



Medizinischer Dienst  
der Krankenversicherung  
Nordrhein

## **Stellungnahme**

**des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Nordrhein**

**- MDK Nordrhein -**

**zum**

**Gesetzentwurf der Landesregierung zur Umsetzung des Pflege-  
Versicherungsgesetzes (Landespflegegesetz Nordrhein-Westfalen -  
PFG NW)**

**- Drucksache 12/194 -**

**und zum Schreiben des Präsidenten des Landtags Nordrhein-  
Westfalen vom 08.11.1995 - I.1.D.1**

## Grundsätzliches aus der Sicht des MDK Nordrhein

### 1. Zielorientierung des Landespflegegesetzes

**Die Konzeption des Landespflegegesetzes ist im Grundsatz logisch und folgerichtig angelegt.**

Der MDK Nordrhein hält im Grundsatz die Konzeption des Landespflegegesetzes - PfG NW - für richtig. Ungeachtet nachfolgender Einzelbemerkungen wird die durch das PfG NW vorgesehene Schaffung und Finanzierung einer bedarfsgerechten Pflegeinfrastruktur begrüßt.

Der mit der gesetzlichen Zielorientierung angelegte Mittelweg zwischen zentraler Landeszuständigkeit und vollständiger Kommunalisierung ist in zweckgerechter Weise angelegt, als

- den Kommunen (Kreisen und kreisfreien Städten) die Sicherstellung der pflegerischen Infrastruktur und
- dem Land und dem Landespflegeausschuß (§ 92 SGB XI) übergreifende Empfehlungen zur Bedarfsermittlung und zum Versorgungsmanagement

zufallen.

Die Mitwirkung des Medizinischen Dienstes in den kommunalen Pflegekonferenzen wird sich als zielführendes und hilfreiches Instrumentarium für die Geschäftsführung der Kreise und kreisfreien Städte auswirken.

Es wird überdies als finanzpsychologischer Vorteil angesehen, daß vorrangig denjenigen Körperschaften die Verpflichtung zur Sicherung einer pflegerischen Infrastruktur überantwortet wird, denen auch der Entlastungseffekt (Einsparungen von Sozialhilfemitteln) aus der veränderten leistungsrechtlichen Zuständigkeit zuwächst.

### 2. Abweichung des nordrhein-westfälischen Zahlenkranzes von Vorgaben im PflegeVG

**Die vom PflegeVG prognostizierte Zahl der Pflegebedürftigen wird proportional für Nordrhein-Westfalen überschritten.**

Planungsschritte der Kommunen und des Landes haben sich bei der Umsetzung des PfG NW auf eine höhere Inanspruchnahme und einen höheren Versorgungsbedarf einzustellen, als er vom Pflegeversicherungsgesetz angenommen worden ist. Überdies bleibt der Versorgungsbedarf von Pflegebedürftigen, die das Kriterium "erhebliche Pflegebedürftigkeit" nicht erreichen.

Das Pflegeversicherungsgesetz wies prognostisch bundesweit

- 1,2 Mio pflegebedürftige Bürger in häuslicher Umgebung
- 0,45 Mio pflegebedürftige Bürger in vollstationären Einrichtungen

aus.

Der Landesteil Nordrhein bildet einen Bevölkerungsanteil von etwa 12,5% der Bundesebene ab. Die hiernach zu prognostizierenden Pflegefälle (150.000 ambulant, 56.250 stationär) werden durch tatsächliche Inanspruchnahmedeterminanten überschritten, wenn man insbesondere berücksichtigt, daß die Umstellung der Pflegefälle nach Artikel 45 PflegeVG allein im Rheinland mindestens 95.000 Fälle (ohne Begutachtungspflicht des MDK) ausmacht. Denn neben den qua Gesetz umgestellten Pflegefällen zeigte sich auf der Bundes- und Landesebene eine Inanspruchnahmefrequenz, die sich aus Neu- und Höhergruppierungsanträgen wie folgt darstellt:

#### Bundesebene:

Begutachtungen in den Medizinischen Diensten zum 31.10.1995									
	Anträge insgesamt	davon Widersprüche	Erledigte Gutachten insgesamt	Abgeschl. Gutachten mit Empfehlung	Empfehlungen				auf sonst. Art. erledigt
					Stufe I	Stufe II	Stufe III	Nicht Pflegebed.	
Abs.	1.754.565	62.576	1.522.152	1.451.587	455.537	386.277	183.551	426.222	70.565
v.H.			86,8		31,4	26,6	12,6	29,4	

#### Nordrhein-Westfalen:

Erledigungs- und Bearbeitungsstatistik Zeitraum bis 31.10.1995										
	eingegangene Anträge bis 31.10	Erledigte Gutachten								erl. Anträge in v. H.
		Stufe I	Stufe II	Stufe III	nicht pflegebed.	abgeschl. Gutachten mit Empfehlung	auf sonst. Art. erl.	erl. Anträge		
Nordrhein	189.733	52.347	42.561	24.040	44.736	163.684	5.506	169.190	89,2	
Abgeschl. Gutachten mit Empf. in v.H.		32,0	26,0	14,7	27,3					
Westfalen Lippe	156.816	33.809	29.762	12.921	31.732	108.224	11.042	119.266	76,1	
Abgeschl. Gutachten mit Empf. in v.H.		31,2	27,5	11,9	29,3					

Es zeigt sich, daß in Nordrhein-Westfalen (etwa jeder 50. Landesbürger hat einen Antrag nach dem Pflegeversicherungsgesetz gestellt) eine abweichende - höhere - Inanspruchnahme - als im Pflegeversicherungsgesetz prognostiziert - stattfindet. Dies hat hinsichtlich der leistungsrechtlichen Finanzierbarkeit insofern kompensatorische Wirkung, wie die Inanspruchnahme von Sachleistungen der Sozialstationen und der privaten Pflegedienste sowie Kombileistungen hinter den Erwartungen zurückbleiben.

Auch in der „stationären Pflege“ haben wir von einer höheren Inanspruchnahmefrequenz auszugehen, als es ursprünglich der Zahlenkranz des Pflegeversicherungsgesetzes ausweist.

Allein im Landesteil Nordrhein sind Anträge aus etwa 800 vollstationären Pflegeeinrichtungen mit 80.000 bis 96.000 Betten durch den Medizinischen Dienst zu beurteilen. Insofern ist die im PFG NW genannte Zahl von 100.000 vollstationären Fällen, die auf Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz oder der Kriegsopferfürsorge angewiesen sind, eher eine äußerst vorsichtig angesetzte Anhaltszahl.

### 3. Rehabilitationsphilosophie - Gestaltung und Qualitätssicherung der ambulanten Rehabilitation - Strukturbedingungen

**Die Verantwortlichkeit für die Förderung und Gestaltung insbesondere ambulanter geriatrischer Rehabilitationsangebote ist dem PfG NW nicht zu entnehmen.**

Der Gesetzentwurf stützt sich auf die Verantwortlichkeit der Länder aus § 9 SGB XI. Die gemeinsame Verantwortung aus § 8 SGB XI wird aber hinsichtlich des Rehabilitationsauftrages aus Landessicht inhaltlich nicht aufgegriffen. Keinem Träger wird die Gestaltung des Rehabilitationsauftrages aus dem Pflegeversicherungsgesetz direkt verantwortlich zugeordnet.

Die ambulante Rehabilitation sollte nicht dem freien Spiel der Kräfte überlassen werden. Zumindest über den Bedarf an ambulanter Rehabilitation, flächendeckenden Versorgungsstrukturen und die Qualitätssicherung sollte kooperativ - im Rahmen der gemeinsamen Verantwortung nach § 8 SGB XI - befunden werden. Die Grundsätze „ambulante Rehabilitation vor stationärer“ und „Rehabilitation vor Pflege“ implizieren einen aktuellen Handlungs- und Koordinierungsbedarf.

§ 5 des PfG NW beschreibt einen allgemeinen Rahmen für die Aufgaben der Pflegekonferenzen auf kommunaler Ebene und führt hier fakultativ „Entwicklung von Möglichkeiten der Prävention und Rehabilitation“ auf.

Eine Verantwortung des Landes oder der Kommunen für die Gestaltung der Infrastruktur für ambulante Rehabilitation (z.B. innerhalb oder außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung) kann weder aus dem SGB XI noch aus dem PfG NW abgeleitet werden. Es fragt sich daher, inwieweit das Land zum Rehabilitationsgeschehen eine Koordinierungsfunktion übernehmen will, oder ob es sie durch die kommunalen Pflegekonferenzen als ausreichend abgesichert ansieht.

Die Notwendigkeit ambulanter Rehabilitation und die Verteidigung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ (§ 40 SGB V) läßt sich nicht nur aus der Pflicht zur Wirtschaftlichkeit, sondern auch aus dem Umstand ableiten, daß Pflegebedürftigkeit nicht als ein unabänderlicher Zustand angesehen wird.

Der Beweis der größeren Wirtschaftlichkeit ambulanter Rehabilitationsverfahren im Vergleich zu stationären kann derzeit noch nicht zweifelsfrei erbracht werden, da es im ambulanten Bereich dem stationären Bereich vergleichbare Angebotsstrukturen nicht gibt, die es erlauben, gleiche diagnostische und therapeutische Prozesse durchzuführen (Struktur-Prozeßevaluation). Nach Auffassung des MDK Nordrhein sollen Rehabilitationskonzepte als Definitionen des Prozesses im ambulanten, teilstationären und stationären Anteil eines gestuften rehabilitativen Versorgungsbereichs verstanden werden. Hierzu müssen die Versorgungsstrukturen wie Rehabilitationskliniken, teilstationäre und tagesklinische in zentralisierter interdisziplinärer Organisationsform und ambulante Organisationsstrukturen als gemeinsame Aktion des ambulanten Rehabilitationsgeschehens beschrieben, die notwendigen Abläufe und Verfahren charakterisiert sowie die Ergebnisse des Rehabilitationsprozesses in einer standardisierten Dokumentation (z.B. geriatrisches Basisassessment oder Pflegedokumentation) vergleichbar gemacht werden nach Leistungsart und Menge, Qualität und Wirtschaftlichkeit.

#### 4. Fehlbelegung in Krankenhäusern - Zusammenwirken von Pflegeeinrichtungen, Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen

In der Verweildauer auffällige Krankenhäuser werden die „Abgabe“ des Pflegepatienten ohne flankierende Prozesse der Krankenhausplanung des Landes nur unzureichend praktizieren.

§ 3 PfG NW geht unter Hinweis auf § 17 a Abs. 1 KhG folgerichtig davon aus, daß in Krankenhäusern zahlreiche Pflegebedürftige länger als zur eigentlichen Akutbehandlung erforderlich verbleiben. Aus diesem Grund werden Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen verpflichtet, entsprechende zielorientierte vertragliche Vereinbarungen zu treffen. Die Vereinbarungsregelungen sollen den Rahmenvereinbarungen zu § 112 SGB V nachgebildet werden.

Die Gesetzesbegründung sieht ferner in den Feststellungsverfahren nach §§ 14, 15, 18 SGB XI ein Hindernis für die erstrebten „Nahtlosverfahren“ und der gebotenen Verlegung in eine Pflegeeinrichtung.

Der MDK Nordrhein teilt die Einschätzung der Landesregierung insofern nicht, als Vereinbarungspflicht der Beteiligten und ein mit großen Anstrengungen des Medizinischen Dienstes optimiertes Feststellungsverfahren zur Pflegebedürftigkeit die Fehlbelegung von Krankenhäusern allein nicht beheben wird.

Es ist zu befürchten, daß die vorbildgebende Vorschrift des § 112 SGB V und die auch schon in der Vergangenheit mögliche Nahtlosverlegung vorrangig durch wirtschaftliche Interessen des Krankenhauses interpretiert und definiert werden und sie den eigentlichen Hinderungsgrund für Verzögerungen bilden werden. Der Medizinische Dienst ist durchaus in der Lage, die Prüfung der Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit (§ 39 SGB V) in - auch zeitlich - enger Verzahnung mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18 SGB XI) zu verbinden.

Eine in die Disposition eines Krankenhauses gestellte Einzelfallüberprüfung wird den Gesetzeszweck wegen der u.U. gegenläufigen Interessenlage des Krankenhauses nicht erreichen. In Ermangelung klarer bundesgesetzlicher Regelungen wäre zu prüfen, inwieweit Steuerungs- und Förderungselemente der Krankenhausplanung und sonstige landesgesetzliche Regelungen Abteilungsprüfungen von Krankenhäusern (auf Initiative von Krankenkassen/Pflegekassen und Medizinischem Dienst) vorsehen könnten.

## 5. Auskunftspflichten

**Die Auskunftserteilung des Medizinischen Dienstes ist derzeit im Rahmen des ISmed (Informations-System Medizinischer Dienst) gewährleistet.**

Die Berichtspflichten der Medizinischen Dienste sind bislang weder durch Rechtsverordnung nach § 109 Abs. 2 SGB XI noch über Richtlinien nach § 79 SGB IV (i.V.m. § 281 Abs. 2 SGB V) konkretisiert.

Gleichwohl bieten die Medizinischen Dienste eigeninitiativ und freiwillig eine umfängliche Pflegeberichterstattung im Rahmen des ISmed, das zugleich regionale/kommunale Informationsdaten abzubilden in der Lage ist.

Der MDK Nordrhein sieht die aus dem ISmed zu gewinnenden Daten als ausreichenden Fundus für etwaige Auskunftspflichten nach § 7 PflG NW an.

Bemerkungen zu den Einzelfragen zum PfG NW:

(es wird allgemein nur auf den Medizinischen Dienst beruhende Fragestellungen eingegangen)

A:

1. Im Grundsatz sind Zielsetzung, Grundstruktur und sozialpolitische Ausrichtung des Gesetzentwurfes - wie bereits im Landespflegeausschuß erklärt - zu bejahen.
2. Das PfG NW entspricht grundsätzlich dem Pflichtenkreis des Landes aus § 9 SGB XI.
3. ....(keine Bemerkungen)
4. ....(keine Bemerkungen)
5. ....(fehlt)
6. Die Zielorientierung des PflegeVG ist grundsätzlich erfüllt, jedoch läßt das PfG NW unbeantwortet, ob bzw. inwieweit das Land eine Koordinierungs- oder Planungsfunktion insbesondere in der ambulanten (geriatrischen) Rehabilitation übernehmen will.
- 7.-8. Die Pflichtenkreise von Land und Kommunen sind grundsätzlich sachgerecht bestimmt.
9. ....(keine Bemerkungen)
10. Bei einer Grundgesamtheit von 135.194 Pflegegutachten entfielen auf Aids-Erkrankungen
  - 54 Fälle (0,04%) der Pflegestufe I
  - 67 Fälle (0,05%) der Pflegestufe II
  - 149 Fälle (0,11%) der Pflegestufe III  
mit etwaigen Härtefallregelungen
  - 81 Fälle (0,06%) ohne erhebliche Pflegebedürftigkeit
11. Für Fragen der externen Qualitätssicherung (§ 80 Abs. 2 SGB XI) legen die Medizinischen Dienste bundesweit geltende Verfahrensgrundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung zugrunde.
12. ....(keine Bemerkungen)
13. Die Altersstruktur der im ISmed ausgewiesenen Antragsteller nach dem PflegeVG erleichtert die Beurteilung, ob das PfG NW die Zielgruppen erfaßt.  
  
Eine Übersicht der Pflegestufen nach Altersgruppen ist als Anlage beigefügt.

**B:**

1.-13. ....(keine Bemerkungen)

**C:**

1.-6. ....(keine Bemerkungen aus der Sicht des Medizinischen Dienstes)

**Anmerkung:**

Allgemein erlauben Sie uns gleichwohl eine Rechtsproblematik anzusprechen, die aus dem "Investitionskosten-Förderungsprivileg" für potentiell sozialhilfeberechtigte Heimbewohner entstehen könnte.

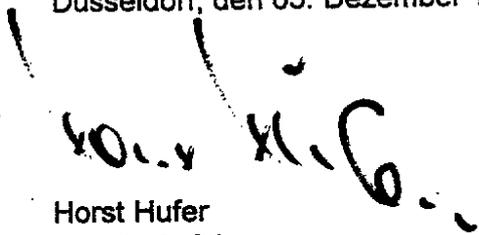
Für Heimbewohner, die keine Ansprüche nach dem BSHG geltend machen können, erhalten die Pflegeeinrichtungen keine Investitionskostenförderung mit der Folge der direkten Abwälzung auf den Heimbewohner. Unter Verweis auf den Gleichbehandlungsgrundsatz (Art. 3 GG) könnte aber ein solcher Heimbewohner eine Investitionskostenförderung in Gestalt von Pflegegeld auch für sich reklamieren; einen Anspruch, den er gewissermaßen als Pflegeversicherungsleistung aus dem Bund-/Länderkompromiß im Vermittlungsausschuß ableitet. Es entsteht somit die Rechtsfrage, ob eine Investitionskostenförderung von Einrichtungen von der Bedürftigkeit ihrer Bewohner abhängig gemacht werden kann.

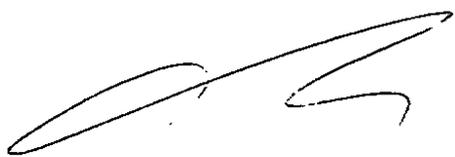
**D:**

1. Die im Landespflegegesetz vorgesehenen Instrumente werden prinzipiell als ausreichend angesehen.
2. Landesempfehlungen für die kommunale Pflegebedarfsplanung sind insbesondere wegen der erstrebten gleichförmigen Entwicklung hilfreich.
3. ....(keine Bemerkungen)
4. Der MDK Nordrhein ist davon überzeugt, daß die kommunale Ebene die besten Prognosen für ein erfolgreiches Versorgungsmanagement verspricht.
5. ....(keine Bemerkungen)
6. ....(keine Bemerkungen)
7. ....(keine Bemerkungen)
8. Mit Blickrichtung auf die vorangegangenen Ausführungen (siehe Nr. 4, des allgemeinen Teils) wird der mit dieser Vorschrift erstrebte Erfolg skeptisch beurteilt. Es wäre zu überlegen, wie die „Abgabe“ von Patienten durch Krankenhäuser weitergehend gefördert werden kann.
9. siehe Antwort zu Nr. 4.  
Als hilfreiche Beurteilungsdeterminanten wird sich die Pflegeberichterstattung der Pflegekassen, des Medizinischen Dienstes und der Sozialhilfeträger aufdrängen.

10. Die Interessenlage der Einrichtungen der Behindertenhilfe kann durch generelle oder sporadische Einbindung in kommunale Pflegekonferenzen gesichert werden. Der MDK Nordrhein bietet eine Beurteilung darüber an, inwieweit derartige Einrichtungen Pflege i.S. des SGB XI leisten.
11. ....(keine Bemerkungen)
12. ....(keine Bemerkungen)
13. Der Medizinische Dienst ist bereits heute schon - ohne Institutionalisierung für den Bürger - Anlaufstelle für Beschwerden und Qualitätsmängel in der Leistungserbringung.
- 14.-15. ....(keine Bemerkungen)

Düsseldorf, den 05. Dezember 1995

  
Horst Hufer  
Geschäftsführer

  
Dr. med. Hildegard Arnold  
stellv. Ärztliche Direktorin

Pflegeversicherung:  
Pflegestufen nach Altersgruppen

Alter	< 5	< 15	< 25	< 35	< 45	< 55	< 65	< 75	< 85	< 95	> 95
Prozentsatz aller	1,3	3,7	2,2	3,3	3,1	3,7	8,8	17,8	30,9	24,4	0,7
Summe aller	1.707	5.066	3.040	4.516	4.167	4.965	11.861	24.047	41.775	33.049	999
davon (in v.H.)											
Stufe I	27,7	25,1	25,9	29,7	30,5	28,3	29,0	30,4	32,6	33,0	24,6
Stufe II	26,2	29,1	26,8	22,9	22,2	22,6	24,1	24,3	22,5	26,2	35,4
Stufe III	14,5	22,3	23,4	17,2	14,2	13,8	13,1	11,9	10,3	13,7	29,9
keine	31,6	23,5	23,9	30,2	33,0	35,3	33,8	33,4	34,7	27,1	10,0

