu):

Die Möglichkeit der Wirtschaftlichkeitsprüfung wird ergänzt durch Abrechnungsprüfungen, die die Landesverbände der Pflegekassen selbst oder durch von ihnen bestellte Sachverständige durchführen lassen können.

Bewertung:

Die Regelung wird von Seiten des MDS ausdrücklich begrüßt. Vor dem Hintergrund zuletzt bekannt gewordener Fälle von Abrechnungsbetrug durch ambulante Pflegedienste ist die Notwendigkeit entsprechender Prüfungsmöglichkeiten zweifelsfrei gegeben und im Interesse der Solidargemeinschaft und der Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen.

Mit dieser Regelung wird die Abrechnungsprüfung im Rahmen der Regelprüfungen nach § 114 SGB XI sinnvoll ergänzt. Die von den Landesverbänden der Pflegekassen initiierbaren Abrechnungsprüfungen sind an die Bedingung geknüpft, dass Anhaltspunkte für das fehlerhafte Abrechnen durch zugelassene Leistungserbringer vorliegen. Solche Anhaltspunkte können sich aus den Abrechnungsprüfungen des MDK bzw. des PKV-Prüfdienstes nach § 114 SGB XI ergeben.

Kritisch sehen wir jedoch die gesetzgeberische Absicht, die Regelung bzgl. der Abrechnungsprüfungen mit den Regelungen zu den Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI, die mit den Trägerverbänden der Pflegeeinrichtungen auf Landesebene zu vereinbaren sind, zu verknüpfen. Hier halten wir eine analoge Anwendung der Regelungen zu den Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI für sachgerecht, nach der der GKV-Spitzenverband unter Berücksichtigung der üblichen Beteiligungsrechte nach § 114a Absatz 7 SGB XI die Kompetenz für die entsprechende Richtlinie besitzt. Es ist wenig nachvollziehbar, dass diejenigen, deren Abrechnungen zu Lasten der Solidargemeinschaft geprüft werden sollen, über die Kriterien und Verfahrensgrundsätze mitentscheiden sollen. Hier wäre eine entsprechende Anpassung aus unserer Sicht von Nöten.

Um auch die Schutzinteressen der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen wirkungsvoll zu berücksichtigen, halten wir eine Ausweitung der durch § 79 Absatz 4 (neu) SGB V vorgesehenen Abrechnungsprüfung für erforderlich. Aus zahlreichen Beschwerden, die die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und den MDS erreichen, ist bekannt, dass Pflegehandlungen, die von der Familie des Versicherten selbst gegenüber dem Pflegebedürftigen erbracht werden, von ambulanten Pflegediensten sowohl dem Versicherten bzw. seinen Angehörigen als auch der Kranken- und Pflegekasse als Leistungen in Rechnung gestellt werden. Grundlage dessen, was ein Pflegedienst leistet und was von Familienangehörigen erbracht wird, ist eine vertragliche Vereinbarung, der sog. Pflegevertrag nach § 120 SGB XI. Ohne die vertraglichen Abmachungen zwischen Versichertem und Pflegedienst zu kennen, können die Kassen in solchen Konstellationen nicht abschließend beurteilen, ob und inwieweit Abrechnungsbetrug vorliegt. Von daher schlagen wir vor, den Pflegevertrag nach § 120 SGB XI und die darauf sich beziehende Abrechnung des Pflegedienstes gegenüber dem Versicherten in die Abrechnungsprüfung der Pflegekassen mit einzubeziehen.

Ferner möchten wir darauf hinweisen, dass eine analoge Anwendung des § 79 Absatz 1 Satz 3 und des § 79 Absatz 3 SGB XI nicht angezeigt ist. Nach § 79 Absatz 1 Satz 3 sollen der Pflegeeinrichtung die Anhaltspunkte, die zu einer Abrechnungsprüfung führen rechtzeitig mitgeteilt werden. Dies widerspricht aus unserer Sicht der Zielsetzung einer Abrechnungsprüfung, weil unter Umständen auch Unterlagen (Beweise), die eine Abrechnungsprüfung begründen gesichert werden müssen. § 79 Absatz 3 sieht vor, die Prüfergebnisse bei Vergütungsvereinbarungen mit Wirkung für die Zukunft zu berücksichtigen und verfehlt von daher aus unserer Sicht den Anwendungsbereich der Abrechnungsprüfung.

Änderungsvorschlag:

a) § 79 Absatz 4 (neu) wird um nachfolgende Ziffer 3 ergänzt:

3. *auf die Abrechnung von Leistungen nach § 120 Abs. 3 SGB XI.*

b) In § 79 Absatz 4 (neu) wird der Satz 3 wie folgt gefasst:

„Für die Abrechnungsprüfung sind Absatz 1 Satz 4 sowie Absatz 2 entsprechend anzuwenden.“

c) Ergänzung des § 79 SGB XI um einen neuen Paragraphen oder Absatz, der die Beschlussfassung über die Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für Abrechnungsprüfungen in die Kompetenz des GKV-Spitzenverbandes analog der Beteiligungsrechte nach § 114a Absatz 7 SGB XI legt.

Zu Artikel 1 Nr. 19 (§ 109 Abs. 1 Satz 2 Nummer 5 SGB XI –neu-):

Die Pflegestatistik soll insbesondere zur Verbesserung der Planung der Pflegeinfrastruktur um die Angabe der „Postleitzahl des Wohnortes vor dem Einzug in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung“ ergänzt werden.

Bewertung:

Diese klarstellende Ergänzung des Gesetzes ist sachgerecht.

Zu Artikel 1 Nr. 20 b (§ 114 Abs. 2 Nr. 6 SGB XI):

Die Vorschrift, ein Konzept für die Qualitätssicherung in neuen Wohnformen zu erstellen, wird um eine Frist bis zum 31. März 2018 ergänzt.

Bewertung:

Die Konkretisierung wird grundsätzlich begrüßt. Mit der Erstellung eines Konzeptes für die Qualitätssicherung in neuen Wohnformen wird allerdings Neuland betreten. Daher ist davon auszugehen, dass der Zeitaufwand für die Konzepterstellung so groß sein wird, dass die Frist 31. März 2018 voraussichtlich zu knapp bemessen sein wird. Wir regen daher an zu prüfen, ob diese Frist verlängert werden kann.

Zu Artikel 1 Nr. 21a und b (§ 114 Abs. 2 SGB XI):

Mit der Änderung wird es ermöglicht, Personen, die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V und keine Sachleistungen nach dem SGB XI beziehen, in die Qualitätsprüfungen einzubeziehen.

Bewertung:

Die Änderung wird begrüßt.

Vielfach erhalten Personen ausschließlich einzelne Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V, insbesondere Medikamentengabe, Subcutaninjektionen (meist Insulin) oder An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen. Diese Leistungen kommen relativ häufig vor und konnten bei der bisherigen Stichprobe (Personen mit Sachleistungsbezug nach dem SGB XI) oft bereits geprüft werden. Zudem ist zu beachten, dass die Stichprobe aufgrund der Änderung der PTVA zum 01.01.2017 von derzeit durchschnittlich 5-6 Personen auf 8 Personen unabhängig von der Größe des Pflegedienstes angehoben wird. Um mit der Gesetzesänderung einen möglichst hohen Zusatznutzen und sowohl für die Pflegeeinrichtungen als auch den MDK bzw. den PKV-Prüfdienst den Zusatzaufwand möglichst gering zu halten, sollte die Gesetzesänderung konkretisiert werden. Es sollten insbesondere Personen in die Prüfung zusätzlich einbezogen werden, die besonders aufwändige Leistungen der häuslichen Krankenpflege erhalten (z.B. die Positionen Nr. 6 Absaugen, Nr. 8 Beatmungsgerät bedienen, Nr.12 Dekubitusbehandlung, Nr. 16 Infusionen i.v., Nr. 24 spezielle Krankenbeobachtung, Nr. 29 Trachealkanüle, Wechseln und Pflege, Nr. 31 Wundverband des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses).

Notwendige Folgeänderung wäre die Schaffung einer entsprechenden Rechtsgrundlage für eine diesbezügliche Änderung der Qualitätsprüfungsrichtlinien – QPR (§ 115a SGB XI).

Änderungsvorschlag:

Es wird vorgeschlagen nach § 114 Abs. 2 nach Satz 6 (neu) um nachfolgenden Satz zu ergänzen:

„Dabei sind insbesondere Personen, die aufwändigere Leistungen der häuslichen Krankenpflege erhalten, einzubeziehen.“

Zu Artikel 2 Nr. 5 – §§ 61 bis 61c SGB XII:

Mit diesen Regelungen übernimmt der Gesetzgeber die Legaldefinition von Pflegebedürftigkeit sowie die Festlegung und Ermittlung der Pflegegrade des SGB XI in das SGB XII. In § 61 SGB XII –neu- werden die Anwendung des Begutachtungsinstruments nach § 15 SGB XI sowie die Begutachtungsrichtlinien der Pflegekassen auch für das SGB XII anwendbar erklärt.

Bewertung:

Die Bundesregierung hält an der sozialpolitischen Grundausrichtung der Sozialen Pflegeversicherung fest, dass auch in Zukunft keine Vollabsicherung des Pflegerisikos beabsichtigt ist („Teilleistungssystem“). Insofern wird es auch nach Inkrafttreten des PSG II im Falle der finanziellen Bedürftigkeit der Pflegebedürftigen im Einzelfall weiterhin zu Leistungsansprüchen gegenüber der Sozialhilfe kommen. Mit diesen Vorschriften soll deshalb rechtssystematisch eine weitgehende Identität des Pflegebedürftigkeitsbegriffs für die Träger der Sozialhilfe mit dem der Sozialen Pflegeversicherung erreicht werden. Dies ist im Interesse der betroffenen Pflegebedürftigen sachgerecht.

§ 61 a Abs.2 SGB XII –neu- listet abschließend die sechs Bereiche auf, deren Grad der Beeinträchtigung der Selbständigkeit und der Fähigkeitsstörungen für die Prüfung von Pflegebedürftigkeit maßgeblich sind. Hier besteht eine inhaltliche Übereinstimmung zu § 14 Abs. 2 SGB XI. Diese Bereiche spiegeln sich in den entsprechenden Modulen des Begutachtungsinstruments NBA wieder (§ 62 SGB II –neu- i. V. m. § 15 Abs. 2 SGB XI). Insofern sind die Begutachtungsgrundlagen und die Instrumentarien zur Ermittlung der Pflegegrade ab dem 1. Januar 2017 für SGB XI und SGB XII deckungsgleich.

Darüber hinaus sind nach § 18 Abs. 5a SGB XI bei der Begutachtung zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in den Bereichen „außerhäusliche Aktivitäten“ und „Haushaltsführung“ festzustellen. Diese als Module sieben und acht in das Begutachtungsinstrumentarium übernommenen Bereiche werden bei der rechnerischen Ermittlung des Pflegegrades nicht berücksichtigt. Die besondere Bedeutung dieser beiden Bereiche hat auch der Gesetzgeber im Rahmen der Gesetzgebung zum PSG II hervorgehoben.

Die Gesetzesergänzung im PSG II wurde vom Deutschen Bundestag u.a. wie folgt begründet (vgl. BT-Drs. 18/ 5926 Seite 114):

„Die in diesen beiden Bereichen erhobenen Kriterien sind gleichwohl von großer Bedeutung für die Bewältigung der Pflegesituation, die Verbesserung der häuslichen Versorgung und damit die Stärkung der Selbständigkeit der Pflegebedürftigen. Daher sind Informationen über Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in den Bereichen außerhäuslicher Aktivitäten und Haushaltsführung regelhaft im Rahmen der Begutachtung zu erheben. (...) Dementsprechend sind die für die beiden Bereiche in den Nummern 1 und 2 beschriebenen Kriterien als inhaltliche Bestandteile der Begutachtung zu betrachten und in den Richtlinien des Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach § 17 Absatz 1 pflegefachlich zu konkretisieren.“

Das ist in Kapitel 4.11 der zwischenzeitlich verabschiedeten Begutachtungs-Richtlinien auch geschehen.

Demgegenüber klammert der vorliegende Entwurf des Siebten Kapitels des SGB XII die Übernahme dieser Module aus. Dies überrascht, da nach dem SGB XII auch Leistungen der hauswirtschaftlichen

Versorgung und die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (§ 54 SGB XII) zum Leistungsumfang gehören.

Vor diesem Hintergrund erscheint es sachgerecht, die Module sieben und acht auch für eine singuläre Begutachtung im Sinne des § 61a SGB XII zu erheben und den Gesetzentwurf insoweit zu ergänzen. Damit würde auch der von der Bundesregierung in der Begründung zum Siebten Kapitel (vgl. Seite 87 des Gesetzentwurfs, Begründung zu § 62) formulierten sozial-politischen Zielsetzung entsprochen, wonach ein identisches Begutachtungsverfahren zur Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit zur Sicherstellung der Anwendung einheitlicher Kriterien und Maßstäbe zwingend ist.

Änderungsvorschlag:

§ 61 a Absatz2 neu- SGB XII wird um nachfolgenden Satz 2 ergänzt:

„§ 18 Absatz 5 a SGB XI gilt entsprechend.“

Zu Artikel 2, Nr. 5 -§§ 62,62a SGB XII –neu-:

Mit Wirkung ab 1. Januar 2017 richtet sich die Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit nach den Instrumentarien des SGB XI. Die Entscheidung der Pflegekasse ist in Zukunft auch für die Träger der Sozialhilfe im Rahmen der Hilfe zur Pflege (SGB XII – Siebtes Kapitel) bindend. In den Fällen, in denen keine Entscheidung der Pflegekasse über das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit vorliegt, haben die Träger der Sozialhilfe in eigener Verantwortung den Grad der Pflegebedürftigkeit unter Einsatz des Neuen Begutachtungsinstrumentariums zu ermitteln. Bei dieser Entscheidung kann sich der Träger der Sozialhilfe der Hilfe Sachverständiger bedienen. Sofern die örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeträger nicht über eigene Sachverständige verfügen können, kommt als Sachverständiger hier insbesondere der MDK in Betracht.

Bewertung:

Grundsätzlich ist es sachgerecht, dass der MDK als Sachverständiger in den Fällen, in denen keine Entscheidung der Pflegekasse über das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit vorliegt, von den Trägern der Sozialhilfe zur Begutachtung herangezogen werden kann und dafür ein entsprechender Kostenersatz im Sinne des § 281 Abs. 1 Satz 4 SGB V durch die Träger der Sozialhilfe vorgesehen werden kann.

Die bisherige Formulierung des § 62a SGB XII –neu- sollte allerdings modifiziert werden:

In § 62a SGB XI –neu – wird den Trägern der Sozialhilfe die Möglichkeit eingeräumt, sich bei der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit von Personen, die keinen Anspruch bei einer Pflegekasse haben, der Hilfe sachverständiger Dritter zu bedienen. Auf Anforderung soll der MDK die Sozialhilfe-Träger unterstützen. Aus der Begründung zu diesem Entwurf des § 62a SGB XII –neu- geht hervor, dass hier insbesondere der MDK als Sachverständiger in Betracht kommt (vgl. Seite 87 a.a.O.).

Die gewählte Formulierung legt eine unmittelbare „Inanspruchnahme“ des MDK nahe. Es kann jedoch nicht sein, dass den Kommunen ein Wahlrecht eingeräumt wird eigene Sachverständige einzusetzen und – wenn sie von dem Wahlrecht keinen Gebrauch machen – der MDK auf Anforderung tätig werden muss. Hier sollte sowohl für die MDK als auch für die eigenen Sachverständigen eine „Kann-Regelung“ gelten.

Änderungsvorschlag:

§ 62 a Satz 3 SGB XII sollte wie folgt formuliert werden:

„Wird als sachverständiger Dritter der Medizinische Dienst der Krankenversicherung mit der Begutachtung beauftragt, erhält er hierfür Kostenersatz, der zu vereinbaren ist.“

Zu Artikel 2, Nr. 13 -§ 137 SGB XII:

Der § 137 regelt die Überleitung in Pflegegrade zum 1. Januar 2017. Nach der Begründung wird ausgeführt, dass im Hinblick darauf, dass im Rahmen der Hilfe zur Pflege – im Unterschied zum SGB XI – keine zusätzlichen Leistungen bei einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz erbracht werden, keine Notwendigkeit für eine Übergangsregelung entsprechend § 140 Absatz 2 Satz 3 Nummer 2 SGB XI besteht.

Bewertung

Die Begründung für das Abweichen von der entsprechenden Überleitungsregelung nach dem SGB XI geht am Kern der Reform des PSG II vorbei.

Personen, die bislang einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz zugeordnet waren, sind im bisherigen System unzureichend berücksichtigt. Die Selbständigkeit dieser Personen, die Beurteilung, was diese Personen noch selbständig können und was nicht, ist der künftige Maßstab der Begutachtung. Dieser Maßstab bestand im tradierten Begutachtungsinstrument nicht und hat diesen Personenkreis tendenziell leistungsrechtlich benachteiligt. Diese Diskriminierung setzt § 137 SGB XII fort, in dem Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz bei der Überleitung der sogenannte doppelte Stufensprung nach dem SGB XI versagt wird.

Wir regen an, den Verzicht auf den sog. doppelten Stufensprung im SGB XII aus sozialpolitischen Gründen noch einmal zu überdenken.

Zu Artikel 13 Nr. 5 (§275 b SGB V-neu)

Es werden Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen für Leistungserbringer der häuslichen Krankenpflege (HKP) eingeführt, die nicht den Regelprüfungen nach § 114 Abs. 2 SGB XI unterliegen. Diese Prüfungen sind am Tag zuvor anzukündigen. Regelprüfungen in Wohneinheiten (Versorgungsform mit stationärer Pflege vergleichbar) sind unangemeldet durchzuführen. Die Prüfungen sind zu den üblichen Betriebs- und Geschäftszeiten durchzuführen. Die Leistungserbringer werden verpflichtet, dem MDK Einsicht in personenbezogene Daten zu gewähren und diese dem MDK auf Anforderung zu übermitteln. Die Prüfungen sollen ausschließlich vom MDK durchgeführt werden, weil den HKP-Leistungen entsprechende Leistungen grundsätzlich nicht zum Leistungsumfang der privaten Krankenversicherung gehören. Daher wird der PKV-Prüfdienst nicht analog der Regelung im SGB XI anteilig an den Prüfungen beteiligt.

Krankenkassen oder Landesverbände der Krankenkassen sollen zudem neben den bisherigen Prüfungen nach § 114 Abs.2 SGB XI den MDK mit Anlassprüfungen zur Qualität und Abrechnung beauftragen können.

Bewertung:

Die Regelung wird begrüßt. Damit wird eine Lücke in der externen Qualitätssicherung geschlossen. Die Regelung schafft insbesondere auch die Möglichkeit, Pflegedienste in die externe Qualitätsprüfung einzubeziehen, die Personen mit einem Intensivpflegebedarf versorgen.

Um Unstimmigkeiten mit den zu prüfenden Pflegeeinrichtungen über die Definition von „üblichen Betriebs- und Geschäftszeiten“ zu vermeiden und einen reibungslosen und effektiven Prüfablauf zu gewährleisten wird empfohlen, im Gesetzestext die Worte „zu den üblichen Betriebs- und Geschäftszeiten“ zu streichen.

Die Verpflichtung der Pflegeeinrichtungen, dem MDK Einsicht in personenbezogene Daten zu gewähren und auf Aufforderung dem MDK diese Daten zu übermitteln, greift zu kurz. Es ist zusätzlich eine Verpflichtung der Pflegeeinrichtungen einzuführen, während der Prüfung Daten und Unterlagen auf Anforderung zu kopieren und dem MDK zur Mitnahme bereitzustellen. Eine nachträgliche Übermittlung von Daten und Unterlagen birgt die Gefahr der Manipulation und Vertuschung.

Änderungsvorschlag

- a) In § 275 b Absatz 2 Satz 3 werden die Wörter „zu den üblichen Betriebs- und Geschäftszeiten“ gestrichen.
- b) In § 275 b Absatz 2 Satz 3 wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und durch nachfolgende Wörter ergänzt:
„dies schließt die Anfertigung von Kopien auf Anforderung bzw. die Mitnahme erforderlicher Prüfunterlagen durch den MDK mit ein.“

Zu Artikel 13 Nr. 7 (§ 302 Absatz 1 SGB V)

Es wird die Verpflichtung für Leistungserbringer eingeführt, die Zeit der Leistungserbringung bei der Abrechnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V anzugeben.

Bewertung:

Die Regelung wird grundsätzlich begrüßt. Es wird die gleiche Formulierung verwendet, wie in § 105 SGB XI. In der Gesetzesbegründung wird erläutert, dass damit nicht die Anfangs- und Endzeiten jeder einzelnen Leistung gemeint sind, sondern die Zeit der Leistungserbringung bezogen auf alle in einem zeitlichen Zusammenhang bei einem Versicherten erbrachten Leistungen des Pflegedienstes. Die in der Gesetzesbegründung erläuterte Intention der Neuregelung wird aus dem geplanten Gesetzestext nicht hinreichend deutlich.

Änderungsvorschlag:

Es wird vorgeschlagen, Absatz 1 Satz 2 wie folgt zu fassen:

„Bei der Abrechnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 sind zusätzlich zu den Angaben nach Satz 1 die Anfangs- und Endzeit der Leistungserbringung anzugeben.“

§ 105 SGB XI sollte entsprechend angepasst werden.

Zu Änderungsantrag 16 der Fraktionen CDU/CSU und SPD – Ergänzung von Artikel 1 Nummer 20 um die Nummer 20 a

Mit der Ergänzung wird die Formulierung der Beteiligungsrechte des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene sowie der auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen an den Beratungen eines Verfahrens zur einheitlichen Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen (§ 113c Absatz 2) an die Formulierung der Beratungsrechte im Qualitätsausschuss (§ 113b Absatz 2) angeglichen.

Bewertung:

Die Ergänzung ist zu begrüßen, weil durch die Angleichung der Formulierungen eine zusätzliche Verfahrenssicherheit geschaffen wird.

Zu Änderungsantrag 17 der Fraktionen CDU/CSU und SPD – Ergänzung von Artikel 1 Nummer 21 um die Nummer 21 a

Mit diesem Ergänzungsvorschlag soll darauf reagiert werden, dass in den vergangenen Monaten vermehrt Informationen bekannt geworden sind, wonach Qualitätsprüfungen des MDK bei ambulanten Pflegediensten durch Vorlage standardisierter Widersprüche der von diesen betreuten Pflegebedürftigen verhindert werden. Durch diese Änderungen werden die Pflichten der Pflegeeinrichtungen und die Aufgaben der Prüfer des MDK, des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung und der von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen konkretisiert.

Bewertung:

Die Neureglung ist sachgerecht und sichert die Durchführung von Qualitätsprüfungen.

Zu Änderungsantrag 24 der Fraktionen CDU/CSU und SPD – Ergänzung von Artikel 1 um die Nummer 30

Die Ergänzung stellt klar, dass in der Tabelle über die Berechnung von Einzelpunkten für Kriterien im Bereich der „Bewältigung von und des selbstständigen Umgangs mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen“ bei einer Summe täglicher Maßnahmen für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11, die rechnerisch zwischen 2,0 und 3,0 liegt, 2 Einzelpunkte zugeordnet werden.

Bewertung:

Die MDK Gemeinschaft hat die bisherigen Vorgaben bereits so verstanden, dass erst ab mindestens drei Maßnahmen täglich der Punktwert 3 vergeben wird. Die Begutachtungssoftware der MDK ist auch entsprechend programmiert worden. Dennoch ist aus Gründen einer einheitlichen Umsetzung die Klarstellung zu begrüßen.