

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V.

GKV-Spitzenverband
Mittelstraße 51

10117 Berlin

Bundesverband e. V.
Salzufer 6
10587 Berlin
Telefon (030) 219 15 70
Telefax (030) 219 15 777
www.dbfk.de
dbfk@dbfk.de

Berlin, 29.05.2009

**Entwurf (Stand 13. Mai 2009) der Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach §114 SGB XI (Qualitätsprüfungs-Richtlinien
Hier: Beteiligungsverfahren nach §114a Abs. 7 Satz 2 SGB XI**

Sehr geehrte Frau Dr. Kücking,
vielen Dank für die Zusendung der Richtlinien über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach §114 SGB XI (im Entwurf).

Vor dem Hintergrund der Umsetzung der Pflegetransparenzvereinbarung wird die Notwendigkeit deren Einbindung in die QPR gesehen. Auch der DBfK sieht aufgrund des politischen Drucks die Erfordernis der zügigen Umsetzung, andererseits ist aber festzustellen, dass die politische Terminierung der Vereinbarungen nach §115 und §113 nicht sachlogisch aufeinander aufbauen, und es dadurch immer wieder zu Kollisionen in der Umsetzung kommt.

Leider liegen uns die Unterlagen nicht vollständig vor. Es fehlen die Prüfanleitungen sowie die Ausfüllanleitung zur PTVA und PTVS. Diese sind notwendig, um eine umfassende, sachgerechte und qualifizierte Stellungnahme zu verfassen. **Aufgrund dessen sehen wir uns in unseren Beteiligungsrechten, wie sie in §114 (7) formuliert sind, beschnitten.** Hier heißt es: „unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen“ ist den zu beteiligenden Verbänden und Organisationen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Das zur Verfügung stellen von allen Informationen steht direkt mit dem Ziel in Verbindung, die notwendige Transparenz zu den Qualitätsprüfungen zu schaffen und die Durchführung der Qualitätsprüfungen für alle Beteiligten eindeutig zu regeln (vgl. Gesetzesbegründung). Über die Regelungen im §115 SGB XI und der dort aufgezeigten Verknüpfung von Kriterien für Leistung und Qualität mit der Bewertungssystematik wird im Gesetz dargestellt, dass Transparenz nur gegeben ist, wenn die Kriterien und deren Bewertung vorliegen. Auch vor diesem Hintergrund sind wir der Meinung, dass mit dem Nichtübersenden der Prüfanleitungen und Ausfüllanleitungen der Pflegetransparenzkriterien gegen die Intention des Gesetzes gehandelt wird. Die in §115 SGB XI vereinbarten Fragen und Inhalte der Ausfüllanleitung sind aber zwingend in der QPR abzubilden. Zudem halten wir es für unsystematisch und widersprüchlich, dass in der Richtlinie unter 6.(6) auf die Prüfanleitung Bezug genommen wird, ohne dass sie als Information vorliegt.

Die Durchsicht der Erhebungsbögen ergab, dass die Fragen der Pflege-Transparenzvereinbarung eingearbeitet und darüber hinaus weitere inhaltliche Veränderungen vorgenommen wurden. Diese zusätzlichen Änderungen erfolgten ungeachtet dessen, dass zu den Gemeinsamen Maßstäben und Grundsätzen nach §113 SGB XI derzeit Verhandlungen stattfinden. Jedoch lässt sich erst nach Abschluss dieser Vereinbarung, im Rahmen der Operationalisierung der Inhalte, die Überarbeitung aller anderer Prüffragen rechtfertigen. Dem hier erfolgten verselbständigten Handeln des MDS ist ein Rollenverständnis zu unterstellen, dass von einer in sich autarken Definitionsmacht zur Qualität von Pflege ausgeht, ungeachtet dessen, welche Vereinbarung die Selbstverwaltung der Pflege trifft. Dem ist entschieden entgegenzutreten. Und so bleibt es unverständlich, warum der Abschluss der Verhandlungen zu den Maßstäben und Grundsätzen zur Pflegequalität für alle weiteren Kriterien der QPR nicht hätte abgewartet werden können. Es ist für die Umsetzung in die Praxis sicherlich nicht sachdienlich, halbjährlich neue Prüfmodi einzuführen. Eine zeitnahe Überarbeitung der QPR nach Abschluss der Vereinbarung gem. §113 SGB XI ist mehrfach von Seiten des GKV zugesichert worden. Hinsichtlich dieser Änderungen besteht kein politischer Druck.

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurde im Gesetz die Sicherung der Qualität in der Pflege beachtlich ergänzt und teilweise neu strukturiert. Grundsätzlich ist festzustellen, dass:

- im §112 darauf verwiesen wird, dass als Maßstab für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit einer Einrichtung und der Qualität ihrer Leistungen die Vereinbarungen nach §113 sowie nach §84 (5) heranzuziehen sind,
- dass mit der Vereinbarung nach §115 (1a), Kriterien für die von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität vereinbart werden, die inhaltlich eine Operationalisierung der Maßstäbe und Grundsätze zur Pflegequalität nach §113 darstellen,
- und dass die Umsetzung und Einhaltung dieser von der Selbstverwaltung getroffenen Vereinbarungen über den MDK in den Einrichtungen geprüft wird (§114).

Trotz der nicht systematischen und sachlogischen Bearbeitung, ist es zwingend erforderlich, Kompatibilität zwischen den auf sich gegenseitig beziehenden Paragraphen herzustellen. Das bedeutet, für den gegenwärtigen Sachstand, dass aufgrund der Ergänzungen im Gesetz eine Bewertung von Qualitätsanforderungen außerhalb der Vereinbarung gemäß §115 nicht zulässig ist und eine Einschätzung solcher Fragen ausschließlich der Einrichtung rückgemeldet werden darf. Bilden die derzeitigen Transparenzkriterien die Inhalte der noch in Verhandlung befindlichen Vereinbarung gemäß § 113 künftig nicht ab, so ist im Anschluss gemeinsam die Pflege-Transparenzvereinbarung zu überarbeiten. Diese klare Trennung zwischen Kriterien mit Bewertungssystematik und weiteren Fragen zu Qualitätsanforderungen ist erforderlich, um ein sinnstiftendes transparentes Qualitätssicherungssystem zu etablieren. Wird die Qualitätssicherung in der Pflege nicht in ein in sich geschlossenes System zusammengeführt, bestehen in Kürze zwei parallele und in ihrer Aussage konkurrierende Prüfverfahren, mit zwei verschiedenen Stichproben und mit unterschiedlichen Aussagen zwischen Prüfbericht und den Daten der Veröffentlichung der PTVA/ PTVS. Das ist nicht der gesetzgeberische Wille, denn dies endet statt in Transparenz in noch größerer Verunsicherung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen und riskiert ein Scheitern der Pflege-Transparenzvereinbarung.

Zur Richtlinie:

Präambel, Absatz 3, Satz 4 „ ... die Stichprobe wird ergänzt, wenn wesentliche Prüfkriterien aufgrund der Zufallsstichprobe nicht bewertet werden können.“

Für diese Ausweitung der Stichprobe fehlt eine gesetzliche Grundlage. Eine Zufallsstichprobe kennzeichnet sich dadurch, dass von einer Grundgesamtheit eine Teilmenge zufällig ausgewählt wird. Werden gezielt Personen mit bestimmten Merkmalen dieser Teilmenge hinzugefügt, handelt es sich nicht mehr um eine Zufallsstichprobe. Im Rahmen einer Regelprüfung ist eine Aufstockung der Stichprobe um bestimmte Merkmale hinsichtlich einer durchzuführenden Routineprüfung nicht akzeptabel. Alles andere würde nahe legen, dass der MDK jeder Einrichtung Pflegemängel unterstellt, die mit einer Zufallsstichprobe unentdeckt blieben.

Vor diesem Hintergrund ist aus Sicht des DBfK Satz 4 und 5 zu streichen.

2. Geltungsbereich, Absatz 2

Sowohl für die Prüfung der Qualität der allgemeinen Pflegeleistungen als auch für Leistungen der Häuslichen Krankenpflege gem. §37 SGB V oder andere im §114 (2) SGB XI genannte Leistungen ist stets der konkrete Prüfauftrag der Landesverbände der Pflegekassen erforderlich.

Eine gesonderte Aufführung ist unserer Meinung nach nicht erforderlich. Absatz 2 kann gestrichen werden.

3. Prüfauftrag, Absatz 2, zweiter Spiegelstrich „Umfang der Prüfung“

Gemäß §114 (4) SGBXI ist der Umfang der Regelprüfung in angemessener Weise zu verringern, wenn den Landesverbänden der Pflegekassen Ergebnisse zur Prozess- und Strukturqualität aus einer Prüfung vorliegen, die von der Pflegeeinrichtung oder dem Einrichtungsträger veranlasst wurden. Im Prüfauftrag ist dies bei Vorliegen eines solchen Ergebnisses zu vermerken und entsprechend der Prüfumfang zu reduzieren.

Folgende Ergänzung der Aufzählung schlägt der DBfK vor:

- Vorliegen von Ergebnissen zur Prozess- und Strukturqualität aus einer Prüfung, die von der Pflegeeinrichtung oder dem Einrichtungsträger veranlasst wurde
- Umfang der Prüfung, soweit dieser geringer oder über den Mindestangaben liegt

6. Prüfinhalte / Prüfumfang der MDK-Prüfung

Es bedarf Ausführungen zur Reduzierung des Prüfumfanges im Rahmen einer Regelprüfung bei Vorliegen einer von der Pflegeeinrichtung oder dem Einrichtungsträger selbst veranlassten Prüfung. Momentan ist nicht ersichtlich, welche Prüffragen entfallen. Da die gleichwertigen Prüfungen von Prüfinstitutionen durchgeführt werden, die die Anforderungen der Vereinbarung nach §113 SGB XI erfüllen, sind deren Ergebnisse als in gleicher Weise gesicherte Daten anzuerkennen. Der Prüfumfang sollte nahezu alle Fragen der Struktur- und Prozessqualität umfassen.

Sollte davon auszugehen sein, dass die Kennzeichnung der Mindestangaben nicht nur für den Bericht erfolgt, sondern auch zur Abgrenzung, welche Inhalte einer gleichwertigen Prüfung anerkannt werden und welche unabhängig einer solchen Prüfung vom MDK erhoben werden, dann sind u.a. folgende Inhalte nicht doppelt zu prüfen (Aufzählung exemplarisch für ambulant):

2.3 Kostenvoranschlag, 3.1g Verantwortungsbereich Hauswirtschaft, 4.1 Bezugspflege, 6.3 Expertenstandards, 6.5 Qualitätsmanagement, 6.7 Fortbildungsplan, 6.10 Informationsweitergabe, 6.11 Erste-Hilfe-Maßnahmen, 6.12 Umgang mit Beschwerden, 8.1 Hygienemanagement, 8.2 Empfehlungen des RKI, 8.4 MRSA.

6. Prüfinhalte / Prüfumfang der MDK-Prüfung, Absatz 3

In Absatz 2 und 3 wird zwischen Wiederholungsprüfungen im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen und auf Antrag der Pflegeeinrichtung unterschieden. Es sind voneinander abweichende Verfahren formuliert. Eine solche Vorgehensweise ist nicht zulässig. Sie findet keine Begründung im Gesetz. Unabhängig auf welchem Wege eine Wiederholungsprüfung durch die Landesverbände der Pflegekasse veranlasst wird, das Verfahren darf sich stets ausschließlich auf die festgestellten Qualitätsmängel und den damit verbundenen angeordneten Maßnahmen beziehen (vgl. §114 (5)).

Zudem ist in der Richtlinie zu formulieren, dass Wiederholungsprüfungen innerhalb von 12 Monaten nach einer durchgeführten Regel- oder Anlassprüfung zu erfolgen haben. Bei einer Prüfung durch den MDK, die nach 12 Monaten stattfindet, handelt es sich um eine erneute Regelprüfung.

Der DBfK sieht es als erforderlich, Absatz 3 zu streichen.

Die Zeitspanne zur Wiederholungsprüfung von 12 Monaten nach einer erfolgten Regel- oder Anlassprüfung ist zu ergänzen.

6. Prüfinhalte / Prüfumfang der MDK-Prüfung, Absatz 6 MDK-Anleitung

Der DBfK vertritt die Rechtsauffassung, dass sowohl die Ausfüllanleitung zur PTVA und PTVS als auch die Prüfanleitung zu allen anderen Prüffragen Bestandteil der Richtlinie sind. Die Prüfanleitung ist nicht wie in Absatz 6 formuliert von GKV und MDS gemeinsam zu erarbeiten, sondern stellt ein Kernstück der Richtlinie dar und ist Bestandteil der Anhörung. Nur darüber lässt sich einsehen und bewerten, ob die Prüffragen und ihre Bewertungen eine sachgerechte Operationalisierung der Inhalte der Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität darstellen.

Sowohl die Ausfüllanleitung der PTVA und PTVS als auch die Prüfanleitung aller weiteren Fragen sind als Anlage anzufügen.

6. Prüfinhalte / Prüfumfang der MDK-Prüfung, Absatz 7

Um Missverständnissen vorzubeugen sind in den ersten beiden Spiegelstrichen folgende Konkretisierungen vorzunehmen:

- die Grundsätze und Maßstäbe zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 80 SGB XI (vom 10. Juli 1995)
- der aktuelle Stand des Wissens, insbesondere die Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege gem. §113a SGB XI

6. Prüfinhalte / Prüfumfang der MDK-Prüfung, Absatz 9

In Absatz 9 wird ausgeführt, dass die Stichprobe um die dort aufgeführten Pflegesituationen zu erweitern ist, wenn diese nicht im Rahmen der Stichprobe geprüft werden können. Wie bereits unter Punkt **Präambel, Absatz 3, Satz 4** unserer Ausführungen dargestellt, ist es nicht akzeptabel eine Zufallsstichprobe aufgrund fehlender Pflegemerkmale zu erweitern. Bis auf das Merkmal Kontrakturen, handelt es sich bei allen anderen Punkten um Situationen, die im direkten Zusammenhang mit einer richterlichen oder einer ärztlichen Anordnung stehen. Schwerpunkt einer Pflegequalitätsprüfung nach SGB XI sollten die Leistungen sein, die von der Pflegeeinrichtung veranlasst werden. Für die hier aufgelisteten Pflegesituationen besteht ausschließlich die Durchführungsverantwortung bei der Pflegeeinrichtungen, nicht aber die Anordnungsverantwortung. Diese liegt beim behandelnden Arzt. Es kann daher nur die sachgerechte Durchführung der ärztlichen Verordnung überprüft werden.

Die Erweiterung der Stichprobe ist zu streichen. Stattdessen ist für die Prüfung von Behandlungspflege / Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach §37 SGB V der Hinweis aufzunehmen, dass sich die Prüfung der im Text aufgeführten Pflegemaßnahmen sich ausschließlich auf die Durchführung bezieht.

10. Berichterstattung, Absatz 1

Als Grundlage für eine Berichterstattung sind zukünftig nur die Transparenzkriterien gem. §115 (1a) heranzuziehen. Die Mindestdaten sind daher auf die Transparenzkriterien zu beschränken. Eine inhaltliche Weiterentwicklung der derzeitigen Vereinbarung nach §115 (1a) SGB XI ist nicht ausgeschlossen bzw. sicherlich erforderlich. Eine wie im Richtlinienentwurf vorgesehene zweite Datenlage ist nicht im Gesetz ausgewiesen. Vor dem Hintergrund des gemeinsamen Ziels für mehr Transparenz sind die Bezüge in der Berichterstattung dem neuen sachlogischen Zusammenhang von §112ff SGB XI anzupassen, um so Eindeutigkeit in der Aussage zur Qualität von Pflegeleistungen an den Verbraucher zu sichern und Verunsicherung zu vermeiden.

Die Mindestdaten sind auf die Pflegetransparenzkriterien gem. §115 (1a) SGB XI zu beschränken.

10. Berichterstattung, Absatz 2

Es ist in diesem Absatz nicht nachvollziehbar, wie sich die Aufträge zu spezifischen Berichten herleiten. Eine gesetzliche Grundlage diesbezüglich ist nicht gegeben.

Dieser Absatz ist zu streichen.

Zu den Erhebungsbögen

Aufgrund der fehlenden Prüfanleitung ist eine qualifizierte, sachgerechte Bewertung nicht möglich.

Bezüglich der eingefügten Transparenzkriterien gem. §115 (1a) SGB XI ist unter dem Vorbehalt, dass die Anlage 3 der PTVA / PTVS (Ausfüllanleitung) den Bewertungsmaßstab ohne ergänzende Ausführungen darstellt, nichts einzuwenden.

zu 6.5. PDCA _Zyklus

Der PDCA-Zyklus sollte lediglich als Beispiel dienen. Es müssen auch noch andere Verfahren des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses möglich sein, z.B. der QM-Regelkreis.

Wird das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement entsprechend dem kontinuierlichen Verbesserungsprozess (z.B. im Sinne des PDCA-Zyklus) gehandhabt?

zu 10.

Bei allen Maßnahmen der Behandlungspflege ist auf die sachgerechte Durchführung der ärztlichen Verordnung abzustellen.

zu 10.31

Die Anpassung der Maßnahmen bedarf der ärztlichen Anordnung. Die Frage muss sich daher auf die Weiterleitung der Auswertung an den Arzt beschränken.

zu 11.5

Es besteht keine Leistungspflicht des Pflegedienstes zur kostenlosen "Sturzberatung" der Versicherten. Die Frage muss daher lauten: Hat der Versicherte ein Beratungsangebot erhalten?

zu 11.7

Es besteht keine Leistungspflicht des Pflegedienstes zur kostenlosen "Dekubitusberatung" der Versicherten. Die Frage muss daher lauten: Hat der Versicherte ein Beratungsangebot erhalten?

zu 11.11

Es besteht keine Leistungspflicht des Pflegedienstes zur kostenlosen "Kontraktberatung" der Versicherten. Die Frage muss daher lauten: Hat der Versicherte ein Beratungsangebot erhalten?

Die Pflegedienste beraten die Versicherten gern zu den Risiken von Zweiterkrankungen und zu entsprechenden vorbeugenden Maßnahmen. Dies wäre z.B. vergütungsrelevant im Rahmen des § 45 SGB XI "Schulung in der häuslichen Umgebung" möglich.

zu 12.1.

Der Body-Mass-Index steht zunehmend in der Kritik und stellt keine geeignete Methode für eine differenzierte Analyse des Gesundheitszustandes eines Menschen dar. Fragen a bis c sind daher zu streichen, zumal diese Daten oft nur Schätzungen oder Angaben aus gesunden Tagen entsprechen.

Fragen d und e sind hingegen aussagefähige Indizien, die pflegerisches Handeln erforderlich machen können.

zu 12.5

Es besteht keine Leistungspflicht des Pflegedienstes zur kostenlosen "Ernährungsberatung" der Versicherten. Die Frage muss daher lauten: Hat der Versicherte ein Beratungsangebot erhalten?

zu 13.3.

Es besteht keine Leistungspflicht des Pflegedienstes zur kostenlosen "Kontinenzberatung" der Versicherten. Die Frage muss daher lauten: Hat der Versicherte ein Beratungsangebot erhalten?

zu 14.3 und 14.4

Es besteht keine Leistungspflicht des Pflegedienstes zur kostenlosen "Demenzberatung" der Versicherten und deren Angehörigen. Die Frage muss daher lauten: Hat der Versicherte ein Beratungsangebot erhalten?

Der DBfK unterstützt das Anliegen des Gesetzgebers, Qualität zu sichern und Transparenz zu verbessern. Dass aufgrund der zeitlichen Abfolge der Entwicklung der einzelnen Bausteine und fehlenden Transparenz bez. aller verwendeten Verfahrensbestandteile dieses nur suboptimal erreicht werden kann, bedauern wir sehr.

Mit freundlichen Grüßen

Franz Wagner Msc
Bundesgeschäftsführer

Claudia Pohl
Referentin für amb. Pflege