



Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW) zum Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen – MDK-Reformgesetz

A. Einleitung und zusammenfassende Bewertung

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) begrüßt, dass der Gesetzgeber eine Strukturreform vorgelegt hat, die die Grundlage für die Unabhängigkeit und einheitliche Arbeitsweise der Medizinischen Dienste schafft. Neben den vorgesehenen, organisationsrechtlichen Anpassungen leistet auch die gesetzliche Verankerung der unabhängigen Arbeit im Rahmen der Begutachtung für nichtärztliche Berufe einen wichtigen Beitrag zur Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste. Zentral ist außerdem die zukünftige Besetzung der Verwaltungsräte und hier insbesondere die Rolle, die den maßgeblichen Organisationen der Selbsthilfe für die Wahrung der Interessen der Selbsthilfe, der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie der pflegenden Angehörigen zukommt.

Die BAGFW zeigt auf, an welchen Stellen der Gesetzgeber weitere Maßnahmen ergreifen könnte. Sie fordert, dass Patientinnen und Patienten, über die der MDK ein Gutachten erstellt, dieses regelhaft zugestellt bekommen sollten. Patientenorganisationen sollten ebenfalls stellungnahmeberechtigt sein, wenn es um die Erstellung von Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund geht. In mehreren Bereichen der Neuregelungen zum SGB XI fordern die in der BAGFW kooperierenden Spritzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege, die Erarbeitung von Richtlinien nicht dem MD Bund, sondern dem Qualitätsausschuss Pflege zu übertragen, da sie sich seit langem dafür einsetzen, dass dem Qualitätsausschuss Pflege eine Rolle entsprechend dem Gemeinsamen Bundesausschuss im SGB V-Bereich zukommt.

B. Stellungnahme zu den Einzelvorschriften

Artikel 1: Änderungen des Fünften Sozialgesetzbuches

§ 176 Solidargemeinschaften

Mit der Regelung werden die Solidargemeinschaften, die als Ersatz der gesetzlichen Krankenkassen für die Absicherung im Krankheitsfall für den Personenkreis, der nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 keinen anderweitigen Anspruch auf Versicherungsleistungen aus dem SGB V hat, weil keine Beiträge in die gesetzliche Krankenversicherung gezahlt wurden oder bisher keine gesetzliche oder private Krankenversicherung bestand, erstmalig kodifiziert. Für den Personenkreis nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 wird damit ein Rechtsanspruch auf Leistungen geschaffen, die den Leistungen des SGB V entsprechen, sofern

sie Mitglied in einer dieser Solidargemeinschaften sind. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege erachten es als erforderlich, die dauerhafte Leistungsfähigkeit der Solidargemeinschaften zu prüfen. In der Praxis haben sich auch Solidargemeinschaften, in denen freiwillig Versicherte, die sich aus dem Kreis der Beamtenschaft rekrutieren, wie z.B. Polizeibeamte gebildet. Die Heterogenität der Solidargemeinschaften, deren Zahl insgesamt als gering einzuschätzen ist, zeigt somit, dass die Leistungsfähigkeit an unterschiedliche Ausgangslagen betreffend Struktur und Größe anknüpft. Der Gesetzgeber sollte diesem Umstand Rechnung tragen und vor diesem Hintergrund die in § 176 Absatz 4 genannten Mindestanforderungen nochmals prüfen.

Die Stichtagsregelung stellen wir in Frage. Es wird in der Begründung behauptet, dass Solidargemeinschaften, die sich nach dem 1.4.2007 gegründet hätten, „bewusst ein rechtlich unzureichendes Konzept vertreten“ hätten. Diese pauschalierte Behauptung entbehrt einer statistischen Grundlage. Im Gegenteil wird es auch Solidargemeinschaften gegeben haben, die sich bewusst erst, nachdem die Versicherungspflicht eingeführt wurde, gegründet haben, um Nichtversicherten aus dem Solidaritätsgedanken heraus eine Alternative zu bieten. Darunter können sich ebenso seriöse Gemeinschaften finden, die mit im Verhältnis zu Alt-Solidargemeinschaften rechtlich verbesserten Statuten antraten.

§ 275 Begutachtung und Beratung

Die Stärkung der Versichertenrechte in § 275 Absatz 3, indem die Krankenkassen vor einer ablehnenden Leistungsentscheidung bei der medizinischen Erforderlichkeit von Hilfsmitteln oder bezüglich der Form der Dialyseversorgung im Einzelfall sowie bei Behandlungsfehlern nun zwingend den MD einzuschalten haben, ist zu begrüßen. Nicht nachvollziehbar ist allerdings die Begründung, dass die Einschaltung des MD nur die Fälle betreffe, in denen die Krankenkasse eine Leistung aus medizinischen und nicht aus anderen leistungsrechtlichen oder rein wirtschaftlichen Gründen ablehnt, denn die Krankenkassen dürfen Leistungen gemäß § 12 Absatz 1 nur erbringen, wenn sie zweckmäßig sind, das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und wirtschaftlich sind. Die Begründung auf Seite 53 ist entsprechend nachzubessern.

Ein Punkt, der aus Patientenperspektive eine Nachvollziehbarkeit getroffener Entscheidungen erschwert, liegt in der Trennung zwischen dem Medizinischen Dienst und den Kassen begründet. Aus Datenschutzgründen und um die Vertraulichkeit der medizinischen Daten der Versicherten zu wahren, übermittelt der Medizinische Dienst den Krankenkassen keine medizinischen Details. Dies führt dazu, dass diese auch nicht in den ablehnenden Leistungsbescheiden der Krankenkassen auftauchen. Dies kann dazu führen, dass Patient/innen den Eindruck gewinnen, dass ihre medizinischen Belange nicht ausreichend berücksichtigt worden sind. Zur Stärkung der Patientensouveränität sollten Patientinnen und Patienten, über welche die Medizinischen Dienste ein Gutachten erstellen, dieses zur Kenntnis zugesandt bekommen.

Ausdrücklich zu begrüßen ist, dass die Neuregelungen in § 275 Absatz 5 ausdrücklich kodifizieren, dass das bisher für Ärzte geltende Recht auf eine fachlich unabhängige Tätigkeit, auch auf nicht-ärztliche Beschäftigte des MD ausgeweitet wird. Hierzu gehören beispielsweise Pflegefachkräfte und Vertreter anderer Heil- und Gesundheitsberufe. Dies stärkt die Unabhängigkeit der Begutachtung im SGB V und im SGB XI-Bereich.

Änderungsbedarf

Folgender Absatz wird eingefügt:

(3c) Personen, über die der Medizinische Dienst ein Gutachten erstellt, erhalten eine Ausfertigung des erstellten Gutachtens. Dieses hat eine laienverständliche Erläuterung der zentralen Inhalte und Ergebnisse des Gutachtens zu enthalten.

§ 278 Medizinischer Dienst

Der Medizinische Dienst wird von den Krankenkassen unabhängig. Dies ist von den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege stets gefordert worden und ist daher uneingeschränkt zu begrüßen. In Absatz 2 wird nochmals klargestellt, dass die Gutachter/innen des MD sich aus Ärzt/innen, Pflegefachkräften sowie Angehörigen anderer Gesundheitsberufe zusammensetzen können und dass die Gesamtverantwortung medizinischer Sachverhalte bei den Ärzten und bei pflegerischen Sachverhalten bei Pflegefachkräften liegt. Unklar ist, warum die Gesamtverantwortung bei Sachverhalten wie z.B. Hilfsmittelversorgung nicht bei den Angehörigen der entsprechenden Berufsgruppen liegt. Besonders positiv zu bewerten ist die Einführung einer Ombudsperson und damit eines institutionalisierten Beschwerdemanagements. Sowohl die Versicherten als auch die Beschäftigten können sich mit ihren Beschwerden an diese Ombudsperson richten. Die regelmäßige zweijährige Berichtspflicht der Ombudsperson gegenüber dem Verwaltungsrat sollte auf eine einjährige Berichtspflicht verkürzt werden. Die Transparenz im neuen System des MD wird auch durch die neu eingeführte Berichtspflicht der Länder-MDen an den MDB Bund in Absatz 4 gestärkt.

Änderungsbedarf

(3) Bei jedem Medizinischen Dienst wird eine unabhängige Ombudsperson bestellt, 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. Die Ombudsperson berichtet dem Verwaltungsrat und der zuständigen Aufsichtsbehörde in anonymisierter Form **zweijährlich** und bei gegebenem Anlass. Das Nähere regelt die Satzung nach § 279 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1.

§§ 279, 282 Verwaltungsrat und Vorstand der MDen sowie des MD Bund

Die Unabhängigkeit des MD und des neu gegründeten MD Bund spiegelt sich in der Neuzusammensetzung des Verwaltungsrats wider. Es ist zu begrüßen, dass sich nunmehr nur 6 der 16 Vertreter des Verwaltungsrats aus den Landesverbänden der Krankenkassen speisen und dass Personen, die 12 Monate zuvor Mitglieder des Verwaltungsrats oder einer Vertretungsversammlung einer Krankenkasse waren, nicht berufen werden können. Ausdrücklich zu begrüßen ist, dass 6 weitere Mitglieder von den Patienten- und Selbsthilfeorganisationen bestellt werden und dass auf dieser Bank auch die Interessen der pflegenden Angehörigen sowie der Verbraucherschutz entsprechend vertreten ist. Des Weiteren ist sachgerecht, dass sich die weiteren 4 Mitglieder des Verwaltungsrats aus den Landesärztekammern bzw. Pflegekammern bzw. den maßgeblichen Verbänden der Pflegeberufe rekrutieren. Die Gesetzesbegründung weist aus, dass die Zusammensetzung des Verwaltungsrats sicherstellen soll, dass „alle wesentlichen Gruppen, die von der Tätigkeit des MD betroffen sind“ in dessen Verwaltungsrat vertreten werden können“ (S. 61).

§§ 280, 281 Finanzierung, Haushalt und Aufsicht der Medizinischen Dienste und des MD Bund

Insbesondere der MD Bund wird im Unterschied zum MDS vom GKV-Spitzenverband organisatorisch unabhängig und auch in der Finanzierung vollständig aus dessen Strukturen herausgelöst. Das wird von den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege begrüßt. Die Finanzierung erfolgt nun aus der Umlage der MDen. Der Haushaltsplan der einzelnen MDen sowie des MD Bund unterliegt der Kontrolle durch die jeweilige Aufsichtsbehörde, was diese Unabhängigkeit unterstreicht.

§ 283 Aufgaben des MD Bund

Der neuen Unabhängigkeit der MD entspricht, dass der MD Bund künftig anstelle des GKV-Spitzenverbands die Richtlinien über die Tätigkeit der Medizinischen Dienste erlässt. Von zentraler Bedeutung ist die Richtlinie über die systematische Qualitätssicherung der Tätigkeit des MD (Nummer 6), da diese für die Versicherten von zentraler Bedeutung ist. Positiv zu bewerten ist, dass der Kreis der jeweils stellungnahmeberechtigten Organisationen nach § 283 Absatz 2 Satz 2 so offen formuliert ist, dass die jeweils von einer Regelung betroffenen Körperschaften und Organisationen Anhörungsrechte erhalten. Zusätzlich zu den genannten stellungnahmeberechtigten Organisationen, sollten ebenfalls die maßgeblichen Organisationen für die Wahrung der Interessen der Selbsthilfe, der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie der pflegenden Angehörigen im Prozess beteiligt werden.

Änderungsbedarf

(2) (...)

Der Medizinische Dienst Bund hat

1. dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen,
2. der Bundesärztekammer und den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene,
3. den Vereinigungen der Leistungserbringer auf Bundesebene,
4. den maßgeblichen Verbänden und Fachkreisen auf Bundesebene und
5. der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit bei Richtlinien, die die Verarbeitung personenbezogener oder personenbeziehbarer Daten regeln oder voraussetzen,
- 6. den maßgeblichen Organisationen für die Wahrung der Interessen der Selbsthilfe, der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie der pflegenden Angehörigen,**

Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, soweit sie von der jeweiligen Richtlinie betroffen sind, und die Stellungnahmen in die Entscheidung einzubeziehen.

Dieses gilt auch für Empfehlungen nach § 282 Abs. 2 SGB V.

Artikel 7: Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuches

Soweit es sich um redaktionelle Änderungen in Folge der neuen Bezeichnung der Medizinischen Dienste bzw. um Folgeänderungen des Übergangs der bisherigen Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes auf den MD Bund handelt, wird hier zu einzelnen Paragraphen nicht gesondert Stellung genommen.

§ 18 Absatz 3 Satz 11

Neben dem Medizinischen Dienst Bund und dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen sollte außerdem den maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene sowie den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen Gelegenheit zur Stellungnahme geben werden. Auf diese Weise können die Richtlinien zur transparenten Darstellungsweise und verständlichen Erläuterung des Gutachtens aus Perspektive von anwendenden bzw. damit befassten Akteuren verbessert werden.

Änderungsbedarf

(3) (...) Der Medizinischen Dienst Bund konkretisiert unter Beteiligung des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen, **der maßgeblichen Organisationen für die Wahrung der Interessen der Selbsthilfe, der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie der pflegenden Angehörigen, sowie den Vereinigungen der Träger der Pflege-**

geeinrichtungen in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die Anforderungen an eine transparente Darstellungsweise und verständliche Erläuterung des Gutachtens. Der Antragsteller kann die Übermittlung des Gutachtens auch zu einem späteren Zeitpunkt verlangen.

§ 18 Absatz 5a Satz 4

Da die Konkretisierung der Kriterien in den Begutachtungs-Richtlinien zu den Beeinträchtigungen in Modul 7 und 8 (außerhäusliche Aktivitäten, Haushaltsführung) eine rein pflegfachliche Aufgabe darstellt, ist die Beteiligung des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen nicht angemessen.

Änderungsbedarf

Die Neuregelung ist zu streichen.

§ 18 Absatz 7 Satz 1

Die Klarstellung, dass Pflegefachkräfte und Ärztinnen und Ärzte und in Zusammenarbeit mit anderen geeigneten Fachkräften die Begutachtung durchführen können, ist sachgerecht und wird von den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege begrüßt.

§ 114a Absatz 6

Die Medizinischen Dienste berichten dem MD Bund im Abstand von zwei Jahren über ihre Erfahrungen mit der Anwendung der Beratungs- und Prüfvorschriften, Ergebnisse der Qualitätsprüfungen und Erkenntnisse zur Entwicklung der Pflegequalität und Qualitätssicherung. Seit 2007 werden alle Pflegeeinrichtungen *jährlich* geprüft und die Ergebnisse der Qualitätsprüfung nach § 115 Abs. 1a SGB XI sowie den künftig halbjährlich erhobenen Qualitätsindikatoren in der vollstationären Pflege im Internet veröffentlicht. Mit der Richtlinie nach § 53a Satz 1 Nr. 4 – alt bzw. § 53d Absatz 3 Nr. 4 neu zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen werden darüber hinaus *jährlich* Berichte der Medizinischen Dienste zur Umsetzung und zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen veröffentlicht. Mit den Veröffentlichungen nach § 115 Abs. 1a SGB XI sowie der Veröffentlichung der Berichte gemäß der Richtlinie zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen nach § 53a SGB XI alt bzw. § 53d neu liegen zu allen in § 114a Abs. 6 genannten Themen wesentlich aktuellere Veröffentlichungen vor, als dies ein alle zwei Jahre erscheinender Bericht leisten kann. Der Bericht nach § 114a Abs. 6 hat durch diese neuen Entwicklungen somit für die Zukunft seinen Nutzen verloren.

Änderungsbedarf

Der Absatz 6 in § 114a ist ersatzlos zu streichen.

§ 114a Absatz 7

Nach § 114a Absatz 7 Satz 1 neu beschließen nun der Medizinische Dienst Bund unter Beteiligung 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. Auch hier ist es unserer Ansicht nach zu kurz gegriffen, wenn es zu einem Rollentausch zwischen MD Bund und dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen kommt. Aus Sicht der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege gehört die Verabschiedung von Richtlinien über die Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 in den Kompetenzbereich des Qualitätsausschusses Pflege und ist dort zu verankern.

Änderungsbedarf

(7) ~~Der Medizinischer Dienst Bund~~ **Qualitätsausschuss Pflege** beschließt unter Beteiligung 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. In den Richtlinien sind die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 zu berücksichtigen. Die Richtlinien für den stationären Bereich sind bis zum 31. Oktober 2017, die Richtlinien für den ambulanten Bereich bis zum 31. Oktober 2018 zu beschließen. Sie treten jeweils gleichzeitig mit der entsprechenden Qualitätsdarstellungsvereinbarung nach § 115 Absatz 1a in Kraft. ~~Die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 mit. Der Medizinische Dienst Bund hat die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. sowie die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene zu beteiligen. Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Die Richtlinien sind in regelmäßigen Abständen an den medizinisch pflegfachlichen Fortschritt anzupassen. Sie sind durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zu genehmigen. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Richtlinien über die Durchführung der Qualitätsprüfung sind für die Medizinischen Dienste und den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. verbindlich.~~

§ 114c

In § 114c Absatz 1 neu geht die Regelungskompetenz für die Richtlinien zur Verlängerung des Prüfrhythmus bei guter Qualität vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen auf den MD Bund über. Die Berichtspflicht über die Erfahrungen der Pflegekassen mit der ersten Erhebung und Übermittlung von indikatorenbezogenen Daten zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach § 114b Absatz 1, den neuen Qualitätsprüfungen in der vollstationären Pflege einschließlich der Evaluation der in den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen festgelegten Bewertungssystematik für die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen verbleiben dagegen beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen.

Wir halten beides nicht für sachgerecht. Diese Kompetenzen, insbesondere die zur Evaluation der in den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen festgelegten Bewertungssystematik für die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen gehören unserer Auffassung in den Aufgabenbereich des Qualitätsausschusses Pflege.

Änderungsbedarf

(1) Abweichend von § 114 Absatz 2 kann eine Prüfung in einer zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung ab dem 1. Januar 2021 regelmäßig im Abstand von höchstens zwei Jahren stattfinden, wenn durch die jeweilige Einrichtung ein hohes Qualitätsniveau sichergestellt ist. ~~Der Medizinische Dienst Bund~~ **Qualitätsausschuss Pflege** legt unter

~~Beteiligung des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen und des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. bis zum 30. September 2019 in Richtlinien Kriterien zur Feststellung eines hohen Qualitätsniveaus sowie Kriterien für die Veranlassung unangemeldeter Prüfungen nach § 114a Absatz 1 Satz 3 fest. Bei der Erstellung der Richtlinien sind die Empfehlungen heranzuziehen, die in dem Abschlussbericht des wissenschaftlichen Verfahrens zur Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach den §§ 114 bis 114b und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Absatz 1a in der stationären Pflege „Darstellung der Konzeption für das neue Prüfverfahren und die Qualitätsdarstellung“ in der vom Qualitätsausschuss Pflege am 17. September 2018 abgenommenen Fassung zum indikatorengestützten Verfahren dargelegt wurden. Die Feststellung, ob ein hohes Qualitätsniveau durch eine Einrichtung sichergestellt ist, soll von den Landesverbänden der Pflegekassen auf der Grundlage der durch die Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b Satz 3 übermittelten Daten und der Ergebnisse der nach § 114 durchgeführten Qualitätsprüfungen erfolgen. Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 an der Erstellung und Änderung der Richtlinien mit. Der Medizinische Dienst hat die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, den Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene zu beteiligen. Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Die Kriterien nach Satz 2 sind auf der Basis der empirischen Erkenntnisse der Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b zur Messung und Bewertung der Qualität der Pflege in den Einrichtungen sowie des allgemein anerkannten Standes der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse regelmäßig, erstmals nach zwei Jahren, zu überprüfen.~~

(...)

(3) Der **Qualitätsausschuss Pflege Spitzenverband Bund der Pflegekassen** berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit zum 30. September 2020, zum 31. März 2021 und danach jährlich über die Erfahrungen der Pflegekassen mit

1. der Erhebung und Übermittlung von indikatorenbezogenen Daten zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach § 114b Absatz 1 und
2. Qualitätsprüfungen, die ab dem 1. November 2019 nach § 114 in vollstationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt werden.

Für die Berichterstattung zum 31. März 2021 beauftragt der **Qualitätsausschuss Pflege 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.

C. Ergänzender Änderungsbedarf

Zugang zu Rehabilitationsmaßnahmen vereinfachen

Bei Anzeichen eines möglichen Rehabilitationsbedarfs sollten in Zukunft auch Pflegefachkräfte, therapeutische Fachberufe und klinisch arbeitende Sozialarbeiter mit Einverständnis der betroffenen Person einen Rehabilitationsbedarf ermitteln können und die Ergebnisse dem Rehabilitationsträger mitteilen. Dies gilt als Antragstellung. Der Reha-Träger kann den Bedarf weiterermitteln und entscheidet über den Antrag.

Berlin, 03.06.2019

Bundesarbeitsgemeinschaft
der Freien Wohlfahrtspflege e. V.

Dr. Gerhard Timm
Geschäftsführer

Kontakt:

Dr. Elisabeth Fix (elisabeth.fix@caritas.de)

Erika Stempfle (erika.stempfle@diakonie.de)

Verena Holtz (gesundheit@paritaet.org)