

Richtlinien
der Spitzenverbände der Pflegekassen
zur Qualitätssicherung der Begutachtung und Beratung
für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung
vom 23.09.2004¹

Der AOK-Bundesverband,
der Bundesverband der Betriebskrankenkassen,
der IKK-Bundesverband,
die See-Pflegekasse,
der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen,
die Bundesknappschaft,
der Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. und
der AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.,

handelnd als Spitzenverbände der Pflegekassen, haben unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen

aufgrund des § 53a Satz 1 Nr. 1 und 4 SGB XI in Verbindung mit § 213 SGB V

am 23.09.2004 gemeinsam und einheitlich die nachstehenden Richtlinien zur Qualitätssicherung der Begutachtung und Beratung sowie über das Verfahren zur Durchführung von Qualitätsprüfungen für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung beschlossen.

¹ Den Qualitätssicherungs-Richtlinien vom 23.09.2004 hat das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung mit Schreiben vom 19.10.2004 – Az.: 233-43371/4 – gem. § 53a Satz 2 SGB XI zugestimmt.

1. Präambel

Die Spitzenverbände der Pflegekassen haben die wirksame Durchführung der Aufgaben und die Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste zu regeln. Hierzu beschließen sie für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung gemeinsam und einheitlich Richtlinien

- über die Zusammenarbeit der Pflegekassen mit den Medizinischen Diensten,
- zur Durchführung und Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung,
- über die von den Medizinischen Diensten zu übermittelnden Berichte und Statistiken,
- zur Qualitätssicherung der Begutachtung und Beratung sowie über das Verfahren zur Durchführung von Qualitätsprüfungen,
- über Grundsätze zur Fort- und Weiterbildung.

Mit den Richtlinien zur Qualitätssicherung der Begutachtung und Beratung sowie über das Verfahren zur Durchführung von Qualitätsprüfungen kommen die Spitzenverbände der Pflegekassen der Verpflichtung aus § 53a Satz 1 Nr. 4 SGB XI nach. Diese Richtlinien komplettieren die Richtlinien nach § 17 SGB XI und § 53a Satz 1 Nr. 2, 3 und 5 SGB XI.

2. Ziel der Richtlinien

Ziel dieser Richtlinien ist es, die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit zu sichern und zu verbessern. Hierzu bedarf es eines bundeseinheitlichen Qualitätssicherungsverfahrens, das insbesondere auf der Grundlage der dokumentierten Angaben in den Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI eine Analyse der Begutachtungsqualität ermöglicht und auch mögliche Schwachstellen identifiziert.

Ein bundeseinheitliches Qualitätssicherungsverfahren steht nicht im Widerspruch zu dem Prinzip der Erfassung des individuellen Hilfebedarfs bei der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI.

3. Geltungsbereich

Diese Richtlinien sind für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) und Sonderdienste (Sozialmedizinischer Dienst der Bundesknappschaft, ärztlicher Dienst der See-Berufsgenossenschaft und Medizinische Dienste des Bundeseisenbahnvermögens) – im Folgenden als Medizinische Dienste (MD) bezeichnet – sowie für die Pflegekassen (§ 46 SGB XI) verbindlich (§§ 213 SGB V, 53a SGB XI). Regionale Abweichungen sind nicht zulässig.

4. Qualitätssicherungsverfahren

Die Medizinischen Dienste sind verpflichtet durch entsprechende Personalführungs- und Qualifizierungsmaßnahmen die Begutachtung auf einem hohen Qualitätsniveau durchzuführen und eine einheitliche Begutachtungspraxis auf der Grundlage der Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches (§ 53a Satz 1 Nr. 2 SGB XI) sicherzustellen.

Zur Sicherstellung einer einheitlichen qualitätsgesicherten Begutachtung entsprechend den Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches (§ 53a Satz 1 Nr. 2 SGB XI) führen die Medizinischen Dienste interne Qualitätssicherungsmaßnahmen durch.

Zur Begleitung dieser Maßnahmen wird sowohl innerhalb der Medizinischen Dienste als auch MD-übergreifend ein abgestimmtes Prüfverfahren der Qualitätssicherung durchgeführt. MD-interne und MD-übergreifende Qualitätsprüfung werden nach gleichen Prüfkriterien durchgeführt und durch ein abgestimmtes Konzept miteinander verknüpft. Der Schwerpunkt des Prüfansatzes liegt auf der MD-internen Qualitätssicherung, deren einheitliche Umsetzung durch eine ergänzende MD-übergreifende Qualitätssicherung überprüft wird.

Die Erstellung und Evaluation des Konzeptes erfolgt auf Bundesebene durch die Arbeitsgruppe "Qualitätssicherung der Pflegebegutachtung" unter Leitung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen. Die Arbeitsgruppe besteht aus Vertretern des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen, der Medizinischen Dienste und der Spitzenverbände der Pflegekassen. Kommt im Einzelfall eine einvernehmliche Lösung zwischen den beteiligten Parteien zur Konzeption bzw. dessen Umsetzung nicht zu Stande, obliegt den Spitzenverbänden der Pflegekassen die abschließende Entscheidung.

5. MD-interne Qualitätssicherung

Jeder Medizinische Dienst verfügt über eine(n) verantwortliche(n) Mitarbeiter(in) für die Koordination und Durchführung der Qualitätssicherungsmaßnahmen. Die interne Qualitätssicherung erfolgt durch besonders qualifizierte Ärzte und Pflegefachkräfte. Interessenskonflikte hinsichtlich Erstellung und Prüfung der Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI sind auszuschließen.

Jährlich sind mindestens 0,5 v. H. aller aus dem ambulanten und stationären Bereich erstellten Gutachten einschließlich der Gutachten von Kindern zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI auf Grundlage einer randomisierten Stichprobenziehung einer Qualitätsprüfung zu unterziehen. Der Umfang errechnet sich aus den erstellten Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI des vorangegangenen Prüfzeitraumes.

Gegenstand der Qualitätsprüfung sind alle erstellten Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI. Die Qualitätsprüfung der Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI erstreckt sich insbesondere auf die inhaltliche Überprüfung der dokumentierten Angaben und deren Bewertung mit dem Ziel einer Analyse der Begutachtungsqualität und der Identifizierung möglicher Schwachstellen. Die Prüfkriterien werden von der Arbeitsgruppe "Qualitätssicherung der Pflegebegutachtung" erarbeitet und kontinuierlich evaluiert.

Der/Die für die Qualitätssicherung verantwortliche Mitarbeiter(in) stellt die Berichterstattung hinsichtlich der Qualitätsprüfung und die kontinuierliche Weiterleitung von Ergebnissen und Erkenntnissen im Zusammenhang mit der Qualitätsprüfung an den Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen sicher. Darüber hinaus berichten die Medizinischen Dienste dem Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen weiter gehende Problembereiche die während der Qualitätsprüfung bzw. Begutachtung festgestellt wurden. Der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen bereitet diese Berichte für die Beratungen mit den Spitzenverbänden der Pflegekassen auf.

Die Berichtsstruktur und die erforderlichen Statistiken werden von der Arbeitsgruppe "Qualitätssicherung der Pflegebegutachtung" erarbeitet.

6. MD-übergreifende Qualitätssicherung

Jährlich sind 96 (48*) der erstellten Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI je Medizinischen Dienst, die im Rahmen der MD-internen Qualitätssicherung geprüft wurden, einer übergreifenden Qualitätsprüfung zu unterziehen. Die Medizinischen Dienste leiten diese Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI – in denen die personenbezogenen Angaben geschwärzt sind – an den Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen weiter. Das Verfahren zur Auswahl der Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI erarbeitet die Arbeitsgruppe "Qualitätssicherung der Pflegebegutachtung".

Die Qualitätsprüfung der Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI erstreckt sich insbesondere auf die inhaltliche Überprüfung der dokumentierten Angaben und deren Bewertung mit dem Ziel einer Analyse der Begutachtungsqualität und der Identifizierung möglicher Schwachstellen. MD-interne und MD-übergreifende Qualitätsprüfung werden nach gleichen Prüfkriterien durchgeführt und durch ein abgestimmtes Konzept miteinander verknüpft. Dieses Konzept wird von der Arbeitsgruppe "Qualitätssicherung der Pflegebegutachtung" erarbeitet.

Die auf Grundlage dieses Konzeptes von den Medizinischen Diensten an den Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen übermittelten Ergebnisse der übergreifenden Qualitätsprüfungen werden von diesem aufbereitet und der Arbeitsgruppe "Qualitätssicherung der Pflegebegutachtung" zur Verfügung gestellt. Auf dieser Grundlage

* MDK Bremen, Hamburg, Saarland sowie ärztlicher Dienst der See-Berufsgenossenschaft

erstellt die Arbeitsgruppe "Qualitätssicherung der Pflegebegutachtung" einen jährlichen Abschlussbericht bis zum 31.05. des Folgejahres über die MD-interne und MD-übergreifende Qualitätsprüfung.

7. In-Kraft-Treten

Die Richtlinien treten am 01.01.2005 in Kraft.