

Stellungnahme des Medizinischen Dienstes Bund

zum

**Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege
(Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG)**

BT-Drs. 20/6544

Inhalt der Stellungnahme

<i>I Vorbemerkungen</i>	3
<i>II Stellungnahme zum Gesetzentwurf</i>	5
<i>Zu Artikel 1 Nummer 10 (Die §§ 18 bis 18c SGB XI werden durch neu gefasste §§ 18 bis 18e SGB XI ersetzt)</i>	5
Zu § 18 Abs. 1 SGB XI (Auftragserteilung in gesicherter elektronischer Form und zwingend vorzulegende Unterlagen)	6
Zu § 18 Abs. 2 SGB XI (Prüfung Zeitanteil behandlungspflegerische Leistungen).....	7
Zu § 18 Abs. 4 SGB XI (Übermittlung von Unterlagen in gesicherter elektronischer Form).....	8
Zu § 18a SGB XI (Begutachtungsverfahren).....	9
Zu § 18a Abs. 2 SGB XI (Begutachtungsformen, Folgebegutachtung)	9
Zu § 18a Abs. 3 SGB XI (Bereiche außerhäusliche Aktivitäten und Hauswirtschaft).....	12
Zu § 18a Abs. 5 SGB XI (Verkürzte Begutachtungsfristen im Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung).....	13
Zu § 18a Abs. 6 SGB XI (Verkürzte Begutachtungsfristen in häuslicher Umgebung für bestimmte Konstellationen)	14
Zu § 18a Abs. 7 (Neue Frist für abschließende Begutachtungen bei Kurzzeitpflege im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt oder einer stationären Rehabilitation)	15
Zu § 18a Abs. 10 SGB XI (Qualifikation der Gutachterinnen und Gutachter)	16
Zu § 18b SGB XI (Inhalt und Übermittlung des Gutachtens)	17
Zu § 18b Abs. 4 SGB XI (Elektronische Form der Gutachtenübermittlung).....	17
Zu § 18c SGB XI (Entscheidung über den Antrag, Fristen).....	18
Zu § 18c Abs. 3 Satz 2 (Übermittlung der Empfehlungen zu Heilmitteln)	18
Zu § 18c Abs. 5 Satz 4 SGB XI (Fristen im Zusammenhang mit Verzögerungsgründen)	19
Zu § 18c Abs. 6 SGB XI (Fristen bei Einreichung von Unterlagen)	21
Zu § 18e SGB XI (Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung durch Modellvorhaben, Studien und wissenschaftliche Expertisen)	22
Zu § 18e Abs. 6 SGB XI (Studie zu den Auswirkungen digitaler Kommunikationsmittel in der Pflegebegutachtung).....	23
Zu Artikel 1 Nummer 33 (Aktualisierung des § 97 SGB XI aufgrund der Neustrukturierung des § 18 SGB XI)	24
Zu Artikel 2 Nummer 40 (Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege nach § 125b Abs. 2 und 5 SGB XI).....	25

I Vorbemerkungen

Der vorliegende Gesetzentwurf sieht Maßnahmen zur Verbesserung der Situation in der Pflege und Weiterentwicklung der Pflegeversicherung sowie Anpassungen an die gestiegenen Kosten der Pflege vor. Der Medizinische Dienst Bund begrüßt dies ausdrücklich.

Darüber hinaus wird mit dem Gesetzentwurf das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 18 SGB XI neu strukturiert und systematisiert. Damit werden verfahrens- und leistungsrechtliche Inhalte in voneinander getrennten Vorschriften übersichtlicher und adressatengerechter aufbereitet und aus Gründen der Rechtssicherheit inhaltliche Anpassungen vorgenommen. Diese Änderungen wurden bereits in der Stellungnahme zum Referentenentwurf vom Medizinischen Dienst Bund begrüßt. Sie führen zu mehr Klarheit und größerer Rechtssicherheit für alle Beteiligten.

Dem Medizinischen Dienst Bund wird zudem die Möglichkeit eröffnet, aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung Modellvorhaben, Studien und wissenschaftliche Expertisen durchzuführen, mit denen wissenschaftlich gestützte Erprobungen und Überlegungen zur Weiterentwicklung der Aufgaben des Medizinischen Dienstes im Zusammenhang mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit durchgeführt werden können. Die Eröffnung dieser Möglichkeit wird vom Medizinischen Dienst Bund sehr positiv bewertet.

Gleichwohl muss die folgende Entwicklung in der Pflegebegutachtung unbedingt berücksichtigt werden, um sicherzustellen, dass Versicherte auch in Zukunft fristgerecht begutachtet werden können, um zeitnah Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung zu erhalten:

- Zwischen 2016 und 2021 hat die Zahl der pflegebedürftigen Personen von 3,1 Millionen auf 5 Millionen um 61,1 Prozent zugenommen. Prognosen gehen von einer weiteren Zunahme aus. Die Zahl der Pflegebedürftigen allein durch die Alterung (erste Annahme) wird von 5,0 Millionen Ende 2021 über 5,6 Millionen Ende 2035 ansteigen. Wird angenommen, dass die Pflegequoten infolge des 2017 weiter gefassten Pflegebedürftigkeitsbegriffs noch bis 2027 zunehmen (zweite Annahme), so ist in 2035 mit rund 6,3 Millionen Pflegebedürftigen zu rechnen¹.
- Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Jahr 2017 hat zu einer deutlichen Steigerung der Leistungsbezieherinnen und -bezieher der sozialen Pflegeversicherung geführt. In der Folge steigt ebenfalls die Anzahl der Begutachtungen weiter an: 2016 wurden beim Medizinischen Dienst knapp 1,8 Millionen Pflegegutachten erstellt, 2022 waren es 2,6 Millionen Pflegegutachten (plus 49 Prozent). Eine zentrale Ursache hierfür ist der immense Anstieg von Höherstufungsanträgen. Bei einem gleichbleibenden Antragsverhalten der Versicherten ist mit einem weiteren rapiden Anstieg der Begutachtungszahlen zu rechnen.
- Um den zeitgerechten Leistungsbezug für die Versicherten zu sichern und Zusatzzahlungen nach § 18 Abs. 3b SGB XI, die die Solidargemeinschaft belasten, zu vermeiden, haben die Medizinischen

¹www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/aktuell-vorausberechnung-pflegebeduerftige.de

Dienste seit 2017 die Anzahl ihres Begutachtungspersonals stetig erhöht. Die Anzahl der Pflegefachkräfte stieg von 2016 bis 2021 um 43 Prozent an. Zudem wurden weitere Maßnahmen zur Prozessoptimierung bei der Begutachtung umgesetzt, so dass die Möglichkeiten der Effizienzsteigerung ausgeschöpft sind.

Es ist heute absehbar, dass die Medizinischen Dienste aufgrund der kritischen Auftragsituation sowie der angespannten Lage auf dem Arbeitsmarkt an einen Punkt kommen, an dem sie die persönliche Begutachtung in der Häuslichkeit der Versicherten nicht mehr in jedem Fall fristgerecht gewährleisten können. Daher müssen zusätzliche Maßnahmen eingeleitet werden, die dazu beitragen, dass die Versicherten eine qualitativ hochwertige und zeitgerechte Begutachtung erhalten. Um dieses Ziel zu erreichen, sind bereits kurzfristig neben dem Hausbesuch ortsunabhängige Begutachtungsformate zu ermöglichen. Nur so können die im Rahmen des Fachkräftemangels knapper werdenden personellen Ressourcen effektiv eingesetzt werden.

Im Zuge der Pandemie hat sich unter anderem das unterlagengestützte strukturierte Telefoninterview als eine solche Begutachtungsform bewährt. Die Pflegegradverteilung blieb bei der Anwendung des strukturierten Telefoninterviews stabil und die Zufriedenheit der Versicherten mit dieser Begutachtungsform war genauso hoch, wie bei den Hausbesuchen.

Darüber hinaus zeigen erste Erfahrungen mit der videobasierten Begutachtung, dass dieses Begutachtungsformat ein großes Potenzial hat, auch langfristig einen flexibleren, weil ortsunabhängigeren Personaleinsatz der Medizinischen Dienste zu ermöglichen.

Insbesondere unter Berücksichtigung der dargestellten Entwicklungen und Anforderungen nimmt der Medizinische Dienst Bund im Folgenden schwerpunktmäßig Stellung zu Detailregelungen zum Begutachtungsverfahren. Darüber hinaus wird zu einigen weiteren Regelungen Stellung genommen, die den Medizinischen Dienst betreffen.

II Stellungnahme zum Gesetzentwurf

Zu Artikel 1 Nummer 10 (Die §§ 18 bis 18c SGB XI werden durch neu gefasste §§ 18 bis 18e SGB XI ersetzt)

Die §§ 18 bis 18c SGB XI werden durch die folgenden §§ 18 bis 18e SGB XI ersetzt

§ 18 Beauftragung der Begutachtung

§ 18a Begutachtungsverfahren

§ 18b Inhalt und Übermittlung des Gutachtens

§ 18c Entscheidung über den Antrag, Fristen

§ 18d Berichtspflichten und Statistik zum Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

§ 18e Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung durch Modellvorhaben, Studien und wissenschaftliche Expertisen

Das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit wird damit neu strukturiert und vom Verfahrens- und Leistungsrecht getrennt. Dadurch soll das Gesetz übersichtlicher und adressatengerechter aufbereitet werden.

Bewertung:

Die Neustrukturierung des Begutachtungsverfahrens wird begrüßt. Im Detail besteht jedoch bei den vorgesehenen Regelungen weiterer Verbesserungsbedarf, um im Interesse der Versicherten eine zeitgerechte und qualitativ hochwertige Begutachtung auch in Zukunft gewährleisten zu können.

Zu § 18 Abs. 1 SGB XI (Auftragserteilung in gesicherter elektronischer Form und zwingend vorzulegende Unterlagen)

Die Pflegekasse wird verpflichtet, den Auftrag zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit innerhalb von drei Arbeitstagen ab Antragseingang an den Medizinischen Dienst zu übermitteln. Die Auftragserteilung sowie die Weiterleitung von Unterlagen an den Medizinischen Dienst hat in gesicherter elektronischer Form zu erfolgen. Hierfür wird eine Übergangsphase von fünf Monaten nach Verkündung des Gesetzes eingeräumt. Der Medizinische Dienst Bund hat im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband in der Begutachtungs-Richtlinie nach § 17 Abs. 1 SGB XI innerhalb von vier Monaten nach Verkündung des Gesetzes zu regeln, welche Unterlagen zwingend zur Beauftragung erforderlich sind.

Bewertung:

Eine digitale Auftrags- und Unterlagenübermittlung trägt zur Einhaltung der gesetzlich vorgesehenen Bearbeitungs- und Begutachtungsfristen im Sinne der Versicherten bei, da die Weiterleitung auf postalischem Weg teilweise Tage benötigt. Zudem wirkt sich die elektronische Übermittlung positiv auf die Qualität der übermittelten Informationen aus, indem beispielsweise eine einheitliche und aktuelle Datenübertragung etabliert und Datenverluste vermieden werden. Die Vorschrift zur Übermittlung der Aufträge und Unterlagen in gesicherter elektronischer Form wird daher begrüßt.

Es ist sinnvoll, einen Mindeststandard für die zwingend notwendigen Unterlagen zu definieren. Aktuell ist ausschließlich die Übermittlung von Stammdaten durch die Pflegekasse an den Medizinischen Dienst in den Richtlinien nach § 17 Abs. 1 SGB XI als Mindeststandard festgelegt. Darüber hinaus muss in jedem Einzelfall vom Medizinischen Dienst entschieden werden, welche Unterlagen zusätzlich für die Pflegebegutachtung erforderlich sind.

Zu § 18 Abs. 2 SGB XI (Prüfung Zeitanteil behandlungspflegerische Leistungen)

An dieser Stelle wird geregelt, dass die Pflegekassen den Medizinischen Dienst oder andere unabhängige Gutachterinnen und Gutachter mit der Prüfung beauftragen können, für welchen Zeitanteil die Pflegeversicherung bei ambulant versorgten Pflegebedürftigen, die einen besonders hohen Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen haben und die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 SGB XI und der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 SGB V oder die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 SGB XI und der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c SGB V beziehen, die hälftigen Kosten zu tragen hat. Von den Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 SGB XI sind nur Maßnahmen der körperbezogenen Pflege zu berücksichtigen.

Bewertung:

Mit dem 2017 eingeführten Pflegebedürftigkeitsbegriff ist die Ermittlung von Zeitaufwänden bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit aus gutem Grund ersatzlos entfallen. Mit der Kostenabgrenzungs-Richtlinie nach § 17 Abs. 1b SGB XI (alte Fassung) wurden daher pauschale Zeitanteile eingeführt, die zur Abgrenzung der Kosten zwischen Kranken- und Pflegeversicherung herangezogen werden können. Es können keine validen individuellen Zeitanteile ermittelt werden, für welchen Zeitanteil die Pflegeversicherung bei außerklinischer Intensivpflege die hälftigen Kosten zu tragen hat. Eine Beauftragung des Medizinischen Dienstes ist aufgrund fehlender Grundlagen für die Bemessung des Zeitanteils daher nicht mehr umsetzbar.

Änderungsvorschlag:

Die Regelung zur Prüfung des Zeitanteils ist ersatzlos zu streichen.

Zu § 18 Abs. 4 SGB XI (Übermittlung von Unterlagen in gesicherter elektronischer Form)

Die Pflegekassen werden verpflichtet, dem Medizinischen Dienst die für die Begutachtung erforderlichen Unterlagen in gesicherter elektronischer Form weiterzuleiten.

Bewertung:

Eine digitale Unterlagenübermittlung trägt zur Einhaltung der gesetzlich vorgesehenen Bearbeitungs- und Begutachtungsfristen im Sinne der Versicherten bei, da die Weiterleitung auf postalischem Weg teilweise Tage benötigt. Zudem wirkt sich die elektronische Übermittlung positiv auf die Qualität der übermittelten Informationen aus, indem beispielsweise eine einheitliche und aktuelle Datenübertragung etabliert und Datenverluste vermieden werden können. Die Vorschrift wird daher begrüßt.

Zu § 18a SGB XI (Begutachtungsverfahren)

Zu § 18a Abs. 2 SGB XI (Begutachtungsformen, Folgebegutachtung)

Der Medizinische Dienst hat die antragstellende Person grundsätzlich in ihrem Wohnbereich zu untersuchen. Ausnahmen davon sind möglich, wenn

- aufgrund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht oder
- bei einer Krisensituation von nationaler Tragweite oder, wenn der Antrag während der Krisensituation gestellt wird oder der ein Untersuchungstermin, der bereits vereinbart war, in der Zeitraum der Krisensituation fällt.

Das Nähere zu den Voraussetzungen und die weiteren, insbesondere inhaltlichen und organisatorischen Einzelheiten für eine Begutachtung in Krisensituationen konkretisiert der Medizinische Dienst Bund im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen bis spätestens vier Monate nach Verkündung des Gesetzes in den Richtlinien nach § 17 Abs. 1 SGB XI. Die Untersuchung ist in angemessenen Zeitabständen zu wiederholen.

Bewertung:

Seit Einführung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes hat sich die Anzahl der Begutachtungsaufträge stark erhöht. 2016 wurden beim Medizinischen Dienst knapp 1,8 Millionen Pflegegutachten erstellt, 2022 waren es bereits 2,6 Millionen (plus 49 Prozent). Angesichts des prognostizierten demografiebedingten weiteren Anstiegs der Zahl der Pflegebedürftigen ist hier auch künftig mit einer weiteren starken Erhöhung zu rechnen. Die Pflegebegutachtung durch den Medizinischen Dienst spielt eine Schlüsselrolle für den rechtzeitigen Leistungsbezug und damit für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung der Pflegebedürftigen.

Um den zeitgerechten Leistungsbezug für die Versicherten zu sichern und Zusatzzahlungen, die die Solidargemeinschaft belasten, zu vermeiden, haben die Medizinischen Dienste kontinuierlich Personalverstärkungen vorgenommen und weitere Pflegefachkräfte eingestellt. Auch die Medizinischen Dienste sehen sich jedoch mit dem Fachkräftemangel konfrontiert. Um eine fristgerechte Begutachtung der Versicherten auch weiterhin sicherstellen zu können, gleichzeitig die knappe Ressource Pflegefachkraft sachgerecht einsetzen zu können, sind neben dem Hausbesuch bei Follegutachten daher dringend weitere effektive Begutachtungsformate zu ermöglichen.

Zum Schutz der besonders gefährdeten pflegebedürftigen Menschen und zur Eindämmung des Infektionsgeschehens wurde in der Pandemie oft auf den persönlichen Hausbesuch verzichtet. Die Begutachtung erfolgte stattdessen durch eine Kombination aus eingereichten Unterlagen und strukturiertem Telefongespräch mit den Versicherten, den Angehörigen und Pflegepersonen. Das Telefoninterview hat sich in der Pandemie bewährt. Die Ergebnisse der Versichertenbefragung zur Begutachtung nach § 18b Abs. 2 Nummer 3 SGB XI zeigen, dass das telefongestützte Interview auf breite Zustimmung gestoßen ist. Die Pflegegradverteilung blieb bei der Anwendung des strukturierten Telefoninterviews stabil und die Widerspruchsquote unverändert.

Bei einer erstmaligen Feststellung der Pflegebedürftigkeit soll die Begutachtung im Rahmen eines Hausbesuches grundsätzlich Standard bleiben. Bei der Auswahl des jeweiligen Begutachtungsformates wird der Wunsch des Versicherten berücksichtigt.

Perspektivisch sollte für die Folgebegutachtung auch eine videobasierte Begutachtung ermöglicht werden. Erste positive Erfahrungen mit Videobegutachtungen in stationären Pflegeeinrichtungen zeigen, dass dieses Format sehr gut geeignet ist, um eine qualitativ gleichwertige und zeitgerechte Begutachtung sicherzustellen.

Änderungsvorschlag:

§18 a Abs. 2 SGB XI wird wie folgt gefasst:

„(2) Der Versicherte ist in seinem Wohnbereich zu untersuchen. Erteilt der Versicherte dazu nicht sein Einverständnis, kann die Pflegekasse die beantragten Leistungen verweigern. Hinsichtlich der Grenzen der Mitwirkung des Versicherten und der Folgen fehlender Mitwirkung gelten die §§ 65 und 66 des Ersten Buches. Die Untersuchung ist in angemessenen Zeitabständen zu wiederholen. Abweichend von Satz 1 kann die Begutachtung ~~ausnahmsweise~~ auch ohne Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich erfolgen, wenn

1. eine ortsunabhängige Begutachtung per Telefon oder anderer digitaler Kommunikationsmittel durchgeführt werden kann und es sich dabei nicht um eine erstmalige Feststellung der Pflegebedürftigkeit handelt oder
2. auf Grund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht oder
3. bei einer Krisensituation von nationaler Tragweite oder, bezogen auf den Aufenthaltsort des Versicherten, von regionaler Tragweite der Antrag auf Pflegeleistungen während der Krisensituation gestellt wird oder ein Untersuchungstermin, der bereits vereinbart war, in den Zeitraum einer Krisensituation fällt.

~~Eine Begutachtung nach Satz 5 Nummer 2 setzt voraus, dass die Krisensituation einer Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich entgegensteht;~~ Der Wunsch des Versicherten, persönlich in seinem Wohnbereich untersucht zu werden, ist zu berücksichtigen. Grundlage für eine Begutachtung nach Satz 5 ~~Nummer 2~~ bilden die zum Versicherten zur Verfügung stehenden Unterlagen sowie die Angaben und Auskünfte, die beim Versicherten, seinen Angehörigen und sonstigen zur Auskunft fähigen Personen einzuholen sind. Das Nähere zu den Voraussetzungen und die weiteren, insbesondere inhaltlichen und organisatorischen Einzelheiten für eine Begutachtung nach Satz 5 ~~Nummer 2~~ konkretisiert der Medizinische Dienst Bund im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen bis spätestens ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des vierten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] in den Richtlinien nach § 17 Abs 1.“

Um auch in stationären Pflegeeinrichtungen eine möglichst zeitnahe Pflegebegutachtung sicherzustellen, bietet sich insbesondere der Einsatz ortsunabhängiger Begutachtungsformate an.

Unabhängig nach der Frage nach der Einführung von weiteren effektiven Begutachtungsformaten haben die Medizinischen Dienste festgestellt, dass eine Beauftragung durch die Pflegekassen für eine Wiederholungsbegutachtung noch immer routinemäßig erfolgt, ohne dass diese pflegefachlich begründet wäre. Dies steht im Widerspruch zu Regelungen in der Begutachtungs-Richtlinie, nach der eine allein am Zeitablauf orientierte Wiederholungsbegutachtung unzulässig ist. Wiederholungsbegutachtungen sollten jedoch nur anhand pflegefachlich begründeter Kriterien erfolgen.

Zu § 18a Abs. 3 SGB XI (Bereiche außerhäusliche Aktivitäten und Hauswirtschaft)

Es wird hervorgehoben, dass die Bereiche außerhäusliche Aktivitäten und Hauswirtschaft bei der Ermittlung des Pflegegrades rechnerisch nicht berücksichtigt werden.

Bewertung:

Die Klarstellung, dass die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in den Bereichen außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung bei der rechnerischen Ermittlung des Pflegegrades nicht gesondert berücksichtigt werden, wird begrüßt. Die Transparenz zu den für die Bemessung des Pflegegrades relevanten Aspekten wird hierdurch insbesondere auch für die Versicherten verbessert. Der Gesetzestext folgt hier den Klarstellungen in den Begutachtungs-Richtlinien.

Zu § 18a Abs. 5 SGB XI (Verkürzte Begutachtungsfristen im Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung)

Die verkürzten Begutachtungsfristen werden in Arbeitstagen dargestellt. Zudem wird laut Gesetzesbegründung zu § 18a Abs. 5 SGB XI eine Begutachtung bei Krankenhausaufenthalten oder Aufenthalten in Rehabilitationseinrichtungen in diesen Einrichtungen nicht gefordert. Eine gutachterliche Stellungnahme auf der Grundlage der zur Verfügung stehenden Unterlagen wird ermöglicht.

Bewertung:

Die Darstellung der Fristen in Form von Arbeitstagen ist sachgerecht und wird begrüßt. Auch wird begrüßt, dass im Gesetz – in Anlehnung an die Richtlinien nach § 17 Abs. 1 SGB XI – bei Krankenhausaufenthalten oder Aufenthalten in Rehabilitationseinrichtungen eine Klarstellung erfolgt, dass eine Stellungnahme auf der Grundlage der zur Verfügung stehenden Unterlagen möglich ist.

Um darüber hinaus Einheitlichkeit bei der fristgerechten Empfehlung von weiteren Leistungen der Pflegeversicherung zu gewährleisten, ist eine Anpassung der Begutachtungsfristen in Form von Arbeitstagen auch bei der Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und wohnumfeldverbessernden Maßnahmen nach § 40 Abs. 7 SGB XI sinnvoll.

Zu § 18a Abs. 6 SGB XI (Verkürzte Begutachtungsfristen in häuslicher Umgebung für bestimmte Konstellationen)

Die verkürzten Begutachtungsfristen werden in Arbeitstagen dargestellt.

Bewertung:

Die Darstellung der Fristen in Form von Arbeitstagen ist sachgerecht und wird begrüßt.

Um darüber hinaus Einheitlichkeit bei der fristgerechten Empfehlung von weiteren Leistungen der Pflegeversicherung zu gewährleisten, ist eine Anpassung der Bearbeitungsfristen in Arbeitstagen auch bei der Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und wohnumfeldverbessernden Maßnahmen nach § 40 Abs. 7 SGB XI sinnvoll.

Zu § 18a Abs. 7 (Neue Frist für abschließende Begutachtungen bei Kurzzeitpflege im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt oder einer stationären Rehabilitation)

Wenn der Versicherte unmittelbar im Anschluss an den Aufenthalt in einem Krankenhaus, einschließlich eines Aufenthalts im Rahmen der Übergangspflege nach § 39e SGB V, oder im Anschluss an den Aufenthalt in einer stationären Rehabilitationseinrichtung Kurzzeitpflege in Anspruch nimmt, hat die abschließende Begutachtung spätestens **am zehnten Arbeitstag nach Beginn der Kurzzeitpflege in dieser Einrichtung zu erfolgen.**

Bewertung:

Der Medizinische Dienst Bund kann die Intention des neu gefassten § 18 a Abs. 7 SGB XI gut nachvollziehen. Es soll sichergestellt werden, dass Versicherte fristgerecht und möglichst schnell eine abschließende Begutachtung durch den Medizinischen Dienst erhalten.

Die Vorgaben müssen für die Medizinischen Dienste vor dem geschilderten Hintergrund der knappen Personalressource Pflegefachkraft allerdings auch umsetzbar sein. Daher ist es zum einen zwingend erforderlich, dass der Medizinische Dienst unverzüglich die Information erhält, dass der Versicherte in die Kurzzeitpflege aufgenommen wurde. Um sicherzustellen, dass der Medizinische Dienst die abschließende Begutachtung auch durchführen kann, ist zudem eine Mindestfrist von 15 Arbeitstagen nach erfolgter Kenntnisnahme und Beauftragung des Medizinischen Dienstes sachgerecht.

Zum anderen sollte es in Abhängigkeit von den Ergebnissen der Begutachtung in der Kurzzeitpflege und den dort ausgesprochenen Empfehlungen möglich sein, eine weitere Begutachtung in der Häuslichkeit der versicherten Person per Aktenlage ggf. mit Unterstützung eines telefonischen Interviews durchzuführen. Ziel sollte sein, Doppelbegutachtungen in kurzer Zeit zu vermeiden.

Änderungsvorschlag:

§18a Abs. 7 SGB XI wird wie folgt gefasst:

„In den Fällen der Absätze 5 und 6 muss die Empfehlung nur die Feststellung beinhalten, ob Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 vorliegt und ob mindestens die Voraussetzungen des Pflegegrades 2 erfüllt sind. Die abschließende Begutachtung des Versicherten ist unverzüglich nachzuholen. Nimmt der Versicherte unmittelbar im Anschluss an den Aufenthalt in einem Krankenhaus, einschließlich eines Aufenthalts im Rahmen der Übergangspflege nach § 39e des Fünften Buches, oder im Anschluss an den Aufenthalt in einer stationären Rehabilitationseinrichtung Kurzzeitpflege in Anspruch, hat die Pflegekasse den Medizinischen Dienst unverzüglich über die Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege in Kenntnis zu setzen und mit der endgültigen Feststellung der Pflegebedürftigkeit zu beauftragen. Die abschließende Begutachtung hat spätestens am 15. Arbeitstag zu erfolgen; für den Fristbeginn gilt Satz 3.“

Zu § 18a Abs. 10 SGB XI (Qualifikation der Gutachterinnen und Gutachter)

In Abs. 10 wird aufgrund der mit dem zum 1. Januar 2020 in Kraft getretenen Pflegeberufegesetz eingehenden Änderungen in der Pflegeberufausbildung um „Gutachterinnen und Gutachter mit einer Qualifikation als Pflegefachfrau oder Pflegefachmann“ erweitert. Mit dieser Ergänzung soll das Ziel der Generalistik, in der Pflege ein einheitliches Berufsbild zu schaffen und einen universellen Einsatz in allen Arbeitsfeldern zu ermöglichen, unterstützt werden.

Bewertung:

Die Anpassungen bezüglich der Qualifikation der Gutachterinnen und Gutachter an die generalistische Pflegeausbildung ist sachgerecht und wird begrüßt.

Zu § 18b SGB XI (Inhalt und Übermittlung des Gutachtens)

Zu § 18b Abs. 4 SGB XI (Elektronische Form der Gutachtenübermittlung)

Der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachterinnen und Gutachter haben der Pflegekasse das Ergebnis ihrer Prüfung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch Übermittlung des vollständigen Gutachtens in gesicherter elektronischer Form unverzüglich mitzuteilen; eine davon abweichende Form der Übermittlung ist bis einschließlich [einsetzen: Datum des letzten Tages des fünften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] möglich.

Bewertung:

Eine digitale Gutachtenübermittlung dient der Einhaltung der gesetzlich vorgesehenen Bearbeitungs- und Begutachtungsfristen und ist im Sinne der Versicherten. Zudem wirkt sich die elektronische Übermittlung positiv auf die Qualität der übermittelten Informationen aus, indem beispielsweise eine einheitliche und aktuelle Datenübertragung etabliert und Datenverluste vermieden werden. Die Vorschrift zur Übermittlung der Gutachten in gesicherter elektronischer Form wird daher begrüßt.

Zu § 18c SGB XI (Entscheidung über den Antrag, Fristen)

Zu § 18c Abs. 3 Satz 2 (Übermittlung der Empfehlungen zu Heilmitteln)

Spätestens mit der Mitteilung der Entscheidung nach Abs. 1 Satz 1 informiert die Pflegekasse den Antragsteller über die Bedeutung der empfohlenen Heilmittel und klärt ihn über die Regelung nach § 32 Abs. 1a des Fünften Buches auf. Die Pflegekasse leitet eine Mitteilung über die empfohlenen Heilmittel der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt schriftlich oder elektronisch zu, wenn der Antragsteller in die Weiterleitung einwilligt.

Bewertung:

Diese Ergänzung ist zu begrüßen, da bisher die Wirkung der in der Pflegebegutachtung ausgesprochenen Heilmittlempfehlungen unklar waren. Die Weitergabe dieser Empfehlungen obliegt bislang dem pflegebedürftigen Menschen. Diese Aufgabe soll nun die Pflegekasse übernehmen.

Zu § 18c Abs. 5 Satz 4 SGB XI (Fristen im Zusammenhang mit Verzögerungsgründen)

Liegt ein Verzögerungsgrund vor, den die Pflegekasse nicht zu vertreten hat, so ist der Lauf der Frist von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrags oder eine verkürzte Begutachtungsfrist nach § 18a Absatz 5 und 6 so lange unterbrochen, bis die Verzögerung beendet ist; mit Beendigung der Verzögerung läuft die Frist weiter.

Bewertung:

Es wird deutlich darauf hingewiesen, dass die vorgesehene Hemmung nicht praktikabel ist. Die Daten zeigen, dass die Mehrzahl der Begutachtungen zwischen dem 18. und dem 23. Tag der insgesamt 25-tägigen Begutachtungsfrist stattfindet. Hintergrund ist, dass im Vorfeld einer Begutachtung der Einsatz der Pflegegutachterinnen und Pflegegutachter sowie ihre Routen beplant und die Versicherten per Post über den Termin in Kenntnis gesetzt werden müssen. Zudem ist sicherzustellen, dass die Versicherten zu dem Begutachtungstermin den beauftragten Pflegedienst und ihre Angehörigen hinzuziehen können. Wird der vorgesehene Begutachtungstermin dann kurz vor Ablauf der 25-Tage-Frist abgesagt, etwa am 20. Tag, muss der beschriebene Prozess neu beginnen, lässt sich allerdings in den verbleibenden Tagen nicht mehr vollständig umsetzen. Auch für den Versicherten, die Angehörigen bzw. den beauftragten Pflegedienst ist eine derart kurze Frist zur Vorbereitung auf die Begutachtung wohl kaum realisierbar. Entsprechend wird vorgeschlagen, die vorgesehene Änderung zu streichen oder für entsprechende Fälle die anfängliche Frist zu beenden und eine neue Frist von 15 Tagen gesetzlich vorzusehen.

Für Begutachtungen im europäischen Ausland wird aufgrund des erhöhten organisatorischen Aufwandes eine entsprechend höhere Begutachtungsfrist vorgeschlagen.

Änderungsvorschlag:

In §18c Abs. 5 SGB XI wird der Satz

„Liegt ein Verzögerungsgrund vor, den die Pflegekasse nicht zu vertreten hat, so ist der Lauf der Frist nach Satz 1 so lange unterbrochen, bis die Verzögerung beendet ist; mit Beendigung der Verzögerung läuft die Frist weiter.“

ersetzt durch:

„[...] Liegt ein Verzögerungsgrund vor, den die Pflegekasse nicht zu vertreten hat, so ist der Lauf der Frist nach Satz 1 beendet und wird mit einer Frist von 15 Arbeitstagen ab Kenntnisnahme durch den Medizinischen Dienst über die Beendigung der Verzögerung fortgesetzt; verkürzte Begutachtungsfristen nach § 18a Absätze 5, 6 und 7 SGB XI laufen dann erneut an. Der Medizinische Dienst Bund legt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 bis spätestens...[einsetzen: Datum des letzten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonates] die Anforderungen an die Kenntnisnahme durch den Medizinischen Dienst sowie die konkreten Verzögerungsgründe fest. Die Frist nach Satz 1 beginnt mit Antragstellung gemäß § 33 Absatz 1. Der Lauf der Frist von 25 Arbeitstagen nach Satz 1 bleibt von einer Entscheidung der Pflegekasse nach Absatz 1 Satz 2 unberührt. Die Pflegekasse hat den Antragsteller nach Eingang seines Antrags nach §

33 Absatz 1 Satz 1 auf die Frist für ihre Entscheidung sowie die verkürzten Begutachtungsfristen und die Folgen der Nichteinhaltung der Fristen hinzuweisen.“

Zu § 18c Abs. 6 SGB XI (Fristen bei Einreichung von Unterlagen)

Für den Fall, dass der Pflegekasse noch Unterlagen fehlen, die für die Beauftragung des Medizinischen Dienstes oder anderer unabhängiger Gutachterinnen und Gutachter zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit unerlässlich sind, wird bis zur Einreichung der Unterlagen die Bearbeitungs- bzw. Begutachtungsfrist gehemmt.

Bewertung:

Die Hemmung der Frist bis zum Zeitpunkt der Einreichung der Unterlagen für Antragsfälle, bei denen durch die Pflegekassen Unterlagen nachgefordert werden, wird begrüßt.

Es ist zudem sicherzustellen, dass die Unterlagen nach Eingang bei der Pflegekasse auch unverzüglich an den Medizinischen Dienst weitergeleitet werden.

Zu § 18e SGB XI (Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung durch Modellvorhaben, Studien und wissenschaftliche Expertisen)

Der Medizinische Dienst Bund soll die Möglichkeit erhalten, aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung Modellvorhaben, Studien und wissenschaftliche Expertisen durchzuführen. Dies dient der wissenschaftlich gestützten Erprobung von Vorhaben und Überlegungen zur Weiterentwicklung der Aufgaben, die den Medizinischen Diensten nach den §§ 18 bis 18b zugewiesen sind. Dem Medizinischen Dienst Bund und den Medizinischen Diensten wird damit ermöglicht, ihre Tätigkeit und die Erfüllung ihrer Aufgaben weiterzuentwickeln und Ansätze für das Ausloten von Innovationsmöglichkeiten, beispielsweise in den Bereichen Digitalisierung, Information und Beratung, hier insbesondere auch mit Blick auf notwendige Unterstützung in besonderen Bedarfssituationen der Pflegehaushalte, zu erproben. Als Vereinbarungspartner sollen neben den Medizinischen Diensten auch die Pflegekassen regelmäßig beteiligt werden. Die jeweiligen Vorhaben sind mit dem Bundesministerium für Gesundheit abzustimmen. Näheres über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Fördermitteln ist zwischen dem Medizinischen Dienst Bund und dem Bundesamt für Soziale Sicherung zu vereinbaren.

Bewertung:

Das Begutachtungsverfahren wurde 2017 als ein lernendes System in der Pflegeversicherung eingeführt. Die Erfahrungen aus der Vergangenheit haben gezeigt, dass eine Anpassung des Begutachtungsverfahrens an sich ständig verändernde Rahmenbedingungen immer wieder erforderlich sein kann. Diese Anpassung muss systematisch und wissenschaftlich fundiert erfolgen, damit auch Änderungen des Begutachtungsverfahrens valide und einheitlich umgesetzt werden können. Die geplante Regelung wird diesem Anspruch gerecht. Der Medizinische Dienst Bund bewertet diese Regelung daher sehr positiv.

Zu § 18e Abs. 6 SGB XI (Studie zu den Auswirkungen digitaler Kommunikationsmittel in der Pflegebegutachtung)

Abs. 6 bestimmt, dass im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie untersucht werden soll, ob und inwieweit ein Einsatz telefonischer und digitaler Kommunikationsmittel bei der Pflegebegutachtung geeignet ist. Zu klären sei insbesondere, ob die grundsätzlich vorzunehmende Untersuchung der versicherten Person in der Häuslichkeit durch telefonische und/oder digitale Kommunikationsmittel, beispielsweise durch den Einsatz von Videotelefonie in bestimmten Fallkonstellationen und gegebenenfalls – unter welchen Voraussetzungen (teilweise) ersetzt oder ergänzt werden kann, ohne dass sich dies einschränkend auf die Begutachtungsinhalte, den Differenzierungsgrad sowie die Pflegegradeinstufung und die weiteren gegenüber der Pflegekasse abzugebenden Empfehlungen der Gutachterinnen und Gutachter auswirkt.

Bewertung:

Es wird derzeit bereits ein Forschungsprojekt „Analyse des Einsatzes des Telefoninterviews zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI“ durchgeführt. Die Ergebnisse werden im 2. Quartal 2023 vorliegen und sollen dazu dienen, wissenschaftlich begründete Kriterien für Fallkonstellationen festzulegen, in denen das strukturierte Telefoninterview zum Einsatz kommen kann.

Darüber hinaus ist bereits ein Antragsverfahren zur wissenschaftlichen Untersuchung der Eignung einer videobasierten Begutachtung (Pflege-ViBe) im Rahmen des § 8 Abs. 3 SGB XI auf den Weg gebracht worden. Der Antrag wurde bereits beim GKV-Spitzenverband eingereicht.

Über die geplanten Projekte hinaus ist eine begleitende Evaluation des Einsatzes telefonischer und digitaler Kommunikationsmittel im Rahmen der Pflegebegutachtung im Regelbetrieb sinnvoll.

Es ist bei der Regelung sicherzustellen, dass Vorhaben nach § 8 Abs. 3 SGB XI mit solchen nach § 18e SGB XI aufeinander abgestimmt werden. Zudem sollte § 18e Abs. 6 auf Projekte ausgerichtet werden, die auf eine begleitende Evaluation des Einsatzes telefonischer und digitaler Kommunikationsmittel im Rahmen der Pflegebegutachtung im Regelbetrieb abzielen.

Zu Artikel 1 Nummer 33 (Aktualisierung des § 97 SGB XI aufgrund der Neustrukturierung des § 18 SGB XI)

§ 97 SGB XI regelt die Verarbeitung personenbezogener Daten durch den Medizinischen Dienst im Rahmen seiner Aufgabenwahrnehmung für die Pflegeversicherung. Er nimmt in seiner aktuellen Fassung explizit Bezug auf personenbezogene Daten die im Rahmen der „Prüfungen, Beratungen und gutachtlichen Stellungnahmen“ durch den Medizinischen Dienst verarbeitet werden müssen.

Bewertung:

In der Praxis werden personenbezogene Daten aber natürlich auch für die Organisation der Begutachtung benötigt. Im Regelfall besteht hier eine Schnittmenge mit den personenbezogenen Daten, die für die Prüfung, Beratung oder gutachtliche Stellungnahme verarbeitet werden müssen. Teilweise kann es hier jedoch erforderlich sein, beispielsweise auf umfangreichere Kontaktdaten zurückzugreifen, die für die Abstimmung von Hausbesuchen bzw. Prüfterminen herangezogen werden. Auch vor dem Hintergrund der Neuregelung in § 18 Abs. 1 SGB XI zur Festlegung der verbindlich zu übermittelnden Daten und Unterlagen erscheint es daher zielführend, den Prozessschritt der Organisation der Prüfungen des Medizinischen Dienstes in § 97 SGB XI mit aufzunehmen.

Änderungsvorschlag:

§ 97 Abs. 1 Satz 1 SGB XI wird wie folgt gefasst:

„Der Medizinische Dienst darf personenbezogene Daten für Zwecke der Pflegeversicherung nur verarbeiten, soweit dies für die Prüfungen, Beratungen und gutachtlichen Stellungnahmen nach den §§ 18 bis 18c, 38a, 40, 112, 113, 114, 114a, 115 und 117 oder deren Organisation erforderlich ist.“

Zu Artikel 2 Nummer 40 (Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege nach § 125b Abs. 2 und 5 SGB XI)

Es soll ein Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege beim GKV-Spitzenverband eingerichtet werden.

Die Ziele, Inhalte und Durchführung des Kompetenzzentrums bestimmt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Benehmen mit den Verbänden der Pflegekassen, dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe, den kommunalen Spitzenverbänden auf Bundesebene, den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, dem Deutschen Pflegerat, den für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbänden aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen und in der Pflege, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie mit der Gesellschaft für Telematik. Wenn Kompetenzzentren zum Handlungsfeld Digitalisierung und Pflege auf Bundes- und Landesebene vorhanden sind, sollen diese ebenfalls einbezogen werden. Die Gesellschaft für Telematik soll insbesondere aufgrund eventuell möglicher Schnittstellen bei der Weiterentwicklung der Telematikinfrastruktur beteiligt werden. Bei der Auswahl der relevanten Verbände der Digitalwirtschaft sind die für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbände aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen und in der Pflege zu beteiligen.

Die Arbeit des Kompetenzzentrums soll durch einen Beirat begleitet werden.

Bewertung:

Die Einrichtung des Kompetenzzentrums wird begrüßt. Ziele, Inhalte und Durchführung soll der GKV-Spitzenverband im Benehmen mit relevanten Akteuren festlegen. Auch der Medizinische Dienst Bund sollte seine Kompetenzen und Erfahrungen hier mit einbringen können. Daher sollte bei der Festlegung der Rahmenbedingungen auch der Medizinische Dienst Bund mitberücksichtigt werden. Ebenso sollte der Medizinische Dienst Bund im Beirat nach § 125b Abs. 5 aufgenommen werden.

Änderungsvorschlag:

In § 125b Abs. 2 Satz 2 sowie Abs. 5 Satz 2 SGB XI sollte der Medizinische Dienst Bund mit aufgenommen werden.