

**Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e.V. (DPR) zum
Gesetzentwurf der Bundesregierung
Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere
Prüfungen (MDK-Reformgesetz) Drucksache 19/13397**

Stand 23.09.2019

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

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

Der DPR begrüßt, dass ein/e Vertreter/in der Landespflegekammer oder der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe im Verwaltungsrat vertreten ist. Nicht nachvollziehbar ist, weshalb die Vertreter/innen der Landespflege- und Landesärztekammer gegenüber dem Referentenentwurf von vier auf nunmehr zwei reduziert wurden. Weiterhin verfügen die Vertreter/innen der Landespflege- und Landesärztekammer über kein Stimmrecht. Angesichts der pflege- und medizinbezogenen Aufgaben der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund und der angestrebten Unabhängigkeit von Kasseninteressen erschließt sich die weiterhin bestehende Dominanz der Kassenvertreter/innen gegenüber den Pflegefachpersonen sowie Ärztinnen und Ärzten nicht. Der DPR bittet um erneute Prüfung dieser Regelungen.

Zu den Anmerkungen des DPR im Einzelnen:

Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nummer 7

§ 115b, Absatz 1 a) aa)

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

Stellungnahme

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

Änderungsvorschlag

Der DPR schlägt daher folgende Ergänzungen vor:

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

Die nachfolgenden Regelungen wären dann entsprechend anzupassen:

Die Vereinbarung nach Satz 1 tritt mit ihrem Wirksamwerden an die Stelle der am 31. Dezember 2019 geltenden Vereinbarung. In die Vereinbarung nach Satz 1 Nummer 1 sind die in dem Gutachten nach Absatz 1a benannten ambulant durchführbaren Operationen und die stationersetzenden Eingriffe, **und** stationersetzenden Behandlungen **sowie ergänzende pflegerische Interventionen** aufzunehmen, ...

Anpassung a) bb)

Die Vereinbarung nach Satz 1 ist mindestens alle zwei Jahre, erstmals zum 31. Dezember 2023, durch Vereinbarung an den Stand der medizinischen **und pflegerischen** Erkenntnisse anzupassen.

Anpassung b) Absatz 1a

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

Anpassung c) Absatz 2 aa)

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

c) Absatz 2 bb)

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

Stellungnahme

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

Änderungsvorschlag

Der DPR schlägt daher vor den Satz zu streichen.

Nummer 21

§ 275 a)

In Absatz 1 wird geregelt, dass der Medizinische Dienst der Krankenversicherung in Medizinischer Dienst umbenannt wird.

Stellungnahme

Der „Medizinische Dienst“ nimmt Aufgaben in den Bereichen der Abrechnungssystematik von Krankenhäusern und Pflegediensten, der Qualitätsmanagementsysteme von Pflegeeinrichtungen und der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit wahr. Diese aufgabenbezogene Ausrichtung auf Medizin und Pflege sollte sich auch in der Bezeichnung der Institution abbilden.

Änderungsvorschlag

Der DPR schlägt daher vor den bisherigen „Medizinischen Dienst der Krankenversicherung“ in „Medizinisch Pflegerischer Dienst“ umzubenennen.

d) Absatz 3

In diesem Absatz wird geregelt, dass der Medizinische Dienst den Krankenkassen das Ergebnis seiner Prüfung im Zusammenhang mit Behandlungsfehlern durch eine gutachterliche Stellungnahme mitzuteilen hat, die auch dann nachvollziehbar begründet sein muss, wenn kein Behandlungsfehler festgestellt wird und dies zur angemessenen Unterrichtung des Versicherten im Einzelfall erforderlich ist.

Stellungnahme

Der DPR begrüßt diese Regelung, weil sie die Transparenz und Nachvollziehbarkeit bei der Beurteilung von möglichen Behandlungsfehlern gegenüber den Versicherten stärkt.

e) Absatz 3b

In diesem Absatz wird geregelt, dass die Krankenkasse vor dem Erlass eines Widerspruchsbescheids eine gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einzuholen hat, wenn sie den Leistungsantrag des Versicherten ohne vorherige Prüfung durch den Medizinischen Dienst wegen fehlender medizinischer Erforderlichkeit abgelehnt hat.

Stellungnahme

Der DPR begrüßt diese Regelung, weil sie die Feststellung der Erforderlichkeit von Hilfsmitteln oder einer Dialysebehandlung, die Evaluation durchgeführter Hilfsmittelversorgungen oder die Beurteilung eines möglichen Schadens aufgrund von Behandlungsfehlern durch die Begutachtung des nunmehr unabhängigen Medizinischen Dienstes entsprechend fachlichen Kriterien verobjektiviert und nicht mehr nur den widersprüchlichen Einschätzungen der Versicherten und Krankenkasse überlässt.

Änderungsvorschlag

Versicherte müssen über diese Regelung informiert werden. Zudem muss geregelt werden, dass Personen, über die der Medizinische Dienst ein Gutachten erstellt, dieses Gutachten ebenfalls erhalten.

g) Absatz 5 aa)

In Absatz 5 wird geregelt, dass die Begutachtung des Medizinischen Dienstes insbesondere im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung auch durch Pflegefachpersonen erfolgen kann und dass die fachliche Unabhängigkeit auch für Pflegefachpersonen gilt.

Stellungnahme

Der DPR begrüßt diese Regelung, weil sie die Beurteilung pflegerelevanter Aufgaben im Rahmen der Pflegeversicherung auch Pflegefachpersonen zuordnet und deren fachliche Unabhängigkeit klarstellt und festschreibt.

Absatz 5 bb)

In diesem Absatz wird klargestellt, dass das Verbot, in die ärztliche Behandlung einzugreifen, ebenso für die pflegerische Versorgung gilt.

Stellungnahme

Der DPR begrüßt, dass hier eine Gleichbehandlung der medizinischen Behandlung und pflegerischen Versorgung erfolgt.

Nummer 23

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

Absatz 2 und 3

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

Stellungnahme

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

Bezüglich der Verweildauerprüfung Krankenhäuser ist zu bedenken, dass längere Liegezeiten der Multimorbidität von Patienten/innen und nicht ausreichender ambulanter und stationärer Nachsorgemöglichkeiten geschuldet sind.

Psychiatrie:

Korrekte Abrechnungen sind im Sinne der Solidargemeinschaft oberstes Gebot. Allerdings sind im Bereich der Psychiatrie die Leistungen nicht eindeutig und objektiv in dem „Pauschalierenden Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP)“ und „Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS)“ beschrieben, sodass die Erstellung „zweifelsfrei korrekter“ Abrechnungen grundsätzlich fraglich ist. Zum einen können die Psych-OPS nicht durch objektive Faktoren bestimmt werden. Zum anderen sind im psychiatrischen Bereich die ICD-10-Kodierung und die Beurteilung der stationären Behandlungsbedürftigkeit nicht immer eindeutig belegbar. Die Behandlung und ihre Dauer sind oft stark abhängig vom sozialen Kontext und den Eigenschaften der Patient/eninnen, die zu den unterschiedlichen Ausprägungen ein und derselben Erkrankung und somit zu einem unterschiedlichen Behandlungsbedarf führen.

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

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

Änderungsvorschlag

Psychiatrie:

Die Prüfquote für die Psychiatrie ist gesetzgeberisch fest auf ein überschaubares Maß, etwa fünf Prozent, zu begrenzen. Die Prüfquote muss von den Ergebnissen der Leistungsprüfung

unabhängig bleiben. Ausnahmen können Hinweise auf eine systematische Fehlabbrechnung darstellen, die sich aber ausschließlich in Kodierungsfragen begründet. Hilfsweise muss für die Psychiatrie bis zu einer rechtssicheren Klärung von strittigen Finanzierungs- und Versorgungsfragen ein Moratorium eingerichtet werden.

Absatz 6 Ziffer 1

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

Stellungnahme

Der DPR begrüßt diese Regelung.

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

Änderungsvorschlag

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

§ 278 Medizinischer Dienst

Absatz 2

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

Stellungnahme

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

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

Änderungsvorschlag

Der DPR schlägt daher folgende Umformulierung des Absatz 2 vor:

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

Absatz 3

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

Stellungnahme

Der DPR begrüßt diese Regelung.

§ 279 SGB V Verwaltungsrat und Vorstand

Absatz 5 Ziffer 2

In Absatz 5 Ziffer 2 wird geregelt, dass zwei Vertreter/innen auf Vorschlag der Landespflegekammer oder der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe auf Landesebene und der Landesärztekammer für den Verwaltungsrat benannt werden. Außerdem wird klargestellt, dass weder die Vertreter/innen der Landespflege- noch der Landesärztekammer über ein Stimmrecht verfügen.

Stellungnahme

Zwar begrüßt der DPR, dass auch ein/e Vertreter/in der Landespflegekammer als Vertreter/in der Berufsgruppe für den Verwaltungsrat benannt wird, allerdings kritisieren wir, dass es sich nunmehr nur noch um eine/n Vertreter/in und nicht mehr um zwei Vertreter/innen der Landespflegekammer oder der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe handelt, wie es im Referentenentwurf vorgesehen war.

Die Regelung, dass weder die Vertreter/innen der Landespflege- noch der Landesärztekammer über ein Stimmrecht verfügen, bitten wir dringend zu überdenken. Es ist nicht nachvollziehbar, weshalb die 16 Vertreter/innen, die von den Krankenkassen gewählt werden, stimmberechtigt sind, nicht aber die Vertreter/innen der Organisationen der Patienten/innen, Verbraucher/innen, Pflegefachpersonen und Ärztinnen und Ärzte. Durch dieses Ungleichgewicht und die geringe Anzahl in Absatz 5 genannten Vertreter/innen wird die Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste nicht überzeugend umgesetzt.

Änderungsvorschlag

Der DPR fordert, dass der Verwaltungsrat zumindest mit jeweils zwei Vertreter/innen der Landespflegekammer oder der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe und Landesärztekammern besetzt wird, wie im Referentenentwurf vorgesehen, und dass diese Vertreter/innen mit einem Stimmrecht ausgestattet werden.

§ 282 Medizinischer Dienst Bund, Verwaltungsrat und Vorstand

Absatz 1 und 2

In diesen Absätzen wird geregelt, dass die Organe des Medizinischen Dienstes Bund der Verwaltungsrat und der Vorstand sind.

Stellungnahme

Damit bezieht sich die Kritik des DPR an der Reduktion der Vertreter/innen der Landespflege- und Landesärztekammer, und vor allem dem fehlenden Stimmrecht dieser Vertreter/innen (§ 279 Absatz 5 Ziffer 3), auch auf die Zusammensetzung des Verwaltungsrats und des Vorstandes des Medizinischen Dienstes Bund.

§ 283 Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund

Absatz 2

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

Stellungnahme

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

Änderungsvorschlag

Der DPR schlägt daher vor Ziffer 2 folgendermaßen zu formulieren:

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

Artikel 10 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nummer 5

§ 18 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Absatz 3 d) aa)

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

Stellungnahme

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

Änderungsvorschlag

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

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

Absatz 5a Satz 4 e)

In diesem Absatz wird geregelt, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Unterschied zum Referentenentwurf bei der Konkretisierung der Kriterien in den Begutachtungs-Richtlinien zu den Beeinträchtigungen in Modul 7 und 8 (außerhäusliche Aktivitäten, Haushaltsführung) nunmehr zu beteiligen ist und nicht wie bisher nur ins Benehmen zu setzen ist.

Stellungnahme

Da es sich bei der Konkretisierung der Begutachtungs-Richtlinien um eine rein pflegfachliche Aufgabe handelt, lässt sich die Beteiligung des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen nicht begründen.

Änderungsvorschlag

Der DPR schlägt daher vor diese Regelung zu streichen.

Absatz 7, Satz 1 g)

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

Stellungnahme

Aus Sicht des DPR ist es Aufgabe entsprechend qualifizierter Pflegefachpersonen, Qualitätsprüfungen, Abrechnungsprüfungen und Begutachtungen zur Ermittlung der Pflegebedürftigkeit durchzuführen. Dazu arbeiten sie mit anderen geeigneten Gesundheitsfachberufen und damit auch mit Ärztinnen und Ärzten zusammen.

Änderungsvorschlag

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

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

§ 53d Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund

Absatz 3 Ziffer 4

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

Stellungnahme

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

Nummer 21

§ 114a Durchführung der Qualitätsprüfungen

Absatz 6 b) aa)

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

Stellungnahme

Mit den Berichten gemäß der Richtlinie zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen nach § 53a SGB XI alt bzw. § 53d neu liegen bereits zu den Themenbereichen, die in § 114a Abs. 6 genannten werden, aktuelle Veröffentlichungen vor.

Änderungsvorschlag

Der DPR schlägt vor den Absatz 6 zu streichen

Absatz 7 c) aa)

In diesem Absatz wird geregelt, dass der Medizinische Dienst Bund im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen Richtlinien zur Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich beschließt.

Stellungnahme

Aus Sicht des DPR gehört die Verabschiedung von Richtlinien über die Durchführung von Qualitätsprüfungen in den Aufgabenbereich des Qualitätsausschuss Pflege und nicht in den des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen.

Änderungsvorschlag

Der **Qualitätsausschuss Pflege** ~~Medizinischer Dienst Bund~~ beschließt ~~im Benehmen mit dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen und des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V.~~ zur verfahrensrechtlichen Konkretisierung Richtlinien über die Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich.

Nummer 22

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

Absatz 2 a)

In Absatz 2 ist bisher geregelt, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen dem BMG regelmäßig über die Erhebung von indikatorenbezogenen Daten und die Qualitätsprüfungen berichtet. Für die Berichterstattung zum 31. März 2021 beauftragt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen eine unabhängige wissenschaftliche Einrichtung oder einen unabhängigen Sachverständigen mit der Evaluation der in den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen festgelegten Bewertungssystematik für die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen.

Stellungnahme

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

Berlin, 10. Oktober 2019

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